

Gülay OYUR ÇELİK<sup>1</sup>  
Orcid: 0000-0001-6375-2988

Leyla BAYSAN ARABACI<sup>2</sup>  
Orcid: 0000-0002-0314-6350

Belkis Gülçin EJDER<sup>3</sup>  
Orcid: 0000-0002-6099-3265

<sup>1</sup> İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir  
<sup>2</sup> İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir  
<sup>3</sup> İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı.

**Sorumlu Yazar (Correspondence Author):**

Gülay OYUR ÇELİK  
gulayoyur@gmail.com

#### Anahtar Sözcükler:

Tıbbi hata; malpraktis; sağlık çalışanı.

#### Keywords:

Medical errors; malpractice; health worker.

## Sağlık Bakım Uygulamalarında Tıbbi Hata Şikâyet Olgularının İncelenmesi: Retrospektif Bir Çalışma

### Investigation of Medical Error Complaints Case in Health Care Practices: A Retrospective Study

Gönderilme tarihi 19.04.2022

Kabul tarihi: 22.06.2022

#### Öz

**Amaç:** Araştırma, 2012-2019 yılları arasında bir ilin İl Sağlık Müdürlüğü'ne yapılan, sağlık bakım uygulamalarındaki tıbbi hataya ilişkin şikâyet olgularını incelemek amacıyla yapıldı.

**Yöntem:** Retrospektif kohort olarak tasarlanan çalışmada, 2012-2019 tarihleri arasında bir İl Sağlık Müdürlüğü'nün Disiplin Şube Müdürlüğü'ne ulaşan 170 adet tıbbi hata şikâyet dosyasına ait kayıtlar incelendi. Çalışmada, olgulara ait dosya kayıtları araştırmacılar tarafından hazırlanan "Bilgi Formu" doğrultusunda değerlendirildi. Verilerin analizinde, sayı-yüzde dağılımları, ortalama ve standart sapma kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırma kapsamında incelenen, daha çok 2012 (%24.1) ve 2013 (%23.5) yıllarına ait olan şikâyet olgularının %46.5'inde maruz kalan kişinin şahsen kendisi tarafından şikâyet yapıldığı gözlemlendi. Olguların %81.2'si ihmali taksir (özen göstermeme, yetersiz tedavi veya değerlendirme) biçiminde sıklıkla eğitim-araştırma (%37.6) ve devlet hastanelerinin (%34.7) kadın-doğum (%22.9), acil (%21.8) ve cerrahi (%14.7) birimlerinde meydana geldiği belirlendi. Olgularda şikâyet konusu olan fiilin daha ziyade hastanın tedavisinden sorumlu olan (%30 uzman hekim, %24.7 cerrah ve %21.2 pratisyen hekim) ve mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olan sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştiği ve %27.1'inde yapılan hataların hastaların kaybedilmesinde etken olduğu belirlendi. Neredeyse tüm şikâyetlerde maddi hasarın oluştuğuna dair ibareye rastlandı.

**Sonuç:** Tıbbi hataların, ihmali taksir niteliğinde olduğu, zaman içerisinde tıbbi hata olgu sayısında azalma olduğu gözlemlenmiştir. Şikâyet konusu olan hatalar mağdurda işlev kaybı ve engellilik oluşmasına ve maddi hasara neden olmuştur. Araştırma sonucu doğrultusunda, sağlık çalışanlarından kaynaklanan olası tıbbi hataları önlemeye yönelik özellikle bu konuda riskli klinikler (cerrahi, kadın-doğum, acil vb.) başta olmak üzere çalışma saatleri, iş yoğunluğu vb. konuda düzenlemelerin yapılması ve konuya farkındalık oluşturacak hizmet içi eğitim gibi girişimlerin planlanması önerilir.

#### Abstract

**Aim:** This study was carried out to examine the profiles of medical errors cases caused by health care practices that reached a Provincial Health Directorate between 2012 and 2019.

**Method:** The research designed as a retrospective cohort, was conducted by examining the records of 170 medical error complaint files opened because of health care practices, which reached a Provincial Health Directorate Discipline Branch Directorate between 2012-2019. In the study, file records were evaluated in accordance with the "Information Form" prepared by the researchers. In the analysis of the data, number-percentage distributions, mean and standard deviation were used.

**Results:** It was observed that 46.5% of the complaint cases examined within the scope of the research, the majority of which belonged to the years 2012 (24.1%) and 2013 (23.5%), were personally made by the person who was subject to the error. 81.2% of cases were determined negligence (lack of care, inadequate treatment or evaluation), mostly in education-research (37.6%) and public hospitals (34.7%), gynecology (22.9%), emergency (21.8%) and surgery (14.7%) units were found to occur. It was observed that was the subject of complaint in the cases mostly performed by health professionals who's responsible for the treatment (30% specialist physician, 24.7% operator practitioner and 21.2% general practitioner) and health professionals with 10 years or more of professional experience. It was determined that medical errors made in 27.1% of the cases were a factor in the loss of patients. In almost all complaints, there was a statement that property damage occurred.

**Conclusion:** It has been observed that the mistakes made were negligent that the number of medical error cases decreases over time compared to the years. Medical errors that are the subject of complaints caused loss of function, disability, and property damage to the victim. Under the results of the research, it is recommended to make arrangement about working hours or workload of healthcare professionals, especially in risky clinics (surgery, obstetrics, emergency, etc.) and also to plan interventions such as in-service training that will raise awareness to prevent eventual medical errors.

**Kaynak Gösterimi:** Çelik, O. G., Arabacı B. L., Ejder G. B. (2022). Sağlık Bakım Uygulamalarında Tıbbi Hata Şikâyet Olgularının İncelenmesi: Retrospektif Bir Çalışma. *EGEHFD*, 38(2), 109-117. Doi:10.53490/egehemsire.1105093

**How to cite:** Çelik, O. G., Arabacı B. L., Ejder G. B. (2022). Investigation of Medical Error Complaints Case in Health Care Practices: A Retrospective Study. *JEUNF*, 38(2), 109-117. Doi:10.53490/egehemsire.1105093

## GİRİŞ

Hipokrattan beri bireylerin sağlığını iyileştirirken yardım etme veya zararı önleme anlayışı sağlık bakım uygulamalarında hasta güvenliği açısından temel amaç edinilmiştir (Askitopoulou ve Vgontzas, 2018; Avcı ve Aktan, 2015; Grober ve Bohnen, 2005). Ancak sağlık sektöründe, bakımın kompleks oluşu ve çıktılarının fazla olması olası hata riskini artırmaktadır (Akbolat ve Sırakaya, 2016; Avcı ve Aktan, 2015). Bu olası riskin engellenmesi ya da azaltılması sağlık kuruluşlarının temel sorumluluğudur (Akbolat ve Sırakaya, 2016; Rodziewicz, Houseman, ve Hipskind, 2021). Son yıllarda, artan kronik hastalıklar, hasta sayısına kıyasla çalışan sayısındaki yetersizlik, yoğun çalışma, hasta ve sağlık çalışanı arasındaki iletişim problemleri ve bakımın verilmesinde deneyimsizlik, hataya ve istenmeyen olgulara sebep olabilmektedir. Tıbbi hatalar, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde hasta güvenliğini tehdit eden ve çözülmesi gereken öncelikli sorunlar olarak gösterilmekte ve bireylerin tıbbi hatalarla karşılaşma durumu %21-%46 arasında değişmektedir (Adams ve Boscarino, 2004; Birgili ve Köse, 2018; Blendon, DesRoches, Brodie, Benson, Rosen ve Schneider, 2002; Bodur, Filiz ve Durduran, 2011; Koralay, 2021; Northcott, Vanderheyden, Northcott, Adair, McBrien-Morrison ve Norton, 2008; Yücesan ve Alkaya, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre; her yıl milyonlarca hasta, güvenliği olmayan sağlık hizmetlerinden dolayı zarar görmektedir. Gelişmiş ülkelerde her yıl hastaneye yatırılan hastaların %5-10'u hastane enfeksiyonuna yakalanmakta, %7,5-10,4'ü ilaçların yan etkisine maruz kalmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise insanlar, güvenli olmayan kan transfüzyonu nedeniyle, %5-15 oranında HIV enfeksiyonuna yakalanmaktadır. Her yıl gebelik ve doğum sırasında ölen 500.000'den fazla kadının %99'u gelişmekte olan ülkelerdedir. Dünya'da steril olmayan iğne ve enjektörden bulaşan enfeksiyon oranı %5,5'dir. Tıbbi hatalar sağlık profesyonellerinde moral ve motivasyon kaybına, hastalarda da sağlık personeline karşı güvensizlik ve toplumda sağlık sistemine karşı memnuniyetsizliğe neden olmaktadır (Kohn, Corrigan ve Donaldson, 2000; World Health Organization, 2013).

Tıbbi hatalar yapılan tedavinin uzamasına, sakatlıklara ve morbiditeye hatta mortaliteye veya komplikasyonların tedavisinde zaman kaybı ve ilave maliyetlere neden olduğu kadar manevi hasara da neden olmaktadır (Avşar ve Armutçu, 2016). Tıbbi hatalar tüm sağlık çalışanları için önemli bir sorun teşkil etmektedir. Bu hata kaynaklarının ve hangi alanlarda daha fazla hata eğiliminin bulunduğu bilinmesi, buna yönelik dikkat ve özenin olmasıyla tıbbi hataların engellenmesi mümkündür (Avşar ve Armutçu, 2016; Birgili ve Köse, 2018; Dikmen, Yorgun ve Yeşilçam, 2014). Tıbbi hata davalarında, sistemin, hastaları ihmal edici tıbbi yaralara karşı koruma hedefine ulaşamadığı görülmektedir (Kessler, 2017). Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde, tıbbi hata şikâyet olgularının incelendiği bir çalışmaya rastlanmamış ve böyle bir çalışmanın yapılması kanaati oluşmuştur. Bu çalışma sonuçları, tıbbi hata şikâyet olgularıyla ilgili veri oluşturacak ve literatürde konu ile ilgili var olan boşluğa katkı ve kaynak sağlayacaktır. Ayrıca, araştırmadan elde edilen sonuçlar, sağlık bakım uygulamalarının geliştirilmesine rehberlik edecektir. Tıbbi hataların sağlık profesyonellerinde hangi girişime bağlı olarak ortaya çıktığının ve hangi alanlarda sıklık oluşturduğunun bilinmesi, o yönde gerekli önlemlerin alınmasını, çözüm odaklı yaklaşımların oluşturulmasını, hizmet içi eğitimler düzenlenmesini ve bakımın kalitesinin artmasını sağlayabilir. Tüm bu bilgiler ışığında, bu çalışmada, geriye dönük dosya incelemesi ile tıbbi hata (*malpraktis*) şikâyet olguları değerlendirilmiştir.

## YÖNTEM

Tanımlayıcı ve retrospektif kohort türdeki çalışma kapsamında, Türkiye'de bir ilde İl Sağlık Müdürlüğü Disiplin Şube Müdürlüğü'ne ulaşan, sağlık bakım uygulamaları sonucunda açılan tıbbi hata (*malpraktis*) şikâyet olgu dosyaları incelendi.

### Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, sağlık bakım uygulamaları sonucunda açılan tıbbi hataya ilişkin şikâyet olgularını incelemektir.

### Araştırma Sorusu

Sağlık bakım uygulamalarına yönelik yapılan tıbbi hata şikâyet olgularının özellikleri nasıldır?

### Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 01 Ocak 2012- 01 Haziran 2019 tarihleri arasındaki 90 aylık (7.5 yıllık) süreçte Türkiye'de bir ilde İl Sağlık Müdürlüğü Disiplin Şube Müdürlüğü'ne ulaşan, sağlık bakım uygulamaları sonucunda açılan 170 adet tıbbi hata (*malpraktis*) şikâyet olgu dosyası oluşturmuştur. Evrenin tamamı araştırmaya dahil edilmiş örneklem seçimine gidilmemiştir.

### Verilerin Toplanması ve Veri Araçları

Veriler, 20 Kasım 2019-02 Ocak 2020 tarihleri arasında, İl Sağlık Müdürlüğü Disiplin Şube'deki dosya kayıtları araştırmacılar tarafından hazırlanan "*Bilgi Formu*" doğrultusunda geriye dönük incelenerek toplandı.

**Bilgi formu:** Tıbbi uygulama-tıbbi hatanın şikâyet tarihi, şikâyetin biçimi/yöntemi, şikâyet edenin sosyodemografik özellikleri, şikâyet nedeni, tıbbi hata olgusunun gerçekleştiği iddia edilen hastanenin özelliği (devlet, özel, eğitim-araştırma hastanesi gibi), klinik ve tıbbi birimi/ünitesi, olayın gerçekleştiği zaman dilimi (mesai dilimi), tıbbi hataya maruz kaldığı şikâyetiyle başvuran kişinin tıbbi tanısı, varsa gördüğü zarar ve biçimi, tıbbi hataya maruz kaldığı iddia edilen uygulamanın türü (ilaç, tıbbi girişim vb.), soruşturma açma talebi varsa gerekçesi, şikâyet edilen personelin görevi ve görev süresi özelliklerinin değerlendirildiği 8 açık ve 9 kapalı uçlu olmak üzere toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23.05.2019 tarih ve 224 sayılı Karar No'su ile etik onay ve araştırmanın yapıldığı İl Sağlık Müdürlüğü Disiplin Şube Müdürlüğü'nden 28.08.2019 tarih 77597247-772.02 sayılı yazılı izin alındı.

**Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmadan elde edilen veriler, çalışmanın yapıldığı İl Sağlık Müdürlüğü olguları ile sınırlıdır. Verilerin tek bir ildeki kurum kayıtlarından elde edilmesi çalışmanın bir diğer sınırlılığını oluşturmaktadır.

**Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi**

Araştırma sonucunda elde edilen veriler, SPSS 22.00 paket programı ile analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde sıklık, yüzdeler, ortalama, standart sapma kullanıldı.

**BULGULAR**

Türkiye’de, bir İl Sağlık Müdürlüğü’nün Disiplin Şubesine son 90 ayda (7.5 yılda) ulaşan, sağlık bakım uygulamaları sonucunda açılan tıbbi hata şikâyet olgu dosyalarının incelendiği araştırmadan elde edilen veriler şu şekildedir: Araştırma kapsamında incelenen tıbbi hata yapıldığına dair 170 adet şikâyet dosyası incelendi. Yapılan incelemede, 2012-2019 yılları arasında yapılan incelemede, şikâyetin en çok %24.1 ile 2012 yılı ve %23.5 ile 2013 yıllarında olduğu belirlendi. Araştırma kapsamında incelenen tıbbi hataların %46.5’inin hataya maruz kalan kişi tarafından şahsen, %37.1’inin hataya maruz kalan kişinin avukatı tarafından ve daha çok (%52.9) erkekler tarafından yapıldığı belirlendi. Şikâyetlerin %38.8’inin kaymakamlığa yapıldığı ve daha sonra sırasıyla Kamu Hastaneler Birliği’ne (%14.7) ve İl Sağlık Müdürlüğü’ne (%13.5) şikâyet edildiği belirlendi (Tablo 1).

**Tablo 1.** Tıbbi Hatanın Şikâyet Edilme Özellikleri

	Sayı	%
<b><u>Tıbbi Hatanın Şikâyet Edildiği Yıl</u></b>		
2012 yılı	41	24.1
2013 yılı	40	23.5
2014 yılı	21	12.4
2015 yılı	27	15.9
2016 yılı	5	2.9
2017 yılı	19	11.2
2018 yılı	6	3.5
2019 yılı	7	4.1
Belirtilmemiş	4	2.4
<b><u>Tıbbi Hatanın Şikâyet Eden Kişi</u></b>		
Şahsen	79	46.5
Yakını	63	11.2
Avukatı	19	37.0
İhbar	5	2.9
Belirtilmemiş	4	2.4
<b><u>Tıbbi Hatanın Şikâyet Edenin Cinsiyeti</u></b>		
Kadın	70	41.2
Erkek	90	52.9
Belirtilmemiş	10	5.9
<b><u>Tıbbi Hatanın Şikâyet Edildiği Yer</u></b>		
Hastane/Hasta Hakları Birimi	16	9.4
İl Sağlık Müdürlüğü	23	13.5
Kamu Hastaneler Birliği	25	14.7
Sağlık Bakanlığı İletişim Birimi (SABİM)	6	3.5
Kaymakamlık	66	38.8
Savcılık	9	5.3
Valilik	12	7.2
BİMER	2	1.2
Diğer	5	2.9
Belirtilmemiş	6	3.5
<b>TOPLAM</b>	<b>170</b>	<b>100.0</b>

Son 7.5 yıllık süreçte kayda giren tıbbi hata uygulama dosyaları üzerinde yapılan değerlendirme sonucunda, olgularda görülen tıbbi hata türlerinin %81.2’sinin ihmali taksir (özen göstermeme, yetersiz tedavi veya değerlendirme), %14.7’sinin icrai taksir (yanlış-kusurlu tanı, teşhis, tedavi, uygulama) ve %4.1’inin ise görevi kötüye kullanma olduğu tespit edilmiştir. Yapılan şikâyetlerdeki tıbbi hataların %37.6’sının eğitim-araştırma hastanelerinde ve %34.7’sinin devlet hastanelerinde gerçekleştiği belirlenmiştir. Değerlendirilen dosyalardaki tıbbi hata olgularının %22.9’unun kadın-doğum ve %21.8’inin acil servis ve %14.7’sinin cerrahi kliniklerde ve sıklıkla ameliyathane (%31.2) ve acil bölümlerinde (%20.0) yapıldığı saptanmıştır. Yapılan tıbbi hata şikâyetlerine ait olgu dosyalarının %97.6’sında tıbbi hataların günün hangi zaman diliminde gerçekleştiğine dair veri/bilgi olmadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Tıbbi Hata ve Gerçekleştiği Birim Özellikleri

	Sayı	%
<b><u>Tıbbi Hata Türü **</u></b>		
İhmalî Taksir ( <i>özen göstermeme, yetersiz tedavi değerlendirme</i> )	138	81.2
İcrai Taksir ( <i>yanlış-kusurlu tanı, teşhis, tedavi, uygulama</i> )	25	14.7
Görevi Kötüye Kullanma	7	4.1
<b><u>Tıbbi Hatanın Yapıldığı Kurum</u></b>		
Üniversite Hastanesi	1	0.6
Eğitim Araştırma Hastanesi	64	37.6
Devlet Hastanesi	59	34.7
Özel Hastane	4	2.4
Dal Hastanesi	9	5.3
Halk Sağlığı Birimi	16	9.4
Diğer	15	8.8
Belirtilmemiş	2	1.2
<b><u>Tıbbi Hatanın Yapıldığı Klinik</u></b>		
Acil Servis	37	21.8
Cerrahi	25	14.7
İç Hastalıkları	8	4.7
Kadın Doğum	39	22.9
Çocuk	8	4.7
Diğer ( <i>ASM, TSM, Biyokimya, Diş, Diyaliz vb.</i> )	49	28.8
Belirtilmemiş	4	2.4
<b><u>Tıbbi Hatanın Yapıldığı Birim</u></b>		
Ameliyathane	53	31.2
Poliklinik	11	6.5
Kat Servis	12	7.1
Küçük Müdahale	3	1.8
Yoğun Bakım	1	0.6
Acil ( <i>Triyaj, 112</i> )	34	20.0
Halk Sağlığı ( <i>ASM, TSM vb.</i> )	17	10.0
Diş	14	8.2
Diğer ( <i>Lab, doğumhane, diyaliz, radyoloji vb.</i> )	18	10.6
<b><u>Tıbbi Hatanın Gerçekleştiği Zaman</u></b>		
Belirtilen	4	2.4
Belirtilmeyen	166	97.6
<b>TOPLAM</b>	<b>170</b>	<b>100.0</b>

\*\* *işaretili bulgularda bir dosyada birden çok seçenek yer almaktadır.*

Araştırma kapsamında incelenen dosyalardaki tıbbi hata mağdurlarının %65.4'ünün cerrahi nedenli tanı aldıkları ve bu tanıların çoğunluğunun jinekolojik kökenli ve doğuma ilişkin tanıları olduğu belirlenmiştir. Olgulardaki tıbbi hataya maruz kalan mağdurların %87.1'inin tıbbi hataya bağlı zarar gördüğü tespit edilmiştir. Sıklıkla bu zararın %34.1'inin uygulanan yanlış tıbbi ve cerrahi tedavi neticesinde ya da uygulama sırasında özensizlik sonucu işlev kaybı ve engellilik oluşmasına neden olduğu saptanmıştır. Yapılan hataların %27.1'inin ise hastaların kaybedilmesinde etken olduğu görülmüştür. Neredeyse tüm şikâyetlerde maddi hasarın oluştuğuna ilişkin ibareye rastlanmıştır.

Dosyalardaki olgularda ibraz edilen tıbbi hata uygulamalarının %30'unun uzman hekim, %24.7'sinin cerrah ve %21.2'sinin pratisyen hekim tarafından işlendiği, ayrıca %8.2'sinde yapılan tıbbi hatanın hemşire/sağlık memuru tarafından yapıldığı belirtilmiştir. İncelenen kayıtlardaki olguların %59.4'ünde tıbbi hatayı yaptığı iddia edilen sağlık çalışanının 10 yıl veya daha uzun zamandır mesleki deneyimi olduğu belirlenmiştir. Vakaların %24.1'i için Disiplin Şube tarafından yargı (*soruşturma*) süreci başlatılırken, %33.5'inde yargılama başlatılması uygun bulunmamıştır. Ayrıca, dosyaların %37.6'sının akıbetine ilişkin herhangi bir veri elde edilememiştir (Tablo 3). İncelenen olgulara yönelik yargılama gerekçeleri direkt olarak dosyalardan elde edilememiş, şikâyet ve avukat dilekçeleri bulunan dosyalar incelenmiştir. Buna göre dosyaların %92.9'unda "sağlık çalışanlarının ihmali ve dikkatsizliği, uygulamada özen eksikliği", %74.1'inde ise "Tanı ve tedavide gerekli özeni göstermeme, hatalı, eksik tanı ve tedavi" nedeniyle tıbbi hata oluştuğu yönünde şikâyette bulunulduğu belirlenmiştir. Dosyaların çoğunluğunda şikâyet nedeni olarak birkaç bileşenin bir arada olduğu dikkat çekmektedir. Yardımcı sağlık personeline ilişkin ise, %18.8 oran ile "Eksik, yanlış bakım ve tedavi, yanlış uygulama"nın şikâyet nedeni olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3.** Tıbbi Hatayı Yapan ve Maruz Kalan Kişilerin Özellikleri

<b>MAGDURA İLİŞKİN ÖZELLİKLER</b>	Sayı	%
<b><i>Tıbbi Hata Mağdurunun Tanısının İlişkili Olduğu Alan</i></b>		
Beyin Cerrahisi ve Sinir Hastalıkları	6	3.6
Kadın Hastalıkları Cerrahisi ve Kadın Hastalıkları	34	20.4
Kalp ve Damar Hastalıkları	9	5.4
Dış Hastalıkları	6	3.6
Genel Cerrahi Hastalıkları	12	7.2
Nefroloji – Üroloji Hastalıkları	5	3.0
Travma ve Ortopedi Hastalıkları	11	6.6
Endokrin Hastalıkları	4	2.4
Enfeksiyon Hastalıkları	10	6.0
KBB	4	2.4
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	1	0.6
Adli Vaka	2	1.2
Belirtilmemiş	64	37.6
<b><i>Tıbbi Hata Mağdurunun Tanısının İlişkili Olduğu Genel Alan</i></b>		
Tıbbi Tanı ve Tedavi Hataları		
Cerrahi Tanı ve Tedavi Hataları	35	21.0
Enjeksiyon, Düşme, Yakma, Acil Sevk Sistemi Hataları	109	65.4
	26	15.6
<b><i>Tıbbi Hata Mağdurunun Zarar Görme Durumu</i></b>		
Zarar gören	148	87.1
Zarar görmeyen	1	0.6
Belirtilmeyen	21	12.3
<b><i>İddia Edilen Tıbbi Hatanın Verdiği Zarar **</i></b>		
<b><i>Tıbbi hata neticesinde gelişen sağlık problemleri</i></b>		
– Tedavinin değişmesi ve iyileşme sürecinin uzaması	30	17.3
– Uygulan hatalı tanı ve tedavi neticesinde algılanan ağrı ve acının artması, yaralanma	54	31.8
– Uygulanan tıbbi ve cerrahi tedavi neticesinde ya da uygulama sırasında özensizlik sonucu işlev kaybı ve engellilik oluşması	58	34.1
– Uygulanan tedavi neticesinden ameliyat olma, tekrar ameliyat olmak zorunda kalma,		
– Tıbbi hata neticesinde gelişen hastanın ya da yakınının (bebek) kaybedilmesi (ölüm)	15	8.8
- <i>Tıbbi hata neticesinde gelişen maddi problemler</i>	46	27.5
	170	100.0
<b><i>Tıbbi Hatayı Yapan Sağlık Çalışanının Görevi</i></b>		
Pratisyen Hekim	36	21.2
Uzman Hekim	51	30.0
Operatör Hekim	42	24.7
Hemşire/ Sağlık Memuru	14	8.2
Sağlık Teknikeri	2	1.2
Diğer Sağlık Çalışanı	19	11.2
Belirtilmeyen	6	3.5
<b><i>Tıbbi Hatayı Yapan Sağlık Çalışanının Mesleki Deneyim Süresi</i></b>		
0-1 yıl	2	1.2
2-3 yıl	11	6.5
4-10 yıl	21	12.4
10 yıl üzeri	101	59.3
Belirtilmeyen	35	20.6
<b><i>İddia Edilen Tıbbi Hataya İlişkin Soruşturma Açma Gerekçesi **</i></b>		
Sağlık çalışanlarının ihmali ve dikkatsizliği, uygulamada özen eksikliği		
Tanı ve tedavide gerekli özeni göstermeme, hatalı, eksik tanı ve tedavi	158	92.9
Eksik, yanlış bakım ve tedavi, yanlış uygulama	126	74.2
Sağlık çalışanlarında bilgi ve tecrübe yetersizliği	32	18.8
Görevi kötüye kullanma	9	5.3
	3	1.8
<b><i>Tıbbi Hataya Yönelik Yargılama İzni</i></b>		
Yargılanan	41	24.1
Yargılanmayan	57	33.5
Belirtilmemiş	64	37.7
Takipte	8	4.7
<b>TOPLAM</b>	<b>170</b>	<b>100.0</b>

\*\* *İşaretili bulgularda bir dosyada birden çok seçenek yer almaktadır.*

## TARTIŞMA

Araştırma kapsamında incelenen 90 aylık (7.5 yıllık) tıbbi hata olgularına ait dosya kayıtları göstermektedir ki, incelenen yıllar içerisinde tıbbi hata kayıtlarında anlamlı ölçüde bir düşüş görülmektedir. Literatürde bu durumu destekleyecek ve tıbbi hataların son yıllarda azalma gösterdiğini belirten bir bulguya rastlanmamıştır. Ancak, Yeşiltaş (2021)'in uluslararası ve ulusal literatürü incelediği çalışmasında, konu ile ilgili ilk yayımların 1982 yılında yayınlandığı, özellikle 2004-2005 yıllarından itibaren defansif tıp ile ilgili çalışmaların düzenli ve sürekli bir artış gösterdiği ve en fazla yayının 2018-2019 yıllarında gözlemlendiği belirtilmiştir (Yeşiltaş, 2021). Amerika'da tıbbi hatalara ilişkin talep sıklığının, ödeme ve önlenebilir hasarın temel nedenlerindeki ulusal eğilimlerin incelendiği, tıbbi hata uygulamalarına ilişkin yapılan 10 yıllık öz değerlendirme strateji raporundan (*CRICO Strategies, Medical Malpractice in America: A 10-year Assessment with Insights*) elde edilen bulgularda da hekim başına yapılan yanlış uygulama iddiaları ve dava sıklığında %27 oranında bir düşüş ve kadın doğum uzmanları / jinekologlara karşı dava açma riskinde %44 oranında bir azalma olduğu sonucuna varılmıştır (Patient Safety and Quality Healthcare, 2019). Elde edilen veriler bütüncül değerlendirildiğinde, zamanla tıbbi hata uygulamaları ile ilgili literatür yayınlarında bir artış, buna karşın tıbbi hata uygulamalarında bir azalma olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Son yıllarda, bilişim teknolojisindeki hızlı gelişim ve buna bağlı bilginin hızla yayılmasının ve güncellenebilir olmasının, tıbbi hata uygulamalarına (malpraktis konusuna) ilişkin yapılmış yayımların, sağlık çalışanlarının bu konudaki sorumluluklarına dair farkındalık ve bilinçlenme sağlayarak bu sonucun oluşmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, hekimlerin herhangi bir mesleki faaliyeti nedeniyle verdikleri zararlara karşı hekim aleyhine açılan davalardaki tazminata güvence sağlayan ve 30 Temmuz 2010 tarihi itibarıyla zorunlu hale gelen “*Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası*”nın hekimlere mesleki koruma kalkını oluşturarak bu sonucun oluşmasında etkili olduğu düşünülmektedir (Yıldırım, 2015).

İncelenen olgulardaki tıbbi hataya ilişkin yapılan şikâyetler, daha çok erkek olan mağdur kişi veya avukatı tarafından yapılmıştır. Türk toplumundaki ataerkil aile yapısının bir sonucu olarak erkeğe biçilen daha güçlü ve girişken olma rolünün getirisi olarak erkek olan mağdurların daha girişimci davranarak durumu şikâyet etme eğilimi gösterdikleri tahmin edilmektedir. Yapılan literatür incelemelerinde tıbbi hataya ilişkin şikâyetlerde cinsiyete dair bulgularda farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Sağlık Bakanlığı 184 SABİM hattına yapılan şikâyetlerin karşılaştırmalı analizinin yapıldığı çalışmada da benzer şekilde erkeklerin (%63.3) daha fazla şikâyetle buldukları saptanmıştır (Bostan, Kılıç ve Çiftçi, 2014). Bu bulgunun aksine, hasta şikâyet başvurularının incelendiği üç farklı çalışmada ise, kadın hastaların daha fazla şikâyetle buldukları belirlenmiştir (Gündüz Hoşgör ve Hoşgör, 2019; Şahinli ve Özdemir, 2019; Yaman ve Kavuncu, 2020). Şikâyet edenlerin cinsiyetine ilişkin literatürdeki bu farklı sonuçlar, örneklem özellikleri ile açıklanabilir.

Tıbbi hatalara ilişkin şikâyetler daha ziyade yerel yönetimlere (Kaymakamlık, Kamu Hastaneler Birliği, İl Sağlık Müdürlüğü) yapılmaktadır. Yerel yönetimlerin daha ulaşılabilir ve erişilebilir olması bu sonucun oluşmasında etkili olmuş olabilir. Konuya ilişkin şikâyetlerin belli bir prosedür içermesi ya da belli bir silsileyi takip etmesine yönelik beklentinin yanı sıra özellikle son on yılda tıbbi hatalara ilişkin medyada konunun aktif olarak gündemde yer alması ya da online olarak birçok sayfada oluşturulan bildirimlerin bulunması (Aydoğan Gedik, Ünsal, Arslantas ve Mutlu, 2021; Bahçecioğlu Turan, Mankan ve Polat, 2017; Değdaş, 2017) da bu sonucun oluşmasında etkili olmuş olabilir.

Tıpta yanlış uygulama (malpraktis), sağlık çalışanının hastanın standart tedavisini yaparken başarısızlık, beceri eksikliği ya da ihmali nedeniyle bakım ve tedavisini yürüttüğü kişiye zarar vermesi şeklinde tanımlanmaktadır (Değdaş, 2017). Bu tanıma göre, bu çalışmada tıbbi hata uygulamalarında başarısızlık ya da beceri eksikliğinden ziyade ihmal olduğu gözlenmiştir. İncelenen dosyalarda şikâyet unsuru olarak ihmal birinci sırada yer alırken, avukat ve kişisel şikâyet başvurularında ise sıklıkla “yanlış teşhis ve tedavi” ifadeleri yer almaktadır. İl Sağlık Müdürlüğü Disiplin Şube Müdürlüğü’nce yapılan incelemelerde de yargıya yansıtılmasına karar verilen dosyalarda yanlış uygulamalardan ziyade ihmal unsurunun bulunduğu ifadeler dikkat çekmektedir. Bu bulgu, sağlık çalışanlarının ilgili uygulamayı yapabilmeye yetkinliği ve yeterliliği olduğunu, başka bir ifadeyle yeterli donanıma sahip olduğunu, ancak çeşitli nedenlere bağlı oluşan ihmaller sonucu tıbbi hataların ortaya çıktığını düşündürmektedir. Başka bir anlatımla, uzun mesai saatleri, yoğun çalışma koşulları, donanım teçhizatı yetersizliği, tükenmişlik gibi nedenlerle sağlık çalışanının aşırı yorulması-yıpranması sonucu azalan dikkat ve konsantrasyonuna bağlı gelişen ihmaller, tıbbi hata olgularının gelişmesinin sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır (Aydoğan Gedik, Ünsal, Arslantas ve Mutlu, 2021; Bahçecioğlu Turan, Mankan ve Polat, 2017; Caymaz, 2015; Cengiz, 2019). Nitekim, araştırmanın bir başka bulgusunda, tıbbi hata uygulamalarının daha ziyade mesleki sorumluluğu ve deneyimi daha fazla (10 yıl ve üzeri) olan sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Yine, Mankan, Turan ve Polat’ın intörn hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin en çok karşılaştığı tıbbi hatalar ve bu hataların nedenlerini inceledikleri çalışmalarında, iş yükünün fazla olması (%96.5), stres (%98.5) yorgunluk (%98) ve çalışma süresinin uzun olması (%93.6) tıbbi hataların başlıca nedenleri olarak ifade edilmiştir (Bahçecioğlu Turan, Mankan ve Polat, 2017). Tüm bilgilere karşın bu çalışmada, incelenen dosyalarda tıbbi hataların günün hangi zaman diliminde gerçekleştiğine dair bir veriye rastlanmamıştır. Bu araştırma bulgusu, sağlık çalışanlarının ihmali davranmasına neden olan faktörlerin belirlenerek, gerekli önlemlerin alınması bakımından dikkat çekicidir.

Tıbbi uygulama hatalarının, daha sıklıkla hasta yoğunluğunun ve sirkülasyonunun daha çok olduğu, hızlı karar vermeyi gerektiren durumların ve girişimsel müdahalelerin daha yoğun olduğu kurum (eğitim-araştırma ve devlet hastaneleri), klinik (kadın-doğum, acil ve cerrahi) ve birimlerde (ameliyathane ve acil triaj) gözlemlendiği ortaya çıkmıştır. Roytowski ve diğerleri (2014) nöroşirürjinin, malpraktis iddiaları ve tazminat kapsamı açısından “süper yüksek riskli” bir alan olarak kabul edildiğini belirtmiştir (Roytowski, Smith, Fieggen ve Taylor, 2014). Yeşiltaş (2021)'in, defansif tıbbi ilişkin makaleleri incelediği çalışmasında, 54 ülkeden elde ettiği makalelerin daha sıklıkla

“beyin cerrahi” alanındaki dergilerde ve sırasıyla en çok “World Neurosurgery” (13 yayın), Health Affairs” (12 yayın) ve “Academic Emergency Medicine” (8 yayın) dergilerinde yayımlandığı saptanmıştır (Yeşiltaş, 2021). Bu bilgiyi destekler nitelikte, bu çalışmada, incelenen dosyalardaki hiçbir tıbbi hata uygulaması girişimsel-psikomotor girişimlerin daha az olduğu kliniklerde gerçekleşmemiştir. Ancak yine de bu bulgu, girişimsel müdahalelerin daha az uygulandığı birimlerde (örneğin; psikiyatri gibi) tıbbi hataların daha az olduğunu göstermez, aksine buna yönelik daha kapsamlı araştırmaların yapılması gerektiği söylenebilir. Bunun yanında bulgular, tıbbi hata uygulamalarının daha sık gözlemlendiği, riski yüksek olan kurum, klinik ve birimlere yönelik ayrıcalıklı önleyici düzenlemeler yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Araştırma kapsamında incelenen dosyalarda yer alan olguların büyük çoğunluğunda, tıbbi hata uygulamasının zamanına ilişkin veri olmadığı tespit edilmiştir. Tıbbi hatanın yapılma nedenini (bilişsel yorgunluk, mesainin yoğun olduğu zaman dilimi vb. nedeniyle oluşan dikkatsizlik gibi) değerlendirmede ve hukuki yargılamada belki de cezai yaptırımını belirlemede önemli bir veri sağlayacak olan bu bilginin dosya kayıtlarına işlenmesinin gerekli ve önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, bu veri kayıt tutmadaki yetersizlikleri, aksaklıkları göstermesi bakımından dikkat çekicidir.

Araştırma kapsamında incelenen tıbbi hata olgularının büyük bir kesiminde (%87.1) mağdur zarar görmüştür. Tıbbi hatanın, mağdur bireyde yarattığı zarara karşılık fail/şüpheli konumundaki sağlık çalışanı için hukuksal olarak maddi (tazminat) ya da cezai yaptırımını bulunmaktadır. Bunun da sağlık sistemi üzerine ayrıca bir yük getireceği göz önünde bulundurulduğunda, olası tıbbi hataları önlemeye yönelik önlem alınmasının gerekliliği ve önemi daha iyi anlaşılacaktır.

İncelenen dosyalardaki tıbbi hataların daha çok hastanın tedavi sorumluluğunu üstlenen hekimler tarafından ve özellikle de 10 yıl ve üzeri çalışma deneyimi olan sağlık çalışanları tarafından yapıldığı belirlenmiştir. Hekimlerin, yapılan tıbbi uygulamalarda sorumlu kişi olmasının bu sonucun oluşmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, mesleki deneyimin artması ile daha fazla tıbbi uygulama hatası yapıyor olma arasındaki ilişki mesleki yorgunluk ve tükenmişlikle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Sanbar ve Firestone (2007)’da çalışmalarında, tükenmiş kişilerin tıbbi hata yapma ve dava açılma olasılığının daha yüksek olduğunu belirterek bu bilgiyi desteklemektedir (Sanbar ve Firestone, 2021). Çalışmada, ayrıca hemşirelere yönelik şikâyet konusu olan tıbbi hatalar içerisinde, enjeksiyona bağlı oluşan istenmeyen durumlar ve sorumluluk paylaşmayı gerektiren hastanın düşürülmesi (diğer yardımcı sağlık personeli de sorumludur) ya da cerrahi işlem sırasında hastanın ameliyat yerinde istenmeyen malzeme unutulması (bu durumlarda tüm ameliyat ekibi, öncelikli olarak hekim ve hemşire sorumludur) gibi durumlar yer almaktadır. Bu durumlar literatürde yer alan ve hemşireler tarafından yapılan tıbbi hata uygulama biçimleri ve oranları ile benzerlik göstermektedir (Avcı ve Aktan, 2015; Bahçecioğlu Turan, Mankan ve Polat, 2017; Caymaz, 2015).

Çalışmada, incelenen ve şikâyet konusu olan her dört tıbbi hata olgusundan birisinin Disiplin Şube tarafından soruşturulmasına izin vererek yargılama sürecine dahil edildiği göz önünde bulundurulduğunda, bunun hem kaynak israfı hem de sağlık sistemi açısından oluşturacağı ciddi maliyet, çalışanlar üzerinde oluşturacağı motivasyon kaybı vb. nedeniyle, sağlık çalışanlarının gerek mesleki eğitimleri sırasında gerek eğitim sonrası hizmet içi eğitimler ile tıbbi hata uygulamaları ve önleme konusunda bilinçlendirilmesinin gerekli ve önemli olduğu söylenebilir.

## SONUÇ

Araştırma sonucunda, geçmişten bugüne işlenen tıbbi hata kayıtlarında azalma olduğu, şikâyetlerin hataya maruz kalan kişinin kendisi ya da avukatı tarafından olmak üzere daha çok erkekler tarafından ve sıklıkla yerel yönetimlere (kaymakamlık) yapıldığı gözlemlenmiştir. Yapılan hataların, ihmali taksir niteliğinde (özen göstermeme, yetersiz tedavi veya değerlendirme) olduğu, sıklıkla eğitim-araştırma ve devlet hastanelerinin kadın-doğum, acil ve cerrahi kliniklerinde (ameliyathane ve acilde) gerçekleştiği ve daha çok hastanın tedavi ve bakım sorumluluğunu üstlenen hizmet süresi 10 yıl veya daha fazla olan sağlık profesyonelleri (hekim, hemşire vb.) tarafından yapıldığı saptanmıştır. Her dört olgudan birisi için Disiplin Şube tarafından soruşturma başlatılmasına izin verildiği görülmektedir.

Çalışma bulguları, konu ile ilgili sınırlı sayıda araştırmanın yer aldığı alana önemli bir katkı sunacaktır. Ayrıca araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, konuya yönelik farklı araştırma yöntemlerinin kullanıldığı çalışmalar yapılması, tıbbi uygulama hatalarını önlemeye yönelik klinik çalışma ortamlarının düzenlenmesi, girişimsel müdahalelerin geliştirilmesi, konu ile ilgili sağlık çalışanlarına hem mesleki hem de hizmet içi eğitimler düzenlenmesi önerilir. Ayrıca, çalışma bulgularına göre, olası tıbbi hataları önlemek amacıyla sağlık çalışanlarının ihmali davranmasına neden olan faktörlerin (yoğun mesai saatleri, çalışma koşulları, iş yükü, stres gibi) belirlenerek, ilgili konularda düzenlemeler yapılması önerilir.

**Yazar Katkıları:** Fikir ve tasarım: GOÇ; Veri toplama: BGE; Veri analizi ve yorumlama: GOÇ, LBA; Makale yazımı: GOÇ, LBA; Eleştirel inceleme: GOÇ.

**Çıkar Çatışması:** Bu çalışmada çıkar çatışması yoktur.

**Finansman:** Yazarlar çalışma için finansal destek almamıştır.

**KAYNAKÇA**

- Adams, R.E., Boscarino, J.A. (2004). A community survey of medical errors in New York. *Int J Qual Health Care*, 16(5), 353-362. doi: 10.1093/intqhc/mzh063. PMID: 15375095.
- Akbolat, M., Sırakaya, İ.R. (2016). Hasta güvenliği kültürünün algılanan örgütsel adalet üzerine etkisi. *HSİD*, 19(1), 1-16.
- Askitopoulou, H., Vgontzas, A. N. (2018). The relevance of the hippocratic oath to the ethical and moral values of contemporary medicine. Part ii: interpretation of the hippocratic oath—today's perspective. *European Spine Journal*, 27(7), 1491-1500. doi: 10.1007/s00586-018-5615-z. Epub 2018 May 21. PMID: 29786117.
- Avcı, K., Aktan, T. (2015). Bir sistem sorunu olarak tıbbi hatalar ve hasta güvenliği. *J DU Health Sci Inst*, 5(2), 48-54.
- Avşar, G., Armutçu, E.A. (2016). Hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeyi: Erzurum örneği. *HSP*, 3(2), 115-122.
- Aydoğan Gedik, S., Ünsal, A., Arslantas, D., Mutlu, A. (2021). Tıp fakültesi öğrencilerinin tıbbi malpraktis bilgi düzeyi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 43(2), 171-181. doi: 10.20515/otd.745382
- Bahçecioğlu Turan, G., Mankan, T., Polat, H. (2017). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinde malpraktis. *HSP*, 4(2), 98-104. doi: 10.17681/hsp-dergisi.276950
- Birgili, F., Köse, F. (2018). Tendencies of nurses to medical errors. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8(2), 249-266.
- Blendon, R.J., DesRoches, C.M., Brodie, M., Benson, J.M., Rosen, A.B., Schneider, E., et al. (2002). Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med*, 347(24), 1933-1940. DOI: 10.1056/NEJMsa022151
- Bodur, S., Filiz, E., Durduran, Y. (2011). Sağlık personeli ve toplumun tıbbi hatalar ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması. *Genel Tıp Derg*, 21(4), 123-130.
- Bostan, S., Kılıç, T., Çiftçi, F. (2014). Sağlık bakanlığı 184 sabim hattına yapılan şikâyetlerin karşılaştırmalı analizi. *Global Journal of Economics and Business Studies (Küresel İktisat ve İşletme Çalışmaları Dergisi)*, 3(5), 43-51.
- Caymaz, M. (2015). Sağlık personelinin tıbbi uygulama hataları üzerine bir araştırma. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(4), 1-14.
- Cengiz, İ. (2019). Tıbbi malpraktis, tıbbi malpraktisin psikolojik boyutları ve özel hastanede çalışan hekimin tıbbi malpraktisten doğan hukuki sorumluluğu. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, 37, 107-132.
- Değdaş, U.C. (2017). Hatalı tıbbi uygulamadan (malpraktis) doğan hukuki ve cezai sorumluluk. *AndHD*, 4(6), 41-65.
- Dikmen, Y.D., Yorgun, S., Yeşilçam, N. (2014). Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 44-56.
- Grober, E.D., Bohnen, J.M. (2005). Defining medical error. *Can J Surg*, 48(1), 39-44. PMID: 15757035; PMCID: PMC3211566.
- Gündüz Hoşgör, D., Hoşgör, H. (2019). Sağlık hizmeti tüketicileri perspektifinden özel hastane şikâyetlerinin incelenmesi. *HSİD*, 22(4), 823-842.
- Kessler, D.P. (2017). The effects of the us malpractice system: a review of the empirical literature. c2017 Erişim tarihi: 11 Eylül 2021. <https://1library.net/document/zp76p54z-effects-u-s-malpractice-review-empirical-literature.html>
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (2000). Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): *National Academies Press (US)*; 2000. PMID: 25077248.
- Koralay, G. (2021). *Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin bilgi, eğilim, tutum ve görüşleri: karma yöntem çalışması*. (Tez) Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Medical Malpractice Case Frequency Decreased over 10 year Period; c2019. Patient Safety and Quality Healthcare Erişim tarihi: 05.09.2021. <https://www.rmfm.harvard.edu/About-CRICO/Media/Press-Releases/News/2019/February/Medical-Malpractice-Case-Frequency-Decreased-over-10-year-Period>
- Northcott, H., Vanderheyden, L., Northcott, J., Adair, C., McBrien-Morrison, C., Norton, P., et al. (2008). Perceptions of preventable medical errors in Alberta, Canada. *Int J Qual Health Care*, 20(2), 115-122. doi: 10.1093/intqhc/mzm067. Epub 2007 Dec 23. PMID: 18158295.
- Rodziewicz, T.L., Houseman, B., Hipskind, J.E. (2021). Medical error reduction and prevention. 2021 Aug 6. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. PMID: 29763131.
- Roytowski, D., Smith, T.R., Fieggen, A.G., Taylor, A. (2014). Impressions of defensive medical practice and medical litigation among South African neurosurgeons. *S Afr Med J*, 104(11), 736-738. doi: 10.7196/samj.8336. PMID: 25909109



- Sanbar, S.S., Firestone, M.H. (2021). Medical malpractice stress syndrome. In the medical malpractice survival handbook. 2007: p.9-15. Erişim tarihi: 3 Eylül 2021. [http://www.acep.org/uploadedFiles/ACEP/Professional\\_Development/Faculty\\_Development/Medical\\_Malpractice\\_Stress\\_Syndrome\\_article\\_for\\_web.pdf](http://www.acep.org/uploadedFiles/ACEP/Professional_Development/Faculty_Development/Medical_Malpractice_Stress_Syndrome_article_for_web.pdf).
- Şahinli, S., Özdemir, E. (2019). Hasta şikâyet başvuru içeriklerinin incelenmesi: istanbul ili devlet hastanesi örneği. *JOHMAL*, 1,16-21. doi: 10.35345/johmal.519633
- World Health Organization [WHO]. Patients for Patient Safety: Partnerships for Safer Health Care; c2013. Erişim tarihi: 14 Eylül 2021. [www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/PFPS\\_brochure\\_2013.pdf](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/PFPS_brochure_2013.pdf)
- Yaman, Z., Kavuncu, B. (2020). Özel hastanelere yapılan çevrimiçi şikâyetlerin içerik analizi ile incelenmesi. *Sivas Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 21(2), 282-297. doi: 10.37880/cumuiibf.743201
- Yeşiltaş, A. (2021). Defansif tıbbın bilimsel haritalama yöntemiyle analizi. *CUSBED*, 1(6), 7-16. doi: 10.51754/cusbed.825951
- Yıldırım, İ. (2015). Tıbbi malpraktis ve hekim mesleki sorumluluk sigortası. *ACU Sağlık Bil Derg*, 6(3), 121-129.
- Yücesan, A., Alkaya, S.A. (2017). Bireylerin tıbbi hatalarla ilgili görüş ve deneyimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 44(1),25-31. doi: 10.5798/dicletip.298577