

# II. TIP HUKUKU GÜNLERİ

“ADLİ JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİK”



*Prof. Dr. Zeki Soysal Anısına*



ADLİ TIP  
GENİRLERİ  
DERNEĞİ



İ.Ü. CERRAHPAŞA  
TIP FAKÜLTESİ  
ADLİ TIP  
AKADİMLERİ DALI



İSTANBUL  
TABİP  
ODASI



İSTANBUL  
BAROSU

**HAYAD**

HASTA VE  
HASTA YAKINI  
HAKLARI  
DERNEĞİ



TÜRK JİNEKOLOJİ  
VE OBSTETRİK  
DERNEĞİ



EMELER  
DERNEĞİ



TÜRK  
HEMŞİRELER  
DERNEĞİ

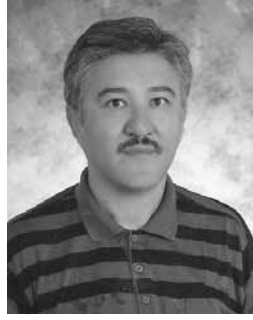


ÖZEME SAĞLIK  
VE İNFERTİLİTE  
HEMŞİRELERİ  
DERNEĞİ



2. Tıp Hukuku Günleri  
**ADLİ OBSTETRİK ve  
JİNEKOLOJİ**

“Prof. Dr. Zeki Soysal Anısına”



6 - 7 Nisan 2012  
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Oditoryumu

**EDİTÖRLER**

Prof. Dr. Sermet KOÇ  
Yrd. Doç. Dr. Muhammet CAN



2. TIP HUKUKU GÜNLERİ: ADLİ OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİ  
PROF. DR. ZEKİ SOYSAL ANISINA

BİRİNCİ BASKI  
KASIM 2012, İSTANBUL

ISBN: 978-605-5867-69-0

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ  
İSTANBUL TABİP ODASI  
TÜRKOCAĞI CAD. NO: 17 CAĞALOĞLU, İSTANBUL  
TEL: 0212 514 02 92 FAKS: 0212 513 37 36

# İÇİNDEKİLER

Sunuş .....	1
Sevgili Dr. Zeki Soysal'ı düşünürken / Dr. Kriton Dinçmen .....	1
Prof. Dr. Zeki Soysal'a Saygı İle / Dr. Sermet Koç .....	3
Toplantı programı .....	5
<b>Anma Konuşmaları.....</b>	<b>9</b>
Dr.Sermet Koç'un barkovizyon sunumu .....	9
Dr.Macit Arvas.....	13
Dr.Ismail Çepni .....	13
Dr.Rıza Madazlı .....	14
Dr.Atınç Çoltu .....	14
Dr.Ümit Biçer .....	15
Turgay Akşahin .....	16
<b>1. Oturum: Jinekoloj, ve Obstetrikte Karşılaşılan Tıbbi Uygulama Hataları .....</b>	<b>18</b>
Adli Tıp Uygulamaları Açısından Konuya Yaklaşım / Dr.Rıza Madazlı.....	18
Hemşire ve Ebeler Açısından Konuya Yaklaşım / Dr.Nevin Şahin .....	25
Kadın Doğum Uzmanları Açısından Konuya Yaklaşım / Dr.İşıl Güney Tunalı .....	30
Dava Örnekleri İle Konuya Hukuksal Yaklaşım /Av.Halide Savaş.....	39
<b>2. Oturum: Jinekoloji ve Obstetrikte Adli Raporların Düzenlenmesi ve Bilirkişilik Uygulamaları .....</b>	<b>47</b>
Kadın doğum alanı ile ilgili yasal düzenlemelerin adli-tıbbi yönü /Dr.Gürsel Çetin .....	47
Kadın doğum alanı ile ilgili adli raporlar ve bilirkişilik /Dr.İsmail Dölen.....	53
Adli Tıp Kurumu uygulamaları açısından konuya yaklaşım / Dr.Serhat Gürpınar .....	60
Hukuki uyumsuzluklarda adli tıbbin rolü / Dr.Ahmet Nezih Kök .....	64
<b>3. Oturum: Gebelik, Doğum ve Lohusalık Döneminde Karşılaşılan Adli Tıbbi Sorunlar .....</b>	<b>67</b>
Kadın Doğum Uzmanlarının Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Karşılaştığı Sorunlar / Dr. Av. İşıl Güney Tunalı .....	67
Hemşirelik ve ebelerde gebelik, doğum ve doğum sonrası karşılaşılan sorunlar/ Dr.Nazan Karahan.....	83
Anne ve bebek ölümlerine adli tıbbi yaklaşım/ Dr.Bora Büken/Dr.Erhan Büken .....	92
Gebelik ve lohusalıkta karşılaşılan adli psikiyatrik sorunlar/ Dr.Gökhan Oral .....	99
<b>4. Oturum: Üreme ve Cinsel Sağlık Hakları İle İlgili Etik- Hukuksal İkilemler .....</b>	<b>104</b>
Üreme sağlığı ve cinsel sağlık hakları ile ilgili etik- hukuksal ikilemler/Dr.Gürkan Sert .....	105
Üreme sağlığı ve cinsel şiddet olgularında hemşirelik/ Dr.Ergül Aslan .....	117
Üreme sağlığı: hekim sorumluluğu ve etik değerler/Dr.Yeşim İşlegen .....	126
Cinsel saldırı, cinsel istismar suçlarında sağlıkçıların görevleri ve hukuki durum/Av.Meriç Eyüpoğlu.....	130
<b>5. Oturum: Jinekoloji Ve Obstetrik Olgularında Otopsi .....</b>	<b>135</b>
Otopsiler açısından batın ve pelvis anatomisi /Dr.Selman Demirci.....	135
Gebeleliğe ve cerrahi girişimlere bağlı komplikasyonlarda otopsi/ Dr.Gökhan Ersoy .....	141
Plasenta Patolojisi ve Fetal Otopsi: Diseksiyon Teknikleri, Genel Yaklaşım ve Raporlama/ Dr.Ayper Kaçar .....	151
<b>Fotoğraflarla Zeki Soysal.....</b>	<b>162</b>

## DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Sermet Koç (Düzenleme Kurulu Başkanı),  
Prof. Dr. Ümit Biçer, Prof. Dr. Gürsel Çetin, Uz. Dr. Lale Tırtıl,  
Av. Halide Savaş, Av. Ümit Erdem, Prof. Dr. Fuat Demirci, Yrd. Doç. Dr. Nazan Karahan,  
Prof. Dr. Aytolan Yıldırım, Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji, Doç. Dr. Halis Dokgöz,  
Yrd. Doç. Dr. Muhammet Can, Prof. Dr. Erdem Özkara, Doç. Dr. Gürcan Altun

## SUNUŞ

Bilindiği gibi, Adli Tıp Uzmanları Derneği'nin koordinatörlüğünde, "Tıp Hukuku Günleri"nin ilki "Av. Dr. Hasan Çankaya anısına" 8 Ocak 2011 tarihinde İstanbul Tabip Odası'nda yapılmıştı. 2. Tıp Hukuku Günleri ise, "Adli Jinekoloji ve Obstetrik" temasıyla 6 Nisan 2006'da yitirdiğimiz değerli hocamız Prof. Dr. Zeki Soysal anısına, tamamen iyi bir rastlantıyla 6 ve 7 Nisan 2012 tarihinde İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Oditoryumu'nda gerçekleştirildi.

Prof. Dr. Zeki Soysal'ın kişiliğinde, bir bilim insanında olması gereken hasletler daha iyi anlaşılabilir. Prof. Dr. Zeki Soysal adli tıp/bilimler camiasına çok değerli eserler bırakmıştır. O yalnızca iyi bir adli tıp akademisyeni ve uygulayıcısı, adli obstetrik ve jinekolojinin önemli ismi olarak değil, aynı zamanda bir bilim insanının akademik sorumlulukları ve insan ilişkileri bakımından da örnek biri olarak anılacaktır. Birçok genç meslektaşını bilimsel olarak teşvik etmiş, eğitimine ve akademik gelişimine karşılıksız destekte bulunmuştur.

2. Tıp Hukuku Günleri Adli Tıp Uzmanları Derneği (ATUD) ile birlikte; İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul Tabip Odası, İstanbul Barosu, Hasta ve Hasta Yakını Hakları Derneği, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Ebeler Derneği, Türk Hemşireler Derneği ve Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireleri Derneği'nin katılımlarıyla gerçekleştirildi. Toplam 5 oturumda 28 değerli konuşmacı ve oturum başkanının görev yaptığı toplantılarda 226'sı kayıtlı olmak üzere toplam 250'yi aşkın katılımcı yer aldı. Birçok meslektaşımız ise değişik nedenlerle bu toplantıya katılamadıkları için üzüntülerini bildirmişlerdir.

Prof. Dr. Zeki Soysal'ın anısına düzenlediğimiz bu toplantı yalnızca "ahde vefa" duygusu ile yapılmadı. Elbette "ahde vefa" insani bir duygudur, ama aynı zamanda bu tarz toplantıların yapılması bizim mesleki, akademik ve etik bir sorumluluğumuzdur. Bilim dünyasında, ahde vefasızlık veya yasakçılık yol değildir. Bir bilim alanı veya kurumu, ancak bilimin ışığında özgür düşünebilen ve karar verebilen insanların varlığıyla yükselebilir.

Katılan tüm kurum ve kişilere teşekkür ediyoruz. "Söz uçar, yazı kalır" özdeyişinden yola çıkarak, bu toplantıyı kitaplaştırma sorumluluğu da bize düştü. Tüm emeği geçenlere saygılarımızla. Her yıl adli tıp ve adli bilimler alanında bir değerimizin anısına düzenlenecek Tıp Hukuku Günleri'nde buluşmak ümidi ile...

**TEŞEKKÜR:** Bu toplantı kitabının yayımlanmasındaki katkıları için Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Yönetim Kuruluna, İstanbul Tabip Odası Yönetim Kuruluna, Sn. Alaattin Timur'a teşekkür ediyoruz.

*Editörler*

## PROF. DR. ZEKİ SOYSAL (1951-2006)



### SEVGİLİ DR. ZEKİ SOYSAL'I DÜŞÜNÜRKEN

**Dr. Kriton DİNÇMEN**

*Adli Tıp Bülteni, Cilt 11, Sayı 3, 2006, s.125.*

... zaman öylesine geçiyor, ki... daha dün gibi, hepimiz Adli Tıp Kurumu'nun girişindeki meydanlıkta toplanmıştık... karşımızda O'nun tabutu... gözlerimiz dolu, gönlümüz ağır, ruhumuz yıkık o çalışkan, duru, tertemiz, nazik, içtenlikli, vefakar, bilgili... o hep insanca gülümseyen güzel insanı yeni yeni çıktığı uzun yolculuğuna uğurluyorduk.

Prof. Dr. Zeki Soysal çok iyi bir hekimdi. Ne yazık ki, şimdilerde ortaya çıktığına tanık olduğumuz eğitimini hiç görmediği konularda dahi, yüzeysel bilgilerle, ağır sorumlulukları gerektiren pozisyonları alacak kadar 'cesur' olanların zıddına, gerçek bir bilim adamı, gerçek bir akademisyendi. Adli Tıp akademisyeni olmasının yanında, ikinci bir ihtisas olarak Kadın-Doğum ihtisasını bitirdiğinde, jinekolog hocalarının kendisi hakkında yapmış oldukları methiyeler hepimizin kulağındadır... Ve, doğaldır ki, hepimizin hekim vicdanı bizlerin genç meslektaşımıza duymakta olduğu sevgi ile amalgamlaşmış saygıyı da arttırmıştır.

Hatırlıyorum... Adli Tıp Kurumu'nda IV. İhtisas Kurulu'nun sorumluluğunu taşıdığım yıllarda, genelde, geç çıkıyordum. Odamın penceresi çok defa akşam 9.00, 9.30 hatta 10.00'a kadar yanardı... Kurumda o saatlere kadar penceresi yanan ikinci bir oda sevgili Zekiciğimin odası idi. Ya o, ya da ben birbirimizin 'geç çıkma' rekorunu kınardık... Benim işim onunkinden biraz fazla sürdüğünde Zeki kapımı çalar, başını uzatır ve 'ağabey, bu gün rekor sende... bana eyvallah diye takılırdı... gülümserdi... o insan gülümsemesi ile... o içtenlikli, alçak gönüllü... o 'kendinden

emin' bir bilim adamının bir hekimin gülümsemesi ile...

İkimiz arasında -pek çok kimsenin fark etmemiş olduğu- bir gerçek ağabey-kardeş... daha doğrusu bir amca-yeğen ilişkisi vardı...

Ve şimdi düşünüyorum... kahroluyorum... ben 1-2 ay sonra 83 yaşımı bitirip 84'e girmiş olacağım... Zeki ise, benden en az 30 yaş küçüğüm olan o tatlı oğlum ... şimdi mezarda...

Ve ... elimden sadece 'lanetleme' gelir...

O tertemiz, insanlık ile dolu... o bilgili, o 'yarınları parlak' genç Hoca'mızı o kahrolası Moira'lara teslim eden tanrıça Tykhe'ye lanet ediyorum... ister 'bereket boynuzu' elinde olsun, ister insanların yaşamını ayarlayan o gecenin dümenini ellerinde tutsun... isterse yuvarlanan o kürenin üzerinde kanatlarıyla uçsun...

Tykhe'dir onu Hades'e teslim eden... odur Tartaros'un karanlıklarına gönderen, Kerveros'un dişlerini ona gösteren...

Ve de sana! Güçlülerin güçlüsü, tanrıların tanrısı olan sana da lanet okuyorum! Sana Zeus!

Yapılmakta olan bunca haksızlıklara rağmen, bunca adilik ve pisliklere rağmen, bunca 'nefret kusmuqlarıyla bezenmiş bilgi ve kişilik fukaralığı' sonucu gencecik yaşamları söndürme girişimlerine rağmen, hala Olympos'un doruğundaki tahtında utanmadan otaran sana da Zeus, lanetlerin en büyüğü... Ve, sevgili çocuklarım!

Sizlere bir sözüm var!

Ne olursunuz! Zekiciğimin kaybı nedeniyle yakınlarına, arkasında kalanlara 'baş sağlığı' dilemeyin!

Arkasında seveceği güzel bir kızı, kucaklayacağı bir kadını, mesleği öğreteceği talebeleri, mesleği ilerleteceği bilgisi, namusu ve zekası olan capcanlı gencecik bir bilim adamınızın arkasından 'baş sağlığı' dilemek egoist... hatta çok egosantrik bir şey...

Ben 'başsağlığı' dilemiyorum! O güzel adamın kaybı içimi öylesine yakıyor ki, kime 'o gitti... sen sağ ol' diyeyim? Ben, sadece hepimizin acısına tüm benliğimle, tüm varoluşumla katılıyorum... ben kahroluyorum...



## PROF. DR. ZEKİ SOYSAL'A SAYGI İLE...

**Dr. Sermet KOÇ**

*Adli Tıp Bülteni, Cilt 11, Sayı 3, 2006, s.126,127.*

Zeki Hoca'mızın kim olduğunu, neler yapıp; neler bıraktığını anlatmayacağım, gerek te yok, çoğumuz biliyor. Ama bilmeyenler var ise, internette bir tuşla öğrenebilirler.

Seni yitirmemizin üzerinden aylar geçti, yokluğuna alışamadık Zeki Hocam! Her gün anabilim dalının kapısından girince sanki birden yine karşılaşacağımızı ve o içten 'abi' sesinle yine "Günaydın, nasılsın Sermet?" diye sesleneceğini sanıyorum. Sadece ben mi? Bu her gün küçülen çatımızda çalışmaya devam eden diğer arkadaşların da, eminim aynı hisse sık sık kapılmaktalar.

Onun kapısı, tabir caiz ise, gerçek bir "Mevlana kapısı" idi. Bu kapının konduğu hiç eksik olmazdı ve Zeki Abi'miz her defasında herkesi ayakta aynı içtenlikle karşılar, uzun uzun sohbet etmek, sorunlarını paylaşmak isterdi.

Odasında, masalar üzerinde elle yazılmış veya bilgisayar çıktısı rulo rulo kâğıtlardan; onun yeni bir kitap üzerinde çalıştığını anlamak hiç de zor olmazdı ve her çalışmasına birçok kişiyi ortak etmeyi (çoğu kez gerekme de) bir hoca olarak görevi gibi kabul ederdi. Yine arka odasındaki sürekli kaynayan çaydanlığın sesi ve tezgâhta dizili çay ve kahve bardakları, o gün gelecek konuklarını beklerdi.

Şimdi bize. Adli Tıbbın mazisi ile ilgili sıra dışı anılar, öyküler anlatacak pek de kimse kalmadı. Zeki Hoca'nın Adli Tıptaki ilk yılları.. Şemsi Hoca ile bir kaç doktor ve teknisyen ile akşamlara kadar yapılan otopsi; gecelere kadar yapılan dosyalar ve sonrasında kurulan sofralar; daha sonra araya giren Malta günleri, Kadın-Doğum Kliniği'nde geçen asistanlık yılları; sonra tekrar yuvaya dönüş,.. öğrenci, asistan ve mesai arkadaşları ile paylaşılan sayısız anı.

Hastalığının birkaç yıl öncesinde çok sevdiği kızı ve eşi ile birlikte Şile'de yazlık almışlardı da; ama o yine tatilinin çoğunu gece yaralarına kadar, odasında asistanları ile kitap yazarak geçirmeye devam etmişti.

Ömrünün son günlerinde camiamızda yaşanan ayrılıklardan, sorunlardan dolayı da çok üzgündü. Camiamızda fırtına koparılan o puslu günlerde kendisine gelecek ATUD'dan ayrılmasını isteyenleri bir türlü anlamadığını, sık sık hayıflandığını hatırlıyorum. Hele Adli Tıp Kurumu'nun eski kendi mekânından aniden taşınma kararına hiç anlam verememişti ve yaşanan gelişmelerin pek hayra olmadığını ifade etmişti.

Onu yitirdiğimizde, çok yalnız kaldığımızı hissettim, ama herkes adına, tüm camia adına. Anabilim dalımız, ondan sonraki ilk akademik kurul toplantısında, odasına "Prof. Dr. Zeki Soysal Çalışma Odası ve Kitaplığı" adını verme kararını aldı ve bu öneri üniversite yönetiminin 20.06.2006 tarih 27036 sayılı kararı ile kabul edildi. Belki bir gün, kapısını açar, konuklarını kabul ederiz; çay kahve

ikram ederiz, el yazısı çalışmalarından birkaç sayfa sunarız; yani beraber olmanın, birlikte olmanın güzelliğini belki hatırlarız,, diyerdir. Belki de, bir gün “Prof. Dr. Zeki Soysal Adli Obstetrik ve Jinekoloji Günleri” diye başlayacak olan günlerde oda ziyaretleri yaparız, kim bilir? Şu ‘gri’ anımı yazmadan geçemeyeceğim: Zeki Abi’nin, özellikle vasiyetinde de belirttiği gibi “en güzel günlerinde” zevkle yaptığı eğitim otopsislerinin, birçok asistan ve öğrencinin yetişmesinde büyük payı vardır. Kendisi, bu en az üç dört saat süren otopsi seanslarında; hem cerrah, hem de adli tıpcı olmasının verdiği hünerle olsa gerek; bir “otopsi virtüözü” gibi sanatını icra ederdi. Bu nedenle, o acımasız hastalığa tutulduğu ve ümitlerimizi büyük ölçüde yitirdiğimiz günlerde, Kurum Başkanı’nu ziyaret ederek, Otopsi Salonu’na adının verilmesini önermiştim, ... , şimdi ne yazık ki kapısına kilit vurulan bu koca tarihi mekân büyük İstanbul Depremi’nin ölümlerini beklemek üzere terk edildi, ne acı değil mi? Hani, bir yerlerde “kurumsallaşma”, “tarihi miras”, “tarihe saygı”, “duayenlere saygı” gibi kavramlar kalmıştı ya! Şemsi Hoca’nın, Zeki Hoca’nın,... (beni bağışlayın, bu cümlelerin sonunu getiremeyeceğim, burnum sızladı).

Bunun yerine isterseniz, son bir kez vasiyetini okuyalım, olmaz mı? Belki içinden birkaç ders daha çıkarırız:

*Değerli Dostlar,*

*Sizlerle 27 yılı aşkın bir süre birlikte çalıştık. Acı ve tatlı günleri birlikte paylaştık. Adli Tıp biliminin ülkemizde gelişmesi için çalıştık. Meslek hayatımın en güzel günleri eğitim otopsislerini yaptığım günler olmuştur.*

*Adli tıbbı çok sevdiğimi burada belirtmek istiyorum. Bu arada Üniversite Adli Tıp Anabilim Dalları, Adli Tıp Entitüsü ve Adli Tıp Kurumunun birbirlerine sıkıca kenetlenememesi beni her zaman yürekten yaralamıştır. Adli Tıp bir bütündür. Etle tırnağa benzer. Sizlerden en büyük istirhamım sıkıca birbirlerinize kenetlenerek bu bilim dalını ülkemizde geliştirmenizdir.*

*Bildiğiniz gibi 3 yıldır Akut Myeloid Lösemi hastalığından tedavi görüyordum. Yaşayabilmem amacıyla ülkemizin seçkin hematologları Prof. Dr. Deniz Sargın, Prof. Dr. Burhan Ferhanoğlu ve Prof. Dr. Sevgi Beşışık olağanüstü çaba sarf etmişlerdir. Kalpleri insanlık sevgisi ile dolu olan bu üç büyük hocaya ödeyemeyeceğim minnet borcum olduğunu burada belirtmek istiyorum.*

*Yüce tanrı herkese bir ömür biçmiştir. Benim ölümüne üzülmeyin. Beni aramızda geçen o güzel hatıralarla anın.*

*Belki istemeyerek kalbinizi kırmış olabilirim. Böyle bir şey yaptıysam sizlerden af diliyorum. Bana karşı haklarınızı lütfen helal edin.*

*Hepinize ailece mutlu ve sağlıklı günler diliyorum. Kalanlara sevgiler ve saygılar.*

*Prof. Dr. Zeki Soysal*

Ülkemiz Adli Tıbbına aydınlık bir gelecek, sevenlerine uzun ömürler dilerim. Senin adına!

Dr. Sermet Koç

## TOPLANTI PROGRAMI

6 NİSAN 2012 CUMA

**09.00-10.30: AÇILIŞ**

Prof. Dr. Zeki Soysal ile ilgili slayt gösterisi ve anma konuşmaları

**10.30-10.45: Ara**

**10.45-13.00: 1. OTURUM**

**JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİKTE KARŞILAŞILAN TIBBİ UYGULAMA  
HATALARI**

Moderatör: Prof. Dr. Erdem Özkara/ Doç. Dr. İsmail Dölen

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD/ Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları  
Eğitim Hastanesi*

Prof. Dr. Rıza Madazlı

*İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın ve Doğum Hastalıkları AD*

***Adli tıp uygulamaları açısından konuya yaklaşım***

Doç. Dr. Nevin Şahin

*İÜ Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD*

***Hemşire ve ebeler açısından konuya yaklaşım***

Jin. Dr. Işıl Güney Tunalı

*Serbest hekim-Avukat*

***Kadın doğum uzmanları açısından konuya yaklaşım***

Av. Halide Savaş

*İstanbul Barosu Sağlık Hukuku Merkezi*

***Dava örnekleri ile konuya hukuksal yaklaşım***

***Tartışma***

**13.00-14.00: Öğle Arası**

**14.00-16.00: 2. OTURUM**

**JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİKTE ADLİ RAPORLARIN DÜZENLENMESİ  
VE BİLİRKİŞİLİK UYGULAMALARI**

Moderatör: Prof. Dr. Fuat Demirci/ Doç. Dr. Abdi Özaslan  
*İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Kadın ve Doğum Hastalıkları AD/  
İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp AD*

Prof. Dr. Gürsel Çetin

*İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp AD*

***Kadın doğum alanı ile ilgili yasal düzenlemelerin adli-tıbbi yönü***

Doç. Dr. İsmail Dölen

*Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi*

***Kadın doğum alanı ile ilgili adli raporlar ve bilirkişilik***

Prof. Dr. Serhat Gürpınar

*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD*

***Adli Tıp Kurumu uygulamaları açısından konuya yaklaşım***

Prof. Dr. Ahmet Nezh Kök

*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın ve Doğum Hastalıkları AD-*

*Erzincan Üniversitesi Hukuk Fakültesi*

***Hukuki uyumsuzluklarda adli tıbbın rolü***

***Tartışma***

**16.15-18.30: 3. OTURUM**

**GEBELİK, DOĞUM ve LOHUSALIK DÖNEMİNDE KARŞILAŞILAN ADLİ  
TIBBİ SORUNLAR**

Moderatör: Prof. Dr. Atınç Çoltu/ Prof. Dr. İsmail Çepni

*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD/ İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın ve Doğum  
Hastalıkları AD*

Jin. Dr. Işıl Güney Tunalı

*Serbest hekim-Avukat*

***Kadın doğum uzmanlarının gebelik, doğum ve doğum sonrası karşılaştığı sorunlar***

Yard. Doç Dr. Nazan Karahan  
Karabük Üniversitesi SYO-Ebeler Derneği Başkanı

**Hemşirelik ve ebelikte gebelik, doğum ve doğum sonrası karşılaşılan sorunlar**

Doç. Dr. Bora Büken  
İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Adli Tıp AD  
**Anne ve bebek ölümlerine adli tıbbi yaklaşım**

Prof. Dr. Gökhan Oral  
İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp AD  
**Gebelik ve lohusalıkta karşılaşılan adli psikiyatrik sorunlar**

**Tartışma**

**7 NİSAN 2012 CUMARTESİ**

**09.30-11.30: 4. OTURUM**

**ÜREME ve CİNSEL SAĞLIK HAKLARI İLE İLGİLİ ETİK- HUKUKSAL İKİLEMLER**

Moderatör: Prof. Dr. Nezihe Beji / Prof. Dr. Sermet Koç  
İÜ Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD/  
İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp AD

Öğrt. Gör. Dr. Gürkan Sert  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD- HAYAD  
**Üreme sağlığı ve cinsel sağlık hakları ile ilgili etik- hukuksal ikilemler**

Doç. Dr. Ergül Aslan  
İÜ Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD  
**Üreme sağlığı ve cinsel şiddet olgularında hemşirelik**

Jin. Dr. Yeşim İşlegen  
Serbest hekim-İstanbul Tabip Odası Kadın Komisyonu  
**Üreme sağlığı: hekim sorumluluğu ve etik değerler**

Av. Oya Meriç Eyüboğlu  
İstanbul Tabip Odası Hukuk Bürosu

**Cinsel saldırı, cinsel istismar suçlarında sağlık mensuplarının görevleri ve hukuki durum**

**Tartışma**

**11.30-11.45: Ara**

**11:45-13.45: 5. OTURUM:**

**JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK OLGULARINDA OTOPSİ**

Moderatör: Prof. Dr. Başar Çolak  
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD

Doç. Dr. Selman Demirci  
İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anatomi AD  
**Otopsiler açısından batın ve pelvis anatomisi**

Yrd. Doç. Dr. Gökhan Ersoy  
İÜ Adli Tıp Enstitüsü  
**Gebeleliğe ve cerrahi girişimlere bağlı komplikasyonlarda otopsi**

Yrd. Doç. Dr. Ayper Kaçar  
Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD  
**Plasenta Patolojisi ve Fetal Otopsi: Diseksiyon Teknikleri, Genel Yaklaşım ve Raporlama**

**Tartışma**

**13:45-14.00: KAPANIŞ KONUŞMALARI**

# PROF. DR. ZEKİ SOYSAL İÇİN ANMA KONUŞMALARI

6 NİSAN 2012

Sunucu: Yrd. Doç. Dr. Taner Güven



**Fotoğraf:** Anma töreninde Prof. Dr. Sermet Koç'un barkovizyon sunumu.

## Prof. Dr. Sermet Koç'un barkovizyon sunumundan\*

Zeki Soysal hocamızla ilgili olarak, söylenecek o kadar çok şey var ki... Aslında duygularım çok yoğun, kısaca barkovizyon gösterisi ile devam etmek istiyorum.

Bu çok özel fotoğrafları bu sunum için bize veren eşi Mefruze Soysal'a çok teşekkür ediyoruz. Kendileri ve kızları sevgili Esin bugün aramızda.

- Zeki Soysal Malatya'nın Arapgir ilçesinde, 1951'de doğdu. Babası Orhan bey, annesi Leman hanımdır. Annesi Leman hanımın kucagında; belki de bu ilk fotoğrafıdır (Kitap sonunda Ek'te: **Resim1, 2**).

- İlköğrenimini İstanbul Hırka-i Şerif İlkokulu'nda, ortaöğrenimini İstanbul Pertevniyal Lisesi'nde tamamlar. 1969-1977 yıllarında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde okuyarak mezun olur. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi son sınıf öğrencisi iken, arkadaşları ile birlikte (**Resim 3**). Zeki hocamızı, eski öğrencilik döneminden pek çok arkadaşı gelip ziyaret ederdi. Odasında eski arkadaşları ve dostları eksik olmazdı. Ben onu bu ziyaretlerde hep herkese sevecen, sıcak, arkadaş canlısı olarak gördüm.

- Bir başka fotoğrafta Zeki hocamızın transkripti gözüküyor. Cerrahpaşa öğrencisi olarak başarılı bir öğrenci olduğunu görüyoruz. Çünkü Cerrahpaşada öğrencilik zordu o dönemde... Bu notları almak gerçekten çok zordu.

- Adli Tıp Kürsüsü'nün Başkanı Prof. Dr. Şemsi Gök imzası ile, Dr. Zeki Soysal'ı asistan olarak atanmasına karar verildiğini Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı'na bildiren 15.12.1977 tarihli yazısı; yazılar siliktir, çünkü bu dönem daktilo dönemidir. Sarı teksir kâğıdı dönemidir (**Resim 4**). 1978-80 yılları arasında Adli Tıp Kürsüsü'nde asistanlık yapar, "*Elektrik akımlarının vücutta meydana getirdiği lezyonların adli tıp açısından değerlendirilmesi*" tezini tamamlayıp adli tıp uzmanı olur (**Resim 5**). Daha sonra bu çalışma bir kitap olarak yayınlanıyor. Halen elektrik çarpmasıyla ilgili bu çalışma bir referans kitap olma özelliğini sürdürmektedir.

- Hemen sonrasında askerlik dönemi vardır. Ankara'daki eğitim döneminden sonra askerliğini İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde tabip asteğmen olarak tamamlar (**Resim 6**).

-Askerlikten hemen sonraki dönemde Ağustos 1981-Ocak 1982 yılları arasında Malta Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na bağlı "*St. Luke's Hospital*" hastanesi patoloji bölümünde adli tıp ve otopsi ile ilgili çalışmalarda bulunuyor (**Resim 7**). Malta dönemi ile ilgili anılarını arkadaş çevrelerine, dostlarına zaman zaman anlatırdı. Orada İngilizcesini de çok geliştirmiş olup, daha sonra da dil ile ilgili çabalarını yoğun bir şekilde sürdürmüştür.

- Yurda döndükten sonraki dönemde 15 Ocak 1982'den itibaren Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'nde adli tıp uzmanı olarak çalışmaya başlar. Bu dönemde Şemsi hoca Adli Tıp Anabilim Dalı'nda görev yapmasını önerir. Adli Tıp Anabilim Dalı'ndaki bir yıl süren uzmanlıktan sonra yardımcı doçent olur. Yardımcı doçent kadrosunun jüri raporunda, üç değerli hocamızın; Şemsi Gök ile birlikte, Beyhan Ege ve Özdemir Kulusayın'ın isimlerini vardır.

Bu dönemlere ait çalışma arkadaşları ve ailesi ile pek çok anısı, artık siyah beyaz fotoğraflarda saklı kalmıştır, siyah beyaz mutluluk görüntüleridir bunlar (**Resim 8-14**).

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Anabilim Kürsü'nün kuruluşunda yer alan hocamız Prof. Dr. Hikmet Yalgın'ın ölümünün 1. anma yıldönümünde 6 Nisan 1978 günü yapılan toplantıda (yine ne ilginçtir ki, Zeki Soysal'ın ölümü de bir "6 Nisan" tarihine rastlamaktadır!), As. Dr. Zeki Soysal'ı arkadaşları ve fakültenin hocaları ile birlikte görüyoruz (Resim 9). Bunları, fotoğrafın arkasındaki kendi el yazılarından öğreniyoruz. Aynı gün Uz.Dr. Mehmet Güney, Prof Dr. Özdemir Kulusayın ile çok genç yaşta kaybettiğimiz değerli hocamız Yrd. Doç. Dr. Erol Özkartal ile birlikte; Zeki hocamız gencecik ve pırıl pırıl orada görülüyor (Resim 10).

Adli Tıp Kurumu'nda çalışma arkadaşları Hıdır Kelebek, Turan Dalkabak, Şeyma Doğrul, Seher Coşkun, Ayşe Gülcan ve Figen Bayburt ile birlikte (Resim 12).



Otopsi öncesi hazırlık yapılmıştır. Otopsi kıyafetleri o zaman böyle disposibl değil, o zamanın önlükleri bez kumaşlardan yapılır, yıkanıp yıkanıp tekrar giyilirdi (Resim 14).

Daha sonraki dönemde Zeki hocamızın daha önce de çok istekli olduğu kadın doğum uzmanlığı yapma hevesi git gide artar, bunu Şemsi hocaya çekinerek söyler ve Şemsi hoca önce karşı çıkar, ama sonra kırmak istemez ve adli tıp anabilim dalına dönme sözü ile izin veriyor. Zeki hoca, 22 Mart 1985'den itibaren Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda çalışmaya başlar 1985-89 yıllarında buradaki uzmanlık dönemi ile ilgili yoğun anıları vardır. Kadın Doğum Anabilim Dalı ile Adli Tıp Anabilim Dalı arasında ve böylece bu iki bilim dalı arasında sağlam bir köprü kurulmuştur. Zeki hocanın kurduğu bu iletişim ve dostluk hattı hayatının sonuna kadar sürekli çalışır. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi "Bilateral ogarektominin lipid ve lipoprotrin metabolizmasına etkileri" başlıklı tezi ile tamamlayarak ikinci uzmanlığını da alır (**Resim 15**). Bu iki uzmanlık bizim alanımızda özel bir anlam ifade ediyor. Bugünün de adı olan "Adli Jinekoloji ve Obstetrik" böylece Türkiye'de tam da duayen ismini buluyor.

Adana'da yapılan bir adli tıp toplantısında adli tıbbın önemli isimleri ile birlikte, ortada Prof. Dr. Talia Balia Aykan hocamız da var (**Resim 16**).

1989'da adli tıp doçenti oluyor (**Resim 17**).

Doçentlik dönemine ait anılardan kalan birkaç renkli fotoğraf (**Resim 18-20**)...

Bunlar arsında çok özel bir fotoğraf; kızı Esin, Muazzez hanım ve Emre hocanın bir arada bulunduğu bu fotoğraf çok değerli bir anıdır (**Resim 19**).

Bu süre 1995 yılında tamamlanmasıyla birlikte profesör kadrosuna atanıyor. Ayrıca Zeki hocamız sadece bu iki birimle ilişkisi yok, daha önce uzman olarak çalıştığı Adli Tıp Kurumu'na 1993 yılında ikinci görevli olarak 2. İhtisas Kurulu'nda üye olarak görev başlıyor, hemen sonra başkan olarak görevlendirildiği bu kuruldaki görevini 2005 yılına kadar sürüyor. Yine aynı dönemde, 1995-2005 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurul üyeliği görevini sürdürür. Ayrıca, Adli Tıp Enstitüsü'nde doktora ve yüksek lisans öğrencilerine "Adli Jinekoloji ve Obstetrik" ve "Adli Otopsi" derslerini verir. Kısa bir dönem Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde adli tıp derslerini verir.

Profesörlük dönemine ait anılardan kalan renkli fotoğraflar (**Resim 22-27**).

Anabilim Dalı'ndan bir anı; Öğrenci Otopsi Eğitim Salonu'na Prof Dr.Şemsi Gök adını verdiğimiz gün (1 Mayıs 2003) çekilmiş fotoğraftır, Şemsi hoca, Zeki hoca ve Emre hoca bir aradalar ve onları rahmetle anıyorum. Bu geçen kısa sürede ne çok büyük kayıplar verdik! (**Resim 22**)

Zeki hocamız ve odasında kitap olmayı sırada bekleyen elle tutulmuş notlar, rulo halinde kâğıtlar; maalesef tamamlayamadığı tıbbi çeviri sözlüğü çalışması yarım

kalmıştır, çok çaba gösterip tamamlayamamıştır (**Resim 24**).

Hocamız hiç beklenmedik bir anda, 2003 yılında Akut Miyeloid Lösemi tanısı ile tedavi gördü, ilik nakli yapıldı, ancak ne yazık ki iyileşemedi. 6 Nisan 2006 günü hocamızı kaybettik. Bugünkü anma etkinliğinin ölüm yıldönümüne denk gelmesi aslında çok ilginç bir tesadüftür.

Eserleri:

Prof. Dr. Zeki Soysal, editörlüğü ve yazarlığını yaptığı Adli Tıp (3 cilt), Adli Otopsi (3 cilt), Adli Obstetrik ve Jinekoloji (3 cilt) kitapları olmak üzere 100'ün üzerinde bilimsel eseri ile halen bize ışık tutmaktadır (**Resim 28-30**). Eserlerine göz attığımızda, biraz önce saydığım eserleri dışında, özellikle tezinin devamı olan elektrik yaraları ile ilgili kitabı ve diğer yazarlarla birlikte hazırladığı kitapları dikkat çekmektedir. Adli Tıp ve Adli Otopsi kitapları halen (Rıza Gerçek'in belirttiği üzere) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kitap Satış Bürosu'nun en çok aranan, istenilen kitabıdır. Yine Adli Jinekoloji ve Obstetrik kitabı 3 cilt olarak Adli Tıp Kurumları yayınları içinden çıktı. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve diğer branşlardan ilgili hekimlerin başvurabileceği temel bir kaynak niteliğindedir. Zeki hocamızın çalışmalarında dur durak olmamıştır. Sabah en erken gelenlerdendi. Adli Tıp Kurumu ve Adli Tıp Anabilim Dalı'nda odasının ışığı en son söneni.

Ve son olarak; Prof. Dr. Zeki Soysal'ın bizlere "Değerli Dostlar, sizlerle 27 yılı aşkın bir süre birlikte çalıştık. .." diye başlayan, "kalanlara sevgiler ve saygılar" diye biten vasiyeti (yukarıda tam metni mevcut).

O'na çok teşekkür ediyoruz, saygılarımızı sunuyoruz...

*\* Resimler, ekte "Fotoğraflarla Prof. Dr. Zeki Soysal" bölümünde yer almakta olup, bu ve diğer resimlerin yer aldığı barkovizyon sunumunun pdf formatındaki örneğine [atud.org.tr](http://atud.org.tr) adresinden ulaşabilirsiniz.*



Prof. Dr. Zeki Soysal,  
Doç. Dr. Halis Dokgöz'ün  
kaleminden.

## ANMA KONUŞMALARI

### **Prof.Dr. Macit Arvas**

*Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Zeki hocamızın değerli ailesi, değerli hocalarım ve meslektaşlarım hepimizi saygıyla selamlıyorum. Zeki hoca gerçekten eşine az rastlanır bir insandı. Sadece bilimsel özelliği değil, gerçekten insani yönü çok güçlü ve korkunç derecede takipçi bir insandı. Sermet hocanın değindiği gibi, kelimeleri tek tek yazıp bir torbaya atıp bunları değerlendirmeye çalıştığını ben biliyorum.

Ben kendisini kadın doğum kliniğinde tanıdım; benim kıdemsizimdi. İnsana dokunmaktan incinir, kan görmeye tahammülü olmayan biriydi. Kendisine “hocam, sen kan görmeye bile dayanamıyorsun, kadın doğum işi zor bir iş istersen başka bölüme geç” dedim. O’da kadın doğum ihtisasını acayip sevdiğini söylemişti.

Sizlere bir anımı anlatmak istiyorum. Ben, kendisi bizde asistanlığa başladığı sırada, jinekolojik kanserlerle ilgili bir atılım yapmak istiyordum. Fakat, insanla ilgili kadavrada bir şey yapma şansımız yok. Ben de o zaman Zeki hocaya rica ettim. Dedim ki, “bu yaptığımız olgulara ben de gireyim, barsak ve diğer organlarla ilgili çalışmaları taze ölüde, fresh dokuda yapabilir miyiz?” dedim. Etik değil tabi, şu anda bunları yapabilmemiz olası değil. Zeki hoca “ölür” dedi ve yaklaşık 40’a yakın otopside bilgileri benimle paylaştı ve jinekolojik kanserlerle ilgili ilk gelişmeleri böyle sağladık.

Zeki hoca otopsi açısından çok yetenekli ve dünyada bence ender insanlardan biriydi. Kendisinin hatırası önünde saygıyla eğiliyorum.

### **Prof.Dr. İsmail Çepni**

*Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Değerli katılımcılar, Zeki abimizin ailesine ve herkese günaydın. Bu organizasyonu yapanlara teşekkür ediyorum. “Ahde vefa” çerçevesinde bizi bir araya getiren bu toplantılar da Zeki abimizi anmaları önemliydi.

Zeki abimizi ben 1987’de tanıdım, asistandım ve o kıdemlimdi. O kadar geniş bilgisi olmasına rağmen her şeyi bizimle paylaşırdı. Ben bugün anlıyorum ki, adli tıp açısından her olaya baktığında, olayları çok titizlikle değerlendirirdi. Biz onun kıdemsizi olmamıza rağmen, poliklinikte bizim adeta ayaklı danışma merkezimizdi. Elinde kara bir not defteri vardı ve her hastalığa dair bir reçetesi vardı içinde... Biz derdik “Zeki abi buna ne yazalım”? Mutlaka söyleyecek bir notu vardı. Hastalara yaklaşımında çok hassas ve nazik biriydi. Örneğin, bir Japon bir kadının doğumunu yaptırıyordu; “sorry yavrum” diyecek kadar ince bir insandı. Tıp sözlüğünü bitiremedi. Hep elinde onunla gezerdi; küçük küçük kâğıtlarla dolaşır. İyi bir insandı, ne mutlu onun böyle anılmasına... Herkese teşekkürler.



Dr. Zeki Soysal Kadın Doğum asistanlığı yıllarında (Lütfü Küçük'ün kaleminden).

### **Prof. Dr. Rıza Madazlı**

*Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Toplantıyı organize edenlere, özellikle Sermet hocaya çok teşekkür ediyorum. Çünkü Zeki abi gibi insanlar bizim için çok değerli ve belki sürekli anlatmamız gereken insanlar diye düşünüyorum. Zeki abi, gerçek bir öğretim üyesiydi. Kendimi şanslı hissediyorum ki, onunla ortak zaman geçirebildim. Çünkü, iyi insanlarla vakit geçirmek insana huzur veriyor. Sermet hocanın da başta dediği gibi, bende onun her an bu salona girebileceğini düşünüyorum. Önünde saygı ile eğiliyorum, saygılarımı sunuyorum.

### **Prof. Dr. Atınç Çoltu**

*Adli Tıp Uzmanları Derneği (ATUD)*

Öncelikle bana söz hakkı verildiği için teşekkür ediyorum. Sevgi Zeki Soysal dostlarını buradan selamlıyorum.

Ben Zeki'yi tıp fakültesine kaydını yaptırdığımda tanıdım. Bir arkadaşımın karşı komşusuydu. Bizi arkadaşım tanıştırdı. O günden beri dostluğumuz hep sürdü. Sonra ben ihtisas yaptım ve Zeki'yle görüşmelerim devam etti. Sonra 8 yıl yurt dışı maceram oldu; oradan geldiğimde Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesine başladıktan sonra sık sık İstanbul'a geldiğimde hem Cerrahpaşa Adli Tıp Anabilim Dalını hem de kurumu ziyaret ederdim. Genel Kurullara girmeye gayret gösterirdim ve çoğunlukla Zeki'yle karşılaşırdım ve her karşılaştığımda, kucagında taşıyamayacağım kadar notlarla 2 dakikalık boşluğu değerlendirirdi.

Ne yapıyorsun? diye sorduğumda, yeni kitap projeleri olduğunu söylerdi. Sonra bir gün doçentlik sınavına başvurduğumda, sınav günü öğrendim ki, Zeki, Serpil ve ben birlikte sınava girmiş olduk.

Başında söylediğim gibi, her İstanbul'a geldiğimde Zeki'nin odasına uğrar ve bir büyük bardak çay içmeden ayrılmazdım.

Ben Zeki'nin yakınlarına başsağlığı diliyorum. Bu toplantıyı organize edenlere ve bu toplantıların devam etmesini, arkasının kesilmemesini diliyorum. Herkese saygılar sunuyorum.

### **Prof. Dr. Ümit Biçer**

*Adli Tıp Uzmanları Derneği Başkanı*

Saygıdeğer ailesi, değerli dostlarımız, adli tıp uzmanları ile beraber burada bulunan değerli hukukçular, ebeler, hemşireler, kadın doğum uzmanları, bu toplantıyı yürütme konusunda, Zeki hocamızı anma konusunda gösterdikleri çaba nedeniyle toplantının organizasyonuna katkısı olan herkese öncelikli olarak teşekkür ediyorum.

ATUD geçen yıl ilk kez "Tıp Hukuku Günleri" düzenlemeye başladığında, hem kendi alanına duyduğu vefalı, hem de bu alanda gerçekten eğitim, çalışma, dostluk ve kişilik olarak katkı sunan değerli hocalarına gösterdiği saygının bir ifadesi olarak başlamıştı. Bu konuda, İstanbul Tabip Odası, İstanbul Barosu, HAYAD ilk toplantımızda bizimle birlikteydiler. Bugün de ikincisini yapmış olduğumuz toplantıda, Zeki Soysal'ın adıyla hareket ederken, onun bizimle yorulmayan, sürekli olarak, otopsilerdeki çabalarından başlayarak neredeyse adli tıpçılarının tamamının hem uygulama anlamında, hem yazı yazma bilimsel makalelerle uğraşma çabasında vermiş olduğu katkıyı anarak başlamak istiyorum.

Bu süreç bizler açısından gerçekten çok kıymetli. Adli tıp alanında bugün çeşitli üniversitelerde yer alan öğretim üyelerimizi düşündüğümüz zaman neredeyse genç bir kuşağın tamamının Zeki Soysal'la birlikte otopsi pratiklerinde bu işi çok iyi öğrendiğini ve onunla birlikte ilk yazılarını yazdığını hepimiz gayet yakından hatırlamaktadır. Ben Zeki Soysal'a yakından baktığım zaman birtakım yerlerde kesiştiğimi gördüm. Pertevniyal mezunuydu Zeki Abi, ben de yıllar sonra Pertevniyal'i bitirmiştım. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde aynı sıraları belki kullandık. Ardından adli tıp sürecinde birlikte olduk ve adli tıp ile ilgili onun göstermiş olduğu çabayı bugün bizde onun bıraktığı yerden sürdürmek ve adli tıba kattığı değerlerle birlikte yürütmek gibi bir hedefimiz var.

Bu toplantının oluşumunda destek veren ve baştan sona üstlenen kimi hocalarımıza teşekkür etmek istiyorum. Burada TJOD'un katkısı elbette çok önemlidir. Toplantıların oluşumunda adli bilimlere gönül vermiş kişilerle bir arada olmamıza olanak tanıdılar.

Bu toplantılarda İstanbul Tabip Odası'na, özellikle ATUD yönetim kurulu üyesi Dr.Lale Tırıl'a ve Düzenleme Kurulu Başkanı Prof. Dr. Sermet KOÇ'a teşekkür etmek istiyorum. Bu toplantıda gösterdikleri katkılar için hem uzmanlık derneklerine, hem de görünmez arka planını sağlayan diğer kuruluşlara ve Arapgir Derneği'ne de teşekkür etmek istiyorum. Çünkü onlarda kendi hemşehrileri olan Zeki Soysal ile ilgili çok değerli bir katkı sağladılar.

Ben tekrar saygıdeğer ailesi ve değerli katılımcılar nezdinde Zeki hocamızı saygıyla anıyor ve o'nun bize öğütlediği gibi, adli tıp alanında çalışmamızı sürdüreceğimizi belirterek sözlerimi tamamliyorum.

### **Turgay Akşahin**

*Arapgir Kültür Derneği Başkanı*

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nin saygıdeğer mensupları, sivil toplum örgütlerinin ve bilim dünyasının çok değerli insanları, hanımefendiler, beyefendiler sizleri saygıyla selamlıyorum. Değerli bilim adamımız, tıp dünyasının emektarı, saygıdeğer hemşerim Prof. Dr. Zeki Soysal hocamın bu önemli anma gününde, bizim burada olmamızı sağlayan Prof. Dr. Sermet Koç hocamıza şahsım ve derneğim adına teşekkürlerimi sunuyorum.

Değerli konuklar, sizler bilim dünyasının çok değerli temsilcileri olarak, içinizden biri olan hocamız Zeki Soysal'ı burada anarken, kederli ailesi ve kızına başsağlığı dileklerini sunuyorum. Zeki hocamız, Arapgir Kaşkaloğlu ailesi mensubudur. Kendisi bilim dünyasına hizmet ederken, müstesna ailesinin de Arapgir'e çok değerli hizmetleri vardır.

Bizim Arapgir Kültür Derneği 1954'de Çorlulu Ali Paşa Medresesi'nde eğitime yönelik olarak kurulmuş ve o günden bugüne eğitimde önemli hizmetler vermiştir. Öğrenciler, bilim adamları, akademisyenler, işadamları vb yetişmesinde katkıları olmuştur. Biz de burada, Sermet hocamla da paylaştım, Zeki hocamızın anısına katkı sunmak için 3 öğrencimizi eğitimleri bitene kadar burs vermek istiyoruz. Bu takdiri ATUD'a bırakıyorum. Bu duygular içinde, katılan herkese ve bizimle birlikte olan herkese ve düzenleyici komiteye teşekkürlerimi sunuyorum.

### **PLAKET TÖRENİ**

Anma toplantıları sonunda, Zeki Soysal hocamızın eşi Mefruze Soysal ve kızı Esin Soysal'a, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı adına Prof. Dr.Sermet Koç ve Adli Tıp Uzmanları Derneği adına Başkan Prof. Dr. Ümit Biçer plaket takdim ettiler.



**Fotoğraf:** Toplantı sonunda Mefruze Soysal katılımcılarla birlikte.



**Fotoğraf:**  
Prof. Dr. Zeki Soysal, editörlüğü ve yazarlığını yaptığı Adli Tıp (3 cilt), Adli Otopsi (3 cilt), Adli Obstetrik ve Jinekoloji (3 cilt) kitapları olmak üzere 100'ün üzerinde bilimsel eseri ile halen bize ışık tutmaktadır.



## BİLİMSEL PROGRAM

### 1. OTURUM: JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİKTE KARŞILAŞILAN TIBBİ UYGULAMA HATALARI

**Moderatörler:** Prof. Dr. Erdem Özkara/ Doç. Dr. İsmail Dölen  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD  
Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi

#### 1.

#### ADLİ TIP UYGULAMALARI AÇISINDAN TIBBİ UYGULAMA HATALARINA YAKLAŞIM

**Prof. Dr. Rıza Madazlı**

İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın ve Doğum Hastalıkları AD

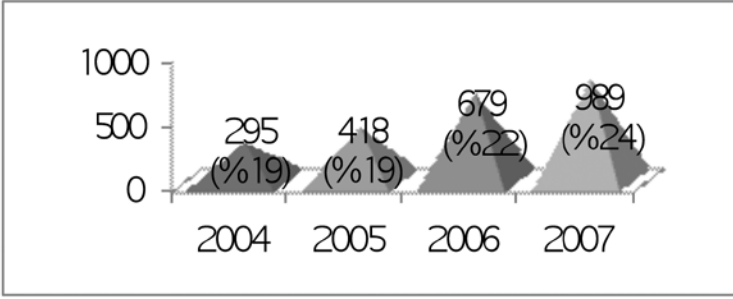
*“Bugünün anlamı açısından bakarsak Zeki abimiz bizim için çok değerli bir kişidir. Bizlere 3 ciltlik adli jinekoloji ve obstetrik adıyla, kitap armağan etmiştir. Bu konuda bildiğim kadarıyla, Türkiye’de henüz böyle bir kitap yoktur. Yaşamının son anında bile yeni kitap yazma projeleri olan biriydi. “*

Tıbbi uygulama hatası dediğimiz kavram nedir? diye bakacak olursak;

- 1) Tıbbi işlem ve uygulama, bakım standartlarından sapma gösteriyor mu?
- 2) Bu sapma bir hata niteliği taşıyor mu?
- 3) Bu olay hastada bir zarar oluşturdu mu?
- 4) Bakım standartlarındaki sapma ile zarar arasında bir ilişki var mı?

Burada önemli olan nokta, bakım standartlarından sapma gösteriyor mu? Hekimlerin mucizevi işler yapmasını beklemiyoruz. Sonuçta bir zarar oluşması söz konusu. Bu zararlar bunu uygulayan kişiler arasında bir ilişkinin oluşması gerekiyor. Adli tıpçıların tabiriyle, illiyet bağı varmı yok mu diye araştırılması gerekiyor. İlliyet bağı varsa bu bir hata mıdır, komplikasyon mudur? Bunun da gösterilmesi gerekiyor. Bugün malpraktis dediğimiz tıbbi uygulama hataları, dünyada çılgınlık boyutlarına ulaşmış demektir. Amerika öncülüğünü yapıyor, biz de kötü bir taklitçisi pozisyonundayız aslında. Tabii ki bu sonuçlara karşı hak arama durumu var. Bu duyguların içinde bir ekonomik kazanç durumu var ve bu sektöre dönüşmüş durumdadır. Bu konuda en sık dava, kadın doğum uzmanları ve ebelere karşı açılıyor. Amerikada açılan davaların %50’si kadın doğumculara, bizde de %30’u yine biz kadın doğumculara karşı açılmış durumdadır.





**Grafik:** Tıbbi uygulama hatası dosyalarının kadın doğum uzmanları ile ilişkisi

Tıbbi uygulama hatası ile ilgili gönderilen dosyaların; 2004'de 295 dosya(%19), 2005'de 418 dosya (%19), 2006'da 679 dosya ve 2007'de de 989 dosyaya ve %24'e ulaştığı görülmektedir.

Amerika'da kadın doğumla ilgilenenlerin %80'inin bir davası var. %25'inin 4 davası var. Bir iş yapıyorsunuz sürekli mahkemelerdesiniz ve kendizi savunmak zorundasınız. Bu davalar o ülkede işin içinde sigorta şirketlerinin de olduğu, milyon dolarlar ile ifade edilerek yürütülüyor. Çocuk doğdu bir sekeli var ve bütün hayatı size fatura ediliyor. Ne yazık ki Türkiye'de de o hale gelmeye başladı. Yargıtayın verdiği kararlar var, hekimlere ve ebelere dayatılan maliyetler var ve bunlar milyon liralara ile ifade ediliyor. Aslında bu davalarda, hekimler ve ebeler %70-80 kusursuz bulunuyor ama, her şeyi doğru yapsa da dava açılmaya devam ediliyor.

Table 2 Claims experience	
Experience a claim	76.3%
Experienced two claims	57.1%
Experienced three claims	41.5%
Experienced four or more claims	28.6%

Source: [3] Socioeconomic Survey of Fellows. The American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington, DC.

### Dava süreci nasıl işliyor?

Bu süreç çok sıkıntılı bir süreçtir. Hekimler ve ebeler içinde ve aileler içinde sıkıntılı geçiyor.

Haklıda olsanız sıkıntılı bir süreçtir. Mahkemeye düşüyorsunuz ve biz doktorlar mahkemeye alışık değilizdir. Hekimde stres oluşturuyor, yaptığınız işe karşı hevesinizi kırıyor. Aile içi ilişkilerinizi bozuyor. Uzmanlık dernekleri, hekimler bu stresle nasıl baş etsin diye yöntemler geliştiriliyor.

Aile ve çocuk açısından bakarsak eğer, aile sağlıklı çocuk sahibi olmak istiyor haklı olarak ve ortaya çıkan tablo onları da mağdur ettiği için arayış içinde oluyorlar.

### Dava sürecinin hukuki organizasyonu nasıl olmalıdır?

Herhangi biri Cumhuriyet Savcılığına bir dilekçe verince dava ve hukuksal süreç başlıyor. Bu iş bu kadar kolay mı olmalı? Hukukçularla, üniversitelerle ve hekimlerle tartışıyoruz ve ben bu kadar kolay olmamalı bu durum diye düşünüyorum. Kamu işi yapan hekimlerin bir şekilde korunması gerektiğini düşünüyorum. Bu durum kıta Avrupasında bu kadar kolay değil. İngiltere’de Danimarka’da örneğin, böyle gidip dava açmak falan söz konusu değildir.

Decrease high risk ob	22.0%
Stop practicing ob	14.0%
Decrease delivery number	9.2%
Stop offering/Doing VBAC	1.1%
Decrease number of gyn	12.3%
Stop major gyn surgery	5.6%

Source: [3] Socioeconomic Survey of Fellows. The American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington, DC.

### Defansif hekimlik gelişiyor...

Sistem hem hekimini hem de kendini korumalıdır. Kendisini niye korumalıdır? Kadın doğum mesleği az tercih ediliyor. Meslekte sürekli iş yapıyorsun başın derde giriyor. Sonuçta bugün defansif tıp gelişiyor. Defansif tıp demek maliyeti artıran tıp demektir. Hekimler gebe ile karşı karşıya kaldığında, ben hastaya nasıl yardım edebilirim diye değilde, başım belaya girmesin diye düşünüyor. Bu sistemin kurgusu sağlık hizmetlerinin maliyetini artırıyor. Sigorta şirketleri devreye giriyor ve maliyetleri artırıyor. Vahşi kapitalizmin kuralları ile baş etmek durumunda kalıyoruz. Sistem açısından maliyetleri artıran bu modelin yeniden sorgulanması gerekmektedir.

Neden doğum hekimliği diye sorarsak eğer, şu söylenebilir. Mutlaka her gebelik bir başarı öyküsü ile anılmak durumundadır. Her meslekte olduğu gibi, doğum hekimliğinde de başarısızlıklar, eksiklikler olabiliyor. Hemen dava açmak eğilimi ağır basıyor. Bizim başımıza da gelse belki bizde dava açacağız. Bizim açımızdan bakarsak eğer, verdiğimiz kararların hiçbiri matematiksel kararlar değildir. Özellikle doğum eyleminde hiç değildir. Kısaca özetlersek, gecenin bi vakti kalkıp gidiyorsunuz, travaydaki bir gebelikle ilgili karar veriyoruz ve sonucunu bilmiyoruz. En sonunda bir durum ortaya çıkınca da diyoruz ki, hekim niye böyle karar verdi? Niye şöyle karar vermedi? Bu kadar basit süreçler değil bu durumlar. Kararı veren kişi de sonucun öyle olacağını bilmiyordu veya öyle olmasını

istememdi. Hekim olarak, sonucu bilinen bir iş yapmıyoruz biz. Sürekli kararlar vermek zorundayız ve sürekli doğru kararlar vermek zorundayız. O nedenle çok yıpratıcı bir süreçtir bu.

Sonuçta, insanların mükemmel hizmet alma talebi de doğaldır. Ancak, bu hizmet sadece hekime bağlı süreçlerle belirlenmiyor ki... Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, eğitim sistemi, ayrılan kaynaklar, altyapı vb nedenler de bu gelişen süreci etkilemektedir. Tüm bu sistemin ve olup biten herşeyin sorumlusu sonuçta tek bir hekim oluyor ve basında boy boy fotoğrafları çıkıyor ve teşhir ediliyor ve mahkemelerde yıllarca sürünüyor. Sonuçta bu bir ekip işidir ve sistemin organizasyonunda son derece önemlidir.

### Tıbbi hata nedenleri?

Gelişen teknoloji ile laboratuvar ve ultrasonografi ile yapısal anomalilerin tanısının konulması, kolay bir işlem midir?

%2-3 anomali oranında;

- Tanı koyamamak,
- Hatalı tanı koymak,
- Seçenekleri detaylı tartışmamak, sunmamak gibi nedenler ortaya çıkmaktadır.

Bazı anomalilerin (spina bifida, kalp anomalileri, uzuv eksiklikleri, diğer nedenler) tespiti gerekmektedir. Örneğin, bir anomali durumu var diyelim. Doktor niye tanımadı, bulamadı deniyor. Burada anomaliyi yapan, neden olan doktor değil ki... Konu şudur; standart bir hekim, standart bir uygulamada neleri görmeli, neleri atlamamalıdır. Yaklaşım özetle böyle olmalıdır diye düşünüyorum.

**Tablo:** 18-22Gh Anomali taraması sonuçları.

Sistem	%
SSS	88
Üriner sistem	89
Pulmoner sistem	50
GIS	42
İskelet	40
Kardiyak	40

Kromozom anomalilerinin tanısında;

- 1/150 canlı doğum,
- Down sendromu,
- Mental handikap durumları bilinmelidir.

Tüm bu işlemlerle ilgili sorulacak soru şu olabilir. Burada doktorun sorumluluğu nedir? Özellikle anomali tablolarında ortaya çıkan sonuçlar, sadece doktor sorumluluğu ile açıklanacak tablolar değildir.

Yine doğum eylemi sırasında ortaya çıkan tablolar bizler için sıkıntı yaratmaktadır.

Perinatal asfiksi, intrapartum ölüm, hipoksik ensefalopati, serebral palsi durumları ile karşılaşırız.

Doğum eylemi en tehlikeli yolculuklardan biridir.

- %50 perinatal ölümler önlenabilir (Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in infancy CESDI, 1997)
- İntrapartum fetal monitarizasyon,
- KTG anomalileri iyi değerlendirilememesi,
- Yetersiz veya geç müdahale,
- Kayıtların yetersiz tutulması,
- Yetersiz takip bu sonuçlara yol açmaktadır.

Komplikasyonlar açısından bakarsak;

- Uyarılmamak,
- Erken tanı ve tedavi etmemek,
- Önlem almamak,
- Alet veya gaz unutmak gibi sonuçlarla karşılaşabiliriz.

Yine forseps, vakum uygulamasında;

- Uygulama ile çocuğa zarar vermek,
- Geç kalmak veya başarısız olmak,
- Annede hasar ve yırtıklar oluşmasına yol açabilmektedir.

Brakial pleksusu hasarı oluşunda ise;

- Omuz distişisi,
- Önlem almamak,
- Gerekli manevraları yapmamak,
- Dengesiz güç kullanmak gibi olaylar sonuçları etkilemektedir.

Anne de şunlarla karşılaşabilir:

- Ölüm olayı (kanama, preeklamsi, tromboemboli, diğer nedenler),
- Perine, anal sfingter yırtılmaları,
- Enfeksiyon gelişebilir.

Bunları önlemek için ise bazı tedbirler geliştirilebilir. Bunlar;

- Hasta ile iyi ilişki,
- Takibin her aşamasında bilgilendirme,
- Gerekli durumlarda onam formu,
- Kurum içi denetleme ve araştırma.
- Kayıtlar (İyi kayıt, iyi savunma, kötü kayıt, kötü savunma demektir. Kayıt yoksa savunmada yok demektir.)

Yine olası riskleri önlemek için;

- Tartışılıp, verilen kararlar kayda geçirilmeli,
- Olası riskler anlatılmalı ve kayıt edilmeli,
- İntrapartum, KTG ve muayene formu, partogram tutulmalıdır,
- Eğitim (kurum içi ve sürekli),
- Meslek kuruluşları, kurslar,
- Kılavuz hazırlanmalıdır.

Sonuçta; bizde iş düşüyor, standardın ne olduğunu da biz söylemeliyiz. Takipler nasıl olmalı, kayıtlar nasıl tutulmalı gibi standartları oluşturmalıyız. Kendimizi savunmamız açısından bunlar önem arz ediyor. Eski hekim tipi ve hasta kavramı da değişti. Hastayı memnun edeceksin, tüketim toplumunda hasta memnuniyeti kavramı da unutulmamalıdır. Özelleşen sağlık ortamı hastayı müşteri kavramına dönüştürdüğü için bizim ilişki tarzımız da değişmek zorunda kalmaktadır. Mutlaka onam formlarını alalım noktasına gelindi artık. Bunları almak zorundayız. Tabiki kendimizi geliştirmek için, kurum içi denetleme ve kayıt tutmayı öğrenmemiz ve standartları oluşturmamız gerekiyor.

Bilirkişi kimdir?

Bilirkişi (bilen kişi, uzman görüşü) anlamına gelmektedir.

- Özel bilgi isteyen ve teknik konularda inceleme, araştırma ve görüşlerine dayanılarak rapor hazırlayıp yargıca, savcıya sunuyor.
- Raporu delil sayılıyor.
- C.savcısı veya Yargıç uzman görüşü gereken konularda karara varmaz, görüş ister.

Sonuçta; bu işler mahkemeye gidiyor. Yargıç bilirkişi tayin ediyor. Niye o durumun bilirkişisi o kişidir, hepsi tartışmalı konular bunlar? Türkiye'deki bilirkişiler kimler?

- Yüksek Sağlık Şurası,
- Adli Tıp Kurumu,
- Tıp fakülteleri adli tıp anabilim dalları,
- Tabip odaları var.

Tabip odalarının yorumlarının mahkemelerde bilirkişi olarak kabul edilip edilmediğini bilmiyorum açıkcası... Sonuçta bilirkişi ne derse desin kararı veren hukuk sistemi içinde mahkeme yargıcıdır.

Hukuk Usulü Muhakemeleri Yasası'nın 275. maddesi hükmü gereği olarak, "Mahkeme, çözümünü özel veya teknik bir bilgiyi gerektiren durumlarda bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına karar verir. Yargıçlık mesleğinin gerektirdiği genel ve hukuki bilgi ve çözümlenmesi olanaklı olan konularda bilirkişi dinlenmez. Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 63. maddesinde de, "Çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hallerde bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına karar verilir" denilmektedir.

Süreç şöyle seyredebilir;

- Bilirkişiyi C.Savcısı/ Yargıç seçer.
- Rapor/ Mahkeme çağrı (CMK 68. maddesi çapraz sorgulamaya olanak verdi).
- Rapor, konuyu aydınlatamaz ise ek rapor.
- Karşılıklı tarafların başvurmaları / yeni bilirkişi atanabilir.
- Yargıçlar bilirkişi raporları ile bağlı değildir.
- Mahkeme bilirkişi görüşünü kabul veya reddetme konusunda serbesttir.
- En değerli bilirkişi yargıcın kendisidir.

Bilirkişi olarak atanan kişi;

- Davacının, davalının, adli sistemin ve toplumun üzerinde ciddi etkisi olabilen ağır bir sorumluluğu üstlenir.
- İlgili konuda eğitimi, hüneri, deneyimi ve bilgisi bulunan bir uzman niteliğinde olmalıdır.
- Söz konusu olan olgu ile bağlantısı olmamalı.
- Objektif ve bağımsız olmalı.
- Güvenilir ve dürüst olmalıdır.

Karar verirken ve rapor yazılırken ise;

- Bütün tıbbi kayıtlar iyice değerlendirilmeli.
- Olgu ile ilgili bütün bilgileri bildiğinden emin olunmalı.
- Eksiksiz hazırlanmalı.
- Oluşan zararın diğer bütün olası nedenler dışlanmadan tıbbi standarttan sapma sonucunda meydana gelmiş olduğuna karar verilmemeli.
- Uzmanlık alanı dışında görüş bildirmemeli.

Rapor da şunları içermelidir;

- İlk ve en geniş kısmı hastane kayıtlarının dikkatlice yapılan analizi,
- Teknik konuları açıklamalı (Fistül, nasıl meydana geldiği ve muhtemel sekelleri),
- Olgu-teknik açıklama ile ilişkilendirilmeli/ bakım standartları değerlendirilmeli/ sapmalar belirtilmeli,
- Deliler ortaya konulmalı, ihmal unsuru içerip içermediği mahkeme karar vermelidir.

Sonuç olarak, bir dosya değerlendirilirken eksiksiz her şey, tıbbi kayıtlar, hastane dökümleri vb tümü incelenmelidir. Şunu da eklemeliyim. Bunlar benim zeki abiden aldığım notlardır. Ta o zamanlar hiç bu işler bu aşamaya gelmemişken bunları yazıp bizi aydınlatmaya çalışmıştı ve kitabını yazmıştı. Bu konuda adli tıpçılar bizlerden çok ilerdeler ve ciddi ciddi araştırmalar yapıyorlar. Bunlar bizim için de çok değerli aşamalarıdır. Bu sistemlerin içinde mutlak adli tıpçıların yer alması gerekmektedir. Daha bağımsız düşünüp karar alma süreçlerindeki katkıları açısından yer almalıdırlar.

Sabrınız için teşekkür ediyorum.

## 2.

### HEMŞİRE VE EBELER AÇISINDAN TIBBİ UYGULAMA HATALARINA YAKLAŞIM

**Doç. Dr. Nevin Şahin**

*İÜ Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD*

Sağlık hizmetinin güvenli, etkili, hasta merkezli, zamanında, verimli, adil, çağdaş ve kaliteli olması gereklidir. Hastanın güvenli bir ortamda ve her türlü zarar verici durumdan korunarak hizmet almasının sağlanması hem hastane yönetiminin hem de sağlık ekibi üyelerinin sorumluluğundadır. Tüm sağlık disiplinleri gibi hemşirelik ve ebelik de hem mesleki gelişmeleri, hem de artan toplumsal beklentileri yanıtlamak için vazgeçilmez ölçüt olan bilimselliği temel almaktadır. Günümüz hemşireliği insana ve yaşama yönelik bilimsel bilgileri, bütüncü becerilerle birey ve topluma sunma çabasıdır. Sağlık bakım sisteminde yer alan hemşireler birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirmeye yönelik çabaların tümünde yer almaktadırlar. Hemşirelikte eğitim süresi önemli farklılıklar göstermekte olup, buna bağlı eğitim içeriğinin niteliği de değişmektedir. Ülkemizde de hemşirelik eğitimi çok farklı düzeylerde yürütülmüştür. Lise ve üniversite düzeyinde hemşirelik eğitimi veren okullar vardır. Ayrıca bilim uzmanlığı ve doktora yapmış ve akademik ortamda öğretim üyeliğine yükselmiş hemşireler vardır.

25.4.2007 tarihli ve 2.5.2007 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan Hemşirelik Kanunu’nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile Hemşirelik Kanunu (2.5.2007 tarihli Resmi Gazete sayı 26510) ve Hemşirelik Yönetmeliği’nde göre hemşirelerin görev-yetki ve sorumlulukları (Resmi gazete 27515 sayılı 8 Mart 2010)

Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelikle ilgili sağlık gereksinimlerini belirleme, hemşirelik tanılama süreci kapsamında hemşire bakımını kanıta dayalı olarak planlama, uygulama, değerlendirme ve denetleme

Verilen bakımın kalitesini ve sonuçlarını değerlendirme, gerekli iyileştirmeleri yapma ve sonuçları ilgili birime iletme

Tıbbi tanı ve tedavi uygulamalarında; acil durumlar dışında yazılı verilen tedavileri uygular, acil durumlarda sözel istemi uygulama. Bu süreçte hasta ve çalışan güvenliğiyle ilgili önlemleri alma

Lüzumu halinde reçete edilen tıbbi istemleri sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirme

Tanı-tedavi işlemlerinde hastaya zarar vereceği öngörüldüğü durumda, hekimle görüşüp, hekimin ısrarı halinde bunu kayıt altına alarak ve hekimin yazılı istemi ile işlemi uygulama olarak sıralanmaktadır.

Hemşire/ ebeler;

Yasal çerçeve, yanı sıra meslek etiği ve ulusal evrensel kodlar, beyannameler, deklasyonlar, bildirgelere standartlara uygun bakım sunar.

Hemşirelik bakımını sırasında standart uygulamayı yapmama, bilgi ve beceri eksikliği/acemilik, tedbirsizlik, hastaya bakım vermeme gibi durumlar hemşirelik malpraktisi olarak adlandırılır

Sorumlulukları sürekli artan ve değişen hemşireler, hukukun vazgeçilmez unsuru olan sorumluluklarını yerine getirmeme nedeniyle ceza ile karşı karşıya kalmaktadırlar.

Mesleki sorumluluk: Mesleğinin gerektirdiği, gerek topluma gerek mesleki standartlar içerisinde uyulması gereken kuralları içeren kanun ve tüzüklere karşı sorumludur.

İdari sorumluluk; Sağlık organizasyonunda bakım hizmetlerinin gerektiği gibi yerine getirilmesinden sorumludur.

Cezai sorumluluğu; Olumsuz bir uygulama ile ceza kanunundaki tarife uygun ve hukuka aykırı fiili söz konusu olduğunda sorumludur

Hukuki (tazminat) sorumluluğu: Hukuka aykırı bir davranışla hastasına vermiş olduğu zararı tazmin yükümlülüğündedir.

Hemşirelerin sıklıkla karşılaştığı tıbbi hatalar: İlaç uygulama hataları, hasta güvenliği ve koruyuculuğu ile ilgili girişimlerin yetersizliği, mevcut protokollere uymama, izlem ve değerlendirmede yetersizlikler, bakım standartlarını uygulamada yetersizlik olarak sıralanabilir.

Hemşirelikte malpraktis;

Hemşirelik profesyonelinin bakımını sırasında standart uygulamayı yapmaması, bilgi ve beceri eksikliği ya da hastaya bakım vermemesi ile oluşan zarardır. 1992-2002 yılları arası Yüksek Sağlık Şurası (207), Adli Tıp Kurumu (125), İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne (39) intikal eden hemşire ve ebelerle ilgili 371 malpraktis olgularının incelendiği bir çalışmada: (Safran N., 2004), bu vakalarda dava edilen meslek grupları sayı ve oranları; hemşire+hekim (126, % 34.0), ebe (86, %23.2), hemşire (78, %21.0), ebe+hekim (57, % 15.4), ebe+hemşire (11, % 3.0), ebe+hekim+hemşire (5,% 1.3), yönetim+hemşire+hekim (7,%1.9) şeklindedir.

Jinekoloji ve Obstetrikte Hemşire uygulamalarında malpraktis oranının artışını kolaylaştıran faktörler:

Hemşire sayısındaki yetersizlik nedeniyle bakım standartlarının düşmesi,

Erken taburcu etme nedeniyle hasta bakımının yetersiz kalması,

Uzmanlık isteyen hemşirelik uygulamalarının gün geçtikçe artması,



Ekipman kullanım becerisindeki yetersizlik, hemşirelerin teknolojik gelişmeler konusunda bilgi ve deneyim yetersizliği,

Bakım standartlarında ve hekimin sözel veya yazılı talimatlarında yetersizlik, tamamlanmamış veya okunaklı olmayan talimatlar, hekimle telefonla yapılan görüşmelere bağlı uygulamalar,

Hastanın tıbbi bilgilerinin kaydında yetersizlik,

Hastalığın prognozu, ilaç allerjisi ve benzeri bilgilerde yetersizlik,

Hastanın izlenmesi, bakım planının tamamlanması, hastada değişimlerin izlenmesi, bulgu ve semptomların değerlendirilmesinde yetersizlik.

Sağlık hizmetlerinde bakım kalitesini oluşturan en önemli ve öncelikli unsurlardan bir tanesi hasta güvenliğidir. Sağlık hizmetlerinde bakım kalitesini oluşturan en önemli ve öncelikli unsurlardan bir tanesi olan hasta güvenliği “bakım sırasında oluşabilecek yaralanma ya da hastaya verilebilecek zararın önlenmesi” ve sağlık kuruluşlarının ve çalışanlarının bu amaçla aldıkları önlemler” olarak tanımlanmaktadır. Özellikle istenmeyen bir obstetrik olay önlenemez bir nedenle meydana geldiğinde aile ve sağlık personeli için yasal süreç son derece yıpratıcı olabilmektedir.

Perinatal hemşireleri/ebeler, doğum ve doğum eylemi boyunca anne ve fetüs sağlığını gözlemekle sorumludur. Bu süreçte olası bir komplikasyon ya da acil durum geliştiğinde (maternal-uterine hyperstimulasyonu, uterus rüptürü, beklenmedik preterm doğum, eklampsi, amniotic sıvı embolisi, postpartum hemoraji, fetal kalp atım düzensizliği, umbilikal kord prolapsusu, omuz distosisi, vb.) perinatal hemşiresininde içinde bulunduğu perinatal ekip üyelerinden bu durumları zamanında teşhis ederek anne ve fetüsün zarar görme ya da ölme riskini azaltmak için zamanında ve uygun müdahalede bulunması beklenir.

Advers (istenmeyen) Olayları Önlemede Etkili Olan Faktörler:

1. Açık iletişim ve ekip çalışması
2. Tam ve doğru tıbbi kayıt tutma
3. Personel becerisini artırma
4. Hasta güvenliği için işbirliği
6. Hasta güvenliğinin kurumsal bir sorumluluk olarak benimsenmesi
8. Etkili Elektro Fetal Monitörleme (EFM) sertifikası
9. Hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi ve geliştirilmesi

Yaygın olan obstetrik komplikasyonlarını ve infantın ve annenin hayatını riske sokan acil durumları içeren süreci ölçmek, istenmeyen obstetrik sonuçların gelişme riskini azaltmada ve obstetrik ekibinin gereken kaynakları kullanıp kullanmadığını ve uygulamaları yapıp yapmadığını değerlendirmede hasta güvenliğinin ölçümü yararlı olabilecektir.

Sağlık Bakım Organizasyonu Akreditasyon Ortak Komisyonu (JCAHO,2005)

Amerika'da ve dünyada sağlık bakım kalitesinin ölçüldüğü standartları oluşturmaktadır.

Çözüm Önerileri:

İyi eğitim almış nitelikli hemşire (lisans ve üstü eğitim)

Yeterli insan gücünün sağlanması

Rol ve sorumluluklarının tanımlanması

Yasal düzenlemeler

Sürekli eğitim

Bilişim teknolojilerinin kullanılması

Kayıt sistemlerinin geliştirilmesi

Fiziksel altyapı yetersizliklerinin giderilmesi

Ekip anlayışının benimsenmesi

İletişim

Kalite güvenliği-bakım standartlarının geliştirilmesi

Tedavi protokollerinin oluşturulması

Bireyin/toplumun bilinçlendirilmesi ve sorumluluk almasının sağlanması

## Kaynaklar

1. AHRQ Quality Indicators—Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals—Volume, Mortality, and Utilization. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2002. Revision 4 (December 22, 2004). AHRQ Pub. No. .02-RO204.
2. Bal İE. T.C Sağlık Bakanlığı Akreditasyon İçinde Hasta Hakları ve Hasta Güvenliği. Sağlıkta Umut Vakfı Sağlık Zirvesi. 2005 www.suvak.org.
3. Brennan TA, Leape LL, Laird NM et al. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients: Results of The Harvard Medical Practice Study I. Qual Saf Health Care, 2004;13:145-152.
4. Campbell DA, Maureen TJ. Patient Safety Rounds: Description of an Inexpensive but Important Strategy to Improve the Safety Culture. American Journal of Medical Quality, 2007; 22(1): 26–33.
5. Crossing the Quality Chasm:The IQM Health Care .Institute of Medicine (IOM) 2001 Hospitals – Volume, Mortality, and Utilization. June 2002,Version3.1:1-97.\_http://www.qualityindicators.ahrq.gov
6. Miller LA. Patient Safety and Teamwork in Perinatal Care Resources for Clinicians.
7. Safran N Hemşirelik ve ebelikte malpraktis, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi.2004;. sf.85-138)
8. Simpson KR. Failure to Rescue: Implications for Evaluating Quality of Care During Labor

- and Birth. *J Perinat Neonatal Nurs*, 2005; 19 (1):24-34,
9. Simpson KR. Measuring Perinatal Patient Safety: Review of Current Methods. *JOGNN*, 2006; 35: 432-442.
  10. Şahin, N.H., ve Bilgiç, D. Perinatal Hasta Güvenliği, *Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi*, 1(1):4-10(2009).
  11. Thorman KE, Capitolo KL, Dubow J, et al. Perinatal Patient Safety From The Perspective of Nurse Executives: A Round Table Discussion. *JOGNN*, 2006; 35: 409– 416.
  12. Tzeng HM, Yin CY. No Safety, No Quality, Synthesis of Research on Hospital and Patient Safety (1996–2007). *J Nurs Care Qual*, 2007; 22 (4): 299 – 306.
  13. Vincent CA, Coulter A. Patient safety: What About the Patient?. *Qual Saf Health Care*, 2002;11:76-80 .
  14. Will S B, Hennie KP, Jacobs LS, et al. The Perinatal Patient Safety Nurse: A New Role to Promote Safe Care for Mothers and Babies. *JOGN*, 2006 ; 35: 417- 423.
  15. Zhan C, Kelley E, Yang HP et al. Assessing Patient Safety in the United States Challenges and Opportunities. *Medical Care*, 2005; 43 (3): 42-47.

### 3.

## JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİKTE KARŞILAŞILAN TIBBİ UYGULAMA HATALARI: KADIN DOĞUM UZMANLARI AÇISINDAN KONUYA YAKLAŞIM

*Jin. Dr. Işıl Güney Tunalı*

*Serbest hekim-Avukat*

Yüksek Mahkeme Kararları Eşliğinde Tıbbi Uygulama Hataları:

Bir tıbbi uygulama hatasında hekimin veya sağlık çalışanının dört tür sorumluluğuna gidilebilir: 1-İdari sorumluluk, 2-Mesleki sorumluluk, 3-Hukuki sorumluluk, 4-Cezai sorumluluk.

İdari sorumlulukta kısaca kamuda çalışan hekimler için kurum içi idari soruşturma ve devamında uyarma, kınama, maaş kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması, memurluktan çıkarma cezaları söz konusu olabilir.

Mesleki sorumlulukta tabip odalarınca yapılan soruşturma ve devamında uyarma, para cezası, geçici olarak meslekten alıkoyma, oda bölgesinde çalışmanın yasaklanması cezaları söz konusu olabilir.

Hukuki sorumlulukta maddi ve manevi tazminat talepleri söz konusu olabilir. Tazminatın koşulları hukuka aykırı eylem veya sözleşmenin ihlali, kusur, zarar, illiyet bağı olarak sayılabilir. Kamuda olursa idare mahkemesinde idare aleyhine tam yargı davası şeklinde açılır, idare tarafından tazminat ödenmek zorunda kalırsa idare kusuru oranında hekime rücu eder. Adli yargıda, hukuk mahkemelerinde hekim veya hastane aleyhine dava açılması söz konusudur.

Cezai sorumlulukta şikâyet üzerine, ihbar üzerine veya resen savcılık soruşturması yapılır, soruşturma sonunda ya takipsizlik kararı verilir, ya da eylem TCK'daki suç tiplerinden birine giriyorsa ve işlendiği yönünde şüpheler mevcutsa savcı kamu davası açar. Kamuda çalışanlar hakkında savcılık soruşturması yapılabilmesi için lüzum-u muhakeme kararı gereklidir.

Kadın-Doğum'da malpraktis kaynakları çok genel hatlarıyla gebeliğin seyri sırasında ortaya çıkan sorunlar, yüksek riskli gebeliklerde ortaya çıkan sorunlar, gebeliğin sonlandırılmasında ortaya çıkan sorunlar, fetusta ortaya çıkan anomaliler, doğum travmaları (maternal-fetal), ektopik gebelik, over kisti, over torsiyonu gibi acil durumların tanı ve tedavisinde gecikme, fertilitate kaybına neden olunması, cerrahi komplikasyonlar özellikle komşu organ ve damar yaralanmaları, batında yabancı cisim, malignitelerin tanı ve tedavisinde gecikme, Acil sevk sırasında ortaya çıkan sorunlar, aydınlatma eksikliği, onam eksikliği, kayıt tutulmasında eksiklikler, icaba gelmemek, hastayı yetkisiz kişiye devretmek, vb. olarak örneklenebilir.

Kadın Hastalıkları ve Doğum alanıyla ilgili birkaç Yüksek Yargı kararı eşliğinde olaylara bakalım:

### **Karar 1: Travayda hipoksik kalma iddiası**

*Danıştay 10.Daire, Esas:2004/6540, Karar:2007/4237, Tarih:19.09.2007*

20.05.2001 tarihinde, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde, bir bebek hipoksiye bağlı beyin ölümü tablosuyla doğmuş ve takiben Antalya 1.İdare Mahkemesinde, idarenin hizmet kusuruna dayanan tam yargı davası açılmıştır. Bebek için 200.000.YTL, anne ve babanın her biri için 150 000 YTL olmak üzere toplam 500 000 YTL manevi tazminat faiziyle birlikte talep edilmiştir. Aile ayrıca savcılığa da şikâyetle bulunmuş, savcılık soruşturması sırasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Daimi Etik Kurulu'nun hekim ihmali ve klinik uygulamanın eksikliğinden kaynaklanan bir tıbbi zararın oluştuğu yönündeki kararına dayanarak Üniversite lüzum-u muhakeme kararı vermiş ve Antalya 4. Asliye Ceza Mahkemesinde dava açılmıştır. Ceza mahkemesi, Yüksek Sağlık Şurası'ndan bilirkişi görüşü istemiş, 30.05.2007 tarihli, YSS raporunda, doğumundan 3.5-4 hafta öncesinden yapılmaya başlanan NST'lerde tekrarlayan descelasyonlar görüldüğü, iskemik ensefalopatinin doğumda akut gelişmediği, kronik anoksiye bağlı olduğu, NST'leri normal kabul ederek ileri tetkik ve tedaviye gerek görmeyen hekimlerin 8/8 kusurlu olduğu, antenatal kayıtları ve testlerini görmeden normal doğuma yönlendiren doktorun 4/8 kusurlu, ancak bu kusurun iskemik ensefalopatinin nedeni olmadığı, ÇKS'de belirgin düşmeler olduğu, anestezi ekibinin olmadığı, C/S'ya gecikmeli alınmış olduğu, anestezi ekibinin ve nöbetçi doktorun 4/8 oranında kusurlu olduğu, NST'leri muhafaza edemeyen Kadın Doğum ekibinin ve NST'leri muhafaza edemeyen ve acil C/S'yu organize edemeyen hastane idaresi kusurlu olduğunu belirtmiştir.

Bu arada dava sürerken bebek 2.6.2002 tarihinde ölmüştür.

Ceza dosyasındaki görüşlere dayanan idare mahkemesi, ağır hizmet kusurunun olduğu yönünde kanaat getirmiş ve 29.04.2003 tarihinde 1-İdarenin hizmet kusuru mevcut, 2-Anne için 0.000 TL, baba için 15.000 TL manevi tazminat,3-Fazlaya ilişkin tazminat kısmını red, 4-Çocuk dava sürerken ölmüş olduğu için onun dilekçesini iptal, 5- Tazminata faiz yürütülmemesi yönünde karar vermiştir.

Davacılar kararı temyiz etmişlerdir. Temyiz taleplerinde İdare Mahkemesinin hükmettiği tazminatın çok az olduğunu, faize de hükmedilmesi gerektiğini, çocuğa da tazminat ödenmesi gerektiğini, o ölmüş olduğu için de haliyle mirasçı olarak anne-babaya ödenmesi gerektiğini ileri sürmüşlerdir. Ayrıca davalı da idare kararın usul ve hukuka aykırı olduğunu ileri sürerek temyiz talebinde bulunmuştur.

Danıştay 10. Dairesi 19.09.2007'de, manevi tazminatın kabulü ve fazlaya ilişkin kısmın reddi kararlarını onamış, faizin yürütülmemesi ve çocuğun dilekçesinin

iptali kararlarını bozmuş

Danıştay kararını irdelediğimizde, 1-İdare hukuku ilkeleri ve Danıştay'ın yerleşik içtihatlarında, zarar gören kişi hizmetten yararlanan ise ve hizmet riskli bir nitelik taşıyorsa, idarenin tazmin yükümlülüğünün doğması için, zarar idarenin ağır hizmet kusuru sonucu meydana gelmelidir. İdarenin olayda ağır kusuru var mı sorusuna idare mahkemesi, üniversite etik kurul raporu, lüzum-u muhakeme kararı, açılmış ceza davası, YSŞ raporuna dayanarak cevap bulmuş ve ağır hizmet kusuru mevcut! demiştir. Danıştay dairesi de ağırlıklı olarak YSŞ raporuna itibar ederek, ağır hizmet kusurunun bulunduğu açıktır demiş ve davanın kabulü ile tazminat kararını onamıştır.

2-Dava sırasında çocuğun ölmesi üzerine idare mahkemesi ona ait dilekçeyi iptal etmiş, Danıştay ise, ölene ait dilekçelerin iptal edilmesi, hak ihlaline dayalı tam yargı davalarında uygulanmaz, ölenin mirasçıları davaya devam eder, burada da mirasçı anne baba tazminatı takip edebilir demiş ve çocuğun dilekçesinin iptali kararını bozmuştur.

3-Talep edilen manevi tazminat bebek için 200.000 YTL, anne ve babanın her biri için 150.000 YTL idi, mahkemece anne için 20.000, baba için 15.000 YTL takdir etmiş, Danıştay ise, manevi tazminat varlıkta bir eksilmeyi telafi etmek, zenginleşmeyi sağlamak için değil, duyulan üzüntüyü bir nebze azaltmak içindir, ayrıca kusuru ortaya koyacak bir oranda olmalı diyerek hükmedilen tazminatı yeterli bulmuş ve fazlaya ilişkin kısmın reddi kararını onamıştır.

4- İlk derece mahkemesinin faizin reddi kararını ise ilgililerin uğradığı manevi zararın karşılanabilmesi için yasal faiz uygulanması gerekir diyerek kararını bozmuştur (19.09.2007)

Tıbbi açıdan irdelediğimizde, NST'ler saklanmamış olduğundan baseline, variabilite, reaktivitesi hakkında bir şey bilemiyoruz ve varolduğu söylenen descelerasyonların geç mi, erken mi, variabl mı olup olmadığını bilemiyoruz. Şayet NST'ler non-reaktif seyretmiş ve belirgin variabl ve geç descelerasyonlar olmuşsa, bu durum fark edilmemiş, önemsenmemişse, kronik fetal distresse maruz kalmış demektir ki bu da bir özen eksikliğidir, NST'lerin saklanmaması hasta hakları yönetmeliğindeki tıbbi kayıtların tutulması hakkıyla ters düştüğü gibi ayrıca NST'ler reaktif, belirgin akselerasyonlar vardıysa, hekimleri ve kurumu kurtaracak en güvenilir delillerden mahrum kalınmış olur. Travay sırasında da ÇKS nasıl izlenmiş, bunlar kayda geçmiş mi, geçmemiş mi bilemiyoruz. Acil C/S ekibinin kurulamaması açık hizmet kusuru olarak yorumlanabilir. Pek çok kamu ve sağlık kuruluşunda benzer sorun mevcut olup ekibin başka bir ameliyatta olması ya da masaların dolu olması nedeniyle gebeler acil C/S'ya alınamamakta, dekolmanlı hasta bile beklelebilmektedir. Aktif travay devam ettiği sürece diğer birimler bilgilendirilmeli, bir masa ve ekip acil C/S için hazır tutulmalı, aksi durumda normal doğum için hasta kabul edilmemeli ve sorumluluk alınmamalıdır. Bir zarar ortaya çıktığında, elimizden bu kadar geldi, imkânlar bu

kadarına elveriyordu diyerek kusursuzluğunuzu ispatlamanız ve sorumluluktan kurtulmanız mümkün değildir.

### **Karar 2: Fetal anomalinin saptanamadığı iddiası**

*Yargıtay 13.Hukuk Dairesi, Esas:2009/6365, Karar:2010/59, Tarih:18.01.2010*

Teşhis, tedavi ve müdahalede özensiz davranışlar nedeniyle çocuklarının sakat doğduğunu iddia eden anne babanın, davalı hastane ve doktora açtıkları maddi ve manevi tazminat davası. İddia edildiğine göre, davacı Songül'ün gebe kontrolleri davalı Özel C.Polikliniği'nde yapılmış, 12.07.2006 tarihinde 25w2d iken yapılan USG'sinde her şey normal iken 23.08.2006 tarihinde 31w1d iken yapılan USG'sinde önemli bir anomali saptanmış ve çocuk anomalili doğmuştur. Aile, anomalinin zamanında saptanamamış ve gebeliğin sonlandırılmamış olması nedeniyle, beklemedikleri bir masraf ve telafisi imkânsız zararları olduğunu ileri sürerek doktor ve hastaneye karşı 10.000 YTL maddi, 100.000 YTL manevi tazminat talep etmişlerdir. Davalılar, anomalinin 25.haftadan sonra ortaya çıktığını, uygulanacak tedavide 31.hafta ile 25.haftada saptanması arasında bir fark olmadığını, aile gebeliğin sonlandırılması için onam vermediğinden gebeliğin devam ettiğini ve anomalili çocuk doğduğunu ileri sürerek davanın reddini dilemişlerdir.

Adli Tıp raporunda 25w iken yapılan USG nedeniyle davalı doktorun eyleminin eksik olduğu ifadesi mevcut, davalıların kusurlu olup olmadıkları ve eylem ile mevcut zarar arasında illiyet bağı olup olmadığı hususunda açıklık olmadığı belirtilmiştir. Mahkeme davanın çözümünü vekâlet ilişkisine dayandırdığından, Adli Tıp raporunu göz önüne aldığına, teşhis, tedavi ve müdahalede özensiz davranış gösteren hastane ve doktor zarardan sorumlu tutarak 10.000 YTL maddi, 40.000 YTL manevi tazminata hükmetmiştir. Davalılar kararı temyiz etmişler, Yargıtay 13.Hukuk Dairesi de kararı bozmuştur.

Bu kararı irdelediğimizde, dava, vekâlet sözleşmesine dayandırılmıştır. Vekâlet sözleşmesinde temel kavram özen borcudur. Vekil, vekâlet görevine konu işi görürken yöneldiği sonucun elde edilmemesinden sorumlu değildir, ama bu sonuca ulaşmak için gösterdiği çabanın, yaptığı işlemlerin, eylemlerin ve davranışların özenli olmayışından doğan zararlardan sorumludur. Doktor ve hastane hastanın zarar görmemesi için mesleki tüm şartları yerine getirmek, en emin tanı ve tedavi yolunu seçmek vb durumundadır. Bütün kusurlar, hafif de olsa, sorumluluğun unsuru olduğundan gereken özeni göstermeyen vekil vekâleti gereği gibi ifa etmemiş sayılacaktır. Ancak tıbbın gerek ve kurallarına uygun davranılmakla birlikte sonuç değişmemiş ise vekil sorumlu tutulmamalıdır.

Mahkeme kararını Adli Tıp Raporu'na dayanarak vermiş olduğundan, ama raporda davalıların kusurlu olup olmadıkları ve eylem ile mevcut zarar arasında illiyet bağı olup olmadığı hususunda açıklık bulunmadığından, Yargıtay HD bu rapora dayanarak karar verilemez demiştir.Konusunda uzman Tıp Fakültesi

öğretim üyelerinden oluşturulacak, aralarında Kadın-Doğum uzmanı ve Radyologun da bulunduğu üç kişilik bilirkişi kurulunun davalılara atfı kabil bir kusur olup olmadığı hakkında değerlendirme yapması gerektiğini, gebeliğin 25. haftasında yapılacak teşhis ile 31.haftasında yapılacak teşhisin mevcut duruma bir etkisi olup olmadığı, bu sakatlığın gebeliğin hangi aşamasında net olarak anlaşılabilceği, davacıların sağlıklı bir bebek sahibi olamayacaklarını bilme hakkı dışında uğradıkları başkaca bir zarar olup olmadığı, rahim tahliyesi endikasyonu olup olmadığı sorularına yanıt bulunması gerektiğini belirterek yetersiz bilirkişi görüşüne dayanarak verilmiş ilk derece mahkeme kararını bozmuştur. Yargıtay'ın yetersiz bilirkişi görüşüne dayanarak verilmiş ilk derece mahkeme kararlarını sıklıkla bozmakta ve konusunda uzman üç kişilik yeni bir bilirkişi heyeti kurulmasını önerdiği görülmektedir.

Tıbbi açıdan irdelediğimizde bebekteki anomalinin ne olduğunu, ailede anomali öyküsü olup olmadığını, 25 hafta öncesinde 2.düzyer USG dahil hangi prenatal tanı testleri yapılmış ve nasıl sonuçlanmış olduğunu bilmiyoruz. Bazı anomaliler ileri gebelik haftalarında saptanabilir hale gelirken bazen de hiç saptanamamaktadır. Erken dönemde anlaşılabilir bir anomali olup eksik takip nedeniyle atlandıysa hekimin sorumluluğu söz konusu olabilir. Sonlandırma endikasyonu olsa da olmasa da doğum öncesinde çocuklarındaki anomaliiyi bilmek anne, babanın hakkı olarak görülmekte ve bundan mahrum bırakılmaları aydınlatılma haklarının çiğnenmesi anlamına gelmektedir. Anomaliden haberdar olup olası sonuçlarını öğrenmiş oldukları halde sonlandırmama kararı almışlar ve açıkça belirtmişlerse artık hekimler sorumlu tutulamazlar. Zarar ile arasında illiyet bağıni kurabileceğimiz kusurlu hareket hekimlerin anomaliiyi saptamaması değil, anne babanın sonlandırmaya onam vermemesidir. Bunun da yazılı şekilde ve imzalanmış olması hekimler için büyük ispat kolaylığı sağlamaktadır.

### ***Karar 3: Batın içinde yabancı cisim bırakma iddiası***

*Yargıtay Hukuk Genel Kurulu, Esas: 2020/13-717, Karar: 2011/129, Tarih: 13.04.2011*

Dava, davacının, 28.02.2001 tarihinde özel bir hastanede geçirdiği over kisti ameliyatından yaklaşık bir yıl sonra yeniden opere olması ve batından yabancı cisim çıkarılması nedeniyle hekim ve hastane aleyhine açtığı maddi ve manevi tazminat davasıdır.

İddiaya göre davacı, 28.01.2001 tarihinde bir özel hastanede over kisti nedeniyle opere olmuş, postoperatif dönemde yakınmaları devam ettiği halde davalı doktor tarafından dikkate alınmamış, başka doktorlar tarafından 11.02.2002'de ikinci kez opere edilmiş, batından abseleşmiş yabancı cisim çıkarılmış, Patolojik incelemede ve İTÜ Makine Fakültesi Tekstil Mühendisliği Bölümü Tekstil ve Konfeksiyon Kalite Kontrol ve Araştırma Laboratuvarında 1.03.2002 tarihli incelemesinde yabancı cisim içinde 4 adet pamuk elyafı saptanmıştır.



Davacı, davalı doktorun kusuru nedeniyle tekrar opere olduğu için, hastane ve doktor aleyhine 3000 YTL maddi, 50.000 YTL manevi tazminatı faiziyle birlikte talep etmiştir. Davalılar, davanın reddini dilemişlerdir.

Tabip Odası tarafından mesleki soruşturma yapılarak İstanbul Tabip Odası Onur Kurulu 28.04.2003 tarihli raporunda hastanın opere olduğu dönemde hastanede kullanılan gazlı bezlerin sıvı çektiklerinde lime lime olduğunu, bu durumun İTÜ raporuyla da uyumlu olduğunu, abseye sebep olan cismin bez kalitesindeki düşüklüğe ve imalat hatasına bağlı olduğunu, ameliyatı gerçekleştiren doktorun malzeme kalitesinden sorumlu tutulamayacağını, dolayısıyla mesleki cezaya yer olmadığını belirtmiştir.

Yüksek Sağlık Şurası 07.09.2007 tarihli raporunda doğru endikasyonla uygulanan birinci operasyonda hata olmadığını, takip sürecinin doğru planlanmamış olduğunu, davalı doktorun değerlendirme ve takibinde yetersizlik ve özensizlik mevcut olduğunu belirtmiştir. Mahkeme, Adli Tıp 3.İhtisas Kurulu'nun, Yüksek Sağlık Şurası ve İTO Onur Kurulu'nun raporlarına dayanarak davalıların kusurlu bulunmadığından bahisle davanın reddine karar vermiş, davacılar da bu kararı temyiz etmiştir.

Yargıtay 13.HD, 01.06.2009 tarihli kararında, davacının vücudunda yabancı cisim görülmesinin raporlardan sabit olduğunu, bunun başlı başına bir kusur olduğunu, vücudun yabancı cisimlere tepki göstereceğini doktorun bilmemesi mümkün olmadığını, dolayısıyla doktorun göstereceği özenin dışında olduğunu kabul edilmesinin mümkün olmadığını düşünerek ilk derece mahkemesinin kararını bozmuştur.

İlk derece mahkemesi ilave bilirkişi raporuna gerek olduğunu ileri sürerek kararında direnince dosya Yargıtay Hukuk Genel Kurulu'na gelmiştir. Hukuk Genel Kurulu davayı vekâlet hükümlerine dayandırmıştır. Buna göre vekil vekâlet görevine konu işi görürken yöneldiği sonucun elde edilmemesinden sorumlu değil ise de, bu sonuca ulaşmak için gösterdiği çabanın, yaptığı işlemlerin, eylemlerin ve davranışların özenli olmayışından doğan zararlardan dolayı, hafif kusurundan bile sorumludur. Ameliyatta sıvı çektğinde lime lime olan, kalitesiz malzeme kullanılmış olması dahi, tek başına davalı yanın kusurlu olduğunu göstereceğinden mahkemece artık bilirkişi incelemesi yaptırılmasına da gerek olmadığı düşünülmüş ve Yargıtay'ca yerel mahkemenin direnme kararını bozulmuştur.

Bu kararı irdelediğimizde, benzer mahkeme içtihatlarında da vücut içinde yabancı cisim unutulması direkt kusur olarak değerlendirilmiş ve bilirkişi görüşüne bile ihtiyaç duyulmamıştır. Vücutta yabancı cisim kalmışsa bu özen eksikliğinin açık delili olarak yorumlanmaktadır. Vekâlet ilişkisinde hasta müvekkil, hekim ve hastane vekil konumundadır. Sonuç garanti edilmemekte, hastanın mutlak şifaya kavuşacağı garanti edilmemekte, ancak her türlü özenin gösterileceği garanti edilmektedir. Bu nedenle en ufak bir özen eksikliği ve kusurda hastane ve

hekimin sorumluluğuna gidilmektedir. Hâkim bilimsel ve teknik konularda bilirkişi görüşüne başvurur. Ancak hastanın karnında yabancı cisim bırakılması, ilave bilirkişi görüşünü gerektirmeyecek açık bir kusur olarak nitelenmiştir. Hastanın karnında yabancı cisim olduğu raporlarla sabit olduğuna göre, bu kusurun varlığı için yeterlidir görüşüne varılmıştır. Malzeme seçimindeki özen de hekimin ve hastanenin özen borcu kapsamındadır, malzemenin kalitesizliği ve üretim hatasını öne sürerek sorumluluktan kurtulamamaktadır.

Hukuk Genel Kurulu, ilave bilirkişi görüşü gereklidir yönündeki ilk derece mahkemesi direnme kararını yersiz bularak bozmuştur. Anlaşıldığı kadarıyla parça halinde bir kompres veya kare gazdan ziyade, kullanılan gazlı bezlerin kalitesizliğinden dolayı parçalanması ve iyi temizlenemeyip içerde kalması söz konusudur. Gaz sayımında eksik gaz çıkmamış olsa da, kalitesiz malzeme kullanarak içerde artıklar bırakmak da başlı başına bir özen eksikliği ve kusur olarak yorumlanmaktadır.

Benzeri olaylar daha riskli malzemelerde, stentlerde, hemokliplerde, göz lenslerinde, ortopedide kullanılan protezlerde de söz konusu olabilir, hekim eline ilk kez aldığı ve daha önce kalitesini deneme şansı bile olmadığı bir malzemenin azizliğine uğrayabilir. Malzemenin kalitesizliğinin ihmalkâr bir tutumla önemsenmemesinde hekimin de kusuru var, ancak öncelikle özel veya kamu sağlık kurumlarının organizasyon kusurları kapsamında değerlendirilmelidir. Hekimlere düşen güvenmedikleri malzemeleri kullanmamaları, bu malzemeleri ve diğer sorunları yazılı şekilde rapor etmeleri, sorumluluk üzerlerinde kalmayacak şekilde hareket etmeleridir.

#### ***Karar 4: Anmenin çocuk düşürme iddiası***

*Yargıtay 8.Ceza Dairesi, Esas: 2010/14557, Karar:2011/2772, Tarih:05.04.2011*

İddiaya göre 18.03.2009 tarihinde gebe olduğu anlaşılan ve 17.07.2009 tarihinde ASM'de yapılan kontrolde 28 w olan kadın, Ağustos 2009'da eşinden tartışarak ayrılmış ve kontrollere gitmemiştir. ASM'den arandığında evde düşük yaptığını söylemiştir. Kendisinden haber alamayan ve doğacak çocuğu için endişelenen müşteki eş Savcılığa başvurmuştur. Savcılık 23.03.2010 tarihinde takipsizlik kararı vermiş, müşteki takipsizlik kararına itiraz etmiş, Akşehir Ağır Ceza Mahkemesi 20.05.2010 tarihinde itirazı reddetmesi üzerine Adalet Bakanlığına şikâyet edilmiş, Adalet Bakanlığı Ceza İşleri Genel Müdürlüğünün 18.10.2010 tarihli kanun yararına bozma istemine atfen Yargıtay C.Başsavcılığı 09.11.2010 tarihli ihbarname ile dosyayı 8. Ceza Dairesi'ne tevdi etmiştir. 8.Ceza Dairesi kararında 28.haftadan sonra meydana gelen düşük vakasının erken doğum olarak gerçekleşip gerçekleşmeyeceği ve bebeğin canlı yada ölü doğup doğmadığının mahkemece değerlendirilmeden, çocuk düşürme suçu ile ilgili delillerin kamu davasının açılmasını ve mahkemece değerlendirilmesinin gerektiği gözetilmeden

itirazın reddedilmesini isabetli görmemiş ve itirazı red kararını bozmuştur.

8.Ceza Dairesi bu büyüklükte bir gebeliğin düşükle sonlanıp sonlanamayacağı, erken doğum halinde bebeğin canlı veya ölü olup olmadığı ve delillerin takdiri ve münakaşasının açılacak dava sonucu mahkemede değerlendirilmesi gerektiği görüşüne varmış, takipsizlik kararının kaldırılarak kamu davasının açılmasına karar verilmesi gerekirken, verilen itirazın reddi kararını 05.04.2011 tarihinde bozmuştur. Bu şekilde ceza yargılamasının yolu açılmıştır.

Bu kararı hukuki olarak irdelediğimizde, gebe kadın ASM'den arandığı tarihte yaklaşık 36w gebe olmalıdır. Ancak düşük yaptığını söylemiştir, bu doğru olabilir, ya da gebeliği o tarihte devam ediyor olabilir. Bu haftadan sonra artık düşük değil erken doğum olarak adlandırılır, spontan değilse ancak profesyonel tıbbi destekle mümkündür. Savcılık soruşturmasında, ki doğumdan birkaç ay sonra denk gelmektedir, fazla kilolu olması sebebiyle evde veya yolda düşük yaptığı, Isparta Devlet Hastanesi'nde düşük-erken doğum yaptığı, bebeğin kendisinden alındığı gibi tutarsız ve çelişkili ifadelere rağmen, kamu davası açmayı gerektirir kesin ve inandırıcı kanıt elde edilemediği kanaatiyle takipsizlik kararı verilmesi uygun olmamıştır. Kanımızca burada bir suç şüphesi vardır, anne kendi provokasyonu ya da aldığı tıbbi yardımla bebeği erken doğurmuş olabilir, kendisi TCK 100 bağlamında bir suç işleyebileceği gibi ona yardımcı olanlar açısından da TCK 99 bağlamında bir suç şüphesi ortaya çıkmaktadır. 28 w üzerinde doğan bir bebeğin canlı olma olasılığı vardır ve hafta büyüdükçe bu olasılık artmaktadır. Çocuk canlı doğup öldürüldüyse TCK 82 bağlamında kasten öldürmenin nitelikli hali oluşmaktadır (kasten adam öldürmenin çocuğa ya da beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi). Çocuk canlı doğup terk edildiyse TCK 83 bağlamında kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi suçu söz konusu olmaktadır (kişinin yükümlü olduğu belli bir icrai davranışı gerçekleştirmemesi dolayısıyla meydana gelen ölüm neticesinden sorumlu tutulabilmesi için, bu neticenin oluşumuna sebebiyet veren yükümlülük ihmalinin icrai davranışa eşdeğer olması gerekir. İhmali ve icrai davranışın eşdeğer kabul edilebilmesi için, kişinin belli bir icrai davranışta bulunmak hususunda kanunî düzenlemelerden kaynaklanan bir yükümlülüğünün bulunması gerekir-kanun anneye çocuğuna bakma yükümlülüğü getirir)

TCK madde 97'de yaşı veya hastalığı dolayısıyla kendini idare edemeyecek durumda olan ve koruma ve gözetim yükümlülüğü altında bulunan bir kimseyi kendi hâline terk suçu ve mağdurun hastalığa yakalanması, yaralanması veya ölmesi durumunda neticesi sebebiyle ağırlaşmış hali de söz konusu olabilir. Bebeğin akıbeti nedir, kaç haftalık doğmuştur, sağ mı, ölü mü, sağlıklıysa şimdi nerede yaşıyor ya da ceset nerede sorularını cevaplamak gerekmektedir.

Tıbbi olarak irdelediğimizde 17.07.2009 tarihinde 28 hafta gebe olan hastanın Ağustos ayında evden ayrıldığında 30 haftalık olduğunu tahmin edebiliriz. Bu haftadaki bir gebeliğin sonlanması düşük değil, immatür ya da prematür doğum

olarak nitelenebilir. 19.09.2009'da ASM ile yaptığı telefon görüşmesinde düşük yaptığı açıklaması mevcut, eğer doğum yakın zamanda olduysa yaklaşık 36-37 hafta olmalıdır. Gebelik 28 ile 37 w arası sonlanmışsa ve spontan değilse, etkili bir indüksiyon olmadan hastanın kendi başına veya hekim, ebe vb. yardımı olmadan doğurması imkânsız izlenimi vermektedir, intrauterin ölmüş bile olsa indüksiyon gerekir. Bu olguda ya spontan travay beklenmiş ya da profesyonel ya da herhangi başka bir şekilde yardımla doğum gerçekleşmiştir. 23.03.2010 tarihli olarak belirtilen savcılık soruşturması sırasında doğum üzerinden en iyimser tahminle 5 ay kadar bir zaman geçmiş olması gerekir ki, bu durumda ancak kadının doğum yapmış olduğu saptanabilir, haftasıyla ilgili kesin bir tahmin yapmak zordur. Çocuğa veya cesedine ulaşılmadığı sürece şüpheler devam edecektir.

### **Kaynaklar**

- 1) Gültezer Hatırnaz Erol, Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2009.
- 2) Halide Savaş, Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2009.
- 3) Hayrünisa Özdemir, Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi, Yetkin Yayınları, Ankara 2004.
- 4) Mustafa Kıcalıoğlu, Doktorların ve Hastanelerin Tıbbi Müdahaleden Kaynaklanan Hukuki Sorumlulukları, Adalet Yayınevi, Ankara 2011
- 5) www.kazanci.com

## 4.

### JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİKTE KARŞILAŞILAN TIBBİ UYGULAMA HATALARI: DAVA ÖRNEKLERİ

**Av. Halide SAVAŞ**

*Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Uzmanı*

*İstanbul Barosu Sağlık Hukuku Merkezi*

Jinekoloji ve Obstetrikte yani Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanlık Dalında karşılaşılan tıbbi uygulama hataları ve bu hataların yargıya yansımaları halindeki davaların seyri ve sonuçları konusundan bahsedeceğimiz bu makalede önce, yargıya yansımış sonuçlanmış tıbbi malpraktis davalarının genel irdelemesine bakmakta fayda olduğunu düşünmekteyiz. Bu nedenle Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları kitabımızdan bazı tabloları aşağıda aktarmak istiyoruz.

#### ***Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hatalarının Yapıldığı Sağlık Mesleklerine Göre Dağılımı:***

Sağlık Meslekleri	n	%
Hekimlik faaliyetleri sırasında oluşan hatalar	112	% 82
Hemşirelik ( ebelik) faaliyetleri sırasında oluşan hatalar	20	% 14.5
Sünnetçilik faaliyetleri sırasında oluşan hatalar	3	% 2.1
Eczacılık faaliyetleri sırasında oluşan hatalar	2	% 1.4
TOPLAM	137	% 100

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere en çok hekimlik faaliyetleri sırasında oluşan tıbbi müdahale hataları yargıya yansıtılmıştır.

***Hekimlik Faaliyetleri Sırasında Oluşan Tıbbi Müdahale Hatalarının Uzmanlık Dallarna Göre Dağılımı:***

Uzmanlık Dalı	n	%
Kadın Doğum	30	% 26.7
Genel Cerrahi	11	% 9.8
Anestezi	8	% 7.1
Ortopedi	7	% 6.2
Göz	7	% 6.2
Diş	6	% 5.3
Acil	5	% 4.4
Çocuk	5	% 4.4
Kbb	5	% 4.4
Uzmanlık dalı karardan anlaşılamayan doktor	5	% 4.4
Üroloji	4	% 3.5
Kalp damar cerrahisi	3	% 2.6
Beyin Cerrahi	3	% 2.6
Plastik Cerrahi	3	% 2.6
Kardiyoloji	2	% 1.7
Psikiyatri	2	% 1.7
Dahiliye	2	% 1.7
Cildiye	1	% 0.8
Göğüs cerrahisi	1	% 0.8
Radyoloji	1	% 0.8
Göğüs Hastalıkları	1	% 0.8
TOPLAM	112	%100

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere en çok Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlık dalındaki tıbbi müdahale hataları yargıya yansıtılmıştır.

## ***Kadın Doğum Tıp Alanını İlgilendiren Tıbbi Müdahale Hatalarının***

### ***Sonuçlarına Göre Dağılımı:***

Sonuçlar (Kusurlar)	n	%
Ölüm	10	% 33
Cismen eza görme	6	% 20
Uzuv kaybı	5	% 16
Engelli bebek doğması	4	% 13
Konjenital anomalili bebek doğması	3	% 10
Bitkisel hayata girme	1	% 3
Bebek karışması	1	% 3
TOPLAM	30	% 100

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlık dalında yargıya yansıtılan tıbbi müdahale hataları sonucunda en çok ölüm gerçekleşmiştir.

Şimdi, ölümlerle sonuçlanan bu tıbbi müdahale hatalarının neler olduğunu ve yargılamaların nasıl sonuçlandığını Kitabımızın ilgili bölümüne atıfla aktaralım:

### ***Ölümlerle Sonuçlanan Kadın Doğum Tıp Alanı Hataları:***

1- “Sanığın aşamalarda savunmaları ve bu doğrultudaki katılan Naciye A. ve hemşire Fatma S.’in anlatımlarına göre, bebeğin kalp sesleri alınmadığı aşamada sanık doktor çağrılmış ve hastaya müdahale etmiştir. Dosyadaki anlatımların tersine Yüksek Sağlık Şurasının vakum uygulamasında çocuğun sağ olduğu yolundaki kabule nasıl ulaştığı rapor içeriğinden anlaşılamamaktadır. Bu durum karşısında sanığın yazılı savunmaları ile savunmaya ekli bilimsel görüşler ve tüm dosya Yüksek Sağlık Şurasına gönderilerek çocuğun sağ olarak doğup doğmadığı, sağ olarak doğmamışsa nedeni, sağ olarak doğmuşsa bulunduğu durum, geçirilen ve geçirilecek olan süreler de dikkate alındığında; sanık hekimin seçtiği müdahale biçimi dışında bir müdahale yönteminin sonucu değiştirip değiştirmeyeceği, özetle meydana gelen sonuçla sanığın müdahale biçimi açısından doğrudan nedensellik bağı kurulup kurulamayacağı saptandıktan sonra sonucuna göre karar verilmesi gerekirken eksik inceleme ve yetersiz gerekçe ile hüküm kurulması yasaya aykırıdır.” (Yargıtay 4.C.D. 1.4.1993, 649/2611)

2- “Olayımızda Reyhan’ın 17.4.1999 günü hastaneye başvurup “placenta previa marginalis” tanısıyla riskli gebe servisine yatırıldığı, 18 ve 19 Nisan günleri bekletildiği, 20.4.1999’da doğumhaneye gönderilip, Dr. C. tarafından

değerlendirildiği, normal doğum düşünülüp, indüksiyon sırasında kanamanın artması üzerine Dr. İ. ve ekibi tarafından sectio yapıp, yoğun bakıma alınıp, ardından sanık F'in klinik şefi, sanık C.'in sorumlu uzman ve sanık A'nin asistan olduğu 1. Kadın Doğum Servisinde tedavisinin sürdürüldüğü anlaşılmasına göre, ..." (Yargıtay 6. Ceza Dairesi E. 2002/24001 K. 2004/1381 T. 17.2.2004) <sup>1</sup>.

3- "...SSK Hastanesi hekimi olan sanığın doğum tarihini tamamlayan bebeği, zamanında almayarak ölü doğuma yol açıp açmadığı hususundaki kusurunun bulunup bulunmadığının Yüksek Sağlık Şurasından görüş alınarak araştırılmadan eksik soruşturma ile karar verilmesi, Yasaya aykırı ve katılan C. vekili'nin temyiz nedenleri ile tebliğnamedeki düşünce yerinde görüldüğünden HÜKMÜN BOZULMASINA, yargılamanın bozma öncesi aşamadan başlayarak sürdürülüp sonuçlandırılmak üzere dosyanın esas/hüküm mahkemesine gönderilmesine, 8.6.2004 tarihinde oybirliğiyle karar verildi. " (Yargıtay 4. Ceza Dairesi E. 2003/9165 K. 2004/7226 T. 8.6.2004)

4- "Doğum servisinde hekim olan sanığın, doğum safhasında gerekli mesleki özeni gösterip göstermediği, yapılması gereken işlemler konusunda bir savsamasının bulunup bulunmadığı, bulunduğu saptandığı takdirde de yükletilen savsama niteliğindeki eylemler ile bebekte ortaya çıkan tıbbi sorunlar ve sonucunda meydana gelen ölüm arasında bir nedensellik bağı ve sanığa atfedilebilecek bir kusur bulunup bulunmadığı, sanığın kendisine yasal normlar çerçevesinde yükletilen sorumluluklarını yerine getirmesi durumunda dahi aynı sonuçların gerçekleşip gerçekleşmeyeceğinin belirlenmesi açısından dosya ile birlikte ilgili tüm raporlar ile hastane kayıt ve belgeleri gönderilmek suretiyle Yüksek Sağlık Şurasından görüş alınması ve sonucuna göre sanığın hukuksal durumunun belirlenmesi gerekirken, eksik soruşturma ve yetersiz gerekçeyle (görevi savsama suçundan açılan davada) beraat kararı verilmesi, yasaya aykırı görüldüğünden hükmün bozulmasına karar verildi." (Yargıtay 4.C.D. 12.7.2006, 2004/10373 - 2006/13795)

---

1 SONUÇ : " Dikkatsizlik ve tedbirsizlikle ölüme sebebiyet vermek ve sahtecilik suçlarından sanık F, C. ve A. haklarında yapılan duruşma sonunda sanıkların sahtecilik suçundan beraatlerine, ölüme sebebiyet vermek suçundan TCK'nun 455/1-son, 72, 647 sayılı Kanununun 4-6. maddeleri gereğince 150.158.333 lira ağır para cezası ile mahkumiyetlerine ilişkin ( K. İkinci Ağır Ceza Mahkemesi )nden verilen 22.3.2002 tarihli hükmün Yargıtay'ca incelenmesi (...) istenilmiş olduğundan (...) gereği görüşülüp düşünüldü: Davanın öncelikli bilirkişisi Mahkeme Kurulu olup, Yüksek Sağlık Şurası Kararı da bilirkişi raporu niteliğinde olduğundan bunun değerlendirilmesi ve gerekirse Adli Tıp Kurumu Başkanlığından da görüş sorulup, buna göre gereğinin takdiri de mahkemeye aittir.

(...) ardından sanık F'in klinik şefi, sanık C'in sorumlu uzman ve sanık A'nin asistan olduğu 1. Kadın Doğum Servisinde tedavisinin sürdürüldüğü anlaşılmasına göre, normal doğum için bekletme ve sonrasında yapılan sezaryenle sanıkların herhangi bir ilişkisinin açıklanmadığı Yüksek Sağlık Şurası raporundaki maddi öğeye uymayan değerlendirme esas alınarak yazılı şekilde hükümlülük kararı verilmesi, (...) Bozmayı gerektirmiş, katılan S. vekili ile katılan SSK. Başkanlığı vekilinin, sanıklar F, C. ve A. savunmalarının temyiz itirazları ve tebliğnamedeki düşünce bu itibarla yerinde görülmüş olduğundan hükmün açıklanan nedenlerle(BOZULMASINA ), 17.2.2004 gününde oybirliğiyle karar verildi." (Yargıtay 6. Ceza Dairesi E. 2002/24001 K. 2004/1381 T. 17.2.2004)



5- “Davacılar vekili karı koca olan müvekkillerinden H.H’ nun 7 aylık hamile iken rahatsızlandığını davalılardan Dr. A.O’nun sahibi bulunduğu B.V. Hastahanesine götürüldüğünü; burada davalı Dr. A. DÇ’in muayenesi ile doğum yapacağını teşhis edildiğini ve aynı gün gece saat 2.00 sularında sancuların artması üzerine hastahanesinin doğumhane kısmına alındığını ve yaklaşık bir saat sonra bir erkek çocuğunun dünyaya geldiğini, bir süre sonra çocuğun öldüğünü ve morga kaldırıldığını Dr. A. D’in bildirdiğini, aynı günün sabahı da ölümü belgeleyen ve B.Sağlık İşleri Müdürlüğü ne yazılmış yazının Hastahane tarafından kendilerine verildiğini mezarlığa götürmek için çocuklarını Hastahanedan aldıklarında çocuğun ölmeyip sağ olduğunun tesbit edildiğini, davalıların paniğe kapılarak hemen çocuğu ... Tıp Fakültesi Hastahanesine sevk ettiklerini doğumun akabinde küveze alınmaması ve 8 saat morgda kalması nedeni ile aynı günün gecesi saat 12.00 sularında tüm uğraşlara rağmen öldüğünü, davalıların gerekli özen göstermemeleri, ihmalleri ve mesleklerindeki acemilikleri nedeni ile olayın vukua geldiğini öne sürerek her bir müvekkili için ... TL. manevi ve H.H. için ... TL.sı E.H. için ... TL. maddi tazminatın ortaklaşa ve zincirleme davalılardan alınmasına karar verilmesini istemişlerdir.

Davalılar, hastanın muayenesinde elde edilen bulgularla erken doğum yapma zorunluğunun tesbit edildiğini doğumundan sonra 25-26 haftalık doğan bebeğin yaşama şansının az olduğunun prematüre servisi olan Fakülteye götürülebileceğinin hasta sahiplerine bildirdikleri halde kabul edilmediğini, bebeğin aspire edilip oksijen verilerek Anestesi ve Reznimasyon uzman tarafından tedaviye ve küveze alındığını bu arada Dr. A.D’in bir iki saat dinlenmek üzere uyduğunda Sekreter N.K.’ın telefonla bebeğin öldüğünü ölüm raporunda ölüm nedeninin ne olacağını Dr. A.D.’dan sorduğunu onun da ( inma türife ) olabilir dediğini, sekreterin bu şekilde düzenlediğini ölüm raporunun Dr. A.D. ile Hastahane Başhekimini yerine Dr. B.C. imzaladığını ve bebeğin dedeleri olduğunu söyleyen bir kişiye verildiğini bebeğin Hastahanedan alınması istenildiğinde, Dr. E.G’in çocuğun yaşadığını hasta sahiplerine bildirdiğini, buna rağmen bir yanlışlık neticesi verilen ölüm raporuna davacılar dayanıp hazırladıkları senaryo ile hemen Mezarlıklar Müdürlüğü ne başvurarak mezar kazdırıp gazetecileri de çağırarak artistik pozlar verip resim çektirdiklerini, bebeğin Fakülteye nakli hususunda Dr. E.G’in önerisine hasta sahiplerinin ısrarla karşı koyduklarını, bebeğin normal sağlık durumu nedeni ile yaşatılmadığını, bebeğin morga alınması gibi bir olayın olmadığını, tüm gerekli Tıbbi Müdahale ve Tedavilerin yerine getirildiğini, kusurları bulunmadığını savunmuşlar davanın reddini dilemişlerdir.” (Yargıtay 13. Hukuk Dairesi E. 1994/8557 K. 1994/2138 T. 4.3.1994) <sup>2</sup>

2 SONUÇ : “ Tüm dosyadaki delil ve belgeler ile davalıların savunmaları, ölmeyen bir bebeğe ölü raporu düzenlenip verildiğini Tıp biliminin kabul ettiği bütün kurallara uygun müdahale ve tedbirler alınarak bebeğin hemen prematüre servisine nakledilmediğini aradan hayli zaman geçtikten sonra bebeğin Fakülteye gönderildiğini ve orada öldüğünü böylece olayın bir kayıtsızlık ve kargaşalık içinde cereyan ettiğini çok açık bir şekilde doğrulamıştır. Şu durum karşısında orta seviyede bir kimsenin yani tedbirli bir doktorun aynı hal ve şartlar altında göstereceği mutad ihtimam ve özenin davalılarca gösterilmediği açık olup ihmali ve tedbirsizliklerinin kabulü zorunlu olmaktadır.

6- “ Davacıların eşi ve annesi olan Ayten’in, SSK Hastanesi doktoru ve hemşiresi olan davalıların ihmalleri sonucunda doğum yaparken bebeği ile birlikte vefat ettiği ileri sürülmekte ve buna bağlı olarak da zararın giderilmesi istenmektedir.” (Yargıtay 21. Hukuk Dairesi E. 2003/10347, K. 2004/765, T. 9.2.2004) <sup>3</sup>.

7- “ Davacı, M. S. E. ‘ye velayeten babası Ş. E. tarafından açılan davada, küçük M. S.’nin annesi S. E.’nin 20.7.1998 tarihinde, davalı şirkete ait Özel Ş. Hastanesinde, diğer davalı doktor A. B. refakatinde davacı küçüğü doğurduğunu, aynı gün taburcu edildiğini, doğumdan 6 gün sonra kontrol için davalılara başvuran S. ‘nin normal olduğu söylenerek eve gönderildiğini, 2 gün sonra ise yüksek ateş şikayeti ile önce Devlet Hastanesine, oradan davalı hastaneye, buradan da D.D. Tıp Fakültesi Hastanesine sevk edilerek yapılan müdahaleye rağmen 2.8.1998 tarihinde vefat ettiğini, davalı doktor hakkında açılan ceza davası sırasında Yüksek Sağlık Şurasından alınan raporda doktorun 4/8 kusurlu bulunduğunu,

---

Hal böyle olunca böyle bir olayın içerisinde yaşayan anne ve babanın ruh ve bedeni huzurlarının bozulmadığını düşünmek mümkün değildir. O nedenle olayda belirlenen özel hal ve şartlar, duyulan elem ve acı göz önünde tutularak başka bir araştırmaya da gerek görülmeden evvelemede davacılar yararına maneavi tazminat takdir olunup hükümlenmelidir.

Yine Mahkemece Yüksek Sağlık Şurasının olayın en normal dikkat ve özen zorunluluğunu bir yana iterek dosyadaki delillere; özellikle davalılarca kabul edilen olgulara uygun düşmeyen yetersiz görüşlerini benimsemesi usulün 275 ve ardından gelen maddeleri hükümlerine aykırıdır. Doktorun sorumluluğunu tayin ederken hakim; olayların özelliğine uymayan, dayanakları gösterilmeyen ve özellikle kesinlikle saptanan maddi olgular karşısında inandırıcı olmaktan uzak bulunan Yüksek Sağlık Şurası raporu ile bağlı değildir. Bütün bunların yanında, esasen 1219 sayılı yasanın 75. maddesi tıbbi konularda Yüksek Sağlık Şurası düşüncesinin Ceza Mahkemesini bağlayacağı belirtilmiştir. Bu durumda bu merciin görüşlerinin Hukuk Mahkemesini bağlayacağı da düşünülemez. Yasa hükmü bu doğrultuda olduğuna göre usulün 276/11 maddesine dayanılarak Yüksek Sağlık Şurasının hukuk davalarında, çözümlenmesi gerekli tıbbi sorunlar için seçilmesi ve düşüncesine başvurulması zorunlu bilirkişi kurulu olduğu da kabul edilemez. Şu durum karşısında maddi tazminat yönünden; davalıların mesleki özen ve ihtimama ilişkin yükümlülüklerini ifa sırasında gösterdikleri az yukarıda açıklanan eksik eylemleri ile zararlı sonuç ( bebeğin ölümü ) arasında uygun illiyet bağının var olup olmadığı,eylemin niteliği itibariyle olayların doğal ve alışılmış ( mutad ) akışına, hayat deneyimlerine ve objektif ihtimallere göre, meydana gelmiş zarar türünden bir zararı doğurmaya elverişli olup olmadığı öncelikle saptanmalıdır. Bunun için Mahkemece bebeğin nakledildiği Fakültede tutulmuş dosya ve kayıtlar varsa getirilmeli dava dosyası ile birlikte Adli Tıp Büyük Kuruluna gönderilmeli, dosyadaki iddia, savunma, tüm delillerin ve olayın gelişiminin verdiği kanaatla değerlendirilerek zararın meydana gelmesinde davalıların varlığı kanıtlanan mesleki ihmal ve tedbirsizliklerin zararın ( ölümün ) meydana gelmesinde mutlak ve tek etken olup olmadığı konularında gerekçeli ve dayanakları yazılmış görüş istenmeli hasıl olacak uygun sonuç çerçevesinde maddi tazminat yönünden de bir karar verilmelidir. Hukuki nitelendirmede maddi olgular ve delillerin takdirinde apaçık hataya düşülerek özellikle dosya içeriğine uygun düşmeyen Yüksek Sağlık Şurası raporu benimsenerek yazılı şekilde davanın reddine karar verilmesi usule ve yasaya aykırıdır. Bozma nedenidir.” (Yargıtay 13. Hukuk Dairesi E. 1994/8557 K. 1994/2138 T. 4.3.1994)

3 SONUÇ : “Dava nitelikçe, kamu görevlisi bulunan doktor ve hemşirenin hizmetten ayrılmayan hizmet içi görev kusuruna, giderek çalıştırılan haksız eylemine dayandığından davanın yasal dayanağı belirgin olarak B.K.’nun 55 ve Anayasanın 129/5. maddesidir Başka bir anlatımla, uyuşmazlık 506 sayılı Kanundan kaynaklanmadığı açıktır. Hal böyle olunca uyuşmazlığın çözüm yerinin 506 sayılı Kanunun 134. ve 5521 sayılı Kanunun 1. maddesi gereğince İş Mahkemesi olmayıp miktara göre Sulh veya Asliye Hukuk Mahkemesi olduğu açık-seçiktir. Yüksek Hukuk Genel Kurulu’nun 26.2.2003 tarih E.2003/21-95, K.2003/113 sayılı kararı da bu doğrultudadır. O halde davacıların bu yönleri amaçlayan temyiz itirazları kabul edilmeli ve hüküm bozulmalıdır. ” (Yargıtay 21. Hukuk Dairesi E. 2003/10347 K. 2004/765 T. 9.2.2004)

davalı doktor ve hastanenin kusurlu ve özensiz davranışları yüzünden ölümün gerçekleştiğini ileri sürerek davacı küçük için ...TL maddi tazminat ile ...TL manevi tazminatın ölüm tarihinden itibaren yasal faizi ile davalılardan tahsiline karar verilmesini istemiştir. Davalılar davanın reddini savunmuşlardır. (Yargıtay 13. Hukuk Dairesi E. 2005/3645 K. 2005/11796 T. 8.7.2005) <sup>4</sup>

8- “Davacılar, (...) davalı doktor A.N.’nin hamileliği takibi sırasında gerekli özeni göstermeyerek bebekteki kalp rahatsızlığını teşhis ve tespit edememekte kusurlu bulunduğunu ileri sürerek davacı Zafer için ...TL maddi tazminat ile davacıların her biri için ...TL manevi tazminatın tahsilini istemiştir.

Davalılar, davacı Ö.Z.’ün doğumu için gerekenin yapıldığını, kusurlarının bulunmadığını, savunarak davanın reddini dilemişler, davalılardan V.K.V.A. Hastanesi birleştirilen davada, hastane masraflarının ödenmediğini, başlatılan icra takibine de itiraz edildiğini ileri sürerek itirazın iptalini ve %40 inkar tazminatının ödetilmesini istemiştir.” (Yargıtay 13. Hukuk Dairesi E. 2006/6143 K.2006/11224 T.7.7.2006) <sup>5</sup>.

4 SONUÇ : “ Somut olayda, hükme esas alınan Adli Tıp Genel Kurulunun 29.1.2004 tarihli raporunda, davalı doğum ve kadın hastalıkları uzmanı Dr. A.’nin, davacının annesi olan S.’nin doğum sonrası takibinde özensiz ve dikkatsiz davrandığı, kontrolleri sırasında başlamış olan enfeksiyona yönelik bir tedaviye başlamadığı, bu nedenle olayda 2/8 oranında kusurlu bulunduğu açıklanmıştır. Raporunda her ne kadar davalı hastanenin kusuru bulunmadığı belirtilmiş ise de davalı hastane, çalıştırdığı personelin seçiminde gerekli özeni göstermediğinden doktor ile aynı oranda kusurlu olduğu kabul edilmelidir. Dosya içindeki raporlarda davacının bir kusurundan bahsedilmemektedir. Tüm bu açıklamalar ışığında, taraflar arasındaki uyumsuzluk vekalet aktinden kaynaklandığına, davalıların her türlü özen gösterme borcu olup, en hafif kusurundan bile sorumlu olduğuna göre, zararın tamamından sorumlu tutulmaları gerekirken, maddi zarar hesabında kusur oranına göre indirim yapılmış olması usul ve yasaya aykırı olup bozmayı gerektirir. ” (Yargıtay 13. Hukuk Dairesi E. 2005/3645 K. 2005/11796 T. 8.7.2005)

5 SONUÇ : Bu dosyada ilk derece mahkemesi, davacıların davasını 3.4.2002 tarihli Adli Tıp Raporuna dayanarak reddediyor, davalıların hastane masrafları dolayısıyla açtığı, birleştirilen itirazın iptali davasını kabul ediyor. Hüküm temyiz ediliyor. Temyizde ilk derece kararı, itirazın iptalinde faize faiz yürütülemeyeceği yönünden bozuluyor, diğer yönlerden onanıyor. Dosya karar düzeltmeye gidiyor. Karar düzeltmede Yüksek Mahkeme,

“ Mahkemece hükme dayanak alınan 3.4.2002 tarihli Adli Tıp raporunda (...) hastayı tüm gebelik boyunca izleyen ve doğumsal kalp damar hastalığı teşhisini koymakta yetersiz kalan Dr. A. N.’nin sorumlu olduğu belirtilmektedir. Hamileliği takip eden ve aynı hastanede çalışan doktor A. N.’nin, hamileliğin takibinde ve doğumsal kalp rahatsızlığı, teşhisini koymakta kusur ve ihmalinin bulunduğu ve bunun da dava konusu tazminatı gerektirir olayı doğurduğunun saptanması ve kurtuluş kanıtının getirilememesi halinde, davalı hastanenin de az yukarıda açıklanan kusursuz sorumluluk ilkesi gereğince sorumlu olduğunun kabulü gerekir. 0 halde mahkemece hamileliği takip eden dava dışı Dr. A. N.’nin bu takip sırasında kusur ve ihmalinin bulunup bulunmadığı, varsa bunun derecesi ve Borçlar Kanununun 55. maddesinin şartları, tarafların iddia ve savunmaları, tüm deliller birlikte değerlendirilerek, gerektiğinde yeniden rapor alınmak suretiyle incelenmeli, hasil olacak sonuca göre bir karar verilmesi gerekirken, bu husus göz ardı edilerek, eksik inceleme ile, olaydan dolayı kusurunun bulunmadığı gerekçesiyle hastane hakkında açılan davanın reddine karar verilmiş olması usul ve yasaya aykırı olup, hükmün bu nedenle de bozulması gerekirken Dairemizce zuhulen düzeltilerek onandığı bu kez yapılan inceleme ile anlaşılması olduğundan, davacıların karar düzeltme taleplerinin kabulüne (...) karar vermek gerekmiştir.” denilmek suretiyle bozulmuş olup, mahkemece yapılan yargılama sonunda davalılar, V.K.V.A. Hastanesi, B. U., C. A. ve A. N. hakkında açılan davaların reddine karar verilmiş; hüküm davacılar tarafından temyiz edilmiştir.

Mahkemece bozmaya uyulmak suretiyle yapılan yargılama sonunda “ Adli Tıp Kurulunun 20.5.2005 tarihli raporunda, C.Tıp Fakültesi Pediatri A.B.D. Pediatrik Kardiyoloji Bilim Dalı Başkanlığından Doç.

9- “Davacıların miras bırakanı Sabiha'nın düşük yaptıktan sonra Plesante ( Eş )in gelmemesi üzerine akrabaları tarafından kürtaj için davalı doktorun muayehanesine götürülerek ücret ödenmek suretiyle kürtaj yaptırıldığı kürtajdan hemen sonra doktorun hastayı evine gönderdiği kanamanın durmaması ve hastanın sağlık durumunun endişe verici bir hal alması üzerine yine davalı doktora başvurulduğu bu defa doktorun serum reçetesi yazarak özel bir hastane ismi vermek suretiyle oraya gitmesini bildirdiği, burada yapılan seruma rağmen iyileşme olmaması karşısında hastanın devlet hastanesine götürüldüğü ve kısa bir süre sonra hastanede öldüğü dosyada bulunan belge ve sair delillerden açıkça anlaşılmaktadır.” ( Yargıtay Hukuk Genel Kurulu E. 1976/4-3596 K. 1978/696 T. 28.6.1978) <sup>6</sup>.

10- “ Dava, Sosyal Sigortalar Kurumu E.Kadın ve Doğum Eğitim Hastanesi'nde doğan çocuklarını, doğumun gerektiği gibi yapılmaması, hatalı olarak doğum işlemleri uygulanması nedeniyle doğumda oluşan travma sonucu kaybettiklerini ileri sürerek zararlarının karşılanması amacıyla maddi ve manevi tazminatın

---

Dr. A.G.E. tarafından hazırlanan rapor ve kurul raportörü C.Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.R.M.'nin katılımı ile yapılan değerlendirme sonucunda; bu tür kalp anomalilerinin intrauterin %40 oranında tanınabileceği, ancak tanı için hamilelik döneminde yapılacak fetal ekokardiyografi incelemesinin düşündürecek risk faktörlerinin (kromozom anomalisi, kızamıkçık, diyabet mellitus gibi annede hastalık öyküsü) bilinmesi ya da şüphelenilmesi gerektiği, dosyada bu tip bir kayıt olmadığı, hastalık tanınsa bile tahliye endikasyonu oluşmadığı, bu nedenle doktor N.A. ve V.K.A.Hastanesine atfı kabil kusur bulunmadığı, bebeğin doğumdan sonraki takiplerde her hangi bir kusur olup olmadığını zamanında klasik otopsi yapılarak ölüm nedeni belirlenmemiş olması nedeniyle bilinmeyeceği açıklanmıştır. Ancak, bu halde, dosya içerisinde bulunan adli tıp raporları birbiri ile çelişkili olup hüküm kurmaya elverişli, inandırıcı ve tatminkar olmaktan uzaktır. Öyle olunca çelişkili rapora itibar edilip, hüküm kurulmaz. 0 halde mahkemece yapılacak iş; üniversitelerin ilgili anabilim dallarından seçilecek konusunda uzman bilirkişilerden oluşturulacak bir kurul aracılığı ile hastanede tutulmuş dosya ve kayıtlar, dosyadaki raporlar, taraf savunmaları, tüm deliller birlikte değerlendirilerek, yapılması gerekenle yapılan müdahale ve tedavinin ne olduğu, tıbbın gerek ve kurallarına göre olayda doktor hatası olup olmadığını gösteren, nedenlerini açıklayıcı, taraf, mahkeme ve Yargıtay denetimine elverişli rapor alınmak ve böylece hasıl olacak sonuca uygun karar vermektir. Eksik inceleme ve mevcut delileri değerlendirmede yanılığa düşülerek yazılı şekilde karar verilmesi usul ve yasaya aykırı olup bozma nedenidir. ” (Yargıtay 13. Hukuk Dairesi E. 2006/6143 K.2006/11224 T.7.7.2006)

6 SONUÇ : “...Her ne kadar morg mütehasssısı ile bilirkişi potoloğ tarafından düzenlenen 11.8.1965 günlü Adli Tıp Raporu ile Yüksek Sağlık Şurası'nın 28.5.1970 günlü raporlarında ölüm septismemiye bağlanmış ise de yukarıda ayrıntıları ile belirtilen olayların inkişafı ve özellikle otopsi sonuçları, ölümün davalı doktor tarafından tedbirsiz ve acemice yapılan kürtaj sonucu rahim mükozası ve adalelerinin ileri derecede harabiyete uğramasından ileri geldiğinin ve ilk nedenselliğın tedbirsiz ve acemice yapılan kürtaj ile bağlantılı olduğunun kesin delilleridir.

Kaldığı davalı doktorla müteveffa arasında kürtaj yapılması konusunda akdi bir bağ doğduğuna göre BK.nun 96. maddesi hükmü karşısında davalı doktor kendisine hiç bir kusur isnat edilemeyeceğini kanıtlamadıkça yaptığı işten doğan zararı tazmine mecburdur. Dosyadaki deliller davalı doktorun bu ispat yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılmasına elverişli nitelikte değildir. Bu nedenlerle tazminat yönünden gerekli inceleme yapılarak bir karar verilmesi gerekirken önceki kararda direnilmesi usul ve yasaya aykırı olduğundan direnme kararı bozulmalıdır.” (Yargıtay Hukuk Genel Kurulu E. 1976/4-3596 K. 1978/696 T. 28.6.1978)

davalılardan tahsili istemiyle açılmıştır.” (Uyuşmazlık Mahkemesi Huk. Bölümü E. 2006/251 K. 2006/271 T. 25.12.2006 )<sup>7</sup>.

## 2. OTURUM: JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİKTE ADLİ RAPORLARIN DÜZENLENMESİ VE BİLİRKİŞİLİK UYGULAMALARI

Moderatör: Prof. Dr. Fuat Demirci/ Doç. Dr. Abdi Özasan

*İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Kadın ve Doğum Hastalıkları AD/ İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp AD*

## 5.

### KADIN DOĞUM ALANI İLE İLGİLİ YASAL DÜZENLEMELERİN ADLİ-TIBBİ YÖNÜ

**Prof. Dr. Gürsel Çetin**

*İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp AD*

Kadın-Doğum alanını, bu alanda yapılan uygulamaları ilgilendiren birçok yasal düzenleme olup, bu düzenlemeler ve yapılan uygulamalar adli tıp alanını da yakından ilgilendirmektedir. Bu makalede ilgili yasal düzenleme verildikten sonra kısa bir açıklama yapılacaktır.

TMK Md.28: Kişilik, çocuğun sağ olarak tamamıyla doğduğu anda başlar ve ölümle sona erer.

Çocuk hak ehliyetini, sağ doğmak koşuluyla, ana rahmine düştüğü andan başlayarak elde eder.

Türk Medeni Kanunu'nun bu maddesine göre bir yeni doğan, doğumda veya

**7 SONUÇ** : “ Sosyal Sigortalar Kurumu Etlik Kadın ve Doğum Eğitim Hastanesi, olayın olduğu tarihte Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlıyken, A. 21. Asliye Hukuk Mahkemesi'nin davayı incelediği aşamada 5283 sayılı Yasa uyarınca Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

Bu duruma göre, hastanenin kamu hizmetini yürüttüğü sırada kişilere verdiği zararın tazmini istemiyle açılan bu davada, kamu hizmetinin yöntemine ve hukuka uygun olarak yürütülüp yürütülmediğinin, hizmet kusuru veya başka nedenle idarenin sorumluluğu bulunup bulunmadığının saptanması gerekmektedir. Bu hususların saptanması ise idare hukuku ilkelerine göre yapılabileceğinden, 2577 sayılı Yasa'nın 2. maddesinin 1. fıkrasının ( b ) bendi kapsamında bulunan tam yargı davasının görüm ve çözümünde idari yargı yerleri görevlidir.

Açıklanan nedenlerle, Danıştay Başsavcısı'nca yapılan başvurunun kabulü ile Asliye Hukuk Mahkemesi'nin davalı Sağlık Bakanlığı'nca yapılan görev itirazının reddine ilişkin kararının kaldırılması gerekmiştir.

Davanın çözümünde İDARİ YARGININ görevli olduğuna, bu nedenle Danıştay Başsavcılığı'nın BAŞVURUSUNUN KABULÜ ile A. 21. Asliye Hukuk Mahkemesi'nce davalı Bakanlık yönünden verilen 29.6.2006 gün ve E:2006/157 sayılı GÖREVLİLİK KARARININ KALDIRILMASINA, 25.12.2006 gününde OYBİRLİĞİ İLE KESİN OLARAK karar verildi.” (Uyuşmazlık Mahkemesi Huk. Bölümü E. 2006/251 K. 2006/271 T. 25.12.2006)

hemen sonrasında ölmüşse, doğumdan sonra nefes alıp almamış olması son derece önemlidir. Örneğin miras paylaşımı bakımından çok önemli değişiklikler ortaya çıkabilir. Bu nedenle doğum yapılan klinikteki bulgular ve kayıtlar büyük önem taşıyacaktır. Örneğin çocuğun ağlamış olması ve kayda geçmesinin büyük önemi vardır. Bu konu ile ilgili bir tereddüt varsa bebeğe otopsi uygulanması gerekir. Çocuğun birkaç kez bile nefes almış olması canlı doğduğunun göstergesi olacaktır. Yeni doğan otopsilerinin amacı sadece ölüm nedenini veya ölüme etkili faktörleri saptamak değildir. En önemli amaçlarından biri; çocuğun canlı doğup doğmadığının tespitidir.

TMK Md.132: Evlilik sona ermişse, kadın, evliliğin sona ermesinden başlayarak üç yüz gün geçmedikçe evlenemez. Doğurmakla süre biter.

Kadının önceki evliliğinden gebe olmadığına anlaşılması veya evliliği sona eren eşlerin yeniden birbiriyle evlenmek istemeleri hallerinde mahkeme bu süreyi kaldırır.

Türk Medeni Kanunu'nun bu maddesine göre "İddet müddeti" adı verilen süre geçmedikçe, boşanmış bir kadın tekrar evlenememektedir. Günümüzde mahkemeler bu süreyi beklememekte ve kadının gebe olmadığını ispatlaması halinde evlenmesine izin vermektedirler. İşte bu noktada da Kadın-Doğum disiplinine önemli bir görev düşmektedir. Kadın muayene edilecek, gerekli tetkikler yapılacak ve bir rapor düzenlenecektir. Muayene bulgularının neler olduğu ve tetkik sonuçları rapora açıkça yazılmalı ve rapor gerekçeli hale getirilmelidir.

TMK Md.285: Evlilik devam ederken veya evliliğin sona ermesinden başlayarak üç yüz gün içinde doğan çocuğun babası kocadır.

Bu süre geçtikten sonra doğan çocuğun kocaya bağlanması, ananın evlilik sırasında gebe kaldığının ispatıyla mümkündür.

Türk Medeni Kanunu'nun bu maddesine göre de mahkemeler kadının ne zaman gebe kaldığının veya gebelik yaşının tespitini isteyecektir. İşte bu noktada da Kadın-Doğum disiplinine önemli bir görev düşmektedir. Kadın muayene edilecek, gerekli tetkikler yapılacak ve bir rapor düzenlenecektir. Muayene bulgularının neler olduğu ve tetkik sonuçları rapora açıkça yazılmalı ve rapor gerekçeli hale getirilmelidir.

TMK Md.287: Çocuk evlilik içinde ana rahmine düşmüşse davacı, kocanın baba olmadığını ispat etmek zorundadır.

Evlenmeden başlayarak en az yüz seksen gün geçtikten sonra ve evliliğin sona ermesinden başlayarak en fazla üç yüz gün içinde doğan çocuk evlilik içinde ana rahmine düşmüş sayılır.

Türk Medeni Kanunu'nun bu maddesine göre önemli bir adli-tıbbi problem ortaya çıkabilir. Kadın-doğum disiplini açısından yapılacak incelemelerin ayrıntılı ve gerekçeli olması şart olacaktır.

TCK Md.81: Bir insanı kasten öldüren kişi, müebbet hapis cezası ile cezalandırılır.

TCK Md.82: f) Gebe olduğu bilinen kadına karşı ..... Kişi ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası ile cezalandırılır.

Türk Ceza Kanunu'nun bu maddesine göre kadın ölmüşse Adli Tıp alanı görev yapacak ve otopside kadının gebe olduğu saptanacaktır. Ancak ölüm meydana gelmez ve eylem teşebbüs aşamasında kalırsa Savcılık veya Mahkeme, bir kadın-doğum kliniğinden kadının gebe olup olmadığını tespitini isteyebilir.

TCK Md.87(1): Kasten yaralama fiili mağdurun .....

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına ..... Yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza bir kat artırılır.

TCK Md.87(2): Kasten yaralama fiili mağdurun .....

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine ..... Yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza iki kat artırılır.

TCK Md.89(2): Taksirle yaralama fiili mağdurun .....

e) Gebe bir kadının çocuğunun vaktinden önce doğmasına ..... Birinci maddeye göre belirlenen ceza yarısı oranında artırılır.

TCK Md.89(3): Taksirle yaralama fiili mağdurun .....

e) Gebe bir kadının çocuğunun düşmesine ..... Birinci fıkraya göre belirlenen ceza bir kat artırılır.

TCK Md.95(1): İşkence fiili mağdurun .....

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına ..... Belirlenen ceza yarı oranında artırılır.

TCK Md.95(1): İşkence fiili mağdurun .....

e) Gebe bir kadının çocuğunun düşmesine ..... Belirlenen ceza bir kat artırılır.

Türk Ceza Kanunu'nun bu maddelerine göre çok önemli adli-tıbbi problemler ortaya çıkacaktır. Hukukçular, vaktinden önce doğum veya düşük ile kasten yaralama, taksirle yaralama veya işkence arasında illiyet bağı olup olmadığını soracaktır. Bu konu kadın-doğum ve adli tıp alanını yakından ilgilendirir. Dava dosyasının da tetkiki ile tıbbi bulguların hepsinin birlikte değerlendirilmesi gerekir. Kadın-doğum ve adli tıp uzmanlarının birlikte karar vermesi, doğru sonuçlara varılması bakımından önem taşıyacaktır.

TCK Md.99: Çocuk düşürtme ile ilgilidir.

TCK Md.100: Çocuk düşürme ile ilgilidir.

Türk Ceza Kanunu'nun bu maddelerine göre Kadın Hastalıkları-Doğum Uzmanı ve/veya Ebe-Hemşireler sanık veya bilirkişi konumunda olabilir. Bu maddeler



çocuk düşürmeye belli şartlarda cezai yaptırım getirdiği için dikkatli olunması gerekir. Tabii ki tüm olgularda aynı meslek mensupları, gerek bulguların tespit edilmesi, gerekse olgunun yorumlanması aşamasında bilirkişi olarak da görev almış olacaktır.

TCK Md.99: (6) Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması halinde, süresi yirmi haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmez. Ancak bunun için gebeliğin uzman hekimler tarafından hastane ortamında sona erdirilmesi gerekir.

Türk Ceza Kanunu'nun bu maddesi ile kürtaj yasasına bir yenilik gelmiş ve suç sonucu oluşan gebeliklerde kürtaj süresi yirmi haftaya çıkarılmıştır. Yasa maddesi aynı zamanda kadın-doğum uzmanı hekimlere bir yetki de vermiştir.

TCK Md.101: Kısırlaştırma

Bir erkek veya kadını rızası olmaksızın kısırlaştıran kimse, üç yıldan altı yıla kadar Hapis cezası ile cezalandırılır.....

Türk Ceza Kanunu'nun bu maddesine göre kısırlaştırma yapılabilmesi için rıza şarttır. Rızanın aydınlatılmış olması ve eşten de alınması gerekir. Zorunluluk olmamakla birlikte yazılı olmasında fayda vardır.

TCK Md.102: Cinsel saldırı,

TCK Md.103: Çocukların cinsel istismarı,

TCK Md.104: Reşit olmayanla cinsel ilişki ile ilgilidir.

Türk Ceza Kanunu'nun bu maddelerine göre kadınlar ve kız çocuklarında Kadın Hast. Doğum disiplini, hem hastanın her dönemdeki muayenesinde hem de biyolojik örneklerin toplanmasında çok önemli görevler almaktadır. Aynı konular adli tıp alanını da yakından ilgilendirmekte olup, hazırlanacak rapor ve görüşlerin birlikte oluşturulmasında büyük faydalar vardır.

TCK Md.280:(1)Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.

Türk Ceza Kanunu'nun bu maddesine göre hekimlere ve diğer sağlık personeline bir ihbar yükümlülüğü getirilmiştir. Kadın-doğum alanında bu tür "bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşılması" durumu sık olacaktır. Hukuksal bir sorun ile karşılaşılması için dikkatli olunmalıdır.

TCK Md.287: (1) Yetkili hâkim veya savcı kararı olmaksızın kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla



kadar hapis cezasına hükmolunur.

Türk Ceza Kanunu'nun bu maddesi uzun süre karışıklığa yol açmış ve sanki tüm genital muayenelerde hâkim veya savcı kararı istenmesi gerektiği gibi bir yanlış anlaşılma olmuştur. Yasanın gerekçesinden burada korunmaya çalışılan yararın okul müdürleri, yurt müdürleri veya kolluğun zaman zaman karşılaşılan “bekâret muayenesi” istemlerini engellemek olduğu açıktır.

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (Kabul Tarihi: 24.05.1983Yayımlandığı RG: 27.05.1983-18059)

Md.4: Sterilizasyon ve Kastrasyon

Md.5: Gebeliğin Sona Erdirilmesi

Md.6: Gebeliğin Sona Erdirilmesinde İzin

Nüfus Planlaması Hakkında Kanunun bu maddelerinde geçen hükümler, direkt olarak kadın-doğum disiplini ilgilendirmektedir. Bu nedenle ilgili uzmanlar tarafından çok iyi bilinmeleri ve uygulamaların buna göre yapılması zorunludur. Aksi halde hastada bir zarar ortaya çıkmamış olsa bile yapılan tıbbi işlem hukuka uygun olmayacak ve sorumluluk ortaya çıkacaktır.

NPHK Md.4: Bir ameliyatın seyri sırasında tıbbi zaruret nedeniyle bir hastalığın tedavisi için kastrasyonu gerektiren hallerde, kişinin rızasına bakılmaksızın kastrasyon ameliyesi yapılabilir.

Nüfus Planlaması Hakkında Kanunun bu maddesi kanaatimizce düşündürücüdür. Uygulamada dikkatli olunması gerekir. Diğer bütün hallerde sorumluluk oluşturan bir durum bu madde ile sorumluluktan çıkarılmıştır. Bir ameliyatın seyri sırasında başka bir durum ile karşılaşıldığında, yeni ortaya çıkan durum acil bir yaşamı tehdit eden durum oluşturuyorsa rıza alınmaksızın müdahale edilemez. Aksi halde yapılan işlem hukuka uygun olmaz. Bunun çok sayıda ulusal ve dış kaynaklı örnekleri mevcuttur. Örneğin mide ameliyatı esnasında apandiste bir değişim görülmesi ve ileride apandisite yol açacağı düşünülmesi üzerine, hazır karın açılmışken apandisin de alınması yoluna gidilemez. En fazla yapılabilecek şey ameliyat esnasında hastayı uyandırmadan yakınlarından aydınlatılmış onam almak olabilir. Hal böyle iken bu maddede böyle bir hüküm getirilmiş olması ilginçtir.

Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük (Tarihi: 24.05.1983 Yayımlandığı RG: 18.12.1983-18255)

Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzükte geçen hükümler, direkt olarak kadın-doğum disiplini ilgilendirmektedir. Bu nedenle ilgili uzmanlar tarafından çok iyi bilinmeleri ve uygulamaların buna göre yapılması zorunludur. Aksi halde hastada bir zarar ortaya çıkmamış olsa bile yapılan tıbbi işlem hukuka uygun olmayacak ve sorumluluk ortaya çıkacaktır.

Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları Ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik (Resmi Gazete: 6.3.2010-27513, Bu Yönetmelik, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3. ve 9. maddeleri ile 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır)

Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları Ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelikte geçen hükümler, direkt olarak kadın-doğum disiplini ilgilendirmektedir. Bu nedenle ilgili uzmanlar tarafından çok iyi bilinmeleri ve uygulamaların buna göre yapılması zorunludur. Aksi halde hastada bir zarar ortaya çıkmamış olsa bile yapılan tıbbi işlem hukuka uygun olmayacak ve sorumluluk ortaya çıkacaktır.

## **Kaynaklar**

Türk Medeni Kanunu

Türk Ceza Kanunu

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, Kabul Tarihi: 24.05.1983, Yayımlandığı RG: 27.05.1983-18059.

Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine

İlişkin Tüzük, Tarihi: 24.05.1983, Yayımlandığı RG: 18.12.1983-18255.

Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları Ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete: 6.3.2010-27513 (Bu Yönetmelik, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı

Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3. ve 9. maddeleri ile 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır)

## 6.

### KADIN DOĞUM ALANI İLE İLGİLİ ADLİ RAPORLAR VE BİLİRKİŞİLİK

**Doç. Dr. İsmail Dölen**

*Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi*

*Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Yönetim Kurulu (TJOD) Üyesi/Etik ve Hukuk Kurulu Başkanı*

TJOD, 2008 yılında Etik ve Hukuk Kurulunu oluşturmuştur. Bu kurul mesleki etik prensipler ve hukuki konularla beraber hasta ve hekim hakları/güvenliği, sağlık ekonomisi ve sağlık hizmeti sistemleri üzerinde çalışmaktadır. Bunun yanında Uluslar arası Kadın Doğum Dernekleri Federasyonu yayını olan “Obstetrik ve Jinekolojide Etik Prensipler” kitabını tercüme edip 2008 yılında yayınlamıştır (www.tjod.org) . Ayrıca 2010 yılında “bilirkişilik” kursu düzenlemiştir. Bu kursun kitabı da web sayfamızda mevcuttur.

Sağlık hizmeti sadece tıbbi bir süreç olmayıp ağırlıklı olarak etik ve hukuki bir süreçtir. Ülkemiz “hukukun üstünlüğünün” geçerli olduğu bir ülkedir. Bu nedenle herkes gibi hekimler de hukuka uygun çalışmak /davranmak zorundadır. “Hukukun üstünlüğü” sadece hukuka uygun hareket etmekle sağlanamaz. Tıbbi müdahaleden doğan uyuşmazlıklarda yargılamanın da hukukun üstünlüğü gerçeğine göre yapılması ve sonuçlanması gerekmektedir. Yargı sürecinde “bilirkişilik” adalete ulaşmak için önemli bir kavramdır. 1 Nisan 2012 Adalet Bakanlığı ve Dünya Bankası işbirliğiyle düzenlenen Uluslararası Yargı Reformu Sempozyumu açılış konuşmasında Anayasa Mahkemesi Başkanı Haşim Kılıç'ın belirttiği gibi “mahkemelerin tek üretimi adalettir”. Yani adalet olmalıdır. Hâkimler adaletin elde edilmesi için gayret göstermelidir. Sadece yasalara göre karar vermek her zaman adalete ulaşmak için yeterli olmaz. Nitekim bir mahkememiz seks işçilerine tecavüz davalarında sanığa verilecek cezada indirim yapılması maddesini Anayasa Mahkemesine taşımış ve bu maddenin iptaline karar verilmiştir. Ancak ülkemizde 80 yıl boyunca kanunun ilk haline göre karar veren mahkemelerin adalet üretimi tartışmalı hale gelmiştir. Benzer şekilde tıbbi müdahaleden doğan uyuşmazlıklar nedeniyle ceza davalarında Yüksek Sağlık Şurasından bilirkişi görüşü alma zorunluluğu da Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. Yargıtay'ın “içtihad” kararları da benzer şekilde adalete ulaşmakta rol oynamaktadır. Sonuç olarak sadece mevcut yasalarla her zaman adalete ulaşamamaktadır ve yasaların Anayasa ve evrensel hukuka göre düzeltilmesi gerekmektedir. Hâkimlerin somut olaya göre yasaları Anayasa ve evrensel hukuka göre yorumlama imkânlarının olması da önemlidir. Her detayla

ilgili yasa oluşturmak hâkimleri olumsuz yönde bağlayabilmekte, yorumunu engelleyebilmektedir.

Sayın Haşım Kılıç'ın o konuşmasındaki bir sözünü daha buraya almak istiyorum.” Bilinmelidir ki bir mazlumun seher vaktinde döktüğü bir damla gözyaşının tanidik silahların gücünden daha etkili olduğunu, geçmişte yaşadıklarımız bize göstermiştir.” TJOD olarak tıbbi müdahaleden doğan uyuşmazlıklar nedeniyle açılan davalardan sadece adil bir karar çıkmasını bekliyoruz. Adaletin hava kadar, su kadar yaşamsal önemi olduğunun bilincindeyiz. Bu davalarda bilirkişilik yapacak meslektaşlarımızın da bu bilinçle, bilgi ve tecrübelerini adalet yolunda kullanmalarının takipçisi olacağız. Hekimlerin adil olmadığını düşündüğü yargı kararları sonrasında ciddi mağduriyetleri olduğu bir gerçektir ve bu kararlar diğer hekimlerin de mesleki uygulamalarını değiştirmektedir. Ayrıca hiç kimse hekimlerin gözyaşı bezi olmadığını düşünmemelidir.

Bir süredir ülkemizde ve dünyada yasaların zorbalığı üzerine düşünüyorum. Yasaların ticarileşmesi üzerine de konuşmamız gerekiyor. Yasaların, düzenlemelerin adalete ulaşmakta engeller oluşturması, insan haklarına zarar vermesi, belli kesimlere kazanç sağlaması hep tartışılan bir konu olmuştur. . Yasaların kendisi adalete ulaşmakta engel ise ne yapacağız? Bu noktada yine hukukçulardan öğrendiğimi tekrarlayacağım. Her ortamda ve şartta hukuka uyulması gerektiği, sorunların yine hukuk içinde çözüleceği söyleniyor. İnanıyorum ve meslektaşlarıma da her zaman hukuk içinde kalmalarını öneriyorum. Konuyu dağıtmadan bir örnek vermek istiyorum. 765 sayılı yasaya göre 1965 yılına kadar gebe kalan kadınlar doğurmak zorunda idi. 1965 yılında 557 sayılı yasa ile hem gebeliği önlemekte yöntem kullanma imkanları yaratıldı hem de gebeliğin sonlandırılmasında tıbbi gerekçeler daha geçerli hale getirildi. 1983 yılında ise 2827 sayılı yasa ile kadının özerkliğine saygının gereği yerine getirilmiş ve 10 haftaya kadar gebelikte tıbbi zorunluluk olmasa bile anne istemi ile gebelik sonlandırmak yasal hale getirilmiştir. Bu yasadan önce istenmeyen gebeliklerini sonlandırmak için binlerce kadın kendi kendilerine gayri sıhhi yöntemler uygulayarak sağlıklarını hatta hayatlarını kaybetmişlerdir. Yasaların zorbalığının bir örneği, sadece Nazi Almanyasında kadınların yasa gücüyle kısırlaştırılması değildir. Ülkemizde de geçmişte kadınların yasa gücüyle zorla doğurmaya yönlendirilmesi bir başka örnektir.

Hekimlik uygulamaları, yasalarımız çerçevesinde hasta yararına olarak hekimin vicdanı ve bilgisi/beceriyle karar vermesi ile sınırlı iken yeni yasal düzenlemelerin hekimlik uygulamalarının yönünü değiştirdiğini düşünmekteyiz. Bunun zararlarını hekimlerden ziyade hastalarımızın görmesinden endişeliyiz. Ekonomik zararlar ve ortaya çıkacak diğer sonuçların ise toplumumuzda kaosa neden olacak kadar ağır olmasından korkmaktayız. Muhtemelen tazminat davalarında geçerli yasalarla ortaya çıkan yargı kararları hekimleri defansif tıbbi yönlendirmektedir. 663 sayılı kanun hükmünde kararname ile gündeme gelen “uzlaştırma prosedürü” nü, sıkıntıları daha da artıracak mı diye araştırıyoruz.

Amerika başta olmak üzere buna benzer uygulamanın yapıldığı ülkelerdeki sonuçları inceliyoruz.

Tıbbi müdahaleden doğan uyuşmazlıkların çözümü için evrensel bir hukuk yoktur. Sonuçları hasta lehine olan, hekimleri defansif tıbbı yönlendirmeyecek uygulamaların olduğu ülkeleri incelemek ve örnek almakta sayısız yarar vardır. Ülkemizdeki mevcut düzenlemelerin ilgili taraflarla beraber en kısa sürede tekrar gözden geçirilmesi acil bir konudur.

Sağlık hizmeti planlanırken öncelikle ve sadece üç konunun dikkate alınması gereklidir.

1. Hasta hakları,
2. Hasta güvenliği,
3. Hasta yararı.

Sağlıkla ilgili tüm sistem; sağlık personeli eğitimi, sağlık hukuku, sağlık ekonomisi, sağlık hizmeti organizasyonu ve diğer ilgili konularda bu üç konu dikkate alınarak planlar yapılmalıdır. Amerika Birleşik Devletleri 40 yıldan uzun bir süre önce hekimlerle ilgili mesleki mali sorumluluk sigortasını uygulamaya koyarken amaçlarını şöyle açıklamıştı.

Doktorların hukuka uygun çalışmasını sağlamak.

Hasta haklarına en üst düzeyde saygı.

Tıbbi etik kurallarına uyma.

Güvensiz uygulamaların önüne geçilmesi.

Doktor kusuru nedeniyle hasta zararı oluşunca bunun tıbbi, maddi ve manevi karşılanması.

Tazminatların doktoru tüketmesini engellemek

Sonuçta; ülke sağlık göstergelerinin daha iyileşmesi, doktorların uygun ortam ve koşullarda çalışmalarının sağlanması, zarar oluştuğunda insanların ve toplumun adalete ulaşması

Bugün ortaya çıkan sonuç ise çok farklıdır. Altı yıl önce bir konuşmam nedeniyle elde ettiğim veriler şu şekildedir:

I) Kişi başına sağlık harcamaları artmıştır.

1965 yılında \$ 204 iken 2003 yılında \$ 5635 (bugün 8000 \$)

GSMH'nın %17'si sağlığa ayrılmakta bunun da 1/5'i - GSMH'nın %3.4'ü obstetrik bakım da kullanılmaktadır.

Öte yandan GSMH'nın %2.4'ü yaklaşık \$ 40 milyar dolar gereksiz sağlık girişimleri için kullanılmaktadır.

2002 yılında GSMH'nın %2.23'ü haksız fiil davalarına harcanmıştır ve bunun kişi başına maliyeti \$809.

2002 yılında Haksız fiil davalarının Amerikan toplumuna maliyeti \$233 milyar'dır. (Kaynak: C.E.O. www.sciencebasedbirth.com, 2004 White Paper )

II) Ödenen her \$1 sigorta priminin \$0.28'i tazminata, \$0.72'ı ise avukatlık ve idari masraflara gitmektedir.

\$0.28'in %20 si ise medikal masraflara aktarılıyor. (5.6 cent)

Malpraktis sigortasının %6'dan daha azı sağlık bakımı için harcanıyor.

(Kaynak: U.S. Department of Health and Human Services. Confronting the new health care crisis: improving health care quality and lowering costs by fixing our medical liability system.http://aspe.hhs.gov )

III) Maliyeti arttırıcı uygulama değişiklikleri.

Artmış oranda teknoloji ilaç ve tetkik.

Kadın doğum uzmanlarının Obstetrik pratiğini azaltması veya durdurması

\*Yüksek riskli gebelikleri kabul etmeme

\*Konsültasyonu kabul etmeme

\*Gebe takibi ve doğum kabul etmeme

(Kaynak: Benedetti T. et al. Professional liability issues and practice patterns of obstetric providers in Washington State, Obstet Gynecol, Vol 107, No:6, June 2006)

IV) 2004 yılında hekimlerin ödediği toplam malpraktis primi \$60 Milyar.

Malpraktis sigorta primlerinin yükselmesi

(2002-2004→ %61, \$39374-\$63380). (bugün kadın doğum uzmanı için 150.000 \$

Doğum başına prim maliyetinin yükselmesi (\$300).

Washington eyaletinde kadın doğum uzmanlarının %15.9'u çalışma masraflarını karşılamak için mal varlıklarını satıyorlar veya borç alıyorlar.

(Kaynak: Benedetti T. et al. Professional liability issues and practice patterns of obstetric providers in Washington State, Obstet Gynecol, Vol 107, No:6, June 2006)

Missouri'de kadın doğum uzmanlarının %20'si borç alıyor, %10'u mal varlıklarını nakite çeviriyorlar1.

Doktorlar çalışacakları yerleri belirlerken sigorta prim yüksekliğini dikkate alıyorlar2.

(Kaynak. 1.Amon E, Winn HN. Review of the professional medical liability insurance crisis: lessons from Missouri. Am J Obstet Gynecol 2004; 190:1534-8

2.Robinson P, et al. The impact of medical legal risk on obstetrician-gynecologist supply. Obstet Gynecol Vol.105, No.6, June 2005)

İyi niyetle yapılmış gibi yapılan değişiklikler Amerika'ya, hekim ve hastalarına pahalıya mal olmuştur. Bunun sonucunda Amerika'da;

Defansif Tıp

Meslekten uzaklaşma

Hatalı tıbbi uygulamalarda artma

Maliyet artışı

Davalarda artma

Sağlık hizmetinde kaos ve ticaret ortaya çıkmıştır.

Institute of Medicine Raporu To Err is Human: 1998 tıbbi kusur nedeniyle ölüm 9. sırada, 2008 yılında ise 5. sırada. Eğer yanlış ilaç uygulamalarını da tıbbi kusurlara dâhil edersek 2. sıraya yükseliyor.

### **Kötü Tıbbi uygulama (Malpraktis):**

DTB 1992: Malpraktis: Doktorun tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan "zarardır"

TTB 1998: Malpraktis: Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi 'hekimliğin kötü uygulaması' anlamına gelir."

Yargıtay kararı : "Hekim tıp verilerini yanlış ya da eksik uygulamışsa, mesleğinin gerektirdiği özel görevlere gereği ve yeteri kadar uymamışsa kusur var demektir."

Bizlerin de bundan sonra malpraktis teriminden anlamamız gereken Yargıtay'ın tanımı olmalıdır. Hâkimler, Dünya Tabipleri Birliği veya Türk Tabipleri Birliği tanımına göre değil Yargıtay'ın tanımına göre karar vermektedirler.

TJOD Etik ve Hukuk Kurulu Yargıtay'ın tanım ve kararlarıyla, ilgili kişiler ve Amerikan Kadın Doğum Uzmanları Derneğinin (ACOG) "Bilirkişilikte Etik " prensiplerini dikkate alarak şu etik prensipleri meslektaşlarına önermektedir.

Bilirkişilik, şahsi, mesleki ve mali ödüllere açık bir görevdir.

Bu özelliği nedeniyle kötü sonuç ile tıbbi malpraktis arasındaki ayrımı uygun yapamayabilir

Hastalara zararları için uygun ve çabuk telafi (tazminat) fikrini destekler.

Böyle bir uygulama, tüm toplumun mali sorumluluk taşıması gereken tıbbi kötü

sonuç ile sağlık personelinin sorumlu tutulması gereken tıbbi hata durumları arasındaki ayırımı da yansıtmalıdır.

Mahkeme önünde bilirkişilik yapan hekimlerin etik ve yasal görevi bunu uzmanlıklarına uygun olarak yapmaktır.

Bu görev en katı kişisel ve mesleki etiğe bağlı olmayı gerektirir.

Dürüstlük esastır.

Uzman bir tanık olan kadın doğum hekimi bilirkişiliğini, uzmanlığı ile sınırlamalı ve gerektiği şekilde hazırlanmalıdır.

Bilirkişinin şahsi klinik görüşünü yanlış bir şekilde mutlak doğru ya da yanlış olarak sunması tek tek gruplara ve geniş anlamda mesleğe zararlı olabilir

Uzmanlar olarak rapor hazırlayan veya ifade veren bilirkişiler olay zamanındaki kadın doğum pratiğine ve klinik tıbbın tartışılan özel alanlarına uygun bilgi ve tecrübeye sahip olmalıdır.

Mesleki hizmetler için alışılmış olunanla ileri derecede orantısız ücretlerin kabulü bilirkişi tarafından verilen ifadeyi etkiliyor olarak yorumlanabilir.

Bir bilirkişi için davanın sonucuna bağlı olan ücreti kabul etmek etik değildir.

TJOD, bilirkişilik için politikalar ve standartlar geliştirilmesini destekler.

Bu politikalar doğru bilirkişiliği arttıracaktır.

Emsal kararlar sağlıklı oluşacaktır.

Bilirkişi, ne genel olarak kabul edilen uygulama standartlarına giren uygulamayı kınamalı, suçlu çıkarmalı, ne de bu standartların altında kalan uygulamayı desteklemeli veya göz yummalıdır.

Genel olarak kabul edilen standartlar ışığında bir performans değerlendirmesini yansıtmalıdır.

Bilirkişiler ve ifadeleri, tıbbi kararların sıklıkla tanısız ve prognostik kesinlik olmadan alındığının farkında olmalıdır.

Bilirkişi, tıbbi maloccurrence (kötü sonuç) ile tıbbi malpraktis (kötü tıbbi uygulama) arasında kesin bir ayırım yapmalıdır.

Bilirkişi, iddia edilen standart altı uygulamanın sonuca ilişkisini değerlendirmek için tüm çabayı göstermelidir.

Bir uygulama standardından sapma her zaman standart altı bakım değildir ya da kötü bir sonuçla tesadüfen ilgili olabilir.

Bilirkişi, herhangi bir adli süreçte hazırladığı rapor veya verdiği ifadenin bir kurum ya da kendisinin bağlı olduğu meslek örgütü tarafından emsal kararlara neden olmasına hazırlıklı olmalıdır.



Sonuç olarak: Bilirkişi kararlarının tıbbi uygulamaları olumlu veya olumsuz ama mutlaka etkileyeceği unutulmamalıdır

Dava sonuçları hekimlik uygulamalarını etkileyerek insan sağlığı ve ülke ekonomisini olumsuz etkileyecek tıbbi davranışlara neden olmamalıdır

Ülkemizdeki Bilirkişilik Yasal Kurallarına Uyalım

Ancak Ülkemizdeki Sağlık Sistemi, Hukuk Düzeni ve Yargının alışması dikkate alındığında doğru bilirkişilik ile adaletten çok ticarete mi yardımcı olacağız? (663 khk/uzlaştırma prosedürü, yabancı avukat ve sigorta şirketleri, sağlık endüstrisi)

Bilirkişilik etik kurallarına daha çok önem vermeliyiz.

## 7.

### ADLİ TIP KURUMU UYGULAMALARI AÇISINDAN KONUYA YAKLAŞIM

**Prof. Dr. Serhat Gürpınar**

*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD*

#### **İkinci Adli Tıp İhtisas Kurulu**

Travma iddiası bulunan ve 22-24 haftanın üstündeki gebeliklerde erken doğum meydana gelmesi ile nedensellik bağı olup olmadığı soruları değerlendirilmektedir.

TCK “Rızası olmaksızın bir kadına çocuğunu düşürten kişi, ... Tıbbi zorunluluk bulunmadığı hallerde, rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu düşürten kişi, .... Birinci fıkrada yazılı fiil kadının beden ve ruh sağlığı bakımından bir zarara uğramasına neden olmuşsa, ... İkinci fıkrada yazılı fiil kadının beden ve ruh sağlığı bakımından bir zarara uğramasına neden olmuşsa, ...” gibi durumlar kapsamında da değerlendirme yapılmalıdır.

ATK Kanununda Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı üyesi bulunmamaktadır.

Altıncı Adli Tıp İhtisas Kurulunda bulunan Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı üye ilgili konularda Kurulun üyesi olarak imza atmaktadır.

Raportör uzman üyeye dosyayı sunmakta ve onun görüşü kurulun başkanı ve diğer uzman üyeleri tarafından imzalanmaktadır.

#### **Altıncı Adli Tıp İhtisas Kurulu**

Adli Tıp Kurumu Kanununun 16. maddesi f fıkrası gereği;

Travma iddiası bulunan 22-24 haftanın altındaki gebeliklerde düşük meydana gelmesi olgularında travma ile nedensellik bağı olup olmadığı soruları değerlendirilmektedir.

Ayrıca cinsel istismar/ saldırı olgularında ruh veya beden sağlığının bozulup bozulmadığı sorusunun beden sağlığı ile ilgili bölümü değerlendirilmektedir.

Gebeliğin fizyolojik bir olay olması nedeniyle cinsel istismar/ saldırı sonucu gebe kalınması durumunda beden sağlığının bozulmadığı görüşü vardır.

Raportör uzman üyeye dosyayı sunmakta ve onun görüşü kurulun başkanı ve

diğer uzman üyeleri tarafından imzalanmaktadır.

Mahkemeler veya Savcılıklarca;

- Travma ile meydana gelen düşük ya da erken doğum arasında illiyet olup olmadığı,
- Doğrudan illiyet olup olmadığı,
- Birden fazla travma var ise bu travmalardan hangisinin sonucunda düşük ya da erken doğumun meydana geldiği,
- Kişinin travmaya uğradığı zaman gebe olup olmadığı,
- Düşük yapıp yapmadığı,
- Verilen bir ilacın etkisi ile düşük yapıp yapmadığı,
- Kendisinde mevcut olan hastalığın etkisi ile düşük yapıp yapmadığı,
- Hamileliğin hangi döneminde sonlandırıldığı,
- Hamileliğin devam etmesi durumunda annenin sağlığı yönünden herhangi bir sorun ortaya çıkıp çıkmayacağı,
- Travma sonrası yapılan küretaj gibi tıbbi müdahalenin yapılma sebepleri,
- Kişinin yaşamını tehlikeye sokan bir durum olup olmadığı,
- Kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olup olmadığı,
- Çocuk yapma yeteneğinin ortadan kalkıp kalkmadığı,
- Düşük yapmasında ruhsal stres faktörünün etkili olup olmadığı,
- Erken ya da ölü doğum meydana gelmesinde travma lokalizasyonunun etkili olup olmadığı,
- Direncinin kırılmasına neden olabilecek ölçüde darp cebir izi bulunup bulunmadığı,
- Çocuk düşürmesinden dolayı beden ve ruh sağlığının bozulup bozulmadığı,
- Çocuk düşmesi sonucu oluşan vücut zaafiyetinin tespiti sorulmaktadır.

### **İhtisas kurullarınca değerlendirilen veriler:**

- Travmanın niteliğini gösterir tıbbi belgeler,
- Gebelik kaybı açısından risk oluşturabilecek bir hastalık olup olmadığı,
- Travma sonrası semptomlarının ne olduğunu içeren ayrıntılı ifadeler,
- Gebelik takipleri var ise bu belgeler,

- Olay günü yapılmış ayrıntılı fiziksel muayene bilgileri,
- Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından düzenlenmiş ilgili dal muayene bilgileri,
- Tıbbi müdahale yapılmış ise ayrıntılı belgeleri, düşük materyaline ait patoloji raporu,
- Düşük ve ölü doğum olguları ile ilgili olarak düşük materyalinin patolojik incelemesi veya fetus otopsi.

Gebelik sırasında maruz kalınan travma ile fetüs ölümü arasında nedensellik bağı kurulabilmesi için;

- Annenin daha önceki gebelik ve doğumlarının normal olduğu tespit edilmeli,
- Olayın meydana gelişine kadar mevcut gebeliğin seyri normal olarak devam etmiş olmalı,
- Olayın meydana geldiği tespit edilmiş olmalı,
- Fetüsün ölümünün açıklanmasında başka faktör veya faktörler elimine edilebilmeli, - Ölü fetüsün gelişim safhası gebelik süresine uymalı,
- Maserasyonun derecesi ve genişliği, fetüsün ölümü ile travma arasında geçen zamanla orantılı olmalıdır.

Altıncı Adli Tıp İhtisas Kurulu raporlarının taranarak 2005-2010 tarihleri arasında travma sonrası gebelik sonlanması iddiası bulunan olgular değerlendirildiği Uzmanlık Tezi (Dr. Ceyhun Küçük) bulguları:

KURUL KARARI	n	(%)
Bilinmeyeceği	19	(15,9)
Nedensellik bağı olduğu	20	(16,8)
Nedensellik bağı olmadığı	80	(67,2)
TOPLAM	119	(100)

Nedensellik bağının kurulmasında, travma ile semptomun ortaya çıkış zamanı arasındaki kısıtlığın anlamlı ölçüde rol oynadığı tespit edilmiş;

Aynı gün: 10 olgu

1-7 gün: 6 olgu

Nedensellik bağı kurulan olguların 16'sında (%80) kanamanın en sık bildirilen semptom olduğu, 9'unda ise (%45) karın/kasık ağrısı bulunduğu görülmüş,

Nedensellik bağının kurulmasında, gebelik yaşının küçülmesinin anlamlı ölçüde

rol oynadığı tespit edilmiştir.

Sorunlar;

Adli Tıp Kurumunun yaklaşımında; Cinsel istismar / saldırı olgularında ruh veya beden sağlığının bozulup bozulmadığı sorusunun beden sağlığı ile ilgili bölümünün Bulaşıcı hastalıklar ve Cinsel işlev bozukluklarının araştırılması bakımından yetersiz olduğunu düşünmekteyim.

Ayrıca gebeliğin fizyolojik bir olay olması nedeniyle cinsel istismar / saldırı sonucu gebe kalınması durumunda beden sağlığının bozulmadığı yönündeki görüşün de tartışılması gerekliliği bulunmaktadır.

Eleştirdiğimiz ama kanıksadığımız işleyişler;

Kurul işlerinde ATK'nın işlevini sürdürmeyi sürdürmesi,

Periferden merkeze/kurullara görüş sorulması,

Yalnızca tek bir ilgili üye görüşü ile kurul raporu düzenlenmesi.

Bildiğimiz ama hala yeterince yapmadıklarımız:

Üniversiteleri/devlet hastanelerini kullanmak,

Üniversitelerde/ devlet hastanelerinde çalışmak.

## 8.

### HUKUKİ UYUŞMAZLIKLARDA ADLİ TIP'IN ROLÜ

**Prof. Dr. Ahmet Nezh KÖK**

*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı*

İnsanlık tarihine baktığımızda sürekli bir mücadelenin olduğunu görmekteyiz. Kişiler arasındaki, devletlerarasındaki ya da kişilerle devletler arasındaki bu mücadelelere, bilim ve teknolojiye baş döndürücü gelişmeleri yaşayan 21.yüzyıl da tanıklık etmektedir.

Bireyin ön plana çıkması sürecinde gelinen noktada, İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi bireyin menfaatlerinin toplumun menfaatlerinin önünde yer alacağını belirterek 10 Aralık 1948 tarihli Birleşmiş İnsan Hakları Evrensel Beyannameyi ile başlayan İnsan haklarının hukuki metinlere geçirilmesi sürecinin en son adımı olmuştur.

Dünyanın ilk cinayeti olarak bilinen ve bu nedenle dünyanın ilk adli vakası olarak adlandırılabilir Kabil'in kardeşi Habil'i öldürmesi olayını bu gün yorumladığımızda aslında konumuz olan hukuki uyumsuzluklarda adli tıbbın rolünü de açıklamış olabiliriz. O günkü şartlarda ölüm sebebinin ya da ölümü meydana getiren aletin belirlenmesine gerek duyulmamıştır. Bu nedenle de ne ölü muayenesi ne de otopsi yapılmıştır, zaten bu işlemlerde gerekli olan bilgi ve beceriye sahip kimse de bulunmamaktadır. Hepsinden önemlisi bunları gerekli görece, öldürme eylemini suç sayacak bir hukuk sistemi yoktur.

İşte "Adli Tıp" ve "Hukuk" aslında birlikte olan ya da olması gereken, birbirini olumlu yönde etkileyen tarihin en eski uğraşı alanlarıdır. Son yüzyılda ve özellikle ülkemizde son otuz yılda Adli Tıp'ın gelişmesindeki en önemli lokomotif faktör hiç kuşkusuz ki hukuk anlayışının özellikle de insan hakları bağlamındaki gelişmelerdir.

Adli tıp, bilimsel tıbbın bir dalı olarak evrensel nitelikte, kendine has çalışma alanı ve yöntemleri olan bir bilim dalıdır. Adli tıp evrensel niteliğinin yanı sıra diğer yandan da yerel nitelikler taşır. Yerel niteliklerini hiç kuşkusuz ki uygulandığı ülkelerin hukuk sistemleri belirler. Bu nedenle bu sunumda, Türk Ceza Adalet Sistemi ön plana çıkarılarak ülkemizde yaşanan hukuki uyumsuzluklardaki adli tıp uygulamalarının rolünden bahsedilecektir.

Bir hukuki uyumsuzluğun varlığı halinde yargılama faaliyeti, Cumhuriyet Savcısı aracılığı ile olayın araştırılması/soruşturulması ile başlar. Cumhuriyet Savcısı, öncelikle yaşandığı iddia edilen suç teşkil eden olayın gerçekten yaşanıp yaşanmadığını, diğer bir ifade ile suçun oluşup oluşmadığını belirlemek durumundadır. Bu eğer suç teşkil eden eylemin gerçekleştiği belirlenmişse ikinci aşamada bu eylemin kimin tarafından gerçekleştirildiğini, diğer bir ifade

ile suçlunun kim olduğunu belirlemek durumundadır. Yargılama faaliyetinin soruşturma evresini oluşturan bu durumda Cumhuriyet Savcısı aracılığı ile devlete düşen görev, insan hakları bağlamında, etkin bir soruşturmanın yapılmasıdır. Ceza Muhakemesi Kanunu'nun amir hükümlerine göre Cumhuriyet Savcısı, haberdar olduğu bir suçla ilgili olarak, işin gerçeğini araştırmaya derhal başlar. Maddi gerçeğin araştırılması ve adil yargılanmanın yapılabilmesi için delil toplar.

Aslında soruşturma faaliyeti tüm yargılamanın hukuki açıdan kalitesini ve güvenilirliğini gösteren ve adil yargılanma hakkının özüne uygun bir şekilde gerçekleşmesini sağlayan en önemli evredir. Etkin soruşturma; yetkili makamların, zamanında ve tarafsız soruşturma yürütmesini öngören Devletin pozitif yükümlülüğü ile ilgili bir süreçtir. Bu süreçte, adli tıp ve adli tıp uygulayıcısı adli tıp uzmanları (geniş anlamda adli bilimciler) Cumhuriyet Savcısına katkı sağlayacaklardır. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nin Türkiye ile ilgili kararlarına baktığımızda etkin soruşturmanın yapılmamış olması gerekçesine dayanan aleyhte kararlarını görebilmekteyiz. Özellikle olay yeri incelemesinde adli tıp uzmanlarının ekipte aktif bir şekilde yer alarak delillerin toplanılması, nakledilmesi ve değerlendirilmesindeki kalitenin yükseltilmesi etkin soruşturma kavramının içinin doldurulmasına, adil yargılanma hakkının özüne uygun şekilde gerçekleşmesine, hukuka inancın zirve yapmasına katkı sağlayacaktır.

Yaşama hakkının, fiziksel ve ruhsal vücut bütünlüğünün korunması hakkının, özel yaşamın gizliliği hakkının ve sonuçta adil yargılanma hakkının gerçekleşmesinde rol alan Adli Tıp, suçun ve suçlunun ortaya çıkarılması faaliyetine katkı sağlayarak çağdaş ceza hukukunun, delilden sanığa ilkesinin ve cezaların şahsiliği ilkesinin de hayata geçirilmesini sağlayarak bireyin özgürlüğünün korunmasında rol alacaktır.

Adli Tıp'ın hukuki uyumsuzlukların çözümüne yapacağı katkının ütopyik bir durumda kalmaması için hiç kuşkusuz ki uygulama ile ilgili gerekli fiziki, hukuki ve siyasi alt yapının oluşturulması gereklidir. Bu nedenle ülkemizde adli tıp hizmetlerinin verilmesine yönelik gerekleri bilmek ve varsa aksayan yönlerin belirlenerek çözümlenmesi temel esastır. Ülkemizde son otuz yılda adli tıp hizmetleri ile ilgili gelişmeler olduğunu bilmekle birlikte bazı sorunların da halen devam ettiği herkesin malumudur.

Adli Tıp uzmanı sayımızdaki artışın, mesleki uygulamanın gerektirdiği kalitede de artış sağladığını kabul etmek güçtür. Adli tıp uzmanlarının yetiştirilmesindeki müfredat programının halen tam olarak oluşturulamadığı/her yerde aynı eğitim müfredatının uygulanmadığı bilinen bir gerçektir. Bu gerçeğin en önemli nedenlerinden biri, resmi bilirkişi sıfatı ile Adli Tıp Kurumu'ndan her halde görüş alınmasının gerekliliği ile ilgili Yüce Yargıtay kararları sonucu tıp fakültelerinin adli tıp anabilim dallarına adli vaka akışının kesilmesidir. Tıp fakültelerinin adli tıp anabilim dallarının etkin bir şekilde kullanılmaması, Adli Tıp Kurumu'nun iş yükünün artması, talep edilen raporların gecikmesi, yargılama süresinin uzaması

ve adil yargılanma hakkının örselenmesi kısır döngüsüne neden olmakta, yargılamanın ucuz ve hızlı olması ilkesini olumsuz etkilemektedir.

Diğer yandan Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 67 maddesinin 6.fıkrasında yer alan uzman bilimsel mütalaasının uygulamaya yansımaları seçenek (alternatif) raporların tartışılmasına katkı sağlayarak resmi bilirkişi kavramının yumuşatılmasına katkı sağlayacaktır. Ek olarak Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 201. maddesinde yer alan çapraz sorgu ile de hukuki uyumsuzlukların çözümüne katkı sağlayan adli tıp uzmanlarının bilgi, beceri ve yorumlama yönünden kaliteli, bilimsel, güvenilir ve tarafsız görüşler üretmesi sağlanabilecektir. Bu nedenle mahkemelerin bu yöndeki fiziki eksikliklerinin giderilip çapraz sorgu uygulamasının yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

Adli Tıp'ın gerçeğe ulaşmada en doğru ve en güvenilir vasıta olduğunu belirterek saygılar sunarım.



### 3. OTURUM: GEBELİK, DOĞUM ve LOHUSALIK DÖNEMİNDE KARŞILAŞILAN ADLİ TIBBİ SORUNLAR

Moderatör: Prof. Dr. Atınç Çoltu/ Prof. Dr. İsmail Çepni

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD /

İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın ve Doğum Hastalıkları AD

## 9.

### KADIN DOĞUM UZMANLARININ GEBELİK, DOĞUM VE DOĞUM SONRASI KARŞILAŞTIĞI SORUNLAR

*Jin. Dr. Işıl Güney Tunalı*

*Serbest hekim-Avukat*

Tıbbi uygulama hatası söz konusu olduğunda hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının mesleki, idari, hukuki ve cezai sorumluluklarına gidilebilir. Kadın Hastalıkları ve Doğum, tıbbi uygulama hatası iddiası ile en sık karşılaşılan branşlardan olup, iddialar özellikle gebelik ve doğum ile ilişkili süreçler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bunları çok genel olarak: 1- Gebeliğin seyri sırasında ortaya çıkan sorunlar, 2- Fetusta ortaya çıkan anomaliler, 3- Doğum travmaları şeklinde kategorize edebiliriz.

#### **Gebeliğin saptanmasının önemi**

İlişkili hiçbir tıbbi uygulama hatası olmasa bile gebeliğin varlığına veya yokluğuna bağlanmış hukuki sonuçlardan dolayı, doğru saptanması çok önemlidir. Gebeliğin saptanamaması, hastanın gebeliğin devamını isteyip istememesine ve buna paralel olarak yaptığı yaşam planlamasına göre hastada zarar oluşturabilir.

İstenilen gebeliğin zamanında saptanamaması nedeniyle uygun olmayan bir tedavi planlanması, hastanın kendini herhangi bir teratojenden sakınmaması, istenmeyen gebeliğin zamanında saptanamaması nedeniyle hastanın gebeliğini sonlandıramaması, annedeki mevcut tıbbi durumların gebeliğin etkisiyle kötüye gitmesi, gebeliğin varlığı ve yokluğuna dayanarak gelecekle ilgili yanlış kararlar alınması örnek olarak verilebilir.

Medeni hukuk açısından önemi: Çocuk, ana rahmine düştüğü andan itibaren, hukuk tarafından korunur. Fetus (cenin) halinde iken henüz bir kişiliği bulunmaz. Kişiliği ancak tam ve sağ doğmasıyla başlar. Tam ve sağ doğduğu anda da ana rahmine düştüğü andan beri mevcut tüm hukuksal kazanımları ve borçları yürürlüğe girer.

Medeni Kanun 28, 132, 282, 285, 286, 287 maddelerinin içerdiği çocuğun ana rahmine düştüğü an sağ doğmak koşuluyla hak ehliyeti kazanması, kişiliğin

kazanılması, kadın için bekleme süresi, çocuk ile ana arasında soybağı, babalık karanesi, soybağının reddi vb hükümler gebelik ve doğumla ilişkilidir.

Borçlar Kanunu Madde 45, 47, 111 fetusun tazminat hakkı, fetusa bağlı yapılabilmesi vb hükümler içerir.

Miras hukuku açısından önemi, Medeni Kanun Madde 582.- Cenin, sağ doğmak koşuluyla mirasçı olur. Ölü doğan çocuk mirasçı olamaz. Burada çocuğun canlı doğup doğmadığı önem taşır.

TCK açısından önemi, suçun nitelikli hali:

Madde 81. Kasten öldürme: Bir insanı kasten öldüren kişi, müebbet hapis cezası ile cezalandırılır.

Madde 82. Nitelikli hâller: Kasten öldürme suçunun; a) Tasarlayarak, b) Canavarca hisle veya eziyet çektirerek....., f) Gebe olduğu bilinen kadına karşı, .....işlenmesi hâlinde, kişi ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası ile cezalandırılır şeklinde bir düzenlemeyle gebe kadına karşı işlenmesi durumu suçun nitelikli hali olarak kabul edilmiştir.

Madde 86. Kasten yaralama: (1) Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Madde 87. Neticesi sebebiyle ağırlaştırılmış yaralama: (1) Kasten yaralama fiili, mağdurun; a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,..... e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hâllerde üç yıldan, ikinci fıkraya giren hâllerde beş yıldan az olamaz. (2) Kasten yaralama fiili, mağdurun; a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,..... e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, iki kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hâllerde beş yıldan, ikinci fıkraya giren hâllerde sekiz yıldan az olamaz.

Bu düzenleme ile kasten yaralama fiili sonucunda abortus veya erken doğum meydana gelmesi suçun neticesi sebebiyle ağırlaştırılmış halini oluşturmaktadır.

TCK Madde 89. Taksirle yaralama: Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.(2) Taksirle yaralama fiili, mağdurun;a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına..... f) Gebe bir kadının çocuğunun vaktinden önce doğmasına neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, yarısı oranında artırılır. (3) Taksirle yaralama fiili, mağdurun; a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine, b) Duyularından veya organlarından

birinin işlevinin yitirilmesine.....e) Gebe bir kadının çocuğunun düşmesine, neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, bir kat artırılır. (5) Bilinçli taksir hâli hariç olmak üzere, bu maddenin kapsamına giren suçların soruşturulması ve kovuşturulması şikâyete bağlıdır.

Bu düzenleme ile de kasten yaralamada olduğu gibi abortus veya erken doğumun meydana gelmesi durumu taksirle yaralamanın neticesi sebebiyle ağırlaştırılmış hali olarak tanımlanmıştır.

Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun madde 16 fıkra 4: Hapis cezasının infazı, gebe olan veya doğurduğu tarihten itibaren altı ay geçmemiş bulunan kadınlar hakkında geri bırakılır. Çocuk ölmüş veya anasından başka birine verilmiş olursa, doğumdan itibaren iki ay geçince ceza infaz olunur.

### **Gebelik tanısı**

Gebelik en erken B- hcg düzeyinin ölçülmesi ile saptanabilir. Fertilizasyonu takiben yaklaşık 7.günde blastosist endometriuma implante olur ve B- hcg hcg düzeyleri yaklaşık 1000 mIU/ml civarına ulaştığında transvaginal ultrasonografi ile gestasyonel sac görünür hale gelir. Gestasyonel sac 20 milimetreden büyük olduğu halde embriyonun görülmemesi olumsuz bir bulgudur ve erken gebelik kaybı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Yüksek çözünürlüklü ultrasonografide yaklaşık 6.2 haftada bebeğin kalp atımları embriyonik yapı içinde kıpırtı şeklinde izlenebilir. 7 haftalık bir gebelikte fetal kalp atımlarının görülmemesi missed abortus olarak tanımlanır.

Bir gebenin abortusa gideceği veya missed olacağı yönünde şüphe varsa, bu riskten ve olası nedenlerinden önceden söz etmelidir, bulgular yazılı olarak kaydedilmelidir, hasta olumsuz bir duruma hazırlıklı olursa iatrojenik nedenlerle örn. transvaginal usg, abort yaptıği gibi yersiz düşünceler ve gereksiz şikâyetlere kalkışmaz.

Missed abortus tanınızdan emin olunsa bile Radyoloji uzmanından da rapor istenmelidir, normal bir gebeliğin sonlandırıldığı iddiaları ile karşılaşıldığında Radyoloji raporu elde sağlam bir delil oluşturur.

### **Ektopik gebelik**

En sık malpraktis iddialarına yol açan durumlardan biridir.1000 mIU/ml'ye yükselmiş B-hcg değerlerine rağmen intrauterin gestasyonel kesenin görülmemesi ektopik gebeliği düşündürmelidir. Farkına varılmadığı takdirde gerek hipovolemik şoka kadar varabilen yoğun batın içi kanama, gerek salpenjektomi olasılığı nedeniyle tıbbi uygulama hatası iddialarında sık karşılaşılan bir durumdur. Gebelik şüphesi olan her hastada B-hcg kontrol edilmeli, erken yakalanmış ektopik gebelikler sistemik ya da lokal medikal tedaviye cevap verebilirken, cerrahi gerektiren olgularda tubaya yönelik girişimin ne olacağı önceden kestirilemez, salpenjektomi ihtimaline karşı hasta mutlaka aydınlatılmalı ve tüm cerrahi

müdahalelerde olduğu gibi yazılı onamı alınmalıdır.

Adet rötarı ve D&C istemiyle başvuran bir gebede intauterin gestasyonel sac belirgin hale gelene kadar kesinlikle küretaj yapılmamalı, ektopik gebelik şüphesinde de lokalizasyon netleşene kadar cerrahide acele etmemelidir.

### **Abortus**

İntrauterin hayat fertilizasyonu takiben 6-7 gün sonra blastosistin endometriuma implantasyonu ile başlar. Gebelik materyali, 9. haftaya kadar embriyo, daha sonraki dönemde fetus olarak isimlendirilir. Düşük (abortus), fetus bağımsız olarak dış ortamda yaşayabilecek döneme, yaklaşık 20.gebelik haftası ve 500 gr fetal ağırlığa ulaşmadan gebeliğin sonlanmasıdır. Düşük tehdidi (Abortus imminens),Önlenemeyen düşük (Abortus inapiens),tam düşük (Abortus completus), eksik düşük (Abortus incompletus), düşük başladıktan sonra durması ve fetusun bir süre uterus içinde ölü olarak kalması (Missed abortus) şeklinde ortaya çıkabilir.

Spontan abortuslar: Patolojik nedenlerle çocuğun kendiliğinden düşmesidir. Maternal, fetal, bazen de paternal nedenlerle ortaya çıkabilir.

Travmatik abortus: Çocuk düşürme kasdı olmadan, müessir fiil (travma) sonucu meydana gelen düşüklendir. Karın, bel ve pelvis bölgelerine isabet eden şiddetli travmalardan hemen sonra veya birkaç gün içinde düşüklere olabilir. Travmatik düşük vücuttaki yara ve berelerden anlaşılır. Kasıtlı travmalar sonucu meydana gelen yaralanmaya bağlı, olağan süresinden önce çocuk doğması hali ve travmatik düşüklere TCK' nun 87/1e ve 87/2e bentleri kapsamına girer.

Aksidental abortus: Çocuk düşürme ve yaralama kasdı olmaksızın dikkatsizlik, tedbirsizlikle abortusa sebep olunmasıdır. Trafik kazaları ve her türlü kazalarda yaralanma ve sarsılmalar sonucu düşüklere olabilir. Taksirli travmalar sonucu meydana gelen yaralanmaya bağlı olağan süresinden önce çocuk doğması hali ve travmatik düşüklere TCK' nun 89/2f ve 89/3e bentleri kapsamına girer.

İsteğe bağlı abortus ve tıbbi tahliye ile ilgili bazı yasal düzenlemeler:

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun Madde 5' e göre gebeliğin 10. haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir. Gebelik süresi, 10 haftadan fazla ise rahim ancak gebelik, annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde doğum ve kadın hastalıkları uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile tahliye edilir. Derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil hallerde durumu tespit eden yetkili hekim tarafından gerekli müdahale yapılarak rahim tahliye edilir. Ancak, hekim bu müdahaleyi yapmadan önce veya en geç yirmidört saat içinde müdahale yapılan kadının kimliği ve müdahale gerekçelerini illerde sağlık ve sosyal yardım

müdürlüklerine, ilçelerde hükümet tabipliklerine bildirmeye zorunludur.

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun Madde 6: Müdahale, gebe kadının iznine, küçüklerde küçüğün rızası ile velinin iznine, vesayet altında bulunup da reşit veya mümeyyiz olmayan kişilerde reşit olmayan kişinin ve vasinin rızası ile birlikte sulh hâkiminin izin vermesine bağlıdır. Ancak akıl maluliyeti nedeni ile şuur serbestisine sahip olmayan gebe kadın hakkında rahim tahliyesi için kendi rızası aranmaz. Kişiler evli iseler, sterilizasyon veya rahim tahliyesi için eşin de rızası gerekir. Veli veya sulh mahkemesinden izin alma zamana ihtiyaç gösterdiği ve derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil hallerde izin şart değildir.

Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Tüzüğü Madde 3 ve Madde 5'te kanundaki hükümler benzer şekilde yer alır. Ayrıca endikasyonların sıralandığı 2 sayılı ek liste ve durumu açıklayan kadın-doğum uzmanıyla, uzmanlık dalından bir hekimin birlikte hazırlayacakları, kesin klinik ve laboratuvar bulgulara dayanan, gerekçeli raporlar zorunlu kılınmıştır. Rapor, işlemin - sonucuyla birlikte en geç bir hafta içinde, illerde sağlık ve sosyal yardım müdürlüklerine, ilçelerde hükümet tabipliklerine gönderilmelidir.

Tüzük Madde 8 - Rahim tahliyesini gerektiren acil haller: a)İnternal os kapalı olsa bile, yaşamı tehlikeye sokacak kanamalar, b)İnternal os'un açık olduğu haller, c) Gebelik ürününün bir bölümünün düştüğü ve kanamanın devam ettiği haller ya da enfeksiyon tehlikesi.

Tüzük Madde 13 ve 14'te kanunun rıza ile ilgili hükümleri tekrar edilmektedir.

Tüzük Madde 15 - İzin belgeleri, rahim tahliyesi ve sterilizasyon için başvurulduğunda imzalatılır. Eşin, ya da vasinin gelmemesi halinde, bunların rahim tahliyesine izin verdiklerine ilişkin yazılı ve imzalı belge yeterli sayılır. Belgeyi getiren, imzanın sahibine ait olduğunun hukuki sorumluluğunu kabul ettiğine ilişkin bir belgeyi de imzalamak zorundadır.

Mahkeme kararı doğrultusunda cinsel saldırı sonucu gebe kalmış kadınlara 20. haftaya kadar gebeliklerini sonlandırabilme hakkı yasal olanak tanınmıştır.

Ek listeye göre on haftanın üzerindeki gebeliklerde rahim tahliyesini gerektiren durumlar: A - Doğum ve Kadın Hastalıklarına bağlı nedenler:1)Daha önceki major uterin harabiyet ve hasarları: a) Sezeryan Ameliyatı, b) Miyomektomi, c) Uterus rüptürü,d) Geniş perforasyon, e) Geçirilmiş vajinal plastik operasyonlar, 2) Rekürren preeklampsi,eklampsi,3) İzomünizasyon,4) Mole hidatidiform, B - Ortopedik nedenler :1) Osteogenezis imperfekta, 2) Ağır kifoskolyoz, 3) Doğumu güçleştiren osteomyelit, 4) Faaliyet halinde bütün mafsalları ilgilendiren osteoartiküller hastalıklar, C - Kan hastalıklarına bağlı nedenler:1) Lösemi, 2) Kronik anemiye neden olan hastalıklar, 3) Lenfomalar, 4) Pıhtılaşma defektleri, 5) Hemolitik sarılıklar, 6) Agranülositozis, 7) Tromboembolik hastalıklar, 8) Hemoglobinopatiler ve talasemi sendromları (ağır klinik ve hematolojik

bozukluğa neden olan), 9) Gamaglobulinopatiler, D - Kalb ve dolaşım sistemi hastalıkları: 1) Doğumu engelleyen konjenital ve akkiz kalb hastalıkları, 2) Kalp yetmezliği, perikardit, miyokardit, miyokard enfarktüsü aşikar koroner yetmezliği, arteriyel sistem anevrizmaları, 3) Ağır tromboflebitler ve lenfatik sistem hastalıkları, 4) Ağır bronşektaziler, 5) Solunum fonksiyonunu bozan kronik akciğer hastalıkları, E - Böbrek hastalıkları: 1) Akut ve kronik böbrek hastalıkları, F - Göz hastalıkları: 1) Dekolman, 2) Renal hipertansif ve diyabetik retinopatiler, G - Endokrin ve metabolik hastalıklar: 1) Feokromositoma, 2) Adrenal hiperfonksiyon ya da yetmezliği, 3) Kontrol altına alınamayan hipotiroidi veya hipertroidi, 4) Pratiroid hiperfonksiyon ya da yetmezliği, 5) Ağır hipofiz hastalıkları, H - Sindirim sistemine bağlı nedenler: 1) Gebeliğin devamını engelleyen sindirim organları hastalıkları, İ- İmmünolojik nedenler: 1) İmmün yetmezliği hastalıkları, 2) Kollajen doku hastalıkları, J - Bütün malign neoplastik hastalıkları, K - Nörolojik nedenler: 1) Grand mal epilepsi, 2) Multipl skleroz, 3) Muskuler distrofi, 4) Hemipleji ve paraplej, 5) Gebeliğin devamını engelleyen ağır nörolojik hastalıklar, L - Ruh hastalıklarına bağlı nedenler: 1) Oligofreni, 2) Kronik şizofreni, 3) Psikoz manik depresif (PMD), 4) Paranoya, 5) Uyuşturucu bağımlılıkları ve kronik alkolizm, M - Enfeksiyon hastalıkları: 1) Teratojen intra üterin enfeksiyonlar: a) Kızamıkçık, b) Toksoplazmozis, c) Sitomegalovirus, d) Herpes virus grubu hastalıklar, 2) Cüzzam, 3) Sıtma, 4) Frengi, 5) Brusella ve diğer ağır kronik enfeksiyonlar N - Konjenital nedenler: 1) Marphan sendromu, 2) Mesane ekstrofisi, 3) Down sendromu, 4) Sakat çocuk doğurma ihtimali yüksek diğer herediter hastalıklar, 5) Gonadlara zararlı röntgen ışını ve ilaç, 6) Teratogenik ilaçlar, 7) Nörofibromatozis

TCK Madde 99- Çocuk Düşürme: (1) Rızası olmaksızın bir kadının çocuğunu düşürten kişi, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) Tıbbî zorunluluk bulunmadığı hâlde, rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu düşürten kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Bu durumda, çocuğunun düşürülmesine rıza gösteren kadın hakkında bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur. (3) Birinci fıkrada yazılı fiil kadının beden veya ruh sağlığı bakımından bir zarara uğramasına neden olmuşsa, kişi altı yıldan oniki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır; fiilin kadının ölümüne neden olması hâlinde, onbeş yıldan yirmi yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. (4) İkinci fıkrada yazılı fiil kadının beden veya ruh sağlığı bakımından bir zarara uğramasına neden olmuşsa, kişi üç yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır; fiilin kadının ölümüne neden olması hâlinde, dört yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. (5) Rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftayı doldurmamış olan bir kadının çocuğunun yetkili olmayan bir kişi tarafından düşürülmesi hâlinde; iki yıldan dört yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Yukarıdaki fıkralarda tanımlanan diğer fiiller yetkili olmayan bir kişi tarafından işlendiği takdirde, bu fıkralara göre verilecek ceza, yarı oranında artırılarak hükmolunur. (6) Kadının mağduru olduğu bir suç

sonucu gebe kalması hâlinde, süresi yirmi haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmez. Ancak, bunun için gebeliğin uzman hekimler tarafından hastane ortamında sona erdirilmesi gerekir.

Madde 100 -Çocuk düşürme: (1) Gebelik süresi on haftadan fazla olan kadının çocuğunu isteyerek düşürmesi hâlinde, bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.

### **Adli Tıp ile bağlantılı sorular**

Abortus olmuş mudur, kaçınıcı haftada olmuştur, spontan mı provoke mi, küretaj yoluyla mı olmuştur? Vb. sorulara cevap bulmak için: Düşük materyelinin incelenmesi, embriyo veya fetus varsa muayenesi, annenin muayenesi, ölmüş ise otopsi yapılması gereklidir.

Abortus materyali içersinde zarlar, plasenta ve çocuğa ait kısımlar araştırılır. Koryon villusleri ve fetal dokular görülmesi ile kesin teşhis konulur. Annenin muayenesinde, abortus ne kadar yeni ise ve gebelik ne kadar ileri haftadaysa bulgular da o kadar çok ve belirgindir. İlk aylardaki abortustan bir hafta on gün sonra kadında hiç bir değişiklik bulunamaz, ilerlemiş gebeliklerden sonra abortus ve ölü doğumlarda uterus cesameti, şekli ve servikal açıklık fikir verebilir. Abortus etkisi ile kadın ölmüş ise otopside uterus büyüklüğü önemlidir, uterus içersinde plasental loj görülür, overde CL gravidarum izlenebilir, uterusun histolojik incelemesinde desidua hücreleri ve koryon villusleri tesbit edilir. Abortusun spontan veya provoke olup olmadığı, annenin vücudunda ve genital organlarda zorlama belirtileri bulunup bulunmaması ile anlaşılabilir. Collumda herhangi bir alet etkisi ile olabilen yara, bere, pens, tek dişli izleri, fornikslerde zedelenme ya da delinmeler provoke olduğunu düşündürür.

Abortus komplikasyonları, kanama, enfeksiyon, uterus delinmeleri, tromboz ve emboliler, ölüm olarak sayılabilir.

Abortus tanısı veya abortusu yaptırmayı yani gebelik terminasyonunu gerektirecek endikasyonlar doğru konmalı, ister elektif terminasyon ister tıbbi tahliye olsun tüm sonlandırmalar öncesi tüzüğe uygun şekilde aydınlatılmış onamlar eksiksiz alınmalı, hasta dosyasına haftayı gösteren USG görüntüleri, 10 haftadan büyük terminasyonlarda endikasyonu belirleyen görüntüleme ve laboratuvar raporları eklenmeli, girişimden uygun süre sonraya, gebeliğin persiste etmesi veya rest durumunda tekrar kürete edilebilmesi olasılığı da göz önünde tutularak, kontrole çağrılmalı, bulgular dosyaya eklenmeli, hasta kontrole gelmediyse kaydedilmelidir.

### **Gebelik takibi**

Gebelik takibi sırasında sorun çıkarabilecek durumların önceden algılanabilmesi, olası risklerin hastaya anlatılması, hasta tarafından gerekli testlerin yapılmaması ve girişimlerin kabul edilmemesi durumunda yazılı ve imzalı bir belge alınması, bunun da diğer takip bulguları ve belgeler ile beraber kayıt altına alınıp saklanması



herhangi bir iddia ile karşılaşıldığında hekimlerin yaptıkları işlemleri, tedavileri, bilgilendirmeleri belgeleyebilmeleri açısından çok önemlidir.

Gebelik hastalık değil, fizyolojik bir süreç olduğundan gebeler hekimden ziyade akraba ve arkadaş çevrelerini dinlemeye, işler ters gittiğinde ise hekimi suçlamaya eğilimlidirler. Süreci hastanın yönetmesine izin vermemeli, ancak aydınlatma yapılması imkânsız, başa çıkılmaz hastalarda istenen testler, önerilenler ve hastanın yerine getirmediği kesinlikle not alınmalıdır.

Obstetrik anamnez (tekrarlayan kayıplar, kötü obstetrik öykü vb), annenin gerçek yaşı (özellikle ileri anne yaşı riskleri nedeniyle – nüfus kayıtlarında bazen 10 yaş kadar hata oluyor), gebeliği komplike edebilecek sistemik hastalıklar, özellikle hipertansiyon, kalp, böbrek hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, kollagen doku hastalıkları, endokrin hastalıklar, DM öyküsü, önceki gebeliklerinde gestasyonel DM öyküsü, geçirilmiş peeklampsi, eklampsi öyküsü, geçirilmiş operasyonlar, özellikle doğum şeklinin belirlenmesinde önemli olan C/S, myomektomi, metroplasti gibi uterusu skar bırakan operasyonlar veya pelvik ortopedik operasyonlar, kanama diatezine ya da trombofiliye yol açabilecek kalıtsal ya da edinsel hastalıklar, önceki gebeliklerde plasental anomali öyküsü, IUGR, oligohidramnios, polihidramnios, fetal makrozomi, zor doğum öyküsü, önceki doğumların şekli ve bebeklerin doğum ağırlıkları, kemik pelvisi etkileyebilecek hastalık ve travma öyküsü, geçirilmiş önemli enfeksiyonlar ve akut enfeksiyon düşündürülen yakınmaların araştırılması, kronik ilaç kullanımı, özellikle teratojenik etki potansiyeli olan ilaçların kullanımı, radyasyon, X ray gibi teratojenlere maruz kalma öyküsü, ilaç veya diğer maddelere karşı hipersensitivite, soy geçmişinde özellikle genetik geçiş gösterenler olmak üzere önemli hastalık öyküsü, önceki gebeliklerde ve ailede kongenital anomali öyküsü, vb. tüm bunlar araştırılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmiş anamnezinin eksik alınması nedeniyle uygun tanı ve tedavinin yapılamaması özen eksikliği oluşturur.

Risk taşımayan gebede, doğru zamanda rutin görüntüleme ve laboratuvar testleri, belirlenmiş bir risk varsa ona yönelik tanısal testler istenmeli, Perinatoloji Bilim Dallarında takibi gerektiren yüksek riskler saptanırsa ilgili bölümlere refere edilmeli, en azından takip ve tedavi protokolü belirlemek için aralıklı konsültasyonlar ihmal edilmemelidir.

Kan grupları ve Rh uyumsuzluğunun saptanması, indirekt Coombs testi, hemogram, pıhtılaşma bozukluğu şüphesi olanlarda trombosit sayısı ve ilgili zamanların saptanması, TSH, tiroid hormon düzeyleri, varsa diğer endokrinopatiler, EDT ve neonatal sepsise yol açma olasılığı göz önünde tutularak vaginitler, üriner enfeksiyonlar, böbrek hastalıkları ve preeklampsi açısından idrarda proteinüri, doğum ve C/S esnasında beklenenden fazla kanayabileceği göz önünde tutularak hemogram tekrarlanmalı, değerlerin düşük olması durumunda gerekli replasman yapılmadan doğum veya C/S planlanmamalı, HBsAg (+) ise doğum sonrası antiserum uygulanması ve sağlık çalışanlarının ve diğer hastaların korunması



yönelik HIV ve HCV taramaları unutulmamalıdır.

Esansiyel hipertansiyon, preeklampsi, eklampsi, IUGR, oligohidramnios, dekolman plasenta, HELLIP sendromu gibi maternal ve fetal morbidite ve mortalite yönünden yüksek riskli durumlar, TA değerleri, hastane dışında hastaya yaptırılmış TA takiplerinin dosyaya eklenmesi, albüminüri, ödem vb. bulguların kaydı unutulmamalıdır.

#### Ultrasonografiler

Ektopik-intrauterin gebelik ayırımı, gestasyonel haftanın doğru tayini, çoğul gebeliklerin saptanması, miad tayininin doğru yapılması, belli zaman aralıklarına planlanmış prenatal tanı testlerinin atlanmaması, fetal gelişimin izlenmesi, olası IUGR ve fetal makrozomi olgularının saptanabilmesi, amniotik sıvı miktarının, plasental yerleşim ve grade'in, miada yakın dönemde fetal situs, pozisyon ve prezentasyonun saptanabilmesi ultrasonografik inceleme ile mümkün olup, yapılan USG'lerin, anılan özelliklerini de vurgulayacak resim ve raporların hasta dosyasında yer alması gerekir, çıktılarının bir kopyası hastaya verilse bile bir kopyası hem takip için hem delil niyetine elde tutulmalıdır.

Erken doğum tehdidi şüphesinde hastanın değerlendirmesi mutlaka kaydedilmeli, tokoliz uygularken yakından takip edilmeli, fetal akciğer matürasyonunu sağlamak amacıyla betametazon vb uygulamalar ihmal edilmemeli, ayrıca kontraksiyonların durmaması ihtimali göz önünde tutularak yoğun bakım koşulları uygun değilse annenin sevki önceden planlanmalıdır. Unutulmamalıdır ki, gerek prematüre gerek miadında doğumlarda fetuslar iyi bir Apgar ile doğmuş olsalar dahi, postpartum sevklerinin iyi organize edilememesi nedeniyle ortaya çıkan zararlardan yine hekimler sorumlu tutulmaktadır.

Erken membran rüptürü tanısı konmuşsa doğum için fazla beklenmemelidir. EMR oluşumundan hekim sorumlu tutulamaz, ancak tanısı gecikmiş, antibiyotik tedavisi başlanmamış ve enfeksiyon belirtileri olduğu halde uygun zamanda sonlandırılmamış bir olguda oluşan, korioamnioniti ve sepsisi izleyen maternal ve fetal morbidite ve mortalitede hekimin sorumluluğuna gidilir. Basit bir maternal üriner sistem enfeksiyonu dahi neonatal sepsisin nedeni olarak kabul edilebilmekte ve doğumdan günler sonra oluşan yenidoğan ölümünden kadın doğum uzmanı sorumlu tutulabilmektedir.

Intrauterin gelişme geriliği olan fetuslar, hipertansif ve diabetik anne çocukları ve sürmatür fetuslar fetal distress ve ani fetal ölümlerin sık görüldüğü bir gruptur. Takipleri ve ultrasonografi bulguları çok farklılık gösterse de ortak özellikleri şüpheli durumlarda intrauterin bekletilmemeleri gerektiğidir. Yoğun bakım koşulları mevcutsa ya da olmadığı durumda uygun şekilde sevk edilerek, bir an önce doğurtulmalıdır. Bu fetuslar günlük hatta daha da sık NST takibinde tutulmalı, bu NST'ler devamında çok iyi saklanmalı, hatta solmalara karşı fotokopileri alınmalıdır. IUGR ve fetal distressin fark edilmemesi ve müdahale

edilememesi sonucu ortaya çıkan in utero mord de fetus olguları malpraktis iddialarının sık karşılaşılan nedenlerindedir. Obstetrik Doppler ultrasonografi fetal distresi diğer testlerden daha önce gösterir, en sık Doppler ölçümleri yapılan damarlar umbilikal arter ve venler, uterin arterler, serebral arterler (en sık MCA)dir, en sık kullanıldığı olgular asimetric IUGR, fetus, malnutrisyon, hipoksi, asidoz ve ölüm riski ile karşı karşıyadır. Fetal distressin Doppler ile erken tanınması yüksek riskli gebeliklerde morbidite ve mortaliteyi belirgin olarak azaltır. Anormal Doppler bulgularının gözlenmemesi de genellikle fetusun iyi durumda olduğunu gösteren bir belirteç olduğundan delil olarak önem taşır. Hastanın Doppler USG yaptırmamakta ısrar etmesi durumunda sorumluluk hastada kalacak şekilde yaptırmadığına dair imzası alınmalıdır.

İyi NST'lerin bir kısmı hastaya verilebilir, ama bir kısmı mutlaka hekim tarafından saklanmalıdır, çünkü iyi bir NST bebeğin iyi durumunu ve kontraksiyon olmadığını ya da tam tersi, kötü durumda olduğunu veya annede kontraksiyon olduğunu vb dolayısıyla yapılan müdahalelerin haklılığını gösteren kıymetli bir delildir ve hekimce elde bulundurulması çok önemlidir.

Sürmatür fetuslarda miad tayini eski USG'ler de göz önünde tutularak doğru yapılmalı, şüpheli durumlarda kontraksiyonları beklemek yerine indüksiyon ya da tutmadığı durumlarda C/S ile doğurtulmalıdır.

Atlanmış konjenital anomaliler Kadın-Doğum uzmanlarının şikâyet edilmesi ve tazminat talep edilmesine en sık neden olan olgulardandır. Zamanında yapılmış ve kayıt altına alınarak muhafaza edilmiş test sonuçları hekimin tıbbın gereklerine uygun hareket ettiğinin ve özen gösterdiğinin çok önemli kanıtlarıdır. Raporlara, bu sonuçların %100 sağlıklı bebeklerin garantisi olmadığı, bazı durumlarda anomalinin saptanamayabileceği eklenmelidir. NT kalınlığı, ikili test, üçlü test, dördü test, 2.düzye ultrasonografi, ayrıca gerekiyorsa invazif prenatal tanı testlerinin zamanları geçirilmemeli, hasta zamanlama konusunda önceden bilgilendirilmeli, testleri yaptırmayacağını belirttiği veya gelmediği takdirde yazılı olarak kaydedilmeli, detaylı 2.düzye USG'ler uzmanlaşmış bir Perinatolog veya Radyolog'a gönderilmelidir. İlk kez veya uzun bir aradan sonra ileri haftada gelmiş olan bir gebede haftası nasılsa geçti, bir anomali saptansa da sonlandırılmaz, bu nedenle detaylı bir ultrasonografik taramaya gerek yoktur yaklaşımı hatalıdır. Çünkü anne-babalar çocuklarındaki anomaliyi sonlandıramayacak bir dönemde olsalar ya da sonlandırma endikasyonu olmasa ve bunu yapmayı zaten düşünmeseler bile, önceden bilgilendirilmiş olmayı tercih etmektedirler. Sağlam bir çocuk beklentisiyle doğuma gidip anomali ile karşılaşmanın oluşturduğu kötü sürpriz ve üzüntünün dışı vurumu hekime yönelmiş yüksek tazminat talepleri şeklinde olabilmektedir.

Travay ve doğum sırasında ortaya çıkan travmalar da Kadın-Doğum uzmanlarının sorumluluğuna gidilen olguların başındadır. Bunlar fetusun travay sırasında hipoksik kalmasından kaynaklanan serebral palsy vb.sorunlar olabileceği gibi

transvers duruş olguları, makat doğumda başın takılması, kordon sarkması, omuz takılması, brakial pleksus paralizisi, ektremite kırıkları, vakum ve forseps uygulamaları esnasında fetal başta ortaya çıkan yaralanmalar, annede ortaya çıkan perine yırtıkları, fornikslere uzanan vaginal yırtıklar, collum yırtıkları ve uterus rüptürleri şeklinde örneklenebilir. Situs ve prezentasyonun önceden saptanması, fetal makrozominin saptanması, maternal kemik pelvis ve yumuşak doku distosisine yol açabilecek durumların değerlendirilmesi, travay başlamışsa fetal baş, maternal pelvis ilişkisinin değerlendirilmesi önemlidir.

Plasentanın yeri ve diğer özellikleri, özellikle önceden geçirilmiş uterin cerrahi varlığında, previa ve alt segment yerleşimli plasentalarda yapışma anomalilerinin de eşlik edebileceği akıldan çıkarılmamalı, C/S sırasında gerekebilecek replasman ihtiyacı ve olası histerektomi konusunda hasta önceden bilgilendirilmelidir.

Her ne kadar yüksek C/S oranları bir sorun olarak algılanmaya başlansa dahi, gebeye özellikle çok istediği takdirde elektif C/S olabilmeye şansı verilmeli, ayrıca normal doğum açısından riskli gözükene her hastaya, eğer cerrahi bir kontrendikasyon söz konusu değilse ve ekip ve ekipmanlar elverişli ise C/S teklif edilmelidir, kabul edilmeyorsa da mutlaka hasta ve yakının imzası alınarak belgelenmelidir. Hekimlere yöneltilen suçlamalarda annenin C/S'ya alınmayıp, travaya terk edilmesi, normal doğum için zorlanması, ya da C/S endikasyonunda geç kalınması nedeniyle oluşan suçlamalar ön plandayken, eğer ameliyat sırasında herhangi bir cerrahi komplikasyon veya tıbbi uygulama hatası yaşanmamışsa, neden normal doğurtulmadım da C/S oldum diye suçlamada bulunan bir olguyla hemen hiç karşılaşılmamaktadır.

### **Postpartum kanamalar**

Doğum ya da C/S sırasında ortaya çıkabilecek önemli sorunlardan biri anne hayatını kurtarabilmek için histerektomi yapılmasıdır ki bu da hastanın çocuk yapma yeteneğinin ortadan kaldırılması yani sterilizasyonu anlamına gelir. Histerektomi ile ilgili yasada doğrudan hüküm yoktur. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un sterilizasyon ve kastrasyonla ilgili 4. Madde'sine göre-Sterilizasyon, bir erkek veya kadının çocuk yapma kabiliyetinin cinsi ihtiyaçlarını tatmine mani olmadan izalesi için yapılan müdahale demektir. Tıbbi sakınca olmadığı takdirde reşit kişinin isteği üzerine yapılır. Bir ameliyatın seyri sırasında tıbbi zaruret nedeniyle bir hastalığın tedavisi için kastrasyonu gerektiren hallerde, kişinin rızasına bakılmaksızın kastrasyon ameliyesi yapılabilir denmektedir.

Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Tüzüğü Madde 2 ' ye göre Sterilizasyon deyimi, kadınlarda tüp ligasyonunu ifade etmektedir. Madde 10'a göre Sterilizasyon ameliyatı, tıbbi sakınca olmaması koşuluyla ve reşit kişinin isteği üzerine yapılır. Kadınlara sterilizasyon ameliyatı, kadın hastalıkları ve doğum ya da genel cerrahi uzmanlarınca yapılır. Madde 15 - İzin belgeleri, 13 üncü maddede sözü edilenlere,

rahim tahliyesi ve sterilizasyon için başvurduklarında imzalatılır. Eşin, ya da vasinin gelmemesi halinde, bunların sterilizasyon ya da rahim tahliyesine izin verdiklerine ilişkin yazılı ve imzalı belge yeterli sayılır. Belgeyi getiren, imzanın sahibine ait olduğunun hukuki sorumluluğunu kabul ettiğine ilişkin bir belgeyi de imzalamak zorundadır.

TCK'nın Kısırlaştırma başlıklı 101.maddesine göre (1) Bir erkek veya kadını rızası olmaksızın kısırlaştırılan kimse, üç yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Fiil, kısırlaştırma işlemi yapma yetkisi olmayan bir kimse tarafından yapılırsa, ceza üçte bir oranında artırılır.

TCK madde 87 kasten yaralama nın 2 fıkrası c bendinde çocuk yapma yeteneğinin kaybedilmesi suçun netice sebebiyle ağırlaşmış halini oluşturur. Madde 89'da taksirle yaralamanın 3 fıkrası c bendine göre çocuk yapma yeteneğinin kaybedilmesi yine suçun netice sebebiyle ağırlaşmış halini oluşturur.

Histerektomi yoluyla kısırlaştırma yasal düzenlemelerde anılmamış olsa da hem cezai hem hukuki sorumluluktan kurtulmak için normal doğum da dâhil olmak üzere her tür jinekolojik ve obstetrik müdahale içeren durumlarda hastayı hospitalize ederken histerektomi ve devamında gelecek üreme yeteneği kaybı onamlara dâhil edilmelidir.

Erken postpartum dönemdeki ihmal için hukuken kusursuzluğu kabul ettirebilecek bir açıklama bulmak çok zordur. İntrapartum ve erken postpartum dönemdeki maternal ölümler genellikle ani gelişen ve hekimi büyük paniğe sokan olaylardır. Kanama durumlarında transfüzyon için kan ürünlerinin aranması, intrapartum ve intraoperatif cerrahi girişimler, diğer branş hekimlerinden istenen acil konsültasyonlar, resusitasyon, yoğun bakım arayışları, hasta sevki, hasta yakınlarına durumun açıklanması derken hastanın izlem bulgularının kaydedilmesi hepten unutulabilir. Oysaki tek bir dakikanın bile çok önemli olduğu böyle bir dönemde durum stabilleşince hastaya ait tüm bulgular ve yapılan tüm işlemler dakikası dakikasına kaydedilmelidir. Hekimin özen borcunu eksiksiz yerine getirdiğinin ve kusursuz olduğunun başka türlü kanıtlanması mümkün değildir. C/S sonrası kardiopulmoner arrest gelişen bir davada bilirkişi raporlarında yaptığı tüm müdahaleler yerinde bulunan bir hekim yalnızca dosyada gözüken 10 dk'lık bir boşluk yüzünden kusurlu bulunmuştur.

### **Maternal mortalite**

Bir kadının gebelik, doğum veya gebeliğinin bitimini izleyen 42 gün içinde, herhangi bir nedenle yaşamını kaybetmesidir. Direkt anne ölümleri gebelik durumu ve lohusalıkla ilgili obstetrik komplikasyonlar, girişimler, tedavi konusundaki ihmaller yüzünden, İndirekt anne ölümü önceden mevcut olan veya gebelik sırasında gelişen bir hastalık nedeniyle ölümler olarak tanımlanabilir. Obstetrik nedenlere doğrudan bağlı olmayan bu hastalıklar örn kardiovasküler, karaciğer,

böbrek, nörolojik vb. gebeliğin fizyolojik etkileri ile ağırlaşır. Nonmaternal ölümler ise gebelik veya lohusalık sırasında meydana gelen ancak gebelik ve komplikasyonları ile ilgili olmayan ölümlerdir. Çoğu nedene yönelik adli otopsi gerektirir. Bu klinik olarak konulmuş olan ölüm nedeni tanısının doğrulanması veya reddedilmesi için de önemlidir. Reprodüktif çağda bir kadın öldüğü zaman ölüm nedeni ne olursa olsun gebe olabilir, bazen şüphelenilmeyen bir gebelik veya komplikasyonları beklenilmeyen bir ölüme katkıda bulunmuş olabilir.

Adli Tıp bağlamında bir kadının doğurup doğurmadığı, doğurmuş ise ve ortada bir çocuk varsa doğum zamanına uyup uymadığı sorusuyla karşılaşılabılır? Yeni ve eski doğum belirtilerine göre araştırılır. Gebelik ve doğuma ait eski ve yeni belirtiler bir aradaysa birden fazla doğum olmuştur, ancak sayısı anlaşılabilir. Doğurmamış kadınlarda uterusun porsiyos kısmı koni biçiminde ve ağzı küçük, yuvarlak ya da düzgün kısa bir çizgi halinde iken doğurmuş uterusun collumu ağzı geniş, düzensiz bir yanlamasına yırtık halindedir. Porsiyoda yırtık nedbeleri bulunur. Normal doğumda perine, vulva ve forsette ve uterus porsiyosunda yırtıklar varsa gebeliğin miadında veya miada yakın olduğunu düşündürür. Doğum kanalında ve genital organlarda bir lezyon bulunmazsa, prematüre ya da olağan süresinde doğmuş olsa bile kolay bir doğum olduğunu düşündürür.

Doğum normal fizyolojik bir süreç olduğundan doğuma engel bir patoloji olmadığı sürece anne kendi başına, yardım almadan doğurabilir.

### **Yenidoğan ile ilgili adli tıp sorunları**

Çocuğun canlı doğup doğmadığı hukuken çok önemlidir. Çocuk, ana rahmine düştüğü andan itibaren, hukuk tarafından korunur. Fetus (cenin) halinde iken henüz bir kişiliği bulunmaz. Kişiliği ancak tam olarak ve sağ doğmasıyla başlar. Tam ve sağ doğduğu anda da ana rahmine düştüğü andan beri tüm hukuksal kazanımları ve borçları yürürlüğe girer. Şahsın Hukuku'nda 'Kişilik, çocuğun sağ olarak tamamıyla doğduğu anda başlar ve ölümle sona erer. Çocuk hak ehliyetini, sağ doğmak koşuluyla, ana rahmine düştüğü andan başlayarak elde eder. Miras Hukuku'nda 'Cenin, sağ doğmak koşuluyla mirasçı olur. Ölü doğan çocuk mirasçı olamaz. TCK açısından önemi: Çocuk sağ ve tam olarak doğmakla kişilik kazandığından canlı doğup ölürse kasten veya taksirle öldürme hükümleri uygulanacakken ölü doğumla kişilik kazanamayacağından öldürme hükümleri de yer bulamaz. Madde 81 - Kasten öldürme (1) Bir insanı kasten öldüren kişi, müebbet hapis cezası ile cezalandırılır. Madde 82 - Nitelikli hâller (1) Kasten öldürme suçunun; a) Tasarlayarak,..... e) Çocuğa ya da beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,..... işlenmesi hâlinde, kişi ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası ile cezalandırılır.

Doğumdan sonra çocuğun anneden ayrı yaşayıp yaşamadığının yani canlı doğup doğmadığının tesbiti için çocuk cesedi üzerinde bazı araştırmalar yapılır.

## Ölü doğum

Amniyos kesesi açılmadan önce uterus içinde çocuk ölmüş ve bir günden fazla içerde kalmış olursa masere olur. Deride epidermis yer yer soyulur, altındaki derma kırmızı renkte meydana çıkar. Avuç içleri ve ayak tabanları beyazlaşır, buruşur. Bu hale maserasyon denir. Karın kurbağa karnı gibi iki tarafa yayılır. Maserasyon hali çürüme belirtilerine benzer ise de masere çocuk kokusuzdur, akciğerlerde, mide ve barsaklarda çürüme gazları yoktur. Çocuk uterus içinde su kesesi açıldıktan sonra ölmüş ise baş kemikleri birbirine geçmiştir. Ölü doğmuş çocuk masere değilse doğarken ölmüştür. Doğum sırasında kordon sarkarsa çocuk başı ile pelvis kemikleri arasında ezilir ve çocuk ölebilir. Kordon doğumdan önce kopmuş olursa veya kordonun boyna dolanmış durumda doğarken ölüm olabilir. Otopside, yaşayan çocukların solunum ile hava alması sonucu akciğerlerde, kalb ve kan dolaşımı sisteminde ve sindirim kanalında bazı değişmeler olur. Gebelik sırasında ve doğumdan önce fetüste akciğerlerin bir fonksiyonu yoktur, doğumdan sonra çocuk yaşadığı takdirde akciğerlere solunum ile hava gireceğinden ve pulmoner kan dolaşımı başladığından akciğerlerin şekli, hacmi, ağırlığı ve rengi değişir. Hiç soluk almamış akciğerler homojen, koyu kırmızı renktedir. Soluk almış bir çocuğun akciğerleri pembe kırmızı, süngerimsi bir hal alır. Doğumdan sonra çocuk yaşamış ise göğüs boşluğunda diyafram seviyesi aşağıya iner. Solunum başlayınca hava yutma da olur. Mide, barsaklarda hava bulunur. Fetüste ve hiç soluk almamış, ölü doğmuş çocukların mide ve barsaklarında hava bulunmaz. Mide ve barsaklarda süt ve besin bulunursa çocuğun bir süre yaşadığına delalet eder.

Sonuçta biz Kadın-Doğum uzmanlarının dikkat etmemiz gereken birkaç önemli noktaya tekrar vurgu yapacak olursak, tıbbi bir müdahalenin hukuka uygun olabilmesi için:

- Müdahalede bulunan kişinin buna yetkili olması,
- Müdahalenin mesleğin gereklerine uygun yürütülmesi,
- Aydınlatma ve rıza,
- Rızanın bulunmadığı durumda genel sağlığın korunması gibi daha üstün bir kamusal yarar olmalıdır.

Hastanın rızası yapılan müdahalenin hukuka uygun hale gelmesinde vazgeçilmez bir koşuldur. Hastanın rızası olmadan yapılan tıbbi müdahalelerin hukuken kasti bir yaralama eyleminden farkı kalmaz. Her ne kadar sağlık kurumuna başvururken zımni bir rızaları olduğu varsayılabilirse de ispat kolaylığı açısından yazılı olmalıdır. Rızanın ya da rıza vermemenin geçerli sayılması için de hastanın neye rıza verdiğini ya da vermediğini anlayabileceği açıklıkta bilmesi gereklidir. Matbu bir kâğıdın altına imza atılması geçerli değildir. Her ne kadar hukuk çevrelerince hastayı aydınlatmak için gerektiği kadar zaman ayırıp sonuna kadar sabırla gitmek gerektiği ifade edilse de pratikte bu hem zaman açısından hem de bazı hastaların

aydınlatılması çok zor ya da imkânsız olması nedeniyle gerçekleştirilememektedir. Bu durumda hastanın durumuna göre öngörülen konularda yeterince uzun bir süre öncesinde bazen ona yönelik bireysel de hazırlanmış olabilir, yazılı formların verilmesi, varsa sorularının cevaplanması ve okuyup anladığının net bir şekilde yazılı olarak belirtilmesini takiben imzalatılarak muhafaza edilmesi en uygundur. Onam konusu aynı zamanda Hasta Hakları Yönetmeliği'nde de mevcuttur.

Kayıtlar çok önemli. Aynı zamanda Hasta Hakları Yönetmeliğinde de mevcut. Zamanında tutulamamış olsa bile en kısa sürede usulüne uygun, eksiksiz, çelişkiye yol açmayacak şekilde doldurulması gerekir. Bu dosyalar belki ilerde dava konusu olacaktır, ama o zamana kadar bizim elimizdedir. Düzgün ve usulüne uygun doldurulmuş, kopyalanmış, yedeklenmiş kayıtlar bizim en önemli delilimizdir. Onların düzgün doldurulmuş olduğundan emin olmadan kimseye paylaşmayalım!

Tıbbi uygulama hatalarından kaynaklanan tazminat davalarında mahkemeler davaları en sıklıkla vekâlet sözleşmesi temelinde çözerler. Vekâlet sözleşmesinde hasta müvekkil, hekim ise vekil konumundadır. İyi bir sonuç, yani hastanın tam şifası garanti edilemez, ancak hekim hastanın sağlığı için gereken her türlü özeni göstermek zorundadır, en ufak kusurundan bile sorumludur. İnsan vücudu makine değildir, pek çok şey önceden öngörmediğimiz şekilde gelişir, ama kusursuz suç ve ceza olmaz ve kusurlu hareket olmadan veya kusurla zarar arasında illiyet bağı kurulmadan tazminata hükmedilmez. Biz kusursuz davranmak için elimizden gelen özeni gösterelim.

Gerekli olduğuna inandığımız tetkikleri isteyelim, nedenini hastaya açıklayalım, yaptırmıyorsa kayda geçelim, biz hastaya karşı ihmalkar ve özensiz davranmayalım, o kendine karşı ihmalkar ve özensiz davranırsa bile, çünkü herkes kendi özensiz davranışından sorumludur.!

Hastayı terk etmek, icaba çağrıldığında gitmemek, veya hastayı yetkisiz kişiye devretmek ağır kusur olarak kabul edilir. Başından gereksiz sorumluluk almamak en güvenlisidir!

Usulüne uygun hareket edin, gereksiz kahramanlıklar yapmayın! Öncelikli olarak elbette ki samimi bir şekilde hastamızın iyiliğini düşünelim. Ancak her zaman kurtaramayız, her zaman iyi edemeyiz ve her zaman memnun edemeyiz, alacağımız aşırı riskler, gereksiz kahramanlıklar, bize olumsuz olarak geri dönebilir. Gerektiğinde hukuki yardım ve uzman görüşü almalıyız. Düzgün ve gerekçeli uzman mütalaaları bizim elimizi güçlendirecek delillerdir.

Hekim hekim kurdudur. Meslektaşlarımızın yaptığı işlemler hakkında olumsuz konuşmayalım, hastalar bir hekim için olumsuz düşünceye en çok başka bir hekimin olumsuz sözleri sonucu kapılırlar. Yarın hepimizin başına gelebilir!

## Kaynaklar

1. Borçlar Kanunu, 818, 22/04/1926, RG: 29/04/1926, 359, [http://www.tim.org.tr/files/downloads/mevzuat/borclar\\_kanunu.pdf](http://www.tim.org.tr/files/downloads/mevzuat/borclar_kanunu.pdf)
2. Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji, Ed. Ali Ayhan, Güneş Tıp Kitabevi, 2010
3. Filiz Yavuz İpekyüz, Türk Hukukunda Hekimlik Sözleşmesi, Vedat Kitapçılık, Ocak 2006
4. Hakan Hakeri, Hekimin Yükümlülükleri, KKTC Lefke Avrupa Üniversitesi, II. Sağlık Hukuku Sempozyumu, 17-18 Mayıs 2010, Adalet Yayınevi, Ankara 2011
5. Mustafa Kıcalıoğlu, Doktorların ve Hastanelerin Tıbbi Müdahaleden Kaynaklanan Hukuki Sorumlulukları, Adalet Yayınevi, Ankara 2011
6. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 2827, 24/05/1983, RG: 27/05/1983, 18059, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/613.html>
7. Oğuz Polat, Tıbbi Uygulama Hataları, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2005
8. Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük, 83/7395-14/11/1983, Dayandığı Kanun:24/05/1983,2827, RG: 18/12/198318255, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/5130.html>
9. Türk Ceza Kanunu,5237,26.09.2004, RG: 12.10.2004,sayı 25611, <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>
10. Türk Medeni Kanunu, 4721, 22.11.2001, RG: 8/12/2001 Sayı: 24607, [http://www.nvi.gov.tr/Files/File/Mevzuat/Nufus\\_Mevzuati/Kanun/pdf/turk\\_kanunu\\_medenisi.pdf](http://www.nvi.gov.tr/Files/File/Mevzuat/Nufus_Mevzuati/Kanun/pdf/turk_kanunu_medenisi.pdf)



# 10.

## EBELERİN GEBELİK, DOĞUM ve DOĞUM SONRASI DÖNEMDE KARŞILAŞTIKLARI ADLİ SORUNLAR

**Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN**

*Karabük Üniversitesi SYO Ebelik Bölüm Başkanı, Ebeler Derneği Genel Başkanı*

*Düşünmeden öğrenmek faydasız,  
öğrenmeden düşünmek ise tehlikelidir.”*

*Konfüçyüs*

### 1. Ebelik Mesleğinin Tanımı ve Görevleri

Ebelik tarihin en eski mesleklerinden biridir. İlk çağlarda geleneksel yöntemlerle sürdürülen ebelik mesleği, tıp alanındaki gelişmelere paralel olarak ilerlemiş ve günümüzde bilim ve sanatı birleştiren, ebelik felsefesi ve etik değerler üzerine temellenmiş, profesyonel bir disiplin olarak tıp meslekleri içinde yerini almıştır. **Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ebeliği;** “gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde gerekli bakım ve danışmanlığı sağlayan, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptıran, yenidoğanın bakımını ve aile planlaması danışmanlığını yapan sağlık personeli” olarak tanımlamaktadır.

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu'na ( The International Confederation of Midwives –ICM) göre ebe; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadını işbirliği halinde kadına gereksinim duyduğu destek, bakım ve danışmanlık hizmetlerini sağlayan, kendi sorumluluğunda doğumu yaptıran, yenidoğan ve bebeğe bakım veren sorumluluk sahibi ve güvenilir bir profesyoneldir. Ayrıca ICM ebeye; **kadın, aile ve toplum için yaşam boyu sağlık danışmanı ve eğitimcisi görevi** verir. Bu görev, özellikle antenatal eğitim, ebeveynliğe hazırlanma, kadın sağlığı, cinsellik ve üreme sağlığı ve çocuk bakımı konularını içerir. (Adopted by the International Confederation of Midwives Council meeting, 19th July, 2005, Brisbane, Australia)

Avrupa Birliği'nin 80/155/EEC sayılı konsey direktifleri, ebelik mesleği ile ilgilidir. Bu direktiflerde, ebelerden istenen asgari görevler; aile planlaması eğitim ve danışmanlığı, gebeliğin tanınması, normal gebeliklerin izlemi ve muayeneleri, gebelikte risklerin erken tanısı için gerekli muayene ve yönlendirme, hijyen ve beslenme konuları dahil ana-babalığa hazırlık programları, emzirme danışmanlığı gibi eğitim faaliyetlerinin yürütülmesi, intrauterin fetal durum ve travayı uygun klinik ve teknik yöntemlerle izleme, anne/ bebeğe bakım verme ve anormal bulguları belirleme, acil makat doğumlar ve epizyotomi gerektiren durumlar dahil normal doğumları yönetme, hekimin yokluğunda gerekli acil önlemleri alma (özellikle plasentanın elle çıkarılması, uterus manuel muayenesi vb), yenidoğanın ilk bakım ve muayenesi, gerekirse acil resüsitasyonu, yenidoğanın bakım ve

gelişiminin izlemi olarak belirlenmiştir. (EC Direktifleri 2005).

Görüldüğü gibi ebeler; hem bebek/fetüse hem de kadın/gebe/loğusa/anneye aynı anda hizmet eden ve sağlıkları ile ilgili olarak sorumluluk alan sağlık çalışanlarıdır. Ebelerin üstlendikleri bu sorumluluğa karşılık, gelişmiş ülkelerin aksine ülkemizde bir “**Ebelik Yasası**” bulunmamaktadır. Ülkemizde ebeler, **1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şu’abatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’a** bağlı hizmet etmektedir. 1219 sayılı kanun ve bazı yönetmelikler doğrultusunda ülkemizde ebelerden beklenen görevler, tüm gebelik ve doğum izlemleri, normal doğumların yaptırılması, 15-49 yaş kadın izlemleri, aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri, 0-6 yaş çocuk izlemleri, sağlık eğitimi, ev ziyaretleri, kayıt ve bağışıklama hizmetleri ve kendisine verilen diğer görevler olarak belirlenmiştir.

Ülkemizde ebelle ilgili mevcut yasal düzenlemeler, mesleğin güncel gereksinimlerini karşılayamadığı gibi, ebelerin görev yetki ve sorumluluklarının belirsizleşmesini sağlayarak yükledikleri mesleki sorumluluğu ağırlaştırmaktadır.

Ebeler, çalışma yaşamları boyunca pek çok adli tıbbi sorunla karşılaşabilmektedir. Bu sorunların bir kısmına yalnızca tanık olmakta, bir kısmını ise aktif olarak yaşamaktadır.

Bu nedenle konu;

- Karşılaşılan adli sorunlar ve
- tıbbi müdahale hataları olarak iki başlık altında incelenecektir.

Sunumun hazırlanması sırasında yararlanmak üzere, ebelerin kayıtlı olduğu bir sosyal paylaşım ağından, meslek yaşamı sırasında herhangi bir adli sorunla karşılaşan ebelerin, karşılaştıkları sorunu mail olarak bildirmesi duyurusu yapılmış ve mail olarak gelen vaka örnekleri, sunumda kullanılmıştır. Yaşadığı adli sorunları mail olarak paylaşan ebelere, vakalardan bir kongre sunumu sırasında yararlanılacağı bildirilmiş, kişisel ve kurumsal bilgilerin gizliliğine sadık kalınarak eğitim amaçlı kullanılabilmesi için gerekli onay alınmıştır. Bu vakalar, güncel yaşamdan rastgele örnekler olup, herhangi bir bilimsel değeri bulunmamaktadır.

## **2. Ebelerin Gebelik/Doğum ve Doğum Sonu Dönemde Karşılaştıkları Adli Sorunlar**

Ebeler; mesleki yaşamları boyunca, gebelik doğum ve doğum sonu dönemde pek çok adli sorunla karşılaşabilmektedir. Gebenin aile içi şiddete uğraması, gebenin bebeğini düşürmek istemesi, tecavüz ya da ensest gebeliği, başkası için doğum yapılması, bilerek bebeklerin karıştırılması, göreve ilişkin sırın korunması, izinsiz genital muayene bu adli sorunlardan bazılarıdır.

**2.1.Gebenin Aile İçi Şiddet Görmesi:** Gebenin aile içi şiddet görme sıklığı %4-20 arasında değişmektedir. Hedin ve ark(2000), gebelikte aile içi şiddetin

%75 oranında, birinci basamak sağlık çalışanı tarafından tespit edilebileceği ve önlenilebileceğini bildirmektedir. Ülkemizde sağlıkta dönüşüm çerçevesinde birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından yürütülmektedir. Aile hekimliği sisteminde aile sağlığı elemanı olarak görev yapan ebe ve hemşireler, rutin gebelik izlemleri sırasında gebenin maruz kaldığı aile içi şiddeti tespit edebilmektedir. Aile içi şiddet, bildirilmesi zorunlu bir suçtur. Türk Ceza Kanunu'nun 280. Maddesi sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi ile ilgilidir. TCK madde 280, *görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, 1 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır* demektedir. Sağlık kurumlarında bildirim zorunluluğu öncelikle birimin sorumlu hekimine aittir. Sorumlu hekim gereğini yapmadığı takdirde bildirim hemşire/ebe tarafından yapılabilmektedir.

*“30 haftalık gebem, gözünde kocaman bir morlukla gelince, ne olduğunu sordum. Düştüm dedi. Yalnızca gözünü çarpmış olamazsın deyince ağlamaya başladı. Kocasından şiddet görmüş, baba evine sığındığında bu seferde babasından koca evine dönmemesi nedeni ile şiddet görmüş. İki çocuğu var. Bu üçüncü gebelik... Onu görünce içim ezildi. Bu dünya haksızlıklarla dolu. Aile hekimime söyledim fakat biz karışmayalım dedi. Yardım etmek istiyorum ama ne yapabilirim bilmiyorum. İyilik edeyim derken yaşamımı daha da kötüye sürüklemekten korkuyorum”*

*Serpil Ebe, Aile Sağlığı Çalışanı*

**2.2.Tecavüz/Ensest Gebeliği:** Cinsel saldırı ve tecavüz kadında oluşturduğu, fiziksel ve ruhsal sorunlar ile önemli bir sağlık problemidir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2005 yılında yayınladığı bir raporda, her 4 kadından birinin cinsel saldırıya maruz kaldığını belirtmektedir. Cinsel şiddet sıklıkla kişinin tanıdığı biri tarafından uygulanmakla birlikte (%73), yabancı kişi veya kişilerce de uygulanabilmektedir. Cinsel şiddeti uygulayan aile içinden yakın akraba olduğunda ise, ensest olgusundan söz edilir.

*“ Mesleğimi yaparken insanlıktan tiksindiğim bir olay yaşadım. 17 yaşında bir genç kız doğum için gelmişti. Evli değildi. Ailesi biraz tuhaf davranıyordu. Evli olmadığı için, tuhaf davrandıklarını sanmıştık. Bir arkadaşımız, annenin “babanla bu haltı yerken düşünecektin” diye söylendiğini duyunca, olayı kurcaladık ve kızın öz babasından gebe kaldığını, annenin de bu durumu bildiğini, babanın 3 yıl boyunca defalarca öz kızına tecavüz ettiğini öğrendik. Hepimiz şok olmuştuk. Sorumlu doktorumuz sessizce hastane polisine bildirdi. Baba ve anneyi tutukladılar. Götürürlerken baba hepimizi öldürmekle tehdit etti. Doğumdan sonra bebek çocuk esirgeme kurumuna teslim edildi” Melike ebe, 32 yaşında*

Cinsel saldırının istenmeyen sonuçlarından biri de mağdurun gebe kalmasıdır. TCK 99 madde 6. Bendi , *“Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması*

halinde, süresi **20 haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak** koşuluyla, gebeliği sona erdirilmesine izin” vermektedir. Ancak, bunun için gebeliğin uzman hekimler tarafından hastane ortamında sona erdirilmesi gerekmektedir.

Bunun yanı sıra sağlık personeli görevini yapmakta iken cinsel şiddet mağduru ile karşılaştığı/ şüphelendiği hallerde yetkili makamlara bildirim yapmak zorundadır (TCK 280)

**2.3. Çocuk Düşürme/düşürtme:** TCK madde 99’a göre rızası olmaksızın bir kadının çocuğunu düşürten kişi, 5 yıldan 10 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Kadının beden ve ruh sağlığı zarara uğramışsa ceza 6-12 yıl, ölmesi halinde 15-20 yıl olabilmektedir. Ayrıca 99.maddenin 2 bendinde “*Tıbbi zorunluluk bulunmadığı halde rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi 10 haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu düşürten kişi, 2 yıldan 4 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Rıza gösteren kadın hakkında 1 yıla kadar hapis ve adli para cezası (Kadının beden ve ruh sağlığı zarara uğramışsa 3-6 yıl, ölmesi halinde 4-8 yıl)*” denilmektedir. Bu maddeye göre, yasal olarak izin verilen sınırın dışında, çocuk düşüren ve düşmesine yardım edenin ceza alacağı hükmü çok açıktır.

Ayrıca ebelerin yasal olarak çocuk düşürme/yardım etme konusunda yetkileri bulunmamaktadır. Bununla birlikte ebeler, kadınlardan gelen çocuk düşürme isteği ile karşılaşabilmektedir.

*“ 12 yıl önceydi. Orta yaşlı bir kadın çalıştığım sağlık evine geldi. 6. çocuğuma hamileyim. Bu bebeği kesinlikle istemiyorum. Zaten ekonomik durumumuz kötü. Sizde düşük yaptıran ilaçlar varmış. Ne olur bana yardım edin dedi. İlçedeki hastaneye gitmesini söyledim fakat ısrar etti. Sonunda benden bir destek göremeyince gitti. Olaydan 1 hafta sonra, çocuğu düşürmek için vajene tavuk kanadı koyduğu ve bu nedenle septik şoka girerek hastanede öldüğünü duyduk. Kadının eşi ben yardım etmediğim için bu yolu seçtiğini, ölümüne benim neden olduğumu, çocuklarının ortada kaldığını söyleyerek benden davacı oldu. Neyse ki ben yanlış bir şey yapmamıştım” Semiha Ebe, 39 yaşında*

*“Göreve başladığım il yıllardı. Doğunun bir ilinde çalışıyordum. Çalıştığım doğum hastanesinde, kadınlar istemediği için doktorlar neredeyse 24-25 haftalık gebelikleri bile sonlandırıyorlardı. İndüksiyonla başlatılan doğumlarda doğan bebekler kaderlerine bırakılıyordu. Çok genç ve tecrübesizdim. Korktum ve kimseye bir şey anlatamadım” Zümrüt Ebe, 46 yaşında*

Yukarıdaki adli olayı yaşayan ebe, TCK madde 280 uyarınca, suç teşkil eden bir olaya şahit olmuş fakat bildirim zorunluluğunu yerine getirmemiştir.

**2.4. Bebek karıştırma:** Bebeklerin karıştırılması, sağlık kurumlarında özen yükümlüğüne aykırı davranılması nedeniyle sağlık personeli tarafından yapılabileceği gibi özellikle erkek bebek istenildiğinde durumlarda hasta yakınları tarafından da gerçekleştirilebilmektedir. Bunun için ebeden yardım istenebilir, rüşvet teklif edilebilir. Ayrıca toplumumuzda, ailede infertil bir çift bulunması

halinde, ailenin doğurgan kadınlarından biri ( abla/yenge vs.) infertil çifte verilmek üzere bebek doğurabilmekte ve hastane kayıtlarının da bu doğrultuda tutulmasını talep edebilmektedir.

Türk Ceza Kanunu Madde 231’de, bir çocuğun soy bağıını değiştiren veya gizleyen kişinin 1 yıldan 3 yıla kadar ceza alacağı belirtilmektedir. Bu suçun özen yükümlülüğüne aykırı davranarak, sağlık kurumunda işlenmesi halinde, neden olan kişiye 1 yıl hapis cezası verileceği açıkça belirtilmektedir.

**2.4. İzinsiz Genital Muayene:** TCK madde 287’de, yetkili hâkim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında 3 aydan 1 yıla kadar hapis cezası verileceği, toplum sağlığını tehdit eden bulaşıcı hastalık muayenesinin bu hükmün dışında tutulacağı belirtilmektedir.

*“16 yaşındaki genç kızı annesi, sağlık evine getirerek kız olup olmadığını öğrenmek istediğini söyledi. Kız ağlıyordu ve muayene olmak istemiyordu. Kıza bir şey yapmayacağıma dair anneden söz aldım ve muayene ettim. Bakire değildi. Annesi sessizce alıp götürdü. Kadın sarsılmıştı ama sakin görünüyordu. Oysa fırtına öncesi sessizlikmiş. Kız o gece kendini astı. O muayeneyi yaptığım için hala pişmanlık duyuyorum, bazen rüyalarım da bu olayı görüyorum. Pişmanım” Emine Ebe, emekli, 51 yaşında*

Yukarıda paylaşılan vakada, ebe önemli bir suç işlemiştir. Hem TCK 287. Maddeyi ihlal etmiş hem de yetkisi olmayan bir eylem gerçekleştirmiştir.

**2.5. Göreve İlişkin Sırrın Açıklanması (Madde 258)** Görevi nedeniyle kendisine verilen veya aynı nedenle bilgi edindiği ve gizli kalması gereken belgeleri, kararları, emirleri ve diğer tebligatı açıklayan veya yayınlayan veya başkalarının bilgi edinmesini kolaylaştıran kamu görevlisi, 1 yıldan 4 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

### **3. Ebelerin Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Dönemde Karşılaştıkları Tıbbi Müdahale Hataları**

Doğum, genellikle mutlulukla beklenen, anne ve bebek için sağlıklı sonuçlanması istenen bir olaydır. Fakat her gebelik ve doğum içinde bir miktar risk barındırır. Gebelik ve doğumda ortaya çıkan risklere bağlı olarak istenmeyen sonuçların görülmesi, hasta yakınlarının tıbbi hata yapılıp yapılmadığını daha fazla sorgulamalarına neden olur.

Yapılan çalışmalar, en fazla malpraktis davasının doğum alanında olduğunu göstermektedir. Adli Tıp Kurumu III. İhtisas kurulu verileri (2009); toplam başvuru yapılmış 1280 iddia olduğunu, yapılan incelemeler sonucunda 707 dosyanın kusurlu bulunduğunu, 35 dosya ile kadın hastalıkları ve doğum, 22 dosya ile genel cerrahi alanlarının ilk sıraları paylaştığını göstermektedir (Şanyüz ve ark, 2010)

Büken ve ark tarafından, 1990 -2000 yılları arasında 680.000 dosya incelenmiş,

636'sının malpraktis olduğu saptanmış ve birinci sırada kadın doğum dosyalarının yer aldığı ve tıbbi uygulama hatası iddiası içeren 107 olguda 29 hekim ile 10 ebe ve hemşirenin değişik oranlarda kusurlu bulunduğu saptanmıştır. Kusurların hangi aşamada gerçekleştiği incelendiğinde; %39'u tanı aşamasında, %30'u obstetrik girişim sırasında, %15'i hastaya gösterilmesi gereken özen eksikliği ile, %12'si hasta takibindeki eksiklik, %3'ü ise cerrahi girişim sırasındaki hatalardan kaynaklandığı belirlenmiştir (Büken ve ark, 2004)

Tıbbi uygulama hatası iddiası nedeniyle yargıya yansıyan ve yerel mahkemeler tarafından Yüksek Sağlık Şurası ve/veya Adli Tıp Kurumu'ndan bilirkişi görüşü alınarak verilen kararlara itiraz sonucunda, yüksek yargı organında oluşturulmuş görüşlerin değerlendirildiği bir başka çalışmada, 1978-2006 yılları arasında gerçekleşen 30 vaka incelenmiş ve sağlık çalışanlarının kusur nedenleri %47 (n=14) yanlış tedavi, %13(n=4) ikmal, %33 (n=10) özen dikkat göstermeme ve %7(n=2) tanı olarak belirlenmiştir (Can, Özkara, Can, 2011).

Amerika'da 1990-2004 yılları arasında, ebe-hemşirelere (nurse-midwife) 445 tıbbi malpraktis davası açılmıştır. Bu vakalardan 10'u herhangi bir eğitimi olmayan geleneksel ebelerdir (lay midwives) (NPDB Summary Report, National Practitioner Data Bank, US DHHS) Vakaların 281'i doğumla ilgili (oksitosin, doğum yaralanmaları, anne ve bebek ölümleri vs), 28'i teşhisle ilgili, 8'i izleme ilgili, 2'si ilaç kullanımı ile ilgili, 22'si tedavi ile ilgili, 7'si cerrahi müdahale ile ilişkilidir.

Ebe ve hemşirelerin gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde en sık karşılaştıkları hatalar; İlaç hataları, hastanın durumunun yetersiz izlemine ve değerlendirilmesine bağlı ortaya çıkan hatalar (özen eksikliği, terk etme), riskin fark edilmeyip, hekime geç haber verme/ hiç haber vermeme, yetki sınırlarının aşılması, sistem yetersizliğine bağlı hatalar (malzeme yetersizliği, personel eksikliği), kayıt hataları ve rüşvet olarak özetlenebilir.

**3.1. İlaç hataları:** İlaç hataları **hatalı uygulama** (oksitosin, magnezyum gibi ilaçların uygulama protokolüne uymama), **hekim istemini yanlış yorumlama** (gebeye IV dolantin yapılması) ya da kurallara uygun olmayan şekilde **sözlü order** almaktan kaynaklanmaktadır. Sözlü order ancak, hekimin hastane içinde bulunduğu hallerde steril ya da resusitasyon yapıyor olması halinde alınmalıdır. Hekimin hastane dışında bulunduğu hallerde ise, kayıt altına alınabilir bir telefonla görüşme yapılarak, çift tekrar ve yüksek riskli durumlarda kodlama ile alınmalı ve mutlaka ebe/hemşire gözlem kâğıdına sözlü order alındığı, saat ve tarihle birlikte yazılıp, imzalanmalıdır. Ayrıca 24 saat içinde gözlem kâğıdı hekime de imzalatılmalı ve hekime sözel order formu doldurturmalıdır. Kemoterapötik ajanların sözlü order ile verilmesi ise yasaktır.

**3.2. Hastanın durumunun yetersiz izlemine ve değerlendirilmesine bağlı ortaya çıkan hatalar (özen eksikliği, terk etme):** Gebelikte risk taramanın eksik ya da yetersiz yapılması (örneğin preklampsi taraması), travay izlemi ve ÇKS



takibinde aksamalar, doğum sonu erken dönemde izlem ve bakımın atlanması (plasenta kontrolü, kanama takibi vs), bazı riskli gebelerde özellikli izlemlerin atlanması (örneğin tokoliz uygulanan hastanın nabız takibi) , nöbette uyuma ve doğum anına kadar gebe ile ilgilenilmemesi (terk etme) karşılaşılabileceği özen eksikliğine bağlı hatalardır.

Özen yükümlüğüne uymamak hastanın ölümüne ya da yaralanmasına neden olabilir. TCK 83.madde'de, kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi; hukuki bir yükümlülüğünün bulunması, hastaya bakma yükümü olan sağlık personeli yükümlülüğü gereği icrai davranışta bulunmaması sonucu hastanın ölebileceğini öngörmüş ise olası kast söz konusu olacaktır (**kasten öldürme**) denmektedir ve cezası 10 yıldan müebbeteye kadar değişmektedir. **Taksir** halk dilinde kaza denilen şeydir. Yani bir kimsenin istemeden bir neticeye sebebiyet vermesidir. *Taksir; dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeden gerçekleşmesidir.* (m. 22/2).

Sağlık personeli, özen yükümlüğüne uymamak, görevi ihmal nedeni ile oluşan tıbbi hatalarda taksirle adam öldürme, yaralama ya da kasten adam öldürme/ yaralama suçlarından yargılanabilmektedir. Türk Ceza Kanunu 4. Madde, ceza kanunlarını bilmemek mazeret sayılmaz demektir.

**3.3. Riskin fark edilmeyip, hekime geç haber verme/ hiç haber vermeme:** Malpraktis vakalarında sık karşılaşılan bir durumdur. Bu noktada ebenin söz konusu riski, aldığı eğitimle tanılayacak bilgi ve beceriye sahip olduğu kabul edilir ve suçu görevi ihmal kapsamında değerlendirilir. Ebe, saptadığı her riskli durumu kadın doğum hekimine bildirmekle yükümlüdür. Ayrıca bu bildirim yaptığını, doğru şekilde kayıt altına alması önemli bir konudur.

**3.4.Yetki sınırlarının aşılması:** Ebenin, ehliyeti olmayan bir girişimi gerçekleştirmesidir. Örneğin; riskli gebeyi hekime yönlendirmeden takip etme ve doğumunu üstlenme, girişimli doğum yaptırma(vakum, forceps), doğum indüksiyonu ve tedavisi uygulama, hekim kurumda bulunduğu halde acil müdahalede ya da tedavide bulunma (elle halas, ilaç tedavisi başlama) gibi. Burada dikkat edilecek nokta ebenin bulunduğu bölge itibari ile sorumluluklarıdır. Bir ebenin, büyük bir şehrin ortasında, bir sağlık kuruluşunda yaptırdığı doğumdaki sorumlulukları ile, yolları kardan kapanmış bir dağ köyünde yaptırdığı doğumdaki sorumlulukları çok farklıdır. Birincisinde, hastadan sorumlu olan hekimler ile birlikte hareket etmesi, bilgi vermesi gerekir. Aksi halde ya da eksik yaptığı zaman zararlı sonuç ortaya çıkmamış olsa bile **kusurlu hareket** etmiş sayılır. İkincisinde, tek başına yükleneceği sorumluluklar artacak, aslında hastanın sevki gerekse bile bazı riskleri göze alarak doğumu kendisi sonuçlandırır da **kusursuz hareket** etmiş sayılır.

*“Ebe KN'nin işlettiği sağlık kabinine sabah giden ŞM'nin muayenesinde uterus ağzının 2 cm açıklıkta olduğu, dextroz sıvı verildiği, akşam saat 18:00'de uterus ağzının tam olarak açılmasına ve hastanın ıkmamasına karşı çocuğun*

başının ilerlemediği, bunun üzerine vakum uygulandığı, çocuk kalp seslerinin düzensizleşmesiyle hastaneden uzman hekimle görüşülerek hastaneye yollandığı, ŞM'nin daha önce dört doğum yaptığı, ikinci doğumun sezeryanla, son doğumun normal yoldan ölü doğum biçiminde olduğu, hastanede yapılan muayenesinde kan basıncının 100/50 mmHg, nabız 80/dak olduğu, kontraksiyonların ' ve çocuk kalp seslerinin olmadığı, silinmenin % 80, açıklığın tama yakın olduğu, uterusun eski ameliyat yerinden rüptüre olduğu, bebeğin (50 cm, 5.000 gr kız) uterus dışında karın boşluğunda olduğu, rüptürün sağda ve solda uterin arterlere dek uzanıp sol uterin arterin yırtıldığı, bunun üzerine subtotal histerektomi ile ameliyata son verildiği, hastanın yaşam tehlikesi geçirip çocuk yapabilme yeteneğini yitirdiği belirtilmektedir. Yüksek Sağlık Şurası'nın kararında; ŞM'nin riskli gebe sınıfında olduğu, bebeğin iri ve hastanın eski sezeryanlı olması nedeniyle rüptür olasılığının % 100 olduğu, ebe KN'nin olayda tam kusurlu bulunduğu, bebeğin ölümünün doğum travayı ya da rahim yırtılması sırasında oluştuğu, annenin çocuk yapma yeteneğini yitirdiği, yaşam tehlikesi geçirdiği, arızasının uzuv tatili niteliğinde olduğu, bebeğin uzamış ve güç doğuma bağlı asfiksiden ölmüş olduğu, ölümden ebenin kusurlu olduğu görüşüne varılmıştır”

Kaynak: Beyaztaş FY(2001). Dört Olgu Nedeniyle Tıbbı Yanlış Uygulama, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 23 (1): 49 - 53, 2001

**3.5. Sistem yetersizliğine bağlı hatalar (malzeme yetersizliği, personel eksikliği):** Sağlık kuruluşu ya da genel işleyişten kaynaklanan kusurlarda, herkes kendi hatasından sorumludur. Bu hata hafif veya ağır olabilir. Kusur paylaşılmaz. Herkes kusuru oranında ceza alır. Örneğin doğumhanedeki aspiratörün yeterli güçle vakum yapamamasına ya da bozuk olmasına bağlı bebekte ortaya çıkan bir zararda, ilk sorumlu doğumhane ekibi ve sorumlusudur. Hastane yönetiminin sorumlu duruma düşmesi için; bu aspiratörü kullanan ekibin, aspiratörün yetersiz veya arızalı olduğu yenilenmesi ya da tamirinin yapılması ile ilgili bir talebinin veya uyarının yazılı olarak yapılması gereklidir.

**3.6. Kayıt hataları:** Genellikle eksik-yetersiz kayıt tutma, kayıt tutmaya özen göstermeme ve kayıtların uygun biçimde korunmaması nedeni ile sorun yaşanmaktadır.

“ Hemşire gözlem kâğıdının ne kadar önemli olduğunu acı bir deneyimle öğrendim. Yenidoğan yoğun bakım bölümünde çalıştığım dönemde, bir aile ölen bebeği ile yeterince ilgilenilmediği için hekim ve hemşirelere dava açmıştı. Dosya incelendiğinde, hekim hatası bulunmadı. Fakat hemşire gözlem kâğıdında özellikle benim ve bir başka hemşire arkadaşımın çalıştığı şifitlerde ciddi eksikler vardı. Beslenme saatleri ve miktarları yazılmamıştı. Alt değiştirme notları eksikti. Ölüme bunların sebebiyet vermediği ama görevimi ihmal ettiğim gerekçesi ile 6 ay hapis cezası aldım, ilk suçum olduğu için para cezasına çevrildi.” Gülnaz Ebe, 31 yaşında

**3.7. Rüşvet:** Rüşvet, bir kamu görevlisinin, görevinin gereklerine aykırı olarak bir işi yapması veya yapmaması amacıyla kişi ile vardığı anlaşma çerçevesinde bir



yarar sağlaması olarak tanımlanmıştır. Cezası 4-12 yıl arasında değişmektedir. Yetkili olmadığı bir işten yarar sağlamak ayrı bir suçun unsurudur.

### Sonuç ve Öneriler

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönem hizmetlerinde ebe/hemşireler adli sorunlarla sık karşılaşmakta ve çoğunlukla yetersiz kalmaktadır. Ebelikle ilgili yasal düzenlemeler bir an önce yapılmalı, görev yetki ve sorumluluklar açıklık kazanmalıdır. Ebe ve hemşireler adli sorunlara yaklaşım ve yasal hak ve yükümlülükler konusunda hizmet içi eğitimler yapılmalı, ebelik/hemşirelik eğitimi ders müfredatında bu konulara ağırlık verilmelidir. Ayrıca mesleki kayıt sistemleri güçlendirilmeli, sağlık bilişim sistemlerine entegre olmalıdır.

### Kaynaklar

1. (NPDB Summary Report, National Practitioner Data Bank, US DHHS)
2. Adopted by the International Confederation of Midwives Council meeting, 19th July, 2005, Brisbane, Australia
3. *Beyaztaş FY(2001). Dört Olgu Nedeniyle Tıbbi Yanlış Uygulama, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 23 (1): 49 - 53, 2001*
4. Birgen Nur(2006). Tıbbi Uygulama Hatalarına Adli Tıp Açısından Yaklaşım, ANKEM Derg;20(Ek 2):20-25.
5. Büken E, Büken NÖ, Büken B (2004): Obstetric and gynecologic malpractice in Turkey: incidence, impact, causes and prevention. *Journal of Clinical Forensic Medicine* 11 233–247
6. Can İÖ, Özkara E, Can M(2011). Yargıtayda Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi, DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt 25(2): 69-76
7. Hedin LW, Janson PO: Domestic violence during pregnancy: the prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79:625-630
8. III. Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara Barosu Yayınları, 2011, Ankara
9. *Polat O, Pakiç I( 2011):Tıbbi Uygulamam Hatalarında Hekim Sorumluluğu, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt 2, sayı 3, sf 119-123*
10. Şanyüz Ö, Birgen N, İçmeli ÖS, et al. Tıbbi Uygulamalar ile ilgili Tazminat Davalarının Uzmanlık Alanlarına Göre Dağılımının Zorunlu Sağlık Sigorta Primlerinin Kademelendirilmesi. 9. Adli Bilimler Kongresi, 14-17 Ekim 2010, İzmir. Bildiri özet kitabı: 153-154.)
11. *Türk Ceza Kanunu.*

# 11.

## ANNE ÖLÜMLERİNE ADLİ TIBBİ BAKIŞ

**Doç. Dr. Bora Büken\***, **Yard. Doç. Dr. Erhan Büken\*\***

\* İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Adli Tıp AD

\*\* Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı.

Tarihin tüm çağlarında anne ölümleri bir sorun olarak, genel ölüm nedenleri arasında yer almış, önlemenin yolları aranmıştır. Halk arasında gebeye iş yaptırmama ve lohusalık döneminde kırkı çıkmadan Azrail'in annenin başından ayrılmadığına dair inançlar bunun göstergesidir. İnsanlık için kutsal olan annelik görevine hazırlanmış birçok ruhsal ve bedensel tehlikeyi içermekte, günümüzde tıptaki büyük ilerlemeye paralel olarak önemli derecede azalmakla birlikte anne ölümleri özellikle yeterince gelişmemiş yörelerde hala bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır(1).

Giderek sağlık bir hak, doktor da hizmet yükümlüsü olarak kabul edilmektedir. Kadın hakları günümüzde artan bir öneme sahip olmuş ve kadını ilgilendiren doğum olayında bir aksaklık, diğer ölüm nedenlerine göre çok daha dramatik ve insan olarak kabul edilemez bir olay olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu da doğumu yaptıran sağlık çalışanının diğer sağlık çalışanlarına nazaran daha çok yargı önüne çıkma riski ile karşılaşmasına neden olmaktadır. Sağlık çalışanının anne ölümlerini engellemek için ölüm nedenlerini iyi bilmesi, aynı zamanda ortaya çıkabilecek aksaklıklar sonucu meydana gelen ani ölümlerde uygun olamayan davranışlarla savunma olasılığını azaltmaması gerekir. Bu tip bir sorunla karşılaşan bilirkişilerin de hatalı olarak hekimi sorumlu tutmaması için ölüm nedenlerini iyi araştırması gerekir(1).

2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO), UNICEF verilerine göre bölgesel farklılıklar olmakla birlikte Amerika'da ortalama anne ölüm oranı 100,000 canlı doğumda 1'dir. Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC)'ye göre ise bu oran yaklaşık yüz bin canlı doğumda 7,5 oranında idi(2). Bu oranın bölgesel raporlarda 22,8'e kadar çıkabildiği de belirtilmektedir(3). Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu oranın yüz binde üç yüz veya daha fazla gibi çok daha yüksek düzeyler de görülebildiği, Afrika'nın bazı bölgelerinde 1/ 10 düzeyine kadar çıkabildiği, buna karşın Norveç gibi Ülkelerde 5000'de 1 gibi bir oran oluşturduğu belirtilmektedir (3,4). 2005 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada bu oran ortalama olarak 100,000 canlı doğumda 38,3 ( $\pm 2,8$ ) olarak saptanmış ise de bölgeler arasında büyük bir uçurum olduğu da belirtilmektedir. Bu oran Güneydoğu Anadolu'da 93,3 ( $\pm 17,2$ ) iken batı Anadolu'da 12,4 ( $\pm 5,0$ )' a kadar gerilemektedir (5). Şehirlerde 28,2 ( $\pm 3,1$ ) iken kırsal bölgede 53,7 ( $\pm 5,5$ )'e kadar çıktığı saptanmıştır(5). Denizli ilinde yapılan çalışmada 2006 yılı anne ölüm hızı 100 000 de 30,3, doğrudan anne ölüm hızı 22,7 idi. 2007 yılı anne ölüm hızı 51,8,

doğrudan anne ölüm hızı 22,2 olduğu belirtilmektedir (6).

Türkiye’de 2005 yılında yapılan anne ölümleri çalışmasında, ölen 15-49 yaş arası kadınlardan üçte birinin 25-29 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Yaş ilerledikçe ölüm oranları artmaktadır. Bir araştırmada 45 yaş ve üzerinde maternal ölüm olasılığının 20-25 yaş grubuna göre 9 kat fazla olduğu belirtilmektedir( 7). 2005 yılında yapılan çalışmada 40-49 yaş arasındaki kadınlarda ortalama ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 100 seviyesine kadar ulaşmaktadır (5). Yeterli prenatal bakım uygulanamayan sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyi düşük olan kadınlarda ölüm oranı yüksektir (7) . Ölen kadınların %80’inde eğitim seviyesinin ilköğretim ve altında olduğu belirtilmektedir(5). Ölümün %53,7’sinin kırsal kesimlerde oturanlar olduğu saptanmıştır (5).

Dünya Sağlık Örgütü Anne ölümlerini gebelik, doğum ve sonrasında ki 42 günlük sürede meydana gelen ölümler olarak tanımlamaktadır (3) Bu tanımlama düşük ve ektopik gebeliği içermekle birlikte kaza sonucu meydana gelen ölümleri içermemektedir (3). Uluslararası Hastalık Sınıflamaları-10 (ICD-10)’da ise doğum sonrası 42 güne kadar tüm ölümler sınıflamaya dâhil edilmiştir(3). 1986 yılında Maternal Mortalite Çalışma Grubu (MMÇG) kurmuştur. ICD sınıflamalarını genişleterek gebelik ile ilişkili mortalite (pregnancy-related mortality) tanımını oluşturmuştur. Bu tanım DSÖ’ nün anne ölümü tanımlamasının 1 yıla kadar genişletilmiş hali olacak şekilde tariflemiştir. Gebelik dışı diğer nedenleri de kapsayan hali ise gebelik ile birlikte ölüm (pregnancy-associated death) olarak tanımlanmaktadır(3).

Bir başka deyişle anne ölümleri etiyolojilerine göre üç gruba ayrılır.

Direkt anne ölümü; Gebelik durumu, doğum ve lohusalıkla ilgili obstetrik komplikasyonlar, girişimler, gerekli olan tedavi konusunda ki ihmaller, yanlış tedavi ve bunların birkaçı nedeni ile meydana gelen ölümlerdir.

İndirekt anne ölümü: Önceden mevcut olan veya gebelik sırasında gelişen bir hastalık nedeni ile meydana gelen ölümlerdir. Bu hastalıklar, obstetrik nedenlere doğrudan bağlı olmayıp, gebeliğin fizyolojik etkileri ile ağırlaşma gösterirler. İndirekt anne ölümlerinin büyük kısmı kardiyovasküler, karaciğer, böbrek veya nörolojik hastalıklar nedeni ile meydana gelir.

Nonmaternal ölümler; Gebelik ve lohusalık sırasında meydana gelen ancak gebelik ya da komplikasyonları ve bunların tedavisi ile ilgili olmayan nedenlere bağlı ölümlerdir(1).

2005 yılında ülkemizde yapılan çalışmada gebelik sırasında meydana gelen ölümlerin %74.2 olduğu, anne ölümleri arasında %58.4’ünün direkt anne ölümü olduğu, %15.8’inin indirekt anne ölümü olduğu ve 23.2’sinin nonmaternal ölümler grubunda bulunduğu saptandığı, Olguların %2.4’ünde ise ölüm nedeninin belirlenemediği belirtilmektedir(5).

Her ne kadar gebeliğin normal biyolojik düzenin bir parçası olduğu düşünülürse de gebelikte annenin ölüm riskini arttıran biyolojik ve psikolojik değişikliklerde meydana gelmektedir(3). Anne ölümleri birinci, ikinci, üçüncü trimesterde ve doğumdan sonra ki herhangi bir zamanda meydana gelebilmektedir(3). Irksal farklılıklar da gebelik ve sonraki dönemlerde anne ölümlerinin meydana gelmesine etki edebilmektedir. Örneğin siyah Amerikalılarda anne ölüm oranı beyazlara göre 3-4 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (2).

Anne ölümlerinin düşük bir seviyeye incek kadar azalma göstermesi nedeni ile hekimlerin böyle olgularla ilgili otopsi konusunda çok sınırlı bir tecrübeye sahip olacakları bir gerçektir. Anne ölümlerinin nedeninin doğru olarak saptanmasında otopsilerin önemi büyüktür. Otopsielerde yetersiz inceleme yapılması veya raporlarda ayrıntıların belirtilmemiş olması ölüm nedenlerinin saptanmasında sorunlara yol açabilmektedir(1). Uygun otopsi tekniklerinin kullanılması ve ayrıntılı bir tetkik ve raporlama sonucu ulaşmada önem arz etmektedir. Otopsi tekniği bir başka oturumun konusu olduğu için burada ayrıntıları ile incelenmemiştir.

Anne ölümlerinde ki genel azalmanın nedenleri obstetrikteki gelişmelerle ilgilidir. Gerek antenatal bakımdaki gelişmeler, gerekse gebelerin antenatal bakım konusunda duyarlılıklarının artması, doğum ve ameliyat tekniklerinin gelişmesi bu azalmada rol oynayan önemli etkenlerdir. Ayrıca sağlık kuruluşlarına daha kolay ulaşılabilmesi, eğitimsiz kişilerce doğumun yaptırılmasının önemli ölçüde önüne geçilmesini sağlaması da anne ölümlerinde azalmaya yol açmıştır(1).

Hastalık ve ölümler ile savaşta ve hastalıkların gidişi üzerinde incelemeler yapanlar için ölümün son, ara ve temel nedenlerinin bilinmesi zorunlu olduğundan, hekimler ölüm ile ilgili raporu doldururken gerekli bilgilerin tam ve doğru olarak yazılmasına önem vermelidirler.

Dünya Sağlık Asamblesi bu amaçla “ Ölüm Nedeni Uluslar arası Tıbbi Rapor Formu” nun kullanılmasını önermiş, bu formda ölüm nedenlerini son neden (ölüme neden olan son hastalık veya travma), ara neden (eğer varsa ölüme neden olan hastalığı doğuran hastalık veya travma), temel neden (asıl ölüm nedeni) şeklinde sınıflandırılmasını. Ayrıca ölüme sebep olmamakla birlikte kişide bulunan diğer hastalıkların da (kanseri hastanın trafik kazası sonucu ölmesi gibi) tanımlanmasını istemiştir(8). Günümüzde ölüm raporları TUİK tarafından düzenlenen formların doldurulması şeklinde düzenlenmekte ve bu formlar aynı zamanda defin ruhsatı olarak kullanılmaktadır. TUİK formlarında belirtilen sisteme uygun şekilde ölüm raporlarının düzenlenmesi istenmekte ve form arkasında ayrıntılı olarak nasıl düzenleneceği belirtilmektedir. Ancak formların bir kısmının bu ayrıntılı açıklamaya rağmen hala belirtilen usule uygun olarak doldurulmadığı ve bunun veri kayıplarına neden olduğu görülmektedir(9). Bu nedenle TUİK verilerinde belirtilenden daha yüksek oranda anne ve bebek ölümü olması ihtimali bulunmaktadır.

Bazı bölgelerde önceden işlerliği olan Anne Ölüm Komite'lerinin anne ölümlerinde

azalma nedeni ile kaldırılması izlemde güçlülere neden olabilmektedir. Oysaki Anne Ölüm Komiteleri'nin bu azalmada önemli payı vardır. Bu komitelerin anne ölüm oranlarının gerçek boyutunun saptanmasında büyük yarar sağlayacağı düşünülmektedir(10) . Ülkemizde Sağlık Müdürlüklerinde “İl Sağlık Müdürlüğü Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Şube Müdürlüğü İl Anne Ölümleri Tespit ve Önleme Birimi”nin çalışmaları ile anne ölümleri takip edilmektedir. Bu çalışmalarda elde edilen veriler ve öneriler Sağlık Bakanlığı'na bir rapor halinde iletilmektedir. 2012 yılı Nisan ayında “Van İl Sağlık Müdürlüğü Açs/ Ap Şube Müdürlüğü Anne Ölümleri İl İnceleme Komisyonu”nun toplantısında ilde meydana gelen anne ölümlerinin nedenlerinin 1.hizmet alma kararının verilmesinde yaşanan sorunlar, 2. ulaşım ve ekonomik yetersizliklerle ayrıca sağlık kuruluşlarının sayısının azlığı ile ilgili sorunlar, 3. malzeme, personel eksikliği ve hizmet sunucularının kapasite eksikliğinden dolayı yaşanan problemler sonucunda meydana geldiğinin belirtildiği Van İl Sağlık Müdürlüğü'nün web sayfasında duyurulmuştur (11). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 16.04.2008 tarihli 2008/29 sayılı genelge ile doğum sırasında hava ve yol koşulları nedeni ile doğumun uygun sağlık tesislerinde gerçekleşmesi mümkün olmayan bölgelerde bulunan gebelerin doğum öncesinde sağlık kuruluşlarına ulaşabilecekleri şekilde uygun tesislere yerleştirilmesi için misafir anne projesini uygulamaya sokmuş ve gerekli önlemlerin alınmasını İl Valiliklerinden istemiştir (12) Bunların ülkemizde anne ve bebek ölümlerinin azaltılması için atılan önemli adımlar olduğu düşünülmektedir.

Gebelik ve Lohusalığa bağlı ölüm meydana geldiğinde bu adli tıpla ilgili araştırma alanına girmese dahi otopsinin yapılması için her türlü çaba sarf edilmelidir. Özellikle kriminal düşükten şüphelenildiğinde otopsinin yapılması gerekir (13). ABD'de 1974-1978 yılları arasında yaşlı gebelerde yapılan bir çalışmada anne ölümlerinin yaklaşık %10'unun düşükle ilgi olduğunun görüldüğü bildirilmiştir(14)). 20-34 yaşla karşılaştırıldığında 35 yaş ve daha üstü gebelerde düşük nedeni ile ölümlerin çok daha yüksek olduğu bildirilmiştir(14). Anne ölümlerinin bir sebebi de tahrikli düşükler olup 1994 yılında Büken tarafından yapılan tezde tüm düşük sonucu ölüm olgularının tahrikli düşükler grubunda yer aldığı görülmektedir(1). Dünyada yaklaşık 20 milyon güvensiz düşük yapıldığı ve bunların %90'ının gelişmekte olan ülkelerde olduğu. Anne ölümlerinin yaklaşık olarak sekizde birinin minimal tıbbi standartları sağlamayan koşullarda düşüğün meydana getirilmesinden kaynaklandığı belirtilmektedir(3). Iowa'da 1952-1986 yıllarını içeren bir karşılaştırmalı çalışmada gebeliğin yasal sonlandırılmasının kabulü ile sıklıkla anne ölümlerinin sebebi olan düşük sonucu enfeksiyondan ölüme önemli derecede azalma olduğu bildirilmiştir. Çalışmada düşük nedeni ile ölümlerde son yıllardaki önemli azalmada etkin korunmanın yaygınlaştırılması ve yasal düşüğün kabul edilmesinin rol oynadığı ifade edilmektedir (14). Ülkemizde 27 Mayıs 1983 tarihinde yürürlüğe giren 2827 sayılı nüfus planlaması kanununun 5. Maddesinde yer alan “ gebeliğin 10. Haftası doluncaya kadar annenin sağlığı

açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir” ifadesi ile gebeliğin yasal sonlandırması kabul edilmiştir. Büken tarafından 1984 ve 1992 yılları arasında kriminal düşüğün diğer direkt anne ölümlerine oranında yıllara göre %57,14’den %12,5’e kadar varan bir dramatik düşüş olmasının yasal sonlandırmanın kabul edilmesine bağlı olabileceğinin düşünüldüğü belirtilmiştir(1). Yasal sonlandırmaların indirekt kökenli anne ölümlerinin de azalmasında rolü olduğu düşünülebilir. Ayrıca nonmaternal anne ölümleri grubunda orjin hakkında kesin bir kaniya varmak güçtür. Bir elektrik çarpmasında, yüksekte düşme de veya zehirlenmede hatta bir trafik kazasında amaç gebeliğin sonlandırılması olabilir. Postpartum depresyon sonrasında da intihar meydana gelebilir(1). Yeni bir düzenleme ile Nüfus Planlaması Kanunu ve Tüzüğü’nün kaldırılacağı, bunun yerine Üreme Sağlığı Hizmetleri Kanunu’nun getirileceği iddia edilmektedir. Bu ön çalışmada küretajda 10 hafta sınırının korunacağı, 10 hafta sonrasında tıbbi zorunluluk halinde küretaja izin verileceği belirtilmektedir. Ertesi gün haplarının ücretsiz olarak verilmesinin planlandığı belirtilmekte olup önemli bir olumlu gelişme olduğu düşünülmektedir. Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) 99. maddesinde düşüğün kanunda belirtilen haller dışında ve zorla yapılması halinde cezai yaptırımlar öngörülmektedir. Üçüncü kişi olmaksızın 10 haftalık gebelik süresini aşmış bir gebeliğin bizzat anne tarafından sonlandırılması halinde ise, çocuk düşürme suçundan değil, TCK m.100 kapsamında çocuk düşürme suçundan dolayı yargılama yapılır. Bu kapsamda anneyi azmettiren veya anneye yardım eden kişiler genel iştirak kuralları kapsamında cezalandırılır (15). Nüfus Planlama Kanununda tehlike halleri sadece fiziksel duruma ilişkin olarak düzenlenmiştir. Bu kapsamda olmadığı için annenin ruh sağlığı bakımından psikolojik yıkıntı yaratacak durumlar dikkate alınmamıştır. Ancak tüzükte ruh hastalıklarına bağlı nedenler sayılmıştır. Bazı yazarlara göre bu sorun, TCK’ndeki genel hukuka uygunluk nedenlerinden zorunluluk hali hükümleri kapsamında giderilebilecektir (15).

Yasal takip durumunda hukuken hekimin sorumlulukları ve ölümün önlenemez olup olmadığı belirlenmeye çalışılır. Önlenemeyen ölümlerin çoğu ya dolaylı olarak doğumla ilgili ya da doğumla ilgisi olmayan nedenlere bağlıdır. Önlenemez nedenli olanların hemen tümü ise direkt nedenlere bağlıdır (16). Ontario’da yapılan bir çalışmada tüm ölümlerin %40’ının önlenemez olduğu ve bunların %55’inin direkt anne ölümü olduğu saptanmıştır (17). Iowa’da yapılan bir çalışmada uterus rüptüründen ölen 32 olgunun 29’unun önlenemez nitelikte bulunduğu bildirilmiştir. Özellikle ektopik gebelik nedeni ile gelişen tuba rüptürünün (18) ve anestezi ile ilgili ölümlerin hemen tümünün denetleme ve daha iyi eğitimle önlenebileceği belirtilmektedir(19). Ayrıca gebe kadınlara psikiyatrik yardım intiharları engelleyebilir (18).

Herhangi bir hastalık gebe kadında ölüme yol açabilir. Doktorun sorumluluğu, tanıyı yeterince erken koyamaması ya da gerektiğinde zamanında bir uzman desteği almamasından kaynaklanır. Gebelik semptomları ile karışan apandisit,

trombositopenik purpura, orak hücreli anemi, paroksizmal nokturnal hemoglobinüri gibi hastalıklar hatalı kararların verilmesine yol açabilir. Temel adli tıp problemi, tedavi kararının en uygun zamanının belirlenmesidir. Burada önemli bir konu da klinik hekimlerinin olası yasal takip durumunu göz önüne alarak her olguda tüm girişimleri ve tedaviyi titiz bir şekilde kaydetmeli, nedenlerini belirtmelidir. Bunların yalnızca yüksek riskli gruplarda yapılması yeterli değildir. Sıklıkla ölen kadınlar yüksek riskli gebelik kategorisine dâhil olmayanlardır (16).

Anne ölümlerinin önlenmesinin yolu önce anneyi ölüme götüren nedenlerin doğru olarak saptanmasından geçmektedir. Bunu sağlayacak olan tüm tıbbi ve obstetrik hikayenin, laboratuvar testlerinin dikkatlice gözden geçirilmesi ile usulüne uygun olarak otopsi ve tam bir histopatolojik ve toksikolojik analizin yapılmasıdır (3).

Gebelik sırasında ölümlerde doktorun yalnızca sosyal sorumluluğu değil, hukuki sorumluluğu da vardır. Ölümün doktorun ihmalinin bir sonucu olarak meydana gelip gelmediğinin belirlenmesi her zaman kolay olmayacaktır. Olayın çözümünde özel tekniklerden ve bilimsel bilgiden yararlanılması gerektirmekte olup konuda uzmanlaşmış kurum ve kuruluşların desteğinin alınması yararlı olacaktır.

Tıbbi standartlarda artış hastaların doktorlardan beklentilerini de arttırmıştır. Ayrıca halkın sağlık konusunda bilinçlenmesi ve medya iletişim araçlarında ki gelişim de medikal malpraktis olgularının artmasına neden olan etkenlerden olduğu iddia edilmektedir(20). Yeni doğan bakımında ki gelişmeler çocukların daha uzun süre yaşayabilmelerini sağlamakta ve bu da iddiaların artmasına neden olmaktadır. Kadın hastalıkları ve doğum alanında ki tıpta uygulama hatası iddiaları yalnızca uzmanları değil aynı zamanda pratisyen hekimleri ve ebe ve hemşireleri de ilgilendirmektedir(20). Tıpta uygulama hatası ile ilgili birçok araştırmada iddiaların birçoğunun asılsız iddialar oldukları uzmanlar tarafından belirlenmiş ve mahkemeler bu hususta karar vermişlerdir. Ülkemizde kadın hastalıkları ve doğum alanında tıpta uygulama hatası iddiası ile Adli Tıp Kurumuna gönderilen 107 olgudan 22'sinde sağlık çalışanlarının kusuru olduğu, diğerlerinde kusur bulunmadığı kararına varıldığı saptanmıştır(20). İddialar asılsız olsa ve hekimin yargılanma sonucu kusursuz olduğu ortaya çıksa bile mahkeme sürecinde hekim savunma hazırlıkları nedeniyle gereksiz zaman kaybetmekte ve üzerindeki baskı nedeni ile yapması gereken işlere yeterince dikkatini verememesi ile karşı karşıya kalabilmektedir. İddialar nedeni ile savunmacı tıp yaklaşımının gelişmesi olasılığının da bulunduğu iddia edilmektedir (21).

Tıbbi uygulama hatası ve ihmal iddialarında olayın meydana geldiği ortam koşullarının da bilinmesi önem arz etmektedir. Tıbbi uygulamanın yapıldığı her yerde ne yazık ki standart teknik imkânlar sağlanamamakta ve ayrıca hastanın mevcut durumu da tıbbi uygulama sırasında farklılıklara yol açabilmektedir (20).

Bir ölüm meydana geldiğinde yakınlarına yapılanlar ve ölüm nedeni hakkında



ayrıntılı bilgi verilmesi dava açılmasını engelleyebilen önemli bir yaklaşım olabilir. Ancak dava açıldığında yapılan ilk gelişmeler, davanın sonucu ve hekimin ilerideki meslek yaşamı üzerinde etkili olabilir. Temel yaklaşım hekimin derhal sigorta şirketi ile ilişkiye geçmesi, olayın şirket ve avukatı ile ayrıntılı görüşülmesi ve hasta veya avukatı ile görüşmekten kaçınılmasıdır. Eğer mahkeme tarafından kayıtlar isteniyor ise bunların fotokopileri gönderilmeli, mahkemece asılların istenmesi halinde ise mutlaka tüm belgelerin onaylı bir fotokopisi alınmalıdır. Hekimin mahkemede ifade vermesi isteniyor ise kayıtlar gözden geçirilerek ve avukatla görüşülerek mahkemeye iyice hazırlanmalıdır. Kayıtlar mahkeme salonunda hekimin en büyük dostu veya düşmanıdır. Başkaları tarafından eksik olarak düzenlenmiş kayıtlar değiştirilemez. Ancak savunma sırasında gerekli uygun bilgiler, analiz edilebilen ve dayanılan doğru verileri göstermek üzere düzenlenerek mahkemeye sunulmalıdır. Sağlık personeli arasında ki iletişim mekanizmasının, tedavi kararlarının ve etkilerinin kalıcı eksiksiz bir kaydın yerini hiçbir şey tutamaz. Kayıtların olmadığı yerlerde sadece hatırlanan şeyler söz konusu olup davacının iddialarının reddedilmesi mümkün olmayabilir. Tedbirli bir hekim, bilgilerin alınan kararlar ile aynı anda kayda geçirilmesinin, kendisini temelsiz ve haksız iddialara karşı korumaya yarayan iyi bir yasal yol olduğunun farkında olmalıdır ( 22).

## Kaynaklar

- 1) Büken B. Anne Ölümlerinin Adli Tıp Açısından İncelenmesi. ( uzmanlık Tezi) 1994,İstanbul.
- 2) 2- Chang J., Elam-Evans LD., Berg CJ. Pregnancy related mortality surveillance: United States, 1991–1999. MMWR Surveill Summ 2003;52:1–8.
- 3) Sharma BR., Gupta N. Forensic considerations of pregnancy-related maternal deaths: An overview Journal of Forensic and Legal Medicine. 2009; 16: 233–238.
- 4) 3- Childbirth kills one woman every 7 minutes. Science; 2007, March 10 <http:// www.int.iol.co.za/index.php?art\_id =nw200 703 10114142122C598516&setid=1&click\_id=31&sf> Er. Tar: 03.11.2012.
- 5)Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005.
- 6)Karabulut A., İstanbullu B., KarahanT., Özdemir K. Two Year Evaluation of İnfant And Maternal Mortality İn Denizli. J Turkish-German Gynecol Assoc 2009; 10: 95-8.
- 7) Soysal Z. Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Anne Ölümleri. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi. 1989; 3: 68-69.
- 8) Sümbüloğlu K. Alana Özel İstatistiksel Yöntemler. 2. Basım. Sanem Matbaacılık. 1989, Ankara.
- 9) Okyay P., Bilgen MA., Dirlik M., Barutça S. Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Hastanesi 2008-2009 Yılı Ölüm Nedenleri İstatistiklerinde Değişim: Bir Müdahale Çalışması, Aydın.2011(12) 2: 01-10).



- 10) Atrash HK., Koonin LM., Franks AL., Smith JC., Maternal Mortality in United States, 1979-1986. *Obstet. Gynecol.* 1990; 76(6): 1055-1060.
- 11) Van İl Sağlık Müdürlüğü Ana-Çocuk-Sağlığı-Anne-Ölümleri-İl-İnceleme-Komisyonu <http://www.vsm.gov.tr/haber/64-ana-cocuk-sagligi-anne-olumleri-il-inceleme-komisyonu-tarafindan-bil.html>
- 12) Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 16.04.2008 tarihli 2008/29 sayılı genelgesi.
- 13) Soysal Z., Eke M., Çağdır S. Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Anne Ölümleri. İçinde: Soysal Z., Çakalır C. (Editörler). *Adli Tıp Cilt II. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları* Rektörlük no: 4165, Fakülte no: 224. İstanbul Üniversitesi Basım Evi ve Film Merkezi. İstanbul 1999. s: 1191-1125
- 14) May JW., Greiss FC. Maternal Mortality in North Carolina: A Forty Year Experiences. *A.J. Obstet. Gynecol.* 1987; 157(5): 1189-1994.
- 15) Dönmez B. TCK'da Çocuk Düşürtme Suçu Mukayeseli Hukuk Ve AİHM'nin Bakış Açısıyla Ceninin Yasama Hakkının Sınırlandırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 2007; 9(2): 99-141
- 16) Breton OC., Lebervet JY., Vialard J. Mort Maternelle d'origine Obstetricale. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprad.* 1985; 14(3): 385-393.
- 17) Gordon I., Shapiro HA. *Abortion, Forensic Medicine A Guide to Principles. Second Edition* Churchill Livingstone 1982 s: 365-375.
- 18) Varner MW. Maternal Mortality in Iowa from 1952 to 1986. *Surg Gynecol Obstet.* 1989; 2: 555-562
- 19) Kaunitz AM., Hughes JM., Gaimes DAJ., Rochot RW., Kafriksen ME. Causes of Maternal Mortality in the United States. *Obstet Gynecol.* 1985; 65(5): 605-612.
- 20) Büken E., Büken NÖ., Büken B. Obstetric and Gynecologic Malpractice in Turkey: Incidence, impact, causes and prevention. *J Clin Forensic Med* 2004; 11: 233-247
- 21) İtil İM. Bilimselden Güncel Medikal Akademi. <http://www.medikalakademi.com.tr/index.php/jinekoloji/81-tjod-er-tar:03.11.2012>.
- 22) Çağdır S., Soysal Z. *Obstetrike ve Jinekolojide Malpraktis Davalarından Kaçınma Yolları* (içinde: Soysal Z(editör) *Adli Obstetrik/ Jinekoloji* )Adli Tıp Kurumu Yayınları Toprak Ofset 2003.s: 1050-1080.

## 12.

### GEBELİK VE LOHUSALIKTA KARŞILAŞILAN ADLİ PSİKİYATRİK SORUNLAR

**Prof. Dr. Gökhan Oral**

İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp AD

*“Zeki abiyi anarak sunumuma başlamak istiyorum. Aslında bir Cerrahpaşalı olarak onunla en az vakit geçiren kişi benim. Bazen vaktin süresinden ziyade niteliği daha önemli olabiliyor. Dolayısıyla ortak bir çok anımız var ve ürettiğimiz çok şey de var. Size yapacağım sunum içimde ukte olmuş bir konudur. Zeki abi yazdığı kitaba bölüm yazmamı istemişti. O bölümü bitirmiştım yıllar önce, ama bir yerinde takıldım. Özellikle infantisid ile ilgili bölümünde takıldım. Yeterli bulmadım, biraz daha uğraşmam gerekiyordu. Olmadı ve sonuçta o bölüm olmadan kitap çıktı ve bu durum içimde kalan bir süreç olmuştur benim için. Bu vesile ile belki kapanmamış bu süreci kısmen kapatmış olurum diye düşünüyorum.”*

Kadının ve bebeğin ön plana alındığı bir süreçtir bu dönem. Hamilelik ve doğum sürecinin kendisi pek çok değişiklikleri içermektedir. Bu sunumda, hamilelikte ve gebelikte ortaya çıkan psikiyatrik durumları anlatmak istiyorum.

Hippocrates “Emzirme dönemi mania’sı” diye tarif ettiği bu dönemi, daha çok “puerperal sepsis” ve bu zeminde gelişen “delirium” u anlatıyor gibidir (Resim).



**Resim:** Emzirme dönemi mania’sı

**Jean-Etienne Dominique Esquirol (1772-1840)** ; Monomanileri tarif ediyor. Napolyon savaşları sırasında salpetriere hastanesindeki 92 puerperal psikozlu hastayı tanımlamış. Adli tıbbi sorunlar ve infantisid ile ilgili yorumları yapıyor.

**Victor Louis Marce (1828-1864);** “Traite de la folie des femmes enceintes”,

Postpartum ruhsal bozuklukları en iyi tanımlayan kişi. Hamileliğin ruhsal etkilerini de iyi tarif etmiştir. Marce, bir adli tıpçı aynı zamanda...

#### **Yaygınlık ve diğer özellikleri;**

- ♦ Doğum sonrası hafif-orta şiddette depresyon sıklığı diğer hayat dönemlerine göre daha fazla değildir,
- ♦ Kadınlarda postpartum ilk 3 aylık dönem ruhsal hastalık başlama riski bakımından önemli bir dönemdir,
- ♦ Bu dönem hastalık relapsları için de risklidir,
- ♦ Hızlı endokrin değişiklikler, diğer fizyolojik değişiklikler, adolesan hamileliği, obstetrik komplikasyonlar, kişilik özellikleri, evlilik sorunları, yetersiz sosyal destek ve geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü risk faktörleridir.
- ♦ Tekrarlama riski yüksektir.

#### **Hamilelik Dönemi;**

- ♦ Gebelik sırasında gözlenen anksiyete bozuklukları, nörotik reaksiyonlar,
- ♦ İstenmeyen bebek, hamilelik ve annelik reddi,
- ♦ Hamilelik semptomlarına sekonder komorbid bozukluklar,
- ♦ Maternal dönemde duygudurum bozuklukları,
- ♦ Psikotik bozukluklar ve relapslar

Bir çok anksiyolitik gebelik döneminde önerilmeyen ilaçlardır. Sıklıkla elektrokonvulsif terapi önerilir. Hamilelikte şok tedavisini hangi şartlarda kabul ettirirsiniz düşünün artık. Geçmişte, psikiyatrik problem yaşamışsa hamilelikte relapslara dönüşebilir.

Önemli sorunlardan biri de tıbbi kürtaj hakkıdır. Psikotik bir kadının çocuk sahibi olma hakkı yok mudur? Bu konuda çok soru var, ancak yanıtı kolay değildir.

#### **Post-partum (puerperal) ruhsal bozukluklar;**

- ♦ Puerperal blues;
- ♦ Puerperal depresyon,
- ♦ Puerperal psikoz.

**Postpartum- maternity blues;** baby blues, maternite blues gibi isimleri mevcuttur. Halk arasında al basması da denilen bir hüznün dönemidir.

- ♦ Doğum sonrası ilk haftada ortaya çıkar,

- ♦ Görülme sıklığı % 85 lere kadar varmaktadır,
- ♦ Duygudurumda labilite, disforia, iritabilite, ağlamalar, uykusuzluk, anksiete belli başlı bulgulardır,
- ♦ Tipik olarak doğumdan sonraki 4.-5. günde belirginleşir ve 10. günde düzelir,
- ♦ Selim seyirlidir nadiren depresyona dönüşerek devam edebilir.

### **Postpartum depresyon;**

- ♦ %10-15 sıklıkla görülür,
- ♦ İlk 6 ayda ortaya çıkar ve bazılarında doğum sonrası çok hızlı bir şekilde gelişir,
- ♦ Klinik bulgular non-psikotik depressif bozukluk bulgularından bir farklılık göstermez (hoşnutsuzluk, iritabilite,mutsuzluk,uykusuzluk,yor gunluk hissi, somatik şikayetler,işlev kaybı v.s),
- ♦ Bebekle ilgili ambivalan duygular ve düşünceler belirgin ve bebek bakımında sorunlar ortaya çıkar,
- ♦ İntihar düşüncesi sık ancak postpartum dönemde intihar girişimi görece seyrekdir.

### **Postpartum psikoz;**

- ♦ 1000'de 1-2 kadında gözükten ciddi bir tablo,
- ♦ Dramatik bir şekilde ilk 48-72 saat içinde başlar ancak daha sık olarak ilk 2-4 hafta içinde ortaya çıkması beklenir,
- ♦ Belirgin işlev kaybı, dezorganize davranış, huzursuzluk, iritabilite, uykusuzluk, hızlı bir şekilde değişen duygudurum, desoryantasyon,depe rsonalizasyon, çocuğun ölümü ya da defektli olması yönünde veya mistik içerikli hezeyanlar,işitsel halusinasyonlar mevcut olabilir,
- ♦ Tekrarlama riski yüksektir.

### **Adli tıbbi sorunlar;**

- ♦ Türk Ceza Kanunu(T.C.K) ile ilgili sorunlar,
- ♦ Medeni Kanun ile ilgili Sorunlar,
- ♦ Özel Hukuk Hükümleri,

### **T.C.K, cezai sorumluluk;**

- ♦ Postpartum psikozda çocuk öldürme eylemleri ve intihar görülme sıklığı yüksek değildir (temaruza dikkat),
- ♦ Orta ve uzun vade etkileri daha önemli, çocuk istismarı ve ihmali

postpartum depresyonda sık,

- ♦ Uzun süreli çalışmalarda depresif anne çocuklarında kognitif gelişim sorunları ve davranış problemleri daha sık gözlenmiş,
- ♦ Eşe yönelik sözel ve fiziksel şiddet nadir görülür.

### **Medeni kanunla ilgili sorunlar;**

- Boşanma ve butlan-kısmi butlan,
- ♦ Velayet hakkı,
- ♦ Hukuki ehliyet.

Postpartum dönemde bir atak geçirmiş anne ile ilgili olarak eşi boşanma davası açarsa eğer durum karışık bir hal almaktadır. Tıbben tedavisinin mümkün olmadığı belirtilmesi gerekmektedir. Bunu belirtme şansımız yoktur. Ancak tekrarlayacağı iddia edilebilir ve %70-80 tekrarlayacaktır da... Kısmi butlanla ilgili türün devamı ile ilgili sorun şeklinde görülebilir. Kişinin kendinden saklanan bir olay ise bu durum, geçmişteki evliliğin de bu durumu yaşamışsa, kısmi butlan sebebidir benim zümde...

Velayet hakkı ile ilgili durum, yetersiz annenin varlığında tartışma büyüktür. Çocuğu anneden alma konusunda mahkemeler tereddüde bulunmamalıdır.

Hukuki ehliyet ise, fiil ehliyeti olduğuna karar verilen kadının velayet hakkı olmadığına karar verebiliriz. Çelişkili gözükebilir. Akıl hastalığı nedeniyle bile bu karar verilebilir.

### **Özel Hukuk;**

- ♦ Mal praktice,
- ♦ Tazminat davaları,
- ♦ İdari davalar,

Mal praktice konusunda, bir kadını doğum boyunca takip etmiş bir jinekologun, hastanın psikiyatri konsültasyonu istememiş olması veya istediği konsültasyon sonucu önerilen profilaktik tedaviye almamış olması, mal praktice olarak iddia edilebilir.

### **Epilog; Cessante ratione legis cessat ipsa lex**

*“Yasanın mantığı bittiyse, yasa bitti demektir.”*

## 4. OTURUM: ÜREME ve CİNSEL SAĞLIK HAKLARI İLE İLGİLİ ETİK- HUKUKSAL İKİLEMLER

Moderatör: Prof. Dr. Nezihe Beji / Prof. Dr. Sermet Koç

İÜ Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD

İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp AD



Doç. Dr. Halis Dokgöz'ün kaleminden.

# 13.

## ÖRNEK VAKALAR İLE ÜREME SAĞLIĞI VE CİNSEL SAĞLIK HAKLARI İLE İLGİLİ ETİK- HUKUKSAL İKİLEMLER\*

**Öğrt. Gör. Dr. Gürkan Sert**

*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD/ HAYAD*

### Giriş

Üreme sağlığı hizmetlerinde, hastanın aile ve toplumsal yaşam koşulları ya da bazı yasaların getirmiş olduğu zorunluluklar, sağlık çalışanlarını önemli etik sorun ve ikilemler ile karşılaşmalarına neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarının birey hakları, mesleki ilkeler ve yasalar kapsamında sonuçlara ulaşma ve karar verme sorumluluğu çoğu zaman hastanın yaşamı açısından dahi önem taşımaktadır.

Üreme sağlığı hizmetlerinin, çoğu zaman hastanın özel yaşamının en ulaşılmaz en gizli kalması istenen alanı ile ilgili olması nedeni ile başta bilgilerin paylaşılmaması olmak üzere, beden dokunulmazlığı, özerk birey olarak karar verme gibi başlıklarda etik sorunlar ile karşılaşmaktadır. Örneğin cinsel saldırıya uğrayan hastalar tıbbi yardım alırken karşılaşılan aile, çevre veya toplumsal sorunların getirdiği zorluklar sıklıkla ifade edilen sorunlardandır. Bu kapsamda sağlık çalışanları bir yandan yasal düzenlemelerin getirdiği zorunlulukları yerine getirme bir yandan da meslek ilkeleri çerçevesinde duyarlı hareket etme ikileminde kalmaktadır.

Yasaların getirdiği bazı zorunlulukların yerine getirilmesinin hastaya zarar verme riskinin bulunduğu hallerde sağlık çalışanlarının karar alması güçleşmektedir. Örneğin Cinsel saldırı mağduru bir kadının toplumsal ya da aile ile ilgili kaygı ve endişeler nedeni ile saldırının yetkili makamlara bildirilmesini istememesi durumunda sağlık çalışanları bir yandan hastanın sırrının saklanması sorumluluğu altında iken diğer bir yandan yasanın getirdiği zorunluluğu yerine (suç bildirimini TCK 279-280) getirme ile karşı karşıyadır. Bu ikilem kapsamında sağlık çalışanları hastaya en az zararı verecek ve en çok yararı sağlayacak yaklaşımı göstermek durumundadır. Ancak bu konuda bir çözüm üretmek her zaman mümkün olmamaktadır.

Üremem sağlığı hizmetlerinde etik sorunların yaşandığı önemli bir alan da kadının gebeliğinin sonlandırılması ile ilgili karar alabilme hakkıdır. Kadının gebeliğinin sonlandırılması konusunda tek başına karar verici olması bazı durumlarda sınırlandırılmıştır. Örneğin reşit olmayan kadının yasal temsilcisinin evli kadının eşinin izni olmadan gebeliğinin sonlandırılması uygulamaları gerçekleştirilememektedir. Bireyin beden bütünlüğü hakkında tek başına karar verme hakkı ile ilgili tartışma içeren bu sınırlamalar da önemli etik ikilem ve sorunlar içermektedir.

Etik ve yasal açıdan sorunlar içeren olayların çözümünde sağlık çalışanlarının

mesleki ilkelere uygun yaklaşımlar sağlamlasında bireylerin üreme ve cinsel yaşam haklarının kapsamında duyarlılık göstermesi önemlidir. Bu çerçevede yasal ve etik sorun içeren olayların etik ve yasal değerlendirmeler bağlamında paylaşılması sağlık çalışanlarının karar verme süreçlerini kolaylaştıracak ve üreme haklarına duyarlı yaklaşımlarına katkı sağlayacaktır.

## OLAY 1

### **Kocası tarafından şiddete maruz kalan kadın**

Kanaması nedeniyle kuruma başvuran 38 yaşındaki kadın R'yi muayene eden hekim, R'nin kol ve bacaklarındaki çürük ve yaraları fark etmiştir. Hekim R'nin muayenesini bitirdikten ve yakınmalarını dinledikten sonra R'ye reçete hazırlayıp vermiştir. Yaralar ve çürükler ile ilgili bilgi almak isteyen hekime R, eşinin kendisine sürekli şiddet uyguladığını, eşinin kendisini sıkça cinsel ilişkiye zorladığını anlatmıştır. Hekim, bu durumun polise bildirilmesi gerektiğini R'ye söylemiştir. Ancak R, eşinin evin geçimini günlük işler ile sağladığını eşinin tutuklanması halinde 2,4,7 yaşlarındaki 3 çocuğu ile perişan kalacaklarını, babalarını çok seven çocuklarının babalarından ayrı kalmak istemeyeceklerini, daha önceleri birkaç defa karakola düştüklerini sonrasında daha da ağır şiddete maruz kaldığını söyleyerek bildirim yapılmasını istememiştir. R muayenesi biter bitmez hızla kurumu terk etmiştir.

### ***Yasal Açıdan Değerlendirme:***

Türk Ceza Kanunu'na (TCK) göre sağlık çalışanlarının bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmaları halinde suçu yetkililere bildirme zorunluluğu vardır (m. 279 ve 280). Sağlık çalışanının bunu bildirmemesi suç oluşturmaktadır. Bu durumda hekimin R'nin şiddet gördüğünü yetkililere bildirmemesi suç oluşturacaktır. TCK'nın ilgili maddesinde mağdurun ya da failin bildirim onam vermemesi durumunda bildirim yapıp yapılmaması konusunda herhangi bir bilgi bulunmamaktadır.

Ancak bu gibi durumlarda önceliğin hastayı tedavi etmeye verilmesi gerekir. Olayda bildirim R'nin muayenesi ve tedavisi ile ilgili önlemlerin alınmasından sonra gündeme gelmiştir. R'nin muayene edilmesi, yakınmalarının dinlenmesi ve reçetenin hazırlanmasından sonra hekim bildirim prosedürünü başlatmak istemiştir. Başvurunun en başında bildirim prosedürünün başlatılması hastanın sağlık hizmetini almadan sağlık kurumundan ayrılmasına neden olabilecektir.

### ***Tıp Etiği Açısından Değerlendirme***

R'ye karşı işlenen suçun bildirim ile R'ye bir yarar sağlanması ( devam eden şiddetin önlenmesi gibi) amaçlanmaktadır. Ancak R bildirim yapılması halinde karşılaşacağı bazı olumsuzlukları ileri sürerek bildirim yapılmasını istememiştir. R eşinin evin geçimini sağladığı, küçük yaşlardaki üç çocuğu ile zor



durumda kalacakları, babalarını seven çocukların babalarından ayrı kalmalarının onları olumsuz etkileyeceği, daha da ileri seviyede bir şiddete maruz kalması gibi endişe ve kaygıları dile getirmiştir. Kadınlar bu gibi nedenler ile bildirim yapılmamasından yana tutum gösterebilmektedir. Kadının ve çocukların ekonomik, sosyal ve fiziksel olarak korunmasındaki yetersizlikler hekimleri ve diğer sağlık çalışanlarını, yasal düzenlemelere uyma ile yasal olmasa da hastanın korunması adına hastanın talebine uyma arasında ikilemde bırakmaktadır. Başka bir deyişle sağlık çalışanı hastanın zarar görmesini önlemek ile yasalara uymak arasında seçim yapmak zorundadır. R'nin bu konuda dinlenmesi önemlidir. Bu durumlarda bildirim yapılmaması kadın açısından tam bir çözüm olmasa da kadının beklentilerine uygun bir tutum olacaktır. Yapılacak bildirim ile R'nin şu anki durumundan daha kötü duruma düşmesine neden olursa hekimin bildirim yapması zarar vermeme ilkesi ile bağdaşmayacaktır. Yine de hekimin bildirim yapması kadında yeni korku ve endişelere neden olacaktır. Bu gibi durumlarda hekimin somut olayın özelliklerine göre mesleki ilkelerine uygun hareket etme hakkı olmalıdır.

Ancak bildirim yapılmaması kadına karşı şiddetin bilinmesine rağmen önlenmesi için adım atılmaması anlamına da gelecektir. Bu da R'ye zarar veren bir tutum olacaktır. Her vakanın hastaya zarar vermeme ve yararlılık ilkeleri açısından incelenmesi bildirim ile verilecek zarar ile sağlanacak yarar arasında bir denge tartımının yapılması gerekir. Ancak etik açıdan her olay için geçerli olan durum, öncelikle hastanın sağlığının korunması ona gerekli tıbbi girişimlerin gerçekleştirilmesidir. Hastaya bilgi verilmesi de kadın açısından önem taşıyacaktır. En azından bir suça maruz kaldığını, bunun bildirilmesi halinde suçu işleyen kişiye karşı yasal işlemlerin başlatılabileceği gibi bilgiler mutlaka verilmelidir. Bu durumdaki bir kadının kullanabileceği haklarının neler olduğu bunlardan nerelerden nasıl yararlanabileceği konusunda bilgilendirici yaklaşımda hastanın daha az zarar görmesini sağlayabilecektir.

## OLAY 2

### 15 yaşındayım nasıl güvenli cinsellik sürdürebilirim!

Merkeze başvuran 15 yaşındaki Z bir erkek arkadaşının olduğunu, cinsel ilişkiye girdiklerini gebe kalmaktan korktuğunu ebeyle söylemiştir. Z, gebe kalmamak için neler yapılabileceği konusunda bilgi istemiştir. Ebe, Z'nin erkek arkadaşının 21 olduğunu öğrenince; erkek arkadaşının kendisi ile ilişkiye girerek suç işlediğini bunu yasal olarak bildirmek zorunda olduğunu Z'ye söylemiştir. Bunu duyan Z telaşlanarak bildirim yapılmasını istemediğini söyleyerek hızla merkezden ayrılmıştır.

### *Yasal Açıdan Değerlendirme*

TCK cinsel ilişkiye girmenin suç sayılmaması konusunda bazı şartları aramaktadır.

Buna göre 15 yaşını doldurmayan kişiye yönelik cinsel davranışlar çocuk istismarı kapsamında değerlendirilmektedir (m.103). Cinsel istismar suçunda mağdurun rızası cinsel davranışı hukuka uygun hale getirmez. Bu suçta mağdurun şikâyet etmesi şartı da aranmamaktadır. Olayda Z'nin 15 yaşında olması nedeni ile olayda bir cinsel istismar suçu bulunmaktadır. Ebenin bunu bildirme zorunluluğu vardır.

### ***Tıp Etiği Açısından Değerlendirme:***

Z'nin yaşı ve erkek arkadaşı ile aralarındaki yaş farkı da göz önünde bulundurulduğunda Z'nin cinsel olarak istismar edilmesi ve bu istismarın sonucunda bir zararın oluşması söz konusu olabilir. Cinsel istismarın önlenmesi ya da sonlanması açısından bildirim önem taşımaktadır. Bildirim ile istismar durumunun önlenmesi mümkündür. Ancak bildirim yapılması ile sağlanacak yarar kadar, Z'nin bilgilenebilmesi de önemli yarar sağlayacaktır.

Olayda Z'nin gebelikten korunma ve hatta cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) konusunda bilgilendirilmesine öncelik verilmeliydi. Etik açıdan hastaya zarar verebilecek tutumdan kaçınmak ve yarar sağlayacak tutumlara öncelik vermek gerekir. Ebenin Z'yi bir endişe içinde bırakmadan önce bilgilendirmesi önemlidir. Böylelikle Z'nin erken gebelik, CYBE'lerden korunması sağlanabilecektir.

Z'nin bu konularda bilgilendirilmesinden sonra, suç ve suçun bildirim konusunda bilgilendirilmesi, üreme ve cinsel haklar açısından daha yararlı ve zarardan koruyucu bir yaklaşım içerecektir. Ancak olayda Z'ye herhangi bir yarar sağlayacak bir bilgi verilememiştir.

Bu gibi durumlarda başvuran çocuğun istememesine rağmen bildirim diğer çocukların gelip bilgi almalarını engelleyeceği de düşünülerek tutum geliştirilmelidir.

## **OLAY 3**

### **Genital Muayeneye Gelen Kadın**

40 yaşındaki P, ilk evliliğini gerçekleştirmiş ve evlendiği gece eşiyile ilişkiye girmiştir. Ancak eşi P'nin “bakire olmadığını” ileri sürmüş ve tartışma çıkmıştır. P, durumu ile ilgili olarak tespit için rapor almak üzere genital muayene talep etmiştir. Genital muayenenin ceza yasası kapsamında suç oluşturduğunu düşünen hekim kadını muayene edip etmeme konusunda kararsız kalmıştır

### ***Yasal Açıdan Değerlendirme***

Olayda P'nin tek başına kuruma başvurduğu ve talebi ile ilgili kendisinin kararının bulunduğunu beyan etmesi nedeni ile P'nin kendi iradesi ile muayene talebinde bulunduğu kabul edilebilir. Bu durumda genital muayeneye gelen P'ye talebi üzerine muayenenin yapılması yasal açıdan sorun içermemektedir. P'nin talebi “bekâret muayenesi” olsa da aslında istediği kendi bedeni ile ilgili durumun bilimsel

veriler ışığında belirlenmesidir. Buradaki talebin yasanın yasakladığı durumdan farkı vardır. Yasada daha çok bir başkasının kararı ya da talebi ile muayene edilme durumundan söz edilmektedir. Olayda ise tek başına karar verecek durumda olan bir kadının muayene talebi vardır. Bu durumda muayenenin gerçekleştirilmesi suç oluşturmayacaktır. Konu ile ilgili düzenlenecek rapor her ne kadar “bekâret, kızlık raporu” olarak anılacak ya da ifade edilecek olsa da aslında hekim sadece bulgularını rapora ekleyecektir.

Ancak bu gibi bir nedenle yapılan muayenelerin onur kırıcı uygulamalar olduğu kabul edildiğinde, hekime bu muayeneyi yapmaması durumunda onu buna zorlayacak bir düzenlemenin bulunmadığını da söylemek mümkündür.

### ***Tıp Etiği Açısından Değerlendirme***

Kadının üreme ve cinsel hakları açısından düşünüldüğünde kadının haklarına saldırı olan bu tutumların sınırlanması gereklidir. Özellikle bir başkası tarafından gelen baskı nedeniyle kadınların bu gibi uygulamalara maruz bırakılması kadınların beden bütünlükleri konusunda karar verme haklarına aykırıdır. Bu bağlamda sağlık çalışanlarının bu gibi uygulamalarda yer almaması gerekir.

Olayda karşımıza çıkan etik sorunları iki başlık altında toplamak mümkündür. Bunlardan ilki kadının beden bütünlüğü konusunda aldığı bir karar olarak muayene talebinin kabul edilip edilmeyeceğidir. Olayda toplumsal ya da çevresel nedenler ile olsa da tek başına karar verebilecek durumda olan P muayene talebinde bulunmaktadır. P'nin bu talebi sağlık sorunları ile ilgili bir talep olsa bu muayenenin gerçekleştirilmesinin zorunluluğu konusunda bir tartışma olmayacaktı. Ancak cinsiyetçi bir yaklaşımın baskısı sonucu kadının beden bütünlüğü konusunda bilinçli olarak bir karar almış olması durumu zorlaştırmaktadır. Tıbbi ya da yasal bir gereklilik yok iken kadının beden bütünlüğüne müdahale edilmesi yönünde aldığı bu karara hekim uymalı mıdır? Sorusunun yanıtlanması gerekir.

Yetişkin ve tek başına karar verebilecek durumda olan bir kadının beden özellikleri ile ilgili bilgileri almak üzere bir başvuru olarak kabul edilmesi ve kadının beden özellikleri konusunda bilgilenme hakkının bulunduğu ve buna uyulması gerektiği savunulabilir. P'nin beden bütünlüğü konusunda aldığı bu karar P'nin talep nedeni “Bekâretini”/ kızlığını” kanıtlamak olsa da beden bütünlüğü konusunda bir saptama olarak değerlendirilmesi mümkündür. Bu yöndeki bir belirleme ile muayenenin yapılması ve bulguların P'ye verilmesi mümkündür.

Etik açıdan tartışma yaratan ikinci durum ise cinsiyetçi bir yaklaşımın ve çevresel baskının bir yansıması olarak kadının onur kırıcı olan bu muayeneyi talep etmek zorunda kalmasının getirdiği tartışmadır. Tüm kadınlara karşı cinsiyetçi bir yaklaşım içeren “bekâret muayenelerinin” insan hakları ile bağdaşmayacağı bunun adli ya da sağlık sorunları kaynaklı olmadığı sürece haklı bir nedeninin bulunmayacağı kabul edilen bu muayenelerin gerçekleştirilmemesi gerektiği de savunulabilir. Kadının kendi isteği ile de olsa adaletin sağlanması ya da sağlık

nedenleri ile gerçekleştirilmeyen genital muayenelerin onur kırıcı olması nedeni ile sağlık hizmetlerinin bir parçası olamayacağı da kabul edilebilir. Bu muayenelerin yapılmasının toplumda bu uygulamaların devamını sağlayacağı, kadınlar üzerinde doğrudan ya da dolaylı bir baskıya neden olabileceği de söylenmelidir.

#### OLAY 4

##### **Seni muayene edemezsek suçlu bilinmeyecek!**

16 yaşındaki Y cinsel saldırı mağdurudur. Mahkeme kararı ile Y genital muayene için kadın doğum polikliniğine gönderilmiştir. Hekim muayeneyi yapmak istemiş ancak Y muayenenin yapılmasını istememiştir. Hekim muayenenin cinsel saldırının failinin belirlenmesi için önemli olduğunu söylemiş ise de Y muayenenin yapılmasına karşı koymuştur. Hekim genital muayene ile elde edilecek bulguların çok önemli olduğunu ve saldırganın suçlanabilmesi için önemli bir delil elde edileceğini bildiğinden muayeneyi gerçekleştirmek istemektedir. Hekim, dışarıda bekleyen anne ve babasının Y'yi ikna etmesini istemiştir. Anne ve baba Y ile görüşmüş ve Y yine ikna olmamıştır.

##### ***Yasal Açıdan Değerlendirme***

Ceza Muhakemesi Kanunu'nda (CMK) mağdurun beden muayenesi ile ilgili hükme yer verilmiştir (m.76). Buna göre mağdurun muayenesi için hâkim kararı gereklidir. Acil hallerde savcı da bu talepte bulunabilir. Mağdurun kendisinin böyle bir muayeneyi talep etmesi halinde yargı kararına gerek yoktur. Bu işlemin gerçekleştirilmesi mağdurun sağlığının tehlikeye düşmemesi ve cerrahi müdahalenin olmaması şartlarına da bağlıdır.

Olay bu temel kurallar çerçevesinde incelendiğinde 16 yaşında olan Y'nin yargı kararı ile muayeneye gönderildiği görülmektedir. Dolayısıyla prosedüre uygun bir muayene talebi vardır. Gerçekleştirilecek genital muayenenin cerrahi bir işlem içermeyeceği de söylenebilir. Bu durumda muayenenin gerçekleştirilmesi mümkündür. Ancak Y'nin onam vermemesi durumu söz konusudur. Y'nin onam vermemesinin süreci nasıl etkileyeceği konusunda CMK'da herhangi bir açıklama bulunmamaktadır. "Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik" te (Beden Muayenesi Yönetmeliği) mağdurun muayeneyi kabul etmemesi halinde muayenenin gerçekleştirilebilmesi için savcının gerekli önlemleri alacağı belirtilmiştir. Bu durumda Y'nin muayenesinin farklı açılardan incelenmesi gerekmektedir.

Y'nin mağdur olarak muayeneyi reddetmesi halinde ne yapılacağı konusunda CMK'da bir hüküm olmaması nedeniyle bazı hukukçular muayeneyi ret eden mağdurun zorlanamayacağını savunurken, bazıları da hekimin mahkeme kararına uymak zorunda olduğunu ileri sürerek muayeneyi zorla yapabileceğini savunmaktadır. Beden Muayenesi Yönetmeliği ise muayenenin ret edilmesi

halinde muayenenin gerçekleştirilmesi için savcılık tarafından gerekli önlemlerin alınacağını belirtmektedir.

Bireylerin beden bütünlüklerine gerçekleştirilen tıbbi müdahalelerde onamın alınması tıbbi müdahaleyi hukuka uygun hale getiren bir koşul olarak kabul edilmiştir. Beden muayenesinden önce onamın alınması önemlidir. Hukukçular, yargı kararı ile ya da mağdurun talebi ile gerçekleştirilecek beden muayenesinden önce mağdurun bilgilendirilmesi ve onamının alınmasının önemine dikkat çekmektedir.

Adaletin sağlanması gibi bir amacın bulunması halinde bireyin onamının olmaması halinde bireyin müdahaleye zorlanması etik ve yasal açıdan tartışmalar içerir. Bu konunun açıkça yasada düzenlenmesi önemlidir. Zorlayıcı önlemlerin alınmasının Yönetmelikte öngörülmesi zorlayıcı önlemlerin alınmasını hukuka uygun hale getirecektir.

Y'nin muayeneyi reddine rağmen muayeneye zorlanması CMK'nın 76. Maddesinde yer alan sağlığına zarar vermeme şartına da uygun olmayacaktır. Sağlığa zarar vermeme konusundaki sağlık kavramına ruhsal sağlık da dahildir. Cinsel saldırı mağduru olan Y'nin genital muayeneye zorlanmasının ruhsal sağlığı üzerinde oluşturacağı zarar riskinin göz ardı edilmesi 76. Maddeye aykırılık oluşturacaktır. Bu durumda muayeneyi gerçekleştirilmeyen hekimin mahkemenin kararına yasaya uygun bir nedenle uymadığının savunulması mümkün olacaktır. Bu konuda bir cinsel istismar mağduru 15 yaşındaki bir çocuğun mahkeme kararı ile muayenesinin talebine rağmen ailesinin ve kendisinin genital muayeneyi kabul etmemesi üzerine genital muayeneyi gerçekleştirilmeyen hekim hakkında görevi kötüye kullanmadan dava açılmış ve hekim davada beraat etmiştir

Y'nin anne veya babasının onam vermesi halinde Y yapılacak işlemin hukuki niteliğini ve sonuçlarını anlayacak durumdaysa Y'nin kararına uyulmalıdır. Ancak Y'nin herhangi bir nedenle bunları anlamayacak durumda olmaması halinde (akıl hastalığı, akıl zayıflığı, yaş küçüklüğü gibi) anne veya babasının kararına uyulabilir. Ancak yine de Y'nin zarar görmeyeceğinin savunulması güç olacaktır.

### ***Tıp Etiği Açısından Değerlendirme***

Burada hekim adaletin sağlanması ve hastanın beden bütünlüğüne saygı arasında ikilemde kalmıştır. Muayenenin yapılması ile elde edilecek bulgular failin yakalanması için önemlidir. Ancak Y'nin beden bütünlüğüne isteği dışında müdahale edilmesi onun beden bütünlüğü haklarına aykırı olduğu gibi henüz uğradığı bu cinsel saldırı ardından zorla muayene edilmesi yeni bir travma yaratabilecektir.

Bu ikilemde Y'nin yapılacak işlemler konusunda aydınlatılması, işlem den beklenenler konusunda bilgilendirilmesi, büyük önem taşımaktadır. Y'nin müdahaleye onam vermemesi durumunda sonuçlar hakkında ayrıca bilgilendirilmesi önemlidir.

Mağdurun muayeneye ya da örnek almaya onam vermediği hallerde beden muayenesine zorlanması tıp etiği açısından haklı çıkarılamaz.

## OLAY 5

### **Bebeği aldırma istiyorum ama erkek arkadaşım bilmesin!**

21 yaşında, evli olmayan kadın (B) kuruma bazı şikâyetleri ile başvurmuştur. Hekim yaptığı muayenede B'nin gebe olduğunu tespit etmiştir (8 haftalık). Hekimin B'ye gebelik ile ilgili bilgi vereceği sırada B, cinsel ilişkiye girdiği erkek arkadaşından gebe kalmış olabileceğini ve erkek arkadaşının haberi olmadan çocuğu aldırma istediğini hekime söylemiştir. B, hekimden düşük işlemi nasıl yaptıracağı konusunda bilgi istemiştir. İstemli düşüğe karşı olan hekim, bu konuda B'ye bilgi vermek istemediğini ve erkek arkadaşının izni olmadan çocuğu aldıramayacağını söylemiştir. B düşünceli bir şekilde merkezden ayrılmıştır. Hekim, B'nin ayrılmasından sonra B ile aralarındaki konuşmaları yeniden gözden geçirerek doğru bir yaklaşım gösterip göstermediği konusunda tereddüde düşmüştür.

### ***Yasal Açıdan Değerlendirme***

B, 18 yaşını doldurmuş olması, evli olmaması ve 10 haftayı aşmamış bir gebeliğin bulunması nedeni ile tek başına istemli düşük talebinde bulunabilir.

Hekimin istemli düşük için babadan izin alınması yönündeki ifadesinin herhangi bir yasal dayanağı bulunmamaktadır. Yasalara göre, evli olan kadının eşinden izin alması gerekir. B evli değildir. Yasada baba ifadesi kullanılmamıştır, eş ifadesi kullanılmıştır.

Olayda hem hasta hakları ihlali hem de üreme hakları ihlali açısından tespitlerin yapılması mümkündür. B'nin sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı vardır. Bilgilendirme hakkı hasta hakları arasında yer alır. Bu bağlamda B'nin hem sağlık durumu konusunda hem de sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacağı konusunda bilgi edinme hakkı vardır. B, olayda sağlık durumu konusunda kısmen bilgi edinmiş olsa da hizmetlerden nasıl yararlanacağı konusunda bilgi edinmemiştir. Hekimin B'yi bilgilendirmemesi nedeni ile hekimin hukuki sorumluluğu da bulunmaktadır.

Hekimin vicdanen isteyerek düşüğe karşı olması mümkündür. Ancak hekimin vicdanen karşı olması B'yi bilgilendirmeyeceği anlamına gelmez. Hekimin B'yi reddetmesi halinde, hizmeti alabileceği kurumlara yönlendirme zorunluluğu vardır. Hekimlerin hastalara bakım vermeyi reddetmesi yasal ve etik açıdan kabul edilebilir bir gerekçeye dayandırılmalıdır. Bu bağlamda hastanın reddi için öncelikle hastanın zarar görmemesi ve bunun için önlemlerin alınması gerekir. İkinci olarak hastanın reddi sağlık hizmetinin sürekliliği ve devamlılığına aykırı olmamalıdır. Hekimin vicdani kanaatlerine dayanarak B'yi reddetmesi

bu koşulların bulunması halinde etik ve yasal açıdan kabul edilebilir. Vicdani kanaatler ile ret hali hastanın talep ettiği hizmete zamanında ulaşmasına veya haklarını kullanmasına engel oluşturmamalıdır. Bu bağlamda hastanın işlemin yapılabileceği kurumlara ulaşması sağlanmalıdır. Olayda olduğu gibi bir ret yaklaşımı sağlık hakkına aykırılık oluşturacaktır. Hekimin bölgedeki tek uzman ya da hekim olması halinde de hekimin B'yi ret etmesi yasal ve etik açıdan kabul görececek bir yaklaşım olamaz. Uluslararası belgelerde hekimlerin vicdani kanaatlerine dayanarak kürtaj talebini ret etmesi hallerinde hastanın haklarına engel olunmaması ve işlemleri yapacak başka bir hekimin varlığının bulunmasına bağlamıştır.

### ***Tıp Etiği Açısından Değerlendirme***

İstimli düşük, tıp etiği açısından pek çok sorun ve tartışmayı getirir. Bu anlamda bu uygulamanın kabul edilmesi ya da reddedilmesi konusunda hekimlerin farklı yaklaşımları olabilir. Hekimin bu konuya olumsuz yaklaşması ve bu uygulamaları etik açıdan kabul edilemez uygulamalar olarak görmesi hekimin düşünce özgürlüğü kapsamındadır. Ancak hekim, istimli düşük uygulamalarına karşı olsa dahi yasalarca izin verilmiş bu uygulamalar konusunda hastaları bilgilendirmelidir.

Hekimin B'ye bilgi vermekten kaçınması hastanın bilgilenme hakkına aykırıdır. Ayrıca hastanın gerekli bilgileri alamamış olması, beden bütünlüğü ve üreme(me) hakkı konusunda bilinçli olarak karar almasına engel olduğu gibi, zarar görmesine de neden olabilecektir. B'nin sağlık kurumunda zamanında gerekli bilgiyi alamaması, istenmeyen gebelik nedeni ile endişe yaşamasına, gecikmeler nedeni ile daha zor koşullarda kalmasına neden olabilecektir. B'nin sosyal açıdan yaşayacağı güçlükler de zarar görebileceği hususlar arasındadır. Hekimin bilgilendirmemesi, olayda olduğu gibi yasal sürenin sınırlarına yaklaşılacak bir dönem olan 8. haftadaki gebelik konusunda B'nin karar verme hakkını sınırlandıracak, belki de B'yi istemediği bir çocuğu doğurmak ya da ilerleyen bir aşamada gebeliği sonlandırmak zorunda bırakacaktır. Bu anlamda hekimin bir sorumluluğu olan bilgilendirmeyi yapmaması B'yi sosyal, psikolojik ve bedensel pek çok zararlar karşı karşıya bırakacaktır.

## Kaynaklar

1. Artuk E.: Kadınlara Yönelik Cinsel Şiddete Örnek Olarak Evlilik içinde Irza Geçme ve Fücür. Kadına Yönelik Cinsel Şiddete Karşılaştırmalı Hukukun Yaklaşımı 10-11 Mart 2000., İstanbul barosu Kadın Hakları Uygulama Merkezi, 2. Baskı, İstanbul, 2002.
2. Beauchamp T.L., Informed Consent, in Veatch R.M., (ed.), Medical Ethics, Jones and Bartlett Publishers, inc.:1989:173-200.
3. Beauchamp T.L., Childress J.F. Principle of Biomedical Ethics. Oxford University Press 2001. s. 68-104
4. Bildiri, IPPF Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi, Vizyon 2000, Uluslararası Federasyonu - 1996, (Türkiye Aile Planlaması Derneği tarafından Türkçe'ye tercüme edilmiştir.) Türkiye Aile Planlaması Derneği Yayınları, No. 54, 1997.
5. Bongaarts J., Bulatao R.A. Completing the Demographic Transition. Population and Development Review, 25:3:515-529,1999.
6. Brody H.: Patient – Physician Relationship. Medical Ethics. Ed: R. M. Veatch. 2nd Ed. Jones and Bartlett Publishers. Massachusetts 1997.
7. Cakmut Yenerer Ö.:Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi. Legal Yayıncılık, Birinci Baskı, İstanbul, Ocak 2003.
8. Centel N.: Ceza Muhakemesi Hukukunda Vücudun Muayenesi. Facultatis Decima Anniversaria 10. Yıl Armağanı, İstanbul 1993.
9. Cook R.J., Dickens B.M., Fathalla M.: Reproductive Health and Human Rights, Integrating Medicine, Ethics and Law. Clarendon Press, Oxford University Press, 2003.
10. Cook R.J., Dickens B.M.: Human rights dynamics of abortion law reform. Human Rights Quarterly, The Johns Hopkins University Press, 25:1-59, 2005.<sup>1</sup>
11. Çocuk İstismarı ve İhmalı, Unicef, Adli Tıp Kurumu.
12. Çokar M.: Dünya'da ve Türkiye'de İsteyerek Düşüğün Yasal Boyutunun Etik Açısından Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. Danışman Şefik Görkey. İstanbul , 2006.
13. Duran S., Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Mevzuatının Aydınlatılmış Onam Açısından Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Danışmanlar Prof. Dr. Şefik Görkey-Dr. Gürkan Sert. İstanbul 2007.
14. Doğan L.: Türkiye nüfusunun kültürel, dini ve politik özellikleri. Ed: Toros A., Türkiye'de Nüfus Konuları. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 1993.
15. Ellsberg M, Heise L.: Bearing Witness : Ethics in Domestic Violence Research. Lancet 369:1599 – 1604:2002.
16. Ersoy N.: Aile planlaması ve tıbbi deontoloji açısından önemi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 3:14:421-426.
17. Ersoy N.: Tıbbi Gizlilik İlkesi. Sendrom: 10: 4: s. 24-28: 1998.
18. Fincancı Ş.K.: Adli Olguya Yaklaşım "Audi Alterm Pertem". İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 48 Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. Ed: Çetin G., Yorulmaz C. s. 92-103, İstanbul, 2006.
19. Gillon R.: Confidentiality. A Companion to Bioethics Ed.: Kuhse H. Singer P. s. 425-431.



Blackwell Publishers. Massachusetts.2001

20. Gökler B.: Çocuk İstismarı ve ihmali:Psikiyatrik Yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi:35: s. 82-86:2004.
21. Görkey Ş.: Gebeliğin Sonlandırılmasında Karşılaşılan Etik Sorunlar. Ed: Hatemi H., Doğan Yüce H., Medikal Etik (Doğum, Ölüm Süreçleri ve Yaşamın Anlamı). s. 80-109, Reklam Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul, 2001.
22. Karakaya N.: Soruşturma. İstanbul Barosu Meslek İçi Eğitim Merkezi ve CMK Uygulama Servisi Eğitim Seminerleri Dizisi, İstanbul Barosu Yayınları Cep Kitapları 9. İstanbul 2005.
23. Karasu S.:Hekimin Sır Saklama Yükümlülüğü. M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Hukuk Anabilim Dalı Özel Hukuk Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2005. (Danışman Doç. Dr. Serap Helvacı.)
24. Kızıllar H.: Ceza Muhakemesi, adli tıp adli bilimlerde Vücudun Muayenesi ve Örnek Alma Doktrin ve Uygulama. Kızıllar Serisi I, Ankara, 2007.
25. Kunter N, Yenisey F., Nuhoglu A.: Muhakeme Dalı Olarak Ceza Muhakemesi Hukuku. 15.Bası, Beta A.Ş., İstanbul, 2006.
26. Lo B.: Resolving Ethical Dilemmas. A Guide for Clinicians. 2nd Ed: Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore 2000.
27. Macklin R.: Antiprogestin drugs: ethical issues. The Journal of Law, Medicine and Ethics, 20:3:215-219, 1992.<sup>2</sup>
28. Mahowald M.B.: "Person". Ed: Reich W.T., Encyclopedia of Bioethics. s. 1934-1941, Simon and Schuster Macmillan, New York, 1995.<sup>3</sup>
29. Mason J.K. -McCall Smith R. A. -Laurie G.T.: Law and Medical Ethics., 6th Ed. LexisNexis Butterworths London 2003.
30. Medical Ethics. A Guide for Health Professionals. Ed: Monagle J. F -. Thomasma D. C Apsen Publ. Rockville Maryland 1988.
31. Onursal B.; Usta Sayita S.: Birleşmiş Milletler Belgelerinde Barış Kültürü ve Şiddet karşıtı Olma ve Avrupa Konseyi Kararlarında Çocuğun Şiddet ve Kötü Muameleden Korunması. 2. Bası, İstanbul Barosu Çocuk Hakları Merkezi Yayını İstanbul 2003.
32. Özberk E. Nüfus Politikaları ve Kadın Bedeni Üzerindeki Denetim. T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kadın Çalışmaları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Danışman Nur Betül Çelik.
33. Özsunay E.: Alman ve Türk Hukuklarında Hekimin Hastayı Aydınlatma Ödevi ve İstisnaları. MHAUM, Sorumluluk Hukukundaki Yeni Gelişmeler V. Sempozyumu, Türk Hukukunda Hekimin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Ankara 12/13 Mart, 1982, s.31-59, Fakülteler Matbaası, İstanbul, 1983.
34. Physicians and Domestic Violence. Ethical Considerations. Council on Ethical and Judicial Affairs. American Medical Association. JAMA:267(23):s.3190 – 3193. 1992.
35. Population Reports. Series M, Number 17, Volume XXXI, No.2. Center for Communication Programs, the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, 2003.
36. Sert G..Hasta Hakları Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde. Babil Yayınevi, İstanbul 2004.
37. Sert G.: Tıp Etiği ve Mahremiyet Hakkı. Babil Yayınları, İstanbul, 2008.

38. Sert G., Toker J.: Üreme Hakları. Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Kadıköy'de Evlilik Öncesi Üreme Sağlığı Danışmanlığı Projesi Üreme Hakları ve Soru-Yanıtlarıyla Aile Hukuku.
39. Şehiraltı (Ilgıcı) M.: Aile planlaması uygulamalarında tıp etiği ile ilgili sorunların incelenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1993 (Danışman: Doç. Dr. Ayten Altıntaş).
40. Ünver Y.: Adliyeye Karşı Suçlar. Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi yayını No:12, İstanbul, 2008.
41. Veatch R.M.: Case Studies in Medical Ethics. Second Printing, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts. 1978.
42. Yearnshire S.: Aile İçi Şiddet ve Tecavüz Konularında Yasal İhtilaflar Polisin Yaklaşımı. Kadına Yönelik Cinsel Şiddete Karşılaştırmalı Hukukun Yaklaşımı 10-11 Mart 2000., İstanbul Barosu Kadın Hakları Uygulama Merkezi, 2. Baskı, s.73-87 İstanbul, 2002.
43. Yurtcan E.: Türk Hukukunda Kürtaj ve Uygulaması. Kazancı Hukuk Yayınları, İstanbul, 1990.

*\* İsveç Konsolosluluğu'nun Desteklediği ve İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı'nın Yürüttüğü Üreme Hakları Ve Tıp Etiği Projesi kapsamında yazarın yürütülen çalışmalarından hazırlanmıştır.*

# 14.

## ÜREME SAĞLIĞI VE CİNSEL ŞİDDET OLGULARINDA HEMŞİRELİK

**Doç. Dr. Ergül Aslan**

*İÜ Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD*

Kadına yönelik şiddet tüm dünyada hala önemli bir sorun alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sorun uzun bir zaman sürecinden geçerek günümüze dek taşınmıştır. Şiddet, özellikle ekonomik açıdan kaynakları sınırlı olan toplumlarda daha belirgin olarak görülmektedir. Kadına yönelik şiddet Pekin Eylem Platformu'nda, "Kadının fiziksel, cinsel veya psikolojik zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel olan, bu tür hareketlerin tehdidini, baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, ister toplum önünde, ister özel hayatta meydana geliş olsun, cinsiyete dayalı her türden şiddet" olarak tanımlanmıştır.

Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddeti izlemek ve aile içi şiddetle mücadele etmek için göstergeler belirlenebilmesi amacıyla ilk kez ülkemiz genelinde kadına yönelik şiddetin kaynağı ve türleri nelerdir sorusuna yanıt verecek olan büyük ölçekli "Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması" sonuçlarına göre; ülkemiz genelinde eşi veya eski eşi tarafından fiziksel şiddete maruz bırakılan kadınların oranı % 39'dur.

Hayatının herhangi bir dönemde duygusal şiddet yaşayan kadınların oranı %43,9'dur. Sadece cinsel şiddete maruz kalan kadınların oranı %15,3'tür.

Fiziksel veya cinsel şiddetin birlikte yaşanma yüzdesi 41,9'dur. Kentte fiziksel şiddet oranı %38 iken kırdada %43'tür. Yaşadıkları fiziksel şiddet sonucunda yaralanan kadınların oranı % 25'tir. En az bir kez fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalmış kadınlardan Eğitimi olmayanların oranı %55,7, lise ve üzeri düzeyde eğitim alanların oranı ise %27'dir. Bazı durumlarda erkekler eşlerini 'dövebilir' ifadesine katılan kadınların oranı %14,2'tir. Yaşadıkları şiddeti kimseye anlatamayan kadınların oranı %48,5'tir.

Şiddet yaşayan kadınların sağlık sorunları yaşama, intihar etmeyi düşünme ya da deneme olasılıkları en az iki kat artmaktadır. Her 10 kadından biri gebeliği sırasında fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Cinsel şiddet birçok durumda fiziksel şiddet ile birlikte yaşanmaktadır; kadınların %42'si fiziksel veya cinsel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

Sadece eğitim düzeyi düşük olan kadınlar şiddete maruz kalmamaktadır. Eğitim düzeyi daha yüksek olan kadınlar arasında bile her 10 kadından 3'ü eşleri tarafından fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalmıştır. Evlenmiş kadınların hayatındaki en yaygın şiddet eşlerinden gördükleri şiddettir.

Kadınların yüzde 7'si çocukluklarında (15 yaşından önce) cinsel istismar yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Şiddet ne biçimde olursa olsun kadınların hayatına korku ve güvensizliği sokmakta, temel hak ve özgürlüklerini kullanmalarını engellemektedir. Özellikle aile içi şiddet, yaygınlığı tam olarak bilinemeyen, aile mahremiyetinin bir unsuru olarak görülerek gizlenen, bu sebeple de mücadele edilmesi ve önlenmesi güç bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Her kadın, kadın olması sebebiyle şiddete uğrama açısından özel risk grubundadır. Kadına yönelik şiddet dünyanın her yerinde yaygın, büyük ölçüde meşru, renk, sosyo-ekonomik statü, ırk, din gibi faktörlerden bağımsız olarak mevcuttur. Ancak, kız çocuklar, engelli kadın ve kız çocuklar, mülteci, göçmen kadınlar ve kız çocuklar, seks ticaretine zorlanan kadınlar ve kız çocuklar, yaşlı kadınlar, kadına yönelik şiddet açısından daha yüksek risk altında bulunan ve özel olarak korunması gereken kadınlardır. Türkiye'de de kadına yönelik şiddet, tüm dünyada olduğu gibi hala en önemli sorun alanlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kadına yönelik aile içi şiddet ya da kadın istismarı, çok geniş anlamda, çoğunlukla kocası tarafından bazen de diğer aile bireyleri tarafından gerçekleştirilen, kadının sağlığını bozan, fiziksel, duygusal, cinsel, sözel, ekonomik her türlü kötü davranış şeklinde de tanımlanabilir.

Bu şiddet eylemleri, kadına yönelik olarak bazen biri, birkaçı, bazen de hepsi bir arada uygulanabilmektedir.

### **Fiziksel şiddet**

Fiziksel şiddet; kemer, bıçak, silah, sopa cam bardak, tabak, çatal, kaşık, tuzluk, şişe, tornavida, törpü, kül tablası, elektrikli süpürge sapı, sandalye, hortum, ayakkabı, kerpeten, kazma sapı, ütü, maşa, şiş, odun, kablo, fındık baltası, demir, tuğla, kezzap, kızgın ütü, tüp, sigara gibi aletler kullanılmakta, bununla beraber soğuk su altında tutma, saçlarını çekme, başını duvara vurma, güç kullanarak tokat, yumruk gibi yöntemlerle dövme içerir. Aile içi fiziksel şiddet; genellikle kadın ya da çocukların ölümcül halde dövülmeleri, kol, kafa ve bacaklarında kırıklar olduğu zaman görülür hale gelmektedir. Bu halde dahi fiziksel şiddet gizlenmekte, yaralanmaların aile içi fiziksel şiddet nedeniyle değil de kapıya çarpma, merdivenden düşme olarak ifade edildiği görülmektedir. Bu tür istismara maruz kalan kadınlar ciddi bir sorun olmadığı sürece doktora ya da acil servise başvurmazlar. Kimi zaman fiziksel şiddet hastane tedavisi gerektirecek boyutta olmasına karşın sağlık kuruluşlarına ulaşmada güçlük, ekonomik yoksunluk ve eşin tedaviye izin vermemesi nedeniyle tıbbi müdahale gerçekleştirilmemektedir.

### **Duygusal şiddet**

Duyguların ve duygusal ihtiyaçların, karşı tarafa baskı uygulayabilmek için tutarlı

bir şekilde istismar edilmesi, bir yaptırım ve tehdit aracı olarak kullanılmasıdır. Duygusal şiddetin amacı, kurbanın kendisine olan saygısını kaybettirmek, korkutmak, kendini güçsüz hissetmesini sağlamaktır.

**Sözel şiddet:** Söz ve hareketlerin düzenli bir şekilde korkutma, sindirme, cezalandırma ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır. Sözel şiddete ilişkin davranışlardan en belirginini, kişinin değer verdiği konulara yönelik güven sarsmak ve kişiyi yaralamak amacıyla belirli aralıklarla çok ağır hakaret ve sözler söylemektir.

### **Ekonomik şiddet**

Ekonomik kaynakların ve paranın kişi üzerinde bir yaptırım ve tehdit aracı olarak kullanılmasıdır. Kadının çalışmasına, düzenli bir işte tutunmasına engel olmak; kadının iş yaşantısında ilerlemesine yardımcı olabilecek fırsatları değerlendirmesine engel olmak, kadının maaşına, gelirine veya mal varlıklarına el koymak, çok kısıtlı harçlık verip bununla yapılması mümkün olmayan şeyler istemek ve gerçekleşmediğinde olay çıkartmak; çalışmayı reddedip kadının gelirini harcamak vb. davranışlar sayılabilir.

### **Cinsel şiddet**

Cinsel şiddet; cinselliğin bir tehdit, sindirme ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır. Cinsel şiddetin varlığına işaret eden bazı davranışlar şunlardır: evli olduğu kişi bile olsa, cinsel bir eşyaymış gibi davranmak, aşırı kıskançlık ve şüphecilik göstermek, cinselliği bir cezalandırma yöntemi olarak kullanmak, açıkça karşı cinse ilgi göstermek, kaba kuvvet kullanarak cinsel ilişkiye zorlamak, duygusal baskı kullanarak cinsel ilişkiye zorlamak; tecavüz etmek, istenmeyen cinsel pozisyonlara zorlamak; fuhuşa zorlamak şeklinde sıralanabilmektedir. Cinsel şiddetin ileri yaşlarda da sürmesi, özellikle kadında akut ve kronik rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Kadın Dayanışma Vakfının araştırmasına göre; kadınların %20'sinden fazlası hoşlanmadığı cinsel davranışa, yarısından fazlası kendisi istemese de cinsel ilişkiye zorlanmaktadır. Kocasından cinsel şiddete uğrayan kadın çoğu kez bunun adını koyamamakta, bu durumu "ırza geçme" olarak yorumlamaktan kaçınmaktadır.

Cinsel şiddetin gözlemlendiği durumların çoğunda fiziksel şiddet, sözel ve duygusal şiddet de bulunmaktadır. Aile Araştırma Kurumu'nun verilerine göre fiziksel şiddet sonucunda kadınların vücutlarının çeşitli bölgelerinde morarma ve çürükler, kırıklar, yarılmalar, ağız ve burundan kan gelmesi, düşük yapılması ve vücutta kalıcı hasarlar meydana gelmesi (bel fitiği, kalıcı yara izleri) sık rastlanan durumlardır. Bunun yanı sıra uzun süreli psikiyatrik tedavi görülmesine yol açan ruhi bozukluklara da yol açmaktadır. Cinsel şiddet gören kadın dövülen kadın sendromu yaşamaktadır. Bu sendromun belirtileri ise; depresyon, kâbus görme, uykusuzluk, asosyalite gibi rahatsızlıklardır. Pekçok kadında psikosomatik

semptomlar vardır. Somatik şikâyetler; baş ağrıları, sırt ve pelvik ağrıları, gastrointestinal problemler, uzun süreli ağrı kesici, trankilizan kullanma hikâyesi, ancak buna rağmen şikâyetlerinin geçmemesi, hamilelerde düşük ya da erken doğum yapma öyküleri bulunur.

Cinsel şiddet gören kadının duygusal hali tamamıyla bozulur. Kadın kendisini çok mutsuz, yıkılmış, aşırı yıpranmış, duygusal olarak boşlukta hisseder. Eşine karşı hiçbir duygusal bağ hissetmez, eşine karşı hissettiği duygular; yoğun korku, nefret ve tiksintiden başka bir şey değildir. Eşe karşı hissettiği korku ise kendisini öldürebileceği düşüncesindedir. Bu duyguları yaşayan kadınların şiddetin ortadan kalkacağına dair umut beslemeleri de söz konusu değildir.

### ***Cinsel şiddetin sonuçları:***

#### **1. Travmanın yeniden yaşantılanması**

Olayın gerçekleşmeyeceği yerlerde sık sık akla gelmesinin kişiyi rahatsız etmesi,

Sık sık rüyalarda ortaya çıkması

Sanki olay yeniden yaşanacakmış gibi hissedilmesi

Kendi bedenine dokunduğunda hatırlayıp, psikolojik sıkıntılar yaşayabilme

Fiziksel semptomlar

#### **2. Kaçınma ve duygusal yoğunluk**

Olayı düşünmeye eşlik eden duygu ya da kişilerden uzak durma çabaları

Travma anılarını hatırlatacak etkinlik yer ya da kişilerden uzak durma eğilimi

Yaşadıklarının bir kısmını hatırlayamama

Daha önce katıldığı etkinliklere katılmama

İnsanlardan uzaklaşma

Duygulardan uzaklaşma, sevememe, hissedememe gibi

Gelecekle ilgili ümitsizlik, elem

İştahta değişme, kilo kaybı ya da aşırı yemek yeme

**3. Artmış uyarılmışlık: Depresif belirtiler (depresif mizaç, yeme bozuklukları, intihar düşünceleri, haz alamama, yorgunluk, dikkat bozuklukları, değersizlik hisleri)**

**4. Yakınmalar bir aydan fazla sürdüğünde Travma Sonrası (Post-Travmatik) Stres Bozukluğu (TSSB) gelişir. TSSB yıllar sonra bile başlayabilmekte, tecavüze uğrayanların %16,5'inde 10 yıl sonra bile belirtilere rastlanabilmektedir. TSSB, herkes için ağır stres sayılabilecek, olağandışı fiziksel ya da ruhsal travmayla karşılaştıktan sonra, olayın tekrar tekrar yaşanması, tepkilerde yavaşlama, dış dünyaya ilginin azalması, otonomik, disforik ve kognitif semptomların değişik**

derecelerde bulunması ile belirli ruhsal bozukluktur

5. Cinsel işlevlerde genel bir zayıflama görülmektedir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (klamidya, gonore, sifiliz, trikomonas, HPV, HSV-2, HIV ve Hepatit B) bulaşabilir. Hastalık belirtileri, tedavi şekli, ilaçlar, prezervatif kullanımı, yaraların bakımı, iyileşme süreci, enfeksiyon riskleri, genital hijyen anlatılır. Takip eden 2. hafta, 3. ay ve 6. ayda kontrole çağırılır.

Şiddetin öldürücü sonuçları; Cinayet, intihar, anne ölümü, HIV/AIDS.

### ***Şiddetin öldürücü olmayan sonuçları:***

Fiziksel sağlık; ağrı, kalıcı fonksiyonel bozukluk, kendini iyi hissetmeme, obezite.

Kronik durumlar; kronik ağrı sendromu, irritabl barsak sendromu, gastrointestinal düzensizlikler, somatik şikâyetler, fibromiyalji, kalp ve hipertansiyon riski.

Üreme sağlığı; istenmeyen gebelikler, sağlıksız düşükler, gebelik komplikasyonları, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, CYBE/HIV, jinekolojik problemler, PID.

Ruh sağlığı ; post-travmatik sendrom, depresyon, anksiyete, fobi-panik atak, yeme düzensizlikleri, uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, benlik saygısının yitimi, madde kullanımı.

Olumsuz sağlık davranışları; sigara/ alkol / madde kullanımı, cinsel risk alma, fiziksel aktivite azlığı, oburluk / aşırı yemek yeme.

Tecavüz mağdurlarının bedenleri konuşmaktadır. Sağlık personeline yapılan ziyaretler tecavüz sonrası 1 yıl içinde %50 artmaktadır. Ancak, çoğu kadın yaşadığı travmayı paylaşmamakta, kendilerine soru da yöneltilmemektedir. Tecavüz mağdurları travma sonrası ciddi yaralanma, ruhsal sorunlar, ölümle sonuçlanan olaylar yaşamaktadır. İntihara teşebbüs etme olasılığı 9 kat daha yüksektir.

### **Cinsel saldırıya uğrayan kadını değerlendiren sağlık ekibinin hem hukuki hem de tıbbi sorumlulukları:**

Fiziksel ve ruhsal hasarları belirleyip, önlemek

Jinekolojik anamnez almak

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları önlemek ve tedavisini yapmak

Gebeliği önlemek

Olayın doğru kaydını tutmak

Delil toplanması için uygun girişimleri yapmak

Örnekler toplamak

Tüm kanıtların dokümantasyonunu, transferini titizlikle yapmak

Bunları resmi kurumlara bildirmek.

Valente ve Jensen (2000) yaptıkları çalışma sonucunda şiddete uğrayarak acil servise başvuran kadınların yalnızca %10'unun tespit edilebildiğini ortaya koymuşlardır. Kişi üzerinde patolojik etkileri oldukça yoğun olan şiddetin önlenmesinde Dünya Sağlık Örgütü sağlık personeline yönelik yükümlülükleri şu şekilde sıralamıştır:

İlk olarak şiddet davranışının yaşandığı ailelerde, şiddetin nedenleri ve olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi gereklidir.

Şiddet davranışını yaşayan olgulara acil tıbbi tedavi verilmeli ve sosyal destek ortamı yaratılmalıdır. Şiddet olgularında polis desteği, sosyal servis elemanlarının katılımı, sağlık çalışanlarının ortaklaşa oluşturdukları merkez yardımı ile işbirliği içerisinde çalışılmalıdır (WHO 2002).

Amerikan Acil Hemşireleri Birliği'ne göre, hemşireler her alanda aile içi şiddeti tanılama, değerlendirme, kadına danışmanlık yapma ve gerekli yerlere yönlendirme açısından anahtar pozisyonundadır (American Emergency Nurses Association 2006). Amerika'da yapılan bir çalışmada hemşirelerin yalnızca %48'i eğitimlerinde aile içi şiddeti gördüklerini ifade etmişlerdir (Hinderliter, 2003). Hemşireler çalışma ortamlarında hastalarla kurdukları yakın ilişki ve çoğunluğu kadın olan bir meslek grubundan olmaları sebebiyle şiddete uğrayan kadınların tespiti ve danışmanlığı açısından kilit noktadadırlar. Ancak hemşirelik eğitimi sürecinde ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim programlarında "kadına yönelik şiddet" in yetersiz yer alması nedeniyle hemşireler şiddete maruz kalan kadınların tespiti ve müdahalesinde yetersiz kalmaktadırlar (Davidson ve ark. 2001; D'Avolio ve ark. 2001; Stinson ve Robinson 2006).

### **Kadının şiddete uğradığını gösteren belirti ve bulgular:**

Tekrarlayan testlerle belirlenemeyen şüpheli hastalıklar, kronik baş ağrısı, uyku ve iştah bozuklukları, çarpıntı, halsizlik,

Açıklanamayan incinmeler ya da incinmeye uygun olmayan açıklamalar, incinme nedeniyle utanma,

Yüz, kol, bacak, karın, sırt, göğüsler, kalça ve genital organlarda değişik derecelerde skar, ezilme, çürüme ve diğer yara şekilleri, yanık, kemik kırıkları,

Belli bir bölgede yama tarzında saç kaybı, boğma izi, üst kolda sıkıya bağlı morarma,

Nedeni açıklanamayan ya da tekrarlayan yaralanmalar,

Prenatal bakıma gelmeme ya da geç gelme,

Sosyalizasyon,

Sağlık personeli ile göz temasından kaçınma, utanarak, tedirgin ve ürkek bir



şekilde bakma,

Kadının sigara ve alkole başlaması veya bunların miktarını arttırması,

İntihar düşüncesi ya da girişimi,

Gebelik komplikasyonları (plasenta ayrılması, doğum öncesi kanama, uterus rüptürü gibi), düşük, gebelik süresince incinme ve yaralanmalar, istenmeyen gebelik öyküsü,

Kendi kendine başedebileceğine inanarak, yardım teklifini kabul etmeme,

Yaralanma durumunda tıbbi bakım almayı geciktirme,

Kadının yanından ayrılmak istemeyen, kontrol edici eşi.

### **Hemşirelik Tanıları**

Anksiyete, bireysel baş etmede yetersizlik, inkar, korku, ümitsizlik, bilgi eksikliği, güçsüzlük, benlik saygısında bozulma, sosyal ilişkilerde bozulma ve kendine/başkalarına yönelik saldırganlık riski, karar vermede güçlük (çatışma), uykusuzluk, korunmada değişiklik, çevre değiştirme stresi, üstlendiği rolü yerine getirmede değişiklik, uyumsuzluk, ebeveyn rolünde değişim, beklenen bir kayba karşı acı çekme ve aile sürecinde değişiklik.

Şiddetin kadının üreme sağlığına etkileri; Kadında riskli gebelik oranını yükseltmekte, jinekolojik problemleri arttırmakta, adölesan gebeliklere yol açmakta, cinsel yolla bulaşan hastalıklara neden olmakta ve kadınlar şiddet yüzünden yaşamlarını kaybetmektedirler. Dünya Sağlık Örgütü'nün 10 ülkede 24.000 kadınla yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre, kadınların %13-61'i fiziksel şiddete, %6-59'u cinsel şiddete, %15-71'i fiziksel ve cinsel şiddete birlikte, %20-75'i ise duygusal şiddete maruz kalmaktadır (WHO 2005).

Kadına yönelik şiddet konusu günümüzde hala çözüm bekleyen toplumsal sorunlardan biridir. Ülkemizde de 2006/17 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile kadına yönelik aile içi şiddetle mücadele konusundaki çalışmaları yürütecek olan kurum ve kuruluşlar ve sorumlulukları sıralanmış, kadına yönelik şiddet ve töre/namus cinayetlerinin önlenmesi konularında koordinatörlük görevi Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü'ne verilmiştir. 2005 yılı Türkiye-Avrupa Birliği Katılım Öncesi Mali İşbirliği Programı kapsamında "Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Geliştirilmesi" projesini başlatmıştır. Proje çerçevesinde, şiddete maruz kalan veya risk altındaki kadınlara hizmet sunan kamu kurum ve kuruluşlarında ve sivil toplum kuruluşlarında çalışan polis, avukat, hâkim, savcı, hemşire, doktor, sosyal çalışmacı, psikolog vb. meslek gruplarına ve medya çalışanlarına hizmet içi eğitimler ve eğitim materyalleri geliştirilmesi planlanmıştır. Yasal olarak T.C.K.nın 280. Maddesi uyarınca "Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi" suç niteliğindedir. Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu

hususla gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

### Şiddeti Önleme

**Primer Önleme:** Şiddeti önlemeye yönelik, halka, sağlık çalışanlarına eğitim verilmesi, risk altındaki grubun belirlenmesi ve bu gruba danışmanlık hizmeti verilmesi ve koruyucu hizmetlerin sağlanmasıdır.

**Sekonder Önleme:** Hemşirenin görev yaptığı sağlık birime başvuran kadında şiddetin belirtilerini tanıyıp ortaya koymak ve şiddeti tanımlamayı içeren soruları hastaya yöneltmek ve elde ettiği verileri değerlendirmek ve kaydını tutmaktır.

**Tersiyer Önleme:** Şiddet sonrasında oluşan fiziksel ve psikososyal travmanın uzun dönem etkilerini en aza indirmeye yönelik hemşirelik girişimlerini kapsar.

### Kaynaklar

1. Domestic Violence Guidance for Nurses, Royal College of Nursing, London, 2000.
2. Eryılmaz G. Aile İçi Şiddet Kadın Sağlığı ve Hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 5(2), 2001.
3. Gölge ZB. Cinsel Travma Sonrası Oluşan Sorunlar. Nöropsikiyatri Arşivi. 42(1-2-3-4):19-28, 2005.
4. Öztürk H, Sevil Ü. Gebelikte Şiddet. Sağlık ve Toplum Dergisi 1(15 ), 2005.
- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, Özet Rapor, Ankara, 2009.
5. Türkiye'de Kadının Durumu, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Ankara, Mayıs 2009.
6. Yanikkerem E, Saruhan A. 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile İçi Şiddet Konusunda Görüşlerinin ve Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi, Klinik Bilimler & Doktor Dergisi (Kadın-Doğum) 11(2):198-204, 2005.
7. Yaman Efe Ş. Aile İçi Şiddete Uğrayan Kadınlara Yönelik Hemşirelik Hizmetlerinde "Değişim Modelinin" Kullanılması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:2,Sayı:3, 2009.
8. Stinson CK, Robinson R (2006). Intimate Partner Violence: Continuing Education for Registered Nurses. The Journal of Continuing Education in Nursing, 37(2):58-62.
9. Valente SM, Jensen L (2000). Evaluating and managing intimate partner violence. Nurse Practitioner, 25(5):18-30.
10. World Health Organization (WHO) (2002). World report on violence and health. Geneva: WHO Pres,27.
11. World Health Organization (WHO) (2005). WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women. Geneva: WHO Pres, 27-28.

- 12 Davidson LL, Grisso JA, Garcia-Moreno C, Garcia J, King VJ, Marchant S (2001). Training programs for health care professionals in domestic violence. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 10: 953-969.
  13. D'Avolio D, Hawkins JW, Haggerty LA, Kelly U, Barrett R, Toscano SED, Dwyer J, Higgins LP, Kearney M, Pearce CW, Aber CS, Mahony D, Bell M (2001). Screening for abuse: Barriers and opportunities. *Health Care for Women International*, 22: 349-362.
  14. American Emergency Nurses Association (2006). Position statement: Domestic violence, maltreatment and neglect. <http://www.ena.org/about/position/pdfs/domesticviolence.pdf>
  15. Hinderliter D, Doughty AS, Delaney K, Pitula CR, Campbell J (2003). The effect of intimate partner violence education on nurse practitioners' feelings of competence and ability to screen patients. *Journal of Nursing Education*, 42: 449-454.
  16. Güler N. Gebelikte Eşi Tarafından Kadına Uygulanan Fiziksel, Duygusal, Cinsel ve Ekonomik Şiddet ve İlişkili Faktörler DEUHYO ED 2010, 3(2), 72-77.
- Pekin+5 Siyasi Deklarasyonu ve Sonuç Belgesi, T.C Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara, Eylül 2001.

## 15.

### ÜREME SAĞLIĞI: HEKİM SORUMLULUĞU VE ETİK DEĞERLER

***Jin. Dr. Yeşim İşlegen***

*İstanbul Tabip Odası Kadın Komisyonu - Serbest hekim*

Üreme haklarının limitleri üzerine bir konuşma yapmak istiyorum. Teknolojik gelişmeler, bilimsel gelişmeler bu hakkın sınırsız kullanılmasını sağlıyor mu, yoksa etik, yasal ve moral değerler hala belli kısıtlamalara neden oluyor mu? Dolayısıyla, limitleri anlatmadan önce, Gürkan hocanın hakların doğasını anlatmış olması açıkçası, beni çok memnun etti. İstanbul Tabip Odası Kadın Komisyonu ve TTB Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu olarak ta hep, üzerinde durduğumuz ve işaret ettiğimiz bir konudur.

#### **Kadının otonomisi**

Üreme hakları ve cinsel hakların pratikte kaliteli bir şekilde kullanılması, kadının statüsü ile çok yakından ilişkilidir. Kadının statüsü kuvvetlendirilmedikçe, bu hakların büyük bir kısmının içi boş olarak kalacaktır. Özellikle hekimlik pratiğinde mahremiyet çoğunlukla, bedenin hekim tarafından daha az görülmesi olarak algılanmaktadır. Aslında mahremiyet çok daha önemli bir hakka işaret etmektedir; otonomiye işaret etmektedir. Kadının kararlarını verirken özgürce karar verme hakkına ışık tutmaktadır. Fakat beden politikaları nedeniyle daha çok bu gizlilik, bedenin saklanması, açık bedenden utanma olarak algılanıyor ve bu mahremiyet algısı aslında eksik bir algılamadır. Kadının otonomisi güçlendirilmeden, bu hakların tamamen dolu dolu yaşanması olası gözükmemektedir. Sağlık sisteminde, üreme ve cinsel haklar bağlamında, toplumsal cinsiyete duyarlı politikalar geliştirilmesi zorunluluğu gereklidir. Pek çok hekim, kadın doğum pratiğinde ve adli pratikte yer alan arkadaşlarımızla paylaştığımızda, bu durumla ilgili benzer kanaatleri bulunmaktadır. Ancak, kadın doğum hekimliğinde pek çok hekimin etikten çok yasayı öncelemesinin sebebi, her kadının mağduriyetinde dahi, kadınların otonom kararlar verememesi ve verdiği kararların arkasında duramamasıdır. Cinsel haklar ve üreme hakları toplumsal cinsiyete duyarlı politikalar ve kadının otonomisinin geliştirilmesi, kadının ailenin bir üyesi olarak değil de, daha çok kendi başına bir birey olarak algılanması ve hakların böyle tarif edilmesi gerçekten daha anlamlı olacaktır.

#### **Yardımcı üreme teknikleri**

Ben burada, daha ziyade üreme haklarının limitleri üzerine konuşmak istiyorum. Burada yardımcı üreme teknikleri bağlamında konuya yaklaşmak istiyorum. 1980'li

yıllar infertile alanında devrim yaratan bir takım buluşlar getirmiştir. Özellikle, in vitro fertilizasyon uygulamaları, ardından diğer uygulamaların gelişmesi, hepsi doğal yollarla çocuk sahibi olamayan insanlar için oldukça umut verici olmuştur. Bu yöntemlerin kuşkusuz uygulanabilmesi belli bir maddi zorunluluğu gerektirmekle beraber, sağlık politikaları ve sağlığın finansmanı içerisinde, kısıtlı da olsa kısmi olarak uygulanabilir. Bu alanda aynı zamanda genetikte yaşanan gelişmelerle birlikte, çok sayıda farklı uygulamalarında gerçekleştirilmesi şansı vardır. Fakat bu uygulamalara, sonuçta kısıtlılık da getirilmektedir. Bu kısıtlamalar, daha çok moral ve yasal nedenlerle meydana gelmiş kısıtlamalardır. Kadın veya erkeklerin kişisel düşüncelerinden değil, konuyu toplumların, moral, yasal, ahlaki ve dinsel belirlemelerine bağlı kısıtlamalar söz konusudur. Her toplum bu kısıtlılıkları belli oranda uygulamaktadır. Dünyada tümüyle üreme konusunda ulaşılmış olan, bilimsel ve teknolojik olanakları bütünüyle kullanabilmek olası değildir.

İn vitro fertilizasyonda hormonal uyarılarla overlerde çok sayıda oocyte oluşturulması, daha sonra bu oocyte'lerin transvajinal ultrasonla bir müdahale altında toplanması ve spermle in vitro ortamda buluşturulması ve ardından embryo birleştirilmesi tekniğidir. Burada sperm, oocyte, embryo ve uterus ve bunların toplumsal tezahürlerinden söz edeceğiz.

Normal yollarla çocuk sahibi olamayan fakat overlerinde oocyte yüklü olan ya da sperm sahibi olan erkekler için çoğunlukla çok büyük bir sıkıntı yoktur. Bunlar bu teknikten kolaylıkla yararlanmaktadır. Fakat değişik hastalıklar nedeniyle, gonad yetersizliği, bazı ejakülasyon bozuklukları, azospermi, testislerde sperm bulunamaması durumu veya menapoz ya da gay ve lezbiyenlerin çocuk sahibi olma istekleri veya bekâr annelerin biyolojik çocuk sahibi olma istemleri karşısında, bir takım farklı yardımlara ihtiyaç vardır. Örneğin bir azospermi durumunda, yine testislerde sperm bulunmadığı şartlarda, gebeliğin oluşabilmesi için sperm bağıışı gerekmektedir. Sperm ve oocyte bağıışı konusunda toplumlar farklı kararlar almışlardır. Bizim ülkemizde sperm ve oocyte bağıışı yasaktır. Oysa, hem jinekologlar, hem etikçiler, hem de hukukçular sperm ve oocyte bağıışına etik yaklaşmaktadırlar. Bazı toplumlarda ise, değer yargıları ve çocuk büyüdüğünde ortaya çıkabilecek durumlar nedeniyle bu bağıışlara yasak getirmişlerdir. Bu imkânlar bu nedenlerle kullanılamamaktadır. Tabi ki bunun anlaşılabilir yanları vardır; çünkü üreme bireysel olduğu kadar toplumsal bir olaydır. Bu hakların gerçekten anlamlı bir şekilde kullanılabilmesi için toplumların toplumsal politikalarını geliştirmeleri gerekmektedir.

### **Embriyonun statüsü tartışması**

Son 10 yılın en önemli tartışma noktalarından biri de, yardımcı üreme tekniklerinden meydana gelen embriyonun statüsüdür. Daha önce oluşan bu embriyoların pek çoğu transver edilirdi. Bununla ilgili bazı kısıtlılıklar getirilmiştir. Kuşkusuz olumlu yönleri de olmuştur bu kısıtlamanın. Artan

embriyolar eşlerin izni ile dondurulabilir, eşlerin izniyle dondurulan bu örnekler sonraları da kullanılabilir. Dünyada bu işlemlerle ilgili sorunlarda ortaya çıkmaya başlamıştır. Dondurulmuş bu embriyoların eşlerin boşanması durumunda statüsü ne olacaktır. ABD'de bazı eyaletlerde embriyoların hukuksak statüsü olduğu gibi kadınlara verilmiştir. Ancak, genel olarak dünyada embriyonun kadın ve erkeğin ortak değeri olduğunun kabulü fikri egemendir. Boşanma durumunda ise, embriyoların dondurulma süreçlerinin ortadan kaldırılması, yani atılması söz konusudur.

Embriyolarla ilgili önemli konulardan biri de üzerlerinde yapılacak olan araştırmalardır. Son yıllarda bu tartışma ve araştırmalar da yaygınlaşmaktadır. Özellikle tek gen geçişli hastalıklarda, anne yaşının ileri olduğu durumlarda, artan kromozom hastalıklarının belirlenmesinde, yine siklus başarısını artırmak için, gelişmiş merkezlerde ve ülkemizde de yürütülmektedir. Bazı tartışmalar da söz konusudur, özellikle tek gen geçişli hastalıklarda, toplumdan eliminasyonu gerçekten zorunlu mudur? Hangi genlerin elimine edileceği konusuna sadece eşler karar verebilir mi? Yoksa gen ayıklanması süreci toplumsal kararları mı gerektirir? Dünya genelinde böyle bir yaklaşım söz konusu değil, eşlerin kararı yeterlidir. Yardımcı üreme tekniklerinden yararlanan çiftler, elde edecekleri embriyonun tümüyle kaliteli olmasını, ailelerinde olan bazı genetik hastalıkların çocuklarına geçmesini istememektedirler. Bu son derece anlaşılabilir bir şeydir. Tüm bu anlaşılabilirliğine rağmen, toplum bu konuda bu kararları alabilir mi, alamaz mı? Bu konular henüz netlik kazanmış değildir.

Tüm olumluluklarına rağmen preimplantasyon genetiğinde sıkıntı yaratan süreçlerde vardır. Örneğin cinsiyet seçimi önemlidir. Bu işlemde cinsiyet seçimi mümkündür ve aileler bu işlemde bu hakka sahip midirler? Cinsiyet seçimi yapılabilir mi? Hastalıklar dışında, cinsiyet seçiminin yapılması yasal olarak yasaktır. Etik olarak ta pek mümkün görünmemektedir. Bazı toplumlarda ilk çocukta yasaklanmış, ikinci çocukta bu serbest bırakılmıştır. Fakat cinsiyet ayrımcılığının belirgin olduğu toplumlarda 1. Çocuk erkek ise, 2. çocuğunda erkek olarak seçilme riski de bulunmaktadır. Ataerkil toplumlarda etik komiteleri bu durumu da göz önünde bulundurmalıdır. Bu kararların bölgeden bölgeye değiştirilmesi tavsiye edilmektedir. Preimplantasyon süreçlerinde, hasta olan çocuğa bir sağlam kardeş yaratılması tartışılmaktadır. Embriyo bu duruma araç olamaz diye tartışılmaktadır. Yasalar bu konuda pek çok yerde buna izin vermektedir. Çocuğun kardeşine yardımcı olması araç mıdır, yoksa amaç mıdır tartışılmaktadır. Pek çok anne baba hastalıklı çocuğunun sayesinde sağlıklı kardeş oluşturulması konusunda istekli olabilir.

Embriyo bağışi ülkemizde yasal olarak kısıtlanmıştır. Embriyolar için sorulan şudur? Bu konuda bilimsel araştırma yapılıp yapılmayacağıdır. Embriyolar üzerinde bilimsel araştırma yapılmasına karşı çıkmamaktadır. Bilimsel amaçlı embriyo üretimi etik bulunmamaktadır. Özellikle kök hücre tedavilerinde, embriyonik kökenli kök hücre araştırmaları ve somatik hücre transferi ile

oluşturulan kök hücrelerde insan klonlaması da mümkün olduğundan bu katı kurallara bağlanmıştır. Bu durum tıp etiği ile ilgili değildir; daha çok, geleneklerle, dinle ilişkilidir. Başka bir kaygıda ticari kaygıdır. Tüm bu çalışmalarda kadın bedeni kullanılmaktadır.

Son olarak değineceğim konu da, üreme ve cinsel haklar bireylere yönelik haklardır düşüncesidir. Fakat pek çok gay, lezbiyen ve bekâr anne yardımcı üreme tekniklerinden yararlanamamaktadır. Bu durumun da tartışılması anlamlıdır.

Çok teşekkür ediyorum.

## 16.

### CİNSEL SALDIRI, CİNSEL İSTİSMAR SUÇLARINDA SAĞLIK MENSUPLARININ GÖREVLERİ VE HUKUKİ DURUM

*Av. Oya Meriç Eyüboğlu*

*İstanbul Tabip Odası Hukuk Bürosu*

Benden önceki tüm konuşmacılar, fotoğrafın önemli bir kısmını dile getirmiş oldular. Biraz farklı bir tasarımla geldim bugün. İlk kurguyu yaparken de biraz bu ekseninde konuşmuştuk Sermet hocayla...

Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının sorumlulukları ve genel yaklaşımları üzerinden çok söz söylendi. Tüm konuşmalara ilişkin katıldığım ve katılmadığım pek çok nokta var, sonuç bölümünde bunları tartışabiliriz belki de...

Sağlık çalışanı hasta bir kadını ilgilendiren bir olayla karşı karşıya kaldı, bir dizi işlem yaptı veya yapmadı, eksik yaptı veya fazla yaptı, o kadının hayatında ne gibi sonuçlara yol açıyor. Ben biraz bundan bahsetmek istiyorum. Çok geniş bir alan; cinsel şiddet, cinsel saldırı, günlük hayatta kullanım itibarı ile çok geniş bir alan; sadece TCK üzerinden sınıflandırıp baktığımız zaman bile çok geniş bir alan.

Ben sunuşumu 3 temel yapı üzerinden yapmak istiyorum.

1. Kürtaj
2. Cinsel saldırı
3. Cinsel istismar

Hem üreme sağlığı ile ilişkisi açısından hem de Türk Ceza Kanunundaki (TCK) kadına yönelik suçlar açısından ayrı bir başlık altında tarif edilmektedir.

#### 1. Kürtaj

Kürtaj, gebeliğin sonlandırılması, rahim tahliyesi veya isteyerek düşük gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Hepsi de hukuken aynı şeyleri ifade etmektedir. Buradaki temel tartışma, bu durum kadının kendi bedenini denetleme hakkı mıdır, yoksa devletin nüfus planlaması mı veya aile planlaması hizmetlerinin bir parçası mıdır?

#### ***Kanunlar ne diyor?***

Uluslararası pek çok sözleşme tersini söylese de, 1983 tarihli kanunda; nüfus planlamasını gebeliğin sona erdirilmesi ile yapmak diye tarif etmektedir. Nüfus planlaması için, “insanların istedikleri zaman, istedikleri kadar çocuk sahibi olmasıdır” diyor. Bunun 10.hafta dolana kadar sınırı bulunmaktadır. Burada sadece tıbbi sakınca olup olmadığı ölçüsünden hareket ediliyor; annenin hayatını tehdit eden veya edeceği veya doğacak çocukla ve onun takip edeceği nesiller için ağır maluliyete yol açacağı durumlarda tıbbi zorunluluk getirilmiştir. Gebeliğin



sona erdirilmesine ilişkin şöyle bir yükümlülük var; etik yönden de tartışılan maddelerden biri, “hekim müdehale yapmadan önce veya mümkün olmadığı hallerde, müdehalede itibaren en geç 24 saat içerisinde, müdehale yapılan kadının kimliği, yapılan müdehale ile, müdehaleyi icap ettiren durumlarda, illerde sağlık ve sosyal yardım müdürlüklerine, ilçelerde hükümet tabipliklerine bildirilmesi zorunludur” denilmektedir. Bu bildirme zorunluluğu, bulaşıcı hastalıkları bildirme zorunluluğundan daha farklı bir zorunluluktur, örneğin, ölüm de farklı bir bildirme zorunluluğudur. Ancak, kürtaj bulaşıcı bir hastalık değil, ölüm de değildir; bunun bildirilmesi ve devlete kaydedilmesi niye zorunludur acaba? Benim yorumum aileye verilen değerden kaynaklanıyor olabilir diye düşünüyorum.

Gebeliğin sona erdirilmesinde izin kısmı var; burada, sağlık çalışanlarından çok şey beklenmektedir. Kişinin evli olup olmadığının araştırılması, yaşı küçükse rızasının olması ve velisinin izninin olması, vesayet altında bulunup, reşit veya mümeyyiz olmayan kişilerde vasinin rızası ve sulh hâkiminin izni, evlilik söz konusu ise eşin rızası gerekmektedir.

Bununla ilgili bir diğer düzenleme tüzüktür; tüzükte de aydınlatılmış onama ilişkin ayrıntılar bulunmaktadır. Vasinin ya da eşinin gelmemesi durumunda bir imza alınacak, fakat imza atacak kişiler yok, hekim ne yapacaktır? Bizzat oraya gelmeyip, yazılı belge vermeleri halinde de bu sorun çözülebiliyor.

Nüfus planlaması ve aile planlamasının 2011’deki anlamı; her kadının en az 3 çocuk doğurması üzerine oturtulmuş durumdadır.

Uluslararası sözleşmeler var; ancak, bu kanundaki düzenlemeler eskidir, sözleşmelere uyarlanması gereken kanunlar var. Nüfus ve Kalkınma Konferansınca hazırlanan eylem planlarında, üreme için, “üreme bir hak” denmektedir. Bu hakkın gerçekleşmesi için, bireylerin, grupların ve hükümetlerin, kadınların veya çiftlerin aile planlaması ve isteyerek düşük konusunda karar verme özgürlüklerine müdehalede bulunmamaları gerektiği, özel olarak vurgulanmaktadır.

Kadınlara karşı her türlü ayrımcılığın önlenmesi uluslararası sözleşmesi; kadınlarla ilgili pek çok düzenlemenin yer aldığı bir sözleşmedir. Kadınların neslin üremesindeki önemli rolünün aile içinde ayrıma neden olmaması gerektiği belirtilmektedir.

Hükümet ve devletlere yönelik, “kadınlara karşı her türlü ayrımcılığın önlenmesi uluslararası sözleşmesinde yer alan ilkeleri uygulamaya ve bu amaçla her türlü ayrımcılığın, her şeklin ve oluşumun ortadan kaldırılması için gerekli tedbirleri alır” denmektedir. Bu vazifeler kime veriliyor? Bu sözleşmeleri imzalayan ülkelere tabiki...

1995 yılında Pekin eylem platformu, düşük konusunda kadınları cezalandıran yasaların yeniden gözden geçirilmesi ve düzenlenmesi konusunda hükümetlere çağrı yapılmaktadır.

Eski ceza kanununda “çocuk düşürme ve düşürtme” cürümleri başlığı ile yer almaktaydı. 2005’de yürürlüğe giren yeni ceza kanununda ise, “çocuk düşürme, düşürtme ve kısırlaştırma” olarak yer almaktadır. İçerik olarak bakıldığında ise, “rızası olmaksızın kadının çocuğunu düşürten kişi 5 yıldan 10 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” denmektedir. Tıbbi zorunluluk bulunmadığı halde, rıza olsa bile, 10 haftadan büyük olan çocuğu düşürten kişi, 2 yıldan 10 yıla kadar ceza alıyor. Kadının kendisinin çocuğunu düşürmesi ise, gebelik süresi 10 haftadan fazla olanlar için bu suç olarak tanımlanmıştır.

TCK 99.Maddede, “kadının mağduru olduğu tecavüz gibi bir suç olayı nedeniyle gebe kalması durumunda, süresi 20 haftadan fazla olmamak ve kadının rızasının olması durumunda tahliye yapılabilir ve gebeliği sona erdirene de ceza verilmez” deniyor. Bu durum, uygulamada önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadın savcılığa başvuruyor, savcılık hastaneye ya da üniversite hastanesine gönderiyor, hastane savcılığa geri gönderiliyor. Kadının bir an önce bebekten kurtulma isteği gerçekleşmiyor, iki kurum arasında gidip geliyor ve sonuçta bir türlü karar verilemiyor. Kadının mağduru olduğu bu suç tespiti kimin tarafından yapılacak? Acaba hastane ya da üniversite böyle bir tespit olmaksızın bir suç işlemiş olur mu? 10 haftayı geçmiş bir gebelikten söz ediyoruz burada... Savcılık ise, bu kararı tek başına veremeyeceğini ve hekim raporu olması gerektiğini belirtmekte ve sorumluluk üstlenmekten kaçınmaktadır. Kuşkusuz iyi örnekler de var; İstanbul üniversitesinin her iki tıp fakültesi hastanesinde de başvuru kadınlara gerekli yardımlar yapılıyor ve savcılarını ikna etmek için de epey çaba harcamak gerekmektedir. Israrcı değilseniz, avukatınız yoksa bu bilgilere sahip değilseniz eğer, dava açıp süreci takip edemediğiniz için, bu gebelikten kurtulamamış olabilirsiniz... Bu durumlarda hızlı hareket etmek kadın açısından elzem bir durumdur.

### ***Temel hakların önemi***

Bir insanın kendi bedeni hakkındaki kararları kendisinin alması, tıpkı üreme hakkı gibi temel hak ve özgürlüklerden birisidir aslında... Ama uygulamada, kadınların istenmeyen gebeliklerden kurtulmak için başvurdukları pek çok kurumdan geri çevriliyor olmalarından kaynaklanmaktadır. Bu suç olduğu konumda da farklı değildir. Bu neden kaynaklanıyor? İstanbul Tabip Odası’nın Morçatı kadın Sığınma vakfı ile beraber düzenlediği toplantıdaki veriler çarpıcı sonuçlar vermektedir. Örneğin tecavüz mağduru kadınlar, kürtaj olması sürecinde çok ciddi sıkıntılar yaşadıklarını, pek çok hastane tarafından geri çevrildiklerini belirtmişlerdir.

## **2. Cinsel saldırı**

Kanun şu şekilde tanımlıyor; “cinsel saldırı, cinsel davranışlarla, bir kişinin vücut dokunulmazlığını ihlal eden kişi, 2 yıldan 7 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” demektedir. Aynı maddenin başka bir fıkrasında ise, “mağdurun beden ve ruh sağlığının bozulması durumunda, bu ceza 10 yıldan az olmamak

kaydıyla hapis cezasına dönüştürülür” denilmektedir. Beden ve ruh sağlığının bozulup bozulmaması cezayı belirlediği için şu sorulabilir. Cinsel saldırıda, cinsel istismarda, tecavüz veya tacizde beden ve ruh sağlığının bozulmaması mümkün müdür? Bunun bozulmayacağı bir hal var mıdır acaba? Şu anda buraya getirdiğim iddianame tamamen hekim raporlarına dayanıyor, o açıdan bana çok ilginç geldi. Aslında içinde başkada bir şey bulunmamaktadır. Uygulamada da bu raporların hepsi çok belirleyici olmaktadır.

### 3. Cinsel istismar

Cinsel istismar TCK 103.maddede düzenleniyor. Kanun, 15 yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte, yaşanan olayın hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklar, ya da cebir, tehdit, hile ile iradeyi etkileyen başka nedenlerle cinsel davranışlara maruz kalan çocukları tarif etmektedir. Bu düzenleme kamu alanında en belirgin olarak Üzmez davası ile kendini göstermiştir diyebiliriz. Yine kanununun 6.fıkrasında, mağdurun beden ve ruh sağlığının bozulması halinde, suç oranının artırıldığı görülmektedir. Bu nedenle her iki suç kategorisinde de, cinsel saldırı ve istismarında da, Adli Tıp Kurumu (ATK) 6.ihhtisas Kurulu'nun vereceği rapor çok önemli olmaktadır.

Şimdi örnek olarak 2010 tarihli bir rapordan bahsetmek istiyorum. Dosya gitmiş, aradan 1,5-2 yıl geçtikten sonra, en nihayetinde bir muayene olmuş ve bir rapor oluşturulmuştur. Burada ATK raporu ne diyor? “eldeki tıbbi bilgi ve belgelerin değerlendirilmesinde ve .... tarihinde yapılan muayenesinde ve dava dosyasının tetkiki sonucunda; depresyon tespit edilmiş olup, ruh sağlığının bozulduğu anlaşılmıştır. Tespit edilen bu bozulmanın iddia edildiği gibi, bir cinsel saldırıya bağlı olabileceği gibi, cinsel saldırı olmaksızın, başka olay veya olaylar sonucu da olabileceği, bunlar arasında tıbben ayırım yapılamayacağı, adli tahkikat sonucu, mahkemenizce cinsel saldırının gerçekleştiğinin sübutu ve tespiti halinde, ruh sağlığındaki mevcut bozulmanın, cinsel saldırıya bağlı geliştiğinin kabulü gerektiği” diye belirtilmektedir. Bu raporlarda bu kadar belirsiz ifadelerin olması bana gerçekten şaşırtıcı gelmiştir. Bu raporlar yargılamada belirleyici olmaktadır. Yukardaki örnekte savcının verdiği mütalada, bu raporun dosyamız açısından kesin bir delil olarak kullanılmaması gerektiği belirtilmektedir. Sonuçta, sanığın beraatine karar veriliyor. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda alınan alternatif rapor olduğu halde bu karar verilebiliyor.

Uygulamada tek problem, rızanın varlığı, rızanın olup olmaması değildir. Bilindiği gibi N:Ç davasında, Yargıtay bozma ilamında, rızanın mevcut olup olmadığının tartışmasını yaparak başka bir tartışmanın önünü açmıştır. Cinsel saldırı dosyalarında karşılaşılan tek sorun ne yazıkki bu değildir. En başlıca sorun, mahkemelerin ATK'dan rapor almadaki ısrarlarıdır. Yakın tarihli bir ceza genel kurulu kararı var; üniversitelerden alınan kurul raporlarının artık bu dosyalarda kullanılabilceğini, mahkemelerin bu raporlarla karar verebileceğine karar vermiştir. Mahkemelerin, raporlar mutlaka ATK'dan alınacak ısrarı umarım

ortadan kalkar. Çünkü bu durum adaletin tecellisini de engellemektedir. Aslında mağdur başvurduğu her yerde yaşadığı olayı anlatmak zorunda kalmaktadır. Karakola gidiyor anlatıyor, savcıya gidiyor anlatıyor, hekime gidiyor anlatıyor, mahkemeye gidiyor anlatıyor, anlatıyor... Avukata anlatıyor, anlatıyor da anlatıyor... Bu dosyalarda hiçbir zaman tek rapor olmuyor, pek çok raporlar oluyor. Sonuçta ATK'ya gönderiliyor, ATK 1,5 yıldan önce randevu veremiyor. Mağdur 1,5-2 yıl sonra gidip yeniden ATK'da durumu bir kez daha anlatıyor. Kişinin bu kadar çok kere yaşadığı saldırıyı defalarca tekrar anlatıyor olması, yeni travmalar değil midir? Hayatında bir dönemi geride bırakmaya çalışırken, aldığı destekle hayata yeniden tutunmaya çalışırken, yeniden yeniden olayı yaşaması da ayrı bir travma değil midir?

Sonuçta, kadınların yargılama sırasında yaşadığı, cinsiyetçi yaklaşımlardan kaynaklanan toplumsal algı da başlı başına sorun olmaktadır. Hekim muayenelerinde, karakollarda, savcılarının tutumundaki cinsiyet ayrımcılığı yaratan tutumlardan da kadınlar şikayetçi olmaktadır. İfade alırken suçun mağduru kadınlara, “bağırmadın mı, yardım istemedin mi, o saatte orada ne işin vardı?” gibi sorular sorulmaktadır. Ne yazık ki, bunlar duruşma tutanaklarına ve ifade tutanaklarına geçen kayıtlardır. Önemli problemlerden biri de kadınların hemen şikayetçi olmamalarıdır. Travma sonrası, kadının yaşadığı olayı anlaması hemen gerçekleşmiyor ne yazık ki ve birkaç gün süre geçmiş oluyor. Yargı kararlarının pek çoğunda kadınların hemen şikayetçi olmamaları onlar için dezavantaja dönüşüyor ve kararlara yansımaktadır. Mahkemeler bunu bir inandırıcılık problemi olarak savunabiliyorlar. Kadın mağdur olarak hastane aciline başvuruyor ve gerekli tıbbi yardım ve tıbbi raporun tanzimi konusunda da sıkıntı yaşıyor. Psikiyatri ve kadın doğum konsültasyonları atlanıyor. Sonrasında da önemli bir ispat problemi olarak karşımıza çıkıyor.

Oysaki en başta bir ses ve görüntü kaydı sistemi kurulsa her defasında kadının yeniden yeniden, hiç tanımadı kişilere bunu anlatması engellenir ve aynı sıkıntıların yaşanması da önlenmiş olacaktır. Yine cinsiyetçiliğin bir tezahürü olarak gördüğümüz bir durum vardır; kadının faille tanışıyor olması, işvereni olması, öğretmeni olması, eski sevgilisi olması, aralarında mesajlaşıyor olmaları, hatta mevcut sevgilisi olması vb nedenlerle, kadının “suçu hakettiğini” veya daha hafif tabirle “suçu kolaylaştırdığını” ortaya koyan sebepler gibi algılanabilmektedir.

Sadece TCK düzeyinde değil, sağlık çalışanlarının yerine getirmesi gereken yükümlülükler düzeyinde değil, aynı zamanda, mesleğimizi yaparken tek tek muhatap olduğumuz kadınların hayatlarında, yaptığımız veya yapmadığımız pek çok şey çok önemlidir. Ben daha çok, yapmadığımız, yada eksik yaptığımız şeylerin devamında 1-3 yıl gibi süreçlerde nasıl sonuçlar ürettiğini düşünmeye ihtiyacımız olduğunu düşünüyorum.

Teşekkür ediyorum...

## 5. OTURUM: JİNEKOLOJİ ve OBSTETRİK OLGULARINDA OTOPSİ

Moderatör: Prof. Dr. Başar Çolak  
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD

### 17.

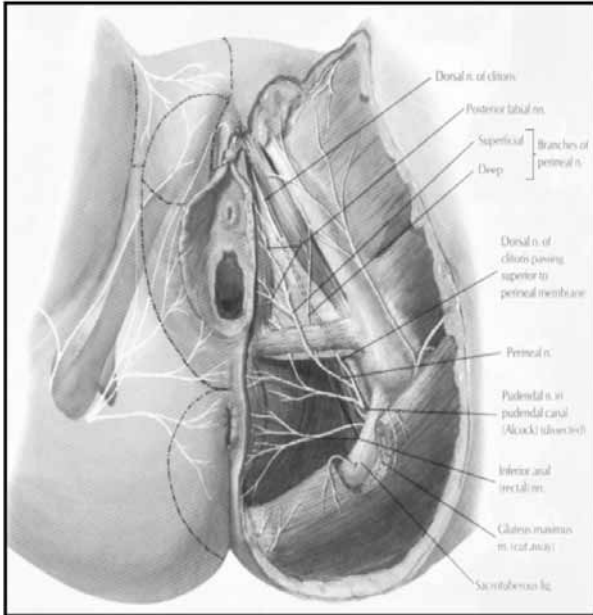
#### OTOPSİLER AÇISINDAN BATIN ve PELVİS ANATOMİSİ\*

**Doç. Dr. Selman Demirci**  
İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anatomi AD

Konu, otopsiler açısından batin ve pelvis anatomisi içerisinde, özellikle kadın genital organları ile ilgili olarak ele alınacaktır.

Kadın Dış Genital Organları (Vulva):

- Mons pubis,
- Labium majus, minus,
- Vestibulum vaginae,
- Clitoris,
- Hymen vaginae,
- Bulbus vestibuli,
- Glandula vestibularis major, minor.



Kadın İç Genital Organları:

- Ovarium,
- Tuba uterina (salpinx),
- Uterus (metrium),
- Vagina.

Perineal dökeme dediğimiz bölge 3 tabakadan oluşur:

- Pelvik diyafram,
- Ürogenital diyafram,
- Perineal membran.

Anatomi derslerinde anlatılsa da, sonraki yıllarda unutulmuş kavramlardır bunlar. Pelvik diyafram dediğimiz zaman, tüm perineyi döşeyen levator ani kası ve ona ait fasiaları kast ediyoruz. Perineal membran dediğimiz zaman, en yüzeysel transvers perineal süperfisyal kasın fasialarından oluştuğunu kabul ediyoruz anatomik olarak. Bir de transvers perineal profundusun fasiaları tarafından örtülen ürogenital diyafram vardır.

Dıştan içe doğru gidecek olursak, cilt ciltaltı fascia süperfisialis kaldırıldığında, ilk olarak perineal membran bölgesinde, kavernoöz kas ve bulbo spongiosus kası ve vestibulum vaginayı göreceğiz. Yüzeysel perineal aralığı diye de adlandırılan bu bölge, tamamen damar-sinir paketinden yoksun mudur? Daha çok kutanöz sinirler bulunur. Daha önemli tabaka derin perineal boşluktur. Burada ise, kas olarak transvers perineal profundus kasının uzantılarını ve fasialarını yani Ürogenital diyaframı göreceğiz. Sfinkter üretra, bulboüretra bezler, membranöz üretra ve damar-sinir paketlerini göreceğiz.

Pudental arter, pudental ven, pudental sinirin bölgedeki klitoral, vaginal dallarını yüzeysel derine gittikçe tabaka tabaka bunları göreceğiz. Konu burada daha çok, abdomenden pelvise bakış olarak ele alınacak.

İç genital organlar:

- Vagina,
- Serviks uteri,
- Uterus,
- Tuba uterinalar,
- Overler ve parietal periton yaprakları ve bunlardan doğan, periton türevi olan ligamentler'den meydana gelir.

Hepimizin bildiği peritoneal kavite, mesane ile uterus arasındaki peritoneal çıkma ve arkada da uterus ile rektum arasında Douglas poşu görülür. Mesanenin ön yüzünden başlayan ve uterusun serviksine kadar uzanan peritoneal katman anatomide çok bahsedilmese de klinik terminolojide, puboservikal ligaman olarak bilinir. Vasküler yapıları görmek için parietal periton yapraklarının tümünü sıyırmak gerekir. Ancak o zaman uterin arteri, ovarian arteri ve dallarını görmek

mümkündür. Periton yapraklarını sıyırmaz isek, pelvik bölgede disseksiyonla yetinecek olursak, vasküler yapıların uterusu sadece giriş bölgelerini görebiliriz. Temelde retroperitoneal yerleşmiş büyük damarlar, daha sonra peritonun içerisine giriyorlar çünkü... Böyle bir görüntüde, slaytlardan farklı olarak, otopsi yaparken neyin ne olduğunu kavramak çok daha güçtür.

***Erkek ve kadında Spatium perinei superficiale içeriği:***

- M. bulbospongiosus,
- M. ischiocavernosus,
- M. transversus perinei superficialis,
- Crus clitoridis, clitoris ve bulbus vestibulitoris (radix penis ve spongiöz üretranın bir kısmı),
- Gl. vestibularis majoris (Bartholin bezi),
- Centrum tendineum perinei bulunur.

***Erkek Spatium profundum perinei içeriği:***

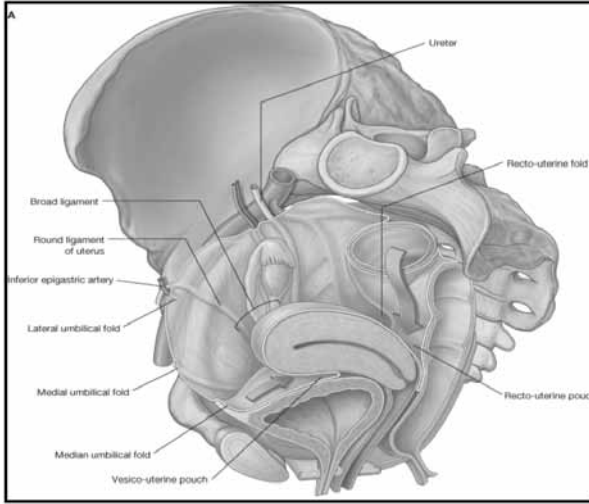
- M. transversus perinei profundus,
- M. sphincter urethrae,
- Glandula bulbourethrales,
- Pars membranacea urethrae,
- N. a. v. dorsalis penis, a.v. pudenda interna ve n. pudendus dalları

***Kadında Spatium profundum perinei içeriği:***

- Urethra'nın bir bölümü,
- Vaginanın bir bölümü,
- M. sphincter urethrae,
- M. transversus perinei profundus,
- N. a. v. dorsalis clitoridis, a.v. pudenda interna ve n. pudendus dalları.

Uterus yaklaşık 8-10 cm boyutundadır. Ancak post menepozal dönemde 5cm'ye kadar küçülebilir. Periton yapılarının, uterus, tuba uterina ve overlerle olan ilişkisi yüzünden de, bir takım katlantılar oluşmakta ve bunlar içinde kalan bu yapıların katlantıları nedeniyle ligamentler oluşmaktadır. Bu ligamentleri ne zaman görsem hep rahmetli Samizan hoca aklıma gelir. Bir öğrenciyi sahneye çıkarıp, üzerine dizleri hizasına kadar gelecek şekilde çarşaf örter ve ligamentleri anlatırmış. Öğrenciyi dizlerine kadar saran geniş çarşafı ligamentum latum uteri olarak adlandırmış. Daha sonra, öğrencinin dizleri hizasından rulo yapıp sağ ve sol yanlara doğru iki öğrenciyi çektiirmiş bu da ligamentum transversum

servisis dediğimiz bağıdır. Bir öğrenci daha çağırıp diz hizasından öne doğru ince bir rulo yapıp çekmesini istemiş, bu ince bağ puboservikal ligaman olarak bilinir. En son çağırdığı öğrenciye ise, öğrencinin arkasına geç dizlerinin hizasından arkaya doğru bir rulo yapıp çek dermiş ki bu da, sakroservikal ligamandır. En son Sami Zan hoca öğrencinin karşısına geçer ve kızı omuzlarından tutup öne doğru çekerek dizlerinden dört yana doğru adeta çarşafın içinde bohçalanmış durumda kalan öğrencinin öne eğilmesine sebep olurmu, işte benim kollarım gibi yuvarlak iki ligament inguinal kanaldan da geçerek uterusu labium majus'a asar ve antefleksiyon açısına sebep olur buna da ligamentum teres uterina denir ve gördüğümüz gibi çarşaftan türemez yani periton değildir diyerek konuyu bitirmiştir.

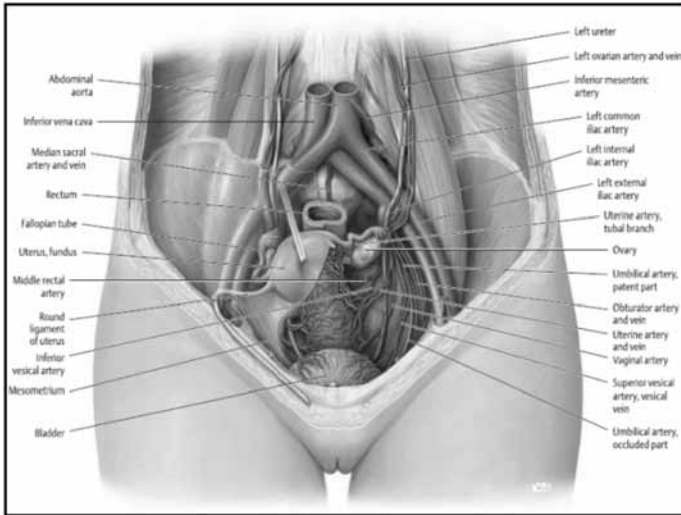
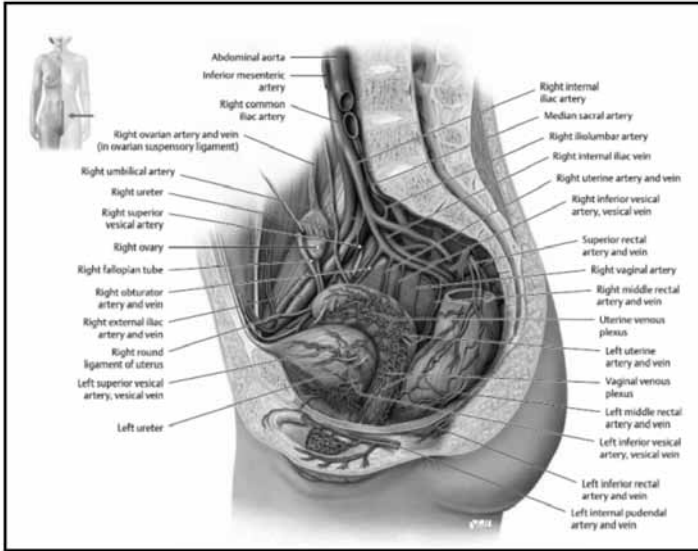


Vasküler yapıdan oldukça zengin olan uterus ve pelvik bölgede, bu damarları diseksiyonla ayırt etmek oldukça güçtür. Otopsi çalışmalarında gördüğüm şey, neredeyse abdomen aortun bifurkasyon seviyesinden diseksiyon yaparak, mesane, uterus ve overleri vasküler yapılarıyla birlikte olabildiğince çıkarmaktır. Çok daha detaylı görüş açısı ve analiz imkânı sağlamaktadır. Uterin arter, uterin ven, overian arter, overian ven pleksusları burada daha yoğun olarak görülmektedir.

Anatomide overian arterler, abdominal aortanın dalları olmasına rağmen, venlerde asimetri vardır sa tarafın veni direkt vena cava inferior'a dökülürken sol overianin veni önce sol vena renalis' oradan da vena cava inferior'a dökülmektedir.

Klasik bilgi olarak, sağ ve sol overian arterler abdominal aortanın dalıdır diye anlatırız. Ancak varyasyonları çok sık görülmektedir. Özellikle sol overian arterin, tıpkı venöz sistemde olduğu gibi, sol renal venden kaynaklanması neredeyse en sık görülen durumdur. Sol tarafta overian arter, sol renal arterin dalı olabilir veya bifid olabilir. Pelvik bölgedeki organların yapılarını iyi görebilmek için, dikkatli bir periton diseksiyonu şarttır.





Uterus gebeliğin sonuna doğru 4 kat büyür. Buradaki uterin arterlerin helix yapısı vardır, büyüdüğünde esneyebilsin diye... Helix şeklindeki bu yapı lienal arterde de görülür. Lienal arter, ya da splenik arter midenin arkasına yapışık olduğu için, oldukça kıvrımlı bir arterdir. Arter ne kadar kıvrımlıysa patoloji çıkma riski de o oranda artmaktadır. Benzer uzun ve kıvrımlı arter yapılarını mezenterik arterler de görürüz. Lümeni olan organlara yapışık seyir ösleyen tüm arterler böyledir, ki komşu oldukları organların boyut değiştirmelerine uyum gösterebilsinler.

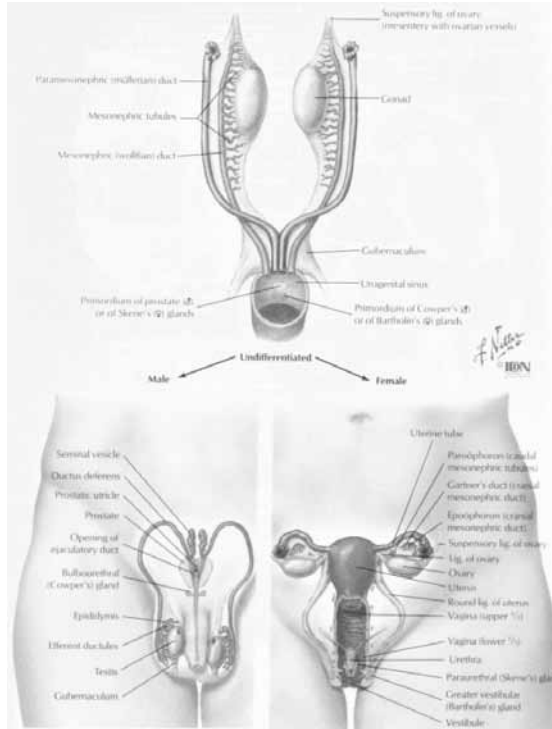
Uterin arter internal iliak arterin dalı, overian arter abdominal aortadan geliyor, vaginal arterlerde, indirekte olsa kısmen uterin arterlerin kısmen de internal iliak

arterlerin dalıdır. Bütün buradaki arterler bölgede anastomozlar yaptığı için, değişik varyasyonları mevcuttur.

Venöz ve lenfatik drenaj arteriel dolaşımı takip ediyor. Ancak kısaca özetlersek, dış genital organlardan vulvanın lenfatik drenajı süperfisial lenf nodlarına, derin vaginal servikal bölge, internal iliak lenf nodlarına, uterin lenfatikler temel olarak, fundus ve serviks bölgesi hariç internal iliak lenf nodlarına dökülür. Fundus bölgesi, overler gibi paraaortik lenfatik bölgeye drene olurken, serviksin lenfatikleri ise paraservikal lenf nodlarına olur.

ERKEK
Skrotum derisi
Penis ventral yüz derisi
Glans penis
Corpus cavernosum penis
Corpus spongiosum penis
Preputium, Colliculus seminalis
Gl. bulbourethralis (Cowper)
Utriculus prostaticus
Prostat
Testis

KADIN
Labium majus
Labium minus
Clitoris
Crus clitoridis
Bulbus vestibuli
Hymen
Gl. vestibularis major (Bartholin)
Vagina
Gl. paraurethrales (Skene)
Ovarium



Otonom sinirlere bakarsak, overial otonomlar, torakal 9-10 segmentinden gelmektedir tıpkı testislerde olduğu gibi bir desensus söz konusudur. Uterin otonomlar ise torakal 12-Lumbal 1'den gelmekte, sakrouterin ligaman içerisinden gelmektedir. Eğer sakrouterin ligamanı bulursak, uterusu gelen otonomları bulabiliriz. Özellikle over kanseri ameliyatlarında, paraaortik lenf nodu diseksiyonu yapmak için, klinikte çok uygun olarak, arteria overica boyunca abdominal aortaya kadar çıkılıp, lenf nodu diseksiyonu yapıldığını biliyoruz. Uterus ameliyatlarında, uterin arter üreter komşuluğu, over cerrahisinde ise overian arter-üreter komşuluğu önemlidir.

Over patolojileri birebir appendisitit taklit etmektedir. Visseral ağrıları aynı dermatoma yansıyor. Özellikle sağ overle ilgili patolojiler appendisitit ile karışabiliyor çünkü parietal ağrısı da tıpkı appendix gibi obturator sinirle taşınır.

Son olarak embriyolojik gelişimden bahsederek: Fetal yaşamın ilk haftalarında biseksüel, ya da feminen bir gelişim içindeyiz. Eğer, Y geni varsa, müller kanalı inhibe olup bir farklılaşma wolf kanalı gelişerek erkek olmaya yönelim olur yoksa müller kanalından gelişim devam eder. İlk haftalar gelişim ortak olduğundan kadında olan her şey erkekte de vardır, erkekte olmayan sadece uterusdur. Diğer tümü vardır, ama gelişmiyor ve rudimenter kalıyor. Erkekte olup da kadında olmayan ise spermatik kord, kremaster kası ve refleksidir.

Teşekkür ediyorum.

\* Bu konuşmadaki resimler eğitim amaçlı olarak kullanılmış olup; barkovizyon pdf formatındaki örneğine [atud.org.tr](http://atud.org.tr) adresinden ulaşabilirsiniz.

## 18.

### GEBELİĞE VE CERRAHİ GİRİŞİMLERE BAĞLI KOMPLİKASYONLARDA OTOPSİ

**Doç. Dr. Gökhan Ersoy**

*İÜ Adli Tıp Enstitüsü*

Kadın Hastalıklarına ve doğum komplikasyonlarına bağlı ölümlerde otopsi yaklaşımı bu sunumun asıl konusunu oluşturmaktadır. Karşımıza çıkan iki büyük kategoriden biri jinekolojik hastalıklara bağlı direk ya da indirek ölümler iken, bir diğeri doğrudan gebelik ve komplikasyonlarına bağlı ölümler olacaktır. Öte yandan, kadınlarda bu iki kategoriye birlikte ele alıp ölüme yol açan olaylar içinde en sık karşılaştıklarımıza bir göz atarsak, şu sebeplerin ön plana çıktığını görürüz:

Eklampsi,  
Atoniye bağlı kanama,  
Uterin rüptüre bağlı kanama,  
Laparoskopide kolon rüptürüne bağlı peritonit,  
Plasental tutunma bozukluğu,  
Plasenta fragmanı kalması.

Bu tabloların çoğunun gebelik ile ilgili sebepler olduğu açıkça görülmektedir. Bu bağlamda, bu tip otopsileri süreç olarak “gebe otopsi” biçiminde ele almakta sakınca yoktur. Üstelik gebeliğe bağlı ölümlerde, otopsi sırasında dikkat edilmesi gereken teknik ayrıntıların jinekolojik sorunlara bağlı ölümlere göre daha geniş çaplı ve kapsayıcı olduğunu da unutmamak gerekir. Konu, bundan sonraki bölümlerde “gebe otopsi” kavramı altında tartışılacaktır.

Diğer taraftan, her gebe ölümünün aynı zamanda bir anne ölümü olacağı da kavramların standardizasyonu açısından mutlaka dile getirilmelidir. ICD-10 çerçevesinde yaklaşıldığında anne ölümü şu şekilde tariflenmektedir: “Kadında, gebeliği esnasında ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42’nci gününe kadar, kaza ya da insidental sebepler dışındaki sebeplerle gerçekleşen ve gebelikle ya da gebelik izlemiyle ilişki gösteren ölümdür.” Eğer ölüm doğum sonrası 42 gün ile 1 yıl arasında gerçekleşmiş ise buna “Geç Anne Ölümü” denilecektir. Bahsedilen ölümler gebelikle doğrudan ya da dolaylı ilişkili olabilir (Kavramların kapsamı için Tablo-1’e bakınız).

İster gebe ölümü, ister anne ölümü diyelim adli patoloji açısından önemli bir ölüm grubundan bahsetmekteyiz. Neden önemli bir grup olduğunun ilk akla gelen sebeplerini şu şekilde sıralayabiliriz:

Pratikte tecrübe oluşturamayacak kadar az görüldüğü için,

Bu döneme has ölüm sebepleri bulunabildiği için,

Zeminde bulunan bazı hastalıkları alevlendirdiği için,

Bazı hastalıkların görülme sıklığını arttırdığı için.

Şimdi gebe otopsisini, standart bir otopside farklı kılan bazı teknik konulara değinmek istiyorum. Önemli olabilecek noktaları, tablo 2,3ve 4'te liste halinde de sunmaya çalıştım.

### ***Gebe Otopsi, Nasıl Bir Otopsidir?***

- Nispeten az rastlanan otopsidir.

Bu tip otopsilerin sayısı, adli otopsiler içinde küçük bir dilim oluşturur. Gebelik süreci ile ilişki gösteren ölümlerde yapılan otopsi sayısı düşüktür. Japonya'da 1989'dan 2004'e uzanan 15 yıllık bir zaman diliminde gebelik ile ilişki gösteren anne ölümlerinin oranı tüm otopsiler içinde onbinde dört olarak bulunmuştur.

- Pulmoner arterden her şey çıkabilen otopsidir.

Gebelere elle yapılan obstetrik müdahalelerde, vakum komplikasyonu olarak, orogenital cinsel temasla da lohusalıkta diz – göğüs hareketleri ile hava embolisi bildiren yayınlarda vardır. Zorlu doğum esnasında uterin ven yırtıkları ve amniyon sıvısı embolisi gelişebilmektedir. Gebelik komplikasyonu olarak gelişebilecek tromboemboliler her zaman görülebilir. Son olarak, travmatik müdahalelerin yağ embolisi riski ortaya çıkardığı ileri sürülmektedir. Tüm bu sebeplerden dolayı şüpheli bir gebe ölümü durumunda, iç muayenede damarlar hava embolisi yönünden incelenerek otopsiye başlanmalıdır. Hava, amniyon sıvısı, yağ ya da tromboemboli açısından en iyi araştırılması gereken damarlar ise şüphesiz pulmoner arter ve dallarıdır. Bu tarz bir embolinin bu aşamalarda tespiti, otopsiyi emboliye sebep olan patolojik duruma doğru yönlendirmemizi sağlayacağı için çok önemlidir.

- Her yerde kanama bulunabilecek otopsidir.

Amniyon sıvısı embolisi ya da sepsis gibi sebeplere eşlik edebilen yaygın damar içi pıhtılaşma (DIC) olgularında vücut boşluklarında ve organlarda kanama saptanabilir. Özellikle majör organ yırtığı ya da damar hasarı saptanmayan olgularda DIC olasılığı akıldan çıkarılmamalıdır. Öte yandan uterus yırtığı gibi bir komplikasyondan gelişen kanamaları saptamak çok daha kolay olacaktır.

Kültür için kan örneği, baş ve boyundan alınan otopsidir.

Pelvik patolojilerin yol açabileceği enfeksiyonlar, kolaylıkla fasyal plandan inguinal bölge ve aşağılara doğru hareket edebilir ve kontamine örneklerle karşılaşılmasına sebep olabilir. Mikrobiyolojik kültür çalışmaları için servikal damarların örneklenmesi daha güvenilir sonuç verecektir.

- Hipofizi örneklemek gereken otopsidir.

Gebelikte önemli morfolojik değişimlere giden hipofizin örneklenip incelenmesi, gebeliğin tespiti açısından önemi olabilir. Vücutundan ayrılmış kadın cesetlerinde otoliz çok ilerlememiş ise kadının gebe olup olmadığı konusunda fikir verebilir.

- Hemen her kadın otopsisinin dönüşebileceği otopsidir.

Otopsis yapılmakta olan, üreme çağındaki her kadının gebe olabileme ihtimali mevcuttur. Bu ihtimal, duruma göre herhangi bir kadın otopsisini gebe otopsisine çevirebilir. Bunun için gebeliğin tespiti ve gebelik ve ölüm arasında -iki yönlü de olabilecek, bir bağlantı şüphesinin varlığı yeterlidir.

### **Altta Yatan Patolojik Durum Açısından Yaklaşım:**

Bu bölümde gebelerde sık görülen ölüm sebeplerine ve bu sebeplerden şüphelenildiğinde otopside dikkat edilmesi gerekenlere dair kısa bilgiler verelim:

#### **Tromboemboli**

Obezite oranı yüksektir. Öykülerine bakıldığında hasta hekim iletişimde sorunlar saptanır. Öyküde kusma –dehidratasyon bulunabilir. Ölümden önceki bir hafta içinde sıkıntıları artmış olabilir. Otopside pelvis ve bacak derin venleri araştırılmalıdır. Serebral ven trombozu açısından da incelenen kişide, ko-morbid faktörler araştırılmalı; histolojik incelemeler mutlaka yapıp klinikle korele edilmelidir.

#### **Amnion Sıvısı Embolisi**

Ortalama görülme yaşı 36'dır. Miada yakın dönemde ortaya çıkan bir rahatsızlıktır. Miyada yakın olması nedeniyle gebelik içeriğinin büyük olacağı düşünülebilir. Olguların %60'ında doğum öncesi ya da doğum esnasında emboli gelişmişken, %40 olguda sonradan gelişebildiği unutulmamalıdır. Otopsi çok geciktirmeden yapılmalıdır. Kanda sitolojik ya da immunolojik yöntemlerle amniyon sıvı içeriği gösterilebileceği söylenmişse de en iyi tespit bölgesi akciğerlerdir. Amniyon sıvısına ait içeriğin akciğerde gösterilmesi için konvansiyonel histokimyasal ya da immunohistokimyasal yöntemler de kullanılabilir. Bu amaçla, içerikte bulunan skuamları filoksin tartrazin, müsini alcian blue, verniks kazeozayı ise sudan black boya ile gösterilebilir. Antisitokeratin antikorlar kullanılabilir.

#### **Pre-eklampsi ve eklampsi**

Kilonun yüksek olması beklentisi yoktur. Son trimestrda bulunan gebelerdir. Epileptik atak öyküsü destekleyicidir. Hikayelerinde ve muayenelerinde peteşiyal kanama gibi HELLP sendromunu düşündürecek bulgular saptanabilir. Bunun beraberinde karaciğerde “gebeliğin akut yağlanması” bağlı difuz mikroveziküler yağlanma saptanabilir. Karaciğerle beraber böbrek ve plasental yatak örnekleri de izlenmeli, hipertansif damar değişiklikleri ile örtüşen değişiklikler kaçırılmamalıdır.

## **Kanama**

Vajinal yolla yapılan bir ilk doğumda oluşabileceği gibi, daha öncesinde tek bir sezaryen hikayesi bulunan ikinci bir doğum olması da beklenebilir. Otopside plasenta anomalilerinin yanı sıra uterus rüptürü de saptanabilir.

## **Rüptür**

Alt segment nedbesi rüptürü daha düşük olasılıktır. Sezaryenli olgularda rüptür ile buna benzer bir görünüm verebilecek nedbe ayrışmasının karıştırılmaması önemlidir. Sezaryen nedbesi rüptürü genellikle doğum esnasında olur, öte yandan myomektomiye bağlı nedbelerin rüptürleri de bildirilmiştir ve bunların gerçekleşmesi gebeliğin 16. Haftası kadar erken bir dönemde izlenebilir.

## **Plasenta ile ilgili durumlar**

Plasenta Creta: Plasenta akretada 2-3 aya kadar regresif değişiklikler izlenebilir. Lenf damarlarında plasenta dokusu saptanması önemli bir destek bulgusudur. Giemsa boyası yardımcı olabilir. Plasenta Previa, postpartum dönemde ise servikste ve alt segment damarlarında villus ve trofoblast artıkları saptanır ve uyum değişiklikleri gözlenir. Antemortem US kayıtları önemlidir.

Plasenta membranacea 1/3 olguda akreta ya da previa ile birlikte olur.

Plasental abrutionda plasenta hala uterusu tutulu ise retroplasental pıhtı bulunabilir. Uterusun yüzeyinden, kabarık düzensiz görünümlü yerlerden mutlaka örnekleme yapılmalıdır. Plasenta ikinci ayın sonundan sonra rahatlıkla gözlenebilecektir.

## **Kardiyak sebepler**

Dilate kardiyomyopati gebelerde görülmesi beklenen bir kalp patolojisidir ve direk gebeliğe bağlı gelişebilmesi ile diğer pek çok kalp patolojisinden ayrılır. Kalbin torbalaşmaya varan dilatasyonu tipiktir. Hipertrofik kardiyomyopati genetik temelleri daha kuvvetli bir tablo olup, kalp duvarlarında asimetrik kalınlaşma yapacaktır.

Aritmojenik sağ Ventrikül displazisinde (ARVD) kalpte yağlı infiltrasyonlar izlenebilir. İleti bozukluklarını göstermek için kalbin ileti sistemi örneklenmelidir.

Damar diseksiyonlarında yaklaşım standart diseksiyon yaklaşımından farklı olmayacaktır.

## **Anestezi**

Travma, enfeksiyon gibi zararlar açısından spinal-epidural anestezi bölgesi incelenmelidir. Mide içeriği aspirasyonu mutlaka araştırılmalıdır. Ameliyat öncesi antiasid preperatlarının kullanımı sorgulanabilir.

## **Sepsis**

Tipik bir hasta popülasyonundan bahsetmek doğru olmaz. Spontan abort, ektopik gebelik, doğum, post operatif dönem gibi pek çok durumda gelişebilir. Gecikmiş membran rüptürü, asendan genital sepsis için önemli bir predispozan faktördür. Normal floradaki B grubu  $\beta$  hemolitikler bile uzamış membran rüptüründe annede sepsise yol açabilir. En sık sebebi streptokoklar olarak bilinir.

Sepsiste çabucak kollaps ve şok gelişebilir. Özellikle Clostridium Welchii hızlı seyirli bir tabloya yol açmasıyla ünlüdür. Nekrotizan fasiit nadirdir ama çabucak ölüme yol açabilir. Tip II'de %9'a kadar ölüm oranları bildirilmiştir.

Otopside vajinal akıntılar ve hatta DIC'e bağlı çok odaklı kanamalar saptanabilir. Kültür için, baş -boyun bölgesi venlerinden kan örneği alınmalıdır.

### **Ektopik Gebelik**

Batın içinde kanama saptanabilir. Ektopik gebelik alanının bulunduğu yer örneklenir. Burada tüm gebelik ürünlerinin saptanması beklenir. Aynı zamanda uterus içeriği de histolojik incelemeye alınmalıdır.

### **Gebeliğin sonlandırılması**

İllegal düşük yaptırma girişimi şüphesi varsa özellikle cevaplanması gereken pek çok soru vardır. Bunlardan ilki gebeliği ve müteakiben düşük olup olmadığını tespitidir. Uterus ve etrafı makroskopik olarak incelenmeli, gerekirse fotoğraflanmalı, endometriyal içerik bütünüyle örneklenmelidir. Servikal dilatasyon genişliği mutlaka kaydedilmelidir. Zorlamalı servikal dilatasyonun kardiyak inhibisyonla ölüme yol açabileceği söylenmektedir.

Cevap aranan diğer sorular, düşük varsa bunun zorlamalı mı, yoksa kendiliğinden mi olduğu; ayrıca söz konusu düşüğün ölüme yol açan durum olup olmadığıdır. Bunların cevabına ulaşmak için başka bir soruya cevap bulunması gerekebilir: Zorlamalı ise düşük yöntemi nedir? Söz konusu sorunun yanıtını otopsinin erken aşamalarında bulmamız gerekebilir. Sabunlu su, hava embolisi gibi kullanılan yöntemle bağlı komplikasyonlar bu duruma örnektir. Kimi zaman uterus çevresi de bize fikir verebilir. Örneğin fenol, formalin, alkol, turpentin gibi maddeler kimyasal peritonit ve toksikasyon yapabilir. Kimi zamansa, otopsi kapsamımızı genişletmemiz gerekebilir. Örnek olarak, oral ilaç alınımı şüphesi mevcutsa, tüm gastrointestinal sistemin açılması, gerekli miktar ve çeşitlilikte toksikolojik inceleme yapılması gerekebilir.

Otopside düşük zamanını saptamak da mümkündür. Bunu, uterus kavitesindeki histolojik durumu saptayarak yapabiliriz. Villus hayaletleri gibi gebeliğe ait kalıntılar uzun süre uterus katmanlarında saptanabilmektedir. Özellikle çürüme gelişmiş bedenlerin otopsisinde, uterusun da çürümesi geç gerçekleşen bir organ olduğunu unutmayıp bu inceleme yerine getirilmelidir. Düşük yaptıktan sonra öldürülmüş, sonra da cesedi saklanmış bir kadının otopsisinde önemli bilgiler elde edilebilecektir.



## Diğer durumlar

HELLP sendromunda geliştiği gibi, tek başına bağımsız olarak da akut gebelik yağlı karaciğeri gelişebilir. Karaciğerin histolojik incelemesi fikir verici olacak; “difuz mikrovaziküler yağlanma” görünümü saptanabilecektir. Fazla histolojik bulgu vermemekle birlikte, su zehirlenmesi de alternatiflerden biridir. Su zehirlenmesinin yüksek doz oksitosin uygulamalarında gelişebileceği bildirilmiştir. Bu kişilerde, yaygın pulmoner ödem ve beyin ödemi saptanabilir. Yanlış hidrasyon tedavilerinin santral pontin myelinolize yol açabileceği bilindiğinden, böyle bir olasılık varsa, omurilik incelemesi de otopsi kapsamına alınmalıdır.

DİREKT ÖLÜMLER	İNDİREKT SEBEPLER
Erken gebelik sorunları <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ektopik gebelik</li> <li>• Spontan düşük</li> <li>• Gebeliğin sonlandırılması</li> </ul>	Kardiyak*
	Sistemik hipertansiyon
	Trombofilik durumlar
	TTP
Ovaryan hipersitümülyasyon sendromu (OHSS)	İnme
Venöz tromboz/ tromboembolizm	Damar anevrizma ve diseksiyonları
Pre-eklampsi ve eklampsi; HELLP	Psikiyatrik*
Peripartum kanama durumları <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uterin atoni</li> <li>• Abruptio plasenta</li> <li>• Plasenta previa</li> <li>• Plasenta tutunma anomalileri</li> <li>• Plasental artık</li> <li>• Yırtık</li> </ul>	Epilepsi*
	Gebelikte kötüleşen kanserler
	Anaflaksi
	Diğer
Peripartum kanama tedavisine bağlı gelişen durumlar <ul style="list-style-type: none"> <li>• TRALI</li> <li>• Sıvı yüklemesi</li> </ul>	<b>İLİŞKİSİZ SEBEPLER</b>
Dilate kardiyomyopati	İntihar
Amniyon sıvı embolisi	Kanser
Genital bölge sepsisi – lohusalık sepsisi	Erken dönem inmeleri
Anestezi	Trafik kazası
Hava embolisi	Cinayet
Ogilvie sendromu	Zehirlenme
Mol ve koryokarsinom	Diğer

Akut karaciğer yağlanması

**Tablo 1:** Gebelikte görülen ölümlerin sınıflandırılması ve başlıca sebepleri

\*: En sık görülen indirekt sebepler

ÖN HAZIRLIK AŞAMASINDA

Olayın öyküsünün öğrenilmesi  
Klinik hikayenin değerlendirilmesi  
Gerekli konsültasyonların düzenlenmesi  
Fetal monitorizasyon  
Anestezik data  
İlaç ve sıvı kullanımı

HARİCİ MUAYENEDE

Tüm katater, beslenme tüpleri, kanül ve diğer cihazlar vücut üstünde bırakılır.  
Her türlü akıntı, genital ve ekstra genital lezyon ve yaralanma, kanamalar kaydedilir.  
Yaralanmalar vücut diyagramları üzerinde işaretlenmeli

**Tablo 2:** Otopsiye başlangıç aşamasında mutlak dikkat edilmesi gereken özel ayrıntılar.



Prof. Dr. Zeki Soysal, Uz.Dr. Sadi Çağdır'ın kaleminden.

İÇ MUAYENE ESNASINDA
Özellikle kültür örnekleri bu esnada alınır.
Hava embolisi incelemeleri bu esnada yapılır.
Santral Sinir Sistemi
Serebral ve periserebral kanamaları yapabilecek sebepler açısından değerlendirilir (Eklampsi, Anevrizma kanaması, Koryokarsinom metastazı)
Kardiyovasküler Sistem
Hava embolisi ve tromboemboli araştırılmalı
Septal defektler araştırılmalı
Kardiyomyopati
Aort incelemesi
Solunum Sistemi
Yerinden çıkarılmadan önce endotrakeal tüp yerleşimi kontrol edilmeli
Servikal omur yapısı incelenmeli
Küçük havayolları aspirasyon açısından incelenmeli
Mide pH'sı değerlendirilebilir
Asgari her lob için bir örnek
Sindirim Sistemi
Mide ve barsaklar gazla şişmiş olabilir
Karaciğerde kolestaz, yağlı karaciğer ve eklampsi bulguları aranmalı
Gebelikte alevlenebilecek mevcut hastalıklar var mı? (özel boya)
Üriner Sistem
Hafif üreter dilatasyonu gebelikte normaldir
Seksiyo doğumda üriner sistem travması araştırılmalıdır
Forseps kullanıldı ise mesanede ekimotik lezyonlar
Adrenal glandlarda kanama
Böbrekte akut pyelonefrit, eklampsi ve kortikal nekroz bulguları olabilir.
Özellikle diabetik annelerde böbrek incelemesi çok önemli
Genital Sistem
Önce in situ izlenmeli
Genital organlar perine ile birlikte en bloc çıkarılır
Serviks, vajen, uterus, adneksler ve plasental yatak incelemesi yapılır

**Tablo 3:** İç muayenede, sistemlere göre dikkat edilmesi gereken ayrıntılar.

	Toksikolojik inceleme	Mikrobiyolojik inceleme	Sitolojik inceleme	İmmunolojik / biyokimyasal inceleme	Histopatolojik inceleme	Özel doku boyaları
Kan	X	X	X <sup>a</sup>	X <sup>b</sup>		
İdrar	X					
Safra	X					
Göz içi sıvısı	X			X		
Mide içeriği	X					
Organlar <sup>c</sup>					X	Elastik lif boyaları <sup>d</sup> , fibrin boyaları <sup>e</sup>

**Tablo 4:** İnceleme için alınacak örnekler ve alınma amaçları

a: Pulmoner arter kanında skuam, b : Antikor titresi tayini ve pulmoner arter kanında skuam varlığı, c: Beyin, hipofiz , Kalp Damar Sistemi, Solunum sistemi, Gastrointestinal sistem, Üriner Sistem, Genital Sistem, Lenforetiküler sistem, Gebelik ürünleri (plasenta, membranlar, fetus, molar dokular ) örneklenmelidir.

d: Pulmoner hipertansiyon, e: DIC varlığında (Martius Scarlet Blue boyası, MSB)

**Kaynaklar**

1. Maternal death analysis from the Japanese autopsy registry for recent 16 years: significance of amniotic fluid embolism. Kanayama N, Inori J, Ishibashi-Ueda H, Takeuchi M, Nakayama M, Kimura S, Matsuda Y, Yoshimatsu J, Ikeda T. 1, 2011, J. Obstet. Gynaecol. Res., Vol. 37, pp. 58-63.
2. Saukko P, Knight B. Forensic Pathology. 2004.
3. Soysal, Zeki, Eke, Murat ve Çağdır, Sadi. Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Anne Ölümleri. [yazan] Zeki Soysal ve Cansel Çakalır. Adli Tıp. İstanbul : İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 1999.
4. Soysal, Zeki ve Eke, Murat. Çocuk Düşürme. [yazan] Zeki Soysal ve Cansel Çakalır. Adli Tıp. İstanbul : s.n., 1999.
5. MacKay, Andrea P, et al. Changes in Pregnancy Mortality Ascertainment; United States, 1999–2005. J Obstet Gynecol. 2011, Cilt 118, 1.
6. Kanayama, Naohiro, et al. Maternal death analysis from the Japanese autopsy registryfor recent 16 years: significance of amniotic fluid embolism. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2011, Cilt 37, 1.
7. Herbst, Jonathan, Winskog, Calle ve Byard, Roger W. Cardiovascular Conditions and the Evaluation of the Heart in Pregnancy-Associated Autopsies. J Forensic Sci. 2010, Cilt 55, 6.
8. Büken, Erhan, Büken, Nüket Örnek ve Büken, Bora. Obstetric and gynecologic malpractice in Turkey: incidence, impact, causes and prevention. J Clin Forensic Med. 2004, Cilt 11.
9. Say, L ve Chou, D. BJOG; An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2011, Cilt 118, Supple 2.
10. Sharma, BR ve Gupta, N. Forensic considerations of pregnancy-related maternal deaths: An overview. J Forensic Legal Med. 2009, Cilt 16, 5.
11. Ruttu, Guy. Hospital Autopsy. s.l. : Hodder Arnold Publication, 2001.

# 19.

## PLASENTA PATOLOJİSİ VE FETAL OTOPSİ: DİSEKSİYON TEKNİKLERİ, GENEL YAKLAŞIM VE RAPORLAMA

**Yard. Doç. Dr. Ayper Kaçar**

*Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD*

Konunun Planı:

*Terminoloji*

*Genel Yaklaşım*

*Ölüdoğana Yaklaşım*

*Ölüm İntervalinin Belirlenmesi*

*Fetus Yaşı ve Matürasyon Tayini*

*Plasenta Morfolojisi Ve Diseksiyonu*

*Fetus ve Yenidoğan Otopsi*

### TERMİNOLOJİ

1. trimestre ait çalışmalar (1-12 hf) embriyo patolojisi, 2 ve 3. trimestr (13-26 ve 27-40 hf) ile doğumu takip eden 1 hafta içerisinde oluşan ölümlere ait çalışmalar fetal patoloji olarak isimlendirilir.

Ölü doğan: 20 haftadan büyük veya 500 gr'dan ağır ve solunum yapmamış fetus.

Abortus: Gestasyon haftası <20 olan spontan ya da medikal gebelik sonlanmaları

İntrapartum ölüm: Doğum başladıktan sonra gerçekleşen ölüm

Yenidoğan ölümü: Canlı doğan ve ilk 28 gün içinde ölen

Perinatal dönem: Doğum öncesi 20-24. gestasyon haftası (prenatal dönem) ile doğum sonrası 1. ayı (neonatal dönem) kapsayan bir dönem

Prematürite: Gestasyon haftası < 37. hafta (preterm)

Doğum ağırlığı < 2500gr

Postmatürite: Gestasyon haftası > 42 hafta

Plasentasız bir bebek eksik bir spesimendir ve anneye ait klinik bilginin eksik olduğu, plasenta muayenesinin yapılmadığı bir otopsi tamamlanmamış bir işlemdir.

Perinatal otopsi uygulaması; ölüm nedeninin açıklanması, klinik tanının

doğrulanması, fetal matüritenin doğrulanması, yapılan tanısal incelemelerin sonuçlarının doğrulanması, iyatrojenik problemlerin ve müdahale sonuçlarının demonstre edilmesi, klinik yaklaşımların gözden geçirilmesi, olası medikolegal sonuçlar için veri toplanması, ulusal perinatal ölüm istatistiklerin oluşturulması bakımından önemlidir.

Fetal kayıp nedenleri arasında en sık görülenler: genetik anomaliler, organogenez bozuklukları, anneye ait hastalıklar, metabolik hastalıklar, enfeksiyonlar ve immatürite olarak sayılabilir. Bunun için kullanılan en yaygın sınıflama Wigglesworth sınıflamasıdır.

Perinatal Ölüm Nedeni: Wigglesworth Sınıflaması (1980)

Kategori 1. Konjenital defekt/malformasyon (yalnızca letal veya ciddi olanlar)

Kategori 2. Açıklanmamış antepartum fetal ölüm

Kategori 3. İntrapartum nedenler (asfiksi) (24 hf dan küçükler hariç)

Kategori 4. İmmatürite

Kategori 5. Enfeksiyon

Kategori 6. Diğer spesifik nedenler

Kategori 7. Kaza veya non-intrapartum travma

Kategori 8. Ani bebek ölüm sendromu

Kategori 9. Sınıflandırılmayan.

Plasental incelemenin önemi: Plasenta anormal intrauterin çevrenin aynasıdır, kötü klinik gidişin açıklanmasına yardımcı olur, plasenta klinik kötü gidişin sebebi olabilir, plasenta normal olabilir-böylece bazı nedenler ekarte edilir ve başka nedenler üzerinde yoğunlaşılır, plasental inceleme ile altta yatan beklenmeyen maternal veya fetal hastalıkların tanısı konabilir.

Plasental patoloji ile açıklanabilecek durumlar ise; serebral palsy, neonatal ansefalopati, intra uterin gelişme geriliği (İUGG), preterm doğum, fetal-plasental hidrops, intra uterin fetal ölüm ve perinatal sepsis olarak sayılabilir.

### **Ölüdoğana Yaklaşım:**

Ölü doğumlar batı ülkelerinde perinatal ölümlerin %60 ını oluşturur

(Gordon et al, 2007, The Lancet). Türkiye'de bu konuda henüz sağlıklı veriler mevcut değildir.

### **Ölüdoğum Otopsisinde Amaçlar:**

Intrauterin ve postpartum olarak ölüme yol açabilecek nedenleri ve mümkünse acil ölüm nedenini saptamak, ölüdoğumda ölüm zamanını belirlemek, gelecek gebeliklere ait riskleri saptamak (gelişme geriliği, malformasyon, maternal diyabet), doğum travması ve neonatal bakıma ait komplikasyonları içeren iyatrojenik olayları teyid etmek veya ekarte etmek, denetim amaçlı bilgi sağlamak (örn. USG bulguları).

**Ölü Doğum:** Genellikle sorunsuz geçen bir gebelik söz konusudur.

Ani intrauterin geç bebek ölümü, veya doğum esnasında fetal kalp hızında düşme olur. Sezaryen sekiyo sırasında gelişebilir, 1 ve 5 dk da Apgar skorları düşüktür. Hayatta kalırsa serebral palsi gelişir ya da bebek kaybedilir.

Her iki durum da faciadır ve ailenin yakın ilgi ve bilgilendirme ihtiyacı vardır.

Patolog İçin Kritik Sorular şunlardır:

Bebegime ne hasar verdi? Yanıt: Bütün plasental lezyonları bulun.

Lezyonlar hasara nasıl yol açtı? Plasental hasar ne zaman oldu?

Yanıt: Plasental lezyonların akut ya da kronik oluşuna bakın

Fetal hasar ne zaman oluştu? Bu, patolog açısından yanıtlanması en zor olan sorudur.

### **Ölüdoğumda Plasental Nedenler:**

Gestasyonel yaşa göre küçük plasenta, abruptio plasenta (retroplasental hematoma), kordon kazası, EMR, vasa previa, fetomaternal hemoraji

plasental iskemik lezyonlar, enfarktüs, fibrin depozisyonu (yüzeyin %10 undan fazla) , bakteriyel veya viral enfeksiyon, Fetal Venöz Tromboz (serebral palsi, nörolojik sekel, akardiyak fetus, gastroşizis, organ atrezi ya da yokluğu, kısa uzuv defektleri, İUGG).

### **Ölüdoğumda Maternal Nedenler:**

Uzamış gebelik > 42 hafta

Diabet, SLE, antifosfolipid sendrom, kronik hipertansiyon

Preeklampsi, metabolik hastalıklar (diyabet)

Viral enfeksiyonlar (parvo B19, CMV, enterovirus/coxsackie virüs, HSV, rotavirus, rubella, lenfositik koryomenenjitisi virüs (LCMV), varisella zoster )\*

Bakteriyel enfeksiyonlar (LM, EC, Gr B streptokok, ureaplasma)

Diğer (toxoplasma gondii)

Oligohidramnioz, Hemoglobinopati , Rh hastalığı, uterin rüptür , trombofili, maternal travma.

### **Ölüdoğumda Fetal Nedenler:**

İUGG, konjenital anomali, genetik anomali

Enfeksiyon (parvovirus B19, CMV, Listeria), hidrops.

### **Ölüdoğumun Aydınlatılmasında İzlenecek Yöntem:**

Detaylı anne öyküsü alınmalı, fetal otopsi ve plasental inceleme yapılmalıdır,



Ayrıca karyotip incelemesi, indirekt Coombs testi, sifiliz için serolojik test, fetal-maternal hemoraji testi (Kleihaur-Betke test), idrar toksikoloji taraması, parvovirus serolojisi, lupus ve antikardiyolipin antikoagülan (antifosfolipid test için), anti B2-glikoprotein 1 IgG veya IgM testleri klinik tablo ve imkanlar dahilinde uygulanmalıdır.

### **Ölüm İntervalinin Belirlenmesi:**

En sık kullanılan sınıflama maserasyonun değerlendirilmesine ait olan sınıflamadır.

### **Fetal Maserasyonun 5 Evresi:**

1. Yok
2. Önemsiz – nadir bül, soyulma çok az ya da yok
3. Hafif – Diğer değişiklikler olmaksızın çoklu bölgede soyulma
4. Orta – yaygın deri maserasyonu
5. İlerlemiş – basılma ve/veya mumyalaşma ve/veya internal likefaksiyon

### **Ölüm İntervalinin Belirlenmesi (Özet):**

Böbrek: kortikal tübüler nükleer bazofili kaybı  $\geq 4$  saat

Göbek kordonunun kahve-kırmızı renk alması veya 1 cm den büyük deskuamasyon, plasental intravasküler karyoreksis  $\geq 6$  saat

Soyulma yüz, sırt ve abdomende, kordon damar düz kasında piknozis (psödovaskülitis)  $\geq 12$  saat

Vücut yüzeyinin %5 inden veya 2 vücut bölgesinden fazla  $\geq 18$  saat

Derinin (gn. abdomen) sarı-kahve renk alması, yaygın deri soyulması, hepatosit ve iç kısım myokarda nükleer bazofili kaybı,  $\geq 24$  saat

Plasenta: kök villus damarlarında luminal anormallikler (%5)  $\geq 36$  saat

Plasenta: kök villus damarlarında multifokal luminal anormallikler (%25), myokard dış yarıda nükleer bazofili kaybı  $\geq 48$  saat

Kafa kemiklerinin üstüste binmesi, bronşlarda nükleer bazofili kaybı  $\geq 4$  gün

Karaciğerde sarı-kahve renk değişikliği, hepatosit nükleer bazofili kaybı, Gİ traktta ve adrenalde maksimal nükleer bazofili kaybı, trakeal kartilajda NBK  $\geq 1$  hafta

Mumyalaşma, plasental yaygın kök villus lümen anormallikleri, yaygın villöz fibrozis  $\geq 2$  hafta

Böbrek: maksimal NBK  $\geq 4$  hafta.

Fetal Matürasyonun Tespiti için kullanılan parametreler:

Kafa çevresi, baş topuk uzunluğu, ayak uzunluğu (26 haftaya kadar)

Radyografi: kemik matürasyonu ve femur uzunluğu

Organ ağırlıkları

İntestinal uzunluk (Wigglesworth Bryant tablosu)

20h: 80+14cm

28h: 184+51cm

40h: 350cm

Beyin morfolojisi (Larroche, 1978 Atlas )

Histoloji: histogenez (deri, akciğerler, böbrekler)

Bunlardan en yaygın olarak kullanılan parametrelerden biri nefron tabakalarının toplam sayısının değerlendirilmesidir (medullary ray glomerular counting, Hinchliffe SA).

## PLASENTA

Özgün bir organdır ve ömrü en kısa organ olma özelliğine sahiptir. 2 hastalık spesimendir, 2 değişik problem barındırır, 2 ayrı doktora hitap eder, patoloji raporu ikisine de yanıt vermelidir. Klinik öykü doğumdan sonra da gelişmeye devam edebilir. Sıklıkla genel gebelik kavramı içerisinde unutulur. Bütün gebelik boyunca vazgeçilmez rolü vardır.

### Plasentanın Medikolegal Önemi

Plasental inceleme özellikle serebral palsy ve ölü doğum olgularında önemlidir.

### Plasental İnceleme

Maternal Endikasyonlar:

Annede fertilizasyon sorunu, anormal antenatal test varlığı, olumsuz obstetrik öykü, bir veya daha fazla spontan abortus, intra uterin fetal ölüm, neonatal ölüm veya prematür doğum, annede sistemik hastalık (diabet, hipertansiyon, KVS, endokrin, otoimmün vb), oligohidramnion, polihidramnion, ateş, enfeksiyon şüphesi, açıklanamayan veya aşırı kanama, abruptio placentae, bağlımlılık.

Fetal veya Neonatal Endikasyonlar:

Ölüdoğum veya perinatal ölüm, fetal gelişme geriliği veya irilik (<10th veya > 90th), prematürite (< 36 hf), postmatürite (> 42 hf), hidrops, kötü genel durum

anormal SSS bulguları, 5 dk da < 7 Apgar skor, kordon pH < 7, ventilatuar müdahale > 10 dk, hematokrit < 35%, konvülsiyon veya flask bebek, şüpheli enfeksiyon, major konjenital anomali, kalın mekonyum, çoğul gebelik, yoğun

bakım yatışı

Plasental Endikasyonlar:

Gestasyon haftası için büyük ya da küçük plasenta, şekil anormallikleri, kitle, retroplasental hemoraji, vasküler tromboz, hematoma, yaygın enfarkt, mekonyum boyanması, amnion nodosum, tek umbilikal arter, göbek kordonu anomalileri (uzun veya kısa kordon, aşırı burgulanma, velamentöz giriş vb)

Opsiyonel Endikasyonlar:

Düşük 1 dk lık Apgar skoru, fetal stres veya emin olunamayan fetal genel durum

Ek Endikasyonlar

“ gebelikte, doğumda, çocukta, plasentada bulunabileceği düşünülen her tür anormallik şüphesi veya dava olasılığı ”

Plasental incelemede ne arıyoruz?

Çoklu, özellikle kronik lezyonlara süperpoze olmuş akut lezyonların kümülatif etkisi daha ciddi patolojilere yol açar. BULABİLDİĞİMİZ HER LEZYONU not etmek gerekir.

Plasenta şekil anomalileri

Sirkummarjinata (sınırdaki halka)

Sirkumvallata (sınırdaki kalın halka)

Plasenta membranacea (ince ve yaygın)

Plasenta bi, tri ve multilobata (çok sayıda lob)

Plasenta bi, tri et multipartita (loblar kordon yapıları ile bağlı)

Plasenta annulare (ring plasenta)

Plasenta fenestrata

Aksesuar lob (sukenturiata)

Plasenta akreta vera, inkreta, perkreta

(desidua bazalis yoktur, myometriyum invazyonuna göre isimlendirilir)

koranjyom

multipl enfarktlar

multipl enfarktlar

kalsifikasyon

masif perivillöz fibrin depozisyonu (maternal zemin infarktı)

subkoryonik hematoma

### Raporlama

Anne ve gebelik öyküsü not edilmelidir, alınan örnekler belirtilmeli, fotoğraflama yapılıp yapılmadığı yazılmalıdır. Ayrıca, fetal yüzey, fibrin, tromboz, plaklar, nodüller, umbilikal kordonun uzunluğu, çap, burğu, insersiyon yeri, membranlara ait rüptür, insersiyon, renk değişikliği, yüzey lezyonları, plaklar rapora eklenmelidir.

Maternal yüzeyde bütünlüğün korunmuş olup olmadığına dikkat edilmelidir, pıhtılar, kalsifikasyon, renk değişikliği, fibrin not edilmelidir. Plasental diskin değerlendirilmesinde çıplak ağırlık ölçülmeli, boyut, şekil anormallikleri, parankimal enfarktler, aşırı fibrin bulunup bulunmadığı gözlenmelidir.

### FETAL OTOPSİ

Çeşitli incelemeler gerektiren bir protokol zorunluluğu vardır.

Klinik bilgi, fotoğraflar, radyografiler\*\* , otopsi

Bakteriyel ve viral incelemeler\*, plasental inceleme

Karyotip (dismorfik bulgular varsa)

Biyokimyasal doku çalışmaları (met. hst.)

1. Otopsi izin formu doldurulmalıdır. 20. haftadan büyük tüm fetus otopsilerinde izin alınmalıdır. Abort materyallerinde onaylı klinisyen istemi bulunmalıdır.

Ebeveynler tarafından doldurulmalıdır. Aileye bebeğe incitilmeden muamele edileceği, yüzünde ve dış görünüşünde değişiklik olmayacağı anlatılmalıdır. Bebeğin aile tarafından geri alınıp alınmayacağı, tam veya kısmi otopsi konusunda bilgilendirme yapılmalı, geri alınmayacaksa 16 haftadan büyük fetuslarda dinsel vecibelere uygun şekilde defin uygulanmalıdır.

Otopsi izni alınmadığında dış muayene yapılmalıdır.

Ağırlık ölçümü

Dış ölçümler

Dış muayene:

\* Deri inspeksiyonu

\* Dismorfi bulguları

Fotografi

Radyografi

Major organlardan iğne biyopsi

Plasentalın incelenmesi

2. Klinik Bilgi formu bulunmalıdır. Kimlik bilgileri, annenin önceki gebelikleri

ile ilgili bilgiler, annenin bu gebeliği ile ilgili bilgiler/incelemler, abortus ya da doğum ile ilgili bilgiler (EMR vs), yenidoğan dönemi ile ilgili bilgiler (müdahaleler, enfeksiyon, ilaçlar vs) ve klinik öntanı (ölüm nedeni) bilinmelidir.

Ayrıca fetusun geri alınıp alınmayacağı öğrenilmelidir.

### 3. Fotoğraflama

Tüm vücut (ön ve arka)

Yüz (ön ve profil)

El ve ayaklar (tırnakları içerecek biçimde)

### 4. Fetus Muayenesi

Makroskopik inceleme dikkatli ve detaylı yapılmalı, pozitif bulgularla birlikte tüm negatif bulgular da kaydedilmelidir.

#### Antropometrik ölçümler

Organların şekil, boyut ve ağırlıkları

Ölçümler:

Vücut ağırlığı

Oturma yüksekliği

Tepe-topuk mesafesi

Ayak uzunluğu

Baş (oksipitofrontal) çevresi

Diğer ölçümler: karın çevresi, göğüs çevresi, fasiyal ölçümler, biparietal çap, meme başı arası mesafe, femur uzunluğu

Umbilikal kord uzunluğu

Kolleksiyonların volümü

Organ ağırlık ve boyutları.

#### Histolojik Örneklenme

Tiroid istmus seviyesinden boyun enine kesit

Timus

Akciğer (tüm loblar, sol şişirilmiş) (kültür, CK, PAS, Grokot, Demir)

Kalp (sağ ve sol ventrikül serbest duvar, septum)

Karaciğer (sol ve sağ lob, PAS, yağ boyası için DK)

Pankreas (kuyruğu da içerecek biçimde uzunlamasına)

Adrenaller ( yağ boyası için DK)

Dalak

Böbrekler (CD10)

Gonadlar

Pelvik yapılar (rektum, mesane, prostat/uterus)

Umbilikus

Gİ (özefagus 1, kardiyoözefageal bileşke 1, mide 1, pilor 1, ince bağırsak 2, appendiks 1, kalın bağırsak 2)

Kostokondral bileşke (6. kot) ve vertebra

SSS (serebral hemisfer, beyin sapı, serebellum, meniksler ve spinal kord)

5. Histolojik Örneklemeye ve Otopsi Raporunun Yazımı:

Tüm organlar örneklenir (aynı gün), 2 gün içerisinde makroskopik bulguları içeren ön rapor çıkarılır, beyin diseksiyonu en geç 3. hafta sonunda yapılır, nihai rapor en geç 1 ay sonunda çıkarılmalıdır.

Otopsi Raporunda bulunması gerekenler

Demografik veriler

Otopsi tarihi

Onam ve kısıtlamalara ait bilgi

Olgu ile birlikte değerlendirilen klinik kayıtlar, testler ve görüntüleme sonuçlarına ait özet

Klinisyen adı

Klinik hikâye

Makroskopik ve mikroskopik bulgular (duktus arteriozus ve göbek damarlarının durumu belirtilmelidir)

Çekilen fotoğraflar ve alınan örneklerle ait liste

Plasental inceleme sonuçları

Cinsiyet, fetal gelişim ve matürasyon, ölüm zamanına ait tahmin, konjenital anomali varlığı/yokluğu, major patolojik lezyonlar, ölüm öncesi kronik stres veya hastalık mevcudiyetine dair bulgular ve plasental incelemeden elde edilen major bulguların bir özeti

Klinik sorular ve patolojik bulguların anlamına dair yorum bölümü

Ölüm nedeni/şekline ait yorum bölümü

Medikolegal Olgulara yaklaşım

Hastaneye geldiğinde ölü olan veya geldikten sonraki 24 saat içinde ölen bebekler bu çerçevede değerlendirilmelidir. Ayrıca beklenmeyen ölüdoğum, bir ameliyat, anestezi veya invaziv girişimden sonra 24 saat içinde oluşan ölümler, kaza ölümleri, doğal olmayan, kriminal veya şüpheli ölümler, ilaç alımı ile ilgili ölümler, tıbbi kusura bağlı ölümler, doktorun ölüm nedeni hakkında emin olmadığı ve ölüm belgesini doldurmakta zorlandığı ölümler ve cezaevinde oluşmuş beklenmedik ölümler de bu başlık altında değerlendirilir.

### Perinatal Problemlerde Patoloğun Rolü

Patolog probleminden haberdar olmalıdır. Bazen hasar doğum sonrası 24-48 saate kadar ortaya çıkmayabileceği bilinmelidir (örn. konvülsiyonlar). Klinik bilgi vazgeçilmez bir kaynaktır. Plasenta mutlaka incelenmelidir. Ölüdoğan otopsilerinde klinik soruların yanıtları çoğu olguda plasentada olduğu unutulmamalıdır.

Perinatal otopside medikolegal durumlar, metabolik ya da genetik otopsi gerekliliği otopsiye başlamadan irdelenmelidir. Negatif bulguların en az pozitif bulgular kadar değerli olduğu unutulmamalıdır. Patoloji raporu oluşan problemi açıklamalıdır, açıklanamıyorsa kısıtlılıklar bildirilmelidir. Doğum doktoru, neonatolog ve patolog arasında iletişim çok önemlidir. Önceden sağlanmış mutabakat ve taahhütler olmadan bu iletişimin sağlıklı olamayacağı dikkate alınmalıdır. Patolog bu konuda proaktif olmalıdır. Obstetrik ve neonatal morbidite/mortalite toplantıları için olmazsıdır. Patolog düzenli olarak obstetrik ve neonatal morbidite toplantılarına katılmalı, otopsi ve plasental bulguları sunmalıdır. Böyle çalışan bir patolog klinik ve patolojik verileri karşılaştırma ve deneyim biriktirme olanağı bulacaktır. Patoloğun biriktirdiği bu deneyim çoğu olgunun açıklanmasında birincil öneme sahiptir.

### **Kaynaklar**

1. PDF Pediatrik ve Perinatal Patoloji Kılavuzu, 2010
2. IPPA Advanced Course: Çeşme, 2011, Jelena Martinovic-Bouriel, Raymond W. Redline
3. Understanding Placental Pathology: Granada,2009, Frederick T. Kraus, Eoghan Mooney, Rebecca Baergen Pediatric Pathology: Stocker & Dehner's, 2011.

**Ek:**  
**Fotoğraflarla**  
**Prof. Dr. Zeki Soysal**



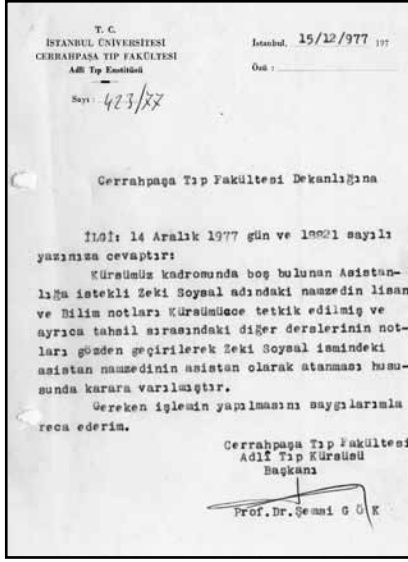


**Resim 1.**  
Zeki Soysal  
ve annesi.

**Resim 2.** Zeki Soysal ailesi ile.  
(Sağ alt köşede)



**Resim 3.**  
Cerrahpaşa Tıp  
Fakültesi son  
sınıf öğrencisi  
iken, 23.12.1976.  
Soldan sağa: Munip  
Merdam, Cevdet  
Sanlı, Zeki Soysal,  
Abdulmesih el  
Şamon, Mervan  
Recep ve Kemal  
Gürani.



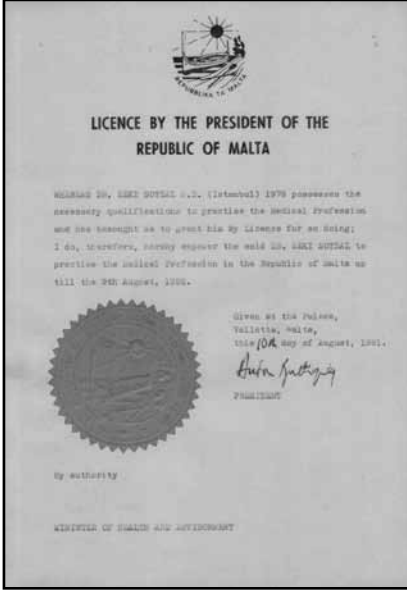
Resim 4. Dr. Zeki Soysal'ın Adli Tıp Kürsüsü'ne asistan olarak atanma istek yazısı



Resim 5. Adli Tıp uzmanlık belgesi.



Resim 6. Askerde.



**Resim 7.**  
Malta döneminden  
bir belge.

**Resim 8.**  
Eşi Mefruze Soysal, Adli  
Tıp Kürsüsü Başkanı Prof.  
Dr. Şemsi Gök ve Adli Tıp  
Kürsüsü Sekreteri Muazzeri  
Tanrıöver ile.



**Resim 9.**  
Adli Tıp Kürsüsü  
Kurucu Başkanı  
Prof. Dr. Hikmet  
Yalgın'ı anma  
toplantısında.



**Resim 10.**  
Adli Tıp'tan çalışma arkadaşları Uz. Dr. Mehmet Güney, Doç. Dr. Özdemir Kulusayın ve Yrd. Doç. Dr. Erol Özkartal ile birlikte.

**Resim 11.**  
Adli Tıp'tan çalışma arkadaşları ve eşi ile birlikte.



**Resim 12.** Adli Tıp Kurumu'ndan çalışma arkadaşları ile birlikte.



Resim 13. Annesi ve eşi ile birlikte.

Resim 14. Bir otopsi öncesinde.



Resim 15. Kadın doğum uzmanlık belgesi



Resim 16.  
1. Adli Tıp  
Günleri'nde,  
Adana, 1984.





**Resim 17.**  
Doçentlik sınavında:  
Muazzez Tanrıöver,  
eşi Mevruze Soysal,  
Uz. Dr. Serpil  
Salaçin(birlikte sınava  
girdiği), Prof. Dr.  
Atınç Çoltu ve Prof.  
Dr. Beyhan Ege ile  
birlikte.

**Resim 18.**  
Doçentlik  
döneminde  
Anabilim  
Dalındaki  
odasında.



**Resim 19.** Adli Tıp Anabilim  
Dalında Muazzez Hanım,  
kızı Esin, Dr. Emre Albek ve  
Mehmet Bey ile birlikte.



**Resim 21.**  
Adli Tıp Anabilim Dalı'nda odasında asistanlar ve tıp öğrencileri ile birlikte.

**Resim 20.**  
Adli Tıp Anabilim Dalında Adli Tıp stajı yapan tıp öğrencileri ile eğitim otopsi yaparken.

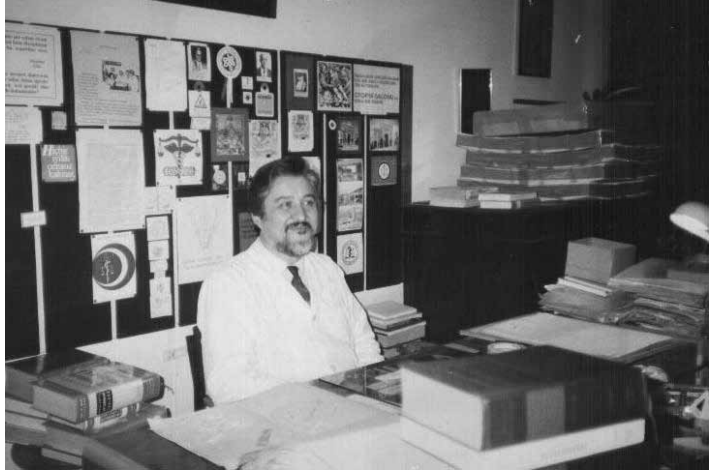


**Resim 22.**  
Prof. Zeki Soysal Adli Tıp Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Şemsi Gök ve diğer çalışma arkadaşları ile birlikte.



**Resim 23.**  
Prof. Zeki Soysal  
bir Adli Tıp  
toplantısında  
arkadaşları ile  
birlikte.

**Resim 24.**  
Prof. Zeki Soysal  
Adli Tıp Anabilim  
Dalı'ndaki  
odasında.

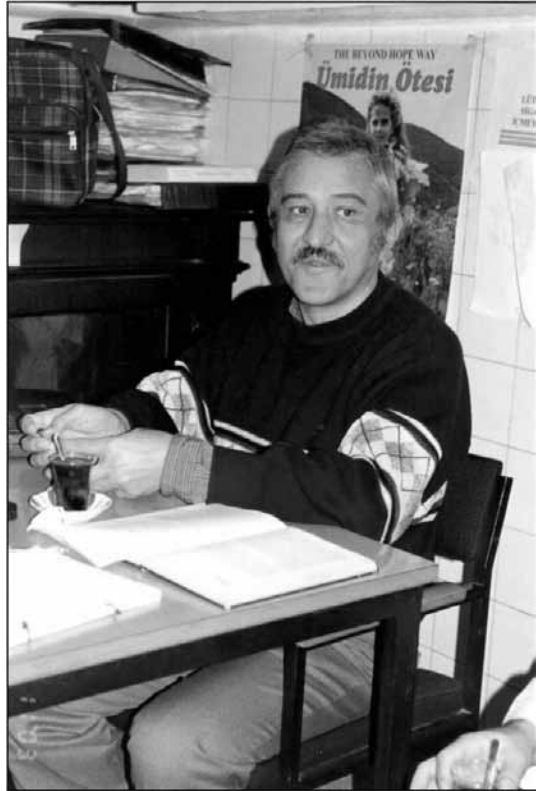


**Resim 25.**  
Prof. Zeki Soysal  
Adli Tıp Anabilim  
Dalı'ndaki odasında  
adli tıp uzmanları ile  
birlikte.

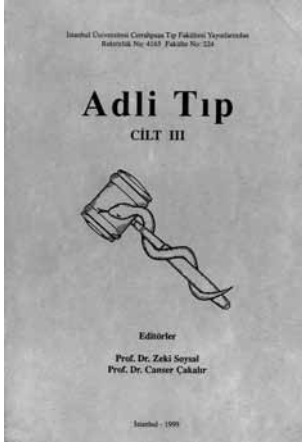




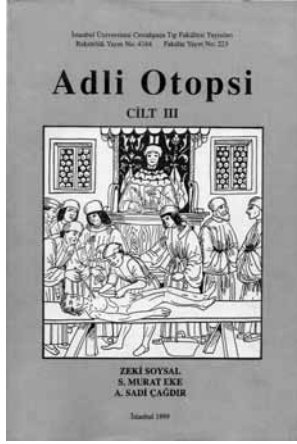
**Resim 26.** Adli Tıp Anabilim Dalı'ndaki odasında uzmanlar ile birlikte.



**Resim 27.**  
Prof. Zeki Soysal son dönemlerinde Adli Tıp Anabilim Dalı'ndaki odasında çalışırken.



**Resim 28.**  
Editörlüğünü ve yazarlığını yaptığı üç ciltlik Adli Tıp kitabı.



**Resim 29.**  
Editörlüğünü ve yazarlığını yaptığı üç ciltlik Adli Otopsi kitabı.



**Resim 30.**  
Editörlüğünü ve yazarlığını yaptığı üç ciltlik Adli Obstetrik/Jinekoloji kitabı.



ATUD tarafından 2005 yılında Prof. Dr. Zeki Soysal'a "Adli Tıp alanında hekim kimliği ile yaptığınız çalışmalardan dolayı" verilen teşekkür belgesi.





*Prof. Dr. Zeki Soysal  
Anisina*