

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ACİL SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ACİL SAĞLIK
HİZMETLERİNDE MALPRAKTİK RİSK
DEĞERLENDİRMESİ ÜZERİNE BİR SAHA
ARAŞTIRMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Volkan KILIÇ

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Sedat BOSTAN

ORDU-2023

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Volkan KILIÇ tarafından hazırlanan ve Prof. Dr. Sedat BOSTAN danışmanlığında yürütülen “**Acil Sağlık Çalışanlarının Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirmesi Üzerine Bir Saha Araştırması**” adlı bu tez, jürimiz tarafından 23 / 06 / 2023 tarihinde oybirliği/oyçokluğu ile Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Sedat BOSTAN

Başkan : Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ İmza.....
Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı
Ordu Üniversitesi

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Sedat BOSTAN İmza.....
Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı
Karadeniz Teknik Üniversitesi

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Halil ŞENGÜL İmza.....
Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi

ONAY

... / ... / 20... tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../20... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../20...

İmza
Enstitü Müdürü
Unvanı, Adı ve Soyadı

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Volkan KILIÇ

TEŞEKKÜR

Tüm lisansüstü eğitimim boyunca her konuda yoluma ışık tutan, bilgi, birikim ve tecrübelerini benden esirgemeyen, yanımda olduğunu hissettirerek motive eden, beni geliştiren ve akademik yaşantımda örnek aldığım değerli danışmanım Sayın Prof. Dr. Sedat BOSTAN'a,

Bilgi ve deneyimleriyle tezimin geliştirilmesinde kıymetli katkılar sunan tez sınavı jüri üyesi hocalarım Sayın Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ'e ve Sayın Doç. Dr. Halil ŞENGÜL'e,

Bu araştırmaya zaman ayırıp, katkı sunan değerli acil sağlık çalışanlarına,

Beni bugünlere getiren, her zaman yanımda olan ve desteklerini hep hissettiğim babam Sırrı KILIÇ, annem Gülsen KILIÇ ve ağabeyim Tolgahan KILIÇ'a,

Çalışmalarımın her aşamasında sabırla ve sevgiyle benimle yorulan, bilgi ve deneyimleriyle beni her zaman destekleyen sevgili eşim Arş. Gör. Dr. Çiğdem TORUN KILIÇ'a ve yüksek lisans tez çalışmam sürecinde hayatıma giren, varlığıyla dünyamı renklendiren biricik kızım Bilge Güneş KILIÇ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Volkan KILIÇ

ÖZET

ACIL SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ACIL SAĞLIK HİZMETLERİNDE MALPRAKTİS RİSK DEĞERLENDİRMESİ ÜZERİNE BİR SAHA ARAŞTIRMASI

Amaç: Bu araştırma, acil sağlık çalışanlarının değerlendirmeleriyle acil sağlık hizmetlerinde malpraktis risklerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Metodolojik ve tanımlayıcı türdeki bu çalışma, kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak, Türkiye genelinde 447 acil sağlık çalışanı ile yürütülmüştür. Veriler, araştırmacılar tarafından bu araştırma kapsamında geliştirilen “Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği” ve demografik bilgiler anketi kullanılarak çevrim içi olarak toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS ve SPSS AMOS programları kullanılarak yapılmıştır. Ölçek geliştirme çalışmasında, açıklayıcı faktör analizine göre ölçek; tek boyut 23 madde ile biçimlenmiş ve bu yapıya ilişkin doğrulayıcı faktör analizi uyum indeksleri $X^2/sd=3.05$, GFI=0.88, CFI=0.90, TLI=0.90, RMSEA=0.07 ve RMR=0.07 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach’s Alpha değeri 0.931 olarak bulunmuştur.

Bulgular: Acil sağlık çalışanlarının mesleklerinden orta düzeyde memnun oldukları ve mesleklerinden memnuniyet düzeyi arttıkça, malpraktis riskini daha düşük değerlendirdikleri tespit edilmiştir. Acil sağlık çalışanlarının %22.1’i meslek hayatlarında en az bir defa tıbbi hata yaptıklarını, %33.1’i arkadaşlarından tıbbi hata yapıldığını duyduğunu ve %28.6’sı tıbbi hataya şahit olduğunu belirtmiştir. Demografik özelliklere göre yapılan değerlendirmelere göre; bekâr, 1 yıldan az deneyime sahip, özel sektörde, haftada 41 saat ve üzeri, vardiyalı ve karma usulde çalışan acil sağlık çalışanlarının malpraktis risk değerlendirme puanları daha yüksektir. Ayrıca laboratuvar tekniker/teknisyenlerinin malpraktis risk değerlendirme puanları; hekim, paramedik ve diğer sağlık çalışanından daha yüksektir; hekim, hemşire, ATT ve diğer sağlık çalışanlarının ise paramediklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır. Acil sağlık çalışanlarının tıbbi hata risk değerlendirme puanlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Acil sağlık hizmetlerinde malpraktis risklerinin en az seviyeye indirilmesi için risklerin çok iyi belirlenmesi, çalışma koşullarının iyileştirilmesi faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Malpraktis, Tıbbi Hata, Malpraktis Risk Değerlendirmesi, Acil Sağlık Hizmetleri, Acil Sağlık Çalışanları.

ABSTRACT

A FIELD RESEARCH ON MALPRACTICE RISK ASSESSMENT IN EMERGENCY HEALTH SERVICES OF EMERGENCY HEALTH WORKERS

Aim: This research was conducted to examine the risks of malpractice in emergency health services with the evaluations of emergency health workers.

Material and Method: This methodological and descriptive study was conducted with 447 emergency health workers across Turkey using convenience sampling method. The data were collected online using the "Malpractice Risk Assessment Scale in Emergency Health Services" and demographic information questionnaire developed by the researchers within the scope of this research. Data analysis was performed using SPSS and SPSS AMOS programs. In the scale development study, the scale according to the explanatory factor analysis; one dimension was formed with 23 items and the confirmatory factor analysis fit indices for this construct were determined as $X^2/sd=3.05$, GFI=0.88, CFI=0.90, TLI=0.90, RMSEA=0.07 and RMR=0.07. The Cronbach's Alpha value of the scale was found to be 0.931.

Results: It has been determined that emergency health workers are moderately satisfied with their profession and as the level of satisfaction with their profession increases, they evaluate the risk of malpractice lower. 22.1% of emergency health workers stated that they made a malpractice at least once in their professional life, 33.1% of them said that they heard a malpractice from their friends and 28.6% of them said that they witnessed a malpractice. According to the evaluations made according to demographic characteristics; Malpractice risk assessment was found to be higher in emergency health workers who are single, have less than 1 year of experience, work 41 hours or more per week in the private sector, and work in shifts and mixed mode. In addition, malpractice risk assessment of laboratory technicians; higher than physicians, paramedics and other healthcare professionals; physicians, nurses, ATT and other health workers were found to be higher than paramedics.

Conclusions: The Malpractice Risk Assessment Scale in Emergency Health Services is a valid and reliable measurement tool. It is seen that the treatment malpractice risk assessment scores of the emergency health workers are at a moderate level. In order to minimize malpractice risks in emergency health services, it may be beneficial to determine the risks very well and to improve working conditions.

Key words: Malpractice, Medical Error, Malpractice Risk Assessment, Emergency Health Services, Emergency Health Workers.

İÇİNDEKİLER

KAPAK	
ONAY	
TEZ BİLDİRİMİ	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET	III
ABSTRACT	IV
İÇİNDEKİLER	V
ŞEKİLLER DİZİNİ	X
TABLolar DİZİNİ	XI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	XIII
EKLER	XIV
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tanımlar	3
2.2. Tıbbi Uygulama Hatası (Malpraktis)	5
2.2.1. Tıbbi Müdahale Kavramı	5
2.2.2. Malpraktis Tanımı	7
2.2.3. Malpraktis ve Komplikasyon Ayrımı	9
2.2.4. Malpraktis Kavramının Tarihsel Gelişim Süreci	13
2.2.5. Malpraktis Nedenleri	16
2.2.6. Defansif Tıp Kavramı	19
2.2.7. Malpraktis Konusunda Yapılan Çalışmalar	20
2.2.8. Sağlık Çalışanlarının Malpraktis Boyutunda Hukuki Sorumlulukları	26
2.2.9. Türkiye’de Malpraktisin Hukuki Boyutu	28

2.2.9.1. 1982 Türkiye Cumhuriyeti Anayasası	28
2.2.9.2. Türk Medeni Kanunu	28
2.2.9.3. Türk Borçlar Kanunu	29
2.2.9.4. Türk Ceza Kanunu	30
2.2.9.5. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu.....	30
2.2.9.6. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu.....	31
2.2.9.7. Hususi Hastaneler Kanunu.....	31
2.2.9.8. Hasta Hakları Yönetmeliği.....	32
2.2.9.9. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi	33
2.2.9.10. Türk Tabipleri Birliği'nin Mevzuat ve Kararları	33
2.2.9.10.1. Türk Tabipleri Birliği Kanunu.....	33
2.2.9.10.2. Sağlık Hizmeti Kaynaklı Zarar Bildirgesi.....	34
2.2.9.10.3. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları	34
2.2.9.11. 663 Sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname	35
2.2.9.12. Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik	36
2.2.9.13. Diğer Kanun, Yönetmelik ve Mevzuatlar	38
2.2.10. Dünyada Malpraktisin Hukuki Boyutu.....	39
2.2.10.1. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi.....	39
2.2.10.2. Hekimlik Ahlakı Uluslararası Yasası.....	40
2.2.10.3. Tokyo Bildirgesi.....	40
2.2.10.4. Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi.....	40
2.2.10.5. Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Bildirgesi	41
2.2.10.6. Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi	41

2.2.10.7. Bali Hasta Hakları Bildirgesi	42
2.2.10.8. Tıbbi Hizmetin Standardı için Mesleki Sorumluluk Kararı.....	42
2.2.10.9. İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi	43
2.2.11. Türkiye’de ve Dünyada Malpraktis Uygulamaları	43
2.2.11.1. Türkiye	43
2.2.11.2. İsveç	44
2.2.11.3. İngiltere	44
2.2.11.4. Amerika Birleşik Devletleri	45
2.2.11.5. Finlandiya.....	46
2.2.11.6. Japonya.....	46
2.2.11.7. Almanya	46
2.3. Acil Sağlık Hizmetleri ve Malpraktis.....	47
2.3.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi	48
2.3.1.1. Dünyada Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi	48
2.3.1.1.1. Dünyada Acil Tıp Sistemleri.....	49
2.3.1.1.1.1. Anglo-Amerikan Modeli.....	49
2.3.1.1.1.2. Franko-German Modeli	49
2.3.1.2. Türkiye’ de Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi	50
2.3.1.3. Acil Sağlık Hizmeti Birimleri	52
2.3.2. 112 Acil (Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri).....	53
2.3.2.1. İl Ambulans Servisi Başhekimliği	53
2.3.2.2. Komuta Merkezi.....	53
2.3.2.3. İstasyonlar	54
2.3.2.4. Ambulanslar	55
2.3.2.5. Personel	56

2.3.4. Acil Servis (Hastane Acil Sağlık Hizmetleri).....	57
2.3.4.1. Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması	58
2.3.4.2. Acil Servis Personeli	59
2.3.4.3. Acil Servislerin Bünyesinde Bulunan Alanlar ve Birimler.....	60
2.3.4.4. Acil Servislerin 112 Komuta Kontrol Merkezi ile Koordinasyonu ...	61
2.3.4.5. Acil Servis Akış Şeması.....	61
2.3.5. Acil Sağlık Hizmetlerinde Risk Kavramı	62
2.3.5.1. Risk Yönetimi	62
2.3.5.2. Malpraktis Risk Yönetimi	62
2.3.6. Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Konusunda Yapılan Çalışmalar...	63
2.3.7. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Konusunda Verilen Yargı Kararı Örnekleri.....	65
3. GEREÇ VE YÖNTEM	67
3.1. Araştırmanın Modeli	67
3.2. Verilerin Analizi.....	69
3.3. Araştırmanın Yöntemi	69
3.4. Araştırmanın Evreni	70
3.5. Örneklem Tekniği.....	70
3.6. Örneklem Büyüklüğü	70
3.7. Anket Formu İçeriğine Dair Bilgiler	71
3.7.1. Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği (ASHMRDÖ).....	72
3.7.2. Ölçeğin Güvenirlik Analizi Sonuçları	73
3.7.3. Ölçeğin Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) Geçerlik Sonuçları	74
3.7.4. Ölçeğin Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Sonuçları	78
3.7.5. Ölçeğin Ayırt Edicilik t-testi Sonuçları	81

3.8. Dâhil Edilme Kriterleri.....	81
3.9. Dışlanma Kriterleri.....	81
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	82
3.11. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	82
3.12. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	82
4. BULGULAR	83
4.1. Demografik Veriler	83
4.2. Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği Katılım Yüzdeleri ve Önem Aralıkları	87
4.3. Hipotezlerin Analiz Sonuçları	90
5. TARTIŞMA	100
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	108
6.1. Sonuçlar.....	108
6.1.1. Malpraktis Risk Değerlendirmesi Yüksek Sonuçlar.....	108
6.1.2. Malpraktis Risk Değerlendirmesi Düşük Sonuçlar	109
6.2. Öneriler.....	109
KAYNAKÇA	111
EKLER.....	125
EK 1: Tez Önerisi /Enstitü Yönetim Kurulu Kararı.....	125
EK 2: Etik Kurul İzni	126
EK 3: Demografik Bilgi Formu	127
EK 4: Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği	128
ÖZGEÇMİŞ.....	129

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 2.2. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması	52
Şekil 2.3. Acil Servis Akış Şeması	61
Şekil 3.1. Araştırmanın Modeli.....	67
Şekil 3.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Geçerlik Modeli	78

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 2.1. Tıbbi Malpraktis-Komplikasyon Ayrımının Gruplandırılması.....	12
Tablo 2.2. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetlerinin Kronolojik Tarihsel Gelişimi	51
Tablo 2.3. Acil Servislerin Seviyeleri ve Nitelikleri	58
Tablo 2.3. Renk Kodlaması.....	59
Tablo 3.1. Belirli Evrenler İçin Kabul Edilebilir Örneklem Büyüklükleri.....	71
Tablo 3.2. Güvenirlilik Analizi.....	73
Tablo 3.3. KMO ve Bartlett’in Küresellik Testi	74
Tablo 3.4. Ölçek Maddeleri Faktör Yükleri (Frekansları)	76
Tablo 3.5. Açıklanan Toplam Varyans.....	77
Tablo 3.6. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) İndeks Değerleri ve Analiz Sonuçları	79
Tablo 3.7. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Faktör Yükleri	80
Tablo 3.8. Ölçek Puanlarının Alt-Üst %27 Gruplarına Göre Farklılaşma Durumu..	81
Tablo 4.1. Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği Demografik Özellikleri	84
Tablo 4.2. Meslekten Memnuniyet Düzeyleri.....	85
Tablo 4.3. Son Bir Yıl İçinde Şahit Olunan Hatalı Tıbbi Uygulama Durumu.....	86
Tablo 4.4. Son Bir Yıl İçinde Çalışma Arkadaşlarından Duyulan Hatalı Tıbbi Uygulama Durumu.....	86
Tablo 4.5. Meslek Hayatı İçinde Hatalı Tıbbi Uygulama Yapılma Durumu	86
Tablo 4.6. Katılımcıların Ölçek İfadelerine Katılım Yüzdeleri ve Önem Aralıkları	88
Tablo 4.7. Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalaması	90
Tablo 4.8. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Cinsiyete Göre Değişimi (T-testi).....	91

Tablo 4.9. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Yaşa Göre Değişimi (One-Way Anova testi).....	91
Tablo 4.10. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Medeni Duruma Göre Değişimi (T-testi).....	92
Tablo 4.11. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Eğitim Durumuna Göre Değişimi (One-Way Anova testi)	92
Tablo 4.12. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Mesleklere Göre Değişimi (One-Way Anova testi)	93
Tablo 4.13. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Meslek Yılına Göre Değişimi (One-Way Anova testi).....	94
Tablo 4.14. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Çalışılan Birime Göre Değişimi (T-testi).....	94
Tablo 4.15. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Çalışılan İş Yerine Göre Değişimi (T-testi).....	95
Tablo 4.16. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Haftalık Ortalama Çalışma Sürelerine Göre Değişimi (T-testi).....	96
Tablo 4.17. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Çalışma Durumlarına Göre Değişimi (One-Way Anova testi)	96
Tablo 4.18. ASHMRDÖ Puanı Ortalaması ile Meslekten Memnuniyet Düzeyi Ortalaması Korelasyon Analizi	97
Tablo 4.19. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Son Bir Yıl İçinde Hatalı Tıbbi Uygulamaya Şahit Olma Durumlarına Göre Değişimi (T-testi).....	98
Tablo 4.20. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Son Bir Yıl İçinde Hatalı Tıbbi Uygulama Yapıldığını Duyma Durumlarına Göre Değişimi (T-testi)....	98
Tablo 4.21. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Meslek Hayatları İçinde Hatalı Tıbbi Uygulama Yapma Durumlarına Göre Değişimi (T-testi)	99

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü-DSÖ (World Health Organization)
TDK	: Türk Dil Kurumu
ASHMRDÖ	: Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
M.Ö.	: Milattan Önce
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
DTB	: Dünya Tabipleri Birliği
GRS	: Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
NHS	: Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Service-İngiltere)
JMA	: Japonya Tıp Derneği (Japan Medical Association)
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
USG	: Ultrasonografi
AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
RMSEA	: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
GFI	: Uyum İyiliği İndeksi
AGFI	: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi
CFI	: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
TLI	: Tucker-Lewis İndeksi
RMR	: Artık Kareler Ortalamasının Karekökü

EKLER

Ek No		Sayfa No
Ek 1.	Tez Önerisi /Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	125
Ek 2.	Etik Kurul İzni.....	126
Ek 3.	Demografik Bilgi Formu.....	127
Ek 4.	Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği.....	128

1. GİRİŞ

Yaşama hakkı ve sağlık hakkı, insanın en temel haklarıdır. Hukuk kurallarının oluşturulmasının temelinde, bu hakları korumak ve devamlılığını sağlamak yatmaktadır. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin (1948) 3. maddesinde herkesin yaşamaya hakkı olduğu ve 26. maddesinde herkesin kendisi ve ailesi için gerekli tıbbi bakım ve sağlığı temin edecek bir hayat seviyesine erişme hakkının olduğu ifadeleriyle bu iki hakkın evrenselliği beyan edilmiştir. Bu hususlar T.C. Anayasası'nın (1982) 17. maddesinde ise ; "herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazdı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tâbi tutulamaz." ifadeleriyle düzenlenmiştir.

Bireylerin yaşama ve sağlık haklarının korunması devletin en temel görevidir. Tıp bilimi ve bu bilimin uygulayıcıları, insanların bu temel haklarının korunması hususundaki en önemli bileşenlerdendir. Ancak, tıp bilimin uygulayıcıları olan hekim ve diğer sağlık profesyonelleri, mesleklerini icra ederken, diğer meslek gruplarında olduğu gibi hata yapma riski ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Çok karmaşık ve sistemsal bir yapı olan insanı ve insan sağlığını temel alan tıp bilimi, sağlığı korumak ve hastalığı hafifletmek veya önlemek amacıyla sayısız uygulamayı içinde barındıran önemli bir bilimdir. Her canlıda olduğu gibi insan da her biri farklı bir sistemler bütünü oluşturur. Tıp bilimi literatüründeki bilgilerin her insan için ayrı değerlendirilmesi gerektiği hususu da sağlık profesyonellerinin görev ve sorumluluklarının önemini vurgular niteliktedir. Yaş, cinsiyet, soy, yaşanılan bölge, kronik hastalıklar, ağrı eşiği, vücut direnci, ilaç direnci, kilo, boy gibi daha birçok değişken her insanda farklılık gösterdiğinden dolayı, her bir tıbbi yaklaşımı da değişkenlik gösterebilmektedir. Bütün bu sistemsal karmaşıklık da mesleki ve hukuki olarak sağlık profesyonellerini hata yapma riski ile karşı karşıya bırakmaktadır.

Tıp biliminde hata türleri, istenmeyen sonuç; yan etki (komplikasyon) ve tıbbi hata (malpraktis) olarak ikiye ayrılmaktadır. Özellikle son yüzyılda sağlık ve hukuk bilimcilerinin ilgilendiği önemli konulardan olan ve birbirinden farklı olarak görülen bu iki kavramın, birbirinden ayrımının belirlenmesi ise önem teşkil etmektedir.

Tıp biliminin önemli dallarından birisi olan acil sağlık hizmetlerinde de hata yapma riskleri oldukça fazladır. Terimsel olarak, “ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlar” olarak Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğı’nde tanımlanan acil haller, tıbbi tanı, tedavi ve uygulamaların çok daha çabuk icra edilmesini gerektirmekte ve sağlık ekibinin işini daha da zorlaştırmaktadır.

Malpraktis, 1980’li yılların başından bu yana özellikle bazı gelişmiş ülkelerde ve son yıllarda da tüm dünyada tartışılan, etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetimsel yönleriyle çok yönlü, çok boyutlu bir konudur. Türkiye’de ise malpraktis, 2000’li yıllarda çeşitli boyutlarda tartışılmaya başlanmış olup, halen çözüm arayışlarının sürdüğü dinamik bir süreç içerisinde (Ertem ve ark., 2009).

Bu çalışmada, acil sağlık hizmeti verilen birimlerde acil sağlık çalışanlarının değerlendirmeleriyle malpraktis risklerinin araştırılması amaçlanmıştır. Literatür incelendiğinde, acil sağlık hizmeti verilen birimlerde malpraktis risklerinin değerlendirildiğı bir ölçüm aracının bulunmaması sebebiyle yapılan bu çalışmayla, araştırmacılar tarafından geliştirilen geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olan “Acil Sağlık Hizmetlerinde Risk Değerlendirme Öleğı”nin literatüre kıymetli bir katkı yapacağı düşünölmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanımlar

Sağlık: Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 1946 yılında sağlığı “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu.” olarak tanımlarken, Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde ise kişilerin sosyal, ruhsal ve fiziksel olarak tam bir iyilik halinde olması şeklinde ifade edilmiştir.

Hastalık: TDK sözlüğünde hastalık, organizmada bazı farklılıkların meydana gelmesiyle sağlık durumunda bozulma, rahatsızlık, şeklinde açıklanmaktadır.

Tıp: TDK sözlüğünde tıp, rahatsızlık ve hastalıkları önlemek, durumları hafifletmek veya önüne geçebilmek amacıyla bilimsel ve teknik girişimlerin tamamı, tababet ilmi olarak ifade edilmektedir.

Sağlık Hukuku: Tunçer (2021) sağlık hukukunu, sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti talep edenlerle, bunların devletlerle münasebetlerini düzenleyen hukuk kuralları, biçiminde ifade etmiştir.

Tıp Hukuku: Hakeri (2021) tıp hukukunu, tıp ilminin uygulanmasından kaynaklanan sağlık personelinin yasal sorumlulukları, hak ve yükümlülükleri, hasta hakları, medikal hukuk, ilaç hukuku gibi meselelerle ilgilenen, sağlık hukukunun bir dalıdır, şeklinde açıklamıştır.

Komplikasyon: TDK'nın İlaç ve Eczacılık Terimleri Sözlüğü'nde (2014) komplikasyon, bir hastalığın veya sağlık probleminin gidişatı veya tedavisi esnasında başka hastalık veya bozuklukların ortaya çıkması, olarak ifade edilirken, Özer ve ark. (2015) komplikasyonu, özen ve dikkat yükümlülüğünün gözetilmesine rağmen meydana gelen istenmeyen sonuç, olarak açıklamıştır.

İlk Yardım: Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nin 4. maddesinde ilk yardım, herhangi bir yaşamı tehlikeye düşüren bir olayda veya kaza durumunda sağlık personelinin tıbbi müdahalesi sağlanıncaya kadar mevcut durumun daha kötüye seyretmesini engelleyebilmek ya da yaşamın kurtarılması maksadıyla olay yerinde, tıbbi araç gereç bakılmaksızın eldeki araç ve gereçlerle yapılan ilaçsız tıbbi uygulamalar, olarak açıklanmaktadır.

Acil Tedavi: Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nin 4. maddesinde acil tedavi, sağlık kurum ve kuruluşları ile hastanelerde acil tıbbî tedaviye gereksinim duyanlara verilen tıbbi hizmetlerin tümü, olarak açıklanmıştır.

Acil Sağlık Hizmetleri: Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nin 4. maddesine göre, acil hastalık ve yaralanma durumlarında, alanında özel tıbbi eğitim görmüş ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç yardımıyla olay mahallinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında verilen bütün sağlık hizmetlerini ifade etmektedir.

Bakım Standardı: “Bakım standardı, bilimsel ve teknik gelişmeler, ortam koşulları, uygulamayı yapan kişinin eğitim düzeyi göz önünde bulundurulduğunda, aynı ortam koşullarında aynı yetkinlik düzeyinde bir sağlık çalışanının göstermesi gereken özen.” şeklinde ifade edilmektedir (Polat ve Pakiş, 2011).

Defansif Tıp: “Hekimlerin, tıbben herhangi bir gerekliliği olmamasına rağmen hastalardan ek test ve tetkikler, ek araştırmalar istemeleri ya da yüksek riskli hastaları muayeneden ve hatta tedaviden kaçınmalarını içeren tıbbi davranışlardır.” (Barlıoğlu, 2018).

Risk: TDK Hemşirelik Terimleri Sözlüğü'nde risk, olumsuz olay veya durumların meydana gelme olasılığı, şeklinde tanımlanmıştır.

Malpraktis: Ertem ve ark. (2009) malpraktisi; “teşhis, tedavi, bakım ve bakım sonrası dönemde hekim ve diğer hasta ile birebir ilgilenen sağlık meslek gruplarının sorumluluğunda gelişen, hastanın hayatı ve sağlık durumuna direkt etki eden, istenmeyen olaylardır.” şeklinde ifade etmişlerdir.

2.2. Tıbbi Uygulama Hatası (Malpraktis)

2.2.1. Tıbbi Müdahale Kavramı

TDK sözlüğünde tıp, “hastalıkları iyileştirmek, hafifletmek veya önlemek amacıyla başvuru teknik ve bilimsel çalışmaların tümü, tababet” olarak tanımlanmaktadır.

Tıbbi uygulamayı gerçekleştirebilecek kişilerin kim olduğunun bilinmesi malpraktisten doğan gerek hukuki gerek ise cezai sorumluluk açısından önemlidir. Zira hatalı tıbbi uygulamadan söz edebilmek için bu uygulamayı yapan kişinin kanunen uygulamayı yapmaya yetkili olması gerekir (Değdaş, 2018).

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un 1. maddesine göre, Türkiye Cumhuriyeti’nde tıp biliminin icrasında ve hasta tedavi edebilmek için tıp fakültesi diplomasına sahip olmak, diğer bir deyişle hekim olmak gerekmektedir.

Tıp biliminin uygulayıcıları olan sağlık mesleği mensupları, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’a göre; tabip, diş tabibi, hemşire, ebe ile aynı kanunun ek 13. maddesinde belirtilen “klinik psikolog, fizyoterapist, odyolog, diyetisyen, dil ve konuşma terapisti, podolog, sağlık fizikçisi, anestezi teknisyeni/teknikeri, tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri, tıbbi görüntüleme teknisyeni/teknikeri, ağız ve diş sağlığı teknikeri, diş protez teknikeri, tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri, ameliyathane teknikeri, adli tıp teknikeri, odyometri teknikeri, diyaliz teknikeri, fizyoterapi teknikeri, perfüzyonist, radyoterapi teknikeri, eczane teknikeri, iş ve uğraşı terapisti, iş ve uğraşı teknikeri, elektronörofizyoloji teknikeri, mamografi teknikeri, acil tıp teknikeri, acil tıp teknisyeni, hemşire yardımcısı, ebe yardımcısı ve sağlık bakım teknisyeninden” oluşmaktadır.

Tarih boyunca geçerliğini koruyan “iyileştiren daima haklıdır.” durumu günümüzde kabul görmemektedir. Tıp hukukunda, tıbbi müdahale için birtakım koşullar gereklidir. Bunlar:

- a) Tıbbi müdahalenin sağlık personeli tarafından yapılması,
- b) Hastanın tıbbi müdahale için aydınlatılmış rızasının olması,
- c) Tıp biliminin gerektirdiği uygun ve gereken tıbbi müdahale.

Tıbbi müdahale yetkisi esas itibariyle hekime olmak üzere sadece sağlık personeline (acil durumlar hariç) verilmiştir (Hakeri, 2021). Hastanın yalnız rızası olduğu durumlarda tıbbi müdahaleye tabi tutulabilmektedir. Bu nedenle hastanın anlayabileceği şekilde rızasının alınması, hukuki açıdan önemlidir.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 15. maddesinde hasta veya yaralının kendisine yapılacak olan tıbbi girişimler hakkında aydınlatılması hususuna yer verilmiştir. Buna göre, hasta veya yaralıya;

- a) Tıbbi durumunun olası nedenleri ve nasıl seyredeceği,
- b) Yapılacak olan tıbbi müdahalenin nasıl, nerede, hangi zaman süresince ve kimler tarafından yapılacağı,
- c) Tıbbi müdahale süresince oluşabilecek olası komplikasyonları,
- d) Uygulanacak ilaçların önemli birtakım özellikleri,
- e) Uygulanabilecek diğer tıbbi tanı ve tedavi yöntemleri ve olası risk ve faydaları,
- f) Tıbbi müdahaleyi reddetmesi halinde olabilecek olası risk ve faydaları, konularında bilgi verilir.

Hastanın aydınlatılması ve rızasının alınmasının istisnası acil durumdur. Acil durum; çok kısa sürede müdahale edilmediği takdirde hastanın sağlığının tehlikeye gireceği, kalıcı hasarlara neden olabileceği hatta ölümlü sonuçlanabileceği hallerdir (Hakeri, 2021). Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24. maddesinde bu durum açıklanmıştır: Hasta veya yaralının rızasının alınmadığı hayati tehlikesinin ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hasta veya yaralının bir organının kaybına ya da işlevini yerine getiremez durumunun oluşmasına sebep olacak halin varlığı durumunda, hasta veya yaralıya gereken tıbbi bir müdahalenin yapılmasında hasta veya yaralının rızasının alınması şartı aranmamaktadır. Bu hallerde hasta veya yaralıya gereken tıbbi müdahale yapılarak kayıt altına alınır. Fakat bu hallerde, mümkünse hasta veya yaralının yanında bulunan yakını veya kanuni temsilcisi, mümkün olmadığı durumlarda da tıbbi müdahale sonrasında hasta veya yaralının yakınına veya kanuni temsilcisine bilgi verilir. Bu ifadelerden anlaşılacağı üzere acil durum, tıbbi müdahalede sağlık personelinin sorumluluğu açısından önemli bir istisnai durumu ifade etmektedir. Acil müdahalede, hukukun sağlık personeline yüklediği hastanın

veya yakınının/kanuni temsilcisinin rızası şartı aranmamaktadır. Çünkü önemli olan hastanın sağlık durumunun kötüleşmesinin, organ kaybının ve hatta ölümünün engellenmeye çalışılmasıdır.

Tıbbi müdahalenin tıp bilimi ve uygulamasına uygun olarak sadakat ve özenle bizzat yapma borcu, hekimlik sözleşmesinin gereklerindedir. Tıbbi uygulama kapsamında sadakat borcu, sağlık personelinin hastanın yararına uygulamalarda bulunurken, ona zarar verecek hareketlerden kaçınılması gerekliliği borcunu ifade etmektedir (Hakeri, 2021).

Hekimlik sözleşmesiyle anlatılmak istenen, serbest çalışan bir hekim ile bizzat hasta veya yaralı ya da kendisinin kanuni temsilcisi arasında oluşturulan ve hekimi bir ücret karşılığında tıbbi teşhis, tedavi veya tıbbi uygulama yapılması maksadıyla yükümlü kılan iş görme sözleşmesidir (Demir, 2008). Hekimlik sözleşmesiyle, hekime sözleşmeden doğan yükümlülükleri daha açık bir ifadeyle sıralanacak olursa (Yeşiller, 2019):

- a) Hekimin Hasta veya Yaralının Öyküsünü Alma ve Muayene Yükümlülüğü
- b) Hekimin Teşhis ve Tedavi Yükümlülüğü
- c) Hekimin Bizzat İlgilenme Yükümlülüğü
- d) Hekimin Hasta veya Yaralıyı Aydınlatma Yükümlülüğü
- e) Hekimin Hasta veya Yaralının Rızasını Alma Yükümlülüğü
- f) Hekimin Özen ve Sadakat Yükümlülüğü
- g) Hekimin Sır Saklama Yükümlülüğü
- h) Hekimin Kayıt Tutma Yükümlülüğü

Hekimin bu yükümlülükleri yerine getirmesi mesleğinin bir gereğidir. Mesleki ve etik olarak olduğu kadar bu yükümlülüklere uymamak da hukuken sorumluluk doğurmaktadır.

2.2.2. Malpraktis Tanımı

İngilizce'deki karşılığı malpractice olan malpraktis terimi, Latince kökenli bir kelimedir. Male kelimesi: kötü ve praxis kelimesi ise: uygulama, anlamı taşımaktadır. Malpraktis terimi de bu kelimelerden türemiş olup; hatalı, kötü uygulama anlamına gelmektedir (Tunçer, 2021).

Literatürde malpraktis; uygulama hatası, hatalı uygulama, tıbbi hata, hekimin uygulama hatası, hekimliğin kötü uygulaması, tıbbi yanlış uygulama, tıbbi uygulama hatası gibi birden çok benzer ifadelerle kullanılmıştır.

TDK Bilim ve Sanat Terimleri Sözlükleri'nde malpraktis kelimesinin farklı tanımları mevcuttur. TDK Tıp Terimleri Kılavuzu'nda "kusurlu uygulama" olarak ifade edilmiştir. TDK Hemşirelik Terimleri Sözlüğü'nde "tıbbi hata" ve TDK İlaç ve Eczacılık Terimleri Sözlüğü'nde ise "hekimin kabul edilmiş olan tanı ve tedavi yöntemlerine uymaması veya görevini ihmal etmesi sonucu, hastada geçici sağlık sorunlarına ve hatta ölüme yol açacak hatalı işlem yapması, hatalı uygulama." ifadeleri yer almaktadır.

44. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda 1992 yılında kabul edilen Tıpta Yanlış Uygulama konulu duyurusunda tıbbi uygulama hatası (malpraktis), "hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır." şeklinde ifade edilmiştir.

Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 13. maddesinde ise malpraktis, "bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi." olarak ifade edilmektedir.

Çokar (2009) malpraktisi, "hekimin mevcut şartlarda makul olan hizmet ve bakımı başaramaması, meslekte tecrübeli bir hekimin aynı şartlar altında sergileyebileceği performansı gösterememesi, normal uygulamanın gereklerinden sapması ve standartlarını düşürmesi, bundan bir zararın doğmuş olmasıdır." şeklinde açıklamıştır.

Ertem ve ark. (2009) malpraktisi, "teşhis, tedavi, bakım ve bakım sonrası dönemde hekim ve diğer hasta ile birebir ilgilenen sağlık meslek gruplarının sorumluluğunda gelişen, hastanın hayatı ve sağlık durumuna direkt etki eden, istenmeyen olaylardır." şeklinde ifade etmişlerdir.

Özer ve ark. (2015) göre tıbbi uygulama hataları, sağlık hizmetinin sunumu sırasında sağlık personelinin uyguladığı müdahale veya kullandığı tıbbi hatalı teknikler neticesinde hastanın hastalığının istemsiz olarak kötüye gitmesi, yaşam kalitesinin düşmesi, iyilik hali dışında olduğu düşünülen herhangi bir fiziksel veya

psikolojik durum görülmesi hatta ölümlerle sonuçlanması durumu, olarak ifade edilmektedir.

Hakeri (2021) uygulama hatasını, “tıp biliminin standardına ve tecrübelerine göre gerekli olan özenin bulunmadığı ve bu nedenle de olaya uygun gözükmeyen her türlü hekim müdahalesi.” olarak tanımlanmaktadır.

Malpraktis kelimesi üzerine yapılan tüm bu tanımlar göz önüne alındığında, hastaya yapılan tıbbi uygulamanın hekim başta olmak üzere yetkilendirilmiş sağlık personelinin kaynaklanması şartı ve hastanın durumunun olduğundan daha kötüye gidiyor olması ön şartı mevcuttur. Bu bilgiler ışığında malpraktis, sağlık çalışanın hastaya tıbbi teşhis, tedavi, uygulama, bakım ve bakım sonrası yaklaşımlarında gereken tecrübe, özen, yetki, teknik veya bilgi eksikliğinin yanı sıra tıbbi donanım, teçhizat veya ilaç kusurları sebebiyle oluşabilecek komplikasyon haricinde hastanın mevcut durumunun daha kötüye gitmesine veya hastanın ölümüne sebep olabilen hatalar, olarak tanımlanabilir.

2.2.3. Malpraktis ve Komplikasyon Ayrımı

Sağlık hizmeti uygulamalarının, diğer meslek gruplarından ayrı olarak komplike bir yapı olan insanı hedef alması birtakım riskleri de içinde barındırmasına sebebiyet vermektedir. Her ne kadar hastalık ya da hastalıklara karşı tıp biliminin kabul gören bilgi ve standart yaklaşımları olsa da, her insanın biyolojik yapısı, hastalıklara veya ilaçlara karşı direnci, hassasiyeti, cinsiyeti, etnik yapısı, kalıtımı, sekonder hastalıkları ihtiva etmesi gibi birçok farklı sebepten dolayı birbirlerinden ayrılmaktadır. Bu farklılıklar da hekimin teşhis ve tedavisinin seyrini her kişiye göre değerlendirerek seçmesi, değiştirmesi, çözümlenmesi anlamına gelmektedir. Sağlık personelinin bu karmaşık yapıya müdahalesinde de farklılıklar ve riskler kaçınılmaz olmaktadır.

TTB Etik Kurulu (2020) Etik Bildirgeleri’ne göre herhangi bir sağlık hizmetinden kaynaklanan hata, hekiminin tıbbi bilgisinden veya dikkat ve özensiz davranışından kaynaklanmışsa bu durum malpraktis olarak adlandırılmaktadır. Ancak oluşan zarar, herhangi bir kusur veya hataya bağlı olmaksızın kabul edilebilir düzeyde ve sağlık hizmetinin olağan riskleri neticesinde ortaya çıkmışsa komplikasyon olarak ifade edilmektedir. Komplikasyondan söz edebilmek için yetkili sağlık personelinin tıbbi girişimde bulunması, dikkatli ve özenli bir şekilde, gerekli ve

olanaklı bir takım önlemlerin alınmış olması, meydana gelen zararın da bütün bunlara rağmen ortaya çıkması gerekmektedir. Aksi takdirde ortaya çıkan zarar sağlık hizmeti veren kişi ve sağlık teşkilleri açısından sorumluluk doğuracaktır.

Hekim komplikasyondan dolayı sorumlu tutulamaz. Hekim, ancak kusurlu bir tıbbi uygulama hatasından dolayı sorumludur. Tıp biliminin gereklerine ve kurallara uygun davranması ve buna rağmen zarar değişmiyorsa hekim sorumluluğundan bahsedilemez. Sağlık hizmetlerinde tıbbi müdahaleler, izin verilen risk kapsamındadır. (Hakeri, 2021).

Hekimin esas görevi, özenli tıbbi müdahaledir. Hekimin sorumlu tutulması için hastanın iyileşmemiş olması, zarar görmüş olması ya da bir zarar görmüş olması yeterli değildir. İsviçre Federal Mahkemesi'nin de bu durumlarla ilgili kararları bulunmaktadır; oluşan her türlü zarardan dolayı hekimin sorumlu tutulması, hekimlik mesleğinin icra edilmesinin engel oluşturacağı, kaçınılmaz hatalardan dolayı hekimin sorumlu tutulmaması gerektiği ifadelerine yer verilmektedir (Hakeri, 2014).

Ayrıca bir tıbbi müdahaleden sonra meydana gelebilecek istenmeyen olumsuz durum öngörülebilir ya da biliniyor fakat hekim tıbbi bilgi ve tecrübesine rağmen bu durumu engelleyebileceği halde yapamamış veya yapmamışsa malpraktis durumu ortaya çıkar. Bu ifadelerden hareketle, yetersiz hasta öyküsü (anamnez) alma, ön muayenede ve hastalığa yönelik gereken tıbbi tetkiklerde yetersizlik, tedavi yönteminin seçiminde hata, müdahalenin yapılmaması veya geç müdahale, hasta veya organ karıştırılması, yanlış ilaç uygulaması, tıbbi uygulama veya tedavi esnasında uygun hijyen kurallarına dikkat edilmemesi, yabancı maddenin hasta vücudunda unutulması, gereken bakım uygulamalarında eksiklikler ile tedavi ve tıbbi müdahale sonrasında hastanın yeterince bilgilendirilmemesi, danışma hizmetinin verilmemesi gibi durumlar malpraktis olarak nitelendirilebilir (Beyaztaş, 2001; Barlıoğlu, 2020).

Malpraktis ve komplikasyon ayrımının net bir ayrımı yapılamasa da Barlıoğlu (2020) gruplandırmasına göre;

a) Tıbbi müdahale neticesinde oluşan istenmeyen sonuç, önlem alınamayacak durumda ve öngörülemeyen sınıfta ise bu olumsuz sonuç tesadüf veya kaza olarak isimlendirilir ve tıbbi müdahaleyi yapan sağlık çalışanı sorumlu olmaz.

b) Tıbbi müdahale neticesinde oluşan istenmeyen sonuç, önlem alınamayacak durumda ve öngörülebilir sınıfta ise bu olumsuz sonuç komplikasyon olarak isimlendirilir ve tıbbi müdahaleyi yapan sağlık çalışanı sorumlu olmaz.

c) Tıbbi müdahale neticesinde oluşan istenmeyen sonuç, önlem alınmaya çalışılmış ve öngörülebilir sınıfta ise bu olumsuz sonuç da komplikasyon olarak isimlendirilir ve ve tıbbi müdahaleyi yapan sağlık çalışanı sorumlu olmaz.

d) Tıbbi müdahale neticesinde oluşan istenmeyen sonuç, önlem alınabilir olduğu halde gerekli önlem alınmayan ve öngörülebilir sınıfta ise malpraktis olarak isimlendirilir ve öngörülebilir ve önlenebilir olduğu halde yeterli önlem alınmayan grupta ise malpraktis söz konusudur ve tıbbi müdahaleyi yapan sağlık çalışanı kusurlu olur.

e) Tıbbi müdahale neticesinde oluşan istenmeyen sonuç, tıbbi müdahaleyi yapan sağlık çalışanının tıbbi bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanan sınıfta ise malpraktis söz konusudur ve tıbbi müdahaleyi yapan sağlık çalışanı kusurlu olur.

f) Tıbbi müdahale neticesinde oluşan istenmeyen sonuç, açık bir şekilde tıbbi müdahaleyi yapan sağlık çalışanının hastasından kaynaklanan ve bilirkişiye ihtiyaç gerekmeyen sınıfta ise malpraktis söz konusudur ve tıbbi müdahaleyi yapan sağlık çalışanı kusurlu olur.

Tıbbi malpraktis-komplikasyon ayrımının gruplandırılması Tablo 2.1'de sunulmuştur (Barlıoğlu'dan, 2020).

Tablo 2.1. Tıbbi Malpraktis-Komplikasyon Ayrımının Gruplandırılması

Zararlı Sonucun Özellikleri		Sonucun Adı	Sonuçtan Sorumluluk
Öngörülemeyen (Beklenmeyen)	Önlenemeyen	Kaza, tesadüf	Sorumluluk doğmaz
Öngörülebilir (Beklenen)	Önlenemeyen	Komplikasyon	Sorumluluk doğmaz (öngörülebilir zararlı sonuç hakkında hastanın bilgilendirilmiş rızasının alınmış olması ve kusurlu fiillerle zarara sebebiyet verilmemiş olması şartı ile)
Öngörülebilir (Beklenen)	Önlem alınmaya çalışılmış	Komplikasyon	Sorumluluk doğmaz
Öngörülebilir (Beklenen)	Yeterli önlem alınmamış	Malpraktis	Sağlık personeli kusurlu, sorumluluk doğar
Beceri eksikliği nedeniyle		Malpraktis	Sağlık personeli kusurlu, sorumluluk doğar
Bilirkişi raporu almaya bile gerek duyulmayan grup		Malpraktis	Sağlık personeli kusurlu, sorumluluk doğar

Mahkemeye intikal eden malpraktis iddiası durumunda, genellikle bir hukukçunun veya hâkimin bu konuda malpraktis tespitinde bulunması zor olacağından bir bilirkişinin bilgisine danışılmaktadır. Adli Tıp Kurumu bu konularda bilirkişi olmasına rağmen bu kurum dışında üniversitelerin ilgili bölümlerinden öğretim üyeleri de bilirkişi olarak görevlendirilmektedir (Hakeri, 2014).

Yargıtay bu hususla ilgili bir kararında, malpraktis iddiasının tespitinin incelenmesi amacıyla alanında uzman kişilerden oluşturulacak bir bilirkişi kuruluna ve gerektiği takdirde Adli Tıp Meclisi'nin fikirlerine başvurmayı zorunlu kılmıştır (Hakeri, 2014).

Danıştay da Yargıtay gibi ağır hizmet kusurunun tespit edilmesinde Adil Tıp Kurumu'ndan bilirkişi raporu alınması hususunu benimsemektedir (Hakeri, 2014).

Malpraktis-komplikasyon konusunda dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sıklıkla mahkemelere intikal eden olaylar mevcuttur. Yargıtay 3. Hukuk Dairesi’ne intikal eden (2020/3730 Esas No. ve 2020/5604 Karar No.lu) bir olayda, çocuklarının uygulanan bir tedavi sonrasında kısa bir süre sonra çocuklarının sağ bacağına uyuşukluk meydana gelmesi ve ... Tıp Fakültesinde yapılan tetkik ve incelemeler sonucunda problemin tedavi yönteminden ve uygulanan enjeksiyonlardan kaynaklandığını öğrendiklerini ileri süren aile, ilgili tıp merkezinden tazminat talebiyle Asliye Hukuk Mahkemesi’ne başvurmuşlardır. Adli Tıp Kurumu ve Yüksek Sağlık Şurası Kararı’na göre davalı doktor ve dava dışı hemşirelere kusur atfedilmemiş, oluşan patolojinin ise komplikasyon olarak değerlendirildiği belirtilmiştir (T.C. Yargıtay Başkanlığı, 2022).

Yargıtay 3. Hukuk Dairesi’ne intikal eden (2020/5006 Esas No. ve 2021/2376 Karar No.lu) bir başka olayda, Tüketici Mahkemesi’ne başvuran davacı, over kisti rahatsızlığı sebebiyle ameliyat edildiğini, ameliyat esnasında hekimin kusuruna bağlı olarak kalın bağırsağının delindiğini, bu nedenle beş kez daha ameliyat olduğunu, ancak karın duvarında bu ameliyatlara rağmen yırtık bulunduğunu ileri sürerek tazminat talebiyle davacı olmuştur. Adli Tıp 2. İhtisas Kurulu raporunda, hastaya uygulanan cerrahi girişimlerin söz konusu ameliyatta uygulanan bir yöntem olduğu, hastanın daha önce yaşadığı bir sağlık probleminden kaynaklı olarak, söz konusu hasarın komplikasyon olarak nitelendirilerek herhangi bir tıbbi kusur veya ihmalin söz konusu olmadığı ve komplikasyonları gidermek amacıyla diğer ameliyatlardan yapılabileceği belirtilmiştir (T.C. Yargıtay Başkanlığı, 2022).

Malpraktis ile komplikasyon ayrımının çok iyi yapılması, sağlık personeli ile hasta açısından hukuksal çerçevede oldukça önemlidir.

2.2.4. Malpraktis Kavramının Tarihsel Gelişim Süreci

İnsanlık tarihi kadar eski olan hastalık ve hastalığa şifa bulma kavramlarının, günümüz modern tıp bilimine kadar köklü bir geçmişe sahip olduğu düşünülmektedir.

Tarih boyunca en eski meslek gruplarından biri olan hekimlik mesleğinde, değişik düzenlemelerle tıbbi uygulama hatalarına ilişkin kural ve ilkeler ahlakın ve hukukun konusu olmuştur. Hamurabi Yasaları ve Hipokrat Andı olarak bilinen hekimlik andı metinleri, bu konuda akla gelen ilk metinlerdir (Türkmen, 2009).

Yaklaşık olarak M.Ö. 1754'te yazıldığı kabul edilen ve 282 maddeden oluşan Hammurabi yasaları, halk arasında kısasa kısas olarak bilinmektedir. Tıbbi uygulama hatalarına ve bu hatalara karşı hekimlere veriler ağır cezalara yer verilen yasaların bazıları: 215. maddeye göre “bir doktor, ameliyat bıçağıyla büyük bir kesi yapar ve onu iyileştirirse veya ameliyat bıçağıyla göz üzerinde bir tümörü açar ve gözü kurtarırsa, on şekel para alacaktır. 218. maddeye göre bir doktor, ameliyat bıçağıyla büyük bir kesi yapar ve onu öldürürse veya ameliyat bıçağıyla bir tümörü açarsa ve gözünü keserse, doktorun elleri kesilecektir. 219. maddeye göre bir hekim, azatlı bir kişinin kölesinde büyük bir kesi yapar veya ölümüne sebep olursa, başka bir köleyle köleyi değiştirecektir. 220. maddeye göre ameliyat bıçağıyla bir tümörü açmış ve gözünü çıkarmışsa, kölenin değerinin yarısını ödeyecektir” (Yale Law School, 2022).

Günümüz tıp biliminin ilk sistemli kurucusu kabul edilen Hipokrat'ın (M.Ö.460-M.Ö.359), bugün dahi hekimlerin yemini kabul edilen metnin orijinalinde, hekimin sorumluluklarına yer verilmiştir.

Hipokrat andının özgün metninde geçen "Hastaların bakımını, aklımın ve gücümün yettiğince, onların yararına olarak yöneteceğim. Tüm kötülüklerden ve haksızlıklardan kaçınacağım. Benden istenmiş olsa bile kimseye zehir vermeyeceğim ve böyle bir telkinde de bulunmayacağım. Hiçbir kadına düşük ilacı vermeyeceğim. Yaşamımı dürüst ve temiz geçireceğim; sanatımı böyle yapacağım. Hangi eve girersem gireyim, her türlü kötülükten kaçınacağım. İster özgür, ister köle olsun erkek ve kadınların bedenlerine kötülük yapmaktan sakınacağım. Her eve hastaya iyilik amacıyla gireceğim. Sanatımı yaparken, gördüklerimi ve işittiklerimi, sır saklamayı bir görev sayarak, kimseye söylemeyeceğim. Bu andımı yerine getirdiğim takdirde, yaşamımda ve mesleğimde mutlu ve yararlı olmak, insanlar arasında saygı görmek Tanrıların bana lütfü olsun. Bu andıma bağlı kalmazsam dileğimin aksi olsun” ifadeleriyle hekimlik mesleğinin etik kurallarının temelini atmıştır (Uğurlu, 1997).

Birçok kesim tarafından Hipokrat'ın söylediğine dair yanlış bir kanı olsa da, kim tarafından söylendiği net olarak bilinmeyen, Latince “Primum non nocere”, Türkçe karşılığı “önce zarar verme” deyimini, 1860 yılına kadar İngiliz ve Amerikan kaynaklarda yaygın olarak kullanılmış ve tıpta hekime yol gösterici bir slogan olarak literatürdeki yerini almıştır (Smith, 2005).

İlk defa 1374 yılındaki İngiltere’de görülen bir davada doktor sorumluluğundan ve tıbbi uygulama hatasından söz edilmiştir. Literatüre Stratton V. Swanlond davası olarak geçen olayda, Stratton isimli elinden yaralanan bir hastayı ücreti karşılığında muayene eden doktorun davalık olması anlatılmaktadır. Doktorun muayenesi sonucunda elinde kalıcı hasar meydana gelen hasta, doktora dava açmıştır. Doktor, mahkemede haklılığını ispat etmiş olsa da, mahkeme kararında, kendi hatası sonucunda hastaya zarar verilmişse doktorun sorumlu olduğu, eğer mesleğini gerektiği özenle yaptığı halde tedavide başarılı olamadıysa doktorun sorumlu olamayacağı hususunda görüş bildirmiştir (Field, 2011).

Hekim ile hasta ilişkileri eski Hindistan’da, “Manu” ve “Zorastre” adlı kanunlarda ifade edilmiş ve düzenlenmiştir. Bu kanunlara göre, bir hekim mevcut tıbbi tedavi kaidelerini usulüne göre, ortaya çıkan sonuçtan sorumlu olmayacak, eğer tıbbi kaidelerin dışında yapacağı uygulamalardan dolayı kişiler zarara uğrarsa, kusuruna bakılmaksızın sorumlu tutulacaktır (Tunçer, 2017; Çetinkaya Kılavuz, 2019).

Malpraktis kavramının gündeme gelişi çok eski yıllara dayanmakla beraber, kavramın ilk kez kullanımı Sir William Blackstone tarafından, 1768 yılında yayımlanmış olan Commentaries on The Laws of England (İngiltere Kanunlarına İlişkin Yorumlar) adlı kitapta kullanılmıştır. Latince kaynaklı olan mala ve praxis kelimelerinden türettiği malpractice kavramını, hekim müdahalelerindeki tıbbi hataları ifade ederken kullanmıştır (Aykın, 2016; Barlıoğlu, 2020).

Hekimin sorumluluğu kapsamında, hasta haklarını ilgilendiren ilk çalışmalar Amerika Birleşik Devletleri’nde başlamıştır. 1969 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde hekim ile hasta ilişkileri konularında çalışılmaya başlanmıştır. Hasta hakları ile ilgili yayımlanan ilk belge, 1972 yılında Amerikan Hastaneler Birliği’nin yayımladığı Hasta Hakları Beyannamesi olarak kabul görmektedir (Çavuşoğlu, 2019). 1981 yılında yayınlanan Dünya Tabipler Birliği Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi’nde, hasta hakları açıklanırken, kişilerin hastalığının tanısı, tedavisi ve seyriyle ilgili anlayabileceği bir şekilde doğru bir bilgi almaya ve mantığa uygun bir şekilde kendisine yapılacak uygulama veya tedavi seçeneklerinden seçim yapabilmesine imkân sağlanmasına hakkı olduğu ifadelerine yer verilmiştir.

Yakın tarihe bakıldığında, gelişen dünya ve paralelinde odak noktasında insanın olduğu, adil hukuk kuralları, insan hakları ve sosyal haklar temelli yaklaşımlar artmıştır. Bu durumlar, sağlık hizmetlerinin kalitesini olumlu yönde etkilemiştir. Malpraktis konusunda, hasta hakları temelli talep ve şikâyetlerde olduğu kadar bu konuda yapılan akademik çalışmalarda da artış yaşanmıştır.

2.2.5. Malpraktis Nedenleri

Tıbbi uygulama hatalarının nedenleriyle ilgili Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği'nde örnek kabul edilebilecek hükümler yer almaktadır. Yönetmeliğin 4. maddesinde bu hususlar belirtilmiştir:

- a) Acil hallerin dışında özel beceri ve bilgi gerektiren uygulama veya girişimlerde bulunarak hastalara kalıcı ya da geçici zarar vermek,
- b) Aydınlatılmış onamı gerektiği kaidelere uygun olarak almadan, tıbbi uygulamada bulunmak,
- c) Tanı ve tedavi uygulamalarında tıbbi standartların dışında geçerliliği kanıtlanmamış yöntemleri önermek ya da uygulamak,
- d) Ruhsatsız ya da kabul görmeyen her türlü maddeyi ilaç olarak önermek,
- e) Dikkatsizlik, özen ve bilgi eksikliği ile benzeri kusurlarla yanlış veya hatalı girişimlerde bulunmak, tanı ve tedavi sonucu hastaya zarar vermek,
- f) Kendisine veya sağlık teşkiline başvuran acil hastalara tanı, tedavi ve gerekli uygulamaları yapmaktan kaçınmak ya da gerekli sağlık teşkillerine sevk işlemlerini yapmamak veya bu işlemleri geciktirmek.

Madde hükümleri incelendiğinde genel olarak malpraktisin nedenleri:

- a) Hekimin mesleki bilgi, beceri ve yeterliliğe sahip olmaması,
- b) Hekimin tıbbın kabul gören kurallarına aykırı girişimlerde bulunması,
- c) Hekimin gereken özen ve dikkat yükümlülüğüne uygun davranmaması,
- d) Hekimin acil müdahaleye ihtiyaç duyan hastaya müdahale yapmaktan kaçınması, başlıkları altında toplanabilir.

Malpraktis, hekimin dışında sağlık profesyonellerini de kapsayan bir kavram olduğundan, Karataş ve Yakıncı (2010) tıbbi hataların üç ana nedeni olduğunu belirtmişlerdir:

a) İnsan:

- Yorgunluk (yoğun çalışma koşulları, uzun nöbet süreleri, personel yetersizliği),

- Eğitim eksikliği,
- Zamansızlık,
- Yanlış karar,
- Tartışmalı kişilik.

b) Kurumsal:

- İş yeri şartları,
- Politikalar,
- İdari yapı,
- Yanlış/hatalı personel dağılımı,
- Sorun çözmede yetersizlik.

c) Teknik:

- Yetersiz otomasyon,
- Yetersiz/eksik cihaz.

Literatür ve mahkemelere intikal etmiş yargı kararları incelendiğinde malpraktis nedenleri şu şekilde sıralanabilir:

- Hatalı veya Eksik Teşhis,
- Hatalı veya Eksik Tedavi Uygulamaları,
- Hatalı veya Eksik Bakım Uygulamaları,
- Tıbbi Tanı, Tedavi ve Uygulamalarda Özen ve Dikkat Yükümlülüğüne

Aykırı Davranma,

- Tıbbi Standartlara Uygun Davranmamak,
- Hasta/yaralıdan Aydınlatılmış Onam Alınmaması,
- Hasta Mahremiyetine ve Özel Hayatın Gizliliğine Uygun Davranmama,
- Hatalı, Eksik veya Yanlış İlaç Uygulamaları,
- Sağlık Personelinin Eğitim Eksikliği,
- Sağlık Personelinin Uzun ve Yoğun Çalışma Süreleri,
- Çalışılan Birimde Yeterli Personel Bulunmaması,

- Uzun veya Sık Nöbet Tutulması,
- Tıbbi Müdahale Süresince İletişim Eksikliği,
- Cerrahi İşlem Esnasında Hasta Vücudunda Materyal Unutulması,
- Kural ve Yönetmeliklere Uymamak/Aykırı Davranmak,
- Hijyen ve Sterilizasyon Kurallarına Uyulmaması,
- Yeterli ve Gerekli Tıbbi Malzeme ve Tıbbi Donanım Eksikliği,
- Tıbbi Cihaz Arızaları ile Gerekli Kalibrasyon Eksikleri,
- Hatalı veya Eksik Kayıt Tutma.

Türkiye’de mahkemelerde malpraktisin nedenleriyle ilgili çeşitli olaylar görüşülmüş ve karara bağlanmıştır. Mahkemelerde görüşülen malpraktis olaylarında, mahkemeler genellikle, bilirkişi olarak Adli Tıp Kurumu’nu, üniversitelerin ilgili ana bilim dallarınca alanlarında yetkin hekimlerden oluşturulan kurullardan aldıkları raporlar doğrultusunda karar vermektedirler.

Yargıtay 3. Hukuk Dairesi’ne intikal eden (2020/10326 Esas No. ve 2021/9514 Karar No.lu) bir olayda, baş ağrısı ve nefes alamama şikâyetiyle bir hastaneye başvuran hasta, kendisine sinüzit ameliyatı yapıldığı, ancak ameliyat sonrası taburcu edilmeyip ... Tıp Fakültesi Hastanesine acil olarak kaldırılıp 15 gün kadar yatarak tedavi gördüğü, koku ve tat duyusunu büyük oranda kaybettiği iddiasıyla Asliye Hukuk Mahkemesi’ne başvurmuştur. Mahkeme, TTB Meslek Etiği Kuralları 26. maddesine göre, aydınlatılmış onamın düzenlenerek, hastaya tedavi seçenekleri ve olası risklerin aydınlatılması gerektiği ve rızası olmadan ameliyata tabi tutulamayacağı hükümlerine aykırı davranıldığı gerekçesiyle davalı tıp merkezini ve hekimi maddi ve manevi tazminat ödemeye hükmetmiştir (T.C. Yargıtay Başkanlığı, 2022).

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi’ne intikal eden (2014/17432 Esas No. ve 2015/8358 Karar No.lu) başka bir olayda, ... Tıp Fakültesi Hastanesi’ne cinsel organının şişmesi rahatsızlığıyla getirilen on beş aylık hasta bebeğin, burada sünnet edildikten sonra alerjik reaksiyon sebebiyle öldüğü, sünnet operasyonu esnasında gereken özenin ve tıbbi girişimlerin yapılmamasından kaynaklandığı iddiasıyla, yakınları tarafından Ticaret Mahkemesi’nde maddi ve manevi tazminat davası açılmıştır. Mahkeme, davayı reddetmiş, ancak üst mahkeme kararın üniversitelerin ana bilim dallarında

seçilecek bir bilim kuruluna gönderilerek verilecek karara göre tekrar yargılama yapılmasına karar vermiştir (T.C. Yargıtay Başkanlığı, 2022).

Bir başka olayda, Yargıtay 13. Hukuk Dairesi'ne intikal eden (2019/5220 Esas No. ve 2020/2331 Karar No.), bel fitiği ameliyatı olmak için bir hekimin muayenehanesine giden ve doktorun ilk muayenesi sonucunda bir hastaneye yönlendirilip, gittiği hastanede ameliyat olup taburcu edilen hasta, ameliyat esnasında enfeksiyon kaparak omurgasında kalıcı hasara neden olduğunu ileri sürerek Asliye Hukuk Mahkemesi'ne maddi ve manevi tazminat istemiyle başvurmuştur. Mahkeme, Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu'nun olayı, bu tür ameliyatların sonucunda ön görülemeyen herhangi bir ihmal veya kusurdan kaynaklanmayan durumların komplikasyon olarak ifade edildiği, bahsi geçen komplikasyon durumunun erken tespit edildiğinin ve davalı... kişilerin tıbbın kabul görmüş kurallara uygun olarak davrandıkları... şeklinde değerlendirmesi ile davanın reddine karar vermiştir. Hasta tarafından karar temyiz edilmiş, söz konusu mahkeme kararı 13. Hukuk Dairesi'nin; "...üniversitelerin ana bilim dallarından konusunda uzman, akademik 3 kişilik bilirkişi kurulundan, yapılan girişimlerin tıbbi açıdan değerlendirilerek, tıbbi kurallara uygun yapılıp yapılmadığı, gereken özen ve dikkatin gösterilip gösterilmediği, teşhis, tedavi ve cerrahi müdahaleler sonrası bakım hizmetlerinin uygun bir şekilde yapılıp yapılmadığı ile davalıların bu hususta hata veya ihmallerinin bulunup bulunulmadığına ilişkin ayrıntılı bir karar vermesi gerekmektedir..." gerekçeleriyle davacı hasta lehine bozulmuştur (T.C. Yargıtay Başkanlığı, 2022).

2.2.6. Defansif Tıp Kavramı

Son yıllarda artan malpraktis iddiaları, sağlık profesyonellerini daha az risk almaya yönlendirmektedir. Literatürde defansif tıp kavramı, çekinik tıp ya da savunmacı tıp olarak da anlamlandırılmakla birlikte, tıbbi uygulamalarda tarih boyunca süregelen "önce zarar verme" ilkesinin "önce kendini koru" şeklinde değişmesine neden olmuştur.

Defansif tıp, sağlık personelinin malpraktisten kaçınmak ve hukuki yaptırımlarla karşı karşıya kalmamak maksadıyla, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım sürecinde bir takım işlemlerden kaçınması veya gereksiz uygulamalara yönelmesi, şeklinde tanımlanabilir.

1970’li yılların başlarında dünyada ve öncelikli olarak Amerika Birleşik Devletleri’nde ortaya çıkan ve önem kazanan defansif tıp kavramı, Türkiye’de 2005 yılında yürürlüğe konulan Türk Ceza Kanunu’ndan sonra anılmaya başlanmıştır (Çetinkaya Kılavuz, 2019).

Defansif tıp uygulamaları, hekimlerin tanı koymasından, hastayı kabulüne, tedavi, bakım ve uygulamalara kadar sağlık profesyonellerini de içine alan hata yapmamak için aldıkları bir dizi önlemleri ifade etmektedir.

Hekimin tıbben gerekli olmasa da kendisini korumak amacıyla, ek tetkik, araştırma istemesi, hastalık durumuna göre tedavi edebilecek durumda olmasına rağmen oluşabilecek risklerden çekinerek bir başka hekime veya sağlık kuruluşuna sevk etmesi, gerekli olmadığı halde hasta yatışı vermesi, yüksek riskli hastalarda ise muayene ve tedaviden kaçınması defansif tıp uygulamaları arasındadır (Barlıoğlu, 2020).

Defansif tıp davranışları sıralanacak olursa:

- Tıbbi standartlarda gerekli olduğu belirtilenden fazla görüntüleme, laboratuvar gibi tetkik istemek,
- Olması gerekenden fazla miktarda veya yetersiz şekilde ilaç yazmak,
- Olması gerekenden daha detaylı veya gereksiz kayıt tutmak,
- Daha fazla bakım hizmeti vermek veya vizite yapmak,
- Hastanın teşhis ve tedavisinde fazla veya gereksiz konsültasyon istemek,
- Hastaya tıbbi standartlarda belirtilenden daha fazla zaman ayırarak hastalık öyküsünü almak,
- Komplike, ağır veya riskli hastaların tanı, tedavi veya tıbbi uygulamalarından kaçınarak, başka bir sağlık personeline veya sağlık teşkiline yönlendirmek.

2.2.7. Malpraktis Konusunda Yapılan Çalışmalar

Ekim 2018 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı tarafından Güvenlik Raporla Sistemi (GRS) 2017 Türkiye İstatistik ve Analiz Raporu hazırlanmıştır. Tıbbi süreçlerde hata bildirimlerini toplamak üzere oluşturulan sisteme, 2017 yılı içerisinde 101 841 hata bildirimleri yapılmış olup, bu bildirimlerin %84.6’sını laboratuvar hataları

oluşturmaktadır. Zaman aralıklarına göre tıbbi hataların analizinde ilk sırada ise saat 08.01-12.00 aralığında 41 731 hata bildirim yapıldığı belirtilmiştir.

Gündoğmuş ve ark. (1997) yaptıkları bir çalışmada, 1991-1995 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası'nca hekimlerin uygulama hatalarına ilişkin görüş bildirilmiş 532 olguya ait raporları incelemişlerdir. Bu raporların neticesinde hekimlerin ortalama %57 oranında kusursuz buldukları, %34 kusurlu bulunduğu, % 6.5 görevini ihmal ettikleri, % 1.1 Nüfus Planlaması Kanununa aykırı davranışta buldukları sonucuna varmışlardır.

Jena ve ark. (2011) yılında Amerika'da yapmış oldukları çalışmada, 1991-2005 yılları arasında doktora ait malpraktis verilerini incelemişlerdir. Malpraktis iddiasına maruz kalan doktorların branşlarına göre oranlarını sırasıyla şu şekilde belirtmişlerdir:

- Beyin Cerrahisinde: % 19.1,
- Göğüs- Kardiyovasküler Cerrahide: % 18.9,
- Genel Cerrahide: % 15.3,
- Aile Hekimliğinde: % 5.2,
- Pediatri: % 3.1,
- Psikiyatride: % 2.6.

Karaca Dedeoğlu (2012), Ankara'da beş özel hastanede çalışan 255 hekimle yaptığı çalışmada, çalışmaya katılan hekimlerin %16.5'inin mesleklerinden kaynaklanan bir ceza soruşturması geçirdiklerini, tamamı tıbbi uygulama hatası yaptıklarından dolayı bir hastaya veya yakınına tazminat ödemek durumunda kalmadıklarını, yaklaşık %65.9'unun hekimlik mesleğinden kaynaklanan cezai sorumluluğuna ilişkin yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Hekimlerin %64'ünün kendilerine dava açılma olasılığı sebebiyle baskı altında hissettiğini ve bu durumun verdikleri tıbbi hizmetin olumsuz etkilendiğini ifade etmişler. Ayrıca araştırmaya katılan hekimlerin, Türkiye'de tıbbi uygulama hatalarının en sık sebebi sorulduğunda yüzdelik sırasıyla verdikleri cevaplar şu şekilde belirtilmiştir:

- Çok sayıda hasta bakımı: %65.5,
- Yetersiz tıp eğitimi: %14.1,

- Hekimlerin mesleki ve kişisel yetersizlikleri: %11.8,
- Yetersiz teknoloji kullanımı: %4.7,
- Hastaların tutum ve davranışlarından kaynaklı: %2.4.

Bostan ve ark. (2014) yaptıkları çalışmalarında, 2004-2009 yılları arasında Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi hattına yapılan 34 640 şikâyet incelenmiştir. Merkeze yapılan şikâyetlerin sırasıyla; %43.5 oranında hatalı uygulama, %10.2 oranda kötü muamele, %5.4 oranında mesai saatlerine uymama, %2.7'si görevi ihmal, %1'inin ise görevi suistimal konularını içerdiği tespit edilmiştir.

Bonetti ve ark. (2016) İtalya'da yaptıkları bir çalışmada, 2004-2012 yılları arasında üç büyük uluslararası sigorta şirketinin 38 125 tıbbi uygulama hatası iddiası verilerini incelemişlerdir. Elde edilen verilerin klinik branşlarına göre ilk dört sıralamasında; Cerrahi (ameliyathane), Acil, Ortopedi, Genel Tıp bulunmaktadır.

Çetinkaya Kılavuz (2019) Ankara Şehir Hastanesi'nde 106 hekimin katılımıyla gerçekleştirdiği çalışmasında, malpraktis davalarından 97 hekimin etkilendiğini belirtmişlerdir. Çalışmada bulunan hekimlerin %91'i, malpraktis davalarının hekimlik performanslarını olumsuz etkilediğini ifade ederken, bu durumun hekimlerin %88'ini uzman sınavına girip branş tercihlerini etkilediğini belirtmişlerdir. Hekimlerin %72'si şuan buldukları durumda bu tip davalar ile karşılaşabilecekleri şeklinde görüş belirtmiştir.

Klusen ve Püschel (2021), 2007-2017 yılları arasında Almanya'da Hamburg-Eppendorf Üniversitesi Tıp Merkezi Adli Tıp Enstitüsü'nde yapılan 14 289 ölüm sonrası muayene arasında ölümcül tedavi hataları suçlamalarını analiz etmişlerdir. Çalışmada incelenen suçlamaların nedenleri sırasıyla:

- Yanlış tıbbi müdahaleler: %26,
- İhmal: %24.3,
- Tanı/tedavi hataları: %24.1,
- Hemşire hataları: %15.1,
- Hijyen, iletişim veya bilgi eksikliği: %5.1.

Suçlanan meslek grupları ise:

- Cerrahlar: %29.5,

- Dâhiliyeciler: %19,
- Hemşireler: %15.8,
- Pratisyen hekimler: %7.8.

La Russa ve ark. (2021) İtalya’da bulunan bir hastanenin, 2010-2019 yılları arasında 567 hukuk davasını incelemişlerdir. Davaların tıp branşlarına göre dağılımının ilk beş sıralamasını şu şekilde tespit etmişlerdir:

- Ortopedi ve travmatoloji: %16.6,
- Acil servis: %13.3,
- Genel cerrahi: %11.4,
- Nöro cerrahi: %7.7,
- Radyoloji: %3.7.

Tarkiainen ve ark. (2021) Finlandiya’da yaptıkları bir çalışmada, 1991-2017 yılları arasında tıbbi görüntüleme alanında 1 054 malpraktis iddiasını incelemişlerdir. Çalışmalarında inceledikleri hasta verilerinin %54.6’sında hastaların hak talebinde bulunduğunu, bu hasta taleplerinin de yaklaşık %30’unda da tazminat alındığını belirtmişlerdir. Bütün iddiaların nedenlerini ise sırasıyla şu şekilde bulmuşlardır:

- Gecikmiş tanı: %38.3,
- Tıbbi uygulama hatası, enfeksiyon veya komplikasyon: %33.7,
- Yanlış veya yetersiz tanı: %16.8.

Watari’nin (2021), Japonya’da 1961-2017 yıllarına ait dâhiliye kliniklerine ilişkin 419 malpraktis davası üzerine yapmış olduğu bir çalışmada, karara çıkan dava oranını %50.1 olarak tespit etmiştir. Çalışmada, davaların nedenleri ise şu şekilde sıralanmıştır:

- Tanı hataları: %54,
- Anormallik olmaması: %17.2,
- İskemik kalp hastalığı: %9.6,
- Maling neoplazm (kötü huylu tümör): %8.1,
- Sistem hataları: %45.

Tzoumas ve ark. (2021), Yunanistan’da 1973-2020 yılları arasındaki 588 genel cerrahi ile ilişkili mahkeme kararlarını incelemişlerdir. Bu araştırmadaki cerrahlar ile

ilgili davaların, 27'si taksirle adam öldürme, 16'sı bedensel zararlarla ilgili ihmal suçlamalarını içerdiğini ortaya koymuşlardır.

Kocakoç ve Tuncer (2021) yapmış oldukları çalışmalarında, 2008-2017 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası¹ tarafından değerlendirilen 1 880 malpraktis olgusunu incelemişlerdir. Araştırmada, hekimlerin %61.7'sinin kusursuz ve %38.3'ünün ise kusurlu olduğuna karar verildiğini saptamışlardır. Hekimlerin ihmal ve hata türlerine göre dağılımı ile kusur oranlarını sırasıyla belirtmişlerdir:

- Operatif hatalar: %25.15,
- Kanunlara aykırı tıbbi işlem: %10.67,
- Yetersiz operatif ve postoperatif değerlendirme: %10.21,
- Hatalı ve dikkatsiz tedavi: %8.69,
- Özen eksikliği, yabancı cisim unutulması: %8.38,
- Yanlış tedavi uygulaması (ilaç, kan, diş, sıvı, yanlış hasta, yanlış taraf, narkoz, göz vb.): %8.23,
- Sevk zincirine bağlı hatalar: %7.93,
- Malzeme kullanım hataları: %7.47,
- Yetersiz teşhis: %5.34,
- Yetersiz önlem ve tedavi: %4.27,
- Yetersiz muayene ve gözlem, eve erken gönderme: %3.66.

Aynı şekilde hekim dışı sağlık profesyonellerinin ihmal ve hata türlerini kusur oranlarına göre sırasıyla ifade etmişlerdir:

- Yetersiz önlem ve tedavi: %42.19,
- Yasalara aykırı tıbbi işlem: %18.75,
- Özen eksikliği: %12.50,
- Yanlış tedavi uygulaması (ilaç, kan, sıvı, narkoz vb.): %10.94,
- Hatalı ve dikkatsiz tedavi: %7.81,
- Malzeme kullanım hataları: %7.81.

¹ Yüksek Sağlık Şurası, 1931 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesindeki bir kurul olarak oluşturulmuş ve sağlık profesyonellerinin mesleklerinden kaynaklı olarak meydana gelen hukuksal konularda ilgili mahkemelere görüş verme, bilirkişilik yapma görevlerini barındırmıştır. 2018 yılında kabul edilen Kanun Hükmünde Kararname ile kaldırılmıştır.

Hekim dışı sağlık profesyonellerinin meslek grupları ile kusur oranlarına göre sırasıyla buldukları sonuç:

- Hemşire: %62.50,
- Sağlık Teknisyeni ve Teknikeri: %18.75,
- Ebe: %10.94,
- Sağlık Memuru: %7.81 şeklinde belirtilmiştir.

Ayrıca branş bazında ise kusur oranına göre sıralandığında ilk beş branşı sıralamışlardır:

- Kadın Hastalıkları ve Doğum: %22.56,
- Genel Cerrahi: %15.85,
- Pratisyen Hekim: %10.82,
- Ortopedi ve Travmatoloji: %9.6,
- Beyin ve Sinir Cerrahisi: %5.64.

Örenç (2021) İstanbul ilinde özel bir hastanede görev yapmakta olan 169 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada, Türkiye’de tıp alanında oluşan hataların nedeni olarak vermiş oldukları cevaplar şu şekildedir:

- Sağlık sisteminin yetersizliklerinden kaynaklanır: %50.3,
- Hekim ve sağlık çalışanlarının hatalarından kaynaklanır: %19.5,
- Hastaların tutum ve davranışlarından kaynaklanır: %16.

Katılımcılara yöneltilen Türkiye’de yapılan tıbbi hataların en sık nedenleri sorusuna verdikleri yanıtlar şu şekildedir:

- Çok sayıda hasta bakımı: %40,
- Sağlık çalışanlarının yetersizlikleri: %21,
- Hastaların davranış ve tutumları: %14,
- Yetersiz tıp eğitimi: %13,
- Yetersiz teknoloji kullanımı: %12.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %86.4’ü, çalışma süreleri boyunca hiç tıbbi hata yapmadığını ifade etmiştir.

Kahyaoğlu Khalil (2022) 2015-2020 yılları arasında Türkiye’de Yargıtay’a intikal etmiş 124 malpraktis davasını incelediği çalışmasında, malpraktis türlerini şu şekilde bulmuştur:

- Tedavi hatası: %66.4,
- İhmal: %18.4,
- Teşhis hatası: %11.2,
- Diğer: %4.

Çalışmada malpraktis dava dosyalarının branşlara göre dağılımında ilk beş sıra ise:

- Kadın Doğum Hastalıkları: %17.2,
- Acil Servis: %10.5,
- Genel Cerrahi: %9.7,
- Göz Hastalıkları: %8.2,
- Ortopedi ve Travmatoloji: %7.5 şeklinde ifade edilmiştir.

2.2.8. Sağlık Çalışanlarının Malpraktis Boyutunda Hukuki Sorumlulukları

Tunçer (2021), hekimin tıbbi müdahaleden doğan sorumluluklarını şu şekilde sıralamıştır:

- a) Medeni hukuk sorumluluğu
 - Sözleşmeden doğan sorumluluk
 - Haksız fiilden doğan sorumluluk
 - Vekâletsiz işgörmeden doğan sorumluluk
- b) Ceza hukuku sorumluluğu
- c) İdare hukuku sorumluluğu
- d) Tıbbi etik sorumluluğu

Hakeri (2022) ifadesiyle de, sağlık çalışanlarının işleyebileceği suçlar:

- a) Kasten öldürme ve yaralama,
- b) İhmal sonucu kasten öldürme,
- c) Taksirle öldürme ve yaralama,
- d) Cinsel saldırı,
- e) İnsan üzerinde deney,

- f) Organ veya doku nakli,
- g) Çocuk düşürtme,
- h) Kısırlaştırma,
- i) Hadımlaştırma,
- j) Kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma,
- k) Özel hayatın gizliliğinin ihlal edilmesi,
- l) Sır saklama yükümlülüğünün ihlal edilmesi,
- m) Dolandırıcılık,
- n) Belgede sahtecilik,
- o) Çocuğun soybağını değiştirme,
- p) İrtikâp suçu,
- q) Rüşvet suçu,
- r) Görevi kötüye kullanma,
- s) Kamu görevlisinin ticareti suçu,
- t) Suçu bildirmeme,
- u) Yetkisiz kişilere veya ruhsatsız sağlık hizmeti verdirme.

Sağlık çalışanlarının işleyebilecekleri kabahatler ise:

- a) Yetkisiz müdahale (hekimlik, diş hekimliği vb),
- b) Birtakım kurallara aykırı davranma,
- c) Sağlık meslek mensubu gibi unvanını kullanmak veya çalışmak,
- d) Hastanın rızası olmadan tıbbi girişimlerde bulunmak, olarak açıklanmıştır.

Açıklanan bu suçlar sadece tıp mesleğinin getirdiği suçlar ya da kabahatler değil, aynı zamanda bir mesleğin icrası, kamu veya özel sektör çalışmanı olma gibi daha genel kapsamda değerlendirilmiştir.

Malpraktisle ilgili hukuki boyut, yasalarda, uluslararası anlaşmalarda, mesleki kuruluş ya da örgütlerin kararlarında ele alınmaktadır.

2.2.9. Türkiye’de Malpraktisin Hukuki Boyutu

Türkiye’de malpraktis konusunda detaylı olarak hazırlanan özel bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Bu hususlarla ilgili genel ve özel hukuki mevzuat hükümlerince hareket edilmektedir. Sağlık bilimini, sağlık çalışanlarının tıp bilimini uygulayışını, hasta haklarını ve malpraktisi içeren yasal düzenlemeler ise şu şekildedir:

2.2.9.1. 1982 Türkiye Cumhuriyeti Anayasası

Sağlık hukukunun temel kaynağı olan anayasamızın, 17. maddesinde “herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazdı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tâbi tutulamaz.” ifadeleriyle kişiler devlet tarafından güvence altına alınmıştır. Anayasanın 56. maddesinde herkes, sağlıklı bir şekilde yaşama hakkına sahiptir. Devlet, beden ve ruh sağlığı içinde herkesin hayatını sürdürmesini sağlamak, gereken işbirliğini gerçekleştirmek maksadıyla tek bir merkezden sağlık kuruluşlarını planlayıp hizmet edilmesini sağlar ve bu görevini bu kamu ve özel kurumları denetleyerek yapar, şeklinde sağlığın ve bu husustaki devletin görevi açıklanmıştır.

Sağlık hakkına ilişkin yasal güvenceler, anayasanın 40. maddesinde kişilerin, resmi görevliler tarafından haksız işlemler sonucu uğradığı zarar, kanun hükümlerince devletce karşılanır ifadeleri ile 125. maddesinde belirtilen, idarenin her çeşit eylem ve işlemlerine karşı yargı yolunun açık olması durumu şeklinde ifade edilmiştir.

2.2.9.2. Türk Medeni Kanunu

Türk Medeni Kanunu’nun 2. maddesinde herkesin dürütlük kurallarına uygun olarak, haklarını kullanması ve borçlarını yerine getirmesi gerektiği ve açıkça bir hakkın kötüye kullanılması durumunda bu davranışların hukuk düzeninde korunmayacağı açıklanmıştır.

Kanunun 3. maddesinde “kanunun iyiniyete hukukî bir sonuç bağladığı durumlarda, asıl olan iyiniyetin varlığıdır. Ancak, durumun gereklerine göre kendisinden beklenen özeni göstermeyen kimse iyiniyet iddiasında bulunamaz.” ifadeleri de sağlık hukuku ile bağlantılıdır.

Kanunun 28. maddesinde “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.” ifadeleri, doğum ve ölüm zamanını belirleme hususlarında hekimin belge düzenleme sorumluluğu ve uygulamalarından kaynaklı olarak sağlık hukukuyla yakından ilişkilidir.

2.2.9.3. Türk Borçlar Kanunu

Türk Borçlar Kanunu, hasta ve hekim arasında kabul edilen sözleşmenin kurulması ve sözleşmeden doğan borç ve yükümlülüklerin belirlenmesi ve düzenlenmesi açısından hükümler içermektedir.

Hakeri (2021), sağlık personelinin malpraktis sebebiyle sorumluluğunun iki nedene dayandığını ifade etmektedir. Bunlar sözleşme veya haksız fiildir. Kişilerin sözleşmeye aykırı zarar verici, vücut bütünlüğüne karşı yapılan tüm müdahaleler, aynı zamanda haksız fiile de sebep olmaktadır.

Borçlar Kanunu'nun 1. maddesinde sözleşmenin nasıl kurulacağından bahsedilmiştir. Bu maddeye göre sözleşme, tarafların birbirine uygun ve karşılıklı şekilde iradelerini açık veya örtülü açıklamalarıyla oluşturulur.

Kanunun 49. maddesinde “kusurlu ve hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlüdür. Zarar verici fiili yasaklayan bir hukuk kuralı bulunmasa bile, ahlaka aykırı bir fiille başkasına kasten zarar veren de, bu zararı gidermekle yükümlüdür.” hususları ile kanunun 50. maddesinde zarar gören kişi veya kişilerin gördüğü zararı ve zarar vereni açık bir şekilde ispat etmek zorundadır. Tam olarak ispat edilemediğinde hâkim hakkaniyet koşuluyla bu zararı belirler. Bu hususlar ışığında hukuka aykırılık ve kusur kavramlarına işaret edilmiştir.

Kusur, hukukta uygun görülmeyen, kınanan davranışları ifade etmektedir. Kast ya da ihmal şeklinde olabilir. Kast, pek rastlanmayan bir durum olsa da bilerek zarar verme durumunu anlatmakta, ihmal ise özen eksikliği anlamında kullanılmaktadır.

Kanunun 63. maddesinde bir fiil zarara yol açsa bile kanunun verdiği bir yetkiye dayanıyorsa eğer hukuka uygun sayılmaktadır. Bu madde ile tıbbi standartlara uygun ve gerekli bilgi ve özenle yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen istenmeyen durumlar açıklanmıştır.

2.2.9.4. Türk Ceza Kanunu

Sağlık meslek mensupları malpraktisten kaynaklı davranışlarından dolayı Türk Ceza Kanunu'nun ilgili hükümlerince suçlu bulunabilir veya cezalandırılabilirler.

Türk Ceza Kanunu'nda genel hükümler incelendiğinde kusurlu davranışlar: kast ve olası kast, taksir ve bilinçli taksir şeklinde sınıflandırıldığı görülmektedir. Türk Ceza Kanunu'nun kusurluluk durumunu dört farklı biçimde incelemesinin nedeni gelişen olaylarda kusurun farklı nedenlere bağlı olarak işlenmesinden dolayıdır. Türk Ceza Kanunu'nda yer alan özel hükümler, sağlık personelinin ceza sorumluluğu kapsamını ve sağlık personelinin hatasının hangi cezai sorumluluğa neden olacağına tespiti çerçevesinde önem arz etmektedir.

Türk Ceza Kanunu'nun 81. ve 82. maddeleri “kasten öldürme”, 83. maddesi “kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi”, 84. maddesi “intihara yönlendirme”, 85. maddesi “taksirle öldürme”, 86. ve 87. maddeleri “kasten yaralama”, 88. maddesi “kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi”, 89. maddesi “taksirle yaralama”, 90. maddesi “insan üzerinde deney”, 91. maddesi “organ ve doku ticareti”, 94. ve 95. maddeleri “işkence”, 96. maddesi “eziyet”, 99. ve 100. maddeleri “çocuk düşürtme”, 101. maddesi “kısırlaştırma”, 102. maddesi “cinsel saldırı”, 105. maddesi “cinsel taciz”, 109. maddesi “kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma”, 134. maddesi “özel hayatın gizliliğini ihlal”, 155. maddesi “güveni kötüye kullanma”, 157. ve 158. maddeleri “dolandırıcılık”, 166. maddesi “bilgi vermeme”, 204. maddesi “resmi belgede sahtecilik”, 250. maddesi “irtikâp”, 252. maddesi “rüşvet”, 257. maddesi “görevi kötüye kullanma”, 258. maddesi “göreve ilişkin sırrın açıklanması”, 260. maddesi “kamu görevinin terki veya yapılmaması”, 276. maddesi “gerçeğe aykırı bilirkişilik”, 280. maddesi “sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi”, 287. maddesi “genital muayene suçları”, kanunun sağlık personelinin malpraktisten kaynaklanan davranışlarıyla ilişkilendirilebilecek cezaları açıklamaktadır.

2.2.9.5. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

Öncelikle salgın hastalıklarla ve salgın hastalıklarda devlet teşkilinin açık planlaması ve görevleri hakkında hükümler bulunan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 154. maddesinde, anne ve bebekte doğumu takiben gereken tedbirlerin alınmış olması şartı ile meydana gelebilecek istenmeyen sonuçlardan dolayı hekim sorumlu

tutulamayacağı ifadesi, komplikasyon-malpraktis ayrımına işaret edilmiştir. Aynı maddedeki; hükümet ve belediye hekim ve ebeleri yoksul kadınların doğumunu ücretsiz yapmak zorunda oldukları ifadesi ve 219. maddesinde hekim bulunmayan yerlerde ölümlerin muayeneleri diğer sağlık personeli veya bu iş için yetiştirilmiş veya görevlendirilmiş memurlar tarafından yapılabileceği açıklaması, sağlık personelinin belirli müdahalelerde görev ve sorumluluklarına değinilmiştir.

2.2.9.6. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

Sağlık hizmetleriyle alakalı temel hususları düzenleme maksadıyla oluşturulan kanunun 11. ek maddesinde “Olağanüstü durumlarda mesleğini icraya yetkili kişilerce acil sağlık hizmeti ulaşına ve sağlık hizmeti devamlılık arz edene kadar verilecek olan sağlık hizmeti hariç, ruhsatsız olarak sağlık hizmeti sunan veya yetkisiz kişilerce sağlık hizmeti verdirenler, bir yıldan üç yıla kadar hapis ve yirmi bin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.” ve “Sağlık Bakanlığınca belirlenen acil hastaya müdahale esaslarına; personel, tıbbi cihaz ve donanım, bina ve hizmet birimleri, malzeme ile ilaç standartlarına uyulmaması hâllerinde bir önceki aya ait brüt hizmet gelirin yüzde beşine kadar idari para cezası uygulanır.” ifadeleri malpraktisten veya sağlık personelinin yetki ve sorumluluklarıyla ilişkilendirilebilecek örnek maddeleridir.

2.2.9.7. Hususi Hastaneler Kanunu

Türkiye’de hastanelerin açılma, kullanma ve kapanma şartlarıyla ilgili hükümler içeren Hususi Hastaneler Kanunu’nda hekimlerin bir takım hareket tarzı hususları ve cezai müeyyideler bulunmaktadır. Kanun’un 8. maddesinde, bu kanunda belirtilen şart ve esaslar dışında hekimler veya diğer şahıslar hasta yatırmak için bir yer açamaz veya muayenehane veya oturdukları yerin bir bölümünü bunun için tahsis edemezler, hükmü yer almaktadır. Kanun’un 44. maddesinde “Tedavisini üstüne aldığı hastaları, yerine vekil bırakmadan izinsiz olarak kendi arzularıyla terkederek bu hastaların tedavisiz kalmalarına sebep olan, 11. maddede yazılan mütehassis tabiplere ikibin Türk Lirası idari para cezası verilir. Eğer bu suretle tedavisiz bırakılmak neticesi olarak hasta kişinin hastalığının ağırlaşması veya ölmesi halinde mes’ul mütehassis tabip hakkında Türk Ceza Kanunu’nun ilgili maddeleri tatbik olunur.” şeklinde belirtilen hususlar örnek olarak gösterilebilir.

2.2.9.8. Hasta Hakları Yönetmeliği

Hasta Hakları Yönetmeliği, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ile diğer hukuki metinlerde belirtilen hasta haklarını açıklamak, kabul edilebilir bütün sağlık hizmeti verilen kurum ve kuruluşlarda, insani düzeyde herkesin bu haklardan yararlanabilmesine, her türlü ihlalden korunabilmesine ve ihlalden doğabilecek hukuki yollarını kullanabilmesine ilişkin konuları düzenlemek amacıyla oluşturulmuştur.

Yönetmeliğin 4. maddesinde sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında uyulması gereken esaslara yer verilmiştir:

a) Sağlık hizmetlerinin sunumunda hiçbir kimsenin veya mercinin ortadan kaldıramayacağı şekilde, herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkının olduğu bilinerek insan haysiyetine yakışır muamelede bulunulmalıdır.

b) Sağlık hizmetlerinin sunumunda cinsiyet, ırk, dil, din, felsefi inanç, siyasi düşünce, sosyoekonomik durum gibi farklılıklar dikkate alınmadan herkesin ulaşabileceği şekilde sağlık hizmetleri planlanır.

c) Sağlık hizmetlerinin sunumunda kişilerin bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkı, her daim göz önünde bulundurulur.

d) Kişinin rızası olmaksızın (kanunda yazılı haller ve tıbbi zorunluluk durumu dışında) vücut bütünlüğüne ve haklarına dokunulamaz, araştırmalara tabi tutulamaz, aile ve özel hayatının gizliliğine dokunulamaz.

Yönetmeliğin 2. bölümünde yer verilen sağlık hizmetlerinden yararlanma hakları belirtilmiştir:

- Adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma (6. madde),
- Bilgi isteme (7. madde),
- Sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme (8. madde),
- Personeli tanıma, seçme ve değiştirme (9. madde),
- Öncelik sırasının belirlenmesini isteme (10. madde),
- Tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım (11. madde),
- Tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı (12. madde),
- Ötenazi yasağı (13. madde),

- Tıbbi özen gösterilmesi (14. madde).

Hasta hakları ihlallerinden kaynaklı olarak sağlık profesyonelleri, idari, hukuki veya cezai yaptırımlarla karşı karşıya kalabilirler.

2.2.9.9. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde, hekim ve dış hekimlerinin, deontoloji bakımından uymak zorunda oldukları kural ve esaslara yer verilmiştir. Deontoloji kelimesinin anlamı, TDK Tıp Terimleri Klavuzu'nda "meslek ahlakı" olarak tanımlanırken, TDK İlaç ve Eczacılık Terimleri Sözlüğü'nde "mesleklerin görev bilinci ve kuralları içinde yürütülmesi ile ilgili davranışlar bütünü" olarak tanımlanmıştır.

Nizamname'nin 3. maddesine göre hekim, gerekli bakımın sağlanamadığı acil vakalarda görevi ve alanı ne olursa olsun, mücbir sebep olmadıkça ilk yardımda bulunur. Dış hekimi de kendi alanında bu kurala tabidir. 6. maddesine göre hekim ve dış hekimi, sanat ve mesleğini icra ederken vicdani ve mesleki kanaatine göre hareket eder, uygulayacak olduğu tedaviyi seçmekte özgürdür. 7. maddesine göre hekim ve dış hekimi sanat ve mesleğinin icrası dışında dahi olsa, meslek ahlakına uygun davranır. 11. maddesinde, tecrübe kazanmak maksadıyla insan üzerinde hiçbir cerrahi müdahale yapılamaz, biyolojik, fiziksel veya kimyasal herhangi bir tedavi de uygulanamaz ibaresi yer almaktadır. 14. maddesine göre hekim ve dış hekimi, hastalarına gereken sıhhi özeni ve itinaı gösterir, sağlığını korumanın veya hayatını kurtarmanın mümkün olmadığı durumlarda ise acısını azalmaya çalışmakla sorumludur. Bu örnek ifadelerden de anlaşılacağı üzere hekim ve dış hekimlerinin görev ve sorumlulukları belirlenmiştir. Bu hususlardaki eksiklik ya da hataların hekimlerin veya dış hekimlerinin davranışları, malpraktis kapsamında değerlendirilebileceği önemlidir.

2.2.9.10. Türk Tabipleri Birliği'nin Mevzuat ve Kararları

2.2.9.10.1. Türk Tabipleri Birliği Kanunu

1953 yılında yürürlüğe giren 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu'nun, 1. maddesinde "Türkiye sınırları içerisinde meslek ve sanatlarını icraya yetkili olup da

sanatını serbest olarak yapan veya meslek diplomasından istifade etmek suretiyle resmi veya özel görev yapan tabiplerin katıldığı TTB; tabipler arasında mesleki deontolojiyi ve dayanışmayı korumak ve meslek mensuplarının hak ve yararlarını korumak amacıyla kurulmuş kamu kurumu niteliğinde mesleki bir kuruluştur.” ifadesiyle TTB’nin kuruluş amacı açıklanmıştır. Kanun’un 38. ve 39. maddelerinde, birliğin bünyesinde kurulan Haysiyet Divanı’nın odaya girmeyen veya kanunun kendilerine verilen sorumlulukları yerine getirmeyenler hakkında verilebilecek cezalar hakkında bilgi verilmiştir. Bu cezalar:

- Yazılı ihtar,
- O yıl ki en yüksek yıllık üye aidatının üç katından az, beş katından fazla olmayan para cezası,
- On beş günden altı aya kadar geçici olarak sanat icrasından meni,
- Bir mıntıkada üç defa sanat icrasından meni cezası almış olanları o mıntıkada çalışmaktan meni, şeklinde sıralanmıştır.

2.2.9.10.2. Sağlık Hizmeti Kaynaklı Zarar Bildirgesi

TTB’nin 2019 yılında kabul ettiği Sağlık Hizmeti Kaynaklı Zarar Bildirgesi’de, malpraktis-komplikasyon ayırımına dikkat çekilmiş ve sağlık hizmetlerinin sunumundan kaynaklanan zararların tanzim edilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Sağlık hizmetlerinden kaynaklanan zararların engellenmesi amacıyla tıp eğitimi ve sağlık politikalarının geliştirilmesine yönelik Sağlık Bakanlığı’na ve Yüksek Öğretim Kurumu’na önerilerde bulunulmuştur.

2.2.9.10.3. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları

TTB’nin 1999 yılında yayımladığı Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nın 6. maddesinde, hekimin görevini yerine getirirken yararlı olma, zarar vermeme, adalet ve özerklik ilkelerine uymaları gerektiğine yer verilmiştir. 9. maddesinde ise hekimlerin hastalara ilişkin sır saklama yükümlülükleri, 13. maddesinde malpraktis (hekimliğin kötü uygulanması) açıklanmıştır. 21. maddesinde, hekim hastalarının sağlıklarıyla alakalı kararlar alırken hasta haklarına, bilgilendirme hakkına, aydınlatılmış onam hakkına, tedaviyi kabul edip etmeme hakkına saygı göstermek zorunda olduğu ifade edilmiştir. Bu ifade ile hekimlerin görevleri ve hasta muayene ederken dikkat

etmeleri gereken kurallar açıklanmıştır. Disiplin kovuşturmasının açıklandığı 46. maddeye göre, açıklanan kurallar bütünü hükümlerine aykırı davranışlarda bulunmaları durumunda hekimler, 6023 Sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu uyarınca tabip odaları yönetim kurulları vasıtasıyla onur kurullarına sevk edilirler. Bu madde içeriğinde belirtilen etik kurallara uymayan hekimlere disiplin soruşturması yapılabileceği gibi hukuki ve cezai işlemin de yapılmasına engel teşkil etmeyeceği belirtilmiştir.

2.2.9.11. 663 Sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname

11 Ekim 2011 tarihli “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” adı 02 Temmuz 2018 tarihli ve 703 sayılı KHK ile “Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” olarak değiştirilmiştir. 1930 yılında yürürlüğe giren 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile kurulan ve 2011 tarihli KHK’de görev ve yetkileri belirtilen Yüksek Sağlık Şurası, 2018 tarihli KHK değişikliğiyle kaldırılmıştır.

2011 tarihli KHK’de görev, yetki ve sorumlulukları belirtilerek teşkil edilen ve 2018 tarihli KHK ile yeniden açıklanan Sağlık Meslekleri Kurulu’nun görevleri KHK’nin 6. maddesinde açıklanmıştır:

- Yeni bir sağlık mesleği veya dalı oluşturulmasında görüş bildirmek,
- Sağlık meslekleri etik ilkelerini belirleyip, eğitim müfredatı ile ilgili görüş bildirmek.
- Sağlık çalışanlarının etik, mesleki yeterlilik ve hasta hakları eğitimi almasına ve eğitimlerin içeriklerini belirlemek,
- Sağlık çalışanlarının meslekten geçici veya sürekli çıkarılmasına ve sağlık engeli olanların mesleğe devam edip edemeyeceği kararlarını vermek.

KHK’nin 7. maddesinde kurul, sağlık çalışanlarından mesleki yetersizliği olanlarla dikkat ve özen eksikliği sebebiyle vücut fonksiyon kaybına ya da ölüme sebebiyet verenlerin mesleki yeterlilik eğitimi almalarına karar verir. Bu eğitimde başarısız olanlar sınava tabi tutulup, başarılı olanlar mesleklerine devam ederken başarısız olanlar meslekten men edilir. Ancak men edilenler mütekip yapılan eğitim

ve/veya sınavlardan başarılı olduğu takdirde mesleklerine devam edebileceklerdir. Etik ilkelere veya hasta haklarına aykırı davranıp ikiden fazla yazılı ikaz ya da disiplin cezası alan sağlık çalışanı bu konuda oluşturulan eğitime tabi tutulur. Ayrıca bu maddede; tıbbi hata sebebiyle bir kişinin ağır derecede olmayan bir engelliliğine neden olan sağlık çalışanı üç ile bir yıl arası meslekten men edilir, bu fiilin beş yıl içinde tekrar etmesi durumunda ise cezalar alt ve üst sınırların iki katı şeklinde uygulanır. Tıbbi hata sebebiyle bir kişinin ağır engelliliğine ya da ölümüne neden olan sağlık çalışanları bir ile beş yıl arası meslekten men edilir, bu fiilin beş yıl içinde tekrar etmesi durumunda ise meslekten sürekli men edilir.

Bu KHK ile oluşturulan Sağlık Meslekleri Kurulu'nun, sağlık çalışanlarına malpraktis sebebiyle yaptırım uygulamada yetkili olduğu görülmektedir.

20 Mart 2023 tarihinde 2/5006 esas no. ile TBMM Kanun Teklif Komisyonu'na sunulan ve görüşülmekte olan "Sağlık alanında düzenlemeler içeren İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu ile Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi" içeriğinde; sağlık çalışanlarının malpraktis davranışları sebebiyle idarece ödenecek tazminatların, sigorta şirketlerince ödenmesi hususu vardır. Ayrıca sağlık çalışanın meslek icrası esnasında ölüme veya engelliliğe sebep olmadan bir kişinin sağlığının kısa süreli ve geçici olarak bozulmasına neden olmasına da yaptırım uygulanması hususu Sağlık Meslekleri Kurulu'nun görevlerine eklenmek istenmektedir.

2.2.9.12. Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik

T.C. Resmi Gazete'de 15 Haziran 2022 tarihinde yayımlanan yönetmeliğin amacı; Yükseköğretim Kanunu'nun 53. maddesinde belirtilen personelin dışındaki sağlık çalışanlarının sağlık mesleği kapsamındaki icra ettikleri tedavi, işlem ve uygulamaları sebebiyle idarece ödenen tazminatın, görevin gereklerine uyulmadan yaptığı veya görevi kötüye kullandığı ceza mahkemesi kararıyla kesinleşmesi durumunda rücu edilmesine ilişkin oluşturulan Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun çalışma usul ve esaslarını düzenlemektir.

Yönetmeliğin 5. maddesinde Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun Sağlık Bakanı tarafından belirlendiği toplam yedi üyeden oluştuğu ifade edilmiştir; bakan yardımcısı, Sağlık Hizmetleri, Kamu Hastaneleri, Yönetim ve Hukuk Hizmetleri genel müdür veya yardımcıları, profesör veya doçent ünvanlı dâhiliye ve cerrahi branşlarında iki hekim bu kurulun üyeleridir.

Mesleki Sorumluluk Kurulunun görevleri, yönetmeliğin 6. maddesinde beş başlık altında belirtilmiştir:

a) Soruşturma izni verilmesine dair görevleri:

Yükseköğretim Kanunu'nun 53. maddesinde yer alan soruşturma usulüne tabi olanlar dışındaki sağlık çalışanlarının tıbbî işlem ve uygulamaları sebebiyle ön inceleme yapmak veya yaptırmak, gerekirse tekrar ön incelemeyi tekrar yapmak veya yaptırmak, soruşturma iznine karar vermek ve bu kararı yetkili mercilere bildirilmesini sağlamaktır.

b) Rücuya dair görevler:

İdarenin tazminata hükmedildiği mahkeme kararının, sağlık çalışanlarının meslek gereklerine aykırı hareket ederek görevin kötüye kullandığını belirten ceza mahkemesi kararının ve diğer evrakların eksiksiz olarak Kurul'a sunulmasını sağlamaktır. İdarece yapılan ödemeye sebep olan durumun, ceza mahkemesi kararı ile tespit edildiği hallerde, gerektiği takdirde sağlık çalışanını, zarar göreni veya kanuni temsilcisini dinlemek, ceza mahkemesi kararı konunun gerektiğinde uzman bilirkişiye inceletmek, kesinleşmiş mahkeme kararı tarihinden bir yıl içinde karara bağlamak ve ilgililere bildirmektir.

c) Uzman ve teknik görüş hâsıl olduğu zamanlarda ihtisas komisyonları oluşturmak veya bilirkişi hizmeti alınabilecek kurum ve kuruluşlardan görüş almak.

ç) Yapılan işlemlerde ilgili kişiler hakkında 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuatının gerektirdiği tedbirleri almak.

d) Kurul aldığı kararları yasal çerçeve belirtilerek bildirilmesini sağlamak.

Kurulun görev, yetki ve kapsamı incelendiğinde Yükseköğretim Kanunu kapsamında değerlendirilen sağlık çalışanları dışında diğer kamu kurum ve kuruluşlarıyla devlet üniversitelerinde çalışan bütün sağlık çalışanlarının sağlık

mesleği icrasında yaptığı eylemleri kapsamaktadır. Eğer eylemlerinde kusur veya ihmal ile görevi kötüye kullanma yani malpraktis, ceza mahkemesince kesinleştiği takdirde Kurul, ilgili personeli soruşturmaya, idarenin ödediği zararı personele ödetilmesine karar vermeye yetkilidir.

Kurul, suçun öğrenildiği tarihten itibaren en fazla altmış gün içinde soruşturma izni konusundaki kararını vermek zorundadır. Zorunlu hallerde bir defaya mahsus bu süre otuz gün uzatılabilmektedir.

Yönetmeliğin 13. maddesinde gereğince sağlık çalışanının tıbbi işlem ve uygulama sebebiyle tazminat ödenmesi maksatlı dava açılan idare, davayı sağlık çalışanına, sağlık çalışanı da mesleki malî sorumluluk sigortası var ise eğer sigortasına bildirir. Rücu istemi için, hatalı tıbbi işlem ve uygulamanın sağlık çalışanı tarafından kasten yapıldığına dair mahkeme kararıyla kesinleşmiş olması ve kurul tarafından, idarece ödenen tazminatın kusur oranında sağlık çalışanı tarafından ödenmesinin talep edilmesidir.

Yönetmelikte rücu istemi, sağlık çalışanının ancak kasten tıbbi hatasının mahkeme kararıyla kesinleşmiş olmasına bağlanması sağlık çalışanları açısından önemli bir husustur.

2.2.9.13. Diğer Kanun, Yönetmelik ve Mevzuatlar

Sağlık personelinin çalışma usullerini, mesleki kural ve kaidelerini, sorumluluklarını ve aykırı davranışlarının malpraktise yol açabileceği diğer hususları belirleyen kanun, yönetmelik ve mevzuatı ise şu şekildedir:

- Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun,
- Hemşirelik Kanunu,
- Adli Tıp Kurumu Kanunu,
- Organ ve Doku Alınması Saklanması Aşılınması ve Nakli Hakkında Kanun
- Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik,
- Aile Hekimliği Kanunu,
- Nüfus Planlaması Hakkında Kanun,
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği,

- Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası Yasası,
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,
- Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği,
- Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği,
- Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği,
- Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği,
- İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik,
- Farmasötik Müstahzarların Biyoyararlanım ve Biyoçeşdeğerliliğinin Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik,
- Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezleri Yönetmeliği,
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik,
- Tıpta Uzmanlık Tüzüğü,
- Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük,
- Kordon Kanı Bankacılığı Yönetmeliği.

Ayrıca, 20 Temmuz 2020 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulan "Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanun Teklifi" ile tıbbi hizmet, tıbbi hizmetlerin verilişinde ortaya çıkabilecek sorunlar, sorumluluklar ve bu durumlarda yapılacaklar düzenlenmesi amaçlanmakta ise de bir süre görüşülmüş olmasına karşılık teklif geri çekilmiştir.

2.2.10. Dünyada Malpraktisin Hukuki Boyutu

2.2.10.1. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda 1948 yılında kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, tüm uluslar ve halklar için ortak hükümler içermektedir. İnsanca yaşama haklarıyla, sağlık, tıbbi bakımın ve tıbbi yardımın önemi de vurgulanmıştır. Beyanname'nin 25. maddesinde, herkesin yeterli standartlarda iyi ve sağlıklı bir şekilde yaşama hakkının olduğu belirtilmiştir. Bu hakların kapsamında ise,

beslenme, tıbbi bakım, giyim, konut ile gereken toplumsal hizmetler ve güvenlik hakları bulunmaktadır. Anne ve çocuklar için ayrıca özel yardım ve bakım haklarının olduğu ve tüm çocukların ayırım yapılmaksızın aynı toplumsal korumadan yararlanma hakkının olduğu ifadelerine yer verilmiştir. Bu hükümler gereğince sağlık hizmetlerinin planlanması, herkes için sağlık hizmetlerinin temini, sağlık politikaları gibi birçok yükümlülük gerek devletlerin gerekse de sağlık profesyonellerinin temel sorumlulukları niteliğindedir.

2.2.10.2. Hekimlik Ahlakı Uluslararası Yasası

1949 yılında Londra’da Dünya Tabipler Birliği tarafından kabul edilen bu yasa, sağlık hukuku alanındaki evrensel hukuk metinlerindedir. Yasada, hekimlerin genel olarak görevleri, ahlak dışı davranışlar, hekimlerin hastalara ve birbirlerine karşı görevleri açıklanmıştır.

2.2.10.3. Tokyo Bildirgesi

1975 yılında Dünya Tabipler Birliği (DTB) 29. Dünya Tıp Kurulu tarafından Tokyo’da benimsenmiş olan Tokyo Bildirgesi, “Gözaltında ve Mahkûmiyette İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı ya da Aşağılayıcı Muamele veya Cezalar Konusunda Hekimler için Kılavuz” adıyla yayımlanmıştır. Bildirgenin giriş bölümünde insanlar arasında hiçbir ayırım gözetilmeden hekimin sağlığı korumak ve tedavi etmenin yanı sıra, hiçbir tıbbi bildinin insanlık yasalarına aykırı şekilde kullanılmaması hususu açıklanmıştır.

Bildirge’nin 2. maddesinde hekimlerin, insanlık dışı, aşağılayıcı, işkence ya da zalimane davranışları destekleyen her çeşit imkânı sağlamaması (bilgi, araç, madde vb temini) hususlarına yer verilirken 6. maddesinde ise bu tür işlemlerde hekimlerin yer almaması gerektiği belirtilmiştir. Bu ibareleriyle bildirgede, tıbbın kötüye kullanılmamasına ve hekimlik mesleğinin onurunun korunmasına dikkat çekilmiştir.

2.2.10.4. Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi

34. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu’nda 1981 yılında kabul edilen bildirgede, hasta haklarına ilişkin kararlar alınmıştır. Bildirge’de, hastanın hekimi özgürce seçme, tedavi öncesi yeterli bilgi alma, kendisine hekim tarafından önerilen

tedaviyi kabul etme veya reddetme, kişisel gizliliğinin korunması ve bu saygıyı hekimden beklemeye hakkı olduğu hususlarına yer verilmiştir.

Ayrıca bildirmede her hastanın onurlu bir şekilde ölme hakkı ile istediği dini, manevi veya ruhi teselli kabul etme hakkının olduğu belirtilmiştir.

2.2.10.5. Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Bildirgesi

44. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda 1992 yılında kabul edilen Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Bildirgesi, malpraktis konusundaki en önemli uluslararası belgelerdendir. Bildirge'de tıbbi yanlış uygulama davalarının artış nedenleri sıralanmıştır:

- Tıbbi bilgilerin artması ve teknolojik gelişmeler, hekimleri riskli uygulamalara yönlendirmesi,
- Tıbbi hizmetlerin artan maliyetlerinin hekimlere baskısı,
- Sağlık hizmetlerine ulaşma hakkı ile garanti edilemeyen sağlıklı olma/kalma hakkının karıştırılması,
- Medyanın olumsuz tutumlarıyla hasta-hekim ilişkilerinin zedelenmesi,
- Hekimlerin defansif tıba yönelmesinin davalara sebep olması.

Bildirge'nin 2. maddesinde malpraktis-komplikasyon ayırımına yer verilmiş, 3. maddesinde, tıbbi zarar görmüş hastaların zararlarının karşılanabilmesi için ülkelere yapılabilecek öneriler ifade edilmiş ve 4. maddesinde ise ulusal tabip birliklerine hasta ve hekimlerle ilgili uygun ortam sağlama yükümlülükleri ve önerileri ifade edilmiştir.

2.2.10.6. Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu tarafından 1994 yılında Amsterdam'da kabul edilen bildirmede, sağlık hizmetlerinde hastaların; insan hakları ve değerleri, sağlık uygulamalarında hastaların bilgilendirilme ile ilgili hakları, her türlü müdahalede hastadan onay alınması ile ilgili hakları, mahremiyet ve özel hayatları ile ilgili hususları açıklanmıştır. Bildirge'nin 5. bölümünde hastaların bakım ve tedavi haklarına ayrıntılı olarak yer verilmiştir.

Ayrıca 6. bölümünde, bildirgenin önceki bölümlerinde ifade edilen hakların uygulanmasında, insan hakları belgeleri hükümlerine uyulması gerektiği anlatılmıştır.

Hasta haklarının korunmasında, hastaların başvurabileceği bağımsız mekanizmaların olması ve hastaların bu mekanizmalardan bilgi alma, hareket tarzlarını danışma imkânlarının olması gerekmektedir. Bu mekanizmalar hasta adına yardım ve savunma imkânı sağlamalıdır. Hastalar, kendilerine hasta haklarına uygun davranılmadığı durumlarda, başvurularının tam ve etkili bir şekilde ilgilenilerek değerlendirilmesine ve sonuçları hakkında bilgi alma haklarına sahiptir.

2.2.10.7. Bali Hasta Hakları Bildirgesi

Dünya Tabipler Birliği tarafından 1995 yılında Bali’de kabul edilen bildirmede ifade edilen ilkeler: “kaliteli tıbbi bakım hakkı”, “kendi kaderini belirleme hakkı”, “seçim yapma özgürlüğü”, “gizlilik hakkı”, “onur hakkı”, “bilinci kapalı hastalara ve yasal ehliyeti olmayan hastalara yapılacak işlemler”, “hastanın isteği doğrultusunda yapılan işlemler”, “bilgilendirme hakkı”, “sağlık eğitimi hakkı” ve “dini destek hakkı” başlıkları altında açıklanmıştır.

Bildirge’de hekimlerin, sağlık çalışanlarının ve ilgili sağlık birimlerinin belirtilen hakların tanınması ve desteklenmesi hususunda ortak yükümlülüklerinin olduğu belirtilirken, bu hakların hükümet, yasa veya diğer kurumlarca kabul edilmemesi durumunda ise hekimlerin gerekli tedbirleri almaları gerektiği açıklanmıştır. Bildirge’nin genelinde hastaların her zaman yararına uygun davranılması gerektiği vurgulanmıştır.

2.2.10.8. Tıbbi Hizmetin Standardı için Mesleki Sorumluluk Kararı

48. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu’nda 1996 yılında kabul edilen bu karar hekimlere, hastalarına kapsamlı sağlık hizmeti verme, mesleki ve kişilik olarak yeterli olma sorumluluğunu açıklamaktadır. Kararda “Dünya Tabipler Birliği, hastalardan gelen şikâyetlerle ya da hastalara verilen zararların tazmini ile ilgili olarak işletilen süreçler sırasında hekimin eylemlerini araştırırken iyi niyet temelinde uzaklaşmasını ya da hekimin meslekdaşlarının yapacağı her türlü ihmali kınar. Bu yaklaşımlar hastalara sağlanacak, tıbbi hizmetin niteliğinin belirleyicisi olacaktır.” ifadeleriyle malpraktis hususlarında yaklaşım tarzları açıklanmıştır.

2.2.10.9. İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi

Avrupa Konseyi tarafından 1997 yılında kabul edilen sözleşme, insan hakları ve temel özgürlüklerin korunması ve devamlılığı, biyoloji ve tıbbın kötüye kullanılmaması ve bu hususlardaki gelişmelerin insanlığın iyiliği için kullanılmasının vurgulanması amacıyla oluşturulmuştur. Sözleşme'nin 4. maddesinde mesleki standart kavramına yer verilmiştir; mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun tıbbi araştırma ve tıbbi müdahalelerin yapılması gerektiği ifade edilmiştir. Sözleşme'de, tıbbi girişimler öncesinde rıza alınması hususu, özel yaşam ve gizliliği, bilgilendirme hakkı konuları açıklanmıştır. Sözleşme'nin 24. maddesinde ise hatalı bir tıbbi müdahale sonucu zarar gören kişilerin, adilane bir tazminat isteme hakkının olduğu belirtilmiştir. Bu ifadede malpraktis durumlarında uygulanacak tazminat yaptırımından söz edilmiştir.

2.2.11. Türkiye'de ve Dünyada Malpraktis Uygulamaları

2.2.11.1. Türkiye

Türkiye'de son yıllarda önem kazanan malpraktis konusuyla ilgili kapsamlı ve özel bir mevzuat bulunmamaktadır. Malpraktis iddialarına ve davalarına ilişkin süreçte özellikle Yargıtay kararları, Türk Ceza Kanunu, Türk Borçlar Kanunu ve ilgili diğer mevzuatların hükümleri doğrultusunda hareket edilmektedir.

Türkiye'de malpraktis hususunda T.C. Sağlık Bakanlığı'na ait istatistiksel bir açık kaynak veritabanı bulunmamaktadır. Resmi iletişim kanallarına aktarılan hasta şikâyetleri verileri paylaşılmadığından güncel bilgilere ulaşılamamaktadır.

Malpraktisten doğan zararların karşılanması maksadıyla 2010 yılından itibaren hekimlik sigortası yaptırma zorunluluğu getirilmiştir. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 12. ek maddesi gereğince "Kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan ve mesleklerini serbest olarak icra eden hekim, diş hekimi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorundadır." hekim ve diş hekimleri ile uzmanlarının yüksek mali sorumluluklardan korunması amaçlanmıştır. Ancak sağlık

alanında benzer risklere sahip, hekim haricinde çalışan sağlık çalışanları bu kapsamda değerlendirilmemiştir.

2.2.11.2. İsveç

İsveç'te 1975 yılına kadar gönüllü olan ancak 1997 yılında değiştirilen Hasta Sigortası Yasası'na hükümleri gereği ülke genelindeki her sağlık kuruluşu, kendi sağlık çalışanlarının malpraktis sigortasını yaptırmakla mükelleftir. Yasa kapsamında bütün sağlık çalışanlarının bir sağlık risk sigortası bulunması zorunludur (Johansson, 2010).

İsveç'te kamuda çalışan ve özelde çalışan hekim ve diş hekimleri için farklı sigorta uygulaması vardır. Şöyle ki kamuda çalışan hekim ve diş hekimlerinin sigorta ödemelerini county councils denilen bölgesel idare meclisleri yapmakta olup, özelde mesleğini icra eden hekim ve diş hekimleri, sigorta ödemelerini kendileri tarafından patient compensation insurance diye adlandırılan hasta tazmin sigortasına ödemektedirler (Ekmen, 2008).

İsveç'te, hekimlere karşı yöneltilen malpraktis iddiaları, The Medical Responsibility Board diye isimlendirilen Tıbbi Sorumluluk Kurulu'nca incelenmekte ve incelemenin neticesinde eğer gerekiyorsa ilgili sağlık çalışanına disiplin yaptırımı uygulanmaktadır. Hasta ve/veya yakınlarından bir şikâyet olduğu takdirde ya da Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu'nun ilettiği durumlar neticesinde Tıbbi Sorumluluk Kurulu, malpraktis kaynaklı davranış sergileyen hekimlere cezai yaptırım uygulayabilmektedir. Hatta kurul, ilgili hekimlere meslek icrasından men edebilmektedir (Ekmen, 2008).

2.2.11.3. İngiltere

İngiltere'de farklı bir sistem mevcuttur. Buna göre, Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) kurumları, malpraktis kaynaklı oluşan zararlardan dolayı, sağlık personellerinin sorumluluklarını kendileri üstlenerek sonucunda olabilecek tüm tazminat ödemelerini yapmaktadırlar. Aynı zamanda ülkede malpraktis sonucu hekimin, General Medical Council adı verilen Genel Tıp Konseyi aracılığıyla meslek icrası durdurulabilir ya da meslek icrasının iptali cezasının verilmesi söz konusu olmaktadır (Ekmen, 2008).

2.2.11.4. Amerika Birleşik Devletleri

ABD’de on dokuzuncu yüzyılda ve yirminci yüzyılın ilk yarısında, eyaletlere bağlı jüriler ve yargıçlar tıbbi uygulama hatası iddialarına karar vermiştir, ancak bugün çoğu tıbbi uygulama hatası iddiası jüri odasından ziyade müzakere masasının etrafında çözülmüştür (Vidmar, 2009).

On dokuzuncu yüzyıldan günümüze kadar hasta-hekim ilişkileri değişmiştir. On dokuzuncu yüzyılın ortalarından önce, doktorlar ameliyat eder ve genellikle yardımsever toplum şifacıları olarak algılanırdı. Hekimler daha çok ticari aktörler olarak görülmeye başlandıkça orta ve işçi sınıfının farklı şekillerde deneyim ve beklentileri oluşmuştur. Hekimler, yardım severliğin dışında etkili hizmet sunması gereken çalışanlar olarak görülmeye başlamış, bu durum da malpraktis davalarında artışa sebep olmuştur (Dobson-Wainwright, 2021).

ABD’de malpraktis konuları mevcut sistemde mahkemeler aracılığıyla görüşülüp karara bağlanmaktadır. Mahkeme sonucunda hastaya/ hasta yakınına tazminat ödemesi ise hekimlerden tanzim edilmektedir. Hekimler de özel sigorta şirketleri aracılığıyla malpraktisten korunmak amacıyla sigorta yaptırmaktadır.

Malpraktis olgularının ABD’de fazla görülüyor olması sebebiyle, malpraktis sigortacılığı ileri düzeyde uygulanmaktadır. Malpraktis iddiasıyla açılan davaların çokluğu ve davaların yüksek tazminatlarla sonuçlanması, sigorta primlerinde de artışa neden olmuştur. Acil servisler, ABD’de malpraktis sebebiyle ortaya çıkan durumların en sık gerçekleştiği birimlerden birisidir (Saatcioğlu, 2009; 194).

Dünya Bankası (2013) “Dünyanın Her Yerinde Tıbbi Hatalı Uygulama Sistemleri” araştırma yazısına göre, Amerikan Tabipler Birliği’nin devlet nezinde tıbbi hataları kontrol edecek ve çözüm getirecek devlet sağlık kurullarının oluşturulması önerilmiştir. Öneride maddi durumu iyi olmayan vatandaşlar için sağlık teşkilllerinde hukuk danışmanlık birimlerinin oluşturulması, meydana gelebilecek zararların tutarlılığını ayarlama gibi maddeler sunulsa da bu sistem uygulanabilirlik açısından kabul görmemiştir.

2.2.11.5. Finlandiya

Finlandiya’da her sağlık çalışanın bir sorumluluk sigortasının yapılması gereklidir. şöyle ki, sağlık çalışanı sigortasız olduğunda ve hasta kişi bir hak talebinde bulunduğunda, Hasta Sigorta Merkezi (The Finnish Patient Insurance Centre) hastaya ödeme yapmakta ve ardından artan primi (normal primin on katı kadar) ilgili sağlık çalışanından tahsil etmektedir. Devlet, toplam kamu sigorta primlerinin %1.5’ini kendisi ödeyip, geri kalan kısmını ise nüfusa orantılı olarak sağlık merkezlerine paylaştırmaktadır (Dünya Bankası, 2013).

Hasta Sigorta Merkezi, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Hasta Mağduriyet Kurulu’nca denetlenmektedir. Bu merkez, malpraktis iddialarını incelemekle ve soruşturmakla görevlendirilmiştir. Finlandiya’da her malpraktis olayı kendine özđü bir yapıda incelenip değerlendirmeye alınmaktadır. Malpraktis neticesinde meydana gelen ufak dereceli rahatsızlıklar için herhangi bir tazminat ödemesi yapılmamaktadır. Herhangi bir olay vuku bulduğunda, sağlık çalışanı yaptığı hatasını fark ederse eğer, bu çalışan herhangi bir suçlamaya maruz kalmayıp, kendisine karşı dava açılma durumuyla karşı karşıya kalmamaktadır. Finlandiya, “no-guilt system” olarak adlandırılan yani suçlu olmama sistemi başarıyla uygulamaktadır (Ekmen, 2008).

2.2.11.6. Japonya

Tıbbi uygulama hataları ile ilgili iddialar davalarda görüşüldüğü gibi, bir mesleki sorumluluk programı olan Japan Medical Association (JMA), kendisine iletilen malpraktis iddialarını değerlendirerek herhangi bir tıbbi hata tespiti halinde mahkemeye intikal ettirilmeden daha hızlı çözüm sunmaya çalışmaktadır (Saatcioğlu, 2009). Öyle ki son elli yılda mahkemeye intikal eden malpraktis vaka sayısı yüzü geçmemektedir. Kurumsal sorumluluk sigortaları, hem hastanelerin hem de hastanedeki sağlık çalışanlarının malpraktisten doğan tazminat bedellerini ödemektedir (Güngör ve ark., 2012).

2.2.11.7. Almanya

1975 yılından itibaren Eyalet Tabip Odaları’nın Bilirkişi Komisyonları ve Uzlaştırma Büroları malpraktis konusunda hasta ile hekim arasındaki sorunları

değerlendirmekle görevlidir. Hasta ve hekim bu birimlerde anlaşamazlar ise yargı yoluyla çözüm arayabilirler.

Almanya'daki bu sistem yargı ve mahkemelerin dosya yükünü azaltarak, hukuki süreçlerin uzamasına engel olunmuştur. Hastaların malpraktisten doğan zararları oluştuğunda ise hekimlerin mesleki sorumluluk sigortaları aracılığıyla tatmin edici bir şekilde ve hızlı olarak karşılanması, mevcut sistemin başarılı bir şekilde yürütüldüğünü göstermektedir. Hekimlerin malpraktis iddialarına karşı sigortalandığı gibi sağlık kurumları da bu konularda sigortalanarak, yüksek tazminat risklerine karşı korunmaktadırlar (Güngör ve ark., 2012).

2.3. Acil Sağlık Hizmetleri ve Malpraktis

Acil hasta, kendisine müdahale edilmediği takdirde sakat kalabilme veya ölme olasılığı olan hastaları ifade etmektedir. Acil hastalara müdahale, olay yerinde başlamakla beraber, ambulansla nakil esnasında, hastanelerin acil servislerinde olmak üzere bir dizi müdahalenin yapılabildiği komplike bir sistemi içerir. Ayrıca acil servis müdahalesi sonrasında ameliyathane veya hasta yoğun bakım süreçlerini de içerebilir.

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nin 4. maddesinde acil sağlık hizmetleri: “Acil hastalık ve yaralanma hallerinde, konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetleri” olarak ifade edilmektedir.

TDK Hemşirelik Terimleri Sözlüğü'nde acil sağlık hizmetleri: “Acil hastalık ve yaralanma hâllerinde, bu konuda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetleri” olarak tanımlanmıştır.

Acil sağlık hizmetleri, beklenmeyen durumlarda ortaya çıkmasından ve derhal müdahale edilmesi gerektiğinden dolayı 24 saat kesintisiz olarak sürdürülmektedir.

Acil sağlık hizmetlerine çok çeşitli durumlarda hasta/yaralı müracaat etmektedir. Araç kazaları, yaya kazaları, yanıklar, donmalar, iş kazaları, solunum ve kardiyak rahatsızlıklar, cerrahi hastalıklar, travmalar, hayvan/böcek ısırıkları, yüksekten düşme, zehirlenme, elektrik çarpmaları, intihar girişimleri, şiddet, istismar, cinsel saldırılar, madde veya alkol bağımlılıkları, delici/kesici alet yaralanmaları ile ateşli silah

yaralanmaları gibi pek çok acil vakaya müdahale edilmektedir. Bu vakaların bir çoğunluğu ise adli olarak değerlendirilmektedir.

Acil durumların yanında birçok poliklinik hastaları da acil sağlık hizmetlerine başvurmaktadır. Bu hastalar acil sağlık hizmet birimlerinin yoğunluğunu artırmaktadır.

2.3.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

2.3.1.1. Dünyada Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

İnsanlık tarihinde oldukça eski zamanlardan beri gelişen tıp ilmi, acil durumlarda da çok eski zamanlardan beri uygulanmaktadır. Özellikle tarihte kazalar, afetler ve savaşlar esnasında veya sonucunda çeşitli tıbbi girişimler uygulanmıştır. Günümüzden yaklaşık 5 000 yıl öncesinde Mısır'da, sonrasında ise Yunan ve Roma uygarlıklarında acil müdahalelerde bulunduğu bilinmektedir. İlk ambulans benzeri hasta/yaralı taşıma araçları, İspanyollar tarafından 1487 yılında Malaga kuşatması esnasında, savaş alanından güvenli bölgelere taşıma amacıyla kullanılmıştır (T.C.MEB, 2011).

İlk askeri tıbbi birlik, Prusya seferi esnasında Napolyon tarafından kurulmuş, 1793 yılında at arabalı ambulanslar kullanılmıştır. İngiltere ve İskoçya'da 1881-1882 yıllarında kiliselerin yardım örgütleri tarafından, ilk yardım konularında Kraliçe Victoria'dan teşkilatlanma izni alınmıştır. 1897 yılında ise Londra'da tam zamanlı ilk ambulans servisi kullanılmaya başlanmıştır (T.C.MEB, 2011).

Birinci ve İkinci Dünya Savaşları'nda yaralılara acil müdahaleler yapılmış, uçak, helikopter, tren ve kara ambulanslarıyla da revir ve hastanelere taşıma işlemleri gerçekleştirilmiştir (T.C.MEB, 2011).

1960 yılından sonra ABD ve Fransa'da ambulanslarda hekim ve paramedikler görevlendirilerek acil sağlık hizmetlerinin kalitesi artırılmaya çalışılmıştır. 1970 yılında ABD Cincinnati Üniversitesi'nde ilk kez Acil Tıp ana bilim dalı açılmıştır (T.C.MEB, 2011)

Acil sağlık hizmetlerine ulaşımında ABD, 911 numarasını itfaiye, polis, ambulans gibi bütün acil durumlara erişimde ortak numara olarak uygulamaktadır. Avrupa

Birliği ise üye ve üyelik başvurusunda bulunan ülkelerine öneride bulunduğu ve bütün acil durumlarda kullanılmak üzere belirlediği 112 numarasını, İsveç, İzlanda, Malta ve Hollanda gibi ülkeler kullanmaktadırlar (T.C.MEB, 2011).

2.3.1.1.1. Dünyada Acil Tıp Sistemleri

Dünyada, acil sağlık hizmetlerinin organizasyonunda ve acil sağlık hizmetlerinin uygulanmasında iki tür model benimsenmiştir: Anglo-Amerikan Modeli ve Franko-German Modeli.

2.3.1.1.1.1. Anglo-Amerikan Modeli

Anglo-Amerikan Modelinde hasta/yaralıların daha kaliteli hizmet alabilmeleri için hastanelere nakil edilmesi benimsenmektedir. Bu modelde acil bakım teknikerleri (paramedik) ve acil tıp teknisyenleri (ATT), olay yerinde acil sağlık hizmetini başlatarak, durumu ciddi hasta/yaralıları, ambulanslarda da sağlık hizmetini devam ettirmek suretiyle hastanelerin acil servislerine nakil ederler. Acil tıp uzmanı hekimler ise acil servislerde getirilen hasta/yaralıları ileri acil sağlık hizmeti verirler (T.C.MEB, 2011).

Anglo-Amerikan modelini uygulayan veya uygulamaya çalışan ülkelere bazıları: Kanada, ABD, İngiltere, Türkiye, İzlanda, İsrail, Hollanda, Güney Kore, Hollanda (T.C.MEB, 2011).

2.3.1.1.1.2. Franko-German Modeli

Franko-German Modelinde, acil hekimleri (genellikle anestezi uzmanları) hastane öncesinde acil sağlık hizmetlerini yürütmektedirler. Acil hekimleri, gereken teknolojik cihazlarla hasta/yaralının bulunduğu alana giderek acil sağlık hizmetini verirler. Hasta/yaralıları bu modelde, gereken tedavileri yapıldıktan sonra doğrudan yataklı servislere yatırılırlar (T.C.MEB, 2011).

Franko-German modeli uygulayan veya uygulamaya çalışan ülkelere bazıları: İsveç, İsviçre, Fransa, Finlandiya, Almanya, Norveç, Portekiz, Rusya (T.C.MEB, 2011).

2.3.1.2. Türkiye’ de Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

1868 yılında Osmanlı Devleti’nde savaşlar esnasında hasta/yaralı askerlere acil sağlık hizmeti de dâhil olmak üzere yardım etmek maksadıyla, Osmanlı Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti (Türk Kızılayı) kurulmuştur (Türk Kızılayı, 2022).

Daha sonra Hilal-i Ahmer Cemiyeti adını alan Türk Kızılayı, 1911 yılında Aksaray’da çıkan bir yangına müdahale etmek amacıyla ilk yardım ekipleri göndermiştir (Demirbilek ve Hatik, 2020).

Türkiye’de acil sağlık hizmetleri, Cumhuriyetin kurulmasından sonraki dönemlerde profesyonel teşkilatlanmaya başlamıştır. Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinin kronolojik tarihsel gelişimi, Tablo 2.2’de sunulmuştur (Şimşek ve ark.’dan, 2019; Demirbilek ve Hatik’dan, 2020).

Tablo 2.2. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetlerinin Kronolojik Tarihsel Gelişimi

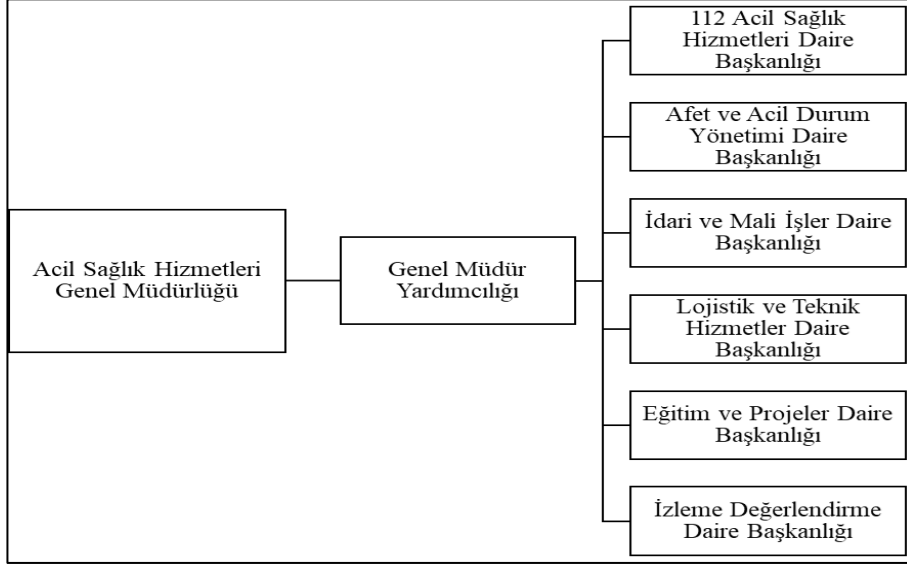
Yıl	Gelişme
1930	1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile belediyelerin, ilk tıbbi imdat ve yardım teşkilatının kurulmasında vazifelendirilmesi
1955	İstanbul’da ilk bölgesel acil sağlık sisteminin 15 cankurtaran aracıyla kurulması
1985	Gezici ambulans hizmetlerinin başlaması
1986	077 Hızır Acil Servis ekiplerinin 24 saat usulüyle Ankara, İstanbul ve İzmir illerinde göreve başlaması
1991-1992	112 acil sağlık hizmetleri numarasının kullanılmaya başlanması
1993	Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği programının açılması (Dokuz Eylül Üniversitesi)
1994	Acil Tıp Uzmanlık eğitiminin başlaması
1995	İl Sağlık Müdürlükleri nezdinde Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri Şubelerinin oluşturulması
1996	Sağlık Meslek Liselerinde Acil Tıp Teknisyenliği bölümlerinin açılması
2000	Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nin yayımlanması
2001	Ambulanslar ile Özel Ambulans Servisleri ve Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği’nin yayımlanması
2007	Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nde değişiklik yapılarak ambulanslarda doktor olmadan paramediklerin vazifelendirilmeye başlanması
2009	Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ’in yayımlanması
2018	Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ’in yayımlanması
2021	Tüm acil yardım numaralarının 112 numarası altında birleştirilmesi

Türkiye’de acil sağlık hizmetleri T.C. Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün görevleri, 2011 tarihli 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri KHK” 9. maddesinde belirtilmiştir:

- Ülke genelinde acil hallerde ve afetlerde sağlık hizmetleri ile hastane öncesi acil sağlık hizmetlerini teşkil etmek, hastane acil servisleriyle koordineli çalışmalarını sağlamak,
- Hizmet birimlerinin nitelik, personel, araç, gereç ve hizmet standartlarını ve çalışma esaslarını belirlemek,

- Acil sağlık araçları ile ambulansların çalışma usl ve esaslarını tespit ederek standartlar oluşturmak, ambulans hizmeti veren resmi ve özel kuruluşları bu hususlar çerçevesinde denetlemek.

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün teşkilat yapılanması Şekil 2.2'de gösterilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı'ndan, 2022).



Şekil 2.2. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması

2.3.1.3. Acil Sağlık Hizmeti Birimleri

Acil sağlık hizmeti birimleri, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nin 7-17 maddeleri arasında belirtildiği üzere; temel hizmet ve destek hizmet birimlerinden oluşmaktadır.

a) Temel Hizmet Birimleri:

- Acil Sağlık Hizmetleri Őube Müdürlüğü,
- Hastane Acil Servisleri,
- İl Ambulans Servisi Başhekimliği.

b) Destek Hizmet Birimleri:

- Sağlık Hizmetleri veren Kamu Kurum ve Kuruluşları
- Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları,

- Yataklı Tedavi Kurumları,
- Acil Sağlık Hizmeti veren Özel Kuruluşlar ve Şahışlar.

Türkiye’de acil sağlık hizmetleri iki grupta uygulanmaktadır. Bunlar; hastane öncesi ve hastane acil sağlık hizmetleridir.

2.3.2. 112 Acil (Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri)

Hasta veya yaralıya, alanında özel eğitim almış sağlık personeli ekibiyle, olay yerinde, özel donanım ve ilaçlarla yapılan ilk tıbbi müdahaleler ile hasta veya yaralının özel donanımlı ambulanslarla tıbbi uygulamalara devam edilerek hastane acil servislerine ulaştırılıncaya kadar geçen süreç, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerini ifade etmektedir.

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nin 9-12. maddeleri arasında açıklandığı üzere Türkiye’de il düzeyinde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri İl Ambulans Servisi Başhekimliği’nce, komuta merkezleri ve istasyonlar aracılığıyla yürütölmektedir.

2.3.2.1. İl Ambulans Servisi Başhekimliği

İl Ambulans Servisi Başhekimliği’nin görevleri:

- İl düzeyinde ambulans hizmetlerinin organizasyonunu, yönlendirmesini, planlamasını yapmak,
- Merkez ve istasyonda görev yapan personelini idare etmek, hizmet içi eğitimlerini planlamak ve idare etmek,
- Merkez ve istasyonlarda bulunan bütüm donanım, araç, gereçlerin temin, bakım ve onarımlarını sağlamak,
- Acil sağlık hizmetine katılan kurum ve kuruluşlar arasında iş birliği yapmak.

2.3.2.2. Komuta Merkezi

Başhekimliğe bağlı olarak çalışan komuta merkezleri, ilin nüfusu, istasyon özellikleri, personel, teknik donanım, altyapı ile beraber uygun fiziki yapılarda kurulur. Komuta merkezlerinin görevleri Acil Yardım Hizmetleri Yönergesi’nin 9. maddesinde açıklanmıştır:

- Acil çağrılarını değerlendirmek; yeterli düzeyde araç ve ekibi, gerekli olduğu durumlarda olay mahalline yönlendirmek,
- Kendi sorumluluk alanında bulunan her türlü acil yardım ve hizmet aracının sevkini ve idaresini yapmak,
- Hizmet esnasında kurum ve kuruluşlar ile hastaneler arasındaki gerekli irtibat ve koordinasyonları kurarak, sevk sisteminin işleyişini doğru ve etkin bir şekilde idare etmek,
- Afetlerde ve olağan dışı durumlarda kamu ve özel ambulans sevk ve idarelerini yapmak.

2.3.2.3. İstasyonlar

İhtiyaçlar göz önünde bulundurularak, acil sağlık hizmeti verilmesi ve tıbbi müdahalede bulunulması amacıyla il sağlık müdürlüğünün verdiği teklif ve valiliğin onaylaması ile kurulan teşkilimlerdir.

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde istasyonun görevleri:

- Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği usul ve esaslar çerçevesinde merkezin yaptığı yönlendirmelerle acil sağlık hizmetini vermek, hizmetle alakalı kayıtları doğru ve eksiksiz bir şekilde tutmak,
- Hizmet taşıtları ile donanımlarını her daim kullanıma hazır olarak bulundurmak, bakımı veya onarımı hâsıl olduğu durumları merkeze iletmek,
- İstasyona doğrudan gelen çağrılarını merkeze bildirerek merkezin değerlendirmesi sonu uygun hizmeti sağlamak.

Verilen hizmet türüne göre üç tip istasyon kurulabilir:

a) A Tipi İstasyon:

Bu istasyonlar, 24 saat boyunca kesintisiz hizmet vermektedirler. Ambulans ve acil müdahale ekibi sayısı ihtiyaca yönelik belirlenmektedir. Acil müdahale ekibinin içerisinde hekim bulunuyorsa "A1 tipi istasyon", hekim çalışmıyorsa "A2 tipi istasyon" şeklinde isimlendirilir.

b) B Tipi İstasyon:

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının bünyesinde hizmet veren istasyonlardır. Acil servislerin bünyesinde bulunan istasyonlar “B1 tipi istasyon” olarak adlandırılırken, birinci basamak sağlık teşkilleri bünyesinde çalışanlar “B2 tipi istasyon” olarak isimlendirilirler.

c) C Tipi İstasyon:

Çalışma saatleri, ihtiyaca göre belirli süre zarflarında olmak kaydıyla ve sadece ambulans hizmetini kapsayan acil sağlık istasyonlarıdır.

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2020 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre, 2002 yılında 481 olan acil yardım istasyon sayısı 2020 yılında 3 050'ye yükselmiştir. 2020 yılı için acil yardım istasyonu başına düşen nüfus sayısı 27 415'tir. Acil yardım istasyonu başına düşen olay sayısı ise 2020 yılı için 2 428'dir.

2.3.2.4. Ambulanslar

Ambulanslar; hasta ve yaralılara yetkili sağlık personelinin ulaştırılması, içerisinde gerekli tıbbi müdahalenin yapıldığı, özel işaret ve alarm sistemleri ile haberleşme sistemlerini barındıran, özel donanıma sahip sedyeli araçlardır.

Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği'nde ambulans türleri, kullanım alanları ve donanımları belirtilmiştir. Yönetmeliğe göre ambulansların “ulaşım türüne” göre sınıflandırması belirtildiği gibidir:

- Kara ambulansı,
- Hava ambulansı,
- Deniz ambulansı.

Kara ambulanslarının ise “kullanım amacına göre” sınıflandırması şu şekildedir:

- Acil yardım ambulansı,
- Hasta nakil ambulansı,
- Yoğun bakım ambulansı,
- Özel donanımlı ambulanslar.

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2020 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerinde belirtildiği şekliyle, 2020 yılında acil yardım ambulansı sayısı 5 711, diğer tip

ambulans sayısı 735'dir. Kar paletli ambulans 240, yoğun bakım ambulansı 91, motosiklet ambulansı 62, 4 sedyeli ambulans 62, snow track ambulansı 21, helikopter ambulansı 17, deniz ambulansı 6 ve uçak ambulans 3 adettir. 2020 yılında acil yardım ambulansı başına düşen nüfus sayısı 14 641'dir.

2.3.2.5. Personel

a) Mesul Müdür

Ambulans servislerinin çağrı merkezlerinde; idari işlerden bizzat sorumlu olmakla beraber, tıbbi işlemlerden de hekim ve diğer sağlık personeliyle birlikte sorumlu olan personeldir. Ambulans servisinin işleyişi, personel, ikmal, altyapı, malzeme, nöbet sistemleri vb. görevlerden sorumludur.

b) Ambulans ve Acil Sağlık Personeli

Acil yardım ambulanslarında görev yapan en az üç çalışan bulunmaktadır. Bu ekibin içerisinde en az bir hekim veya bir paramedik veya bir ATT ile diğer bir sağlık personeli ve araç şoförü bulunmaktadır. Hekimin bulunmadığı ekipte en az bir paramedik çalışan, hasta veya yaralıya tıbbi müdahale etmek amacıyla ekipte yer almak zorundadır.

Hekimler ile sağlık personeli, ambulans hizmetlerinde nöbet usulü çalışmaktadırlar. Nöbet aralarındaki süreler arasında en az 48 saat olması gerekmektedir.

Ambulans servislerinde hekimler; hasta veya yaralılara uygulanan tıbbi işlemler ile bu işlemlere ait kayıtların düzenli olarak tutulmasından, hasta/yaralıların dosyasına işlenmesinden sorumludur. Ayrıca hekim bulunmayan ambulanslarda görevli paramediklere tıbbi danışmanlık yapmak, çağrı merkezinde görevli olan hekimlerin sorumluluğundadır.

Ambulans servilerinde paramedikler, hekim bulunmayan ambulanslarda hasta/yaralılara uygulanan tıbbi işlemler ile bu işlemlere ait kayıtların tutulmasından ve hasta/yaralıların dosyasına işlenmesinden sorumludur.

2.3.4. Acil Servis (Hastane Acil Sağlık Hizmetleri)

Hasta veya yaralılar, tıbbi acil hizmet alabilmek için ayaktan, araçla veya kamu ve özel ambulanslarla hastanelerin acil servislerine gelmektedirler. Acil servis, kamu ve özel sağlık kuruluşlarında oluşturulmuş, amacı acil sağlık hizmeti vermek olan yataklı sağlık tesisleridir.

Acil servislerin, ulaşım şartları, fiziki konumları ile altyapıları bakımından belirli standartlara sahip olmaları gerekmektedir. “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” göre bu standartlar:

- Hastanelerin ana binalarından ayrı bir girişe sahip olması gereken acil servislerin, anayola yakın, ambulansların rahatça girebileceği, en fazla %8 eğime sahip sedyelerin kolaylıkla geçebileceği rampasının bulunması, giriş katında; ameliyathane, laboratuvar, röntgen, görüntüleme, yoğun bakım ünitesi ile morga ulaşımının kolay olması gerekmektedir.

- Tekerlekli sandalye ile sedyeler için, acil servis girişlerinde ayrı bir alan oluşturulması gereklidir.

- Acil servislerde ayaktan gelen hasta veya yaralılar ile ambulans ve hasta nakil araç girişleri için ayrı girişler kullanılır.

- Acil servislerin seviyesine uygun ve asgari standartta; ilk muayene, müşaade ve müdahale odaları, hasta bekleme salonu, çalışmaları aksatmayacak şekilde kesintisiz süreli hizmet veren kafeterya, çalışanlar için soyunma ve dinlenme odaları, lavabo ve tuvalet bulunur.

- Acil servis bina girişlerine tebliğde belirtilen özelliklerde “ACİL SERVİS” ibareli ve ışıklı tabela asılır.

Acil servisler; acil hasta kapasitesi, acil vakaların branşlara göre dağılımı ve oranı ile tıbbi donanım kapasitesi, bulundurulmuş malzeme, personelin nitelikleri, sağlık hizmet biriminin statüsü vb. kıstaslarına göre “I., II. ve III. seviye” olarak derecelendirilir. Acil servislerin seviyeleri ve nitelikleri “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ”e göre Tablo 2.3’te gösterilmiştir.

Tablo 2.3. Acil Servislerin Seviyeleri ve Nitelikleri

	I. Seviye	II. Seviye	III. Seviye
Tanım	Nöbetçi uzman hekim gözetim ve denetiminde pratisyen hekimlerce sağlık hizmetinin yürütüldüğü ve daha çok ayakta, stabil hastaların muayene ve tedavilerinin yapıldığı acil servis seviyesi	Dâhili ve cerrahi branşlardan en az birer uzman hekim sorumluluğunda, acil hastaların pratisyen hekimler tarafından karşılandığı acil servis seviyesi	Dâhiliye, Genel Cerrahi, Çocuk Hastalıkları, Ortopedi, Beyin Cerrahi, Kardiyoloji, Anestezi, Nöroloji branşlarında uzman hekim düzeyinde acil sağlık hizmeti
Müşahede Odası Yatak Sayısı	4-6	6-12	12-20
Bulundurduğu Birimler	<ul style="list-style-type: none">• Muayene alanları• Resüsitasyon odası• Müşahede odası• Müdahale odası• 112 istasyon birimi	I. seviyeye ilave olarak; <ul style="list-style-type: none">• Triyaj (Hemşire/ATT/Sağlık Memuru düzeyinde)• Primer tedavi odası• Görüntüleme ünitesi• İzolasyon/Dekontaminasyon odası	I. ve II. seviyeye ilave olarak; <ul style="list-style-type: none">• Triyaj (Hekim düzeyinde)• Travma odası• Yoğun bakım ünitesi• Her branş için muayene odası
Hekim/Asistan	Kamu 1-2 Özel 1-2	2-4 1-2	4+ 1-2
Hemşire/ATT/Sağlık Memuru	Kamu 1-2 Özel 1-2	2-7 1-2	7+ 1-2

2.3.4.1. Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması

“Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” göre acil servise gelen hasta veya yaralılara ilk olarak triyaj uygulaması yapılmaktadır. Triyaj; türkçe anlamı önceliklendirme olan Fransız kökenli bir kelimedir. Tıbbi uygulama veya tedavinin önceliğinin saptanması maksadıyla, hasta veya yaralıların durumlarının aciliyetine ve yapılması gereken müdahalelerin tipine göre sınıflandırma sistemidir.

Triyaj uygulamasını acil servislerde hekim, paramedik, ATT, hemşire gibi profesyonel sağlık çalışanları yapmaktadır.

Triyaj uygulamasında kırmızı, sarı ve yeşil olmak üzere üç renk kullanılır. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'e (2009) göre kullanılan renk kodlamaları Tablo 2.4'te gösterilmiştir.

Tablo 2.3. Renk Kodlaması

Renk	Alan ve Vaka Niteliği
Yeşil	Ayaktan başvuran, ayaktan tedavi edilebilecek basit sağlık sorunları ile durumu stabil olan hasta/yarahlılar
Sarı	Kategori 1: Uzun süreli tedavi gerektiren, hayati tehdit riski olasılığı olan durumlar
	Kategori 2: Orta ve uzun dönem belirtileri olan ve ciddi hal potansiyeli taşıyan durumlar
Kırmızı	Kategori 1: Hayati tehlikesi olan ve acil olarak eş zamanlı değerlendirilmeye ve tedaviye ihtiyaç duyulan durumlar
	Kategori 2: Hayati tehlikesi yüksek olasılıklı olan ve tıbbi müdahale ve tedavinin 10 dk. içerisinde yapılması gereken durumlar

2.3.4.2. Acil Servis Personeli

Hastanelerin acil servislerinde görev yapan sağlık çalışanlarının kimler olduğu, "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ"nde belirtilmiştir:

• Acil Servis Sorumlusu: Acil tıp uzmanı var ise sorumlu acil tıp uzmanı olup, yoksa eğer baştabip yardımcısı veya bir uzman hekim ya da bir hekim acil servis sorumlusudur.

- Acil Tıp Uzmanı Hekim,
- Pratisyen Hekim,
- Hemşire,

- Paramedik
- ATT
- Diğer sağlık alışanları.

2.3.4.3. Acil Servislerin Būnyesinde Bulunan Alanlar ve Birimler

- **Hasta Muayene Alanları:** Ayaktan acil servislere başvuran hasta ve yaralıların muayene ve tedavilerinin yapıldığı alandır.
- **Müşahede Odası/Alanı:** İlk müdahale, muayene ve tedavileri yapılan hasta ve yaralılardan, taburcu edilmeyen ya da yatışı yapılmayanların 12 saate kadar tedavi ve bakımlarının yapıldığı oda/alandır.
- **Müdahale Odası/Alanı:** Küçük cerrahi işlemlerin yapıldığı oda/alandır.
- **Resusitasyon Odası:** Kanaması, solunum problemi, travması, kardiyak arresti olan ya da olma süpesi olan ile şuuru kapalı olan ve zehirlenme nedeniyle gelen hasta veya yaralıların ilk müdahalesinin yapıldığı odadır.
- **Tedavi Odası/Alanı:** Acil serviste hasta veya yaralıların tanı ve tedavilerinin yapıldığı tüm alan/odalardır.
- **Travma Odası/Alanı:** Problemin kaynağına bakılmaksızın travma sonucu zarar gören hasta veya yaralıların ilk müdahalelerinin ve tedavilerinin yapıldığı yerlerdir.
- **Bekleme Alanı:** Hasta veya yaralıların yakınlarının beklediğı, oturma düzeninin oluşturduğu alandır.
- **Triyaj Alanı:** Acil servise başvuran hasta/yaralıların karşılanarak, tedavi önceliğinin belirlendiğı, tedavinin hangi alan veya bölümde yapılacağıının saptandığı birimdir.
- **Kritik Hasta Bakım Birimi:** Bşlangı tedavisi yapılan fakat hâlâ durumu stabil olmayan hastaların en fazla 24 saat süre zarfında müdahalelerinin yapıldığı alandır.
- **Görüntüleme Ünitesi:** Hasta/yaralılara 24 saat hizmet veren, sabit veya mobil röntgen, bilgisayarlı tomografi (BT), ultrasonografi (USG) gibi tıbbi donanımlara sahip birimdir.

• **Dekontaminasyon (Arındırma) Odası/Alanı:** Kimyasal, biyolojik, radyoaktif ve nükleer maddelere maruz kalan hasta/yaralıların, bu maddelerden arındırıldığı (dekontaminasyonlarının sağlandığı) alan/odalardır.

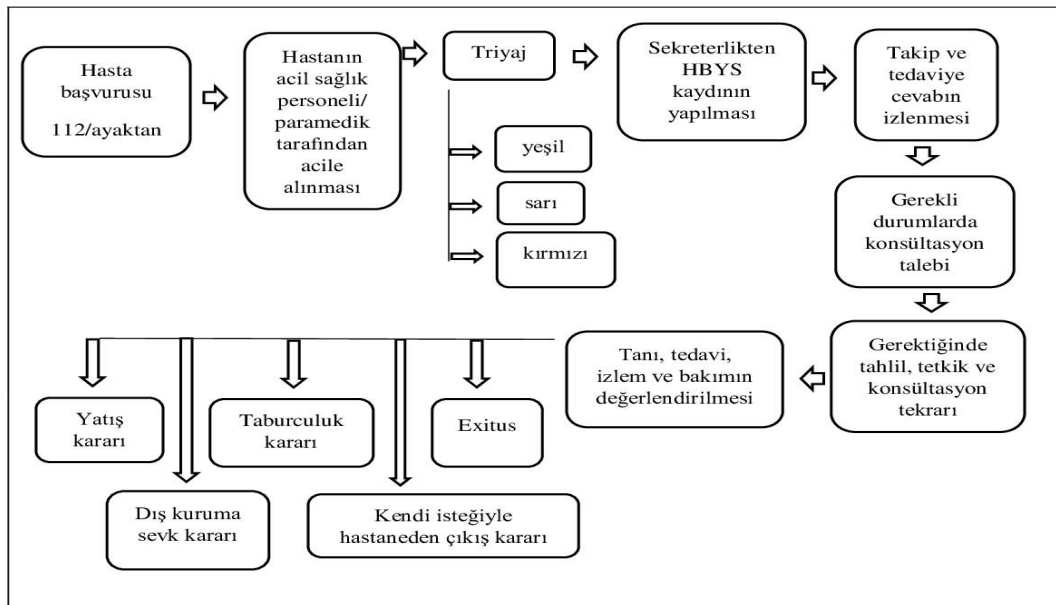
2.3.4.4. Acil Servislerin 112 Komuta Kontrol Merkezi ile Koordinasyonu

Acil servis hizmetlerinin etkili ve koordineli yürütülmesi maksadıyla hasta veya yaralıların ait bilgilerin ilgili birimlerce paylaşılması gerekmektedir. Oluşturulan ortak kayıt sistemi, Acil Servisler ile 112 komuta merkezleri ile iletişim sağlamakta, bu iletişimin organize edilmesini ise il düzeyinde kurulan il “Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM)” ile sağlanmaktadır.

Acil servislere getirilen hasta veya yaralıların ait bilgilerin, istenildiği zaman Bakanlığa, müdürlüğe ve 112 komuta kontrol merkezine bildirilmesi zorunludur.

2.3.4.5. Acil Servis Akış Şeması

Hastane acil servislerinin akış şeması Şekil 2.3’te sunulmuştur (Gazi Hastanesi’nden, 2022).



Şekil 2.3. Acil Servis Akış Şeması

2.3.5. Acil Sağlık Hizmetlerinde Risk Kavramı

İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği (2012) ifadeleriyle risk, istenmeyen ya da kabul edilemeyen olayların veya durumların meydana çıkma olasılığıdır. Risk, tehlikeli bir durumdan veya olaydan kaynaklanabilecek yaralanma ya da bir takım zararlı sonuçların ortaya çıkma ihtimalidir (Tarım, 2013).

2.3.5.1. Risk Yönetimi

Risk yönetimi; yönetim politikalarının, prosedürlerinin ve uygulamalarının riskleri tanımlama, analiz etme, değerlendirme ve tedavi etme görevlerine sistematik olarak uygulanmasıdır (Hodges, 2000). Risk yönetimi, olabilecek risklerin sistemli şekilde değerlendirilerek, zararları en aza indirebilecek doğrultuda, karar alma sürecini ifade etmektedir (Tarım, 2013).

Risk yönetiminde; risklerin belirlenmesi ve tanımlanması, sorumlulukların paylaşılması, uygulama ve takip-kontrol basamaklarını içermektedir (Tarım, 2013).

2.3.5.2. Malpraktis Risk Yönetimi

Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı hata yapma risklerini de beraberinde getirmektedir. Ayrıca hiçbir insan davranışı risksiz değildir, riskin olmaması için eylemsizlik gereklidir (Türkmen, 2009). Bu durumda sağlık hizmetleri çalışanların yaptığı her eylem risk olasılığını da beraberinde getirirken, yapılan uygulamaların insan vücuduna direk etkisinden dolayı da bu olasılık artmaktadır.

Malpraktis iddiaları, acil servis hekimleri ve sağlık sistemi için rasyonel ve etkili bir şekilde ele alınması gereken önemli bir sorundur. Bu sorunun çözümünde iddia analizi, risk faktörlerini ve risk alanlarını belirlemenin ve risk yönetimi tavsiyelerini detaylandırmanın en iyi yolu gibi görünmektedir. Acil sağlık hizmet birimleri, yüksek risk altındaki alanlardan biridir (Bianchin ve ark., 2018).

Sağlık hizmetlerinde risk yönetiminde amaç; sağlık çalışanlarının ve hastaların zarar görmesini engellemek, malpraktise sebep olabilecek etkilere yönelik gereken tedbirleri almak ve en aza indirmek ile oluşabilecek tazminat ödemelerine engel olmaya çalışmaktır (Tarım, 2013).

Malpraktis risk yönetiminde üç temel unsur önem arz etmektedir. İlk unsur, sağlık çalışanlarının faaliyetlerinden kaynaklanabilecek risklerin tespit edilmesi, önlemlerin alınması, belirli aralıklarla eğitim almalarının ve bilgilerinin güncel tutulmasının sağlanmasını içermektedir. İkinci unsur, risk sürecinin tecrübeli kişilerce takip edilmesi, etkilerinin ve neden olan unsurların saptanarak malpraktise neden olan etkenlerin engellenmesi, raporlama sistemlerinin oluşturulması sürecidir. Son unsur ise meydana gelebilecek malpraktis kaynaklı zararların tazmininde malpraktis sigortaları yaptırmaktır (Barlıoğlu, 2018).

Sağlık hizmetlerinde riskler klinik riskler ve klinik olmayan riskler olmak üzere sınıflandırılabilir. Sağlık hizmetlerinde risk altında olan unsurlar; sağlık çalışanları, hastalar, her türlü cihaz, araç-gereç, binalar, malpraktis sonucu tazminat talebiyle görülen hukuki davalar ve kurumların saygınlıkları olarak sıralanabilir (Gökmen ve Güleç, 2010).

Sağlık hizmetlerinde risk yönetiminde izin verilen risk yani komplikasyon ile malpraktis ayrımının çok iyi belirlenmesi gerekmektedir. Çünkü tıp biliminin doğası gereği risk her zaman olacaktır.

Gökmen ve Güleç (2010) yaptıkları araştırmalarında, risk yönetimi uygulamalarının sağlık hizmetlerinde tam ve doğru şekilde uygulanması ile risklerin azalabileceği ve bununla birlikte malpraktisin zararlı neticelerinin azalma göstereceği değerlendirilmektedir.

2.3.6. Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Konusunda Yapılan Çalışmalar

Källberg ve ark. (2015) İsveç'te İsveç Ulusal Kurumu'nun Lex Maria isimli veri tabanındaki kayıt verilerini kullanarak acil servislerde malpraktis üzerine yaptıkları çalışmalarında, hatalara katkıda bulunan faktörleri sırasıyla şu şekilde bulmuşlardır:

- İnsan hatası: %28,
- Acil servis ortamı: %24,
- Takım çalışması hatası: %17,
- Hasta faktörleri: %13.5,
- Hastane ortamı: %7,

- Triyaj: %4.5,
- Dış sistemler ve acil servis erişimi: %4.

Bostan ve Ünal (2017), Trabzon ilinde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri üzerine 459 sağlık personeli aracılığıyla yaptıkları bir çalışmada, 112 acil sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunları iki başlıkta tespit etmişlerdir:

- Mevcut yol, altyapı, bina ve ekonomik olanakların toplumsal gelişme ve yapılanmaya sebep olduğu kısıtlılıkların acil sağlık hizmetlerine olumsuz etkileri,
- Toplumsal kültür, eğitim ve zihniyet problemleri.

Bişkin ve Cebeci (2017) acil servislerde hemşirelerin ilaç uygulama hataları üzerine yaptıkları çalışmalarında, acil servislerde en fazla ilaç uygulama hatasının yapıldığını ve yapılan bu hataların; yanlış hasta, yanlış ilaç ve hatalı uygulama tekniğinden kaynaklandığını belirtmişlerdir.

Kim ve ark. (2019) Kore’de 2007-2016 yıllarında acil servis hastalarının 269 şikâyetini inceledikleri çalışmalarında, malpraktis şikâyetinden %75’inin gece nöbetlerinde meydana geldiğini tespit etmişlerdir. Malpraktis nedenlerini tespit ettikleri sırasıyla dört grupta sınıflandırmışlardır:

- Tanı hataları: %40,
- Muayene hataları: %32,
- Tedavi hataları: %22,
- Açıklama hataları/eksiklikleri: %6.

Wong ve ark. (2021) çalışmalarında, Amerika Birleşik Devletleri’nde 2001-2015 yılları arasındaki acil servislerde ve acil bakım ortamlarında, 135 490 tıbbi mesleki sorumluluk olarak adlandırılan hatalı uygulamaları incelemişlerdir.

6 779 talebin branşlara göre yüzdelerle sıralamasını şu şekilde bulmuşlardır:

- Acil tıp: %33.5,
- Dâhiliye: %12.4,
- Aile hekimliği: %9.6,
- Radyoloji: %7.3,
- Genel cerrahi: %7.1.

Yetişkin acil servislerinde veya acil bakım ortamlarında taleplerde belirtilen ilk beş tıbbi durumu belirtmişlerdir:

- Kardiyak arrest,
- Akut miyokard enfarktüsü,
- Aort anevrizması,
- Akciğer embolisi,
- Apandisit.

2.3.7. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Konusunda Verilen Yargı Kararı Örnekleri

Yargıtay 12. Ceza Dairesi’ne intikal eden (2014/9296 Esas No. ve 2015/5790 Karar No.lu) bir olayda, ateş, ishal ve kusma şikâyetiyle ... Devlet Hastanesi’ne getirilen 18 aylık bir bebek hasta muayenesi yapıp reçete yazılarak evine gönderilmiştir. Ancak bir gün sonra rahatsızlığı geçmeyen bebek hasta tekrar ... Devlet Hastanesine götürülmüş, orada da ... Doğumevi acil polikliniğine başvuru önerisinde bulunulmuştur. Aile hekimi olarak görev yapan ve ... Bakımevi’nde acil nöbeti tutan bir hekime nöbeti esnasında getirilen bebek hastaya uygulanan tedavi ve tetkiklerden sonra evine gönderildiği, ancak rahatsızlığının devam etmesi sonucu hastaneye götürülürken yolda öldüğü, ailenin de Asliye Ceza Mahkemesi’ne başvurduğu belirtilmiştir. Mahkeme, ... İhtisas Kurulu ve ... Tıp Fakültesi ... Ana Bilim Dalı kararları da dikkate alınarak, doğru tanı konulmadığı, yalnızca doğru tanı konulup uygun görülen tedaviye başlanmış olduğu takdirde ölümün gerçekleşmesi durumunun komplikasyon olarak değerlendirilebileceği, bu sebeple olayın “malpraktis“ olarak değerlendirilerek, hekime “taksirle öldürme “ suçundan ceza verilmesine hükmetmiştir (T.C. Yargıtay Başkanlığı, 2022).

Yargıtay 12. Ceza Dairesi’ne intikal eden (2019/12324 Esas No. ve 2021/8408 Karar No.lu) bir diğer olayda, üzerine sıcak su dökülen 15 aylık bir bebek, ... Devlet Hastanesi Acil Servisi’ne getirilmiş, ilk müdahale yapıldıktan sonra havale geçirdiği için, ... Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne ambulansla sevk edilmiştir. Burada yatışı yapıp ilk müdahalesinden sonra doktor ve hemşirelerin pediatri doktorlarına telefonla ulaşamadıkları, belirli bir zaman sonra gelen doktorların tedaviye başladıkları ancak durumu kötüleşen hasta bebeğin ölmesi sebebiyle ailesi Asliye Ceza

Mahkemesi'ne başvurmuşlardır. Taksirle öldürme suçuyla yapılan başvuruda mahkeme, suç bulamamış, ancak 12. Ceza Dairesi ihmal sebebiyle kararı bozarak tekrar yargılama yapılmasını hükmetmiştir (T.C. Yargıtay Başkanlığı, 2022).

Yargıtay 4. Hukuk Dairesi'ne intikal eden (2019/1573 Esas No. ve 2021/1966 Karar No.lu) bir olayda ise; ... Devlet Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran bir hastaya hekim tarafından yanlış teşhis konularak ölümüne sebebiyet verdiği iddiasıyla hasta yakınları tarafından İdare Mahkemesi'nde tazminat davası açılmıştır. Mahkeme, yanlış teşhis koyulmasaydı ölümle sonuçlanmayacağına tam olarak bilinmeyecek olması, hastane ortamındaki iş yoğunluğu ve çalışma koşullarının ağırlığı gibi hususları da göz önünde tutarak hakkaniyetli bir indirim yapılmak suretiyle, hastanenin tazminat ödemesine karar kılmıştır (T.C. Yargıtay Başkanlığı, 2022).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Acil sağlık hizmetlerinde malpraktis risklerinin acil sağlık hizmetleri çalışanlarının demografik ve mesleki özelliklerine göre değişiklik gösterip göstermediğinin araştırmada geliştirilen Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği (ASHMRDÖ) çerçevesinde tespit edilmesi amacıyla Şekil 3.1’de gösterilen modelleme yapılmıştır.



Şekil 3.1. Araştırmanın Modeli

Çalışmanın ana hipotezi H_1 yöntemiyle oluşturulmuştur:

H_1 : Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının malpraktis risk değerlendirmesi yüksek düzeydedir.

Çalışmanın bağımsız değişkenler hipotezleri H_0 yöntemiyle oluşturularak aşağıya yazılmıştır:

H_2 : Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının cinsiyetlerine göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.

H_3 : Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının yaş gruplarına göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.

H_4 : Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının medeni durumlarına göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.

H_5 : Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının eğitim durumlarına göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.

H₆: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının mesleklerine göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.

H₇: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının meslek yılına göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.

H₈: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının çalıştığı birime göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.

H₉: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının çalıştığı iş yerine göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.

H₁₀: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının haftalık ortalama çalışma sürelerine göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.

H₁₁: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının çalışma durumlarına göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.

H₁₂: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının mesleklerinden memnuniyet düzeyleri ile malpraktis risk değerlendirmesi arasında ilişki yoktur.

H₁₃: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının son bir yıl içinde hatalı tıbbi uygulamaya şahit olma durumlarına göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.

H₁₄: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının son bir yıl içinde çalışma arkadaşlarından hatalı tıbbi uygulama yapıldığını duyma durumlarına göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.

H₁₅: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının meslek hayatları içinde hatalı tıbbi uygulama yapma durumlarına göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.

Geliştirilen hipotezler, araştırma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda analiz edilmiş ve sonuçlara ulaşılmıştır.

3.2. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS programı ile öncelikle güvenilirlik analizine tabi tutularak Cronbach's Alpha değeri bulunmuştur. Araştırmaya gönüllülük esasına göre katılan ve anketleri dolduran acil sağlık çalışanlarından elde edilen veriler ışığında bu araştırmada geliştirilen ASHMRDÖ'nin Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılmış, KMO ve Bartlett'in Küresellik Testi uygulanmıştır. Ayrıca SPSS AMOS programı ile Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Ölçeğe son hali verilerek, ankette bulunan acil sağlık hizmetleri çalışanlarının demografik bilgileri ve mesleki özellikleri ile ölçek arasındaki bağlantıların tespit edilmesi için parametrik testlerden uygun olan t-testi, One-Way ANOVA testi ve kolerasyon analizi uygulanmıştır.

İstatistik testlerin uygulanmasında Merkezi Limit Teoremi temel alınmıştır. Merkezi Limit Teoremi, örneklemin yeterince büyük olması durumunda ($n=30+$), değişkenlerin dağılımına bakılmaksızın ortalamaların örnekleme normal bir şekilde dağılacığını, normal dağılım ihlalinin anlamlı bir probleme neden olmayacağını ileri sürmektedir. Örneklem büyük olduğunda çarpıklık normalden ciddi derecede sapma göstermemektedir. Örneklem büyüklüğünün 100'ün üzerinde pozitif basıklık, 200'ün üzerinde örneklem büyüklüğünde ise negatif basıklık kaybolmaya başlamaktadır (Field, 2013). Bu bilgilere ışığında 447 örneklem büyüklüğünün olması sebebiyle değişken verilerin dağılımının normal dağıldığı kabul edilerek analizlerin parametrik istatistik analizlerle yapılmasına karar verilmiştir.

3.3. Araştırmanın Yöntemi

Çalışma, nicel araştırma yöntemlerinden anket tekniği ile yürütülmüştür. Anket; çalışmaya gönüllü olarak katılan katılımcıların, belirli bir yapı ve düzende oluşturulan ifadelerle yanıt vermesiyle veri elde edilmesi yöntemidir. Anketler yüksek sayıda kişiye ulaşmak gerektiğinde, bilgisayar destekli analiz programlarına uygun olması ve uzak kişilere ulaşılmasına imkân sağlaması sebebiyle oldukça ideal bir veri toplama aracıdır (Coşkun ve ark., 2019).

Elektronik ortamda çevrim içi hazırlanan anket, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının kendilerinin whatsapp numaralarına ve bağlı oldukları meslek gruplarına gönderilerek ulaşılmaya çalışılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, çevrim içi oluşturulan anket formu ile ulaşılabilen, Türkiye genelinde kamu ve özel sektörde, acil sağlık hizmeti sunan birimlerde çalışan hekim, hemşire, paramedik, ATT, laboratuvar teknisyeni/teknikeri ve diğer sağlık personeli oluşturmaktadır.

Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinde çalışan kişi sayısına ait bir veri yoktur. Ancak Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) 2022 yılında yayınladığı T.C. Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sektörde çalışan sağlık personel sayısı istatistiğine göre 2020 yılında; 171 259 hekim, 227 292 hemşire ve 206 103 diğer sağlık personeli (diş hekimi, ebe ve eczacı hariç) toplam 604 654 sağlık çalışanı bulunmaktadır. Bütün çalışanların 5/1 ile 10/1 oranında acil sağlık hizmetlerinde çalıştığı düşünülecek olursa 60 000-120 000 arasında yani yaklaşık 100 000 acil sağlık çalışanının olabileceği tahmin edilebilir. Bu durumda araştırmanın evreni 100 000 acil sağlık çalışanı olarak kabul edilebilir.

3.5. Örneklem Tekniği

Araştırma kolayda örnekleme tekniği kullanılarak yürütülmüştür. Bu yöntemde amaç, isteyen ve gönüllü olan herkesin örnekleme dâhil edilmesidir. Kolayda örnekleme yöntemini seçme nedeni, diğer örnekleme tekniklerine göre daha kolay, daha ucuz ve hızlı veri toplamaya imkân sağlıyor olmasıdır (Selamzade ve ark., 2020).

3.6. Örneklem Büyüklüğü

Araştırma kapsamında çevrim içi oluşturulan anket aracılığıyla sahadan en az ölçek ifade sayısının beş katı veri toplanması planlanarak, 447 acil sağlık çalışanına ulaşılmıştır.

Araştırmanın başlangıcında 36 ifadelik hazırlanan ölçek için bu örneklem sayısı (ölçek madde sayısının 10 katından fazla) araştırma verilerinin analizi için oldukça yeterli bir sayıdadır. Şöyle ki, 30 ile 500 arasında örneklem büyüklüğünün çoğu araştırma için uygun olduğu, çok değişkenli analizler için ise çalışmadaki ifade sayısının birkaç katının yeterli olduğu, tercihen ise 10 katı ve üzeri olması gerektiği belirtilmektedir (Roscoe, 1975; Sekaran, 2003).

Ayrıca seçilen örneklem sayısının evreni temsil edebilmesi gerekmektedir. Bu sebeple örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında Tablo 3.1’de sunulan “belirli evrenler için kabul edilebilir örneklem büyüklükleri” tablosu (Sekaran’dan, 2003) kullanılmıştır. Araştırmanın evreninin 100 000 olarak kabul edildiği için 447 acil sağlık çalışanı, kabul edilebilir örneklem büyüklüğü aralığını (382-384) karşılamaktadır.

Tablo 3.1. Belirli Evrenler İçin Kabul Edilebilir Örneklem Büyüklükleri

N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S
10	10	85	70	220	140	440	205	1200	291	4 000	351
15	14	90	73	230	144	460	210	1300	297	4 500	354
20	19	95	76	240	148	480	214	1400	302	5 000	357
25	24	100	80	250	152	500	217	1500	306	6 000	361
30	28	110	86	260	155	550	226	1600	310	7 000	364
35	32	120	92	270	159	600	234	1700	313	8 000	367
40	36	130	97	280	162	650	242	1800	317	9 000	368
45	40	140	103	290	165	700	248	1900	320	10 000	370
50	44	150	108	300	169	750	254	2 000	322	15 000	375
55	48	160	113	320	175	800	260	2 200	327	20 000	377
60	52	170	118	340	181	850	265	2 400	331	30 000	379
65	56	180	123	360	186	900	269	2 600	335	40 000	380
70	59	190	127	380	191	950	274	2 800	338	50 000	381
75	63	200	132	400	196	1 000	278	3 000	341	75 000	382
80	66	210	136	420	201	1 100	285	3 500	346	1 000 000	384

N: Evren büyüklüğü, S: Kabul edilebilir örneklem büyüklüğü

3.7. Anket Formu İçeriğine Dair Bilgiler

Araştırmanın anket formu, iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde araştırmaya katılan acil sağlık personelinin demografik bilgilerini içeren 14 madde bulunmaktadır. İkinci bölümde ise ASHMRDÖ 36 maddelik bir ifade havuzu oluşturulmuştur. Ölçek maddelerinin yapılandırılması için araştırmacılar tarafından

ilgili literatür taranmış ve saha çalışanlarıyla görüşülmüştür. Oluşturulan ifadeler beş akademisyen ile paylaşılmıştır. Akademisyenlerden gelen görüşler doğrultusunda gözden geçirilerek veri toplama aşamasına geçilmiştir. Anket formu, çevrim içi olarak oluşturulmuş ve katılımcılara whatsapp üzerinden kendilerine ve buldukları meslek gruplarına gönderilmiştir. Ölçekte bulunan 36 maddenin içerisinde, 17., 23. ve 24. maddeleri ters madde olarak hazırlanarak, katılımcıların anketi dikkatle okuyup okumadıkları değerlendirilmiştir. Ters maddeler, ölçek puanları değerlendirilirken puanlar 5=1, 4=2, 3=3, 2=4, ve 1=5 şeklinde dönüştürülerek araştırmada kullanılmıştır. Ankette bütün ifadelerle yanıt verilmesi zorunlu tutulduğundan, anket maddelerinde boş veya geçersiz madde bulunmamaktadır.

3.7.1. Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği (ASHMRDÖ)

Literatürde acil sağlık hizmetlerinde malpraktis risklerini ölçmek için herhangi bir ölçek bulunmadığından dolayı, “Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği” geliştirilerek ölçek üzerinden acil sağlık çalışanlarının acil sağlık hizmetlerinde malpraktis risk değerlendirmeleri tespit edilmeye çalışılmıştır. Ölçek, beşli likert tipi bir ölçek olarak hazırlanmıştır. Likert ölçek; adını geliştiricisi Rensis Likert’ten aldığı, kategori sayısı 5, 7, 9 ve 11’li şeklinde olabilen ve maddelere verilen cevapların katılıp katılmama derecesinin belirtilmesinin istendiği ölçek tipidir (Coşkun ve ark, 2019). Katılımcılar her maddeye katılma düzeylerini (1-Kesinlikle Katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum) şeklindeki seçeneklerden tercih yaparak belirlemişlerdir. Araştırmanın başlangıcında 36 madde olarak oluşturulan ölçeğin geçerliğini ölçmek maksadıyla, SPSS ve SPSS AMOS veri analiz programlarıyla Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Analizler sonucunda ölçek 23 maddeye düşürülerek son hali verilmiştir.

Ölçek, acil sağlık hizmetleri içerisindeki hasta türleri, meslek grupları, çalışma dönemleri, iletişim, fiziki durumlar ile tıbbi hata türlerinde malpraktis risk düzeylerini ölçmek üzere hazırlanmıştır.

3.7.2. Ölçeğin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Ölçeğin güvenirligi Cronbach's Alpha yöntemiyle test edilerek ölçek oluşturulmuştur. Sosyal ve beşeri bilimlerde güvenirlilik, anket veya test sonuçlarının uygulandığı farklı zaman dilimlerinde benzer sonuçları verebilme olasılığının yüksek olması durumunu ifade etmektedir. İstatiksel güvenirlilik, yapılan araştırmada çıkan sonuçların şansa bağlı olmadığını gösterir (Şencan, 2005).

Cronbach's Alpha katsayısı, ölçek ifadelerinin iç tutarlılığının bir ölçüsü olarak, ölçek ifadelerinin homojen yapısını açıklamak amacıyla kullanılmaktadır. Cronbach's Alpha katsayısı 0 ile 1 arasında bir değer ile ifade edilir. Katsayı 1'e yaklaştıkça güvenirlilik de artmaktadır. Cronbach's Alpha katsayısı aralıkları aşağıdaki şekilde ifade edilmektedir (Uzunsakal ve Yıldız, 2018):

- $0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise güvenilir değil,
- $0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise düşük güvenirlilik,
- $0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise oldukça güvenilir,
- $0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise yüksek güvenirlilik.

Araştırma anketi ile 447 katılımcıya yönlendirilen ve AFA ile DFA yöntemleriyle son hali verilen ölçekte, 23 madde üzerinden Cronbach's Alpha değeri, 0.931 olarak bulunmuş ve Tablo 3.2'de sunulmuştur. Bu değer yüksek güvenirlilik düzeyinde olup, ölçek oldukça güvenilirdir.

Tablo 3.2. Güvenirlilik Analizi

Cronbach's Alpha Değeri	Madde Sayısı
0.931	23

3.7.3. Ölçeğin Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) Geçerlik Sonuçları

Ölçeğin geçerliği için AFA yöntemi kullanılmıştır. AFA, ölçekte bulunan ifadeler yani değişkenler arasındaki ilişkilere yönelik olarak herhangi bir fikir bulunmaması nedeniyle değişkenler arasındaki olası ilişkiyi bulmak amacıyla yapılmaktadır (Coşkun, Altunışık ve Yıldırım, 2019).

Örneklem yeterliğini anlamak için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0.931 olarak bulunmuş ve örneklem büyüklüğünün AFA için yeterli olduğunu göstermiştir. KMO değeri 0.5–1.0 değerleri arası kabul edilebilir olarak değerlendirilmektedir. Ancak araştırmacılarca uygun görülen KMO değeri 0.7–1.0 arasında bir değerdir (Hair ve ark., 1998; Coşkun, Altunışık ve Yıldırım, 2019).

Bartlett'in Küresellik Testi, bir ölçekteki maddelerin birbirleriyle ilişkisinin var olup olmadığını ölçmektedir (Özdamar, 2017). Burada olasılık değeri olan İngilizce karşılığı significant (sig.=p value) değerine bakılır. Olasılık yani anlamlılık değerinin, $p < 0.05$ olduğunda sonuçlar arasında anlamsal bir farklılık olduğunu, $p > 0.05$ olduğunda ise sonuçlar arasında anlamlı bir farklılık olmadığını ifade eder. Ölçüm tekrarlandığında bile %95 ihtimalle aynı sonuçlar elde edilir (Şencan, 2005). Ölçeğin geçerlik analizinde Bartlett'in Küresellik Testi sonucu $p = 0.000$ bulunmuş olup, $p < 0.05$ olduğundan maddeler arasında anlamlı bir farklılık vardır sonucuna ulaşılmaktadır. KMO ve Bartlett'in Küresellik Testi sonuçları Tablo 3.3'te sunulmuştur.

Tablo 3.3. KMO ve Bartlett'in Küresellik Testi

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Değeri	0.931
Ki-Kare	5 329.733
Bartlett'in Küresellik Testi	
df (serbestlik derecesi)	253
Sig.(Anlamlılık değeri)	0.000

Ölçek maddelerine yanıt veren 447 katılımcının ifadeleri doğrultusunda, geçerlik ve güvenilirlik seviyesi artırılmak istendiğinden 3 madde ters madde olarak

yerleştirilmiş (m17, m23, m24), bu maddeler 1=5, 5=1, 2=4, 4=2, 3=3 şeklinde düzenlendikten sonra analize dâhil edilmiştir. AFA ile 36 madde olarak hazırlanan ölçekten faktör yükleri 0.30 değerinin altında olan 13 madde (m11, m12, m13, m14, m17, m18, m19, m20, m22, m25, m26, m27, m29) çıkarılmıştır. Faktör yük değeri, maddelerin ölçekte bulunan faktör veya faktörlerle olan ilişkilerini açıklayan bir katsayı değeridir. Faktör yük değerinin yüksek olması beklenir. Bu değer ne kadar yüksekse, maddelerin birlikte söz konusu yapıyı ölçtüğü anlamına gelir. Bu konuda araştırmacılar tarafından kabul edilen genel kanı faktör yük değerinin 0.30 değerinden yüksek olması gerektiğidir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2021). Ölçeğe ait ölçek maddeleri faktör yükleri Tablo 3.4'te sunulmuştur.

Tablo 3.4. Ölçek Maddeleri Faktör Yükleri (Frekansları)

Ölçek Maddesi	Faktör Yüğü
1.Bebek ve çocuk hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.	.537
2.Genç ve yetişkin hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.	.608
3.Yaşlı hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.	.631
4.Erkek hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.	.700
5.Kadın hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.	.714
6.Hekimlerin tıbbi hata yapma riski yüksektir.	.693
7.Hemşirelerin tıbbi hata yapma riski yüksektir.	.753
8.Paramedik / ATT'lerin tıbbi hata yapma riskleri yüksektir.	.751
9.Tıbbi sekreterlerin tıbbi hata yapma riski yüksektir.	.598
10.Laboratuvar teknikeri/teknisyeninin tıbbi hata yapma riski yüksektir.	.722
15.Gündüz yapılan tıbbi uygulamalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.	.650
16.Gece yapılan tıbbi uygulamalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.	.573
21.Acil tıbbi müdahale süreçlerinde hasta yakınlarının olumsuz tavır veya davranışları tıbbi hata yapma riskini artırır.	.368
23.Acil servislerin olumsuz fiziki koşulları (yetersiz ışık, yüksek ses, havasız ortam, yetersiz sedye vb.) tıbbi hata riskini artırır.	.440
24.Hasta yoğunluğu tıbbi hata yapma riskini artırır.	.318
28.İlaç uygulamalarında tıbbi hata (uygulama yeri, dozu, uygulama şekli, yanlış ilaç vb.) yapma riski yüksektir.	.512
30.Enfeksiyon hastalarında tıbbi hata yapma riski yüksektir.	.652
31.Kadın doğum hastalarında tıbbi hata yapma riski yüksektir.	.688
32.Zehirlenme vakalarında tıbbi hata yapma riski yüksektir.	.732
33.Kazalara müdahalede (trafik, ev, iş vb.) tıbbi hata yapma riski yüksektir.	.724
34.Hasta/yaralı nakli sürecinde (düşme vb.) tıbbi hata yapma riski yüksektir.	.735
35.Kan transfüzyon uygulamalarında tıbbi hata yapma riski yüksektir.	.680
36.Acil servislerde tıbbi hata yapma riski yüksektir.	.696

Analiz sonucunda ölçeğin yapısal olarak 23 maddeden ve tek alt boyuttan (tek faktör) oluştuğu görülmektedir. Ölçekte kalan maddeler ile ölçeğin son hali Ek 4'te sunulmuştur.

Ölçekte açıklanan toplam varyans %41.014 olarak bulunmuştur. Varyans, ölçümsel veri topluluklarında kullanılan en önemli dağılım ölçümlerindedir. Tek faktörlü ölçeklerde açıklanan toplam varyansın %30 ve üzeri değerin yeterli görülebilmektedir. Çok faktörlü ölçeklerde ise açıklanan toplam varyansın daha

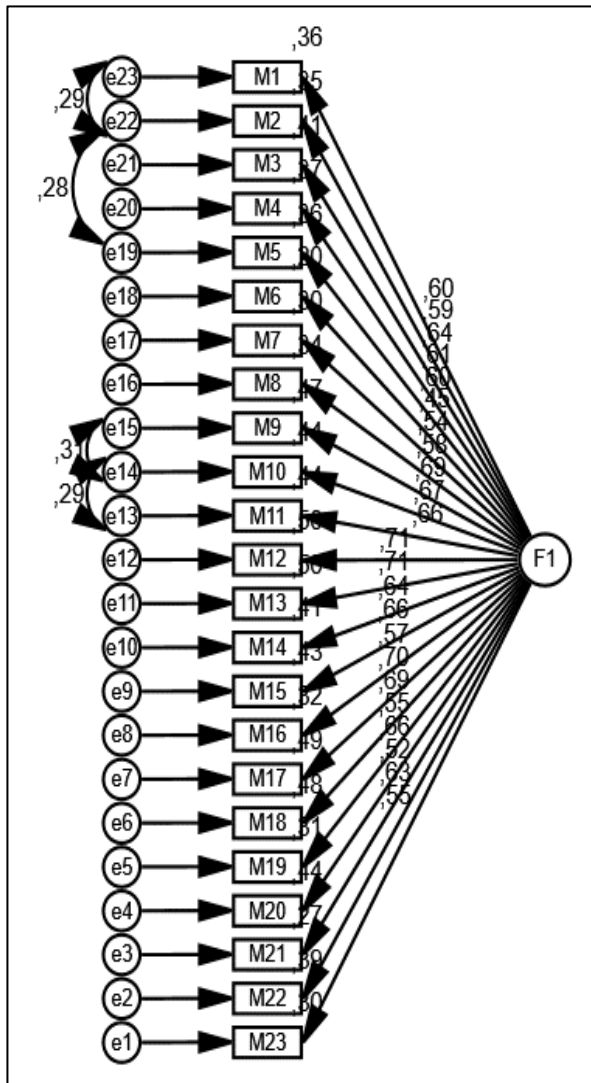
yüksek olması beklenir (Çokluk ve ark., 2021). Bu nedenle ölçekte açıklanan toplam varyans yeterli düzeydedir. Ölçek maddeleri ile ilgili açıklanan toplam varyans Tablo 3.5'te gösterilmiştir.

Tablo 3.5. Açıklanan Toplam Varyans

Ölçek Maddesi	İlk Özdeğerler			Kare Yüklerin Çıkarma Toplamları		
	Toplam	Yüzde (%)	Kümülatif (%)	Toplam	Toplam Varyans (%)	Kümülatif (%)
1	9.433	41.014	41.014	9.433	41.014	41.014
2	1.675	7.282	48.296			
3	1.337	5.815	54.111			
4	1.159	5.040	59.151			
5	0.972	4.225	63.376			
6	0.885	3.848	67.224			
7	0.756	3.286	70.511			
8	0.699	3.038	73.549			
9	0.676	2.939	76.487			
10	0.645	2.803	79.290			
11	0.539	2.344	81.634			
12	0.492	2.141	83.775			
13	0.487	2.117	85.892			
14	0.468	2.036	87.927			
15	0.430	1.870	89.797			
16	0.397	1.725	91.522			
17	0.383	1.666	93.188			
18	0.336	1.461	94.649			
19	0.309	1.342	95.991			
20	0.297	1.290	97.281			
21	0.239	1.039	98.320			
22	0.225	0.979	99.298			
23	0.161	0.702	100.000			

3.7.4. Ölçeğin Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Sonuçları

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), gözlenen (observed) değişkenler ile gizli (latent) değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçebilen yapısal eşitlik modelinin (YEM) bir türüdür (Brown, 2006). DFA, bir çalışmada daha önceden ortaya konan bir ilişkinin doğruluğunun test edilmesi amacıyla yapılır (Coşkun ve ark., 2019). Çalışmada literatürde bulunan araştırmalarda en sık kullanılan uyum iyiliği indeksleri kullanılmıştır. DFA'ya ilişkin geçerlik modeli Şekil 3.2'de sunulmuştur.



Şekil 3.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Geçerlik Modeli

Analiz sonrası 1-2, 2-5, 9-10 ve 10-11 maddeler arasında modifikasyon indekslerinde iyileştirme yoluna gidilmiş ve uyumu azaltan değişkenler belirlenerek, artık değerler arasında kovaryansı yüksek olanlar için yeni kovaryanslar oluşturulmuştur.

DFA’da kullanılan belirli indeksler vardır. Bu araştırmada kullanılan indekslerden X^2/Sd (Düzeltilmiş Ki-kare İstatistiği), bir uyum indeksi olup X^2 tek başına değerlendirilemediğinden sd (serbestlik derecesi) ile orantı kurularak değerlendirmeye alınır. Örneklemin büyük olduğu durumlarda bu değer 3’ün altında olması mükemmel uyumun olduğunu, 5’in altında olmasının ise orta düzey uyumun olduğunu göstermektedir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2021). Çalışmada bu değer 3.05 bulunmuş olup orta düzey uyum göstermiştir. GFI (Uyum İyiliği İndeksi) 0.88 olarak belirlenmiş, AGFI (Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi) 0.85 olarak bulunmuş, CFI (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi) 0.90 ve TLI (Tucker-Lewis İndeksi) 0.90 değerini alarak, bu uyum indeks değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmüştür. RMSEA (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü) ve aynı şekilde RMR (Artık Kareler Ortalamasının Karekök) değeri 0.07 belirlenmiştir. Bu değer 0.08’den küçük olması iyi uyumu göstermektedir (Özdamar, 2017).

DFA’ya ilişkin uyum iyiliği kriterleri ve analiz sonuçları Tablo 3.6’da sunulmuştur.

Tablo 3.6. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) İndeks Değerleri ve Analiz Sonuçları

İndeks	Normal Değer**	Kabul Edilebilir Değer**	ASHMRDÖ Değerleri
X^2/Sd^*	<2	<5	3.05
GFI*	>0.95	>0.85	0.88
AGFI *	>0.95	>0.85	0.85
CFI*	>0.95	>0.90	0.90
TLI*	>0.95	>0.90	0.90
RMSEA*	<0.05	<0.08	0.07
RMR*	<0.05	<0.08	0.07

* X^2/Sd : Düzeltilmiş Kikare İstatistiği, GFI: Uyum İyiliği İndeksi, AGFI: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi, CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, TLI: Tucker-Lewis İndeksi, RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü, RMR: Artık Kareler Ortalamasının Karekökü.

** Kaynaklar: (Sümer, 2000; Şimşek, 2007; Schumacker and Lomax, 2010; Waltz, Streikland and Lenz 2010; Wang and Wang, 2012; Tabachnick ve Fidel, 2013; Kline, 2016).

Analiz sonuçları, doğrulayıcı faktör analizi ile hesaplanan uyum istatistiklerinin ölçeğin daha önce belirlenen faktör yapısı ile kabul edilebilir düzeyde uyumlu olduğu saptanmıştır.

Standardize edilmiş katsayılar incelendiğinde faktör yüklerinin yüksek, standart hata değerlerinin düşük, t değerlerinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar önceden belirlenen faktör yapısına ilişkin yapı geçerliğini doğrulamaktadır. Standardize edilmiş faktör yükleri, t değerleri Tablo 3.7’de sunulmuştur.

Tablo 3.7. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Faktör Yükleri

Maddeler ve Faktörler		β	Std. β	S.Hata	t*
M23	F1	1.000	0.549		
M22	F1	1.066	0.626	0.103	10.339
M21	F1	0.806	0.522	0.088	9.115
M20	F1	1.021	0.662	0.095	10.719
M19	F1	0.957	0.553	0.101	9.501
M18	F1	1.044	0.694	0.095	11.033
M17	F1	1.009	0.699	0.091	11.083
M16	F1	0.958	0.569	0.099	9.692
M15	F1	0.979	0.656	0.092	10.655
M14	F1	0.969	0.644	0.092	10.533
M13	F1	1.028	0.709	0.092	11.179
M12	F1	1.076	0.711	0.096	11.193
M11	F1	0.951	0.664	0.089	10.733
M10	F1	0.958	0.667	0.089	10.756
M9	F1	1.020	0.687	0.093	10.969
M8	F1	0.968	0.580	0.099	9.826
M7	F1	0.826	0.544	0.088	9.395
M6	F1	0.722	0.451	0.089	8.157
M5	F1	0.923	0.598	0.092	10.028
M4	F1	0.880	0.609	0.087	10.150
M3	F1	0.934	0.641	0.089	10.497
M2	F1	0.813	0.589	0.082	9.927
M1	F1	0.981	0.598	0.098	10.023

*p<0.001, F1: Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği.

3.7.5. Ölçeğin Ayırt Edicilik t-testi Sonuçları

Ölçeğin aşırı uçtaki iki grubu (Alt ve Üst %27'lik gruplar) birbirinden açıkça ayırt etmesi beklenir (Tezbaşaran, 2008). Madde analizinde kullanılan diğer yöntem, ölçek toplam puanının Alt%27 ile Üst%27 olarak gruplara ayrılarak gruplar arasında anlamlı (önemli) farkın belirlenmesidir. İki grup arasında fark olması ayırt ediciliğin göstergesidir. İki grup arasında fark olmaması en düşük ve en yüksek puan aralığının küçük olduğunu göstermektedir.

Ölçeğinin Alt%27 ile Üst%27 grupları arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu sonuçlara göre ölçeğin ayırt edecek hassas ölçüm yaptığı saptanmıştır. Ölçek Puanlarının Alt-Üst %27 gruplarına göre farklılaşma durumu Tablo 3.8'de sunulmuştur.

Tablo 3.8. Ölçek Puanlarının Alt-Üst %27 Gruplarına Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Alt %27		Üst %27		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Ölçek Genel	2,475	0,411	4,277	0,270	-40,357	0,000

t: t-testi, Ss: Standart Sapma, Ort: Ortalama, p: Anlamlılık değeri

3.8. Dâhil Edilme Kriterleri

Acil sağlık hizmeti sunan birimlerde aktif olarak çalışıyor olmak (hekim, hemşire, paramedik, ATT, laboratuvar teknikeri/teknisyeni, diğer sağlık personeli), çalışmaya katılmak için gönüllü olmak ve acil sağlık hizmeti sunan birimlerde çalışan personel için alt yaş sınırı 18 yaş olarak düşünülmüş olup, çalışmaya katılmak için 18 yaş ve üzerinde olmak kriterleri esas alınmıştır.

3.9. Dışlanma Kriterleri

Acil sağlık hizmeti sunan birimlerde çalışmayan sağlık çalışanları ile aktif olarak acil sağlık hizmeti birimlerinde çalışmayan sağlık çalışanları (emekli vb), 18 yaşın altında olan ve gönüllü olmayan kişiler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın sınırlılığı, çalışmaya katılmaya gönüllü olup çevrim içi oluşturulan anket aracılığıyla ulaşılabilen acil sağlık hizmeti sunan sağlık personeli ile yürütülmüş olmasıdır (112 veya acil servis). Ayrıca acil sağlık hizmetlerinin yoğunluğu ve kendisine özgü yapısı sebebiyle kendisine ulaşılabilen her sağlık çalışanı araştırmaya katılmamıştır.

3.11. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Literatürde acil sağlık hizmetlerinde tıbbi uygulama hataları ile ilgili yapılan araştırmaların yeterli düzeyde olmaması ve acil sağlık hizmetlerinde malpraktis risk değerlendirmesi üzerine bir çalışma ile ölçeğin bulunamaması araştırmanın kısıtlılıklarındandır. Bu sebeple araştırmanın tartışma kısmında konu ile ilgili araştırmaların sonuçlarının karşılaştırılmasında yetersizlik yaratmaktadır. Bu durum kısıtlılık olarak düşünülebildiği gibi, bu araştırmanın özgünlüğünü de desteklemektedir.

3.12. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için 29 Eylül 2021 tarihinde 2021/208-217 no.'lu karar sayılı Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Yönetim Kurulu kararıyla (Ek 1) tez önerisi kabul edilmiştir.

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için 06 Ekim 2022 tarihinde 2022-186 no.'lu karar sayılı Ordu Üniversitesi Rektörlüğü Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (Ek 2), gerekli etik kurul izni alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, çalışma kapsamında oluşturulan hipotezler ile çalışmada elde edilen verilerin analiz sonuçları ve değerlendirmelerine yer verilmiştir. Çalışmaya katılan acil sağlık personelinin demografik bilgilerinin yüzdelerle dağılımları ile değişkenlerin karşılaştırıldığı t-testi, Anova ve korelasyon testlerinin sonuçları açıklamalarıyla birlikte sunulmuştur. Elde edilen veriler istatistiksel olarak $p=0.05$ anlamlılık düzeyine göre değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır.

4.1. Demografik Veriler

Araştırmaya katılan 447 acil sağlık çalışanının %52'si erkek, %28.4'ü "26-30 yaş grubuna" dâhil, %50.3'ü evli, %59.5'i lisans mezunu olup, %22.4'ünü hekim ve %33.6'sını hemşire çalışanları oluşturmaktadır. Meslek yılı olarak "13 yıl ve üzeri" çalışan sayısı %31.1'lik kısmı oluştururken, %80.5'i acil servislerde ve %86.1'i ise kamuda çalışmaktadır. "41 saat ve üzeri" çalışan %54.4'lük bir dilimi, nöbet usulü çalışanlar ise %40'lık bir oranı kapsamaktadır. Demografik Bilgi Formu Ek 3'te verilmiş olup, bütün demografik verilerin sayı ve yüzdelerle oranları Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği Demografik Özellikleri

Kişisel Özellikler	Kategori	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	201	45
	Erkek	246	55
Yaş	18-25	98	21.9
	26-30	127	28.4
	31-35	83	18.6
	36-40	69	15.4
	41 ve üzeri	70	15.7
Medeni Durum	Evli	222	49.7
	Bekâr	225	50.3
Eğitim Durumu	Lise/Önlisans	123	27.5
	Lisans	266	59.5
	Yüksek Lisans/Doktora	58	13
Meslek	Hekim	100	22.4
	Hemşire	150	33.6
	Paramedik	81	18.1
	ATT	33	7.4
	Laboratuvar Tek./T.	30	6.7
	Diğer Sağlık Personeli	53	11.9
Meslek Yılı	1 yıldan az	64	14.3
	1-3	74	16.6
	4-7	107	23.9
	8-12	63	14.1
	13 yıl ve üzeri	139	31.1
Çalıştığınız Birim	112 Acil	87	19.5
	Acil Servis	360	80.5
Çalıştığınız İşyeri	Kamu	385	86.1
	Özel	62	13.9
Haftalık Ortalama Çalışma Süreniz	1-40 saat	204	45.6
	41 saat ve üzeri	243	54.4
Çalışma Durumunuz	8-16 Mesai	86	19.2
	Vardiyalı	59	13.2
	Nöbet	179	40
	Karma	123	27.5
Toplam		447	100

Beşli likert tipindeki maddelerin puanları hesaplanırken aritmetik ortalama alınarak maddeye verilen yanıtların toplamı 1-5 arasında puan alıp değerlendirilmektedir. Puan hesaplanmasında; Dağılım aralığı= En büyük değer- En küçük değer/ Derece sayısı formülü kullanılmıştır. Maddenin puan aralığı 1.00-2.33 arası “düşük”, 2.34-3.66 arasında “orta” ve 3.67-5.00 aralığında ise “yüksek” olarak değerlendirilmektedir.

Acil sağlık çalışanlarının %33.1’lik kısmı mesleğinden memnuniyet düzeyinde kararsız olduklarını ve %30.6’lık kısmı memnun olduklarını belirtmiş, bu ifadeye verilen toplam yanıtların aritmetik ortalamasına bakıldığında ise 3.32 değeri bulunmuş olup “orta” düzeyde bir memnuniyet olduğu görülmektedir. Frekans ve yüzdelik değerleri Tablo 4.2’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Meslekten Memnuniyet Düzeyleri

	Kategori	Sayı (n)	Yüzde (%)
Mesleğinizden Memnuniyet Düzeyiniz	Hiç Memnun Değilim	35	7.8
	Memnun Değilim	59	13.2
	Kararsızım	148	33.1
	Memnunum	137	30.6
	Çok Memnunum	68	15.2
	Toplam	447	100
		Ort (min-max)	Standart Sapma
		3.32 (1-5)	±1.12

Ort: Ortalama, min: Minimum değer, max: Maksimum değer

Acil sağlık çalışanlarının %28.6’lık dilimi son bir yıl içinde hatalı tıbbi uygulamaya şahit olduğunu belirtmiş ve evet yanıtını verenlerin %47.3’lük kısmı 3 ve daha fazla hatalı tıbbi uygulamaya şahit olduklarını ifade etmişlerdir. Bu maddeye ilişkin veriler Tablo 4.3’te gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Son Bir Yıl İçinde Şahit Olunan Hatalı Tıbbi Uygulama Durumu

	Kategori	Sayı (n)	Yüzde (%)
Son bir yıl içinde hatalı tıbbi uygulamaya şahit oldunuz mu? (n=447)	Hayır	319	71.4
	Evet	128	28.6
Evet ise kaç tane? (n=128)	1	27	21.1
	2	40	31.6
	3 ve daha fazla	61	47.3

Acil sağlık çalışanlarının %33.8'lik dilimi son bir yıl içinde çalışma arkadaşlarından hatalı tıbbi uygulama duyduğunu ifade etmiş ve evet yanıtı verenlerin %49.7'lik kısmı 3 ve daha fazla hatalı tıbbi uygulama duyduğunu belirtmiştir. Bu maddeye ilişkin veriler Tablo 4.4'de sunulmuştur.

Tablo 4.4. Son Bir Yıl İçinde Çalışma Arkadaşlarından Duyulan Hatalı Tıbbi Uygulama Durumu

	Kategori	Sayı (n)	Yüzde (%)
Son bir yıl içinde çalışma arkadaşlarınızdan hatalı tıbbi uygulama yapıldığını duyduunuz mu? (n=447)	Hayır	296	66.2
	Evet	151	33.8
Evet ise kaç tane? (n=151)	1	40	26.5
	2	36	23.8
	3 ve daha fazla	75	49.7

Acil sağlık çalışanlarına meslek hayatlarında hatalı tıbbi uygulama yapıp yapmadıklarına ilişkin yöneltilen maddeye %22.1'lik dilimi evet olarak ifade etmiş ve evet yanıtı verenlerin %43.9'luk kısmı 1 kez hatalı tıbbi uygulama yaptığını belirtmiştir. Bu maddeye ilişkin elde edilen veriler Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Meslek Hayatı İçinde Hatalı Tıbbi Uygulama Yapılma Durumu

	Kategori	Sayı (n)	Yüzde (%)
Meslek hayatınız içinde hatalı tıbbi uygulama yaptınız mı? (n=447)	Hayır	348	77.9
	Evet	99	22.1
Evet ise kaç tane? (n=99)	1	43	43.9
	2	31	31.6
	3 ve daha fazla	25	24.5

4.2. Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği Katılım Yüzdeleri ve Önem Aralıkları

ASHMRDÖ maddelerinden katılımcıların en çok katıldığı maddeler; madde 13 (Acil tıbbi müdahale süreçlerinde hasta yakınlarının olumsuz tavır veya davranışları tıbbi hata yapma riskini artırır), madde 14 (Acil servislerin olumsuz fiziki koşulları (yetersiz ışık, yüksek ses, havasız ortam, yetersiz sedye vb.) tıbbi hata yapma riskini artırır) iken en az katıldıkları maddeler ise; madde 11 (Gündüz yapılan tıbbi uygulamalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir) ve madde 4 (Erkek hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir) olmuştur.

Katılımcıların ölçek ifadelerine katılım yüzdeleri ve önem aralıkları Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Katılımcıların Ölçek İfadelerine Katılım Yüzdeleri ve Önem Aralıkları

Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği	Hiç Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katlıyorum		Tamamen Katlıyorum		Önem Aralığı
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
1.Bebek ve çocuk hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.	23	5.1	41	9.2	86	19.2	140	31.3	157	35.1	3.82
2.Genç ve yetişkin hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.	49	11.0	132	29.5	158	35.3	70	15.7	38	8.5	2.81
3.Yaşlı hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.	28	6.3	82	18.3	128	28.6	142	31.8	67	15.0	3.30
4.Erkek hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.	79	17.7	133	29.8	135	30.2	64	14.3	36	8.1	2.65
5.Kadın hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.	64	14.3	113	25.3	133	29.8	91	20.4	46	10.3	2.87
6.Hekimlerin tıbbi hata yapma riski yüksektir.	44	9.8	105	23.5	116	26	112	25.1	70	15.7	3.13
7.Hemşirelerin tıbbi hata yapma riski yüksektir.	38	8.5	97	21.7	117	26.2	128	28.6	67	15.0	3.19
8.Paramedik / ATT'lerin tıbbi hata yapma riskleri yüksektir.	35	7.8	81	18.1	129	28.9	130	29.1	72	16.1	3.27
9.Tıbbi sekreterlerin tıbbi hata yapma riski yüksektir.	59	13.2	99	22.1	121	27.1	107	23.9	61	13.6	3.02
10.Laboratuvar teknikeri/teknisyeninin tıbbi hata yapma riski yüksektir.	49	11.0	103	23.0	119	26.6	96	21.5	80	17.9	3.12
11.Gündüz yapılan tıbbi uygulamalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.	94	21.0	138	30.9	124	27.7	48	10.7	43	9.6	2.57
12.Gece yapılan tıbbi uygulamalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.	24	5.4	51	11.4	86	19.2	140	31.3	146	32.7	3.74
13.Acil tıbbi müdahale süreçlerinde hasta yakınlarının olumsuz tavır veya davranışları tıbbi hata yapma riskini artırır.	7	1.6	27	6.0	57	12.8	128	28.6	228	51.0	4.21
14.Acil servislerin olumsuz fiziki koşulları (yetersiz ışık, yüksek ses, havasız ortam, yetersiz sedye vb.) tıbbi hata yapma riskini artırır.	8	1.8	18	4.0	70	15.7	139	31.1	212	47.4	4.18
15.Hasta yoğunluğu tıbbi hata yapma riskini artırır.	46	10.3	27	6.0	30	6.7	60	13.4	284	63.5	4.13
16.İlaç uygulamalarında tıbbi hata (uygulama yeri, dozu, uygulama şekli, yanlış ilaç vb.) yapma riski yüksektir.	17	3.8	71	15.9	108	24.2	124	27.7	127	28.4	3.61
17.Enfeksiyon hastalarında tıbbi hata yapma riski yüksektir.	30	6.7	89	19.9	167	37.4	105	23.5	56	12.5	3.15
18.Kadın doğum hastalarında tıbbi hata yapma riski yüksektir.	33	7.4	71	15.9	155	34.7	121	27.1	67	15.0	3.26
19.Zehirlenme vakalarında tıbbi hata yapma riski yüksektir.	29	6.5	71	15.9	130	29.1	124	27.7	93	20.8	3.40
20.Kazalara müdahalede (trafik, ev, iş vb.) tıbbi hata yapma riski yüksektir.	24	5.4	67	15.0	93	20.8	148	33.1	115	25.7	3.58
21.Hasta/yaralı nakli sürecinde (düşme vb.) tıbbi hata yapma riski yüksektir.	26	5.8	66	14.8	98	21.9	128	28.6	129	28.9	3.59
22.Kan transfüzyon uygulamalarında tıbbi hata yapma riski yüksektir.	29	6.5	87	19.5	108	24.2	117	26.2	106	23.7	3.41
23.Acil servislerde tıbbi hata yapma riski yüksektir.	19	4.3	49	11.0	81	18.1	127	28.4	171	38.3	3.85

- Yüksek düzeyde risk
- Orta-yüksek düzeyde (önem aralığı=3.01-3.66) risk
- Orta-düşük düzeyde (önem aralığı=2.34-2.99) risk

Araştırmaya katılan acil sağlık çalışanlarının, ölçek maddelerine göre acil sağlık hizmetlerinde malpraktis risk değerlendirmeleri, yüksek düzeyde risk (önem

aralığı=3.67-5.00), orta-yüksek düzeyde risk (önem aralığı=3.01-3.66) ve orta-düşük (önem aralığı=2.34-2.99) düzeyde risk içerdiği şeklinde üç kısımda incelenebilir. Katılımcıların düşük risk içerdiğini belirttikleri bir ölçek maddesi ise bulunmamaktadır.

Yüksek düzeyde risk olduğu değerlendirilen maddeler en yüksek riskten başlayarak sırasıyla;

- Acil tıbbi müdahale süreçlerinde hasta yakınlarının olumsuz tavır veya davranışları tıbbi hata yapma riskini artırır,
- Acil servislerin olumsuz fiziki koşulları (yetersiz ışık, yüksek ses, havasız ortam, yetersiz sedye vb.) tıbbi hata yapma riskini artırır,
- Hasta yoğunluğu tıbbi hata yapma riskini artırır,
- Acil servislerde tıbbi hata yapma riski yüksektir,
- Bebek ve çocuk hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir,
- Gece yapılan tıbbi uygulamalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.

Orta-yüksek düzeyde risk olduğu değerlendirilen maddeler en yüksek riskten başlayarak sırasıyla;

- İlaç uygulamalarında tıbbi hata (uygulama yeri, dozu, uygulama şekli, yanlış ilaç vb.) yapma riski yüksektir,
- Hasta/yaralı nakli sürecinde (düşme vb.) tıbbi hata yapma riski yüksektir,
- Kazalara müdahalede (trafik, ev, iş vb.) tıbbi hata yapma riski yüksektir,
- Kan transfüzyon uygulamalarında tıbbi hata yapma riski yüksektir,
- Zehirlenme vakalarında tıbbi hata yapma riski yüksektir,
- Yaşlı hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir,
- Paramedik / ATT'lerin tıbbi hata yapma riskleri yüksektir,
- Kadın doğum hastalarında tıbbi hata yapma riski yüksektir,
- Hemşirelerin tıbbi hata yapma riski yüksektir,
- Enfeksiyon hastalarında tıbbi hata yapma riski yüksektir,
- Hekimlerin tıbbi hata yapma riski yüksektir,
- Laboratuvar teknikeri/teknisyeninin tıbbi hata yapma riski yüksektir,

Orta-düşük düzeyde risk olduğu değerlendirilen maddeler en yüksek riskten başlayarak sırasıyla;

- Tıbbi sekreterlerin tıbbi hata yapma riski yüksektir,
- Kadın hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir,
- Genç ve yetişkin hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir,
- Erkek hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir,
- Gündüz yapılan tıbbi uygulamalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.

4.3. Hipotezlerin Analiz Sonuçları

Araştırmada kapsamında oluşturulan verilerin analiz edilmesi maksadıyla demografik değişkenler ile ASHMRDÖ arasında bağlantılara bakılmıştır.

Çalışmanın ana hipotezi H_1 yöntemiyle oluşturulmuştur. Buna göre kabul edilen hipotez kazanım olarak değerlendirilmiştir:

“ H_1 : Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının malpraktis risk değerlendirmesi yüksek düzeydedir.” hipotezi “ASHMRDÖ Puan Ortalaması” alınarak çalışanların acil sağlık hizmetlerinde malpraktis risk değerlendirmesine yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalaması

	n	Ort	Ss	Min.	Maks.
ASHMRDÖ Puan Ortalaması	447	3.390	0.737	1.260	5.000

n: Kişi sayısı, Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, Min: Minimum değer, Maks: Maksimum değer

Ölçekten alınabilecek minimum puan 1 iken maksimum puan 5’dir. Araştırmaya katılan 447 acil sağlık çalışanının ASHMRDÖ ortalama puanı 3.390 ± 0.737 olarak saptanmış olup, bu puan acil sağlık hizmetlerinde malpraktis risk değerlendirme düzeylerinin “orta” düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu sonuca göre, **H_1 hipotezi reddedilmiştir.**

Çalışmanın bağımsız değişkenler hipotezleri H_0 yöntemiyle oluşturularak aşağıya yazılmıştır. Buna göre reddedilen hipotezler kazanım olarak değerlendirilmiştir:

“ H_2 : Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının cinsiyetlerine göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.” hipotezi “t-testi” analizi yapılarak sonuçlarından elde edilen veriler Tablo 4.8’de sunulmuştur.

Tablo 4.8. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Cinsiyete Göre Değişimi (T-testi)

	Cinsiyet	Sayı	Ortalama Puan	Standart Hata	t	Anlamlılık
ASHMRDÖ Puanı Ortalaması	Kadın	201	3.434	0.734	1.145	0.253
	Erkek	246	3.354	0.739		

Analiz sonucuna göre, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının cinsiyetlerine göre malpraktis risk değerlendirmesi anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bu nedenle, **H_2 hipotezi doğrulanmıştır.**

“ H_3 : Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının yaş gruplarına göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.” hipotezi “One-Way Anova testi” analizi yapılarak sonuçlarından elde edilen veriler Tablo 4.9’da sunulmuştur.

Tablo 4.9. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Yaşa Göre Değişimi (One-Way Anova testi)

	Yaş	Sayı	Ortalama Puan	Standart Hata	F	Anlamlılık	Anlamlı Farklılık
ASHMRDÖ Puanı Ortalaması	18-25	98	3.510	0.658	2.062	0.085	-
	26-30	127	3.400	0.758			
	31-35	83	3.452	0.776			
	36-40	69	3.213	0.815			
	41 ve üzeri	70	3.303	0.650			

Analiz sonucuna göre, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının yaşlarına göre malpraktis risk değerlendirmesi anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bu nedenle, **H₃ hipotezi doğrulanmıştır.**

“H₄: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının medeni durumlarına göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.” hipotezi “t-testi” analizi yapılarak sonuçlarından elde edilen veriler Tablo 4.10’da belirtilmiştir.

Tablo 4.10. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Medeni Duruma Göre Değişimi (T-testi)

	Medeni Durum	Sayı	Ortalama Puan	Standart Hata	t	Anlamlılık
ASHMRDÖ Puanı Ortalaması	Evli	222	3.254	0.750	-3.935	0.000
	Bekâr	225	3.524	0.701		

Analiz sonucuna göre, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının medeni durumlarına göre malpraktis risk değerlendirmesi anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bu nedenle, **H₄ hipotezi reddedilmiştir.** Katılımcılardan bekâr çalışanların, evli çalışanlardan malpraktis risk değerlendirmesi daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

“H₅: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının eğitim durumlarına göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.” hipotezi “One-Way Anova testi” analizi yapılarak sonuçlarından elde edilen veriler Tablo 4.11’de sunulmuştur.

Tablo 4.11. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Eğitim Durumuna Göre Değişimi (One-Way Anova testi)

	Eğitim Durumu	Sayı	Ortalama Puan	Standart Hata	F	Anlamlılık	Anlamlı Farklılık
ASHMRDÖ Puanı Ortalaması	Lise/Önlisans	123	3.427	0.732	1.274	0.281	-
	Lisans	266	3.403	0.771			
	Yüksek lisans/Doktora	58	3.248	0.564			

Analiz sonucuna göre, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının eğitim durumlarına göre malpraktis risk değerlendirmesi anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bu nedenle, **H₅ hipotezi doğrulanmıştır.**

“H₆: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının mesleklerine göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.” hipotezi “One-Way Anova testi” analizi yapılarak sonuçlarından elde edilen veriler Tablo 4.12’de sunulmuştur.

Tablo 4.12. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Mesleklere Göre Değişimi (One-Way Anova testi)

	Meslek	Sayı	Ortalama Puan	Standart Hata	F	Anlamlılık	Anlamlı Farklılık (Tukey, LSD)
ASHMRDÖ Puanı Ortalaması	Hekim ¹	100	3.401	0.692	9.619	0.000	5>1, 1>3, 2>3, 4>3, 5>3, 6>3, 5>6
	Hemşire ²	150	3.540	0.705			
	Paramedik ³	81	2.940	0.681			
	ATT ⁴	33	3.453	0.838			
	Laboratuvar tek/t ⁵	30	3.751	0.656			
	Diğer sağlık personeli ⁶	53	3.386	0.694			

Analiz sonucuna göre, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının mesleklerine göre malpraktis risk değerlendirmesi anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bu nedenle, **H₆ hipotezi reddedilmiştir.** Malpraktis risk değerlendirmesi laboratuvar tek/t.lerinin hekim, paramedik ve diğer sağlık personelinden daha yüksektir. Hekim, hemşire, ATT ve diğer sağlık personelinin malpraktis risk değerlendirmesi paramediklere göre daha yüksek düzeydedir.

“H₇: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının meslek yılına göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.” hipotezi “One-Way Anova testi” analizi yapılarak sonuçlarından elde edilen veriler Tablo 4.13’de sunulmuştur.

Tablo 4.13. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Meslek Yılına Göre Değişimi (One-Way Anova testi)

	Meslek Yılı	Sayı	Ortalama Puan	Standart Hata	F	Anlamlılık	Anlamlı Farklılık (Tukey, LSD)
ASHMRDÖ Puanı Ortalaması	1 yıldan az ¹	64	3.391	0.731	10.266	0.000	3>1, 2>4, 3>4, 1>5, 2>5, 3>5
	1-3 ²	74	3.591	0.668			
	4-7 ³	107	3.655	0.673			
	8-12 ⁴	63	3.264	0.799			
	13 yıl ve üzeri ⁵	139	3.134	0.702			

Analiz sonucuna göre, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının meslek yılına göre malpraktis risk değerlendirmesi anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bu nedenle, **H7 hipotezi reddedilmiştir**. Malpraktis risk değerlendirmesi mesleklerinin “4-7 yıl” arasında olanlar; “1 yıldan az”, “8-12 yıl” ve “13 yıl ve üzeri” çalışanlardan daha yüksek düzeydedir. “1-3 yıl” çalışmakta olan katılımcılar; “8-12 yıl” ve “13 yıl ve üzeri” çalışanlardan daha yüksek seviyede malpraktis risk değerlendirmesi yapmıştır. Ayrıca “1 yıldan az” süredir çalışanların, “13 yıl ve üzeri” çalışanlara göre malpraktis risk değerlendirmesinin daha yüksek düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır.

“H8: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının çalıştığı birime göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.” hipotezi “t-testi” analizi yapılarak sonuçlarından elde edilen veriler Tablo 4.14’te sunulmuştur.

Tablo 4.14. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Çalışılan Birime Göre Değişimi (T-testi)

	Çalışılan Birim	Sayı	Ortalama Puan	Standart Hata	t	Anlamlılık
ASHMRDÖ Puanı Ortalaması	112 Acil	87	3.253	0.798	-1.926	0.055
	Acil Servis	360	3.423	0.719		

Analiz sonucuna göre, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının çalıştığı birime göre malpraktis risk değerlendirmesi anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bundan dolayı, **H₈ hipotezi doğrulanmıştır.**

“H₉: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının çalıştığı iş yerine göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.” hipotezi “t-testi” analizi yapılarak sonuçlarından elde edilen veriler Tablo 4.15’te sunulmuştur.

Tablo 4.15. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının alışılan İş Yerine Göre Değerimini (T-testi)

	alışılan İşyeri	Sayı	Ortalama Puan	Standart Hata	t	Anlamlılık
ASHMRDÖ Puanı Ortalaması	Kamu	385	3.334	0.751	-4.077	0.000
	zel	62	3.738	0.719		

Analiz sonucuna göre, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının çalıştığı iş yerine göre malpraktis risk değerlendirmesi anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bundan dolayı, **H₉ hipotezi reddedilmiştir.** Kamuda alışanların, özelde çalışanlara göre malpraktis risk değerlendirmesinin daha düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

“H₁₀: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının haftalık ortalama çalışma sürelerine göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.” hipotezi “t-testi” analizi yapılarak sonuçlarından elde edilen veriler Tablo 4.16’da sunulmuştur.

Tablo 4.16. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Haftalık Ortalama Çalışma Sürelerine Göre Değişimi (T-testi)

	Haftalık Ortalama Çalışma Süresi	Sayı	Ortalama Puan	Standart Hata	t	Anlamlılık
ASHMRDÖ Puanı Ortalaması	1-40 saat	204	3.334	0.798	6.428	0.000
	41 saat ve üzeri	243	3.738	0.719		

Analiz sonucuna göre, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının haftalık ortalama çalışma sürelerine göre malpraktis risk değerlendirmesi anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bundan dolayı, **H₁₀ hipotezi reddedilmiştir**. Haftada “41 saat ve üzeri” arası çalışanların, “1-40 saat” çalışanlara göre malpraktis risk değerlendirmesinin daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

“H₁₁: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının çalışma durumlarına göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.” hipotezi “One-Way Anova testi” analizi yapılarak sonuçlarından elde edilen veriler Tablo 4.17’de sunulmuştur.

Tablo 4.17. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Çalışma Durumlarına Göre Değişimi (One-Way Anova testi)

	Çalışma Durumu	Sayı	Ortalama Puan	Standart Hata	F	Anlamlılık	Anlamlı Farklılık (Tukey, LSD)
ASHMRDÖ Puanı Ortalaması	8-16 Mesai ¹	86	3.226	0.826	7.930	0.000	2>1, 4>1, 2>3, 4>3
	Vardiyalı ²	59	3.647	0.555			
	Nöbet ³	179	3.268	0.749			
	Karma ⁴	123	3.558	0.668			

Analiz sonucuna göre, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının çalışma durumlarına göre malpraktis risk değerlendirmesi anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bu nedenle, **H₁₁ hipotezi reddedilmiştir**. Malpraktis risk değerlendirmesi “vardiyalı” olarak

çalışanların; “8-16 mesai” ve “nöbet” şeklinde çalışanlara göre daha yüksek düzeydedir. Ayrıca “karma” şekilde çalışanların; “8-16 mesai” ve “nöbet” şeklinde çalışanlara göre malpraktis risk değerlendirmesinin daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

“H₁₂: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının mesleklerinden memnuniyet düzeyleri ile malpraktis risk değerlendirmesi arasında ilişki yoktur.” hipotezi “korelasyon” analizi yapılarak sonuçlarından elde edilen veriler Tablo 4.18’de sunulmuştur.

Tablo 4.18. ASHMRDÖ Puanı Ortalaması ile Meslekten Memnuniyet Düzeyi Ortalaması Korelasyon Analizi

		Meslekten Memnuniyet Düzeyi Ortalaması	ASHMRDÖ Puan Ortalaması
Meslekten Memnuniyet Düzeyi Ortalaması	Pearson Korelasyon	1	-0.152**
	Anlamlılık		0.001*
	Sayı	447	447
ASHMRDÖ Puan Ortalaması	Pearson Korelasyon	-0.152**	1
	Anlamlılık	0.001*	
	Sayı	447	447

*, p<0.05; **, Korelasyon Analizi

Korelasyon analizi sonucuna göre, meslekten memnuniyet düzeyi ortalaması ile ASHMRDÖ Puan Ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre, **H₁₂ hipotezi reddedilmiştir.** Çalışanların memnuniyet düzeyi arttıkça, malpraktis risk değerlendirmesi düşük ölçüde azalmaktadır.

“H₁₃: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının son bir yıl içinde hatalı tıbbi uygulamaya şahit olma durumlarına göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.” hipotezi “t-testi” analizi yapılarak sonuçlarından elde edilen veriler Tablo 4.19’da sunulmuştur.

Tablo 4.19. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Son Bir Yıl İçinde Hatalı Tıbbi Uygulamaya Şahit Olma Durumlarına Göre Değişimi (T-testi)

	Şahit Olma Durumu	Sayı	Ortalama Puan	Standart Hata	t	Anlamlılık
ASHMRDÖ Puanı	Hayır	319	3.361	0.744	-1.279	0.201
Ortalaması	Evet	128	3.460	0.717		

Analiz sonucuna göre, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının son bir yıl içinde hatalı tıbbi uygulamaya şahit olma durumlarına göre malpraktis risk değerlendirmesi anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bu sebeple, **H₁₃ hipotezi doğrulanmıştır.**

“H₁₄: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının son bir yıl içinde çalışma arkadaşlarından hatalı tıbbi uygulama yapıldığını duyma durumlarına göre malpraktis risk değerlendirmesi farklılaşmamaktadır.” hipotezi “t-testi” analizi yapılarak sonuçlarından elde edilen veriler Tablo 4.20’de sunulmuştur.

Tablo 4.20. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Son Bir Yıl İçinde Hatalı Tıbbi Uygulama Yapıldığını Duyma Durumlarına Göre Değişimi (T-testi)

	Duyma Durumu	Sayı	Ortalama Puan	Standart Hata	t	Anlamlılık
ASHMRDÖ Puanı	Hayır	296	3.376	0.775	-0.549	0.564
Ortalaması	Evet	151	3.416	0.659		

Analiz sonucuna göre, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının son bir yıl içinde çalışma arkadaşlarından hatalı tıbbi uygulama yapıldığını duyma durumlarına göre malpraktis risk değerlendirmesi anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bu sonuçtan dolayı, **H₁₄ hipotezi doğrulanmıştır.**

“H₁₅: Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının meslek hayatları içinde hatalı tıbbi uygulama yapma durumlarına göre malpraktis risk değerlendirmesi

farklılaşmamaktadır.” hipotezi “t-testi” analizi yapılarak sonuçlarından elde edilen veriler Tablo 4.21’de sunulmuştur.

Tablo 4.21. ASHMRDÖ Puanı Ortalamasının Meslek Hayatları İçinde Hatalı Tıbbi Uygulama Yapma Durumlarına Göre Değişimi (T-testi)

	Yapma Durumu	Sayı	Ortalama Puan	Standart Hata	t	Anlamlılık
ASHMRDÖ Puanı Ortalaması	Hayır	348	3.291	0.741	-5.484	0.000
	Evet	99	3.737	0.612		

Analiz sonucuna göre, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının meslek hayatları içinde hatalı tıbbi uygulama yapma durumlarına göre malpraktis risk değerlendirmesi anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bu sonuca göre, **H₁₅ hipotezi reddedilmiştir.** Acil sağlık çalışanlarından meslek hayatları içinde hatalı tıbbi uygulama yapmış olanların, yapmamış olanlara göre malpraktis risk değerlendirmeleri daha yüksek düzeydedir.

5. TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde, araştırma bulguları ile literatürde bulunan benzer çalışmaların bulguları karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Araştırmalar neticesinde, yapısı itibariyle acil sağlık hizmetlerinin malpraktis risklerini barındırdığı görülmektedir. Birçok neden acil sağlık hizmetleri de malpraktis riskine sebebiyet verebilir. Hekim ve hemşireler, acil servisin karmaşık çalışma koşulları nedeniyle tıbbi hataya sebebiyet verdiğini belirtmişlerdir (Schenkel ve ark., 2003). İsveç'te İsveç Ulusal Kurumu'nun Lex Maria isimli veri tabanındaki kayıt verilerini kullanarak acil servislerde malpraktis üzerine yapılan bir çalışmada, hatalara katkıda bulunan faktörlerin en yüksek ikinci sırasında %24 oranında acil servislerin fiziki ortamından kaynaklandığı belirtilmiştir (Källberg ve ark., 2015). Söyük ve Arslan Kurtuluş (2017), İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesi acil servisinde çalışan 25 acil sağlık personeliyle yaptıkları çalışmalarında; acil servis çalışanlarına, acil servislerde çalışan personel konusunda yaşanan en önemli sorunların ve acil servislerde işleyiş açısından yaşanan en önemli sorunların neler olduğu ifadelerine aldıkları cevaplar arasında, hasta sayısının ve iş yükünün fazla olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu çalışmada, literatür incelenerek oluşturulan güvenilir ve geçerli bir ölçek aracılığıyla, acil sağlık çalışanlarının malpraktis risklerini değerlendirmeleri neticesinde önemli sonuçlara ulaşıldığı düşünülmektedir.

Sağlık uygulama birimleri içerdikleri malpraktis risklerine göre dört risk kısmına ayrılarak gruplandırılmıştır. En düşük risk grubu birinci grup olurken, dördüncü grup en yüksek risk grubu şeklinde ifade edilmiştir. Bu kapsamda Acil Tıp (ilk ve acil yardım) ve Çocuk Acil, en riskli belirlenen dördüncü risk grubunda yer almaktadır. Dolayısıyla acil sağlık hizmetleri en yüksek risk içeren bölümlerden birisidir (Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ, 2010). Bu doğrultuda yapılan çalışmalar incelendiğinde, Wong ve ark. (2021) çalışmalarında, Amerika Birleşik Devletleri'nde 2001-2015 yılları arasındaki acil servislerde ve acil bakım ortamlarında, 135 490 tıbbi mesleki sorumluluk olarak adlandırılan hatalı uygulamaları incelemiş ve 6 779 talebin ilk sırasında Acil Tıp'ın bulunduğunu belirtmişlerdir. Bonetti ve ark. (2016) İtalya'da yaptıkları çalışmalarında, 2004-2012 yılları arasında üç büyük uluslararası sigorta

şirketinin 38 125 tıbbi uygulama hatası iddiası verilerini incelemişlerdir. Elde edilen verilerin klinik branşlarına göre sıralamasında ikinci en yüksek branşın Acil Tıp olduğunu bulmuşlardır. La Russa ve ark. (2021) İtalya’da bulunan bir hastanenin, 2010-2019 yılları arasında 567 hukuk davasını incelemişlerdir. Davaların tıp branşlarına göre dağılımının ikinci sırasında Acil Servis’in bulunduğu sonucuna varmışlardır. Buna benzer olarak Temel (2022), Türkiye’de malpraktis konusunda Danıştay’da karar verilmiş 564 dosyanın incelendiği çalışmasında, şikâyete konu branşların dağılımında Acil Tıp’ı %15.4 oranla ikinci sırada riskli bulmuştur. Kasap ve ark. (2015), 2009-2013 yılları arasında malpraktis riski yüksek olan tıpta uzmanlık dallarının hekimler tarafından tercih edilme önceliklerini araştırdıkları çalışmalarında ise dördüncü risk grubunda yer alan acil sağlık hizmetleri uzmanlık dallarının tercih edilme durumunun giderek azaldığını bulmuşlardır. Bunun sebeplerinden birisinin, içerdiği yüksek malpraktis riskinin olduğunun düşünülebileceğini ifade etmişlerdir. Pakiş (2006) çalışmasında, malpraktisten dolayı dava riski yüksek uzmanlık dalları sıralamasında ilk sırada Acil Tıp’ın bulunduğunu belirtmiştir. Acil servisin ortamı, genel olarak orta düzeyde hatalı uygulama riskini temsil eder (Ferguson ve ark., 2018). Bu çalışmada da, yapılan çalışmalara paralel olarak acil sağlık çalışanlarının, acil sağlık hizmetlerinde malpraktis risk değerlendirme düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Acil sağlık çalışanlarının demografik ve bazı mesleki özelliklerine göre malpraktis risk değerlendirme ölçek puanları kıyaslandığında; bekâr acil sağlık çalışanlarının, evli olanlara göre malpraktis risk değerlendirmesi daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan araştırmalarda bu bulgulara benzer sonuçlar mevcuttur. Güleç (2014) çalışmasında, bekâr hemşirelerin ilaç uygulamalarında tıbbi hata eğilimlerinin evli hemşirelerden daha fazla olduğunu saptamıştır. İntepeler ve ark. (2014) çalışmalarında, bekâr hemşirelerin evli hemşirelere göre daha fazla tıbbi hata eğilimlerinin bulunduğunu tespit etmişlerdir. Bu durum, evli sağlık çalışanlarının, evliliğin getirdiği daha fazla sorumluluk alma alışkanlıklarının mesleklerini de etkileyebileceği, çalışma ortamlarında daha fazla sorumluluk almakta olabilecekleri ve işlerinde daha titiz ve özenli davranabildikleri şeklinde değerlendirilebilir. Literatürde bu durumlardan farklı sonuçlara ulaşılan araştırmalar da vardır. Alaman (2018) çalışmasında evli hemşirelerin bekârlara göre tıbbi hataya yaklaşımlarının daha yüksek

düzyeyde olduğunu bulmuştur. Liang ve ark. (2022) Çin’de 1 031 hekim ve hemşire üzerine yaptıkları çalışmalarında, evli sağlık çalışanlarının daha yüksek tıbbi hata yapma korkusuna sahip olduğunu bulmuşlardır. Hwang ve Yu (2021) Kore’de hemşireler üzerine yaptıkları çalışmalarında, evli hemşirelerin bekârlara göre uyku sorunlarına karşı daha savunmasız olduklarını tespit edip, bu durumun da ilaç hatası, hasta durumlarını değerlendirme hatası ve iğne yaralanmaları gibi malpraktis riskini artırdığı sonucuna varmışlardır. Bu çalışmalarda bulunan farklı sonuçların birçok sebebi olabilir. Çalışma koşulları, farklı coğrafi kültür, olanaklar, örnekleme dâhil olan sağlık çalışanlarının nitelikleri gibi bu farklılıklara sebebiyet verebileceği düşünülebilir.

Bu çalışmada, malpraktis risk değerlendirmesi, mesleklerinin “4-7 yıl” arasında olanlar; “1 yıldan az”, “8-12 yıl” ve “13 yıl ve üzeri” çalışanlardan daha yüksek dzyededir. “1-3 yıl” çalışmakta olan katılımcılar; “8-12 yıl” ve “13 yıl ve üzeri” çalışanlardan daha yüksek seviyede malpraktis risk değerlendirmesi yapmıştır. Ayrıca “1 yıldan az” süredir çalışanların, “13 yıl ve üzeri” çalışanlara göre malpraktis risk değerlendirmesinin daha yüksek dzyede olduğu sonucuna varılmıştır. Bunun sebebi 1 yıldan az çalışan, yani mesleki deneyimi daha az olan sağlık çalışanlarının yaptıkları tıbbi uygulamalarında daha deneyimsiz olabildikleri için tıbbi hata risk değerlendirmelerinin daha yüksek olduğu düşünülebilir. Araştırmanın sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde ise mesleki deneyim artığında malpraktis risk değerlendirmesinin azaldığı sonucuna ulaşılabilir. Literatürde bu sonuç doğrultusunda benzer çalışmalar mevcuttur. Pham ve ark. (2011) 2000-2005 yılları arasında 592 hastanenin acil servisinde rapor edilen 23 863 ilaç hatasını inceledikleri çalışmalarında, geçici görevlendirilen acil servis çalışanlarının kalıcı çalışanlara oranla daha fazla tıbbi hata yaptığı bulunmuştur. Diğer bir deyişle acil serviste mesleki deneyimi daha fazla olan sağlık çalışanları, daha az deneyime sahip olanlara göre daha az tıbbi ilaç hatası yapmıştır. Ertem ve ark. (2009) Türkiye’de 2000-2007 yılları arasında gazete haberlerini inceledikleri çalışmalarında, tıbbi hataların %49.9’unun mesleki deneyimsizlikten-bilgisizlikten kaynaklandığı belirtmişlerdir. Benzer şekilde bir araştırmanın sonuçlarında, hemşirelerin mesleki deneyimi arttıķa malpraktis eğiliminin azaldığı görülmüştür (zen ve ark., 2019). Yalnız, araştırmalar arasında mesleki deneyimin artığında malpraktis riskinin de arttığını söyleyen çalışmalar da

vardır. Şöyle ki; yapılan bir çalışmada, Kavuran ve Çetinkaya (2022) araştırmalarına katılan hekimlerin, mesleki deneyimleri arttıkça tıbbi hata algılarının da arttığını söylemektedirler. Carlson ve ark. (2018), 1 029 acil hekimini içeren çalışmalarında, acil hekimlerinin mesleki deneyim yılı arttıkça malpraktis riskinin de artış gösterdiği sonucuna varmışlardır. Harbest ve ark. (2021) Norveç'te 2011-2018 yılları arasında hekimlerde malpraktis üzerine yaptıkları çalışma bulgularına göre; hastanelerde en çok disiplin cezasını deneyimli hekimler (1000 hekimden 17.0'ı) alırken, deneyimsiz hekimler ise 2.7 kat daha az (1000 hekimden 6.4'ü) malpraktis kaynaklı disiplin cezası almıştır.

Araştırmada, meslek grupları arasında yapılan malpraktis risk değerlendirmesine göre laboratuvar teknisyen/teknikerlerinin risk değerlendirmesi; hekim, paramedik ve diğer sağlık personelinin daha yüksek bulunmuştur. Ulaşılan bu sonucun, laboratuvar tekniker/teknisyenlerinin çalışma koşullarının acil servis şartlarında hızlı tetkik inceleme durumlarıyla hatalara sebebiyet verebileceği gibi cihazların yetersiz bakım ve kalibrasyonlarından dolayı hataların kaynaklandığı düşünülebilir. Çakmak ve ark. (2018) 2016-2017 yılları arasında Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) üzerinden 155 295 bildirim yapılan tıbbi hata türlerini inceledikleri çalışmalarında, laboratuvar hatasını (%87.37), en çok bildirim yapılan tıbbi hata türü olarak bulmuşlardır. Ayrıca bu çalışmada; hekim, hemşire, ATT ve diğer sağlık personelinin malpraktis risk değerlendirmesi ise paramediklere göre daha yüksek düzeydedir. Literatürde yapılan çalışmaların genellikle hekim ve hemşireler üzerine yapılmasından dolayı ATT, paramedik ve diğer sağlık çalışanlarıyla araştırmanın bulgularını kıyaslamak zordur. Brown ve ark. (2010) ABD'de 23 yıllık bir dönemde acil servislerde iddia edilen 11 529 malpraktis olayını inceledikleri çalışmalarında, şikâyetlerin ilk sırasında %19'luk oranla hekimlerin bulunduğunu belirtmişlerdir. Özen ve ark. (2019) araştırmalarında hemşirelerin malpraktis eğilimini düşük bulmuşlardır. Ertem ve ark. (2009) Türkiye'de 2000-2007 yılları arasında gazete haberlerini inceledikleri çalışmalarında, hekimlerin (%65.2), hemşirelerden (%12.2) ve laborantlardan (%9.9) daha fazla tıbbi hata yaptığını belirtmişlerdir. 434 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, hemşirelerin düşük düzeyde tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin olduğunu bulmuşlar (Sivrikaya ve Kara, 2019). Behlül ve Bayraktar (2017) Türkiye'de bir üniversite hastanesinde yaptıkları çalışmalarında,

hekimlerin tıbbi hataları raporla algılarını, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarından daha yüksek düzeyde bulmuşlardır. Acil servisler, karmaşık faktörlerin bir kombinasyonundan dolayı tıbbi risklere karşı özellikle savunmasız ortamlardır. Acil servisteki doktorlar, sıklıkla kesintiye uğradıkları ve dikkatlerinin dağıldığı bir ortamda, genellikle eksik veya yanlış bilgilere dayanarak kritik durumdaki hastalarla ilgili hızlı kararlar almak zorundadır. ABD’de acil servisteki tıbbi hatalar, önemli bir mali etkiye sahip olan çok sayıda hatalı uygulama iddiasıyla da ilişkilidir (Bianchin ve ark., 2018). Başka bir araştırmada, hekimler, tıbbi hata yapma durumları en yüksek sağlık çalışanı olmakla beraber hemşireler de diğer sağlık çalışanlarından daha fazla tıbbi hata yapmaktadır. Bunun sebebi olarak ise çalışmanın araştırmacıları, hekim ve hemşirelerin hastalarla daha fazla etkileşimde bulunmalarının olduğunu söylemişlerdir (Bodur ve ark., 2011).

Kahyaoğlu Khalil (2022) çalışmasında, 2015-2020 yılları arasında Yargıtay’a intikal eden malpraktis dava dosyalarını incelemiş, dava dosyalarının %50.8’lik diliminin özel sektörde çalışan sağlık personeline ve kurum bazında da %58.9’luk kısmının özel sektöre karşı açıldığını tespit etmiştir. Chen ve ark. (2012) Tayvan’da 2000-2008 yılları arasında 415 malpraktis iddiasını inceledikleri çalışmalarında, özel tıp merkezlerinde, devlet hastanelerinden daha fazla malpraktis vakasının meydana geldiğini belirtmişlerdir. Bu bulgulara benzer şekilde Harbits ve ark. (2021) Norveç’te hekimler üzerine yaptıkları çalışmalarının sonuçlarına bakıldığında, tek başına çalışan hekimler, kamuda çalışan hekimlere göre daha yüksek disiplin cezası oranlarına sahiptir. ABD’de cerrahlar üzerine yaptıkları bir çalışma sonuçlarına göre, özelde çalışanlar daha fazla malpraktis davasıyla karşı karşıya kalmıştır (Balch ve ark., 2011). Bu çalışmada da kamuda çalışanların, özelde çalışanlara göre malpraktis risk değerlendirmesinin daha düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Literatürde bu sonuçların aksini söyleyen çalışmalar da mevcuttur. Algan (2012), kamu sağlık kurumlarının (%42.16) özel sağlık kurumlarından (%40.2) daha fazla malpraktis konusunda sorumlu tutulduklarını tespit etmiştir. Büken (2001) de çalışmasında, kamu sağlık kurumlarında (%40.1) malpraktis olgularını, özel sağlık kurumlarından (%18.6) daha fazla oranda olduğunu bulmuştur. Safran (2004) hemşire ve ebeler üzerinde yaptığı çalışmasında, kamuda yapılan tıbbi hataların özel sektöre göre daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Bu farklı sonuçların oluşmasında birden fazla etken

bulunuyor olabilir. Öncelikle bu bulgulara sahip çalışmaların yapıldıkları yıllarda Türkiye’de özel hastanelerin sayıca daha az olması ve ancak son dönemlerde muayene ücretlerinin bir kısmının devlet tarafından karşılanmaya başlamasıyla, hastaların özel hastanelere gitmesinin yaygınlaştığı bu etkenler arasında gösterilebilir. Daha farklı olarak ise, Kahriman ve Öztürk (2016) çalışmalarında, üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin, devlet ve özel hastanelere göre tıbbi hata yapma oranı yüksek olduğu sonucuna varmışlardır.

Bu çalışmada haftada “41 saat ve üzeri” çalışanların, “1-40 saat” arası çalışanlara göre malpraktis risk değerlendirmesinin daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Literatürde çalışma saatleriyle, malpraktis riskleri arasında ilişki bulan araştırmalar bulunmaktadır. Türkiye’de bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada, haftada 40 saat üzeri süre çalışanların tıbbi hata yapma olasılıkları daha yüksektir (Behlül ve Bayraktar, 2017). Balch ve ark., (2011) ABD’de 7 164 cerrah hekim üzerine yaptıkları bir çalışmada, uzun süre çalışan hekimlerin daha fazla malpraktis davasıyla karşı karşıya kaldıklarını belirtmişlerdir. Çalışma süresinin artmasıyla hata yapma riskinin artma olasılığı, tahmin edilebilir bir sonuçtur. Nitekim uzun çalışma süreleri çalışanlarda fiziki ve ruhsal değişikliklere sebep olabilmektedir. Bundan dolayı çalışma süreleriyle ilgili yasal düzenlemeler vardır. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’da memurların genel olarak haftalık çalışma süresi 40 saat olarak belirlenmiştir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), haftalık çalışma süresini 40 saat ile sınırlandırmıştır. Çalışma sürelerini bu doğrultuda uygulayan ülkelerin arasında ABD, Çin, Danimarka, İspanya, İtalya, Japonya, Kore ve Rusya bulunmaktadır (Cihanoğlu Gülen, 2022).

Bu çalışmada, malpraktis risk değerlendirmesi “vardiyalı” olarak çalışanların; “8-16 mesai” ve “nöbet” usulünde çalışanlara göre daha yüksek düzeydedir. Ayrıca “karma” şekilde çalışanların; “8-16 mesai” ve “nöbet” usulünde çalışanlara göre malpraktis risk değerlendirmesinin daha yüksek düzeyde olduğu bu çalışmada tespit edilmiştir. Vardiyalı çalışma uygulaması, 16.00-24.00 saatleri arasında sağlık hizmetlerinde yoğunluğun azaltılması amacıyla oluşturulan ve Türkiye’de 1999 yılında başlatılan bir çalışma şeklidir (Ceyhan ve Çelik, 2004). Kim ve ark. (2019), Kore’de 2007-2016 yıllarında acil servis hastalarının 269 şikâyetini inceledikleri çalışmalarında, malpraktis şikâyetinden %75’inin gece nöbetlerinde meydana

geldiğini tespit etmişlerdir. Benzer şekilde, yapılan bir çalışmada, hemşirelerin vardiyalı ve gece nöbet çalışmalarında, gündüz çalışanlara göre tıbbi hata eğilimlerinin daha fazla olduğu bulunmuştur (Güleç, 2014). Kahrıma ve Öztürk (2016) gece çalışanların tıbbi hata yapma konusunda daha az dikkatli olduğu sonucuna varmışlardır. ABD’de cerrahlar üzerine yaptıkları bir çalışma sonuçlarına göre, gece nöbeti tutanlar daha fazla malpraktis davasıyla karşı karşıya kalmıştır (Balch ve ark., 2011). Sağlık sektörünün vardiyalı ve karma çalışılan bir sektör olması, sağlık çalışanlarının biyoritmini bozabilir ve tıbbi hataların artmasına neden olabilir. Gündüz çalışmalarının aksine, vardiyalı ve karma çalışma usullerinde uyku bozuklukları, yorgunluk, dikkati toplamada güçlük çekme vb. durumların malpraktis risk değerlendirmelerini artırdığı düşünülebilir.

Hizmet kalitesini geliştirmek ve hastaların da memnuniyetini sağlamak için, sağlık çalışanlarının motivasyona ihtiyacı olduğunu dikkate almak gerekmektedir (Aslantekin ve ark., 2007). Mesleğinden memnun olan çalışanın daha kaliteli bir hizmet vereceğinden hiç şüphe yoktur. Eiche ve ark. (2021) Almanya’da acil sağlık hizmetlerinde sağlık görevlilerinin iş memnuniyeti üzerine yaptıkları çalışmalarında da, acil sağlık çalışanlarının mesleklerinden orta düzeyde memnun oldukları sonucuna varmışlardır. Uysal ve ark. (2022), Türkiye genelinde 112 acil yardım istasyonu çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmalarında, sağlık çalışanlarının orta düzeyde memnun olduklarını bulmuşlardır. Bu çalışmada da yapılan çalışmalara benzer şekilde, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının orta düzeyde mesleklerinden memnun olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada, meslekten memnuniyet düzeyi arttıkça, malpraktis risk değerlendirmesinde düşük düzeyde azalma olmaktadır. Benzer bir çalışmada da hemşirelik öğrencilerinin meslekten memnuniyet düzeyi arttıkça malpraktise eğilimin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Durmaz ve Doğan, 2020).

Bu çalışmada, acil sağlık çalışanlarının yaklaşık üçte birinin (%28.6) son bir yıl içerisinde; çoğunlukla üçten fazla kez (%47.3) hatalı tıbbi uygulamaya şahit olduğu, yine üçte birinin (%33.1) son bir yıl içerisinde çalışma arkadaşlarından; çoğunlukla üçten fazla kez (%49.7) hatalı tıbbi uygulama duyduğu ve son olarak yaklaşık beş çalışandan birinin (%22.1) meslek hayatında; çoğunlukla bir kez (%43.9) olmak üzere hatalı tıbbi uygulama yaptığı belirlenmiştir. Bu üç bulgu karşılaştırıldığında, acil sağlık çalışanının kendisinin tıbbi hata yapmış olma durumu diğer durumlara nazaran

daha az seviyededir. Bunun sebebi olarak, kişinin kendisinin hatalarını daha çok saklama ya da belirtmek istememe durumuyla ilişkilendirilebilir. Ayrıca bu çalışmada, acil sağlık çalışanlarından meslek hayatları içinde hatalı tıbbi uygulama yapmış olanların, yapmamış olanlara göre malpraktis risk değerlendirmeleri daha yüksek düzeydedir. Benzer bulgulara sahip araştırmalar literatürde bulunmaktadır. Özen ve ark. (2019) araştırmalarında, katılımcı hemşirelerin %53.1'inin daha önce tıbbi hata yaptıklarını, %89.5'inin ise meslektaşının tıbbi hata yaptığını gördüğünü ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Kahrıman ve Öztürk (2016), Trabzon ilinde 1 092 hemşireyi dâhil ederek yaptıkları araştırmalarında hemşirelerin tıbbi hata yapma puanlarının yüksek olduğu sonucuna ulaşıırken, %21.9'unun da kariyerleri boyunca bir hastanın güvenliğini tehlikeye atacak şekilde tıbbi hata yaptıklarını belirtmişlerdir. Canatan ve ark. (2015) çalışmalarında, katılımcı sağlık çalışanlarının %42'sinin meslek hayatları boyunca en az bir defa tıbbi hata yaptığını belirtmişlerdir. Yiğitbaş ve ark. (2016) çalışmalarında, araştırmaya katılan hemşirelerin %36.3'ü sağlık çalışan arkadaşlarının tıbbi hata yaptığını şahit olduklarını tespit etmişlerdir. Ademe ve ark. (2022) Etiyopya'da 204 hekimle yaptıkları çalışmalarında, cerrahi hekimlerin %27.9'unun mesleki kariyerlerinde en az bir defa tıbbi hata yaptıkları sonucuna ulaşmışlardır. Sheikh ve ark. (2012) Pakistan'da 319 hekim üzerinde yaptıkları araştırmalarında, %36.7 oranında hekimin kariyerlerinde en az bir ciddi tıbbi hata yaptığını bildirdiğini belirtmişlerdir. Özata ve Altuncan (2010) hemşirelerin %6.2'sinin tıbbi hata yaptığını ve %10.4'ünün arkadaşlarının hatalarına şahit olduklarını belirtmişlerdir.

Araştırmacılar tarafından geliştirilen, geçerli ve güvenilir olduğu analizler sonucunda ortaya konulan Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği'nin, araştırmacılar ya da bu alana ilgi duyan kişiler tarafından, acil sağlık hizmetlerinde malpraktis risklerini değerlendirebilmek amacıyla kullanılacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmaya katılan acil sağlık çalışanlarının ASHRDÖ maddelerini değerlendirmelerine göre, acil sağlık hizmetlerinde en yüksek risk düzeyinden başlayarak sırasıyla; hasta yakınlarının olumsuz tavır veya davranışları, acil servislerin olumsuz fiziki koşulları (yetersiz ışık, yüksek ses, havasız ortam, yetersiz sedye vb.), hasta yoğunluğu, acil servisler (genel durumu), bebek ve çocuk hastalar, gece yapılan tıbbi uygulamalar, **yüksek düzeyde malpraktis riski** içermektedir.

Acil sağlık hizmetlerinde en yüksek risk düzeyinden başlayarak sırasıyla; ilaç uygulamaları (uygulama yeri, dozu, uygulama şekli, yanlış ilaç vb.), hasta/yaralı nakil süreci (düşme vb.), kazalara müdahale (trafik, ev, iş vb.), kan transfüzyon uygulamaları, zehirlenme vakaları, yaşlı hastalar, paramedik / ATT çalışanlar, kadın doğum hastaları, hemşireler, enfeksiyon hastaları, hekimler ve laboratuvar teknikeri/teknisyenleri, **orta-yüksek düzeyde (ölçek önem aralığı=3.01-3.66) malpraktis riski** barındırmaktadır.

Acil sağlık çalışanlarının, araştırmacılar tarafından oluşturulan Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği ile demografik bilgilerin yer aldığı ankete katılımıyla yapılan çalışma kapsamında oluşturulan hipotezlerin sonuçları şu şekildedir:

- Acil sağlık hizmetlerinde malpraktis risk değerlendirmesi “**orta**” düzeydedir.
- Acil sağlık çalışanlarının mesleklerinden memnuniyetleri “**orta**” düzeydedir.

Ayrıca, çalışanların mesleklerinden **memnuniyet düzeyi arttıkça, malpraktis risk değerlendirmesi düşük ölçüde azalmaktadır.**

Araştırmanın diğer analiz sonuçları, içerdikleri yüksek ve düşük malpraktis risk değerlendirmelerine göre 2 bölümde sunulmuştur.

6.1.1. Malpraktis Risk Değerlendirmesi Yüksek Sonuçlar

- “Bekâr” acil sağlık çalışanlarının malpraktis risk değerlendirmesi daha yüksektir.
- “Laboratuvar tek/t.leri”nin malpraktis risk değerlendirmesi daha yüksektir.

- “Hekim”, “hemşire” ve “ATT” olarak çalışanların malpraktis risk değerlendirmeleri daha yüksektir.
- Mesleklerinin “4-7 yıl” arasında olanların malpraktis risk değerlendirmesi daha yüksektir.
- “1 yıldan az” süredir çalışanların malpraktis risk değerlendirmesi daha yüksektir.
- “Özel” sektörde çalışanların malpraktis risk değerlendirmesi daha yüksektir.
- Haftada “41 saat ve üzeri” çalışanların malpraktis risk değerlendirmesi daha yüksektir.
- “Vardiyalı” ve “karma” usulde çalışanların malpraktis risk değerlendirmesi daha yüksektir.
- Meslek hayatları içinde hatalı tıbbi uygulama yapmış olanların malpraktis risk değerlendirmesi daha yüksektir.

6.1.2. Malpraktis Risk Değerlendirmesi Düşük Sonuçlar

- “Evli” acil sağlık çalışanlarında malpraktis risk değerlendirmesi daha düşüktür.
- Mesleğinde “8-12 yıl” ve “13 yıl ve üzeri” süre çalışanların malpraktis risk değerlendirmeleri daha düşüktür.
- “Kamu”da çalışanların malpraktis risk değerlendirmesi daha düşüktür.
- Haftada “1-40 saat” çalışanların malpraktis risk değerlendirmesi daha düşüktür.
- “8-16 mesai” ve “nöbet” usulü çalışanların malpraktis risk değerlendirmeleri daha düşüktür.
- Meslek hayatları içinde hatalı tıbbi uygulama yapmamış olanların malpraktis risk değerlendirmeleri daha düşüktür.

6.2. Öneriler

Malpraktis risklerini azaltabileceği düşünülen iyileştirici öneriler şu şekilde sıralanabilir:

- Bekâr acil sağlık çalışanlarına, laboratuvar tek/t.leri, hekim, hemşire ve ATT'lere ve mesleğinde daha az deneyime sahip acil sağlık çalışanlarına malpraktis

konusunda meslek içi eğitimler verilebilir. Okul müfredatlarında malpraktisin de dâhil edildiği hukuki konulara daha fazla yer ayrılabilir.

- Acil sağlık çalışanlarının haftalık 40 saatten fazla çalışmamasına ilişkin gerekli tedbirlerin alınarak, vardiyalı ve karma çalışma usullerinde iyileştirici düzenlemelere gidilip, çalışanlarda yorgunluk, uykusuzluk vb. olumsuz durumların oluşmasının engellenmesi sağlanabilir.

- Ayrıca, çalışanların memnuniyet düzeylerini artırmaya yönelik çalışmaların yapılmasının birçok problemin çözümüne öncülük edebileceği düşünülebilir.

Malpraktis, son yıllarda araştırmacılar tarafından çalışılmaya başlanmış olsa da, acil sağlık hizmetleri gibi karmaşık birimlerde daha fazla çalışılması gereken çok önemli bir konudur. Literatürde bu konuda yapılan araştırmalar yeterli değildir. Ayrıca yapılan çalışmaların birçoğunda, tek bir meslek grubu araştırmalara dâhil edilmiştir. Bu alanda yapılacak çalışmaların artırılması, malpraktis risklerini azaltıcı birçok yararlı uygulamanın bileşeni olabilir.

Son olarak, Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinde malpraktis konusunda daha çok araştırmanın yapılabilmesi için, çalışanların ve hastaların deneyimlerini iletebildikleri malpraktis raporlama sistemi verilerinin analizlerinin yapılarak elde edilen sonuçların anonim olarak ve akademisyenlerce ulaşılabilir şekilde paylaşılması sağlanabilir.

KAYNAKÇA

- Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. (2000). T.C. Resmî Gazete, 24046, 11 Mayıs 2000.
- Ademe Y, Deneke A, Bekele A. (2022). Malpractice awareness among surgeons and surgical trainees in Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 32(1), 117-126.
- Alaman O. (2018). Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Algan B. (2012). İstanbulda Yapılan Adli Otopsilerin Tıbbi Malpraktis Açısından İrdelenmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği. (2006). T.C. Resmî Gazete, 26369, 07 Aralık 2006.
- Aslantekin F, Göktaş B, Uluşen M, Erdem R. (2007). Sağlık hizmetlerinde kalite deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 55-71.
- Balch CM, Oreskovich MR, Dyrbye LN, Colaiano JM, Satele DV, Sloan JA, et al. (2011). Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. *Journal of the American College of Surgeons*, 213(5), 657-667.
- Barlıoğlu HC. (2018). Defansif Tıp Unsuru Olarak Tıbbi Malpraktis. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- Barlıoğlu HC. (2020). Defansif Tıp Unsuru Olarak Tıbbi Malpraktis (2.bs.), Ankara: Seçkin Yayıncılık. S:28, 53, 57, 58, 59, 150.
- Behlül S, Bayraktar Ö. (2017). Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesi: Üniversite hastanesi örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(3), 202-206.
- Bianchin C, Prevaldi C, Corradin M, Saia M. (2018). Medical malpractice claim risk in emergency departments. *Emergency Care Journal*, 14(1), 24-27.
- Birleşmiş Milletler. (1948). İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, 10 Aralık 1948.

- Bodur S, Filiz E, Durduran Y. (2011). Sağlık personeli ve toplumun tıbbi hatalar ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması. *Genel Tıp Dergisi*, 21(4), 123-130.
- Bonetti M, Cirillo P, Musile Tanzi P, Trincherro E. (2016). An analysis of the number of medical malpractice claims and their amounts. *Plos One*, 11(4), 1-30.
- Bostan S, Kılıç T, Çiftçi F. (2014). Sağlık Bakanlığı 184 Sabim Hattına yapılan şikâyetlerin karşılaştırmalı analizi. *Global Journal of Economics and Business Studies*, 3(5), 43-51.
- Bostan S, Unal C. (2017). Issues experienced in provision of emergency services in pre-hospitalization period in Turkey. *Electronic Turkish Studies*, 12(13).
- Brown TA. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research* (1.bs.). New York/USA: The Guilford Press.
- Brown TW, McCarthy ML, Kelen GD, Levy F. (2010). An epidemiologic study of closed emergency department malpractice claims in a national database of physician malpractice insurers. *Academic Emergency Medicine*, 17(5), 553-560.
- Büken B. (2001). 1990-2000 Yıllarında Adli Tıp Kurumu I. ve II. İhtisas Kurullarına Obstetrik ve Jinekolojik Malpraktis İddiasıyla Gönderilen Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi. Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul.
- Canatan H, Erdoğan A, Yılmaz S. (2015). Hastanelerde yapılan tıbbi hataların türleri ve nedenleri üzerine bir araştırma: İstanbul ilinde özel bir hastane ile ilgili anket çalışması ve konuya ilişkin çözüm önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(2), 82-89.
- Carlson JN, Foster KM, Pines JM, Corbit CK, Ward MJ, Hydari MZ, et al. (2018). Provider and practice factors associated with emergency physicians' being named in a malpractice claim, *Annals of Emergency Medicine*, 71(2), 157-164.
- Ceyhan R, Çelik Y. (2004). Sağlık çalışanlarının vardiyalı çalışma uygulaması hakkındaki görüşleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(2), 164-199.
- Chen KY, Yang CM, Tsai SH, Chiou HY, Lin MR, Chiu WT. (2012). Medical malpractice in Taiwan: injury types, compensation, and specialty risk. *Academic Emergency Medicine*, 19(5), 598-600.

- Cihanoglu Gulen G. (2020). Çalışma sürelerine ilişkin uluslararası çalışma standartları-Dünya’da ve Türkiye’de çalışma saati uygulamaları. *İzmir İktisat Dergisi*, 35(4), 741-757.
- Coşkun R, Altunışık R, Yıldırım E. (2019). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı (10.bs), Sakarya: Sakarya Yayıncılık. S:99, 141, 298.
- Çakmak C, Konca M, Teleş M. (2018). Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) üzerinden tıbbi hataların değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(3), 423-448.
- Çavuşoğlu D. (2019). Hekimin Cezai Sorumluluğu ve Ceza Hukuku Açısından Özellik Arz Eden Tıbbi Müdahaleler. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Çetinkaya Kılavuz S. (2019). Hekimlerde Tıbbi Malpraktis Nedeniyle Görülen Defansif Tıp Davranışlarının Araştırılması. Müfettişlik Tezi, Ankara.
- Çokar M. (2009). Türkiye’de malpraktis konusunda yasal düzenleme girişimleri: Zorunlu mali sorumluluk sigortası bir çözüm müdür. *Türkiye Biyoetik Derneği e-Bülteni*, 19, 7-16.
- Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. (2021). Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları (6.bs.). Ankara: Pegem Akademi. S:194, 197, 307, 312.
- Değdaş UC. (2018). Hatalı tıbbi uygulamadan (malpraktis) doğan hukuki ve cezai sorumluluk. *Anadolu Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 4(6), 41-65.
- Demir M. (2008). Hekimin sözleşmeden doğan sorumluluğu. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 57(3), 225-252.
- Demirbilek Ö, Hatik SH (2020). Dünyada ve Türkiyede Acil Sağlık Hizmetleri ve Tarihçesi. Ulutaşdemir N. (Ed.). Sağlıkın Korunması ve Geliştirilmesi. Ankara: İksad Yayınevi. S:42-58.
- Devlet Memurları Kanunu. (1965). T.C. Resmî Gazete, 657, 14 Temmuz 1965.
- Dobson-Wainwright S. (2021). A Historical Analysis Of Medical Malpractice Tort Law In The United States. Doctorate Thesis, Central Michigan University, USA.

- Durmaz YÇ, Doğan R. (2020). Malpractice tendency of nursing students at a Public University. *Electronic Turkish Studies*, 15(2). Erişim: 06 Mayıs 2023. <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=e7952273-4968-45d9-b094-ab0d0cd0b19c%40redis>.
- Dünya Bankası (2013). Medical Malpractice Systems Around the Globe :Examples from the US-Tort Liability System and the Sweden-No Fault System. Erişim: 10 Aralık 2022. <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/afe80ac4-3370-59c7-b6c3-6eec90ef6e41/content>
- Dünya Sağlık Örgütü. (1946). Constitution of The World Health Organization as Adopted by The International Health Conference. New York.
- Dünya Sağlık Örgütü. (1994). Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi. DSÖ Avrupa Bürosu, Amsterdam-Hollanda.
- Dünya Tabipler Birliği. (1949). Hekimlik Ahlakı Uluslararası Yasası. 3. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu, Londra-İngiltere.
- Dünya Tabipler Birliği. (1975). Tokyo Bildirgesi. 29. Dünya Tıp Kurulu, Tokyo-Japonya.
- Dünya Tabipler Birliği. (1981). Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi. 34. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu, Güney Lizbon-Portekiz.
- Dünya Tabipler Birliği. (1992). Tıpta Yanlış Uygulama Konulu Duyurusu (Malpractice). 44. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu, Marbella-İspanya.
- Dünya Tabipler Birliği. (1995). Bali Hasta Hakları Bildirgesi. Bali-Endonezya.
- Dünya Tabipler Birliği. (1996). Tıbbi Hizmetin Standardı İçin Mesleki Sorumlulukla İlgili Karar. 48. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu, Güney Afrika.
- Eiche C, Birkholz T, Konrad F, Golditz T, Keunecke JG, Prottengeier J. (2021). Job satisfaction and performance orientation of paramedics in German Emergency Medical Services-A nationwide survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12459.

- Ekmen A. (2008). Avrupa Birliği Ülkeleri ve Diğer Gelişmiş Ülkelerde Malpraktis (Hatalı Tıbbi Uygulama) Sonucu Uygulanan Cezalar. T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Ankara. Erişim: 14 Aralık 2022, <https://disab.saglik.gov.tr/Eklenti/1488/0/arastirma---ab-de-malpraktis-sonucu-uygulanan-cezalar---ab-uzmani-azmi-ekmendoc.doc>
- Ekmen A. (2008). Avrupa Birliği Ülkelerinde Malpraktis Sigortası Uygulamaları. T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Ankara. Erişim: 14 Aralık 2022, <https://disab.saglik.gov.tr/Eklenti/1492/0/arastirma---ab-de-malpraktis-sigortasi-uygulamalari---ab-uzmani-azmi-ekmendoc.doc>
- Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. (2009). Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Dergisi*, 84(1), 1-10.
- Ferguson B, Gerald J, Petrey J, Huecker M. (2018). Malpractice in emergency medicine—A review of risk and mitigation practices for the emergency medicine provider. *The Journal of Emergency Medicine*, 55(5), 659-665.
- Field A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4.bs.). Los Angeles-USA: Sage Publication. S: 54-55.
- Field RI. (2011). The Malpractice crisis turns 175: What lessons does history hold for reform. *Drexel Law Review*, 4(7), 10.
- Gazi Hastanesi. Acil Servis Akış şeması. Erişim tarihi: 04 Haziran 2022, https://hastane.gazi.edu.tr/assets/uploads/other/files/is_akis_semalari/Acil_Servis_Ak_____emas_.pdf
- Gökmen H, Güleç S. (2010). Tıbbi malpraktis riskinin yönetiminde bir araç olarak hekim mesleki sorumluluk sigortaları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 9-16.
- Güleç HD. (2014). Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(1), 1-18.
- Gündoğmuş ÜN, Bilge Y, Kendi Ö, Hancı İH. (1997). Hekimlerin yasal sorumluluğunun yüksek sağlık şurası açısından değerlendirilmesi, *Adli Tıp Bülteni*, 2(3), 127-130.

- Güngör P, Merih YD, Kocabey MY. (2012). Farklı ülkelerin malpraktis konusunda yasal düzenleme girişimleri, zorunlu mali sorumluluk sigortası, *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*, 43(4), 128-138.
- Hakeri H. (2014). Tıp hukukunda malpraktis komplikasyon ayrımı. *Göğüs Cerrahisi Bülteni/Toraks Cerrahisi Bülteni*, 5(1), 23-28.
- Hakeri H. (2021). Tıp Hukuku El Kitabı (22. bs.). Ankara: Seçkin Yayıncılık. S:36, 119, 120, 173, 244, 407, 444.
- Hakeri H. (2022). Tıp Ceza Hukuku (2. bs.). Ankara: Seçkin Yayıncılık. S: 53-421.
- Harbitz MB, Stensland PS, Abelsen B. (2021). Medical malpractice in Norway: Frequency and distribution of disciplinary actions for medical doctors 2011–2018. *BMC Health Services Research*, 21, 1-9.
- Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998). T.C. Resmî Gazete, 23420, 01 Ağustos 1998.
- Hodges A. (2000). Emergency risk management. *Risk Management: An International Journal*, 2, 7-18.
- Hususi Hastaneler Kanunu. (1933). T.C. Resmî Gazete, 2219, 24 Mayıs 1933.
- Hwang E, Yu Y. (2021). Effect of sleep quality and depression on married female nurses' work–family conflict. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7838.
- İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi. (1997). Avrupa Konseyi, İspanya. 04 Nisan 1997.
- İntepeler SŞ, Soydemir D, Güleç D. (2014). Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 20(1), 1-18.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği. (2012). T.C. Resmî Gazete, 28512, 29 Aralık 2012.
- Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. (2011). Malpractice risk according to physician specialty, *The New England Journal of Medicine*, 365(7), 629-636.
- Johansson H. (2010). The Swedish system for compensation of patient injuries. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 115(2), 88–90.

- Kahriman İ, Öztürk H. (2016), Evaluating medical errors made by nurses during their diagnosis, treatment and care practices. *J Clin Nurs*, 25, 2884-2894.
- Kahyaoglu Khalil E. (2022). 2015-2020 Yılları Arasında Yargıtay'a İntikal Etmiş Malpraktis Dosyalarının Sağlık Yönetimi Açısından Analizi. Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi, Ordu.
- Källberg AS, Göransson KE, Florin J, Östergren J, Brixey JJ, Ehrenberg A. (2015). Contributing factors to errors in Swedish Emergency Departments. *Internationaly Emergency Nursing*, 23(2), 156-161.
- Karaca Dedeoğlu A. (2012). Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeylerinin Ölçümü: Ankara İli Özel Hastaneler Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Ankara.
- Karataş M, Yakıncı C. (2010). Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(3), 233-236.
- Kasap H, Akar T, Demirel B, Dursun AZ, Sarı S, Özkök A, ve ark. (2015). Tıbbi uygulama hatası riski yüksek olan uzmanlık dallarının tıpta uzmanlık sınavında tercih edilme önceliklerinin yıllara göre değişimi. *Adli Tıp Bülteni Dergisi*, 20(1), 34-37.
- Kavuran E, Çetinkaya F. (2022). Bir üniversite hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin tıbbi hata tutumlarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(1), 24-30.
- Kim SH, Park JM, Park J, Shin DW, Kim H, Jeon W, et al. (2019). 10-year retrospective study for complaints about medical malpractice in emergency department, *Journal of The Korean Society of Emergency Medicine*, 30(1), 1-7.
- Kline RB (2016). Principles and Practice of Structural Equation Modeling (4. bs.). New York-USA: The Guilford Press.
- Klusen S, Püschel K. (2021). Accusations of treatment errors are mostly unjustified from the medicolegal viewpoint. *Deutsches Arzteblatt International*, 118(35-36), 599-600.

- Kocakoç N, Tunçer P. (2021). Yüksek Sağlık Şura'sında 2008-2017 yılları arasında görüşülen malpraktis olgularının değerlendirilmesi. *International Social Sciences Studies Journal*, 7(85), 3135-3144.
- La Russa R, Viola RV, D'Errico S, Aromatario M, Maiese A, Anibaldi P, et al. (2021). Analysis of inadequacies in hospital care through medical liability litigation. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 18(7), 3425.
- Liang F, Hu S, Guo Y. (2022). The association between fear of malpractice and burnout among Chinese medical workers: The mediating role of legal consciousness. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1-10.
- Örenç M. (2021). Sağlık Çalışanlarının Malpraktis Konusundaki Yaklaşımlarının Örgütsel Bağlılığa Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, İstanbul.
- Özata M, Altuncan H. (2010). Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 100-111.
- Özdamar K. (2017). Ölçek ve Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi (1. bs.). Eskişehir: Nisan Kitabevi. S:148, 183.
- Özen N, Onay T, Terzioğlu F. (2019). Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 283-292.
- Özer Ö, Taştan K, Set T, Çayır Y, Şener M. (2015). Tıbbi hatalı uygulamalar. *Dicle Tıp Dergisi*, 42(3), 394-397.
- Pakiş I. (2006). Ölüm ya da Ölü Doğumla Sonuçlanan Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşımında Adli Otopsinin Rolü. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Polat O, Pakiş I. (2011). Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 119-125.
- Saatcioğlu OC. (2009). Amerika Birleşik Devletleri ve Japonya'daki özel hukuk uygulamalarında tıbbi malpraktis olgusu. *Sağlık Hukuku Digestası*, 1, 1190-208.

- Safran N. (2004). Hemşirelik ve Ebelikte Malpraktis. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. (2011). T.C. Resmî Gazete, 663, 11 Ekim 2011.
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. (1987). T.C. Resmî Gazete, 3359, 07 Mayıs 1987.
- Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. (2022). T.C. Resmî Gazete, 31867, 15 Haziran 2022.
- Schenkel SM, Khare RK, Rosenthal MM, Sutcliffe KM, Lewton EL. (2003). Resident perceptions of medical errors in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 10(12), 1318-1324.
- Schumacker RE, Lomax RG. (2004). A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling (2. bs.). New York-USA: Psychology Press.
- Sekaran U. (2003). Research Methods For Business: A Skill-Building Approach. (4. bs.). United Kingdom: John Wiley&Sons Inc. S:294-295.
- Selamzade F, Korkmazer F, Bostan S, Yusufbeyli G. (2020). Covid-19 pandemisinin toplum üzerine etkisi: Azerbaycan örneği. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*, 5(2), 278-287.
- Sheikh A, Ali S, Ejaz S, Farooqi M, Ahmed SS, Jawaid İ. (2012). Malpractice awareness among surgeons at a teaching hospital in Pakistan. *Patient Saf Surg*, 6(26), 1-12.
- Sivrikaya SK, Kara AŞ. (2019). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 7-14.
- Smith CM. (2005). Origin and uses of primum non nocere-above all, do no harm, *Journal of Clinical Pharmacology*, 45, 371-377.
- Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. (2013). T.C. Resmî Gazete, 28597, 24 Mart 2013.

- Söyük S, Arslan Kurtuluş S. (2017). Acil servislerde yaşanan sorunların çalışanların gözünden değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4) , 44-56.
- Sümer N. (2000). Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 3(6), 49-74.
- Şencan H. (2005). Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik (1. bs.). Ankara: Seçkin Yayıncılık. S:12-16.
- Şimşek ÖF. (2007). Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş, Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları (1. bs.). Ankara: Ekinoks Yayınları. S:4-22.
- Şimşek P, Günaydın M, Gündüz A. (2019). Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri: Türkiye örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 120-127.
- Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. (1928). T.C. Resmî Gazete, 1219, 04 Nisan 1928.
- Tabachnick BG, Fidell LS. (2013). Using Multivariate Statistics. (6. bs.). Boston-USA: Pearson.
- Tarım M. (2013). Tıbbi Risk Yönetimi. Sur H, Palteki T. (Ed.). Hastane Yönetimi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. S:553-560.
- Tarkiainen T, Turpeinen M, Haapea M, Liukkonen E, Niinimäki J. (2021). Investigating errors in medical imaging: Medical malpractice cases in Finland. *Insights into Imaging*, 12(1), 1-10.
- T.C. Anayasası. (1982). T.C. Resmî Gazete, 2709, 18 Ekim 1982.
- T.C. Millî Eğitim Bakanlığı. (2011). Acil Sağlık Hizmetleri, Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı [Elektronik Sürüm]. Erişim: 16 Ekim 2022, http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Acil%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Hizmetlerinin%20Yap%C4%B1s%C4%B1.pdf
- T.C. Millî Eğitim Bakanlığı. (2011). Biyomedikal Cihaz Teknolojileri, Acil Servis ve Hasta Nakil Araçları [Elektronik Sürüm]. Erişim: 19 Ekim 2022, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Acil%20Servis%20Ve%20Hasta%20Nakil%20Ara%C3%A7lar%C4%B1.pdf

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). 2020 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Erişim: 12.06.2022, <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/43399/0/siy2020-tur-26052022pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilatı. Erişim: 22 Mayıs 2022, <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-4185/teskilat-semasi.html#>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı. (2018). Güvenlik Raporlama Sistemi 2017 Yılı Türkiye İstatistik ve Analiz Raporu, Ankara. Erişim: 22 Kasım 2022, <https://www.saglikaktuel.com/d/file/28439,grs2017-sonpdf.pdf>
- T.C. Yargıtay Başkanlığı. (2022). Yargı Kararları. Erişim: 21 Temmuz 2022, <https://karararama.yargitay.gov.tr/YargitayBilgiBankasiIstemciWeb/>
- Temel G. (2022). Sağlık Çalışanlarının Hukuki Sorumluluğu Bağlamında 2015-2021 Yılları Arasında Türkiye Cumhuriyeti Danıştay Başkanlığı'nda Karara Bağlanan Tıbbi Malpraktis (Tıbbi Uygulama Hatası) Davalarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ.
- Tezbaşaran AA. (2008). Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu [Elektronik Sürüm]. Erişim: 23 Aralık 2022, <http://www.academia.edu/1288035/LikertTipiÖlçekHazırlamaKılavuzu>
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. (1960). T.C. Resmî Gazete, 4/12578, 13 Ocak 1960.
- Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ. (2010). T.C. Resmî Gazete, 27648, 21 Temmuz 2010.
- Tunçer P. (2021). Sağlık Hukuku Temel Bilgileri (6. bs.). Ankara: Adalet Yayınevi. S:17, 34.
- Türk Borçlar Kanunu (2011). T.C. Resmî Gazete, 6098, 11 Ocak 2011.
- Türk Ceza Kanunu (2004). T.C. Resmî Gazete, 5237, 26 Eylül 2004.
- Türk Dil Kurumu, Bilim ve Sanat Terimleri Sözlüğü. Komplikasyon. Erişim: 18 Şubat 2022, <https://sozluk.gov.tr>

- Türk Dil Kurumu, Bilim ve Sanat Terimleri Sözlüğü. Malpraktis. Erişim: 17 Şubat 2022, <https://sozluk.gov.tr>
- Türk Dil Kurumu, Hastalık. Erişim: 07 Şubat 2022, <https://sozluk.gov.tr>
- Türk Dil Kurumu, Hemşirelik Terimleri Sözlüğü. Acil Sağlık Hizmetleri. Erişim: 13.06.2022, <https://sozluk.gov.tr>
- Türk Dil Kurumu, Hemşirelik Terimleri Sözlüğü. Malpraktis. Erişim: 17 Şubat 2022, <https://sozluk.gov.tr>
- Türk Dil Kurumu, İlaç ve Eczacılık Terimleri Sözlüğü. Malpraktis. Erişim: 17 Şubat 2022, <https://sozluk.gov.tr>
- Türk Dil Kurumu. Sağlık. Erişim: 05 Şubat 2022, <https://sozluk.gov.tr>
- Türk Dil Kurumu. Tıp. Erişim: 07 Şubat 2022, <https://sozluk.gov.tr>
- Türk Dil Kurumu, Tıp Terimleri Kılavuzu. Malpraktis. Erişim: 17 Şubat 2022, <https://sozluk.gov.tr>
- Türk Kızılayı. (2022). Tarihçe. Erişim: 26.05.2022, <https://www.kizilay.org.tr/kurumsal/tarihcemiz>
- Türk Medeni Kanunu. (2001). T.C. Resmî Gazete, 24607, 22 Kasım 2001.
- Türk Tabipleri Birliği. (1999). Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, 01 Şubat 1999. Erişim: 21 Şubat 2022, https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=65
- Türk Tabipleri Birliği. (2019). Sağlık Hizmeti Kaynaklı Zarar Bildirgesi. TTB Olağanüstü 71. Büyük Kongresi, Ankara.
- Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği. (2020). T.C. Resmî Gazete, 25446, 28 Nisan 2004.
- Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu. (2020). Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları. S:27.
- Türk Tabipleri Birliği Kanunu. (1953). T.C. Resmî Gazete, 6023, 31 Ocak 1953.
- Türkiye Büyük Millet Meclisi, Sağlık alanında düzenlemeler içeren İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu ile Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde

Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi. Erişim: 26 Mart 2023, https://www5.tbmm.gov.tr/develop/owa/tasari_teklif_sd.onerge_bilgileri?kanunlar_sira_no=334358

Türkiye Büyük Millet Meclisi, Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanun Teklifi. Erişim: 23 Şubat 2022, https://www5.tbmm.gov.tr/develop/owa/tasari_teklif_sd.onerge_bilgileri?kanunlar_sira_no=277394

Türkiye İstatistik Kurumu. (2022). 2020 Yılı Sağlık Personeli Sayısı İstatistiği. Erişim: 10 Nisan 2023, <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Saglik-ve-Sosyal-Koruma-101>

Türkmen HÖ. (2009). Malpraktis kavramı neleri çağrıştırıyor. *Türkiye Biyoetik Derneği E-Bülteni*, 19, 5-16.

Tzoumas L, Samara E, Tzoumas K, Tzimas P, Vlachos K, Papadopoulos G. (2021). Medico-legal analysis of general surgery cases in Greece: A 48 year study. *Cureus*. 13(7).

Uğurlu MC. (1997). Hipokrat. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 50(2), 67-112.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. (1930). T.C. Resmî Gazete, 1593, 24 Nisan 1930.

Uysal İ, Postacı ES, Çelik N, Yavuz F, Mehmet G, Parlak F. (2022). 112 acil yardım istasyonlarının memnuniyet, verimlilik, güvenlik ve performans açısından değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi ve uygulama örneği. *Hastane Öncesi Dergisi*, 7(2), 159-174.

Uzunsakal E, Yıldız D. (2018). Alan araştırmalarında güvenilirlik testlerinin karşılaştırılması ve tarımsal veriler üzerine bir uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 14-28.

Waltz CF, Strcikland OL, Lenz ER. (2010). *Measurement in Nursing and Health Research*. (4. bs.). New York-USA: Springer Publishing Company. S:176-178.

- Wang J, Wang X. (2012). Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus: Methods And Applications. (1. bs.). West Sussex-England: John Wiley & Sons. S:5-9.
- Watari T. (2021). Malpractice claims of internal medicine involving diagnostic and system errors in Japan, *Internal Medicine*, 60(18), 2919-2925.
- Wong KE, Parikh PD, Miller KC, Zonfrillo MR. (2021). Emergency department and urgent care medical malpractice claims 2001–2015. *Western Journal of Emergency Medicine*, 22(2), 333-338.
- Vidmar, N. (2009). Juries and medical malpractice claims: Empirical facts versus myths. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 467(2), 367-375.
- Yale Law School Lillian Goldman Law Library, The Code of Hammurabi, Translated by L.W.King [Elektronik Sürüm]. Erişim: 14 Şubat 2022, <https://avalon.law.yale.edu/ancient/hamframe.asp>
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. (2009). T.C. Resmî Gazete, 27378, 16 Ekim 2009.
- Yeşiller FB. (2019). Hekimlik Sözleşmesi ve Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Yiğitbaş Ç, Oğuzhan H, Tercan B, Bulut A. (2016). Nurses' perception, attitudes and behaviors concerning malpractice. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 21(3), 207-214.

EKLER

EK 1: Tez Önerisi /Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
YÖNETİM KURULU KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
29/09/2021	29	2021/208-217

Enstitü Yönetim Kurulu, Enstitü Müdürü V. Dr. Öğr. Üyesi Hanife DURGUN başkanlığında 29/09/2021 tarihinde saat 12:50'de toplandı. Gündemler onaylanarak kabul edildi. Gündemde bulunan konular görüşülerek aşağıdaki yazılı kararlar alındı.

KARAR NO: 2021/215

Enstitümüz Sağlık Yönetimi II. Öğretim Tezli Yüksek Lisans programında kayıtlı 20580100018 nolu öğrencisi Hüseyin ACAR ve 20580100013 nolu Volkan KILIÇ'ın, tez önerilerine ilişkin Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 24/09/2021 tarih ve 643600 sayılı yazısı ve ekleri görüşüldü.

Enstitümüz Sağlık Yönetimi II. Öğretim Tezli Yüksek Lisans programında kayıtlı olan ve aşağıda adı, soyadı, öğrenci numarası, danışmanı ve tez konusu belirtilen öğrencilerin, Ordu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği'nin 27/1 maddesi uyarınca tez önerilerinin kabulüne, kararın Enstitümüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı'na tebliğine toplantıya katılanların oybirliği ile karar verildi (**EK-7**).

Öğrenci No	Adı Soyadı	Danışmanı	Tez Konusu
20580100018	Hüseyin ACAR	Doç. Dr. Taşkın KILIÇ	Akıllı Şehirlerde Akıllı Sağlık Uygulamasının İncelenmesi
20580100013	Volkan KILIÇ	Prof. Dr. Sedat BOSTAN	Acil Sağlık Hizmetlerinde Tıbbi Uygulama Hataları (Malpraktis)



EK 2: Etik Kurul İzni

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

OTURUM TARİHİ	OTURUM SAYISI	KARAR SAYISI
06/10/2022	13	2022-186

KARAR NO: 2022-186

Prof. Dr. Sedat BOSTAN'ın "Acil Sağlık Hizmetlerinde Tıbbi Uygulama Hataları (Malpraktis)" başlıklı çalışması etik yönden incelendi.

Prof. Dr. Sedat BOSTAN'ın "Acil Sağlık Hizmetlerinde Tıbbi Uygulama Hataları (Malpraktis)" başlıklı çalışmasının, etik yönden uygun olduğuna, toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.


ASLI GIBİDİR
06/10/2022
Doç. Dr. Tuba ACAR ERDOL
Başkan

EK 3: Demografik Bilgi Formu

Sayın Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanı

Bu çalışma, Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi programında yürütülen bir yüksek lisans çalışması kapsamında, Acil Sağlık Hizmetlerinde devam eden sağlık hizmeti sunum süreçlerinde olası tıbbi hata risklerini değerlendirmeye yönelik olarak planlanmıştır. Çalışmadan elde edilecek veriler sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Çalışmaya ayırdığınız kıymetli zamanınız, saygıdeğer emeğiniz, samimi ve içten cevaplarınız için teşekkür ederiz.

Volkan Kılıç
Araştırmacı

Prof. Dr. Sedat Bostan
Danışman

1. Demografik Bilgiler

1. Cinsiyet
 Kadın Erkek
2. Yaş
 18-25 26-30 31-35 36- 40 41 ve üzeri
3. Medeni Durum
 Evli Bekâr
4. Eğitim Durumu
 Lise/Önlisans Lisans Yüksek Lisans/Doktora
5. Meslek
 Hekim Hemşire Paramedik ATT Laboratuvar teknikeri/teknisyeni Diğer Sağlık Personeli
6. Meslek Yılı
 1 yıldan az 1-3 4-7 8-12 13 yıl ve üzeri
7. Çalıştığınız Birim
 112 Acil Acil Servis
8. Çalıştığınız İşyeri
 Kamu Özel
9. Haftalık Ortalama Çalışma Süreniz
 1-40 saat 41 saat ve üzeri
10. Çalışma Durumunuz
 8-16 Mesai Vardiyalı Nöbet Karma
11. Mesleğinizden Memnuniyet Düzeyiniz (1-Hiç Memnun Değilim, 5- Çok Memnunum)
 1 2 3 4 5
12. Son bir yıl içinde hatalı tıbbi uygulamaya şahit oldunuz mu?
 Hayır Evet (ise kaç tane)
13. Son bir yıl içinde çalışma arkadaşlarınızdan hatalı tıbbi uygulama yapıldığını duydunuz mu?
 Hayır Evet (ise kaç tane)
14. Meslek hayatınız içinde hatalı tıbbi uygulama yaptınız mı?
 Hayır Evet (ise kaç tane)

EK 4: Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği

Acil Sağlık Hizmetlerinde Malpraktis Risk Değerlendirme Ölçeği	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Acil Sağlık Hizmetlerinde;	1	2	3	4	5
1.Bebek ve çocuk hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.					
2.Genç ve yetişkin hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.					
3.Yaşlı hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.					
4.Erkek hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.					
5.Kadın hastalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.					
6.Hekimlerin tıbbi hata yapma riski yüksektir.					
7.Hemşirelerin tıbbi hata yapma riski yüksektir.					
8.Paramedik / ATT'lerin tıbbi hata yapma riskleri yüksektir.					
9.Tıbbi sekreterlerin tıbbi hata yapma riski yüksektir.					
10.Laboratuvar teknikeri/teknisyeninin tıbbi hata yapma riski yüksektir.					
11.Gündüz yapılan tıbbi uygulamalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.					
12.Gece yapılan tıbbi uygulamalarda tıbbi hata yapma riski yüksektir.					
13.Acil tıbbi müdahale süreçlerinde hasta yakınlarının olumsuz tavır veya davranışları tıbbi hata yapma riskini artırır.					
14.Acil servislerin olumsuz fiziki koşulları (yetersiz ışık, yüksek ses, havasız ortam, yetersiz sedye vb.) tıbbi hata yapma riskini artırır.					
15.Hasta yoğunluğu tıbbi hata yapma riskini artırır.					
16.İlaç uygulamalarında tıbbi hata (uygulama yeri, dozu, uygulama şekli, yanlış ilaç vb.) yapma riski yüksektir.					
17.Enfeksiyon hastalarında tıbbi hata yapma riski yüksektir.					
18.Kadın doğum hastalarında tıbbi hata yapma riski yüksektir.					
19.Zehirlenme vakalarında tıbbi hata yapma riski yüksektir.					
20.Kazalara müdahalede (trafik, ev, iş vb.) tıbbi hata yapma riski yüksektir.					
21.Hasta/yaralı nakli sürecinde (düşme vb.) tıbbi hata yapma riski yüksektir.					
22.Kan transfüzyon uygulamalarında tıbbi hata yapma riski yüksektir.					
23.Acil servislerde tıbbi hata yapma riski yüksektir.					

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Volkan KILIÇ
Doğum Yeri : Antakya
Doğum Tarihi : 06.05.1987
Yabancı Dil : İngilizce
E-Posta : volkankilic@gmail.com

Öğrenim Durumu:

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Yüksek Lisans	Sağlık Yönetimi	Ordu Üniversitesi	2023
Lisans Tamamlama	Sosyal Hizmetler	İstanbul Üniversitesi	2020
Ön Lisans	Adalet	Anadolu Üniversitesi	2014
Lisans	Kamu Yönetimi	Anadolu Üniversitesi	2010
Ön Lisans	Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği	GATA Sağlık Astsubay Meslek Yüksek Okulu	2006

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Stajyer Paramedik	TSK Ankara GATA Acil Servis	2006-2007
Paramedik	TSK Artvin	2007-2009
Rehberlik ve Danışma	TSK Bingöl/Kiğı Rehberlik Danışma Mrk.	2009-2011
İlk Yardım Eğiticisi	TSK Samsun Sahra Sıhhiye Okulu K.lığı	2011-2014
İdari İşler	TSK Samsun Sahra Sıhhiye Okulu K.lığı	2014-2017
Paramedik	TSK Kuzey Irak	2017-2018
Paramedik	TSK Suriye Fırat Kalkan Harekâtı	2018-2020
Rehberlik ve Danışma	TSK Trabzon Rehberlik Danışma Mrk.	2020-2023