T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

EBELERİN MALPRAKTİS HAKKINDA BİLGİ, DÜŞÜNCE, GÖZLEM VE DENEYİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Burcu TUNCER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Sultan ALAN

ADANA - 2014

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

EBELERİN MALPRAKTİS HAKKINDA BİLGİ, DÜŞÜNCE, GÖZLEM VE DENEYİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Burcu TUNCER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Sultan ALAN

ADANA - 2014

KABUL VE ONAY

EBELİK Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan

"EBELERİN MALPRAKTİS HAKKINDA BİLGİ, DÜŞÜNCE, GÖZLEM VE DENEYİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ"

adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 04 / 04 / 2014

TEZ SINAV JÜRİSİ

Yard. Doç. Dr. Sultan ALAN
Çukurova Üniversitesi
Başkan

Doç. Dr. Selim KADIOĞLU
Çukurova Üniversitesi
Üye

Yard. Doç. Dr. Şule GÖKYILDIZ
Çukurova Üniversitesi
Üye

Dr.
Üniversitesi
Üye

Dr.
Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Şeref ERDOĞAN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca bilgi, deneyim ve desteği ile her zaman yanımda olan, tezimin planlaması ve gerçekleştirilmesi aşamasında özveri ve zamanını esirgemeyen danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Sultan ALAN'a,

Tezimin hazırlık aşamasında her türlü bilgi ve deneyimi ile rehberlik eden Doç Dr. Selim KADIOĞLU ve Yard. Doç. Dr. Şule GÖKYILDIZ'a

Lisans eğitimi yanı sıra yüksek lisans eğitimimin de tüm aşamalarında her türlü destek ve yardımını esirgemeyen, rehberlik eden, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, insanlığı ve alçak gönüllülüğü ile eğitimime katkılarından dolayı bir daima gerçek bir akademisyen olarak göreceğim değerli hocam Doç. Dr. Semra KOCAÖZ'e,

Tezimi inceleyerek yararlı önerilerde bulunan ve hazırlanmasında büyük emeği geçen sevgili hocam Öğr. Gör. Melike ÖZTÜRK'e,

Bilgi ve desteğini esirgemeden, çalışmanın istatistiksel değerlendirmesinde beni yönlendiren değerli hocam Yard. Doç. Dr. İlker ÜNAL'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana destek veren Çukurova Üniversitesi Ebelik Bölümü sevgili ve çok değerli tüm hocalarına ve tezimin uygulaması sırasında araştırmamı gerçekleştirmeme fırsat veren tüm ebelere,

Öğrenim hayatım boyunca ihtiyaç duyduğum her an yanımda olup ve bu günlere gelmemde sonsuz emekleri olan sevgili anneme, babama ve kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL VE ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTACT	x
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Malpraktis Kavramı	4
2.2. Dünyada ve Türkiye'de Malpraktis	5
2.3. Malpraktis Nedenleri	6
2.4. Malpraktis ve Hukuk	8
2.5. Ebelik ve Malpraktis	12
2.5.1. Ebe Tanımı ve Ebenin Görevleri	12
2.5.2. Ebelik Uygulamaları	14
2.5.2.1. Doğum Eylemine Yardım	14
2.5.2.2. Doğum İndüksiyonu	15
2.5.2.3. Amniyotomi	16
2.5.2.4. Epizyotomi	17
2.5.2.5. Forseps ve Vakum Uygulamaları	18
2.5.2.6. Elektronik Fetal İzlem	18
2.5.2.7. Fundal Basınç ve Crede Manevrası	19
2.5.3.Ebelikte Malpraktis	19
2.5.4. Ebelerin Hukuki Sorumlulukları	20
2.5.5. Ebelerin Cezai Sorumlulukları	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	25

3.2. Araştırmanın Evreni 25
3.3. Veri Toplama Araçları 25
3.4. Araştırmanın Uygulanması 26
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi 26
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri 27
4. BULGULAR 28
4.1. Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular 28
4.2. Ebelerin Malpraktis Hakkında Bilgi, Düşünce, Gözlem ve Deneyimlerine Ait Bulgular 29
4.3. Ebelerin Karşılaştıkları Tıbbi Hata Türlerine Ait Bulgular 33
4.4. Ebelerin Malpraktis ile İlgili Bilgi, Gözlem ve Deneyimlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımlarına Ait Bulgular 37
5. TARTIŞMA 44
5.1. Ebelerin Malpraktis Hakkında Bilgi, Düşünce, Gözlem ve Deneyimlerine Ait Bulguların Tartışılması 44
5.2. Ebelerin Karşılaştıkları Tıbbi Hata Türlerine İlişkin Bulguların Tartışılması 49
5.3. Ebelerin Malpraktis Hakkında Bilgi, Düşünce, Gözlem ve Deneyimlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımının Tartışılması 56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 60
KAYNAKLAR 62
EKLER 70
EK-1: Veri Toplama Formu 70
EK-2: Katılımcı Onam Formu 74
EK-3: Etik Kurul Onayı 75
ÖZGEÇMİŞ 76

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 4.1. Ebelerin Malpraktis Nedeni Olarak Gördükleri Hata Kaynaklarının Dağılımı 31

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa

Çizelge 4.1.	Katılımcıların Bazı Tanıtıcı Özellikleri	28
Çizelge 4.2.	Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	28
Çizelge 4.3.	Ebelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı	29
Çizelge 4.4.	Ebelerin Malpraktis İle İlgili Bilgi ve Düşünce Durumlarının Dağılımı	30
Çizelge 4.5.	Ebelerin Çalışma Yaşamı Boyunca Malpraktis Olgusu İle Karşılaşma Durumları	32
Çizelge 4.6.	Ebelerin Doğum Eylemi Öncesinde Görülebilecek Tıbbi Hata Türleriyle Karşılaşma Durumları	34
Çizelge 4.7.	Ebelerin Doğum Eylemi Sırasında Görülebilecek Tıbbi Hata Türleriyle Karşılaşma Durumları	35
Çizelge 4.8.	Ebelerin Doğum Sonu Döneme İlişkin Tıbbi Hata Türleriyle Karşılaşma Durumları	36
Çizelge 4.9.	Ebelerin Genel Tıbbi Hata Türleri İle Karşılaşma Durumları	36
Çizelge 4.10.	Ebelerin Yaş Ve Öğrenim Durumlarına Göre Malpraktis Kavramını Bilme Durumları	37
Çizelge 4.11.	Ebelerin Mesleki Özelliklerine Göre Malpraktis Kavramını Bilme Durumları	38
Çizelge 4.12.	Ebelerin Yaş ve Öğrenim Durumuna Göre Malpraktis İle İlgili Yasal Düzenlemeler Hakkındaki Bilgi Durumları	39
Çizelge 4.13.	Ebelerin Mesleki Özelliklerine Göre Malpraktis İle İlgili Yasal Düzenlemeler Hakkında Bilgi Durumları	40
Çizelge 4.14.	Ebelerin Mesleki Özelliklerine Göre Bir Meslektaşının Tıbbi Hatasını Görme Durumu Durumları	42

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	AmericanCollege of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Koleji)
ATK	Adli Tıp Kurumu
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DTB	Dünya Tıp Birliği
ICM	Uluslararası Ebelik Konfederasyonu
IOM	Institute of Medicine (Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü)
KHD	Kadın Hastalıkları ve Doğum
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
MS	Milattan Sonra
MÖ	Milattan Önce
SP	Serebral Palsi
SPSS	Statistical Package for Social Science (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)
SOGC	Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada(Kanada Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği)
TBB	Türk Tabipleri Birliği
TCK	Türk Ceza Kanunu
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
UKP	Umbilikal Kord Prolapsusu
YSŞ	Yüksek Sağlık Şurası
WHO	World Health Organizations (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

Ebelerin Malpraktis Hakkında Bilgi, Düşünce, Gözlem ve Deneyimlerinin Değerlendirilmesi

Tıbbi Malpraktis sağlık mesleği mensubunun tıbbi uygulamalar sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya gerekli uygulamayı yapmaması olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli görevler üstlenen mesleklerden biri olan "ebelik" tarihin çok eski dönemlerinden beri uygulanan bir meslektir. Ebelerin görevlerini yerine getirirken yaşadıkları herhangi bir başarısızlık veya ihmal malpraktis iddialarına neden olabilmektedir.

Bu araştırma, ebelerin malpraktis ile ilgili bilgi, düşünce, gözlem ve deneyimlerinin belirlenip değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Adana il merkezinde bulunan üç ayrı yataklı tedavi kurumunun doğum ve doğum sonu servislerinde "Ebe" unvanı ile çalışanlar oluşturmuştur. Ebelerden çalışmaya katılımları ile ilgili onamları alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu ile toplanıp SPSS 17.0 programı ile analiz edilmiştir.

Araştırmanın sonucunda ebelerin yarısından çoğunun (% 53,3) malpraktis kavramından haberdar olmadıkları görülmüştür. Malpraktisin ortaya çıkmasında genel hata kaynağı olarak en çok meslekte acemilik-yetersizlik (% 90,7), dikkatsizlik (%86,7) ve özen/itina eksikliği (%40,0) gördükleri belirlenmiştir. Ebelerin %24,0'ünün bir meslektaşının hatasını gözlemlediği, %5,4'ünün ise kendilerinin tıbbi hata yaptıkları saptanmıştır.

Araştırmanın sonunda ebelikte görülen tıbbi hataların azaltılması ve ebelerin malpraktisten korunmaları için öncelikle mesleki eğitime ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlere önem verilmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Ayrıca kanıta dayalı uygulamaların araştırılması ve rutin ebelik girişimlerine dahil edilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Bu çalışmanın, ebelerin malpraktis iddiasına neden olan tıbbi hatalara ilişkin gözlem ve deneyim sıklıklarını ortaya koyması açısından benzer çalışmalara katkıda bulunabileceği ve konuya ilişkin diğer çalışmalar için yol gösterici bir kaynak olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, Tıbbi Malpraktis, Ebelikte Malpraktis.

ABSTRACT

An Evaluatıon of Midwives' Knowledges, Thoughts, Observatıons and Experiences About Malpractice

Medical malpractice is defined as damage resulting from failure to apply the standard, lack of skills or failure to apply the necessary to patient of health care personnel. Midwifery which one of the occupations undertaking important duties in carrying out of health services is a profession practiced from very ancient periods of history. Any failure or negligence that midwives live while performing their duties may cause malpractice claims.

This research done descriptively to determining and evaluate information thoughts, observations and experiences on malpractice of midwives. The universe of there search was consisted of employees with the title "midwives" in the delivery and postpartum services of three hospital located in center of Adana. Consents of the participants were taken regarding participation in the study. The data collected by the data collection form developed by the researcher and were analyzed with SPSS 17.0 program.

As a result, has been observed that more than half of midwives not know malpractice (53,3 %). It was determined that midwives see as a general source of error in the occurrence of malpractice most inability and inexperience in profession (90,7 %), carelessness (86,7 %) and lack of attention (40,0 %). It was determined that 24,0 % of the midwives' observations and 5,4% of midwives' make medical errors themselves.

At the and of the study has appeared should be giving importance to vocational training and postgraduate service training for reducing medical errors seen in midwifery and protection from malpractice midwives. Also was concluded should be investigate evidence- based practice and should be included in routine midwifery initiative. Of this study is considered that can contribute to similar studies in terms of put forward informations, thoughts, frequency of observation and experience on medical errors that may cause malpractice claims of midwifes and to be a source for guiding other studies on the subject.

Keywords: Malpractice in Midwifery, Medical Malpractice, Midwifery.

1.GİRİŞ

Malpraktis, hatalı uygulama anlamındadır. “Male” (kötü, bozuk) ve “Praxis” (tatbikat, uygulama) sözcüklerden türemiştir (1). Kavram olarak malpraktis; tıp bilimi ve ilgili uğraş alanlarında çalışmakta olan profesyonellerin hatalı, kötü uygulamalarından hizmeti alan kişinin zarar görmesi durumudur (2). Farklı meslekler için de geçerli olabilen “malpraktis” terimi yaygın olarak tıbbi malpraktise özgü olarak kullanılmaktadır. Dünya Tabipler Birliği (DTB) malpraktisi; hekimin tıbbi uygulamaları sırasında “standart güncel uygulamayı yapmaması”, “beceri eksikliği” veya “hastayı ihmal ederek tedavi etmemesi” ile oluşan zarar olarak tanımlamaktadır (1). Hatalı tıbbi uygulama; ihmal, dikkatsizlik, bilgisizlik, beceri eksikliği ve hasta bakımında yetersizlik neticesi ortaya çıkmaktadır (2).

Sağlık meslekleri, ilk çağlardan beri insanoğlunun en çok ihtiyaç duyduğu, hizmeti sunanların her zaman toplum içinde itibarlı bir yer edindiği meslekler olmuştur. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ebe ve hemşireler önemli görevler üstlenmektedir. Ebelik tarihin çok eski dönemlerinden beri uygulanan bir meslektir. Mesleği aktif halde yerine getiren kişiler de “ebe” olarak isimlendirilir (3). Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) tanımına göre ebe; gebelik sırasında, doğumda ve doğumdan sonra gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yeni doğanın bakımını yapmak ve aile planlaması danışmanlığını yapmak üzere eğitilmiş kişidir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı’nın tanımında ise “Ebe; ana-çocuk sağlığı hizmetlerini yürüten, doğum öncesi, doğum, sonrası hizmetleri veren, doğum yaptıran, 0-6 yaş grubu çocukların beslenme eğitimini ve aşıları yapan, aile planlaması, kişisel temizlik kuralları, ilk yardım, bulaşıcı ve sosyal hastalılardan korunma–savaşla ilgili konularda bireye, aileye, topluma sağlık eğitimi veren, doğum, ölüm istatistik verileri toplayan, değerlendiren, kamu kuruluşları ile gerekli işbirliğini sağlayan insani ve ahlaki davranışları ile örnek, sağlık bakanlığınca tescil edilmiş bir okuldan mezun olan meslek mensubudur.” şeklindedir. Ebelerin söz konusu görevlerini yerine getirirken yaşadıkları herhangi bir başarısızlık veya ihmal suçu tıbbi hata ile sonuçlanabilmektedir (3).

Son yıllarda tıbbi malpraktis ile ilgili gerek ceza gerekse tazminat davalarında önemli bir artış söz konusudur. Bu artış, gerek mahkemelerin arşivlerinde yapılan, gerekse bu davalarda mahkemelerce bilirkişi olarak görevlendirilen veya başlı başına araştırma

yapan kurum ve kuruluşlarda yapılan istatistiksel çalışmalarda çok açık bir biçimde göze çarpmaktadır. Yüksek Sağlık Şurası (YSŞ), Adli Tıp Kurumu (ATK), Tabip Odaları, Sağlık Müdürlükleri bu kurum ve kuruluşların başında gelmektedir (çetin 2006). Örnek-Büken ve Büken'in yaptığı bir çalışmada ATK'na 1990-2000 yılları arasında gelen 653 dosyadan 122'si kadın doğum alanı ile ilgilidir (2). Gündoğmuş ve arkadaşlarının 1993-1998 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası kayıtlarına dayanılarak yaptıkları bir araştırmaya göre ebeler, toplam 59 tıbbi malpraktis davası içerisinde % 52 oran ile en yüksek sorumluluk oranına sahip olmuşlardır (4). Bunu % 29 ile hekimler ve % 19 ile hemşireler izlemişlerdir. Aynı çalışmada ebelerin söz konusu olduğu malpraktis davalarında en çok, gebenin ve fetüsün izleminde yetersizlik, gebelikle ilgili problem ve komplikasyonları değerlendirmede yetersizlik ve hekime zamanında rapor etmemek, doğum sırasında uygun olmayan müdahalede bulunmak (vakum ekstraktör kullanmak, hatalı epizyotomi .) oksitosini aşırı ve yanlış kullanmak gibi hataları yer almaktadır. Bunların dışında ebelerle ilgili hatalarda, hasta güvenliği, ilaç uygulama hataları, iletişim ve kayıt ile ilgili hatalara da rastlanmaktadır.

Bu araştırma ile ebelerin malpraktis ile ilgili bilgi ve düşüncelerinin yanı sıra çalışma yaşamında karşılaştıkları ve dışarıdan gözlemledikleri malpraktise neden olabilecek tıbbi hata türlerinin sıklıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda doğum ve doğum sonu dönem ile ilgili bakım veren servislerde çalışan ebeler ile yapılmış çalışmada şu sorulara cevap aranmıştır;

1. Ebelerin malpraktis ile ilgili bilgi, düşünce, gözlem ve deneyimleri nelerdir?
2. Ebelerin malpraktis ile ilgili bilgi, düşünce, gözlem ve deneyimlerini etkileyen faktörler nelerdir?
3. Ebelerin karşılaştıkları veya gözlemledikleri tıbbi hata türleri nelerdir?

Çalışma sürecinin başında öngörülen cevaplar, katılımcıların büyük kısmının malpraktis kavramını ve tanımını net şekilde bilmedikleri; günlük çalışma yaşamlarında birçok malpraktis örneği ile karşılaşıyor olmakla birlikte kavramsal-tanımsal netlik olmadığı için bunların tam anlamıyla farkına varamadıkları; uzun mesleki deneyim sahibi olmanın ve yoğun iş yükü olan birimlerde çalışmanın daha fazla malpraktis olayı gözlemiş ve hatta bizzat yaşamış olmaları olasılığını arttırdığı; karşılaştıkları malpraktis türlerinin doğum sürecinin değişik aşamalarına dengeli biçimde dağılmış olduğu şeklinde idi. Araştırma sonunda katılımcıların yarısından çoğunun malpraktis kavramını ve tanımını net

bir şekilde bilmedikleri, bu yüzden günlük yaşamda karşılaştıkları çoğu malpraktis olayının farkına varamadıkları gözlenmiştir. Ayrıca uzun mesleki deneyim sahibi olmanın malpraktis olgusunu gözleme ve deneyimleme olasılığını arttırdığı belirlenmiştir.

Malpraktis konusunda ebelik mesleği üzerine yoğunlaşarak yapılan çalışma sayısı ülkemizde ve dünyada yok denilecek kadar azdır. Elde edilen veriler de geriye dönük çalışmalara ait bulgular olup malpraktisin özellikle kadın doğum alanında ön sıralarda yer aldığını göstermektedir.

Bu çalışmanın ebelikte malpraktis ile ilgili bilgi, düşünce, gözlem ve deneyim konusunda tanımlayıcı özellikte yapılacak ilk araştırma olması özelliği ile daha önce yapılanlara göre daha spesifik sonuçlar vereceği umulmaktadır. Elde edilen verilerin, ebelerin malpraktis iddialarından korunmaları için gerekli önlemlerin alınmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Malpraktis Kavramı

"Malpraktis" kelimesi, İngilizce "malpractice" kelimesinin Türkçe karşılığı olarak Türk hukuk diline girmiştir. Sözlük anlamı genel olarak işi kötü şekilde yapma, kötü hareket olup bütün mesleklerin uygulamaları için geçerli bir kavramdır (5). Kavram olarak malpraktis; tıp bilimi ve ilgili uğraş alanlarında çalışmakta olan profesyonellerin hatalı, kötü uygulamalarından hizmeti alan kişinin zarar görmesi durumudur (2). Bir başka tanıma göre ise hatalı uygulama (malpraktis), meslek sahibinin kötü ve hatalı uygulamaları, makul olmayan beceri ve özen eksiklikleri sonucu hizmeti alanın "kasıtsız haksız fiile" (yaralanmaya ya da zarara) maruz kalmasıdır. Bu tanımda "meslek sahibi" olarak geçen; hemşire, doktor, din adamı, avukat olabilir. Söz konusu hizmet tıp alanını ilgilendiriyorsa bu durum hatalı tıbbi uygulama ya da tıbbi malpraktis olarak ifade edilir (6).

DTB malpraktisi; hekimin tıbbi uygulamaları sırasında "standart güncel uygulamayı yapmaması", "beceri eksikliği" veya "hastayı ihmal ederek tedavi etmemesi"dir (1). Türk Tabipler Birliği (TBB) Etik İlkeleri'nin 13. Maddesinde hekimliğin kötü uygulaması (malpraktis); bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi olarak tarif edilmiştir (7).

Kadınların ihtiyaçlarıyla yakından ilgilenen ebelik mesleğinin etik bağlamdaki kodlarının gelişimini ICM (Uluslararası Ebelik Konfederasyonu) yönetim kurulu üstlenmiştir. Bu kodlar "ebe"lerin ahlaki yargıları ve değer yargılarını, ebelik mesleğini tanımlamayı ve uygulayıcılar için ahlaki davranışları tanımlamayı aynı zamanda bunu toplumun diğer üyelerine ifade etmeyi amaçlar. Ebelik uygulamaları ile ilgili etik kodlarında "Ebeler, kadınların içinde bulunduğu topluma göre doğumla ilgili gerçekçi beklentiler yaratmalı ve hiçbir kadın doğum veya gebe kalma konusunda zarar görmemelidir" ifadesi geçmektedir. Yine bir diğer etik koda göre "Ebeler, kadın ve bebek sağlığıyla ilgili insan hakları ve etik ihlallerin kötü sonuçlarını bilmeli ve bu ihlalleri gidermek için çalışmalıdır." denmektedir (8).

2.2.Dünyada ve Türkiye'de Malpraktis

Malpraktis, son 30 yılda özellikle bazı gelişmiş ülkelerde ve son yıllarda da tüm dünyada tartışılan, hukuki, etik, tıbbi, eğitimsel ve yönetimsel yönleriyle çok yönlü, çok boyutlu bir konudur (2,9).

Tıbbi hata son yılarda artan popülaritesine karşın yeni ortaya çıkmış bir kavram değildir. Tıbbi uygulama hatası kayıtlarına ilk olarak Hamurabi kanunlarında rastlanmaktadır (10). Gelişmiş bir uygarlık olan Mısırlılarda da tıbbi uygulama hatası olgularında doktorlar cezalandırılmaya devam edilmiştir. Mısırlılar tıbbı belli bölümlere ayırmış ve vücudun belli bölgeleri için uzmanlaşmış doktorlara sahip olmuşlardır. Doktorlar kendi uzmanlıklarının dışına veya belirli tedavilerin dışına çıktıklarında ölümle cezalandırılmıştır (11).

Klasik Yunan kültürü tarihçileri, doktordan zarar görmenin hiçbir haklı tarafı olamayacağına inanmış ve hasta yakınlarının da hak aramalarına izin verilmiştir. Bir tarihçiye göre verilen en son ceza doktorun hasta olarak anılmasıdır. Bununla birlikte Yunan yasaları, bunların ihmal sonucu oluştuğunu bildiği halde zarar gören hastalara yeterince yardımcı olamamıştır (12). Romalılar kasıt, ihmal ve kazayı birbirinden ayırt etmiştir. Romalılar kasıt dışında da hastada istenmeyen zararların olabileceğini öngörmüş ve bunun için tazminat arama hakkı vermiştir. M.S. 400-1300 yılları arasında din en önemli unsurdur ve toplumun pek çok kesimini etkilemiştir. Bu süre boyunca, din tıp ile karıştırılmış ve hastalıklar kötüler için bir ceza olarak değerlendirilmiştir. Bu çağda belirgin tedavi olanaklarının olmayışı ve bu felsefe ile ölüm ve yaralanmaların tanrının isteği olarak algılanmasına neden olmuştur. Bu görüşlerden dolayı, tıbbi uygulama hatası kavramı gelişmemiştir (10).

Hekimin modern anlamda sorumluluğunun başlangıcı; Hipokrat'la birlikte Antik Yunan'da başlamıştır. Hipokrat'a göre; "hekim hasta karşısında ihtiyatlı davranacak, kayıtsız kalmayacak, kadınlar üzerinde çocuk düşürücü operasyonlarda bulunmayacak ve hastasına zehir vermeyecektir". Yine Hipokrat, "primum non nocere" önce zarar verme prensibini tıp etiğinin en temel ilkesi olarak tıp literatürüne eklemiştir (13).

Modern anlamda ilk tıbbi uygulama hatası İngiltere de 1375 yılında saptanmıştır. Bu vakada, cerrah yetersiz tedaviden suçlu bulunmuş ve aklanamamıştır. Bu durum sonucunda hatayı takip eden beş yıl içinde zorunlu hallerde ikinci bir şahsın fikrinin alınması zorunlu kılınmıştır. Tıbbi uygulama hatası davalarının yaygınlaşması nedeni

ile doktorlar herhangi bir suçlanma durumunda kendilerini güvenceye almak için tedavi öncesi hastaların onayını almaktadırlar (12). Amerika da kayıtlı ilk tıbbi uygulama hatası davası Connecticut'ta 1794 yılında olmuştur. 1794'ten 1961 yılına kadar kayıtlı sadece 27 tıbbi uygulama hatası davası bulunmaktadır. Bu süre zarfında hâkimler doktorları yaptıkları işlerden daha fazla sorumlu tutmaya başlamışlardır (14).

Harvard Practice Study tarafından 1991 yılında yapılan bir çalışma, New York Eyaleti'nde hastane başvurularının %3,7'sinin yaralanma ile sonuçlandığını ve bunların yarısından fazlasının önlenebilir olduğunu göstermiştir (15,16). Kanada Sağlık Bilgi Enstitüsü bulgularına göre Ontario hastanelerinde, 1992 ve1997 yılları arasında hastaneye kabul edilen hastaların %3,3-5,0'i tedavi sırasında tıbbi hatalara maruz kalmıştır (17,18). Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü (IOM) 1999 yılında yayınladığı bir rapor ise tıbbı hataların boyutunun ne kadar büyük olduğunu ortaya koymuştur. Bu rapora göre ABD'nde her yıl 44.000-98.000 kişi tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybetmektedir (19).

Ülkemizde ise YSŞ'na 1931-2004 yılları arasında yaklaşık 10 bin dosya görüşülmüştür. Dosyalardan 932'si son beş yıl içinde olan vakalar olup, bunların yaklaşık yarısında sağlık personeli az veya çok kusurlu bulunmuştur (20).

2.3. Malpraktis Nedenleri

Tıbbi hatalar birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Akalın'a (21) göre tıbbi hataların ana nedenleri; insana bağlı faktörler (yorgunluk, yetersiz eğitim, yeterli özeni göstermeme, önlem almama, dikkatsizlik, iletişim yetersizliği, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar, mantık hatası, tartışmacı kişilik), kurumsal faktörler (iş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, geri dönüm konularda yetersizlik, personelin yanlış dağıtımı) ve teknik faktörler (yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, eksik cihazlar, karar verme destek eksikliği, integrasyon eksikliği) olarak üç başlık altında toplanabilir.

Birçok hata ise bilgisizlikten ve deneyimsizlikten kaynaklanmaktadır. Bilimsel gelişmelere bağlı olarak önceki dönemlerde yapılan bazı uygulamaların bugün geçerliliği kalmamakta ve bilgilerini yenilemeyen personelin hata yapma olasılığı yükselmektedir (20). Ayrıca fiziksel çevreyi oluşturan aydınlatma, havalandırma, eşya seçimi ve düzenlemesi, ısıtılması gibi öğeler de insan yaşantısını ve sağlığını olumlu ya da olumsuz olarak etkilemekle kalmayıp hatalara yol açmaktadır (22). Belirli bir

klinikte çevresel koşulların uygun olmaması (kötü aydınlatma, aşırı gürültü, aşırı ısı, soğuk, titreşim, hava kirliliği ve elektrikli araçların kullanımı sonucu oluşan radyasyon etkisi gibi) personelin, orada çalışmaktan ve hastaları gereksinim olmasına rağmen ziyaret etmekten kaçınabilmesine neden olmaktadır (23).

Sağlık kuruluşlarında kimi zaman 24 saatin bütününü, hafta sonları ve bayramları içine alan sistemler uygulanmaktadır (24). Vardiyalı ve nöbetli çalışma sistemlerine yönelik yapılan araştırmalar, bu şekilde çalışmanın çalışanların fizyolojik, psikolojik sağlıklarını, sosyal yaşamlarını, bireysel güvenliği ve hasta güvenliğini olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır (25,26). Çalışma saatlerinin uzun olması, dikkat azlığı ve muhakeme bozukluklarına neden olmakta, bu da hastadaki değişikliklerin fark edilmesini engellemekte ve hatalara yol açmaktadır (27). En kötü performansın gece 04-06 saatleri arasında gerçekleştiği bilinmektedir. Sağlık personelinin kötü performansı sonucunda aseptik tekniklere dikkat edilmediği, hatalı ilaç uygulamalarının arttığı ve hasta gereksinimlerinin göz ardı edildiği görülmektedir (28).

Genel olarak tıbbi uygulamada hata kaynakları ise şunlardır;

- Dikkatsizlik: Bir tıbbi girişim sırasında yapılmaması gerekeni yapmaktır. Örneğin kan grubu kontrolü yapılmadan transfüzyon yapmak.
- Tedbirsizlik: “Önlenebilir bir tehlikeyi önlemede yetersiz kalmak, geç kalmak, unutmak” olarak tanımlanır. Örneğin alerjisi olduğu bilinen bir hastaya alerjiye neden olan ilacı kullanmak veya test dozunda da olsa beklenen anafilaktik reaksiyon için gerekli araç-gereci hazır bulundurmamak.
- Meslekte acemilik-yetersizlik: Meslek ve sanatın esaslarını ve optimal klasik bilgilerini bilmemek, temel beceriden yoksun olmak. Örneğin hatalı entübasyon, fıtık ameliyatında femoral damar yaralamak, hatalı ilaç girişiminde bulunmak.
- Özen eksikliği: Evrensel tıp değerlerini uygulamamak. Örneğin kanamalı, hipovolemik şoka eğilimli hastayı bekletmek, yakın izlem gerektiren hastayı gerekli sıklıkla izlememek, eksik araştırma sonucu tanı hatasına neden olmak.
- Yasa, emir ve yönetmeliklere uymamak: Kanun, tüzük, yönetmelik ve yetkili mülki amirin verdiği emirlere uymamak. Örneğinacil hastaya bakmamak, bilimsel tedavi dışında bir tedaviyi uygulamak, işkenceye göz yummak veya yardım etmek, icap nöbetine çağırıldığında gelmemektir (29,30).

Tıbbi hatalar kök neden veya hata türü açısından iki farklı şekilde sınıflandırılabilir. Kök Nedenlerine Göre Tıbbi Hatalar: İşleme bağlı hatalar (yanlış işlemi yapma), ihmale bağlı hatalar (doğru işlemi yapmama) ve uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemi yanlış uygulama) olarak üç grupta toplanabilir (21).

Hata Türü Açısından Tıbbi Hatalar: İlaç hataları, cerrahi hatalar, tanı koymada hatalar, sistem yetersizliğine bağlı hatalar ve diğer hatalar (hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu, hasta düşmesi.) olmak üzere beş grupta incelenebilir. İlaç hataları; yanlış doz, yanlış veriliş şekli, birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşim, alerji hikayesi olan hastaya bilmeyerek bu ilacın verilmesi gibi hatalar bu gruptadır. Cerrahi hatalar; yanlış taraf cerrahisi ve yanlış organ cerrahisi gibi hatalar bu grupta yer almaktadır. Tanı koymada hatalar; laboratuar testlerinin yanlış uygulanması veya yorumlanması sık rastlanılan tıbbi hatalar arasında yer almaktadır. Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar; sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça zor olan hatalardır. Diğer hatalar; hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu gibi önemli konular bu tür hatalardandır (21).

2.4. Malpraktis ve Hukuk

Tıbbi hizmetlerin sunulması sırasında, görevli sağlık personelinin kusurlu hareket etmesi sonucu tıbbi uygulama hataları ortaya çıkmaktadır. Günümüzde tıbbi uygulama hatası terimi, sağlık çalışanlarının bu eylemleri sonucunda karşılaştıkları cezai ve hukuki sorumlulukları ile yaptırımları ifade etmek için kullanılmaktadır (2).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Hakkındaki Kanunu'nda, tıbbi hizmetler 'insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin giderilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi yetenek ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan faaliyetler olarak tanımlanır (31).

Tıbbi girişim; ülkemizde "tıbbi fiil", "tıbbi yardım ve el atma"," tıbbi faaliyet", "tıbbi müdahale", "tıbbi uygulama", "teşhis ve tedavi edimi","hekimlerin mesleki faaliyeti" terimleri ile de ifade edilmektedir. Tüm bu ifade şekilleri çerçevesinde tıbbi girişimler; zorunluluk durumları hariç tutulmak üzere sağlık personeli tarafından yapılan, uygulamanın yapılacağı kişinin onamı doğrultusunda tıbbi bilgiler ve becerilere uygun olarak gerçekleştirilen, fiziksel ya da psikolojik hastalıkları önlemek, teşhis etmek ve iyileştirmek ya da hukuken izin verilen toplumsal veya kişisel bazı öncelikleri korumaya

dönük bedensel değişiklikleri gerçekleştirmek amacıyla, insan vücut bütünlüğüne yönelen fiillerdir (32).

Hekim veya sağlık personelinin tıbbi müdahalesinin tıbbi malpraktis çerçevesinde değerlendirilebilmesi için öncelikle müdahalenin hukuka uygunluğu araştırılmaktadır. Bir tıbbi müdahalenin hukuka uygun olabilmesi için:

- Müdahalede bulunan kişinin buna yetkili olması,
- Müdahalenin mesleğin gereklerine uygun yürütülmesi,
- Aydınlatma ve onamın bulunması,
- Onamın bulunmadığı durumda genel sağlığın korunması gibi daha üstün bir kamusal yarar olması gerekmektedir.

Tıp Fakültesi'nden mezun olmamış kişinin hekimlik yapması, ebe olmayıp köyde doğum yaptırdığı için ebe olarak tanınan kişinin müdahalesi, eczacının enjeksiyon yapması gibi durumlarda müdahalede bulunan kişinin buna yetkili olmaması ortaya çıkmaktadır (33).

Onam; kişinin kendisine uygulanacak tanı ve tedavi yöntemlerini kabul ya da reddetmesi; aydınlatılmış onam ise bu kabul ya da reddetme eyleminin kişiye konuyla ilgili verilen bilgiye dayanması anlamına gelir (10,34). Aydınlatma, müdahalenin hukuka uygun olmasının diğer bir şartıdır (33).

Sağlık çalışanlarının; sağlık hizmeti üretirken yürürlükteki yasal düzenlemelere uyma, meslek etiği değerlerine ve kurallarına uyma ve tıp alanının güncel bilimsel kurallarına uyma sorumluluğu vardır. Yapması gerekeni yapmama, ihmal ya da gecikme gösterme, basit özen ve dikkat göstermeme, tanı ve tedavi hataları, yetkisiz uygulamalar kusuru göstermekte ve bu kusur sonucunda hastada zarar oluşursa tıbbi uygulama hatalarından söz edilmekte ve sağlık çalışanı sorumlu tutulabilmektedir (2,35).

Tıbbi uygulama hatasının oluşması için; uygulamayı yapan kişinin normal şartlar altında sahip olması gereken bilgi ve yeteneğe sahip olmaması (bilgisizlik, acemilik), dikkatsiz ve özensiz tavrı sonucunda uygulamayı yapılması gerektiği şekilde yapmaması gerekir. Bu durumlarda sağlık profesyonelinin yeterli özeni gösterip göstermediği önemlidir. Gösterilecek özenin ölçüsü, tıbbi eylemi gerçekleştiren sağlık personelinin eşdeğeri statüde bulunan ortalama düzeydeki bir sağlık profesyonelinin, aynı hal ve şartlar altında göstereceği özendir (36). Tıbbi uygulamalar gerçekleştirilirken uygulanması

gerekenler, tıp bilim ve tekniğinin sürekli değişen ve gelişen niteliği gereği net olarak belirlenememektedir. Bu şekilde, standartların belirlenememesi tıbbi hataların yargı tarafından değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır (36).

Hukuk anlayışı çerçevesinde tüm sağlık profesyonelleri, uygulamaları "izin verilen risk" kavramı çerçevesinde yapmak zorundadır. Bu doğrultuda sağlık profesyoneli, uygulama öncesi -acil durumlar dışında- olası önlemleri almakla yükümlüdür. İzin verilen riskin tıptaki karşılığı "komplikasyon"dur. İzin verilen risk olarak ifade edilen, tıbbın kabul ettiği normal risk ve sapmalar çerçevesinde eylemi nedeniyle kötü sonuçlar meydana gelse bile, bu durum çalışana yükümlülük getirmemektedir. Çünkü kişi dikkat ve özen görevine uymuştur. Tedbirsizlik, dikkatsizlik ise "hatalı tıbbi uygulama" (malpraktis) olarak değerlendirilmektedir (36).

Gerekli dikkat ve özene rağmen zararlı sonuç kaçınılmaz olarak ortaya çıkarsa, kusurlu davranıştan söz edilemez. Çünkü tıbbi yardım her an zararlı sonucun meydana gelme riskini de taşır. Hekimin önlenebilir olmayan ve tahmin edilemeyen bir sonuçtan dolayı sorumlu tutulması, hukuksal açıdan mümkün değildir. Kişi eyleminden doğacak sonucu tahmin edemezse bu eylem, suç olarak kabul edilemez (37).

Genel kabul görmüş tanıma göre kusur; hukuk düzenince kınanan davranıştır. Başka bir anlatımla kusur, olması gereken davranışı gerçekleştirmek için gösterilen irade eksikliğidir (38,39).

Tıbbi kusur ise o günkü genel kabul görmüş tıbbi uygulama standartlar çerçevesinde ortalama bilgi düzeyi, beceri, dikkat ve özene sahip bir sağlık personelinin göstermesi gereken davranış şeklini gösterilmemesidir (40). Sorumluluk hukukunda hareket noktası olan kusur, hizmet kusuru, görev kusuru ve şahsi kusur gibi alt kavramlara ayrılır ve her biri ayrı bir yaptırımı ve/veya yaptırımsızlığı beraberinde getirir (38,41).

Hizmet kusuru, Anayasamızın 125. maddesinde düzenlenmiştir. Bu maddenin son fıkrasında "idarenin kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararı ödemekle yükümlü olduğu" bildirilmiştir (42). Bir başka deyişle kamu hizmeti eksik veya kötü yürütülmekteyse veya bu faaliyet beklenen hizmet gerekleriyle bağdaştırılamayacak nitelikteyse idarenin bu hizmeti kusurlu yürüttüğü kabul edilir (43).

Kusurluluğun kasıt (amaçlama) ve taksir (ihmal =savsama) olarak iki türü vardır. Dolayısı ile Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) kusur tiplerine göre suç, "kasıtlı" ve "taksirli"

suç olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kasıtlı suçlarda kişi, eyleminin sonuçlarını bilmekte, buna rağmen bilerek ve planlayarak eylemini uygulamaktadır. Kasten adam öldürme, ötanazi gibi. Tıbbi uygulamalar sonrasında kasti uygulama olarak nitelendirilebilecek davranışlar oldukça nadirdir. Taksirli suçlarda kişi, eyleminden doğacak sonucu öngörmemekte, bu sonucu istememekte ancak gerekli önlemleri almakta yetersiz kalmaktadır (37). Sağlık personelinin hasta bakımı gerçekleştirirken herhangi bir dikkatsizlikten dolayı hastasına zarar vermesi söz konusu olursa, "ihmal suçu" işlenmiş sayılmaktadır. İhmalkâr bireyler, ne sonuçları planlayabilir ne de oluşabilecek kötü sonuçları öngörebilir.

Herhangi bir tıbbi malpraktis iddiasında, kusurlu bir davranışın olup olmadığı değerlendirilirken; sağlık personelinin içinde bulunduğu durum ve şartlar ile olgunun kendine has özellikleri de dikkate alınmaktadır. Bir kusurun varlığının saptanmasında yargıç, teknik bir konu olduğu için "bilirkişi" yardımı alacak ve usul yasaları çerçevesinde konuyu yine hekimlerin önüne getirecek, aldığı görüşler çerçevesinde bir hüküm kurma yoluna gidecektir (14,44).

Ülkemizde Cumhuriyet Başsavcılıkları ve mahkemelerin teknik görüşüne başvurdukları resmi bilirkişiler; Adlî Tıp Kurumu, Yüksek Sağlık Şurası ve Üniversitelerin anabilim dallarıdır (45). Üniversitelerin anabilim dalları ve Adlî Tıp Kurumu hem ceza hem hukuk mahkemelerince gönderilen dosyalar hakkında görüş vermekte iken, Yüksek Sağlık Şurası sadece ceza mahkemelerince gönderilen dosyalar hakkında görüş vermektedir. Türk Hukuku'nda bu konuyla ilgili özel düzenlemeler bulunmamakta, genel hükümler çerçevesinde konu düzenlenmektedir (46). Sağlık çalışanlarının malpraktis iddialarından korunmaları için ise malpraktis sigorta kanunu bulunmaktadır. Tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası, 1219 sayılı Tababet Kanunu Ek-12. maddesi çerçevesinde 2010 yılından itibaren hekimler ve diş hekimleri için yapılmaya başlanmıştır (47).

2.5. Ebelik ve Malpraktis

2.5.1. Ebe Tanımı ve Ebenin Görevleri

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli görevler üstlenen meslek gruplarından biri olan "Ebelik" tarihin çok eski dönemlerinden beri uygulanan ve yaygın faaliyet alanına sahip olan bir meslektir. Ebe ebelik eğitim programına girmeye hak kazandıktan sonra, bu programı başarıyla tamamlayarak ebelik mesleğini yerine getirmek üzere, tescili yapılan ya da kendisine yasal olarak izin verilen kişidir (48).

DSÖ ebeyi; gebelik sırasında, doğumda ve doğumdan sonra gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yeni doğanın bakımını, aile planlaması danışmanlığını yapmak üzere eğitilmiş kişi olarak tanımlamaktadır (49,50).

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu'na (ICM) göre ebe; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadının bakımını sağlayan, gerekli tavsiyelerde bulunan, kendi sorumluluğunda doğumu gerçekleştiren, yeni doğanın bakımını sağlayan ve kadın ile işbirliği içinde çalışan, güvenilir ve sorumluluk sahibi bir profesyoneldir. Yine ICM ebeyi, sağlık danışmanlığı ve eğitiminde, yalnız kadın için değil toplum ve aile için de önemli bir görev alan bir sağlık personeli olarak görmektedir. Bu görev, antenatal eğitim ve ebeveynliğe hazırlanma, cinsellik ve üreme sağlığı ve çocuk bakımını içermektedir (51).

Ülkemizde 1800'lü yıllarda formel eğitime başlayan ebelik mesleği eğitimi 1982 yılında lise düzeyinde başlamış 1996 yılında lisans düzeyinde eğitime başlamıştır. Günümüzde ise ebelik eğitimi 12 yıllık bir temel eğitimden sonra 4 yıllık bir üniversite eğitimini kapsamaktadır ve müfredat programları, 1998 yılında YÖK tarafından oluşturulan komisyonca oluşturulmuştur. Ebelik lisans eğitimi 2012-2013 eğitim-öğretim yılında biri KKTC (Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti) 'de olmak üzere toplam 34 üniversite bünyesinde yer alan Hemşirelik Yüksekokulları, Sağlık Yüksekokulları ve Sağlık Bilimleri Fakültelerinin Ebelik bölümlerinde verilmektedir. Bunun yanı sıra lisans eğitimini tamamlayan ebeler, ebelik ya da farklı bir anabilim dalında yüksek lisans eğitimlerini yapabilmektedirler (52).

Ebelikte lisansüstü eğitime 2003 yılında yüksek lisans düzeyinde başlanmış olup 2013 yılında ise Ege Üniversitesi ve Atatürk Üniversitesi bünyelerinde ilk doktora programları açılmıştır (51).

Ülkemiz mevzuatında, hemşirelik mesleğini düzenleyen "Hemşirelik Kanunu" gibi, sadece ebelik mesleğine ilişkin düzenlemeleri yapan "Ebelik Kanunu" adı altında bir düzenleme bulunmamaktadır. Ebelik mesleğine ilişkin düzenlemeler Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (Tababet Kanunu) ve ilgili diğer bazı mevzuatın içeriğinde mevcuttur (53).

1219 sayılı Tababet Kanunu'nun 47. maddesi ülkemizde ebelik mesleğini uygulayabilmek için gereken şartları belirlemiştir. 47. madde şöyledir: *"Türkiye dâhilinde ebelik sanatını icra için Türk olmak ve Tıp Fakültesi Kabile Mektebinden veya Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâleti tarafından küşat ve idare edilen ebe mekteplerinden bir şahadetname sahibi bulunmak ve bu şahadetname mezkûr Vekâletçe tasdik ve tescil edilmiş olmak lâzımdır".* (54)

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin "Ebelerin Görev Ve Yetkileri" başlıklı 133.maddesinde; hangi niteliklerdeki kişilerin ebelik yapabileceği, ebelik uygulamalarının neler olduğu, neleri yapabilecekleri, neleri yapamayacakları şu şekilde belirtilmiştir:

MADDE 133 - Ebeler, sağlık meslek okulu mezunu, doğum ve doğum kontrolü ile ilgili kendisine düşen görevleri yapabilecek yeteneklere sahip, gerekli kursları görmüş yardımcı sağlık personelidir. Kurumun yatak adedi azaltılmamak kaydıyla isteyen ebeler gerek görüldüğü takdirde baştabip izniyle kendilerine ayrılan yerlerde topluca kalabilirler.

Kurumlarda doğum işleriyle vazifelendirilmiş ebeler, müracaat eden kadınların fenni olarak doğuma hazırlanmaları için yetkileri dahilinde her türlü tedbirleri alır ve hazırlıkları yaparlar. Meslek ve sanatlarının gerektirdiği şekilde ana ve çocuğu muayene ederler. Özellikle çocuk kalp seslerini yakından izler, müşahadelerine yazarlar. Gerekli gördükleri hallerde her türlü genital muayeneleri de yaparlar, müşahadelerini bir not halinde de yazarak tespit ederler ve doğumun seyrini dikkatle ve sürekli bir şekilde izlerler.

Normal doğumları kendileri yaptırırlar. Doğum güçlükleri veya arızaları mevcut olan veya durumunu kesin olarak tesbit edemedikleri vakaları uzman tabibe derhal haber verirler.

a) Doğan çocukların cinsiyetini, boy ölçüsünü, kafa çaplarını, göğüs çevresini, beden ağırlığını, yapısında mevcut bütün arızaları ve anormallikleri, kalıtsal belirtileri, plasenta ve kordonun niteliklerini tespit ve kaydederler.

b) İkiz veya daha fazla sayıda doğan çocukların doğum sıralarını, ne kadar ara ile doğduklarını, ölü doğanların; doğumdan sonra bir müddet daha teneffüs edip etmediklerin dikkat ve titizlikle tetkik ve kaydederler.

c) Doğan çocukların birbirlerine karıştırılmamasına son derce dikkat ederler ve bu amaçla her doğan çocuğun bileğine anasının ad ve soyadını, cinsiyetini, doğum tarih ve saatini belirten bir kart bağlamak zorundadırlar. Bu etiket çocuk hastaneden çıkıncaya kadar bileğinde bırakılır. Ayrıca bu hususta kurum idaresince konulmuş usuller varsa onları da uygularlar.

d) Doğan çocukların göbeğinin fenni usullere uygun olarak kesilip bağlanması ve sarılması, çocuklar için tedbirlerin alınması ebelerin görevidir.

e) Doğum odalarının doğum ve müdahaleler için gerekli alet ve malzemenin her zaman temiz ve kullanmaya elverişli bir şekilde bulundurulmasını sağlarlar.

f) Ebe ve ebe hemşireler, bu asli görevleri yanında hemşirelerin gördükleri hizmetleri de görmek ve kurumlarda onların uymak zorunda bulunduğu hükümlere uymakla yükümlüdürler.

g) Bu görevleri dışında, aile planlaması kursu görmüşlerse ailelere doğum kontrolü ile ilgili her türlü bilgiyi vermekle yükümlüdürler. (55)

2.5.2. Ebelik Uygulamaları

Bu başlık altında ebenin görev, yetki ve sorumlulukları bulunan ebelik uygulamalarının yanı sıra doktora yardımcı oldukları girişimler yer almaktadır.

2.5.2.1. Doğum Eylemine Yardım

Doğum eylemi, uterus kontraksiyonlarının başlamasına bağlı olarak serviksin silinme ve açılması ile gebelik ürünlerinin vajen yoluyla vücut dışına atılmasıdır (56).

Dünya Sağlık Örgütü 20. gebelik haftasından sonra sonlanan gebeliklere de doğum tanımlamasını getirmiştir (57). Diğer bir açıdan bakıldığında doğum, fetüsun anneden umblikal kordonun kesilip kesilmediğine bakılmaksızın ya da plasentanın birleşik olup olmadığına bakılmaksızın tam olarak atılması veya çıkarılması olayıdır (58) . Doğum vajinal veya transabdominal yolla olabilir. Ebelik uygulamaları için geçerli olan vajinal doğum şeklidir.

Doğum eyleminin normal sürecinde gitmesi, normal bir doğum olması için, termde (son menstrual peryottan 40 hafta sonra), kendiliğinden başlaması, tek ve canlı bir fetüsün varlığı, verteks pozisyonunda, baş pelvis uyuşmazlığı olmadan sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı olması gerekmektedir (59). Doğum eylemi dört aşamada gerçekleşmektedir. Birinci evre; gerçek doğum ağrıları ile başlamakta, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sonlanmaktadır. İkinci evre; servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile başlamakta, bebeğin doğumu ile sonlanmaktadır. Üçüncü evre; bebeğin doğumu ile başlamakta, plasentanın doğumu ile sonlanmaktadır. Dördüncü evre; plasentanın doğumundan sonraki 1-2 saatlik süreyi içerir, bu süre bazen 4 saate kadar uzayabilmektedir (56) **.**

Ebeler doğum eylemini tüm aşamalarını izleyip, değerlendirip gerçekleştirme yetkisine sahiptir. Ancak normalden sapma durumlarında yapılması gereken uygulamaları tek başına yapma yetkisine sahip değildir. Bu uygulamaları ancak bir doktor gözetiminde gerçekleştirmelidir.

2.5.2.2. Doğum İndüksiyonu

Spontan doğum eylemi beklenmeden herhangi bir mekanik işlem ile ya da farmakolojik ajanlar yardımı ile uterus kasılmalarının uyarılmasına doğum indüksiyonu denmektedir (60). Tüm gebe kadınların yaklaşık %20 ila %30'u indüklenmektedir ve doğum indüksiyonu sık uygulanan medikal girişim haline gelmektedir(61,62).

Acil sezaryen şartlarının oluşmadığı, ancak anne veya bebek açısından gebeliğin sonlandırılmasının gerekli olduğu bazı durumlarda doğum eyleminin başlatılması gerekli olabilir. Beklenen doğum tarihinden 1-2 hafta geçmesine rağmen doğumun başlamaması, preeklamsi varlığı, amniyon zarının enfeksiyonu, zarların açılmasına rağmen 24 saat içinde eylemin başlamaması, gestasyonel diyabet, exfetus durumlarında

doğum indüksiyonu uygulanabilmektedir. Postterm gebeliklerde doğum indüksiyonunun perinatal mortaliteyi azalttığı bildirilmiştir (60).

Uterotonik ilaçlar uterus kaslarının kontraksiyonunu stimüle eder. Oksitosin , prostoglandinler ve ergot preparatları doğumda kullanılan uterotonik ajanlardır. Prostoglandinler genellikle abortusların teşvik edilmesinde, oksitosin doğum eyleminde, ergot preparatları (ergononovine veya methilergeonovine) ise postpartum periyodda, kullanılır. Oksitosin kullanmak için serviksin yumuşak, hafif açılmış ve fetusun başı fiske olmalıdır. Oksitosin kullanmı doğum eylemini riske sokacağından annenin iyi izlenmesi gerekmektedir. Oksitosin uygulamasının yaratacağı tehlikeler; uterusun aşırı stimulasyonu sonucu hipertonik kontraksiyonlar (uterus tetanisi), fetal hipoksi, uterus rüptürü ve ablasio plasentadır (63).

Farmakolojik ajanlar kullanılmak suretiyle gerçekleştirilen doğum indüksiyonu uygulamaya karar vermek doktorun sorumluluğu altında bulunan bir işlemdir. Ebe sadece hekim tarafından istemlenen ilacı etkin şekilde uygulamakla ve izlemekle görevlidir.

2.5.2.3. Amniyotomi

Amniyotik membranların suni olarak açılmasıdır. Bazen doğum eylemini başlatmak veya hızlandırmak amacı ile kullanılabilir. Fetal membranların bozulmadığı zaman uterus kontraksiyonlarının basıncı uterusa eşit olarak yayılır. Böylece fetus başı ve umblikal kord basınçtan sıkışmadan korunmuş olur. Eğer fetus başı pelvise tam yerleşmeden amniyotomi uygulanırsa umblikal kord prolapsusu gelişebilir. Bu durumda fetusun ciddi hipoksiye maruz kalmasına neden olabilmektedir (63).

4000’den fazla kadını içeren toplam dokuz çalışmada erkenden amniyotomi yapılmasının; doğum eyleminin süresini kısalttığı ve oksitosin kullanımını azalttığı ancak fetal distres ve sezaryen oranlarında (%26) bir artış olduğu bulunmuştur (64). Ebeler doğum eyleminin hemen öncesi olan travay döneminde anne ve bebeğin sağlığı için gerekli bütün müdahaleleri yapmakla yetkilidirler (65). Amniyotomi işlemi de uygun şartlar altında ve gerekli ekipmanlar ile ebeler tarafından uygulanmaktadır.

2.5.2.4. Epizyotomi

Epizyotomi, vajinal açıklığı genişleterek doğumu kolaylaştırmak, perinenin tonüsünü korumak, istenmedik yırtıkları önlemek, fetüs başının kolay, hızlı ve tehlikesiz doğumunu sağlamak amacı ile doğum eyleminin ikinci devresinde perinede bulbo-kavernos kasa yapılan cerrahi bir insizyondur (66).

Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Koleji (ACOG, AmericanCollege of Obstetricians and Gynecologists), vajinal doğum esnasında maternal laserasyonlara karşı koruma, doğumu kolaylaştırma veya hızlandırma gibi maternal veya fetal endikasyon durumlarında epizyotominin kullanılabileceğini, gerekmedikçe kulanımının sınırlandırılmasını önermektedir (67). Kanada Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği (SOGC, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada) ise, rutin epizyotomi uygulanmasının vajinal bir doğumu desteklemek için gerekmediğini ancak fetal risk veya maternal distress oluştuğunda doğumu hızlandırmak için kullanılabileceğini önermektedir (68). Bu girişim sıklıkla, fetal hipoksiyi önlemek, forseps, vakum kullanımı gerektiren müdahaleli doğumların ya da makat prezantasyonların olması ikinci evrenin kısaltılması, spontan perine laserasyonunun önlenmesi, anal sfinkterin korunması, perine onarımının kolay olmasının sağlanması, doğum sonrası kısa ve uzun vadeli pelvis ve perine problemlerinin önlenmesi amacıyla uygulanır (69,70). Ayrıca annenin kalp yetmezliği gibi doğum sırasında fazla ıkınmasının engellenmesi gereken durumlarda, rijit perinede, makrozomik fetüste, gelen kısım perineye dayandığı halde beş dakika içinde doğum olmamış ise, önceki doğumlardan kalma skar dokusu olduğunda epizyotomi uygulanmaktadır (66).

Pek çok araştırmada epizyotomi uygulamasının doğum eylemi ve erken doğum sonu maternal etkilere sahip olduğu saptanmıştır (69,71,72,73). Epizyotominin en sık görülen komplikasyonları epizyotomi uygulama süresinin uzaması, III. ve IV. derece perine laserasyonları ve enfeksiyondur (74). Ayrıca doğum sonu ağrı ve rahatsızlık, kadının kendi bakımını yeterli düzeyde verememesi ve disparoni de diğer komplikasyonlarıdır (72).

Ebeler doğumun ikinci evresinde gerektiğinde epizyotomi açmak ve onarmakla yetkilidir (65).

2.5.2.5. Forseps ve Vakum Uygulamaları

Forseps bir traksiyon aletidir. Doğum eyleminden önce fetus başının rotasyonunu sağlamak ve doğuma yardımcı olmak için kullanılır. Forseps uygulamasının hem anne hem de bebeğe komplikasyonları görülebilir. Anneye ait komplikasyonları perine, vajen ve serviks laserasyonlarında artma ve buna bağlı olarak postpartum hemoraji sıklığında artış, rektovajinal fistül gelişimi, rektosel, sistosel ve prolapsus gelişimi enfeksiyon gelişimidir. Fetüse ait komplikasyonları ise fetal kafa derisi ve yüzde laserasyonlar, sinir paralizisi, brakial pleksus hasarı, kafa kemiklerinde kompresyon kırıkları, intrakranial hemorajilerdir (75).

Vakum aleti; vakumlamayı sağlayan bir cihaz, hortum ve çan olmak üzere üç kısımdan meydana gelir. Vakum ekstraksiyonunun forseps uygulamasından farkları vardır. Vakum ile fetal başa rotasyon yaptırılamaz, traksiyon gücü forsepsten daha azdır. Vakum ekstraksiyonun komplikasyonları; çan ile fetal baş arasına anneye ait dokuların girmesi ile oluşan laserasyonlar, fetüsde skalp(saçlı deri) yaralanmaları, sefal hematom, intrakranial hemoraji ve retina kanamasıdır. Vakum ekstraksiyonu annede doğum kanalında daha az travmaya neden olmakla birlikte fetal morbidite açısından vakum ile forseps arasında bir fark gözlenmemiştir (76). Forseps ve vakum uygulaması doktorun yetkisinde olan bir uygulamadır ancak ebelerde yardımcı olabilmektedir.

2.5.2.6. Elektronik Fetal İzlem

Fetal oksijenasyonun değerlendirilmesinde en yaygın olarak kullanılan yöntemlerden biri Elektronik Fetal İzlemdir (EFİ). Dünya'da EFİ teknolojisi 1960 yılında geliştirilmiş ve 1980'lerden sonra ise kullanımı yaygınlaştırılmıştır. EFİ, riskleri erken dönemde belirlemeyi sağlayarak hipoksiye bağlı fetal ölümlerin azalmasında önemli rol oynamaktadır. Fetal sağlığı değerlendirmek amacıyla EFİ**,** hem gebelikte (antepartum) hem de doğum eylemi (intrapartum) sırasında uygulanabilmektedir. Uygulamada antepartum EFİ aynı zamanda Nonstress Test (NST) olarak da tanımlanmaktadır**.** NST**,** gebenin 20 dakika içerisinde fetal hareketlere paralel olarak**,** fetal kalp atımlarındaki değişiklikleri değerlendiren bir testtir. İntrapartum EFİ ise, doğum eylemi sırasında meydana gelen uterusun kontraksiyonları ile fetusun kalp atımları arasındaki ilişkiyi değerlendirmektedir. Kontraksiyonlar sırasında oluşan hipoksi durumuna karşın fetüsün baş etme yeteneğini incelemektedir (77). Kadın doğum

servisi, polikliniği ve doğumhanelerde çalışan ebe ve hemşirelerin bu konuda yetersiz olmaları yetersiz izlem ve yanlış değerlendirme, müdahale olasılığını artırmaktadır. İzlem ve yorumlama hataları hem fetal sağlığın tehlikeye girmesine hem de günümüzde gittikçe önem kazanan tıbbi malpraktis çerçevesine profesyonel imajımızın zedelenmesine neden olmaktadır (78).

2.5.2.7. Fundal Basınç ve Crede Manevrası

Doğum eyleminin ikinci evresinde fundal basınç, uterin fundus yüzeyinin üstüne elle ya da kemerle basınç yapılarak uygulanmaktadır. Vaginal doğumlarda yardımcı olmak için uygulanan fundal basınçla ilgili olarak çok az çalışma yapılmıştır.

Konuyla ilgili 500 kadını içeren bir çalışmada şişirilebilir obstetrik kemer kullanılarak oluşturulan fundal basınç, fundal basınç uygulanmayan grupla karşılaştırıldığında; spontan vaginal doğum insidansında benzerlik olduğu görülmüştür. Ayrıca, diğer tüm maternal ve neonatal sonuçlarda da benzerlik görülmüştür, Fundal basınç uygulanmayan grupta memnuniyet düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (64).

Doğumun üçüncü evresinde plasentanın doğumunu kolaylaştırmak için perine yönünde fundusun avuç içine alınıp sıkıştırılmasıdır.

Bu manevraların aşırı ve uygunsuz kullanımı postpartum dönemde uterusun yeterince kasılamamasına bağlı atoni kanaması, uterus inversiyonu ve uterus rüptürü gibi komplikasyonlara neden olmaktadır. Uterusun ters yüz olması ile ifade edilen akut uterus inversiyonu doğumun üçüncü evresine ait nadir ve ciddi bir komplikasyondur ve en önemli nedeni uterus kasılmadan yapılan crede manevrasıdır (79).

2.5.3.Ebelikte Malpraktis

Günümüz tıp ve ebelik uygulamalarının genel özelliklerine bakıldığında; yüksek teknolojiye dayalı olması, hızla artan bilimsel bilgiye bağlı olarak her geçen gün yeni ve pahalı tıbbi uygulama olanaklarının gelişmesi, hasta hakları ve aydınlatılmış onam gibi güncel kavramların belirleyici olarak önem kazanması sayılabilir (80).

Malpraktis terimi bu temel özelliklere kaçınılmaz olarak sosyo-ekonomik, hukuksal ve etik düzenlemelerin birleşimi olarak ortaya çıkmıştır. Örnek-Büken ve Büken'in (2) yaptığı bir çalışmada ATK'na 1990-2000 yılları arasında gelen 653 dosyadan 122'si kadın doğum alanı ile ilgilidir. Gündoğmuş ve arkadaşlarının (4) 1993-

1998 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası kayıtlarına dayanılarak yaptıkları bir araştırmaya göre ebeler, 59 tıbbi malpraktis davası içerisinde %52 oran ile en yüksek sorumluluk oranına sahip olmuşlardır. Bunu %29 ile hekimler ve %19 ile hemşireler izlemişlerdir. Ebelerin söz konusu olduğu malpraktis davalarında en çok, gebenin ve fetüsün izleminde yetersizlik, gebelikle ilgili problem ve komplikasyonları değerlendirmede yetersizlik ve hekime zamanında rapor etmemek, doğum sırasında uygun olmayan müdahalede bulunmak (vakum ekstraktör kullanmak, hatalı epizyotomi, oksitosini aşırı ve yanlış kullanmak) gibi hataları yer almaktadır.

Elbüken'in (81) tez çalışması için, 2002-2008 yılları arasında sağlık profesyonellerine yönelik tıbbi uygulama hata iddiası ile Yüksek Sağlık Şurası'nda karara bağlanmış olguların incelediği bir çalışmada en çok hatalı tıbbi uygulamanın görüldüğü kliniğin % 49,3 ile kadın doğum kliniği olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada ebelerin % 24,6 ile en çok dava konusu olan meslek grubu olduğu görülürken Safran (82) da çeşitli kurumlardan aldığı 371 malpraktis olgu dosyası içerisinde en çok dava edilenlerin ebeler (% 23,2) olduğunu belirtmiştir (81,82). Elbüken'in (81) çalışmasında ayrıca ebelerin dava edildikleri olguların % 23'ünde kusurlu bulundukları da ifade edilmektedir.

2.5.4. Ebelerin Hukuki Sorumlulukları

Ebelerin gerçekleştirdiği faaliyet tıbbi müdahaledir ve bu anlamda diğer sağlık çalışanlarından farklı bir durumda değildirler. Faaliyetin özelliği ve yasal olarak hukuka uygunluk koşulları aynıdır. Kişinin yaşamına, sağlığına veya vücut tamlığına yönelik bir müdahalenin, tıbbi müdahale olarak kabul edilebilmesi ve hukuka uygun sayılabilmesi için malpraktis ve hukuk başlığı altında belirtilen birtakım koşulları sağlaması gerekir.

Tıbbi müdahale, amacı teşhis, tedavi veya koruma olsa da, temelde hastanın vücuduna yapılan bir müdahaledir ve hukuka uygunluğu için gerekli olan yasal koşullar gerçekleşmediği takdirde hukuka aykırı fiil niteliğinde kalmaktadır. Hukuka aykırılığın giderilmesindeki en önemli şartlardan birisi ise tıbbi müdahalenin ilgilisi olan hastanın rızasıdır. Ancak bu rıza, hasta ve ebe arasındaki özel ilişki sonucu elde edilmektedir.

Ebe, hastasının rızasını alabilmek için ve ayrıca bu rızanın da hukuken geçerli olması ve böylece tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun sağlanması için, hastayı

bilgilendirmeli yani onu aydınlatmalı, neye, niçin ve ne şekilde rıza göstermiş olacağını açıklamalıdır (83). Ancak bu sayede hastadan alınan rıza, hukuken geçerli olacak ve etki doğuracaktır (84). Hastanın aydınlatılması, onun kendisi üzerinde yapılacak müdahalelere karar verme sürecine katılımını sağlayan en önemli etik ilkeler içinde yer alır (85).

Ebe tarafından yapılacak aydınlatma belli bir şekle bağlı değildir; yazılı veya sözlü olabilir. Ancak, aydınlatmanın yazılı hale getirilmesi sonraki aşamalarda sorumluluktan kurtulmak ve ispatta kolaylık sağlamak açısından yerinde olacaktır. Yazılı aydınlatma bakımından, hastanın standart bir formla aydınlatılması kadar; broşürle de aydınlatılması söz konusu olabilir. Yükümlülüğünü yerine getirmeyen ebe, oluşan kusurlardan sorumlu olduğu gibi, müdahale için aldığı rıza da hukuken geçersiz olacağından, yaptığı işlemlerin hukuka uygunluğunu ileri sürmeyecek ve sorumluluktan kaçamayacaktır (86).

Ebelerin hukuki sorumluluğunun doğması için başlıca 4 unsurun varlığı gerekir. Hukuki sorumluluk için gereken şartlar (53);

1.Hukuka aykırı fiil
2.Zarar
3.İlliyet bağı
4.Kusur

Bu şartların gerçekleşebilmesi için öncelikle, kanuna uygun şekilde ebelik mesleğinin yerine getirilmesi gerekmektedir. Çünkü ebelik yapma yetkisi olmadan ebelik uygulaması yaparak hastaya zarar veren kişinin fiili, yetkili bir ebenin hatalı fiilinden daha ağır sorumluluk gerektirmektedir.

Hukuka aykırı fiiller, Borçlar Hukuku uygulamasında haksız fiil, sözleşmeye aykırılık şekillerinde gerçekleşebilir. Vücut bütünlüğüne zarar veren ve hukuka uygunluk sebebi bulunmayan fiillere genel olarak haksız fiil denmektedir. Ebelerin gerçekleştirdiği tıbbi müdahalelerde genellikle hastanın iyileşme talebi, ebenin iyileştirmeye yönelik kabulü olduğundan ikisi arasında (ya da ebenin çalıştığı hastane ile hasta arasında) sözleşme bulunduğu kabul edilmektedir. Yani ebelik uygulamalarından kaynaklanan zararların tazmini söz konusu olduğunda hukuka aykırı fiil, genellikle sözleşmeye aykırılık olmaktadır. Ancak, vücut bütünlüğüne yönelik

uygulamalar genel olarak haksız fiil de sayılabileceğinden, ebelik uygulamaları her iki hukuka aykırı fiil şekline de girebilmektedir. Örneğin, ebe normal doğum yaptırırken dikkatsiz ve özensiz davranarak bebeğin kolundaki sinirlerin zedelenmesine sebep olmuşsa, bebekte ve ailesinde oluşan maddi-manevi zararları ödemek durumundadır. Ama ebenin kamu hastanesinde çalışması, özel hastanede çalışması durumları farklı olarak değerlendirilmektedir (53).

Zarar olmadan tazminat sorumluluğu doğmaz. Hukuka aykırı fiil sonucunda maddi zararın ya da manevi zararın doğmuş olması gerekmektedir. Zarar gören kişinin zarar gördüğünü iddia ve ispat etmesi gerekmektedir. Zarar, malvarlığının azalması ya da artmasının engellenmesi şeklinde maddi olabileceği gibi ruhen etkilenme şeklinde manevi de olabilmektedir. Zarar, ebelerin hukuki sorumluluğu çerçevesinde değerlendirildiğinde hatalı, ihmalkâr eylemler sonucunda yaralanma, sakat kalma ya da ölüm oluşması ve bunlara bağlı kayıplar olarak belirtilebilmektedir (53).

Bedensel zararlar olarak da isimlendirilen vücut bütünlüğünü ihlal eden yaralanma, sakat kalma durumlarında hem maddi hem manevi zararın oluşması mümkündür. Maddi zararlar vücutta oluşan iş görememe (maluliyet) oranında ve süresince çalışma gücü kaybından kaynaklanan gelir kaybı, hastane masrafları, ilaç masrafları, ulaşım masrafları, bakıcı masrafları gibi haksız olarak oluşan mevcut giderlerdir. Manevi zararlar ise yaralanma, ya da sakat kalma dolayısı ile zarar görende ve ispatlanabildiği ölçüde bu zarardan etkilenen yakınlarda oluşan elem, üzüntü ve kederdir (53).

Ölüm halinde de maddi ve manevi zararlar oluşabilmektedir. Maddi zarar olarak, ölen kişinin maddi desteğinden yoksun kalan kişilere, ölenin ölmeden önce sağladığı destek miktarı kadar destekten yoksun kalma tazminatı verilmektedir. Ayrıca defin masrafları, hastane, ilaç, ulaşım, bakıcı masrafları ve eyleme bağlanabilen diğer giderler maddi tazminat olarak talep edilebilmektedir (53).

Oluşan zarar hukuka aykırı fiil sonucunda oluşmuş olmalıdır. Yani zarar ile fiil arasında bağlantı, sebep sonuç ilişkisi olmalıdır. Örneğin, ebe doğumu yaptırıp anneye bebeği emzirmesi için verdikten sonra anne, bebeği düşürür ve sakat kalmasına sebep olursa; ebenin müdahalesi ile bebeğin sakat kalması arasında illiyet bağı bulunmadığından ebeyi zarardan sorumlu tutabilmek söz konusu değildir. Burada aranan illiyet bağının genellikle uygun illiyet bağı olduğu kabul edilmektedir (53).

Gerçekleştirilen fiil sonucunda oluşan zararların sebebi ebenin yanlış, hatalı, ihmalkâr, kurallara aykırı davranışları ise failin kusurlu olduğu kabul edilmektedir. Tazminat sorumluluğunun doğması için kusurun da bulunması gerekmektedir. Hem haksız fiilde hem sözleşmeye aykırılık durumunda gerçekleştirilen fiillerde kusur bulunmalıdır. Ancak iki durum arasındaki fark, "kusurun ispatı" yönündendir. Haksız fiilde, haksız fiile uğradığını iddia eden kişi, haksız fiilde bulunan kişinin, kusurlu davranışını ispatlamak zorunda iken; sözleşmeye aykırılıkta, karşı yanın sözleşmeye aykırı davrandığının ispatlanması yeterlidir. Sözleşmeye aykırı davranan taraf kusursuzluğunu ispatlamak zorundadır (53).

Sonuç olarak, ebelerin mesleki uygulamalarındaki hatalı, ihmalkâr davranışları sonucunda oluşan zararların gidermesi gerekmektedir. Bu konu, "ebelerin hukuki (tazmin) sorumluluğu" olarak belirlenmektedir. Ebelerin hukuki sorumluluklarının doğması için; ebelik ehliyetine ve yetkisine sahip bir ebenin mesleğini uygularken haksız olarak hastaya, maddi ya da manevi yönden zarar vermiş olması gerekmektedir. Kamu kurumunda çalışan ebe ile özel kurumda çalışan ebe arasında tazminat ödeme sorumluluğu yönünden çok fark yoktur. Çünkü iki halde de kurum tazminatı öderse kusuru oranında ebeden geri alabilmektedir. Ancak her iki halde de ebenin şahsına karşı adli yargıda dava açılabilmektedir. Bu davanın kabulü halinde ebe, tazminatı tek başına ödemek durumunda kalabilmektedir. Çalıştığı kurumun kusuru var ise kurumdan kusuru oranında ödediği miktarı talep edebilmektedir (53).

2.5.5.Ebelerin Cezai Sorumlulukları

Ebe, icra ettiği mesleğinin gereği olarak, kişilerin vücut dokunulmazlığına/beden bütünlüğüne ve sağlığına yönelik bir takım müdahalelerde bulunmaktadır. Bu müdahaleler sırasında amacı, söz konusu değerler açısından bir tehlike yaratmak, onlara zarar vermek değil, tam aksine bu menfaatleri korumak, daha da iyileştirmektir. Yapılan kasti veya taksirli bir hareket sonucu ortaya çıkacak netice, ebenin ceza hukuku anlamında sorumluluğunun doğmasına neden olmaktadır. Sorumluluk medeni hukuk açısından tazminata mahkûm olma şeklinde belirirken, ceza hukuku açısından da işlenmiş bulunan fiilin yasal karşılığı olan cezaya mahkûm edilme biçiminde gerçekleşir (87). Bugün bir kişi bakımından ceza sorumluluğunun söz konusu olabilmesi için sadece fiilin o kişiye ait olması yeterli değildir, bunun yanında ayrıca kişinin işlediği

fiilde kusurlu olması yani fiilin o kişiye isnad edilebilmesi gereklidir. Kusursuz sorumluluğun kabulü mümkün değildir. Sağlık çalışanları bakımından da durum bu yöndedir (88). Herkes kendi fiilinden kusuru oranında sorumlu olacaktır. Öte yandan suça iştirake (suç ortaklığı) ilişkin hükümler de sağlık çalışanları için uygulanacaktır.

Yasada yer alan olası kast ve bilinçli taksir sağlık çalışanları açısından önem taşımaktadır. Olası kastta neticeyi öngörme ve kabullenme varken bilinçli taksirde öngörülen neticenin kesinlikle istenmesi söz konusu değildir (89). Olası kastta ceza indirilebilirken, bilinçli taksirde ceza artırılacaktır. Bilinçli taksir de hapis cezasının para cezasına veya tedbire çevrilmesi mümkün değildir (90).

TCK madde 53 belli hakları kullanmaktan yoksun bırakılma halini düzenleyen güvenlik tedbiridir ve TCK madde 53'ün özellikle 6. fıkrası sağlık çalışanları için önem taşımaktadır (88,90). Bu düzenlemeye göre sağlık çalışanı, işlediği taksirli bir suç nedeniyle mahkûm edilmişse, suçunun cezasının tamamen infazından sonra başlamak üzere üç aydan üç yıla kadar meslek veya sanatını yapmaktan yasaklanabilecektir. Bu yasaklanma hakimin takdirine bağlıdır, bu yönde kararın verilmesi zorunluluk oluşturmaz (3).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Araştırma, ebelerin malpraktis ile ilgili bilgi, düşünce, gözlem ve deneyimlerinin belirlenip etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Adana il merkezinde bulunan kamuya ait üç ayrı yataklı tedavi kurumunun doğum ve doğum sonu servislerinde "Ebe" unvanı ile görev yapmakta olan toplam 82 çalışan oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip evren örneklem olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın uygulanması esansında izinli olan iki, başka yere tayin olmuş olan üç ve araştırmaya katılmayı reddeden iki kişinin dışında toplam 75 ebeye ulaşılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, literatür taranarak elde edilen benzer türde çalışmaların derlenmesi ve araştırmacının klinik gözlem ve deneyimleri sonucu oluşturulmuş toplama formu ile toplanmıştır (EK 2). Veri toplama formu üç ayrı bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölüm: Ebelerin tanımlayıcı ve mesleki özelliklerine yönelik altı sorudan oluşmaktadır. Anket formunda ebelerin demografik bilgilerine yönelik iki (yaş ve öğrenim durumu), çalışma yaşamlarına ilişkin dört tane olmak üzere toplam altı soru yer almaktadır.

İkinci bölüm: Ebelerin malpraktis hakkındaki bilgi ve görüşlerini, çalışma yaşamları boyunca edindikleri malpraktis ile ilgili gözlem ve deneyimlerini belirlemeye yönelik 11 sorudan oluşmaktadır.

Üçüncü bölüm: Ebelerin çalışma yaşamında karşılaştıkları tıbbi hata türlerinin sıklıklarını belirlemeye yönelik 23 maddeden oluşmaktadır. Anket formunun bu bölümünde ebelerin doğum eylemi öncesinde karşılaşmaları muhtemel olan tıbbi hata türlerine yönelik yedi, doğum eylemine ilişkin sekiz, doğum sonu döneme ilişkin dört,

genel tıbbi hatalara ilişkin dört tane olmak üzere toplam 23 madde yer almaktadır. Her bir hatalı tıbbi uygulama maddesi sıklık belirlemek amacıyla "hiç", "çok nadir","zaman zaman","genellikle" ve "her zaman" olarak 5'li likert şeklinde sorulmuştur. Ancak uygulaman sonunda katılımcılardan alınan yanıtlarda ifadeler arasında eşit dağılım göstermediği anlaşılmıştır. Bu yüzden verilerin ifade edilmesinde "hiç" ifadesi "hatalı tıbbi uygulama ile hiç karşılaşmama", "çok nadir, zaman zaman, genellikle ve her zaman" ifadeleri "hatalı tıbbi uygulama ile en az bir kez karşılaşma" olarak değerlendirilmiştir.

Veri toplama formu alanında uzman dört[*] öğretim elemanının görüşü alınarak geliştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Uygulanması

Çukurova Üniversitesi Balcalı Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14.02.2013 tarihi, 16 sayılı toplantısında değerlendirilen 27 karar numaralı etik kurulu onayı (EK 3) alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır. Anket formları gönüllülük ilkesi çerçevesinde, araştırma hakkında bilgi verilip sözlü ve yazılı onamı (EK 2) alınarak cevaplamayı kabul eden ebelere yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce anket formunun düzenlenmesi için 10 ebe ile ön uygulama yapılmıştır. Daha sonra değişikliğe gerek duyulmadan araştırmaya başlanmıştır. Ön uygulama için kullanılan anketlerde verilere dâhil edilmiştir

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Science, Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi) for windows 16.0 paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Bilgisayar ortamında analiz edilen veriler tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde) ve ki-kare testleri ile değerlendirilmiştir. Grupların karşılaştırmasında önemlilik değeri olarak 0,05 alınmıştır.

---

[*]Doç. Dr. Selim KADIOĞLU, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
Doç. Dr. Semra KOCAÖZ, Niğde Üniversitesi, Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü
Yrd. Doç. Dr. Sultan ALAN, Çukurova Üniversitesi, Adana Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü
Yrd. Doç. Dr. Şule GÖKYILDIZ, Çukurova Üniversitesi, Adana Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini ebelerin sosyo-demografik özelikleri (yaş, eğitim durumu) ve çalışma yaşamına ilişkin özellikleri (çalıştığı bölüm, çalıştığı birimde görev yapma süresi, meslekte çalışma süresi, çalıştıkları vardiyalar) oluşturmaktadır. Bağımlı değişkenlerini ise ebelerin malpraktis kavramı ve yasal düzenlemeler hakkındaki bilgi ve düşünceleri, çalışma yaşamları boyunca malpraktis ile karşılaşma ve deneyimleme durumları oluşturmaktadır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Araştırmadan elde edilen sonuçlar sadece araştırmanın yapıldığı hastanelerde görev yapan ebelere genellenebilir. Ebelerin vardiyalı çalışmaları, iş yoğunluğu nedeni ile anketleri doldurmaya zaman ayırmak istememeleri ve araştırmanın konusu gereği güvensizlik hissi ile araştırmaya katılmak istememeleri araştırmanın güçlükleri arasında yer almaktadır.

4. BULGULAR

4.1.Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamındaki ebelerin demografik özellikleri (yaş ve öğrenim durumu), çalıştığı yer ve çalışma özelliklerine ait bulgular yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Katılımcıların Bazı Tanıtıcı Özellikleri (n=75)

Özellik*	$\overline{x}$	S	Min.-maks. değer
Yaş	36,37	8,82	22-63
Çalıştığı birimde görev yapma süresi	6,21	5,32	0-25 yıl
Meslekteki toplam çalışma süresi	15,87	9,35	0-42 yıl

***Gruplandırılmamış veriler üzerinden hesaplanmıştır.**

Çizelge 4.1'de katılımcıların bazı tanıtıcı özelliklerinin dağılımına yer verilmiştir. Araştırmaya katılan ebelerin yaş ortalamasının 36,37±8,82 olduğu ve yaşlarının 22-63 arasında değişiklik gösterdiği görülmüştür. Ebelerin halen görev yaptıkları birimde ortalama çalışma sürelerinin 6,21±5,32 yıl olduğu, en az çalışanın bir ay, en uzun süre görev yapanın ise 25 yıl görev yaptığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan ebelerin meslekteki toplam çalışma süreleri ise ortalama 15,87±9,35 yıldır. Yine meslekte en kısa süreli görev yapan ebenin; toplam üç ay, en uzun süreli görev yapan ise toplam 42 yıl süre ile görev yapmıştır.

Çizelge 4.2. Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=75)

Özellik	n	%
Yaş		
30 yaş altı	16	21,3
30-44 yaş arası	44	58,7
45 yaş ve üzeri	15	20,0
Öğrenim durumu		
Lise	22	29,3
Önlisans	29	38,7
Lisans	24	32,0

Çizelge 4.3. Ebelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı (n=75)

Özellik	n	%
Çalıştığı Bölüm		
Doğum salonu	34	45,3
Doğum sonu servisi	41	54,7
Çalıştığı Birimde Görev Yapma Süresi		
0-5 yıl arası	44	58,7
5-10 yıl arası	20	26,7
10 yıl ve üzeri	11	14,7
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi		
0-5 yıl arası	13	17,3
5-10 yıl arası	9	12,0
10 yıl ve üzeri	53	70,7
Çalışma Usulü		
Nöbet vardiya*	63	84,0
Gündüz mesaisi	12	16,0

***Nöbet ve mesai karışık çalışanlar bu gruba dâhil edilmiştir.**

Çizelge 4.2.'de ve 4.3.'de çalışmaya katılan ebelerin tanımlayıcı özelliklerine yer verilmiştir. Ebelerin % 58,7 'sinin 30-44 yaş arasında olduğu, % 38,7'sinin önlisans; % 32,0'ının lisans ve % 29,3'ünün lise mezunu olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.3'te ise ebelerin % 54.7'sinin doğum sonu servislerinde, % 45.3'ünün ise doğum salonunda görev yaptığı görülmektedir. Yine katılımcıların % 58,7'sinin halen çalıştıkları birimde 0-5 yıl , % 12,0'ının 5-10 yıl, % 70,7'sinin 10 yıl ve üzeri süredir görev yaptığı ve ebelerin % 84,0'ının nöbet vardiya usulü ile çalıştığı belirlenmiştir.

4.2. Ebelerin Malpraktis Hakkında Bilgi, Düşünce, Gözlem ve Deneyimlerine Ait Bulgular

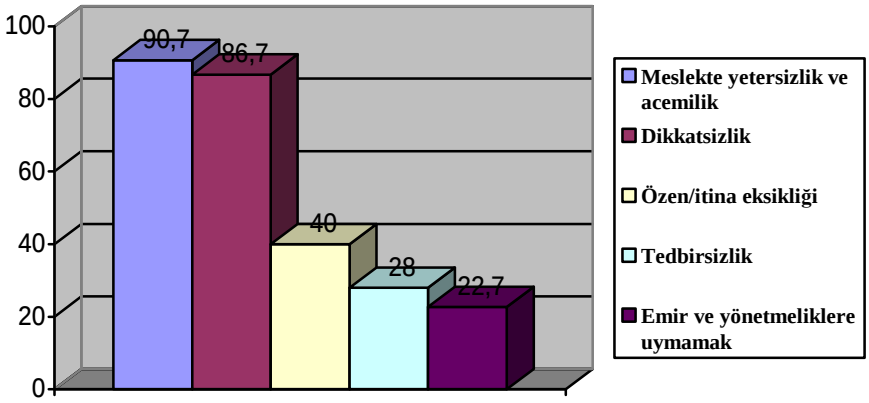
Bu bölümde ebelerin malpraktis kavramı ile ilgili bilgi durumları ile malpraktis nedenleri hakkındaki düşüncelerinin yanı sıra çalışma yaşamları boyunca herhangi bir malpraktis olgusu gözlemleme ve deneyimleme durumlarına ait bulgular yer almaktadır.

Çizelge 4.4. Ebelerin Malpraktis İle İlgili Bilgi Ve Düşünce Durumlarının Dağılımı (n=75)

Özellik	n	%
Malpraktis kavramını daha önce duyanlar	35	46,7
Malpraktis kavramını daha önce duymayanlar	40	53,3
Malpraktis ve yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olanlar	25	33,3
Malpraktis ve yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olmayanlar	50	66,7
Malpraktis hakkında bilgi edinilen yerler (n=25)*		
Öğrenim görülen okul	17	22,7
Kongre ve sempozyum etkinlikler	7	9,3
Hizmet içi eğitimler	5	6,7
Meslektaşlar	4	5,3
İlgili bilimsel yayınlar	2	2,7
Diğer(internet, tv .)	2	2,7
Malpraktisin ortaya çıkmasında nedenleri genel hata kaynağı olarak görme *		
Meslekte acemilik- yetersizlik	68	90,7
Dikkatsizlik	65	86,7
Özen/itina eksikliği	30	40,0
Tedbirsizlik	21	28,0
Emir ve yönetmeliklere uymamak	17	22,7

***İlgili sorulara birden fazla yanıt verilmiştir.**

Çizelge 4.4.'de ebelerin malpraktis kavramı ile ilgili bilgi ve düşünce durumlarının dağılımına yer verilmiştir. Ebelerin % 53,3'ünün daha önce "malpraktis" kavramını hiç duymadığı, % 66,7'sinin ise hatalı tıbbi uygulamalar ve malpraktise yönelik yasal düzenlemeler hakkında herhangi bir bilgisi olmadığı görülmüştür. Söz konusu yasal düzenlemeler hakkında bilgisi olanların bu bilgiyi öğrenim gördüğü okuldan (% 22,7), katıldıkları kongre ve sempozyum etkinliklerinden (% 9,3), çalıştıkları kurumlar tarafından düzenlenen hizmetiçi eğitimlerden (% 6,7), meslektaşlarından (% 5,3), ilgili bilimsel yayınlardan (% 2,7) ve internet, televizyon . medya iletişim araçlarından (% 2,7) edindiği belirlenmiştir. Aynı soruda yöneltilen seçenekler arasında bulunan ebeler derneği ve faaliyetlerinden (% 0,0) hiçbir ebe bilgi edinmediğini ifade etmiştir.



Şekil 4.1. Ebelerin malpraktis nedeni olarak gördükleri hata kaynaklarının dağılımı (ilgili soruya birden fazla cevap verilmiştir.)

Ebelere mapraktisin ortaya çıkmasında genel hata kaynağı olarak gördükleri durumların ilk üç sırasında meslekte acemilik-yetersizlik (% 90,7), dikkatsizlik (% 86,7) ve özen/itina eksikliği (% 40,0) yer almıştır. Bunun yanı sıra ebelerin % 28,0'ı tedbirsizliği ve % 22,7'si emir ve yönetmeliklere uymamayı genel hata kaynağı olarak gördüğünü belirtmişlerdir (Şekil 4.1).

Çizelge 4.5. Ebelerin Çalışma Yaşamı Boyunca Malpraktis Olgusu İle Karşılaşma Durumları (n=75)

Özellik	n	%
Bir meslektaşının hatasını gören	18	24,0
Bir meslektaşının hatasını görmeyen	57	76,0
Malpraktis nedeni ile bir meslektaşının yasal sürece maruz kalmasına tanık olma durumu	19	25,3
Çalışma yaşamı boyunca tanık olunan yargı-soruşturma sürecine maruz kalma sayısı (n=19)		
Bir defa	14	18,7
Birden fazla	5	6,6
Toplam	19	25,3
Tanık olunan durumların yargısal süreçlerinin sonuçları*		
İlgili kişi/ kişiler hakkında/haklarında dava açıldı ve cezai yaptırım uygulandı	8	10,7
Hukuki süreç henüz sonuçlanmadı	8	10,7
İlgili kişi/ kişiler hakkında herhangi bir hukuki işlem uygulanmadı	5	6,7
İlgili kişi/ kişiler Hakkında/haklarında dava açıldı ve lehine sonuçlandı	4	5,3

***Birden fazla cevap verilmiştir.**

Çizelge 4.5'te ebelerin çalışma yaşamı boyunca meslektaşları ile ilgili malpraktis olgusu gözlemleme durumlarına yer verilmiştir. Ebelerin % 76,0'ı çalışma yaşamları boyunca bir meslektaşının herhangi bir hatalı tıbbi uygulamasını gözlemlemediklerini söylemişlerdir.

Ebelerin % 18,7'si çalışma hayatı boyunca bir defa, % 6,6'sı ise bir defadan fazla malpraktis nedeni ile bir meslektaşının yasal sürece maruz kalmasına tanık olduklarını belirtmişlerdir. Ebelerin tanık oldukları yasal soruşturma süreçlerinin sonuçlarına baktığımızda toplamda tanık olunan 25 soruşturma vakasının sekizinde (% 10,7) ilgili kişilere cezai yaptırım uygulandığı, sekizinin (% 10,7) hukuki sürecinin henüz sona ermediği, beşinde (% 6,7) ilgililer hakkında herhangi bir hukuki işlem uygulanmadığı ve dördünde (% 5,3) ise yasal sürecin ilgili kişiler lehine sonuçlandığı öğrenilmiştir.

Ebelerin çalışma yaşamları boyunca bir hastanın hayatını tehlikeye sokabilecek herhangi bir tıbbi hata yapıp yapmadıkları sorusuna % 94,7'sinin hayır cevabını verdiği görülmüştür.

Araştırmamıza katılan ebelerin sadece %5,3'ü herhangi bir malpraktis iddiası ile yasal sürece maruz kaldığını ifade etmişlerdir. Ebelerin malpraktis iddiası ile yasal sürece maruz kaldıkları dört ayrı soruşturmanın nedenlerine bakıldığında iki olgunun "doğumsonu atoni kanamasına yetersiz müdahale iddiası", bir olgunun "yenidoğan travması" (klavikula kırığı) ve diğerinin ise "epizyotomi sırasında anal sfinkterin zarar görmesi" olduğu görülmüştür. Yine ebeler tarafından söz konusu tıbbi hatalara maruz kalan hastaların akıbetlerinin tamamen iyileşme olduğu, bu durumdan kaynaklı herhangi sekel kalmadığı ifade edilmiştir.

4.3. Ebelerin Karşılaştıkları Tıbbi Hata Türlerine Ait Bulgular

Bu bölümde ebelerin çalışma hayatı boyunca karşılaştıkları tıbbi hata türleri ve karşılaşma sıklıklarına ait bulgular yer almaktadır. Katılımcılara veri toplama formunda, tıbbi hata türü başlığı altında yöneltilen durumlar görülme zamanlarına göre "doğum öncesi dönem", "doğum eylemi", "doğum sonu dönem" ve "genel tıbbi hatalar" şeklinde gruplandırılmıştır.

Çizelge 4.6. Ebelerin Doğum Eylemi Öncesinde Görülebilecek Tıbbi Hata Türleriyle Karşılaşma Durumları (n=75)

Tıbbi Hata Türü	n	%
Zamansız amniyotomiye bağlı umblikal kord prolapsusu sonucu fetüsün zarar görmesi	32	42,7
Oksitosinin aşırı kullanımına bağlı hipertonik kontraksiyonlar nedeni ile hızlı doğum olması	25	33,3
Fetal monitör izleminde yetersizlik, fetal distresi tanımlayamamaya bağlı fetal ölüm olması	12	16,0
Oksitosinin aşırı kullanımına bağlı hipertonik kontraksiyonlar nedeni ile fetal hipoksi gelişmesi	8	10,7
Oksitosinin aşırı kullanımına bağlı hipertonik kontraksiyonlar nedeni ile ablasio plesanta gelişmesi	4	5,3
Oksitosinin aşırı kullanımına bağlı hipertonik kontraksiyonlar nedeni ile uterus rüptürü gelişmesi	2	2,7
Baş-pelvis uyuşmazlığı, sol transvers veya makat prezantasyonlarda uygunsuz oksitosin uygulanması	2	2,7

*Verilerin değerlendirilmesinde "hiç" ifadesi "hatalı tıbbi uygulama ile hiç karşılaşmama", "çok nadir, zaman zaman, genellikle ve her zaman" ifadeleri "hatalı tıbbi uygulama ile en az bir kez karşılaşma" olarak gruplandırılmıştır.

Çizelge 4.6'te ebelerin, doğum öncesi dönem ile ilgili müdahaleler sırasında görülebilecek tıbbi hata türleriyle karşılaşma durumlarına yer verilmiştir. Ebelerin çizelgede verilen tıbbi hata türleriyle çalışma yaşamları boyunca en az bir kez karşılaşma durumlarına baktığımızda; zamansız amniyotomiye bağlı umblikal kord prolapsusu sonucu fetüsün zarar görmesi (% 42,7), oksitosinin aşırı kullanımına bağlı hipertonik kontraksiyonlar nedeni ile hızlı doğum (prespitus) olması (% 33,3), doğum öncesi fetal monitör izleminde yetersizlik veya buna bağlı fetal distresi tanımlayamamaktan doğan fetal ölüm olması (% 16,0), oksitosinin aşırı kullanımına bağlı hipertonik kontraksiyonlar nedeni ile fetal hipoksi gelişmesi (% 10,7), Oksitosinin aşırı kullanımına bağlı hipertonik kontraksiyonlar nedeni ile ablasio plesanta (plesanta dekolmanı) gelişmesi (% 5,3), oksitosinin aşırı kullanımına bağlı hipertonik kontraksiyonlar nedeni ile uterus rüptürü gelişmesi (% 2,7) ve baş-pelvis uyuşmazlığı, sol transvers veya makat prezantasyonlarda uygunsuz oksitosin uygulanması (% 2,7) şeklinde olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.7. Ebelerin Doğum Eylemi Sırasında Görülebilecek Tıbbi Hata Türleriyle Karşılaşma Durumları (n=75)

Tıbbi Hata Türü	n	%
Epizyotomi uygulanması sırasında anal sfinkterin zarar görmesi	47	62,7
Doğum travmasına bağlı yenidoğanda brakial plexus gelişmesi	10	13,3
Yenidoğan düşmesi	7	9,3
Uygun olmayan koşullarda vakum veya forseps kullanımına bağlı yenidoğanda zedelenme görülmesi	6	8,0
Doğum eylemi sırasında aşırı crede manevrasına bağlı atoni gelişmesi	5	6,7
Uterusa dışarıdan aşırı baskı sonucu atoni gelişmesi	4	5,3
Uzun süren fetal hipoksiye bağlı serebral palsi gelişmesi	4	5,3
Doğum eylemi sırasında aşırı crede manevrasına bağlı uterus inversiyonu gelişmesi	3	4,0

Çizelge 4.7'de ebelerin, doğum eylemi ile ilgili müdahaleler sırasında görülebilecek tıbbi hata türleriyle karşılaşma durumlarına yer verilmiştir. Doğum eylemine müdahale sırasında en çok karşılaşılan ilk 3 tıbbi hata türünün; epizyotomi uygulanması sırasında anal sfinkterin zarar görmesi (% 62,7), doğum travmasına bağlı yenidoğanda brakial plexus gelişmesi (% 13,3) ve yenidoğan düşmesi (% 9,3) olduğu gözlemlenmiştir. Bunların dışında ebeler, uygun olmayan koşullarda vakum veya forseps kullanımına bağlı yenidoğanda zedelenme görülmesi (% 8,0), doğum eylemi sırasında aşırı crede manevrasına bağlı atoni gelişmesi (% 6,7), uterusa dışarıdan aşırı baskı sonucu atoni gelişmesi (% 5,3), uzun süren fetal hipoksiye bağlı serebral palsi gelişmesi (% 5,3) ve doğum eylemi sırasında aşırı crede manevrasına bağlı uterus inversiyonu gelişmesi (% 4,0) durumları ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir.

Çizelge 4.8. Ebelerin Doğum Sonu Döneme İlişkin Tıbbi Hata Türleriyle Karşılaşma Durumları (n=75)

Tıbbi Hata Türü	n	%
Epizyotomi tamiri sırasında hastada yabancı cisim unutulması	24	32,0
Hatalı epizyotomi tamiri sonucu dokuda estetik bozulma oluşması	22	29,3
Epizyotomi tamiri sonrası süturun geri açılması	13	17,3
Yenidoğan düşürülmesi	7	9,3
Yenidoğanın kesici-delici alet ile zarar görmesi	1	1,3

Çizelge 4.8'da ebelerin, doğum sonu dönem ile ilgili müdahaleler sırasında görülebilecek tıbbi hata türleriyle karşılaşma durumlarına yer verilmiştir. Ebelerin doğum sonu döneme ilişkin görülebilecek tıbbi hatalardan en çok % 32,0 ile epizyotomi tamiri sırasında hastada yabancı cisim unutulması ile karşılaştıkları görülmüştür. Aynı zamanda doğum sonu döneme ilişkin oluşabilecek diğer tıbbi hatalardan; hatalı epizyotomi tamiri sonucu dokuda estetik bozulma oluşmasının % 29,3, epizyotomi tamiri sonrası sütürün geri açılmasının % 17,3 ve yenidoğanın kesici-delici alet ile zarar görmesinin % 1,3 sıklıkta görüldüğü belirlenmiştir.

Çizelge 4.9. Ebelerin Genel Tıbbi Hata Türleri İle Karşılaşma Durumları (n=75)

Tıbbi Hata Türü	n	%
Yanlış vital bulgu alınması	27	36,0
Annenin ilaç uygulama hatası sonucu zarar görmesi	12	16,0
Yanlış/yetersiz tıbbi öykü ve anamnez alınması	9	12,0
Bebeğin ilaç uygulama hatası sonucu zarar görmesi	1	1,3

Çizelge 4.9'da ebelerin doğum eylemi dışında uyguladıkları genel girişimler sırasında oluşabilecek tıbbi hata türlerinden bazıları ile karşılaşma durumlarına yer verilmiştir. Çizelge incelendiğinde tıbbi hatalar arasında yanlış vital bulgu alınması % 36,0, anneye hatalı ilaç uygulanması % 16,0, yanlış veya yetersiz tıbbi öykü ve anamnez

alınması % 12,0 ve bebeğin ilaç uygulama hatası sonucu zarar görmesi % 1,3 oranında karşılaşıldığı saptanmıştır.

4.4. Ebelerin Malpraktis ile İlgili Bilgi, Gözlem ve Deneyimlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımlarına Ait Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan ebelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerine göre malpraktis ile ilgili bilgi, düşünce, gözlem ve deneyim durumlarına ait bulgular yer almaktadır.

Çizelge 4.10. Ebelerin Yaş Ve Öğrenim Durumlarına Göre Malpraktis Kavramını Bilme Durumları (n=75)

Özellik	Malpraktisi bilme		Malpraktisi bilmeme		Toplam		p
	n	%*	n	%	n	%	
Yaş							
30 yaş altı	11	68,7	5	31,3	16	21,3	0,062
30-44 yaş arası	20	45,5	24	54,5	44	58,7	
45 yaş ve üzeri	4	26,7	11	73,3	15	20,0	
Öğrenim durumu							
Lise	4	18,2	18	81,8	22	29,3	**0,001**
Önlisans	9	31,0	20	69,0	29	38,7	
Lisans	22	91,7	2	8,3	24	32,0	
Toplam	**35**	**46,7**	**40**	**53,3**	**75**	**100**	

***Satır yüzdeleri esas alınmıştır.**

Çizelge 4.10'da ebelerin malpraktis kavramını daha önce duyup duymama durumlarının yaş gruplarına göre incelendiğinde malpraktis kavramından haberdar olanların en çok 30-44 yaş arasında bulunduğu (% 57,1), % 31,4'ünün 30 yaş altı ve % 11,4'ünün ise 45 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Malpraktis kavramını daha önce duyup duymama durumu ile katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Katılımcılardan malpraktis kavramını bilenlerin öğrenim durumlarına bakıldığında lisans mezunlarının (% 91,7), önlisans mezunlarının % 31,0'ı ve lise mezunlarının % 18,2'sinin malpraktis kavramını daha önceden bildikleri görülmektedir. Öğrenim durumu ile malpraktis kavramından haberdar olma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 4.11. Ebelerin Mesleki Özelliklerine Göre Malpraktis Kavramını Bilme Durumları (n=75)

Özellik	Malpraktisi bilme		Malpraktisi bilmeme		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Çalıştığı Bölüm							
Doğum salonu	15	44,1	19	55,9	34	45,3	0,817
Doğum sonu servisi	20	48,8	21	52,1	41	54,7	
Çalıştığı Birimde Görev Yapma Süresi							
0-5 yıl arası	23	52,3	21	47,7	34	58,7	0,121
5-10 yıl arası	10	50,0	10	50,0	20	26,7	
10 yıl ve üzeri	2	18,2	9	81,8	11	14,7	
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi							
0-5 yıl arası	10	76,9	3	23,1	13	17,3	**0,013**
5-10 yıl arası	6	66,7	3	33,3	9	12,0	
10 yıl ve üzeri	19	35,8	34	64,2	53	70,7	
Çalışma Usulü							
Nöbet vardiya	26	41,3	37	58,7	63	84,0	0,055
Gündüz mesaisi	9	75,0	3	25,0	12	16,0	
Toplam*	**35**	**46,7**	**40**	**53,3**	**75**	**100**	

***Satır yüzdeleri alınmıştır.**

Çizelge 4.11.'da ebelerin mesleki özelliklerine göre malpraktis kavramını daha önceden bilip bilmeme durumlarına yer verilmiştir. Doğum salonunda çalışan (n=34) ebelerin % 44,1'i malpraktis kavramını daha önce duyduklarını, % 55,9'u ise malpraktis kavramını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Malpraktisin tanımı hakkında bilgi sahibi olma ile çalışılan bölüm ilişkilendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Ebelerin halen çalışmakta oldukları birimde görev yapma süresine göre malpraktisi bilme durumlarına bakıldığında; 0-5 yıl aralığında çalışanların % 52,3'ünün, 5-10 yıl arası çalışanların % 50,0'ının ve 10 yıldan daha fazla süredir çalışanların ise % 18,2'sinin malpraktis kavramını daha önceden bildikleri görülmektedir. Çalıştığı birimde görev yapma süresi ile malpraktisi bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ebe olarak mesleğinde toplam 5 yıldan daha

kısa süre görev yapanların % 76,9'unun, 5-10 yıl aralığında görev yapanların % 66,7'sinin ve 10 yıldan daha uzun süredir çalışan ebelerin de % 35,8'inin malpraktis kavramından haberdar oldukları gözlenmiştir. Meslekteki toplam çalışma süresi ile malpraktis kavramından haberdar olma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ebelerin çalışma saatleri ile malpraktisi bilme durumları karşılaştırılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaksızın ($p>0.05$), nöbet vardiya usulü çalışanların % 41,3'ü, gündüz mesaisinde çalışan % 75,0'ı malpraktis kavramını bildiklerini ifade etmişlerdir.

Çizelge 4.12. Ebelerin Yaş Ve Öğrenim Durumuna Göre Malpraktis İle İlgili Yasal Düzenlemeler Hakkındaki Bilgi Durumları (n=75)

Özellik	Bilgisi Var		Bilgisi Yok		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Yaş							
30 yaş altı	11	68,8	5	31,2	16	21,3	**0,002**
30-44 yaş arası	12	27,3	32	72,7	44	58,7	
45 yaş ve üzeri	2	13,3	13	86,7	15	20,0	
Öğrenim durumu							
Lise	3	13,6	19	86,4	22	29,3	**0,000**
Önlisans	5	17,2	24	82,8	29	38,7	
Lisans	17	70,8	7	29,2	24	32,0	
Toplam*	**25**	**33,3**	**50**	**66,7**	**75**	**100**	

***Satır yüzdeleri alınmıştır.**

Çizelge 4.12'de ebelerin yaş ve öğrenim durumlarına göre malpraktis ile ilgili yasal düzenlemeler hakkındaki bilgi sahibi olma durumlarına yer verilmiştir. Yaşları 30'un altında olan katılımcıların % 68,8'i, 30-44 yaş arasında bulunanların % 27,3'ü ve 45 yaşın üzerinde olan ebelerin % 13,3'ü yani iki kişi malpraktis hakkında bulunan yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olduklarını ifade etmişlerdir. Ebelerin yaşları ile yasal düzenlemeleri hakkında bilgi sahibi olma durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Yine ebelerin öğrenim durumlarına göre yasal düzenlemelerden haberdar olma dağılımlarını incelendiğinde lisans düzeyinde öğrenim gören ebelerin % 70,8'inin, önlisans mezunu olanların % 17,2'sinin, lise mezunlarının ise % 13,6'sının malpraktis

hakkındaki yasal düzenlemelerden haberdar oldukları görülmüştür. Öğrenim durumu ile malpraktis hakkında bilgi sahibi olma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 4.13. Ebelerin Mesleki Özelliklerine Göre Malpraktis İle İlgili Yasal Düzenlemeler Hakkında Bilgi Durumları (n=75)

Özellik	Bilgisi Var		Bilgisi Yok		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Çalıştığı Bölüm							
Doğum salonu	11	32,4	23	67,6	34	45,3	0,534
Doğum sonu servisi	14	34,1	27	65,9	31	54,7	
Çalıştığı Birimde Görev Yapma Süresi							
0-5 yıl arası	19	43,2	25	56,8	44	58,7	0065
5-10 yıl arası	5	25,0	15	75,0	20	26,7	
10 yıl ve üzeri	1	9,1	10	90,9	11	14,7	
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi							
0-5 yıl arası	10	76,9	3	23,1	13	17,3	**0,001**
5-10 yıl arası	2	22,2	7	77,8	9	12,0	
10 yıl ve üzeri	13	24,5	40	75,5	53	70,7	
Çalışma Usulü							
Nöbet vardiya	19	30,2	44	69,8	63	84,0	0,158
Gündüz mesaisi	6	50,0	6	50,0	12	16,0	
Toplam*	**25**	**33,3**	**50**	**66,7**	**75**	**100**	

***Satır yüzdeleri alınmıştır.**

Çizelge 4.13'de ebelerin çalışma yer ve özelliklerine göre malpraktis ya da hatalı tıbbi uygulamalar ile ilgili yasal düzenlemeler hakkında bilgi durumlarının dağılımına yer verilmiştir. Doğum salonunda görev yapmakta olan ebelerin % 32,4'ü ve doğum sonu servislerinde görev yapan ebelerin % 34,1'i yasal düzenlemelerden haberdar olduklarını belirtmişlerdir. Doğum salonu ya da doğum sonu servislerinde görev yapanlar ile yasal düzenlemeler hakkında bilgisi olup olmama durumu arasında, yapılan istatistiksel analiz sonucu anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Ebelerin halen çalıştıkları birimde beş yıldan daha kısa süredir görev yapanların % 43,2'si, 5-10 yıl aralığında görevde bulunanların % 25,0'ı ve 10 yılda

daha uzun süredir aynı bölümde görev yapanların % 9,1'i yasal düzenlemeler ile ilgili bilgisi olduğunu ifade etmişlerdir. Bulundukları birimde görev yapma süresi ile malpraktis ve hatalı tıbbi uygulama hakkında yasal düzenlemelerden haberdar olma durumu arasında yine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ebelerin meslek yaşamlarında çalıştıkları toplam süre ile yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olma durumu karşılaştırıldığında; meslekte toplam çalışma süresi beş yıldan daha kısa olanların % 76,9'unun, 5-10 yıl arasında olanların % 22,2'sinin,10 yıldan daha uzun süredir meslekte olanların ise % 24,5'inin bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir. Meslekteki toplam çalışma süresi ile yasal düzenlemeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlenmiştir ($p<0.05$). Yine çalışma usulü nöbet vardiya şeklinde olan ebelerin % 30,2'si, gündüz mesaisi şeklinde çalışan ebelerin ise %50'si yasal düzenlemelerle ilgili bilgileri olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışma şekli ile yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.14. Ebelerin Mesleki Özelliklerine Göre Bir Meslektaşının Tıbbi Hatasını Görme Durumu Durumları (n=75)

Özellik	Tıbbi hata gözlemleyen		Tıbbi hata gözlemlemeyen		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Çalıştığı Bölüm							
Doğum salonu	8	23,5	26	76,5	34	45,3	0,575
Doğum sonu servisi	10	24,4	31	75,6	41	54,7	
Çalıştığı Birimde Görev Yapma Süresi							
0-5 yıl arası	6	13,6	38	86,4	44	58,7	**0,035**
5-10 yıl arası	7	35,0	13	65,0	20	26,7	
10 yıl ve üzeri	5	45,5	6	54,5	11	14,7	
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi							
0-5 yıl arası	0	0,0	13	100	13	17,3	**0,033**
5-10 yıl arası	1	11,1	8	89,9	9	12,0	
10 yıl ve üzeri	17	32,1	36	67,9	53	70,7	
Çalışma Usulü							
Nöbet vardiya	13	20,6	50	79,4	63	84,0	0,145
Gündüz mesaisi	5	41,7	7	58,3	12	16,0	
Toplam*	**18**	**24,0**	**57**	**76,0**	**75**	**100**	

***Satır yüzdeleri alınmıştır.**

Çizelge 4.14.'de ebelerin çalışma yer ve özelliklerine göre bir meslektaşının tıbbi hatasını görme durumlarının dağılımına yer verilmiştir. Doğum salonunda çalışmakta olan ebelerin % 24,5'i ve doğum sonu servislerinde çalışan ebelerin % 24,4'ü çalışma yaşamları boyunca en az bir defa bir meslektaşının hasta güvenliğini tehlikeye sokabilecek tıbbi hatasını gözlemlediklerini belirtmişlerdir. Ancak çalışılan birim ile yapılan herhangi bir tıbbi hataya tanık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Halen çalıştığı birimde görev yapma sürelerine göre bir meslektaşının tıbbi hatasını görme durumlarının dağılımına bakıldığında ise beş yıldan daha kısa süre görev yapan ebelerin % 13,6'sının, 5-10 yıl arası görev yapan ebelerin % 35,0'ının, 10 yıldan daha uzun süre bulunduğu birimde görev yapan ebelerin ise % 45,5'inin çalışma yaşamları boyunca en az bir defa bir meslektaşının hasta güvenliğini tehlikeye

sokabilecek tıbbi hatasını gözlemledikleri görülmüştür. Çalışılan birimde görev yapma süresi ile yapılan herhangi bir tıbbi hataya tanık olma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 4.15 incelendiğinde; meslekte toplam çalışma süresi 10 yıl ve daha üzeri olan ebelerin % 32,1'i, 5-10 yıl arasında çalışanların % 11,1'i çalışma yaşamları boyunca en az bir defa bir meslektaşının hasta güvenliğini tehlikeye sokabilecek tıbbi hatasını gördüklerini ifade etmişlerdir. Meslekteki çalışma süresi ile tıbbi hataya tanık olma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Ebelerin çalışma usulü ile tıbbi hata gözlemleme durumlarına bakıldığında nöbet vardiya usulü ile çalışanların % 20,6'sı, gündüz mesaisi şeklinde çalışanların da % 41,7'si yine çalışma yaşamları boyunca en az bir defa bir meslektaşının hasta güvenliğini tehlikeye sokabilecek tıbbi hatasını gördüklerini ifade etmişlerdir. Tıbbı hata gözlemleme ile çalışma usulü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

5.1. Ebelerin Malpraktis Hakkında Bilgi, Düşünce, Gözlem ve Deneyimlerine Ait Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda ebelerin % 53,3'ünün daha önce malpraktis kavramını hiç duymadıkları, dolayısı ile anlamını bilmedikleri belirlenmiştir (Çizelge 4.3). Hekimler ve diğer sağlık personeli için malpraktis sigorta yasası gibi yasal düzenlemelerin gündemde olduğu, sağlık personeline şiddetin bir nedeni olan tıbbi hatalara olan duyarlılığın daha da arttığı son zamanlarda hastalarıyla birebir çalışan ebelerin malpraktis kavramını tanıma oranı beklenenden düşük bulunmuştur. Daha sonraki sorularda yanıtların güvenilirliği için katılımcılara malpraktisin kısa bir tanımı yapılmıştır. Gerekli açıklamaların yapılmasıyla birlikte ebelerin %33.3'ü malpraktis/hatalı tıbbi uygulama ile ilgili yasal düzenlemelerden haberdar olduklarını belirtmişlerdir (çizelge 4.3). Tıbbi hatalar ve malpraktise yönelik yasal düzenlemeler hakkında bilgisi olanların bu bilgiyi edindikleri yerler arasında ilk üç sırada öğrenim gördükleri okul, katıldıkları kongre sempozyum ve etkinlikleri ve bulundukları kurumda yapılan hizmet içi eğitimler bulunmaktadır. Aynı soruda yöneltilen seçenekler arasında bulunan "ebeler derneği ve faaliyetlerinden" seçeneğini hiçbir ebe işaretlememiştir. Bu durumda araştırmaya katılan ebelerin hiçbiri Ebeler Derneği'nin malpraktis ve hatalı tıbbi uygulamalar konusuna ilişkin herhangi bir faaliyetine katılmadıkları anlaşılmaktadır. Ebeler derneği 1959 yılında kurulmuş ve 2011 yılı itibarı ile 4.352 üyeye sahiptir (51). Ebelerin mesleki örgütlülük ve meslek örgütünün görevleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıkları düşünülebilir. Buradan Türkiye'de ebelik mesleği için özelleşmiş tek sivil toplum örgütü olan Ebeler Derneği'nin faaliyetlerinin malpraktis ve ebelerin sorumluluğu konusunda daha da arttırılması ve ebelerin bu faaliyetlere aktif katılımının sağlanması gerektiği sonucuna varmak mümkün olacaktır.

Araştırmamızda ebelerin malpraktisin ortaya çıkmasındaki genel olarak tıbbi hata kaynaklarına ilişkin görüşlerine bakıldığında ilk üç sırada meslekte acemilik ve yetersizlik, dikkatsizlik ve özen ve itina eksikliği geldiği görülmüştür. İlgili konu ile ilgili yapılan literatür çalışmalarına baktığımızda farklı sonuçlara da rastlanılmaktadır. Öztunç'un (91) kadın doğum kliniklerinde hatalı tıbbi uygulama denelerine ilişkin

yürüttüğü çalışmada hatalı tıbbi uygulama nedenlerine yönelik hemşire ve ebelerin % 47,4'ünün kişisel sebeplerden, % 32,2'sinin kurumsal nedenlerde (sistem kaynaklı) ve %20,4'ünün mesleki yetersizliklerden dolayı hatalı tıbbi uygulama yaptıklarını belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada hemşire ve ebelerin kişisel sebeplerden kaynaklanan hatalı tıbbi uygulama nedenlerine ilişkin görüşlerini, dikkatsizlik (% 98,6), ihmal (% 98,6), bilgi eksikliği (% 98) ve tedavi ve bakım uygulama ilke ve prosedürlerini bilmemek (% 97,3) olarak önemli/çok önemli şeklinde değerlendirdikleri belirlenmiştir. Bu bilgiler bizim araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir (91).

Literatürde tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesine yönelik yapılan diğer çalışmalarda dikkatsizlik, deneyimsizlik, ihmal ve bilgi eksikliği önemli malpraktis nedeni olarak bulunmuştur (92-96). Meurier ve arkadaşları (95) hemşirelik uygulamalarında hatalı uygulamalar ile ilgili yaptıkları çalışmada tıbbi hataların oluşmasına katkıda bulunan faktörleri sırasıyla; çalışanların bilgi eksikliği, stresli çalışma ortamı, iş yükünün fazla olması, tecrübesizlik, üst düzey personel ile ilgili sorunlar ve yetersiz denetim olarak belirtmiştir. Nath ve Marcus (96) psikiyatri servisinde çalışanlar için yaptıkları çalışmada tıbbi cihazlar, kayıtların düzenli tutulmaması, iş yükünün fazla olması, personelin bilgi eksikliği, çalışanların tükenmişlik durumu ve iletişim eksikliğinin, hasta güvenliği için önemli risk faktörleri olduğunu belirlemiştir. Hicks ve arkadaşları (93) ise Amerika'da Medmarx isimli ilaç hatası raporlama sisteminden geriye dönük olarak yaptıkları bir araştırmada tıbbi hataların en fazla dikkatsizlik (%37.8) ve iş yükünün fazla olmasından (%19.7)kaynaklandığını, hataların ortaya çıkmasına yol açan diğer faktörlerin ise sırasıyla; deneyimsiz personel, vardiya değişiklikleri, geçici personel çalıştırılması ve personel sayısının azlığı olduğunu dile getirmiştir.

Bu çalışmamızda genel olarak sağlık sistemi ile ilgili hatalara değinilmeyip kişisel hata kaynakları ön planda tutularak katılımcılara sorular yöneltilmiştir. Bunlar içerisinden ebeler tarafından en çok meslekte yetersizlik ve acemiliğin hata kaynağı olarak görüldüğü ortaya çıkmıştır. Katılımcıların % 70,0'ının meslekte çalışma süresi 10 yıl ve üzeri oldukları düşünüldüğünde bu soruya kendi kişisel deneyimlerini göz önünde tutarak yanıtladıkları düşünülebilir. Ebelerin mesleki eğitimin yetersizliği konusundaki görüşleri değerlendirildiğinde katılımcıların çoğunun lise ve önlisans mezunu olmaları bulgusundan hareketle mesleki eğitim verilen kurumlarda eğitici alt

yapısının nitelik ve nicelik olarak yetersiz olması veya kişisel eksikliklerden kaynaklandığı sonucunu düşündürtmektedir.

Araştırmamızda katılımcıların % 24,0'ü çalışma yaşamları boyunca bir meslektaşının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak tıbbi hatasını gördüklerini ifade etmişlerdir (Çizelge 4.5). Özata ve Altunkan'ın (97) 240 sağlık personeli (hemşire, ebe, sağlık memuru) ile yaptığı benzer bir araştırmada çalışanların % 10,4'ünün bir meslektaşının tıbbi hatasını gördükleri belirtilmiştir. Bu sonuç bizim araştırma bulgumuzu desteklemektedir. Yine Özata ve Aslan (98) tarafından hemşirelik ve ebelik öğrencilerine yönelik olarak yapılan benzer bir çalışmada ise "hastane çalışanlarının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak bir hatasını gördünüz mü?" sorusuna katılımcıların ise % 65,0'ı evet cevabını vermiştir. Oğuz 'un (99) yaptığı çalışmada hemşirelerin tanık veya neden oldukları hatalı tıbbi uygulamaların tamamına yakınını bildirdikleri belirtilmiştir. Ebelerin hastaya zarar vermemiş olsa bile yaptıkları hatalı tıbbi uygulama sonrası bildirimde bulunmaları ve hata bildirimlerinin desteklenmesi hasta güvenliği açısından büyük önem taşımaktadır. Bizim araştırmamızın bulguları ile diğer çalışmaların sonuçlarının farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu durumun nedeni öncelikle çalışmamız örneklem sayısının diğer çalışmalara göre az olması olabilir. Bunun yanı sıra ebelerin meslektaşlarının hatasını çoğunlukla fark etmemeleri, fark ettiklerinin bildirilmesi gerektiği konusunda yetersiz olmaları ve bu durumu meslektaşını şikâyet olarak algılamalarından kaynaklanabilmektedir.

Ebelerin % 25,3'ü bir meslektaşının malpraktis iddiası ile soruşturma geçirdiğine tanık olmuşlardır ve % 5,3'ünün hatalı tıbbi uygulama yaptıkları görülmüştür. Benzer konulardaki çalışmalara baktığımızda Öztunç'un (91) çalışmasında hemşire ve ebelerin % 14,2'sinin hatalı tıbbi uygulama yaptığı belirlenmiştir. Özata ve Altunkan (97) çalışmalarında 240 sağlık çalışanının % 6,2'sinin hatalı tıbbi uygulama yaptıklarını belirlemişlerdir. ABD'de Atlanta ve Danver'da bulunan 36 sağlık merkezinde Barker ve arkadaşları (100) tarafından yapılan çalışmada tıbbi hata oranı % 19,0 olarak saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımız diğer araştırmalardan elde edilen bulgularla karşılaştırıldığında, bizim çalışmamızda sağlık personelinin daha az oranda hata yaptığını belirttikleri görülmektedir. Bir başka meslektaşının hatasını görme durumu ile kendi hatalarını söylemeleri arasında sayısal bakımdan fark bulunması dikkat çekicidir. Bu sonuç ülkemizde sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürü

olmaması ve hata yapılması durumunda ceza sisteminin işletilmesi nedeniyle, çalışanların yaptıkları hataları bildirme konusunda (ceza alma, dışlanma, kariyerinin olumsuz etkilenmesi gibi nedenlerle) istekli davranmamaları ile açıklanabilir.

Araştırmamızda ebelerin dördü hatalı tıbbi uygulama nedeniyle yasal soruşturma geçirdiklerini ifade etmişlerdir (Çizelge 4.5). Bu dört ebeden sadece bir tanesinin ceza aldığı belirlenmiştir. Öztunç'un (91) çalışmasında sadece iki ebe hatalı tıbbi uygulama sonucu şikâyete maruz kaldığını ve iki ebeden biri ceza alırken diğeri ceza almadığını ifade etmiştir. Gündoğmuş ve arkadaşlarının (4) 1993-1998 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası kayıtlarına dayanılarak yaptıkları bir araştırmaya göre ebeler, 59 tıbbi malpraktis davası içerisinde %52 oran ile en yüksek sorumluluk oranına sahip olmuşlardır. Örnek-Büken ve Büken'in (2) yaptığı bir çalışmada Adli Tıp Kurumu'na 1990-2000 yılları arasında gelen 653 dosyadan 122'si kadın doğum alanı ile ilgilidir. Bu 122 vakanın %70'i hekim kaynaklı, %22'si ebe ve hemşire kaynaklı dosyalardır. Elbüken'in (81) tez çalışması için, 2002-2008 yılları arasında sağlık profesyonellerine yönelik tıbbi uygulama hata iddiası ile Yüksek Sağlık Şurası'nda karara bağlanmış 219 olgunun incelediği bir çalışmada en çok hatalı tıbbi uygulamanın görüldüğü kliniğin % 49,3 ile kadın doğum kliniği olduğu ve ebelerin % 24,6 ile en çok dava konusu olan meslek grubu olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmada ebelerin dava edildikleri olguların %23'ünde kusurlu bulundukları da edinilen bulgular arasındadır. Safran'ın (82) 1992-2002 yılları arasında YSŞ, ATK ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nde hemşire ve ebelerle ilgili olan tüm malpraktis vakalarını (371 olgu) değerlendirdiği çalışmasında ebelerin % 23,2 ile dava konusu olan meslek grupları içerisinde ilk sırada yer aldıkları görülmektedir. Amerika'da Michigan eyaletinde malpraktis iddialarında sorumluluk ile ilgili 145 ebenin katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada ebelerin %35'i çalışma yaşamları boyunca en az bir defa malpraktis iddiasına maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada ebelerin %15'inin malpraktis iddiası sonucu ceza tutarı ödedikleri söylenmiştir (101). Ülkemizde 2000-2005 yılları arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum (KHD) alanı ile ilgili yüksek sağlık şurası kararlarının incelendiği bir çalışmada toplam 1153 dosyadan 283'ünün KHD alanı ile ilgili olduğu görülmüştür. Bu 283 dosyada suçlanan 113 ebe, meslek gruplarına göre suçlanma sıralamasında ikinci sırada gelmektedir. Yine 20 dava dosyasında ise tek başına ebelerin malpraktis iddiası ile suçlandığı belirlenmiştir (32). Literatürdeki çalışma sonuçlarına bakıldığında bizim

araştırmamıza göre ebelerin daha yüksek oranlarla yasal sürece maruz kaldıkları görülmektedir. Bu durum araştırmamıza katılan örneklem sayısının azlığının yanı sıra ebelerin kariyerlerinin olumsuz etkileneceğini düşünmeleri nedeniyle malpraktis iddiası ile yargılandıklarını gizleme ihtiyacı duymalarından kaynaklanabilir. Yapılan diğer çalışmaların çoğu resmi kayıtların retrospektif değerlendirilmesine dayalı olduklarından daha objektif bilgi verdiği düşünülmektedir.

Araştırmamızda ebelerin yasal soruşturma geçirmelerine neden olan tıbbi hatalara baktığımızda dört davadan bir tanesinin yenidoğan travması, bir tanesinin epizyotomi sırasında anal sfinkterin zarar görmesi, iki tanesinin de atoni kanamasına yetersiz müdahale iddiası olduğu görülmüştür (Çizelge 4.6). Gündoğmuş'un (4) çalışmasında ise ebeler sorumlu tutuldukları 27 malpraktis davasında 4'ünde doğumda yetkisi bulunmadığı halde vakum ve forseps kullanımı, 11'inde görevini ihmali gerekçesi (gebe izleminde yetersizlik, hastayı gerektirdiğinde doktora ya da bir sağlık merkezine yönlendirme de eksiklik, yine doktora gerektiğinde rapor etmemek ve bilgi almamak v.b.) ve 12'sinde de uygun olmayan müdahalede bulunmak (kadında sezaryen endikasyonu bulunurken vajinal doğum için zorlamak, doğum esnasında abdomenden aşırı baskı uygulamak, aşırı dozda oksitosin kullanmak) iddialarıyla suçlanmışlardır. İlgili'nin (32) çalışmasında 117 dosyanın normal doğum ile ilgili, 32'sinin gebelik izlemi ve antenatal dönemdeki hatalar ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Ebelerin görev ve yetki sorumluluğunda olan uygulamaların çoğu riskli uygulamalardandır. Bu nedenle yapılacak olan müdahaleler ile ilgili olarak ebenin hem tam donanıma sahip olması gereklidir hem de kendi sorumluluğunu nerede doktora aktarılması gerektiğini de iyi bilmelidir. Bu nedenle ebelerin yetiştirilmesi esnasında gerek okulda gerekse mezuniyet sonrası düzenlenecek eğitim programlarında ebelerin görev yetki ve sorumlulukları ayrıntılı olarak aktarılmalı ve hatalı tıbbi uygulamalar ve sonuçları hakkında bilgi verilmelidir. Böylece ebelerin konuya olan duyarlılıkları ve ilgilerinin sıcak tutulacağı düşünülmektedir. Ayrıca birlikte çalışılan sağlık ekibinin de multidisipliner ekip anlayışını benimseyerek konuya aynı şekilde duyarlı yaklaşması gerektiği düşünülmektedir.

Ebelerin yasal soruşturma sürecine neden olan farklı hatalı tıbbi uygulamalardan etkilenen dört hastanın da durumunun sağlam olduğu bildirilmiştir (çizelge 4.5) . Bizim çalışma sonuçlarımızla benzer sonuçlar ortaya koyan Öztunç'un (91) çalışmasında

hatalı tıbbi uygulama yaptıklarını belirten hemşire ve ebeler mağdur olan hiçbir hastanın zarar görmediğini ifade etmişlerdir. IOM'un yayınladığı rapora göre ABD'de her yıl 44.000 ile 98.000 kişi hatalı tıbbi uygulamalar nedeni ile yaşamını kaybetmektedir (19). Literatürde bu konuyla ilgili ebelik uygulamalarına spresifik olmamakla birlikte daha çok retrospektif olarak yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular yer almaktadır. İlgili'nin (32) çalışmasında ise 283 KHD alanı ile ilgili dava dosyasından 175'in de ölüm görüldüğü belirlenmiştir. Bunların 39'unda sadece anne ölümü (% 22,3), 101'inde sadece yenidoğan ölümü (% 57,7) veya gebelik kaybının olduğu, 20'sinde ise hem anne hem de bebek ölümü(% 11,4) olduğu belirtilmektedir. Yine Örnek-Büken ve Büken'in (2) çalışmalarında inceledikleri 122 vakanın 22'sinin ölümle sonuçlandığını belirttikleri görülmüştür. Savaş'ın (46) yüksek yargı mercilerinin 1973-2007 tarihleri arasında verdiği kararları incelediği çalışmasında tıbbi müdahale hatasını içeren 120 karardan 32'sinin ölümle sonuçlandığı belirlenmiştir. Ölümle sonuçlanan olguların 10'u ise kadın doğum alanını ilgilendirdiği bildirilmiştir. Yorulmaz'ın (102) 1999-2003 tarihleri arasında verilen İstanbul Tabip Odası onur kararları üzerinde yaptığı araştırmada, tıbbi hata saptanan 78 olgunun 13'ünde mağdurun öldüğü belirlenmiştir. Yine bu 13 olgunun uzmanlık alanlarına göre dağılımında üç olgu ile KHD alanının ikinci sırada geldiği görülmektedir.

Buradaki bilgilerde kadın doğum alanı ile ilgili sonuçların tamamı ebeleri kapsamamakla birlikte yine hepsinin tıbbi hata sonucu olup olmadığı da bilinmemektedir. Bizim çalışmamız dahil literatürdeki çalışmaların çoğunda malpraktis kaynaklı olguların sonuçları herhangi bir kayıp veya sekel yaşanmaksızın sonlandığı yönündedir. Ancak bizim çalışmamızdan farklı olarak geriye dönük yapılan birçok çalışmadan daha çok ölümle sonuçlanan tıbbi hataların yargıya yansıdığı için ölüm oranlarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

5.2. Ebelerin Karşılaştıkları Tıbbi Hata Türlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ebelerin doğum öncesi döneme ilişkin karşılaştıkları tıbbi hata türleri dağılımına bakıldığında; en çok zamansız amniyotomiye bağlı umblikal kord prolapsusu ile fetüsün zarar görmesi durumu ile karşılaştıkları görülmüştür. Oksitosinin aşırı kullanımına bağlı hipertonik kontraksiyonlar nedeni ile hızlı doğum görülmesi fetal monitör izleminde

eksiklik yine oksitosinin aşırı kullanımına bağlı fetal hipoksi gelişimi, aşırı oksitosine bağlı hipertonik kontraksiyonlar nedeni ile ablasio plesanta ve uterus rüptürü, baş-pelvis uyuşmazlığı, sol transvers veya makat prezantasyonlarda uygunsuz oksitosin kullanımı görülen diğer tıbbi hata türleridir. Literatürde ebelik uygulamalarına ilişkin tıbbi hata türleri ile ilgili yapılan çalışma sınırlı sayıdadır. Büken ve Örnek Büken'in (2) çalışmasında tıbbi hata içeren 33 malpraktis davasından ikisinde doğum öncesi dönemde yetersiz izlem, ikisinde abdomende aşırı baskı uygulanması (kristaller manevrası), ikisinde oksitosinin baş-pelvis uyuşmazlığında kullanımı, birinde yine oksitosinin omuz prezantasyonda kullanımına bağlı malpraktis geliştiği ortaya konulmuştur.

Umbilikal Kord Prolapsusu (UKP) gebeliği komplike eden ve ender görülen bir obstetrik acildir. Genel olarak insidansı 1/162 ile 1/714 arasındadır (103). Esinler ve arkadaşlarının (104) bir üniversite hastanesinde 1999-2002 yılları arasında gerçekleşen umblikal kord prolapsusu olgularının fetal ve maternal sonuçlarını inceledikleri çalışmada belirtilen tarihler arasında gerçekleşen toplam 13 olgudan 11'inin amniyotomi sonrası geliştiği görülmüştür. Belirtilen 13 olgunun da normal vajinal doğum için takip edilirken acil sezaryen doğuma yönlendirildikleri ve yenidoğanların durumlarının iyi olduğu belirtilmiştir (104). Çalışmamızda amniyotominin zamansız uygulanmasına bağlı umblikal kord prolapsusu irdelenmiştir. Görülme insidansı ve literatür çalışmaları bizim sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Kadın doğum servislerinde ve doğumhanelerde çalışan hemşireler ve ebeler için temel becerilerden biri fetal monitör izlemde traselerin doğru izlemi, yorumlanması ve uygun girişimlerde bulunulmasıdır. Bu alanlardaki eksikler nedeniyle gerekli olan girişimler gecikebilmekte ve fetüsün sağlığı olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Ülkemizde özellikle fetal monitör izlemde hemşirelik/ebelik uygulamalarına bağlı hatalar, gelişen fetal riskler ve açılan malpraktis davalarına ilişkin henüz net veri bulunmamaktadır. Dünyada ise fetal monitör izleme ilişkin ebelerin hatalı bulundukları davaların %40.7'si ihmalle ilgili bulunurken (gebeyi yetersiz izlem, hekimlere zamanında haber vermeme), %44.5'inin yüksek doz oksitosin verme, doğum sırasında abdomene basınç yapma gibi yanlış uygulamalar nedeniyle olduğu saptanmıştır (105).

Literatürdeki çalışma sonuçlarına göre spontan doğum eylemi ile karşılaştırıldığında oksitosin indüksiyonu uygulanan gebelerde komplikasyon oranları

daha yüksektir. Oksitosin indüksiyonunun, hiperstimülasyon, sezaryen, hipotansiyon, antidiüretik etki, ablasio plesanta , uterus rüptürü, fetal distres gibi komplikasyonları söz konusudur (106,107,108). Bizim çalışmamızda da ebeler farklı oranlarla; oksitosin kullanımına bağlı hipertonik kontraksiyonlar sonucu hızlı doğum, ablasio plesanta, fetal hipoksi ve uterus rüptürü komplikasyonları ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Hastaya oksitosin uygulama zamanına ve dozuna kara verme yetkisi ebelerin sorumluluğunda olmadığından ebelerden kaynaklanan hatalar genellikle oksitosin uygulamasının izleminde yetersizlik ile ilgilidir. Araştırmamızda oksitosin ile ilgili bulguların yüksek olması, oksitosin uygulamasının çok yaygın olarak kullanılmasından, yoğun iş temposu ve özen eksikliği nedeniyle oksitosin uygulanan hastanın yeterince izlenememesinden kaynaklanabilir. Yine Sağlık Bakanlığı'nın son yıllarda sezaryen oranlarının düşürülmesi ve normal vajinal doğumun teşvik edilmesi ile ilgili yaptırımları nedeniyle oksitosin kullanımında meydana gelen artışında bu duruma etkisi olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda ebelerin doğum eylemine müdahale sırasında en çok karşılaştıkları ilk üç tıbbi hata türünün; epizyotomi sırasında anal sfinkterin zarar görmesi, doğum travmasına bağlı yenidoğanda brakial plexus zedelenmesi ve yenidoğanın yere düşürülmesi olduğu gözlemlenmiştir. Bunların dışında ebeler, uygun olmayan koşullarda vakum veya forseps kullanımına bağlı yenidoğanda zedelenme görülmesi, doğum eylemi sırasında aşırı crede manevrasına bağlı atoni gelişmesi, uterusa dışarıdan aşırı baskı sonucu atoni gelişmesi, uzun süren fetal hipoksiye bağlı serebral palsi gelişmesi ve doğum eylemi sırasında aşırı crede manevrasına bağlı uterus inversiyonu gelişmesi durumları ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir (Çizelge 4.8).

Epizyotomi, doğum kliniklerinde en sık uygulanan cerrahi işlemlerden biridir. **(**69). Althabe ve ark. (109) Latin Amerika'da 16 ülkede primipar kadınlarda yaptıkları bir çalışmada, 91 hastanede epiyotomi oranını % 80'den, 69 hastanede de epizyotomi oranını %90'dan daha fazla bulmuşlardır. Sayıner ve Demirci'nin (110) yaptıkları çalışmada, primipar gebelerin % 96,72'sine, multipar gebelerin ise % 51,85'ine epizyotomi uygulandığı, tüm doğumlar içinde bu oranın % 70,33 olduğu belirtilmiş, ayrıca epizyotominin yaygın kullanımının kadınların perineal travmaya maruz kalma oranını arttırdığını belirlemişlerdir. Gül'ün (75) Ocak-Haziran 2007 tarihleri arasında Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yaptığı çalışmada 2320 doğum yapan

kadının 1322 (%57)'sinin spontan vajinal doğum yaptığı, bunların da %91.2'sine epizyotomi uygulandığı görülmüştür. Epizyotominin en sık görülen komplikasyonları epizyotomi uygulama süresinin uzaması, III. ve IV. derece perine laserasyonları ve enfeksiyondur (74). Bizim çalışmamızda da ebelerin yarısından çoğunun epizyotomi sonucu anal sfinkterin zarar görmesi durumu ile karşılaşması bu bilgileri destekler niteliktedir.

Literatürde doğum travması insidansı 1000 canlı doğumda 6,7- 14,0 sıklığında bildirilmektedir (111,112). Ülkemizde doğum travması sıklığı, çeşitli çalışmalarda %0.22- 5,2 gibi değişen oranlarda bildirilmiştir (113,114). Mutlu ve arkadaşlarının (115) Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin II. Çocuk kliniğine 1981-1990 yılları arasında yatan doğum travması olgusunu inceledikleri çalışmada toplam 217 olgu bulunduğunu bildirmişlerdir. Bu 217 olgudan ise 17'sinin (%7.8) brakial plexus zedelenmesine bağlı paralizi olduğu belirlenmiştir. Bülbül ve arkadaşları (116) Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yenidoğan kliniğinde 2001-2004 yılları arasında yaptıkları bir çalışmada dört yıllık sürede doğum travması oranını 1000 canlı doğumda 7.6 olarak bulmuşlardır . Volpe'nin (117) araştırmasında yenidoğan doğum travmaları nedeniyle ölüm %20, kalıcı nörolojik bulgular %30, minimal beyin hasarı %15, normale dönüş %35 olarak bildirilmektedir. Mutlu ve arkadaşlarının (115) çalışmasında doğum travmasına bağlı ölüm oranı % 36 olarak saptanmıştır.

Yüksek doğum tartısının doğum travmaları için önemli bir risk faktörü olduğu literatürde açıklanmıştır. Gordon ve arkadaşları (118) tarafından yapılan bir çalışmada, doğum travmalı bebeklerin %56'sının doğum kilosunun 3500 gramın üzerinde olduğu bildirilmiştir. Mutlu ve arkadaşlarının (115) çalışmasında 217 doğum travması olgusunun 17'sinde görülen brakial plexus paralizilerinde ortalama doğum kilosunun 3945 gram olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda ebelerin % 13'ü doğum travmasına bağlı prakial pelxus ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Ancak ebelerin karşılaştıkları olgularda hem anneye hem de bebeğe bağlı risklerin olabileceği düşünüldüğünde tıbbi hata oranının daha düşük bulunacağı umulmaktadır.

Operatif vajinal doğum şekilleri olarak ifade edilen vakum ekstraksiyonu ve forseps uygulamasının hem anne hem de yenidoğan için komplikasyonları söz konusur. Forseps uygulaması daha çok artmış maternal morbidite (Örneğin ciddi perineal travma) vakum ise artmış fetal morbiditeyle ilişkilidir (119). Vakum uygulamasının

neonatal komplikasyonları; skalp (saçlı deri) laserasyonları, sefal hematom, kaput suksedanum, intrakranial hemoraji, fasial sinir paralizileri ve retinal hemorajidir. Bu komplikasyonların görülme insidansı % 5'tir (120). Çalışmamızda ebelerin %8'i vakum veya forseps uygulamasına bağlı yenidoğanda herhangi bir zedelenme meydana gelmesi ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Bu durum ebelerin yetkisi dahilinde olmayan bir uygulamayı ya daha yetkin bir kişiye ulaşamamaktan ya da yetkin kişilinin uygulamayı başarabilecek yeterli becerisinin olmamasından kaynaklı olarak icra etmek zorunda kalmalarıyla açıklanabilir.

Çalışma sonuçlarımızda ebelerin doğum sonu döneme ilişkin tıbbi hatalardan en çok % 32,0 ile epizyotomi tamiri sırasında hastada yabancı cisim unutulması ile karşılaştıkları görülmüştür Aynı zamanda doğum sonu döneme ilişkin oluşabilecek diğer tıbbi hatalardan; hatalı epizyotomi tamiri sonucu dokuda estetik bozulma oluşmasının % 29,3, epizyotomi tamiri sonrası sütürün geri açılmasının % 17,3 ve yenidoğanın kesici-delici alet ile zarar görmesinin %1.3 sıklıkta görüldüğü belirlenmiştir .

Cerrahi işlemler sırasında hastanın vücudunda yabancı cisim unutulması özellikle ameliyathane hemşirelerinin ve invazif işlemlerde görev alan bütün sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldıkları bir durumdur. Özata ve Altunkan'ın (97) çok merkezli olarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında en az karşılaşılan hatalar arasında ameliyatlarda hastanın vücudunda yabancı cisim unutulması olduğu saptanmıştır. Epizyotomi de ebelik uygulamaları arasında cerrahi işlem olarak sınıflandırılabilir uygulamalar arasında yer almaktadır. Çalışmamızda her 10 ebeden 3'ü epizyotomi sonrası yabancı cisim (tampon, gazlı bez v.b) unutulması olgusu ile karşılaşmıştır. Bu durum çalışma koşullarındaki iş yoğunlu ve telaşı nedeniyle uygulama sonunda hastanın uygun şekilde kontrolünün yapılmamasından kaynaklanıyor olabilir. Yine ebelerin tampon malzemeyi hasta üzerinde bir süre bekletmesi gereken durumlarda annelerin doğumhaneden doğum sonu kliniğe devrinin uygun koşullarda gerçekleştirilmemesi ve ebeler arası hasta teslime gerekli özenin gösterilmemesi bu durumun nedeni olarak ifade edilebilir. Bu tür hataların önlenebilmesi için epizyotomi uygulanan hastaların doğumhaneden ayrılmadan önce son kontrollerinin düzgün ve dikkatli olarak yapılması ve doğum sonu teslim esnasında da hem yazılı hem sözlü olarak teslim alan görevliye konu ile ilgili eksiksiz bilgi verilmesi önemlidir.

Araştırmamızda ebelerin % 17,3'ü epizyotomi tamiri sonrası sütürün geri açılması ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Epizyotomi kesisini birleştimek için uygulanan sütürün, enfeksiyon, annenin ıkınması nedenler olmaksızın salt teknik hatalar yüzünden geri açılması karşılaşılabilecek durumlar arasındadır. Gül'ün (75) çalışmasında 426 doğum sonu komplikasyon gelişen olguların %5.6'sında epizyotomi dikişinde ayrılma olduğu görülmüştür . Yine epizyotomi tamiri ile ilişkili olarak dokuda estetik bozukluğun oluşması da doğum sonrası yaşamlarında kadınların cinselliğini ve beden imgesini etkileyen bir durumdur. Epizyotominin yaygın kullanımı ise kadınların perineal travmaya maruz kalma oranını arttırmıştır (110). Bizim çalışmamızda ebelerin %29,3'ü hatalı epizyotomi tamiri sonucu dokuda estetik bozulma oluşması ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Bu konuyla ilgili literatürde uygun çalışma bulunamazken bizim çalışmamızda sonuç beklenenden yüksek bulunmuştur. Bu durumun ebelerin iş yükü ve hasta yoğunluğu nedeni ile hastaların doğum salonunda doğumu yaptıran ebe tarafından yeterince izlenmeden doğum sonu servise sevki sonucu olduğu düşünülebilir. Buna ek olarak epizyotomi tamirini gerçekleştiren sağlık personelinin konuya ilişkin becerisinin yeterli düzeyde olmaması, işlem ve bakımı hakkında hastalara yeterli ve etkin bir eğitimin verilmemesi diğer nedenler arasında sayılabilir.

Perinatal kanamalar önemli bir maternal mortalite ve morbidite nedenidir. Postpartum kanamalar özellikle postpartum atoni kanamaları, önlenebilir problemler olmasına karşın az gelişmiş ülkelerde çok sık karşılaşılan maternal mortalite nedenidir. Postpartum kanamaların en sık nedeni (%75-90) uterus atonisidir (121).

Uterus atonisinin nedenleri arasında da hızlı doğum, uzamış travay, uterin travmalar (aşırı uygulanan manevralar, uterus rüptürü, uterus inversiyonu) gelmektedir (75). Araştırmamızda ebelerin doğum eylemi sırasında aşırı crede manevrasına bağlı atoni gelişmesi (% 6,7) ve uterusa dışarıdan aşırı baskı sonucu atoni gelişmesi (% 5,3) olguları ile karşılaştıkları belirlenmiştir.

Doğum eyleminin ikinci evresine ilişkin görülebilecek komplikasyonlardan biri de serebral palsidir (SP). SP çocukları etkileyen en yaygın hastalıklardan biridir. SP prevalansıpek çok toplumda ortalama olarak 2-3 olarak bildirilmiştir (122,123). Türkiye de ise SP prevalansının 1000 canlı doğumda 4,4 olduğunu bildiren çalışmalar yapılmıştır (124). Araştırmamıza katılan ebelerin %5,3'ü serebral palsi olgusu ile

karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Aygün ve arkadaşlarının (1994) Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi yenidoğan ünitesinde 1987-1992 yılları arasında izlenen 68 perinatal asfiksi vakasını retrospektif olarak değerlendirdikleri bir çalışmada 20 (% 29) bebekte prenatal, 34 (% 51) bebekte natal döneme ait nedenler olduğunu gözlemlemişlerdir. Bebeklerin 10 (% 15)'unda mental retardasyon, serebral palsi ve epilepsi gibi nörolojik komplikasyonlar gözlendiği bildirilmiştir (125). Çalışma sonuçlarımız dünya ve Türkiye olgu prevalansı ile kıyaslandığında oldukça yüksek bir oran olduğu görülmektedir. Bununla birlikte doğum esnasında bebeğin inişine yapılan müdahaleler ve görece bilgi ve becerisi yeterli olmayan kişiler tarafından gerçekleştirilen doğumlar nedeni ile serebral palsi görülme oranı artmış olabilir. Gebelerde düzenli prenatal izlem, doğumların hastanede yapılması, asfikside erken tanı ve tedavi perinatal asfiksiye bağlı mortalite ve morbiditeyi azaltabilir.

Ebelerin doğum eylemi dışında uyguladıkları genel girişimlerden yanlış vital bulgu alınması % 36,0, anneye hatalı ilaç uygulanması % 16,0, yanlış veya yetersiz tıbbi öykü ve anamnez alınması % 12 ve bebeğin ilaç uygulama hatası sonucu zarar görmesi ile % 1,3 oranında karşılaşıldığı saptanmıştır (Çizelge 4.10). Literatüre baktığımızda genel hemşirelik girişimleri ile ilgili tıbbi hatalar konusunda bir çok çalışma olduğu gözlenmiştir. Öztunç'un (91) çalışmasında hemşire ve ebelerin %54.5'inin ilaç uygulama hatası, %18.3'ünün iletişim hatası ve %16.8'inin de izlem hatası yaptıkları belirlenmiştir. ABD'de 2000 yılında yapılan "Harvard Medical Practice Study" araştırması tıbbi hatalar içinde en fazla ilaç yan etkilerine bağlı hataların olduğunu belirtmiştir (15). Young ve arkadaşlarının (126) yaptıkları çalışmada ilaç hata oranı ise %28,2 olarak saptanmış ve ilaç hata tipleri sırasıyla, %70,8 yanlış zaman, % 12,9 yanlış doz, % 11,1 doz atlaması, % 3,5 fazla doz ilaç verilmesi, % 1,5 order edilmemiş ilaç verilmesi ve % 0,2 yanlış ilaç verilmesi şeklinde sıralanmıştır. Çalışma sonucu elde edilen bulgulardan hatalı vital bulgu alınmasının görülme nedenleri; kullanılan araçların periyodik olarak gerekli kontrollerinin yapılmaması, hasta yoğunluğu ve uygulamanın rutinliği nedeniyle yapılan işleme gerekli özenin gösterilmemesi ve öneminin göz ardı edilmesi olarak düşünülebilir. Hastaya hatalı ilaç uygulanması hemşirelik ilaç uygulamalarında beş doğru ilkesinin göz ardı edilmesi nedeniyle gerçekleşmektedir. Yine ilacı hazırlayan ve uygulayan kişilerin farklı olması da nedenler arasında

sayılabilir. Bu noktadan hareketle ilaç uygulamaları konusuna gerekli özenin gösterilmesi ve dikkatli davranılması bu oranı düşürecektir.

Hastanın kliniğe ilk geldiğinde içinde bulunduğu gebelik veya hastalık ve daha önceki sağlık durumuyla ilgili öykünün yeterli ve doğru bir şekilde alınması da tıbbi hataların önlenmesine katkıda bulunacaktır. Nitekim hastanın belirtmediği ve iyi sorgulanmayan herhangi bir bulaşıcı hastalığının bulunması, herhangi bir alerjisi ya da sistemik kronik bir hastalığının olması durumunda çalışanlar hem kendileri hem de hasta için gerekli önlemleri almada yetersiz kalabilirler. Bizim çalışmamızda ebelerin % 12,0'si yetersiz ya da yanlış öykü alınması durumuyla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum ebelerin özellikle doğumhane gibi hasta sirkülasyonu ve iş yükünün fazla olduğu bir serviste rutin form doldurma dışında detaylı anamnez için vakit ayıramadıkları nedeni ile olabilir.

5.3. Ebelerin Malpraktis Hakkında Bilgi, Düşünce, Gözlem Ve Deneyimlerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımının Tartışılması

Ebelerin halen çalışmakta oldukları birimde görev yapma süresi ve ebe olarak mesleğinde toplam çalışma süresi göz önüne alındığında, çalışmamıza katılan ebelerin yaklaşık yarısının malpraktis kavramını bilmedikleri ortaya çıkmıştır. Ebelerin meslekte çalışma süresi arttıkça malpraktis kavramını bilme yüzdesinin azalması, ebelerin mezuniyet sonrası süre uzadıkça teorik bilgilerinin zamanla unutulmuş olması veya gitgide artan yoğun iş temposu yüzünden güncel bilgileri takip edememeleri nedeni ile açıklanabilir. Yine hatalı tıbbi uygulamalar konusunun çalıştıkları kurumların düzenledikleri hizmet içi eğitim konuları kapsamına alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Araştırmamıza katılan ebelerin çalışma saatleri ile malpraktisi bilme durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaksızın ($p>0.05$), nöbet vardiya usulü çalışanların % 41,3'ü, gündüz mesaisinde çalışan % 75'i malpraktis kavramını bildiklerini söylemişlerdir. Nöbet usulü çalışan ebelerin iş yoğunluğu ve yorgunluk gibi nedenlerle kişisel gelişimlerine zaman ayıramadıkları düşünülmektedir. Ayrıca gündüz mesaisinde daha fazla çalışanın bir arada olması ve hizmet içi eğitim etkinliklerin genellikle gündüzleri organize edilmesi nedeni ile de gündüz mesaisinde

çalışanların malpraktis kavramını bilme durumlarının daha fazla olması beklenen bir sonuçtur.

Yine ebelerin yaşları arttıkça malpraktis hakkındaki bilgilerinde azalma olduğu çalışmamız bulguları arasında yer almaktadır. Ebelerin yaşları azaldıkça yeni mezun olma ve özellikle lisans mezunu olma ihtimallerinin arttığı göz önünde bulundurulduğunda sonucun anlamlı çıkmasında eğitim durumunun etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan lisans mezunu ebelerin malpraktis hakkındaki yasal düzenlemelerden haberdar olma durumu lise ve önlisans düzeyinde olanlara göre daha fazladır. Bu bulgu bizim araştırmamızdaki yaş ile malpraktisi bilme durumu arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Araştırmamızda malpraktis hakkındaki yasal düzenlemeler ile ilgili bilgiyi öğrenim gördüğü okuldan edinen ebelerin tamamının lisans mezunu olduğu bulgularımız arasındadır. Ülkemizde yaklaşık son 10 yıldır ebelik eğitiminin sadece lisans düzeyinde veriliyor olması ebelerin daha donanımlı olmasının en önemli nedenidir. İlerleyen yıllarda klinikte çalışan ebelerin şu ana göre daha fazlasının lisans düzeyinde olacağı ve bunun ebelikte görülen malpraktis olgularının azalmasına katkıda bulunacağı öngörülmektedir.

Araştırmamızda ebelerin bulundukları birime göre malpraktis hakkındaki yasal düzenlemelerden haberdar olma durumlarına bakıldığında doğum salonu (% 32,4) ve doğum sonu serviste çalışanlar (% 34,1) arasında benzerlik olduğu görülmüştür. Çalıştıkları birimde beş yıldan daha kısa süre görev yapanların (% 43,2) 5-10 yıl aralığında görevde bulunanlar (% 25,0) ve 10 yılda daha uzun süredir aynı bölümde görev yapanlardan (% 9,1) daha çok yasal düzenlemeler ile ilgili bilgisi olduğu saptanmıştır. Bu durum yine çalışma süresi azaldıkça yeni mezun olma ihtimallerinin artması ve öğrenim görülen okuldan bilgi edinme durumunun artması ile ilişkili olduğunu düşündürebilir.

Ebelerin çalıştığı bölüme göre bir meslektaşının tıbbi hatasını görme durumları incelendiğinde doğum salonunda çalışan ebelerin %24.5'i ve doğum sonu servislerinde çalışan ebelerin %24.4'ü çalışma yaşamları boyunca en az bir defa bir meslektaşının hasta güvenliğini tehlikeye sokabilecek tıbbi hatasını gözlemlediklerini belirlenmiştir (Çizelge 4.16). Ancak çalışılan birim ile yapılan herhangi bir tıbbi hataya tanık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bizim çalışmamızla benzer şekilde Öztunç'un (91) çalışmasında hemşire ve ebelerden kadın hastalıkları bölümünde çalışanların %16,9'unun, doğum salonu/ameliyathanede çalışanların %15,1'inin hatalı tıbbi uygulama yaptığı belirlenmiştir. Elbüken'in (81) çalışmasında 2002–2008 yılları arasında YSŞ'na gönderilen ve malpraktis iddiası yönünden değerlendirilen olguların kliniklere göre dağılımlara bakıldığında en fazla %49,3 oranında kadın doğum kliniğinde gerçekleştiği görülmüştür.

Halen çalıştığı birimde beş yıldan daha kısa süre görev yapan ebelerin % 13,6'sının, 5-10 yıl arası görev yapan ebelerin % 35,0'inin, 10 yıldan daha uzun süre bulunduğu birimde görev yapan ebelerin ise % 45,5 'inin çalışma yaşamları boyunca en az bir defa bir meslektaşının hasta güvenliğini tehlikeye sokabilecek tıbbi hatasını gözlemledikleri görülmüştür. Çalışılan birimde görev yapma süresi ile yapılan herhangi bir tıbbi hataya tanık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Öztunç'un (91) çalışmasında ise hemşire ve ebelerden Kadın hastalıkları (jinekoloji) bölümünde çalışanların %16,9'unun, doğum salonu/ameliyathanede çalışanların %15,1'inin hatalı tıbbi uygulama yaptığı belirlenmiştir.

Araştırmamızda meslekte toplam çalışma süresi 10 yıl ve daha üzeri olan ebelerin % 32,1'i, 5-10 yıl arasında çalışanların % 11,1'i çalışma yaşamları boyunca en az bir defa bir meslektaşının hasta güvenliğini tehlikeye sokabilecek tıbbi hatasını gördüklerini ifade etmişlerdir. Meslekteki çalışma süresi ile tıbbi hataya tanık olma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Öztunç'un (91) çalışmasında hemşire ve ebelerden meslekte çalışma süresi dört yıl ve altında olanların %27,4'ünün, 10 yıl ve üzerinde olanların %9,9'unun hatalı tıbbi uygulama yaptığı ve meslekte çalışma süresi ile hatalı tıbbi uygulama yapma durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu bildirilmiştir. Parshuram ve arkadaşlarının (127) yaptıkları çalışmada meslekte çalışma süresi 10 yıl ve daha fazla olan sağlık çalışanlarının daha az hata yaptıkları saptanmıştır. Bizim çalışmamızda daha çok ebelerin bir başka meslektaşının hatasına tanık olma durumu söz konusudur; ancak tanık olunan hataların da yine birileri tarafından yapıldığı düşünüldüğünde literatürdeki bulgulara göre farklı sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmamızda nöbet vardiya usulü ile çalışan ebelerin %20,6'sı, gündüz mesaisi şeklinde çalışanların da % 41,7'si yine çalışma yaşamları boyunca en az bir

defa bir meslektaşının hasta güvenliğini tehlikeye sokabilecek tıbbi hatasını gördüklerini ifade etmişlerdir. Tıbbı hata gözlemleme ile çalışma usulü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bizim bulgularımızdan farklı olarak Öztunç'un (91) çalışmasında vardiyalı çalışan hemşire ve ebelerin % 18,5'inin, gündüz çalışanların % 12,8'inin, gece çalışanların % 8,5'inin hatalı tıbbi uygulama yaptığı belirlenmiştir ancak çalışma saatleri arasında ki farkın anlamsız olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda gündüz vardiyasında daha fazla tedavi uygulandığı ve gündüz yoğunluğunun daha fazla olduğu düşünülebilir. Ayrıca vardiyalı çalışanların uyku düzenlerindeki değişimden dolayı daha fazla hata yapabildiklerini söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda ebelerin malpraktis ile ilgili bilgi durumları, düşünceleri, çalışma yaşamlarında malpraktis ile karşılaşma durumları ve deneyimlerine ilişkin bulgular elde edilmiştir. **Bu bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.**

- Araştırmaya katılan ebelerin yarısından çoğunun malpraktis kavramını bilmedikleri bulunmuştur. Malpraktis kavramını bilenlerin çoğunlukla lisans mezunu ve beş yıldan daha kısa süredir meslekte çalışanların olduğu belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan ebelerin sadece %33,3'ünün malpraktis hakkındaki yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi oldukları görülmüştür. Bilgi sahibi olanların; % 70,8 ile lisans mezunu oldukları ve bu bilgiyi öğrenim gördükleri okuldan (% 22,7) edindikleri belirlenmiştir. Yine hiçbirinin ebeler derneği faaliyetlerinden tıbbi malpraktis ile ilgili bilgi almadıkları gözlenmiştir.
- Araştırmaya katılan ebeler tıbbi malpraktisin ortaya çıkmasında temel hata kaynağı olarak ilk üç sırasında meslekte acemilik-yetersizlik (% 90,7), dikkatsizlik (% 86,7) ve özen-itina eksikliğini (% 40,0) gördükleri belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan ebelerin % 24,0'ü çalışma yaşamları boyunca en az bir kez bir meslektaşının herhangi bir hatalı tıbbi uygulamasını gözlemlemiş, yine % 25,3'ü çalışma hayatı boyunca en az bir defa malpraktis nedeni ile bir meslektaşının yasal sürece maruz kalmasına tanık olmuşlardır. Ebelerin sadece % 5,3'ü meslek yaşamlarında tıbbi hata yaptıklarını ve herhangi bir malpraktis iddiası ile yasal sürece maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir.
- Ebelerin malpraktis iddiası ile yasal sürece maruz kaldıkları dört ayrı soruşturmanın nedenlerine bakıldığında iki olgunun "doğumsonu atoni kanamasına yetersiz müdahale iddiası", bir olgunun "yenidoğan travması" (klavikula kırığı) ve diğerinin ise "epizyotomi sırasında anal sfinkterin zarar görmesi" olduğu görülmüştür. Yine ebeler tarafından söz konusu tıbbi

hatalara maruz kalan hastaların akıbetlerinin tamamen iyileşme olduğu, bu durumdan kaynaklı herhangi sekel kalmadığı ifade edilmiştir.

- Ebelerin çalışma yaşamları boyunca doğum öncesi döneme ilişkin en çok zamansız amniyotomiye bağlı umblikal kord prolapsusu sonucu fetüsün zarar görmesi (%42.7) hatası ile, doğum eylemine ilişkin en çok epizyotomi uygulanması sırasında anal sfinkterin zarar görmesi (%62.7), doğum sonu döneme ilişkin ise en çok epizyotomi tamiri sırasında hastada yabancı cisim unutulması (iğne, spanç) (%32) tıbbi hataları ile karşılaştıkları bulunmuştur. Genel girişimlere ilişkin yanlış vital bulgu alınması (%36) ebelerin en çok karşılaştığı tıbbi hata türü olmuştur.

Elde edilen araştırma sonuçları doğrultusunda konu ile ilgili öneriler aşağıda yer almaktadır.

- Ebeler çalıştıkları servislerin özelliğine göre hatalar konusunda eğitilmeli, konu ile ilgili gerekli uyarılar yapılmalıdır.
- Hasta bakımı hizmetlerinin istenilen ölçüde ve kalitede yerine getirilmesi için gerekli miktarda personel temin edilerek çalışanların iş yükü azaltılmalıdır.
- Öğrenim görülen okullarda mesleki eğitimin kalitesinin artırılmasının yanı sıra müfredatta malpraktis konusuna yeterince yer verilmesi önerilmektedir.
- Malpraktis iddialarına karşın sağlık personelinin farkındalığının arttırılması için hizmet içi eğitimlere ağırlık verilmesi, bilimsel faaliyetlere yönlendirilmesi ve ebeler derneğinin çalışmalarına ebelerin aktif olarak katılması sağlanmalıdır.
- Ebelerin uygulama alanlarına yönelik ise prenatal perine masajını yapması ve gebelere öğretmesi, ebelik ve hemşirelik müfredatlarında prenatal perine masajına yer verilmesi, epizyotominin rutin ve yaygın kullanımının sınırlandırılması, doğumun ikinci evresinde lokal anesteziklerin perineal travmayı azaltmak için kullanılması, mezuniyet sonrası eğitimde bu konuda hizmet içi eğitimlerinin yapılması, perineal travmaların önlenmesi için daha ileri düzeyde kanıta dayalı araştırmaların yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Çetin G.** Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbı Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. İstanbul, 02-03 Şubat 2006:Sempozyum dizisi no:48, s.31-42

2. **Örnek Büken N, Büken E**. Tıbbi malpraktis konusunda tartışmalar. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi*, **2003**;11:140-147.

3. **Çakmut Y Ö.** Tıbbi uygulamalarda ebelerin cezai sorumluluğu. 3. Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara Barosu, 07-08 Mayıs **2010**, Ankara

4. **Gündoğmuş NÜ, Özkara E and Mete S.** Nursing and midwifery malpractice in Turkey based on the higher health council records. *Nursing Ethics*, **2004;**11:489-499

5. **Oktay EA**. Serbest Olarak Ya Da Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimler Açısından Tıbbi Malpraktis ve Sonuçları, **2010.**http://www.turkhukuksitesi.com/ makale_1183.htm, Erişim Tarihi: 05.03.2014

6. **Sharpe CC.** Nursing Malpractice liability and risk management. *Greenwood publishing group*, London, **1999**:41-42.

7. **Hekimlik Meslek Etiği Kuralları,** Türk Tabibler Birliği Yayınları Ankara, **2012:9**

8. **Kutbay G, Alan S, Atış F, Halidi G V.** Uluslararası Ebelik Etik Kodları *1.Tıp Etiği Kongresi*, 13-15 Kasım **2008,** Sözlü Bildiri

9. **Polat O.** Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal- Hukuksal-Etik Boyutları. 1. Baskı. Ankara: *Seçkin Yayıncılık*, **2005.**

10. **Bayraktar K.** Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, Sermet Matbaası, İstanbul, **1972**

11. **Yıldırım G.** Sağlık Profesyonellerinin Etik Kavramından Anladıkları ve Kuramsal Etik Çalışması Yapanlardan Bekledikleri, Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji Ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı**, 2008**

12. **Beverley A, Robert, J B, Doreen A.** Medication errors in anesthetic practice: a survey of 687 practitioners. *Canadian Journal of Anaesthesia*, **2001;**48:139-146.

13. **Demirhan E A, Öncel Ö, Aksoy Ş.**Çağdaş Tıp Etiği, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2003.**

14. **Civaner M.** Malpraktise Yönelik Yasal Düzenleme: Temel Noktalar. Ankara:Hekimden Hekime Tabip Odası Yayını**, 2002:** 38-42.

15. **Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH**. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. Bmj journals, **2004**;13:145–152

16. **Jeffrey M, Rothschild M D, Frank A, Federico R, Tejal K, Gandhi MD, Rainu K, Williams DH, Bates DW.** Analysis of medication-related malpractice claims, *Arch Intern Med*, **2002**;162:2414-2420

17- **Hunter D, Bains N.** Rates of adverse events among hospital admissions and day surgeries in Ontario from 1992 to 1997**.** *Canadian Medical Association Journal.* **1999;**160: 1585-1596

18. **Wanzel KR, Jamieson CG, et al.** Complications on a general surgery service: incidence and reporting.[comment].*Canadian Journal of Surgery,* **2000;**3: 113-117

19- **Institute of Medicine Report .**To err is human: Building a safer health system, **1999** (http://www.md-jd.info/abstract/Institute-of-Medicine- Report.html) Erişim tarihi:03/04/2010.

20. **Temel M,** Sağlık Personelini İlgilendiren Önemli Bir Konu: Malpraktis**,** *Hemşirelik Forum Dergisi,* **2005;** 84-90

21. **Akalın EH.** Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği, *Yoğun Bakım Dergisi***, 2005;**5:141-146

22. **Battal G.** Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Çalıştıkları Fiziki Ortama ilişkin Görüşlerinin ve Etkilenme Biçimlerinin Saptanması, ,Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, **1989**

23. **Utkutan S**. Pediatri Hemşirelerinde Stres Yaratan Faktörler ve Baş etme Yolları, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, **1999**

24. **Demir M.** Vardiya Sistemi ile Çalışan Hemşirelerin Vardiya Sisteminden Kaynaklanan Sorunlar Hakkındaki Görüşleri, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi, Bilim Uzmanlığı Tezi, **1990**

25. **Wilson, J.** The Impacts of shift patterns on healthcare professGonals. *Journal of Nursing Management*, **2002**;10: 211-219

26. **Yüksel Ş.** Çalışma yaşama kalitesinin tipik ve atipik istihdam açısından incelenmesi, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, **2004**;5: 47-58

27. **Giray AÜ**. Malpraktis Açısından Hekimlerin Karakteristikleri ve işyeri Fiziksel Koşullarının Tüberküloz Hastalığı Teşhisinde Kullanılan Muayene Protokolü Uygulama Yeterliliğine Etkisi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Doktora Tezi,**1999**

28. **Bilazer FN, Konca GE, Uğur S, Uçak H, Erdemir F, Çıtak E.** Türkiye'de Hemşirenin Çalışma Koşulları, *Türk Hemşireler Derneği Yayınları***,**Ankara, **2008**

29. **Birtek F.** Tıbbimüdahaleler açısından komplikasyon malpraktis ayırımı. *İstanbul Barosu Dergisi* **2007**;81:1997

30. **Tümer AR.** 1995-2000 yılları arasında yüksek sağlık şurasına gelen ortopedi vakalarının değerlendirilmesi**.** *Journal Of Arthroplasty&Arthroscopıc Surgery* **, 2003**;14:182-7.

31. **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Hakkındaki Kanun.** 1961 (http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc043) **Erişim: 12.03.2014.**

32. **İlgili Ö.** Yüksek sağlık şurası kararlarında kadın hastalıkları ve doğum: 2000-2005. Has matbaa, İstanbul**, 2012**

33. **Armağan T.** İdarenin Sorumluluğu ve Tam Yargı Davaları, Seçkin Kitabevi**,** Ankara**, 1997**:25

34. **Baydar ÇL.**1990-2000 Yıllarında ATK ve YSŞ'na Ortopedi Dalında Tıbbi Uygulama Hatası İddiasıyla Gönderilen Olguların Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, ATK, İstanbul, **2002**

35. **Tuğcu H, Yorulmaz C, Koç S.** Hekim Sorumluluğu ve Tıbbi Malpraktis. Birinci Basamakta Adli Tıp kitabı içinde Ed: Koç S, Can M, *İstanbul Tabip Odası Yayını*, İstanbul **2010**;9-17

36. **Hancı İH.** Malpraktis: Tıbbi Girişimler nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu. Seçkin Yayıncılık ,Ankara, **2002**

37. **Soysal Z, Çakalır C.** Adli Tıp Cilt-1.*İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları*. **1999**,s: 45-61

38. **Gündoğmuş ÜN, Kurtaş Ö, Boz H, Biçer Ü,Çolak B.** Kusur ve Kusur Oranlarının Belirlenmesinde Bilirkişilerin Fonksiyonu. *Adli Bilimler Dergisi*, **2002;** 1: 63-66

39. **Öztürk M**. Taksirden doğan hukuki ve cezai sorumluluk, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, 1992: 3-127.

40. **Gorman MA, Alberta RN.** Forensic nursing: RN practice in prison populations. *CINAHL*, **2002**; 58: 4-5.

41. **Çolak M**. İdarenin Sorumluluğu ve Hizmet Kusuru. Yüksek Lisans Tezi, Ankara,**1996**: 47-96.

42. **Deville KA.** Medical Malpractice in 19th Century America, , *NY University Press,* New York, **1990**:1-25

43. **Bahar M.** Acil Servislerde Çalışan Hemşireler Tarafından Adli Vakaların Tanılanması, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, **2008**.

44. **Çankaya H**. Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğunun Temel Prensipleri ve HekimSorumluluğunda Kusurun Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, ATK, İstanbul, **1992.**

45. **Adli Tıp Kurumu Kanunu**. http://www.atk.gov.tr, Erişim: 15. 10. 2012

46. **Şavaş H.** Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları Tıbbi Malpraktis Tıbbi Davaların Seyri ve Sonuçları . Seçkin Yayincilik ,Ankara, **2009:**21-175

47. **Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları. 2010.** (http://www.malpraktis.net/sigorta_mevzuat.html) **Erişim: 10.04.2014**

48. **İljazi A.** Dünyada Ebelik Mesleğinin Geçmişi ve Bugünü Ülkemizde Ebelik, **2013** http://prezi.com/yijjp7gbpcx0/dunyada-ebelik-mesleginin-gecmisi-ve-bugunu-ulkemizde-ebelik/ Erişim: 10.02.2014

49. **Ulusoy F, Görgülü S**. Hemşirelik Esasları. Cilt 1. 5. Baskı, 72 TDFO Ltd Şti, Ankara, **2001.**

50. **Hovardaoğlu A, Şenocak L.** Koruyucu Ebelik Hizmetleri. 1. Baskı, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara **1991**

51. **Türk Ebeler Derneği,** Dünyada ve Türkiye'de Ebelik Tarihi. **2001**http://www.turkebelerdernegi.com/index. **.** Erişim Tarihi: 06.03.2014.

52. **Yücel U, Ekşioğlu A, Demirelöz M, Baykal A Z, Çakır K Y, Soğukpınar N.** Türkiye'de ebelik lisansüstü eğitim profilinin incelenmesi. *International Journal of Human Sciences*,**2013;** 10:1342-1354.

53. **Savaş H**. Ebelerin Hukuki Sorumluluğu. Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara. 07-08 Mayıs **2010**

54. **Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. 1928** (http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/tipmslk/pdf/1219_sayili_tababet.pdf) **Erişim:24.02.2014.**

55. **Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği**. (http://www.mevzuat.gov.tr) **Erişim: 10.03.2014**

56. **Lothian JA**. Why natural childbirth?. Journal of Perinatal Education, **2000**; 9: 44-46

57. **World Health Organisation**. Prevention of perinatal morbidity and mortality. Geneva, Public Health Papers .**1969** ;4

58. **Demir N. Normal Doğum. In: Beksaç MS, Demir N, Koç A, Yüksel A (eds).** Obstetrik Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji. Medical Network, Ankara **2001**: 1258-1298

59. **Turan CM.** Nitelikli doğum ve doğum sonu hizmetler. II. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi. Program ve Özet kitabı, İstanbul-Türkiye, **2003**: 36-38.

60. **Crowley P.** Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. Issue 2: *The Cochrane Library***, 2003**

61. **Beebe LA, Raybum WF, Beaty CM, Eberly KL, StanleyJR, Raybuni LA.** Indications for labor induction. Differences between university and community hospitals. J Reprod Med **2000;** 45:463-475.

62. **Coonrod DV, Bay RC, Kishi GY.** The epidemiology of labor induction: Arizona, 1997. Am J Obstet Gynecol,**2000;**18:55-62**.**

63. **Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 7. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, , Ankara**2005**: 293-294

64. **Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP**. Evidence-based labor and delivery management .*AmericanJournal of Obstetrics&Gynecology*, **2008;** 4**:** 445-454**.**

65. **Ebelik mesleğinin tanımı, görev, yetki ve sorumlulukları ve çalışma alanlarına ilişkin rapor.2011**(http://www.turkebelerdernegi.com/index.php?option=com_content&task=view&id=182&Itemid=113) **Erişim tarihi: 10.02.2014**

66. **Taşkın L.**Riskli Doğum Eylemi. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 6.baskı, Ankara, **2003:** 292- 293

67. **American College of Obstetricians and Gynecologists**. Recommends Restricted Use of Episiotomies. (**http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr03-)** **2006** Erişim: 30.12.2008.

68. **Yvonne MC, Catherine JM.** Guıdelınes For Operatıve Vagınal Bırth. *SOCG Clınıcal Practıce Guıdelınes* . **2004;**48:747-753

69. **Duran EH, Eroğlu D, Sandıkçı N**. Vajinal Doğumlarda Rutin Epizyotomi Uygulanmasının Gerekliliği Üzerine Prospektif Bir Randominize Çalışma**.** *Türkiye Klinikleri Obstetri Ve Jinekoloji***, 2002**;12:16-19

70. **Ra¨isa¨nen S, Vehvila¨inen K, Heinonen S .** Need for and Consequences of Episiotomy in Vaginal Birth: A Critical Approach. *Midwifery, journal of .midwifery* .**2008:**07: 1-9

71. **Buhling KJ, Scmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhouseen JW .** Doğum Şekline Göre Primiparlarda Doğum Sonrası Yaşanan Disparoni Oranı. Eueopean Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, (Çeviri ed: Yıldırım G)Hemşire Çalışma Grubu, Güncel Makale Özeti, **2005**:363

72. **Karaçam Z, Eroğlu K .** Effects Of Episiotomy On Bonding And Mother's Health. *J Adv Nur,* **2003;**43:384-94

73. **Kelekci S, Savan K, Yaşar L, Sönmez S, Şahin L, Şentürk A.** Epizyotomi Tamirinin Plasenta Çıkışından Önce veya Sonra Yapılmasının Peripartum Kan Kaybına Etkisi, Perinatoloji Dergisi**, 2002;**10:331-335

74. **Yanık FF**. Epizyotomi. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, **2008;**18: 50-

75. **Gül N.**Normal doğum ve sezaryen doğum uygulanan olguların postpartum komplikasyonlar yönünden karşılaştırılması. Uzmanlık tezi, İstanbul,**2008**

76. **Chervenak FA, Kurjak A.** Postterm pregnancy. Fetal considerations, first edition, The Parthenon Publishing Group Limited ,**1996:** 571.

77. **Freeman R, Garite T, Nageotte M.** Fetal Kalp Hızı Monitorizasyonu Çeviri Editörü: Recep Has, İstanbul: Nobel Matbaacılık. **2006:** 8- 21

78. **Tokat M A, Okumuş H, Demir N.** Elektronik fetal izlem eğitiminin ebe ve hemşirelerin bilgi ve yorumlama becerilerine etkisi. DEUHYO ED. **2001**;4:63-66

79. **Demir C.** Doğum sonu kanama, değerlendirme, yönetim ve cerrahi girişimler için kaynak kitabı (eds Lynch C.B, Keith L.G, Lalonde A.B, Karoshi M.) *Matus basımevi reklam ve yayıncılık tic ltd şti.* **2010**

80. **Karahan N, Özkan A.** Ebelerin sezaryen doğuma bakışı, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, **2012**;24: 46-49.

81. **Elbüken B.** Sağlık profesyonellerine yönelik tıbbi uygulama hata iddiası ile yüksek sağlık şurasına gönderilen olguların irdelenmesi.Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul,**2010.**

82. **Safran N**. Hemşirelik ve Ebelikte Malpraktis.Doktora Tezi İstanbul Üniversitesi, İstanbul, **2005**.

83. **Özsunay E.** "Alman ve Türk Hukuklarında Hekimin Hastayı Aydınlatma Ödevi ve İstisnaları", in: Türk Hukukunda Hekimin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Sorumluluk Hukukundaki Yeni Gelişmeler V. Sempozyumu, Ankara, 12-13 Mart, **1982.**

84. **Narr H , Rehborn M.**, Arzt-Patient-Krankenhaus, Münih **1991**: 166.

85. **Kök A N.** "İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Göre Aydınlatma ve Rıza", KHukA, Uluslar Arası Sempozyum, 1.Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi 11-12 Kasım **2005**, 117.

86. **Kuhn M.** "Die rechtliche Beziehung zwischen Arzt und Patient", in: Handbuch des Arztrechts, Heinrich Honsel (Hrsg.), Zürich **1994**; 25

87. **Keyman BS, Jonnalagadda R, Walrond, E, Moseley H.** Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados. *Medical Ethics*, **2004**;7:2-9

88. **Ünver Y.** "Hekimin Cezai Sorumluluğu", in:7Bölge 7Nokta, Roche Sağlık Hukuku Günleri-1,Tebliğler, İstanbul **2007**, 120.

89. **Kocasakal Ü.**"Yeni Türk Ceza Kanununda Hekimin Cezai Sorumluluğu", in: Özel Sayı:Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, YÜHFD, **2006;** 3: 151

90. **Türk Ceza Kanunu. 2004** (http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf**). Erişim tarihi: 12.02.2014**

91. **Öztunç M.**Kadın doğum kliniklerinde çalışan hemşire ve ebelerin hatalı tıbbi uygulama yapma durumları ve hatalı tıbbi uygulama nedenlerinin önemine ilişkin görüşleri. Yüksek lisans tezi, Ankara Gazi Üniversitesi, ***2012***

92. **Henriksen K, Dayton E, Keyes M A.Et. All. Understanding Adverse Events: A Human Factors Framework. Ed. Hughes R.** Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses, Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services**.** *AHRQ Publication* **2008**; 08:43.

93. **Hicks RW, Cousins DD, Williams RL. Sikirica V, Nelson W, Schein J R.** Medication errors involving patient-controlled analgesia. *Am J Health Syst Pharm* **2008;** 65: 429-440

94. Blegen MA, Goode CJ, Reed L. Nursing staffing and patient outcomes. *Nursing Research*.**1998;**47:43-50.

95. Meurier CE, Vincent CA, Parmar DG. Learning from errors in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*.**1997**;26:110-119.

96. Nath SB, Marcus SC. Medical errors in psychiatry. *Harv Rev Psychiatry***, 2006;**14:204

97. Özata M, Altunkan H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları , tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, **2010**; 8 : 100-111

98. Özata M, Aslan Ş. Hemşirelik ve Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Hasta Güvenliğine Etkilerinin Belirlenmesi, I.Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi, Antalya **2009.**

99. Oğuz Ö. İlaç Hataları ve Hataların Raporlanmasına Yönelik Hemşirelerin Alışkanlık ve Deneyimlerinin Belirlenmesi ve İlaç Hatalarının Önlenmesine İlişkin Stratejilerin Geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, İstanbul, **2010.**

100. Barker KN, Flynn EA., Pepper GA., Bates DW; Mikeal R L, Medication Errors Observed in 36 Health Care Facilities**,** *Arch Intern Med*. **2002;**162:1897-1903.

101. Xiao X, Jody R, Kristine SA, Peter JD and Scott RB, Malpraktice liability burden in midwifery; A surveyof Michigan certified nurse-midwives. *Journal of midwifery & women's health,***2008**;53:19-27

102. Yorulmaz C. İstanbul tabip odasına yansıyan hekim hatası iddiası bulunan olguların adli tıp açısından irdelenmesi. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Tıp Bilimleri Anabilim Dalı, İstanbul,**2005.**

103 Yla-Outinen A, Heinonen PK, Tuimala R. Predisposing and risk factors of umbilical cord prolapse. *Acta Obstet Gynecol Scand* **1985**;64:567-570

104. Esinler İ , Beishenova D , Akyol D , Önderoğlu L. Umbilikal kord prolapsusu: maternal ve fetal sonuçlar. *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi***,2005**;2:192-196

105. Menihan CA, ZootoliEK. Electronic Fetal Monitoring .1st ed,*Lippincott Williams & Wilkins.* Philadelphia **2001:**51-64

106. Wilson BL, Effken J, Butler JR. The relationship between section and labor induction. *Journal of Nursing Scholarship*, **2010**;42:130-138.

107. Clark SL, Miller DD, Belfort MA, Dildy GA, Frye DK, Meyers JA. Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **,2009;** 152:156.

108. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams obstetrik. **Çev. Ceylan Y, Yıldırım G, Gedikbaşi A, et al**. 23. ed. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; **2010:**500-510.

109. **Althabe F, Belizán JM, Bergel E .** Episiotomy Rates in Primiparous Women in Latin America: Hospital Based Descriptive Study. BMJ, **2002;**324:945–946

110. **Sayıner FD, Demirci N.** Prenatal Perineal Masajın Vaginal Doğumlarda Etkinliği. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*,**2007;**15:146-154

111. **Awari BH, Al-Habdan I, Sadat-Ali M, Al-Mulhim A.** Birth associated trauma. *Saudi Med J* 2**003**; 24: 672-674.

112. **Barrientos G, Cervera P, Navascues J**. Obstetric trauma. A current problem? *Cir Pediatr,* **2000**;13.150-152

113. **Altınkaya N.**Yenidoğan**. Onat T** (Ed). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul. Eksen yayınları. **1996**; 250-251

114. **Tütüncüler F, Altıay S, Gaffaroğlu C, Acunaş B**. Travmatik Doğum Vakalarının Değerlendirilmesi. *Çocuk Dergisi***, 2004**; 4: 216-220.

115. **Mutlu D, Ekmekçioğlu Y, Bozbora N.** On yıllık dogum travması olgularının dökümü. *Kartal eğitim araştırma hastanesi tıp dergisi*,**1992**; 3:276 - 279

116. **Bülbül A, Okan F, Nuhoğlu A.** Yenidoğanın fiziksel doğum travmaları. *Haseki Tıp Bülteni* **2006**:44:3-5

117. **Volpe JJ.**Perinatal hipoxic - ischemic brain injury. *Ped. Clin of North Arn*,**1976**;23:383-391

118. **Gordon N.**Anoxia and birth injury, In : Pediatric neurology for the clinician spactics, *International medical Publications*, London, Philadelphia, **1976:**75.

119. **Johanson RB, Menon BK.** Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev.***2000;**2: 102-110

120. **Robertson PA, Laros RK, Zhao RL.** Neonatal and maternal outcome in low-pelvic and midpelvic operative deliveries. *Am J Obstet Gynecol*. **1990**;162:1436- 1442.

121. **Mırak T, Özdemir A, Güler A, Atlı Ö, Taner C, Derin G.** Hypogastric Artery Ligation for life threating obstetric hemorrahge. *Medical Journal of Kocatepe,* **2004;** 5: 41-44

122. **Dursun N.** Serebral Palsi. In: Oğuz H, Dursun E, Dursun, eds. Tıbbi Rehabilitasyon. 1st ed. l, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbu; **2004**: 957-974

123. **Rosen MG, Dickinson JC.** The incidence of cerebral palsy. *Am J Obstet Gynecol,* **1992**;167:417-423

124. **Serdaroğlu A, Cansu A, Ozkan S, Tezcan S.** Prevalence of cerebral palsy in Turkish children between the ages of 2 and 16 years. *Dev Med Child Neurol*,**2006**;48:413-416.

125. **Aygün D A, Güvenç H, Koç A, Kocabay K.** Perinatal Asfiksi: 68 Olgunun Etyolojik ve Klinik Değerlendirilmesi. *Turkiye Klinikleri J Pediatr*. **1994**;3:15-28

126. **Young HM, Gray SL, McCormick WC , Sikma SK, Reinhard S, Trippett LJ, Christlieb C, Allen T,**Types, prevalence, and potential clinical significance of medication administration errors in assisted living, *J Am Geriatr Soc***. 2008**; 56: 1199–1205

127. **Parshuram CS, To T, Seto W, Trope A, Koren G, Laupacis A. Systematic** evaluation of errors occurring during the preparation of intravenous medication. *Canadian Medical Association Journal*,**2008;**178:42-48

128. **Özdamar K.** SPSS ile Biyoistatistik. 5. Baskı, Eskişehir: ETAM A.Ş. Matbaa Tesisleri**, 2003:** 61-97

EKLER

EK-1:VERİ TOPLAMA FORMU

EBELERİN MALPRAKTİS HAKKINDA BİLGİ, DÜŞÜNCE, GÖZLEM VE DENEYİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Değerli katılımcı;

Bu anket çalışması, ebelerin malpraktis ile ilgili bilgi, düşünce, gözlem ve deneyimlerinin belirlenip değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. **Toplanan veriler araştırma dışında hiçbir şekilde kullanılmayacaktır. Lütfen isminizi yazmayınız.** Anket uygulamasını kabul ettiğiniz ve soruları içtenlikle cevapladığınız için teşekkür ederim.

Burcu TUNCER

Yüksek Lisans Öğrencisi

Bölüm-I

1- Yaşınız:…….

2- Öğrenim durumunuz:

a- Lise b- Önlisans c- Lisans d- Yüksek lisans ve üzeri

3 Çalıştığınız bölüm ?..……..

4- Çalıştığınız bölümde ne kadar süredir görev yapmaktasınız ……..

5- Meslekteki toplam çalışma süreniz? .....

6- Çalışma saatleriniz:

a- Nöbet vardiya (Açıklayınız:……...)

b- Gündüz mesaisi (8-17 saatleri arası)

c. Diğer: (Açıklayınız:…….……..)

Bölüm-II

7)Malpraktis (tıbbi uygulama hataları) kavramını daha önce hiç duydunuz mu?

a-Evet b-Hayır

8) Tıbbi uygulama hataları (malpraktis) ve mevcut yasal düzenlemeleri hakkında bilginiz var mı?

a- Evet b- Hayır

(Cevabınız “Evet” ise devam ediniz, Cevabınız “hayır” ise 9. soruya geçiniz.)

Tıbbi uygulama hataları (malpraktis) ve mevcut yasal düzenlemeleri hakkında bilginiz var ise bu bilgileri nereden aldınız?

8.a-Çalıştığım kurumdaki hizmet içi eğitimlerden

8.b-Öğrenim gördüğüm okulumdan

8.c- Ebeler derneğinin düzenlediği çalışmalardan

8.d-Kongre ve sempozyum etkinliklerinden

8.e- İlgili bilimsel yayınlardan

8.f-- Meslektaşlarımdan

8.g- Diğer (Açıklayınız)…….

9) Malpraktisin ortaya çıkmasında genel hata kaynağı olarak gördüğünüzü işaretleyiniz?

9.a-- Dikkatsizlik 9.b- Tedbirsizlik

9.c-Meslekte acemilik-yetersizlik (Meslek ve sanatın esaslarını ve standart klasik bilgilerini bilmemek, temel beceriden yoksun olmak)

9.d-Özen/itina eksikliği (Evrensel tıp ve etik değerlerini uygulamamak)

9.e-Emir ve yönetmeliklere uymamak (Kanun, tüzük, yönetmelik ve yetkili mülki amirin verdiği emirlere uymamak)

10) Çalışma hayatınız boyunca bir meslektaşınızın herhangi birisinin hasta güvenliğini tehlikeye sokabilecek bir tıbbi hatasını gördünüz mü?

11) Tıbbi uygulama hatası nedeni ile bir meslektaşınızın herhangi bir yasal sürece maruz kaldığına tanık oldunuz mu?

a- Evet (…….kez tanık oldum) b-Hayır

(Cevabınız “Hayır” ise 13. soruya geçiniz.)

12) Tanık olduğunuz bu durum veya durumların yargısal süreci nasıl sonuçlandı?

12.a- Herhangi bir hukuki işlem uygulanmadı

12.b- Hakkında/haklarında dava açıldı ve lehine sonuçlandı.

12.c- Hakkında/haklarında dava açıldı ve cezai yaptırım uygulandı.

12.d-Hukuki süreç henüz sonuçlanmadı

12.e- Fikrim yok

12.f - Diğer

(Açıklayınız:…….)

13) Çalışma hayatınız boyunca hasta güvenliğini tehlikeye sokacak herhangi bir hatanız oldu mu?

a- Evet b-Hayır

14) Tıbbi uygulama hatası nedeni ile hiç soruşturma geçirdiniz mi?

a- Evet b-Hayır

(Cevabınız "hayır" ise **3. Bölüm'e** geçiniz.)

15) Soruşturma nedenini kısaca açıklar mısınız?

……

16) Soruşturma süreci nasıl sonuçlandı?

16.a- Herhangi bir hukuki işlem uygulanmadı

16.b- Hakkında/haklarında dava açıldı ve lehime sonuçlandı

16.c-Hakkında/haklarında dava açıldı ve yaptırım uygulandı.

16.d- Hukuki süreç henüz sonuçlanmadı

16.e- Fikrim yok

16.f. Diğer

(Açıklayınız:…….)

17) Sizin hatalı tıbbi uygulama yaptığınız kişinin son durumu hakkında bilginiz var mı?

a- durumu belirsiz

b- Hastalık (bulaşıcı)

c- Hastalık (genel durumun kötüleşmesi)

d- Sakatlık

e- Ölüm

f- Diğer (

Açıklayınız…….)

Bölüm III- Tıbbi Hata Türleri

Çalışma yaşamında karşılaştığınız tıbbi hata türlerinin sıklıklarını aşağıdaki tabloda işaretleyiniz.

Tıbbi Hata Türü	*Hiç*	*Çok Nadir*	*Zaman Zaman*	*Genellikle*	*Her Zaman*
Yanlış/yetersiz tıbbi öykü ve anamnez alınması (alerji oyküsü, bulaşıcı hastalık eksik alınması)					
Yanlış vital bulgu alınması					
Fetal monitor izleminde yetersizlik, fetal distresi tanımlayamamaya bağlı fetal ölüm olması					
Oksitosinin aşırı kullanımına bağlı hipertonik kontraksiyonlar nedeni ile fetal hipoksi gelişmesi					
Oksitosinin aşırı kullanımına bağlı hipertonik kontraksiyonlar nedeni ile hızlı doğum olması					
Oksitosinin aşırı kullanımına bağlı hipertonik kontraksiyonlar nedeni ile uterus rüptürü gelişmesi					
Oksitosinin aşırı kullanımına bağlı hipertonik kontraksiyonlar nedeni ile ablasio plesanta(plesanta dekolmanı) gelişmesi					
Baş-pelvis uyuşmazlığı, sol transvers veya makat prezantasyonlarda uygunsuz oksitosin uygulanması					
Epizyotomi sırasında anal sfinkterin zarar görmesi					
Hatalı epizyotomi tamiri sonucu süturun geri açılması					
Hatalı epizyotomi tamiri sonucu dokuda estetik bozukluk oluşması					
Epizyotomi sırasında hastada yabancı cisim unutulması (iğne, spanç)					
Aşırı crede manevrasına bağlı doğum sonu atoni kanaması gelişmesi					
Aşırı crede manevrasına bağlı doğum sonu uterus inversiyonu olması					
Doğum travmasına bağlı yenidoğanda brakial plexus gelişmesi					
Uzun süren fetal hipoksiye bağlı serebral palsi gelişmesi					
Uygun olmayan koşullarda vakum veya forseps kullanımına bağlı bebekte zedelenme görülmesi					
Uterusa dışarıdan aşırı baskı sonucu doğum sonu atoni gelişmesi					
Yenidoğanın düşmesi					
Yenidoğanın kesici-delici alet ile zarar görmesi					
Zamansız amniyotomiye bağlı kord prolapsusu sonucu fetusun zarar görmesi					
Annenin ilaç uygulama hatası sonucu zarar görmesi					
Bebeğin ilaç uygulama hatası sonucu zarar görmesi					
Diğer,açıklayınız…….					

EK-2: KATILIMCI ONAM FORMU

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, ebelerin malpraktis ile ilgili bilgi, düşünce, gözlem ve deneyimlerinin belirlenip değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmayı reddetmek ve araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Araştırmadan kendi isteğinizle ayrıldığınızda ya da araştırmacı tarafından araştırma kapsamı dışında tutulduğunuzda herhangi bir cezai işlem uygulanmayacak ve sizlerin zararınıza bir durum oluşmayacaktır. Sizlerden alınan veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz kesinlikle açıklanmayacaktır. İsteğiniz dışında hiçbir kimse ile paylaşılmayacaktır.

Burcu TUNCER
Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

Yukarıda yazılı olan bilgilerle bilgilendirildim ve anladım, araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Adı Soyadı, tarih, imza

EK-3: ETİK KURUL ONAYI

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
16		14 Şubat 2013

KARAR NO 27- Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Ebelik Anabilim Dalı'nda, Yrd. Doç. Dr. Sultan Alan yönetiminde, Burcu Tuncer tarafından yürütülmesi öngörülen, "Ebelerin Malpraktis Hakkında Bilgi, Düşünce, Gözlem ve Deneyimlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	**Doç Dr Selim Kadıoğlu** Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	**Prof Dr Mülkiye Kasap** Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	
	Doç Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

ÖZGEÇMİŞ

Burcu TUNCER, 1987 Niğde doğumludur. İlk ve orta öğrenimini Niğde'de tamamlamıştır. Niğde Atatürk Sağlık Meslek Lisesi'nden 2004 yılında "Acil Tıp Teknisyeni" unvanı ile mezun olmuştur. Lisans eğitimine Niğde Üniversitesi Niğde Zübeyde Hanım S.Y.O. Ebelik Bölümü'nde devam ederek 2009 yılında tamamlamıştır. Ardından Çukurova Üniversitesi'nde yüksek lisans eğitimine başlamıştır. Lisans eğitimine devam ederken "Acil Tıp Teknisyeni" olarak 2007 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı Niğde 112 kurumunda başladığı görevinden 2012 yılında ayrılmıştır. Ardından Araştırma Görevlisi olarak Niğde Üniversitesi'nde başladığı akademik görevini halen Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde sürdürmektedir.