



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANABİLİM DALI

HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ PROGRAMI

İLAÇ UYGULAMALARINDA HEMŞİRELERİN MESLEKİ  
SORUMLULUKLARI YASAL SORUMLULUKLARI VE BİLİNÇ DÜZEYLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hızır ACAR

165130111

Danışman: Prof. Dr. Şahamet BÜLBÜL

İSTANBUL, 2019



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANABİLİM DALI

HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ PROGRAMI

**İLAÇ UYGULAMALARINDA HEMŞİRELERİN MESLEKİ  
SORUMLULUKLARI YASAL SORUMLULUKLARI VE BİLİNÇ  
DÜZEYLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tezi Hazırlayan: **Hızır ACAR**

T.C.  
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

29 /01/2019

Enstitümüz Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans programı öğrencilerinden **165130111** numaralı **Hızır ACAR** “İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği”nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği “**İLAÇ UYGULAMALARINDA HEMŞİRELERİN MESLEKİ SORUMLULUKLARI YASAL SORUMLULUKLARI VE BİLİNÇ DÜZEYLERİ**” konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 02.01.2019 tarih ve 2019/01 sayılı toplantısında seçilen ve Sefaköy Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin 39. maddesi gereğince (70) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 3 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü’ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

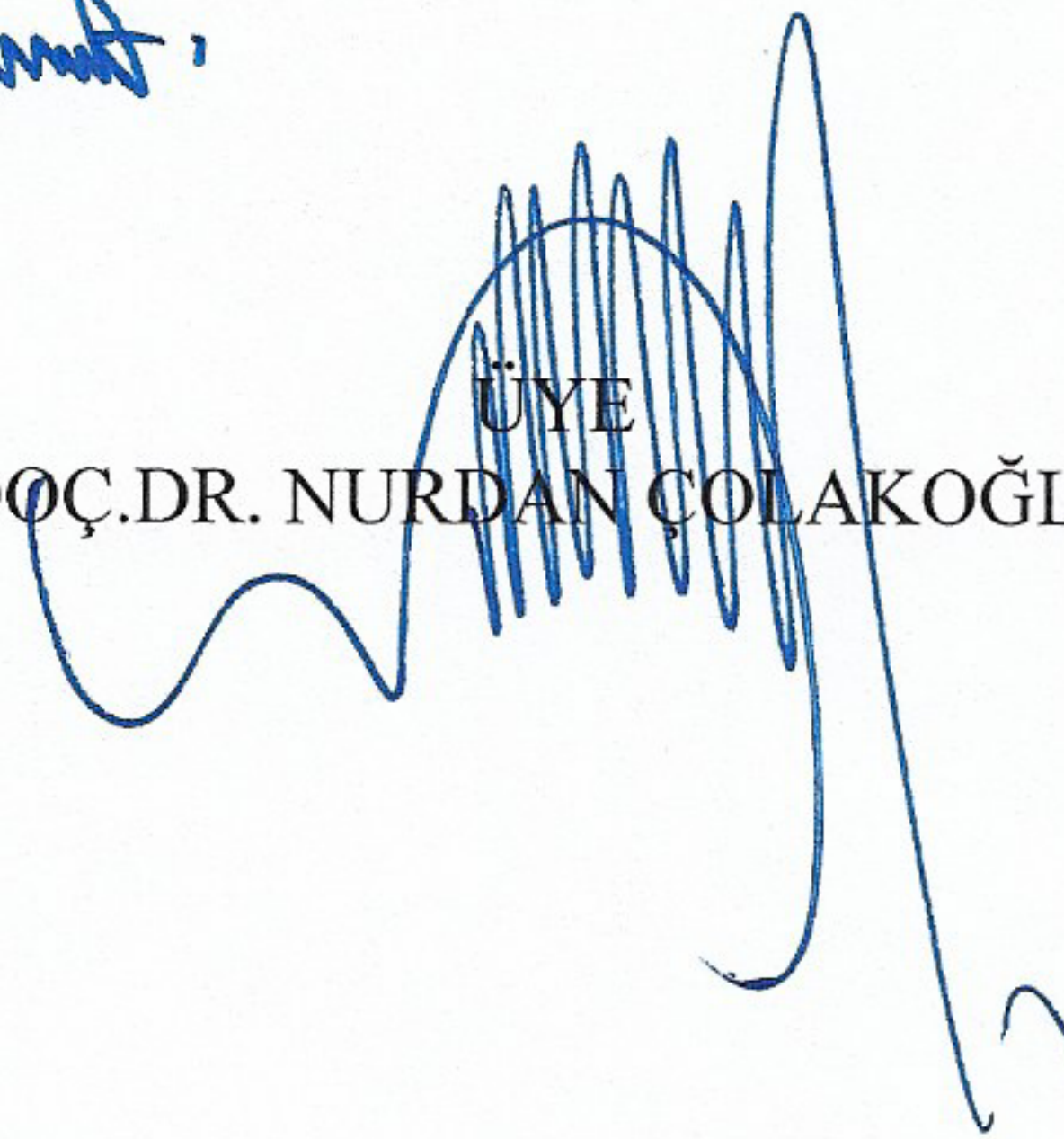
DANIŞMAN  
PROF.DR. ŞAHAMET BÜLBÜL



ÜYE  
PROF.DR. DİLEK ALTAŞ



ÜYE  
DOÇ.DR. NURDAN ÇOLAKOĞLU



## YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “İlaç Uygulamalarında Hemşirelerin Mesleki Sorumlulukları Yasal Sorumlulukları ve Bilinç Düzeyleri” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

**Ocak/2019**

**Hızır ACAR**

## ONAY

Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- ☒ Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim İstanbul Arel yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- ☐ Tezimin yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

**Ocak/2019**

**Hızır ACAR**

## **ÖZET**

### **İlaç Uygulamalarında Hemşirelerin Mesleki Sorumlulukları Yasal Sorumlulukları ve Bilinç Düzeyleri**

**Hızır ACAR**

**Yüksek Lisans Tezi, İşletme Anabilim Dalı**

**Danışman: Prof. Dr. Şahamet BÜLBÜL**

**Ocak, 2019 – 91 sayfa**

İlaç uygulamalarında hemşirelerin mesleki, yasal sorumlulukları ile bilinç düzeylerinin incelenmesine ilişkin çalışmamızın ilk bölümünde problemin tespiti, çalışmanın amacı, metodolojisi, sınırlılıkları ortaya konulacaktır. Çalışmanın ikinci bölümünde ise hemşirelerin ilaç uygulama hataları kapsamında ilaç uygulamalarındaki temel ilkeler ve hatalar ile hemşire kaynaklı ilaç uygulama hatalarına yer verilecektir. Çalışmanın yine bu bölümünde hemşire sorumlulukları incelenecek olup hemşirelerin ilacın uygun şartlarda saklanması ile ilgili sorumluluğu, narkotik dışı ilaç kullanımına ilişkin sorumluluğu ile narkotik ilaçların sorumluluğu konuları alt başlıklar halinde sunulacaktır. Çalışmanın asıl amacı hemşirelerin mesleki, yasal sorumlulukları ile bilinç düzeylerinin tespitine ilişkin analiz çalışması doğrultusunda birtakım önemli verilere ulaşmaktır.

**Anahtar kelimeler:** Tıbbi Hata, Hemşire, İlaç Uygulamaları, Mesleki, Yasal Sorumluluk, Bilinç Düzeyi.

## **ABSTRACT**

### **Occupational Responsibilities of Nurses in Drug Applications Legal Responsibilities and Levels of Consciousness**

**Hızır ACAR**

**Master Thesis, Business Department**

**Supervisor: Prof. Dr. Şahamet BÜLBÜL**

**January, 2019 – 91 pages**

In the first part of our study on the examination of the professional, legal responsibilities and consciousness levels of nurses in drug applications, the problem will be determined, the aim, methodology and limitations of the study will be revealed. In the second part of the study, the basic principles and errors in drug applications and nursing-related drug application errors will be covered. In this part of the study, the responsibilities of the nurse will be examined and the responsibility of the nurses about the storage of the drug under appropriate conditions, the responsibility for the use of the non-narcotic drugs and the responsibility of the narcotic drugs will be presented in sub-headings. The main aim of the study is to reach some important data regarding the professional, legal responsibilities and awareness of nurses.

**Key words:** Medical Mistakes, Nurse, Drug Applications, Occupational, Legal Responsibility, Level of Consciousness.

## ÖNSÖZ

Bu çalışmada, yoğun akademik çalışmaları arasında zamanını ayırarak bana yol gösteren ve yardımcı olan tez danışmanım Prof. Dr. Şahamet BÜLBÜL'e ilgi ve desteğinden ötürü teşekkürlerimi sunarım. Yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Turgay BULUT ve Erdoğan TEMELLİ'ye teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca çalışmam boyunca bana destek olan aileme ve tüm meslektaşlarıma yardımlarından ötürü sonsuz teşekkür ederim.

**İstanbul, 2019**

**Hızır ACAR**

## İÇİNDEKİLER

|                        |     |
|------------------------|-----|
| ÖZET .....             | i   |
| ABSTRACT .....         | ii  |
| ÖNSÖZ .....            | iii |
| İÇİNDEKİLER .....      | iv  |
| TABLolar LİSTESİ ..... | vi  |
| KISALTMALAR .....      | vii |
| GİRİŞ .....            | 1   |

## BİRİNCİ BÖLÜM

### İLAÇ UYGULAMA HATALARI VE HEMŞİRELERİN SORUMLULUKLARI

|                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.1. İlaç Uygulamalarında Temel İlkeler .....                                                    | 3  |
| 1.2. İlaç Uygulamalarında Hatalar .....                                                          | 4  |
| 1.3. Hemşire Kaynaklı İlaç Uygulama Hataları .....                                               | 5  |
| 1.3.1. Hemşire Kaynaklı İlaç Uygulama Hatalarına İlişkin Bazı Örnekler .....                     | 5  |
| 1.4. Hemşirelerin Sorumlulukları .....                                                           | 6  |
| 1.4.1. İlacın Temini İle İlgili Hemşire Sorumluluğu .....                                        | 6  |
| 1.4.2. Hemşirelerin İlacın Uygun Şartlarda Saklanması ve Korunması Konusundaki Sorumluluğu ..... | 8  |
| 1.4.3. Hemşirenin Narkotik Dışı İlaçların Saklanması ve Korunması Konusundaki Sorumluluğu .....  | 8  |
| 1.4.4. Hemşirenin Narkotik İlaçların Saklanması ve Korunmasının Konusundaki Sorumluluğu .....    | 9  |
| 1.5. İlaç Hata Kategorileri .....                                                                | 9  |
| 1.6. İlaç Hatalarının Nedenleri .....                                                            | 10 |
| 1.7. İlaç Hatalarının Raporlanması .....                                                         | 12 |
| 1.8. İlaç Hata Çeşitleri .....                                                                   | 14 |
| 1.9. İlaç Uygulama Hatalarını Önlemede Hemşirenin Rolü .....                                     | 16 |

## İKİNCİ BÖLÜM

### HEMŞİRELERİN MESLEKİ VE YASAL SORUMLULUKLARI

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1. Türkiye’de Hemşirelik .....                                   | 19 |
| 2.2. Hemşirenin Yasal Sorumlulukları .....                         | 19 |
| 2.2.1. Hemşirelerin Ceza Hukuku Açısından Sorumlulukları .....     | 21 |
| 2.2.2. Hemşirelerin Tazminat Hukuku Açısından Sorumluluğu .....    | 23 |
| 2.2.3. Hemşirelerin Disiplin Hukuku Açısından Sorumlulukları ..... | 24 |

|                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.2.3.1. Devlet Memuru Olarak Hemşirenin Disiplin Sorumluluğu.....         | 24 |
| 2.2.3.2. İş Sözleşmesine Bağlı Çalışan Hemşirenin Disiplin Sorumluluğu.... | 24 |

### ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

#### HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI VE BİLİNÇ DÜZEYLERİ ÜZERİNE BİR

#### İNCELEME

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.1. Veri Toplama Araçları ve Yöntem.....                                             | 26 |
| 3.2. Bulgular .....                                                                   | 26 |
| 3.2.1. Sosyo-Demografik Özelliklere Yönelik<br>Bulgular .....                         | 26 |
| 3.2.2. İlaç Hatalarına Yönelik Hemşirelerin Bilgi ve Tutumları ile İlgili Bulgular... | 35 |
| SONUÇ.....                                                                            | 44 |
| KAYNAKÇA .....                                                                        | 48 |
| EKLER.....                                                                            | 53 |
| ÖZGEÇMİŞ.....                                                                         | 79 |

## TABLÖLAR LİSTESİ

|                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler .....                                                        | 26 |
| Tablo 3.2. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....                                         | 27 |
| Tablo 3.3. Hemşirelerin Doğru Cevap Verme Yüzdelерinin Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları.....                      | 32 |
| Tablo 3.4. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Doğru Cevap Verme Yüzdeleri Arasındaki Korelasyon.....   | 32 |
| Tablo 3.5. Hastanelere Göre Doğru Cevap Verme Yüzdelерinin Sıra Ortalamaları .....                                | 33 |
| Tablo 3.6. Hemşirelerin Çalıştığı Birime Göre Doğru Cevap Verme Yüzdelерinin İkili Karşılaştırma Sonuçları.....   | 33 |
| Tablo 3.7. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Doğru Cevap Verme Yüzdelерinin İkili Karşılaştırma Sonuçları..... | 34 |
| Tablo 3.8. İlaç Hatalarına Yönelik Hemşire Bilgi ve Tutum Ölçeği Sonuçları.....                                   | 35 |
| Tablo 3.9. İlaç Hatalarına Yönelik Hemşirelerin Pozitif ve Negatif Bilgi ve.....                                  | 41 |

## KISALTMALAR

|                 |                                                                                     |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ABD</b>      | : Amerika Birleşik Devletleri                                                       |
| <b>ASHP</b>     | : The American Society of Health System Pharmacists                                 |
| <b>NCC MERP</b> | : National Coordinating Council Medication Error<br>Reporting and Prevention        |
| <b>KKTC</b>     | : Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti                                                     |
| <b>IOM</b>      | : Uluslararası Göç Örgütü; İngilizcesi: International<br>Organization for Migration |
| <b>YBÜ</b>      | : Yoğun Bakım Ünitesi                                                               |
| <b>DSÖ</b>      | : Dünya Sağlık Örgütü                                                               |

## GİRİŞ

Sağlık bakım sistemlerinde hasta güvenliği en önemli kavramdır. Sağlık hizmetlerinden kaynaklanan hataların önlenerek bu hataların neden olduğu vakaların, zararların azaltılması ise en temel amaçlardan biridir. Özellikle sağlık hizmetlerinin giderek daha da karmaşık bir hal alması ile değişen sağlık hizmetlerinin hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından benimsenmesi ve doğru tatbik edilmesi ise konunun başka bir yönünü oluşturmaktadır.

Tıbbi hatalar arasında en yaygın görülen ilaç hataları, morbidite ve en sarsıcı sonucu mortalite nedeniyle hasta güvenliğini tehdit etmektedir. İlaç hatalarının, ciddi sonuçlara yol açmasının yanı sıra önenebilir olduğu da bir gerçektir. En sık rastlanan hatalardan biri olmasına rağmen, ilaç hatalarının kapsamını belirlemek ve ölçmek oldukça zordur. Çoğunlukla gönüllü bildirim sistemlerine dayalı olarak yapılan çalışmalar, ilaç hatalarının sadece %5'inin bildirildiğini ve bunların da hastada hasar yaratan hatalar olduğunu göstermiştir.

Bu konuda sağlık profesyonellerinin farkındalığının giderek artmasına rağmen, ilaç hataları halen önemli seviyede oluşmaya devam etmektedir. İlaç hatalarının analiz edilmesine, hataların neden ve nasıl meydana geldiği konusunda sağlık profesyonellerine bilgi sağlayarak, ilaç hatalarının azaltılması ve önlenmesi için iyileştirmeler yapılmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

Hemşirelerin mesleki olarak karşılaştıkları hatalar arasında ilaç hataları, %47 oranıyla birinci sırada yer almaktadır. Hemşireler, ilaç isteminin alınmasından itibaren; ilaçların temin edilmesi, hazırlanması, hastaya uygulanması ve kaydedilmesi, uygulama sonrası ilacın hastadaki etkilerinin izlenmesi ve ilaçları hakkında hastanın eğitilmesinden sorumludurlar. Her vardiyada hemşireler, çalışma sürelerinin %40'ını ilaç uygulamalarına harcamaktadırlar.

İlaç hataları; ilaç uygulama sürecinin herhangi bir aşamasında meydana gelebilir. Hemşirelerin; ilaç uygulama sürecinin birçok aşamasında rol almaları, sağlık ekibi içinde en fazla sayıda bulunmaları, ilaçların büyük çoğunluğunu

uygulamaları ve hatanın hastaya ulaştığı en kritik noktada yer almaları nedeniyle ilaç hatalarının azaltılmasında ve önlenmesinde hemşireler, anahtar kişi olarak önemli role sahiptirler. İlaç uygulama güvenliğinin geliştirilmesinde, sahada çalışan hemşirelerin katılımının sağlanması büyük önem taşımaktadır.

Bu doğrultuda; hemşirelerin görüşlerinin ilaç hatalarının azaltılmasına ve önlenmesine ışık tutacağı düşünülerek, bu çalışmada da birçok çalışmada olduğu gibi hemşirelerin görüşlerine başvurulmuştur.

Araştırmamızın amacı; hemşirelerin ilaç uygulama ve ilaç hatalarını raporlama süreçlerine ilişkin bilgi ve tutumlarının, ilaç uygulama sürecine ilişkin doğru cevap verme yüzdelerinin, doğru cevap verme yüzdelerinde etkili değişkenlerin belirlenmesidir.

Bu araştırma kapsamında metodolojik olarak literatür taraması yöntemi kullanılmıştır. Araştırma kapsam ve sınırlılık bakımından hemşirelerin yasal sorumlulukları, mesleki sorumlulukları kapsamında sınırlandırılmıştır.

Araştırmanın girişim öncesi aşamasında yanıtlanan sorular şunlardır:

- a. İlaç uygulamalarında toplam hata sıklığı nedir?
- b. İlaç uygulamalarında hata tiplerine göre hata sıklıkları nasıldır?
- c. Organizasyonel Kaza Modeli'ne göre hemşirelerin ilaç hazırlama ve uygulamada yaptıkları ilaç hatalarına yol açan faktörler nelerdir?
- d. Hemşirelerinin ilaç hazırlama ve uygulama sırasında bölünme nedenleri nelerdir?
- e. Hemşirelerinin güvenlik kültürü algıları nasıldır?
- f. İlaç uygulama hatalarını önleme stratejileri nelerdir?

## BİRİNCİ BÖLÜM

# İLAÇ UYGULAMA HATALARI VE HEMŞİRELERİN SORUMLULUKLARI

### 1.1. İlaç Uygulamalarında Temel İlkeler

Hasta güvenliğinin sağlanması, sağlık bakım sisteminin en önemli önceliğidir. İlaç hataları; hasta güvenliğini tehdit eden en önemli unsurlardan biri olmakla birlikte, en fazla görülen tıbbi hatalar arasında yer almaktadır. ABD’de İlaç Hatalarını Raporlama ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi (National Coordinating Council Medication Error Reporting and Prevention- NCC MERP) tarafından ilaç hataları; “İlaç; sağlık çalışanının, hastanın veya üreticinin kontrolünde olmasına rağmen, hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da hastanın uygun olmayan ilacı almasına sebep olan önlenabilir bir olay” olarak tanımlanmıştır.

İlaç hatası “bir zarar ya da risk oluşturma durumuna bakılmaksızın ilacın isteminden, uygulama sonrası hastanın izlemine kadar olan süreçte ortaya çıkan önlenabilir herhangi bir olay” olarak tanımlanmaktadır.

ABD’de İlaç Hatalarını Raporlama ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi tarafından çok sayıda çalışma incelenmesi sonucunda; her yıl 1,5 milyondan fazla insanın ilaç hataları nedeniyle zarar gördüğü belirlenmiştir. İlaç hatalarının, ABD’de yılda en az 7000 ölüme yol açtığı, en az bir kez ilaç hatası ile karşılaşma oranının %2 ile %14 arasında olduğu bilinmektedir. İngiltere’de ilaç hataları, düşme nedeniyle hasta yaralanmalarından sonra hastanelerdeki tıbbi olayların ikinci nedenidir. Utah ve Colorado’da 3719 kişi üzerinde yapılan çalışmada, ilaç hataları oranının %1 olduğu ve bunlarında %59’unun önlenabilir olduğu saptanmıştır (Frank-Stromborg ve ark, 2001).

İlaç hatası, hem insan hatasına hem de sistemdeki hatalara bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. İlaç uygulama sürecinde meydana gelen hatalar; sağlık bakım ürününe, ilacın reçete edilmesine, istemin iletimine, ilacın etiketlenmesine, paketlenmesine, adlandırılmasına, karışım haline getirilmesine,

dağıtımına, sağlık çalışanlarının uygulanmasına, eğitimine, izlemine ve kullanım sistemlerinin herhangi birine bağlı olabilir. İlaç hataları, yıllık milyonlarca dolarlık bakım harcamalarına neden olmaktadır. Bunun yanı sıra ilaç hatalarının en sarsıcı maliyetleri, yol açtıkları mortalite (ölüm oranı) ve morbiditedir (hastalık hali).

## **1.2. İlaç Uygulamalarında Hatalar**

İlaç hatalarının çeşitlerini, oranlarını, nedenlerini ve olası sonuçlarını ortaya koymak adına çeşitli çalışmalar yapılmıştır. 2004 yılında Fransa'da advers (Advers: Beklenmeyen yan etki) olaylar üzerine yapılan ulusal çalışma; tıbbi advers olayların ABD ve İngiltere'ye kıyasla benzer oranlar ile hastanede yatış sırasında meydana geldiğini ortaya koymuştur. Ayrıca bu çalışma, bu ciddi yan etkilerin yarısının ilaç hataları olduğunu göstermiştir (Ün ve ark, 2004).

Avrupa Birliği'nin hasta güvenliği ile ilgili 2005 yılında Lüksemburg' da düzenlediği konferans sonunda yayınladığı bildirgede; sağlık hizmetlerinde hastalıktan ziyade tedavilerin; hastanın acı çekmesine, komplikasyonlara, ciddi hasara ve ölüme yol açabileceğine ve sağlık hizmetlerinin advers etkiler nedeniyle riskli bir alan olduğuna dikkat çekilmiştir. Birçok hastanenin ve sağlık hizmetlerinin, hasta güvenliğini sağlamak için gerekli prosedürleri olmasına rağmen, güvenlik süreçleri bakımından geride kalmış olduğu ve tüm dünyada yapılan araştırmaların sonuçlarına göre de ortaya çıkan güncel veriler doğrultusunda advers olayların sayısının azaltılması gerektiği vurgulanmıştır (Ün ve ark, 2004).

Phillips et al. 1983 yılı ile 1993 yılındaki ilaç hatalarını karşılaştırdıkları çalışmalarında; ilaç hatalarının 1983 yılında 2876 ve 1993 yılında 7391 kişinin ölümüyle sonuçlandığını bildirmişlerdir. Galler' da 1 Ocak 2005-31 Aralık 2010 tarihleri arasındaki İngiltere Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi (NRLS)'nde kayıtlı hata raporları değerlendirildiğinde; 5 437 999 hata raporunun 526 186'sının ilaç hata raporu olduğu ve hasta güvenliği ile ilgili olayların %9,6'sını oluşturduğu sonucu ortaya çıkmıştır (Taylor ve Reide, 2000).

Rapor edilen ilaç hatası 2005 yılında 42 398 iken, 2011 yılında bu rakam 132 069 ulaşmıştır. Yapılan bir çalışmada; 3216 ilaç uygulaması gözlenmiş, her beş uygulamadan birinin hatalı uygulandığı sonucuna ulaşılmıştır. İspanya’da Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ)’nde yapılan çalışmada; 1017 hastanın %58’inde bir ya da daha fazla ilaç uygulama hatasının gerçekleştiği tespit edilmiştir. Gözlemsel bir çalışmanın sonucunda; 4866 ilaç uygulamasında 1373’ünün hatalı olduğu belirlenmiştir.

Güvenli ilaç uygulamalarının devamlılığının ve etkililiğinin sağlanması karmaşık ve zordur. İlaç hatalarının önlenmesinde ve hasta güvenliğinin geliştirilmesinde; liderlik, yeterli kaynakların sağlanması, kurum kültürünün oluşturulması ve güvenlik prosedürlerine katılımın sağlanması, teknolojinin etkin kullanılması ve sağlık personelinin becerilerinin iyi olması önem taşımaktadır. ABD’de IOM (Uluslararası Göç Örgütü; İngilizcesi: International Organization for Migration)’un 1999 yılında yayınladığı sağlık kalitesi raporunda, hastanelerde yaşanan ilaç yan etkisi olaylarına, maliyetine ve klinik sonuçlarına dikkat çekilerek, tedavi nedeniyle ortaya çıkan zararların önlenmesi için daha sistematik bir yaklaşım benimsenmesi gerektiğinin altı çizilmiştir (Blendon ve ark, 2002;347:1933-1940). Gözlemlerden, çoğu ilaç yan etkisi olaylarının sistemdeki problemlerden dolayı ortaya çıktığı belirtilmiştir. Hükümet 2009 yılında “İlaç Güvenliğini Arttırma” başlıklı bir raporunda, ilaç hataları meydana geldiğinde, sağlık çalışanları tarafından tüm katkıda bulunan faktörlerin ele alınması gerektiğine ve hataların çok faktörlü bir sorun olduğuna dikkat çekilmiştir (Taylor ve Reide, 2000).

### **1.3. Hemşire Kaynaklı İlaç Uygulama Hataları**

#### **1.3.1. Hemşire Kaynaklı İlaç Uygulama Hatalarına İlişkin Bazı Örnekler**

İlaç uygulama hatalarının bildirilmesi için ilaç uygulama hata tiplerinin bilinmesi gerekmektedir. Böylece hangi hata tipinin daha fazla yaşandığı bildirilecektir. Amerikan Hastane Eczacılar Derneği (The American Society of Health System Pharmacists Foundation-ASHP) ilaç uygulama hata tiplerini (1993) 11 başlık altında toplamıştır (ASHP Report, 1993;50:305-314). Bu başlıklar şunları içermektedir;

- **İstem etme hatası:** İlacın yanlış istem edilmesidir.

- **Atlama hatası:** Hasta için istem edilen ilacın dozunun bir sonraki uygulama zamanına kadar uygulanmamasıdır.
- **Yanlış zaman hatası:** İlacın planlanan uygulama zamanının dışında uygulanmasıdır.
- **İstem edilmeyen ilacın uygulanması:** Doktor tarafından istem edilmeyen bir ilacın uygulanmasıdır.
- **Yanlış doz hatası:** Hastaya istem edilen dozun az ya da fazla uygulanmasıdır.
- **Yanlış-doza form hatası:** Doktor tarafından istem edilen ilacın farklı formunun hastaya uygulanmasıdır.
- **Yanlış yol hatası:** İlacın doğru formunun, hastanın yanlış bölgesine uygulanmasıdır.
- **Yanlış uygulama hızı hatası:** İntravenöz ya da enteral sıvıların istem edilen gönderilme hızından farklı uygulanmasıdır.
- **Yanlış ilaç hazırlama hatası:** İlacın hazırlanmasının yanlış yapılmasıdır.
- **Bozulmuş ilacın uygulanması:** Tarihi geçmiş ilacın uygulanmasıdır.
- **İzlem hatası:** Hastanın ilaca verdiği yanıtın yetersiz değerlendirilmesidir.

#### **1.4. Hemşirelerin Sorumlulukları**

##### **1.4.1. İlacın Temini İle İlgili Hemşire Sorumluluğu**

İlaç temininde hemşirenin sorumluluğunun söz konusu olup olmadığı ile ilgili olarak şu soruya yanıt aranacaktır; “Hastanede bulundurulması zorunlu ilaçların bulundurulmaması veya bu ilaçlara zamanında ulaşılamaması, hastaya zamanında müdahale edilememesi nedeniyle hastanın yaşamını yitirmesi; alerjisi olan bir hastaya, anafilaksi halinde derhal yapılması gereken ilaçların hazır bulundurulmaması nedeniyle hastanın alerjik reaksiyon nedeniyle yaşamını yitirmesi durumunda hemşirenin sorumluluğu söz konusu olacak mıdır?” Bu soruya yanıt ararken öncelikle hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları ile ilgili çeşitli yönetmelik ve rehberlerdeki bilgilere yer verilecektir.

Buna göre; Resmi Gazete’ de 13 Ocak 1983 tarihinde yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde "Servis sorumlu hemşirelerinin görev ve yetkileri" başlıklı bölümde, "Servis demirbaş ve tüketim maddelerini teslim alır. Bunların muhafazasından ve yerinde kullanılmasından sorumludurlar." denildiği görülmektedir.<sup>353</sup> 08.03.2010 tarihinde yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği’nin 10. Maddesinde de, sorumlu hemşire için "Hastaların tedavi planlarının güvenli bir şekilde uygulanmasını, eczane tarafından kliniğe gönderilen ilaçların güvenli bir şekilde kullanımını ve korunmasını sağlar."<sup>354</sup> denilerek, hemşirelerin ilaç temini yanında ilacın güvenli kullanımı ve ilacın uygun ortamda korunması ile ilgili görevleri de vurgulanmaktadır.

19.04.2011 tarihinde yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin Ek-2’sinde hemşirelerin çalışılan birim/servis/ünite/alanlara göre görev, yetki ve sorumlulukları belirtilmiştir. İlgili yönetmelikte “Yoğun Bakım Hemşiresi” başlıklı bölümde yoğun bakım hemşiresinin tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılımı ile ilgili olarak, “Acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur” denilerek, yoğun bakım hemşiresinin ilaç temini ile ilgili görevi olduğu belirtilmiştir. Aynı yönetmelikte, acil servis hemşiresinin tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılımı ile ilgili olarak, yoğun bakım hemşiresine benzer şekilde- acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurmaları gerektiği belirtilmiştir (TKHK, 2012).

2012 yılında Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu tarafından yayınlanan Tıbbi Hizmetler Sunum Rehberinin “Yataklı Servis Hizmet Sunumu Süreci” başlıklı bölümünde, tetkik sonuçlarına göre asıl tedavisi planlanan ve hastanın kullanımı için hekim talimatında yazılan ilaçların hemşire tarafından otomasyon sistemi üzerinden eczaneden isteminin yapılması gerektiği belirtilmiş olup, devamında eczacılar tarafından ilaçların eczanede görevli sağlık personeli tarafından hemşireye imza karşılığı teslim edileceği ifade edilmiştir. Yine aynı rehberin “13.1.6. İlaç Deposu ve Eczane İle İlgili Diğer Hususlar” Bölümü A Bendinde de, “ ..... Gün içinde kullanılan ilaçların tamamlanması için klinik

sorumlu hemşiresi eczaneye bilgi verir.” denilerek, ilaç temini konusunda hemşirenin rolü ifade edilmiştir.

#### **1.4.2. Hemşirelerin İlacın Uygun Şartlarda Saklanması ve Korunması Konusundaki Sorumluluğu**

Burada, hemşirelerin ilaçların uygun şartlarda saklanması ve korunması konusundaki sorumluluğu iki alt başlıkta incelenecektir. Bunlar, hemşirenin narkotik dışı ilaçların saklanma ve korunması ile ilgili sorumluluğu ve hemşirenin narkotik ilaçların saklanma ve korunması ile ilgili sorumluluğudur.

#### **1.4.3. Hemşirenin Narkotik Dışı İlaçların Saklanması ve Korunması Konusundaki Sorumluluğu**

İlaçların, kullanım amaçlarına ve farmasötik şekillerine göre uygun şartlarda saklanması, korunması gerekmektedir. İlaçların, üretim aşamasından kullanım aşamasına kadar uygun koşullar ve uygun ısıda saklanması, etkilerinin yok olmamasına neden olmaktadır. Aynı zamanda, ilaçların uygun şartlarda saklanması gelişi güzel kullanılmalarını engellemektedir. İlaçların kullanım talimatlarında belirtildiği şekilde muhafaza edilmeleri esastır. Aksi belirtilmedikçe, bu türden ilaçların doğrudan güneşe maruz bırakılmaması gerekmekte olup serin ve kuru yerde muhafaza edilmesi gerekmektedir. Bazı ilaçların ise, +4 °C’de buzdolabında muhafaza edilmesi gerekmektedir.

Hastane ve kliniklerde kullanılacak ilaçlar için gerekli saklama koşullarını sağlayacak teknik donanımın olması gerekmektedir. Örneğin, serin yerde muhafaza edilmesi gereken ilaçların uygun şartlarda saklanması için kliniklerde buzdolabı bulundurulmalıdır. Konsantre elektrolit çözeltileri, intravenöz antikoagülanlar, insülin ve antineoplastik ajanlar gibi yüksek riskli ilaçların üzerine kırmızı uyarı etiketi yapıştırılması, ilaç uygulamasına geçmeden önce hataların önlenmesi için alınması gereken ilacın saklanması ile ilgili tedbirlerinden birini oluşturmaktadır.

Benzer şekilde, doz hatalarını ya da yanlış ilaç uygulanmalarını önlemek için servislerde/ünitelerde adı ya da ambalajı birbirine benzeyen veyahut da daha

az oranda ilaç içeren örneğin pediatrik dozdaki ilaçların ayrı raflarda saklanmasına, korunmasına dikkat edilmelidir.

#### **1.4.4. Hemşirenin Narkotik İlaçların Saklanması ve Korunmasının Konusundaki Sorumluluğu**

Narkotik ilaçların, bağımlılık potansiyeli olması ve kötüye kullanımlarının söz konusu olabilmesi nedeniyle korunması ve saklanması diğer ilaçlara göre farklılık göstermektedir. Kötüye kullanım potansiyelleri nedeniyle bu ilaçlar yeşil ya da kırmızı reçete tabidirler. 2012 yılında Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu tarafından yayımlanan “Tıbbi Hizmetler Sunum Rehberi’nin “3.1. Yataklı Servis Hizmet Sunumu Süreci” başlıklı bölümünde “c) Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilit altında tutulmalıdır. d) Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslim kayıtları doğrulanarak yapılmalıdır.” denilmiştir. Burada narkotik ilaçların kilit altında tutulması gerektiği ve kontrollü bir şekilde teslim edilmesi gerektiği belirtilmiş olmakla birlikte sorumluluğun kimde olduğu konusu aynı bölümün, nöbet teslimlerinde narkotik ilaçlarda yazılı olarak devir teslim yapılmalıdır.” denilerek narkotik ilaçların saklanması ve kullanımı ile ilgili hemşire sorumluluğu ifade edilmiştir. Aynı sunum rehberinin “7.1. Ameliyathane Hizmet Sunumu Süreci” ve “9.1. Yoğun Bakım Hizmet Sunumu Süreci” bölümlerinde de narkotiklerin ne şekilde saklanacağı ve uygulandığında nasıl bir prosedür izlenmesi gerektiği belirtilmiştir. Sonuç olarak, narkotik ilaçların saklanması ve korunması diğer ilaçlara göre daha ayrıcalıklı bir öneme sahiptir. Bunu kilitli dolaplarda saklanması, uygulayan ve uygulanan kişilerin kayıtlarının tutulmasının gerekliliğinin ayrıca düzenlemelerde belirtilmesinden açıkça anlayabilmek mümkündür. Bu nedenle, idare tarafından kliniklerde narkotik ilaçlar için kilitli bir çekmece veya dolap ayarlanmalıdır. Özellikle riskli birimlerde bu tür ilaç dolaplarının üzerinde narkotik ilaç içerdiğine dair ibarenin bulunmaması, ilaç güvenliği açısından önem arz etmektedir.

#### **1.4. İlaç Hata Kategorileri**

Cornish et al. (2016) yaptığı bir araştırmada ilaç hatalarından dolayı hastada meydana gelen zararları kategorilere ayırmıştır. Buna göre;

1. Sınıf: Hastanın klinik halini/vaziyetini bozmaya yönelik olmayan farklılıklar
2. Sınıf: Hastanın kısmen rahatsızlık duyduğu ve klinik durumunun bozulmasına yol açan hatalar, farklılıkların oluşması
3. Sınıf: Hastada çok şiddetli farklılık yaratan ve klinik durumunun bozulmasına yol açan hatalardır.

İspanya’da Merino et al. tarafından YBÜ (Yoğun Bakım Ünitesi)’nde yapılan çalışmada; 1017 hastanın %58’inde bir ya da daha fazla ilaç uygulama hatasının gerçekleştiği, %82’sinin önlenabilir olduğu ve %16’sının hastada zarara yol açtığı sonucu ortaya çıkmıştır. İngiltere’de Cousins et al. tarafından yapılan çalışmada; ilaç ile ilgili olayların sonuçları değerlendirildiğinde, hastaların %83,4’ünde hatanın zarara yol açmadığı tespit edilmiştir. İncelenen 86 821 ilaç olay raporunun 271 ölüm, 551 ciddi zarar, 17 421 orta derece zarar ile sonlanmıştır (Hicks ve ark, 2004;19(1): 18-28).

Olay raporlarının incelendiği diğer bir çalışmada; 10 042 raporun 3165 (%31,5)’i ilaç uygulama süreci ile ilişkili bulunmuş, 415’inin hastalara ulaştığı ancak kalıcı zarar vermemesine rağmen bu hataların önemli hasta zarar verme potansiyeline sahip olduğu, 20’sinin hastalara ulaştığı ve daha yüksek seviye bakım için hastanın transferini ya da daha sık izlem ve laboratuvar testleri gerektiren hasta geçici zarara neden olduğu, hastaya ulaşan bir hatanın da büyük zarara yol açtığı sonucu ortaya çıkmıştır (Hicks ve ark, 2004;19(1): 18-28).

### **1.5. İlaç Hatalarının Nedenleri**

İlaç hatalarına yönelik yapılan yurt dışı çalışmalar, ilaç hatalarının ortaya çıkmasında aşağıdaki faktörlerin öne çıktığını göstermektedir.

İletişim: Reçete/ilaç orderinin yanlış yorumlanması, okunaksız veya anlaşılmayan el yazısı, açık olmayan sözlü talimatlar.

İnsan faktörü: Yanlış dozaj hesaplamaları, orderin bir yerden başka bir yere yanlış aktarılması, deneyimsizlik veya eğitim eksikliği, farmakoloji bilgisinin yetersizliği, ilaç uygulamasından önce hastanın değerlendirilmemesi, standarda uygun davranmama, kişinin görevi yanlış teslim etmesi, kimlik tanımlayıcı bilekliklerin hemşireler tarafından kontrol edilmemesi, fiziksel yorgunluk.

Etiketleme: ilaç etiketinin belirsiz olması, benzer ilaç etiketi ve ambalajı. Sistem/çalışma koşulları: personel sıkıntısı/yüksek iş yükü, çalışma saatlerinin uzunluğu, hemşire ve doktorun meşgul edilmesi/dikkat dağıtıcı ve bölücüler, yetersiz araç-gereç, yetersiz aydınlatma ve çok gürültü.

Benzerlik: benzer görünen veya işitilen ilaçlar. Hemşirelerin meşguliyetlerine; hekimler, diğer personel, diğer hastalar, ziyaretçi, telefon görüşmeleri, eksik ilaçlar, acil durumlar, konuşmalar ve dış gürültünün yol açtığı belirlenmiştir.

Vardiyada 12,5 saat veya daha fazla çalışanların hata yapma olasılığının üç kat, tükenmişlik ve iş memnuniyetsizliğinin iki buçuk kat daha fazla olduğuna, düzenli gündüz saatlerinde çalışanlar ile vardiyalı çalışanlar karşılaştırıldığında gece vardiyalarında çalışanların hatalar konusunda anlamlı derecede yüksek riske sahip olduğuna dikkat çekilmiştir (Karadağ ve Taşçı, 2005).

Ülkemizde ve KKTC (Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti)'de yapılan çalışmaların sonuçları benzer şekilde olup, hatalara yol açan nedenler arasında; ortalama olarak hemşirelerin bakması gereken hasta sayısından fazla hastaya bakmaları, çalışma saatlerinin gereğinden uzun olması, uzun çalışma saatlerinden dolayı bitkinlik, ilacın içeriği/muhtevası hakkında yeterince bilgiye sahip olmama, hekim isteminin eksik olması, hasta hakkında yeterli bilgiye sahip olmama, ilacın tatbikinde meydana gelen bazı hatalar, çoklu ilaç kullanımı ve yetersiz deneyim yer almıştır (Kuğuoğlu Yazıcı, 2004;11-16).

YBÜ'de de ilaç hatalarına; IV ilaç hazırlama ve uygulama aşamalarında dikkat dağıtıcılar, kişisel ihmal, ağır iş yükü, yeni personel ve alışkın olunmayan ilaçların neden olabileceği bildirilmiştir. Pediatri hemşirelerin katıldığı bir çalışmada; ilaç hatalarına neden olan en yaygın faktörler; yetersiz ilaç bilgisi ve kötü hesaplama becerileridir. Kiguba et al. yaptığı çalışmada, sağlık profesyonelinin yaklaşık %40'ı stresli çalışma koşullarında ilaç hatası yapmanın daha muhtemel olduğunu belirtmiştir (Katoğlu, 2002; 17:5:385-390).

## 1.6. İlaç Hatalarının Raporlanması

İlaç hata raporlaması; sağlık bakım hizmeti sunumunda hasta güvenliğinin geliştirilmesinde ve gelecekteki olası ilaç hatalarının önlenmesinde büyük öneme sahiptir. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin çoğunluğu, hata bildirimlerinin hemşirelerin yetkinliğini ölçmek için önemli bir araç olduğuna inanmaktadır.

Ancak bu konudaki en önemli zorluk ilaç hatalarının sıklıkla düşük oranda rapor edilmesidir. Hataların ne kadar az raporlandığının bir örneği olarak, 1100 yataklı bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan çalışma sonucu gösterebilir. Bu çalışmada; son altı ay içinde 38 olayın rapor edildiği ve bunlardan sadece birinin, eczanenin yanlış ilaç göndermesine ilişkin ilaç güvenliği raporu olduğu tespit edilmiştir.

İlaç hatalarının raporlanma sıklığı ile ilgili Fransa'da yapılan ulusal bir çalışmada; ilaç hatalarını en çok bildirenlerin hemşireler (%45), daha sonra hekimler (%40) ve eczacılar (%15) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Diğer bir çalışmada; 92 547 tıbbi hata raporunun 1/3'ünün ilaç hataları ile ilgili olduğu, hataların %47'sinin hemşireler, %16'sının eczacılar ve %1,4'ünün hekimler tarafından bildirildiği belirlenmiştir (Oğuz, 2007).

Sağlık profesyonellerinin ilaç hatalarının raporlanmasına yönelik tutumlarının araştırıldığı çalışma; doktorların, hastada ciddiyeti az etkilere neden olan ilaç hatalarını bildirimlerinin düşük olduğunu göstermiştir. Ayrıca hemşirelerin ve eczacıların disiplin cezası alma korkularına rağmen, hastanın durumunda ciddiyeti az etkilere neden olsa da ilaç hatalarını bildirme olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan bir çalışmada hemşirelerin yaklaşık %10'u hemşirelik mesleki hayatlarında boyunca bazı ilaç hatalarını kayda geçmediklerini zira yaptıkları hataların şahsi hata olarak algılanacağına ilişkin bir endişe yaşayacaklarını bildirmişlerdir.

İlaç hatalarının önlenmesi, ilaç hatalarının doğru raporlanması ile bağlantılıdır. Hataların yetersiz raporlanması veya raporlanmaması sistemdeki sorunların gizlenmesine neden olmaktadır. İlaç hatalarının raporlanması, hemşirenin bireysel kararına bağlı olup, bazı hatalar çeşitli nedenlerden dolayı bildirilmemektedir.

Yurt dışında yapılan çalışmaların sonuçlarına göre, hata raporlanmanın önünde en fazla oranda yer alanlar engeller aşağıda belirtilmiştir (Uzun 2008).

- Hatanın önemsenmemesi, hasta zarar görmediği için rapor etmenin gerekli olmadığının düşünülmesi ve rapor etmenin bir şeyi değiştirmeyeceği inancı,
- İlaç hataları ile ilgili bilgi ve alışkanlık eksikliği,
- Tıbbi hatalara yönelik destekleyici olmayan kurum kültürü,
- Karmaşık raporlama sistemleri ve raporlama politikalarını bilmeme,
- İş yoğunluğu,
- Yöneticilerin ve iş arkadaşlarının reaksiyonlarından korkma/iş arkadaşları tarafından dışlanma,
- Tıbbi sorumluluk/disiplin cezası almadan ve dava edilmeden korkma,
- Hatanın giderilmesinin rapor edilmesinden daha kolay olduğunu düşünme,
- Hemşire, klinik ve hizmet itibarının zedeleneceği ve güvensizlik duyulacağından endişe etme,
- Hatayı bildirdiklerinde kimliklerinin tespit edileceğinden ve ilaç hatası yapmış kişi olarak etiketleneceğinden korkma,
- Kişisel dosyasında dikkat edileceğinden, işini kaybetme/kariyerinin zedeleneceğinden endişelenme,

Raporlama sonrası daha fazla insanın bu olayı bilecek olmasından utanma ve yeteneğinin diğerleri tarafından küçümseneceğinden endişelenmedir. Konuya yönelik ülkemizde yapılan ilaç uygulama ve raporlama çalışmalarında ise;

- Hataların nasıl raporlanacağını konusunda yeterli bilgiye sahip olmama,
- Raporlamayı bir kayıt yükü olarak görme,
- Başka birinin yaptığı hatayı raporlamada tereddüt etme,
- Hata raporlamanın bir ceza faktörü olarak değerlendirilmesi,
- Diğer hemşireler tarafından mesleki olarak yetersiz olduklarının düşünüleceği,
- İlaç hatası bildiriminin olumsuz sonucundan/ hasta ve ailesinin olumsuz tutum göstermesinden ve dava edileceğinden korkma.

Hataların kişisel olarak algılanacağı, hastaya bir şey olursa suçlanacağı ve iş hayatına zarar vereceği düşüncesi hata raporlamalarının önünde engel teşkil etmektedir. DSÖ, NCC MERP, IOM ve ISMP tarafından etkili bir hata bildirim sisteminin geliştirilebilmesine ve hata raporlamanın önündeki engellerin kaldırılmasına yönelik önlemler aşağıda belirtilmektedir:

- Cezalandırıcı olmayan kurum kültürü olmalıdır.
- Gizlilik sağlanmalıdır.
- Raporlama bağımsız olmalıdır.
- Raporlar analiz edilmeli ve geri bildirimde bulunulmalıdır.
- Güven sağlanmalıdır.
- Zamanında rapor edilmelidir.
- Sistem yaklaşımı olarak değerlendirilmelidir.
- Cevap vermeye hazır olunmalıdır.
- Hata raporlama sistemleri, olayın tam olarak nasıl olduğunun açıklanabileceği serbest metin olmalı, yalnızca kutu işaretlemeye izin veren formdur.

### 1.7. İlaç Hata Çeşitleri

İlaç uygulama süreci, ilacın reçete edilmesinden uygulanması sonrası etkilerinin izlemesine kadar devam eden ve beş aşamayı kapsayan bir süreçtir. Bu aşamalar:

1. İlacın reçete edilmesi veya istemin verilmesi,

2. İlacın dağıtılması,
3. İlacın hazırlanması,
4. İlacın uygulanması,
5. İlacın hastadaki etkilerinin izlenmesidir.

Bu süreçte; ilacın reçete edilmesindeki hatalar hekimlerin, dağıtılması ve hazırlanmasındaki hatalar hemşireler veya eczacıların, uygulanması ve hasta üzerindeki etkilerinin izlenmesindeki hatalar hemşirelerin sorumluluğundadır.

The American Society of Health System Pharmacists (ASHP) tarafından ilaç uygulama hataları 12 başlık altında sınıflandırılmış ve yapılan bu sınıflamada yanlış yol, yanlış hız, yanlış süre ve yanlış hasta ele alınmamıştır. İlaç Uygulama Hataları Raporlama ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi (NCC MERP) ise ilaç uygulama hatalarını 13 başlık altında sınıflandırmış ve reçeteleme, bozulmuş ilacın uygulanması, uyum hatası bu sınıflamada yer almamıştır (Hicks ve ark, 2004;19(1): 18-28).

Literatüre baktığımızda çeşitli ülkelerde yapılan birçok çalışmanın sonucunda en çok yapılan hatalar arasında; başta yanlış doz, yanlış hasta, yanlış zaman ve yanlış ilaç olmak üzere yanlış yol, yanlış ilaç hazırlama, atlanmış ilaç, yanlış ilaç formu, yanlış infüzyon oranı ve order edilmeyen ilacın uygulanması bulunmaktadır.

İngiltere'deki çalışmada ise bunlara ek olarak yanlış sıklık, yanlış miktar, hasta ve ilaç arasındaki uygunsuzluk gerçekleşen hatalar arasındadır. Ülkemizde ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'nde yapılan çalışmalarda da yurtdışı çalışmaların sonuçlarıyla benzer şekilde, hemşireler tarafından yapılan ilaç hataları arasında; yanlış doz, yanlış hasta, yanlış yol, yanlış ilaç, yanlış hız ve yanlış zaman ilk sırada yer almaktadır.

Yapılan çalışmalar sonuçları, çoğu hataların; en fazla ilaçların uygulanması ve reçete edilmesi aşamasında ortaya çıktığını göstermektedir. Leape et al. tarafından reçeteleme, temin ve uygulama doğru olmadığı sürece ilaç tedavisinin de başarılı olamayacağına dikkat çekilmiştir. Hemşire kaynaklı

ilaç hata oranları, ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte, hataların göz ardı edilemeyecek oranda gerçekleştiğini ortaya koymaktadır. Ürdün’de yapılan çalışmada; gerçekleşen ilaç hatalarının yaklaşık yarısının hemşire kaynaklı olduğu tespit edilmiştir.

Hong Kong’taki çalışmada; son bir yılda 1 ila 5 arasında ilaç hatası işlediğini bildiren hemşirelerin oranı %28,2’dir. Nijerya’daki çalışmada ise hemşirelerin %63,5’i bir ay içinde 1-2 kez ilaç hatası yaptığını bildirmiştir. Güney California’da yapılan çalışmada, hemşirelerin %68,3’ü çalışma hayatları boyunca 2-5 arası ilaç uygulama hatası yaptıklarını belirtmiş ve hatırlanan hataların ortalama sayısının hemşire başına 4,9 olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde çalışmalara baktığımızda; meslek hayatı boyunca ilaç uygulama hatası yaptığı bildiren hemşirelerin oranı %40-50 değişmektedir (Leape ve ark, 2002;347:1272-1274).

### **1.8. İlaç Uygulama Hatalarını Önlemede Hemşirenin Rolü**

İlaç uygulamaları hemşirenin etik ve yasal sorumluluğunu gerektiren en temel işlevlerinden birisidir. Ülkemizde ilaç uygulama yetkisi 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu’nun (25 Şubat 1954) Dördüncü Maddesi’nde, (Değ.: Kanun No. 5634 RG: 2.5.2007/26510) “Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir” şeklinde tanımlanmıştır.

Hemşirenin rolü ilacı vermenin ötesindedir. İlaçların hazırlanması ve uygulanmasında hastanın güvenliğinin sağlanması esastır. İlaç uygulamaları ile ilgili hemşirenin sorumlulukları; verilen ilaç konusunda yeterli bilgiye sahip olma, ilaçları güvenli bir şekilde verme, uygulanan ilacı kaydetme, ilaca karşı bireyin yanıtını gözleme, yorumlama ve ilaç tedavisi konusunda bireyi eğitmeyi içermektedir.

Hemşire bu sorumluluklarını yerine getirerek ilacın bireye maksimum düzeyde yararlı olmasını sağlayacak ve ilaç yan etkilerinin azalmasına katkı verecektir. Hemşire ilaç yan etkilerinin izlenmesi, ilaç uygulaması sırasında hataların önlenmesi konusunda aktif rol almalıdır.

İlacı hazırlarken, uygularken ve ilacın bireydeki etkilerini gözlemlerken hemşirelerin mutlaka dikkat etmesi gereken sekiz doğru ilke;

- **Doğru Hasta:** Hastanın adı soyadı, protokolü veya doğum tarihi doğrulanmalı, isim bileziği kontrol edilmelidir.
- **Doğru İlaç:** İlaç isimleri birbirine benzediği için doğru ilaç olduğundan mutlaka emin olunmalıdır.
  - Etiketini tam olarak okunmayan ilaçlar kullanılmamalıdır.
  - İlaç üzerindeki etiket;
    - İlacı dolaptan alırken
    - İlacı kadehe koymadan önce ve
    - İlacı rafa kaldırırken olmak üzere üç defa okunmalıdır.
- **Doğru Etki:** İlacın beklenen etkisi ve yan etkisi bilinmelidir. İlacın başka ilaçlarla ya da besinlerle etkileşimi olup olmadığı bilinmelidir.
- **Doğru Doz:** Çocuk ve yetişkinlere verilecek ilacın minimum ve maksimum dozları çok iyi bilinmelidir. Doğru şekilde hesaplama yapılmalı, gerekirse ikinci bir hemşirenin de fikri alınmalıdır.
- **Doğru Yol:** Bazı ilaçlar birkaç yolla verilebilir. İlacın veriliş yolu hekim isteminde belirgin olmalıdır.
- **Doğru İlaç Formu:** Aynı ilacın birden fazla formu olabilir, doğru form olmasına dikkat edilmelidir.(kapsül, tablet gibi).

- **Doğru Zaman:** Verilecek olan ilaçlar verilme saatinden (10-15dk ) önce uygun bölmelerden alınmalıdır. Saatlik ilaçlar dakik verilmelidir.
- **Doğru Kayıt:** Verildikten sonra en kısa sürede kayıt yapılmalıdır. Hastaya ilaç verildikten sonra oluşabilecek yanlışıların önlenmesi için ilacı veren hemşirenin tedavi defteri veya hemşire gözlem kâğıdına ilacın uygulandığı saati yuvarlak içine alarak kendi adını ve soyadını yazmalıdır.

İlaç uygulamalarının bu 8 doğru ilkesine uygun yapılmaması ilaç uygulama hatalarının en önemli nedenlerindendir (TKHK, 2012).

İlaç uygulama hatalarını ortadan kaldıracak ya da azaltacak girişimlerden biri de uygulama süreci içinde iletişimin geliştirilmesidir. Yapılan bir çalışmada, ilaç uygulama sürecinde iletişimin geliştirilmesiyle, hemşirelerin hasta bakım faaliyetlerinde her ay 30 saatten daha fazla zaman kazandıkları ve bu süreyi diğer hasta bakım faaliyetlerinde kesintisiz kullandıkları gösterilmiştir. Özetle sağlık kurumlarında hasta güvenliğini tehdit eden ilaç uygulama hataları; ilaçların güvenli uygulanmasına ilişkin bir sistemin kurulması, ilgili sağlık personelinin ve hastaların eğitilmesi ile önemli ölçüde önlenabilir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### HEMŞİRELERİN MESLEKİ VE YASAL SORUMLULUKLARI

#### 2.1. Türkiye’de Hemşirelik

Türkiye’de modern anlamda hemşirelik I. Dünya Savaşından sonra başlamıştır. Hekimlik mesleğinin ilerlemesine karşın olumsuz sosyal etkiler nedeni ile Türk kadının çalışmasına engel olduğu için hemşirelik mesleği ülkemizde geç gelişen bir meslek olmuştur (Öktem ve ark, 2000).

Hemşireliğin meslek olabilmesi, hemşirelik mesleğini yapabilecek kişilerin sahip olması gerekenler ve bu koşullar Anayasa Mahkemesi Kararı ile belirtilmiştir. Bu karar ve süreç Ek 2’te verilmiştir.

Ülkemizde açılan ilk hemşire okulu Amiral Bristol’dur.1920 yılında Amerikalılar, İstanbul’da açtıkları Amerikan Hastanesi’nin hemşire gereksinimini karşılamak için, bugünkü adı Amiral Bristol Sağlık Lisesi olan Hastabakıcı Dershanesi’ni kurmuşlardır (Ulusoy, 1998). Eğitim süresi başlangıçta 2 yıl 6 ay iken sonrasında 3 yıla ve 1957’de 4 yıla çıkarılarak Milli Eğitim Bakanlığı tarafından onaylanarak meslek lisesi denkliği kazanmıştır.

1946 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesindeki yataklı tedavi kurumlarının ihtiyacını karşılamak üzere bugünkü Sağlık Meslek Liseleri(SML) açılmıştır. Ortaokul mezunlarını alan bu okulların eğitim süresi 1958 yılına kadar 3 yıl, 1958’den sonra 4 yıl olmuştur (Öktem ve ark, 2000).

#### 2.2. Hemşirenin Yasal Sorumlulukları

İlaç uygulama süreci; ilacın tatbiki ile başlayan ve uygulama sonrası ilacın hastadaki etkilerinin izlenmesini içine alan geniş bir süreci kapsamaktadır. İlaç hataları, ilaç uygulama sürecinin herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilmektedir. Bu süreçte ilaç güvenliğinin sağlanması; hekimler, eczacılar ve hemşireler gibi çeşitli sağlık profesyonellerinin sorumluluğunda olup, onların birbirleri ile işbirliği içinde olmalarını gerektirmektedir.

Hemşireler, ilaç uygulama sürecinin son aşamasında yer almaları nedeniyle ilaç isteminin alınmasından itibaren ilaçların temin edilmesi, hazırlanması, hastaya uygulanması ve uygulama sonrası hastanın izlenmesi sırasında büyük sorumluluk taşımaktadırlar. İngiltere Hemşirelik ve Ebelik Konseyi tarafından ilaç uygulamanın bilimsel karar, bilgi ve becerileri gerektirdiğinin özellikle altı çizilmiştir. İlaç uygulamaları her vardiyada hemşirelerin çalışma sürelerinin %40'ını kapsamaktadır (Haker, 2007;128-129-281).

Bu nedenle, bir ilaç hatası olduğunda, ilaç uygulama sürecinde sağlık profesyonelleri içinde hemşirenin sorumlu olma olasılığı çok daha fazladır. Hemşirelerin karşılaştıkları mesleki hatalar arasında ilaç uygulama hataları %47 oranıyla birinci sırada yer almaktadır (Hakeri, 2007;128-129- 281).

Hemşirenin sorumluluğu yalnızca ilaç vermek ve benzeri müdahalelerde bulunmak değildir. İlaçların doğru hazırlanması ve tatbikinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu bağlamda hasta güvenliğinin maksimum seviyede sağlanması esastır. İlaç uygulamaları ile ilgili hemşirenin sorumlulukları; verilen ilaç konusunda yeterli bilgiye sahip olmayı, ilaçları güvenli bir şekilde uygulamayı, uygulanan ilacı kaydetmeyi ve ilaç tedavisi konusunda hastayı eğitmeyi gerektirmektedir.

Hemşireler, hemşirelik yasası başta olmak üzere ilgili yasa ve yönetmelikler ile sağlık bakım hizmetlerindeki bağımsız, yarı bağımlı ve bağımlı rollerini yerine getirmektedirler. Yasa ve yönetmeliklerin yanı sıra etik ilkelerin de hemşirelere yüklediği sorumluluklar; hasta güvenliğinin ve yararının sağlanmasını, hastanın zarar görmesini engelleyen bazı önlemlerin alınmasını gerekli kılmaktadır.

Tıbbi uygulama hatası ile ilgili birçok tanım bulunmaktadır. Tıbbi uygulama hatası tanımı ile ilgili olarak bir görüş, “tedavi hatası” kavramını esas almaktadır. Buna göre, "Yanlış teşhis, tedavi ve ameliyat sırasında veya sonrasında gereken özenin gösterilmemesi, yanlış iğne, hatalı tahlil, araç-gereç ve personel yetersizliği, hasta haklarının gerektirdiği özen ve dikkatin

gösterilmemesi ve benzeri durumlar nedeniyle ortaya çıkan bedensel ve manevi zararlar” tedavi hatası olarak tanımlanmaktadır.

Başka bir tanımda ise "Hizmetleri sunan hekim, hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık personelinin, öneri ve/veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak iyileşmesinin gecikmesinden, hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki şartların tamamı" tıbbi uygulama hatası olarak ifade edilmektedir.

Ceza hukuku, suç teşkil eden eylem ve davranışların nelerden oluştuğunu, bu eylem ve davranışlarda bulunanlara ne gibi yaptırımlar yani cezalar uygulanacağını gösteren hukuk kurallarının tümünden oluşmaktadır. Ülkemizde sağlık çalışanlarının yargılanmasına yönelik özel bir kanun yoktur. Bununla birlikte, ceza yasasında bu konuyla ilgili bazı hükümler bulunmaktadır.

Hemşire, görevinin gerektirdiği bilgi ve donanımla; azami dikkat ve özen içinde görevini yaptığı halde, uygulamalarında komplikasyonların oluşmasına neden olursa ceza hukuku literatüründe bu durum “izin verilen risk” olarak nitelendirilmekte ve hukuka uygunluk sebebi sayılmaktadır.

### **2.2.1. Hemşirelerin Ceza Hukuku Açısından Sorumlulukları**

Ceza hukuku, suç teşkil eden eylem ve davranışların nelerden oluştuğunu, bu eylem ve davranışlarda bulunanlara ne gibi yaptırımlar yani cezalar uygulanacağını gösteren hukuk kurallarının tümünden oluşmaktadır (Atasoy, 2008:24).

Hemşire, görevinin gerektirdiği bilgi ve donanımla; azami dikkat ve özen içinde görevini yaptığı halde, uygulamalarında komplikasyonların oluşmasına neden olursa ceza hukuku literatüründe bu durum “izin verilen risk” olarak nitelendirilmekte ve hukuka uygunluk sebebi sayılmaktadır (Deryal, Yahya, s:428).

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu Birinci bölüm 1. Maddesinde ceza kanununun amacı, "Kişi hak ve özgürlüklerini, kamu düzen ve güvenliğini, hukuk devletini, kamu sağlığını ve çevreyi, toplum barışını korumak, suç işlenmesini önlemek" olarak belirtilmiştir. Kanunda, bu amacın gerçekleştirilmesi için ceza sorumluluğunun temel esasları ile suçlar, ceza ve güvenlik tedbirlerinin türleri düzenlenmiştir.

Ceza hukuku açısından olay, suç ve suçun unsurları anlamında değerlendirildiğinde; suç hem toplumun, hem de gerçek ve tüzelkişilerin kişilik ve mal varlığı haklarının güvenliğini sağlamak amacıyla yasama organı tarafından kabul edilerek yürürlüğe konulan ve ceza yaptırımları içeren yasaya aykırı davranılması, yasa hükmünün ihlal edilmesi durumu olarak tanımlanmakta olup, yasaya aykırı hareket ve davranışın kasıtlı veya taksirli olması herhangi bir ayırım yaratmaz (Hakeri, 2007).

Ceza hukuku açısından olay, suç ve suçun unsurları anlamında değerlendirildiğinde;

- Suç
- Suçun yasal unsuru
- Maddi unsur
- Manevi unsur
- Kasttır.

Tıbbi uygulamada, hemşireler için de geçerli olmak üzere tüm sağlık personelinin tıbbi müdahaleleri sırasında hastanın yararına, örneğin tedavi amacı ile hareket etmeleri gerekmektedir. Aksi halde sağlık personelinin kasıtlı sorumluluğundan bahsedileceği ifade edilmektedir. Hasta üzerinde öldürmek ya da sağlık durumunu daha kötüleştirmek için hareket eden sağlık personelinin, kasten adam öldürme ya da müessir fiil suçundan sorumlu olacağı belirtilmektedir (Duysak, Merve, s:31. ).

### 2.2.2. Hemşirelerin Tazminat Hukuku Açısından Sorumluluğu

Hukuki sorumluluğa, öğretide ve çeşitli yargı kararlarında "tazminat sorumluluğu" denildiği gibi, bu hususla ilgili hukuka da "*Tazminat Hukuku*" adı verilmektedir (Er, Ünal, s:319. ).

Hemşireler bakımından hukuki sorumluluk, kendi hukuka aykırı eylem, müdahale veya pasif duruşlarıyla belirli bir kimse, özellikle hasta bakımından zararlara yol açmaları ve bundan dolayı söz konusu zararları tazmin yükü altına girmeleridir. Sağlık personeli hatalı tıbbi müdahale sonucu hastanın acı çekmesine, sağlığının kötüleşmesine veya ölümüne yol açtığı takdirde; ilk iki olasılıkta hastanın kendisine, üçüncü olasılıkta ise hastanın yakınlarına tazminat ödemek durumunda kalabilir (Hakeri, 2007).

Sağlık hizmetlerindeki zarar, bir sağlık hizmeti dolayısıyla insanın yaşamında, sağlığında ve çalışma gücünde meydana gelen "maddi" ve/veya ruhsal bütünlüğünde oluşan "manevi" olumsuz değişikliklerdir. Sağlığına kavuşmak için sağlık kuruluşundan yardım bekleyen hastanın durumunun daha da kötüleşmesi veya doğru bir müdahale ile rahatlıkla iyileşme olabilecek iken, durumunda iyileşmenin gerçekleşmemesi, zararı oluşturmaktadır (Arısoy, Yücel, 186.).

Hemşirenin kusurlu davranışı sebebiyle zarara uğrayan hasta, idare aleyhine, İdare Mahkemesinde hizmet kusuruna dayanan bir tam yargı davası açacaktır. Hasta, açtığı davada idarenin vermesi gereken kamu hizmetinin kötü işlemesi, geç işlemesi veya hiç işlememesi sebeplerinden birine dayanacaktır (Savaş, 2012).

Kamu görevlisi olmayan sağlık çalışanının hastaya zarar vermesi halinde tazminat davaları, doğrudan kendilerine veya bunları çalıştıran kişi ve kuruluşlara karşı veya hem kendilerine ve hem de çalıştıranlara karşı birlikte açılabilmektedir ( Arısoy, Yücel, s:186.).

### **2.2.3. Hemşirelerin Disiplin Hukuku Açısından Sorumlulukları**

Hemşirelerin disiplin sorumluluğu çalıştıkları kamu ve özel sektördeki kurum veya kuruluşa göre değişmektedir. Burada kamu da ve özelde çalışan hemşireler açısından disiplin sorumluluğunu inceleyeceğiz.

#### **2.2.3.1. Devlet Memuru Olarak Hemşirenin Disiplin Sorumluluğu**

Hemşirenin işlediği disiplin suçları disiplin amiri tarafından bizzat tespit edilebilir, şikayete veya ihbara bağlı tespit edilebilir, herhangi başka bir soruşturma sonucunda ortaya çıkabilir, başka bir amir tarafından tespit edilebilir, denetleme esnasında ortaya çıkabilir.

657 sayılı Kanununun 125. Maddesinde, disiplin cezası çeşitleri ile ceza uygulanacak fiil ve haller belirtilmiştir (Er, Ünal, s:397.). Bu maddeye göre disiplin cezaları;

- Uyarma,
- Kınama,
- Aylıktan Kesme,
- Kademe ilerlemesinin durdurulması,
- Devlet Memurluğundan çıkarma, olmak üzere beş çeşittir.

Hemşireler ilaç uygulamalarında yaptıkları hatalar tespit edildiğinde yapılan soruşturma sonucunda 657 sayılı kanunun 125. maddesinin Uyarma cezasının (a) ve (f) bendine göre ve kınama cezasının (a) ve (j) bendlerine göre cezalandırılabilir (Er, Ünal, s:397.).

#### **2.2.3.2. İş Sözleşmesine Bağlı Çalışan Hemşirenin Disiplin Sorumluluğu**

4857 sayılı İş Kanununun 26. maddesinde; 24 ve 25'inci maddelerde gösterilen ahlak ve iyi niyet kurallarına uymayan hallere dayanarak işçi veya işveren için tanınmış olan sözleşmeyi fesih yetkisi bulunmakta ayrı bir disiplin hükmü içermemektedir (Özkaya, 2018). Genellikle uygulamada,

1. Yazılı ihtar (uyarma),
2. Yazılı kınama,
3. Ücret kesme,

4. Tazminatsız işten çıkarma söz konusudur (Özkaya, 2018).

Meslek örgütü açısından bakıldığında, hemşireler için meslek örgütünün disiplin cezası vermeye yetkisi bulunmamaktadır.



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI VE BİLİNÇ DÜZEYLERİ ÜZERİNE BİR İNCELEME

#### 3.1. Veri Toplama Araçları ve Yöntem

Çalışmada analizler IBM SPSS 20 ve Excel 2010 versiyonu kullanılarak hazırlanmıştır. Çalışmada katılımcıların demografik bilgilerini ve ilaç kullanımına yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amacı ile yüz yüze görüşme tekniğinden yararlanılarak hemşire görüşleri hakkında ayrıntılı bilgilere ulaşılmaya çalışılmıştır.

Anket, katılımcıların bireysel ve mesleki özellikleri ile katılımcıların ilaç kullanımına yönelik bilgi ve tutumlarını ölçmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Tüm değişkenlerin frekans (f) ve yüzde (%) değerleri hesaplanmıştır. Ölçeklere güvenirlik analizi ve faktör analizi uygulanmıştır. Sonuçların tamamı tablolar ve yorumları ile birlikte sunulmuştur.

**Tablo 3.1.** Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

| Sosyo- Demografik Veriler                                 | Sayı, Yüzde, Pearson Korelasyon                |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Sosyo- Demografik Veriler ve Doğru Cevap Verme Yüzdeleri  | Anova ve Bağımsız Gruplar T Testi              |
| Hemşirelerin Doğru Cevap Verme Yüzdelere Göre Dağılımları | Kruskal Wallis, Mann Whitney U                 |
| İlaç Hatalarına Yönelik Hemşirelerin Bilgi ve Tutumları   | Sayı, Yüzde, Frekans ve Tanımlayıcı İstatistik |

#### 3.2. Bulgular

##### 3.2.1. Sosyo-Demografik Özelliklere Yönelik Bulgular

Araştırmaya katılan hemşire sosyo-demografik bilgileri ile ilgili özellikler Tablo 2’de yer almaktadır.

**Tablo 3.2. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

| <b>Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri</b> | <b>Hemşire Sayısı (n)</b> | <b>Yüzde (%)</b> |
|--------------------------------------------------|---------------------------|------------------|
| <b>Cinsiyet</b>                                  |                           |                  |
| Kadın                                            | 166                       | 66,4             |
| Erkek                                            | 84                        | 33,6             |
| <b>Eğitim durumu</b>                             |                           |                  |
| Lise                                             | 44                        | 17,6             |
| Önlisans                                         | 62                        | 24,8             |
| Lisans                                           | 89                        | 35,6             |
| Yüksek Lisans/Doktora                            | 55                        | 22               |
| <b>Yaş</b>                                       |                           |                  |
| 18-25                                            | 63                        | 25,2             |
| 26-35                                            | 87                        | 34,8             |
| 36-50                                            | 52                        | 20,8             |
| 51-64                                            | 39                        | 15,6             |
| 65 ve üzeri                                      | 9                         | 3,6              |
| <b>Çalışılan Kurum</b>                           |                           |                  |
| Devlet Hastanesi                                 | 89                        | 35,6             |
| Üniversite Hastanesi                             | 77                        | 30,8             |
| Eğitim Araştırma Hastanesi                       | 43                        | 17,2             |
| Özel Hastane                                     | 41                        | 16,4             |
| <b>Mesleki tecrübe</b>                           | <b>Hemşire Sayısı (n)</b> | <b>Yüzde (%)</b> |
| 1-3                                              | 64                        | 25,6             |
| 4-10                                             | 16                        | 6,4              |
| 11-15                                            | 87                        | 34,8             |
| 16-19                                            | 19                        | 7,6              |
| 20 ve üstü                                       | 64                        | 25,6             |
| <b>Hemşire olarak unvan</b>                      |                           |                  |
| Başhemşire                                       | 18                        | 7,2              |
| Sorumlu Hemşire                                  | 87                        | 34,8             |
| Hemşire                                          | 145                       | 58               |
| <b>Görev yapılan birim</b>                       |                           |                  |

|                                                              |                           |                  |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------|
| Servis                                                       | 67                        | 26,8             |
| Poliklinik                                                   | 48                        | 19,2             |
| Acil                                                         | 39                        | 15,6             |
| Yoğun Bakım                                                  | 87                        | 34,8             |
| Diğer                                                        | 9                         | 3,6              |
| <b>Meslek içi eğitimlere katılma</b>                         |                           |                  |
| Evet                                                         | 127                       | 50,8             |
| Vakit bulamıyorum                                            | 41                        | 16,4             |
| Bulduğum bölgede hiç meslek içi eğitim düzenlenmiyor         | 29                        | 11,6             |
| Eğitime ihtiyacım olduğunu düşünmüyorum.                     | 24                        | 9,6              |
| Yapılan eğitimlerin konu başlıkları ilgimi çekmiyor.         | 29                        | 11,6             |
| <b>En sık yapılan ilaç uygulama hataları</b>                 |                           |                  |
| İlacın, yanlış hastaya uygulanması                           | 34                        | 13,6             |
| İlacın, yanlış zamanda uygulanması                           | 45                        | 18               |
| İlacın atlanması, uygulanmaması                              | 27                        | 10,8             |
| İlacın, yanlış dozda uygulanması                             | 61                        | 24,4             |
| İlacın, yanlış uygulama yolundan uygulanması                 | 40                        | 16               |
| Yanlış ilacın uygulanması                                    | 43                        | 17,2             |
| <b>Mesleki olarak deneyimli hissetme</b>                     |                           |                  |
| Hiç deneyimli hissetmiyorum                                  | 39                        | 15,6             |
| Biraz deneyimli hissediyorum                                 | 41                        | 16,4             |
| Oldukça deneyimli hissediyorum                               | 77                        | 30,8             |
| Tamamen deneyimli hissediyorum                               | 93                        | 37,2             |
| <b>Uygulaması yapılacak ilaç bilgilerine ulaşılan kaynak</b> | <b>Hemşire Sayısı (n)</b> | <b>Yüzde (%)</b> |
| Hekim/eczacı                                                 | 41                        | 16,4             |
| Hemşire arkadaşlarım                                         | 58                        | 23,2             |
| İlaç kaynak kitapları                                        | 51                        | 20,4             |
| İlaç bilgi yazılım programları                               | 47                        | 18,8             |
| İnternet                                                     | 53                        | 21,2             |
| Gerek duymam.                                                | 0                         | 0                |

| <b>Uygulama öncesinde hastanın ilaç ve besin alerjisi öyküsü olup olmadığını sorgulama</b>                                                                                         |     |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|
| Her zaman; hayati önemi olan bir durum olduğunu düşünüyorum.                                                                                                                       | 119 | 47,6 |
| Sadece ilaç alerjisini sorgularım.                                                                                                                                                 | 86  | 34,4 |
| Hayır; hekimin sorguladığını düşünürüm.                                                                                                                                            | 18  | 7,2  |
| Hayır; alerjisi olsaydı hasta zaten söylerdi.                                                                                                                                      | 8   | 3,2  |
| Hayır; bu öykünün bir önemi olduğunu düşünmüyorum.                                                                                                                                 | 19  | 7,6  |
| <b>Serviste yatan hastanın yaşamını yitirmesi, taburcu olması veya tedavi değişikliğine gidilmesi durumunda kullanılamayan ilaçları</b>                                            |     |      |
| Eczaneye teslim ediliyor.                                                                                                                                                          | 109 | 43,6 |
| Diğer hastalara kullanılmak üzere depolanıyor.                                                                                                                                     | 71  | 28,4 |
| İmha edilmek üzere toplanıyor.                                                                                                                                                     | 51  | 20,4 |
| Fikrim yok.                                                                                                                                                                        | 19  | 7,6  |
| <b>Serviste gerektiğinde kullanılmak üzere bulundurulanan ilaçlar saklama koşullarına uygun saklanıyor mu?</b>                                                                     |     |      |
| Evet; saklama koşulları standartlara uygun ve tüm personel bu konuda bilinçli davranır.                                                                                            | 144 | 57,6 |
| Sadece özel saklama koşulu gerektiren ilaçlara dikkat ediliyor.                                                                                                                    | 78  | 31,2 |
| Hayır; uygun ortam bulunmuyor.                                                                                                                                                     | 28  | 11,2 |
| <b>Sağlık mesleği mensubu olarak beşeri tıbbi ürünün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği düşünülen beklenmeyen advers etkilerin bildirimini yapıyor musunuz?</b> |     |      |
| Evet                                                                                                                                                                               | 202 | 80,8 |
| Hayır                                                                                                                                                                              | 48  | 19,2 |
| <b>Şimdiye kadar kaç bildirim yaptınız?</b>                                                                                                                                        |     |      |
| 1-2                                                                                                                                                                                | 44  | 21,8 |
| 3-5                                                                                                                                                                                | 57  | 28,2 |
| 6-10                                                                                                                                                                               | 69  | 34,2 |
| 10'dan fazla                                                                                                                                                                       | 32  | 15,8 |

Tablo 3.2.'de belirtildiği gibi araştırmaya katılan hemşirelerin;

- %66,4'ü (n=166) kadın, %33,6'sı (n=84) erkektir.

- %17,6'sı (n=44) lise, %24,8'i (n=62) ön lisans, %35,6'sı (n=89) lisans ve %22'si (n=55) ise yüksek lisans/doktora düzeyinde eğitime sahiptir.
- %25,2'si (n=63) 18-25 yaş aralığında, %34,8'i (n=87) 26-35 yaş aralığında, %20,8'i (n=52) 36-50 yaş aralığında, %15,6'sı (n=39) 51-64 yaş aralığında ve %3,6'sı (n=9) 65 yaş ve üzerindedir.
- %35,6'sı (n=89) devlet hastanesinde çalışmakta, %30,8'i (n=77) üniversite hastanesinde çalışmakta, %17,2'si (n=43) eğitim araştırma hastanesinde çalışmakta ve %16,4'ü (n=41) özel hastanede çalışmaktadır.
- %25,6'sı (n=64) 1-3 yıllık tecrübeye sahip, %6,4'ü (n=16) 4-10 yıllık tecrübeye sahip, %34,8'i (n=87) 11-15 yıl, %7,6'sı (n=19) 16-19 yıl ve %25,6'sı (n=64) 20 yıl ve daha fazla tecrübeye sahiptir.
- %7,2'si (n=18) başhemşire, %34,8'i (n=87) sorumlu hemşire ve %58'i (n=145) hemşire ünvanına sahiptir.
- %26,8'i (n=67) serviste görev yapmakta, %19,2'si (n=48) poliklinik, %15,6'sı (n=39) acil, %34,8'i (n=87) yoğun bakım ve %3,6'sı (n=9) diğer birimlerde görev yapmaktadır.
- %50,8'i (n=127) meslek içi eğitimlere katılmakta, %16,4'ü (n=41) vakit bulamadığı için katılmamakta, %11,6'sı (n=29) bulunduğu bölgede meslek içi eğitim düzenlenmediği için katılmamakta, %9,6'sı (n=24) eğitime ihtiyacı olduğunu düşünmemekte, %11,6'sı (n=29) yapılan eğitim başlıklarını ilgi çekici bulmamaktadır.
- %13,6'sı (n=34) en sık yapılan ilaç uygulama hataları olarak ilacın, yanlış hastaya uygulanması, %18'i (n=45) yanlış zamanda

uygulanması, %10,8'si (n=27) atlanması, uygulanmaması, %24,4'ü (n=61) yanlış dozda uygulanması, %16'sı (n=40) yanlış uygulama yolundan uygulanması ve %17,2'si (n=43) yanlış ilacın uygulamaları olarak sıralamıştır.

- %15,6'sı (n=39) kendisini mesleki açıdan hiç deneyimli hissetmemekte, %16,4'ü (n=41) biraz deneyimli hissetmekte, %30,8'i (n=77) oldukça deneyimli hissetmekte ve %37,2'si (n=93) tamamen deneyimli hissetmektedir.
- %16,4'ü (n=41) ilaç bilgisine hekim/eczacıdan ulaşmakta, %23,2'si (n=58) hemşire arkadaşından, %20,4'ü (n=51) ilaç kaynak kitaplarından, %18,8'i (n=47) ilaç bilgi yazılım programlarından, %21,2'si (n=53) internetten ulaşmaktadır.
- %47,6'sı (n=119) Uygulama öncesinde hastanın ilaç ve besin alerjisi öyküsü olup olmadığını sorgulama cevabına, Her zaman hayati önemi olan bir durum olduğunu düşünüyorum cevabını vermekte, %34,4'ü (n=86) sadece ilaç alerjisini sorgularım cevabını, %7,2'si (n=18) hayır; hekimin sorguladığını düşünürüm cevabını, %3,2'si (n=8) hayır; alerjisi olsaydı hasta zaten söylerdi cevabını, %7,6'sı (n=19) hayır; bu öykünün bir önemi olduğunu düşünmüyorum cevabını vermiştir.
- %43,6'sı (n=109) serviste yatan hastanın yaşamını yitirmesi, taburcu olması veya tedavi değişikliğine gidilmesi durumunda kullanılamayan ilaçları ne yapıyor sorusuna, eczaneye teslim ediliyor cevabını, %28,4'ü (n=71) diğer hastalara kullanılmak üzere depolanıyor cevabını, %20,4'ü (n=51) imha edilmek üzere toplanıyor cevabını vermekte ve %7,6'sı (n=19) ise fikrim yok cevabını vermiştir.
- %57,6'sı (n=144) Serviste gerektiğinde kullanılmak üzere bulundurulmuş ilaçlar saklama koşullarına uygun saklanıyor mu?

Sorusuna, evet; saklama koşulları standartlara uygun ve tüm personel bu konuda bilinçli davranır cevabını, %31,2'si (n=78) sadece özel saklama koşulu gerektiren ilaçlara dikkat ediliyor cevabını ve %11,2'si (n=28) hayır; uygun ortam bulunmuyor cevabını vermiştir.

- %80,8'i (n=202) Sağlık mesleği mensubu olarak beşeri tıbbi ürünün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği düşünülen beklenmeyen advers etkilerin bildirimini yapıyor musunuz? Sorusuna evet, %19,2'si (n=48) hayır cevabını vermiştir.
- %21,8'i (n=44) Şimdiye kadar kaç bildirim yaptınız? Sorusuna, 1-2 cevabını, %28,2'si (n=57) 3-5, %34,2'si (n=69) 6-10 ve %15,8'i (n=32) ise 10'dan fazla cevabını vermiştir.

**Tablo 3.3.** Hemşirelerin Doğru Cevap Verme Yüzdelerinin Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları

|                             | Ortalama (min-max) (%) | Standart Sapma |
|-----------------------------|------------------------|----------------|
| Doğru Cevap Verme Yüzdeleri | 45,3 (8,0-80,0)        | 13,3           |

Araştırmada en düşük doğru cevap verme yüzdesi 8, en yüksek doğru cevap verme yüzdesi 80 olup, standart sapma değeri 13,3'tür.

**Tablo 3.4.** Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Doğru Cevap Verme Yüzdeleri Arasındaki Korelasyon

| Sosyo-Demografik Özellikler (n)       | r             | p             |
|---------------------------------------|---------------|---------------|
| Yaş (n=250)                           | 0,054         | 0,098         |
| Meslek Yılı (n=250)                   | 0,055         | 0,091         |
| <b>Kurumda Çalışma Süresi (n=250)</b> | <b>-0,064</b> | <b>0,049*</b> |
| Birimde Çalışma Süresi (n=250)        | 0,057         | 0,146         |

\* p< 0,05

Yaş ve doğru cevap verme yüzdeleri arasında ( $r = 0,054$ ,  $p = 0,098$ ), meslek yılı ve doğru cevap verme yüzdeleri ( $r = 0,055$ ,  $p = 0,091$ ), birimde çalışma süresi ve doğru cevap verme yüzdeleri arasında ( $r = 0,057$ ,  $p = 0,146$ ) anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kurumda çalışma süresi ve doğru cevap verme yüzdeleri arasında negatif yönde ( $r = -0,064$ ,  $p = 0,049$ ) çok düşük oranda anlamlı ilişki saptanmıştır. Kurumda çalışma süresi arttıkça doğru cevap verme yüzdeleri azalmaktadır.

**Tablo 3.5.** Hastanelere Göre Doğru Cevap Verme Yüzdelerinin Sıra Ortalamaları

| Hastaneler                 | N  | Sıra Ortalaması | df | $\chi^2$ | p     |
|----------------------------|----|-----------------|----|----------|-------|
| Eğitim Araştırma Hastanesi | 89 | 674,99          | 12 | 138,0    | 0,000 |
| Üniversite Hastanesi       | 77 | 656,74          |    |          |       |
| Devlet Hastanesi           | 43 | 627,87          |    |          |       |
| Özel Hastane               | 41 | 625,61          |    |          |       |

Hemşirelerin doğru cevap verme yüzdeleri, hastanelere göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $p = 0,000$ ). Tablo 5’de hastanelere göre doğru cevap verme yüzdeleri sıra ortalamaları, yüksekten düşüğe doğru sıralanmıştır. Eğitim Araştırma Hastaneleri 674,9 sıra ortalaması ile ilk sırada yer almaktadır. Eğitim Araştırma Hastanesi’nde görev yapan hemşirelerin doğru cevap verme yüzdeleri, diğer hastanelerde görev yapanlardan daha yüksektir.

**Tablo 3.6.** Hemşirelerin Çalıştığı Birime Göre Doğru Cevap Verme Yüzdelerinin İkili Karşılaştırma Sonuçları

| Çalıştığı Birim |            | Ortalama Fark $\pm$ Standart Sapma | P             |
|-----------------|------------|------------------------------------|---------------|
| Servis          | Poliklinik | $1,6 \pm 1,7$                      | 0,880         |
|                 | Acil       | $-0,4 \pm 1,7$                     | 0,999         |
|                 | Diğer      | $1,1 \pm 1,5$                      | 0,952         |
|                 | YBÜ        | <b><math>5,0 \pm 1,6</math></b>    | <b>0,027*</b> |
|                 | Servis     | $-1,6 \pm 1,7$                     | 0,880         |

|                   |               |                   |               |
|-------------------|---------------|-------------------|---------------|
| <b>Poliklinik</b> | Acil          | -2,0 ± 1,4        | 0,569         |
|                   | Diğer         | -0,4 ± 1,2        | 0,995         |
|                   | YBÜ           | 3,3 ± 1,3         | 0,103         |
| <b>Acil</b>       | Servis        | 0,4 ± 1,7         | 0,999         |
|                   | Poliklinik    | 2,0 ± 1,4         | 0,569         |
|                   | Diğer         | 1,6 ± 1,2         | 0,691         |
|                   | <b>YBÜ</b>    | <b>5,4 ± 1,3</b>  | <b>0,001*</b> |
| <b>Diğer</b>      | Servis        | -1,1 ± 1,5        | 0,952         |
|                   | Poliklinik    | 0,4 ± 1,2         | 0,995         |
|                   | Acil          | -1,6 ± 1,2        | 0,691         |
|                   | <b>YBÜ</b>    | <b>3,8 ± 1,2</b>  | <b>0,013*</b> |
| <b>YBÜ</b>        | <b>Servis</b> | <b>-5,0 ± 1,6</b> | <b>0,027*</b> |
|                   | Poliklinik    | -3,3 ± 1,3        | 0,103         |
|                   | <b>Acil</b>   | <b>-5,4 ± 1,3</b> | <b>0,001*</b> |
|                   | <b>Diğer</b>  | <b>-3,8 ± 1,2</b> | <b>0,013*</b> |

\*p < 0,05

Hemşirelerin çalıştıkları birimler ve doğru cevap verme yüzdeleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. (p<0,001). Farkın hangi kliniklerden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; Servis ile YBÜ arasında, Acil ile YBÜ arasında, Diğer Birimler ile YBÜ arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Servis (p=0,027), Acil (p=0,001) ve diğer birimlerde (p=0,013) çalışan hemşirelerin doğru cevap verme yüzdelerinin, YBÜ’nde çalışan hemşirelerin doğru cevap verme yüzdelerinden anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 3.7.** Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Doğru Cevap Verme Yüzdelerinin İkili Karşılaştırma Sonuçları

| <b>Eğitim Durumu</b> |               | <b>Ortalama Fark ± Standart Sapma</b> | <b>p</b> |
|----------------------|---------------|---------------------------------------|----------|
| <b>Lisans</b>        | Lise          | -1,8 ± 1,4                            | 0,576    |
|                      | Önlisans      | -2,1 ± 0,9                            | 0,119    |
|                      | Yüksek lisans | -4,2 ± 1,7                            | 0,079    |
| <b>Lise</b>          | Lisans        | 1,8 ± 1,4                             | 0,576    |
|                      | Önlisans      | -0,2 ± 1,4                            | 0,997    |

|                      |               |            |       |
|----------------------|---------------|------------|-------|
|                      | Yüksek lisans | -2,4 ± 2,1 | 0,664 |
| <b>Önlisans</b>      | Lisans        | 2,1 ± 0,9  | 0,119 |
|                      | Lise          | 0,2 ± 1,4  | 0,997 |
|                      | Yüksek lisans | -2,1 ± 1,8 | 0,652 |
| <b>Yüksek lisans</b> | Lisans        | 4,2 ± 1,7  | 0,079 |
|                      | Lise          | 2,4 ± 2,1  | 0,664 |
|                      | Önlisans      | 2,1 ± 1,8  | 0,652 |

\* p<0,05

Hemşirelerin eğitim durumları ve doğru cevap verme yüzdeleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,030). Farkın hangi eğitim düzeyinden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analiz sonucunda, ikili gruplarda doğru cevap verme yüzdeleri arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (p<0,10).

### 3.2.2. İlaç Hatalarına Yönelik Hemşirelerin Bilgi ve Tutumları ile İlgili Bulgular

**Tablo 3.8.** İlaç Hatalarına Yönelik Hemşire Bilgi ve Tutum Ölçeği Sonuçları

| İLAÇ HATALARINA YÖNELİK<br>HEMŞİRE BİLGİ VE TUTUM<br>ÖLÇEĞİ                                                                                                                 | Araştırma Sonuçlarına<br>Göre |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------|
|                                                                                                                                                                             | Yanıtlar                      | Yüzde<br>(%) |
| İlaç hatalarının raporlanması, hemşirelerin ilaç kullanımına yönelik yeterliliğinin ölçümü için etkin bir yoldur.                                                           | Evet                          | 79,7         |
|                                                                                                                                                                             | Hayır                         | 14,0         |
|                                                                                                                                                                             | Bilmiyorum                    | 6,3          |
| İlaç hatalarının büyük çoğunluğu, hemşirenin ilaç uygulamalarındaki "beş doğru" yu (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman) ihmal etmesi sonucu oluşur. | Evet                          | 69,2         |
|                                                                                                                                                                             | Hayır                         | 28,4         |
|                                                                                                                                                                             | Bilmiyorum                    | 2,4          |
| Hemşirelik kariyerim boyunca bir ya da daha fazla ilaç hatasını bildirmedim. Çünkü; bu hatanın kişisel olarak algılanacağını ve iş hayatıma zarar vereceğini düşündüm.      | Evet                          | 21,1         |
|                                                                                                                                                                             | Hayır                         | 71,4         |
|                                                                                                                                                                             | Bilmiyorum                    | 7,5          |
| Yaptığım ilaç hatalarının raporları personel dosyamda tutuluyor.                                                                                                            | Evet                          | 8,6          |
|                                                                                                                                                                             | Hayır                         | 53,9         |
|                                                                                                                                                                             | Bilmiyorum                    | 37,6         |
| Olay raporlarının ayrıntılı şekilde analiz edilmesi, ilaç hatalarının nedenlerini anlamının iyi bir yoludur.                                                                | Evet                          | 85,0         |
|                                                                                                                                                                             | Hayır                         | 5,6          |
|                                                                                                                                                                             | Bilmiyorum                    | 9,4          |
| İlaç uygulamalarına getirilecek elektronik sistemler (örneğin; Bilgisayarlı Hekim Order                                                                                     | Evet                          | 24,9         |
|                                                                                                                                                                             | Hayır                         | 63,5         |

|                                                                                                                                                                            |              |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|
| Sistemi, barkod, akıllı IV pompalar) ilaç uygulamaları için gereksinim duyulan hemşire sayısını azaltacaktır.                                                              | Bilmiyorum   | 11,6 |
| İlaç-uygulama teknolojileri ile çalışırken, ben yerleşik güvenlik özellikleri çerçevesinde çalışırım.                                                                      | Hiçbir zaman | 10,5 |
|                                                                                                                                                                            | Bazen        | 45,5 |
|                                                                                                                                                                            | Her zaman    | 43,9 |
| Klinikte başka bir çalışanın (hemşire, eczacı, doktor) hatalı uygulamasına tanık olduğum zaman bu durumu raporlarım.                                                       |              |      |
| a) Hemşirenin hatasına tanık olduğumda                                                                                                                                     | Hiçbir zaman | 21,2 |
|                                                                                                                                                                            | Bazen        | 38,4 |
|                                                                                                                                                                            | Her zaman    | 40,3 |
| b) Eczacının hatasına tanık olduğumda                                                                                                                                      | Hiçbir zaman | 19,3 |
|                                                                                                                                                                            | Bazen        | 33,5 |
|                                                                                                                                                                            | Her zaman    | 47,2 |
| c) Doktorun hatasına tanık olduğumda                                                                                                                                       | Hiçbir zaman | 19,5 |
|                                                                                                                                                                            | Bazen        | 36,0 |
|                                                                                                                                                                            | Her zaman    | 44,5 |
| Çalıştığım kurumun, yapılan hataların hasta ve ailesiyle paylaşılmasına yönelik politikası vardır.                                                                         | Evet         | 19,3 |
|                                                                                                                                                                            | Hayır        | 20,6 |
|                                                                                                                                                                            | Bilmiyorum   | 60,1 |
| Ben bir hata yaptığım zaman, hasta ve ailesiyle açıklıkla paylaşırım.                                                                                                      | Evet         | 23,7 |
|                                                                                                                                                                            | Hayır        | 46,6 |
|                                                                                                                                                                            | Bilmiyorum   | 29,7 |
| Ben sözlü veya telefonla order aldığımda, hastanın tıbbi kayıtlarına doğrudan yazdıktan sonra reçeteyi yazan hekime ilacın adını, dozunu ve uygulama yolunu geri okurum.   | Hiçbir zaman | 3,1  |
|                                                                                                                                                                            | Bazen        | 13,8 |
|                                                                                                                                                                            | Her zaman    | 83,1 |
| Bazı ilaçların dozunu belirten "Ünite" kelimesi yerine "Ü" kısaltmasını kullanırım.                                                                                        | Hiçbir zaman | 54,2 |
|                                                                                                                                                                            | Bazen        | 32,0 |
|                                                                                                                                                                            | Her zaman    | 13,7 |
| "Yüksek riskli ilaçları" uygularken (örneğin; konsantre elektrolitler, antikoagülanlar, heparin, insülin, opioidler vb.) ikinci bir çalışanla çift kontrol yaparım.        | Hiçbir zaman | 7,4  |
|                                                                                                                                                                            | Bazen        | 33,9 |
|                                                                                                                                                                            | Her zaman    | 58,7 |
| Oral yoldan kullanılan sıvı ilaçları hastaya, gavaj enjektörü ile (50 cc'lik iğnesiz besleme enjektörü) veririm.                                                           | Hiçbir zaman | 24,6 |
|                                                                                                                                                                            | Bazen        | 48,6 |
|                                                                                                                                                                            | Her zaman    | 26,9 |
| Hastanın ilaç zamanı geldiğinde ve ilaç dolabında bu doz için ihtiyaç olan ilaç olmadığında, bu ilacı eğer varsa başka bir hastanın ilaç dolabından ya da başka bir yerden | Hiçbir zaman | 24,6 |
|                                                                                                                                                                            | Bazen        | 58,2 |
|                                                                                                                                                                            | Her zaman    | 17,8 |

|                                                                                                                                                       |              |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|
| ödünç alırım.                                                                                                                                         |              |      |
| Hastaya yeni başlanan bir ilacı uygulamadan önce, hastaya sorarak ve hasta dosyasına ve alerji bilekliğine bakarak alerji bilgilerini kontrol ederim. | Hiçbir zaman | 1,1  |
|                                                                                                                                                       | Bazen        | 7,7  |
|                                                                                                                                                       | Her zaman    | 93,1 |
| Herhangi bir ilacı uygulamadan önce, hastanın kimlik bilgilerini, kimlik bilekliğine bakarak kontrol ederim.                                          | Hiçbir zaman | 0,5  |
|                                                                                                                                                       | Bazen        | 6,03 |
|                                                                                                                                                       | Her zaman    | 93,1 |
| İlaç uygularken hasta dosyasını ya da "ilaç uygulama formunu" da (ilaç tabelası) hasta odasına götürürüm.                                             | Hiçbir zaman | 9,5  |
|                                                                                                                                                       | Bazen        | 25,9 |
|                                                                                                                                                       | Her zaman    | 64,6 |
| İlaçları birim doz formundaki paketinden, hasta odasına girmeden önce çıkarırım.                                                                      | Hiçbir zaman | 27,5 |
|                                                                                                                                                       | Bazen        | 31,9 |
|                                                                                                                                                       | Her zaman    | 40,6 |
| Yaptığım ilaç uygulamalarımı hasta dosyasına kaydederim.                                                                                              |              |      |
| a)Uygulamadan önce                                                                                                                                    | Hiçbir zaman | 34,3 |
|                                                                                                                                                       | Bazen        | 17,2 |
|                                                                                                                                                       | Her zaman    | 48,5 |
| b)Uygulama sırasında                                                                                                                                  | Hiçbir zaman | 22,2 |
|                                                                                                                                                       | Bazen        | 19,3 |
|                                                                                                                                                       | Her zaman    | 41,7 |
| c)Uygulama sonrasında                                                                                                                                 | Hiçbir zaman | 2,8  |
|                                                                                                                                                       | Bazen        | 10,5 |
|                                                                                                                                                       | Her zaman    | 86,7 |
| Konsantre elektrolit solüsyonları (örneğin; potasyum, magnezyum, sodyum klorid > %0,9 vb.) hemşire ünitesinde saklanır.                               | Evet         | 72,5 |
|                                                                                                                                                       | Hayır        | 18,1 |
|                                                                                                                                                       | Bilmiyorum   | 9,4  |

Tablo 3.8.'de belirtildiği gibi araştırmaya katılan hemşirelerin;

- Hemşirelerin %79,7'si ilaç hatalarının raporlanmasının hemşirelerin ilaç kullanımına yönelik başarısının ölçümü için etkin bir yol olduğunu, %6,3'ü ise bunu bilmediğini belirtmiştir. %14'ü bu görüşte olmadığını "hayır" seçeneğini işaretleyerek ifade etmiştir.

- İlaç hatalarının büyük çoğunluğu, hemşirenin ilaç uygulamalarındaki "beş doğru"yu (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman) ihmal etmesi sonucu oluştuğu görüşüne %69,2'si katıldığını, %28,4'ü bu görüşe katılmadığını ve %2,4'ü ise bunu bilmediğini belirtmiştir.
- Hemşirelerin %21,1'i hemşirelik kariyerleri boyunca bazı ilaç hatalarını raporlamadıklarını, çünkü bu hataların kişisel olarak algılanacağını ve iş hayatlarına zarar vereceği düşüncesinde olduklarını, %71,4'ü ise bu düşüncede olmadıklarını ve %7,5'i bu konuda bilgisi olmadığını belirtmiştir.
- “Yaptığım ilaç hatalarının raporları personel dosyamda tutuluyor.” sorusuna %53,9'u hayır, %8,6'sı evet yanıtını vermiştir. %37,6'sı da bu konuyu bilmediğini belirtmiştir.
- Hemşirelerin %85'i olay raporlarının ayrıntılı şekilde analiz edilmesinin, hataların nedenlerinin belirlenmesi için etkin bir yol olduğunu, %5,6'sı ise bu görüşte olmadığını ve % 9,4'ü bu konuda bilgisi olmadığını belirtmiştir.
- “İlaç uygulamalarına getirilecek elektronik sistemler (örneğin; Bilgisayarlı Hekim Order Sistemi, barkod, akıllı IV pompalar) ilaç uygulamaları için gereksinim duyulan hemşire sayısını azaltacaktır.” sorusuna %24,9'u evet, %63,5'i hayır yanıtını vermiştir. %11,6'ı bunu bilmediğini belirtmiştir.
- İlaç uygulama teknolojileri ile çalışırken, %43,9'u her zaman, %45,5'i bazen yerleşik güvenlik özellikleri çerçevesinde çalıştığını ve %10,5'i hiçbir zaman çalışmadığını belirtmiştir.
- Klinikte başka bir hemşirenin hatalı uygulamasına tanık olduğu zaman bu

durumu %40,3'ü her zaman, %38,4'ü bazen raporladığını ve %21,2'si ise hiçbir zaman raporlamadığını belirtmiştir.

- Klinikte eczacının hatalı uygulamasına tanık olduğu zaman bu durumu %47,2'si her zaman, %33,5'i bazen raporladığını ve %19,3'ü ise hiçbir zaman raporlamadığını belirtmiştir.
- Klinikte doktorun hatalı uygulamasına tanık olduğu zaman bu durumu %44,5'i her zaman, %36'sı bazen raporladığını ve %19,5'i ise hiçbir zaman raporlamadığını belirtmiştir.
- Hemşirelerin %19,3'ü çalıştığı kurumun yapılan hataların hasta ve ailesiyle paylaşılmasına yönelik politikasının olduğunu, %20,6'sı bir politikası olmadığını ve %60,1'i böyle bir politikanın var olup olmadığını bilmediğini belirtmiştir.
- Hemşirelerin %23,7'si bir hata yaptığı zaman hasta veya ailesiyle tüm açıklığıyla paylaşacağını, %46,6'sı paylaşmayacağını ve %29,7'si paylaşıp paylaşmayacağını bilmediğini belirtmiştir.
- Telefon direktifi ya da sözel direktif aldığı anda, direktif edilen ilacın adını, dozunu ve yolunu doktora tekrar geri okuyarak %83,1'i her zaman, %13,8'i bazen kontrol ettiğini ve %3,1'i ise hiçbir zaman kontrol etmediğini belirtmiştir.
- “Bazı ilaçların dozunu belirtilmesinde "Ünite" kelimesi yerine "Ü" kısaltmasını kullanırım” sorusuna; %32'si bazen, %13,7'si her zaman kullandığını ve %54,2'si hiçbir zaman kullanmadığını belirterek yanıt vermişlerdir.
- Yüksek riskli ilaçları uygularken (örneğin; konsantre elektrolitler, antikoagülanlar, heparin, insülin, opiatlar vb.) ikinci bir çalışanla çift

kontrolü %58,7'si her zaman, %33,9'u bazen yaptığını ve %7,4'ü hiçbir zaman yapmadığını ifade etmiştir.

- “Oral yolla kullanılan sıvı ilaçları hastaya, gavaj enjektörü ile (50 cc'lik iğnesiz besleme enjektörü) ile veririm” sorusunu; %24,6'sı hiçbir zaman, %48,6'sı bazen, %26,9'u ise her zaman olarak yanıtlamıştır.
- “Hastanın ilaç zamanı geldiğinde ve ilaç dolabında bu doz için ihtiyaç olan ilaç olmadığında, bu ilacı eğer varsa başka bir hastanın ilaç dolabından ya da başka bir bölümden ödünç alırım.” sorusuna; %24'ü hiçbir zaman, %58,2'si bazen, %17,8'i her zaman yanıtını vermiştir.
- Hastaya yeni başlanan bir ilacı uygulamadan önce, hastaya sorarak ve hasta dosyasına ve alerji bileziğine bakarak alerji bilgilerini %91,3'ü her zaman, %7,7'si bazen kontrol ettiğini ve %1,1'i ise hiçbir zaman kontrol etmediğini belirtmiştir.
- Bir ilacı uygulamadan önce, hastanın kimlik bilgilerini, kimlik bileziğine bakarak %93,1'i her zaman, %6,3'ü bazen kontrol ettiğini ve %0,5'i ise hiçbir zaman kontrol etmediğini bildirmiştir.
- İlaç uygularken hasta dosyasını, ilaç uygulama formu gibi ilaç uygulama kayıtlarını da uygulanacak ilaç ile beraber %64,6'sı her zaman, %25,9'u ise bazen götürdüğünü ve %9,5'i ise hiçbir zaman götürmediğini belirtmiştir.
- “İlaçları birim doz formundaki paketinden, hasta odasına girmeden önce çıkarırım.” sorusuna %40,6'sı her zaman, %31,9'u bazen, %27,5'u hiçbir zaman yanıtını vermiştir.
- İlaç uygulamalarını, %34,3'ü hiçbir zaman hasta dosyasına uygulamadan önce kaydetmediğini ve %17,2'si bazen, %48,5'i ise her zaman

uygulamadan önce kaydettiğini ifade etmiştir.

- İlaç uygulamalarını, uygulama sırasında %22,2'si hiçbir zaman hasta dosyasına kaydetmediğini, %19,3'ü bazen ve %41,7'si her zaman uygulama sırasında dosyaya kaydettiğini ifade etmiştir.
- İlaç uygulamalarını, hasta dosyasına uygulama sonrasında %2,8'i hiçbir zaman kaydetmediğini ve %10,5'i bazen, %86,7'si ise her zaman uygulama sonrasında dosyaya kaydettiğini belirtmiştir.
- Hemşirelerin %72,5'i yüksek riskli ilaçlar kapsamında olan konsantrasyon elektrolit solüsyonlarının (örneğin; potasyum, magnezyum, sodyum klorid>%0,9 vb.) hemşire ünitesinde bulundurulduğunu, %18,1'i bu ilaçların hemşire ünitesinde bulundurulmadığını ve %9,4'ü ise bunu bilmediğini belirtmiştir.
- Çalışmamızda hemşirelerin %42,7'si (n=409) ilaç uygulama kayıtlarına yönelik olan soruya uygulama öncesinde, sırasında ve sonrasında seçeneklerinden birden fazlasında her zaman yanıtını vermişlerdir. Bu durumun doğru cevap verme durumlarını olumlu ya da olumsuz etkilemiş olabileceği düşünülerek, ikili karşılaştırma yapılmış ve birden fazla seçenekte her zaman yanıtını işaretleyenlerin doğru cevap yüzdelerinin diğer gruba göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Tablo 3.9.** İlaç Hatalarına Yönelik Hemşirelerin Pozitif ve Negatif Bilgi ve Tutumları

\*Aşağıdaki tabloda yer alan gruplandırma; çalışmamızın bir çıktısı olmayıp, anlama kolaylığının sağlanması için hazırlanmıştır.

| İlaç Hatalarının Raporlanmasına Yönelik Bilgi ve Tutumları                             |                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pozitif Bilgi ve Tutumları                                                             | Negatif Bilgi ve Tutumları                                                               |
| • %85'i hata nedeninin belirlenmesinde hata raporlarının analizini önemli bulmaktadır. | • %79,7'si hata raporlarını ilaç uygulamalarında hemşirelerin başarı ölçütü bulmaktadır. |

|                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• %21,1'i yaptığı bazı ilaç hatalarını raporlamamıştır.</li> </ul>                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• %21,2'si diğer bir hemşire, %19,5'i hekim ve %19,3'ü eczacının hatasını raporlamamaktadır.</li> </ul>                                  |
|                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• %46,6'sı hatayı hasta ve ailesi ile paylaşmayacaktır.</li> </ul>                                                                       |
|                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• %20,6'sının çalıştığı kurumda hataların paylaşılmasına yönelik politikası bulunmamakta ve %60,1'i politikayı bilmemektedir.</li> </ul> |
|                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• %8,6'sı hata raporları personel dosyasında tutulmaktadır ve %37,6'sı tutulduğunu bilmemektedir.</li> </ul>                             |
| İlaç Uygulama Sürecine Yönelik Bilgi ve Tutumları                                                                                  |                                                                                                                                                                                 |
| Pozitif Bilgi ve Tutumları                                                                                                         | Negatif Bilgi ve Tutumları                                                                                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• %83,1'i sözel order prosedürüne uygun davranmaktadır.</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• %40,6'sı ilaçları paketinden her zaman ve %31,9'u bazen hasta odasına girmeden önce çıkarmaktadır.</li> </ul>                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• %91,3'ü yeni bir ilacı uygulamadan önce alerji bilgilerini kontrol etmektedir.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• %48,5'i her zaman ilacı uygulamadan önce kaydetmektedir.</li> </ul>                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• %93,1' i ilacı uygulamadan önce kimlik bilgilerini kontrol etmektedir.</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• %86,7'si ilacı uygulama sonrasında kaydetmektedir.</li> </ul>                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• %64,6'sı ilaç uygularken ilaç tabelasını hasta odasına götürmektedir.</li> </ul>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• %24,6'sı hiçbir zaman ve %48,6'sı bazen oral uygulanan sıvı ilaçları gavaj enjektörüyle vermemektedir.</li> </ul>                      |

|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• %63,5'i ilaç uygulamalarında elektronik sistemlerin hemşire ihtiyacını azaltmayacağına inanmaktadır.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• %58,2'si bazen ve %17,8'i her zaman ilaç olmadığına ilacı ödünç almaktadır.</li> </ul>                                                            |
|                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• %72,5'i konsantre elektrolit solüsyonları hemşire ünitesinde bulunmaktadır.</li> </ul>                                                            |
|                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• %69,2'si hataların 5 doğrunun ihmalinden kaynaklandığını düşünmektedir.</li> </ul>                                                                |
|                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• %45,5'i bazen ve % 10,5'i hiçbir zaman ilaç uygulama teknolojileri ile çalışırken yerleşik güvenlik özelliklerine dikkat etmemektedir.</li> </ul> |
|                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• %32'si bazen ve %13,7'si her zaman "Ünite" yerine "U" kısaltmasını kullanmaktadır.</li> </ul>                                                     |
|                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• %33,9'u bazen ve %7,4'ü hiçbir zaman yüksek riskli ilaçları uygularken çift kontrol yapmamaktadır.</li> </ul>                                     |

## SONUÇ

Hemşireler Resmi Gazete’de 08.03.2010 tarih 27515 sayı numarası ile yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği’nin 6. maddesinin (22); c bendi gereği: Tıbbî tanı ve tedavi planının uygulanmasında; hekim tarafından, acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygular, hastada beklenmeyen veya ani gelişen durumlar ile acil uygulanması gereken tanı ve tedavi planlarında müdavi hekimin şifahi tıbbi istemini kabul eder.

Tıbbi hatalar arasında en yaygın görülen ilaç hataları, morbidite ve en sarsıcı sonucu mortalite nedeniyle hasta güvenliğini tehdit etmektedir. İlaç hatalarının, ciddi sonuçlara yol açmasının yanı sıra önlenebilir olduğu da bir gerçektir. En sık rastlanan hatalardan biri olmasına rağmen, ilaç hatalarının kapsamını belirlemek ölçmek oldukça zordur. Çoğunlukla gönüllü bildirim sistemlerine dayalı olarak yapılan çalışmalar, ilaç hatalarının sadece %5’inin bildirildiğini ve bunların da hastada hasar yaratan hatalar olduğunu göstermiştir.

Bu konuda sağlık profesyonellerinin farkındalığının giderek artmasına rağmen, ilaç hataları halen önemli seviyede oluşmaya devam etmektedir. İlaç hatalarının analiz edilmesine, hataların neden ve nasıl meydana geldiği konusunda sağlık profesyonellerine bilgi sağlayarak, ilaç hatalarının azaltılması ve önlenmesi için iyileştirmeler yapılmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

Hemşirelerin mesleki olarak karşılaştıkları hatalar arasında ilaç hataları, %47 oranıyla birinci sırada yer almaktadır. Hemşireler, ilaç isteminin alınmasından itibaren; ilaçların temin edilmesi, hazırlanması, hastaya uygulanması ve kaydedilmesi, uygulama sonrası ilacın hastadaki etkilerinin izlenmesi ve ilaçları hakkında hastanın eğitilmesinden sorumludurlar. Her vardiyada hemşireler, çalışma sürelerinin %40’ını ilaç uygulamalarına harcamaktadırlar.

İlaç hataları; ilaç uygulama sürecinin herhangi bir aşamasında meydana gelebilir. Hemşirelerin; ilaç uygulama sürecinin birçok aşamasında rol almaları, sağlık ekibi içinde en fazla sayıda bulunmaları, ilaçların büyük çoğunluğunu

uygulamaları ve hatanın hastaya ulaştığı en kritik noktada yer almaları nedeniyle ilaç hatalarının azaltılmasında ve önlenmesinde hemşireler, anahtar kişi olarak önemli role sahiptirler. İlaç uygulama güvenliğinin geliştirilmesinde, sahada çalışan hemşirelerin katılımının sağlanması büyük önem taşımaktadır.

Bu doğrultuda; hemşirelerin görüşlerinin ilaç hatalarının azaltılmasına ve önlenmesine ışık tutacağı düşünülerek, bu çalışmada da birçok çalışmada olduğu gibi hemşirelerin görüşlerine başvurulmuştur. Sağlık bakım kurumları da bireylerin zarar görmesini engellemeyi birinci sorumluluk olarak amaçlamalıdır. Bu kurumlarda öncelik bireyin güvenliğini sağlamaktır. Bu nedenle ilaç uygulama hataları, ilgili tüm sağlık disiplinlerinin ele alması gereken bir sorundur.

Ülkemizde ilaç uygulama hataları, ilaç uygulama hatalarının sıklığı ve nedenlerine yönelik sınırlı sayıdaki çalışmalardan biri (1986) ilaçların verilme yoluyla ilgili hataları içermektedir. Bu çalışmada hemşirelerin ilaç uygulama hata oranı % 46.24 olarak belirlenmiştir.<sup>43</sup> “Cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaç uygulama hataları” başlıklı 2004 yılında yapılan çalışmada toplam 109 hastada 444 parenteral ilaç uygulaması gözlenmiştir. Gözlenen ilaç uygulamalarında tespit edilen hatalar arasında ilaç uygulaması öncesinde ve sonrasında el yıkanmaması, sözel istemin yazılı hale getirilmemesi, enjeksiyon bölgesinin antiseptik solüsyonla silinmemesi, doğru yazılı istem alınmaması ilk sıralarda yer almaktadır.

İlaç uygulamaları multisistem ve multidisipliner bir süreçtir. İlaç tedavisi bir hastaya ilacı vermeden önce 4 aşamanın -istem etme, istemin alınması, ilacın hazırlanması ve uygulanması- doğru bir şekilde gerçekleştirilmesini gerektirir.<sup>30</sup> Hatalar, ilaçların istem edilmesinden uygulanmasına kadar olan tüm süreçte meydana gelebilir. Reçete etme ya da istem etme sırasında oluşan hatalardan doktorlar sorumludur, hazırlama aşamasındaki hataların sorumluluğu ayaktan tedavi gören hastalarda eczacıların, yatan hastalarda hemşirelerin sorumluluğundadır. İlaç uygulamaları sırasında hemşireler sorumluluk taşımaktadırlar. İlaçların uygulanması çok kritik bir aşamadır. Çünkü bu

aşamada hataları düzeltme olasılığı sınırlıdır ve hatalar, doğrudan hastaya zarar vermektedir.

İlaç uygulama sürecinin etkin ve güvenli bir şekilde işlemesi ancak süreç içinde ilgili disiplinlerin rol ve sorumluluklarının açık ve tam belirlenmesi ile mümkündür. Hemşireler, ilaç uygulama sürecinde anahtar rol oynamaktadır ve bu nedenle ilaç uygulama hatalarının önlenmesinde aktif rol almalıdırlar. Hemşireden hatalı istemi anlaması ve yorumlaması için yeterli ilaç bilgisine sahip olması beklenir.

Hemşirenin verilen ilacın terapötik etkiye sahip olup olmadığını, güvenilir olup olmadığını, ilaçları hazırlarken, uygularken kullanabileceği güvenlik önlemlerini, ilaç uygulamalarında dikkat etmesi ya da uyması gereken yasal unsurları bilmesi, hastanede, evde ve toplumda hasta birey ve ailesine karşı ilaçlarla ilgili eğitim vermesi gerekmektedir. Ayrıca ilaç uygulamasına ilişkin bilgileri doğru bir şekilde kaydetmek de hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Hemşire bu sorumluluklarını yerine getirerek ilacın bireye en üst düzeyde yararlı olmasını ve ilaç yan etkilerinin azalmasını sağlayacaktır. Sağlık bakım kurumları da bireylerin zarar görmesini engellemeyi birinci sorumluluk olarak amaçlamalıdır. Bu kurumlarda öncelik bireyin güvenliğini sağlamaktır. Bu nedenle ilaç uygulama hataları, ilgili tüm sağlık disiplinlerinin ele alması gereken bir sorundur.

- Hemşirelerin ilaç hataları ile ilgili sorulara doğru cevap verme yüzdesinin geniş bir aralıkta olduğu ve ilaç güvenliğine ilişkin soruların yaklaşık yarısının doğru cevaplandığı belirlenmiştir. Bu konuda hizmet içi eğitimler düzenlenmeli ve belirli periyodlarla başarı skorları ölçülmelidir.
- Kurumda çalışma süresi ve doğru cevap verme arasında negatif anlamlı ilişki saptanmış olması ilginç ve önemli bir sonuçtur. Kurumların izlediği politikalar, ilaç hataları ve bunlara etkili olabilecek faktörler (kurum kültürü, personel sayısı vb.) çerçevesinde yenilenmelidir.
- Hemşirelerin büyük çoğunluğunun ilaç hatalarının raporlanmasını önemli bulduklarını belirtmelerine rağmen, kendilerinin ya da diğer

sağlık personelinin yaptıkları ilaç hatalarını yeterince bildirmediğlerinin tespit edilmesi çok önemli bir noktadır. Mahremiyete dayalı ilaç hata raporlama sistemi kurulması, suçlayıcı olmayan kurum kültürünün benimsenmesi, bildirim yapanların ödüllendirilmesi ve raporlamaların olumlu sonuçları hakkında geribildirimlerin yapılması çalışanları raporlamaya teşvik edebilir.

- Hemşirelerin, yaptıkları hatanın hem hasta ve ailesi ile paylaşılması hem de nasıl paylaşması gerektiği konusunda bilgi ve tutum eksikliklerinin olduğu görülmüştür. Kurumların yapılan hataların paylaşılmasına yönelik uygun politikası olmalı ve çalışanların bu politikalardan haberdar olması sağlanmalıdır.
- Hemşirelerin, sözel order uygulama, hastanın alerji bilgilerini kontrol etme ve ilaç uygularken ilaç tabelasını hasta odasına götürme gibi konularda önemli bilgi ve tutum eksikliklerinin olmadığı göze çarpmıştır. Bu konu ile ilgili standartlar korunmalı ve mümkünse yükseltilmelidir.
- İlaç hatalarının düzeltilmesi konusunda kurulacak olan yeni teknolojilerin hemşire izleminin asla alternatifi olamayacağı eğitimlerde vurgulanarak bu konuda çalışmamızda tespit edilen yanlış bilgi ve inançlar giderilmelidir.

## KAYNAKÇA

- Alpar Ecevit Ş (2003). Ülkemizde ve Dünyada Hasta Hakları, 1. Uludağ İç Hastalıkları Hemşireliği Sempozyumu (Özet Kitabı). Bursa 9 Nisan -11 Nisan.129-134.
- Alparslan Ö, Erdemir F. Pediatri servislerinde kullanılan antibiyotiklerin sulandırılması, saklanması ve hastaya verilmesi konusunda hemşirelerin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi 1997;1(1):41-52
- ASHP Report. ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals. Am. J. Hosp. Pharm. 1993;50:305-314
- Aştı T, Acaroğlu R (2000). Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4 (2): 22-27.
- Atasoy, Veysel, Meslek Yüksekokulları İçin Temel Hukuk, 2008 Trabzon s:24
- Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, et al. Wiews of practicing physicians and the public on medical errors. N. Engl. J. Med. 2002;347:1933-1940
- Büken ÖN, Büken E (2003). Tıbbi Malpraktis Konusunda Tartışmalar. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Hukuku-Tarihi, 1:2:140-147.
- Çırpı F, Merih YD, Kocabey MY. Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi 19-21 Mart 2009. Sözel bildiri. Antalya.29-34
- Değirmenci S. (2006): Yeni Türk Ceza Kanunu ve Hemşirenin Sorumlulukları. Erişim Tarihi: 20.03.2008 [www.anh.gov.tr](http://www.anh.gov.tr)

Fadıloğlu Ç. Kuzeyli Yıldırım Y, Sevim B (2004). Diyaliz Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Motivasyon Düzeylerinin İncelenmesi. Hemşirelik Forumu, 7:3: 32-36.

Frank-Stromborg M, Christensen A, Do DE. (2001). Nurse documentation: not done or worse, done the wrong way--Part II, Oncol Nurs Forum, Jun;28(5):841-6.

Gündoğmuş ÜN, Özkara E, Mete S (2004). Nursing and Midwifery Malpractice in Turkey Identified in The Higher Health Council Records. Nursing Ethics, 11 (5): 489-499.

Hakeri, H. (2007). Tıp Hukuku. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 128-129, 281.

Hakeri, H. (2007). Hemşirelerin Yasal Sorumlulukları-II. <http://www.medimagazin.com.tr/authors/hakan-hakeri/tr-hemsirelerin-yasal-sorumluluklari-II-72-64-1271.html>

Hakeri, H. (2007) Sağlık Personelinin Tazminat Sorumluluğu <http://www.medimagazin.com.tr/authors/hakan-hakeri/tr-saglik-personelinin-tazminat-sorumlulugu-72-64-1170.html>.

Hanal S. (2004). Çocuk Hemşireliğinde Malpraktis, 48. Milli Pediatri Kongresi, 4. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi, 3, Pediatri Asistanları Kongresi (Özet Kitabı). Samsun 21 Eylül–24 Eylül. 446– 443.

Hicks RW, Becker SC, Krenzischek D, Beyea SC, et al. Medication errors in the PACU: a secondary analysis of medmarx findings. J. of Peri. Anesthesia Nursing February 2004;19(1): 18-28.

Karadağ G, Sertbaş G, Güner IC (2002). Hemşirelerin iş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Bazı Değişkenlerin İncelenmesi. Hemşirelik Forumu, 5:6: 8-15.

Karadağ S, Taşçı S (2005). Kayseri Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı ve Bakımı Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 14 (Ek Sayı:Hemşirelik Özel Sayısı): 13-21.

Karlıkaya C, Karlıkaya E, Kılıçlı Ş ve Hatipolu ON (2000). Akciğer Tüberkülozunda Yanlış Tanı ve Tedavi tıbbi. Etik ve Deontolojik Boyutları. Solunum Dergisi, 2:61-60.

Katoğlu, T. (2002). Tıbbi Hizmetlerin Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanun tasarısı'nın Düşündürdükleri. Toplum ve Hekim, 17:5:385-390.

Kayahan M, Ovayolu N (2004). Hasta Hakları ve Hemşirenin Rolü. Hemşirelik Forumu. 2 7:4:36-40.

Kuğuoğlu Yazıcı S (2004). Acil Bakım, Ed: Şelimen D, Acil Bakım, 3. Baskı, İstanbul: Yüce Yayım,11-16.

Leape L, Epstein A, Hemel M. A series an patient safety. New Eng. J. Med. 2002;347:1272-1274.

Maguire D, Miller CB (1997). Legal Issues in Pediatric Critical Care Review of Pediatric Critical Care. Eds. Moloney-Harmon P, Czerwinski SJ. W.B. Saunders Company, Philadelphia, pp. 22-26.

Mayo AM, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors:what we need to know for patient safety. J. of Nursing Care Quality 2004;19:209217.

Oğuz, Özlem, İlaç Hataları Ve Hataların Raporlanmasına Yönelik Hemşirelerin Alışkanlık Ve Deneyimlerinin Belirlenmesi Ve İlaç Hatalarının Önlenmesine İlişkin Stratejilerin Geliştirilmesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul 2007

Öktem, Şeyda – Abbasoğlu, Aysel – Doğan, Nevin, Ankara Üniversitesi  
Dikimevi Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu Yıllığı Cilt1S1 2000 S:5-11

Özçelik, Ünalın, Elif, Sağlık Ekibinin Hemşirenin Eğitimci Rolüne  
Yönelik Düşünceleri Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı Yüksek  
Lisans Tezi Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul  
2009

Özdilek AO (2006). Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Sebebiyle Hekimin  
Hukuki Sorumluluğu.

Özgenç, İzzet, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 18.sayı 2011 s:88-97

Özkaya, Nesrin, Hemşirelik Mesleğinde Tıbbi Uygulamalardan Doğan  
Sorumluluklar. <http://www.saglikcalisanisagligi.org/sunumlar/avnesrin.pdf>

Özkaya, Nesrin, İstanbul Barosu Sağlık Hukuku Makaleleri 2012 İstanbul  
s:179-190 Özpınar, Berna, Ankara Barosu dergisi 2008 Ankara s:90-  
103

Öztürkler, Cemal, Hukuk Uygulamasında Tıbbi Sorumluluk, Teşhis, Tedavi ve  
Tıbbi Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları Seçkin Yayınları Ankara  
2003

Petek H. İlaç Hukuku. Petek H, Gürbüz M, eds. Sağlık Hukuku. 1. Baskı.  
Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Ofset;2013. p.199-200. Reisoğlu,  
Safa, Borçlar Hukuku, Cilt1, Ankara Ü. SBF Yayınları, Ankara 1977

Roseman C, Booker JM. Workload and enviromental factors in hospital  
medication errors. Nursing Research 1995; 44(4): 226-230

Sabuncu, N. – Babadağ, K. – Taşocak, G. ve Atabek, T., Anadolu Üniversitesi  
Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü Eğitimciler İçin  
Eğitim Rehberi "Sağlık ve Sağlığın Korunması Modülleri" Ankara 2008

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Tıbbi Hizmetler Sunum Rehberi 2012 <http://www.bilkentbolge.tkhk.gov.tr/userfiles/files/tibbi-hizmetler-sunum-rehberi.pdf> Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı "SKS ve İlaç güvenliği rehberi", Ankara 2012

Savaş,Nuriye, Hekimin Tazminat Sorumluluğu İstanbul Barosu Sağlık Hukuku Merkezi "Sağlık Hukuku Makaleleri" 2012 İstanbul, s:177

Taylor MNF, Reide PJW. Farmakolojiye Giriş. Öree HS. [Çev], 1. Basım, Ankara, Güneş Kitabevi, 2000.

Törüner, Ebru Kılıçarslan (2010), “Pediatrik Hastalarda İlaç Uygulama Hatalarının Önlenmesi”, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, Cilt 1, sayfa 63-71.

Ulusoy, M. Filiz, Türkiye’de Hemşirelik Eğitiminin Tarihsel Süreci Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998, 2(1) s:3.)

Uzun, Şenay (2008), “İlaç Uygulama Hataları“, Türkiye Klinikleri J Med Sci, Cilt 28, sayfa 217-222.

Van den Bemt PLMA, Fijn R, Van der Voort PHJ, Gossen AA, Egberts TCG, Brouwers JRBJ, et al. Frequency and determinants of drug administration errors in the intensive care unit. Crit. Care Med. 2002;30(4):846-850.

Yılmaz, Burcu Selin (2000), “Hata Türü ve Etki Analizi”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 2, sayfa 132-150.

## EKLER

### EK 1;

#### Anket FORMU

Sayın Hemşire;

Bu anket çalışması, ilaç uygulamalarında mesleki sorumluluk, yasal sorumluluk ve bilinç düzeyi değerlendirmesi amacıyla yapılmaktadır. Sorulara vereceğiniz cevaplarla, ilaç kullanımına yönelik yapılacak çalışmalara ışık tutacak verilerin elde edilmesine yardımcı olacaksınız. Vereceğiniz cevaplar bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır. İsim belirtilmeyecek ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Tarih: .../.../2018

Çalıştığınız Kurum: ( ) Devlet Hastanesi ( ) Üniversite Hastanesi  
( ) Eğitim Araştırma Hastanesi ( ) Özel Hastane

#### 1. Cinsiyetiniz?

( ) Kadın ( ) Erkek

#### 2. Eğitim durumunuz?

( ) Lise ( ) Önlisans ( ) Lisans ( ) Yüksek Lisans/Doktora

#### 3. Yaşınız?

( ) 18-25

( ) 26-35

( ) 36-50

( ) 51-64

( ) 65 ve üzeri

4. Mesleki tecrübeniz kaç yıldır?

☐ 1-3

☐ 4-10

☐ 11-15

☐ 16-19

☐ 20 ve üstü

5. Hemşire olarak ünvanınız nedir?

☐ Başhemşire

☐ Sorumlu Hemşire

☐ Hemşire

6. Hangi birimde görev yapmaktasınız?

☐ Servis ☐ Poliklinik ☐ Acil ☐ Yoğun Bakımı ☐ Diğer.....

7. Meslek içi eğitimlere katılır mısınız?

☐ Evet ☐ Hayır (Cevabınız hayır ise nedenini belirtiniz.)

☐ Vakit bulamıyorum.

☐ Bulduğum bölgede hiç meslek içi eğitim düzenlenmiyor.

☐ Eğitime ihtiyacım olduğunu düşünmüyorum.

☐ Yapılan eğitimlerin konu başlıkları ilgimi çekmiyor.

8. Sizce, en sık hangi ilaç uygulama hataları ile karşılaşılmaktadır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

☐ İlacın, yanlış hastaya uygulanması

☐ İlacın, yanlış zamanda uygulanması

☐ İlacın atlanması, uygulanmaması

- ☐ İlacın, yanlış dozda uygulanması
- ☐ İlacın, yanlış uygulama yolundan uygulanması
- ☐ Yanlış ilacın uygulanması

9. Hasta için yapılan ilaç istemlerinde hatalı veya etkileşimde olabileceğini düşündüğünüz durumlarda hekim/eczacı ile iletişime geçer misiniz?

- ☐ Evet    ☐ Hayır (Cevabınız hayır ise nedenini belirtiniz.)
- ☐ Yetkimin olmadığını düşünüyorum.
- ☐ İletişim kurmakta sorun yaşıyorum.
- ☐ Sonucun değişmeyeceğini düşünüyorum.
- ☐ Diğer; .....(Lütfen belirtiniz)

10. Kendinizi mesleki olarak deneyimli hissediyor musunuz?

- ☐ Hiç deneyimli hissetmiyorum
- ☐ Biraz deneyimli hissediyorum
- ☐ Oldukça deneyimli hissediyorum
- ☐ Tamamen deneyimli hissediyorum

11. Kendinizi mesleki olarak deneyimli hissetmiyorsanız sizce nedeni ne olabilir?

- ☐ Okulda öğrendiklerimi uygulamaya yansıtamıyorum
- ☐ Çalışma arkadaşlarım beni yadırgıyor
- ☐ Hemşirelik dışı işler yapmaktan hemşirelikle ilgili işlere yeterince zaman ayıramıyorum
- ☐ Ekonomik yetersizlikten dolayı bilimsel gelişmeleri takip edecek faaliyetlerde bulunamıyorum
- ☐ Hemşireliği sevmediğim için profesyonel olma gereği duymuyorum

( ) Mesleki uygulamalarımnda bağımsız olarak karar alamıyorum

( ) Yöneticilerim profesyonellik konusunda bizi yeterince motive etmiyor

12. Uygulamasını yapacağınız ilaçlar hakkında bilgilere, en çok hangi kaynaklardan ulaşıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

( ) Hekim/eczacı

( ) Hemşire arkadaşlarım

( ) İlaç kaynak kitapları (Vademecum, Türkiye İlaçla Tedavi Kılavuzu, farmakoloji kitapları, vb.)

( ) İlaç bilgi yazılım programları (Rx MediaPharma, TEBRP, vb.)

( ) İnternet

( ) Gerek duymam.

13. Uygulamasını yaptığınız ilaçlar hakkında ne düzeyde bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyorsunuz? (Lütfen her bir maddeye cevap veriniz. Cevap verilmeyen maddeler “çok kötü” olarak değerlendirilecektir.)

|                                          | <u>Çok İyi</u> | <u>İyi</u> | <u>Orta</u> | <u>Kötü</u> | <u>Çok Kötü</u> |
|------------------------------------------|----------------|------------|-------------|-------------|-----------------|
| Kullanım Amacı                           | ( )            | ( )        | ( )         | ( )         | ( )             |
| Uygulama Şekli                           | ( )            | ( )        | ( )         | ( )         | ( )             |
| Etki Süresi                              | ( )            | ( )        | ( )         | ( )         | ( )             |
| Yan Etkiler                              | ( )            | ( )        | ( )         | ( )         | ( )             |
| Kontrendikasyonlar                       | ( )            | ( )        | ( )         | ( )         | ( )             |
| İlaçların Etkileşimleri                  | ( )            | ( )        | ( )         | ( )         | ( )             |
| Uyarılar, Önlemler                       | ( )            | ( )        | ( )         | ( )         | ( )             |
| Özel Durumlar<br>(Gebelik, pediatri vb.) | ( )            | ( )        | ( )         | ( )         | ( )             |

14. Uygulama öncesinde hastanın ilaç ve besin alerjisi öyküsü olup olmadığını sorgular mısınız?

( ) Her zaman; hayati önemi olan bir durum olduğunu düşünüyorum.

( ) Sadece ilaç alerjisini sorgularım. ( ) Hayır Sorgulamam

( ) Hayır ise nedeni.....

( ) Hayır; hekimin sorguladığını düşünürüm.

( ) Hayır; alerjisi olsaydı hasta zaten söylerdi.

( ) Hayır; bu öykünün bir önemi olduğunu düşünmüyorum.

15. Serviste yatan hastanın yaşamını yitirmesi, taburcu olması veya tedavi değişikliğine gidilmesi durumunda kullanılamayan ilaçlar ne yapılıyor?

( ) Eczaneye teslim ediliyor.

( ) Diğer hastalara kullanılmak üzere depolanıyor.

( ) İmha edilmek üzere toplanıyor.

( ) Fikrim yok.

16. Serviste gerektiğinde kullanılmak üzere bulundurulmuş ilaçlar saklama koşullarına uygun saklanıyor mu?

( ) Evet; saklama koşulları standartlara uygun ve tüm personel bu konuda bilinçli davranır.

( ) Sadece özel saklama koşulu gerektiren ilaçlara dikkat ediliyor.

( ) Hayır; uygun ortam bulunmuyor.

17. Serviste gerektiğinde kullanılmak üzere bulundurulanan ilaçların son kullanım tarihi (SKT) takibi yapılıyor mu?

☐ Evet, her zaman

☐ Bazen; SKT birim bazında ilaçların (ampul, blister vb. ) üzerinde yer alıyorsa

☐ Hayır; kontrollü şekilde servise teslim edildiğini düşünüyorum.

18. Hastanın kullanacağı ilaçların; kullanım önerileri, uygulama şekli, doz aralıkları vb. hakkında hastaya eğitim verir misiniz?

☐ Evet; hastayı kullandığı ilaçlar hakkında bilgilendiririm.

☐ Sadece hekim isterse ve yönlendirmesi olursa bilgi veririm.

☐ Hayır; bu konuda bilgi vermek sorumluluklarım arasında değildir.

☐ Hayır; vakit bulamam.

19. Sağlık mesleği mensubu olarak beşeri tıbbi ürünün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği düşünülen beklenmeyen advers etkilerin bildirimini yapıyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

20. Şimdiye kadar kaç bildirim yaptınız?

☐ 1-2

☐ 3-5

☐ 6-10

☐ 10'dan fazla

**İLAÇ KULLANIMINA YÖNELİK HEMŞİRE BİLGİ VE TUTUM ÖLÇEĞİ**

| <b>SORU NO</b> | <b>SORULAR</b>                                                                                                                                                                                        | <b>EVET</b>         | <b>HAYIR</b> | <b>BİLMİYORUM</b> |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|-------------------|
| 1.             | İlaç hatalarının raporlanması, hemşirelerin ilaç kullanımına yönelik yeterliliğinin ölçümü için etkin bir yoldur.                                                                                     |                     |              |                   |
| 2.             | İlaç hatalarının büyük çoğunluğu, hemşirenin ilaç uygulamalarındaki “beş doğru”yu (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman) ihmal etmesi sonucu oluşur.                            |                     |              |                   |
| 3.             | Hemşirelik kariyerim boyunca bir yada daha fazla ilaç hatasını bilmedim, çünkü; bu hatanın kişisel olarak algılanacağını ve iş hayatıma zarar vereceğini düşündüm.                                    |                     |              |                   |
| 4.             | Yaptığım ilaç hatalarının raporları personel dosyamda tutuluyor.                                                                                                                                      |                     |              |                   |
| 5.             | Olay raporlarının ayrıntılı şekilde analiz edilmesi, ilaç hatalarının nedenlerini anlamının iyi bir yoldur.                                                                                           |                     |              |                   |
| 6.             | İlaç uygulamalarına getirilecek elektronik sistemler (örneğin; bilgisayarlı hekim order sistemi, barkod, akıllı iv pompalar) ilaç uygulamaları için gereksinim duyulan hemşire sayısını azaltacaktır. |                     |              |                   |
| 7.             | Çalıştığım kurumun, yapılan hataların hasta ve ailesiyle paylaşılmasına yönelik politikaları vardır.                                                                                                  |                     |              |                   |
| 8.             | Konsantre elektrolit solüsyonları (örneğin; potasyum, magnezyum, sodyum klorid > %0,9 vb.) hemşire ünitesinde saklanır.                                                                               |                     |              |                   |
|                |                                                                                                                                                                                                       | <b>HİÇBİR ZAMAN</b> | <b>BAZEN</b> | <b>HER ZAMAN</b>  |
| 9.             | İlaç uygulama teknolojileri ile çalışırken, ben yerleşik güvenlik özellikleri çerçevesinde çalışırım.                                                                                                 |                     |              |                   |
| 10.            | Klinikte başka bir çalışanın hatalı ilaç uygulamalarına tanık olduğum zaman bu durumu raporlarım.                                                                                                     |                     |              |                   |

|     |                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|     | a) Hemşirenin hatasına tanık olduğumda                                                                                                                                                  |  |  |  |
|     | b) Eczacının hatasına tanık olduğumda                                                                                                                                                   |  |  |  |
|     | c) Doktorun hatasına tanık olduğumda                                                                                                                                                    |  |  |  |
| 11. | Ben bir hata yaptığım zaman, hasta ve ailesiyle açıklıkla paylaşıyorum.                                                                                                                 |  |  |  |
| 12. | Ben sözlü veya telefonla order aldığımda, hastanın tıbbi kayıtlarına doğrudan yazdıktan sonra reçeteyi yazan hekime ilacın adını, dozunu ve uygulama yolunu okurum.                     |  |  |  |
| 13. | Bazı ilaçların dozunu belirten “ünite” kelimesi yerine “Ü” kısaltmasını kullanırım.                                                                                                     |  |  |  |
| 14. | “Yüksek riskli ilaçları” uygularken ikinci bir çalışanla çift kontrol yaparım.                                                                                                          |  |  |  |
| 15. | Oral yoldan kullanılan sıvı ilaçları hastaya, gavaj enjektörü ile veririm.                                                                                                              |  |  |  |
| 16. | Hastanın ilaç zamanı geldiğinde ve ilaç dolabında bu doz için ihtiyaç olan ilaç olmadığına, bu ilacı eğer varsa başka bir hastanın ilaç dolabından ya da başka bir yerden ödünç alırım. |  |  |  |
| 17. | Hastaya yeni başlanan bir ilacı uygulamadan önce, hastaya sorarak ve hasta dosyasına ve alerji bilekliğine bakarak alerji bilgilerini kontrol ederim.                                   |  |  |  |
| 18. | Herhangi bir ilacı uygulamadan önce, hastanın kimlik bilgilerini, kimlik bilekliğine bakarak kontrol ederim.                                                                            |  |  |  |
| 19. | İlaç uygularken hasta dosyasını ya da “ilaç uygulama formunu” da hasta odasına götürürüm.                                                                                               |  |  |  |
| 20. | İlaçları birim doz formundaki paketinden, hasta odasına girmeden önce çıkarırım.                                                                                                        |  |  |  |
| 21. | Yaptığım ilaç uygulamalarını hasta dosyasına kaydederim.                                                                                                                                |  |  |  |
|     | a) Uygulamadan önce                                                                                                                                                                     |  |  |  |
|     | b) Uygulama sırasında                                                                                                                                                                   |  |  |  |
|     | c) Uygulamadan sonra                                                                                                                                                                    |  |  |  |

**İlginiz için teşekkür ederiz...**

**EK 2;**

**ANAYASA MAHKEMESİ KARARI**

Anayasa Mahkemesi Başkanlığından:

**Esas Sayısı: 2007/78**

**Karar Sayısı: 2010/120**

**Karar Günü: 30.12.2010**

**İPTAL DAVASINI AÇAN:** TBMM üyeleri Kemal ANADOL ve Haluk KOÇ ile birlikte 144 milletvekili

**İPTAL DAVASININ KONUSU:** 25.4.2007 günlü, 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un 7. maddesi ile 25.2.1954 günlü, 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'na eklenen geçici madde 2'nin son fıkrasının, Anayasa'nın Başlangıcı ile 2., 7., 8., 9., 11. ve 138. maddelerine aykırılığı savıyla iptali ve yürürlüğünün durdurulması istemidir.

**I- İPTAL VE YÜRÜRLÜĞÜN DURDURULMASI İSTEMİNİN GEREKÇESİ**

İptal ve yürürlüğün durdurulması istemini içeren dava dilekçesinin gerekçe bölümü şöyledir:

**“III. GEREKÇE**

25.04.2007 tarih ve 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 1 inci maddesi ile 25.02.1954 tarihli ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununun 1 inci maddesi de değiştirilmiştir. Bu madde değişiklikten önce şu şekildedir:

*“Ortaokulu bitirmiş olup, 25 yaşından yukarı bulunmayan kadınlardan Hükümetçe açılmış veya tanınmış bir (Ebe-Lâborant Hemşire) okulunda 3 sene tahsil görüp Sağlık ve Sosyal Yardım Vekâletince teşkil olunan jüri huzurunda meslek imtihanı vererek aldığı diplomayı usulüne göre Sağlık ve Sosyal Yardım*

*Vekâletine tescil ettirenlerle 3 üncü maddenin 2 nci fıkrasında yazılı olanlara (Hemşire) unvanı verilir...”*

25.04.2007 tarih ve 5634 sayılı Kanun ile bu madde aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir;

*“Türkiye’de üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksekokullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, Devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere Hemşire unvanı verilir.”*

Bu düzenleme ile 1954 yılında benimsenen sekiz yıllık bir temel eğitim olan ortaokul üzerine üç yıllık sağlık meslek lisesi eğitimi sonucu hemşirelik mesleğinin kazanılması koşulu değiştirilmiş, hemşirelik mesleğinin lisans eğitimi sonucu kazanılması zorunluluğu ve gerekliliği kabul edilmiştir. Ancak 5634 sayılı Kanunun geçici 2’nci maddesinin iptali istenilen son fıkrasında getirilen; *“Üniversitelerin hemşirelik programlarında ülke ihtiyacını karşılayacak yeterli kontenjan oluşturulmak üzere 5 yıl süre ile sağlık meslek liselerinin hemşirelik ve hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu programlarına öğrenci alınmasına devam olunur ve bu programlardan mezun olanlara hemşire unvanı verilir.”* hükmü ile, hemşirelerin 1 inci madde de öngörülen gerekliliğe ve koşula aykırı olarak 1954 yılındaki ölçütlere göre yetiştirilmesi kabul edilmiştir.

5634 Sayılı Kanunun gerek teklif metninde gerekse Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonunun kabul ettiği metinde iptali istenilen düzenlemeye yer verilmemiştir. Kanun teklifinin gerekçesi ile Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonunun (2/784) Sayılı Raporunun genel gerekçesinde;

*“Türkiye, Avrupa Birliğine girme çalışmaları kapsamında mevzuatını Avrupa Birliği mevzuatı ile uyumlandırmaya çalışmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde hemşirelik de bu uyum çalışmaları içinde yer almaktadır. Çünkü Avrupa Birliğine bağlı olan ülkelerde kime ve hangi koşullarda hemşire unvanı verileceği 77/453/EEC değişik 2005/36 Sayılı Direktifle düzenlenmiştir. Hemşirelerin statüsü, eğitimi, görev, yetki ve sorumlulukları ile ilgili hükümler*

içeren 6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu 25 Mart 1954 tarihinden itibaren yürürlüktedir. Söz konusu Kanun incelendiğinde hemşirelik eğitime, hemşirelik uygulamalarına yön verme ve temel oluşturma açılarından günümüz koşullarında yetersiz kaldığı, bazı maddelerinin güncelliğini yitirdiği görülmektedir. Toplumun değişen ihtiyaçlarına, tıbbi gelişmelere ve mesleki yeniliklere cevap verebilmesi amacı ile Kanunun bazı maddelerinde değişiklik yapılarak yeniden düzenlenmesi ve Türkiye'nin taraf olduğu uluslararası anlaşmalar ve Avrupa Birliği politikaları çerçevesinde acilen güncellenmesi gerekmektedir. Bu nedenle Kanunun 1 inci, 3 üncü, 4 üncü, 8 inci ve 9 uncu maddelerinde Direktife uygun değişiklik yapılmıştır” denilmektedir.

5634 Sayılı Kanunun 1 inci maddesinin gerekçesinde ise ; “Mevcut Kanunun 1 inci maddesinde lisans düzeyinde eğitimin verildiği hemşirelik yüksekokulları/fakülteleri ve sağlık yüksekokulları yer almamaktadır. Oysa sağlık meslek liseleri Milli Eğitim Bakanlığına devredilerek hemşirelik ve sağlık memurluğu bölümlerine öğrenci alınmamaktadır. Kanunun bu maddesi bu haliyle ortaokula dayalı 3 yıl süreli hemşirelik eğitime açık kapı bırakmaktadır.” denilmiştir. Açıklanan bu düzenleme gerekçelerinden esasen 5634 sayılı Yasa Teklifi hazırlığının temel gerekçesinin hemşireliği, lisans eğitimi sonucu kazanılan meslek olarak düzenlemek olduğu görülmektedir.

Ancak TBMM Genel Kurulu'nda Kanun Teklifinin görüşülmesi esnasında “Lisansüstü eğitim hatta lisans eğitimi alan hemşire sayısı çok az olduğundan, lisans mezunu hemşirelerin de kapsama alınmasının uygun olacağı düşüncesiyle bu değişiklik teklifi düzenlenmiştir” gerekçesi ile iptali istenilen fıkra Kanuna eklenmiştir. Ayrıntılı bilimsel çalışmalara ve gerçek verilere dayalı olmayan böyle bir düzenleme, aşağıda açıklayacağımız nedenlerle Anayasaya aykırıdır.

Bugün hiçbir ülkede, 8 yıl temel eğitim üzerine 4 yıl süreli hemşirelik eğitimi ile hemşire unvanı verilmemektedir.

Avrupa Konseyinin 1967 tarihli Hemşirelik Eğitiminde Minimum Standartlar adlı antlaşma metninde hemşirelikte minimum standart “en az 10 yıl temel

eğitim üzerine en az 3 yıl ya da 4600 saat yalnızca mesleğe yönelik eğitim” olarak belirlenmiştir.

Avrupa Konseyinin 1967 Antlaşma metninde bildirilen koşulları, 1977’de 453 sayılı direktife dönüştürülmüştür. Avrupa Birliği ülkelerinde hemşirelikle ilgili 77/453/EEC, 89/595/EEC, 80/154/EEC ve 80/155/EEC sayılı Konsey direktifleri en son Avrupa Komisyonu’nun mesleki yeterliliklerin karşılıklı tanınmasına ilişkin 2005/36/EC direktifine dönüştürülmüştür. Bu direktifte en az 10 yıllık temel eğitim üzerine, en az 4600 saat mesleğe yönelik eğitim sonucunda hemşirelik mesleğinin edinilmesi kabul edilmiştir.

Farklı birçok mesleğin yer aldığı sağlık bakım ekibi içerisinde, ekibin eşit düzeyde bir üyesi olarak hemşirelerin, giderek karmaşıklaşan rollerini yerine getirebilmeleri için Hemşirelik eğitiminin yalnızca lisans düzeyinde sağlanması gerektiğini Dünya Sağlık Örgütü ve Münih Deklerasyonu da (2000)desteklemektedir. (Ref: Nurses and Midwives for Health: a European Strategy for Nursing and Midwifery Education. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (document EUR /00/ 50119309/15))

Aşağıda özetle aktarıldığı üzere, Yüksek Sağlık Şurası’nın 23 Mayıs 1995 tarih ve 185/1 sayılı kararı doğrultusunda Sağlık Bakanlığı’nın talebi, Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı’nın teklifi ve Bakanlar Kurulu’nun 02.11.1996 tarih ve 22805 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan kararı ile, kurulan 79 Sağlık Yüksekokulunun ilgili üniversitelerce faaliyete geçirilmesi için, 22.11.1996 tarihinde Sağlık Bakanlığı ile Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı arasında imzalanan protokol uyarınca ülkemizde 11 yıldır hemşirelik eğitimi sadece ve sadece lisans düzeyinde verilmektedir. Bu kapsamda Üniversiteler bünyesinde yer alan 101 lisans eğitimi programı bulunmaktadır. Yine 1995 Yılında Yüksek Sağlık Şurası aldığı kararla hemşirelikte mesleki yeterliliğin ancak ve ancak lisans düzeyinde verilecek bir eğitimle kazanılabileceğini kabul etmiş bulunmaktadır.

1988 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün Avrupa Hemşirelik Konferansı’ndan çıkan kararlar incelendiğinde; Avrupa’nın Herkese Sağlık politikalarının gerisinde kalmamak için hemşirelik uygulamalarının, esas olarak temel sağlık

bakımı yaklaşımının doğasında bulunan ilkelere dayandırılması gerektiği belirtilmektedir. Bu ilkeler; sağlığı geliştirmeyi ve korumayı, hastalığı önlemeyi; bireylerin, ailelerin ve toplumların bakım hizmetlerine katılımlarını sağlamayı ve kendi sağlıkları açısından daha fazla sorumluluk almalarını mümkün kılmayı, sağlık bakım hizmetlerine ulaşmada eşitsizlikleri azaltmayı ve tüm insanların gereksinimlerini karşılama yolunda aktif çalışmalarda bulunmayı; farklı meslek grupları ve farklı sektörlerle işbirliği yapmayı; bakımda kalite güvencesini sağlamayı ve teknolojik olanaklardan gerektiği şekilde yararlanmayı içermektedir.

Bu bağlamda hemşirelik işlevleri 4 ana başlık altında toplanmıştır. Bunlardan;

1. işlev; koruyucu, geliştirici, tedavi edici ya da rehabilite edici amaçlarla bireye/ hastaya, aileye ya da topluma hemşirelik bakımı hizmetlerinin götürülmesi ve bu hizmetin yönetilmesidir.
2. işlev; hastalar ya da hizmet sunulanlar ile sağlık bakım personelinin eğitimidir.
3. işlev; sağlık bakım ekibinin etkin bir üyesi olarak çalışmaktır.
4. işlev; eleştirel düşünce ve araştırmalar yoluyla hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesidir.

Günümüzde hemşirelik mesleği; hastaları izlemek ve tedavi süreçlerini yönlendirmek için gerekli olan ileri soyut düşünme yeteneği ve bilgiye sahip olunması zorunlu bir ihtisas mesleğidir. Bu nedenle yükseköğrenim görmüş meslek mensupları tarafından icra edilmesi zorunlu koşul olup, meslek lisesi eğitimi ile beklenen yeterliliğin kazanılması olanaksızdır. Lisans eğitimi aynı zamanda topluma nitelikli sağlık hizmeti sunulması için de zorunlu bulunmaktadır. Özellikle, modern dünyanın temel meselelerinden biri olan nüfusun yaşlanması ki, -Türkiye’de bu trende girmektedir- yine, kronik hastalıkların artışı, bireyselleşme ve geniş aileden çekirdek aile tipine geçişin yaşlı ve hasta bakımında profesyonel desteğe ihtiyacı artırması gibi sosyal etkenlerle, tarihin hiçbir dönemiyle kıyaslanamayacak ölçüde kaliteli bakım hizmetine duyulan ihtiyaç da artmıştır.

Hemşirelerden beklenen işleve uygun olarak 25.04.2007 tarih ve 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 3 üncü maddesi ile değiştirilen 25.02.1954 tarihli ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununun 4 üncü maddesinde yer alan hemşirelik görev yetkileri de yeniden tanımlanmıştır. Yapılan bu değişiklikle hemşireler tabip tarafından verilen tedavileri uygulamanın yanı sıra “her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili” kılınmıştır. Bu görev ve yetkiyi toplum yararına uygun bir yeterlilikte kullanabilmek için aynı Kanunun 1 inci maddesinde tanımlandığı üzere lisans düzeyinde eğitim gerekmektedir. Böyle bir eğitimin gerekliliği, yaklaşık 4 milyon cerrahi işlem sonrası hasta güvenliği konusunun incelendiği bir araştırmada da tespit edilmiştir (Ek.1).

Anayasanın 56 ncı maddesinde Devlete, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak ve bu konuda hizmet vermek ödevi getirilmiştir. Yine Devlet, Anayasanın 17 nci maddesinde kişilere tanınmış olan yaşam hakkını güvence altına almakla yükümlüdür. Devletin, bu görevlerini lisans eğitimi gerektiren hemşirelere meslek lisesinde eğitim vererek yerine getiremeyeceği açıktır. Böylece toplumu, mesleğin gerektirdiği yeterliliğe sahip olmayan hemşirelerden, hizmet almak zorunda bırakacak, sağlık ve yaşam haklarını Anayasanın öngördüğü türden yeterli bir hizmete kavuşamama durumu ile yüz yüze getirecektir.

Bu nedenle Anayasada belirtilen yaşam ve sağlık hakları ile çelişen iptali istenen düzenlemenin, kamu yararı amacına yönelik olmadığı açıktır.

Kamu yararına sonuç doğurmayacak, kamu hizmetinin nitelikleriyle bağdaşmayan, adalet anlayışına aykırı ve makul olmayan böyle bir durumun, Anayasanın 2 nci maddesinde belirtilen hukuk devleti ilkesi ile bağdaştırılamayacağı açıktır. Çünkü bir hukuk devletinde tüm kamu işlemlerinin nihai amacı, kamu yararıdır. Bir hukuk devleti, adil ve makul olmak durumundadır. Kamu hizmetinin gerekleriyle bağdaşmayan, adil ve makul

olmayan bir düzenlemenin, kamu yararına olduğu ve hukuk devleti ilkesi ile bağdaştığı söylenemez.

Anayasa Mahkemesinin E. 1985/1, K. 1986/4 sayılı Kararında da, “Yasa koyucuya verilen düzenleme yetkisi, hiçbir şekilde kamu yararını ortadan kaldıracak veya engelleyecek... biçimde kullanılamaz” denilmektedir.

Bu nedenle, 25.02.1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununa 25.04.2007 tarih ve 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 7’nci maddesinin eklediğı geçici 2’nci maddenin iptali istenen son fıkrası Anayasanın 2’nci maddesine aykırıdır.

Ülkemizde Avrupa Birliği’ne uyum sağlanması amacıyla Yüksek Sağlık Şurası’nın 23 Mayıs 1995 tarih ve 185/1 sayılı kararı ile hemşire, ebe ve sağlık memurluğı eğitiminin 4 yıllık lisans eğitimi seviyesinde verilmesi kararı alınmıştır. Bu kapsamda, Türkiye’de 10 yıl temel eğitim olmadığından ve metinde de en az 10 yıl denildiğinden, program lise eğitimi üzerine temellendirilmiş ve 4600 saatlik çekirdek program hazırlanmış ve bu gün lisans eğitimi veren 101 hemşirelik programında uygulanmaktadır.

Yüksek Sağlık Şurası’nın 23 Mayıs 1995 tarih ve 185/1 sayılı kararı doğrultusunda Sağlık Bakanlığı’nın talebi, Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı’nın teklifi ve Bakanlar Kurulu’nun 02.11.1996 tarih ve 22805 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan kararı ile kurulan 79 Sağlık Yüksekokulunun ilgili üniversitelerce faaliyete geçirilmesi için, 22.11.1996 tarihinde Sağlık Bakanlığı ile Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı arasında protokol imzalanmıştır. Protokolün 6’ncı maddesi uyarınca; Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokuluna dönüştürülen Sağlık Meslek Lisesi binaları ile 02.11.1996 tarih ve 22805 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Bakanlar Kurulu kararında öngörülen yerlerdeki Sağlık Meslek Lisesi binaları, ihtiyaç halinde uzatılabileceğı kaydı ile 20 yıl süre ile ilgili üniversite rektörlüklerinin kullanımına tahsis edilmiştir.

Protokolün 7’nci maddesinde; Sağlık Yüksekokuluna dönüştürülen Sağlık Meslek Liselerine, ortaokula dayalı ortaöğretim düzeyinde öğrenci alınmayacağı ve bu okullara diğeri sağlık meslek liselerinden öğrenci nakli yapılamayacağı düzenlenmiştir. Yine protokolün 12’nci maddesinde, hemşirelik, ebelik ve sağlık

memurluğu eğitiminin 4 yıllık sağlık yüksekokullarında yürütüleceği, sağlık yüksekokuluna dönüştürülmeyen diğer sağlık meslek liselerinin ebelik, hemşirelik ve sağlık memurluğu bölümlerine öğrenci alınmayacağı öngörülmüştür.

Protokolün 12'nci maddesine göre ise; ebelik, hemşirelik ve sağlık memurluğu eğitimi 4 yıllık sağlık yüksekokullarında yürütülür. Sağlık yüksekokullarına dönüştürülmeyen diğer sağlık meslek liselerinden ebelik, hemşirelik ve sağlık memurluğu bölümlerine öğrenci alınmayacaktır.

Sağlık Bakanlığı 03.01.2001 gün ve 2001/9 sayılı işlemi ile yukarıda sözü edilen protokolü tek taraflı olarak feshetmiş ise de, Yüksek Öğretim Kurulu'nun açmış olduğu dava sonucunda Danıştay 8. Dairesi, 2001/133 E., 2001/5912 K. sayılı ve 13.12.2001 tarihli kararı ile Sağlık Bakanlığının protokolün feshine ilişkin işleminde hukuka uyarlık bulunmadığından iptaline karar vermiştir. Bu karar, Danıştay İdari Dava Daireleri Genel Kurulu'nun 2002/230 E., 2004/1972 K. sayılı ve 09.12.2004 tarihli kararı ile onanarak kesinleşmiştir (Ek.2).

Öte yandan Sağlık Bakanlığı ile Milli Eğitim Bakanlığı arasında imzalanan 16.06.2004 tarihli protokol ile Sağlık Bakanlığı tarafından, Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Meslek Liselerinin Milli Eğitim Bakanlığı'na devri ile yeniden meslek liseleri hemşirelik bölümlerine öğrenci alınması işlemleri başlatılmıştır. Bu işlemlere karşı açılan davada Danıştay 8.Dairesi E.2005/2527, K.2005/5311 sayılı kararı ile iptal kararı vermiştir(Ek.3). Aynı şekilde 2000-2001 eğitim-öğretim yılında Erzurum İl Sağlık Meslek Lisesi'ne öğrenci alımına ilişkin Sağlık Bakanlığı'nın 14.01.2001 gün ve 132 sayılı işlemi ve buna ilişkin diğer işlemlerinin iptali istemi ile YÖK Başkanlığı tarafından açılan davada Ankara 1. İdare Mahkemesi, 2002/734 E., 2004/261 K. sayılı ve 26.03.2004 tarihli kararı ile dava konusu işlemin iptaline karar vermiştir.

Bu durum dikkate alındığında, iptali istenen söz konusu düzenleme için yasama erkinin, yukarıda etraflıca belirtilen yargı kararlarının uygulanmasını engellemek amacına yönelik olarak kullanıldığı çok açıktır. Anayasa da belirtilen amacı ya da bir kamu yararını gerçekleştirmek ereğiyle olsun, yasakoyucu belli bir sonucu elde etmek için değişik yolların seçimini siyasi

tercihlerine göre yapmakta serbesttir. Ancak, yasakoyucunun kişisel, siyasî ya da saklı bir amaç güttüğü durumlarda, yani kamu yararına yönelik olmayan başka bir amaca ulaşmak için bir konuyu yasayla düzenlediği durumlarda bir “yetki saptırması” ve giderek de amaç ögesi bakımından yasanın sakatlığı ve dolayısıyla Anayasanın 2 nci maddesinde belirtilen hukuk devleti ilkesine aykırılığı söz konusu olur.

Anayasanın 138/4. maddesi gereği, yasama organı dahil bütün devlet organları “... mahkeme kararlarına uymak zorundadır; bu organlar, mahkeme kararlarını hiçbir surette değiştiremez ve bunların yerine getirilmesini geciktiremez.” Aksi taktirde, yargı bağımsızlığı söz konusu olamaz ve hukuk devletinden de söz edilemez. Yasama organı, beğenmediği yargı kararlarını, üstelik de geriye yönelik uygulanmak üzere kanun çıkartıp etkisiz hâle getirecekse, elbette ki yargı bağımsızlığı zedeleneyecektir. (SABUNCU, Yavuz, Anayasaya Giriş, 8. Basım, İmaj Yayıncılık, Ankara 2002, s. 186).

İptali istenen bent ile yapılan düzenleme, yargı kararlarının uygulanmasının engellenmesi amacıyla yapılmış bir düzenleme olduğundan, yetki saptırması ve amaç ögesi bakımından da sakat olup, Anayasanın 2’nci maddesinde ifade edilen hukuk devleti ilkesiyle bağdaşmadığı gibi yargı bağımsızlığını zedelediği için de Anayasanın 138’nci maddesine aykırı düşmektedir.

Diğer yandan yasama erkinin, yargı kararlarının etkisizleştirilmesi için kullanılmasını, Anayasanın Başlangıç kısmı ile 7, 8 ve 9 uncu maddelerinde ifade edilmiş olan kuvvetler aykırılığı ilkesi ile de bağdaştırmak olanaksızdır.

Bir yasa kuralının Anayasanın herhangi bir kuralına aykırılığının tespiti onun hukuk devleti, Anayasanın üstünlüğü ve bağlayıcılığı ilkeleriyle çelişmesine yol açacak ve dolayısı ile Anayasanın 2’nci maddesinin yanı sıra, 11 inci maddesine de aykırılığı sonucunu doğuracaktır (Anayasa Mahkemesinin 03.06.1988 tarih ve E.1987/28, K.1988/16 sayılı kararı, AMKD., sa. 24, shf. 225).

Açıklanan nedenlerle, 25.02.1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununa 25.04.2007 tarih ve 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 7’nci maddesinin eklediği geçici 2’nci maddenin iptali istenen son fıkrası Anayasanın 2’nci, 7’nci, 8’inci, 9’ uncu, 11 ve 138’inci maddeleri

hükümleri ile Anayasanın Başlangıç kısmının dördüncü paragrafına aykırı olup, iptali gerekmektedir.

#### IV. YÜRÜRLÜĞÜ DURDURMA İSTEMİNİN GEREKÇESİ

25.02.1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununa 25.04.2007 tarih ve 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 7'nci maddesinin eklediği geçici 2'nci maddenin iptali istenen son fıkrası ile yasama erki kullanılarak, yargı kararlarının etkisizleştirileceğinden bu kuralın uygulanmasının hukuk devleti yönünden giderilmesi olanaksız durum ve zararlara yol açacağına duraksama bulunmamaktadır.

Öte yandan kamu yararı amacına yönelik olmayan bu hükmün uygulanması halinde, toplum mesleğin gerektirdiği yeterliliğe sahip olmayan hemşirelerden hizmet almak zorunda bırakılacak, sağlık ve yaşam hakları Anayasanın öngördüğü türden yeterli bir hizmete kavuşamama durumunda kalacağından bundan giderilmesi olanaksız bir takım zararların doğacağı kuşkusuzdur.

Bu zarar ve durumların doğmasını önlemek amacıyla, iptali istenen hükmün iptal davası sonuçlanıncaya kadar yürürlüğünün de durdurulması istenerek Anayasa Mahkemesine dava açılmıştır.

#### V. SONUÇ VE İSTEM

Yukarıda açıklanan gerekçelerle, 25.02.1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununa 25.04.2007 tarih ve 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 7'nci maddesinin eklediği geçici 2'nci maddenin iptali istenen son fıkrası, Anayasanın 2'nci, 7'nci, 8'inci, 9'uncu, 11 ve 138'inci maddeleri hükümleri ile Anayasanın Başlangıç kısmının dördüncü paragrafına aykırı olduğundan,

iptaline ve iptal davası sonuçlanıncaya kadar yürürlüğünün durdurulmasına karar verilmesine ilişkin istemimizi saygı ile arz ederiz.”

## II- YASA METİNLERİ

### A- İptali İstenilen Yasa Kuralı

25.4.2007 günlü, 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un 7. maddesiyle 25.2.1954 günlü, 6283 sayılı Hemşirelik Kanun'a eklenen, iptali istenen son fıkrayı da içeren geçici 2. madde şöyledir:

**“Geçici Madde 2 –** Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce hemşirelik ve hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlar ile halen bu programlarda kayıtlı bulunan öğrencilerin kazanılmış hakları saklıdır.

Hemşirelik eğitimine eşdeğer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlar hemşire olarak çalışırlar.

Hemşirelik eğitimine eşdeğer sağlık memurluğu programının adı, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren hemşirelik programı olarak değiştirilir ve programlar birleştirilir.

Bir defaya mahsus olmak üzere, ebelik diplomasına sahip olduğu halde bu Kanunun yayımı tarihinde en az üç yıldan beri yataklı tedavi kurumlarında fiilen hemşirelik görevi yaptığını resmi belge ile belgelendiren ve bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren üç ay içerisinde talepte bulunanlar hemşirelik yetkisiyle görevlerine devam ederler.

**Üniversitelerin hemşirelik programlarında ülke ihtiyacını karşılayacak yeterli kontenjan oluşturulmak üzere 5 yıl süre ile sağlık meslek liselerinin hemşirelik ve hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu programlarına öğrenci alınmasına devam olunur ve bu programlardan mezun olanlara hemşire unvanı verilir.”**

### B- Dayanılan ve İlgili Görülen Anayasa Kuralları

Dava dilekçesinde, Anayasa'nın Başlangıcı ile 2., 7., 8., 9., 11. ve 138. maddelerine dayanılmış, 17. ve 56. maddeleri ise ilgili görülmüştür.

### **III- İLK İNCELEME**

Anayasa Mahkemesi İ t z   'nün 8. maddesi uyarınca, Ha ım KILIÇ, Sacit ADALI, Fulya KANTARCIO LU, Ahmet AKYALÇIN, Mehmet ERTEN, Mustafa YILDIRIM, A. Necmi ÖZLER, Serdar ÖZGÜLDÜR, Şevket APALAK, Serruh KALEL  ve Osman Alifeyyaz PAKSÜT' n katılımlarıyla yapılan ilk inceleme toplantısında, dosyada eksiklik bulunmadığından i in esasının incelenmesine 12.7.2007 gününde OYB RL   YLE karar verilmiştir.

### **IV-Y R RL   N DURDURULMASI İSTEMİ**

25.4.2007 günlü, 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un 7. maddesiyle 25.2.1954 günlü, 6283 sayılı Hemşirelik Kanun'a eklenen Geçici Madde 2'nin son fıkrasının y r rl   n n durdurulması isteminin, koşulları olu madı ından REDD NE, 12.7.2007 gününde OYB RL   YLE karar verilmiştir.

### **V-  N MESELE**

7.5.2010 günlü, 5982 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun uyarınca, 2949 sayılı Anayasa Mahkemesinin Kuruluşu ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmadan, Mahkeme'nin çalışıp  alı amayaca ına ilişkin  n meselenin incelenmesi gerekmiştir.

Yapılan Anayasa de i ikli i ile Anayasa Mahkemesi'nin yapısı ile görev ve yetkileri yeniden düzenlenmiştir. Bu düzenlemeye paralel olarak ilgili kurulu  kanunu henüz yasala mamı  bulunmaktadır. Bu durumda, 2949 sayılı Yasa halen yürürlükte olup, Anayasa'ya aykırı olmayan hükümleri uygulanabilecek konumdadır. Bu Yasa'nın Anayasa'ya aykırı olan hükümlerinin yerini ise Anayasa'da doğrudan uygulanacak nitelikteki kuralların alacağı açıktır.

Bu nedenle, kamusal hizmetlerin sürekliliği ilkesi çerçevesinde yargısal faaliyetlerin aksamasının önüne geçilmesi hususları da gözetildiğinde, Mahkeme'nin çalışmasına bir engel bulunmamaktadır.

Fulya KANTARCIOĞLU, Mehmet ERTEN, Fettah OTO, Zehra Ayla PERKTAŞ ile Celal Mümtaz AKINCI bu görüşe katılmamışlardır.

## **VI - ESASIN İNCELENMESİ**

Dava dilekçesi ve ekleri, işin esasına ilişkin rapor, iptali istenilen Yasa kuralı, dayanan ve ilgili görülen Anayasa kuralları ve bunların gerekçeleri ile diğer yasama belgeleri okunup incelendikten sonra gereği görüşülüp düşünüldü:

Dava dilekçesinde özetle, 5634 sayılı Yasa'nın hazırlanmasında etkili olan Avrupa Komisyonu direktifinde, hemşirelik mesleği için en az on yıl temel eğitim üzerine 4600 saatlik mesleki eğitim şartı öngörülmesi nedeniyle 5634 sayılı Yasa'da hemşirelik mesleği için lisans eğitimi getirildiği, iptali istenilen kuralda ise lise mezunlarına hemşire olma hakkı verildiği, bu durumun toplumu, mesleğin gerektirdiği yeterliliğe sahip olmayan hemşirelerden hizmet almak zorunda bıraktığı, dolayısıyla sağlık ve yaşam haklarını olumsuz etkilediği, kamu hizmetinin nitelikleri ile bağdaşmadığı ve kamu yararına aykırı olduğu belirtilerek kuralın Anayasa'nın 2. maddesine; Sağlık Bakanlığı ile Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı arasında düzenlenen protokole bağlı olarak açılan davalar sonucunda verilen mahkeme kararlarını bertaraf etmek üzere, yasama erkinin, yargı kararlarını etkisizleştirmek için kullanılması nedenleriyle Anayasa'nın Başlangıcı ile 7., 8., 9., 11. ve 138. maddelerine aykırı olduğu ileri sürülmüştür.

2949 sayılı Anayasa Mahkemesinin Kuruluşu ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun'un 29. maddesine göre, Anayasa Mahkemesi yasaların, kanun hükmünde kararnamelerin ve TBMM İçtüzüğü'nün Anayasa'ya aykırılığı konusunda ilgililer tarafından ileri sürülen gerekçelere dayanmak zorunda değildir. İstemle bağlı kalmak koşuluyla başka gerekçe ile de Anayasa'ya aykırılık incelemesi yapabileceğinden, kural ilgisi nedeniyle Anayasa'nın 17. ve 56. maddeleri yönünden de incelenmiştir.

6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'nun 5634 sayılı Yasa'yla değişik 1. maddesinde, hemşirelik unvanının kazanılabilmesi için üniversitelerin hemşirelikle ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksekokullarından mezun olma şartı getirilmiştir. İptali istenilen kural ile üniversitelerin hemşirelik programlarında

ülke ihtiyacını karşılayacak yeterli kontenjan oluşturulmak üzere beş yıl süreyle sağlık meslek liselerinin hemşirelik ve hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu programlarına öğrenci alınmasına devam edileceği ve bu programlardan mezun olanlara hemşirelik unvanı verileceği hükme bağlanmıştır.

Anayasa'nın 2. maddesinde belirtilen hukuk devleti, insan haklarına dayanan, bu hak ve özgürlükleri koruyup güçlendiren, eylem ve işlemleri hukuka uygun olan, her alanda adaletli bir hukuk düzeni kurup bunu geliştirerek sürdüren, Anayasa'ya aykırı durum ve tutumlardan kaçınan, hukuku tüm devlet organlarına egemen kılan, Anayasa ve yasalarla kendini bağlı sayan, yargı denetimine açık olan devlettir.

Anayasa'nın 17. maddesi gereğince herkese tanınan yaşama, maddi ve manevi varlığı geliştirme hakkı birbirleriyle sıkı sıkıya bağlantılı, devredilmez ve vazgeçilmez haklardandır.

Anayasa'nın 56. maddesinde ise herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğu belirtilmekte ve böylece devlete vatandaşın korunmuş çevre şartlarında beden ve ruh sağlığı içinde yaşamını sürdürmek için pozitif yükümlülük vermektedir. Bu yükümlülük devletin sağlık politikasının güven ve kararlılık içinde, sürekli olarak yürütülmesini gerektirmektedir. Esasında insanların hastalandıklarında ya da hastalanmadan koruyucu hekimlik kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanmaları, tedavi olmaları insan olmanın asgari yaşam standardıdır.

Kişinin yaşama hakkı, maddi ve manevi varlığını koruma hakkı, birbirleriyle sıkı bağlantıları olan, devredilmez ve vazgeçilmez haklarındandır. Yaşama ve vücut bütünlüğü üzerindeki temel hak devletlere pozitif ve negatif yükümlülük yükleyen haklardandır. Öte yandan sağlıklı yaşama hakkına ilişkin Anayasa'nın 56. maddesi, herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğunu belirtir. Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak için sağlık kuruluşlarını planlayıp verimli şekilde hizmet vermelerini düzenler. Hemşirelik mesleğine ilişkin düzenlemeler de bu kapsamdadır.

Hemşirelik; hastaları izlemek, tanı koymak ve tedavi süreçlerini yönlendirmek için gerekli olan ileri soyut düşünme yeteneği ve bilgi, belirli düzeyde beceri, psikolojik ve sosyolojik olguları kavrayacak kadar kültürel donanım, ağır tempoyu üstlenebilecek bir fiziksel dayanıklılık ve temel insanlık değerleri gerektiren bir meslektir. Bu açıdan toplum sağlığının korunmasında önemli işlevleri bulunan hemşirelik eğitiminde uluslararası standartlarda lisans eğitiminin önemi açıktır. Nitekim 5634 sayılı Yasa'yla değişik 6283 sayılı Yasa'nın 1. maddesinde de hemşirelik unvanının kazanılabilmesinde üniversitelerin hemşirelikle ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksekokullarından mezun olma şartı öngörülmüştür.

Üniversitelerin hemşirelikle ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksekokulların eğitim-öğretim süreleri dört yıl, hazırlık eğitimi verilenler de ise beş yıldır. Bu bağlamda, beş yıllık sürenin, lisansüstü eğitim süresi gözetilerek konulduğu anlaşılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin devamlılığı asıldır. Hemşirelik eğitiminde lisans ve lisansüstü eğitime geçiş bir süreci gerektirir. İptali istenilen kuralda hemşirelik eğitiminde lisans eğitime geçiş sürecinde mevcut ve gelişmelere göre artan hemşire ihtiyacı gözetilerek geçici olarak beş yıl süreyle sağlık meslek liselerinin hemşirelik ve hemşireliğe eşdeğer sağlık programlarına öğrenci alınmasına devam olunması, sağlık ve yaşam hakkının korunması ve bu korumada sürekliliğin sağlanmasında Devlete verilen pozitif yükümlülüğün bir gereğidir.

Açıklanan nedenlerle kural, Anayasa'nın 2., 17. ve 56. maddelerine aykırı değildir. İptal isteminin reddi gerekir.

Kuralın Anayasa'nın Başlangıcı ile 7., 8., 9., 11. ve 138. maddeleri ile ilgisi görülmemiştir.

## VII - SONUÇ

1- 7.5.2010 günlü, 5982 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun uyarınca, 2949 sayılı Anayasa Mahkemesinin Kuruluşu ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmadan, Mahkeme'nin çalışıp çalışamayacağına ilişkin ön meselenin incelenmesi sonucunda; Mahkeme'nin çalışmasına bir engel bulunmadığına, Fulya KANTARCIOĞLU, Mehmet ERTEN, Fettah OTO, Zehra Ayla PERKTAŞ ile Celal Mümtaz AKINCI'nın, gerekçesi 2010/68 esas sayılı dosyada belirtilen karşıoyları ve OYÇOKLUĞUYLA,

2- 25.4.2007 günlü, 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un 7. maddesiyle 25.2.1954 günlü, 6283 sayılı Hemşirelik Kanun'a eklenen Geçici Madde 2'nin son fıkrasının Anayasa'ya aykırı olmadığına ve iptal isteminin REDDİNE, OYBİRLİĞİYLE,

30.12.2010 gününde karar verildi.

Başkan

Başkanvekili

Üye

Haşim KILIÇ

Osman Alifeyyaz PAKSÜT Fulya KANTARCIOĞLU

Üye

Üye

Üye

Ahmet AKYALÇIN

Mehmet ERTEN

Fettah OTO

Üye

Üye

Üye

Serdar ÖZGÜLDÜR

Zehra Ayla PERKTAŞ

Recep KÖMÜRCÜ

Üye

Alparslan ALTAN

Üye

Burhan ÜSTÜN

Üye

Engin YILDIRIM

Üye

Nuri NECİPOĞLU

Üye

Hicabi DURSUN

Üye

Celal Mümtaz AKINCI

### **KARŞIOY GEREKÇESİ**

E: 2010/68 sayılı dosyadaki karşı oy gerekçesi şöyledir:

7.5.2010 günlü, 5982 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun’la Anayasa’nın, Anayasa Mahkemesi’ni düzenleyen 146., 147., 148. ve 149. maddelerinde değişiklik yapılarak, Mahkeme’nin kuruluşu, görev ve yetkileri ile çalışma ve yargılama usulüne ilişkin yeni kurallar getirilmiş, ancak, değişikliğin, gerekli düzenlemeler yapılincaya kadar uygulanmasının sağlanabilmesi için geçici kurallara yer verilmediği gibi Anayasa’ya koşut olarak, Anayasa Mahkemesi’nin yargılama usulüne ilişkin yeni bir yasal düzenleme de yapılmamıştır.

Anayasa’nın 6. maddesinde “Hiçbir kimse veya organ kaynağını Anayasadan almayan bir Devlet yetkisi kullanamaz”, 142. maddesinde de “Mahkemelerin kuruluşu, görev ve yetkileri, işleyişi kanunla düzenlenir” denilmiş, değiştirilen 149. maddesinin beşinci fıkrasında ise Anayasa Mahkemesinin, kuruluşunun, Genel Kurul ve bölümlerinin, yargılama usullerinin kanunla düzenleneceği belirtilmiştir. Buna göre, Anayasa’nın genel kural niteliğindeki 142. ve özel olarak Anayasa Mahkemesi’nin çalışma ve yargılama usulünü düzenleyen 149. maddesi uyarınca, Mahkeme’nin yargılama usulünün yasayla düzenlenmesi gereği Anayasal bir zorunluluktur. Yargılama usulü yasayla belirlenmeyen, bu bağlamda kaynağını Anayasa’dan almayan bir yetkiyle Mahkeme’nin çalışmasını sürdürmesi, belirtilen hukuksal durum karşısında olanaklı değildir.

Öte yandan, Anayasa'nın 149. maddesinin ilk fıkrasında, yer alan Genel Kurul'un Mahkeme Başkanının veya Başkanın belirleyeceği başkanvekilinin başkanlığında en az on iki üye ile toplanacağına ilişkin kural, toplantı alt sınırını gösteren bir yargılama usulü kuralı ise de bu sayının üstünde, özellikle çift sayı ile yapılan toplantılarda nasıl bir yol izleneceğini düzenlememektedir. Böyle bir durumla karşılaşıldığında, toplantının ertelenmesi, bir üyenin toplantıdan çıkması ya da benimsenecek farklı seçeneklerden birinin uygulanması konusunda yasal bir dayanak bulunmamaktadır. Bu seçeneklerden hangisi, uygulanırsa uygulansın dayanağını yasadan dolayısıyla Anayasa'dan almayan bir yetki kullanımı söz konusu olacaktır. Yargılama Usulü'nün Anayasa Mahkemesi tarafından belirlenmesi ise Anayasa'nın ihlâli sonucunu doğuracaktır.

Belirtilen nedenlerle Anayasa değişikliği uyarınca Mahkeme'nin, yargılama usulü yasa ile belirlenmeden yargısal faaliyetlerini sürdüremeyeceği düşüncesiyle çoğunluk görüşüne katılmıyoruz.

Üye

Fulya KANTARCIOĞLU

Üye

Mehmet ERTEN

Üye

Fettah OTO

Üye

Zehra Ayla PERKTAŞ

Üye

Celal Mümtaz AKINCI

## ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

**ADI VE SOYADI** : HIZIR ACAR  
**DOĞUM YERİ VE TARİHİ** : CİZRE / 1988  
**MEDENİ HALİ** : BEKAR  
**E-MAİL** : [hizr.acar@gmail.com](mailto:hizr.acar@gmail.com)  
**İŞ ADRESİ** : KUŞTEPE MH., İNÖNÜ CAD. NO: 6,  
KUŞTEPE KAMPÜSÜ, 34387  
İSTANBUL

### EĞİTİM DURUMU:

**2017-2019:** AREL ÜNİVERSİTESİ / HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI  
YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS

**2009-2013:** AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ / HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

**2002-2005:** CİZRE LİSESİ

**YABANCI DİL:** İNGİLİZCE

### İŞ TECRÜBESİ:

**2018-:** İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRETİM GÖREVLİSİ  
(DEVAM)

**2017-2018:** İSTİNYE ÜNİVERSİTE HASTANESİ SORUMLU HEMŞİRE

**2015-2016:** BİRÜNİ ÜNİVERSİTE HASTANESİ EKİP LİDERİ HEMŞİRE

**2013-2015:** ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ SUPERVİSİYOR  
HEMŞİRE