



T.C.
BURSA ULUDAĞ
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
TIP TARİHİ VE ETİK
ANABİLİM DALI



AKILCI İLAÇ KULLANIMI UYGULAMALARININ TIP ETİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

SELİM GENÇ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BURSA-2020



**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM
DALI**



AKILCI İLAÇ KULLANIMI UYGULAMALARININ TIP ETİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

SELİM GENÇ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN:

Dr. Öğr. Üyesi Sezer ERER KAFA

BURSA-2020

T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum

"AKILCI İLAÇ KULLANIMI UYGULAMALARININ TIP ETİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ" adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.


SELİM GENÇ
23.07.2020

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

..23../..07../..2020

Adı Soyadı: Selim GENÇ

Anabilim Dalı: Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Tez Konusu: Akılcı İlaç Kullanımı Uygulamalarının Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi

ÖZELLİKLER	UYGUNDUR	UYGUN DEĞİLDİR	AÇIKLAMA
Tezin Boyutları	☒	☐	
Dış Kapak Sayfası	☒	☐	
İç Kapak Sayfası	☒	☐	
Kabul Onay Sayfası	☒	☐	
Sayfa Düzeni	☒	☐	
İçindekiler Sayfası	☒	☐	
Yazı Karakteri	☒	☐	
Satır Aralıkları	☒	☐	
Başlıklar	☒	☐	
Sayfa Numaraları	☒	☐	
Eklrin Yerleştirilmesi	☒	☐	
Tabloların Yerleştirilmesi	☒	☐	
Kaynaklar	☒	☐	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Sezer ERER KAFA

İmza:



İÇİNDEKİLER

ETİK BEYANI	III
KABUL ONAY	IV
İÇİNDEKİLER	V
TÜRKÇE ÖZET	VIII
İNGİLİZCE ÖZET	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. AKILCI İLAÇ KULLANIMINA GENEL BAKIŞ	6
2.1.1 İlaç ve İlacın Sağlık Açısından Önemi	6
2.1.2 Akılcı İlaç Kullanımına Dair Tanımlamalar	8
2.1.3 Akılcı İlaç Kullanımındaki İlkeler	10
2.1.4 Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar ..	11
2.1.5 Akılcı İlaç Kullanımı Tarafları	11
2.1.6 Akılcı İlaç Kullanımı Uygulamaları: Dünya ve Ülkemizdeki Gelişimler ..	12
2.2 AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMINA GENEŞ BAKIŞ	14
2.2.1 Sağlık Politikalarından Kaynaklanan Nedenler ve Sonuçlar	14
2.2.2 Hekimlerden Kaynaklanan Nedenler ve Sonuçlar	16
2.2.3 Eczanelerden Kaynaklanan Nedenler ve Sonuçlar	16
2.2.4 Hastalardan Kaynaklanan Nedenler ve Sonuçlar	18
2.2.6 Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Ülke Ekonomisi ve Sağlık Harcamalarına Etkisi	19
2.3 TIP ETİĞİNE GENEL BAKIŞ	20
2.3.1 Etik ve Tıp Etiği	20
2.3.2 Tıp Etiği İlkeleri	22

2.3.2.1 Zarar Vermeme İlkesi.....	25
2.3.2.2 Yararlı olma İlkesi	26
2.3.2.3 Adalet İlkesi	27
2.3.2.4 Özerkliğe Saygı İlkesi	29
2.3.3 Tıp Etiğinin Akılcı İlaç Kullanımında Rolü	31
2.3.4 Akılcı Olmayan İlaç Kullanımında Etik Sorunlar	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
4. BULGULAR	38
4.1 Hekimler İle Yapılan Araştırmalardan Elde Edilen Bulgular	40
4.2 Hastalar İle Yapılan Araştırmalardan Elde Edilen Bulgular	41
4.3 Hemşireler İle Yapılan Araştırmalardan Elde Edilen Bulgular	42
4.4 Öğrenciler İle Yapılan Araştırmalardan Elde Edilen Bulgular	43
4.5 Eczacılar İle Yapılan Araştırmalardan Elde Edilen Bulgular	44
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	46
5.1.1 Zarar Vermeme İlkesi Açısından “Akılcı İlaç Kullanımı”	49
5.1.2 Yararlı Olma İlkesi Açısından “Akılcı İlaç Kullanımı”	52
5.1.3 Adalet İlkesi Açısından “Akılcı İlaç Kullanımı”	54
5.1.4 Özerkliğe Saygı İlkesi Açısından “Akılcı İlaç Kullanımı”	57
5.2 Akılcı İlaç Kullanımı Uygulamalarını Yaygınlaştırmak İçin Alınabilecek Tedbirler Ve Önlemler	60
5.2.1 Sağlık Politikaları Açısından Alınabilecek Tedbirler	60
5.2.2 Hekimler Tarafından Alınabilecek Tedbirler	62
5.2.3 Eczaneler Tarafından Alınabilecek Tedbirler	63
5.2.4 Hastalar Tarafından Alınabilecek Tedbirler	65
5.3 İlaç Ambalaj ve Kutularında Yer Alan Görseller, Bilgilendirmeler İçin Yapılabilecek Çalışmalar (İlaç Ambalaj Örnekleri)	66

6. KAYNAKLAR	68
7. EKLER.....	79
8. SİMGE VE KISALTMALAR	110
9. TEŞEKKÜR	111
10. ÖZGEÇMİŞ.....	112

TÜRKÇE ÖZET

AKILCI İLAÇ KULLANIMI UYGULAMALARININ TIP ETİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Akılcı olmayan ilaç kullanımı, ülkemizde olduğu kadar dünyada da önemli sağlık problemleri arasındadır. İdari açıdan yasal boyutunu belirlemek ve hazırlamak açısından sağlık politikası hazırlayanları, sağlık hizmet sunumu açısından hekimi, ilaçların sağlanması açısından eczacıyı, ilaç kullanımı açısından hastaları etkilemekte olan bu yanlış kullanım son 50 yıl içerisinde her bir paydaşın aktif sorumluluklarının tartışıldığı ve etik açıdan değerlendirmelerin yapıldığı önemli bir konu haline gelmiştir. Bu nedenle konunun özellikle tıp etiği açısından değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Küresel bir problem olan akılcı olmayan ilaç kullanımına karşı Dünya Sağlık Örgütü de bireysel ve toplumsal bağlamda çözüm önerileri getirmiş olmasına rağmen henüz tam olarak etkin bir çözüme ulaşamadığı görülmektedir. Bu amaç doğrultusunda öncelikle akılcı ilaç kullanımının günümüzdeki yeri ve önemi, küresel çapta neler yapıldığı, ülkemizde ne gibi önlemler alındığı literatürde araştırılmıştır. “Akılcı İlaç Kullanımı”, “Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı”, “Akılcı Antibiyotik Kullanımı”, “Tıp Etiği”, “Akılcı İlaç ve Etik” başlıkları belirlenmiş ve bu başlıklarda yazılmış makale ve tez çalışmaları çeşitli arama motorlarında taranmıştır. Yapılan tarama sonucunda ilgili başlıklarda toplam 4663 makale, 95 tez çalışması bulunmuştur. Ancak bu çalışmalarda akılcı ilaç kullanımı konusunun tıp etiği açısından değerlendirilmediği saptanmıştır. Ayrıca çalışmaya katkı sağlaması amacıyla Bursa Eczacılar Odası Başkanı Ecz. Okan Şahin ile “Akılcı İlaç Kullanımı”na yönelik bir röportaj gerçekleştirilmiş ve çalışmayı destekler cevaplara varıldığı gözlenmiştir. Bu çalışmada akılcı ilaç kullanımı uygulamaları tıp etiği açısından değerlendirilmiş, tıp etiğine ilkelerine uygun olmayan ilaç kullanımının hem sağlık hem ekonomik boyutuyla problem olabileceği sonucuna varılmıştır. Ek olarak AİK’nı desteklemek amacıyla da çeşitli öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İlaç, Akılcı İlaç Kullanımı, Tıp Etiği, Sağlık Harcamaları, Tıp Etiği İlkeleri.

İNGİLİZCE ÖZET

EVALUATION OF RATIONAL DRUG USE IN TERMS OF MEDICAL ETHICS

Irrational drug use is among the most important health problems in our country as well as in the world. This misuse, which affects health policy makers, physicians in terms of health service delivery, pharmacists in terms of drug delivery and patients in terms of drug use, has become an important issue in the last 50 years where the active responsibilities of each shareholder are discussed and ethical considerations are made. Therefore, it is of great importance to evaluate the subject especially from the point of view of medical ethics. Despite the fact that the World Health Organization has proposed solutions to the global problem of irrational drug use in an individual and social context, it seems that a fully effective solution has not been reached yet. For this purpose, the place and importance of rational drug use today, what is done globally and what measures are taken in our country have been investigated in the literature. The titles “Rational Drug Use”, “Irrational Drug Use”, “Rational Antibiotic Use”, “Medical Ethics”, “Rational Drug and Ethics” were determined and the articles and thesis works written in these titles were scanned in various search engines. A total of 4663 articles and 95 thesis works were found in the related titles as a result of the survey. However, in these studies, it was determined that the issue of rational drug use was not evaluated in terms of medical ethics. In addition, in order to contribute to the study, an interview was conducted with Okan Şahin, the president of the Chamber of Pharmacists of Bursa, regarding the “rational use of drugs” and it was observed that answers were provided to support the study. In this study, rational drug use practices were evaluated from the point of view of medical ethics and it was concluded that drug use that is not in accordance with the principles of medical ethics may be a problem with both health and economic aspects. In addition, various recommendations have been developed to support rational drug use.

Keywords: Drug, Rational Drug Use, Health Expenditures, Medical Ethics, Principles of Medical Ethics.

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) özelinde açıklanmış olan, “*hasta olan bireylerin kliniklerde yaşamış oldukları gereksinimlerine göre ilaç kullanımları, bireysel gereksinimlerini karşılamış bulunan dozlarda, yeterli süreç içerisinde, kendilerine ve toplumsal olarak en az maliyetle kullanmaları*” akılcı ilaç kullanımı (AİK) şeklinde tanımlanmıştır (WHO, 1987). Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan açıklamalara göre de dünya genelinde bütün ilaçların yarısından daha çoğunun uygunsuz şekilde reçetelendiği, dağıtıldığı veya satıldığı düşünülmektedir. Dünya nüfusunun ortalama üçte biri önemli ilaçlara erişemezken, hastaların ortalama yarısı ilaçları doğru şekilde kullanamamaktadır (WHO, 2007).

İlaç kullanımını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Son yıllarda eczacının ilaçla tedavide gelişen rolü ile birlikte reçete yazma sürecinden, ilacın hastaya ulaşma sürecine kadar hastanın, hekimin ve eczacının doğru ilaç kullanmaya yönelik payları bulunmaktadır (Nissen, 2009).

Doğru ilaç kullanımının önemine yapılan vurgu, son zamanlarda “*farmasötik bakım*”, “*klinik eczacılık*” vb terimlerin de ortaya çıkmasına neden olmuştur. Hepler ve Strand, 1990 yılında, “farmasötik bakımı”; “*hastanın yaşam kalitesini iyileştirecek belirgin sonuçlar elde etmek amacıyla ilaç tedavisinin sorumlu bir şekilde sağlanması*” olarak tanımlamış ve eczacılığın bu sürece katkı sağladığı, hasta merkezli bir uygulama olarak vurgulamışlardır (Hepler ve Strand, 1990). Farmasötik bakım tanımından sonra Amerikan Bitkisel Ürünler Derneği (AHPA), 1995 yılında ‘Pratik Farmasötik Bakım İlkeleri’ni bildirmiş ve böylece hastanın ilaçla ilgili tüm ihtiyaçlarını karşılama konusunda eczacının sorumluluğuna da odaklanılmıştır. Bu gelişmeler ile birlikte sağlık profesyonelleri içinde eczacının tedavideki yeri de gelişmiştir. Pek çok faktörün reçete yazma üzerine olan etkisi, eczacının pasif bir ilaç dağıtıcısından terapötik karar alma ekibindeki rolünü aktif bir katılımcıya dönüştürmüştür (Currie ve Nissen, 2009).

Tıbbi ürün ve cihazların doğru ve uygun kullanımını teşvik etmek eczacılık faaliyetlerinin temel amacıdır. Eczacılık faaliyetleri; danışmanlık, ilaç seçimi, ilaç bilgileri, formülasyon ve hazırlık, ilaç kullanım çalışmaları ve araştırmaları, farmakokinetik / terapötik ilaç izleme, klinik denemeler, farmakoeкономи, ilaç verme ve uygulama, öğretme ve eğitim gibi özetlenmiştir. Bu faaliyetlerin amacı, ilaçların klinik etkilerini en üst düzeye çıkarmak, tedaviye bağlı olumsuz olayların riskini en aza indirmek ve ulusal sağlık sistemleri ve hastalar tarafından doğan farmakolojik tedaviler için harcamaları en aza indirmektir (Engin, 2006).

Eczacının mesleği, her aşamada uygun müdahaleler yaparak tıbbi hataların azaltılmasında kilit rol oynamaktadır. Hastaya olası zararı listelemek, ilaç güvenliğini artırabilen uygun eczane müdahaleleri, ilaç kullanım sürecinde önemli adımlar olarak sayılabilir. Eczacının danışmanlığının tedavi üzerindeki olumlu etkilerini doğrulayan birçok çalışma ve araştırma bulunmaktadır (Aypar, 2014).

Yine hekimlik mesleği de, hastaya doğru tanı konulması, doğru tedavi yönteminin bulunması ve tedavinin yönetilmesi aşamalarında önem arz etmektedir. Bu noktada bu sürecin doğru bir şekilde işlenmesini sağlamada ilk adım hekimin hastanın şikâyetlerine, kronik hastalıklarına, psikolojik durumuna, eşlik eden alerji öyküsüne göre doğru ilacı yazması noktasında başlamaktadır. Bundan sonraki süreç ise hekimin belirlemiş olduğu tedaviye istinaden diğer basamakların faaliyetlerine göre şekillenerek devam etmektedir (Abacıoğlu 2005; Eşkazan 2008). Akılcı ilaç kullanımı iki ucu keskin bir bıçağa benzetilmektedir. Doğru kullanıldığında insanların yaşamını tehdit eden faktörleri ortadan kaldırmakta, yanlış kullanıldığında ise geri dönüşü kolay olmayan ciddi zararlara ve hatta ölümlere neden olmaktadır (Phillips 2002).

Bazı çalışmalara göre AİK'na uygun olmayan uygulamalar; gereğinden fazla ilacın reçetelendirilmesi, ilaçların yanlış şekilde kullanılması, gereksiz yere pahalı ilaçların kullanılması, hekime danışılmadan ilaç kullanılması, kullanılan ilaçların hekimin önerdiği süreden önce bırakılması, hekime danışılmadan ilaçların dozunda

değişiklik yapılması, ilaçların zamanında kullanılmaması gibi uygulamalardır (Akıcı ve diğerleri 2002; Ekenler, Koçoğlu 2016).

AİK'na uygun olmayan ilaç kullanımı; morbidite ve mortalitede artış, tedavi uyumunda bozulma veya azalma, ilaç etkileşimlerine bağlı olumsuz sonuçların görülmesi, ilaçlara karşı direnç gelişmesi, hastalık sürelerinin uzaması, hastalıkların tekrar etmesi, yan etkilerin görülmesi, tedavi başarısının azalması, hastaların tedaviye olan inancının azalması, ilaçların bulunabilirliğinin azalması, tedavi maliyetlerinin artması, kısıtlı kaynakların israf olması gibi olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Afriyie, Tetteh 2014; Altındış 2017).

AİK'na uygun olmayan ilaç kullanımının birçok nedeni vardır. Bu nedenler arasında; bireylerin yanlış inanışları, sağlık profesyonellerinin ilaçlar hakkında bilgi eksikliğinin olması, sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki iletişim kopukluklarının yaşanması, aşırı reçete yazılması, rasyonel olmayan reçetelerin yazılması, aşırı hasta yükü, tanısız imkânların yetersizliği, tanı belirsizliği, hasta talepleri, ilaç dağıtımında yaşanan sorunlar, ilaç firmalarının tanıtım faaliyetleri gibi nedenler sayılabilir (Ambwani, Mathur 2006; Chauhan, 2018).

AİK süreci, tüm sağlık profesyonellerinin (hekimlerin, eczacıların, diğer sağlık personelinin), toplumun, devletin ve ilaç endüstrisinin akılcı davranmasını ve katkı sağlamasını gerektirmektedir (Özçelikay 2001). Konu hem insan sağlığı hem de sağlık sektöründeki harcamalar olması sebebiyle tıp etiği açısından da önem arz etmektedir. Tıp etiğinin hasta –hekim, eczacı- hasta, sağlık kurumları- hasta ve sağlık politikası uygulayıcıları ile hasta arasındaki ilişki düşünüldüğünde; tıp etiği ilkeleri ışığında (zarar vermeme ilkesi, yararlı olma ilkesi, adalet ilkesi ve özerkliğe saygı ilkesi) açısından değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

Akılcı olmayan ilaç kullanımı; aşırı veya az reçete yazma, polifarmasi, endikasyon eksikliği, antibiyotiklerin uygunsuz kullanımı, oral formülasyonlar daha uygun olduğunda enjeksiyonların aşırı kullanımı, pahalı ilaçların gereksiz kullanımı, jenerik ilaçlar yerine marka ilacın kullanımı, klinik kılavuzlara uygun olmayan

ilaçların reçetelenmesi ve kendi kendine ilaç kullanımını içermektedir (Ahmadi ve Zarei, 2017).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı, hastalar, sağlık sistemleri ve bir bütün olarak toplum için önemli etkileri olan küresel bir sağlık sorunudur. İlaçların irrasyonel kullanımına neden olan faktörleri anlamak; nüfus davranışını değiştirmek ve uygun önlemleri almak için çok önemlidir. Akılcı olmayan ilaç kullanımının altında yatan temel faktörlerin zaman içinde değişmesi muhtemeldir ve politika yapıcılarının güncel faktöre yönelik tedbirler alması gerekmektedir. İlaçların akılcı kullanımı için etkili politikaların yanı sıra hekimler ve hastalar arasında işbirliği de gerekmektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı sorununu ele almak için tüm paydaşların katılımı gerekmektedir (Ofori-Asenso ve Agyeman, 2016).

DSÖ 2006 verilerine göre, tüm dünyada ilaç maliyetlerine ayrılmış olan kaynak ortalama 859 milyar Amerikan Doları, bütün dünyada ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı da ortalama %24,9'dur (Lu ve diğerleri, 2011). Türkiye, 2014 yılında dünya ilaç pazarında 17. sırada yer alırken, 2015 yılında toplam 207,2 milyar Amerikan dolarlık ithalatın, 4,6 milyar dolarının (%2,21) tıp ve eczacılık ürünleri olduğu görülmektedir (T.C. Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, 2016).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı, özellikle antimikrobiyallerin aşırı kullanımı, antimikrobiyal direncin artmasına yol açmaktadır. İlaçların uygun olmayan veya aşırı kullanımı, boşuna ödemelere ve ek olarak istenmeyen ilaç reaksiyonlarına neden olarak hasta açısından önemli sorunlara yol açabilmektedir. Ayrıca bu yanlış kullanım, hastaların uygunsuz şekilde ilaç talebini tetikleyebilmekte ve ilaç stokundan kaynaklanan eksiklikler, ilaca erişimde sıkıntılar ve hastanın sağlık sistemine duyduğu güvenin kaybolması gibi etkiler de görülebilmektedir (WHO, 2002). Görünür bu problemlere rağmen artan bir şekilde devam eden bu kullanım ve bu kullanımı etkileyen faktörlerin belirlenmesi önem taşımaktadır (Le Grand ve diğerleri, 1999).

İnsanların kendi başlarına ilaç kullanımlarında yaşanan yaygın durum ve bu durumun da beraberinde halk sağlığını ciddi açıdan içine doğurmuş olduğu, hekim, eczacı, hasta-hasta yakını, sağlık personelinin de ilaç kullanımı hatalarına dayanan problemler de incelendiğinde sağlık açısından risk oluşturmaktadır. Yine Dünya Sağlık Örgütü'nün belirttiği gibi “ Dünya nüfusunun üçte biri, ilaca ulaşmakta güçlük çekiyor” ifadesi doğrultusunda sağlık kaynaklarının kısıtlı olduğu ve adil dağıtım gerektirdiği gerçeği ve sağlıkta israfa neden olan bilinçsiz ilaç tüketimi ile ilaç atığı ekonomik olarak problem yaratmaktadır. Gerek sağlık açısından risk oluşturmaları, gerek tarafların yükümlülüklerini yerine getirme - getirmeme durumları, gerek sağlıktaki harcamaların ekonomik boyutunun tıp etiği açısından incelenmeye değer olduğu söylenebilmektedir.

AİK, öncelikli olarak halkın sağlığını ve toplumun çıkarını gözetmektedir. Tüm dünyada yanlış şekilde, gereksiz yere, etkisiz ve yüksek maliyetli ilaç kullanımı gibi nedenlerle ilişkili olarak çok çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Tespit edilen bu sorunlar arasında, temel ilaç listelerine veya güncel rehberlere uygun olmayan ilaçların reçetelere yazılması; özel hasta gruplarına uygunsuz ilaç yazılması/kullanılması; gereksiz yere pahalı ilaçların yazılması/kullanılması, gereksiz yere antibiyotik yazılması/kullanılması ya da gereksiz yere enjeksiyon preparatı yazılması/kullanılması; hekimlerin tedavileri konusunda hastalarına yeterli bilgileri vermemesi; yazılan reçetelerin gereken tüm doğru bilgileri içermesine özen gösterilmemesi; eczacıların reçete karşılama, ilaç verme ve hastayı bilgilendirme konusunda yeterli davranış sergilememesi; sağlık personelinin ilaç uygulama hatası yapması; yanlış ilaç kullanımını kolaylaştıran ilaç üretimi ve dağıtımı kaynaklı çeşitli altyapı sorunlarının bulunması AİK gerekliliğini ortaya çıkarmıştır (TİTCK, 2020).

Bu çalışmada da, akılcı ilaç kullanımı uygulamalarında tüm tarafların sorumluluğu ele alınarak, akılcı ilaç kullanımı uygulamalarının tıp etiği ve tıp etiği ilkeleri (zarar vermemesi, yararlı olma ilkesi, adalet ilkesi, özerkliğe saygı ilkesi) çerçevesinde değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AKILCI İLAÇ KULLANIMINA GENEL BAKIŞ

2.1.1 İlaç ve İlacın Sağlık Açısından Önemi

DSÖ tarafından yapılan tanıma göre ilaç; *“fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları insanın yararı için değiştirmek veya incelemek amacı ile kullanılan ve kullanılması öngörülen herhangi bir madde veya ürün”*dür (TİTCK).

Farmakoloji, “ilaçları ve insan vücudundaki etkilerini inceleyen biyomedikal bir bilim dalıdır. Fizyolojik aktif kısımlarla ilgilenir ve farmakolojide kullanılan tüm bu aktif kısımlara ilaç denir. Bu, tıpkı haplar, şuruplar, merhemler ve diğer farmasötik formlardan önceki tüm deneyler, araştırmalar ve hazırlıklar ile ilgili olan bilimin, eczanelere perakende olarak gelmesidir (Savran ve ark., 2018).

İlaçlar farklı hastalıkları tedavi edebilir ve bir kişinin genel fiziksel ve zihinsel durumunu iyileştirebilir, ancak aynı zamanda yanlış kullanımları, hatalı dozajları veya en azından asgari derecede hatalı hesaplamaları kabul edilemez sağlık risklerine yol açabilir (Diaconu ve diğerleri, 2018).

Modern ve gelişmiş dünyada tüm ilaçlar zaten icat edilmiş ve üretilmiştir, ancak güncel gerçekler ve bilimsel başarılar mevcut ilaçların iyileştirilmesine ve yeni etkili farmasötik maddelerin yaratılmasına neden olmaktadır. Aynı zamanda, insanlık giderek daha sık, farklı virüslerin, çeşitli ciddi epidemilerin ve ölümcül hastalıkların mutasyona uğramış çeşitleri ile karşı karşıya kalmaktadır (Sabnis ve diğerleri, 2018).

Bu nedenle, farmakoloji alanındaki bilim insanları tarafından göz önünde bulundurulması ve çözülmesi gereken çok sayıda düşünce sorusu ve acil sorun vardır. Biyomedikal bilim insanları, ilaç olarak ortaya çıkabilecek yan etkileri azaltmak ve tedavi verimliliğini artırmak amacıyla çalışmalar ortaya koymaktadırlar.

Tıp alanında yapılan çalışmalar, sağlık açısından en iyi ve en verimli sonucu elde etmek amacıyla geliştirilmeye devam etmektedir. (Ekenler ve Koçoğlu, 2016).

Birçok kişi için, ilaç almak günlük rutinlerinin düzenli bir parçasıdır ve bu ilaçlara hastalığı tedavi etmek ve sağlığı iyileştirmek için güvenilmektedir. İlaçlar hastayı daha iyi hissettirebilir ve hastanın iyi olmasına yardımcı olabilir, ancak hem reçeteli hem de reçetesiz tüm ilaçların faydalarının yanı sıra risklere de sahip olduğunu bilmek önemlidir. Ağrıyı hafifletmek, enfeksiyonu iyileştirmek, kan basıncını düşürmek gibi yararlı etkiler yanında karaciğer hasarı, mide rahatsızlıklar, sindirim sisteminde hassasiyet gibi basitten ciddiye doğru risklerle de karşılaşılabilir. Herhangi bir ilacı kullanmadan önce sağlık açısından bir yerle ilgili durumu düzeltirken diğer yerlerle ilgili oluşturacağı riskler sağlık açısından getirebileceği problemlere de dikkat edilmelidir (Bozkurt ve diğerleri, 2019).

İlaç kullanımından kaynaklanan çeşitli risk türleri bulunmaktadır:

- İlaç ile yiyecek, içecek, besin takviyesi (vitaminler ve bitkiler dahil) veya başka bir ilaç arasında zararlı bir etkileşim riski.
- İlacın beklendiği gibi etki etmeme olasılığı.
- İlacın ek sorunlara neden olma olasılığı (Kalkışım, 2018).

Örneğin, bir arabaya her binildiğinde de risk bulunmaktadır. Yaralanma ve/veya maliyetli hasara neden olabilecek bir kaza gerçekleşebilir. Ancak bir arabaya binmenin faydaları da vardır; yürümeye kıyasla daha uzak yerlere ve daha hızlı seyahat edebilir, mağazadan eve daha fazla yiyecek getirebilir ve soğuk veya ıslak havalarda daha fazla konfor içinde seyahat edilebilir. Bir arabaya binmenin faydaları yanında riskleri de düşünmek, ilaçların faydalarının yanında risklerinin de olduğunu düşünmek gibidir. Aynı şey herhangi bir ilacı kullanmadan önce de geçerlidir. Bir ilaç almak için her seçim yararlı etkileri yanı sıra olası istenmeyen etkilerini düşünmeyi gerektirmektedir.

İlaçların, sağlık açısından risklerini azaltmak ve ilaçların tam faydalarını elde etmek için hangi risklerin alınabileceğine ve kabul edileceğine karar verilmelidir.

Örneğin, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya kalındığında, bir tedavinin faydalarını elde etme veya daha uzun bir yaşam sürme umuduyla daha fazla risk kabul etme durumu seçilebilmektedir. Öte yandan, basit bir hastalıkla karşı karşıya kalındığında da, çok az risk almak daha mantıklı olmaktadır. Birçok durumda, hekim, eczacı veya diğer sağlık profesyonellerinin uzman tavsiyesi, karar vermeye yardımcı olabilmektedir (Bozkurt ve diğerleri, 2019).

2.1.2 Akılcı İlaç Kullanımına Dair Tanımlamalar

AİK, Nairobi’de, 1985 yılında yapılan Dünya Sağlık Örgütü konferansında; “... hastaya, ihtiyacına uygun tedavinin, uygun süre ve bireysel farklılıklarda uygun dozda, kendisi ve ülkesi için en düşük maliyette verilmesi ...” olarak tanımlanmıştır (WHO, 1985). Kenya’nın başkenti Nairobi’deki bu toplantı ile ‘Akılcı İlaç Kullanım’ araştırmaları adına başlangıç yapıldığı sayılmaktadır. Akıllı ilaç seçimi, bir hastalığın tedavisinde en önemli kısımdır. Bu nedenle, 19685’te DSÖ, ‘Akılcı İlaç Kullanımı’ terimini, “hastaların kendi ihtiyaçlarına dair ilaçları aldıkları zaman, kendi bireysel gereksinimlerini yeterli bir süre boyunca karşılayan dozlar”da olarak tekrar tanımlamıştır (Göçgeldi ve diğerleri, 2009).

‘Akılcı ilaç kullanımı’, “doğru tanı ile başlayan, ilaçlardan özgün, etkili ve güvenilir olanlarının seçilerek, hastaya ve hastalığa göre, doğru zamanda, doğru dozda ve maliyeti uygun olarak planlanarak karar verilen bir süreç”tir (Eşkazan, 1999).

Deney ve gözleme dayalı bilgi birikimi ile oluşturulan ve tıbbi tanı-tedavi sürecinde verimli ve etkili kullanım, ilaç kullanımında ‘akılcılık’ olarak tanımlanmaktadır (Abacıoğlu, 2005). AİK maliyeti uygun ilaç değil, bir hastalığın önlenmesi ya da tedavisi için en doğru ilacın gereken zamanda ve gereken dozda, en uygun tedavi maliyetiyle hem kendisi hem devlet bütçesi adına doğru şekilde kullanılmasıdır. Hastaya doğru tanı konarak, doğru tedavinin belirlenmesi, etkinliği kanıtlanmış (güvenilir) tedavinin seçilmesi, belirlenen tedavi için uygun reçete yazılması, hastanın verilen tedaviyi anlayarak tedaviye başlaması, bu sürecin takip ve değerlendirilmesini kapsayan sistematik ve kapsamlı bir yaklaşımdır. Hastalıkların

standart tedavisi temelinde, hastanın birey olarak kabul edilmesi, tıbbi bilginin doğru kullanılması ve gerçekçi ekonomik yaklaşımlar bulunur. Bireyin fiziksel ve zihinsel durumu, yaşı, sosyal çevresine bağlı olarak ilaç kullanımı ön plandadır (İskit, 2006; Kayaalp ve diğerleri, 2002; Yarış, 2007). İlaç seçimi yapılırken tüm etmenler düşünülerek, en uygun ilacın seçimi sağlanmalıdır (Kayaalp ve diğerleri, 2002).

Yanlış, gereksiz, etkisiz ve yüksek maliyeti olan ilaç kullanımları farklı boyutlarda problemlere sebep olmaktadır. Akılcı kullanılmayan ilaçlar, bütün dünyada en temel sağlık problemlerinden bir tanesi olup, tedavisi güç bir alışkanlık olarak karşımıza çıkmaktadır. DSÖ' nün raporunda yer alan ilaçların %50'sinden çok daha fazlasının uygun durumda bulunmayan biçimde reçete edildiğine ve hastaların yarısından çok daha fazlasının ilaçlarını doğru kullanmadığına vurgu yapılmaktadır (Yılmaztürk, 2013).

Doğru tanıdan tedaviye, birçok faktör sağlık durumunun iyileşmesini etkiler. Bununla birlikte, tıbbi tedavi açısından asıl belirleyici, hastanede olup olmadığına bakılmaksızın hastadır. Ancak hastaların kendilerine sunulan medikal tedavide aktif rol almaları gerekirken uyum sağlamada güçlük çektikleri söylenebilir. Sağlık hizmeti sunan ekibin bilgilendirmesi ve önerileri, çoğu zaman zorlayıcı olsa da bu aşamada büyük önem taşımaktadır (Cushing ve diğerleri, 2007). Ülkemizde de ilaçlara erişim noktasında bütün sağlık politikalarının birer parçası olarak dahası bir ülkenin ekonomik ve sosyal politikalarından bir bileşen şeklinde değerlendirildiği bilinmektedir.

AİK, tıbbi, sosyo-ekonomik ve yasal açıdan günümüzde daha fazla önem kazanmıştır. Ambwani ve Mathur (2007), AİK hakkındaki farkındalık için 5 temel gerekçe sunmuşlardır:

1. İlaç patlaması: Belirli endikasyon için mevcut olan ilaç sayısının artması ilaç seçimindeki karmaşayı artırmaktadır,

2. Direnç gelişimini önleme çabaları: İlaçların irrasyonel kullanımı, ilaçlara karşı gelişen direnç nedeniyle oldukça etkili ve hayat kurtarıcı yeni antimikrobiyal ilaçların etkinliğini azaltmaktadır,

3. Artan farkındalık: Modern dünyada, ilaç geliştirme, kullanım ve yan etkiler hakkındaki bilgiler, medya ve gelişmiş bilgi teknolojisi sayesinde inanılmaz bir hızla yayılabilmektedir,

4. Artan tedavi maliyeti: İlacın maliyetinin artması nedeniyle kamu ve devlet üzerinde giderek artan ekonomik yük rasyonel ilaç kullanımıyla azaltılabilir,

5. Tüketici Koruma Yasası: tıbbi bilginin yayılması ve hasta hakları bilinci, ilaçların irrasyonel kullanımını kısıtlayabilmektedir (Fedder, 1982).

AİK, ilaç bilgisinin sürekli desteği ile yakından ilişkilidir. AİK için karar verme sürecinin her adımı yeterli ilaç bilgisi gerektirir. İsrafi azaltmayı ve hastanın yaşam kalitesini artırmayı amaçlarken rasyonel ilaç kullanımını sağlamak için farmasötik bakım ve klinik eczane terimleri geliştirilmiştir. Bu nedenle ilaç bilgileri objektif, doğru, eksiksiz, güncel, erişilebilir ve kullanılabilir olmalı, ayrıca sürekli olarak iyileştirilmelidir (Pınar, 2010).

AİK kurallarına uyulmadığında irrasyonel (akılcı olmayan) ilaç kullanımı söz konusu olmaktadır. İrrasyonel ilaç kullanımının toplum, çevre, hastalar, ekonomi ve kaynaklar üzerinde birçok olumsuz sonucu vardır. İlaç israfı, çevre kirliliği, artmış mortalite ve morbidite, artmış advers ilaç reaksiyonları ve hastaneye yatış ve boşa harcanan ekonomik kaynaklar, irrasyonel ilaç kullanımının sonuçları olarak sıralanabilir (Cushing ve diğerleri, 2007).

2.1.3. Akılcı İlaç Kullanımında İlkeler

AİK, ilaç firmalarından başlayıp, kullanıma ve hatta ilacın atığına kadar geçen sürecin her aşamasının “doğru” yönetilmesini gerektirir (Aydın ve ark., 2012). Bu nedenle dikkate alınması gereken bazı ilkeler belirlenmiştir (SGK, 2013):

- İlaçların etkinliği,
- Uygunluğu,
- Güvenilirliği,
- Ekonomik boyutu,

- Oluşabilecek zararların öngörülmesi,
- İlacın reçete edilmesi ve uygulanma sürecindeki uzmanlık durumu,
- İlacın kullanımı için hastayı doğru bilgilendirme ve aydınlatma,
- Hastanın da tedaviye katılımının sağlanması,
- Akılcı ilaç kullanımı konusunda toplumu bilinçlendirme,
- Sağlık politikası uygulayıcıların denetleme ve düzenleme konusunda etkili rolü vb.

Bu ilkelerin hem hasta, hem hekim, hem eczacı, hem ilaç firmaları hem de sağlık politikası uygulayıcılarının üzerine düşen sorumluluğu yerine getirmesiyle akılcı ilaç kullanımı konusunda verimli sonuç elde edileceği düşünülmektedir.

2.1.4. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar

İlaçların gereğinden fazla veya yanlış kullanılma durumları, gerek hasta güvenliklerini tehdit etmekte, gerekse de kaynakların boşa gitmesine sebep olarak görülmektedir. İlaçların yan etki, tolerans, direnç, bağımlılık oluşturma ve yüksek sağlık harcamaları benzeri bir takım istenmeyen sonuçlarıyla ilaç kullanımlarında akılcı kullanımın gerekliliği hissedilmektedir. Bu sonuçlar aşağıdaki gibi aktarılabilmektedir (Özçelikay, 2001):

- Hasta ve tedavi uyumunun bozulmaları veya azalmaları
- İlaç etkileşimleri sebebiyle de istenmeyen sonuçların görülme hali
- Birtakım ilaçlara karşı direnç gösterme durumunun gelişme hali,
- Hastaların tedaviye olan güvencinin azalması,
- Hastalığın tekrarlanmasıyla,
- Hastalık sürelerinin uzama durumlarıyla,
- Tedavi süreçlerindeki başarı faktörlerinin azalma durumu,
- Yan etki görülme sıklığının artmasına,
- Fiyatın baskı oluşturmaları sebebiyle de ilaçların bulunulurluk düzeylerinde yaşanan azalmalar,
- Tedavide yaşanmakta olan maliyet kalemlerin artış göstermesine zemin hazırlamaktadır.

2.1.5. Akılcı İlaç Kullanımı Tarafları

Akılcı ilaç kullanımlarında “var olan paydaşlar” şeklinde belirtilmekte olan bireyler konu hakkında sorumluluk duymakta olan taraflardır. Akılcı ilaçlarla ilgili taraflar (Aydın ve ark., 2012; Özçelikay, 2001):

- İlaç kullanım kararlılığını gösteren hekim,
 - İlaçları sağlayan eczacılar,
 - İlaçların uygulamasını yapan hemşire ve diğer sağlık personelleri,
 - Tedavinin uygulanmasında yardımcı olan hasta ve hasta yakınları,
 - Devlet,
 - İlaç endüstrisini yönlendiren firmalar,
- olarak belirtilmektedir.

Akılcı olmayan ilaç kullanımı ile mücadelede, sağlıkçıların, ilaç firmalarının, toplumun, tüm kurumların, meslek örgütlerinin ve sivil toplum kuruluşlarının yani tüm paydaşların sorumluluğu bulunmaktadır.

2.1.6. Akılcı İlaç Kullanımı Uygulamaları: Dünya ve Ülkemizdeki Gelişimler

DSÖ’ye göre toplam ilaçların yarısından daha çoğu uygunsuz olarak reçete edilmekte, dağıtılmakta veya satılmaktadır (Aydın ve diğerleri, 2012). AİK konusunda belli bir yol kat edilmiş olsa da ilaçların kullanım problemleri sürmektedir. Örnek olarak; OECD ülkelerinde 2000 yılında, toplam sağlık harcamalarının %25’i ilaç harcamaları oluştururken günümüzde bu oranın arttığı görülmektedir (Ulusoy ve diğerleri, 2011).

Türkiye’de de sosyal güvenlik kurumlarının yaptığı sağlık harcamalarından ilaç harcaması için ayrılan pay, 2007 yılında %46, 2008 yılında ise %42,2’dir. TC Sağlık Bakanlığı’nın 2007 ve 2008 yılı verileri dikkate alındığında, ilaç harcamalarının %60’a ulaştığı (gelişmiş ülkelerin 4 katı) görülmekte ve bu oranın akılcı olmayan ilaç kullanımının ekonomik yönünü göstermektedir (Şenol, 2010). Türkiye’de, ilaç üretiminden çok ilaç tüketimi söz konusu olup, hane başına ortalama 4,3 kutu ilaç düşmektedir (Gökarp ve Mollaoğlu, 2003). Türkiye Ticaret Bakanlığı’nın 2019

yılında hazırladığı “Türkiye İsraf Raporu’na” göre; “ ...ülkemizde eczanelerdeki ilaçların ortalama %19’u kullanım süresi dolduğu için çöpe atılmakta, evlerde ise ilaçların %40’ının kutusu dahi açılmadan kullanım tarihi sona ermekte...”dır. Atık oluşan bu ilaçların ekonomik boyutu ise 500 milyon doları bulmaktadır. Dünya genelinde ise 2019 yılı verilerine göre sağlık harcamaları 7,3 trilyon doları bulurken, ilaç sektörüne ayrılan kaynak yaklaşık 1 trilyon 200 milyar dolar olarak açıklanmıştır. (TÜİK, 2019)

AİK, Türkiye gündemine tam anlamıyla 1990’lı yıllarda gündeme girmeye başlamıştır. İlk olarak 1992 yılında Sağlık Bakanlığı (SB) bünyesinde çalışmalar başlatılmış, 1992-1994 yılları arasında birçok şehirde saha çalışmaları yapılmıştır. Ardından 1998/99 ‘Orta Vadeli İşbirliği Programı’ kapsamında DSÖ ile SB arasında AİK konusunda bir çalışma başlatılmıştır. SB tarafından 2003 ve 2004 yıllarında DSÖ’nün AİK ile ilgili ‘Reçete Yazma Rehberi’ ve ‘Eğiticilere Yönelik Reçete Yazma Rehberi’ Türkçeye çevrilerek eğitimlerde temel materyal olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu gelişmelere paralel olarak eczacılık ve tıp fakültelerinin ders müfredatlarına 2008 yılından itibaren AİK dersleri eklenmiştir. SB tarafından 2010 yılından başlayarak her ilde ‘Akılcı İlaç Sağlığı Birimleri’ ve her hastanede ‘Akılcı İlaç Kullanım İradeleri’ kurulması mevzuatta yer almıştır. Bu kurumsal oluşum, aynı zamanda AİK ile ilgili faaliyetler açısından bir dönüm noktası niteliğindedir (Akıcı, 2015).

Akılcı İlaç Kullanımı konusunda başlatılan bu çalışmalar hem ülkemizin hem de dünyadaki diğer ülkelerin bu konuda vermiş olduğu önemi göstermektedir. Bunun nedeni ise ülkelere göre değişiklik görülse de, sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü ilaç harcamaları oluşturmaya ve sağlık açısından risk oluşturmaya bağlanabilmektedir. Ülkemizde kamu sektöründe yapılan tasarruf girişimleri yanında sağlık ekonomisinin maliyetinin düşürülmesine yönelik adımlar atılmaktadır.

2.2. AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMINA GENEL BAKIŞ

Akılcı olmayan ilaç kullanımı, yukarıda verilen tanıma göre akılcı kullanıma uygun olmayan ilaç kullanımını ifade etmektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımının yaygın örnekleri; bir hasta için gereğinden fazla sayıda ilacın kullanılması (polifarmasi), hastalara gereksiz ilaç reçete edilmesi, uygun olmayan antibiyotik kullanımı, oral alım daha uygun olacak iken enjeksiyonun tercih edilmesi, klinik kılavuzlara uygun olmayan ilaçların reçete edilmesi, belirlenen ilaç tedavisine hastalar tarafından uyulmaması ve hastaların kendilerini –sıklıkla reçete ile satılan ilaçlarla uygunsuz tedavi etme çabalarıdır (Aydın ve Gelal, 2012).

2.2.1. Sağlık Politikalarından Kaynaklanan Nedenler ve Sonuçlar

Sağlıktan yararlanma hakkı, “İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (İHEB)”nin 25. maddesi gereği, temel insan haklarından bir tanesi gibi kabul edilmektedir. İHEB kapsamında, “*Gerek kendisi gerek ailesi için yiyecek, giyim, konut, tıbbi bakım ve gerekli sosyal hizmetler de dahil olmak üzere, sağlık ve refahını sağlayacak uygun bir yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, yaşlılık veya geçim olanaklarından kendi iradesi dışında yoksun bırakacak başka durumlarda*” her vatandaşın sahip olmasıyla mükellef “güvence hakkı” içerisinde bulunan en temel faktörlerden bir tanesi olarak kabul edildiği bilinmektedir (Alcan, 2015).

Sağlık politikaları en genel aktarımıyla; sağlık sistemlerinin kurumlarını, hizmet faktörlerini ve finansman düzenlemelerinin tümünü etkisi altına alan bütün eylemleri içermektedir. Bunun yanı sıra, sağlık hizmetlerinin çok daha ötesinde, sağlık üzerinde etkileri bulunan bütün kamu, özel ve gönüllü işletmelerin faaliyetlerini de kapsamaktadır. Ayrıca, en doğru politikanın belirlenmesi için toplumdaki tüm sosyo-ekonomik durumu düşünerek hareket etmek gerekmektedir (Atabey, 2012).

Dünyada mevcut olan bütün ilerlemeler ve globalleşme sebebiyle sunulmakta olan sağlık hizmetlerinin neredeyse bütün alanlarına özel sektörün dahil edildiği bilinmektedir. Bundan kaynaklı da devletler bu alanı tek elden yürütmekte olan aktör

rollerini özel sektörle de paylaşım yoluna girmişlerdir. Bununla beraber uluslararası sağlık işletmeleri, devletlerin ve hükümetlerin yanında, yaşanmakta olan gelişmelere kayıtsız kalmamışlar ve küresel manada gerçekleşecek gelişmeler ve uygulamalar adına farklı amaçlar atayarak sağlık alanına ve gelişimine katkı sunmuşlardır. DSÖ de bu alanda hem ulusal-uluslararası bildiriler, hem de yapılan planlamalar ile sağlık politikalarının bu yönde gelişmesine zemin hazırlamayı hedeflemektedir. (Sağlık Bakanlığı, 2018)

Akılcı olmayan ilaç kullanımlarının sağlık sistemleri ve sağlık sistemlerini düzenleyen yetkililerin ya da makamların iş yapılarından kaynaklı olarak, ilaç tüketim politikalarının etkisiz oluşu, hiç yapılamayışı veya revize edilemeyişi; düzenleme (ruhsatlandırma, etkili ve sürekli denetim) sistematiklerinin yetersiz oluşu; mevzuat yetersizliklerinin yaşanması ve/veya yaptırım güçlerinin az oluşu, ilaç fiyatlandırma sistemleri ve denetimlerindeki boşluklar ve ilaç endüstrisinin etkisiyle akılcı ilaç kullanımı yaygınlaşmamaktadır (Mollahaliloğlu ve diğerleri, 2004).

Akılcı olmayan ilaç kullanımının sağlık politikasından kaynaklanan nedenleri ilk olarak tanı-teşhis sürecinde bazı sorunlar olabilmektedir. Bunlar;

- Hastanın yetersiz muayenesi
- Hasta ve hekim arasında eksik iletişim
- Belgelenmiş tıbbi geçmişin olmaması
- Yetersiz laboratuvar kaynakları olarak gösterilebilir (Dikici ve Şahin, 2017) .

Bir diğer önemli husus ise tedavinin reçete edilmesinde yaşanan bir takım sorunlar olabilmektedir. Bunlar;

- Reçetelerin gereksiz fazla bilgi istemeleri,
- Reçetelerin onay mekanizmalarının olmayışı,
- Yanlış reçetelemenin yapıldığında bir ceza isteminin olmaması gibi sıralanabilir (Dikici ve Şahin , 2017).

2.2.2. Hekimlerden Kaynaklanan Nedenler ve Sonuçlar

Hekimlerden kaynaklı pek çok akılcı ilaç kullanımı engeli bulunmaktadır. Bu engellemelerden bazıları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Hasta uyumunun yok sayılması
- Kötü/yanlış teşhis koyma
- Hekimin hastayı yeterince bilgilendirmemesi ve/veya aydınlatmaması,
- Hastane yoğunluğundan ve koşullarından kaynaklı, hastaya yetersiz danışmanlık vermesi
- Yetersiz takip / hasta desteğı
- Hastanın inançlarını, ortamını veya kültürünü dikkate almayan tedaviler veya talimatlar (Akıcı ve diğerkleri, 2002).

AİK sürecinde taraflardan biri olan hekimlerin, uygun ilaca karar verirken aşağıdaki hususları göz önünde bulundurması önemlidir (zelikay, 2001):

- Doğru teşhis,
- Tedavi seçeneklerini tüm boyutuyla irdelemesi,
- İlacın seçimi noktasında tüm boyutlarını, risklerini ve etkileşimlerini düşünmesi,
- Hasta için ilacın zamanı, miktarı ve kullanımını belirlemesi,
- Hastanın tedaviye uyum sürecini takip etmesi,
- İlacın ekonomik boyutunu göz önünde bulundurması,
- İlaca ulaşılabilirliğı düşünmesi.

Bu durumlara ek olarak hekimin ilaçla tedaviye karar vermeden önce, diğerk tedavi yöntemlerini de düşünmesi ve göz önünde bulundurması hekimin ykmllkleri arasındadır (Aydın ve diğerkleri, 2012).

2.2.3. Eczanelerden Kaynaklanan Nedenler ve Sonuçlar

AİK için en öncül taraflar içinde sayılmasalar da eczacıların da ciddi bir payı bulunmaktadır. Esasında eczacılar birbirlerini takip eden süreçleri sürdürmektedirler.

İlaçların uygun şartlarda eczaneye eriştirilmesi ile başlamış olan süreç; doğru şekilde depolanıyor olması, hasta reçetelerinin doğru şekilde değerlendirilip tedarik edilmesi, reçetede bulunan talimatlara uygun şekilde ilaçların hazırlanıyor olmasıyla devam etmektedir.

Bir diğer önemli husus ise ilaçlarının dağıtımlarında yaşanan bir takım sorunlardır (Toklu ve Dülger, 2011):

- Reçetenin Yanlış Yorumlanması
- Yanlış Malzemelerin Alınması
- Yanlış Sayma, Birleştirme veya Dökme
- Yetersiz Etiketleme
- Sağlıksız Prosedürler
- Paketleme
 - Kalite Kaydı Olmayan Ambalaj Malzemeleri
 - Yeniden Paketleme Gerektirebilecek Tek Paket Boyutu
 - İçinde ne Olduğu Belli Olmayan İlaç Paketleri

Eczacılar, ilaçları temin ettikten sonra ise hastalara doğru kullanım şekilleri, yan etkileri ve dahası olası ilaç etkileşimlerinin olması ve bunun yanında da hastanın tedavilerine dair diğer hususlarda gerekli gördükleri bilgileri vermekle yükümlüdürler. Söz konusu işleyiş, geri ödeme işlemleri için gerekenlerin yapılıyor olması ve verilerin sisteme girildikten sonra hasta ile olan müşteri satıcı ilişkisinin son bulmasıyla bitmektedir (SGK, 2013).

Bu süreç içinde eczacıların bilhassa hastaların beraberinde getirmiş oldukları reçetelerini doğru biçimde yorumlaması, reçetenin doğru şekilde ve zamanında karşılanıyor olması, hastanın yazılı ve sözlü şekilde bilgilendirilme zorunluluğu, gerekli olduğunda doktorlarla iletişimin kuruluyor olması ve tedavilerin takibi eczacıların akılcı ilaç kullanımlarındaki sorumlulukları içerisinde bulunmaktadır (Özçelikay, 2001).

DSÖ ve Avrupa Topluluğu (EC) tarafından eczacıların son dönemlerdeki rol ve işlevlerinin, hastalara dair sorumluluklar ve toplum içindeki sorumluluklar şeklinde ikiye ayrıldığı görülmektedir (Özçelikay, 2001). Topluma yönelik rollerde bilhassa ülke kaynaklarının boşa çıkmasını ve gereksiz ilaç kullanımlarına bağlı olarak ilaca karşı toplumsal dirençlerin oluşmalarını engellemek bulunmaktadır. Hastalara dair en önemli vazifenin başında da hastaların güvenliklerini kontrol altına almaları yatmaktadır. Nedeni ise bir takım ilaçların mediko-legal sınırlar içinde kullanılıyor olsa dahi bile, tolerans, dirençler, yan etkileri ve ilaçlara olan bağımlılıklarına kadar varan olumsuz sonuçların doğabilmesidir (Pınar, 2012).

2.2.4. Hastalardan Kaynaklanan Nedenler ve Sonuçlar

Hastalardan kaynaklanan nedenlere bakıldığında;

- Sosyodemografik özellikler
- Hasta memnuniyetsizliği
- Depolama
- Bilgilendirilme / Anlama

olarak öncüller belirlenebilir.

Tedaviye olan uyumun gerçek bir belirleyicisi olarak, hasta özellikleri verdikleri karar kapsamında baskındır. Genel olarak yaş, medeni durum, yalnız yaşam, cinsiyet, ırk, gelir, meslek, bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı, istihbarat, eğitim düzeyi veya kişilik tipi gibi demografik faktörlerin hiçbirinin uyumla tutarlı olmadığı gösterilmiştir (Wertheimer ve diğerleri, 2003). Bununla birlikte, bu faktörlerin önemli bir etkisi olabilir. Özellikle yaş ve zihinsel farkındalık, tedavi sürecine olan uyum sürecinde önemli faktörlerdir (Engin, 2006). Yaşlı hastalar daha önce belirtildiği gibi düşük uyum oranlarına sahiptir. Okuma güçlüğü de tedavi uyumunu etkileyebilecek diğer bir faktördür. Hastanın ilaçların etiketlerini, ilaç kullanım talimatlarını veya reçeteyi okuyamadıkça, tedaviye uygun olması muhtemel değildir (Moisana ve diğerleri., 2002; Arpacı ve diğerleri, 2008).

Hastanın memnuniyetsizliği de tedavi sürecinde yaşanan uygunsuzluğun bir göstergesidir. Memnuniyetsizlik, aktif sorgulama veya tedavi konusunda endişeye

sebepe olabilir (Engin, 2006). Hastalar hastalandıklarında endişeli olma eğilimindedirler ve kaygı, biliş olumsuz yönde etkileyebilir (Cushing ve diğerleri, 2007).

Bir alışkanlık olarak, ilaçların evin çeşitli yerlerinde depolanması tedavinin aksatılmasına ve verimsizliğine neden olabilir. Çoklu kronik hastalığı ve ilaçları olan hastalar için ilaçlar kolayca karışabilir ve ilaç almayı unutabilirler (Wertheimer ve diğerleri 2003). Özellikle, psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalar “ilaçsız yapabilirim” fikri ile tedaviyi bırakabilmektedirler (Meriç ve diğerleri, 2010)

Hastaların sorunun ne olduğunu ve ne yapmaları gerektiğini, tedavinin nasıl uygulanacağını anlamaları çok önemlidir. Hastalar, uymaları gereken tedavi yönergelerini açıkça anlamadıkça tedavilere uyamazlar ki çoğunlukla öğrendikleri bilginin büyük bir bölümünü unutmaya eğilimlidirler (Moisana ve diğerleri, 2002; Wertheimer ve diğerleri, 2003). Yan etkilerin ortaya çıkacağını, ilacın yararsız olduğunu veya hastalığın önemsiz düşünmek tedaviye aktif katılmalarını engelleyebilmektedir (Yarış ve diğerleri, 2008).

2.2.5. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Ülke Ekonomisi ve Sağlık Harcamalarına Etkisi

Akılcı olmayan ilaç kullanımlarının ardından, *“etkili ve güvenilir durumda olmayan tedavilerin tümü; hastalıkların tekrarlamaları veya uzamaları, ilaçların hastalara farklı zararlar verme risklerinin artmaları, hastaların ilaç bağımlıları olmaları benzeri psiko-sosyal etkileri”* (WHO, 2002) yanında ilaç sektörüne harcamaların devlete getirmiş olduğu ağır yük, konunun ekonomik durumunu oluşturmalarının yanında, söz konusu durum devleti farklı tedbirler uygulamaya itmektedir.

İlaçların akılcı olmayan kullanımları gerek gelişmiş, gerekse gelişmekte olan ülkelerde ciddi tıbbi ve ekonomik problem meydana getirmektedir (Laing, 1990). Ekonomik olarak da önemli olması, ilacın ve/veya hammaddelerinin çoğunun ithal ediliyor olmasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle ‘akılcı ilaç kullanım’larının

teşvik edilmeleri hususunda DSÖ önderliğinde birçok ülkede, “Akılcı İlaç Kullanımı Programı” başlatılmıştır (WHO, 1987).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı tüm ülkelerde, ciddi anlamda hem sağlık hem sağlık harcamaları konusunda büyük bir problemdir. İlacın üretiminden- hastaya ulaşım sürecine tüm tarafların payı ve sorumluluğu söz konusudur. İlaç şirketleri de bilhassa ilacın hekim, eczacı ve diğer sağlık personeline tanıtımlarında etik davranma hususunda yükümlüdür. Yani hekim, bilinçli bir şekilde ve doğru reçete yazabildiği, eczacı hastaya en uygun şekilde ilaç temin edebildiği daha da önemlisi hasta doğru bir şekilde ilaç kullanabildiği zaman, hem minimum yan etki ile maksimum fayda sağlanacak, hem de ekonomi olumlu yönde etkilenecektir (Yapıcı ve diğerleri, 2001).

2.3 TIP ETİĞİNE GENEL BAKIŞ

2.3.1 Etik ve Tıp Etiği

Türkçe literatüre son yıllarda girmiş olan etik kavramı, eski Yunan’da felsefenin mantık, epistemoloji gibi temel alanlarından biri olup insan davranışlarını, ahlak ve normlara uygun davranmanın yükümlülüğünü bilimsel tarzda araştıran ve sistematik ahlak değerlerini konu edinen felsefenin bir dalıdır (Gök ve diğerleri, 2012).

Etik, ahlak konusunda, önce, şimdi ve sonraya dair karar ve davranışların temkinli ve planlı bir biçimde düşünülmesi ve sonuçlandırılması ile ilgilenir. Etik, insan davranış ve hükümlerinin tüm süreçleri ile uğraştığı için birçok alt dalı olan çok büyük ve karışık çalışma alanına sahiptir (Civaner, 2005).

Felsefenin alt disiplini olan etik, üç farklı düşünme şeklini ele alır (Şeker ve Bulduklu, 2017). Bunlar: Meta Etik, Normatif Etik ve Betimleyici Etikdir. Meta etik ahlaki yargılamanın altında yatan gerekçeleri araştırırken; normatif etik pratiğe yönelik bir etik alanı olarak görülmektedir (Kınay, 2005). Betimleyici etik ise kural koymak ya da norm bildirmek yerine, sadece davranışı gözlemleyerek bilimsel

ve/veya betimsel yolla tanımlamayı amaçlayan düşünme şeklidir (Duyan ve Purutçuoğlu, 2016).

Çağdaş dünyada, uğraş alanlarının kendilerine özgü ahlaki boyutlarının adlandırılması bağlamında, her biri için “uygulamalı etik”, tümü için ise “uygulamalı etikler” veya kısaca “etikler” terimleri kullanılmaktadır. Bunların bir dizi popüler örneğini tıp etiği, siyaset etiği, bilim etiği, spor etiği, medya etiği, hukuk etiği şeklinde sıralamak olanaklıdır (Tepe, 2000). Etikler ait oldukları alana özgü eylemler, eylemlerin belirleyicisi olan düşünme süreçleri ve bu süreçlerin yönlendiricisi olan değerler ile ilgili olmak bakımından ahlak felsefesine; alan mensuplarının birbirleriyle ve toplumun farklı kesimleriyle ilişkilerini düzenlemeye yönelik kurallar içermek bakımından genel ahlaka benzemektedir. Öte yandan etikler tüm bunları alana özgülük sınırlı çerçevesi içinde gerçekleştirdikleri için ahlak felsefesinden ve genel ahlaktan farklıdırlar (Can, 2011).

Uygulamalı etiklerin her birinin bir boyutu ait olduğu alandaki rutin işleyişi düzenleyen somut, özel ve ayrıntılı kurallar-normlar içermekte ve bu boyut alanda etkinlik gösterenlerin tümünü ilgilendirmektedir. Her bir uygulamalı etiğin sahip olduğu ikinci boyut ise o alana özgü etkinlikler çerçevesinde, özellikle de zor kararların alınması veya ikilemlerle yüzleşilmesi gereken noktalarda, iyi eylemi belirleme arayışıdır (Kadıoğlu, 2007)ç

Etik kavramı, son dönemlerde özellikle sağlık, ekonomik ve siyasal problemlerden dolayı gündeme daha sık gelmektedir. Felsefede iyi-kötü, erdem gibi değerler hak, ödev, fayda gibi kavramlar incelenir. Hem felsefenin hem tıbbın konusu insan ve yaşam olduğu için birbiriyle ilişkilidir. Tıp, şu an bile hekim-hasta ilişkisi çerçevesinde değişen ve teknolojik olarak da sürekli gelişim gösteren bir alan olması nedeniyle, her ilerleme ile karşılaşılan ikilemler ve değerler sorgulanmaya devam edecektir (Cevizci, 2008).

Tıp etiği olarak da ifade edilen sağlık alanındaki meslek etiği, sağlık profesyonellerinin tedavi ilkeleri doğrultusunda iyi davranış sergilemek üzere neleri yapıp-yapmamaları hakkında olup, öznel ve nesnel düşünceyi, fikir yürütmeyi ve

belirlenmiş standart kurallara uymayı içermektedir (Yıldırım ve Kadioğlu, 2007). Tıp etiği, sağlık alanındaki herhangi bir uygulamanın doğru-yanlış, iyi-kötü veya onaylanabilir-onaylanamaz olduğuyla ilgili yargıda bulunur. Bu tür yargılar kişinin iradesinden, akıl yürütmelerinden bağımsız değildir. Sağlık hizmetlerine yönelik etik çalışmalar tıp etiğine yönelik akademik, kavramsal analitik etkinlikleri ve uygulamadaki etik vaka sorunlarında etik kavramların değerlerin hayata nasıl geçirileceği yönündeki tartışmalar ve görüşlerinden oluşturmaktadır (Aydın, 2001).

Tıbbın alanının genişlemesi uygulamaları arttırdığı ve her bir yenilik farklı etik sorunları beraberinde getirdiği için bu yöndeki tartışmalar ve akabindeki kararlar oldukça önem arz etmektedir. Zira tıp etiği geniş ve çok farklı bilimler topluluğu ile ilişkisi olan bir kavramdır. Örneğin, antropoloji, ekonomi, epistemoloji, bilimsel araştırma teknikleri, tarih, hukuk, tıp, hemşirelik, eczacılık, felsefe, biyoloji, sosyal psikoloji, sosyoloji ve teoloji bunlardan sadece bir kaçıdır. Dolayısıyla tıp etiği çok farklı kuramsal temellere dayanan disiplinler arası bir alandır (Sugarman, Sulmasy, 2010).

Tıp etiği yalnızca etik problem çözümünde değil, etik ikilem içermeyen tıbbi eylemlerin devam etme sürecinde de devreye girmektedir. Etik değerlendirme yapma ve karar verme süreçleri, klinik tıbbın doğal ve vazgeçilmez parçalarıdır. Öte yandan etik bilinç ve etik duyarlılık, etik sorunların tanınmasında ve çözülmesinde olduğu gibi onların ortaya çıkışının engellenmesinde de etkili olmaktadır (Kadioğlu,2001).

2.3.2 Tıp Etiği İlkeleri

Tıp, bütün bilimleri kullanan, bilimsel yöntemleri izleyen teknik bir alandır. Etiğin uygulamalı etiğe yansıyan farklılaşmış uzantısı olarak da tanımlanabilen tıp etiği, tıp uygulamaları esnasında hasta- hekim, hasta- sağlık kuruluşu, hasta- sağlık politikaları gibi ilişkilerde görülen değer sorunlarıyla ilgilenmektedir (Çobanoğlu, 2003) .

Tıp etiği, tarif ettiği sorunlara, ortaya çıkan ikilemlere çözüm aramaya çalışan bir alan olduğu için, belli kural veya kriterler kullanmak zorunda kalır. Bu aşamada belirlenen ilkeler, tıp etiğini uygulamada oldukça önemli birer yol gösterici olarak rol alırlar. Böylece, hastaya en fazla yarar sağlanabilir ve en kaliteli sağlık hizmeti verilebilir.

Tıp etiği alanında oluşabilecek sorunları çözme konusunda rehberlik edebilecek tıp etiği ilkeleri bulunmaktadır. Tıp etiği ilkeleri etik problemleri ortaya çıkartarak ve etik değerleri ön plana alarak, etik problemleri ve etik ikilemleri çözümlemektedir. Bu ilkeler tıp mesleği uygulayıcılarına etik kararlar vermede yol göstermektedir. İyi ve kötünün ne olduğu, mutlak iyinin var olup olmadığı etikte problematik alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Tıbbi uygulamalarda iyinin ve kötünün hangi ölçülere göre tespit edileceği aynı zamanda evrensel ve toplumsal niteliklere sahip olacak değerleri oluşturmak amacı güden tıp etiği, karşılaşılan etik problemlerde değer yaklaşımını temellendirir (Arda ve diğerleri, 1995) .

Herhangi bir etik yargıya ulaşmak için kişinin birtakım temel ilkelere ihtiyacı vardır. Kurallı bir çalışma olan etikte, hukukta olduğu gibi genel kurallardan özel bir sonuca varmak “tümdengelimsel” (dedüktif) bir mantık işlemini gerektirir. Tümdengelim için çok genel önermeler kullanılmalıdır. Bunlar yıllar boyunca insan toplumlarının ortaya koyduğu normları ve bunların yaratılma mantığını incelerken elde etmiş olduğu temel bilgiler olarak değerlendirilebilir. Bu bilgiler ister hukuk isterse ahlak olarak adlandırılınsın kural oluşturma etkinliğinin yapısını açıklamakta ve bu sistemlerin iç mantığını tanıtmaktadır. Sağlık çalışanları ve sağlık yönetenleri de tıbbi etik sorunlarını çözme aşamasında, farkına vararak ya da varmayarak, bu temel etik ilkeleri kullanmaktadırlar (Arda, 2004).

Tıp etiğinde yararlanılmakta olan ilkelerin, etik kararlarda biçimlendirici/yol gösterici olmalarıyla birlikte; onları tam ve kesin ölçü birimleri olarak görmek de doğru olmadığı düşünülmektedir. Ancak onların sorunları çözümlemede, değerleri ortaya çıkarmada, ikilemlerde çok önemli işlevsel rolleri olduğu, etik görüşlerde bir araç görevi üstlenmekle birlikte, doğru ve iyi yönünde bazı seçeneklerin

hazırlanmasına zemin hazırlamaktadır. Ancak, ilkeler matematikteki gibi doğrudan bir kanıt gücü, etik doğruluk ya da kişisel haklılığının garantisi görülmemektedir (Aydın ve Ersoy, 1995).

Tıp etiğinde karşılaşılan etik ikilemler ve sorunlar tartışılıp, değerlendirilirken ya da çözüme kavuşturulurken, göz önünde bulundurulması gereken ve nesnel dayanak oluşturan tıp etiği ilkeleri bulunmaktadır. Bu ilkeler tıp etiğinin temelinde bulunan ve karar alma, karar verme sürecinde dikkat edilmektedir (Kadioğlu, 2007).

Bu ilkeler farklı şekilde tanımlanmış olsa da dünya genelinde ve ülkemizde hem akademisyenler hem sağlık alanında çalışan profesyoneller arasında özümseyen, Beauchamp ve Childress adlı iki Amerikalı biyoetikçinin sundukları dört ilkeli şemada (1) yarar sağlama, (2) özerk olma ve başkalarının özerkliğine saygı gösterme, (3) zarar vermeme, (4) adil olma yer almaktadır (Beauchamp ve Childress, 2017).

Etik İlkeler;

1. Zarar vermeme ilkesi,
2. Yararlı olma ilkesi,
3. Adalet ilkesi,
4. Özerkliğe saygı ilkeleridir.

Tıp etiğinde özellikle son yıllarda yoğun biçimde kullanılmakta olan ilke kavramı, ve onun öğelerinin kaynaklarını Hipokrat'a kadar uzatmak genel kabul gören bir tutumdur. Böyle bir değerlendirmede bulunan yazarlardan birinin görüşüne göre, günümüz tıp etiği ilkelerinin kaynağını Hipokratik gelenekte aramak boş bir çaba değildir. Thomson, Dünya Tıp Birliği'nin Ant metni üzerinde yaptığı incelemedeki “*yetenek ve hükmüme göre hastalarımın yararlı ilaçlar vereceğim ve asla kimseye zarar vermeyeceğim*” ve “*gittiğim her eve sadece hastamın iyiliği için gireceğim kasıtlı olarak zarar vermekten kendimi uzak tutacağım*” biçimindeki ifadelerden, yararlılık ve zarar vermeme ilkelerini çıkartmaktadır. Ona göre bu ifadeler, iyilik yapma ve zarar vermekten kaçınmayı dile getirmektedir. Yine günümüz tıp etiğinin temel ilkelerinden olan “özerkliğe saygı ilkesi” de Thomson’a, göre yemin metinlerinde yer almaktadır. Thomson, “*kimseye öldürücü ilaç*

vermeyeceğim, ölümüne neden olacak bir tavsiyede bulunmayacağım, düşük yapması için gebe bir kadına yardım etmeyeceğim” ile “mesleğimi uygulamada tüm bilgimi kullanacağım, sınırlarımı aşmayacağım ve hastanın sırrını asla açıklamayacağım” biçimindeki ifadeleri “özerkliğe saygı” ilkesinin kanıtları olarak görmektedir. Böylece hekim bu ilke ile, hastanın sırrını koruma ve onun gizliliğine saygı gösterme konusundaki ödevleri kabul etmiş olmaktadır. Son olarak aynı yazar Ant içindeki; herkese karşı dürüst olma ve ayırım yapmamayı (kadın, çocuk, köle vb. yönlerden) dile getiren dolaylı ifadeler ile adalet ilkesini vurguladığı değerlendirmektedir (Thomson, 2007).

2.3.2.1 Zarar Vermeme İlkesi

Zarar vermeme ilkesi, tıp alanındaki ahlaki değer sorunlarının ifade edilmeye başlandığı günden beri tıbbın temel ilkelerinden biri olmuştur. Hipokrat bu ilkeyi “Önce zarar verme! (Primum non nocere!)” diyerek dile getirmiştir. Bu ilke yalnızca hastaya zarar vermekten kaçınma ile sınırlı olarak anlaşılmamalıdır. Gerek sağlık profesyonelleri gerekse üçüncü kişiler ve toplum da zarar vermeme ilkesinin kapsamı içinde düşünülmesi, etik değerlendirmelerde bu kesimlere de zarar vermeme kaygısı duyulmalıdır (Oğuz, 1997)

Zarar vermemek yalnızca iyilik yapmaktan daha önemli değildir; tedavinin bir hastaya zarar vermesinin ne kadar olası olduğunu bilmek de önemlidir. Bu nedenle bir hekim, zararlı olduğunu bildiği ilaçları reçete etmekten daha ileri gitmelidir - tedavinin zararlı olmayacağını bilmediği sürece ilaç reçete etmemeli veya en azından hastanın riskleri ve yararları anladığını ve olası yararların olası risklerden daha ağır bastığını bilmelidir (Jotterand ve Fabrice, 2005).

Hekimler hastalarının iyileşmesinde bütünüyle belirleyici olmamakla birlikte belli düzeyde etkiye sahiptir. Bu ilkenin temel öğelerinden biri, hekimin en büyük sorumluluğu hastasına zarar vermemek ve elinden gelen faydayı, hastasının kabul ettiği ölçüde hastasına sağlamaktır. Bu nedenledir ki hekim elinden gelen faydayı göstermediği takdirde etik sorumluluğu ortaya çıkmaktadır. Doğanın hareketli yapılanması içerisinde hastanın iyileşme ihtimali varken, hekimin gereksiz

müdahaleleriyle bu ihtimalin yok olması ve beraberinde başka zararlar da getirmesi buradaki anlayışın temelini oluşturmaktadır (Erdemir, 2005).

Yararlılık ve zarar vermeme ilkeleri diğer ilkelerle ve birbirleriyle bağlantılı görünmektedir. Bazı yazarlar, her ikisini de tek bir ilke olarak kabul ederler. Örneğin; William Frankena, yararlılığı dört genel ödeve böler. Bunların ilki zarar vermeme, diğer üçü de yararlı olma görevleridir:

1. Bir kişiye hastalığına zarar verecek şekilde hareket edilmemesi gerekir.
2. Bir kişinin zararının veya hastalığının önlenmesi gerekir.
3. Zarar ya da hastalık kişiden uzaklaştırılmalıdır.
4. Hastanın durumu iyi düzeyde olmalıdır.

Yazara göre bu dört madde birbiriyle ilişkilidir. Zarar vermeme bazen yararlı olmadan, yararlı olma da bazen zarar vermemeyle daha kuvvetli olabilmektedir (Erdemir, 2015).

2.3.2.2 Yararlı olma İlkesi

Yararlı olma ilkesi, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında her şeyden önce ve her şeyin üstünde hastaya yararlı olmayı öngören temel bir ilkedir. Yararlı olma ilkesinin temelinde hekimlerin ve sağlık çalışanlarının hastalarını sonuna kadar tedavi etmeleri ve ıstıraplarını dindirmeleri yani hastaya yararlı olunması yatmaktadır. Bu nedenledir ki insanları hastalıktan kurtaran ve insanlara yararlı olan tıp biliminin temelinde yararlı olma ilkesi yatmaktadır (Arda ve diğerleri, 2003).

Temel ilkesi zararı en aza indirip faydayı en üst seviyeye çıkartmak olan yararlılık ilkesinin, karşılaştığı en büyük ikilem, modern tıp ilerledikçe teknolojinin tıp bilminde baskın olması ve hastaya yarar sağlama adına yapılan bir takım potansiyeli yüksek işlemlerin aynı zamanda hastaya zarar verme riskidir. Burada önemli olan, hastaya verilen sağlık hizmetinden elde edilen olumlu ve karşılaşılabilecek olumsuz sonuçların, risklerin ve faydaların birbirleriyle dengede olmasını sağlamaktır (Aydın, 2003).

Beauchamp ve Childress “*Biyomedikal Etik Prensipleri*” çalışmasında, yararlı olma adına uyulması gereken ahlaki kuralları şu şekilde belirlemişlerdir:

- 1) Başkalarının haklarını korumak ve savunmak.
- 2) Oluşabilecek bir zarardan korumak.
- 3) Başkalarına zarar verecek koşulları ortadan kaldırmak.
- 4) Mağdur durumdaki kişilere yardımcı olmak.
- 5) Tehlikedeki insanları kurtarmak, yararlı olmak için gösterilen tutum ve davranışların önemli bölümünü oluştururlar.

Temel ilkesi zararı en aza indirip faydayı en üst seviyeye çıkartmak olan yararlı olma ilkesinin, karşılaştığı en büyük ikilem, modern tıp ilerledikçe teknolojinin, tıp biliminde baskın olması ve hastaya yarar sağlama adına yapılan bir takım potansiyeli yüksek işlemlerin aynı zamanda hastaya zarar verme riskidir (Akkanat, 2017).

2.3.2.3 Adalet İlkesi

Adalet kavramı, kısaca “herkese kendine uygun düşeni, kendi hakkı olanı vermek” olarak tanımlandığı gibi (Adnan, 2001), Beauchamp ve Childress, adalet kavramını, “*bireylerin talep ettiği veya onlara borçlu olunan veya sunulması gerekenlerin eşit, adil ve hakkaniyetli olarak dağıtılması*” olarak betimlemiştir. Bir başka tanımlamaya göre ise adalet, temel hak ve ödevlerin, sosyal yararların ve yüklerin paylaşımı sırasında hiç kimseye karşı rastgele ayrımcılık yapılamayacağını belirten bir ilkedir (Oğuz ve diğerleri, 2005).

Teşhisi ve sağlık gereksinimleri aynı olan hastaların aynı bakım hizmeti almaları adalet ilkesinin temel unsurudur. İnsan haklarına saygı gösterilmesi ve her bireyin eşit şekilde sağlık hizmetinden faydalanması adalet ilkesinin varoluş sebebidir. Ancak gözden kaçırılmaması gereken nokta sağlık hizmetlerinin izafi bir şekilde tahsis edilmesi durumuyla karşı karşıya bırakılabileceğidir (Karaöz, 2015).

Adalet ilkesinin yaşama geçirilmesinde ülkelerin sağlık sistemleri önemli bir belirleyen olmaktadır. Sağlık, kişiden kişiye değişen bir olgu olgudur. Mutlak eşitlik mümkün olmamaktadır. Doğumsal nedenlerle başlayan, bireysel yaşam alışkanlıkları, yapısal faktörler, çevresel etkilerle süren sağlık düzeyi bir insandan diğerine değişmektedir. Sağlık gereksinimleri de, insandan insana ve toplumdan topluma sosyokültürel olarak değişebilmektedir. Sağlıkta eşitlik, bütün insanların eşit sağlık durumunda olması değil, bir ülkede ilgili yurttaşlara sağlık hizmetlerine eşit ulaşma olanağının sağlanmasıdır. (Aydın ve Ersoy, 1994)

Sağlığın düzeyinin korunmasında ve yükseltilmesinde bireysel ve toplumsal sorumluluklar bulunmaktadır. Sağlık düzeyinin yükseltilmesi, sağlığı geliştirme olarak değerlendirilebilir. Sağlık politikaları bireyin ve toplumun sağlık düzeyini geliştirmek amacıyla oluşturulmaktadır. Sağlıkta “eşitsizlik” kavramının ahlaki ve etik bir boyutu da bulunmaktadır. Sosyal devlet, bireyin haklarına ve toplumun tümüne değer veren bir anlayış gereği, tüm yurttaşlara eşitlik ve adalet ilkesi doğrultusunda temel gereksinimleri karşılayacak oranda hizmet sunumunda sorumludur. Bu sorumluluğu devlet, hukuki ve yönetsel düzenlemelerle yerine getirmektedir. Sağlıklı yaşatmak için, devletin bireylere, gereksindikleri oranda, sağlık hizmeti sunumunu sağlık politikası olarak hukuki yönden düzenlenmesi ve bunu yurttaşlarına temel düzeyde, eşit ulaşabilecekleri adil bir sistemle iletmesi beklenmektedir (Çobanoğlu, 2007).

Sağlık hizmetlerinde, mevcut kaynakların adil kullanılması temel prensiptir. Adalet ilkesi uygulanırken karşılaşılan en büyük etik problem, halk sağlığı hizmetlerinde, devlet düzeyinde veya sağlık kurumlarında tıbbi kaynakların gerek bireylere gerekse toplum kesimine adil biçimde nasıl paylaştırılacağıdır (Atıcı, 2005).

Tıbbi imkânların herkese yeterince sağlanamaması bireyin sağlık hakkını zedelemektedir. Ancak biliyoruz ki, büyük harcamalarla sağlanan tıbbi imkânlar çoğunlukla sınırlıdır. Dolayısıyla devlet düzeyinde ekonomik kaynakların ne ölçüde adaletli kullanıldığı ayrı bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Ersoy ve Aydın, 1994).

2.3.2.4 Özerkliğe Saygı İlkesi

Bireylerin kendi yaşamlarıyla alakalı karar alma sürecindeki özgürlüğüne özerklik denilmektedir. Özerklik durumunun ortaya çıkması için kişinin baskıdan uzak, akıllı ve iradesiyle, bilinçlilik halinde olması gerekmektedir. Hasta hakları, insan hakları, vatandaş hakları hatta tüketici hakları kaynağını özerklikten alıp tıp uygulamalarında karşımıza çıkmaktadır (Arda ve diğerleri, 2003).

Özerkliğe saygıdan bahsetmek, “gerçekte hekim-hasta ilişkisinin niteliksel etik yönünden belirlendiği bir ilişki modelinden söz etmek” demektir, hekimin tedavi gücünü kötüye kullanmasının önüne geçilmesi, hastanın kendi hayatının kontrolü konusunda söz sahibi olması ve bu yönde de hukuki düzenlemelerin yapılması açısından özerklik ilkesinin temel alınması gerekmektedir (Aydın, 2001)

Özerklik ilkesi, "otos" (kendilik) ve "nomos (kural) olarak ayrılmış, bir bireyin kendi kaderini tayin haklarını inceler (Baumann ve diğerleri, 2013). Bu, toplumdaki bireylerin yeteneklerine olan saygısına dayanır. Özgürlüğü olan kişisel konularda bilinçli kararlar verir anlayışı hâkimdir (Will ve Jonathan, 2011).

Özerkliğin tanımı, bir bireyin rasyonel, etkisiz bir karar verebilmesidir. Bu nedenle, özerkliğin sağlıklı bir zihin ve bedenin genel bir göstergesi olduğu söylenebilir. Birçok terminal hastalığın ilerlemesi, çeşitli şekillerde ve boyutlarda özerklik kaybı ile karakterizedir. Örneğin, beyine saldıran kronik ve ilerleyici bir hastalık olan demans, hafıza kaybına neden olabilir ve akılcı düşüncede azalmaya neden olabilir, neredeyse her zaman özerklik kaybına neden olur (Burla ve Claudia, 2014).

Özerklik ilkesinin içinde barındırdığı durumlardan biri de “Aydınlatılmış Onam”dır. Hekim tarafından hastaya, hastalığın tanısı, tedavisi için uygulanması gereken tedavi, tedavinin yapısı ve içerdiği riskler, bahsedilen tedavi uygulanmaz ise ortaya çıkabilecek durumlar anlatılarak, hastanın hiçbir baskı altında kalmadan özgür iradesiyle ve bilinçli olarak hekim tarafından önerilen tedavi yöntemini kabul etmesi “aydınlatılmış onam” olarak kabul edilmektedir (Özlü ve diğerleri, 2015). Tedavi ve

araştırma amaçlı herhangi bir uygulamadan önce hasta ya da deneklerin aydınlatılmış onamını elde etmek, özerkliğe saygı ilkesi için vazgeçilemez bir öge olduğu dile getirilmektedir. Bu ilke, denek ve hastayı koruduğu gibi, aynı zamanda hekim ve araştırmacıyı da korumakta; onların sorumluluğunu hem paylaşmakta hem de zarar/yarar dengesinin, yarar yönünde olması için azami dikkat gösterilmesini sağlamaktadır (Aydın ve Ersoy, 1995).

Tıp etiğinin unsurlarından biri sayılan aydınlatılmış onam, hastanın rızası temeline dayanmaktadır. Temel ilkeler olan hastaya zarar vermeme, yarar sağlama ve özerklik ilkelerinin içeriğinde olan aydınlatılmış onam hasta-hekim ilişkisinde hastanın kendisiyle ilgili kararı esas alınmaktadır (Pazarcı, 2012). Burada dikkat edilmesi gereken nokta, hastadan alınan onama dayanarak, hastanın onamına uygun ve izin verdiği müdahalede bulunmaktır. Hastaya hastalığının tanısı, tedavisi, seçenekleri, tedavinin olası yan etkileri, sonuçları, hastalığın ve tedavinin gidişatı hakkında hastanın anlayabileceği şekilde açıklanması bunun sonucunda onamın alınması gerekmektedir. Bu süreç hastanın sorumluluğu ve hekimin de yükümlü olduğu bir durumu ortaya çıkarmaktadır (Aydın, 2005).

Aydınlatılmış onamın geçerliliği ise, hastanın aklı ve iradesi doğrultusunda, bilgilendirme ve aydınlatmayı anlaması, kavraması ve onaylamasına bağlıdır. Psikiyatristlerden ve klinik psikologlardan sıklıkla hastanın yaşamın sonunda ölüm kalım kararları verme kapasitesini değerlendirmeleri istenir. Deliryum veya klinik depresyon gibi psikiyatrik rahatsızlığı olan kişiler, yaşam sonu kararları verme kapasitesine sahip olmayabilir. Bu kişiler için, durumları bağlamında tedaviyi reddetme talebi alınabilir. Aksi yönde açık bir ön yönerge olmadığı sürece, zihinsel kapasiteye sahip olmayan kişilere en iyi çıkarlarına göre davranılır (Ryan, 2010).

Aydınlatılmış onam, hem klinik uygulamalarda, hem de tıbbi araştırmalarda hukuki bir gereklilik olarak karşımıza çıkar. Her iki durumda da, hastanın beden bütünlüğüne müdahale yapılacak olması, bu gerekliliğin nedenidir. Günümüzde, özellikle cerrahi uygulamalar için onam alınması söz konusu gibi gözükmekteyse de, aslında tedavi amaçlı yapılan her uygulama, hastanın rızasına göre olmalıdır. Öyle ki,

yapılacak enjeksiyonlar da hasta bedenine müdahale kapsamındadır. Ancak, hasta bedeninin bütününe yapılan uygulamalar daha ciddi yaptırımlardır ve komplikasyonların ortaya çıkma olasılığı daha fazladır. Yine, tıbbi araştırmalar, özellikle insan deneklerin kullanıldığı araştırmalar, hasta rızasını gerektirmektedir (Erer, 2007).

2.3.3 Tıp Etiğinin Akılcı İlaç Kullanımında Rolü

Temel ilaçların rasyonel kullanımını iyileştirmeden bunlara erişimin geliştirilmesi, sınırlı kaynakların israfına ve yaygın sağlık tehlikelerine neden olmaktadır. İhtiyaç duyulmadığı halde ilaçlar reçete edilmekte, yanlış, etkisiz veya güvenli olmayan ilaçlar yazılmakta veya ilaçlar etkili bir şekilde kullanılmamaktadır. Bu durumun önemli bir kısmı, reçete yazan, dağıtıcı ve/veya üreticinin tıp etiğine uymayan uygulamalarından kaynaklanmaktadır. İlaçların akılcı kullanımında etiğe çok az dikkat edildiği için kamu sağlığı bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. Yeni ilaçların araştırılması ve geliştirilmesi, klinik denemeler, kayıt, üretim, patentler, fiyatlar, dağıtım, bağışlar ve ilaçların tanıtımını içeren ilaç zincirinin her aşamasında etik olmayan uygulamalar bulunabileceğinden, DSÖ ilaçların akılcı kullanımında etik ilkeler çerçevesinde yürütülmesini teşvik etmektedir (Aydın ve Gelal, 2012).

Araştırmacıların, ilaç geliştirme rolü ile sağlık sistemlerindeki araştırmalar arasındaki rolü tıp etiği açısından oldukça önemlidir. Yüksek gelirli ülkelerde fayda sağlayan yüksek kâr payına sahip ilaçların gelişimi ile gelişmekte olan ülkelerde ihtiyaç duyulan düşük kar payına sahip ilaçların gelişimi arasında uygun bir dengenin olması gerekmektedir. İnsan denekleri üzerinde yapılan araştırmalarda, katılımcıların araştırmanın bir parçası olmanın sonuçlarını, içerdiği fayda ve riskleri ve haklarını anlamaları için bilgi formları ve aydınlatılmış onam beyanlarının basit ve anlaşılır bir dilde yazılması gerekmektedir. Dolayısıyla, söz konusu denemelerin etik, eşitlik ve şeffaflığın sağlam sütunlarına dayanması, Helsinki Bildirgesi'ne ve mevcut ulusal etik yönergelerine uygun olması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

İlaç üreticilerinin; özellikle gelişmekte olan bir ÷lkede kurumsal sosyal sorumluluk çerçevesinde ilgili ÷lke yasalarını çiğnememek, ilaç fiyatlarını düşürmeye çalışmak, ilaç satışından elde edilen karların bir kısmını ilaçlara erişiminde ve ilaçların akılcı kullanımında fark yaratabilecek faaliyetler için tahsis etmek gibi yükümlölükleri bulunmaktadır. İlaç üreticilerinin karı fazla olmasa bile büyük bir ihtiyaç olduğu yerde yeni ilaçlar geliştirmesi gerekmektedir. Ayrıca yeni bir ilaç piyasaya sürölmeden önce kapsamlı klinik öncesi ve klinik çalışmalar yapılmalıdır. Pre-klinik veya klinik çalışmalarda ciddi ve kabul edilemez bir toksik etkinin keşfedilmesi durumunda, hâlihazırda yapılmış olan yatırımlara rağmen ilacın gelişimi durdurulmalıdır. Kaliteli ilaç üretimiyle ilgili etik kuralların ve gelişmekte olan ÷lkelerde tıbbi ilaç tanıtımında etik ölçütlerin dikkate alınması büyük önem taşımaktadır (Yılmaztürk, 2013).

Özellikle klinik deneme kayıt gibi bir sistem aracılığıyla, incelenen ilaçlar hakkında tam bilgi sağlamak için üreticilerin teşvik edilmesi gerekmektedir. İlaç üreticisinin, reçete yazan ile olan ilişkisine ilişkin davranış kurallarına uyması oldukça önemlidir. İlaç şirketi, bu ilacın kullanımının sınırlı olacağı anlamına gelse bile, özellikle olası olumsuz etkilerini pazarladığı yeni ilaç hakkında bilgi paylaşma yükümlölüğüne sahiptir. İlaç endüstrisi, ilaç kullanımı ile ilgili birçok sektörle ilişkilidir. İlaç üreticisi, klinik çalışmalar, kayıt, üretim, patentler, fiyatlar, dağıtım, bağışlar, tanıtım, kullanım, reçete yazma, dağıtım ve düzenleme gibi çalışma alanlarında etik ilkeleri uygulaması gerekmektedir (Kılıçarslan, 2011).

Etik, empati ve güvene dayalı hekim-hasta ilişkisi oldukça önemlidir. Ancak, bazı durumlarda kapsayıcı ticari çıkarlar nedeniyle bu ilişkilerde bazı sıkıntılar yaşanmaktadır. Bireysel olarak, hekimler etik kurallara uymalı ve Türk Tabipler Birliğı gibi birlikleri tarafından, mesleğı sürdürmek ve güçlendirmek için meslekle ilgili düzenleme yapılmalıdır.

Ayrıca reçete eden kişinin hastayı yetkilendirmesi hastayı kendi tedavisinden sorumlu kılabilir. Devletin, uygun planlama ve etkili yönetim yoluyla ulusal ilaç durumunun iyileştirilmesinde önemli bir rolü vardır. Asıl mesele, yetersiz hizmet

alanlar ve uzak bölgelerde yaşayanlar için eşitliğin sağlanmasıdır. Devlet, ilaçların kalitesi, güvenliği ve etkinliği üzerinde etkili bir düzenleyici kontrol sağlamak, ilaçlara erişimi arttırmak ve akılcı kullanımları iyileştirmek için ulusal ilaç politikasının oluşturulması ve uygulanması hususlarında etik sorumluluklara sahiptir. Devletin ilaç politikası, ilaçların akılcı kullanım ilkelerini belirlemeli, ilaç seçimini temel ilaçlar konseptine dayandırmalı ve makul maliyetle kullanılabilirliklerini sağlamalıdır. Örneğin acil durumlarda ilaç bağıışı beraberinde ihtiyaçlara ilgisizlik, istenmeyen veya son kullanma tarihine yakın stokların boşaltılması, etiketleme dilini anlayamama, şüpheli ilaç kalitesi, yüksek beyan değeri ve uygun olmayan miktarlar gibi birçok problemi beraberinde getirmektedir. Bu nedenle ilaç bağıışını iyileştirmek için temel ilkelerin uygulanması gerekmektedir (WHO, 2007).

2.3.4 Akılcı Olmayan İlaç Kullanımında Etik Sorunlar

İlaç zincirini oluşturan bağlantıların herhangi birinde etik olmayan, yasadışı ve haksız eylemler tüketiciyi olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle, bu sorunla mücadele etmenin yollarını ele almak için son yıllarda meydana gelen bazı yanlış uygulamalardan bahsetmek önemlidir. Bu çerçevede, ilaçların üretimi, dağıtımı, satışı ve kullanımında etik düşünceleri ve değerleri geliştirmede yardımcı olabileceği hususlar önem kazanmaktadır.

Yetkisiz klinik araştırmalar, özellikle düzenleyici sistemlerin güçlendirilmesi gereken gelişmekte olan ülkelerde etik dışı ve yetkisiz klinik araştırmaların düzenlenmesine ihtiyaç duyulan bir alandır. Farmasötik üretici ve klinik araştırma organizasyonu, klinik araştırmaları kendi çıkarları doğrultusunda yapmak istedikleri için, bu etik olmayan uygulamalar güçlü önlemler alınmadıkça büyümektedir. Gelişmiş ülkelerin aksine, gelişmekte olan ülkelere çok sayıda klinik materyal bulunmaktadır. Muhtemelen klinik yollar için iyi malzeme olan ilaçlara maruz kalmamış bir nüfus söz konusudur. Bu ülkelere, çok merkezli klinik çalışmalara katılmaktan memnuniyet duyan nitelikli klinisyenler bulunmaktadır. Gelişmekte olan bir ülkede klinik araştırmalar yapmanın maliyeti, ihtiyaç duyulan rakamlar mevcut olsa bile, Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere veya Avrupa'daki maliyetin bir

kısmına tekabül etmektedir. Bununla ilişkili olan husus, gelişmekte olan ülkelerdeki zayıf ilaç düzenleme sistemidir (Sürmelioglu ve diğerleri, 2015).

Tüm bu faktörler etik dışı klinik araştırmaların yapılmasını mümkün kılmaktadır. Bazen denemeler, ulusal ilaç düzenleme kurumunun onayı olmadan gerçekleştirilmektedir. Ulusal hükümetin bir ilacın klinik denemeden veya pazardan çekilmesini istediği durumlar olmasına rağmen, ilgili ilaç ülkede dolaşmaya devam etmekte ve hatta klinik denemeler yapılmaktadır. Bazı durumlarda, ilaç şirketi ve hekim arasında etik olmayan bir anlaşma söz konusudur. Klinisyen, her hasta için meşru bir ücrete ek olarak teşvik edilebilmektedir. Bu tür teşvikler, klinisyen ve ailesi için tıbbi bir konferans için ünlü bir şehre veya ülkeye seyahat, hatta parasal veya maddi nitelikte olabilmektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı dünyada ciddi bir tıbbi ve ekonomik sorundur. Çünkü akılcı olmayan ilaç kullanımı ile insanların sağlığı tehlikeye atıldığı gibi kullanılmayan ilaçların maliyeti de ekonomik açıdan devletlerin bütçelerini de zorlayabilmektedir. Tüm sağlık personeli içinde hasta ile iletişimin son basamağını teşkil eden eczacılar, ilacın akılcı kullanımı açısından özel bir öneme sahiptir. İlaç firmaları ise özellikle ilacın hekim, eczacı ve diğer sağlık personeline tanıtımında etik davranma konusunda sorumluluk üstlenmesi gerekmektedir (Yılmaztürk, 2013).

Devletin etik, eşitlik ve şeffaflığı içeren bir ilaç politikası geliştirmesi ve ülke çapında yaygınlaştırması gerekmektedir. Bu kapsamda sadece ihtiyaç duyulan ilaçların pazarlanmasına izin verilmelidir. Devlet, kamu sektörü için gerekli ilaçların, bugün bilinen en etkili sistem olan - havuzlanmış tedarik - tarafından sağlanmasını ve ülkenin her köşesine verimli bir şekilde dağıtılmasını sağlamalıdır. Bu açıkça devletin görev ve sorumluluğudur. Bu ilaçlar uygun şekilde saklanmalı ve rasyonel olarak reçete edilmelidir. Bu temel ve önemli amaç çerçevesinde, diğer bazı düzenleme ve eğitim faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Sürmelioglu ve diğerleri, 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Akılcı ilaç kullanımının ilacın üretiminden, ilacın imhasına kadar olan bir süreç olduğu düşünülürse, bu süreçleri ele alan akılcı ilaç kullanım ilkeleri ise beş başlık altında toplanmaktadır.

- 1) İlacın reçete edilmeden önceki süreci,
- 2) Hastalıkların tanısı ve tedavi düzenleme süreci,
- 3) İlacın tedarik edilme süreci,
- 4) İlacın uygulanma/kullanılma süreci,
- 5) İlaç atığı ve imha edilme süreci.

Bu süreçlerden hareketle bu tez çalışmasında, ülkemizdeki 'Akılcı İlaç Kullanım' sürecinin aşamaları ele alınarak, uygulanan sağlık politikaları (Akılcı İlaç Kullanım Politikaları), hem devlet hem hekim hem eczacı hem de toplum açısından “Akılcı İlaç Kullanımı”nın yaygınlaştırılması adına atılabilecek adımlar, alınabilecek kararlar, akılcı olmayan ilaç kullanımı altında yatan sebepler, ilaç atıklarının ekonomik boyutu da ele alınarak tıp etiği açısından değerlendirilmiştir.

Tıp etiği açısından değerlendirilirken, etik ilkeler (zarar vermeme, yararlı olma, adalet ve özerkliğe saygı ilkesi) doğrultusunda akılcı ilaç kullanımı ve etik ilkelerle ilişkisi ele alınmıştır. Değerlendirme yapabilmek için yapılan literatür taramasında “Ulusal Tez Merkezi”, “Türkiye Klinikleri”, ULAKBİM, Pubmed, “DergiPark” arama motorlarında “tıp etiği”, “ilaç kullanımı”, “akılcı ilaç”, “akılcı ilaç kullanımı”, “akılcı antibiyotik”, “akılcı olmayan ilaç kullanımı”, “uygun olmayan ilaç kullanımı”, “akılcı ilaç ve etik”, “ilaç-etik ilişkisi” anahtar kelimeleri ile arama yapılmıştır. Ek olarak Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ile Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayınlanmış istatistikler dâhil edilmiştir.

Çalışmaya katkı sağlamak amacıyla Bursa Eczacılar Odası Başkanı Ecz. Okan Şahin ile “Akılcı İlaç Kullanımı”na yönelik bir görüşme planlanmış, ancak

COVID pandemi dönemine denk geldiği için yüzyüze yapılamayan görüşme, internet üzerinden mail ile yöneltilmiş sorular özelinde gerçekleştirilmiştir. Röportajda AİK ile ilgili sorulmuş olan 11 soru aşağıda sıralanmıştır:

1) İlaç sektörünün, sağlık harcamaları kapsamında payını açıklayabilir misiniz?

2) Akılcı İlaç Kullanımını nasıl tanımlarsınız?

3) Toplum olarak en çok tükettiğimiz ilaçlar nelerdir? Bursa ya da Türkiye olarak rapor / tablo mevcutsa paylaşabilir misiniz?

4) Akılcı İlaç Kullanımında sorumluluk sahibi taraflar düşünüldüğünde en büyük sorumluluk kime düşmektedir? AİK sürecinde bir eczacı olarak, hastanın ilaçla tedavisinde eczacıya düşen sorumluluklar nelerdir? Eczacılar bu süreçte maksimum fayda için ne yapmalıdır?

5) Akılcı İlaç Kullanımının ya da akılcı olmayan ilaç kullanımının ekonomiye etkisi hakkında ne düşünüyorsunuz?

6) Atık ilaçlarla alakalı en çok atık oluşan ilaç grubu nelerdir? (Bursa ya da Türkiye olarak rapor / tablo mevcutsa paylaşabilir misiniz?) İlaç israfını önlemek amacıyla alınabilecek önlemler nelerdir?

7) Akılcı İlaç Kullanımı uygulamalarının yaygınlaştırılması adına Bursa Eczacılar Odası adına yaptığınız ya da yapmakta olduğunuz çalışmalar hakkında bilgi verebilir misiniz?

8) Reçetesiz ilaç kullanımına yönelik söyleyebilecekleriniz nelerdir?

9) İlaç ambalajları, kutularını güvenilirlik açısından, ilaçlarda bulunan tanıtım bilgilendirici metni (prospektüsleri) de anlaşılabilirlik açısından değerlendirecek olursanız neler söyleyebilirsiniz? (Sizce değişiklik, sadeleştirme ya da güncelleme gerek midir?)

10) Akılcı İlaç Kullanımının etik boyutu hakkında söylemek istedikleriniz varsa paylaşabilir misiniz?

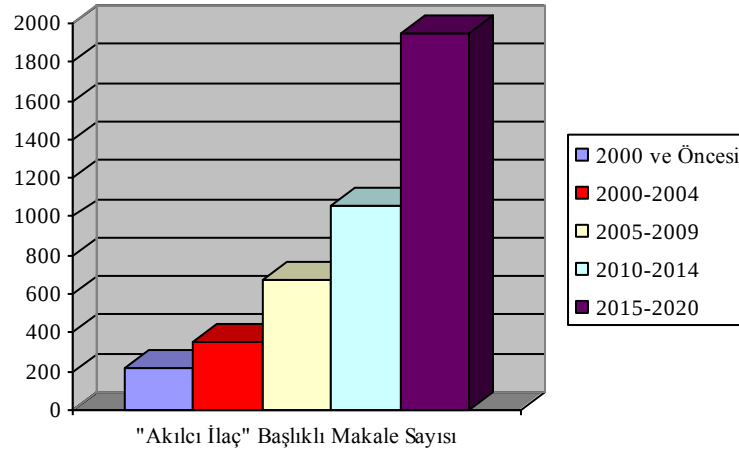
11) Varsa, Akılcı İlaç Kullanımına yönelik size sunmuş olduğum sorular dışında, belirtmek istediğiniz düşünceleri paylaşabilir misiniz?

4. BULGULAR

AİK'nın tıp etiği açısından değerlendirme amacıyla planlanan çalışma için belirlenmiş olan anahtar kelimeler ile yapılan literatür taraması sonucunda toplam 4757 yayına ulaşılmıştır. Bu yayınlardan örnekler katılımcı özelliklerine (hekim, hasta, hemşire, öğrenci ve eczacı) göre başlıklandırılarak sunulmuştur.

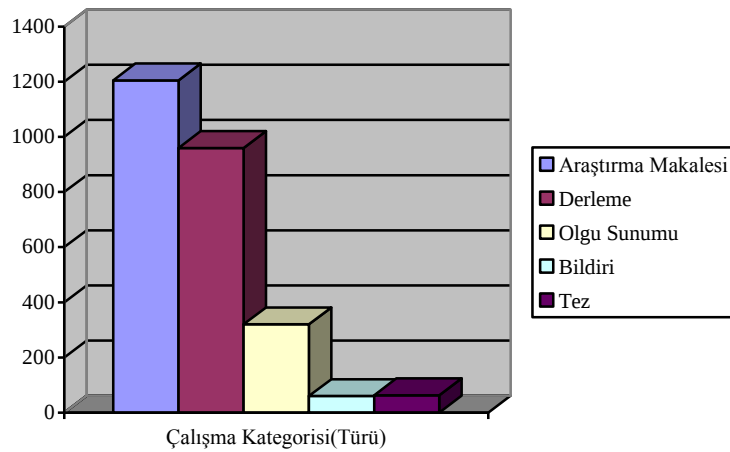
- Ulusal Tez Merkezi üzerinde “akılcı ilaç” başlığında yazılmış, “61” tez bulunmaktadır. Bu tezlerden etik açıdan ele alan, irdeleyen bir tez bulunmamaktadır.
- Ulusal Tez Merkezi üzerinde “akılcı antibiyotik” başlığında yazılmış, “7” tez bulunmaktadır.
- Ulusal Tez Merkezi üzerinde “rasyonel ilaç” başlığında yazılmış, “3” tez bulunmaktadır.
- Ulusal Tez Merkezi üzerinde “tıp etiği” başlığında yazılmış, “23” tez bulunmaktadır ve bu tezler arasında akılcı ilaç kullanımını etik yönüyle ele alan, irdeleyen bir tez bulunmamaktadır.
- Türkiye Kliniklerine bağlı yapılan araştırmada “akılcı ilaç” başlığında toplam “70” adet makale bulunmaktadır.
- ULAKBİM üzerinden yapılan araştırmada “akılcı ilaç” başlığında toplam “746” adet makale bulunmaktadır.
- DergiPark üzerinden yapılan araştırmada “akılcı ilaç” başlığında toplam “3847” adet makale bulunmaktadır.

Tablo-1: Akılcı İlaç başlığında yazılan makalelerin yıllara göre dağılımı



Tablo-1’de belirtildiği gibi “Akılcı İlaç” başlığında yazılan makalelerin sayısı 2000 yılı ve öncesi “220”, 2000-2004 yılları arasında “355”, 2005 ve 2009 yılları arasında “674”, 2010 ve 2014 yılları arasında “1055”, 2015 ve 2020 yılları arasında “1952” olarak bulunmuştur. Bu tablo bize “Akılcı İlaç Kullanım” konusunun ülkemizde gittikçe önem kazandığını göstermektedir.

Tablo-2: Akılcı İlaç Başlığında Yapılan Çalışmaların Kategorisi (Türü)



Tablo-2’de belirtildiği gibi “Akılcı İlaç” başlığında yapılan çalışmaların türleri verilmiştir: Çalışmalardan “1205” tanesi araştırma makalesi, “960” tanesi

derleme makalesi, “320” tanesi olgu sunumu makalesi, “60” tanesi konferans bildirisi, “63” tanesi ise yazılmış tez çalışmalarıdır.

4.1. Hekimler ile yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular

Akıcı ve diğerlerinin 2012 yılında pratisyen hekimler üzerinde yaptıkları çalışmada; hastanın ilaçla ilgili olarak hekim tarafından doğru ve eksiksiz bilgilendirilmesi çok önemli olmasına karşın bu araştırmada, hekimlerin yarısından fazlası “ilacın adını”, yaklaşık üçte ikisi ise “ilaçtan beklenen etkiyi” hastaya söylemediklerini belirtmişlerdir. Daha önemlisi hastaya ilaçla ilgili kullanım talimatlarını anlattığını beyan eden hekim sayısı %90 bulunmuştur.

Saygılı ve Özer’in 2015 yılında Kırıkkale il merkezinde bir kamu hastanesinde 120 kişi üzerinde yapılan çalışmada hekimlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi, tutum ve davranışları belirlenmeye çalışılmış ve katılımcıların %57,5’inin akılcı ilaç kullanımı konusunda hiçbir eğitim almadığı ve %89,7’sinin de reçetelendirme yaparken bir bilgi kaynağına başvurduğu belirlenmiştir.

Parlak ve diğerleri tarafından 2013 yılında Erzurum’da 142 aile hekimi üzerinde yapılan çalışmada hekimlerin akılcı antibiyotik kullanımı ile ilgili genel bilgi düzeyleri, tutum ve davranışları incelenmeye çalışılmış ve aile hekimlerinin mezuniyet sonrası eğitimlerinde eksiklerinin olduğu ve antibiyotik kullanımı konusunda da yeterli donanımın olmadığı gözlemlenmiştir.

Özata ve diğerleri tarafından 2008 yılında Konya’da 207 hekim üzerinde yapılan çalışmada rasyonel ilaç kullanımının hasta güvenliğine etkileri incelenmeye çalışılmış ve hekimlerin hasta güvenliğine önem verdiği ve rasyonel ilaç kullanımı kuralları çerçevesinde ilaç yazdığı belirtilmiştir.

Şahin ve diğerleri tarafından 2008 yılında İzmir’de 475 hekim üzerinde yapılan çalışmada sağlık ocaklarında çalışan sağlık hekimlerinin akılcı antibiyotik

kullanımı ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmış ve hekimlerin antibiyotik kullanımı ile ilgili bilgi ve davranış eksiklerinin olduğu gözlemlenmiştir.

4.2. Hastalar ile yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular

Özçelikay tarafından 2007 yılında yapılan bir çalışmada, Ankara'daki bir hastanede ayakta tedavi olan hastaların ilaçlarını kullanırlarken rasyonel olup olmadıkları, ilaç kullanırken kim ya da kimlerden yardım aldıkları araştırılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre; hastaların %75,5'i hekime danışmadan ilaç kullanmaktadır. Hastaların %13,2'si kendi kendine ilaç kullanmakta ve kullandığı ilaçları ise yanlış kullanmaktadır. Hastaların %24,5'i kendisinin kullandığı bir ilacı başkasına da önermektedir.

Barutçu ve diğerlerinin 2017 yılında vatandaşlar üzerinde yaptığı araştırmada katılımcıların reçetelerini yazdırmak üzere ilk sırada aile hekimlerine gittikleri, hastanelerin bu konuda ikinci sırada yer aldığı gösterilmiştir. Reçetenin yazımı aşamasında doktora başka ilaçlar da ekletmeye çalışanların sayısı ise neredeyse yarıya yakın olarak bulunmuştur. Tedavi bittikten sonra artan ilaçlarla ilgili olarak her üç kişiden ikisi, kalan ilaçları saklamakta veya çöpe atmaktadır. Dünya genelinde atıl duruma düşen ilaç oranının %50'lerde olduğu düşünüldüğünde, bu durumun kaynaklarından birisinin tedavi sonrası artan ilaçlar olduğu söylenebilir. İnsanlar "belki gerekir" mantığı ile ilaç saklamaya devam etmekte veya son kullanım tarihi geçmemiş ilaçları da çöpe atabilmektedir.

Kaya ve diğerlerinin 2015 yaptığı çalışmada katılımcıların %62,2'sinin hastalık belirtileri ortadan kalktığında ilaç kullanmayı bıraktığı, %25,7'sinin ilacın dozunda değişiklik yaptığı, %18,2'sinin zamanında ilaç almadığı belirlenmiştir.

Yine bu araştırmadan elde edilen bir başka sonuç, insanların evlerindeki ilaçları düzenli kontrol etme alışkanlıklarının çok fazla olmamasıdır. Bu durumun iki sakıncası vardır. İlk olarak son kullanma tarihi geçen ilaçların kullanılma olasılığı, ikinci olarak ekonomiye yeniden kazandırılabilen önemli bir değer atıl durumda

bırakılmasıdır. Ecza dolaplarında tarihi geçen ilaç sayılarına yönelik elde edilen sonuç ise boşa giden ilaç durumunu açıkça göz önüne sermektedir. Sonuçlar %60'ın üzerinde insanın evinde tarihi geçmiş en az 1 kutu ilaç olduğunu göstermektedir.

Özkan ve arkadaşları 2011 tarafından gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise, katılımcıların %28,6'sı doktorun önerdiği ilaçları, kullanılması gereken süreden önce kestiğini, %34,9'u prospektüsleri okumadığını, %28,3'ü ilaçların son kullanma tarihlerine bakmadıklarını, %25,6'sı arkadaş/akraba/komşu tavsiyesiyle ilaç kullandığını ve %22,6'sı başkalarına ilaç tavsiye ettiğini belirtmişlerdir.

Yine, Abdi İbrahim ilaç firmasının 2017 yılında yaklaşık 8 bin vatandaş üzerine yapmış olduğu araştırma sonuçlarında, katılımcıların %60'ı hekime danışmadan ilaç kullandığı, her iki kişiden birinin, bir başkasına ilaç önerdiği, katılımcıların %80'i tedaviden kalan ilaçları kullandığı, katılımcıların sadece %60'ının ilacın son kullanma tarihini kontrol ettiğini, katılımcıların %46'sı hekimin ilacın kullanma talimatına yaptıkları açıklamaları anlamadığını ve katılımcıların %46'sı ilaçları buzdolabında sakladığını belirtmişlerdir.

4.3. Hemşireler ile yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular

Hemşirelerin farmakoloji bilgisi ve ilaç uygulamaları ile ilgili performanslarını değerlendiren çeşitli araştırmalardan Aştı ve Kıvanç'ın bildirdiği sonuçlara göre hemşirelerin konuyla ilgili yetkinlikleri yetersiz bulunmuştur. Hemşirelerin sadece %31,3'ünün ilaçlar konusunda hizmet içi eğitim aldıklarını belirtmektedirler.

Yine Toklu ve diğerlerinin 2012 yılında hemşireler üzerinde yaptıkları araştırmada hemşirelerin %77,3'ünün AİK kavramını hiç duymadığı, %96'sının bu konuda verilecek eğitimlere istekli oldukları belirtilmektedir.

4.4. Öğrenciler ile yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular

Gündoğar ve Kartal'ın 2017 yılında üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırmada öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun hastalandığında ilk olarak hekime başvurmadığı, istirahat ettiği, bitkisel tedavi yöntemlerini denediği, beslenmesine dikkat ettiği görülmektedir. Grip, nezle gibi üst solunum yolu enfeksiyonlarını katılımcıların fazla önemsemediği, kendiliğinden ya da alternatif tedavi yöntemleri ile geçirebileceklerini düşündükleri gözlenmiştir.

Araz, Harlak ve Meşe'nin 2007 yaptığı çalışmada katılımcıların %11,6'sının bir şey yapmadan kendiliğinden iyileşmeyi beklediği, %2,5'inin doktora gitmeyip sadece modern tıp dışındaki yollarla iyileşmeye çalıştığı, %50'sinin ise sadece hekime gittiğini ve tıbbi tedavi uyguladığı belirlenmiştir.

Yılmaz, Yılmaz, Karaca, Uçar ve Yüce'nin 2007 çalışmasında ise katılımcıların herhangi bir ağrı durumunda %32,1' inin alternatif tıp yöntemlerini kullandığı belirlenmiştir.

Yine Gündoğar ve Kartal'ın 2017 yılında üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırmada çalışmaya katılan üniversite öğrencilerinin ilaç kullanırken hekimin önerilerine ilk etapta uyduğu ama kendisinde iyileşme hissettiğinde ilaç kullanmayı bıraktığı görülmüştür. Bu durum akılcı ilaç kullanımı ilkelerinin bilinmediğini, ilacı reçete eden hekim ile yeterli iletişim kurulamadığını ve hastalığın önemsenmediğini düşündürmektedir.

Öğrenciler üzerine yapılan bir araştırmada, hastaların kullandıkları ilaçlarla ilgili bilgileri kimden edindikleri sorulduğunda; %35'inin sadece eczaneden cevabı oransal olarak en yüksek cevaptır. Hasta bir sonraki hekim görüşmesine kadar eczacısıyla daha sık görüşebilme imkânı bulabildiğinden ilacın etkisi, yan etkisi veya hastanın reçetesiz kullandığı ilaçlarla ilgili bilgilendirme eczacının sorumluluğudur. Bu da akılcı ilaç kullanımında eczacı sorumluluğu davranışı ilkeleri ile

örtüşmektedir. Hastalar çoğunlukla eczacılarına güvenmektedir. Bundan dolayı eczacılar AİK konusunda özel bir öneme sahiptirler (Ercan ve Biçer, 2019).

4.5. Eczacılar ile yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular

Alpdoğan ve arkadaşlarının 2019 yılında eczacılar üzerine yaptıkları bir araştırmada katılımcı eczacıların reçetelerle ilgili en çok karşılaştığı sorun %78.9 ile “okunaksız el yazısı” olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların en az karşılaştığı sorunların ilki %46.3 ile “ilacın kullanım süresinde hata yapılması”, ikincisi %44.7 ile “ilacın dozunda hata yapılması” olduğu görülmüştür.

Yine aynı çalışmada, Akılcı ilaç kullanımında hastaların eczacıdan reçetesiz ilaç talep durumu sorusuna ilişkin cevapları incelendiğinde hastaların günlük müstahzar adı belirterek reçetesiz ilaç alma sayılarının ortalama olarak 44,33 olduğu belirtilmiştir.

Demirci ve arkadaşlarının 2019 yılında eczanede çalışanlar üzerinde yaptıkları bir araştırmada eczacıların hastanın uyumunu artırmak amacıyla hastalara ilaç kullanımı hakkında bilgi verip vermemelerine yönelik sorulara verdikleri yanıtlara ilişkin bulgular değerlendirildiğinde, %91,9’unun reçetesiz ürün alımlarında hastalara ilaç kullanımı hakkında bilgi verdiklerini, belirtmişlerdir. Reçetesiz ürün alımlarında hastalara temin etmek istedikleri ilaçların ne için istediklerini soran katılımcı eczacı sayısı 97 (%64,7) olduğu belirlenmiştir. Hiç sormayan katılımcı eczacıların oranı ise %12 olarak belirtilmiştir.

Yine aynı çalışmada, reçetelerde her 100 adet reçetenin ortalama 49,81’inde analjezik (ağrı kesici), her 100 adet reçetenin içerisinde ortalama olarak 28,99 enjeksiyonluk ilaç, her 100 adet reçetenin içerisinde ortalama olarak 27.01 antibiyotiğin yer aldığı saptanmıştır.

Tez çalışmamızda yer verilen, Bursa Eczacılar Odası Başkanı Eczacı Okan Şahin ile yapılan röportajda ise; “Türkiye’de ilaç pazarının her yıl artmakta

olduğunu, sağlık harcamalarında, ilaç sektörünün payının yüksek olduğunu, tüketilen ilaçların en çok antibiyotik grubu olduğu” belirtilmiştir.

Yine akılcı ilaç kullanım taraflarının hekim, eczacı, hasta/ hasta yakını, sağlık politikası uygulayıcıları olduğu konusunda da görüş belirterek, AİK kullanımı konusunda tüm toplumun rolü olduğunu belirtmektedir. Reçetesiz ilaç satışı ve takviye gıdaların kontrolü ve satışı konusunda dikkat edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Yine sorulara verilen cevaplardan, hasta-eczacı ilişkisinin daha sıkı bir bağ gerektirdiğini, hastayla iletişimin güçlü olması gerektiğini vurgulayarak, ilacın temin edilmesi ve kullanımı noktasında ezacılara büyük bir sorumluluk yüklendiğini ifade etmektedir.

Yine sorulara verilen cevaplardan, piyasaya sürülen ilaçların miatlarının 5 yıllık olmasına rağmen, kullanım süresinin 2 yıl olarak tanımlanmasının ülke ve sağlık ekonomisini olumsuz etkilediğini, miatları dolan ilaçların ise toplanarak tekrar değerlendirilmesinin ülke ekonomisine katkı sağlayacağını belirtmektedir.

Yine sorulara verilen cevaplardan, reçeteye etken madde yazımının, Avrupa ve Dünya’daki standartların izlenimi, miadı dolan ilaçların ilaç firmaları tarafından toplanıp tekrar değerlendirilmesiyle AİK konusunda çalışmalar yapılabileceğini belirtmektedir.

Ve röportaj sonunda, AİK ve etik ilişkisinde, tüm paydaşlara düşen sorumluluklar olduğunu, herkesin bilinçli şekilde üzerine düşen görevi yapması gerektiğini, sadece AİK özelinde değil, diğer sağlık çalışmalarının da eşgüdümlü yürütülmesi gerektiğinden bahsetmektedir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

AİK'nın sağlanmasında sorumluluk sahibi taraflara baktığımızda; hasta/hasta yakını, hekim - sağlık personelleri, eczacı, ilaç sektörü, sağlık politika uygulayıcıları ve medya olarak sıralanmaktadır. Tüm sorumluluk taraflarının AİK'ndaki payı büyüktür. (Özçelikay, 2001). Hekimin doğru tanı - teşhis ile en uygun ilacı yazması ve yazdığı ilacın kullanımı konusunda hastayı aydınlatması; eczacının reçete edilen ilacı, eczanede güvenli şekilde muhafaza ederek, hastaya doğru ilacı doğru şekilde uygulanması için aydınlatarak temin etmesi; sağlık politikası uygulayıcı ve denetleyicilerinin hem hekim hem eczane hem ilaç sektörünü doğru yönlendirecek ve denetleyecek hamleler yapması, hekimi, eczacıyı, halkı eğitecek programlar ve eğitimler düzenlenmesi; ilaç üreticilerinin ilacın üretiminde hassasiyet göstermesi; medyanın akılcı ilaç kullanımına yönelik kamu spotlarına yer vermesi ya da insan sağlığı için tehlike oluşturabilecek bitkisel adı altında satılan ilaçların reklam – tanıtımlarını kontrollü yayınlaması gibi basamaklar oluşturur.

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
61 678	68 607	74 189	84 390	94 750	104 568	119 756	140 647	165 234

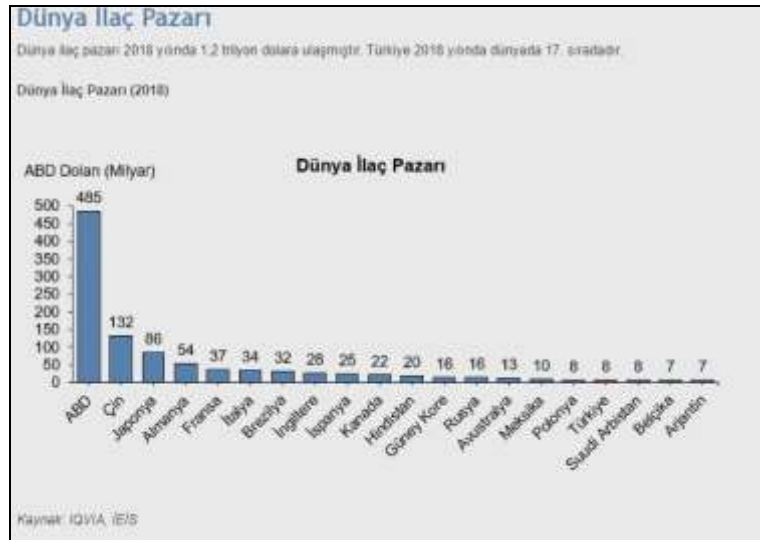
Şekil-1: 2010-2018 yılları arasında sağlık harcamaları (TÜİK, 2019)

Son on yılda Türkiye’de sağlık harcamaları giderek artmaktadır (Şekil 1). TÜİK verilerine göre 2010 yılında 61,678 milyon TL olan harcamalar, 2018 yılı sonunda 165,234 milyon TL’yi bulmaktadır. Bu harcamaların yaklaşık 31 milyon TL’sini ilaç sektörü oluşturmaktadır (TÜİK, 2019).

Sağlık harcamalarında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 yılı verilerine bakıldığında;

- Önceki yıllara göre artış gösteren kişi başı sağlık harcama tutarı %16 artarak, 2030 TL olarak açıklanmıştır.
- Hane halkları tarafından tedavi, ilaç ve benzeri amaçlı yapılan cepten sağlık harcaması 2018'de bir önceki yıla göre %19,4 artarak 28 milyar 655 milyon TL olarak açıklanmıştır.
- Ülke genelinde toplam sağlık harcamaları son on yıl ele alındığında, 2008 yılında 57 milyon 911 bin TL iken, 2018 yılı sonunda toplam sağlık harcaması 165 milyon 234 bin TL olarak açıklanmıştır (TÜİK, 2019).

Türkiye açısından artan nüfus ile birlikte sağlık harcamaları dönemler itibariyle artış göstermektedir. Bu noktada Sosyal Güvenlik sistemine katılım oranı, yapılan reformlar ile birlikte hızlı bir şekilde artmış ve bu noktada kamunun sağlık harcama yükü artış göstermiştir. Tüm açıklanan bu verilere bakıldığında hem sağlıkta israf boyutunu önlemek hem toplum sağlığı açısından akılcı ilaç kullanımı için, tüm tarafların gerekli önlemleri alması gerekmektedir.



Şekil-2: Dünya İlaç Pazarında Türkiye'nin Durumu (İEİS, 2019)

Şekil-2'de görüldüğü gibi Türkiye ilaç pazarı sıralamasında Dünya'da 17.sırada bulunmaktadır (İEİS, 2019).



Şekil-3: Türkiye’de En Çok Tüketilen İlaç Grupları (İEİS, 2019)

Şekil-3’de görüldüğü üzere, Türkiye’de en çok tüketilen ilaç grubunda 1. sırada %10,9 ile antibiyotikler bulunmaktadır. AİK uygulamalarının en çok yaygınlaştığı 2010 yılından, 2019 yılına kadar antibiyotik kullanımında düşüş gözlenmektedir. Bu durum akılcı ilaç kullanımı uygulamalarının, bireylerin ilaç kullanım alışkanlıklarında etkili olduğu düşünülmektedir.

Ülkemizde yapılan çalışmalar göstermektedir ki; hastalar hekimlere yazdırdıkları ilaçların birçoğunu kullanmadan çöpe atmaktadır. Kullanılmadan çöpe atılan ilaçların sırasıyla analjezikler, antibiyotikler ve vitaminlerdir (Dönmez vd, 2012). Başka bir çalışmada evde bulunup devamlı kullanılan ilaçların ağrı kesiciler, antihipertansifler, antiülser ilaçlar olduğu saptanmıştır. Bu ilaçların bilinçsizce kullanımı ciddi “advers etkiler” başta olmak üzere ilaçlara bağlı yan etkiler, tahmin edilenden daha fazla halk sağlığı sorunlarına yol açmaktadır. (Aksöz vd, 2007).

Ülkemizde ilaç tüketiminin ciddi bir paya sahip olduğu görülmektedir. Ülkemizde ilaç masrafları Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı, Bağ-kur, Kamu Kurum ve Kuruluşları ile bir kısım özel sandıklar, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu (yeşil kart) tarafından sağlanmaktadır. Ülkemizde ilacın genel sağlık harcamaları içerisindeki payı gelişmekte olan ülkelere göre bile fazladır. Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarının genelde %10-15 arası ilaç harcamasına giderken bu durum ülkemizde çok yüksek olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır. (Pınar, 2017)

Yapılan çalışmalarda evlerde kişilerin eline geçen en fazla ilaçların ağrı kesiciler ve antibiyotikler olduğu tespit edilmiştir. Bazı ağrı kesiciler geçmişte ölümcül olabildiğinden dolayı toplatılarak piyasadan kaldırılmıştır. Ağrı kesiciler en çok bilinçsizce kullanılan ilaçlardan biri olup, ölümcül olabilen olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Ayrıca yine antibiyotikler bilinçsizce kullanılmaktadır. Antibiyotikler ya endikasyon dışı viral hastalıklarda kullanılmakta ya da antibiyotikler uygun süre ve dozda kullanılmamaktadır. (Macit vd, 2019)

Tüm bu durumlar hem sağlık açısından büyük bir oluşturmakta hem de sağlık harcamaları konusunda ülke ekonomisine zarar vermektedir. Akılcı ilaç kullanımında amaç, yanlış ilaç kullanımından kaynaklanan ekonomik yükün azaltılması ve hastalar üzerinde oluşabilecek biyolojik, fizyolojik ya da psikolojik zararların önlenilmesidir. Birçok hastaya uygun olmayan ilaçların reçete edilmesi, hem daha pahalı ilaç kullanımını yaratmakta, hem tedavilerin etkinliğinin azalmasına yol açmakta hem de çeşitli ilaç etkileşimlerinin oluşması gibi hastaların ilaçların zararlı etkilerine maruz kalmalarına neden olmaktadır.

5.1.1 Zarar Vermeme İlkesi Açısından “Akılcı İlaç Kullanımı”

Hastanın fiziksel veya psikolojik unsurlarındaki kayıp zarar unsurunu teşkil etmektedir. Sağlığına kavuşmak için, sağlık kurumuna başvuran insanların iyileşmek yerine durumlarının daha da kötüleşmesi zararın temel unsurunu meydana getirmektedir. Zarar vermeme ilkesi yararlı olma ilkesi ile birlikte değerlendirilmektedir. Zira bazen yararlı olma ilkesi zarar vermeme ilkesini bazen de zarar vermemek ilkesi yararlı olma ilkesini içine alabilmektedir (Aydın, 2001).

Tıbbi uygulamalar sırasında yararlı eylemlerin sonucunun yanında zararlı eylemlerin de sonucunun ortaya çıkabilmesi “yarar-zarar dengelenmesi” yaklaşımını zorunlu kılmıştır. Hastalara yardım edilmeye çalışılması kaçınılmaz olarak zarar verme riskini de oluşturabilmektedir. Bu itibarla yarar sağlama ve zarar vermeme ilkelerinin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir (Metin, 2010).

Sağlık hizmetlerinin sunumu karmaşık bir ilişkiler yumağından oluşmakta, bundan dolayı kimi zaman tıbbi hatalar yaşanabilmektedir. Sağlık personellerinin dikkatsizliğinden veya yanlış uygulamalarından, kullanılan teknolojiyle ilgili ortaya çıkan, hastanın tedavi sürecini aksatan, sağlığının bozulmasına yol açan, hastaya kimi zaman ölümle sonuçlanabilecek zararlar veren uygulamalar tıbbi hatalar içerisinde değerlendirilmektedir (Hunter, 1999).

Hekim, hastası için yarar sağlamakla görevli olduğu kadar hastasında meydana gelebilecek zararı engellemek veya söz konusu zararı ortadan kaldırmakla da yükümlüdür. Hastaya yarar sağlanırken verilecek ilacın riskleri dikkate alınmalı, risklerin fazla olması ve beklenen yararı karşılamaması halinde risklere girilmemesi, ilgili ilacın verilmesi birçok riskleri barındırmasına rağmen fayda sağlaması bekleniyorsa buna hasta özerkliği kapsamında karar verilmesi gerekmektedir.

Hocaoğlu ve diğerlerinin 2011 yılında yaptığı çalışmada, Dokuz Eylül, Marmara, Gazi ve Düzce Üniversitesi Tıp Fakülteleri dördüncü ve beşinci sınıf öğrencileri ile yapılan araştırmalar, eğitimin öğrencilerin AİK ve reçete yazma becerileri üzerinde olumlu etkiye sahip olduğunu göstermektedir (Hocaoğlu ve diğerleri, 2011). Bu araştırmalardan birinde olumlu etkinin 1 yıla kadar sürdüğü görülmüştür. Benzer sonuçlar, pratisyen hekimlere yönelik kısa bir akılcı ilaç kullanımı eğitimi sonrasında da elde edilmiş ve olumlu sonuçların 4 aya kadar korunduğu gözlenmiştir. Bir başka çalışma, akılcı ilaç kullanımı eğitimi almış tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin, bu eğitimi almamış tıp fakültesi son sınıf öğrencilerine ve pratisyen göre akılcı ilaç kullanımı konusunda daha yetkin olduğunu göstermektedir.

Akıcı, Aypak ve Gören'in yine 2011 yılında Diş hekimleri ile yapılan bir araştırmada, akılcı antibiyotik kullanımı eğitimi sonucunda becerilerde artış olduğu görülmüştür. Tüm bu eğitim süreçlerinde katılımcılar, yüksek oranda memnuniyet, tatmin ve özgüven artışı bildirmişlerdir. Önceden değinilen kısıtlılıklar bu çalışmalar için de geçerli olsa da ülkemizde verilmekte olan AİK eğitimlerinin lisans öncesi ve

sonrasında tutum ve davranışlarda olumlu değişiklikler yaptığından bahsedilebilmektedir (Akıcı ve diğerleri, 2011).

Yine Pirinççi ve Bozan (2016), bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hem kendi hastalıkları sırasında hem de hastaların tedavisinde kullanılan ilaçlar konusundaki bilgileri ve akılcı ilaç kullanımı konusundaki davranışlarını değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi eksiklikleri ve uygulama hataları olduğunu, bu konudaki bilgi eksikliklerinin hizmet içi eğitimlerle giderilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Türk Tabipler Birliği'nin (TTB) Etik Bildirgeleri arasında yer alan "Hekimlerin Toplumsal Sorumlulukları Bildirgesi'nde" toplumsal kaynakları akılcı kullanmak başlığında yer alan *"Sağlık hakkının gereklerinden biri, toplumsal kaynakların akılcı kullanılmasıdır; eldeki kaynaklar ancak bu ilkeyi dikkate alarak en adil biçimde dağıtılabilecek, gereksinime göre en geniş çapta ve yüksek nitelikte hizmet sunulabilecektir. Aynı yaklaşımla, hekimin bireysel olarak, hizmet sunumunda kullanılan araçları doğru endikasyonda, biçimde ve miktarda kullanmaktan, reçete yazarken akılcı ilaç seçim ölçütlerini dikkate almaya uzanan sorumlulukları da bulunmaktadır. Ayrıca hekimler kaynakları kullanırken, genel halk sağlığı kavramı içinde, en sık görülen, en çok öldüren, en çok işgücü kaybına neden olan durumlara öncelik verme gereksinimini gözetmelidir."* ifadesi hekime halk sağlığını koruma anlamında sorumluluk yüklediğini göstermektedir.

Yine Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde hekimlerin tedavi yükümlülüğüne dair maddede *"Tabip ve dış tabibi, ilmî icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmemesinden dolayı, deontoloji bakımından muaheze edilemez. Tababet prensip ve kaidelerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yasaktır. Tabip ve dış tabibi; teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın hastanın arzusuna uyarak veya diğer sebeplerle, akli veya bendeni mukavemetini azaltacak herhangi bir şey yapamaz."* ifadesi hastalığın teşhisinden sonra, hasta için en az risk taşıyan ve

başarılı tedavi yöntemini seçmek hekimin yükümlülüğündedir. Hekimin gerekli özeni gösterdikten sonra yarar-zarar değerlendirmesi yapması söz konusudur.

AİK uygulamalarının hastaya zarar vermeme ilkesine göre değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu ilkeye göre, sağlığı yerinde olan bir kişiyi veya hastayı akılcı olmayan ilaç kullanımı nedeniyle o anki durumundan daha kötü duruma getirmenin tıp etiğiyle kesinlikle bağdaşmayacaktır. Özellikle bazı ilaç uygulayıcılarının hastaları yeterince değerlendirmeden, iyi yapacaklarına inandıkları tedavileri ve ilaçları kullanmaya eğilimli olmaları nedeniyle bu kişilerin hastalara zarar verme olasılığının oldukça fazla olduğu görülmektedir (Şahin vd, 2020). Bu sebeple akılcı olmayan ilaç kullanımının bir hastaya zarar vermesinin ne kadar olası olduğunu bilmek de oldukça önemli olmaktadır. Bu nedenle bir hekimin, zararlı olduğunu bildiği ilaçları reçete etmekten kaçınması veya en azından hastanın riskleri ve yararları anladığını ve olası yararların olası risklerden daha ağır bastığını bilmesi gerektiği değerlendirilmelidir.

5.1.2 Yararlı Olma İlkesi Açısından “Akılcı İlaç Kullanımı”

Yararlı olma ilkesi, sağlık hizmetlerinin sağlanması sırasında her şeyden önce ve her şeyin üstünde hastaya yararlı olmayı öngören temel bir ilkedir (Ersoy ve Aydın, 1994). Zarardan sakınmaya ve iyiyi yapmaya sevk eden yararlı olma ilkesinin zarar vermeme, zararı önleme, zararı ortadan kaldırma ve iyiyi yapma şeklinde dört unsuru bulunmaktadır. Yararlı olma ilkesi, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının hastalarını sonuna kadar tedavi etmeleri ve sorunlarını gidermeleri yani hastaya yararlı olmaları anlamına gelmektedir. Bu itibarla insanları hastalıktan kurtaran ve insanlara yararlı olan tıp biliminin esasında yararlı olma ilkesi bulunmaktadır (Erdemir, 2005). Yararlı olma ilkesi ile hedeflenen; bir eylemin olumlu sonucunun ağır basması, bu durum gerçekleşmese bile en azından belli bir dengede tutulmasıdır. Bu şekilde yarar yönündeki olumlu sonuçların artması, zarar yönündeki olumsuz sonuçların azalması beklenmektedir (Aydın, 2001).

Hekimin hastasının yararı çerçevesinde uyguladığı ilaç tedavisinin, hastanın kendisiyle ilgili karar verme imkânını kaldırabilmektedir. Zira hekimin yararlı olma ilkesine uyma adına bilgi, teknik ve becerisine istinaden hastasını karar sürecine dâhil etmeyerek paternalist yaklaşımla ilaç uygulaması, yararlı olma ilkesinin özerkliğe saygı ilkesiyle çatıştığı yeri işaret etmektedir (Aydın, 2001). Nitekim hasta için iyi olacak her şeye hekimin karar vermesi ve hastayı tedavi sürecine dâhil etmemesi hastanın içsel değerlerinin geri plana atılmasına yol açmaktadır. Bu itibarla hekimlerin akılcı olmayan ilaç uygulamaları yarar sağlamak yerine hastaya zarar verebilmektedir.

Toprak (2013) tarafından yapılmış olan Yüksek Lisans tezinde hastanelerde akılcı ilaç kullanımına yönelik kalite çalışmalarının değerlendirilmesini amaçlayan bir çalışma yapmıştır. Çalışma kapsamında Malatya Devlet Hastanesinin 400 sağlık çalışanı ile anket uygulaması yapılarak veriler toplanmıştır. Verilerin analizi sonucunda çalışanların çoğunluğunun akıllı ilaç kullanım eğitimi aldıkları, eğitim alanların akıllı ilaç kullanımını doğru tanımladığı, akıllı ilaç kullanım uygulamalarının hasta güvenliğini sağlamada etkili olduğu sonuçlarına varılmıştır.

Aydın ve Gelal (2012) akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılmasında tıp eğitiminin rolünü inceledikleri çalışmada akılcı ilaç kullanımına yönelik derleme yapmışlardır. Çalışmada Türkiye’deki akıllı ilaç kullanım uygulamaları ve tıp eğitiminde bu uygulamaların yeri incelenmiş ve AİK’nda tıp eğitiminin de önemli olduğu vurgulanmıştır.

Türk Tabipler Birliği’nin Etik Bildirgeleri arasında yer alan “ Hekimlerin Toplumsal Sorumlulukları Bildirgesi’nde” sağlık sorunlarına bütüncül yaklaşmak başlığında yer alan “*Sağlık hizmetleri koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve esenlendirici boyutları dikkate alınarak bir bütün olarak planlanmalı ve sunulmalıdır. Sunulan hizmetin etkinliğini en yüksek düzeye çıkarmak ancak bütüncül yaklaşımla olanaklıdır.*” İfadesi, hekimlerin tedavi sürecinde hastanın tedavisini dikkatle takip etmesine yönelik sorumluluk yüklemektedir.

Yine Türk Tabipler Birliği'nin yayınladığı “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları” yayınında, hasta-hekim ilişkileri bölümünde, gereksiz harcama yaptıırma yasağı konusunda yer alan “*Hekim, hastasının parasal durumu ne olursa olsun, kesin zorunluluk olmadıkça pahalı ilaçlar ve yöntemler öneremez, hastaya gereksiz harcamalar yaptııramaz ve yararı olmayacağını bildiği bir tedaviyi veremez.*” ifadesi hekime, hastanın hastalığı konusunda yarar sağlamaya yönelik sorumluluk yüklemektedir.

İlaç tedavisinin en önemli amacının hastalara yarar sağlamak olduğu dikkate alındığında, yararlı olma ilkesinin önündeki en büyük sorunun, modern tıp ilerledikçe ilaç endüstrisinin tıp biliminde baskın olması ve hastaya yarar sağlama adına geliştirilen bir takım potansiyeli yüksek ilaçların aynı zamanda hastaya zarar verme riskinin bulunması olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda akılcı ilaç kullanım uygulamalarının yararlı olma ilkesine göre değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu sebeple, hastaya yarar sağlama adına geliştirilen ancak ilgili hastanın gerçeklerine uygun olmayan yani akılcı olmayan ilaç uygulamalarının tıp etiğiyle bağdaşmadığı düşünölmektedir.

5.1.3 Adalet İlkesi Açısından “Akılcı İlaç Kullanımı”

Teşhisi ve sağlık ihtiyaçları aynı olan hastaların aynı bakım hizmeti almaları adalet ilkesinin gereğidir. Nitekim insan haklarına saygı gösterilmesi ve her bireyin eşit biçimde sağlık hizmetinden yararlanması adalet ilkesinin esasıdır (Oran ve Yüksel, 2015). Bununla birlikte sağlık hizmetlerinde, mevcut kaynakların adil kullanımı büyük önem taşımaktadır. Zira adalet ilkesi uygulanırken yaşanılan en büyük etik sorun, ilaç kullanımının gerek bireylere gerekse farklı toplum kesimlerine adil biçimde nasıl tahsis edileceğidir (Aydın, 2001).

Uygulanan ilaç tedavisinin gereksiz olması yani faydası olmayan tedavinin sürdürölmesi kaynakları adil paylaştırma yükümlölüğünün yerine getirilmediği anlamına gelmektedir (Ersoy, 2009). Söz konusu ilaçların hastalara yeterince

verilememesi bireyin sağlık hakkını zedelemektedir. Başka bir anlatımla ilaçların her bireye yeterli düzeyde sağlanmaması, bireyin sağlıklı bakım hakkını örselemektedir. Bununla birlikte çağdaş tıbbi bakım hizmetleri sınırlıdır. Bu itibarla ekonomik kaynakların ne kadar adaletli kullanıldığı önemli bir problem olarak ortaya çıkmaktadır. Hekimlerin hastaların tedavisinde birini diğerinden ayırmayıp bütün hastalarına eşit davranması adalet ilkesine dayanmaktadır. İlaçlar sınırlı olsa da bunların adil bir şekilde ve akılcı biçimde kullandırılması büyük önem taşımaktadır (Erdemir, 2005).

Bates vd. (2007) tarafından yapılan bir araştırma, önlenabilir ilaç hataları sonucunda hataya maruz kalan hastaların hastanede 4,6 gün daha fazla kaldıkları, bunun da önemli bir maliyet olduğunu tespit etmişlerdir. İlaç hatalarında ilaç sektörü ile sağlık çalışanları arasında etik olmayan ilişkiler de önemli olmaktadır. Hekimin yanlış bilgilendirilmesi, muadil ve alternatif ilaçlar konusunda yeterli bilgi verilmemesi, reçete yazarken yeni ilaçların tercih edilmesi, ilaç gerekmemesine rağmen reçete yazılması gibi uygulamalar etik olmayan ilişkilere örnek olarak verilebilir. Etik olmayan bu ilişkiler sonucunda hastanın görebileceği zarar dışında göz ardı edilemez bir ekonomik kayıp da oluşmaktadır (Özata ve diğerleri, 2008).

Bireysel olarak hekimlerin, kendi kişisel ön yargıları veya tercihleri çerçevesinde hastalarına karşı ayrımcı davranışlarda bulunmaması, ilaç kullandırırken kişisel tercih ve ön yargılar ile hareket etmemeleri gerekmektedir (Metin, 2010). Öte yandan hukuk bilimi zayıfların korunmasını esas aldığı için, insan hasta olduğunda hak sahibi olsa bile tıbbi kaynaklar hastalara eşit olarak dağıtılmamaktadır. Zira tıbbi kaynaklar kısıtlıdır ve bunların her hastaya eşit dağıtılması mümkün olmamaktadır. Nitekim tıbbi kaynakların adil bir şekilde dağıtılmasında hastanın durumunun ağırlığı esas alınmaktadır. Tıbbi kaynağa ulaşmadığı zaman hangi hastanın öleceği veya durumunun daha da ağırlaşacağı bilgisine sahip olan hekim, tıbbi kaynakların adil dağıtılmasında da etkin bir rolde bulunmaktadır.

Türk Tabipler Birliği'nin Etik Bildirgeleri arasında yer alan “ Hekimlerin Toplumsal Sorumlulukları Bildirgesi'nde” politika belirleyenlerini uyarmak başlığında yer alan “*Kaynakların adil dağıtımı temel olarak politika belirleyenlerin sorumluluğundadır. Hekimlerin mesleki yetkinlikleri sağlık hizmeti sunmak üzerinedir; sağlığın diğer belirleyenlerine ilişkin yetki ve donanımları sınırlıdır. Ancak sağlık hakkının gereği olarak hekimin, birey ve toplum sağlığını olumsuz etkileyen toplumsal eşitsizlikler, insan hakları ihlalleri, insana yönelik her türlü şiddet ve savaş, evre sağlığı sorunları, sağlıksız barınma koşulları, olumsuz çalışma koşulları ve işsizlik, düşük öğrenim düzeyi, sağlığa ayrılan bte, zararlı gıda maddeleri ve ttnrnin satışı gibi her türlü belirleyen hakkında politika belirleyenleri uyarmak, kamuoyunu bilgilendirmek ve koşulların iyileştirilmesini sağlamaya yönelik çabalarda bulunma sorumlulukları da vardır.*” ifadesi hekimlere sınırlı kaynakların adalet ilkesine yönelik dağıtılmasında da sorumluluk yüklemektedir.

Yine Türk Tabipler Birliği'nin yayınladığı “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları” yayınında, Hasta-Hekim ilişkileri bölümünde, gereksiz harcama yaptırma yasağı konusunda yer alan “*Hekim, hastasının parasal durumu ne olursa olsun, kesin zorunluluk olmadıkça pahalı ilaçlar ve yöntemler öneremez, hastaya gereksiz harcamalar yaptıramaz ve yararı olmayacağını bildiği bir tedaviyi veremez.*” ifadesi hekime kaynakların adaletli ve doğru kullanılması konusunda sorumluluk yüklemektedir.

Adalet ilkesinin ve insani unsurların gereği olarak hekimlerin dil, din, ırk, cinsiyet, etnik köken gibi farklılıkları dikkate almadan hastalarına eşit yaklaşması ve durumlarının ağırlığına göre akılcı ilaç kullandırma yolunu tercih etmeleri gerektiği değerlendirilmektedir. Bu bağlamda akılcı ilaç kullanım uygulamalarının adalet ilkesine göre ele alınması büyük önem taşımaktadır. Bu itibarla, adalet ilkesi esas alındığında, adil olmayan ilaç kullanım uygulamalarının tıp etiğiyle bağdaşmadığı sonucuna varılmaktadır.

5.1.4 Özerkliğe Saygı İlkesi Açısından “Akılcı İlaç Kullanımı”

Özerkliğe saygı ilkesi bilinçsel bir davranıştan çok insan ilişkilerinin varlığı noktası esas almaktadır. Özerkliğe saygı ilkesi, “hekim-hasta ilişkisinin niteliksel etik yönünden belirlendiği bir ilişki modeli” anlamına gelmektedir. Bu ilke kapsamında, hekimin tedavi gücünü kötüye kullanmasının engellenmesi ve hastanın kendi hayatının kontrolü konusunda söz sahibi olması hedeflenmektedir (Aydın, 2001). Söz konusu ilke hekimleri hastalarıyla işbirliği yapmaya ve hastalarını karar sürecine dâhil etme anlayışına teşvik etmektedir. Bu yaklaşım biçimi hastanın özerkliğini geliştirdiği gibi hekimlerin üzerindeki sorumlulukları da azaltmaktadır. Bununla birlikte geleneksel, otoriter, koruyucu diğer bir deyişle paternalist hekimlik anlayışının gücü azalsa da bu durum halen devam etmektedir (Yıldırım, 2008).

Hekimin hastaya, hastalığın teşhisi, tedavisi için kullanılması gereken ilaçları ve bu ilaçların içerdiği riskleri, söz konusu ilaçların kullanılmaması halinde ortaya çıkabilecek durumları anlatması, hastanın ise hiçbir baskı altında kalmadan özgür iradesiyle ve bilinçli olarak hekim tarafından önerilen tedavi yöntemini kabul etmesi “aydınlatılmış onam” olarak nitelendirilmektedir (Özlü ve diğerleri, 2015). Hasta muvafakatinin verilmesiyle birlikte, hekimin iradesi ortadan kalkmakta, hastanın iradesi hekimin iradesi yerine geçmekte ve aslında hekimin değil, hasta hareket etmektedir. Başka bir anlatımla, tedavi iradesi hastaya ait olmakta, hasta bunu kullanması için hekime vekâlet vermektedir (Erdemir, 2005). Özerklik ilkesinin etkin olması ve temel unsurlarından olan aydınlatılmış onamın hukuk düzenlemelerine yerleşmesi sonucunda paternalist hekimlik yerine katılımcı hekimliğe doğru geçiş sağlanmış olmaktadır.

Türk Tabipler Birliği’nin yayınladığı “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları” yayınında, Hasta-Hekim ilişkileri bölümünde, aydınlatılmış onam konusunda yer alan “*Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi*

seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir bir biçimde verilmelidir.” ifadesi hekimin hastayı bilgilendirmesi, aydınlatması ve tedavi sürecinde hastayla işbirliği içerisinde olması konusunda sorumluluk yüklemektedir.

Yine Türk Tabipler Birliği’nin yayınladığı “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları” yayınında, Hasta-Hekim ilişkileri bölümünde, hasta haklarına saygı konusunda yer alan *“Hekim hastasının sağlığı ile ilgili kararlar alırken; bilgilenme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tedaviyi kabul ya da red hakkı, vb. hasta haklarına saygı göstermek zorundadır.”* ifadesi hastanın özerkliğine saygı konusunda hekime sorumluluk yüklemektedir.

Yine Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi’nde *“Hastalar, durumları ile ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri ve her bir girişimin potansiyel risk veya yararlarını, önerilen girişimlerin alternatiflerini, tedavisiz kalmanın sonuçlarını, tanı, prognoz ve tedavinin gidiş konularını içerecek şekilde sağlık durumları konusunda tam olarak bilgilenme hakkına sahiptir.”* İfadesi hastanın özerkliğine saygı konusunda hekime sorumluluk yüklemektedir.

Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’da *“Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatini alırlar”* ve Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nde *“teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lâzımdır...”* ifadeleri özerkliğe saygı yükümlülüğünü işaret etmektedir.

Hasta Hakları Yönetmeliği’nde ise *“Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır”, 22.’nci md’de“Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz”* şeklindeki hukuki düzenlemeler hastanın, hekim

tarafından bilgilendirilerek onamının alınmasına yönelik hukuki dayanaklar bulunmaktadır.

Tıp etiğinin temel unsurlarından biri olarak görülen aydınlatılmış onam hastanın rızası esasına dayanmaktadır. Temel ilkeler olan hastaya zarar vermeme, yarar sağlama ve özerklik ilkelerinin içeriğinde olan aydınlatılmış onam hasta-hekim ilişkisinde hastanın kendisiyle ilgili kararı dikkate alınmaktadır (Sert, 2008). Hastadan alınan rızanın varlığına dayanarak, hastanın rızasına uygun olmayan ilaçların kullanılmaması, sadece verilen rızaya uygun ilaçların kullanılması gerekmektedir (Pazarcı, 2012). Başka bir deyişle, aydınlatılmış onamda öncelikle hastaya bilgi verilmekte, daha sonra hasta tıbbi karara dâhil edilmektedir. Hastaya hastalığının teşhisi, tedavisine yönelik ilaçların kullanımı, bu ilaçların olası yan etkileri, sonuçları hakkında hastanın anlayabileceği şekilde açıklanması gerekmekte, bunun sonucunda hastanın onamının alınması gerekmektedir. Bu sayede hastaya sorumluluk, hekime de etik yükümlülük yüklenmektedir (Aydın, 2005).

Parulekar M., Mekoth, Ramesh ve Parulekar A. (2016), kişilerin kendi kendilerine ilaç uygulamaları üzerine yapılmış 52 araştırmanın sonuçlarından derledikleri çalışmalarında, gelişmekte olan ülkelerde bireylerin yaygın olarak kendi kendilerine ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir. Kendi kendine ilaç kullanımının gerekçeleri arasında ise zaman ve maliyet unsurlarının etkili olduğunu, kişilerin ilaç kullanımında daha çok çevresindekilerin geçmiş tecrübelerinden faydalandıkları görülmüştür. Bu durumun ilaç direnci dahil birçok soruna neden olabileceği, bireylerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilmesine yönelik çalışmalar yapılması gerektiği vurgulanmıştır (Parulekar ve diğerleri, 2016).

Yine Akıcı ve diğerlerinin 2012 yılında pratisyen hekimler üzerinde yaptıkları çalışmada; hastanın ilaçla ilgili olarak hekim tarafından doğru ve eksiksiz bilgilendirilmesi çok önemli olmasına karşın bu çalışmada, hekimlerin yarısından fazlası "ilacın adını", yaklaşık üçte ikisi ise "ilaçtan beklenen etkiyi" hastaya söylemediklerini belirtmeleri, hatta hekimlerin yaklaşık yarısının hastalara, hastalık ismini söylemediklerini belirtmeleri, özerkliğe saygı ilkesinin aksadığını ortaya

koymaktadır. Oysa hastalara problemlerinin tanımlanması en doğal haklarıdır. Ayrıca hastalarında uygun tedavi konusunda kendi anlayışları vardır ve hastalar "tedavinin tamamıyla" bilgilendirilmiş ortak katılımcısı olmalıdırlar. Tanı ve tedavileri hakkında yeterince bilgi sahibi olan hastalar bu rolü daha iyi benimsemekte ve hekimlerine de daha fazla güven duydukları da çalışmalarca kanıtlanmaktadır.

Hastanın özerkliğine saygı gösterilmeksizin ilaç kullanım uygulamalarının tıp etiğiyle bağdaşmadığı değerlendirilmektedir. Zira kişinin kendi hayatıyla ilgili karar verebilmesi ancak durumuyla ilgili bilgilendirilmesiyle mümkün olabilmektedir. Bu itibarla sağlık çalışanlarının ilaç kullanımı konusunda hastalarını bilgilendirmeleri ve kullanılacak ilaçlar için hastanın rızasını almaları gerekliliği önem arz etmektedir. Hekimin sunmuş olduğu tedaviyi, tedaviyi kabul etmemesi durumunda karşılaşılabileceği durumlar anlatıldıktan, aydınlatıldıktan sonra tedaviyi kabul etme ya da reddetme kararını hastanın kendisi vermesi beklenmektedir.

5.2 Akılcı İlaç Kullanımı Uygulamalarını Yaygınlaştırmak İçin Alınabilecek Tedbirler Ve Öneriler

5.2.1 Sağlık Politikaları Açısından Alınabilecek Tedbirler

DSÖ antibiyotik direncinin küresel bir tehdit oluşturduğunu belirterek “Küresel Stratejik Eylem Planı” hazırlanmasına öncülük etmektedir. Ülkemizde de Türk Halk Sağlığı Kurumu öncülüğünde hazırlanan “*Ulusal Akılcı Antibiyotik Kullanımı ve Antimikrobiyal Direnç Stratejik Eylem Planı*” ile antibiyotik direncinin önlenmesi ve akılcı antibiyotik kullanımı konusunda ulusal stratejiler geliştirilmesi amaçlanmış, 2015 yılında ise uygulamaya geçilmiştir.

Akılcı ilaç kullanımı uygulamaları konusunda sağlık politikası uygulayıcıları tarafından alınacak bazı tedbirler bulunmaktadır: (Barutçu ve diğerleri, 2017).

- İlacın üretim aşamasının sıkı denetim yoluyla denetlenmesi,
- Hastanın ilaca ulaşması konusunda yeterli düzeyde eczane sayısı,
- Hastaya ilacı temin edecek ekonomik sosyal desteğin sağlanması,

- Eczane dışında bitkisel ilaç da dâhil, satışı ve bitkisel ilaç tanıtımlarının gerek dijital medya gerek basılı kaynaklar ve piyasadaki ürünlerin, satıcıların kontrolü,
- Akılcı ilaç kullanımı uygulamaları adına uygulanacak politikalar, prosedürler ve yasalarla birlikte desteklenmesi,
- Akılcı ilaç kullanımı noktasında hasta, sağlık personeli, eczane ve ilaç üreticilerin bilinçlendirilmesi için gerekli eğitimin verilmesi,
- Akılcı ilaç kullanımı uygulamalarını teşvik amacıyla televizyon, internet üzerinden reklam spotları yayınlanması,
- İlaç ambalajları ve kutularının üzerinde, bilinçsiz ve doktor kontrolsüz kullanılan ilaçların sağlık için problem oluşturabileceğine dair uyarı metinleri ya da görselleri yerleştirilmesi,
- Alternatif bitkisel tedavi için uygulanacak yöntemlerin Sağlık Bakanlığı tarafından lisanslandırma ya da kullanılabilecek ürünlerin listelenmesi-onaylanması,
- E-reçete sistemi ile en çok antibiyotik ve türevi ilaçların hangi il hangi merkez tarafından reçete edildiği konusunda izlem oluşturulması,
- Halk sağlığı için tehdit oluşturabilecek ürünlerin piyasa üzerinden toplanması, bu girişimlerin caydırıcılığı yüksek olacak şekilde ceza kanununda düzenleme yapılması gibi önlemler alınabilir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda akıllı ilaç kullanımı ile ilgili olarak ilkokuldan başlayan bir eğitim seferberliğinin yapılabileceği önerilebilir. Böylece konuya yönelik farkındalığın ilkokul seviyesine inmesi sağlanabilecektir. Türkiye’de katma değeri yüksek olan ilaç sektöründe ki atıl ilaçların ekonomiye verdiği zarar konusunda halkın bilinçlenmesini sağlayacak kamu spotları oluşturmanın da konuya faydası olabileceği düşünülmektedir (Barutçu ve diğerleri, 2017).

Ülkemizdeki akılcı antibiyotik kullanım politikalarının uygulanması, toplumda farkındalığın artırılması, akılcı ilaç kullanımı uygulamaları noktasında eylem planları düzenlenerek akılcı olmayan ilaç kullanım uygulamalarının önüne geçmek hedeflenmelidir.

5.2.2 Hekimler Tarafından Alınabilecek Tedbirler

Akılcı ilaç kullanımı taraflarından biri de hekim ve sağlık personelleridir. İlaç kullanımının birinci basamağı olan hastanın birebir görüştüğü, hasta –hekim ilişkisinin güvene dair kurulduğunu düşünerek hekimlere akılcı ilaç kullanımı konusunda büyük sorumluluk düşmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü hekimlere reçete oluştururken ve özellikle antibiyotik reçete ederken tekrar tekrar düşünülmesi konusunda öneriler getirmektedir. Tıp fakültesinden mezun olan hekimler, hastalara reçete oluştururken hasta - hastalık merkezli ve akılcı reçete oluşturma konusunda hassasiyet göstermesi beklenmektedir. Hekimler tarafından akılcı ilaç kullanımı için alınacak bazı tedbirler bulunmaktadır (Şenol, 2010):

- Tıp eğitimi içerisindeki akılcı ilaç kullanımı derslerine yeterli ilginin gösterilmesi,
- Hekimler için Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Reçete Yazma Rehberi”ne bağlı reçete oluşturulması,
- Ülkemizdeki ve dünyadaki antibiyotik kullanım düzeyini göz önünde bulundurarak, antibiyotik kullanımı durumunun hasta için en son aşama olduğu fikrini benimsemesi ve hastayı bu noktada aydınlatması,
- Reçete oluşturma teknik bir iş olsa da, ilaç seçimi bilimsel ve zahmetli bir iş olduğunu düşünürsek, doğru ilaç seçimi konusunda hassasiyet gösterilmesi,
- İlacın uygun farmasötik şeklinin, dozajının ve tedavi sürecinin saptanması,
- Doğru tanı ve teşhiste bulunulması,
- Doğru ilaç grubunun belirlenmesi ve bu grubun en etkili en güvenilir, uygun ve ucuz üyesinin belirlenmesi,
- İlacın akılcı kullanımı için hastanın anlayabileceği düzeyde ilaç kullanımı, tedavi şekli ve ilaçla birlikte tüketilmemesi gereken (alerjik reaksiyon gösterebilecek) ürünlerle birlikte tüketilmemesini hatırlatmak,
- Tedavinin izlenmesi ve sonlandırılması,

Hekimler ve sağlık personelleri için düzenlenen hizmet içi eğitimlere katılarak akılcı ilaç kullanımı uygulamalarının yaygınlaştırılmasını sağlamak hekimlerin alabileceği önlemler arasında yer almaktadır. (Barutçu ve diğerleri, 2017).

5.2.3 Eczaneler Tarafından Alınabilecek Tedbirler

Akılcı ilaç kullanımında taraflardan bir diğer de eczacılardır. Bu konuda eczacıların rolü de birbirini izleyen süreçten oluşur. İlaçların uygun koşullarda eczaneye ulaştırılması ile başlayan süreç doğru depolanması, reçetelerin doğru değerlendirilmesi, reçetede ki talimatlara uygun olarak ilacın hazırlanması ile devam eder. Daha sonra hastaya doğru kullanım şekli, yan etkiler ve olası ilaç etkileşimleri ve hastanın tedavisine ilişkin diğer konularda gerekli bilgilendirmeler yapılır. Bu süreç, geri ödeme işlemleri için gerekenlerin yapılması ve kayıtların tamamlanıp hastanın uğurlanması işlemleri ile son bulur (Yapıcı ve diğerleri, 2001).

Bu tez çalışmasının (EK-1) bölümünde yer alan Eczacı Okan şahin’le yapılan röportajdan yola çıkarak; Akılcı ilaç kullanımının sağlanması tüm sağlık personeline önemli görevler düşmektedir. Eczanelerde görev yapan eczacılar tedaviye başlanmadan önce hastanın sağlık çalışanları ile iletişiminin son basamağını oluşturdukları için ilacın akılcı kullanımının sağlanması konusunda özel bir öneme sahiptirler. Burada eczacının hastaya reçetesinde yazılan ilaçlar hakkında gerekli ve yeterli/ uygun bilgiler vermesi ve bunun yanında tedavi sürecini izlemesi de akılcı ilaç kullanımında tedavinin başarısını doğrudan etkileyecek unsur olduğu söylenebilmektedir.

Bu süreçte özellikle reçetelerin doğru okunması ve yorumlanması, reçetenin doğru ve zamanında karşılanması, hastanın yazılı- sözlü biçimde bilgilendirilmesi, gerektiğinde hekimle iletişimin kurulması ve tedavinin takibi eczacıların akılcı ilaç kullanımındaki sorumlulukları içinde yer alır. Dünya Sağlık rgt ve Avrupa Topluluğu tarafından eczacıların yeni rol ve işlevleri, hastaya yönelik sorumluluklar ve topluma yönelik sorumluluklar olarak iki gruba ayrılmaktadır. Topluma yönelik rollerinde özellikle ülke kaynaklarının boşa harcanmamasını ve gereksiz ilaç

kullanımına bağılı olarak ilaca karşı toplumsal direncin oluşmasını engellemek yer alır (Yarış ve diğerkleri, 2008).

Eczanelerde ve eczacıların alması gereken diğerk önlemler:

- Eczanede bulunan ilaçların uygun koşullarda saklanması sağlanması,
- Eczanede bulunan satışa hazır ilaçların, son kullanım tarihlerine dikkat edilmesi,
- Reçetesiz ilaç satışının engellenmesi,
- Hastaya tedavi için yazılmış olan ilaçların yanında alternatif bitkisel ya da yeni çıkmış ilaç/ takviye gıda ürünlerinin tanıtımıyla hastaya baskı uygulanmaması,
- Hekimin reçetelemiş olduğı ilaçları hastaya doğru temin etmesi,
- Hekimin belirlemiş olduğı ilaçları belirlemiş olduğı süre, doz, zaman ölçütleriyle hastaya doğru ve anlaşılır aktarması,
- Kalan ilaçları ve kullanmış olduğı ilaçları nasıl muhafaza edeceği konusunda aydınlatması,
- Tedavi sürecinde beklenmeyen etkiler görülmesi, ya da olağan dışı gelişebilecek durumlarda ne yapılması gerektiğı konusunda hasta/hasta yakınına aydınlatması beklenmektedir.

Akılcı ilaç kullanımının sağlanmasında tüm sağlık personeline önemli görevler düşmektedir. Eczanelerde görev yapan eczacılar tedaviye başlanmadan önce hastanın sağlık çalışanları ile iletişiminin son basamağını oluşturdukları için ilacın akılcı kullanımının sağlanması konusunda özel bir öneme sahiptirler (Toklu, 2015). Burada eczacının hastaya reçetesinde yazılan ilaçlar hakkında gerekli ve yeterli/ uygun bilgiler vermesi ve bunun yanında tedavi sürecini izlemesi de akılcı ilaç kullanımında tedavinin başarısını doğrudan etkileyecek unsur olduğı düşünülmektedir.

5.2.4 Hastalar Tarafından Alınabilecek Tedbirler

Sağlık hizmetleri dinamik bir çevrede hastalar, sağlık çalışanları, yapı, prosedürler ve politikalar arasında bir etkileşim süreci içerisinde sunulur. Sağlık hizmet sunumunda hasta güvenliği uygulamaları önemli yer tutmaktadır. Bu uygulamalar, hastaya zarar verebilecek tıbbi hataları en aza indirgeyen süreç ve işlemler bütünü olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmeti sunumu sırasında kimi zaman uygulanan bilimsel tedavi yöntemi veya uygulamalar dışında, sağlık personelinin dikkatsizliği, yanlış uygulamaları veya kullanılan teknolojiye bağlı olarak ortaya çıkan ve hastanın daha uzun süre hastanede kalmasına yol açan, sağlığını bozan, hastaya zarar veren veya ölümüne yol açan uygulamalar olarak tanımlanan tıbbi hatalar ile de karşılaşabilmektedir.

İnsanların büyük bir çoğunluğunun hastalandıklarında aile hekimlerine veya hastanelere başvurdukları tespit edilmiştir. Ancak kendi kendine çözüm arayanların veya doktora gitmek yerine eczaneye giderek bilgi soranların oranı da azımsanamayacak bir büyüklükte çıkmıştır. Benzer bir durum doktor veya eczacıya danışmadan ilaç kullanma durumunda görülmektedir. Yaklaşık beş kişiden biri, sağlık uzmanlarına danışmadan ilaç kullanmaktadır (Barutçu ve diğerleri, 2017).

Akılcı ilaç kullanımı uygulamalarının birinci basamağını oluşturan, ilaç ve tedavi nedeniyle zarar görebilecek ve tehlikeyle birebir karşılaşacak olan hastalar tarafından alınabilecek önlemler bulunmaktadır (Deniz, 2019):

- İlacı doğru yoldan, doğru zaman aralıklarında, doğru dozda ve belirtilen süre boyunca kesintisiz kullanmalıdır.
- İlaçla birlikte tüketilecek besinler konusunda alerji oluşturabilecek veya alerjisi bulunan besinler konusunda hekime doğru bilgi aktarımı sağlanmalıdır.
- Kendini iyi hissettiğinde ilacı kendiliğinden kesmemelidir.
- İlaçtan yarar görmüyorsa doktorunu haberdar etmelidir.
- Dalgalılıkla ilacı unutabileceğini düşünüp hatırlatıcı düzenlemeler yapmalıdır.
- Komşusuna iyi gelen ilacın kendisine zarar verebileceğini unutmamalıdır.

5.3 İlaç Ambalaj ve Kutularında Yer Alan Görseller, Bilgilendirmeler İçin Yapılabilecek Çalışmalar (İlaç Ambalaj Örnekleri)

Yaşlanan nüfus, hastanın eğitim ve bilgi düzeyi, ilaç ürünlerinin küreselleşmesi ve daha da küçülen ambalajlar gibi başlıca nedenlerle ilaç ve sağlık ürünü ambalajlarına olan talep sürekli artıyor. İlaç ve sağlık ürünü ambalajlarında en önemli unsurlar şunlardır:

- Ürünün güvenliği,
- Malzemenin temizliği,
- Yüksek ve güvenilir kalite,
- Hastalar için kullanım kolaylığı,

İlaç ambalaj ve kutuları üzerinde yapılabilecek değişiklik önerileri:

- İlaç Kutularında özellikle sıvı(şurup) şeklinde olan ilaçların kutularında açılma tarihi ve açıldıktan sonra son kullanılması gereken tarihe dair yer verilmesi,
- Güvenli ilaç ambalajlarının üretilmesi,
- Prospektüslerdeki yazı karakterlerinin büyütülmesi ve kullanma talimatında yer alan bilgilerin açık-seçik olma durumuna dikkat edilmesi,

Akılcı İlaç Kullanımı sloganlarına ilaç kutularında yer verilmesi,

* “Doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanmak, sağlığınız açısından risk taşır”.

* “Antibiyotikleri sadece doktor kontrolünde gereken durumlarda kullanın”.

* “Atık ilaçlarınızı eczanelere, sağlık kuruluşlarına teslim edebilirsiniz”.

* “Bilinçsiz antibiyotik kullanımı bakterilerde direnç oluşumuna sebep olmaktadır.”

* “Çok ilaç değil, doğru ilaç iyileştirir”.

* “İlaçlarınızı belirlenen süre ve dozda kullanın”.

* “Doktorculuk oynamayın, Bilinçsiz ilaç kullanmayın”.

* “Size reçete edilmiş ilacı, bir başkasına önermeyin, tavsiye etmeyin”

gibi cümlelerin yer alması, akılcı olmayan ilaç kullanımının önlenmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. (TİTCK, 2020)

Sonuç olarak; tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yanlış ve gereksiz ilaç kullanımı, tedavi maliyetleri ve halk sağlığını etkileyen ciddi bir sorun olarak devam etmektedir. Sağlık alanının bir parçası olan ilaç sektörü ve AİK da bu noktada önem kazanmaktadır. Bugüne kadar AİK konusunda yapılan tüm çalışmalar da AİK'nın, insan sağlığına ve devletlerin ekonomisine etkisi ortaya konulmuştur. Akılcı ilaç kullanımının insan sağlığına olumlu etkilerinin olduğu, akılcı olmayan ilaç kullanımının da hem insan sağlığını riske attığını, aynı zamanda da bireylerin ve devletlerin ekonomisine zarar verdiği gözlenmektedir. Ayrıca akılcı olmayan ilaç kullanımının ilaç israfına ve atığına sebep olduğu da söylenebilmektedir. Bu tez çalışmasında da AİK'nın etik boyutlarının değerlendirilmesiyle de, AİK'nın tıp etiği ilkeleri bakımından, (hastaya zarar vermeme, hastaya yararlı olma, adalet ilkesi ve özerkliğe saygı) önemli olduğu, AİK'nda bu tıp etiği ilkeleri göz ardı edildiğinde hem sağlık hem ekonomik açıdan sorun teşkil edebileceği bir kez daha vurgulanmaktadır.

6. KAYNAKLAR

- Abacıoğlu, N. (2005) Akılcı ilaç kullanımı. Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi, 5(4): 10-20.
- ACCP (2008) The definition of clinical pharmacy Pharmacotherapy 28(6):816–817.
- Akıcı, A , Alp, F , Dülger, G , Elçioğlu, K , Gümüşel, B , Gündüz, Ö , Kabasakal, L , Durman, D , Kelicen, P , Kerry, Z , Melli, M , Beşikçi, A , Özbay, L , Özçelikay, T , Özdemir, O , Rollas, S , Sevin, G , Şehirli, A , Tel, B , Toklu, H , Turan, N , Üstünes, L , Yarış, E , Yerer, M . (2009). Serbest Eczanelerde İlaç Sunumu Sürecinde Karşılaşılan Sorunlar: Akılcı İlaç Kullanımı Yönünden Değerlendirme . Hacettepe University Journal of the Faculty of Pharmacy , (1) , 75-82.
- Akıcı, A., Gören, MZ., Aypak, C. et al. (2011) Prescription audit adjunct to rational pharmacotherapy education improves prescribing skills of medical students. European Journal of Clinical Pharmacology. 61: 643–650.
- Akıcı, A, Kalaça S (2013). Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı. TC Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Ankara: SGK Yayın No: 93.
- Akıcı, A. (2015) “Akılcı İlaç Kullanımının Genel İlkeleri ve Türkiye’deki Güncel Durum” ,Türkiye Klinikleri, 3 (1):1-10
- Akkanat, N. (2017). Tıp Etiği Bağlamında Defansif Tıp Uygulamaları, (yüksek lisans tezi), Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi.
- Alcan, E. (2015) “AB ilerleme sürecinde Türkiye’de sağlık”: <http://readgur.com/doc/637772/ab-ilerleme-s%C3%BCrecinde-t%C3%BCrkiye-des%C4%9Fl%C4%B1k> (10.09.2016)
- Alpdoğan, C. ve Altındış, S. (2019). Eczacıların Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Yaklaşımları. Sakarya Tıp Dergisi. (1): 103-112
- Ambwani, S., Mathur, AK. (2007) Rational drug use. Health Admin, 19(1): 5-7.
- Araz, A., Harlak, H. ve Meşe, G. (2007). Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (2):112-122.
- Arda, B. (2004)Tıbbi etik: temel kavramlar ve meslek sorunlarımız. Toraks Dernegi 3.Kıs Okulu Bildiri Kitabı, Ankara, sayfa 20-24.

- Arda,B. , Şahinoğlu P. , (1995). “Tıbbi Etik: Tanımı, İçeriği, Yöntemi ve Başlıca Konuları”, Ankara Tıp Mecmuası, S. 324
- Arpacı, F. , Açikel CH, Şimşek I (2008) Attitudes of drug use of an elderly population living in Ankara. TAF Prev Med Bull, 7(6): 515-522.
- Atabey, S. (2012) “Türkiye’de 1980 sonrası sağlıkta dönüşüm politikaları, sağlık sistemindeki sorunlar ve çözüm önerileri”, Sağlık sistemleri ve sağlık politikası, Ed: Derya SARIKAYA, 1.Basım, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Atasever, M. (2014) Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi.
- Atıcı, E. (2005) . Erişkin Lösemili Hastalarda Hasta-Hekim İlişkisinin Tıp Etiği Açısından İncelenmesi, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa,.
- Atila, D . (2019). Van İli’nde Çalışan Aile Hekimlerinin Akılcı Antibiyotik Kullanımı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği, 11 (1)
- Aydın, B., Gelal, A. (2012) “Akılcı İlaç Kullanımı: Yaygınlaştırılması ve Tıp Eğitiminin Rolü” DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt 26.
- Aydın, E. (2004) Tıbbi Etik Sempozyum Kitabı. T.C. Genel Kurmay Başkanlığı 600 yataklı Mevki Asker Hastanesi Baştabipliği. s.11-7.
- Aydın, E, (2001) Tıp Etiğine Giriş, 1. Baskı, Pegem Yayınevi, Ankara.
- Aydın, E, (Eylül 2005) Tarihsel Ve Güncel Yönden Tıp, Erdem Atatürk Kültür Merkezi Dergisi, Ankara, S. 44, 82-101.
- Barutçu, A , Tengilimoğlu, D , Naldöken, Ü . (2017). Vatandaşların Akılcı İlaç Kullanımı, Bilgi ve Tutum Değerlendirmesi: Ankara İli Metropol İlçeler Örneği . Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi , 19 (3) , 1062-1078 .
- Barutçu, A , Tengilimoğlu, D , Naldöken, Ü . (2017). Vatandaşların Akılcı İlaç Kullanımı, Bilgi ve Tutum Değerlendirmesi: Ankara İli Metropol İlçeler Örneği . Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi , 19 (3) , 1062-1078 .

- Bates, D.W., Spell, N., Cullen, D.J., Burdick, E. (1997). "The costs of adverse drug events in hospitalized patients, adverse drug events prevention study group", JAMA, (277), 307-311.
- Baumann, Audibert, Lafaye, Puybasset, Mertes, Claudot, Antoine, Gerard, Caroline Guibert, Louis, Paul-Michel , Frederique (January 26, 2013). "Elective Non-therapeutic Intensive Care and the Four Principles of Medical Ethics". Medical Ethics. 39 (3): 139–142.
- Beauchamp, LT., Childress, FJ. (1994) Principles of Biomedical Ethics. edition, New York: Oxford University Press.
- Beauchamp, J. (2013). "Principles of Biomedical Ethics". Principles of Biomedical Ethics. 7.
- Boorse, C. Health as theoretical concept. Philos Sci. 1977;44:542–573.
- Bozkurt, E. , Parlar, A. , Arslan, S. (2019). Yaşlı hastalarda uygunsuz ilaç kullanımının incelenmesi ve polifarmasi varlığı. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(1), 1254-1266.
- Burla, C., (2014). "Alzheimer, Dementia and the living will: a proposal". Medicine, Health Care and Philosophy. 17 (3): 389–395.
- Cevizci, A. (2008). Etiğe Giriş, İstanbul, Paradigma Yayıncılık, S.1
- Civaner, M. (2005). Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği El Kitabı, Türk Tabipler Birliği Yayınları, 11.
- Currie, JD. (2007) The Case for Pharmaceutical Care. In: Rovers JP, Currie JD, eds. A Practical Guide to Pharmaceutical Care: A Clinical Skills Primer. 3rd Edition Washington DC. American Pharmacists Association; pp:3-21.
- Cushing, A., Metcalfe, R. (2007) Optimizing medicines management: From compliance to concordance. Ther Clin Risk Manag, 3(6): 1047–1058.
- Çobanoğlu, N. (2003). Genel olarak tıbbi etik alanından araştırma ve yayın etiğine giriş, etik kavramı: Felsefedeki etikten tıbbi etiğe, Ulusal Patoloji Kongresi, Kongre Programı ve Bildiri Özet Kitabı içinde (s. 41–48)
- Çobanoğlu, N. (2007). Tıp Etiği. İlke Yayınevi. S.145
- Daniels, N. (2008) Just Health: Meeting Health Needs Fairly. Cambridge: Cambridge University Press;.

- Demirci, B. , Ayhan, F. , Abacıgil, F. (2019). Eczanelerde Çalışan Personelin Akılcı İlaç Uygulamalarındaki Tutumu: Kesitsel Çalışma. Med Bull Haseki Dergisi, 339-344.
- Deniz, S. (2019). “Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Tutum ve Davranışların Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma” , Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2019; 22(3): 619-632
- Diaconu, CC, Dragoi, CM, Bratu OG et al (2018). New approaches and perspectives for the pharmacological treatment of arterial hypertension. Farmacia, 66(3), 408-415.
- Duyan, Veli, Purutçuoğlu, Eda, Demirbilek, M., Çamur Duyan, G., (2016), İnsan Davranışı ve Sosyal Çevre, (Edit.: E. Özkalp, E. Duyan), Anadolu Üniversitesi AÖF Yayınları, Eskişehir.
- Ekenler, Ş. , Koçoğlu, D. (2016). Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgi ve Uygulamaları, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 3(3), 44-55
- Engin, S. (2006) Türk sağlık sektöründe ilaç pazarlama bileşenleri, akılcı ilaç kullanımı ve klinik eczacılık (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: Haliç Üniversitesi.
- Ercan, T. Ve Biçer, D. F. (2019), Tüketicilerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi Düzeyleri Ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Sivas İli Örneği, BMIJ, (2019), 7(2)
- Erdemir, A. D, (Eylül 2005) Etik, Tıp Etiği İlkeleri Ve Hasta- Hekim İlişkilerinde Etiğin Yeri, Erdem Atatürk Kültür Merkezi Dergisi, Ankara, C. 15, S. 4
- Ersoy, N, (2009) Onkoloji Hemşireliğinde Etik, Türk Onkoloji Dergisi, İstanbul, C. 24, S. 4.
- Erer, S. (2007). Bursa Tabip Odası Onur Kurulu Dosyalarında Tıp Etiği Sorunlarının Değerlendirilmesi. (Doktora Tezi). Bursa. Uludağ Üniversitesi.
- Ersoy, N., Aydın, E., (1994) Tıbbi Etikte Yararlı olma İlkesi, Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, Ankara, C. 2, S. 2.

- Eşkazan, E. (1999) Akılcı ilaç kullanımı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Akılcı İlaç Kullanımı Sempozyumu. 14 Ocak 1999 İstanbul: 9-20.
- EUKMOS (2018). Klinik Eczacılık Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı, v.1.1. Eczacılıkta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi, 7.2.2018.
- Fedder, D. (1982) Managing medication and compliance: physician – pharmacist-patient interactions. J Am Geriatr Soc, 30(11) (Suppl):113-117.
- Goodyer, L. , Miskelly, F. , Milligan, P. (1995) Does encouraging good compliance improve patients' clinical condition in heart failure? Br J Clin Pract, ;49:173-176.
- Göçgeldi, E., Uçar, M. , Açikel, CH. (2009) Evlerde artık ilaç bulunma sıklığı ve ilişkili faktörlerin araştırılması. TAF Prev Med Bull, 8(2):113-118.
- Gök, Sibel, Oral, Deniz., (2012), Etik, Zeus Kitabevi, İzmir.
- Göksel, F. (1986) Deontoloji Repetitoryumu, Ankara, 1986, 1-3.
- Gündoğar H. S. ve Kartal S. E. (2017) Üniversite Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı Hakkındaki Görüşleri. Bartın Üniversitesi Eğitim Araştırmaları Dergisi 1(1)
- Hanlon, JT. ,Lindblad, L., Gray, S. (2004) Can clinical pharmacy services have a positive impact on drug-related problems and health outcomes in community-based older adults? Am J Geriatr Pharmacother, 2(1): 3-13.
- Hepler, CD., Strand, M. (1990) Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 47(3):533-543.
- Hocaoğlu, N., Güven, H., Gidener, S. (2011). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi dördüncü sınıf öğrencilerinin akılcı ilaç kullanım becerileri üzerine akılcı ilaç kullanım kursunun kısa dönem etkileri. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 25: 15-24.
- İbrahim, A. (2017). Akılcı İlaç Kullanımı Araştırması. <https://www.abdiibrahim.com.tr> (Erişim Tarihi: 06.04.2020).
- İEİS. (2019). İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, Türkiye İlaç Endüstrisi Raporları 2019. “<http://www.ieis.org.tr/ieis/tr>” (Erişim Tarihi: 06.04.2020)

- İlhan, M , Aydemir, Ö , Çakır, M , Aycan, S . (2014). Akılcı olmayan ilaç kullanım davranışları: Ankara’da üç ilçe örneği . Turkish Journal of Public Health , 12 (3) , 188-200 .
- İskit, AP. (2006) Akılcı ilaç kullanımı. Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 5(7):4-5.
- Jotterand, F. (2005-01-01). "The Hippocratic Oath and Contemporary Medicine: Dialectic Between Past Ideals and Present Reality?". The Journal of Medicine and Philosophy. 30 (1): 107–128
- Kadioğlu, F. , Kadioğlu, S.(2001) Klinik Uygulamalarda Etik Karar Verme Süreci. Erdemir Demirhan A, Oğuz Y, Nobel Kitapevleri :44–63.
- Kalkışım, S. (2018) Sağlıklı Gönüllülerde Tenofovir ile Para-Aminosalisilik Asit Arasındaki Farmakokinetik Etkileşmenin İncelenmesi (Doktora Tezi) Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Karaöz, S. (2015). Cerrahi Hemşireliği ve Etik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1:14.
- Kaya, H., Turan, N., Keskin, Ö., Tencere, Z., Uzun, E., Demir, G. ve Yılmaz, T. (2015). Üniversite öğrencilerinin akılcı ilaç kullanma davranışları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18 (1), 35-42.
- Kayaalp, O. , Oktay, Ş. (2002) Reçete Yazma Kuralları ve Rasyonel İlaç Kullanımı. In: Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji 10. Baskı. Eds: SO K: Ankara: Taş Kitabevi, p. 167-81.
- Kınay, Sibel, (2005), “İlköğretim Okulu Yöneticilerinin Etik İlkelere Bağımlılık Düzeylerinin Öğretmen Görüşlerine Göre Değerlendirilmesi”, Ankara, G. Ü. Eğt. Bil. Enst. Eğitim Yön. ve Den. Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2005.
- Kılıçarslan, (2011). Klinik Araştırmalardan Doğan Sorumluluklar. Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. S.3
- Laing, RO. (1990) “Rational Drug Use: An Unsolved Problem”, Tropical Doctor 1990, 20: 101–103
- Leape, LL., Bates, DW., Cullen, DJ., Cooper, J., Demonaco, HJ., Gallivan, T., et al. Systems analysis of adverse drug events. ADE prevention study group. JAMA. 1995;274: 35–43.

- Laursen, L., Severinsen, K., Kristense, KB. et al (2018) Cholesterol binding to a conserved site modulates the conformation, pharmacology, and transport kinetics of the human serotonin transporter. *Journal of Biological Chemistry*, 293(10): 3510-3523.
- Le Grand, A., Hogerzeil, HV., HaaijerRuskamp, FM. (1999) Intervention research in rational use of drugs: a review. *Health policy and planning*, 14:89-102
- Lu, Y., Hernandez, P., Abegunde, D. et al (2011) World Health Organization. The world medicines situation 2011, Medicine expenditures; Geneva.
- Macit, M. , Karaman, M. , Parlak, M. (2019). Bireylerin Akılcı İlaç Kullanım Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6 (2):372-378
- Meriç, M., Oflaz, F. (2010) Treatment related thoughts based on health belief model and medication nonadherence in patients who prescribed anxiolytics and antidepressants. *TAF Prev Med Bull*, 9(5):441-452.
- Metin, S. (2010) *Biyo-Tıp Etiği Ve Hukuku*, 1. Baskı, XII Levha Yayıncılık, İstanbul.
- Moisana, J., Gaudeta, M., Grégoire, JP. et al (2002) Non-compliance with drug treatment and reading difficulties with regard to prescription labelling among seniors. *Gerontology*, 48: 44–51.
- Mollahaliloğlu, S., Aşkın, E. (2004) Akılcı ilaç kullanımı nedir? . *Türk Eczacılar Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 7:16-24.
- Mollahaliloğlu, S., Tezcan, S. (2002) Ankara İl Merkezinde Bulunan Sağlık Ocaklarından Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi. *Diyarbakır: 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 499.
- Murgic, L.; Hébert, P.C.; Sovic, S.; Pavlekovic, G. (2015). "Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional (post-communist) country". *BMC Medical Ethics*. 16 (65): 65.
- Nissen, L. (2009) Current status of pharmacist influences on prescribing of medicines, *Am J. Health-Syst Pharm*, 66(Suppl 3): 29-34.
- Ofori-Asenso R., Agyeman, A A. (2016). Irrational Use of Medicines- A Summary of Key Concepts. *Pharmacy*, 4(35): 1-13.

- Oğuz ,Y. (1997) Tıp Etiğinde Temel İlkeler. Etik Bunun Neresinde! Ankara: Ankara Tabip Odası Yayınları, 1997: 27–33.
- Oran, T., N, Yüksel, E. (2015) Kùltürlerarası Hemşirelik Ve Etik, Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi, Ankara, C. 1, S. 3.
- Özçelikay, G. (2001) “Akılcı İlaç Kullanımı Üzerinde Bir Pilot Çalışma”. Ankara Ecz. Fak. Dergisi, 30(2): 9-18.
- Özel, Ç , Özcan Büyüktanır, B . (2011). Akılcı İlaç Kullanımında Hekimin Ve Eczacının Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü . Journal of Istanbul University Law Faculty , 66 (2) , 327-344 .
- Özer, A. (2004) Akılcı ilaç kullanımı. Türk Eczacılar Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, 7: 48- 54.
- Özlü, K., Kılıç, Z., Yayla, A., (2015) Cerrahi Aydınlatılmış Onam Hakkında Hastanın Bilgi Düzeyinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Ve Meslek Dergisi, C. 2, S. 3.
- Parulekar, M., Mekoth, N., Ramesh, C.M. ve Parulekar, A. (2016). “Self-medication in Developing Countries a Systematic Review”, Journal of Pharmaceutical Technology, Research and Management, 4 (2), 103-127.
- Pazarcı, A. (2012) Ulusal Mevzuat Ve Uluslararası Kaynaklar Çerçevesinde İnsan Üzerinde Deney Ve Deneme Kavramları, Sağlık Hukuku Digestası, Ankara, S. 2.
- Pınar, N. (2010) Adana ilindeki insanların ilaç kullanım alışkanlıkları. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakùltesi (Uzmanlık Tezi), 2010.
- Pınar, N. (2012) “Ülkemizde İlaç Harcamaları”, İnönü Üniversitesi Tıp Fakùltesi Dergisi,19(1):59-65.
- Pirinççi, E. ve Bozan, T. (2016). “Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanım Durumları”, Fırat Medical Journal, 21(3), 129-136.
- Pollard, B. J. (1993). "Autonomy and paternalism in medicine". The Medical Journal of Australia. 159 (11–12): 797–802.
- Ryan, CJ. (2010). "Ethical issues, part 2: ethics, psychiatry, and end-of-life issues". Psychiatr Times. 27 (6): 26–27.

- Sabnis, S., Kumarasinghe, ES., Salerno, T. et al (2018) A novel amino lipid series for mRNA delivery: improved endosomal escape and sustained pharmacology and safety in non-human primates. *Molecular Therapy*, 26(6), 1509-1519.
- Sağlık Bakanlığı, İlaç ve Klinik Araştırmalar. <https://www.titck.gov.tr/faaliyetalanlari/ilac/klinik-arastirmalar>. Erişim Tarihi: 06.01.2020
- Savran, M., Aşcı, H., Sezik, M. et al (2018) Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem-3 Öğrencilerinin Farmakoloji Eğitimine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(3), 275-281.
- Sert, G. (2008) Tıp Etiği Ve Mahremiyet Hakkı, 1. Baskı, Babil Yayınları, İstanbul.
- Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı (2013) “Hemşire ve Diğer Sağlık Çalışanları İçin Akılcı İlaç Kullanımı”, Ankara: SGK Yayın No: 104.
- Sürmelioglu, N., Kıroğlu, O., Erdoğan, T., Karataş, Y . (2015). Measures for Prevention of Irrational Drug Use . *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* , 24 (4) , 452-462.
- Şahin, S , Göçer, Ş , Üstündağ Öcal, N . (2020). Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı Hakkındaki Düşüncelerinin Değerlendirilmesi . *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* , 15 (2) , 14
- Şantaş, F., Demirgil, B. (2017). Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Bir Araştırma. *İşletme Bilimi Dergisi (JOBS)*. 5(1): 35-48.
- Şeker, Muzaffer, Bulduklu, Yasin, (2017), Tıbbi ve Psiko-Sosyal Hizmet, AÖF Yayınları, Eskişehir.
- Tepe, Harun, (2002), “Meslek Etikleri: Temelleri ve Sorunları”, Editörler: İhsan Bal- M. Bedri Eryılmaz, Polis Etiği, Polis Akademisi Yayınları, Ankara, 54-59.
- T.C. Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı (2016) İlaç Sektörü Raporu.
- Thomson, IE. (2007), Fundamental ethical principles in health care. 295:1465-1.
- TİTCK. (2020). “Akılcı İlaç Kullanımı Yayınları” <http://www.akilciilac.gov.tr/?cat=30> (Erişim Tarihi: 20.03.2020)
- Toklu, Hale. (2015). Eczacılık Uygulamalarında Akılcı İlaç Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics*. 3. 75-83.
- Top M., Tacan, M. .(2004) Türkiye İlaç Ekonomisi Ve İlaç Harcamaları, 1998- 2003 Dönemi Değerlendirmesi. *Liberal düşünce*, s 177-200.

- Toprak, S. (2013). “Hastanelerde akılcı ilaç kullanımına yönelik kalite çalışmalarının değerlendirilmesi”. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri., www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (13.11.2018). Erişim Tarihi : 06.01.2020.
- Ulusoy, HB., Sumak, T. (2011) “Kayseri’de Pratisyen Hekimlere Verilen Groningen Modeli Akılcı İlaç Kullanımı Eğitiminin Değerlendirilmesi”, Erciyes Tıp Dergisi, 33(4), s.310
- Wertheimer, AI., Santella Fabad, TM. (2003) Medication Noncompliance: What We Know, What We Need To Learn. J. Pharm. Sci, 28: 207-214.
- WHO (1987) The Rational Use of Drugs – Report of the Conference of Experts Nairobi, 25-29 November 1985.
- WHO (2002) a) “Promoting rational use of medicines: Core components.” Genova: WHO Policy Perspectives on Medicines. No:5.
- WHO (2002) b) “Promoting Rational Use of Medicines: Core Components”, <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf> (08.12.2012).
- WHO (2007) The role of ethics in the rational use of medicines, Regional Office for South-East Asia (Technical Publication Series No. 46).
- Will, F., Jonathan (June 2011). "A Brief Historical and Theoretical Perspective on Patient Autonomy and Medical Decision Making". Chest. 139, 6 (6): 1491–1497.
- Yapıcı, G., Balıkçı, S., Ugur, Ö. (2001) “Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların İlaç Kullanımı Konusundaki Tutum ve Davranışları”, Dicle Tıp Dergisi, 38(4), s.459
- Yarış, F. (2007) Birinci basamak hekimliğinde akılcı ilaç kullanımı. Aile Hekimliği Dergisi, 14(3):132-138.
- Yarış, F., Dikici, MF. (2008) Hastaların tedaviye uyumu ve iletişim. Aile Hekimliği Dergisi, 2(3): 40-43.
- Yıldırım, G. (2008). Sağlık Profesyonellerinin Etik Kavramından Anladıkları Ve Kuramsal Etik Çalışması Yapanlardan Bekledikleri, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.

- Yılmaz, E., Yılmaz, E., Karaca, F., Uçar, S. ve Yüce, T. (2007).Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin ilaç kullanma durumlarının incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3 (8), 69-83.
- Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye'de ve Dünyada Akılcı İlaç Kullanımı. Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2 (2) , 42-49.
- Zermansky, AG., Petty, DR., Raynor, DK., et al (2001) Randomised controlled trial of clinical medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in general practice. BMJ, 323:1340-1343.

7. EKLER

EK-1

BURSA ECZACILAR ODASI BAŞKANI ECZ. OKAN ŞAHİN İLE AKILCI İLAÇ KULLANIMINA YÖNELİK RÖPORTAJ

1) İlaç sektörünün, sağlık harcamaları kapsamında payını açıklayabilir misiniz?

OECD'ye göre Hükümetlerin sağlık alanı için ayırdığı harcamaların GSYH'deki oranına baktığımızda Türkiye, %3,3 ile 36 ülke arasında sondan ikinci sırada yer alıyor. Son sırada %2,8 ile Meksika yer alırken zorunlu sağlık harcamalarının GSYH'deki oranının en yüksek olduğu ülke ise ABD.



Türkiye'nin sağlık harcamalarındaki paylara da şöyle bakabiliriz;

Health expenditures by health care service providers, 2018								
(Milyon TL - Million TL)								
	Genel toplam General total	Genel devlet - General government			Sosyal güvenlik Social security	Özel sektör - Private sector		
		Toplam Total	Merkezi devlet Central government	Yerel devlet Local government		Toplam Total	Hanehalkları Households	Diğer ⁽¹⁾ Other ⁽¹⁾
Toplam sağlık harcaması Total health expenditure	165 234	128 021	40 461	1 439	86 121	37 213	28 655	8 558
Cari sağlık harcaması Current health expenditure	154 998	119 941	34 027	1 316	84 598	35 057	27 111	7 946
Hastaneler Hospitals	80 701	65 373	18 523	101	46 748	15 328	10 975	4 354
Evde hemşirelik bakımı Nursing and residential care facilities	1	-	-	-	-	1	-	1
Ayakta bakım sunanlar Providers of ambulatory health care	20 117	13 262	7 626	634	5 002	6 855	5 428	1 427
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar Retail sale and other providers of medical goods	41 424	31 438	81	29	31 328	9 986	8 685	1 301
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi Provision and administration of public health programs	7 324	7 324	7 105	219	-	-	-	-
Genel sağlık yönetimi ve sigorta General health administration and insurance	931	374	-	-	374	557	-	557
Sınıflandırmamayan diğer kategori Not specified by kind	4 501	2 171	692	332	1 146	2 330	2 024	306
Yatırım - Investment	10 236	8 080	6 433	123	1 523	2 156	1 543	612

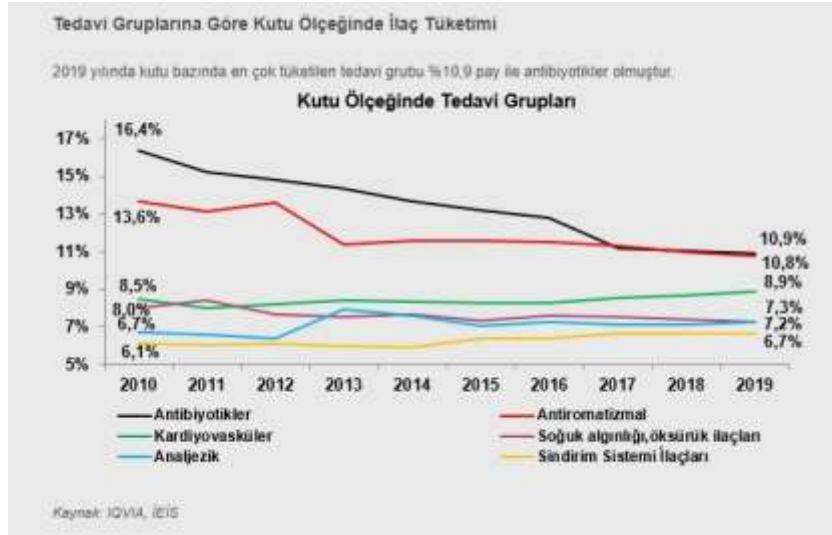
Toplam sağlık harcamasının ülkemizde 2018 yılında 165 milyar TL olduğunu görüyoruz. Bunun da yaklaşık 41,5 milyar ı ilaç ve medikal malzeme. Bu rakamın da yaklaşık 31 milyar TL sini ilaç kısmı oluşturuyor.

2019 yılına geldiğimizde ise bir anda artan Euro kurunun da etkisi ile Türkiye ilaç pazarının yaklaşık 40 milyar TL lere çıktığını da biliyoruz.

2) Akılcı İlaç Kullanımını nasıl tanımlarsınız?

Akılcı İlaç Kullanımı, kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre; doğru ilacı, doğru süre ve dozda, en doğru fiyata ve sağlık profesyonelleri kontrollerinde en kolay şekilde ulaşabilmesidir.

3) Toplum olarak en çok tükettiğimiz ilaçlar nelerdir? (Bursa ya da Türkiye olarak rapor / tablo mevcutsa paylaşabilir misiniz?)



4) Akılcı İlaç Kullanımında sorumluluk sahibi taraflar düşünüldüğünde en büyük sorumluluk kime düşmektedir? Akılcı İlaç Kullanım sürecinde bir eczacı olarak, hastanın ilaçla tedavisinde eczacıya düşen sorumluluklar nelerdir? Eczacılar bu süreçte maksimum fayda için ne yapmalıdır?

Aslına bakarsanız burada en büyük sorumluluk vatandaşın kendisine düşmektedir. Biz ilacı genelde yanlış kullanan bir milletiz. Vatandaşlar ile konuştuğumuzda üzülerek şunları gördük; En fazla ilacı veren Doktor en iyi doktordur. Bunun yavaş yavaş aşmaya başladık ancak daha biraz daha zaman var. Tabii ki bunları düzeltmek de biz sağlık profesyonellerine düşüyor. Vatandaşın ilaç konusunda 1. Basamakta en fazla bilgi danıştığı biz eczacıların da hastaları doğru şekilde bilgilendirmesi ve yönlendirmesi bu sistemin düzelebilmesi için olmazsa olmaz. Yıllardan beri meslektaşlarımız ile yaptığımız sohbetlerde gerçekten mesleğimizi tam olarak icra edememekten şikâyetçiyiz. İlerleyen dönemlerde eczacı-hasta arasındaki diyalogun artırıldığı ve meslektaşlarımızın sürekli kendilerini yenileyerek vatandaşın onlara olan güvenini en yüksek seviyeye çıkarmaları ve vatandaş doğru yönlendirebilmeli önemli.

5) Akılcı İlaç Kullanımının ya da akılcı olmayan ilaç kullanımının ekonomiye etkisi hakkında ne düşünüyorsunuz?

Aslına bakarsanız ülkemizde akılcı ilaç kullanımı bazen de yanlış yorumlanıyor. Bakın bundan birkaç sene önceye kadar 5 yıllık miadı olan bir ürünün bugün 2 yıl miat ile piyasaya sürülüyorsa bunun altında farklı sebepler vardır. Örneğin bu uygulamanın önüne geçmek bile ülkemizin ekonomisine ciddi katkı sağlar. Bugün eczanelerde birçok ürünün miadı geçiyor, örneğin bu miadı geçen ürünlerin ilaç firmaları tarafından yeni miatlısı ile değiştirilmesi zorunlu olsa dahi ilaç pazarında ciddi etkileri olur.

6) Atık ilaçlarla alakalı en çok atık oluşan ilaç grubu nelerdir? (Bursa ya da Türkiye olarak rapor i tablo mevcutsa paylaşabilir misiniz?) İlaç israfını önlemek amacıyla alınabilecek önlemler nelerdir?

En çok akut hastalıklarda kullanılan ilaçlar vatandaşlar tarafından atık ilaç statüsüne geçiyor. Eczaneler de ise durum biraz daha farklı orda kronik hastalıklarda kullanılan ilaçların atık ilaç statüsüne geçtiğini görüyoruz.

7) Akılcı İlaç Kullanımı uygulamalarının yaygınlaştırılması adına Bursa Eczacılar Odası adına yaptığımız ya da yapmakta olduğunuz çalışmalar hakkında bilgi verebilir misiniz?

Yaptığımız görüşmeler neticesinde bazı çalışmalarımız mevcut. Akılcı ilaç kullanımından bahsediyorsak öncelikle ilaç üretimleri konusunda Avrupa'nın ve Dünya'nın en yüksek standartlarında çalışmalıyız. Ardından reçeteye etken madde yazımı ülkemiz için olmazsa olmazdır. Sonrasında da miadı geçen ilaçların imhasının ilaç firmaları tarafından yapılması ve eczanelerde miadı geçen ürünlerin ilaç firmalarınca yeni miatlılar ile değiştirilmesi zorunlu olduğu zaman birçok ilacın miadının doğru ve mümkün olan en uzun miada çıkacağını düşünüyoruz.

8) Reçetesiz ilaç kullanımına yönelik söyleyebilecekleriniz nelerdir?

Reçetesiz ilaç kullanımı hakkında çeşitli görüşmeler yaptık. Ve bunun yakın zamanda ülkemize de geleceğini öngörüyoruz ancak ülkemize baktığınızda ilköğretim 2 seviyesinde ilaç okur yazarlığına sahip bir ülkede bu durumun nasıl uygulanması gerektiğini de iyi planlamak gerekir. Çünkü bizden çok da iyi bir seviye de olan ABD de bile sadece OTC den zehirlenerek vefat eden insan sayısının ilk 10 da olduğunu görüyoruz. İlaç reçetesiz bile olsa sağlık profesyoneli olan eczacıların kontrolü ile satışı sadece eczanelerde serbest olmalıdır. Hatta bugün gıda takviyesi adı altında satılan tüm ürünlerin de ruhsatlandırılması öncelikle sağlık bakanlığında olmalı ardından satışı sadece eczanelerde yapılmalıdır.

9) İlaç ambalajları, kutularını güvenilirlik açısından, ilaçlarda bulunan tanıtım bilgilendirici metni (prospektüsleri) de anlaşılabilirlik açısından değerlendirecek olursanız neler söyleyebilirsiniz? (Sizce değişiklik, sadeleştirme ya da güncelleme gerekmekte midir?)

Reçetesiz ve reçeteli satılan ilaçlar ile ayrı ayrı düşünmek gerekir. Reçetesiz satılması planlanan bir ürün ise bu bilgiler sadeleştirilmeli ancak reçeteli satılması zorunlu olan ilaçlar prospektüs bilgisinin biraz daha sağlık profesyonellerine göre yazılması daha uygun olur. Çünkü bugün ülkemizde bazı hastalıkların tedavisini görmesine rağmen hastalığının adını bilmeyen veya kendisine söylenmeyen birçok insan mevcut.

10) Akılcı İlaç Kullanımının etik boyutu hakkında söylemek istedikleriniz varsa paylaşabilir misiniz?

Bizler sağlık profesyonelleri olarak Eczacılar, Hekimler, Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları hepimizin aslında aynı gemide olduğunu ve doğru olanın her zaman hastanın en uygun tedaviye ve en uygun şekilde ulaşmasının olduğunu unutmamalı ve bunlara da uygun davranışlar sergilemeliyiz.

11) Varsa, Akılcı İlaç Kullanımına yönelik size sunmuş olduğum sorular dışında, belirtmek istediğiniz düşünceleri paylaşabilir misiniz?

Akılcı ilaç kullanımı aslında tek başına çok büyük bir anlam ifade etmiyor. Akılcı bir sağlık sistemi üzerine çalışılmalı ve bu sistemin ne hizmet vereni ne de hizmeti alanı mağdur etmeyeceği ve en hızlı şekilde sonuç alınabilecek tarzda tüm tarafların temsilcileri ile görüşülerek sağlık alanında dünyanın en iyisi olabilmek asla hayal değil. Ülkemiz bu dönem de gördü ki sağlık alanında çok iyi yetişmiş insan gücüne sahibiz ancak düzeltilmesi gereken birçok yer var maalesef.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ ETİK BİLDİRGELERİ
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
HEKİMLERİN TOPLUMSAL SORUMLULUKLARI
BİLDİRGESİ

4-5 Nisan 2008 tarihlerinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda kabul edilmiştir.

20 Haziran 2009 tarihinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği II. Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda güncellenmiştir.

Bireylerin ve toplumların sağlık düzeyi, sadece sunulan sağlık hizmetleri ile değil, toplumsal sınıf, eğitim, genetik, beslenme, barınma, çalışma ve çevre koşulları gibi pek çok etken tarafından belirlenmektedir. Dolayısıyla sağlık hakkının gereklerinin yerine getirilmesi, sadece kişinin gereksindiği sağlık hizmetini almasına değil, sağlığı etkileyen diğer belirleyenlerin de uygun koşullarda olmasına bağlıdır.

Türk Tabipleri Birliği her bireyin sağlık hakkına sahip olduğunu kabul eder ve bu hakkın hekimler için aşağıdaki toplumsal sorumlulukları doğurduğunu bildirir:

- **Toplumsal kaynakları akılcı kullanmak:** Sağlık hakkının gereklerinden biri, toplumsal kaynakların akılcı kullanılmasıdır; eldeki kaynaklar ancak bu ilkeyi dikkate alarak en adil biçimde dağıtılabilecek, gereksinime göre en geniş çapta ve yüksek nitelikte hizmet sunulabilecektir. Aynı yaklaşımla, hekimin bireysel olarak, hizmet sunumunda kullanılan araçları doğru endikasyonda, biçimde ve miktarda kullanmaktan, reçete yazarken akılcı ilaç seçim ölçütlerini dikkate almaya uzanan sorumlulukları da bulunmaktadır. Ayrıca hekimler kaynakları kullanırken, genel halk sağlığı kavramı içinde, en sık görülen, en çok öldüren, en çok işgücü kaybına neden olan durumlara öncelik verme gereksinimini gözetmelidir.

- **Sağlık sorunlarına bütüncül yaklaşmak:** Sağlık hizmetleri koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve esenlendirici boyutları dikkate alınarak bir bütün olarak

planlanmalı ve sunulmalıdır. Sunulan hizmetin etkinliğini en yüksek düzeye çıkarmak ancak bütüncül yaklaşımla olanaklıdır.

- **Politika belirleyenleri uyarmak:** Kaynakların adil dağıtımı temel olarak politika belirleyenlerin sorumluluğundadır. Hekimlerin mesleki yetkinlikleri sağlık hizmeti sunmak üzerinedir; sağlığın diğer belirleyenlerine ilişkin yetki ve donanımları sınırlıdır. Ancak sağlık hakkının gereği olarak hekimin, birey ve toplum sağlığını olumsuz etkileyen toplumsal eşitsizlikler, insan hakları ihlalleri, insana yönelik her türlü şiddet ve savaş, çevre sağlığı sorunları, sağlıksız barınma koşulları, olumsuz çalışma koşulları ve işsizlik, düşük öğrenim düzeyi, sağlığa ayrılan bütçe, zararlı gıda maddeleri ve tütün ürünlerinin satışı gibi her türlü belirleyen hakkında politika belirleyenleri uyarmak, kamuoyunu bilgilendirmek ve koşulların iyileştirilmesini sağlamaya yönelik çabalarda bulunma sorumlulukları da vardır.

- **Kamuoyunda farkındalık yaratmak:** Uygulanan politikalar bireylerin gereksindikleri sağlık hizmetine erişimlerini kısıtlıyor ya da engelliyor olabilir. Bu koşullarda, politika belirleme yetkisi ve uygulama gücü olanları uyarmak ve kamuoyunda farkındalık yaratmak, hekimlerin toplumsal sorumlulukları arasındadır. Hekim bu amaçla meslek örgütü ve diğer örgütlerle birlikte hareket eder.

- **Aydın olarak demokratikleşme sürecine katılmak:** Hekim yalnızca sağlık hizmeti veren kişi değil, aynı zamanda toplumun demokratikleşmesi doğrultusunda aydın sorumlulukları olan bireydir. Dolayısıyla toplumu anlama ve toplumsal değişime yön verme doğrultusunda sorumluluğu bulunmaktadır.

- **Meslek örgütlerinin çalışmalarına katılmak:** Toplumsal sorumluluğunu yerine getirmek için hekim, meslek örgütlerinin etkinliklerine katılır.

Türk Tabipleri Birliği, hekimin yukarıda belirtilen toplumsal sorumluluklarına sahip çıkması için, içeriği toplumun sağlık gereksinimlerine göre belirlenen, halk sağlığı, tıp etiği ve sosyal bilimler alanlarına daha yoğun ve öncelikli yer veren bir tıp eğitiminin gerekliliğini önemle vurgular.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
AYDINLATILMIŞ ONAM BİLDİRGESİ

4-5 Nisan 2008 tarihlerinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda kabul edilmiştir.

20 Haziran 2009 tarihinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği II. Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda güncellenmiştir.

Aydınlatılmış onam; karar verme yeterliğine sahip bir bireyin, kendisine uygulanacak tanı, tedavi yöntemleri ve diğer uygulamalar konusundaki tüm seçenekleri, bu yöntemlerin olası olumlu ya da olumsuz sonuçlarına ilişkin bilgileri aldıktan ve anladıktan sonra, yapılacak işlemlere izin verme, kabul etme sürecidir. Bu uygulamanın temel amacı, bireyin kendisi hakkında karar verme hakkını korumak ve her tür tıbbi uygulama sürecinde sorumluluğu paylaşmaktır.

Aydınlatılmış onam alınması, tıbbın bütününe kapsayacak biçimde tanı koyucu, tedavi edici ve koruyucu hekimlik uygulamaları ile birlikte, insanlar üzerindeki araştırmalarda da zorunludur.

Türk Tabipleri Birliği aşağıdaki ilkeleri kabul eder:

- Aydınlatma süreci hastanın yaşına, kültürel, toplumsal ve ruhsal durumu gibi koşullara özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır.
- Kendisi dışında bilgilendirilecek kişileri hasta belirlemelidir.
- Her tıbbi uygulama için ayrı ayrı aydınlatılmış onam alınmalıdır.
- Hastanın karar verme yeterliğinin bulunmadığı durumlarda onam, varsa hastanın yasal temsilcisinden alınır. Hastanın yasal temsilcisinin onam vermediği ve hastanın yaşamının tehdit altında olduğu durumlarda girişimde bulunabilmek için yasal mercilerden izin alınmalıdır.

- Hastanın yetkili yasal temsilcisi olmadığında ve acil tıbbi müdahale gerektiğinde, daha önceden hastanın kuşkuya yer bırakmayan şekilde bu durumda girişime onam vermeyi reddettiğini gösterir bir irade beyanı yoksa, hastanın onam verdiği varsayılarak tıbbi girişimde bulunulmalıdır.

- Çocuklarda ve karar verme yeterliği olmayan hastalarda yasal temsilcisinin onamı alınmalıdır. Bununla birlikte, çocuk ve karar verme yeterliği olmayan hasta elden geldiğince aydınlatılmalı ve olabilecek en geniş ölçüde karar alma sürecine dâhil edilmelidir.

- Bireyin vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alma hakkı vardır.

- Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılır. Alınan onam, eksik aydınlatma, baskı ya da yanıltma yoluyla alındıysa geçersizdir.

AVRUPA HASTA HAKLARI BİLDİRGESİ

Sağlık bakımında (hizmetlerinde) insan hakları ve değerleri

1. Kadın veya erkek herkesin insan olması dolayısıyla saygı görmeye hakkı vardır.
2. Herkes kendi yaşamını belirleme hakkına sahiptir.
3. Herkes fiziksel ve mental bütünlüğe sahip olmaya ve kişi olarak güvenli bir yaşam sürdürme hakkına sahiptir.
4. Kadın veya erkek herkesin özel yaşamına saygı gösterilmelidir.
5. Herkesin, kendi ahlaki ve kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına sahip olma ve bunlara saygı gösterilmesini isteme hakkı vardır.
6. Herkes hastalıkların önlenmesi sağlık bakımı için yeterli ölçüde çaba gösterilerek sağlığının korunması ve kendisi için edinilebilir en yüksek sağlık seviyesine kavuşma hakkına sahiptir.

Bilgilendirme

1. Sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin en iyi nasıl kullanılabileceği konusundaki bilgi herkes için ulaşılabilir olmalıdır.
2. Hastalar, durumları ile ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri ve her bir girişimin potansiyel risk veya yararlarını, önerilen girişimlerin alternatiflerini, tedavisiz kalmanın sonuçlarını, tanı, prognoz ve tedavinin gidişi konularını içerecek şekilde sağlık durumları konusunda tam olarak bilgilendirme hakkına sahiptir.
3. Bilgilendirme, yalnızca bilgi vermemenin hasta üzerine açık ve olumlu bir etkisinin olacağına inanmak için geçerli bir nedenin olduğu zamanlarda kısıtlanabilir.
4. Bilgi, hastanın. anlama kapasitesine uygun bir yolla ve yabancı terim terminoloji kullanımı en aza indirerek iletilmelidir. Hasta ortak dil konuşmıyorsa çeviri yapılabilir.
5. Hastalar kesin olarak belirttikleri takdirde, bilgilendirilmeme hakkına sahiptirler.

Hastalar kendi yerlerine kimin bilgilendirileceğini seçme hakkına sahiptir. Hastalar ikinci bir görüş alma imkanına sahip olmalıdır.

Sağlık kurumuna kabul edilen hastalar, kendilerine bakan sağlık personelinin kimliği, mesleki durumu, o kurumda kaldığı ve bakıldığı sürece uyacağı kurallar ve rutin işlemler konularında bilgilendirilmelidir.

9. Hastalar, sağlık kurumundan taburcu edildiklerinde tanıları, tedavileri ve bakımlarını içeren bir yazılı özet alma ve isteme hakkına sahiptir.

Onay

1. Hastanın bilgilendirilmiş onayı herhangi bir tıbbi girişimin ön koşuludur.

2. Hasta tıbbi girişimi reddetme veya durdurma hakkına sahiptir. Reddedilen veya durdurulan tıbbi girişimin getireceği sonuçlar hastaya dikkatli bir şekilde açıklanmalıdır.

3. Hastanın iradesini beyan etmesinin mümkün olmadığı ve acilen tıbbi girişim yapılması gereken durumlarda, daha önceden bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa, hastanın onayı olduğu varsayılarak girişim yapılabilir.

4. Hastanın yasal temsilcisinin onayının gerektiği ve önerilen girişimin acil olduğu durumda, eğer temsilcinin onayı zamanında alınamıyorsa, tıbbi girişim yapılabilir.

5. Yasal temsilcinin onayı gerektiği zaman, hastalar (çocuk veya erişkin olsun) durumlarının izin verdiği ölçüde yine de karar alma sürecine dahil edilmelidir.

6. Yasal temsilcinin onay vermeyi reddettiği durumda, doktor veya diğer sağlık personelinin görüşü girişimin hastayı ilgilendirdiği yolunda ise, karar mahkemeye veya hakem heyeti benzeri merciye bırakılmalıdır.

7. Hastanın onay vermesinin mümkün olmadığı ve yasal temsilcisinin bulunmadığı veya bu amaçla seçilmediği bütün diğer durumlarda hastanın istekleri tahmin edilerek ve hesaba katılarak, alternatif karar alma biçimi için uygun önlemler alınmalıdır.

8. İnsan vücudunun bütün parçalarının kullanımı ve korunması için hasta onayı gereklidir. Tanı, tedavi ve hasta bakımı için madde kullanımı gereken durumlarda, onayın olduğu kabul edilerek davranılabilir.

9. Klinik çalışmalara katılım için hastanın bilgilendirilmiş onayına ihtiyaç vardır.

10. Hastanın bilgilendirilmiş onayı, bilimsel araştırmalara dahil edilme için ön koşuldur. Bütün araştırma protokolleri uygun etik kurul onayı işlemlerinden

geçirilmelidir. Bu gibi araştırmalar, yasal temsilcinin onayı olmadıkça ve hastayı ilgilendirmedikçe, kendi iradesini beyan edemeyen hastalarda yapılmamalıdır. Bu konuyla ilgili bir istisna, önemli bir değeri olan, alternatif yöntemleri olmayan ve başka araştırma öznesi bulunmayan araştırmalardır. Böyle bir durumda risk ve/veya yük çok azsa, kişinin itirazı yoksa, hastanın sağığına doğrudan bir yararı olmasa da kapasite eksikliği olan bireyler gözleme dayalı araştırmalara dahil edilebilir.

Mahremiyet ve Özel Hayat

1. Hastanın sağık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi hakkındaki ve kişiye özel diğeri tüm bilgiler ölümden sonra bile gizli olarak korunmalıdır.

2. Hastaya ait bu bilgiler, yalnızca hastanın açık izni veya mahkemenin kesin isteğı üzerine açıklanabilir. Hastanın tedavisi ile ilgili diğeri sağık personeline ihtiyaç söz konusu olduğunda, hastanın onayı olduğuna varsayılarak davranılır.

3. Hastanın kimliğine dair bilgiler korunmalıdır. Bu bilgilerin korunması usulüne uygun yapılmalıdır.

4. Hastalar, tanıları, tedavileri ve bakımları ile ilgili kayıtlara, diğeri dosyalara, teknik kayıtlara ve tıbbi

dosyalarına bakabilme ve kendi dosyalarının ve kayıtlarının kopyasını alabilme hakkına sahiptir. Bu hak üçüncü kişilerin bilgilerine bakabilmeyi içermez.

5. Hastalar, kendileriyle ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin uygunsuz, eksik, çift anlamlı, eski olması veya tanı, tedavi ve bakım amacıyla ilgili olmaması durumunda bu bilgileri yenileme, daha açık hale getirme, bazı kısımlarını çıkarma, tamamlama, düzeltme hakkına sahiptir.

6. Hastanın tanı, tedavi ve bakımı için gerekli olmadıkça ve ek olarak hasta izin vermedikçe, hastanın özel ve aile hayatına girilemez.

7. Tıbbi girişimler ancak kişinin özel hayatına saygı gösterilmesi durumunda yapılabilir. Bunun anlamı önerilen girişimin hastanın onayı veya isteğıne göre ve kişinin ihtiyacı durumunda yapılabileceğidir.

8. Sağık kurumlarına başvuran hastalar, kişisel bakımlarını yapacak sağık personelinin veya muayene ve tedavilerini yapacak kurumların, özel hayatlarının korunmasını sağılayan fiziksel özelliklere sahip olmasını bekleme hakkına sahiptirler.

Bakım ve Tedavi

1. Herkes, kadın ve erkek olarak koruyucu bakım ve sağlığının geliştirilmesi çalışmalarını içeren, sağlık ihtiyaçlarının karşılamaya yönelik yeterli sağlık bakımı alma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri, herkes için eşit ulaşılabilirlikte ve sürekli olmalı; ayırimsız ve maddi, insani, finansman kaynaklarından bağımsız, ayırimsız olarak verilen ve toplumsal nitelikte olmalıdır.

2. Hastaların, sağlanan hizmetlerin düzeni, kalitesi ve amaçlarını içerecek şekilde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ve planlamasını ilgilendiren konularda sağlık sisteminin her düzeyinde temsilci biçiminde katılmaya hakkı vardır.

3. Hastalar, hem yüksek teknik standartlar, hem de sağlık personeli ile hastalar arasındaki insani ilişkiler bakımından kaliteli sağlık hizmeti hakkına sahiptir.

4. Hastalar, tanı, bakım ve tedavi yönünden, tüm sağlık personeli ve/veya sağlık kurumları arasında işbirliğini kapsayacak şekilde hizmetin sürekliliği hakkına sahiptir.

5. Özellikle tedavi bakımından hizmet sınırlılığı olan durumlarda sağlık personelinin hasta seçimi yapması gerekiyorsa, bu seçimin bütün hastaların hakkı dikkate alınarak eşit bir şekilde yapılması gerekir. Bu seçim tıbbi ölçütlere göre ve ayırım yapılmaksızın gerçekleştirilmelidir.

6. Hastalar, sağlık sisteminin işleyişi ile uyumlu olarak, hekimlerini veya diğer sağlık personelinin ve sağlık kurumlarını seçme ve değiştirme hakkına sahiptir.

7. Tıbbi nedenlerle sağlık kurumlarında daha fazla kalması gerekmeyen hastalara başka bir sağlık kurumuna veya eve gönderilmeden önce durumları tam olarak açıklanmalıdır. Başka bir sağlık kurumuna nakil, ancak o sağlık kurumunun hastayı kabul etmesi durumunda yapılabilir. Durumları evine gönderilmesine uygun olan hastalar için ayaktan ve evde bakım hizmetleri olmalıdır.

8. Hastalar, tanı, tedavi ve bakımları sırasında saygı görme, kültür ve değerlerine uygun şekilde davranılma hakkına sahiptir.

9. Hastaların, bakım ve tedavileri süresince arkadaşları, akrabaları ve aileleri tarafından desteklenme ve her zaman manevi destek ve yol gösterilme hakları vardır.

10. Hastalar, son bilgilerin ışığında çektikleri acıların dindirilmesi hakkına sahiptir.

11. Hastaların, yaşamlarının son döneminde insanca bakılıp, saygın biçimde ölme hakları olmalıdır.

Başvuru

1. Bu belgede belirtilen hakların uygulanması, yalnızca bu amaca uygun anlamları çerçevesinde mümkündür.

2. Bu hakların kullanılması ayırım olmaksızın sağlanmalıdır.

3. Bu hakların uygulanmasında, hastalar yalnızca insan hakları belgeleri ile uyumlu sınırlılıkların ve yasa ile belirlenen prosedürlerin hükmü altındadır.

4. Hastaların bu belgede belirtilen hakları kendilerinin kullanmasının mümkün olmadığı durumda, resmi temsilcileri veya bu amaçla belirleyecekleri kişiler hastalar adına sorumlu olabilirler; resmi temsilci veya hataca atanan kişinin olmadığı durumda ise, hastaların temsili için gerekli diğer önlemler alınmalıdır.

5. Hastalar, bu belgede belirtilen hakların uygulanması ile ilgili bilgi ve önerilere ulaşabilmelidirler. Hastalar haklarına saygı 'gösterilmediğini hissettiklerinde, şikayet için başvuru imkanına sahip olmalıdır. Mahkemelere başvurmanın yanı sıra, diğer düzeylerde başvuruda bulunma, hakemlik isteme ile ilgili bağımsız mekanizmalar bulunmalıdır. Bu mekanizmalar şikayet prosedürleri ile ilgili bilgi edinmeyi, bağımsız kişilere ulaşabilmeyi ve hastanın en uygun nasıl hareket edeceği konusunda danışmada bulunma imkanlarını sağlamalıdır. Bu mekanizmalar bunların ötesinde hasta adına savunma ve yardım imkanlarını gerekirse sağlamalıdır. Hastaların şikayetlerinin değerlendirilmesine etkili ve tam olarak ilgilenilmesine ve sonuç hakkında bilgilendirmeye hakkı vardır.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

HEKİM-ENDÜSTRİ İLİŞKİSİ BİLDİRGESİ

4-5 Nisan 2008 tarihlerinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda kabul edilmiştir.

20 Haziran 2009 tarihinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği II. Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda güncellenmiştir.

Hekim-endüstri (ilaç ve tıbbi teknoloji) ilişkisinin etik kurallar çerçevesinde yürütülmesinin, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine ve özellikle akılcı ilaç kullanımına yarar sağladığı bilinmektedir. Öte yandan hekim-endüstri ilişkisi ticari boyutundan dolayı iyi hekimlik uygulamalarına olumsuz yansıyabilecek kimi sakıncalar içerebilir. İyi hekimlik uygulamalarının endikasyon ve sınırları, kanıta dayalı tıp uygulaması çerçevesinde belirlenmelidir. Hekim ile endüstri temsilcisi arasında “karşılık verme duygusu” içeren bir davranış ve yükümlülüğün doğmasından kesinlikle kaçınmak gerekir. Hekimlerin reçeteleme biçimleri ve tanı/tedavi uygulamaları güncel bilimsel verilerle yönlendirilmeli, akılcı ilaç kullanma ve iyi hekimlik ilkelerine uyulmalıdır.

Sürekli tıp eğitimi (STE) ve sürekli mesleki gelişim (SMG) etkinlikleri bağlamında yapılan eğitim etkinliklerine endüstri katkısı için bilimsel ve etik standartlar dikkatle belirlenmelidir. Hekim-endüstri ilişkisinde şeffaflık ve çıkar çatışması olmaması ve olmadığının beyanı, temeldir. Hekim-endüstri ilişkisinin sağlıklı bir çerçeve içerisinde yürütülmesini sağlamak amacıyla, STE/SMG etkinliklerine katılımın kamusal kaynaklardan karşılanmasına yönelik finansman modeli geliştirilmelidir.

Türk Tabipleri Birliği hekimlerin endüstri ile ilişkilerinde uyması gereken temel ilkeleri aşağıdaki biçimde belirlemiştir:

- Hekimlerde hem tıp eğitimleri, hem de mezuniyet sonrası STE/SMG etkinlikleri sırasında, endüstri temsilcileriyle ilişkilerin doğasında yatan sakıncalar konusunda farkındalık yaratılmalıdır.
- Hekimlere akılcı ilaç ve uygun teknoloji kullanım ilkeleri konusunda yeterli ve sürekli bilgilendirme yapılmalıdır.
- Bilimsel araştırmalar için bağımsız kaynakların temini sağlanmalıdır.
- Tanıtım (promosyon) etkinlikleri hekimlerin eğitime ve hasta bakımına katkı - sağlayacak şekilde olmalı ve hekimin endüstri ve temsilcisine karşı bir yükümlülük duymasına yol açmayacak biçimde açık olarak yapılmalıdır.
- Endüstri desteğinin bilimsel/eğitsel etkinliklere destek sağlamak amacıyla kurumsal araçlarla yapılması teşvik edilmelidir.
- Bilimsel ve eğitsel toplantılara endüstri desteği şeffaf olmalı ve karşılıksız olduğu açıkça belirtilmelidir.
- Bu katkılar meslek kuruluşları, uzmanlık dernekleri ya da ilgili akademik bölümler gibi kar amacı gütmeyen kuruluşlar aracılığıyla yönlendirilmeli ve denetlenmelidir. Bütün aşamalarda şeffaflık esastır. Aracı olarak işlev görece kuruluşun da etik sorumlulukları önemle vurgulanmalıdır.
- Hekimlerin kabul edeceği tanıtım malzemeleri, bilimsel toplantılara davet ve bu toplantılarla ilişkili ağırlamalar eğitsel, bilimsel işlevli veya mesleki uygulamalarla ilintili olmalı ve makul bir değeri aşmamalıdır. Hekimler tanıtım yapılırken herhangi bir donanım katkısı ve parasal avantaj sağlanmasına, teklif edilmesine veya ima edilmesine kesinlikle izin vermemelidir. Hekimler yukarıda belirtilenlerin aksine herhangi bir teşviki ya da hediye kabul ya da talep etmemelidir.
- Hekimleri hastalarında belli bir ilacın kullanmaları konusunda yönlendirmek ya da bu ilacın hastane ilaç listesine eklenmesini teşvik etmek amacıyla, bilimsel amaca hizmet etmeyen, salt ticari amaçlı çalışmalar- tez çalışmaları da dahil- yapılmamalıdır.
- Hekimler, endüstriden danışman, eğitmen, konuşmacı, hisse sahibi olarak aldıkları gelirleri veya bilimsel araştırma için aldıkları fonları ilgili etkinlikler sırasında açıklamalıdır.
- Tanıtım etkinlikleri belli kurallar dahilinde olmalıdır. Endüstri temsilcilerinin ziyaretlerinin sıklığı ve süresi, hekimin hastalarına ve diğer çalışmalarına ayıracağı

zamanı etkilemeyecek şekilde çalıştığı sağlık kuruluşu tarafından standardize edilmelidir.

- Kongre ve bilimsel toplantılar toplantının bilimsel yönünü vurgulayacak mekanlarda yapılmalı, turistik amaç haline getirilmemeli ve katılımcıların mali gücü dikkate alınarak seçilmelidir. Bu tip etkinliklerin akademik veya kamu kurumlarında yapılmaları özendirilmelidir.
- STE/SMG etkinliklerinin yapıldığı salonlarda endüstri tanıtım materyali bulunmamalıdır.
- Kongre katılım ücretlerinin üst sınırı düzenli aralıklarla hekim örgütleri tarafından belirlenmeli ve bu sınırı geçen kongreler kredilendirme açısından değerlendirilmelidir.
- Bilimsel etkinliklerde endüstri tarafından yapılacak ağırlama makul düzeyde ve toplantının asıl amacına göre ikincil önemde olmalı ve abartılı olmamalıdır; endüstrinin katkısı ulaşım, yemekler, konaklama, kayıt ücreti ile kısıtlandırılmalıdır. Hekimler eş, çocuk ve yakınlarının refakatçi katılım ücretlerini endüstriden talep etmemeli, bu yöndeki teklifleri geri çevirmeli ve böyle davrananları meslek örgütlerine bildirmelidir.
- Endüstri destekli araştırmalarda araştırmacıya yapılan ödeme şeffaf olmalı ve kurumsal kurallara uygun olmalıdır.

**TABABET VE ŞUABATI SAN'ATLARININ TARZI İCRASINA DAİR
KANUN**

Sayısı:1219

R.G. Tarihi:04.04.1928 R.G. Sayısı:863

(Değişik: 14.6.1989 - 3575)

BİRİNCİ FASIL

Tabipler

Madde 1 - Türkiye Cumhuriyeti dahilinde tababet icra ve her hangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için Türkiye Darülfünunu Tıp Fakültesinden diploma sahibi olmak ve Türk bulunmak şarttır.

Madde 2 - Yukarki maddede yazılı diplomanın muteber olması için diploma sahibinin 8 Teşrinisani 1339 tarih ve 369 numaralı kanun mucibince hizmeti mecburesini ikmal etmiş ve diplomasının Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletince tasdik ve tescil edilmiş olması lazımdır. Tababet sanatını icra etmek isteyen askeri tabipler de diplomalarını tasdik ve tescil ettirirler. Ancak hizmeti mecburelerini ifa eyledikleri müddetçe diplomaları alıkonulan tabipler bu müddet zarfında dahi icrayı sanata mezundurlar.

Madde 3 - Yukarki maddelerde zikredilen tabip diplomasını ve fenni, cerrahi veya şuatında ihtisas sahibi olduğuna dair işbu kanunun tarifleri dairesinde vesaiki lazımevi haiz olmıyan hiç bir kimse hiç bir ameliyei cerrahiye icra edemez. Cerrahii sağireye ait ameliyat her tabip yapabilir. Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti tarafından açılan ve idare edilen mekteplerden mezun küçük sıhhiye memurları ve işbu mekteplere muadil tedrisat yapan mekteplerden mezun olup şahadetnameleri Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletince tasdik ve tescil edilenler talimatnamelerinde yazılı olanlara münhasır kalmak şartıyla küçük ameliyeleri yapabilirler. Evsaf ve şeraiti bu kanunla tesbit edilmiş olan sünnetçiler sünnet ameliyesini icra edebilirler. (Ek: 27/12/1993 - 3954/1 md.) Türk Silahlı Kuvvetlerince yetiştirilen sıhhiye sınıfına mensup erbaş ve erler de, Türk Silahlı Kuvvetlerinde görev yaptıkları süre ve görevle sınırlı olmak üzere, küçük sıhhi işlemleri yapmaya yetkilidirler.(Ek: 27/12/1993 - 3954/1 md.) Yukarıdaki fıkranın uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar, Milli Savunma Bakanlığınca altı ay içinde hazırlanıp Bakanlar Kurulunca yürürlüğe konulacak yönetmelikte gösterilir.

Madde-4 Yabancı memleketlerin tıp fakültelerinden izinli Türk hekimlerinin Türkiye’de hekimlik edebilmeleri için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığında ve Üniversite Tıp Fakültesi Profesörler Meclisinden seçilmiş bir jüri heyeti tarafından hüviyetlerine bakıldıktan sonra diplomalarının Türkiye Tıp Fakültesi ders programının ve öğrenim süresinin aynı veya benzeri bir fakülteden bütün sınav devreleri geçirilerek alınıp alınmamış olduğu araştırılır. Bu şartlarda alınmış olduğu anlaşılan diplomalar kabul edilip Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca onaylanarak kütüğe geçirilir ve iyelerinin sanat yapmalarına izin verilir. Bu şartlara uygun olarak alınmamış diplomaların iyeleri Tıp Fakültesi Profesörleri Meclisince seçilmiş bir jüri heyeti karşısında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığında gönderilecek bir işyar da bulunduğu halde teori ve pratikten bir sınav geçirilir. Bu sınavın şekli Sağlık ve Sosyal Yardım ve Kültür Bakanlıkları tarafından beraberce kararlaştırılır. Ancak Türkiye Tıp Fakültesi öğretim süresine ve ders programlarına göre okumamış olanlar eksiklerini tamamlamak üzere Tıp Fakültesinde okuduktan ve staj gördükten sonra sınaca girerler. Sınavları başaranların sanat yapmalarına usulüne göre izin verilir.

Madde 5 - Hususi muayenehane açmak veyahut evinde muayenehane tesis eylemek suretiyle sanatını icra eylemek isteyen her tabip hasta kabulüne başladığından itibaren en çok bir hafta içinde isim ve hüviyetini, diploma tarih ve numarasını ve muayenehane ittihaz eylediği mahal ile mevcut ise ihtisas vesikalarını mahallin en büyük sıhhiye memuruna kaydettirmeğe ve muayenehanenin nakli halinde en az yirmi dört saat evvel keyfiyeti nakli ihbara mecburdur.

Madde 6 - Bir mahalde sanatını icra eden mukayyet bir tabip o mahalli terkeylediği veya her hangi bir sebep ile olursa olsun muayenehanesini set ile icrayı sanattan sarfı nazar ettiği takdirde en az yirmi dört saat evvel evvelce kaydedilmiş olduğu sıhhiye dairesine müracaatla kaydına işaret ettirir.

Madde 7 - Münhasıran veya kısmen Türk memur ve müstahdem kullanılan müessesatı umumiye ve hususiye ile Türk hastaları da tedavi eden her hangi bir müessesesi hayriye ve sıhhiyede istihdam edilecek tabiplerin birinci ve ikinci maddelerde gösterilen vasıfları haiz olması şarttır. Yetmiş yedinci maddede zikredilen ecnebi tabipler bu hükümden müstesnadır.

Madde 8 - Türkiye’de icrayı tababet için bu kanunda gösterilen vasıfları haiz olanlar umumi surette hastalıkları tedavi hakkını haizdirler. Ancak her hangi bir şubei tababette müstemirren mütehassıs olmak ve o ünvanı ilan edebilmek için Türkiye Tıp Fakültesinden veya Sıhhiye Vekaletince kabul ve ilan edilecek müessesattan verilmiş ve yahut ecnebi memleketlerin maruf bir hastane veya laboratuvarından verilip Türkiye Tıp Fakültesince tasdik edilmiş bir ihtisas vesikasını haiz olmalıdır.

Madde 9 - İhtisas vesikalarının sureti ahzı ve bu hususta mer'î olması lazım gelen kavait işbu kanunun tarihi meriyetinden sonra Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletince tanzim edilecek bir nizamname ile tayin olunur.

Madde 10 - Usûl ve nizamına tevfikân müdderis, muallim ve emsali sıfatları iktisap etmemiş veya sekizinci maddede zikredilen vesikaları istihsal eylememiş bir tabibin tıp tedris ve talimine ve ihtisasa mûtaallik ünvanları kullanması ve bunları veya hakikata tevafuk etmiyen sair sıfatları her hangi şekil ve suretle ilan etmesi memnudur.

Madde 11 - Mahkemelerce ihtibar için müracaat edilecek tabipler yalnız bu kanun ile Türkiye'de icrayı sanat salahiyetini haiz olanlardır. Muhtebirlere sureti müracaat ve bunların müstahak olacakları ücret ve tazminat miktarları hakkında Sıhhiye ve Adliye Vekaletlerince müşterek bir talimatname tertip olunur.

Madde 12 - (Değişik: 17/1/1949- 5304/1 md.) Sanatını icra etmek üzere bir mahalde kayıtlı olan herhangi bir tabibin bizzat dükkan ve mağaza açmak suretiyle her türlü ticaret yapması memnudur. Kanuna tevfikân müsaade almak suretiyle hususi hastane açması veya aynı zamanda eczacılık diplomasını haiz olan bir tabibin icrayı tababet hakkından feragat etmek ve iki yıl bir eczanede ameliyat görmüş olduğuna dair vesika ibraz eylemek şartıyla eczane açarak idare etmesi bu hükümden müstesnadır. Bir tabibin, ikametgahı müstesna olmak üzere müteaddit yerlerde muayenehane açarak icrayı sanat etmesi memnudur.

Madde 13 - Bir şahsın ahvali bedeniye ve akliyesi hakkında rapor tanzimine münhasıran bu kanunla icrayı sanata salahiyeti olan tabipler mezundur. Türkiye'de icrayı sanat salahiyetini haiz olmıyan tabiplerin raporları muteber olamaz.

Madde 14 - Hudut ve merkezi Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletince tayin edilecek mıntakalarda birer etibba odası tesis olunur. Etibba odaları tabiplerin mesleki haysiyet ve menfaatlerine taalluk eden bilumum meseleleri rüyet ve teşkil edecekleri divanı haysiyetler vasıtasıyla mesleki adaba riayetsizliği görülen tabipler, dış tabipleri ve dışçiler hakkında inzibati cezalar tayin ve tabipler arasında tahaddüs eden mesleki ihtilafatı hal ve tesviye eder.

Madde 15 - Etibba odaları teşekkül eden mıntakalarda işbu kanuna göre Türkiye'de icrayı sanat salahiyetini haiz bilumum etibbanın odalara dahil olması mecburidir. Memuriyet bu mecburiyetten istisnayı istilzam etmez. Odaların idariye ve kırtasiyesine ve divanı haysiyetlerle ali divanı haysiyet azasının hakkı huzur ve

harcırahlarına tekabül etmek üzere odalar azalarından bir defaya mahsus olmak üzere bir duhuliye ve muayyen bir nispet dairesinde aidatı seneviye alınır.

Madde 16 - Etibba odaları divanı haysiyetleri adabı meslekiyeye riayet etmiyen tabipler hakkında tahriren ihtar, meclis huzurunda tevbih ve bir haftadan altı aya kadar muvakkat icrayı sanattan meni suretiyle mücazâtı intibahiye tayin edebilirler.

Madde 17 - Etibba odaları heyeti idareleri heyeti umumiye tarafından iki sene için müntahap üçten beşe kadar azadan müteşekkildir. Reislerini aralarından reyi hafî ile intihap ederler. Divanı haysiyet yine heyeti umumiye tarafından da keza iki sene için evvelce müntahap iki azanın heyeti idareye iltihakıyla teşekkül eder. Heyeti idare ve divanı haysiyetler nısfından bir ziyadesiyle içtima edebilirler. Tesavii ara vukuunda reisin reyi tercih olunur.

Ancak divanı haysiyet azasından biriyle etıbbadan biri arasında tahaddüs eden ihtilafların veya divan azasından birine ait mesailin tetkiki esnasında meselede alakadar aza ve divanın kur'a ile taayyün edecek nısf azası içtimaa iştirak etmiyerek yerlerine evvelce intihap edilmiş olan yedek azadan kur'a ile tefrik edilecekler ifayı vazife eyler.

Madde 18 - Odalar heyeti idareleriyle divanı haysiyetlerin ve bunların yedek azalarının evsafı ve sureti intihabı vazifeleri azadan alınacak duhuliye ve aidat ve divanı haysiyet azalarına verilecek hakkı huzur miktarları Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâletince tanzim edilecek bir nizamname ile tayin olunur.

Madde 19 - Evsaf ve şeraiti kanuniyeyi cami olmıyan veya kendisine mevdu vezaifi ifadan imtina eden veyahut bitarafılığı muhil hareketi görülen oda heyeti idare ve divanı haysiyetleri Ali Divanı Haysiyet kararıyle Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletince fesih ve esbabı mucibesıyla oda mintakasında tamim ve intihabat tecdit olunur.

Madde 20 - Oda intihaplarının hitamını mütaakip bir hafta zarfında muntahap aza içtima ederek reislerini reyi hafî ile intihap ederler. Reis intihabın netayicini ve aza ile yedek azanın esamisini ve aldıkları reyler adedini derhal Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletine bildirir.

Madde 21 - Divanı haysiyetlerin tahriri ihtar ve meclis huzurunda tevbih cezaları katidir. Muvakkaten icrayı sanattan meni hakkında verilen kararlarda Ankara'da bulunan Ali Divanı Haysiyetin tasdikiyle muteber olur. Ali divanı haysiyet bervechi ati teşekkül eder.

A) Sıhhiye Vekaleti Müsteşarının riyasetinde Vekalet erkanı memurından veya sair memurini sıhhiye arasından intihap edilecek üç tabip,
B) Adliye Vekili tarafından intihap edilecek hakimler sınıfından bir zat,
C) Tıp Fakültesi Meclisi Müderrisini tarafından müntahap bir müderris,
D) Biri asker ve diğer ikisi sivil olmak üzere odalar tarafından müntahap üç tabip.
Ali Divanı Haysiyet reis ve azası üç senede bir tecdit olunur. Eski azanın yeniden intihabı caizdir. Mahalli divanı haysiyetlerin kararlarının temyizi esnasında mahkûm tabibin şifahi veya tahriri müdafaat ve itirazatı kabul edileceği gibi divanı haysiyetin mütalaatı da nazari dikkate alınır. Bu gibi kararların divanı haysiyete vürudu tarihinden itibaren azami bir ay zarfında ret veya tasdiki veya tadili lazım gelir. Ali Divanı Haysiyet, azasının nısfından bir fazlasıyla içtima edebilir. Tesavii ara vukuunda reisin bulunduğu tarafın reyî tercih olunur.

Madde 22 - Ali Divanı Haysiyet kararıyle muvakkaten icrayı sanattan menedilen tabip, bu müddet zarfında icrayı sanat edemez. Memur etibbanın memuriyetine mutaallik vazifelerine hâlel gelmez. Karar alakadarlarca malum olmak üzere Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletince münasip suretlerle ilan olunur.

Madde 23 - Umumi veya mevzii iptali his ile yapılan büyük ameliyeler behemehâl ihtisas vesikasını hamil olan bir mütehassıs ile beraber diğer bir tabip tarafından yapılmak lazımdır. Mütehassıs bulunması veya celbi mümkün olmıyan mahallerde yapılması zarurî görülen ameliyeler ile ahvali müstacele ve fevkalade bu hükümden müstesnadır.

Madde 24 - İcrayı sanat eden tabipler hasta kabul ettikleri mahal ile muayene saatlerini ve ihtisaslarını bildiren ilanlar tertibine mezun olup diğer suretlerle ilan, reklam ve saire yapmaları memnudur.

Madde 25 - Diploması olmadığı halde cerri menfaat için olmasa dahi her hangi suretle olursa olsun hasta tedavi eden veya tabip ünvanını takınan şahıs bir aydan altı aya kadar hapis ve yirmi beş liradan beş yüz liraya kadar ağır cezayı nakdi ile mücazat olunur. Bu suretle icrayı sanat neticesinde Türk Ceza Kanunu itibariyle daha ağır cezayı müstelzim bir fiil işlenilmiş olduğu takdirde o fiile mahsus ceza verilir.

Madde 26 - Bu kanunun ahkamına tevfikân icrayı sanat salahiyeti olmıyan veya her ne suretle olursa olsun icrayı sanattan memnu bulunan bir tabip sanatını icra ederse yirmi beş liradan iki yüz liraya kadar hafif cezayı nakdi ile cezalandırılır.

Madde 27 - (5, 6, 10, 12, 15, 23, 24) üncü maddeler ahkamına riayet etmiyen tabipler beş liradan yüz liraya kadar hafif cezayı nakdi ile cezalandırılır.

Madde 28 - Ağır hapis veya beş seneden fazla hapis veya müebbeden hidemati ammeden memnuiyet veya meslek ve sanatı sui istimal suretiyle işlenmiş bir fiilden dolayı iki defa mahkemece meslek ve sanatın tatili cezasıyla mahkum olan veya icrayı sanat etmesine mani ve gayrikabili şifa bir marazi akli ile malul olduğu bilmuayene tebeyyün eden tabipler Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletinin teklifi ve Ali Divanı Haysiyet kararıyla icrayı sanattan menolunur ve diplomaları geri alınır.

DÖRDÜNCÜ FASIL

Sünnetçiler

Madde 58 - Tabiplerden ve Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti tarafından küşat ve idare edilen küçük sıhhiye memur mekteplerinden mezun küçük sıhhiye memurlarından veya işbu mekteplere muadil tedrisat yapan mekteplerden mezun olup şahadetnameleri Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletince tasdik ve tescil edilenlerden başka hiç kimse müsaadesiz sünnetçilik edemez. Ancak laakal on seneden beri bu işle iştigal ettiğini resmi vesikalarla ispat eden ve ehliyet ve liyakatı bilimtihan tebeyyün eyliyen kimselerin kemaflıssabık icrayı sanatlarına müsaade ve ellerine Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletince bir ruhsatname verilir.

Madde 59 - On seneden az bir müddetten beri sünnetçilik eden veya on seneden ziyade bir zamandan beri bu işle iştigal ettiğini vesaik ile ispat edemiyen kimselerin mütehassis bir operatörün bulunduğu bir hastanede iki ay müddetle ameliyat gördükten sonra bilimtihan ehliyeti tebeyyün ettiği takdirde yedlerine Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletince bir ruhsatname verilir. Ameliyat gördükleri müddet zarfında bu gibilerin ibate ve iaşeleri hastane idarelerince temin olunur.

Madde 60 - Bir mahalde sünnetçilik etmek üzere yerleşmek istiyen kimse bir hafta zarfında isim ve hüviyetini ve vesaiki lazimesini havi bir ihbarnameyi mahallin en büyük sıhhiye memuruna vermeğe ve başka bir yere nakil vukuunda keyfiyeti nakli ihbar etmeğe mecburdur.

Madde 61 - Ruhsatsız ve müsaadesiz sünnetçilik edenler bir haftadan bir aya kadar hafif hapis ile cezalandırılır. Bu suretle icrayı sanat neticesinde Türk Ceza Kanunu itibariyle daha ağır cezayı müstelzim bir fiil işlenmiş olduğu takdirde o fiile mahsus ceza verilir.

Madde 62 - "60" inci madde hükmüne riayet etmiyen sünnetçilerden beş liradan yirmi beş liraya kadar hafif cezayı nakdi alınır.

BEŞİNCİ FASIL

Hastabakıcı hemşireler

Madde 63 - Sıhhiye ve Muaveneti İcimaiye Vekaletince musaddak hastabakıcı mekteplerinden mezun veya resmi hastanelerden verilmiş vesikaları haiz bulunmayan ve Türk olmıyan kadınlar hastabakıcılık sanatını ifa edemezler. Bu vesikalar muteber olmak için Sıhhiye ve Muaveneti İcimaiye Vekaletince tasdik ve tescil edilmiş olmak lazımdır.

Madde 64 -(Mülga: 25/2/1954 - 6283/13 md.)

Madde 65 - Bir mahalde icrayı sanat etmek istiyen hastabakıcılar isim ve hüviyetleri ve vesikalarını havi bir ihbarnameyi en çok bir hafta zarfında mahallin en büyük sıhhiye memuruna vermeğe ve ikametgah tebeddülü veya başka bir yere nakil vukuu halinde yirmi dört saat evvel keyfiyeti nakli ihbara mecburdur.

Madde 66 - Hastabakıcıların mesleki haysiyet ve menfaatlerini vikaye ve mesleki teavunu temin etmek üzere şahsiyeti hükmiyeyi haiz bir veya mütaaddit yurt teşkil etmeleri caiz olup bu yurtlar Sıhhiye ve Muaveneti İcimaiye Vekaletinin nezaret ve murakabesi altında ve olbaptaki talimatnamelere tevfikân tesis olunurlar.

Madde 67 - Salahiyeti olmadığı halde hastabakıcılık eden ve bu ünvanı takınanlar beş liradan elli liraya kadar hafif cezayı nakdi ile cezalandırılır.

Madde 68 - Altmış dördüncü maddede gösterilen icrayı sanat hududunu tecavüz eden veya altmış beşinci madde hükmüne riayet etmiyen hastabakıcılardan yirmi beş liraya kadar hafif cezayı nakdi alınır.İffetsikaname aleni halü hareketleriyle halkın hissiyatını rencide eden hastabakıcı hemşirelerin ruhsatnameleri Sıhhiye ve Muaveneti İcimaiye Vekaleti tarafından geri alınır.

ALTINCI FASIL

Ahkami umumiye

Madde 69 - Tabipler, dış tabipleri, dişçiler ve ebeler bu kanunda tasrih edilmıyen ve sair kavanın ve nizamât ile kendilerine tevdi edilmiş olan bilcümle vezâifin ifasıyle mükelleftirler.

Madde 70 - Tabipler, diş tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatını alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatın tahriri olması lazımdır. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.) Hilafında hareket edenlerden alakadın ııkayetine bağılı olmak şartıyla on liradan iki yüz liraya kadar hafif cezai nakdi alınır.

Madde 71- Tabipler, diş tabipleri, dişçiler ve ebeler hastalar arasında ücreti mudavattan dolayı vaki olacak ihtilafatın mercii bu ihtilafa mevzu teşkil eden meblağı miktarı ne olursa olsun sulh mahkemeleridir. Yalnız iki sene mururunda bu hak zail olur.

Madde 72 - İcrayı sanat eden tabipler, diş tabipleri, dişçiler ve ebeler numunesi veçhile Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti tarafından tertip ve mahalli sıhhiye memurlarınca musaddak, hastaların isim ve hüviyetlerini kayda mahsus bir protokol defteri tutmağı mecburdurlar. Bu defterlerin kuyudu ücretten mütevellit davalarda Sahibi lehine delil ittihaz olunabilir. Şu kadar ki müstenidi iddia olan kaydın hilafı vesaik veya delaili muteberei saire ile ispat edilebilir.

Madde 73 - Protokol defterlerinde tahrifat yapan ve mugayiri hakikat malumat derceylediğı sabit olan tabipler, diş tabipleri, dişçiler ve ebeler Ceza Kanununun (345) inci maddesi mucibince tecziye edilirler.

Madde 74 - Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletince lüzum görülecek mıntikalarda ucurat ihtilafatında mahkemelerce nazarı dikkate alınmak üzere asgari ve azami ücreti müdavat tarifeleri tanzim edilebilir. Bu men atik etibba odaları mıntıkları hududiyle tahdit olunur.

Madde 75 - Tababet ve şuaabatı sanatlarının icrasından mütevellit ceraimde mahkemelerin muvafık görecekleri muhtebirin rey ve mütalaasına müracaat hakkındaki serbestileri baki kalmak şartıyla meclisi alii sıhhinin mütalaası istifsar edilir.

Madde 76 - Vefat eden tabip, diş tabibi, eczacı, dişçi, ebe, küçük sıhhiye memurları ve hastabakıcıları diploma veya şahadetname veya ruhsatnameleri alınarak Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletince Müntahak bir heyet huzurunda iptal edildikten sonra ailelerine iade olunur.

Madde 77 - Türkiye’de mevzuatı kanununiyeye müsteniden hakkı mükteseppleri tanınmış olan ecnebi tabipler, dış tabipleri, dişçiler ve ebeler sanatlarını bu kanun ahkamı dairesinde icra edebilirler.

Madde 78 - Bu kanunun meriyeti tarihinden itibaren tababeti belediye icrasına dair olan 7 Rebiülahir 1278 tarihli nizamname ve bu kanuna muhalif olan bütün ahkam mülgadır.

Madde 79 - Bu kanunun tarihi meriyetinden ve nizamnamei mahsusun kabul ve tasdikından sonra yapılacak ilk odalarla divanı haysiyetler intihabatı Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletince tanzim ve idare olunur.

Madde 80 - Bu kanunda yazılı cezayı nakdi, hafif hapis ve bir seneye kadar hapis cezalarını müstelzim fiillerin muhakemesi sulh mahkemelerine ve daha ağır cezayı mucip e’alin muhakemesi asliye mahkemelerine aittir.

Ek Madde 1 - (20/5/1933 - 2182 sayılı ek kanunun 1 inci maddesi hükmü olup, ek madde haline getirilmiştir.)

Ankara Numune Hastanesinde vazife görmek ve dışarıda hekimlik etmemek ve hizmet müddetleri beş yılı geçmemek şartıyla beş ecnebi mütehassıs tabip getirilir.

Ek Madde 2 - (11/12/1933-2351 sayılı ek kanunun 1 nci maddesi hükmü olup, ek madde olarak numarası teselsül ettirilmiştir.)

İstanbul Üniversitesi Tıp fakültesi üçüncü dahili hastalıklar ve seririyatında ve birinci harici hastalıklar ve seririyatında, göz hastalıkları ve seririyatında, kulak, boğaz, burun hastalıkları ve seririyatında, kadın ve doğum hastalıkları ve seririyatında ve radyoloji laboratuvarında ders vermek ve mensup oldukları hastanelerde hasta tedavi etmek ve poliklinik yapmak ve dışarıda serbest doktorluk etmemek, hususi hastanelerde çalışmamak ve hizmet müddetleri beş seneyi geçmemek şartıyla altı ecnebi müderris tabip getirilir.

Ek Madde 3 - (25/12/1935 -2876 sayılı ek kanunun 1 nci maddesi hükmü olup, ek madde olarak numarası teselsül ettirilmiştir.) Ankara Numune Hastanesinde vazife görmek ve dışarda hekimlik etmemek ve hizmet müddetleri beş yılı geçmemek şartıyla daha üç ecnebi mütehassıs hekim getirilir.

Ek Madde 4 - (Ek: 14.6.1989 - 3575/2 md.)

Diş protez teknisyenliği, diş hekimi eliyle hastadan elde edilen ölçü, model ve

kayıtlar üzerinde, meslek bilgisinin gerektirdiği kurallara bağlı kalarak ve diş hekiminin vereceği bilgilerle istekler dikkate alınarak, ağız protezleri, çene yüz protezleri, ortodontik aygıtlar yapmak ve gerektiğinde yapılmış protezlerle aygıtları onarmak işlemleri ile sınırlıdır.

Ek Madde 5 - (Ek: 14.6.1989 - 3575/2 md.)

Türkiye Cumhuriyeti dahilinde diş protez teknisyenliği ünvanını taşımak ve mesleğini icra edebilmek için, Sağlık Bakanlığı bünyesinde veya denetiminde açılan sağlık meslek liseleri diş protez teknisyenliği bölümünü bitirmek ve diploma almak ya da hareketli protezler, sabit protezler, çene yüz protezleri, ortodonti aygıtları veya diş protez maddeleri üretimi dallarında yüksek eğitim ve öğretim veren, Sağlık Bakanlığının sağlık meslek liseleri diş protez teknisyenliği bölümü mezunlarını öğrenci olarak kabul eden üniversitelerin, en az iki yıllık diş protez teknisyenliği ile ilgili meslek yüksekokullarında eğitim görmek ve mezuniyet diploması almak gerekir.

Ek Madde 6 - (Ek: 14.6.1989 - 3575/2 md.)

Öğrenimlerini yurt dışında diş protez teknisyenliği ile ilgili devletçe tanınan bir okulda tamamlayarak Türkiye'ye dönüş yapanlar, denklikleri Sağlık Bakanlığınca onaylandığı takdirde, eksikleri varsa Türkiye'deki diş protez teknisyenliği okullarında eksik kısım ve süreleri başarı ile tamamladıktan sonra onaylanmak suretiyle mesleklerini icra edebilirler ve diş protez teknisyeni ünvanını kullanabilirler.

Ek Madde 7 - (Ek: 14.6.1989 - 3575/2 md.)

Diş protez teknisyenleri; sahip oldukları diploma veya belgelerin hak kazandığı ünvanlardan başkalarını kullanamazlar, hastalarla doğrudan doğruya mesleki ilişkiye giremezler, laboratuvarlarında münhasıran diş kliniklerinde kullanılması gereken araç ve gereçleri bulunduramazlar, Ek 4 üncü maddenin belirlediği sınırlar dışında herhangi bir çalışma yapamazlar, tavsiyede bulunamazlar.

Ek Madde 8 - (Ek: 14/6/1989-3575/2 md.)

Diploması veya meslek belgesi olmaksızın diş protez teknisyenliği mesleğini icra edenlerle, Ek 7 nci madde hükümlerine aykırı davranışta bulunan diş protez teknisyenleri hakkında, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Ayrıca

işyerlerinde meslekleri ile ilgili olmadığı tespit edilen araç ve gereçler müsadere edilir.

Ek Madde 9 - (Ek: 14/6/1989-3575/2 md.)

Diş hekimleri, kendi klinik hastalarının protezlerini yapabilmek için diş protez laboratuvarı açabilirler. Ancak bu laboratuvarlarda başka hekimlerin her türlü protez yapımı isteklerini karşılama durumunda laboratuvar sorumlusu olarak en az bir diş protez teknisyenini istihdam etmek zorundadırlar. Diş protez teknisyeni çalıştırmaksızın kendi klinikleri dışından protez başvurularını bizzat çalışarak karşılamak istedikleri takdirde özel işyerinde mesleklerinin klinik hizmetlerini yürütemezler. Bu yasağa aykırı şekilde mesleklerinin klinik hizmetlerini yürütenler hakkında 3224 sayılı Türk Diş Hekimleri Birliği Kanununun disiplin cezaları ile ilgili 44 üncü maddesinin (c) bendindeki para cezası, tekrarı halinde (d) bendindeki oda bölgesinde bir aydan altı aya kadar serbest meslek uygulamasından alıkonma cezası uygulanır.

Ek Madde 10 - (Ek: 14.6.1989-3575/2 md.)

Diş protez teknisyenleri veya diş hekimleri, diş protez laboratuvarı açmak istedikleri takdirde, mahallin en büyük mülki amirine başvurmak ve bu makamın belirteceği şartlara uymak zorundadırlar. Diş protez laboratuvarlarının sahip olmaları gereken şartlar ile bulundurmaları gereken asgari araç ve gereçlerin sayıları ve nitelikleri, Sağlık Bakanlığınca yayımlanacak bir yönetmelikle belirtilir. Laboratuvarların yönetmelik ve kanuna uygun çalışıp çalışmadıkları, il sağlık müdürlüklerince denetlenir.

Geçici Madde 1 - (Ek: 14.6.1989-3575/3 md.)

Bu kanunun yürürlüğe girdiği tarihte üniversitelerin önlisans diş protez teknikerliği okulları mezunları diş protez teknisyeni unvanına sahip olurlar ve sağlık meslek liseleri diş protez teknisyenliği bölümünün devamı olan meslek yüksek okullarına bir yıllık hızlandırılmış eğitim için sınavsız girme hakkını kazanırlar. Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihte üniversitelerin ön lisans diş protez teknikerliği okullarında öğrenci olanlar da mezun oldukları tarihte diş protez teknisyenliği unvanına sahip olurlar ve sağlık meslek liseleri diş protez teknisyenliği bölümünün devamı olan meslek yüksek okullarına bir yıllık hızlandırılmış eğitim için sınavsız girme hakkını kazanırlar.

Hızlandırılmış eğitimler için özel program yapılmış eğitim dönemlerinin ilgili

yüksekokullarca ilanından sonra ilk döneme başvurmamış olanlar hızlandırılmış eğitim haklarını kaybetmekle beraber bu dönemin başlangıcından itibaren iki yıl süre ile bu yüksekokullara sınavsız girme hakları saklı kalır.

Geçici Madde 2 - (Ek: 14.6.1989-3575/3 md.)

Bu Kanunun yürürlük tarihinden önce sağlık meslek liseleri mezunları olup, Sağlık Bakanlığının diş protez teknisyenliği kurslarından mezun olanlar veya dengi okullardan birinin mezunu olup Sağlık Bakanlığının 12 aylık diş protez teknisyenliği kurslarından mezun olanlar, bu Kanunun yayımı tarihinden itibaren diş protez teknisyenliği ünvanına sahip olurlar ve kendilerine Sağlık Bakanlığınca kanunun yayımı tarihinden itibaren en geç üç ay içinde belgeleri verilir. Ayrıca diş protez teknisyeni olarak en az üç yıl meslek icra ettikten sonra ve bu üç yılın bitiminden itibaren en geç iki yıl içinde başvurmaları şartı ile diş protez teknisyenliği ile ilgili meslek yüksek okullarına ön kayıt ve yeterlik sınavı ile girme hakkını kazanırlar.

Geçici Madde 3 - (Ek:14.6.1989-3575/3 md.)

Bu Kanunun yayımı tarihine kadar mezuniyet belgesine sahip olmadan mesleklerini icra etmekte olan diş teknisyenleri, bu Kanunun yayımlandığı tarihte en az iki yıldan beri bu mesleği yürüttüğünü Sağlık Bakanlığına verecekleri BAĞ - KUR, SSK, vergi kaydı gibi resmi belgelerle kanıtlamak, Sağlık Bakanlığınca hazırlanacak bir yönetmelikle; sınav komisyonu, yerleri ve şekli belirtilmiş olan ehliyet sınavlarına, bu Kanunun yayımı tarihinden itibaren en geç iki yıl içinde başvurmak ve başarı kazanmak şartı ile diş protez teknisyeni ünvanını kazanırlar ve Bakanlıkça düzenlenecek meslek belgelerini alırlar.

Yukarıda belirtilen sınavlara katılacak ilgililer sınavların gerektirdiği giderleri kendileri karşılarlar.

İki yıl içinde girecekleri en çok 4 sınavda başarılı olamayanlar ile sınav için başvurmamışlar, iki yıllık sürenin bitiminden sonra mesleklerini icra edemezler.

8. SİMGE VE KISALTMALAR

Kısaltma	Açıklama
AİK	Akılcı İlaç Kullanımı
AOİK	Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TİTCK	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
CDC	Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri
FAO	Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü
TİSD	Türkiye İlaç Sanayi Derneği
BEK	Bursa İlaç Kooperatifi
BEO	Bursa Eczacılar Odası
TEB	Türkiye Eczacılar Birliği
ACCP	Amerikan Klinik Eczacılık Koleji
İEİS	İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası
İHEB	İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi
ATO	Ankara Ticaret Odası

9. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince gerek ders döneminde gerek tez döneminde, çalışmamın her aşamasında yanımda olan bilgisini, ilgisini, desteğini ve güler yüzünü hiçbir zaman esirgemeyen, tez yazım sürecindeki zorluklar konusunda beni cesaretlendiren, çalışmamın bu aşamasına gelmesinde büyük katkısı olan, çok değerli tez danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Sezer Erer Kafa'ya çok teşekkür ederim.

Gerek ders dönemi gerek tez döneminde bilgilerini ve desteklerini esirgemeyen Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik ABD öğretim üyesi, bölümümüzün değerli hocalarından Doç. Dr. Elif Atıcı ve Prof. Dr. Murat Civaner'e teşekkür ederim.

Tez çalışmamda yardımlarını gördüğüm Bursa Eczacı Odası başkanı Ecz. Okan Şahin'e, Farmakoloji ABD öğretim üyesi Prof. Dr. Mehmet Cansev'e, Tıp Tarihi ve Etik ABD öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Aslıhan Akpınar'a teşekkür ederim.

Felsefe bölümünü okurken, etik alanına ilgi duymamı sağlayan, lisans eğitimimde üzerimde çokça hakkı bulunan rahmetli hocam Prof. Dr. Ahmet Cevizci'ye teşekkür ederim.

Ve son olarak beni bu günlere getiren, her daim maddi ve manevi desteklerini hep omzumda hissettiğim, aileme çok teşekkür ederim.

Selim Genç

10. ÖZGEÇMİŞ

1991 yılında Erzurum’da doğdum. İlköğretimi Kayakyolu İlköğretim Okulu’nda, lise eğitimimi Tevfik İleri Anadolu Lisesi’nde tamamlayıp, lisans eğitimime, 2011 yılında Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Felsefe Bölümü’nde başladım. Lisans eğitimi sırasında, ikinci üniversite kapsamında da 2012 yılında, Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi Kamu Yönetimi bölümüne başlayarak 2015-2016 yılında lisanstan mezun oldum. Aynı yıl Uludağ Üniversitesi’nde Pedagojik Formasyon sertifikası aldım. Mezun olduktan hemen sonra 2015-2016 eğitim-öğretim dönemi başlangıcında Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalından yüksek lisans eğitimime başladım. 2019 yılı içerisinde askerlik vazifemi yerine getirdim. 2019 yılından beri özel bir lisede Felsefe Grubu Öğretmenliği yapmaktayım. Halen Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp/Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimime devam etmekteyim.

Bilimsel Dernek ve Kurumlarda Üyelikler:

Türkiye Felsefeciler Derneği üyesi

Aktif Felsefe Derneği üyesi

Felsefe Sanat Bilim Derneği üyesi