

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARINDA YÖNETİM PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEKİMİN İLAÇLA TEDAVİ VE REÇETE YAZMA
YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Emine Türkan ÖDEMİŞ

2501180297

TEZ DANIŞMANI:
DR. ÖĞR. ÜYESİ Ramazan DURGUT

İSTANBUL - 2022

ÖZ

HEKİMİN HASTAYI TEDAVİ ETME VE REÇETE YAZMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ

EMİNE AYDIN

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımıyla sağlık, sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil; bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halinde olmayı ifade etmektedir. İnsanın en değerli hazinesi sağlıktır. İnsan sağlığının korunması noktasında devlet gözetiminde sunulan sağlık hizmeti bu sebeple oldukça önemlidir. Sağlık hizmetinin aktif kahramanları hasta ve hekimdir. Hasta ve hekim arasındaki ilişki gelişigüzel gelişen bir ilişki olmayıp, hukuki güvenceye dayanan bir ilişkidir. Bu ilişkide hekimin hastaya karşı hukuki sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumluluklardan biri de tedavi etme ve reçete yazma sorumluluğudur. Hastanın gerek ani gelişen bir durumda iradesine başvurulmadan, gerekse iradesine başvurularak başlayan tedavi sürecinde hekim sürecin tüm mesleki ve hukuki sonuçlarını göz önüne almaktadır. Tedavinin başarıya ulaşabilmesi için tedaviyi destekleyici şekilde ilaç kullanımında bulunulmalıdır. Bu süreçte hekimin reçete yazması ve başta yazdığı ilaçların yarar ve zararlarını açıklamak olmak üzere hekime birçok yükümlülük getirmektedir. Hekim yazdığı reçetelerden dolayı da sorumluluklara sahiptir. Bunların en önemlileri, özeni gösterme, tedaviye uygun şekilde ilaç önerme ve reçete yazma, çeşitli hatalardan (malpraktisten) sakınma ve en önemlisi hastanın menfaatine uygun şekilde tedavi sürecini yönlendirmedir. Bu çalışmada da hekimin ilaçla tedavi ve reçete yazma yükümlülükleri sağlık hukuku gözetilerek incelenmiştir. Çalışmamızın amacı hekimlerin ilaçla tedavi ve reçete sürecinde sık gerçekleştirdiği hatalara yer vermek, bu hatalı uygulamalar sonucu ortaya çıkan zarar sonrasında hekimlerin karşılaşacakları hukuki sorumluluklar da ele alınmıştır. Zira hekimin ilaçla tedavi ve reçete yazma sürecinde yaptığı yanlış ilaç, yanlış doz, endikasyon dışı ilaç kullanımı gibi hatalar hastanın sağlığının daha da kötüleşmesi ve hayatını kaybetme riski barındırmaktadır. Çalışma sonucunda hekimlerin hastalarını tedavi sürecinde akılcı reçete yazma süreci aşamalarına özen göstermesinin hasta sağlığı açısından oldukça önemli olduğu açıkça gözlenmektedir. Ayrıca akılcı reçete yazma süreci hakkında hekimlere destek eğitimi verilmesi, hekimlerin ve özellikle diğer sağlık personelinin bu konuda eğitilmesi, bu konudaki sıkıntıları

giderme ve iyileřtirme adına isabetli olacađı dűřűnűlmektedir. Bu tez çalıřmasında sađlık hukuku çerçevesinde hekimin hastayı tedavi etme ve reçete yazma yűkűmlűlűđű ele alınmıřtır.

Anahtar Kelimeler: Hekimin İlaçla Tedavi Yűkűmlűlűđű, İla ve Reçete, Hekimin Hukuki Sorumluluđu, Hekim, Yűkűmlűlűk.



ABSTRACT

OBLIGATION OF THE PHYSICIAN TO TREAT THE PATIENT AND TO PRESCRIBE

EMİNE AYDIN

With the definition of the World Health Organization (WHO), health means not only the absence of disease or infirmity; but also a state of complete physical, mental and social well-being. Health is the most precious treasure of man. For this reason, the health service provided under the supervision of the state at the point of protecting human health is very important. The active protagonists of health care are the patient and the physician. The relationship between the patient and the physician is not a haphazard relationship, it is a relationship based on legal assurance. In this relationship, the physician has legal responsibilities towards the patient. One of these responsibilities is the responsibility to treat and prescribe. The physician considers all the professional and legal consequences of the process in the treatment process, which starts with the patient's will in a sudden developing situation, or by applying his will. In order for the treatment to be successful, medication should be used to support the treatment. In this process, it imposes many obligations on the physician, including prescribing and explaining the benefits and harms of the drugs he prescribes. The physician also has responsibilities for the prescriptions he writes. The most important of them are taking care, prescribing and prescribing medications in accordance with the treatment, avoiding various mistakes (malpractice), and most importantly, directing the treatment process in accordance with the patient's best interests. In this study, the obligations of the physician to treat and prescribe medication were examined by considering the health law. The aim of our study is to include the mistakes that doctors often make in the process of drug treatment and prescribing, and the legal responsibilities that doctors will face after the damage caused by these erroneous practices have also been discussed. Because mistakes made by the doctor in the process of drug treatment and prescribing, such as incorrect medication, incorrect dose, use of drugs outside the indication, pose a risk of further deterioration of the patient's health and loss of life. As a result of the study, it is clearly observed that it is very important for patient health for physicians to take care of the stages of rational prescribing process in the process of treating their patients. In addition, it is thought that it will be appropriate to provide support training to physicians about the rational

prescribing process, to educate physicians and especially other medical personnel about this issue, to eliminate and improve the problems in this regard. In this thesis, the obligation of the physician to treat the patient and write a prescription within the framework of health law is discussed.

Keywords: Physician's Obligation to Treat with Medicines, Medicines and Prescriptions, Physician's Legal Liability, Physician, Obligation.



ÖNSÖZ

İnsanın sadece kendi varlığıyla kazandığı haklardan biri olan sağlık hakkı ulusal ve uluslararası sözleşmelerle tasdik edilmiş en temel hakların başında gelmektedir. Küreselleşmeyle birlikte teknolojik gelişmeler her alanda ilerleme sağladığı gibi sağlık alanında da ilerleme sağlamış, tedavi yöntemlerinde kullanılan tekniklerin artması sağlık hukukunun da kapsamını genişletmiştir. Sağlık hukuku çerçevesinde hasta ile hekim arasındaki ilişki her iki tarafın da çıkarlarını koruyacak biçimde ele alınmaktadır. Özellikle son yıllarda bu çıkar kavramının kapsamı genişletilmiş, hekimlerin tedavi sürecinde izledikleri yöntemler her aşamasında hastanın menfaati noktasında değerlendirilmiştir. Hasta ile hekim arasındaki ilişkide en önemli aşamalardan ikisi bu tez çalışmasında konu edinilmiştir: tedavi etme ve reçete yazma. Hekimin hastaya karşı en temel görevlerinden biri de hekimlik sözleşmesi gereği hastalığı doğru teşhis ederek doğru tedaviyi uygulamaktır. Bu tedavi sürecinin destekleyici unsuru ise ilaçla tedavi, diğer bir deyişle hekimin reçete yazmasıyla mümkün olmaktadır. Hekim hem tedavi sürecinde hem de reçete yazma sürecinde belli yükümlülükler üstlenmektedir. Gerekli özeni gösterme, tedaviye uygun şekilde reçete yazma, çeşitli hatalardan sakınma ve en önemlisi hastanın menfaatine uygun şekilde tedavi sürecini yönlendirme en temel yükümlülükler arasındadır. Bu çalışmada da sağlık hukuku gözetilerek hekimin yükümlülüklerine yer verilmiştir. Bu uzun araştırma ve yazım sürecinde daima yanımda olan, engin bilgi ve deneyimiyle beni yönlendiren ve tezime büyük katkı sağlayan sayın tez danışmanım Dr. Ramazan DURGUT'a ve aileme teşekkürü bir borç bilirim.

Emine Türkan ÖDEMİŞ

İSTANBUL, 2022

İÇİNDEKİLER

ÖZ	II
ABSTRACT	IV
ÖNSÖZ	VI
İÇİNDEKİLER	VII
TABLolar LİSTESİ	XII
KISALTMALAR LİSTESİ	XIII
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

HEKİMLİK MESLEĞİ VE GENEL OLARAK HEKİMİN YÜKÜMLÜLÜKLERİ

1.1. Hekim Kelimesinin Anlamı ve Kapsamı.....	3
1.2.Hekimlik Mesleğinin Tarihsel Gelişimi ve Misyonu.....	5
1.2.1.Antik Çağda Hekimlik Mesleği.....	5
1.2.2.Hekimlik Mesleğinin Evrimi ve Bugünü.....	10
1.3. Hekimlik Mesleği İle İlişkili Kavramlar.....	13
1.4. Hekimlik Mesleğini Meydana Getiren Unsurlar ve Meslek Kültürü.....	18
1.4.1. Tıp Eğitimi.....	19
1.4.2. Hekimlik Meslek Ahlakı ve Meslek Birlikleri.....	20
1.4.3. Uzmanlaşma.....	22
1.4.4. Hekimlerin Profesyonel Sorumluluğu.....	22
1.4.5. Meslek İtibarı ve Otoritesi.....	23
1.4.6. Şahsi Özellikler.....	24
1.5. Hekimlik Mesleğinin Özellikleri.....	26
1.6. Türk Hukuku Bakımından Hekimliğin İcra Şartları.....	29
1.6.1.Türk Vatandaşı Olmak.....	30
1.6.2.Tıp Fakültesi Diploması Sahibi Olmak.....	30
1.6.3.Tabip Odasına Kayıtlı Olmak.....	30

1.6.4. Mesleği İcra Engeli Olmamak.....	31
1.7. Hekim Hak ve Yükümlülüklerinin Genel Çerçevesi.....	31
1.7.1. Hekim Hakları.....	32
1.7.2. Hekim Yükümlülükleri.....	33
1.7.2.1. Hekimin İnsan Yaşamını Koruma Yükümlülüğü.....	33
1.7.2.2. Hekimin Meslek Kurallarına Uygun Davranma Yükümlülüğü.....	34
1.7.2.3. Hekimin Hasta Haklarına Özen Gösterme Yükümlülüğü.....	34
1.7.2.4. Hekimin Tanı Koyma Yükümlülüğü.....	34
1.7.2.4.1. Anamnez Alma.....	35
1.7.2.4.2. Fizik Muayene Yapma.....	36
1.7.2.4.3. Gerekli Tetkiklere Başvurma.....	36
1.7.2.5. Hekimin En Uygun Tedaviyi Seçme Yükümlülüğü.....	37
1.7.2.6. Hekimin Tıbbi Uygulama Hatasından (Malpraktisten) Kaçınma Yükümlülüğü.....	37
1.7.2.7. Hekimin Dikkat ve Özen Gösterme Yükümlülüğü.....	37
1.7.2.8. Hekimin Sır Saklama Yükümlülüğü.....	38
1.7.2.9. Hekimin İhbar Yükümlülüğü.....	39
1.7.2.10. Hekimin Kayıt Tutma Yükümlülüğü.....	39
1.7.2.11. Hekimin Aydınlatma ve Hastanın Rızasını Alma Yükümlülüğü...	40

İKİNCİ BÖLÜM

İLAÇ KAVRAMI, HEKİMİN İLAÇLA TEDAVİ VE REÇETE YAZMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ

2.1.İlaç.....	43
2.1.1. İlacın Tanımı.....	43
2.1.2. Jenerik İlaç – Orijinal İlaç Ayrımı.....	46
2.1.3. Sahte İlaç-Taklit İlaç Ayrımı.....	47
2.1.4. İlacın Kullanılması.....	47
2.1.4.1. İlacın Doğru Kullanılması.....	47
2.1.4.2. İlacın Amaç Dışı Kullanılması	48
2.1.5. İlaç Uygulamasında İlkeler.....	49

2.1.5.1. İlaç Uygulamasında Genel İlkeler.....	49
2.1.5.2. İlaç Uygulamasının İlkeleri.....	51
2.1.5.2.1. Doğru Hasta.....	51
2.1.5.2.2. Doğru İlaç.....	52
2.1.5.2.3. Doğru Doz	52
2.1.5.2.4. Doğru Yol.....	52
2.1.5.2.5. Doğru Zaman.....	53
2.1.5.2.6. Doğru İlaç Şekli.....	53
2.1.5.2.7. Doğru Kayıt.....	53
2.1.5.2.8. Doğru Etki.....	53
2.1.6. İlaç Uygulama Hataları.....	54
2.1.6.1. Hekim Kaynaklı Hatalar.....	55
2.1.6.2. Hasta Kaynaklı Hatalar	55
2.1.6.3. Hemşire Kaynaklı Hatalar.....	57
2.1.6.4. İlaç Hatalarının Önlenmesinde İlaç Üreticisi İle Eczacının Etkileri.....	58
2.2. Reçete	59
2.2.1. Reçetenin Tanımı.....	60
2.2.2. Reçete Çeşitleri.....	62
2.2.3. Reçetede Bulunması Gereken Temel Bilgiler.....	63
2.2.3.1. Tarih Bilgisi.....	64
2.2.3.2. Hastaya İlişkin Bilgiler.....	65
2.2.3.3. Hekime İlişkin Bilgiler.....	65
2.2.3.4. İlaç ve Kullanım Şekliyle İlgili Bilgiler.....	66
2.2.4. Akılcı Reçete Yazma Süreci.....	67
2.2.4.1. Doğru Tanı.....	68
2.2.4.2. Tedavi Amaçlarının Belirlenmesi.....	69
2.2.4.3. Kişisel İlaçların Uygunluğunun Doğrulanması.....	69
2.2.4.4. Reçetenin Yazılması ve Hastanın Bilgilendirilmesi.....	70
2.2.4.5. Tedavinin İzlenmesi.....	72
2.2.4.6. Reçeteleme Davranışındaki Hatalar ve Uygunsuz Reçeteleme....	72

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HEKİMİN İLAÇLA TEDAVİ VE REÇETE YAZMA YÜKÜMLÜLÜĞÜNDEN DOĞAN HUKUKİ SORUMLULUĞU

3.1. Hekimin Gerçekleştirebileceği Reçete Hataları.....	75
3.1.1. Yanlış İlaç Yazılması.....	75
3.1.2. Yanlış Tedavi Yolunun Öngörülmesi.....	76
3.1.3. İlaç Kullanımında Yönlendirmeden Doğan Hatalar.....	77
3.1.4. Tedavinin Hatalı Planlanması.....	78
3.1.5. Endikasyon Dışı İlaç Kullanımı.....	79
3.1.6. Eksik veya Özensiz Anamnez Alma.....	80
3.1.7. Etkisiz İlaç Reçete Edilmesi.....	80
3.1.8. İlaç Hakkında Yapılan Zararlı Bildirimlerin Dikkate Alınmaması.....	81
3.1.9. Çoğul İlaç Reçetelerinde İlaç Etkileşimlerinin Dikkate Alınmaması.....	81
3.1.10. Bağımlılık yaratan İlaçların Dikkatle Reçete Edilmemesi.....	82
3.1.11. Hatalı Dozda İlaç Reçeteleme.....	82
3.2. Hekimin Hukuki Sorumluluğu.....	83
3.2.1. Haksız Fiil Sorumluluğu.....	85
3.2.2. Hukuka Aykırı Fiil.....	86
3.2.3. Kusur.....	87
3.2.4. Zarar.....	88
3.2.5. İliyet Bağı.....	88
3.3. Sözleşmeden Doğan Sorumluluk.....	88
3.3.1. Sözleşmeye Aykırılık.....	90
3.3.2. Kusur.....	91
3.3.3. Zarar.....	92
3.3.4. İliyet Bağı.....	93
3.4. Vekâletsiz İş Görme.....	94
3.5. Hekimin Cezai Sorumluluğu.....	95
3.5.1. Taksirle Yaralama ve Öldürme Suçu.....	96

3.5.2. Görevi Kötüye Kullanma Suçu.....	98
3.5.3. Evrakta Sahtecilik - Gerçeğe Aykırı Belge Düzenleme.....	99
3.6. Özel Hastanede Görev Yapan Hekimler.....	100
3.7. Kamu Hastanelerinde Görev Yapan Hekimler ve İdarenin Sorumluluğu.....	101
3.8. Sorumluluğun Sınırlanması ve Ortadan Kaldırılması.....	103
3.9. Yardımcı Personelden Kaynaklanan Sorumluluk.....	104
SONUÇ.....	106
KAYNAKÇA.....	111



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.1: Merhamet Yorgunluğunu Önleme ve Tedavi Stratejileri.....	18
Tablo 2.1.: Akılcı Farmakoterapi Adımları.....	51
Tablo 2.2.: Hekimin Reçete Yazım Sürecinde Hastayı Bilgilendirmesi Gereken Konular.....	71



KISALTMALAR LİSTESİ

Akt.	: Aktaran
Çev.	: Çeviren
E.	: Esas
Etc.	: Vesaire
H.D.	: Hukuk Dairesi
K.	: Karar
m.	: Madde
M.Ö.	: Milattan Önce
MR	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
M.S.	: Milattan Sonra
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
TBK.	: Türk Borçlar Kanunu
TCK.	: Türk Ceza Kanunu
TTB.	: Türk Tabipler Birliği
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
Vb.	: Ve benzeri
Vd.	: Ve diğerleri
Yy.	: Yüzyıl

GİRİŞ

İnsanın yaşamındaki en önemli hazinesi sağlıktır. Fizyolojik ve ruhsal olarak insanın sağlıklı olması, yaşam kalitesini artırmakta ve diğer uğraşlarıyla da meşgul olabilmesini sağlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı tanımlarken onun *sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmaması değil, sosyal, ruhsal ve fiziksel açıdan tam bir iyilik haline sahip olma durumu* olduğunu belirtmiştir. Dolayısıyla bir insanın fiziksel bir engelinin olmaması hali de sağlıklı olması anlamına gelmemekte; beden ve ruh anlamında tam bir iyilik haline gelmesiyle sağlıklı olduğundan söz edilebilmektedir (Nasuhioğlu, 1974: 1).

Sağlığın toplumda tıp ilimi dâhilinde kurumsallaşmasıyla birlikte ortaya çıkan meslek hekimliktir. Bilimsel bilginin uygulayıcısı olarak toplumun her türlü sağlık alanındaki lideri olan hekimler ilgili eğitimle birlikte hekimlik meslek kültürüne dâhil olurlar. Bu meslek kültürü geçmiş insanlık tarihinin en eski dönemlerine rastlayan, sosyal ve teknolojik gelişmelerden etkilenerek şekillenen ve her dönem itibar gören bir yapılanmadır. Bugün dünya üzerinde yapılan araştırmalarda popülerliğini kaybetmeyen mesleklerden biri de hekimliktir. Nitekim hekim yaşamın ana öznesi olan insanın sağlıklı olmasını sağlamak amacıyla yola çıkmıştır (Freidson, 1984: 1).

Hekim ile hasta arasındaki ilişki hukuk düzeni içerisinde işlemekte olup bu ilişki karşılıklı bir takım hak ve yükümlülükler doğurmaktadır. Hekimlerin hasta ile kurdukları ilişkiden doğan hakları hekimler arası saygı ve güvene önem verilmesi hakkı, çağdaş tıp olanaklarından yararlanma hakkı, ücret talep etme hakkı, danışma hakkı vb. şekilde çeşitlenmektedir. Hekimin bu haklara sahip olduğu gibi aynı zamanda mesleğini icra ederken çeşitli kurallara uyma yükümlülüğü de vardır. Bu yükümlülükler arasında en temel olanı özen yükümlülüğüdür. Hekim her hastaya yaş, statü vb. hiçbir unsuru göz önüne almadan eşit muamele göstermek, hastalığın tedavisinde eşit özeni sağlamak zorundadır. Bu hem hekimin özen yükümlülüğünden hem de hekimlik mesleğinin ilkelerinden kaynaklanmaktadır. Hekim ile hasta arasındaki bu ilişki hukuki dayanakları olan bir ilişki türüdür (Doğan, 2009: 411).

Hasta ile hekim arasındaki ilişkinin hukuki dayanağı devletin sağlık hizmeti sunması, bu hizmeti güvence altına alması ve hem anayasa hem de uluslararası sözleşmelerde yer aldığı şekliyle her bireyin yaşam hakkının olmasıyla ilgilidir. Her birey yaşama hakkına ve bu hakkın

gözetilmesine ilişkin hukuk devletinde koruma altında bulunmaktadır. Hekim ile hasta arasındaki hukuksal ilişki bu çerçevede kurulmakta olup hekim sözleşmeye dayalı olsun veya olmasın hastaya tıp ilmine uygun sağlık hizmeti sunmak zorundadır. Esasen hekimin her davranışı tıbbi uygun olmalıdır; ancak hekim ile hasta arasında sözleşme varsa bu aykırılık sözleşmeye aykırılığı, yoksa da haksız fiil sorumluluğunu içerecek sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Kusurlu ve hukuka aykırı bir fiil ile hastaya zarar veren hekim bu zararı gidermekle yükümlüdür (TBK m. 49). Tüm bu hususlar özelde hekim- hasta ilişkisini kurallarına uygun olarak sürdürmek, genelde ise toplumdaki sağlık hizmetini işlevsel kılmak adına.

Hekim sosyal yapılanmanın bir parçası olarak, mesleğin etik yapısının da gerekliliğiyle meslek erbabına çeşitli yükümlülükler yüklemektedir. Bu çalışmada hekimin ilaçla tedavi ve reçete yazma yükümlülüğüne yer verilmiştir. Tedavi etme ve reçete yazma yükümlülüğü, hekimin hasta ile olan hekimlik ilişkisinden kaynaklı olan, hastalığın belirlenmesi adına hastanın muayene edilmesi ve hastalığa teşhis konulmasıyla birlikte başlayan sürecin devamıdır. Tedavi etme hastalığın iyileştirmesi sürecini kapsayan, reçete yazma ise bu sürecin ilaçlarla yürütülmesi anlamına gelen aşamaları kapsayıcıdır. Tez çalışmamızda bu amaçla yapılan literatür araştırması çerçevesinde birinci bölümde hekimlik mesleğine ilişkin genel kural ve kaidelere yer verilmiş olup, ardından hekimin genel yükümlülüklerinden bahsedilmiştir. İkinci bölümde ilaç, reçete ve hekimin reçete yazma yükümlülüğü anlatılmıştır. Hastanın tedavi aşamasına ilişkin en önemli aşamalardan biri olan ilaç kullanma aşamasında hekimin yükümlülüklerinden doğabilecek sorunlara da ayrıca yer verilmiştir. Hukuki çerçevede inceleme ise üçüncü bölümün konusudur. Hekimin tedavi ve reçete yükümlülüğünden doğan her türlü tıbbi hata hekime hukuki bir sorumluluk doğurmaktadır. Toplumun bir parçası olan hekim, hasta ile ilişkisinde aynı zamanda hastaya karşı borç yüklenmektedir. Meslek etiğinin de bir gereği olan bu borç hekimin etik davranışlar göstermesinin yanında, onu hukuki çerçevede de yükümlü kılmakta; çalışmamız ise bu yükümlülüğü geniş çerçevede ele almaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

HEKİMLİK MESLEĞİ VE GENEL OLARAK HEKİMİN YÜKÜMLÜLÜKLERİ

1.1.Hekim Kelimesinin Anlamı ve Kapsamı

Hekim kelimesi Arapça *hüküm* kökünden gelmekte olup *hüküm* ve *hikmet* sahibi manalarındadır. Hüküm ayrıca *yargılama*, *karar*, *emir* manalarına da gelmektedir. Kavrama tarihte ilk olarak 1300 yılından önce Atabet'ül-Hakayık adlı eserde rastlanır. Yargılama, güçlendirme gibi manaları olan kelimeyle ilişkili olarak eserde birçok kelime de sıralanmıştır. Bunlardan bazıları; hükümet, hükümrân, ahkam, hakem şeklinde olup aslında her biri hükümün ilerletilmiş derecedeki anlamına da vurgu yapmaktadır (Nişanyan, 2004: 166).

Özellikle kelimenin Arapça kökeninde hikmet ile alakalı ilişkilendirildiği örnekler mevcuttur. Hikmet başlı başına *kendisini nefsanî duygu ve isteklerden alıkoyan, arındıran kişi* manasına geldiğinde ise hekimin tarih öncesi çağlardaki konumu akla gelmektedir. Bir sonraki başlıkta detaylı şekilde ele alınacağı üzere hekim, tarih öncesi dönemlerde tanrısallaştırılmış kişidir. Doğaüstü güçler tarafından oluşturulduğuna inanılan hastalıkları uzaklaştıran kişi hikmet sahibidir. Dolayısıyla bu kişi aslında Arapça kökenli hekim kelimesine de vurgu yapmaktadır (Özkan, 1991: 1).

Hikmet kelimesinin etimolojik kökeninde *kötülüğün engellenmesi ve iyiliğin elde edilmesi* anlamı da bulunmaktadır. Aynı zamanda İslam'da Allah için hikmetli ifadesi de kullanıldığına göre hikmet tarih öncesi dönemdeki tanrısallaşmış hekimin de özelliği olmaktadır. Hikmetli kişi eşyanın hakikatini bilir, dolayısıyla hastalığın kaynağına iner ve onu tedavi eder (Kutluer, 1998:2).

Hekim kelimesinin Osmanlıca sözlüklerde *hâkim* kelimesiyle de eşdeğer düzeyde kullanıldığına rastlanmıştır. Hâkim *cehaletle engel olan kişi* manasında olup, bugün hukuk terimi olarak kullanılmaktadır ve yine hüküm veren kişidir. Dolayısıyla hâkim ile hekim hüküm veren kişi nazarında ortak paydada buluşmaktadır (Yeğin vd., 1981: 653).

2016 yılında hazırlanmış bir tez çalışmasında hekimlik kelimesinin ne denli eski bir kelime olduğunu kanıtlayıcı çeşitli bulgular detaylı şekilde incelenmiştir. Meslek folkloru kapsamında

hekimliği ele alan ve Eski Türklerden başlayarak incelenen eserde, mesleğin şamanlara dayanan geçmişine yer vermiş ve Türk kültürü içerisinde alaylı bir meslek olarak başlayıp, mektepli bir mesleğe dönüştüğü belirtilmiştir. Kendine ait bir kıyafet biçimi olmasıyla şamandan profesyonel hekime değin önemli bir evrim geçirmiş olan hekimlik mesleği, kendine ait bir jargonu, ritüelleri, toplum içindeki değişimden etkilenen katmanlı bir geçmişi olmasıyla oldukça eski ve köklü bir meslek kültürüne sahiptir (Karataş, 2016).

Literatürde hekimle ilişkili olan farklı kavramlar da vardır. Bunlardan biri de *tabiptir*. Tabip de Arapça kökenli bir sözcük olup tıbb kökünden gelmektedir. Tarihte geçtiği en eski kaynak ise 1341 senesindeki Tezkiret-l Evliya’dır. Bu eserde tabip “*sen kayguluların tabibisin ve biaraların hekimisin*” cümlesiyle yer almıştır ve çaresizlere hekim olan kişinin tabip olduğu belirtilmiştir (Nasuhioğlu, 1974: 1).

Hekimin eş anlamlısı *doktor*dur. Doktor ise Latince *docere* kelimesinden dilimize girmiştir. *ğreten, gösteren* anlamındaki docere daha sonra isimleşip Trkeleştiğinde doktor olmuştur. Avrupa’da ilk kullanıldığında daha çok akademide yer alan ğretim görevlilerini ifade edecek şekilde kullanılan terim, sonraki yıllarda tıp doktoru anlamını kazanmıştır (Korkmaz, 2018:14).

Doktor, hekimden farklı olarak kelime anlamıyla öğreten manasına gelen ve kullanım biçimi olarak da daha mektepli kesimi ifade eden bir kavramdır (Dayı, 2007:40). Doktor, niversitede öğretme görevinde olan akademik bir personeli karşılayan bir terim olarak modern hayatta ortaya çıkmıştır. Oysa hekim kelimesi gerek antik ağ, gerekse günümüze uzanan dönemde hem yabancı hem de İşlami kaynaklarda yer almasıyla birlikte temelde alaylı kesimi ifade ederek kullanılmasıyla doktordan ayrılan ve daha eski olan bir kavramdır (Nasuhioğlu, 1974: 4).

Hekimliğin İngilizcedeki karşılığı *physician* olup, bu kelimenin kökeni *physic*’ten gelmektedir. Physic ise *doğal yapı ve fizik* manalarındadır. Buna göre Physician ise insanı doğal yapı ve fiziğiyle ele alan ve inceleyen kişidir. Ancak literatürdeki tam karşılığı *tıp doktorluğu yapma ruhsatına sahip kimse, tıp doktoru; iyileştiren, rahatlatan kişi ya da şey* olarak geçmektedir (Neufelt ve Guralnik, 1988: 1019; akt. Kaya ve Erdem, 2017:48).

Hekimliğe ilişkin etimolojik tanımlamanın dışında mesleğin kimliğini tanımlamak da gereklidir. Hekimlik kimliği zamandan ve mekndan bağımsız olarak şekillenen, cinsel, etnik, ulusal, din ve ideolojik bağlamdan öte amaçlar taşıyan, tutum ve davranışlarla objektiflik

gerektiren bir yapıdadır. Bir hekimin temel amacı hastasını sağlığına kavuşturmaktır. Bu nedenle hekim amaç doğrultusunda hareket etmeli, hastanın değerlerine ve kimliğine takılmadan mesleğini icra etmelidir. Hekimin en temel vazifesi sağlığa yönelik gerekli davranışlarda bulunmaktadır. Tıp eğitimi ve beraberinde uzmanlaşma hekime bu özellikleri kazandırmalı ve hekim bu çerçevede mesleki kimliğini oluşturmaktadır (Musson, 2003: 2). Çalışmada hekim terimi, uygulamada kullanılan tabip ve doktor kelimelerini kapsayacak şekilde ve onların yerini alacak biçimde kullanılmıştır.

1.2.Hekimlik Mesleğinin Tarihsel Gelişimi ve Misyonu

Her meslek toplumsal ihtiyaçtan yola çıkarak oluşturulmakta ve kendi işleyişine bağlı olarak bir meslek kültür alanı oluşturmaktadır. Hekimlik mesleği insanoğlunun en değerli varlığı olan sağlık konusunu içine alan, insanlara bu konuda yardımcı olmak adına profesyonel olarak çalışan bireylerden oluşmaktadır. Hekimlik mesleğinin geçmişi milattan öncesine dayanmaktadır. Ancak her meslek dalı gibi profesyonel nitelik kazanması ise özellikle bu alanda eğitim veren kurumların oluşması ve mesleğin yeterlilik düzeyinde bilgi, beceri ve donanım gerektirmesiyle mümkün olur.

1.2.1.Antik Çağda Hekimlik Mesleği

Tarihte acı çeken, hasta olan kişilere yardım elini uzatan kişiler ilk hekimlerdir. Hekim kimliğinin ilk oluştuğu dönem antik çağdan başlamış ve günümüze değin gelmiştir. Modern tıbbın teknoloji ile buluştuğu bugünlerde hekim kimliğinden bahsederken profesyonel kriterler göz önüne alınmaktadır. Ancak antik dönemde hekim kimliğinin var olan koşullar içerisinde en ilkel halinden bahsetmek mümkün olacaktır (Lewis, 1998:1).

Hekimlik tarihinin başlangıcına ilişkin ilk bilgiler mağara duvarlarına çizilen resimlerden, hayvan ve insana ait fosillerden ve diğer kalıntılardan elde edilmiştir. Bu bilgiler ışığında da tarih öncesi dönemde hekimliğin başlangıcı M.Ö.4000 yılına dayandırılmıştır. Bu dönemdeki tıbbi literatürde *prehistorik tıp* da denilmektedir. Prehistorik tıp tarihinde elde edilen ilk bilgiler bu dönemin en sık rastlanan hastalıklarının gut, pnömoni, plörezi, böbrek ve safrakesesi taşları, sinüzit, tüberküloz, apandisit ve bazı tümörler olduğunu göstermiştir. İnsanın doğa ile etkileşiminin en sık olduğu bu dönemde hastalıkların çoğu doğa ile mücadelede insanın bedenine verdiği zarardan kaynaklı ve doğa ile olan etkileşimde zararlı yiyecek, içecek vb. gıdaları tüketmesiyle

oluşan hastalıklardı. Bu hastalıkların tedavisinde de yine doğadan elde edilen kaynaklar kullanılmaktaydı. Elde edilen kanıtlar insanların ortalama yaşam süresinin 30-40 yıl olduğunu göstermektedir. Bu durum yine doğa kaynaklı şartlardan ötürüdür (Lyons and Petrucelli, 1987:19).

Tarih öncesi çağlarda hastalıkların kökeninde din ve büyü bulunmaktaydı. Doğa ile etkileşiminde pasif konumda olan insan, doğayı anlamlandıramadığı için hastalıkların kötü ruhlardan kaynaklandığına inanıyordu. Bu nedenle hastalıkların tedavisinde dini inancını ve büyüü kullanıyor, iyileşen bir kişinin ancak bu inanç sayesinde sağlığına kavuşacağını öngörüyordu. Hastalıklara bakış açısı konusunda ilk görüş animist temellere dayanmaktaydı. Latin kökenli bir kelime olan *anime*, doğada bulunan her varlığın maddi benliğinin ötesinde manevi bir benliği olduğu görüşüne dayanmaktaydı. Bu görüşe göre insanın hasta olması da maddi olan dış yapısından manevi olan iç yapısına karışan kötü ruhlara ilgiliydi. Bu kötü ruhun insana musallat olmasında da elbette yine insanın kendisinden kaynaklı sebepler bulunmaktaydı. *Canlandırmacılık* olarak da dilimizde kullanılan animizm, kötü ruhun hastalık vesilesiyle kendini insan ve hayvan bedeninde canlandırmasıydı. Bu şekilde kötü ruhun bulaştığı hasta kişiyi ise *sihirbaz hekim* tedavi ediyordu. İlkel toplumlardaki hekim kimliğinin ilk hali olan sihirbaz hekim, diğer insanlardan farklı olarak doğa üstü güçlere hâkimdi. Bu nedenle bu güçleriyle kötü ruhlara müdahale ediyor ve hasta kişiden uzaklaştırıyordu. Bunu yaparken hem kabilesini koruyor, hem de kendinin diğer insanlardan farklı özelliklerini ortaya seriyordu (Lewis, 1998:8).

Şamanların atası olan sihirbaz hekim; ilkel topluluğun büyücü modeli olarak kılık ve kıyafetiyle diğer insanlardan ayrılmaktaydı. Ayinlerde özel elbiseler giyen, boynuna özel kuş tüyleri ve yakasına muska takan, elinde daima davul gibi kendine has aletleri olan ve gerek davranışlarıyla gerekse dış görünüşüyle kabiledaki diğer insanlardan ayrılan bir çizgideydi. Sihirbaz hekimin dış görünüşüne ilişkin ilk ve en önemli örnek M.Ö.17000-20000 yıllarına ait olup Fransa'daki Les Trois Freres mağarasındaki kaya kabartmasıdır. Bu kabartmada, kafasına korkunç bir geyik maskesi takmış bir hekim çizimi yer almaktadır. Oldukça canlı olan bu kabartmada hekimin geyik maskesi takması ise yine gücünü doğadan alması ve kötü ruhları korkutmak için bu silüete bürünmesine örnektir (Lyons and Petrucelli, 1987:22).

Prehistorik dönem kazılarında hekimin tedavi yöntemleri de yine elde edilen kazı buluntuları ve duvar resimlerinde açıkça gözükmemektedir. Bu tedavi yöntemlerinde sık sık suya bastırmak, hayvanları kullanarak tedavi etmek veya doğadaki yaprak ve çeşitli bitkilerle tedavi

etmeye sıkça başvurulduğu görülür. Yine seçilen tedavi yönteminde kötü ruhlara karşı mücadele etme yöntemleri de açığa çıkar. Bu dönemden kalma kafatası iskeletleri incelendiğinde sık sık beynin belli bölümlerinin delindiği, özellikle baş ağrısı ve migren gibi durumlara karşı kötü ruhu yok etme adına baş bölgesinde böyle delikler açıldığı düşünülmektedir (Lewis, 1998:9).

Antik dönemde hekimlik mesleğinin ilerleyişinde medeniyetin beşiği olarak bilinen Mezopotamya'nın önemli bir yeri vardır. Mezopotamya uygarlıkları Sümer, Babil, Asur gibi topluluklardan çıkan kişiler hekimlik konusunu sihirbaz hekim kavramından öteye taşımışlardır. M.Ö.3500 Yıllarında Güney Mezopotamya'da yaşayan Sümerliler kasaba ve şehirleri büyütmüş, geliştirdikleri çivi yazısı ile antik döneme ilişkin çok daha fazla bilgi edinmemizi sağlamışlardır. M.Ö.3000 yıllarının sonunda Mezopotamya'dan çıkarılan Akad tabletlerinde yer alan çivi yazılarında bu dönem tıbbına ilişkin bilgiler elde edilmekteydi. Bu bilgilerde kısa yazılarla "...kökü", "...başı", "yün...", "tuz" gibi kelimelere rastlanmış ve tedavide doğal kaynakların kullanıldığı bilgisi elde edilmiştir. Yine aynı dönem metinlerinde ayrıca ilaç tarifleri de yer almış, birbirine karıştırılan çeşitli otların nelere iyi geldiğine dair notlar alınmıştır. Mezopotamya uygarlığındaki tıba bakıldığında tarih öncesi dönemdeki sihirbaz hekimden farklı olarak aklın ışığında bir ilerleme olduğu, bilgilerin deneme-yanılma yöntemiyle kayıt altına alındığı ve hastalıkların oluşmasında büyü ve dinden biraz uzak –tamamen değil- bir bakış açısı olduğu görülecektir (Arıhan, 2003:7-8).

Mezopotamya tıbbının genel olarak akılcı tedavi yöntemleri, büyü ve kehaneti iç içe alan bir silsilede geliştiği söylenebilir. Buradaki tıp uygulayıcısı kişiler *ashipu* olarak adlandırılmaktaydı. Ashipular özellikle hastalığı teşhis etmekte görevlilerdi. Kahin olarak bilinen bu kişilerin hastalığın kaynağına ilişkin tespitleri tedavinin de ilk aşamasını oluşturmaktaydı. Ashipuların *asu* adında yardımcıları da vardı. Bu kişiler günümüzdeki hemşirelerin konumunda olup daha çok tedavi aşamasına yön vermektelerdi (Chao, 2016:1).

Mezopotamya uygarlıklarından Sümerlilerde tıp uygulayıcısı *A-zu* adı verilen kişilerdi. Bu kişiler sadece insanları değil, hayvanları da tedavi etmekte, en eski veterinerler olarak görülmektelerdi. *A-zu* kelimesi *su bilicisi* manasına geldiği için yine bu kişilerin de aynı zamanda kahin olduklarını söylemek mümkündür (Kızıltan, 2002:1).

M.Ö. 2000’li yıllarda Sümerlilerin eski gücünü kaybetmesiyle Asurlar ve Babiller güç kazanmıştır. Bu iki medeniyetin de tıp uygulayıcıları dini yönleri de olan kişilerdi. Fakat diğer medeniyetlerden farklı olarak bu kişilerin hastalara uyguladıkları tedavilere karşı devlete sorumlu oldukları görülür. Büyük Kral Hammurabi (M.Ö. 1792 – 1750) koyduğu yasalarda olası hekim suçunu cezalara bağlamıştır. Aynı şekilde yine bu yasalar başarılı olan hekimleri de mükafatlandırmaktaydı (Özkan, 1991: 12).

Eski Mısır’a gelindiğindeyse sihirbaz hekimin bir uzantısı olarak hekimlerin şaman – hekim oldukları bir sistem geliştirilmiştir. Şaman hekimler tanrı veya kutsal ile olan bağlantısıyla diğer kişilerden farklı konumlarda olan ve üst güçleri olduğuna inanılan kimselerdi. Şaman hekimler çeşitli dua, ritüel ve inanışlarla kişiye yaklaşıyor ve onun durumunu anlamaya çalışıyorlardı. Ancak bunu yaparken özellikle ruhsal iyileşme yöntemini benimseyerek hastalığın tedavisi için öncelikle kendinden geçen bir ayin yapıyorlar, ardından normal tedavi yolunu benimsiyorlardı. Bir din adamı olan şamanın toplumdaki yönlendirici konumu hekimliğine de etki ediyor, şaman saygı duyulan ve korkulan bir kişi konumuna yükseliyordu (Ferngren, 1985: 499).

1873’te Kahire’de ortaya çıkartılan M.Ö. 1553- 1550 tarihlerine ait olduğu düşünülen papirüsler eski mısır hekimlerine dair önemli bilgiler vermektedir. Bu bilgilerde şaman hekimlerin özellikle “bu hastalığı iyi edeceğim”, “şifa vereceğim” şeklindeki sözleri yer almakta, şamanların içlerindeki inançla hastaya yöneldikleri görülmektedir. Yine bazı papirüslerde de “bacağına şeytan girdi”, “şeytanı çıkartacağım” şeklindeki cümleler hastalığın ilahi kaynaklı olarak belirlendiğini ve şamanın tedavide ilahi yöntemler deneyeceğini belli eden cümlelerdir (Kızıltan, 2002:2).

Eski Mısır’daki hekimler hakkında bilgiler yetersiz olmakla birlikte bilinen ilk önemli hekim Kral Coser’in (Djoser) veziri ve Basamaklı Piramit’in mimarı olan İmhotep’dir. Üçüncü hanedanlık döneminde yaşayan İmhotep iyi bir mimar ve piramit ustasıdır. Onun bu ince işçiliğinden ötürü tıp alanındaki ünü de artmıştır. Eski Mısırlılar tarafından ölümünden sonra tanrılaştırılan İmhotep dışında diğer hekimlere bakış açısı ise belirsiz olmakla birlikte dini kaynaklı durumlardan ötürü hekimlere tanrı gibi sonsuz güç sahibi konumunda bakıldığını da söylemek mümkündür (Ferngren, 1985: 499).

M.Ö. 1500’lü yıllara gelindiğinde ise Anadolu ortalarına değin yerleşen Hititlerin tarih sahnesindeki tıbbi macerasına tanıklık edilir. Hititler hastalığı çoğunlukla tanrının cezalandırma

biçimi olarak kabul ettikleri için hekimlere de önemli misyonlar yüklerler. Çoğu hekime büyücü gözüyle bakmışlardır. Hatta III. Hattuşili 70 senelik ömründe sık sık hasta olmuş ve yazdığı mektuplarda kendisini iyi eden büyücü hekimlerden bahsetmiştir. Bu mektuplarda hekimlik aslen büyücü olan kişilerin ikinci mesleği olarak konu bulmaktadır (Kızıltan, 2002:2).

Antik Yunan ve Roma dönemlerine gelindiğinde Antik çağda tıbbın en gelişmiş dönemlerinin yaşadığı söylenebilir. Bu dönemde özellikle bitkilerle tedavide ilerlenmiş, bitkilerden ilaç yapımına geçilmiştir. Antik Yunan’da da hekimlere tanrı gözüyle bakıldığı söylenebilir. Özellikle mitolojik kaynaklar M.Ö. 1250 yılından itibaren Askulapius’un tanrılaştırıldığını, bu nedenle normal hekimlere dahi Asclepiade denildiği bilgisini vermektedir. Homeros’un bahsettiği üzere Asclepiade’ler köy köy dolaşarak hastalara şifa veren gönüllü hekimlerdi (Özkan, 1991: 12).

Erken Yunan’a gelindiğinde botanik ve herbalin (bitkilerle tedavi) hekimler için önemli bir tedavi yolu olarak benimsendiği görülmektedir. Özellikle birçok bitki türünün bir arada karıştırılarak şifa verici etkisi keşfedilmiş ve modern ilaçlara kaynak oluşturacak çalışmalar yapılmıştır. Bu dönemdeki hekimlerin en önemli özelliklerinden biri de aynı zamanda herbalist olmalarıdır. M.S. 77 senesinde yayınlanan Plinius’un *Naturalis Historia* adındaki kitabına bakıldığında 37 ciltlik bu eserin 7 cildinin botaniğe ayrıldığı görülür. Bitki toplama, saklama, kurutma gibi en ince ayrıntıları içeren bu eser antik dönem tıbbını anlamak adına oldukça önemli örnekler arasındadır (Turner, 2011: 3).

Antik Yunan ve Roma’nın birçok önemli tıp adamı olmuştur. Bunların başında gelen Hipokrates tahmini olan M.Ö.5.yüzyılda yaşamış soylu bir adamdır. Asclepiadae ailesine mensup olan Hipokrates’in ailesinde de birçok hekim bulunmaktadır. Düşünce ve aklın filizlendiği bir dönemde yaşayan Hipokrates bugün de üzerine hekimlik yemini edilen, birçok eseri bulunan ve tıbbın babası sayılabilecek bir isimdir. Bugün dahi o döneme ait birçok eser Hipokrates’e atfedilir. Eserleri *Corpus Hippocraticum* (Hipokrat Koleksiyonu) adı verilen bir koleksiyonda toplanmıştır. Koleksiyon M.Ö. 4.yy’da büyük İskenderiye Kütüphanesinde bir araya getirilmiştir. Bu önemli eserin içerisinde anatomi, fizyoloji, genel patoloji, terapi gibi birçok önemli bölüm bulunmaktadır. Antik Yunan ve Roma’nın diğer önemli tıp adamları ise Herophilos, Erasistratos, Theoprastos, Galenos, Celcus ile Plinius, Soranus ve Dioscorides’tir. Tüm bu isimler Hipokrates gibi o dönemde tıbbın gelişmesi adına elinden geleni yapan, mucit özellikleriyle ön plana çıkan isimlerdi (Özkan, 1991: 14-15).

2019 yılında hazırlanmış bir tez çalışmasında Antik Yunan hekimlerinin etnik ve sosyal kökenleri bakımından dört gruba ayrıldığı belirtilmiştir. Bunlar; köle (*servi*) ve azatlı (*liberti*) hekimler, özgür (*ingenuus*) hekimler, yabancı (*peregrini*) hekimler ve kadın (*medicae*) hekimlerdi. Bu toplumsal sınıflaşmanın kaynağı M.Ö. 3.yüzyılla birlikte başlayan emperyalist genişleme ve kentleşmeydi. Bu nedenle toplumun her kademesi için hekimlik mesleği de farklı şekilde yapılanmaktaydı. Erken Roma Cumhuriyetinde toplumun içerisinde bulunduğu savaş halinde köle sınıfını iyi eden kişiler, yine köleler arasından çıkan *servi* adındaki hekimlerdi. Bu hekimlerin bir kısmı savaşlarda azat edildiklerinde *liberti* adını da almaktaydılar. Antik Yunan ve Roma’da özgür doğan hekim sayısı oldukça azdı. Caesar dönemiyle başlayan ve Augustus ile devam eden süreçte, özgür hekimler teşvik edilmiş ve bu hekimlerin çeşitli bölgeleri dolaşarak gezgin şekilde hekimlik yapmalarına dair karar verilmiştir. Antik toplumda yer alan yabancı hekimler ise daha çok Mısırlı ve Yahudi hekimlerdi. Kadın (*Medicae*) hekimlere gelindiğinde ise sayıca az olan bu kişilerin daha çok varlıklı ailelerin kızları olup hekimlik eğitimi alan kişiler arasından çıktığı bilinmektedir (Özdemir, 2019: 29-45).

1.2.2. Hekimlik Mesleğinin Evrimi ve Bugünü

Hekimlik mesleği, toplumsal dinamiklerin gelişimiyle birlikte gelişen ve ilerleyen bir meslek dalıdır. Bu durumun en önemli sebebi, hekimliğin topluma hizmet etmesidir. Hekimin hizmet ettiği insan yapısı, duygusu, düşüncesi değiştikçe, bu değişim topluma ve mesleğe yansımaktadır. Öğretide profesyonel her meslek dalının toplumsal koşullara sıkı sıkıya bağlı olduğu söylenmektedir. Bu nedenle mesleğin gelişim çizgisi aynı zamanda tarih ile örtüşük şekilde ilerler ve toplumdan beslenerek son şeklini alır (Freidson, 1994; akt. Akkaş,2016:10). Hekimlik de tarihten ve toplumdan beslenerek ilerlemiş bir meslek dalıdır.

Hekimlik mesleğinin toplumsal evriminde Antik Çağdan getirilen bilgi birikimi ve tecrübenin önemi büyüktür. Nitekim doğa ile etkileşimin en yüksek düzeyde olduğu dönem olan Antikçağda hekimler şifalı otlar, hayvan artıkları ve daha birçok doğaya ait malzemeyi kullanarak hastalıkları tedavi etme, hastalarla ilgilenme ve alaylı hekimliğin ilk aşamasına dair bilgi edinmeyi gerçekleştirmişlerdir. Bu aşamadan sonra yerleşik yaşama geçen insanoğlunun bilgi birikiminin artması toplumsallaşmayla birleştiğinde hekimler toplumda varlığı kabullenilen ve bir çalışma alanı olduğuna inanılan kimseler olarak saygı görmeye başlamışlar; hekimlik kurumu bir meslek dalı olma yolunda ilerlemiştir (Nasuhioğlu, 1974: 5).

Türk tarihine bakıldığında İslamiyet öncesi ve sonrası dönemde tıp eğitimi iki döneme ayrılarak incelenmektedir. İslamiyet öncesi dönemde tıpta tıpkı İlkçağ uygarlıklarındaki anlayışın bir benzeri olarak hekimin *şaman* olduğu görülmektedir. Şamanist anlayışa göre Tanrı ile iletişim kuran ve onun yeryüzündeki bir elçisi olan şaman, hastalıkları iyi etmede oldukça önemli görevler üstlenmekteydi. Hastalığa ilahi kaynaklı olarak bakan inanışla birlikte Şamanist inanç şamana hastalığa sebep olan kötü ruhları kovma özelliği kazandırmaktaydı. Orta Asya’da şamanla birlikte bir de *otaçı*, *emçi* ve *atasagun* adı verilen kişilerin yaptıkları bitkilere dayalı tıp tedavisi bulunmaktaydı. Bu kişiler ilahi kaynaklar yerine dış dünyada bulunan bitkilerden, hayvanlardan ve doğadan yararlanarak tıp bilgilerini geliştirmiş ve tedavi uygulayan kişiler olmuştu (Bayat, 2010: 247). Bu kişiler toplumda oldukça önemli görülürlerdi. Nitekim Divan-ı Lügat-ı Türk’te 194 bitki adının geçmesi de dönemde bitkilerle yapılan tıbbın önemli olduğunu göstermektedir (Altıntaş, 2007: 81).

Türkler İslamiyet’i kabul ettikten sonra kurulan devletlerin yatırımları çerçevesinde birçok kurum gibi tıp da ilerlemiş; sistemleştirilmiştir. Emevi ve Abbasiler döneminde zirveye ulaşan medrese ve darüşşifalarda verilen tıp eğitimi, Büyük Selçuklu döneminde de devam ettirilmiş, hekimlerin iyi bir eğitim alarak topluma faydalı bireyler olması adına yatırımlar yapılmıştır. Anadolu Selçukluları döneminde Hekim Bereket, Ekmeleddin E-Nahcuvani, Gazanfer Tebrizi, Hubeyş Bin İbrahim Et-Tıflisi gibi önemli hekimler yetişmiştir. Yine 12.yüzyıldan 14.yüzyıla kadar Anadolu’nun önemli noktalarında Darüşşifalar inşa edilmiş, eğitimini tamamlayan hekimlerin buralarda görev yapması sağlanmıştır (Cantay, 1992: 15).

Selçuklulardan sonra Anadolu’da kurulan ve sınırları Avrupa’ya kadar dayanan, altı asır yaşamını sürdüren Osmanlı Devleti döneminde de tıp eğitimi ve hekimlik adına önemli çalışmalar yapılmıştır. Osmanlı Devleti’nin kuruluş döneminde tıp eğitimi genellikle usta-çırak ilişkisi çerçevesinde ilerliyor, toplumda hürmet gören hekimlerin yanına aldıkları ve senelerce eğittikleri çırakları yeni hekimler olarak topluma kazandırılıyordu. Pratik ve teorik dersler gören hekim adayları ustasının yanında senelerce her türlü tedavi ve ilaç yapma gibi hususlarda eğitim alırken, aynı zamanda hekim olmanın sosyal yönünü de öğreniyor, toplumda itibarı yüksek olan bu mesleği hakkıyla icra etme adına deneyim kazanıyorlardı. Alaylı eğitimin yanında kurumsallaşmaya dayanan eğitim ise ilk tıp kurumunun 1556 senesinde Kanuni Sultan Süleyman tarafından açılmasıyla başlamıştı. *Kanuni Sultan Süleyman Külliyesi* adındaki kurum, bağımsız tıp eğitiminin

verildiği medrese, darüşşifa ve eczaneden oluşuyordu. Dolayısıyla hekim adayı hem eğitim alıyor, hem de hastalarla iç içe olarak hekimlik deneyimi kazanıyordu (Ataç, 1999: 560).

Osmanlı Devleti'nde 16.yüzyılla gelişmeye başlayan hekimlik eğitiminin en önemli kurumları Manisa Hafsa Sultan Bimarhanesi, Haseki Darüşşifası, Süleymaniye Darüşşifası ve Toptaşı Atik Valide Bimarhanesi'ydi. Bu dönemin önemli hekimleri ise genellikle hükümdar hekimleri olan Hekimbaşı Kaysunizade Mehmed Efendi ve Hekim Nidai idi. 17.yüzyılda Osmanlı'da pozitif bilimlere olan ilginin artması ve Avrupa'daki aydınlanma medreselerdeki eğitime de yansiyarak hekimliğin gitgide daha önemli hale gelmesini sağlamıştı. 1617'de Sultanahmet Darüşşifası gibi önemli bir kurumun da inşa edildiği dönemde hekimlik eğitime yönelik pozitif derslerin sayısı artmış, hekim olmak çok daha donanım ve bilgi gerektiren bir meslek dalı haline gelmiştir (Dinç, 2007:93).

18.yüzyıldan itibaren Osmanlı Devleti'nin giderek duraklama dönemine girmesi hükümdarlık içerisindeki her sosyal yapılanmayı etkilediği gibi hekimlik mesleğini de etkilemiştir. Batı'daki gelişmeleri eş zamanlı olarak inceleyemeyen Osmanlı'nın tıpta modern tekniklerden geri kaldığını söylemek mümkündür. Ancak bu dönemin en önemli gelişmesi Türk usulü çiçek aşısının icat edilmesi ve Avrupa'ya yayılmasını sağlamasıydı. Çiçek hastalığının çaresi 18.yüzyıl sonunda Jenner tarafından bulunana değin tüm Avrupa Osmanlı Devleti'nden öğrendiği Türk usulü çiçek aşısını kullanacaktı (Dinç, 2007: 94).

Hekimlik mesleğinin modern bir çehre kazanması 18.yüzyıldan sonra mümkün olabilmiştir. Sanayileşme ile birlikte teknolojinin de ilerlemesi, aynı zamanda sermaye birikimi olan batılı ülkelerde sağlık alanına yatırımların artması hekimliğin de geliştirilmesini sağlamıştır. 18.yüzyıldan sonra kurulan modern sağlık kurumları ve üniversitelerde tıp eğitimi daha da geliştirilmiş, birçok hastalığın tedavisi ve bu sürecin hekimlere öğretilmesi noktasında çalışmalar artarak hekimliğin modern tıbbı uygun şekilde geliştirilmesini de sağlamıştır (Özkan, 1991: 22).

Ülkemizde Cumhuriyetin ilk sağlık bakanı olarak Dr. Refik Saydam'ın göreve gelmesi ile birlikte yeni bir döneme girilmiş ve ilerleyen yıllarda 1933 Üniversite Reformu ile birlikte yurtdışından gelen hocalarla birlikte sağlık sistemi geliştirilerek Avrupa seviyesine çıkarılmıştır. Bu dönemde Hıfzısıhha okulları açılmış ayrıca bulaşıcı hastalıklarla mücadele içinde dispanserler açılarak gelişme gösterilmiştir. Sonraki yıllarda ise Sosyal Sigortalar Kurumu bugünkü adıyla

Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuş ve toplum için genel bir sağlık sigortası sistemi geliştirilmiştir (Dedeoğlu,2021).

1.3. Hekimlik Mesleği İle İlişkili Kavramlar

Sağlığın korunması insan yaşamının devamlılığı için oldukça önemlidir. Yalnızca yaşam ve ölüm adına değil, insanın var olan düzen içerisinde sağlıklı hareket etmesi, düşünebilmesi, karar alabilmesi, uygulayabilmesi ve sosyal yaşama katılabilmesi adına da sağlıklı olması gereklidir. Ancak insan gerek genetik etkiler, çevre veya daha birçok sebepten ötürü hasta olabilmekte, mevcut sağlık durumunu kaybedebilmektedir. Böyle bir durumda hekime başvuru yapılması ve sağlıklı olma adına atılan adımlarda kişinin hastalığına bağlı olarak hekimin mevcut tıp bilgisiyle birlikte tedavi yöntemleri ön plana çıkmaktadır. Hastayı iyileştirme adına uygulanan tedavi yöntemlerinden en yaygını ilaç kullanımıdır. Doğal, sentetik veya diğer yapıdaki ilaç türleri hekim değerlendirmesi ve gözetiminde hastanın kullanmasını ve sağlığını kazanmasını amaçlamaktadır. İlaç kullanımıyla birlikte etkin tedavi yöntemlerinin belirlenmesiyle hekim, hastanın eski sağlığına kavuşmasını ve tekrar ideal iyilik hali içerisinde olmasını amaçlamaktadır. Hastanın ve hasta nezdinde toplumun ideal iyilik halinde olmasını adına mesleğini yürüten hekim, sağlık alanındaki meshalenin de elden ele aktarılmasını sağlayan kişidir (Fındık, 2000: 9).

Meslek; iş ve uğraş bildiren, insanların yaşamını idame ettirmeleri adına çalıştıkları alana ait bir görevi ifade ettiği gibi, aynı zamanda kişinin herhangi bir şey üretmek ve ondan verim elde etmek adına harcadığı emeğin de göstergesi olan bir kavramdır. Dar anlamda daha çok *uğraş* kelimesiyle ifade edilen meslek, belli bir öğrenim ve tecrübeyle kazanılan bilgi ve becerilerin kullanıldığı alandaki çalışmalar olarak ifade edilebilir (Ertekin, 1988: 2).

Doktrinde bir işin meslek olarak anılabilmesi için öncelikle düzenli olarak yapılması gerektiği, geçici olarak yapılan işlerin meslek kapsamında yer almayacağı belirtilmiştir. Sürekli faaliyet alanı olan meslekten kişinin bir ücret alması ve bu meslek dâhilinde yaşamını idame ettirmesi de önemlidir. Bir diğer husus mesleğin belli bir bilgi birikimi ve beceri gerektirmesi, kişinin mesleki donanım kazanması adına gerekli bilgi ve beceriyi edinmesi gerekliliğidir. Ayrıca mesleğin gerektirdiği hususlar kapsamında belli ilke ve kaidelerden oluşan bir yapılanması olduğunu söylemek de mümkündür (Fındık, 2000: 10).

Hekimlik, insan sağlığı gibi birincil derecede önemi olan bir alanda faaliyet gösteren önemli bir meslek dalıdır. Üniversite eğitimiyle birlikte önemli bir bilgi ve beceri kazanılmasıyla elde edilen hekimlik mesleğinin kendine ait bir sosyal niteliğı, kurumsal içeriğı, toplumdaki insanlara yöneliş biçimi ve kendine has ürettiğı değerler bulunmaktadır. Toplumun kaçınılmaz gereksinimi olan sağlık gereksinimini karşılamak adına oluşturulan hekimlik mesleğinin hem hekimlik kültürü hem de ait olduğı tıp dalıyla ilişkili olarak kapsayıcılık özelliğıyle ilişki kurduğı kavramlar vardır. Bu kavramlar; *hasta*, *muayene*, *hastane*, *insan hayatı*, *ücret*, *ahlak*, *mesleki deformasyon-meslek hastalıkları*, *tükenmişlik sendromu (Burnout Syndrome)*, *merhamet yorgunluğu* şeklinde sıralanabilir (Özkan, 1991: 76).

Hasta; Farsçada *haste* olarak geçen ve *incinmiş* anlamına gelen bir sözcüktür. Eş anlamlısı olan yine Farsça *bimar* ve Arapça *maraz* kelimeleri yine aynı anlamları ihtiva etmekte ve yaralı, melankolik, ruhu dengesiz hale gelmiş kişiyi ifade etmektedir. Kelimenin Fransızcası olan *patient* ise sabır gösteren ve cerrahi işlemlere maruz kalan kişidir. Aynı kökten türeyen ve hastalık anlamına gelen *patience* ise *sabır*, *sebat*, *üzücü* ve *rahatsız edici şeylere karşı koyma erdemi* anlamlarına gelmektedir. Latince ise hasta *malade* ile karşılık bulur. *Malade*; rahatsız, hasta ve sağlığı bozuktur. Aynı zamanda *malus* kökünden de gelen bu sözcük, *kötü* ve *çirkinlik* anlamını da taşımaktadır. Günümüzde hasta kavramına ilişkin en genel kabul edilebilir tanım Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) aittir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre hasta kişi ise fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik haline sahip olmayan kişidir. Hekimlik mesleğı kapsamında hasta, hekimin hastalığına tanı ve tedavi uyguladığı kişidir (Henzel, 2009: 4-5).

Muayene ve Sır Saklama; Arapça kökenli bir terim olup *gözden geçirme*, *kontrol etme* manalarına gelmektedir. Hekimin hasta ile olan ilişkisinde muayene, hastalığın teşhis edilmesi aşamasını ifade eder. Hekim bu aşamada hastaya dokunarak fiziksel muayene yapabileceğı gibi, ultrason gibi çeşitli cihazlarla da muayene yapabilir. Yapılan muayene sırasına hasta ile hekim arasında mahrem bir bağ kurulur. Ancak bu durum hekimlik mesleğinin profesyonelliğı kapsamında olup her hekim için hastasına ilişkin bilgilerin üçüncü kişilerle paylaşılması gereklidir (Turner, 2011: 3).

Hastane; Tarihi M.Ö.1200'lü yıllara ulaşan yapılar olup, hastaların tedavi gördükleri mekânlar kapsamına girmektedir. Hasta ile hekim arasındaki ilişkinin kurulduğı profesyonel sağlık mekânları olan hastaneler, sağlık biliminin uygulama alanlarıdır. Tarihi seyir içerisinde hastaneler

hem yapı hem de yapının ihtiva ettiği anlam kapsamında değişikliklere uğramışlardır (Ergenoğlu ve Aytuğ, 2011: 45). Hastanelerin dört temel özelliği olduğundan bahsedilmektedir. Bunlar; karmaşık yapıda açık-dinamik sistemler olması, matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlar olması, günde 24 saat hizmet veren organizasyonlar olması ve personelinin önemli bir kısmının bayanlardan oluşan yapıda olmasıdır (Korkmaz, 2008: 29-33).

İnsan Hayatı; Hekimlik mesleğinin uygulama alanındaki önemini de ortaya koyan unsurdur. İnsan sağlığına yönelik çalışmalarda bulunan hekimler için önemli olan insan hayatına tesir etmektir. Bu tesir hekimin hastalığı iyileştirmesi, kişiyi iyi bir ruh hali içerisine sokması, insan yaşamını kaliteli hale getirmesiyle mümkün olur. Bununla birlikte hekimliğin zor ve riskli bir meslek dalı olması ve özellikle mesleğe ilişkin mobbing ve kötü muamelenin, hekimlerin yaşadığı stresin de kaynağı birincil derecede insan yaşamından sorumlu şekilde lanse edilmeleridir. İnsanlar için hekimler, antik çağdan da gelen bir anlayışa benzer şekilde ilah olarak nitelendirilecek konumda görülebilirler. Bu nedenle kişinin sağlığına tam anlamıyla kavuşamadığı durumlarda veya kavuşamama riskinin olduğu hallerde hekimlere büyük sorumluluklar yüklenmektedir. Mesleğin diğer mesleklere oranla yıpratıcı özelliği ise bu noktada ortaya çıkmaktadır (Turner, 2011: 5).

Ücret; Meslek edinmenin en önemli amaçlarından biridir. İnsanların yaşamını idame ettirme noktasında bir kazançlarının olması gereklidir. Profesyonel eğitime dayanan meslek edinmenin sonucunda kişinin bir ücret alması, mesleği cazibeli kılan durumlar arasındadır. Hekimlik mesleği kazanç anlamında yeterli düzeyde ve hatta iyi düzeyde bir meslek alanına girmektedir. Ancak başlı başına ücreti için hekimliği tercih etmek, mesleğin ciddiyetine aykırı bir durum da sayılabilmektedir. Nitekim bilgi ve becerinin yanında hekimliğin ciddi bir etik ve istekle yapılacak, aynı zamanda tükenmişliğe de elverişli bir meslek olduğu hatırlatılmalıdır (Coser, 2011: 64).

Ahlak; Diğer bir adıyla *etik* felsefenin ana kavramı olmakla birlikte her türlü meslek dalının kendi içerisindeki kural ve kaidelerde ideal alana meyilli olan ve insan yaşamında doğru ve olması gerekeni ahlaklı kılan bir kavramdır. Ahlak, başkalarını ilgilendiren davranış ve eylemleri yaparken bunların bir başkasını etkileme biçimini de göz önüne alma ve değerlendirmedir. Genel ahlaktan söz edilebildiği gibi, her meslek dalının kendine özel meslek ahlakı olduğunu da söylemek mümkündür (Yıldırım ve Kadioğlu, 2007:77).

Meslek etiği bütün meslek dallarındaki etkinliklerin iyiye yönelmesi, meslek üyelerinin meslek kurallarının dışına çıkmasını önleyen, aynı zamanda meslek üyelerinin kendi çıkar ve arzularını mesleğin genel kurallarının üzerine geçmesine de engel olan davranış kalıbıdır. Meslek etiği noktasında tıp etiğine gelindiğinde; tıbbi ilişkiler çerçevesinde sağlık görevlilerinin mesleklerini doğru şekilde yapmasını sağlamak, tıbbi özgü değerlere uygun bir meslek çizgisi oluşturmak adına koyulan kurallara uygulamak tıp etiği kapsamına girmektedir. Mutlak iyi ve mutlak kötü kavramlarına ilişkin daima bir sınırlandırma yapılamayacağı gibi, her davranışın da iyi veya kötü olmasına ilişkin kesin kalıplarla yargılamalarda bulunulamaz. Ancak tıp etiğine ilişkin kurallar çerçevesinde hareket eden her hekim oluşabilecek sorunların önlenmesine katkı sağlayacaktır (Yıldırım ve Kadioğlu, 2007:77-78).

Mesleki Deformasyon-Meslek Hastalıkları; Her mesleğin sıkıntıları olup, kişinin mesleğinden ötürü hastalanması ve mesleğinin zararlarını yüklenmesi durumunu ihtiva etmektedir. Hekimlere ilişkin birçok meslek hastalığı riski vardır. Bu riskler özellikle çalışma ortamından kaynaklı hastalıklar yani fizyolojik temelli hastalıklar olabileceği gibi, hekimin psikolojisini etkileyen hastalıklar da olabilmektedir. Hekimler mesleklerinin araçlarını kullanarak kesici, delici aletler sonucunda yaralanabilecekleri gibi, mesleklerini icra ederken sürekli karşılaştıkları durumlar, yoğun çalışma saatleri, başarısızlık korkusu gibi birçok husustan ötürü mesleki deformasyon yaşayarak psikolojik sıkıntılar da çekebilirler. Özellikle nüfusu çok yoğun olan ülkelerde hekimlere başvuru oranının da bir o kadar yoğun olması hekimin mesleki yıpranmışlığını artıran bir husustur. Dolayısıyla bir başkasını sağlığına kavuşturmakla görevli hekimin de fizyolojik veya psikolojik olarak risk taşıyan bir birey olduğu unutulmamalıdır (Yıldırım ve Kadioğlu, 2007:77).

Tükenmişlik Sendromu (Burnout Syndrome); Özellikle çağımızın önemli rahatsızlıklarından olan önemli bir sendromdur. İlk olarak 1947 senesinde Herbert J. Freudenberger tarafından kullanılan terimin mahiyetinde duygusal çöküntü, fiziksel ve ruhsal yıpranmışlıkta bulunmaktadır. Özellikle stres karşısında organizmanın verdiği tepkilerin ölçülmesiyle oluşan ve isimlendirilen tükenmişlik sendromu kişinin enerjisini sömüren, yaşama bağlılığını azaltan önemli bir rahatsızlık olmaktadır. Hekimlik mesleği strese ve tükenmeye açık bir meslektir. İnsan sağlığı gibi hayati önemi olan bir alanda çalışan hekimlerin çalışma hayatının koşuşturması ve sorumluluklarından ötürü enerjilerinin tükenmesiyle birlikte ortaya çıkan bu rahatsızlık hekimin

etik dışı davranışlara yönelmesine dahi neden olabilecek bir durumdur. Bu nedenle rahatsızlığın tespit edilmesinin ardından gerekli önlemlerin alınması hem hekim, hem de hasta sağlığı açısından oldukça önemlidir (Izgar, 2003: 162).

Merhamet Yorgunluğu; Arapça *rahmet* kelimesinden türeyen *acıma duygusu* anlamına gelen bir kavramdır. Empatiden farklı olarak merhamet, kişinin acıma duygusu ile harekete geçmesi ve bir başkasına duyduğu üzüntü ile çalışmaya başlamasıdır. Gündelik hayatta merhametin en yoğun olarak yaşanacağı hal kişilerin can ve mal güvenliğini konu edinen hususlardır. Bu nedenle hastaneler özellikle merhamet duygusunun yoğun yaşandığı yerler olmaktadır. Her hekimde olması gereken merhamet duygusu, hastayı anlamayı ve tedavi sürecinde başarı elde etmeyi sağlayacak bir güdü oluşturmaktadır. Bunun yanında ise uzun vadede merhamet duygusunun sürekliliği hekimi strese sokmaktadır. İlk kez Joinson (1992) tarafından hemşirelerdeki tükenmişlik sendromuyla saptanan bu durum sağlık çalışanlarında strese bağlı olarak uzun vadede merhametin azaldığını göstermektedir. İnsanlara yardım ederken gösterilen stresin zamanla duygusal etkisini kaybettiği, bu nedenle hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının merhamet konusunda ilk günkü özende olmadıkları saptanmıştır. Bu durum tipik bir *merhamet yorgunluğu*dur (Joinson, 1992: 116).

Merhamet yorgunluğunun belirtileri *işle ilgili, fiziksel ve duygusal* olmaktadır. Hekimlerin işle ilgili belirtileri keyif eksikliği, bazı hastalarla çalışmaktan kaçınma, sıkça izin kullanma ve ailelere karşı azaltılmış empati hissetme şeklindedir. Fiziksel belirtileri ise baş ağrıları, kas gerginliği, uykusuzluk, sindirim problemleri ve yorgunluktur. Tüm bunların yanında özellikle duygusal anlamda boşluk hissinde olan hekimlerin ani ruh değişimleri yaşadıkları, ani sinir, aşırı hassasiyet, anksiyete, öfke ve kızgınlık gibi duygularla mücadele ettikleri gözlemlenmiştir. Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının uzun süreli olarak yaşadığı bir problem olması halinde meslek etiğine de zarar verecek olan bu duruma karşı önleme ve tedavi stratejileri ise Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1.1.: Merhamet Yorgunluğunu Önleme ve Tedavi Stratejileri

Kişisel Stratejiler	Profesyonel Stratejiler	Kurumsal Stratejiler
-Bozulan şemaları tanımlamak -Uygun bir iş ve yaşam dengesi sağlamak -Kişisel psikoterapiye başlamak -İyileşme aktivitelerini tanımlamak -Manevi ihtiyaçlara kulak vermek	-Daha deneyimli bir meslektaşla sansür korkusu ve utanma olmaksızın hastalara ilişkin konuların ve klinisyenin kendi yaklaşımının serbestçe tartışılacağı düzenli bir mesleki danışmanlık sağlamak -Uygun öz bakım uygulamaları yapmak -Profesyonel ağlar oluşturma ve muhafaza etmek -Gerçekçi bir başarısızlık toleransına sahip olmak -İş ve kişisel hedeflerinin farkında olmak	-Mümkün olduğu kadar rahat bir çalışma ortamı geliştirmek -Hastaların yanı sıra çalışanlarla işyeri içinde destek ve saygı kültürünü sağlamak

KAYNAK: Cingi ve Eroğlu, 2019: 62

Hekimlerin merhamet yorgunluğunu önleme noktasında öncelikle tabloda gösterildiği şekilde kişisel stratejileri izlemeleri, ancak verim alamadıkları veya bu durumla mücadele konusunda bireysel anlamda yetersiz kaldıkları noktada ise profesyonel destek almaları önemlidir. Hekimlik profesyonel bir meslek olmasının yanında manevi yönü de bulunan bir çalışma alanıdır. Bu nedenle sadece hekimler çerçevesinde değerlendirilmemeli, her sağlık kuruluşu hekimlerin yaşayabileceği bu süreci göz önüne alarak hastanelerde planlama ve örgütsel yönetimi gerçekleştirmelidirler (Cingi ve Eroğlu, 2019: 62).

Hasta, muayene, hastane, insan hayatı, ücret gibi kavramların dışında sağlık gibi bir alanda hekimlik mesleğini ilgilendiren birçok kavram vardır. Tıbbi terimleri de içine alan bu kavramlar alan literatürü ile ilişkili olup bu bölümde özellikle hekimliğe ilişkin genel bir bakış açısında sunulabilecek kavramlara yer verilmesine dikkat edilmiştir.

1.4. Hekimlik Mesleğini Meydana Getiren Unsurlar ve Meslek Kültürü

Her meslek grubunun kendine has özellikleri, o meslek dalına ait kültür yapısını şekillendirir. *Meslek kültürü* adı verilen bu yapılanma, mesleğin spesifik özelliklerini ortaya çıkarır ve meslek tanımı, meslek dalına ilişkin özellikleri de kapsayan bir alan haline gelir. Bir meslek grubuna ait *meslek kültürü* özellikleri şu şekilde sıralanabilir: (Nasuhioğlu, 1974: 6-7).

- Meslek kültüründe davranışlar kalıplaşmıştır.
- Meslek kültürü ilgili meslek dalının saygınlığını artırdığı için mesleğe dahil olan her bireyin etik davranışlar içerisinde bulunması ve mesleğe katkı yapması önemlidir.
- Meslek kültürü ilgili meslek dalında eğitim aldıktan sonra kazanılan, mesleğe başlamayla birlikte devam eden bir bilgilenme sürecidir.
- İnsanlar arası duygu ve düşünce farklılıklarının meslek kültürüne yansımaması adına ortak değerler noktasında uzlaşma sağlanır.
- Meslek kültürü soyut bir denetim mekanizmasıyla denetlenmektedir.

Meslek kültüründe süreklilik etkili olmakta, ilgili meslek dalına ait tüm kültür öğelerinin işbirliği içerisinde birbirini tamamlamasına önem verilmektedir. Hekimlik mesleğini tamamlayan meslek kültürü her meslek grubunda olduğu gibi tıp alanında da bulunmaktadır. Tıp eğitimine ilişkin meslek kültürü ve meslek grubunu meydana getiren unsurların *tıp eğitimi, hekimlik meslek ahlaki ve meslek birlikleri, uzmanlaşma, hekimlerin profesyonel sorumluluğu, meslek itibarı ve otoritesi, şahsi özellikler ve meslek özellikleri* şeklindedir.

1.4.1.Tıp Eğitimi

Hekimlik mesleğini meydana getiren unsurlar arasında en önemlisi eğitimidir. Profesyonel olarak hekim olmanın gereği tıp eğitiminden geçmek ve tıp ilmine ait her türlü konu hakkında herhangi bir insana kıyasla meslek dalına ilişkin detaylı bilgiler edinmektir. Dünyada birçok tıp eğitimi veren fakülte bulunmakta, tıba ilişkin birçok eğitim modeli benimsenmektedir. Tüm bu çalışmaların ortak amacı topluma gerekli eğitim ve donanımdan geçen, meslek kültürüne uygun şekilde hekim kazandırmaktır (Özkan, 1991: 1).

Tıp eğitimi süre anlamında mezuniyet öncesi, sonrası ve sürekli gelişim dönemlerini içeren bir zamana aralığına yayılmıştır. Mesleğin profesyonel anlamda oluşması elbette ki tıp fakültesinden mezun olmakla başlamaktadır. Ancak insan fizyolojisinin karmaşık yapısı göz önüne alındığında, uzmanlaşmayla birlikte hekimliğin yaşam boyu öğrenmeye dayalı bir meslek olduğu da unutulmamalıdır. Almanya ve Türkiye’de tıp eğitimi 6 yıl, Avrupa Birliği ülkelerinde ise 7,5 yıldır. Ükelere bağlı olarak sürelerde değişiklikler yaşanmaktadır (Özdemir, 2005: 134).

Her kültür bireyin farkındalığı olmaksızın kendisine kazandırılan alışkanlıklar çerçevesinde davranışların sergilendiği bir mekanizma oluşturur. Ancak bilim, kültürden çok objektif verilere dayanarak hareket eder. Bu noktada hekimlik bilimle iç içe hareket eden bir meslek dalı olarak alınan eğitimle beraber kültürün etkilerinden de kurtularak evrensel bir hekim imajı yaratma çabasıdır. Verilen eğitimin süre ve içeriğine takılmaksızın, tıp eğitimin yaratmak istediği hekim kimliği; sağlığa yönelik iyileştirici kimliği üstlenen, hastasına sonuna dek yardımcı olmak isteyen, objektif ve değerlerini savunan bir bireydir (Curberlege, 2005: 50).

Tıp eğitimi veren fakülteler sadece teorik alanda eğitimlerin verildiği ve topluma profesyonel hekim kazandıran kurumlar değildir. Bu fakülteler aynı zamanda sosyolojik olarak değerlendirildiğinde hekimlerin mesleğe ilişkin bilginin yanı sıra ahlak ve değerleri öğrendiği, alınan eğitim süresince hekimliğin sosyal yanının ve toplumda mesleğe duyulan ihtiyacın da açıkça kavratıldığı kurumlardır. Bu kurumlarda hekim gibi düşünme, hekim gibi hareket etme becerileri kazandırılır. Bir hekim mesleğini icra etmeden evvel toplumda ne şekilde davranacağını da bu kurumlarda eğitim aldığı süreçte öğrenmektedir (Sayek, 2015: 1).

1.4.2. Hekimlik Meslek Ahlakı ve Meslek Birlikleri

Ahlak diğer bir adıyla *etik*, Yunanca *ethos* kelimesinden gelen ve evrensel doğru ve iyiye yönelik anlamlandırma çabasını ifade eden bir kavramdır. Etik'in Arapçadaki hali olan Ahlak da aynı anlama gelmekte olup, *halk etmek* yani *yaratmak* kelimesiyle ortak kökten türemiştir. Bahsettiği anlam ise kişinin yaradılıştan sahip olduğu alışkanlıklar bütünüdür (Arda ve Pelin, 1995: 323).

Yaşamın her alanında ahlaka ilişkin kural ve kaideler geçerli olduğu gibi, hekimlik alanının da kendi içinde kural ve kaidelerine bağlı bir ahlakı bulunmaktadır. Hekimin meslek ahlakı tıp etiği ile aynı perspektifte olup hekim-hasta, hekim-hekim, hekim-hastane arasındaki ilişkileri düzenleyen ve hekimliğin amacına uygun olarak ilerleyen ahlakı kuralları içerisinde barındırmaktadır. Bu noktada tıp etiğinin genel amacının tıp alanı ve uygulamaları içerisinde iyi ve doğru olana erişmek olduğu düşünüldüğünde, hekimin de temel gayesi kendi sorumluluklarını iyi ve doğru şekilde yerine getirmek ve tıp etiğine uygun çalışmaktır (Nasuhioğlu, 1974: 1).

Hekimlik meslek ahlakının temel birçok ilkesi bulunmaktadır. Bu ilkeler; *dürüstlük*, *yaşama saygı*, *zarar vermeme*, *adalet*, *özerklik* ve *yasallık* ilkesidir. Hekim-hasta ilişkisinin

temelini oluşturan ve hekimin topluma karşı sorumluluklarını belirleyen dürüstlük ilkesi, hekimin doğru ve dürüst şekilde mesleğinin gereklerini yerine getirmesine dayanmaktadır. Bu ilke gereğince hastaya uygulanan tanı aşamasından tedaviye, hastalığın ilerleme biçimine kadar her türlü hususta hekimin şahsi ve diğer çıkarları göz ardı ederek hasta çıkarlarını gözetmesiyle hareket etmesini içermektedir. Yaşama saygı ilkesi, başta hasta olmak üzere doğadaki diğer canlıların yaşam hakkı gözetilerek hekimlik mesleğinin icra edilmesidir. Helsinki Bildirgesi'nin de temelinde yer alan bu ilke, görevi yaşatmak üzerine kurulu olan hekimin görevlerini göz önüne alan bir husustur. Bu ilke aynı zamanda zarar vermeme ilkesiyle de paraleldir (Arda, 2002: 14).

Hekimlik mesleğinin icrası sırasında insan yaşamının çalışmalara ana konu olması, hekimliğin aynı zamanda hukukla ilişkisini ortaya koyar. Hekim dil, din, ırk veya sosyal sınıf gütmenden mesleğini yapmalı, aynı zamanda da adaleti gözetmelidir. Bu durum yasallık ilkesini de doğurur. Hekimin uyması gereken etik kuralların yanında aynı zamanda insan yaşamına zarar vermeden, en ideal tedavi yöntemi ile, hasta ile iletişim kurarak hastaya yönelmesi gerekliliği de bulunmaktadır. Bu gereklilik hekimin herhangi bir yanlış tedavi veya uygulama aşamalarında yasaları çiğneyeceğini ve cezai sorumluluk üstlendiğini göstermektedir (Arda ve Pelin, 1995: 323).

Hekimlik meslek ahlakı ilkeleri içerisinde yer alan özerklik ilkesi, hekimin hasta ile ilişkisinde hastaya ve onun haklarına saygı duymasının bir gereğidir. Hekim hastaya tanı aşamasından tedavinin son sürecine gelinceye değin bilgi vermeli ve hastanın seçimlerini özerk bir şekilde gerçekleştirerek tedavi sürecine katılmasına özen göstermelidir. Bu durum hasta haklar kapsamında da olup hastanın kendi bedeninden sorumlu olmasının da bir gereği olmaktadır (Arda, 2002: 14).

Hekimlik meslek ahlakı çerçevesinde hekimlik mesleğini toplum içerisinde savunan ve hekimlerin haklarını koruyan meslek birlikleri bulunmaktadır. Bu meslek birlikleri öncelikle hekimi, ardından hekimlik mesleğini cahilce ve meslek etiğine uymayan davranışlardan korumaktadırlar. Mesleğe yönelik her türlü yaralayıcı ve provokasyon içeren eylem meslek birliğince savunulur ve mesleğin değerlerine sahip çıkılır.

Türkiye'de hekim olabilmek için 1219 no.lu Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun gereği ilk aranan şart kişinin tıp fakültesi eğitimi alması, dolayısıyla hekimlik diplomasına sahip olmasıdır. Meslek birliklerinin de en önemli amacı mesleğin gereklerini yerine

getirmekten sakınan, hekimliği toplumda asimile edici her türlü davranışın önüne geçici yaptırımlar adına mücadele vermek, bu kapsamda da öncelikle hekimlik diploması olmayan, bir nevi sahte hekim olan bireylerden toplumu arındırmaktır. Bir mesleğin ahlakını korumak adına yola çıkan birliklerin nihai emeli mesleği tabi kanunlara uygun şekilde icra etmek olduğu için hekimlik meslek birliğinin de en önemli amaçlarından biri eğitimini almış ve mesleği icra etmesi yasal hale gelmiş kişilerin toplumda meslek ahlakına sahip çıkmasıdır (Cirhinlioğlu, 1997: 2).

1.4.3. Uzmanlaşma

Uzmanlaşma herhangi bir alanda ehil kişi olma ve bu bilgi ile diğer kişilerden ayrılacak noktada başvuru ve ayrıcalık kazanan kişi olmayı ifade etmektedir. Her şeyin bir kişi tarafından bilinip uygulanmasının zorluğu, bir kişinin bir detaylı şekilde bilmesi yoluna gidilmesine neden olmuştur. Bu noktada doğan uzmanlaşma kavramı, uzman olan kişinin ilgili alanda diğer insanlara göre çok daha fazla bilgi sahibi olduğunu ve ihtisas kazandığını göstermektedir (Yılmaz ve Erdem, 2016: 38).

Tıp uzmanlaşmanın olduğu önemli bilim dallarındandır. Tıpta uzmanlaşma olmasının temel nedeni insanın biyolojik yapısının karmaşıklığı, bunun yanında biyolojik-sosyolojik ve psikolojik olarak bir bütün olan insanın aslında hastalığıyla birlikte daha da karmaşık hale gelebilmesidir. Örneğin; stres altında yaşayan bir kişinin zamanla fizyolojisinde meydana gelen bir rahatsızlık tek başında bir uzman hekimden çok, birden çok uzman hekimin konusu olabilecek bir alana girebilmektedir. Bu nedenle tıbbın kendi etik çıkarları göz önüne alındığında uzmanlaşma oldukça önemli ve olması gereken bir husus olarak değerlendirilmelidir (Cockerham ve Ritchey, 1997: 3).

1.4.4. Hekimlerin Profesyonel Sorumluluğu

Hekim ile hasta arasındaki ilişkide hekimlerin hastalara ve hasta nezdinde topluma karşı sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumlulukların başında toplumda güven kazanan hekimlik mesleğinde görevini hakkıyla yerine getirme ve meslek etiğine uygun davranışlar göstererek hastaya bakma hakkı bulunmaktadır. Hekimin bu sorumlulukları genel olarak *tıbbi sorumluluk* çerçevesine alınmış olup; tıbbi sorumluluk ise kendi içinde ceza sorumluluğu, hukuksal sorumluluk, idari sorumluluk ve disiplin sorumluluğu olmak dört ayrı konudan meydana gelmektedir. Dolayısıyla hekimlik profesyonel bir meslek dalı olarak, bu meslek dalının gereğine uygun şekilde davranış gösterme yükümlülüğü taşımaktadır. 6023 sayılı TTB Yasasının dayanak

olduğu *Hekimlik Meslek Etiği Kuralları*'nın 5.maddesinde hekimin meslek onurunu koruması gerektiği belirtilmiştir. Dolayısıyla hekimlik mesleği insan sağlığına yönelik profesyonel amaçlar içermekle birlikte profesyonel sorumluluklar da içermektedir (Türkmen, 2014: 11).

Doktrinde hekimlik mesleğinin diğer meslek dalları içerisinde profesyonel sorumluluk gerektiren mesleklerin başında geldiğini söylemiştir. Hekimlik bilimin kurallarını doğrudan uygulayan bir bilim dalıdır. Bu nedenle kural, kaide ve çalışma sistemleri belli, bu sistemler çerçevesinde hareket eden bu meslekte hekimin profesyonel çalışma yapması gereklidir. Herhangi bir hekim var olan, ispatlanmış tedavi yolları dışında kendi bulduğu, icadı olan ve literatüre kazandırılmamış bir şekilde tedavi uygulayamaz. Bu şekilde bir davranış etik olmadığı ve profesyonelliğe sığmadığı gibi hekime çeşitli sorumluluklar da yükleyecektir (Rueschemeyer, 1964: 21).

1.4.5.Meslek İtibarı ve Otoritesi

Saygınlık, sadakat ve değer kavramlarıyla benzer anlamları taşıyan *itibar*, saygı görme ve değerli bulunma anlamlarındadır. İnsanoğlunun fizyolojik ihtiyaçlarını karşıladıktan sonra en temel ihtiyaçları olarak sosyal ihtiyaçları gelir. Sosyal ihtiyaçlar toplumda bir arada yaşamının gereği olarak sevgi, saygı görme, beğenilme, takdir edilme gibi duyguları içeren ihtiyaçlardır. İnsanoğlu eylem ve davranışlarıyla dışarıdan bakıldığında ne noktada olduğunu önemsemekte, yapıp ettikleriyle itibar kazanmayı istemektedir. Üstelik itibar aynı zamanda başarılı olma ve maddi manevi doyuma ulaşmanın da bir göstergesidir. Bugün tüm dünyada kurumlar kurumsal imaj ve prestijlerini itibarlı olma ve müşterilerinin gözünde değerli kalma noktasında ayarlamak adına profesyonel destek de almaktadırlar (Nasuhioğlu, 1974: 9).

Takdir kazanma ve kişinin değerinin vurgulanması noktasında itibarın vaat edilen değil, kazanılan bir şey olduğunu söylemek mümkündür. İnsan itibarı iş ve eylemleriyle, davranışlarıyla kazanma noktasına gelir. Soyut bir kavram olan itibar uzun emeklerin sonucudur. Para ile satın alınamaz, takas edilemez ve herhangi birine devredilemez. İtibar varlığıyla kişiye anlam katan yegâne kavramlardan biridir (Özkan, 1991: 8).

İnsan emeğiyle oluşturulan itibar aynı zamanda kurumsallaşmış bir yana da sahiptir. Meslekler itibarın kurumsal biçimleridir. Her meslek dalının zorluğu, eylemleri, amacı, toplumda edindiği yer ile bir itibarı bulunmaktadır. İnsanlar emek vererek bu meslek dalına dahil

olduklarında meslek itibarından faydalanarak itibar görmektedirler. Hekimlik mesleği de gerek amacı, gerekse statü, maaş, toplumdaki konum gibi açılardan bakıldığında itibarı yüksek bir meslektir.

Yapılan bir araştırmada 798 tıp öğrencisinin görüşleri alınmış, öğrencilere kariyer planlamalarını etkileyen faktörlere ilişkin sorular yöneltilmiştir. Alınan yanıtlar ışığında yapılan değerlendirmede tıp fakültesi öğrencilerinin mezuniyet öncesi tıp eğitimi sonrasında uzmanlaşmayı isteme ve istememe nedenlerine göre iki ayrı inceleme yapılmış ve bu incelemede uzmanlaşmayı isteyen öğrencilerin isteme nedenlerinin ilk üçü mesleki tatmin sağlayacak spesifik bir alanda çalışma isteği, statü ve kariyer beklentisi, maddi kaygılar olarak sıralanmıştır. Çalışmanın genel değerlendirmesinde uzmanlaşma isteyen öğrenciler arasında meslek itibarı ve otoritesinin oldukça önemsendiği, hekimlikle birlikte gelecek olan saygıyı da önemsedikleri sonucuna ulaşılmıştır (Açıkgöz vd. 2019).

Türkiye’de 2014 senesinde gerçekleştirilen TÜBİTAK destekli bir araştırmada 32 ilden 2500 kişi ile görüşme yapılmış ve mesleklere dair bir itibar araştırmasında bulunulmuştur. Türkiye’de meslek itibarını ölçen ilk kapsamlı çalışma olan bu araştırmada deneklerden 126 mesleği 1-100 puan arasında oylamaları istenmiştir. Bu araştırma sonucunda en itibarlı meslek 88.3 skorla tıp doktoru seçilmiştir. Kişilere araştırmada ayrıca sorulan soru iyi bir işte en fazla aradıkları ilk üç özelliktir. Katılımcıların sıraladıkları üç özellik ise iyi bir ücret, iş garantisi ve iş güvenliğidir. Tıp doktoru seçilmesinin en önemli sebepleri bu noktada da değerlendirilebilir (TYAP, 2015).

1.4.6. Şahsi Özellikler

Her meslek dalının kendine ait bir kurallar silsilesi, gereklilikleri ve yükümlülükleri vardır. Bireyler bu gereklilik ve yükümlülükler çerçevesinde mesleği tanıyarak o meslek dalına uygun davranışlar göstermek zorundadırlar. Bireylerin meslek seçimini etkileyen faktörlerin başında yetenek, ilgi alanları, cinsiyet, yetkinlik gibi hususlar geldiği gibi şahsi özellikler de gelmektedir (Nasuhioğlu, 1974: 5).

Tıp fakültesine girme kararı oldukça önemli bir karardır. İnsan yaşamıyla doğrudan ilişkili olan tıp biliminde başarı elde etmek, alınan eğitimle sınırlı olmayıp, eğitimin ardından hekim olmanın yanında farklı alanda uzmanlaşmayla birlikte de başlamaktadır. Tıp ile ilişkili bir mesleği seçen bireyin mesleğin ağırlığını önceden bilmesi, başarı elde etmesi açısından önemlidir. Çünkü

tıp bireye verilen değerin en güzel gösterildiği meslek dallarından biri olmakla birlikte uzun mesailer, yorucu çalışma koşulları, yıpranma payı da olan bir meslek dalıdır.

Ünlü Tıp tarihi uzmanı Jeremy Greene iyi bir hekim olmanın iki önemli kuralı olduğunu söylemiştir. Bunlar; hastayla empati yapabilmek ve tedaviyi yönlendirme gücüne sahip olmaktır. Greene'e göre hekimlerin şahsi özellikleri arasında empati olabilmelidir. Nitekim acı çeken bir hastayı anlamak oldukça zordur. Hastanın fizyolojik acısına yoğunlaşırken aynı zamanda herhangi bir konuda doğru karar vermesi mümkün değildir. Hekim hasta ile sağlıklı iletişim kurarak onu anlamalı, empati yapmalı ve tedavide onun için en doğru kararı hastayı korkutmadan verebilme gücüne sahip olmalıdır (Özkan, 1991: 10).

Empatiyle birlikte hekimin güler yüzlü, pozitif, anlayışlı olması hastanın tedavi sürecinde en beklediği özellikler arasındadır. Her insanın mizacı birbirinden farklıdır. Ancak hekimlerin iletişimde olumlu bildirimler sağlayan, kontrol mekanizması olarak güven veren ve hastayı yatıştıran tutumları hastanın zihnindeki olumsuz hastane imajını da bir nebze etkileyecektir. Hekimler olabildiğince hastanın durumuna karşı kurdukları empatiyle hastaya arkadaşça yaklaşmalı, önemli olan hususun hastalığın tedavisi olduğunu gözden kaçırmamalıdır.

Hekimlerin şahsi özellikleri arasında iyi iletişim kurma becerisine sahip olmaları da önemlidir. Özellikle hastanın kendini doğru ifade edemediği durumlarda hekimin onunla iletişim kurması doğru tanı ve tedavi uygulanması aşamasında önemlidir. Birçok hekim uzun çalışma saatleri, mesleğin getirdiği yıpranmışlık ve diğer sebeplerle iletişim faktörünü göz ardı edebilmektedir. Oysa hastalığın tedavisinde bilimsel teknikler kadar hastanın verdiği bilgiler de uzun vadede önem arz etmektedir. Bu nedenle başta hekim olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının iletişim kurma becerisine sahip olması olumlu bir şahsi özelliktir (Nasuhioğlu, 1974: 4).

1998 yılında yapılan bir çalışmada tıp fakültesine yerleşen öğrencilere bir anket yapılmış ve öğrencilerin niçin bu alanı tercih ettiklerini öğrenmek amaçlanmıştır. Bu anket sonucunda ekonomik faktörler, mesleğin saygınlığı, alınan eğitim gibi birçok hususun mesleğe ilişkin karar vermede etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kişilerin özellikle sosyal hayatta hekimlere verilen prestijden ötürü de bu mesleği seçtikleri görülmüştür. Dolayısıyla mesleğe olan sempatiyle birlikte, mesleğin cazip tarafları da seçimleri etkilemektedir (Kiker ve Zehl, 1998: 53).

1.5. Hekimlik Mesleğinin Özellikleri

Her meslek dalı; mesleğin çıkış noktasındaki amaç, insanlarla iletişim ve sunulan hizmet bakımından nitelik, mesleğin bireysel veya bir takım çalışması şeklinde yürütülmesi vb. durumları göz önüne alan ve bu çerçevede şekillenen amaçlara sahiptir. İnsan yaşamını konu edinen hekimlik mesleğinin temel amacı insanın yaşam kalitesini artırmak, sağlığını yükseltmek ve bu noktada topluma fayda sağlamaktır. Hekimliğin mesleki özellikleri de amaçları noktasında şekillenmektedir (Nasuhioğlu, 1974: 2).

2010 yılında hazırlanan bir tez çalışmasında hekimliğin meslekleşme sürecini *kurumsal bilgiye sahip olma kriteri, toplum ve diğer meslek grupları tarafından kabul görme kriteri ve mesleki örgütlenme kriteri* bakımından üç kritere bağlı olarak değerlendirmiştir. Hekimliğin meslek olmasının ilk kuralı tıp eğitimi almaya dayanır. The World Medical Association tıp eğitiminin amacını açıklarken öncelikle yetenekli ve bilgi anlamında donanımı yüksek, yeterli eğitimi almış hekimler yetiştirmek olduğunu belirtir. Hekimlik eğitimi uzun ve yaşam boyu devam eden bir süreci kapsamakta olup meslekleşme aşamasıyla Türkiye’de 6 yıllık, diğer ülkelerde ise çeşitli farklı yıllardan oluşan eğitimle tıp fakültesi mezunu unvanını kişiye kazandırsa da aslında hekim olmak, bu eğitimin dışında yaşam boyu öğrenmeye, bilgi edinmeye ve bunu uygulamaya istekli olmayı içermektedir. Hekimliğin meslekleşmesindeki ikinci kriter toplum ve diğer meslekler tarafından kabul görme üzerine kurulmuştur. Toplumsal kabul bir kültürel çevre içerisinde kişi ve kişilerin özgürce eylemlerini yerine getirebilmelerini ve yadırganmamalarını sağlamaktadır. Tarihi geçmişi oldukça eskiye dayanan hekimlik mesleğinin kabul görmesi ise bu çerçevede ilkel topluluklardan itibaren başlayan, şifacı konumundaki kişilerin diğer insanlara yardım etmesiyle temellenmiş ve bugüne gelmiştir. Bugün tüm dünyada ortak bilgi birikimi çerçevesinde şekillenmesi adına çaba harcanan hekimlik mesleğinin, bir başka kültürde sürdürülmesi olağandır. Bununla birlikte meslekten çok hekimlerin kendilerini özellikle küçük ve dışa kapalı kültürel yapılanmalarda kabul ettirmesi ise halen birer sorun olmaktadır. Hekimliğin meslekleşme sürecindeki üçüncü kriter ise mesleki örgütlenme kriteridir. Mesleki örgütlenme, bir meslek dalındaki kişilerin ortak uygulama ve plan dahilinde örgütlenmesi ve birlik haline gelmesini ifade etmektedir. Hekimlik mesleği dünyada kabul gören bir meslektir. Dünyada WHO öncülüğündeki dünya sağlığı yapılanmasının yanı sıra ülkelerin kendi içerisinde mesleğe ilişkin yapılanmalar da

bulunmakta, ortak çalışma disiplini, meslek etiği ve daha birçok konuda alınan kararlarla bu birlikler mesleği dış etkilere koruyarak sistematik hale getirmektedir (Ayaz, 2010).

Meslekleşme anlamında toplumun en erken döneminden başlayarak toplumsal kabuller alan ve saygın bir otoriteye sahip olan hekimlik mesleğinin birçok özelliği bulunmaktadır. Bu özellikler elbette ki sınırları belli ve katı şekilde olması gerekenleri değil, hekimliğin amaçları doğrultusunda gözlemlenen özellikleri kapsamaktadır. Çalışmamızın bu kısmında hekimlere ait tüm özellikleri ele almamız mümkün olmadığından, spesifik hekimlik mesleği özelliğinden meslek otoritesi, iletişimin hekimlikteki önemi, bilgi ve gelişimin önemi ile hekimliğin mesleki deformasyona yatkınlığı konuları üzerinde durulacaktır (Özkan, 1991: 5).

Hekimlik mesleğinin en önemli özelliği hiç şüphesiz otorite gerektirmesidir. Toplumda geçmişten günümüze saygınlık kazanan hekimlik mesleği kendi çalışma sistemi ve misyonuyla bir imaj yaratmıştır. Yaratılan bu imajın odağında hekimin insan hayatına müdahalesi ve onu iyileştirici yönde eylemde bulunması etkili olmuştur. Bu noktada hekimlik özellikle modern tıp ve teknolojiyle birlikte zaman içerisinde otoritesini de sağlamlaştırmıştır. Bundan 100 sene evvel çaresi bulunamayan bir hastalığa dair bugünkü gelişmelerin değişmesi ve yine yarın da aynı değişikliklerin olacağı bilgisi hekimliğin dinamik ve otoriter yapısını güçlendirmektedir.

Hekimlik meslek otoritesinin en önemli kaynağının bilimden geldiği söylenmektedir. Hekimlik uygulama sahasında hastaya yönelik çabasında bulunurken; tıp ilmi üniversitelerde, laboratuvarlarda, araştırma merkezlerinde gelişmeye devam etmektedir. Bu devamlılık bir yandan pratikte uygulama bulan mesleğin, diğer yandan her geçen gün kademe atlamasını sağlayarak toplumdaki konumunu da güçlendirmektedir (Beck, 2011: 316).

Hekimlik mesleği iletişim faktörünün oldukça önemli olduğu meslek dallarından biridir. İletişim gündelik hayatta insanın kendini ifade edebilmesi ve toplumdaki diğer insanlarla rahat anlaşabilmesini sağlayan bir husustur. Ancak kimi meslekler iletişim üzerine kuruluyken (örneğin; pazarlama vb.), kimi mesleklerde ise sağlıklı iletişim kurmak mesleğin amaçlarının gerçekleşmesine hizmet etmektedir. Hekimlik ikinci bahsi konu alan bir meslektir. Bilimin odağında, bilimsel yöntem ve tekniklerle ilerleyen hekimlik mesleğinde hastalığın tespiti veya tedavisinde her ne kadar bu yöntem ve teknikler mesleğin icrasını sağlasa da hekim-hasta iletişimi tedavi sürecinde başarıyı artıran bir faktör olmaktadır (Özkan, 1991: 20).

İngiltere’de yapılan bir araştırmada hekim – hasta ilişkisinde hastaların hekimler karşısında iletişimlerinin zayıf olduğu ortaya çıkmıştır. Araştırma kapsamında görüşülen hastalar hekim karşısında her düşüncelerini ifade edemediklerini, hekimden bilgi ve tecrübesiyle çekindiklerini, hekimlerin kendilerine karşı olan tutumlarından ve hekim egosundan korktuklarını dile getirmişlerdir. Dolayısıyla hekimle hastalar arasında hastanın önyargılarından da doğan eksik bir iletişim söz konusu olmaktadır. Bu çerçevede hekim – hasta iletişiminin sorunları şu şekilde sıralanmıştır (Çakar ve Yağbasan, 2006):

- Hastaların hekimlerin bilgilerini yeterli düzeyde anlamamaları,
- Hastaların hekimlerden çekinmeleri, utanmaları ve hekime karşı önyargılı olmaları,
- Hekimlerin hasta ile iletişimlerinde kullandıkları dil, jest, mimik gibi unsurların hasta üzerinde yarattığı imaj,
- Hekimlerin hasta ile iletişimlerinde yeterli çabayı göstermemeleri,
- Hekimlerin hastane ortamındaki çalışma düzeni, çalışma saatleri ve yoğunluğuna bağlı olarak her hastaya aynı şekilde ilgili olamamaları,
- Kültürel ön kabuller (örneğin; kapalı ve muhafazakar bir toplum yapısı içerisinde kadınların erkek hekimlerle sağlıklı iletişim kurmaya çekinmeleri),
- Hekimlerin şahsi mizaç ve tutumları,
- Hastaların yaş, meslek, eğitim durumu,

Hasta ile hekim arasındaki iletişim sorunları sadece hastadan değil, hekimden de kaynaklanmaktadır. Ancak hasta-hekim ilişkisinde hekim bilgi ve tecrübesiyle birlikte hastanın kaygılarını anlamalı ve empati kurarak yönlendirici taraf rolünü üstlenmelidir. Bu nedenle iletişim gücü de yine hekimden kaynaklı olarak ön plana çıkmalıdır.

Hekimlik mesleği tıp fakültesinden mezun olma ve uzmanlaşmayı tamamlamayla birlikte tam anlamıyla kişinin eğitim süreçlerini tamamladığı bir meslek türü değildir. Teknolojiyle birlikte tıptaki ilerlemelerin her geçen gün artması hekimlerin sürekli okuyup öğrenmelerini, araştırarak bilgi edinmelerini gerekli kılmaktadır. Bu nedenle hekimlik mesleği yaşam boyu eğitim gerektiren meslek dallarından biridir (Özkan, 1991: 7).

Hekimlik mesleği mesleki deformasyon ve yıpranmalara oldukça açık bir meslektir. Hekimler ölümle her an yüz yüze kalabilen bir meslek yapılanmasına sahiptirler. Ölüm gibi insanın

en endişe verici korkuları arasında olan bir duyguyla hekimin her gün karşılaşabilme durumu hekimlerde duyarsızlaşmaya da sebep olabilmektedir. Ancak kimi hekimin ise zamanla bu duygudan ötürü yaşadığı kaygılarla baş edememesi ve tükenmişlik sendromuna da maruz kalması durumu sıkça yaşanmaktadır.

Hazırlanan bir doktora tezinde hekimlik uygulamalarında sıkça ölümle karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerindeki etkisini araştırmıştır. İstanbul ve İzmir’de 144 hekim ile yapılan görüşmeyle temellendirilen çalışma sonucunda hekimlerin mesleklerinden ötürü ölüme karşı kaygılarının düzeylerinde kişisel bakış açılarının belirleyici olduğuna kanaat getirilmiştir. Hekimlerin bir kısmı ölüm vakalarıyla karşılaştıklarında zamanla ölüm kaygılarını yenseler de, kimi hekimler ise yaşadıkları sorumluluk duygusuyla çok daha fazla bu kaygıyı taşımaya başlamışlardır. Dolayısıyla ölüm kaygısı hekimin kişisel algılarına bağlı olarak değişen bir duygu yoğunluğu olarak ele alınmalıdır (Ertufan, 2008).

Hekimlik *modernizm, teknoloji, kapitalizm* gibi kavram ve süreçlerden oldukça etkilenen bir yapıya sahiptir. Sağlık sektörü verimlilik ve gelişme odaklı bir sektördür. Toplumda nasıl ki her türlü kurum bürokrasi, siyaset ve sosyallik ışığında değişimler yaşıyorsa sağlık sektörü de bu değişimlere açıktır. Sağlığın kapitalizm etkisiyle sınıf mücadelesinde etkin bir öge unsuru olarak ön plana çıkması özel hastane-kamu hastaneleri ayrımında net şekilde görülmektedir. Sosyal devletin vatandaşlarının sağlığından sorumlu olması kamu hastanelerinin oluşmasını sağlarken, özel hastaneler ise kapitalist işleyişin bir ürünü olarak özellikle maddiyatı olan vatandaş için salt seçenek haline gelmektedir. Bu noktada sağlık sektöründeki bu iki başlı uygulama durumu hekimlerin de durumdan etkilenmesine sebebiyet vermektedir. Bugün Türkiye’de özel hastanelerde ve kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin sözleşmelerden doğan hak ve sorumluluklarının birbirinden farklılık gösteren sonuçları duruma örnek olarak gösterilebilir (Oppenheimer, 1996: 10).

1.6.Türk Hukuku Bakımından Hekimliğin İcra Şartları

Her mesleğin icrasıyla birlikte sosyal ve mesleki yükümlülükleri olduğu gibi hukuki yükümlülükleri de bulunmaktadır. İnsan hayatını doğrudan ilgilendiren hekimlik mesleğinin Türk hukuku bakımından yükümlülükler göz önüne alınarak değerlendirilmesi için öncelikle hekimin mesleği icra şartlarını yerine getirmesi gereklidir. Bu kapsamda hekimliğin icra şartları; Türk

vatandaşı olmak, tıp fakültesi diplomasına sahip olmak, tabip odasına kayıtlı olmak ve mesleği icra engeli taşımamak şeklinde sıralanabilir (Cirhinlioğlu, 1997: 12).

1.6.1.Türk Vatandaşı Olmak

Türkiye sınırları içerisinde hekimliğin icra edilebilmesi için hukuki kapsamda Türk vatandaşı olma şartı bulunmaktadır. Bu vatandaşlık doğuştan kazanıldığı gibi, sonradan kazanılan vatandaşlık hakkı da bulunmaktadır. Doğuştan kazanılan vatandaşlık hakkı kişinin doğumuyla birlikte soy bağı ve doğum yeri esaslı olarak kazandığı hak iken, sonradan kazanılan hak ise yetkili makam kararı, evlat edinme ve seçme hakkının kullanılması şeklinde kazanılabilmektedir. Her iki türlü de kişiler Türk vatandaşı olması halinde, diğer şartları da sağlamalarıyla hekim olabilmektedirler (Cirhinlioğlu, 1997: 13).

Yabancı uyruklu bir hekimin Türkiye’de ikamet etmesi ancak Türk vatandaşı olmaması halinde de hekim olma hakkı bulunmaktadır. Türkiye’de ikamet eden hekimin bu durumda diploma, mezuniyet belgesi veya uzmanlık belgelerinin denkliğinin onaylanmış hali olmalı ve çalışma izni olarak çalışmalıdır. Çalışma belgesi alınması içinse doğrudan belge asıllarıyla birlikte Sağlık Bakanlığı’na başvuru yapılmalıdır.

1.6.2.Tıp Fakültesi Diploması Sahibi Olmak

Herhangi bir mesleğin profesyonel olarak icrası söz konusu olduğunda ilgili alanda önlisans, lisans ve gerekli diğer düzeylerde üniversite eğitiminin alınmış olması gereklidir. Türkiye’de hekimin yasal sorumluluğunun olabilmesi, öncelikle hekimlik mesleğine dair Tıp fakültesinin tamamlanması ve hekimlik diplomasına sahip olunmasıyla birlikte mümkündür. Yabancı doktorlar içinse aynı husus bir başka ülkede elde ettikleri diplomanın Türkiye’de denklik kazanması ve çalışma izninin olmasıyla mümkün olacaktır (Cirhinlioğlu, 1997: 12).

1.6.3.Tabip Odasına Kayıtlı Olmak

Her meslek dalının kendi içerisinde örgütlenmesiyle birlikte mesleğe ait hak, sorumluluk ve diğer tüm yasal mevzuatların uygulanması açısından meslek birlikleri oluşmaktadır. Kişilerin meslek birliklerine kayıtlı olmaları, kendi mesleklerini icra ederken haklarını kullanmalarını ve her türlü sorunda yasalar karşısında meslek birliğinden yardım almalarını sağlamaktadır.

Türkiye’de hekimleri temsil eden meslek örgütü Türk Tabipler Birliği’dir. 1953 senesinde kurulan birlik; hekimlerin haklarını korumayı, Türkiye’de hekimlik mesleğini doğru ve olması gereken şekilde icra etmeyi, hekimlik meslek ahlakını savunmayı ve korumayı amaçlamaktadır. Bu nedenle yasalar önünde hekimlerin her türlü sorumlulukları neticesinde hak arama girişimlerinde Türk Tabipler Birliği’ne üye olmaları koşulu aranmaktadır (Cirhinlioğlu, 1997: 13).

1.6.4.Mesleği İcra Engeli Olmamak

Hekimlik mesleğinin amaçlarına uygun olarak icra edilmesi sürecinde hekimin mesleğin gereklerini yerine getirmesinde herhangi bir icra engeli olmaması önemlidir. Nitekim hekimler mesleklerini yerine getirirken herhangi bir sağlık sorunu veya mesleği tam anlamıyla görev bilinciyle yürütmesine engel olabilecek bir başka sorun engel teşkil ettiğinde, bu durum hekimin yasal olarak yükümlülük altına girmesini de engelleyecektir. Bu nedenle sağlık sorunları başta olmak üzere hekimlerin mesleği icra engelleri bulunmamalı ve bu durum belgelerle kanıtlanarak Sağlık Bakanlığı’na sunularak mesleğe başlanmalıdır (Cirhinlioğlu, 1997: 13).

1.7. Hekim Hak ve Yükümlülüklerinin Genel Çerçevesi

Aynı sağlık sistemi içerisinde yer alan hekim ve hasta, konumları itibariyle bir meslek icrasının etken ve edilgen tarafları olmakla birlikte temelde hastanın çıkarları doğrultusunda çalışmaktadırlar. Hekimlik mesleğinin teker teker hastalardan yola çıkan sağlığa yönelik iyileştirici gayeleri, toplumun tümü göz önüne alındığında ise hekimlerin toplumsal iyilik savaşçıları oldukları görülecektir. Bu nedenle hekimler mesleğin amaçlarıyla birlikte önemli bir gaye uğruna hareket etmektedirler. Bu gaye onlara çeşitli değerler yüklemekle birlikte, hekimlerin belli haklara sahip olmasını da gerekli kılmaktadır.

Yüzyıllarca usta-çırak ilişkisine bağlı olarak yapılan, ardından toplumsal kurumsallaşmayla birlikte meslek halini alan hekimliğin icrası sürecinde hekimlerin görevlerini sağlıklı şekilde yürütmeleri adına sahip olmaları gereken birçok hak vardır. Bu haklardan birkaçı hekimin yeterli eğitim alma hakkı, yeterli ücret hakkı, mesleğini serbestçe icra edebilme hakkı olarak örnek verilebilir. Tüm bu hakların temel çıkış noktası hekimlik mesleğinin icrası süresince hekim-hasta ilişkisini sağlıklı şekilde yürütmek, hekimin mesleki deformasyon yaşamasının önüne geçmek ve hekimliğin meslek onuruna uygun şekilde yürütülmesini sağlamaktır. Herhangi bir hakkın eksik

kalmalı hekimin mesleğine olan inancını yitirmesine neden olabileceği gibi, mesleğini yeterli düzeyde başarıyla icra etmesine de engel olabilme riski taşımaktadır (Cırhinlioğlu, 1997: 14).

Hekimlerin hakları kadar yükümlölükleri de mesleki icra noktasında önemlidir. Sağlık hizmetleri hekim, hemşire, hastane yöneticileri gibi sağlığın bir hizmet dalı olarak hastaya ulaşması sürecine dahil olan birçok sağlık çalışanını içine almaktadır. Ancak hastanın tanı ve tedavi aşamasında muhatap olduğu kişi doğrudan hekim olduğundan, hasta herhangi bir aksi durumla karşı karşıya kaldığında doğrudan hekimi suçlamakta ve hekime yükümlölük vermektedir. Oysa bir bütün olarak değerlendirilen sağlık hizmetlerinde hekimin tüm sorumluluğu yüklenmesi oldukça yıpratıcı bir durumdur. Ülkemizde ve tüm dünyada sağlık çalışanlarına ilişkin şiddetin en temel sebebi de hekimlerin doğrudan sağlık hizmetlerindeki tüm yükümlölükleri tek başına üstlenen bir konumda olmalarından kaynaklıdır.

1.7.1.Hekim Hakları

Hekimlik mesleğinin meslek şeref ve onuruyla önce bireysel olarak hastalara, ardından topluma yönelik olarak amaçlarını gerçekleştirici ve faydalı şekilde icrası söz konusu olduğunda hekimlerin sahip olması gereken haklar ortaya çıkmaktadır. Hekim hakları toplumda hekimlik mesleğinin örgütlenmesiyle birlikte hekime verilen, hekimin devlet içerisindeki mesleki konumundan ötürü kazandığı haklardır. Bu hakların kullanılması noktasında hekime yasal güvence sağlanmalıdır (Cırhinlioğlu, 1997: 12).

Hekim haklarının genel kapsamında hekimlerin eğitimden, hasta ile ilişkilerine yönelik bilinçli tercihlerine, tedaviye yönelik bilgi ve birikimini kullanabilme durumundan kendi çıkarlarını gözetmesine değin önemli bir çerçeve oluşturulmuştur. Bu noktada - hekim hakları özetle şu başlıklar çerçevesinde sıralanabilir: *Hekimin Yeterli Eğitim Alma ve Sürekli Gelişim Hakkı, Hekimin Yeterli Ücret Alma Hakkı, Hekimin Mesleğini Serbestçe İcra Edebilme Hakkı, Hekimin Modern Teknoloji ve Bilimi Kullanma Hakkı, Hekimin Yönetimsel Kararlara Katılma Hakkı, Hekimin Hastayı Reddetme Hakkı, Hekimin Konsültasyon İsteme Hakkı, Hekimin Sağlığını Koruma ve Mesleki Risklerden Korunma Hakkı, Hekimin İyileşme Garantisi Verme Hakkı, Hekimin Hastasına Yeterli Zaman Ayırma Hakkı, Hekimin Tanıklıktan Kaçınma Hakkı, Hekimin Tedaviyi Belirleme Hakkı, Hekimin Bilgi Alma-Tavsiye ve Tedavisine Uyumu İsteme Hakkı,*

Hekimin Cezalandırma Eylemlerinde Bulunmama Hakkı, Hekimin Güvenli Bir Ortamda Çalışma Hakkı.

Mesleklerin ilgili alandan üniversite eğitimi alınmasıyla birlikte kişiye kazandırdığı unvanlar bulunmaktadır. Herhangi bir alandan üniversite eğitimi alan bireyin yeterli eğitim sonunda kazandığı diploma ilgili mesleği icrasına yönelik ilk adım sayılmaktadır. Ancak hekimlik mesleği bu türde bir meslek yapılanmasına sahip değildir. Gerek tıp ilminde her geçen gün gelişmelerin sağlanması, gerekse insan sağlığının ciddiyeti göz önüne alındığında hekimlerin yaşam boyu kendilerini geliştirmeleri ve eğitim almaları önemlidir. Üstelik eğitim sürecinin devam etmesi aynı zamanda hekimin haklarını müdafaası ve kendini koruyabilmesi, meslek içinde konumlandırabilmesi adına önemlidir (Cirhinlioğlu, 1997: 16; Hakeri, 2019: 379).

1.7.2.Hekim Yükümlülükleri

Yükümlülük; bir kişiye ait sorumluluk, sorumlu olma ve yapılan iş ve eylemin sonuçlarını yüklenme durumunu ifade etmek adına kullanılan bir kavramdır. Her sorumluluk gerektiren eylem gibi, hekim – hasta arasındaki ilişki de hem hekime hem de hastaya belli yükümlülükler yüklemiştir. Özellikle hekim, hastanın tedaviye konu olan rahatsızlığı çerçevesinde iyileştirme hususunda inisiyatif alan mesleğinin yükümlülüklerini yerine getiren bir kimliğe büründüğü için hekimin hekimlik kimliğinden ötürü yükümlülükleri çok daha fazladır (Çelik, 2018: 5).

Hekim çalıştığı sağlık kurumunda veya özerk olarak çalışması halinde hastayla olan hekim-hasta ilişkisinde meslek etiğinin ve hukukun getirdiği çeşitli yükümlülüklerin bilincinde olmalı ve bu yükümlülükler çerçevesinde davranışlar sergilemelidir. Aksi bir durum öncelikle hekime hukuki sonuçlar doğuracağı gibi, hekim kimliğine zarar vermekte ve meslek etiğine de aykırı sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Aşağıda hekimin sahip olduğu yükümlülükler genel çerçevede aktarılacaktır.

1.7.2.1.Hekimin İnsan Yaşamını Koruma Yükümlülüğü

Hekimlik mesleğinin ilk ortaya çıktığı ilkel dönemden bugüne değişmeyen nihai amacı insan sağlığını korumak, kişileri iyileştirmek ve can güvenliklerini sağlayarak daha iyi bir duruma gelmelerine yardımcı olmaktır. Bu amaçla yola çıkan hekimlik mesleğinde insan yaşamını koruma en temel yükümlülük sayılmaktadır. Bu yükümlülüğün en temel dayanağı uluslararası bir belge olan Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 2.maddesinde yer alan “*Herkesin yaşam hakkı yasayla*

korunur. Yasanın ölüm cezası ile cezalandırdığı bir suçtan dolayı hakkında mahkemece hükmedilen bu cezanın infaz edilmesi dışında, hiç kimsenin yaşamına kasten son verilemez” şeklindeki kişilerin yaşam hakkına dayalı ifadeden kaynağını almaktadır. Hekimin meslek icrasının kaynağı olan insan hayatının hekim tarafından korunması en temel yükümlülükler arasındadır (Cirhinlioğlu, 1997: 18 ; Hakeri, 2019: 332).

1.7.2.2.Hekimin Meslek Kurallarına Uygun Davranma Yükümlülüğü

Her meslek dalının kendi içerisinde sistematik bir yapısı ve bu yapısından kaynaklı şekilde oluşan yükümlülükleri bulunmaktadır. Hekimliğin meslek kurallarına uygun davranma yükümlülüğü, temelde hekim-hasta ilişkisinden doğan bir yükümlülük olup hastaya tıbbi müdahale uygularken hekimin hem meslek kurallarına hem de meslek etiğine uymasını ifade etmektedir.

1.7.2.3.Hekimin Hasta Haklarına Özen Gösterme Yükümlülüğü

Yaşama hakkının en temel bileşenlerinden biri olan sağlık ve sağlık hakkı kapsamında yer alan hasta hakları, hastanın var olan sağlık sorunu süresince devletten ve toplumdan beklediği tedavi ve tedaviyi kapsayıcı koruma çalışmalarını ele alan haklardır. Hasta hakları sağlık hizmetleri çerçevesinde; faydalanma, eşitlik içinde hizmete ulaşma, bilgilendirme, sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme, personeli tanıma, seçme ve değiştirme, bilgi isteme, mahremiyetine saygı, rıza ve izninin alınması, güvenlik, reddetme ve durdurma, dini vecibelerini yerine getirebilme, saygınlık görme, ziyaretçi kabul etme hakları olarak değerlendirilebilir (Hakeri, 2019: 41).

21.yüzyıla geldiğimiz bu dönemde tüm dünyada hekim-hasta ilişkisi içerisinde hasta haklarının da önemli olduğu, hekimler tarafından bu haklara saygı gösterilerek tedavi süreci içerisine girilmesi gerektiği, ülkemizde ise 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği ile hastalar güvence altına alınmıştır. Bu nedenle hekimlerin yükümlülükleri çerçevesinde hasta haklarına özen gösterme de yer almıştır.

1.7.2.4.Hekimin Tanı Koyma Yükümlülüğü

Hekime başvuran hastanın ilgili hastalığına ilişkin tedavi olma hakkı kapsamında hekimin de hastalığı inceleme ve tanı koyma yükümlülüğü bulunmaktadır. Bu yükümlülük çerçevesinde

hekimin yapması gerekenler şu şekildedir: *anamnez alma, fiziki muayene yapma, gerekli tetkiklere başvurma, uygun tedaviyi seçme yükümlülüğüdür.*

1.7.2.4.1. Anamnez Alma

Hekimin tanı koyma yükümlülüğü, tanı koyma aşamalarına bağlı olarak ortaya çıkan bir yükümlülük olup, bu yükümlülüğün yerine getirilmesi açısından ilk aşama tanıya giden süreçte *anamnez alma* ile başlamaktadır. Anamnez, hekimin hastalığın teşhisi adına hastaya sorular sorması ve hastalığın hikâyesini doğru şekilde teşhis edebilmesi adına önemlidir. Anamnez alma süreci doğrudan hastaya sorulan sorularla gerçekleşebileceği için, aynı zamanda hasta yakınlarına da başvurulabilir (Hatipoğlu ve Demiralp, 2005: 67).

Hastalığın tanımlanması sürecinde hastaya ilişkin yaş, cinsiyet, ırk, medeni durum, meslek, doğum yeri, yaşanılan yer gibi detayların bilinmesi önemlidir. Hastalığın kaynağını tanımlama sürecinde hekimin her türlü koşullara ilişkin bilgi sahibi olması önemlidir. Dolayısıyla hekim anamnez alma sürecinde mevcut hastalığa ilişkin tanı geliştirirken, aynı zamanda diğer faktörleri de göz önüne alarak hastanın asıl şikâyetinin belirlenmesi yolunda hastalığın hikayesini de dinleyebilmektedir. İyi bir anamnez için hekim-hasta iletişimi bu süreçte doğru şekilde sağlanmalı, sorunu iyi şekilde anlama noktasında doğru sorular sorulmalı ve gerçekçi yanıtlar verilmelidir. Hasta tüm yakınmalarını tarihi sıralamalarıyla, olması gerektiği şekilde ve açık bir dille hekime aktarmalı, hasta-hekim ilişkisinin bu aşamasında insani ilişkiler kurulmalıdır (Oto, 1989: 3).

Anamnez sürecinde hekim hastayı yönlendiren taraf olmalıdır. Dinleme, tanışma ve gözlem aşamalarıyla gerçekleşen anamnez alma sürecinde hekim tarafından düzenli notlar alınmalı, özel kısaltmalar ve tıbbi terimlerle değil, açık bir dille yazım sağlanmalı, net olmayan bilgiler üzerinde sorgulamalar devam etmelidir. Hekim yanlı değil, objektif sorular sormalı ve olabildiğince basit bir üslupla hastaya yaklaşmalıdır (Hatipoğlu ve Demiralp, 2005: 67).

Hekim, anamnez alırken hastanın asıl şikâyetini dinlemeli, mevcut hastalık ve yaralanmaların durumuyla ilgili sorular sormalı, geçmiş tıbbi hikâyeye yönelmeli, sistemlerin gözden geçirilmesini sağlamalıdır. Hastalığın tıbbi hikâyesinde hastanın mevcut alerjileri, hangi ilaçları kullanıp kullanmadığı, son 24 saat içerisinde hangi ilaçları aldığı, kaza veya ilgili hastalığa

etken durum hakkında kendisine verilen bilgilerin neler olduğu sorulup not alınmalıdır. Anamnez sürecinin baştan sona tek bir hekimle yönetilmesi, sürecin daha sağlıklı işlemlerini sağlayacaktır (Oto, 1989: 3).

1.7.2.4.2.Fiziksel Muayene Yapma

Fiziksel muayene, sağlıklı/hasta bireyin durumunun tanımlanması adına objektif veriler ışığında yapılan tanımlamayı içermektedir. Hekimin tanı koyma aşamalarından somut aşamayı karşılayan fiziksel muayene aşaması, hekimin hastaya ait patolojik durumun verilerini değerlendirmesidir. Hekim bu aşamada anamnez ile topladığı bilgilerle fiziksel muayeneyi de destekleyerek tanıya giden aşamaları sürdürür.

Fiziksel muayene aşamaları; *fiziksel muayene ortamının hazırlanması, bireyin hazırlanması ve malzemelerin hazırlanması* sürecinden oluşur. Fiziksel muayene için hasta odası, ayakta tedavi merkezleri, revir, iş sağlığı merkezleri gibi ortamlar seçilebilir. Seçilen bu ortamlarda yapılan muayenelerde hasta gizliliğine önem verilmelidir. Bireyin hazırlanması süreci ise hemşire tarafından yürütülen, bireyin muayeneye hem fiziksel hem de psikolojik anlamda hazırlanmasını ifade eden süreci içerir. Fiziksel muayenede bireyin vücudu üzerinden doğrudan muayene yapıldığı için birey stres olabilir. Özellikle adölesan dönemdeki gençlerin utanmasına sebebiyet verecek her türlü durum düşünülmeli, birey muayeneye psikolojik anlamda da hazırlanmalıdır. Fiziksel muayeneyi uygulayacak hekim, hastanın jest ve mimiklerinden rahatsız olma durumunu göz önüne almalı ve süreci olumlu şekilde yürütmek adına hastayı rahatlatıcı şekilde konuşma yapmalıdır (Oto, 1989: 6).

Fiziksel muayenenin birçok yöntemi bulunmaktadır. Bu yöntemler arasında sayılabileceklerden birkaçı inspeksiyon (vücut bölümlerinin görsel muayenesi), palpasyon (dokunma duyusuyla vücut bölümlerinin muayenesi), perküsyon (doku veya organların bazı bölümlerine küçük darbelerin vurulması), oskültasyon (organların çalışması sırasında seslerin dinlenmesi), olfaksiyon (koku duyusuyla muayene) şeklindedir. Bu muayene yöntemleri hastanın yaşına, hastalığın durumu gibi hususlara bağlı olarak seçilebilir (Hatipoğlu ve Demiralp, 2005: 67).

1.7.2.4.3.Gerekli Tetkiklere Başvurma

Hastalığa ilişkin tanı koyma evresinin en önemli aşamalarından biri tetkiklere başvurulması aşamasıdır. Bu aşamada gerekli görülen tetkikler bilgisayar ortamında yazılır ve hastanın bu tetkikleri yaptırması, tekrar hekime getirmesi istenir. MR, Mamografi, Röntgen, kan ve idrar tetkiki gibi birçok tetkik türü bulunmakla birlikte bu tetkiklerin zamanında yaptırılması ve hekime ulaştırılması önemlidir.

1.7.2.5.Hekimin En Uygun Tedaviyi Seçme Yükümlülüğü

Tıp etiği ve hekimlik meslek etiğinin bir gereği olarak hekim en uygun tedaviyi seçme ve uygulama yükümlülüğü taşımaktadır. Bu yükümlülük hekimin aynı zamanda hekimlik mesleğinin amacından kaynaklanmaktadır ki ideal bir hekimin hasta yararını gözetmesi adına uygun tedaviyi seçmesi oldukça önemlidir. Zira tedavi süreci tıbbi müdahaleler içerdiği için hekimin hastaya zarar vermemesi adına bu yükümlülüğü yerine getirmesi gereklidir (Hatipoğlu ve Demiralp, 2005: 67).

1.7.2.6. Hekimin Tıbbi Uygulama Hatasından (Malpraktisten) Kaçınma Yükümlülüğü

Hekimin bir hastaya uygun tedaviyi seçmesi kadar, tedaviyi doğru şekilde uygulaması da sağlık hizmetinin amaçları arasındadır. Hekim hekimlik mesleği ve tıp etiği gereği hastaya zarar vermemek adına tanı sürecinden itibaren titizlikle çalışmalı, özellikle hastalığın tanısından sonraki süreçte tıbbi uygulama sürecine dikkat ve gereken özeni göstermelidir. Hekim tıbbi uygulama hatasından kaçınmak adına hastayla kurduğu hekim-hasta ilişkisinin tüm yükümlülüklerini yerine getirmeli, hem de bu süreçte kendi sağlığına, hastane ortamına ve tüm dış koşullara dikkat ederek tıbbi uygulama sürecine yaklaşmalıdır (Oto, 1989: 12).

1.7.2.7. Hekimin Dikkat ve Özen Gösterme Yükümlülüğü

Hekim aldığı tıp eğitimine dayalı olarak bilgi ve birikime, mesleki tecrübeye sahiptir. Ancak tüm bunları kullanma noktasında gereken dikkat ve özeni sağlaması uygulanan tedaviyi başarılı kılacaktır. Aksi bir durumda tedavinin başarısız olması hekime karşı hukuki sonuçlar doğuracaktır (Freidson, 1984: 3).

Hukuki kapsamda somut bir olay değerlendirilirken hekimin bilgi birikimi, mesleki yetenek, tecrübe, fizik ve fikri gücünden ziyade dikkat ve özeni göz önüne alınır. Nitekim *hekim* unvanı almış kişinin tedaviyi uygulama derecesine geldiği aşikâr olup, uyguladığı tedavide sonucu doğuran durum dikkat ve özene ilişkin ortaya çıkmaktadır. Bu noktada hekimden beklenen tıp ilminin genel kabulü içerisinde yer alan kural ve kaidelere uymasıdır (Demir, 2008: 247).

1.7.2.8. Hekimin Sır Saklama Yükümlülüğü

Özel yaşamın dokunulmazlığını temel alan en önemli yapıtaşlarından biri de mahremiyet üzerine kuruludur. Mahremiyet; kişinin beden, duygu ve düşüncesine ilişkin gizli ve özel olan durumları kapsamaktadır. Hekim-hasta ilişkisi de yapısı itibariyle mahremiyet sınırlarına dâhil olan bir ilişki türüdür. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 21.maddesinde “*Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir*” ifadesiyle tıbbi müdahalenin ancak hasta mahremiyetine saygı duyularak yapılabileceği belirtilmiştir. Yine aynı yönetmeliğin çeşitli bendlerinde hasta ile doğrudan teşhisin olduğu muayene, teşhis gibi aşamaların gizlilik olan bir yerde yürütülmesi, hastalığın mahremiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilemeyeceği ve en önemlisi ölüm olayıyla dahi mahremiyetin sona ermeyeceği hükmü yer almıştır (Oto, 1989: 13).

Sır saklama hekimin hastaya karşı en temel borçları arasında olup geçmişten günümüze hekimlik meslek etiğinde önemli yer edinmektedir. Bu nedenle Hipokrat Yemini içerisinde de şu ifadelerle geçmektedir: *Mesleki uygulamamla bağlantılı olarak, insanların yaşamına ilişkin gördüğüm ve işittiğim ve dışarı açıklanmaması gereken hiçbir şeyi ifşa etmeyeceğim.* Hekim – hasta ile görüşmelerini, muayene ve tıbbi her türlü müdahale sonuçlarını hastanın mahremini ifşa edecek şekilde kullanmamalıdır. Bu husus sadece kanunen değil, aynı zamanda tıbbi her türlü kongre ve ulusal/uluslararası belgenin de konusu olmuştur. 1981 yılında yayınlanan Lizbon Bildirgesi'nin 4. maddesinde “*Hasta, hekiminin kendi tıbbi bakımı ve kendisiyle ilgili edindiği bilgilerin gizliliğine saygı göstermesini bekleme hakkına sahiptir*” ifadesi geçerek hekimlik kimliğinin gizlilik esasına dayalı olduğu bilgisi verilir. 1994'te Amsterdam'da II. Avrupa Hasta Haklarını Geliştirme Bildirgesinin 4/1. maddesinde de aynı şekilde “*hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi hakkındaki ve kişiye özel diğer tüm bilgiler, ölümünden sonra bile korunmalıdır*” denmekte, 4/2. maddesinde ise *hastaya ait bu bilgiler, yalnızca hastanın açık*

izni veya mahkemenin kesin isteği üzerine açıklanabilir” diyerek hastaya ait gizli ve mahrem bilgilerin ancak mahkeme kararı ile açıklanabilecek türden özel ve önemli olduğu belirtilmiştir (Çakıroğlu, 2010: 164-165).

1.7.2.9. Hekimin İhbar Yükümlülüğü

İhbar; yasadışı bir eylemi ya da yasa dışı eylemde bulunan kimseyi yetkili yerlere bildirmeyi ifade etmektedir. Hekimin ihbar yükümlülüğü Türk Hukuku’nda ilk kez 1926 yılında yürürlüğe giren 765 sayılı Ceza Kanunu’nda geçmiştir. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nda 280.maddede *“Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır”* ifadesiyle hekime ve diğer sağlık mensuplarına yönelik ihbar yükümlülüğü tasdik edilmiştir (Hızal, 2006. 19-20).

İhbar yükümlülüğü çoğu kez hekim-hasta ilişkisinde hekimin sır saklama yükümlülüğü çerçevesinde göz önüne alınarak değerlendirildiği için etik problemler ortaya çıkarmaktadır. Hekim uygulanan tedavi sürecinde hastaya ilişkin bilgiler edindiğinde yasa dışı bir durumla da karşılaşabilir. Bu konunun sır saklama kapsamına alınıp alınmayacağına literatürde şüphe ve eleştiri ile bakan çalışmalar mevcuttur. Ancak hekimlerin kanun nezdindeki sorumlulukları da değerlendirildiğinde hekimin meslek sırrı ile ihbar kapsamına giren sırları karıştırmaması gerekli görülmüştür. *Meslek sırrı*; hekim-hasta ilişkisi çerçevesinde hekimin hastadan edindiği bilgileri kapsayan, mesleğin vakar ve haysiyetini içeren bilgilerdir. Bu bilgileri ifşa suç kapsamına girmektedir. Ancak ihbar yükümlülüğü çerçevesine giren durumlarda ise ifşasının suç olduğu bir bilgi edinilmez. Hekim mesleğini icra ettiği sırada adli bir olgu ile karşılaşabilir. Bu durumda toplum faydası da göz önüne alınarak hekimin durumu adli mercilere bildirmesi ve yasal yükümlülüğünü yerine getirmesi gereklidir (Çekin vd. 1999:13).

1.7.2.10.Hekimin Kayıt Tutma Yükümlülüğü

Hekim hastaya yaptığı tıbbi müdahalenin kaydını tutmak, belgeleri dosyalamak ve bunları saklamakla yükümlüdür. Kayıt tutulurken hastanın ve hastalığın geniş çaplı özeti, hastaya yapılan tanı ve tedavi, verilen ilaçlar gibi hastalığın seyrini ilgilendiren her türlü husus kayda alınmalıdır. Hekimin hem görevi hem de hukuki sorumluluğu kapsamında olan kayıt tutmanın birçok avantajı bulunmaktadır. Bunlardan ilki hekimin tanı ve tedavi sürecini sağlıklı değerlendirmesi, tedavi

sürecinin denetimini yapması ve izlemesi adına kendisine de kolaylık sağlamasıyla ilişkilidir. İkincisi hukuki anlamda kanıt oluşturulması, üçüncü yararı ise aynı hastalığa ilişkin bir başka hastaya kolaylık sağlayabilecek şekilde sürece ilişkin bilgilerin kullanılabilecek olmasıdır. Elbette ki hekim sır saklama yükümlülüğü de taşıdığı için bu kayıtları ilgili hasta üzerinden üçüncü kişilerle –mahkeme izni olmaksızın- paylaşmamalıdır (Freidson, 1984: 3).

Hasta Hakları Yönetmeliği 16. maddesinde “*Hastanın, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili yahut kanuni temsilcisi vasıtasıyla inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir*” ifadesi geçmektedir. Bu maddeyle birlikte hekimin sır saklama yükümlülüğüne de vurgu yapılarak alınan kayıtların ancak hastanın tam ehliyeti olması halinde hastayla, olmaması halinde kanuni temsilcisiyle paylaşılacağı belirtilmiştir. Bununla birlikte yine aynı yönetmeliğin 17.maddesinde ise “*Hasta, sağlık kurum ve kuruluşları nezdinde bulunan kayıtlarında eksik, belirsiz ve hatalı tıbbi ve şahsi bilgilerin tamamlanmasını, açıklanmasını, düzeltilmesini ve nihai sağlık durumu ve şahsi durumuna uygun hale getirilmesini isteyebilir. Bu hak, hastanın sağlık durumu ile ilgili raporlara itiraz ve aynı veya başka kurum ve kuruluşlarda sağlık durumu hakkında yeni rapor düzenlenmesini isteme haklarını da kapsar*” ifadesi yer alarak tutulan raporun hasta tarafından sorgulanacağı, eksik veya yanlış olması halinde yeniden düzenlenmesini talep edebileceği bilgisi yer almıştır (Çelik, 2018: 19-20).

1.7.2.11. Hekimin Aydınlatma ve Hastanın Rızasını Alma Yükümlülüğü

Tıbbi bir müdahalenin hukuka uygunluğu için yetkili bir kişi tarafından uygulanması, hastanın aydınlatılmış ve rızasının alınmış olması, hastaya müdahale ederken tıp mesleğinin gerektirdiği kurallara uyulması gibi üç temel şart aranmaktadır. Özellikle rıza unsuru irade beyanı şeklinde ortaya çıkmasıyla, hastanın kendi geleceğini tayin etmesi adına önemlidir. Bununla birlikte hekim yönünden uygulanan müdahalenin de hukuka uygunluğu adına temel şartlar arasındadır (Freidson, 1984: 3).

Hasta ile hekim arasındaki ilişkinin etik boyutunu da ifade eden aydınlatma yükümlülüğü hekimin hastaya uygulanacak tedaviyi tüm detaylarıyla anlatmasını içerir. Bilhassa tedavinin sonuçlarını öğrenen hasta, buna göre tedaviye rıza gösterme durumu içerisine girer. Kişinin tıbbi müdahale konusunda aydınlatılması aynı zamanda tam ehliyete sahip olması durumunu da

beraberinde getirir. Tam ehliyete sahip olmayan kişiler için hekim, birinci dereceden yakınları veya hastanın yasal temsilcisini aydınlatmakla yükümlüdür. Hekim aydınlatma yükümlülüğünü icra ederken aydınlatma yükümlüsü olarak aydınlatma alacaklısı ile yükümlülük zamanı içerisinde yükümlülük şartının gerçekleştirilmesini sağlar. Hasta hakları yönetmeliği ve özel hukuk çerçevesinde belirlenen icra şartları vardır. Hekim her şeyden evvel yükümlülüğü yerine getirdiğini ortaya koymak adına aydınlatmayı ispata dayandırmalıdır (Kaya, 2012: 56-68).

Doktrinde hekimin hastayı aydınlatmasının *müdahale aydınlatması* ve *koruma aydınlatması* olarak iki tür olduğundan bahsetmiştir. Müdahale aydınlatması hastanın uygulanacak müdahaleye ilişkin temel teşkil edecek bilgileri edinmesini kapsamaktadır. Bu nedenle teşhis hakkındaki aydınlatma, süreç ve sürecin gelişimi, riziko aydınlatması da bu kapsamda olup, özellikle riziko aydınlatmasıyla birlikte tıbbi müdahale sonrası gelişecek sürece ilişkin temel bilgiler verilir ve hastanın rızası olup olmadığı sorulur. Koruma aydınlatması ise hastanın kişisel durumu, ilaçların yan etkileri ve tedavi sürecinin işleyişi hakkındaki genel bir aydınlatma türüdür. Hekim aydınlatma yükümlülüğünü tıbbi müdahale öncesinde yerine getirmelidir (Oral, 2011: 190-194).

Hekim tarafından tedavi sürecine ilişkin uygulanacak müdahale konusunda hastayı aydınlatmasının ardından hastanın riskleri, yararları ve alternatifleri ile alternatiflerin de risk ve yararlarını kapsayan tedavi uygulamasına karşı onay vermesi *rıza* kapsamına girmektedir. Rıza unsurunun en temel dayanağı Anayasadır. Anayasada belirtilen onura, özgürlüğe, yaşam ve vücut bütünlüğü hakkına saygı ve koruma yükümlülüğü temelde yaşamın her alanını kapsadığı gibi hekim-hasta ilişkisindeki tıbbi müdahaleyi de kapsamaktadır. Bununla birlikte hasta haklarını içeren her türlü metnin de temel dayanağı kişi rızasına dairdir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 22.maddesinde; “*Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz*” ifadesi geçmektedir ve bu durumu desteklemektedir (Oral, 2011: 191).

Rıza kişinin bir durumdan memnun olmasını ifade eden, razı olarak eyleme onay verdiğini bildiren ve eylemin sonucunda ortaya çıkacak herhangi bir duruma da onayı olduğunu belirten bir kavramdır. Tedavi sürecinde rızanın en önemli noktası hasta ile hekim arasındaki ilişkiyi sonuçlarıyla birlikte değerlendiren ve olumsuz sonuçta da hastanın mevcut sonucuna katlanacağını, tedaviyi tüm hususlarıyla birlikte göz önüne alıp değerlendirdiğini ve kabul ettiğini gösteren bir

hususdur. Sağlık hizmetinin sunumunda insan haklarına uygun olabilmesi adına hastanın rızasının alınması, aynı zamanda bu rızanın aydınlatılmış onama dayanması gereklidir (Oral, 2011: 200).

Hukuki literatür göz önüne alındığında hastanın rızasının alınmasının temel şartı bir takım ön koşullara bağlanmıştır. Bunların başında hastanın rıza ehliyetine sahip olması gelmektedir. Hasta ancak tıbbi bir fiilin sonuçlarını anlayacak düzeyde ehliyeteye sahip olmasıyla birlikte rızası alınabilir. Aksi durumda yasal temsilcilerinin rızası alınır. Bununla birlikte ayırt etme gücüne sahip küçükler ve kısıtlılar için de aynı durum geçerlidir. Rızanın konusu, zamanı ve şekli de önemlidir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 28.maddesinde *“Hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüzdür ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamaz”* ifadesiyle birlikte rızanın alınmasının şeklen hukuka ve ahlaka uygun şartlarda gerçekleşmesi gerektiği belirtilmiştir. Yine aynı yönetmeliğin 24.maddesinde *“Rızanın geri alınması, hastanın tedaviyi reddetmesi anlamına gelir”* ifadesine yer verilerek rızanın tıbbi müdahale öncesinde alınması gerektiği vurgulanmıştır. Hasta – hekim arasındaki ilişkinin etik boyutunun dışında, tıbbi müdahale sonuçlarıyla birlikte hukuksal bir süreci de başlatabileceği için rızanın şekli de önemlidir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde rızanın şekline ilişkin herhangi bir dayanak yoktur. Ancak Medeni Kanunun 23/3.maddesinde *“Yazılı rıza üzerine insan kökenli biyolojik maddelerin alınması, aşılması ve nakli mümkündür. Ancak, biyolojik madde verme borcu altına girmiş olandan edimini yerine getirmesi istenemez; maddî ve manevî tazminat isteminde bulunulamaz”* ifadesi yer alarak rızanın yazılı olmasına dayanak oluşturur (Aydiner, 2006: 20-25).

İKİNCİ BÖLÜM

İLAÇ KAVRAMI, HEKİMİN İLAÇLA TEDAVİ VE REÇETE YAZMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ

2.1. İlaç

Farmakoloji bir ilaç bilimidir. İlaç biliminin temel öznesi olan *ilaç* ise canlı hücre üzerindeki iyileştirici etkisi göz önüne alınarak üretilen, hastalıklardan korunmayı mümkün kılan kimyasal preparatlardır. Eski zamanlarda Mısır ve Çinlilerin bitki ve hayvanlardaki minerallerden faydalanarak geliştirdikleri ilaçlar modern tıbbın da gelişmesiyle birlikte Farmakoloji alanında geliştirilen yöntemlerle birlikte üretimi sağlanan ürünler halini almıştır. Hastalıkları önleme (profilaksi), tedavi (sağaltım), teşhis (tanı) ve diğer amaçlarla kullanılan ilaçlar insan sağlığının korunmasını ve iyileştirilmesini sağlayıcı güçtedirler (Akkanat, 2009: 76).

2.1.1. İlacın Tanımı ve Tarihi

İnsanların var olan hastalıklara çözüm, sağlık halinde ise hasta olma durumuna karşı önlem alma halini ifade eden ilaç, tanı ve tedavi süreci sonundaki uygulamanın bir ürünüdür. Dünya Sağlık Örgütü ilacı tanımlarken, *ilaç kullanan kişideki “fizyolojik ve patolojik durumları değiştirmek için alınan yararlı tıbbi madde”* olduğunu belirtir. İlaçlar hastalıkların teşhisi, tedavisi, profilaksisi (korunma), cerrahi girişimlerin kolaylaştırılması adına kullanılan maddelerdir (Büyükbingöl, 2009: 281).

İlaçlar; hastalıkları önleme (profilaksi), tedavi (sağaltım), teşhis (tanı) ve diğer amaçlarla kullanılmakta ve etkileriyle seçicilik (selektivite), etkinin geçici olması, etkinin doza bağımlı olması özelliklerini sunmaktadırlar. Dolayısıyla ilaç, ilgili bir hastalık varsa o hastalığın iyileştirilmesi, bu iyileştirme sürecinde geçici etki bırakması ve etkinin ilacın dozuna bağlı olması özelliklerini sunarak vücutta kalıcı bir hasar ve etki bırakılmasının da önüne geçer (Yerer, 2009: 2).

İlaçlar genellikle farmakolojik özellikleri, kimyasal yapıları, hedef sistemler ve etki ettiği bölge bakımından sınıflandırılmaktadırlar. İlaçların farmakolojik özellikleri etki etme düzeylerini ilgilendirirken, her ilaç tek bir etki bırakmamakta, özellikle analjezikler, antibiyotikler,

antiinflamatuvarlar birden çok etki bırakabilmektedirler. İlaçlar kimyasal yapılarına göre de sınıflandırılırken, özellikle hedef sistemler ilacın vücutta etki ettiği yere göre yapılan sınıflandırmayı ifade eder. Bu dört temel sınıflandırma dışında ilaçları aktif özelliklerine göre sınıflandırma da mümkündür. Bu sınıflandırmada anabolikler (anabolics-metabolizma hızlandırıcı), anestetikler (anesthetics-ameliyatta kullanılan ilaçlar), analeptikler (analeptics-merkezi sinir sistemini uyaran ilaçlar), analjezikler (analgesics-ağrı kesici ilaçlar) örnek olarak sunulabilir.

İlacın kökeni ilk olarak bitki ve doğada yer alan minerallerin kullanılmasına dayanmaktadır. Bu nedenle ilacın geçmişine dair ilk kaynaklar Eski Çin, Hint ve Akdeniz uygarlıklarının topladıkları bitkilerin şifahi yönüyle ilaç olarak kullanıldıklarına işaret eder. Yapılan araştırmalar M.Ö.2.-1.yüzyıllarda İskender simyacıların bakır sülfatı ilaç olarak kullandıklarını, Eski Mısırlıların konstipasyon için hintyağı, sindirim güçlüğünde karaman kimyonu ve nane kullandıklarını ortaya çıkarmıştır. Yunan hekim Dioskorides'un M.S. 77.yüzyılda hazırlamış olduğu *Perihyles İatrikes* adlı eserde dönemin tedavi yöntemleri içerisinde kullanılan 600'e yakın bitkiye yer verilmiştir. Bitkiler milattan önceden başlayarak ortaçağın sonuna değin tedavi sürecinde en fazla kullanılan unsurların başında gelmiştir. 1383-1468 seneleri arasında yaşayan Şerefeddin Gevrekzade *Mücerrebname* adlı eserinde tedavi sürecinde kullanılan bitkileri şu şekilde sıralamıştır:

- *Aloe Vera*: Bu bitki özellikle cildi nemlendirmesiyle bilindiği için cilt hastalıklarında, yanık tedavisinde ve nemlendirme işlemlerinde sıklıkla kullanılmaktaydı. Aynı zamanda güzel kokulu olması, iğne şekliyle peyzajda da önemli bir unsur olarak kullanılmıştır.
- *Ayı Pençesi*: Yara ve çibanların kabuk bağlamasında kullanılan bu bitki görünüş olarak pençeye benzediği için bu şekilde isimlendirilmiştir. Özellikle Akdeniz bölgesinde yetiştirilmesinden ve hızlı büyümesinden ötürü bu bölgelerdeki şifahanelerde dekorasyonu tamamlayıcı bir unsur olarak kullanılmaktadır.
- *Ballıbaba*: Kuvvetli bir idrar söktürücü olması sebebiyle kadın hastalıklarında önemli olduğu için yetiştirilen bu bitki, aynı zamanda ılıman iklim bölgesinde yetişen ve görünüş itibarıyla de süs bitkisi olarak da kullanılabilen bir bitki türüdür. Bu bitkinin peyzajda kullanıldığı sıklıkla görülmektedir

- *Ağaç Hatmi*: Ebegümeci familyasından olan ve çiçek açmasıyla bilinen bu bitki solunum yolu hastalıklarına iyi gelmektedir. Bunun yanında çiçeğinin güzelliği sebebiyle dekoratif amaçlı da yetiştirilmektedir.
- *Biberiye*: Sindirime faydalı olan biberiye bitkisi bahçelerde sıklıkla yetiştirilmektedir.
- *Çörek Otu*: Yemeklerde de kullanılan çörek otu bitkisi sıklıkla yetiştirilen bitkilerdendir.
- *Defne*: Akdeniz’de yetişen ve sürekli yeşil kalmasıyla tanınan bu bitki özellikle çevreye yaydığı koku sebebiyle hem koku üzerinden tedavide kullanılır, hem de peyzajı tamamlayıcıdır.
- *Isırgan*: Anemi tedavisinde kullanılır.
- *Kekik*: Mide ağrısını dindiren ve aynı zamanda da yaydığı güzel kokuyla birlikte peyzajda kullanılan bir bitkidir.
- *Lavanta*: Kokusuyla bahçelerde sıklıkla yetiştirilen bitkilerdendir.
- *Ekinezya*: Vücudu güçlendiren bir bitkidir. Aynı zamanda pembe çiçek açan bir bitki olduğu için özellikle uygun ortamda yetiştirildiğinde görselliği ile mekâna canlılık katmaktadır.
- *Mercanköşk*: Özellikle bebeklerdeki çeşitli rahatsızlıklara iyi gelen bu bitki yeşilliği ile daima canlı kaldığı için de peyzajda kullanılmaktadır.
- *Enginar*: Akdeniz bölgesinde yetişen, özellikle çiçek açması sebebiyle hem peyzajda hem de iç mekânlarda süs olarak kullanılabilen bir bitkidir. Aynı zamanda yemeklerde de kullanılır ve sindirime yardımcıdır.
- *İhlamur*: Vücudun savunma mekanizmasını güçlendiren bir bitki olan ıhlamur hem tedavi sürecinde kullanılır, hem de peyzajda mekana hoş koku yayması sebebiyle kullanılmaktadır.

Mücerrebname’de geçen bu bitkiler özellikle İslam devletleri sırasında ortaya çıkan darüşşifa adlı hastane ve şifa merkezi tipi yapılarda tedavide sıklıkla kullanılmış bitkilerdir.

İlacın modern tekniklerle yapımı ise 17.-18.yüzyıla dayanmaktadır. Bu süreçte ilaçlar özellikle deneye dayanan uygulamalarla ve içerisine kimyasal maddelerin de eklenmesiyle yapılmaya başlanmış, yapılan ilaçlar hayvanlar ve insanlar üzerinde denenerek piyasaya sürülmüştür. 19.yüzyılda tedavi edici maddeler içeren bitkilerden yapılan birçok ilaç yaygın şekilde kullanılmaya başlanmış, böylelikle farmakolojide de önemli gelişmeler yaşanmıştır. Kullanılan ilk

ilaçlar anestezipler olmuştur. 1806’da morfin, 1842’de eter, 1847’de kloroform ve 1860 senesinde kokain kullanılmaya başlanmıştır. Kimya ilminin de yardımıyla her geçen gün daha fazla ilaç geliştirilmiş ve tedavi sürecinde kullanılmaya devam etmiştir. Bugün yapılan araştırmalara göre küresel ilaç sanayinin büyüklüğünün 1,4 trilyon Amerikan doları olduğu tahmin edilmektedir. Bu rakamlar her geçen gün daha da artmakta, gelişen teknolojiyle ilaca yatırım da hız kazanmaktadır (Pena, 2021: 1).

2.1.2. Jenerik İlaç – Orijinal İlaç Ayrımı

Jenerik (muadil) ilaçlar kimyasal bir ilacın referans alınmasıyla üretilen, daha basit yapıda olan ve bu yönüyle orijinal ilaca muadil olarak anılan ilaçlardır. Jenerik ilaçlar, araştırmacı (innovator) firma tarafından geliştirilerek pazara sürülmektedirler. Bu ilaçların orijinallerine kıyasla çok daha uygun fiyatlı olup, orijinal ilaçlarla gösterdikleri etki eşdeğerdir (Büyükbingöl, 2009: 281).

Jenerik ilaçların reçetelenebilmesi için biyo-eşdeğerlilik çalışmaları yapılmakta, bu çalışmalar sırasında orijinal ilaçlarla aynı etkin maddeyi içeren bu ilaçların eşdeğerlilik durumu in vitro ve in vivo (klinik) denemelerle ölçülür. İn vitro çözünme testlerinde en sık kullanılan yöntem dissolüsyon hızı testi olup, bu testle birlikte ilacın yapay mide ve bağırsak suyunda çözünme hızına bakılır ve test edilir. İn Vivo testlerde ise en az ilacın 3 yarılanma ömrü boyunca test edilmesi ve ilaçtan uzun vadede yarar alınması durumu göz önüne alınır (Yerer, 2009: 2).

Jenerik ilaç geliştirilmesi molekül geliştirme, preklinik, Faz-I ve Faz-III aşamalarından oluşan ve maliyeti 100-200 milyon dolar arasında değişen bir süreci kapsamaktadır. İlaçların bu denli maliyetli olmasının sebebi molekül geliştirme çalışmalarının oldukça uzun sürmesidir. Bu ilaçların üretilmesi için klinik araştırmalar dahil tüm araştırmaların yapılması, aynı zamanda referans ilaca bağlı şekilde gösterdikleri yan etkilerin de incelenmesi gerekir. Bu ilaç grubu hastaların daha fazla alternatif ilaca ulaşabilmesini sağlaması adına önemlidir (Büyükbingöl, 2009: 282).

Orijinal ilaç ise araştırma ve klinik araştırmalar sonucunda belli bir hastalık üzerinde olumlu etkisi kanıtlanmış, patent temelli bir moleküle benzeyen ilaçlardır. Bu ilaçlar jenerik ilaçların da referansları olup, doğrudan reçetelenen ilaçlardır. Temeli patentlenen moleküllere

dayanan bu ilaçlarda önceden eşi benzeri olmayan bir üretim yapıldığı için *orijinal* şeklinde isimlendirilmektedirler (Yerer, 2009: 2).

2.1.3. Sahte İlaç-Taklit İlaç Ayrımı

İlaç üretiminde gerekli izin ve ruhsatların alınması ilacın yasal yolla piyasaya sürülmesini sağladığı için oldukça önemli bir detaydır. Gerekli izinler alınmadan, orijinal ilaç gibi paketlenmiş ve işaretlenmiş ilaçların tümüne *sahte ilaç* adı verilmektedir. Bu ilaçlar etiketinde yazılan maddelerden farklı maddeler ve bileşenler içeren, hiçbir hastalığa karşı etkili olmayan maddelerden üretilen, mevcut hastalıkları tedavi edemediği gibi, aynı zamanda insan sağlığını da tehlikeye atan ilaçlardır. Bunlar tam anlamıyla bir ilaç kapsamına alınamadıkları için Bakanlık onayından geçmeleri de söz konusu olamaz. Dolayısıyla bunun yanı sıra insan sağlığına zararları da göz önüne alınarak bu ilaçların satışı ve kullanımı yasaklanmıştır (Büyükbingöl, 2009: 282).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2012 senesinde yayınladığı rapora göre dünyada üretilen %7'si sahtedir ve sahte ilaç sektörü yılda 30 milyar dolardan fazla bir taleple sektör oluşturmaktadır. Özellikle Afrika gibi gelişmemiş ülkelerde ülke ekonomisi yeterli miktarda ilaç teminini sağlayamadığı için ülkeye dışarıdan birçok sahte ilaç sokulmakta, bu sahte ilaçlar karaborsadan satılarak tıbbi madde ve malzeme kapsamında yasa dışı şekilde kullanılmaktadır (Göçener, 2012).

Taklit ilaç ise orijinal ilacın patent yani koruma süresi dolmadan piyasaya sürülen, orijinal ilaçlarla aynı etkiye sahip ilaçlardır. Bu ilaçlar orijinal ilaçlar ile aynı biyo-eşdeğerliliğe sahip, ancak hukuki olarak piyasaya sürülmesi ve kullanılması yasak ilaçlar kategorisindedir (Ünver, 2009: 387).

2.1.4. İlacın Kullanılması

Bir ilacın kullanım şekli tedavi sürecini doğrudan etkilediği için oldukça önemlidir. İlaç kullanımında temelde iki yol vardır: *İlacın doğru kullanılması* ve *ilacın amaç dışı kullanılması*.

2.1.4.1. İlacın Doğru Kullanılması

İlaç kullanım amacı dışında alınması, dozunun fazla olması ve daha birçok yanlış kullanım biçimiyle birlikte doğru kullanılmadığında olumsuz sonuçlar ortaya çıkaran bir tıbbi maddedir. İlacın doğru kullanılması, literatürde sıkça *akılcı ilaç kullanımı* şeklinde de geçmekte olup, bir

ilacın kullanımının olması gerektiği, hekimin tavsiye ettiği şekilde yapılmasını ifade etmektedir. Akılcı ilaç kullanımı; hastaya doğru tanının konulması, sorunun dikkatlice tanımlanması, güvenilir tedavi yönteminin seçilmesi, hastaya doğru ilaçların verilmesi ve bu sürecin sonuçlarıyla izlenmesidir. Bu kullanım biçimi ise hastaların klinik bulguları göz önüne alınarak hekim tarafından tavsiye edilen sürede ve dozda kullanılmasını içerir (Pınar, 2012: 60).

Dünya Sağlık Örgütü akılcı ilaç kullanımını ilaçların klinik ihtiyaçlara uygun şekilde alınması, yeterli süre ve dozda, hastaya ve topluma en uygun maliyetle alınması olarak tanımlamıştır. Hekim akılcı ilaç kullanımını sağlamak amaçlı tedavi sürecini doğru şekilde ele almalı ve yönetmelidir. Hekimin tedaviyi yönetme süreci doğru teşhisin konulması, etkili tedavilerin tanımlanması, uygun ilaçların seçilmesi, çoklu ilaç kullanım etkileşimlerinin gözlemlenmesi, tedavinin maliyetinin değerlendirilmesi, uygun reçetenin yazılması, hastanın tedavi hakkının değerlendirilmesi ve ardından tedavi başarısının değerlendirilmesi aşamalarından oluşmaktadır. Hekim bu süreçleri doğru şekilde yöneterek akılcı ilaç kullanım sürecine dâhil olur. Dolayısıyla bu sürecin en etkin öznesi hekimdir.

İlacın doğru kullanılmadığı, yani akılcı olmayan şekilde ilaç kullanımı durumunun eğitim eksikliği, bilinçsizlik, hastalığa ilişkin korku ve yanlış kanılar, sosyo-kültürel durumlar ve daha birçok hususla ilişkilendirilebilecek nedeni vardır. Akılcı olmayan ilaç kullanımı bu nedenlerle birleştiğinde birçok sorunu beraberinde getirmektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımına bağlı sorunlar; morbidite ve mortalite oranlarında artış, hastanın tedaviye olumlu yanıt verme seviyesindeki düşüş, tedavinin maliyetinin artması, hastanın tedaviye uyumunun azalması, non-steril enjeksiyonlarla hepatit, AIDS/HIV ve diğer kan kaynaklı hastalıkların bulaşması riskinin artması şeklinde sıralanabilir (Çelik vd. 2013: 151).

2.1.4.2. İlacın Amaç Dışı Kullanılması

Tedavi sürecinde hekim tarafından verilen her ilacın bir amacı bulunmaktadır. Bu durum tıp literatüründe endikasyona uygun şekilde ilaç kullanımını ifade etmektedir. Endikasyon dışı ilaç kullanımı ise amaç dışı kullanıma girmekte olup, bu şekilde ilaç kullanımında ilacın yan etkilerini görmek mümkündür.

Tıp hukukunun ve ilaç hukukunun temel kaidesi bilimsel verilere dayalı şekilde hareket etmektir. İlacın amaç dışı kullanımı her iki hukuk alanına da aykırı olup, ilacın ruhsatında belirtilen

uygulama alanı, dozajı, yaş grubu, uygulama şekli ve süresi dışında kullanımını ifade etmektedir. Amaç dışı ilaç kullanımının birçok nedenleri bulunmaktadır. Bu nedenlerin başında yeni ilaç araştırmalarının zaman alması, yeni ruhsat çalışmalarının maliyeti, endikasyon dışı kullanımda görülebilecek yan etkilerin hesaplanması gibi birçok zorunluluk bu kullanım biçimini artırmıştır (Stoffelmayr, 1996: 277).

2.1.5. İlaç Uygulamasında İlkeler

İlaç uygulamasının *etkililik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet* olmak üzere dört temel ilkesi bulunmaktadır. Bu ilkeler ışığında bir ilacın kullanılması sürecinde kişisel tedavi ve kişisel ilaçların belirlenmesi, ardından bu dört ilke çerçevesinde değerlendirilmesi ilaç kullanımının akılcılığını ölçmesi adına önemlidir. *Etkililik*, bir değer ölçütü olup ilaç kullanımının hastanın mevcut tedavisinde etkili olup olmadığının belirlenmesidir. *Güvenilirlik* ilaç kullanımının yan etki ve risklerinin göz önüne alınması, bu doğrultuda ilacın tedavi sürecinde güvenli olup olmadığının ölçümlemesini içerir. *Uygunluk*, ilacın tedavi sürecine uygun olup olmaması durumu iken, *maliyet* ise ilacın tedavi sürecindeki ulaşılabilirliği, toplam tedavi maliyeti içerisindeki yeri, ülke olanakları vb. açılardan maliyetli olup olmaması durumudur. Bu dört temel ölçüt çerçevesinde ilaç uygulamasının mevcut durumu doğru şekilde değerlendirilebilir (Akıcı, 2006: 20).

2.1.5.1. İlaç Uygulamasında Genel İlkeler

Tedavi sürecinin en önemli aşamalarından biri hiç şüphesizdir ki ilaç kullanım aşamasıdır. Hastanın tanı aşamasından itibaren mevcut hastalığı gözlemleyen hekimin bu süreçte hastaya doğru ilaç yazmasıyla birlikte ilaç kullanım aşamasına geçilir. İlaç kullanım aşaması hasta, hekim ve diğer sağlık çalışanlarını da içeren bir sağlık aşamasıdır. İlaç kullanımında akılcı olmayan yöntemlere başvurulmaması, tedavinin amacına ulaşması ve toplumun diğer bireyleri için sürecin örnek şekilde, zarar almadan tedaviyi amacına ulaştıracak şekilde yürütülmesi adına uyulması gereken bazı ilkeler vardır. İlaç uygulamasının genel ilkeleri *reçete isteme/alma, ilaçları muhafaza etme, ilacı uygulama, kayıt, izlem ve atık yönetimi* aşamalarından meydana gelmektedir (Yerer, 2009: 3).

Reçete isteme / alma aşaması tedavi sürecinde hastanın reçete alması ve ilaçları temin etmesi adına en önemli aşama olup, bu aşamada hastanelerde çeşitli formlarla sağlandığı gibi, aynı zamanda elektronik yazışmalarla da yapılabilmektedir. 2013 senesi itibariyle Türkiye’de e-reçete

sistemine geçilmesi ilaç istemi sürecini daha da kolaylaştırmış, kağıt reçete yerine gelen bu elektronik reçetelerle süreç daha kolay yönetilebilir hale gelmiştir (Akıcı ve Altun, 2013: 126).

İlaçları muhafaza etme aşaması ilaç temin edildikten sonra ilacın kullanımı sırasında doğru şekilde muhafaza edilmesini, güvenli ve temiz bir ortamda saklanmasını, ilaç hazırlanması aşamasında ise sterilizasyona dikkat edilmesi gibi detayları içermektedir. İlacın doğru kullanımı kadar uygulama aşamasına değin doğru şekilde saklanması da oldukça önemli olup hasta güvenliği adına önem teşkil etmektedir (Din, 2011: 89).

İlacı uygulama aşaması tedavi sürecinin başarısını etkileyen aşamalardan olup bu aşamada ilacı doğru şekilde kullanma adına karışıklığa yol açabilecek her türlü faktör göz önüne alınmalıdır. Bu aşamada ilacı hazırlayan hemşire ise sessiz ve steril bir ortamda ilacı hazırlamalı, hastaya uygulamadan evvel gerekli kontrolleri yapmalı, ilacın son kullanma tarihine dikkat etmeli, ilaçların isim benzerliği sebebiyle karıştırılmaması gibi hususlara dikkat etmelidir (Çelik vd. 2013: 151).

Kayıt ve izlem aşaması ilaç uygulamalarında akılcı ilaç kullanımı adına önem arz eden, tedavinin her aşamasının kayıt altına alınmasıyla birlikte ilaç kullanımının da kayıt altına alınmasını içeren, beraberinde sürecin izlenmesiyle birlikte uygulanan tedavinin başarısını da ölçen ve değerlendiren bir aşamadır (Pınar, 2012: 61).

Atık yönetimi ise ilaç kullanımındaki son aşama olup tıbbi madde ve malzemelerin doğaya zarar vermemesi adına doğru şekilde atık yönetimi yapılmasını gerektirir. Sağlık kuruluşlarında kalite standartlarının bir gereği olarak atık yönetimi bulunmaktadır. Hastaya uygulanan her tıbbi madde ve malzemenin doğru şekilde muhafaza edilerek atığa iletilmesi hem çevre, hem de insan sağlığı açısından önem arz etmektedir (MacCannel vd. 2010: 3-4).

Doktrinde akılcı ilaç kullanımının rasyonel farmakoterapiyi sağladığı, bir ilaç kullanımında hekim tavsiyeleri ışığında sürecin doğru şekilde yönetilmesiyle başarıya ulaşacağı belirtilmiş ve akılcı farmakoterapi adımları Tablo 2’de gösterilmiştir (İskit, 2006: 4).

Tablo 2.1.: Akılcı Farmakoterapi Adımları

1.Basamak	Tedavi Basamağı	Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar
	Hastanın sorununu tanımla	Belirtiler değil, hastalık tedavi edilmelidir. Belirtiler bir ilacın yan etkisine ya da anksiyeteye bağlı olabilir.
2.Basamak	Tedavi hedeflerini belirle	Tedavi ile neyi amaçlıyorsunuz?
3.Basamak	Tedavinin hasta için uygun olup olmadığını sorgula	İlaç dışı tedavi seçenekleri gözden geçirilmelidir.
4.Basamak	Tedaviye başla	Tedavinin etkinlik ve güvenliğini değerlendir
5.Basamak	Gerekli bilgi, uyarı ve talimatları ver	Hastanın tedaviye uyumunun artması adına önemlidir.
6.Basamak	Tedaviyi izle	Tedavi gerektiğinde gecikmeden sonlandırılmalıdır.

KAYNAK: İskit, 2006: 4

Doktrinde akılcı ilaç kullanımı tedavinin birinci basamağından başlayan ve altıncı basamağına değin süren aşamalı bir süreci içermektedir. Hekimin hastalığı doğru şekilde tespit etmesi ve tedavi hedeflerini belirlemesinin ardından tedavide kullanılacak ilacın da doğru şekilde uygulanması ilaç kullanmanın tedavi içerisindeki amacıyla örtüşmesini sağlamaktadır (İskit, 2006:4)

2.1.5.2. İlaç Uygulamasının İlkeleri

Sağaltıcı özelliği bulunan ve hastayı iyileştirmek amaçlı kullanılan ilaçların uygulanma aşamasında belirli ilkeler bulunmaktadır. Bu ilkeler ilacın doğru şekilde kullanılmasını, ilaç kullanımının amacına ulaşması adına yapılması gereken hususları, çözüm yollarını, önlem ve çareleri içeren, ilaç uygulama aşamasını sistematik hale getiren ilkelerdir. İlaç uygulamasının sekiz doğru ilkesi; *doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru ilaç şekli, doğru etki* ve *doğru kayıt* şeklinde sıralanabilir (Doğan,2009: 411).

2.1.5.2.1. Doğru Hasta

İlaç kullanımında fayda güden, tedavi sürecinin etkin öznesi hastadır. *Hasta*, ilacın faydalarından doğrudan yararlanacak kişi olup, doğru tanı ve tedaviyle birlikte ilaç uygulamasına

geçilen kişi olacaktır. Hastanın ilaç kullanımından verim elde edebilmesi adına en önemli kriter doğru hasta olmasıdır. Bir diğer deyişle ilgili ilacın yazıldığı ve tedaviye katkılarının hesaplandığı kişinin ilgili hasta olması ilaçtan doğru verimin alınmasını sağlayacaktır (Aydın ve Gelal, 2012: 58).

2.1.5.2.2. Doğru İlaç

Tedavi sürecinde yazılan ilaçların kullanılmasında doğru hastadan sonra ilaçların doğru ilaçlar olması ikinci önemli kriteri oluşturur. *Doğru ilaç*, bir insanlık hakkı olarak iyileşme ve hastalıklardan korunma hakkını besleyen, hastada tanısı yapılan ve tedavisi geliştirilen durumun yürütülmesinde en etkin husustur. Hasta çok değil, doğru ilaçla tedaviyi başarılı şekilde yürütecektir (Pınar, 2012: 61).

2.1.5.2.3. Doğru Doz

Tedavide etkisini gösterecek ilaç miktarına *doz* denilmektedir. Hastalıklardan korunmak için hekimin yazmış olduğu ilacın doğru dozda, tek başına veya karışım haliyle günde bir defa veya tehlikesiz olarak günün belli saatlerinde alınması, hastanın doğru şekilde tedavi sürecini yürütmesini sağlayacaktır. Hasta kimi zaman var olan durumunun daha hızlı şekilde ilerlemesi, sağlığına bir an evvel kavuşmak için hekim tarafından verilen doz miktarını aşabilir. Maksimum dozun aşılması halinde ilaç kişiye zarar verebilmektedir. Bu nedenle doz kullanımı hastanın inisiyatifine bırakılmadan, hekim tarafından reçetede belirtilmektedir (Aydın ve Gelal, 2012: 58).

2.1.5.2.4. Doğru Yol

Her ilacın hasta tarafından alınma şekilleri bulunmaktadır. İlacın hap olarak tüketilmesi, karışım olarak yapılması veya başka durumlar ilacın alım yoluna tesir eder ve ilacın tedavi içerisindeki amacına uyulmasını engeller. Örneğin; intramüsküler verilmesi gereken benzatin penisilinin intravenöz verilmesi durumu yanlış yolla ilaç verilmesine örnektir. Bu aşamada hekimin doğru şekilde ilaç yazmasından ilacı hazırlayan hemşire veya hasta/hasta yakınlarının doğru şekilde hazırlayarak ilgili hastaya verme şekli tedavi sürecini etkilediği için önemli olmaktadır (Doğan,2009: 411).

2.1.5.2.5. Doğru Zaman

Her ilacın kullanımında bir zaman planlaması vardır. Hekim reçete düzenlerken ilacın kullanımında zaman planlamasını da belirtir. Bu plana uyularak ilacın alınması, ilaçtan istenen verimin alınmasını da doğrudan etkilemektedir. İlacın yemekten önce veya sonra alınması, aç veya tok karnına alınması hususları doğru zamanlamayı etkilemektedir (Aydın ve Gelal, 2012: 58).

2.1.5.2.6. Doğru İlaç Şekli

Tedavi sürecinde ilacın hastaya verilme şekli tedavinin aşamalarını etkilemekte olup; doğru ilaç şekli ilacın veriliş hızı, verilme durumu, verilme talimatlarına uyulmasını içerir. Hasta doğru ilacı kullanıyor olsa da ilacı alım hızı (örn; intravenöz metoprololün yavaş infüzyonla verilmesi gerekirken bolus verilmesi) ilacın verimliliğini etkiler. Bu nedenle ilaç verilirken şeklen de doğru şekilde uygulanması şarttır.

2.1.5.2.7. Doğru Kayıt

Hastaya uygulanan tedavinin kayıt altına alınması hem hekimin hem de diğer sağlık personellerinin yükümlülükleri altında olup, kayıt hastalığın tedavi sürecini etkileyen bir husustur. Hastaya konulan tanı, bu tanı kapsamında yapılan müdahaleler, hastanın kullandığı ilaçlar kayıt altına alındığında olası bir yan etki durumunda ilk müdahalenin doğru yapılması, hastanın tedavi sürecinin başarıya ulaşip ulaşmadığının denetlenmesi, herhangi bir yeni tedavi aşamasında hastanın geçmiş tedavisinde uygulanan ilaçların yararlı olup olmadığının takip edilmesi doğru kayıtla mümkündür. Doğru kayıt sağlık hizmetlerinde zaman kaybının önüne geçen ve tedavi sürecinin doğru yönetilmesini sağlayan önemli bir aşamadır.

2.1.5.2.8. Doğru Etki

Tedavi sürecinin temel amacı hastayı sağlığına kavuşturmak olduğu için kullanılan ilaçların ne ölçüde hastaya etki edip etmediğinin araştırılması ve gözlemlenmesi, etkinin ölçülmesi oldukça önemlidir. Doğru etki, ilaçtan beklenen maksimum fayda ile eşdeğerdir. Aynı zamanda doğru etki; doğru ilacın yazılması, doğru hastaya doğru şekilde uygulanmasının da doğal bir sonucudur (Doğan, 2009: 411).

2.1.6. İlaç Uygulama Hataları

İlaç uygulama hataları hasta güvenliğini etkileyen en önemli hatalardan biri olup, sağlık çalışanları, hastalar ve hekimlerin kontrolündeki ilaç kullanımının doğru şekilde yapılmaması ve ilacın kişiye zarar vermesini ifade etmektedir. İlaç kullanım hataları; fazla doz ilaç kullanımı, uygun olmayan doz/miktar, reçete hatası, resmi olmayan ilaç kullanımı, yanlış uygulama, teknik, yanlış dozaj formu, yanlış ilaç hazırlama, yanlış hasta, yol ve zamanı içermektedir. Doktrinde ilaç kullanımıyla ilgili sık karşılaşılan hataları şu şekilde sıralanmıştır (Toklu vd. 2010: 140-141) :

- İlaç dozunun gereğinden çok ya da az olması,
- İlacın yanlış zamanda alınması,
- Yanlış ilaç kullanılması,
- İlacın yanlış amaçla kullanılması,
- Tedavinin yarım bırakılması,
- İlacın uygulama yolunda hata yapılması,
- Başkalarına ait ilaçların kullanılması,
- Kullanım süresi dolmuş/bozulmuş ilacı kullanması,
- Önceden yarım bırakılan bir ilacın yeni bir tedavi sürecinde kullanılması,
- İlacın tedavi süresi bittikten sonra da kullanılmaya devam edilmesi,
- Birden çok ilaç kullanılması durumunda ilgili sırada alınmaması,
- Aç/tok karnına alınması durumlarına uyulmaması,
- İlaç-gıda etkileşimine dikkat edilmemesi,

İlaç uygulama hatasının birçok nedeni bulunmaktadır. Bu nedenler genel olarak prosedürleri takip etmeme, bilgi eksikliği, iletişimin karışık ve eksik olması, hatalı ve eksik kayıt, ilaç dağıtım sisteminde hata olması, saklama sistemindeki yetersizlikler, okunamayan ve belirsiz el yazısı şeklinde sıralanabilir. Çalışmamızın bu bölümünde ilaç uygulamasından kaynaklı hatalar

temelde; *hekim kaynaklı hatalar, hasta kaynaklı hatalar, hemşire kaynaklı hatalar* olmak üzere üç kategoride değerlendirilmiştir.

2.1.6.1. Hekim Kaynaklı Hatalar

Hekim hastanın durumunu değerlendiren ve en doğru tedavi yolunu bilen kişidir. Hekim, hastanın taleplerini incelerken akıllı ilaç kullanımından ödün vermeden dinlemeli, hastalığın seyri ve tedaviye bağlı şekilde ilaç yazmalı, ilaç yazarken *etkinlik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet* durumunu gözetmelidir. Hekim hastaya ilacı yazarken hastaya uyumunu gözetmeli, hastaya katkı sağlamak adına hastanın problemini kendisinin anlayacağı şekilde ona aktarmalı, hastanın tedavi edilme gerekçelerini dinlemeli, doğru tedavi için hastanın mevcut durumunu daima izlemeli, hastaya tedavi sürecinde açık bilgiler vermeli, tedavi sonuçlarını doğru şekilde değerlendirmelidir (Akkanat, 2009: 77).

Doktrinde akılcı ilaç kullanımında hekim ile ilgili faktörleri; reçete hataları (kompleks ilaç rejimleri, polifarmasi, intervali sık protokol, gereksiz parenteral uygulama, advers ilaç reaksiyonu), iletişim hataları, hastaya yansıtılan mali yükün yeterince hesaplanamaması, hekimler arası iletişim yetersizliği, hasta merkezli yaklaşımdaki yetersizlik şeklinde sıralamıştır (Onaran ve Dülger, 2012: 104).

2.1.6.2. Hasta Kaynaklı Hatalar

İlaç kullanımında etkin özne *hastadır*. İlaç kullanan kişinin tedavi sürecindeki bilinçliliği ve hekim tavsiyelerine uyması ilaçtan istenen verimin alınmasını sağlarken, tedavinin de başarıya ulaşmasında etkili olur. Hastanın tedavi sürecinde reçetede yazılan ilaçlar hakkında hekim tavsiyelerine uymasına *uyunç* denir. Hasta tedavi sürecine ne denli uyunç gösterirse, istenen verimin alınma ihtimali de o denli kuvvetli olur. Doktrinde hasta uyunçunu etkileyen birçok faktör olduğundan bahsedilmiştir. Bu faktörler şu şekilde sıralanabilir: (Toklu vd. 2010: 141)

- Hastanın bilgi düzeyi,
- Hastadaki genel uyunç düzeyi,
- Tedavinin günlük hayattaki işleyişi,
- Hastanın tedaviye bakış açısı,

- Hastanın zihinsel durumu,
- Hastanın kullandığı diğer ilaçlar,

Yukarıda sıralanan faktörler ışığında bir hastanın tedavi süresine uyunc gösterme düzeyi değişmektedir. Hasta uyunc düzeyinin artırılması ise ekonomik, klinik ve sosyal durumlara bağlıdır. Hastanın ekonomik olarak tedavinin maliyetini tam anlamıyla üstlenebilmesi, klinik olarak hastalığı ve semptomlarını tanıyıp kontrol altına alabilmesi, sosyal anlamda hekim ve diğer sağlık personellerinden yeterli desteği alabilmesi sürecin başarılı geçmesinde oldukça önemlidir (Toklu vd.2010: 141).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı doğrudan eğitimsizlikle ilişkilendirilebileceği gibi, eğitilmiş bireylerin de bu duruma düştüğü ve bilinçsiz davranarak akılcı olmayan şekilde ilaç kullanımında bulundukları bilinmektedir. Doktrinde yapılan bir çalışmada hazırladıkları makalede Nisan – Mayıs 2018 tarihinde Erzincan il merkezinde okuyan Erzincan Üniversitesi öğrencilerinin ilaç kullanma durumlarını içeren bir anket hazırlamış ve çalışma yapmışlardır. Çalışmaya katılan öğrencilerin %59,8'i 20-22 yaşlarında olup, %70,3'ünün baş ağrısı olduğunda reçetesiz ilaç aldıkları, %64,1'inin reçetesiz ilaç kullanma nedenlerinin alışkanlık olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda öğrencilerin yarıdan fazlasının reçetesiz ilaç kullandıkları tespit edilmiştir (Karakurt vd. 2010).

Hasta kaynaklı ilaç uygulama hatalarının olduğu en yüksek grup hiç şüphesiz ki yaşlı hastalardır. Yaşlı bireylerde kronik rahatsızlıkların fazla olması durumu bu kişilerin ilaç alırken bilinçsiz davranmasının önünü açtığı gibi, ağrılarla baş edememe, bir yardım almama gibi durumlar da hatalı ilaç kullanımı sebepleri arasında yer almaktadır. Bununla birlikte yaşlı bireylerde hatalı ilaç kullanımının etkileri de çok fazladır. Bu etkiler arasında ilaçların yan etkilerinin görülme sıklığında artma, yaşam kalitesinin azalması, ilaç kullanma sebebi olan rahatsızlığın devam etmesi gibi örnekler sayılabilmektedir (Özdemir ve Akgün, 2006: 27). Yaşlı bireylerde sıklıkla intoksikasyona yol açan ilaçlar; warfarin sodyum, digoksin, teofilin, antidiyabetikler ve insülinidir. Yaşlı bir bireyin bu veya intoksikasyona yol açan diğer ilaçları kullanmaması, akılcı ilaç kullanımında bulunması çok daha önemlidir. Bu noktada yaşlı bireylerin akılcı ilaç kullanımında izleyeceği yollar şu şekilde sıralanabilir: (Gökçe, 2006:10)

- İlaç kullanımının gerekliliği bir uzman hekim tarafından değerlendirilerek karar verilmeli.

- Yaşlı bireyin kullandığı zararlı maddeler ve ilaçlar tespit edilmeli.
- Reçeteye yazılan ilaçların farmakolojik özellikleri bilinmeli.
- Tedavi süreci daima takip edilmeli.
- Hastanın gereksinimi olmayan ilaçlar tedavi sürecinden çıkarılmalı.

İlaç kullanımında özne hasta olmakla birlikte özellikle yaşlı ve çocuklarda ilaç kullanımındaki dikkat ve irade zayıflığı göz önüne alınmalı ve akılcı ilaç kullanımı gözetim ışığında gerçekleştirilmelidir.

2.1.6.3. Hemşire Kaynaklı Hatalar

Doktrinde akılcı olmayan ilaç kullanımı ve ilaç kullanım hatalarını göz önüne alırken, hemşirelerden kaynaklı hataları şu şekilde sıralanmıştır: (Ulupınar ve Akıcı, 2015: 86)

- Hemşire sayısının yetersizliğinden kaynaklı aşırı iş yükü.
- Hemşirelerin yetersiz uyku, bedenlen kendilerini sağlıklı hissetmemeleri, dikkat dağınıklığı sebebiyle ilacı doğru şekilde uygulayamamaları.
- Ortamdan kaynaklı problemlerin olması (aşırı ısı, ışık, toz vb.).
- İşten kaynaklı problemlerin olması (iş stresi, iş yükü, tükenmişlik sendromu, doyumsuzluk vb.).
- Deneyimsizlik ve yeterli bilgiye sahip olmama durumu.
- Hekimin ilaç isteminin doğru anlaşılması (yazılı olmaması vb.).
- İletişim kaynaklı problemler (hekim-hasta-hemşire iletişimi).
- İlaç stok ve temini açısından ilacın zamanında ve yeterli düzeyde uygulanamaması.
- İlaç uygulamalarında yer alan kurumsal prosedürlerin eksikliği,

İlaç hatalarından kaçınılması adına hemşirelerin alması gereken birçok önlem bulunmaktadır. Bu önlemler; ilaç uygulamalarında yazılı prosedürlerin harfiyen dikkate alınması, yapılan hataların kaydedilmesi ve bir daha yapılmaması adına önlem alınması, hekim tarafından yazılmayan ilaçların hazırlanmaması, hemşirelerin sürekli eğitimlere katılması, dikkatli olmaları, ilaç dozu hesaplama becerilerinin geliştirilmesi, tek tip doz ünitelerinin yazılması, ilaç uygulama direktiflerini hastaya doğru şekilde göstermeleri, gerekirse yazılı dille aktarmaları ve notlar

hazırlamaları, hekimler ve diğer sağlık çalışanlarıyla sağlıklı iletişim kurmaları, hastanın alerjilerini göz önüne alarak ilaç kullanım sürecini yönetmeleri şeklindedir (Aygin ve Cengiz, 2011: 112-113).

Hemşirelerden kaynaklı ilaç kullanım hatalarının başta hastaya, ardından hemşireye/sağlık çalışanlarına ve tüm topluma verdiği zararlar oldukça büyüktür. Tedavi sürecinin doğrudan muhatabı olan hastanın doğru şekilde ilaç alımının sağlanmaması halinde tedavi süreci olumsuz şekilde geçer, bu durum da başta hastanın zarar görmesine, ardından sağlık çalışanlarına duyulan güvenin sona ermesine sebebiyet verir. Hemşirelere ve diğer sağlık çalışanlarına zarar verebilecek bu süreç doğrudan toplumda sağlık hizmetlerine duyulan güvenin de sarsılmasına neden olacaktır (Kermode, 2004: 97).

Hemşirelerin yeterli eğitim alamamalarından kaynaklı doğacak hataların etkisi hiç şüphesiz ki yaşlı hastaları etkileyecektir. Yaşlı bireylerde hafıza problemi, dikkatsizlik, kendi kendine yetersizlik durumları yaşanabileceği için hemşireler yaşlıların ilaç alım sürecinde önemli sorumluluklara sahiptirler. Bu süreçte hemşirelerin hem yaşlı bireyi hem ailesini bilinçlendirmesi, ilaç kullanımına ilişkin tüm detayları aktarması, yaşlı bireyin görme problemi olması durumunda ilaçların üzerine günlük dozunu belirtmesi, karıştırma halinde ilacı bölmeli kutulara yerleştirecek özeni göstermesi önemlidir (Bıyık vd. 2002: 70).

2.1.6.4. İlaç Hatalarının Önlenmesinde İlaç Üreticisi İle Eczacının Etkileri

Tanı koyarak tedavi sürecini yürüten kişi hekim olmasına rağmen, sağlık hizmetlerinde birçok sağlık personeli de sürece katkı sağlamaktadır. Tedaviye başlamadan evvel hastanın son muhatap olduğu kişi eczacıdır. Bu nedenle ilaç hatalarının önlenmesi eczacıyı da ilgilendiren bir süreçtir. İlacın hastaya anlatılması ve gerekli bilginin sunulması eczacıyı ilgilendirmektedir. Hastanın ilaç kullanımına uyunc göstermesi için eczacı ile diyalogu önemlidir. Eczacı hastaya bilgi verdikten sonra hastanın sorabileceği soruları eksiksiz şekilde yanıtlamalı, hastaya reçetesiz ilaç vermemeli, hastanın vitamin vb. ürünler kullanımı hakkında sorular sorarak ilaç kullanımını yönlendirmelidir. Eczacı hasta uyumunu artırmak için şunları yapabilir: (Toklu vd. 2010: 143)

- Hastaya aldığı ilaçların doğru kullanımı hakkında bilgi vermeli, hastanın sorduğu tüm soruları sabırla dinlemeli ve yanıtlamalıdır.

- Hastanın ilaçları doğru kullanması için doğru yönlendirmelerde bulunmalı, ilaç kutularını gerekiyorsa işaretlemeli ve etiketlemelidir.
- Hastanın yaşam şekli, yemek düzeni, alerjileri vb. hususları hastaya sormalı, bunlar doğrultusunda ilaç kullanımı hakkında doğru bilgileri aktarmalıdır. Gerekiyorsa hastayı yaşam kalitesi adına alışkanlıkları konusunda uyarmalı ve olası durumlar adına tavsiye vermelidir.
- Hastaya reçetesiz ilaç kullanıyorsa bu ilaçların mevcut ilaçlarla etkileşimleri konusunda uyarıda bulunmalıdır.
- Hastanın eğitim seviyesi düşük biri olması halinde mevcut duruma uygun şekilde hastaya pratik bir fayda sağlamalı, ilaç kutularının üzerine gerekiyorsa anlaşılır şekilde notlar düşmelidir.
- İlacın alışılmışın dışında değişik bir farmasötik formda olması halinde eczacı ilacı kutusundan çıkarmalı ve uygulama şeklini pratikte göstermelidir.

İlaç hatalarında üretici firmaların da payı bulunmaktadır. Üretim aşamasında İyi İmalat Uygulamaları (İMU) (GMP: Good Manufacturing Practice) kılavuzuna uyulmadan yapılan üretimlerde kalitesiz ilaçların ortaya çıkması, bu ilaçların tedavi sürecine doğru katkı yapmasının önüne geçmektedir. İlaç üretilirken gerekli ruhsat ve izinlerin alınması, güvenilirlik ve yeterlilik sınırları içerisinde ilacın üretilmesi, devletin üretilen ilaçları denetlemesi birbirini besleyen aşamalardır. Tüm bu aşamalardan sorumlu ilaç üretici firmalar da ilacın doğru kullanımında sorumlu kimseler arasındadır (Kayaalp, 2012: 20).

2.2. Reçete

Reçete; hekimin imzasını taşıyan ve hekime hukuki anlamda sorumluluk yükleyen resmi bir belgedir. Reçetenin yazılma amacı tedavi sürecinin ilaçla olan aşamasına başlamak, hastayı muayene eden hekimin hastalığa ilişkin tanı ve tespitiyle birlikte iyileştirme aşamasının bir ürünü olarak ilaçla tedaviye geçmesini sağlamaktır. Her ne kadar hekimlik mesleğinin profesyonelliğinden kaynaklı olarak reçete yazımının kolay ve basit bir işlem olduğu düşünülse de elde edilen veriler bunun tam tersini söylemektedir. Dünya üzerinde ilaç kullanım oranlarının yaklaşık %50'si hatalıdır. Bu oran dünyada ilaçlara erişebilme şansı olan dünya nüfusunun 2/3'ünün tedaviye yönelik doğru ilaç kullanmadıklarını, ilacı israf ettiklerini açıkça

göstermektedir. Bu oranın yanı sıra akılcı olmayan ilaç kullanımına yönelik yapılan araştırmalar da hataların en az %50 oranındaki payını hatalı ilaç yazımında bulmaktadır. Bir başka deyişle hatalı ilaç kullanımında hekim ve eczacının da payı bulunmaktadır. Hekimin en bu süreçte en büyük hatası hastaya yanlış reçete yazması veya reçete yazımında hatalar yapmasından ötürü hastaların zarara uğramasıdır (Zwar etc.1999: 495).

WHO 1985 senesinde yapmış olduğu tanımda akılcı ilaç kullanımını hastaların klinik gereksinimlerine en uygun şekilde ilaç almaları, tedaviye yönelik bireysel ihtiyaçlarını karşılayacak dozlarda ve yeterli maliyetlerde ilaç ihtiyaçlarını karşılamaları olarak tanımlamış, akılcı ilaç kullanımının bireysel ve toplumsal etkilerine işaret etmiştir. Akılcı ilaç kullanımına giden yol, öncelikle akılcı reçete yazımından geçmektedir. Sağlık otoritelerinden hekimlere, ilaç sağlayıcılarından eczacılara kadar sağlık sisteminde birçok kişiyi içine alan reçete temini, hastanın ilaçlara ulaşmasından evvel tıp alanında eğitim almış kişilerin doğru şekilde ilacı temin edebilmelerini içermektedir. Bu temin sürecindeki temel belge ise *reçetedir*. Hekim hastanın tedavi sürecinden verim almasını istiyorsa, doğru ve hukuka uygun, tedavinin gerektirdiği şekilde reçete düzenlemelidir. Hekim reçetenin resmi bir belge olduğunu unutmamalı, aynı zamanda kendisinin de hekimlik sürecinde sorumluluğunu göz önüne alarak reçeteyi hazırlamalıdır (Wertheimer & Chaney, 2002: 743).

Akılcı tedavi süreci temelde *öneri/bilgilendirme, ilaçsız tedavi, ilaç tedavisi ve sevk* tiplerine ayrılmaktadır. Tedavi sürecinde ilaç tedavisi uygulandığı aşamada reçete kullanılmaktadır. Reçete *hekimin ilaç yazmak adına kullandığı tıbbi ve hukuki değeri olan kağıttır*. Günümüzde her ne kadar birçok ülkede e-reçete sistemine geçilse de kapsam itibariyle reçeteye yönelik yapılabilecek tanımlama bu ve benzeri şekilde olacaktır. Reçete hekimin profesyonelliğini, seçkinliğini, uyguladığı seçkin tıp sanatının ve ilminin yansımasını içeren bir belgedir. Reçete yazarak kamu görevi icra eden ve kamu sağlığına katkıda bulunan hekim için reçete yazmak ciddi bir iş olmalı, işin sorumluluklarını ve yükümlülüklerini bilerek hareket etmelidir (Zwar etc.1999: 495).

2.2.1. Reçetenin Tanımı

Reçete, İngilizce prescription şeklindedir ve kelimenin kökü de Latince *prae, before* ve *scribo* kelimelerinden dilimize girmiş olup, *belli ilaçların temin edilmesi adına eczacılara yönelik*

yazılan talimatname anlamlarına gelmektedir. Türk Dil Kurumu (2020) ise kelimenin söyleniş biçimi itibariyle İtalyancaya yakınlığına vurgu yaparak kökünü İtalyanca *ricetta* kelimesine dayandırmış, reçeteyi de *doktorun hastası için gerekli gördüğü ilaçları yazdığı tıbbi değeri olan kağıt* olarak tanımlamıştır (TDK, 2020: 988). Tıp terimi olan geçen reçete kavramı, hekimin imzasının olduğu, hastanın sağlık hakkı kapsamında yer alan, sosyal güvenlik kurumlarının güvencesini taşıyan resmi bir belgedir. Bu nedenle reçete kamusal alandaki değerini tıp ve hukuk ilminden kaynaklı da taşımaktadır (Winfield & Richards, 2003: 2).

WHO reçeteyi “*Hekimin imzasını taşıyan, eczacıya yönelik olarak kaleme alınan belge – talimat formu*” olarak tanımlamıştır. Bu tanımda reçetenin muhatapları doğrudan hekim ve eczacı olarak yer almaktadır. Hasta reçetede yer alan bilgilerden faydalanan kişi olmakla birlikte, doğrudan reçetenin muhatabı değildir. Bu nedenle reçetenin profesyonel muhataplarının tıbbi eğitim alan kişiler olması da reçeteyi ayrıca *resmi bir belge* haline getirmektedir (Wertheimer & Chaney, 2002: 743).

Reçete hekim, diş hekimi veya veteriner tarafından tedavi amacıyla yazılan, farmösetik tekniğe uygun olarak düzenlenen ilaç taşıyan belgedir. Sağlık sisteminin temel amacına uygun olarak hastalıkların tedavisinde eğer ki ilaç kullanımı gerekliyse, reçete düzenlenmesi de elzemdir. Reçete düzenleme görevi doğrudan alanından uzman hekime verilen bir görev olup hekim reçete düzenlerken aldığı tıp eğitimi ve meslek etiğine uygun şekilde reçetenin de resmi bir evrak olduğu bilinciyle hareket etmelidir.

Reçete hekimin hastasına verdiği, hastalığa ilişkin konulan tanı ve belirlenen tedavi yöntemleri ışığında yazılan, tedavide kullanılacak ilaçları gösteren bir belgedir. Bu belgenin hazırlanmasında ana karar verici hekimdir. Belgenin düzenlenme şekli ise Sağlık Bakanlığı, ilgili mevzuat ve yönetmelikler kapsamında belirlenmiştir. Şekli olarak reçete yazılma kriterlerine uygun olarak hazırlanan, tedaviye bağlı olarak belirlenen ilaçlar amacına uygun şekilde düzenlenen bir reçetede sunulur. Reçete yazımıyla akılcı ilaç kullanımına yönlendiren, hastalığı sonlandırma imkanı yüksek, aynı zamanda hekimlik meslek etiği ve hukuki müeyyidelere uygun şekilde tasarlanan önemli bir tıbbi belge niteliğindedir (Wazana, 2000:373).

2.2.2. Reçete Çeşitleri

Resmi bir belge olan reçetelerin çeşitliğinde birçok husus göz önüne alınmıştır. Temel olan Sağlık Bakanlığı'nın mevzuatlarında belirlediği reçete sınıflandırması iken, literatürde yer alan diğer sınıflandırmalara da değinmek gerekir. Elbette bu sınıflandırmaların da belli resmi dokümanlara dayandığı belirtilmelidir. Literatürde yer alan reçete çeşitleri şu şekildedir: (Walter & Hadgraft, 1993: 21)

- *Normal reçete:* Normal reçete geleneksel yazılı reçete döneminde düz beyaz kağıt üzerine yazılan kurum reçetelerini ifade etmekteydi. Bu reçeteler 01.01.2014 tarihinden itibaren elektronik reçete sistemine geçilmesiyle bu reçeteler de elektronik ortamda yazılmaktadır.
- *Diğer reçeteler:* Bu reçeteler genellikle renk adlarıyla anılan yeşil, kırmızı, mor ve turuncu reçetelerdir. Yeşil reçete, 1971 tarihli Psikotrop Maddeler Sözleşmesi gereğince bağımlılık yapan ve kötüye kullanma oranı yüksek olan maddeleri kapsamaktadır. Kırmızı reçete, 1961 tarihli Uyuşturucu Maddeler Tek Sözleşmesi gereğince kokain gibi uluslararası kontrole tabi maddeleri içeren reçetelerdir. Mor reçeteler kan ve kan ürünleri için düzenlenirken, turuncu reçeteler ise hemofili hastalarının karnesi olarak düzenlenmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın *Beşeri Tıbbi Ürünlerin Sınıflandırılmasına Dair Yönetmeliği*'nde ise reçeteler kendi içerisinde *yenilenebilir*, *özel* ve *kısıtlanmış reçeteler* olmak üzere üç grupta değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmede reçetelerin içerdikleri ilaç tipleri göz önüne alınmıştır. *Yenilenebilir reçeteler* diğer bir adıyla normal reçeteler, özel bir kontrole tabi olmayan ilaçları içeren reçetelerdir. *Özel reçeteler* ise normal reçetelerin tam tersi şekilde özel kontrole tabi olan ilaçları içermektedir. Diğer bir deyişle özel reçetelerde narkotik veya psikotrop maddeleri üst düzeyde içeren ilaçlar yer almaktadır. Bu ilaçların kullanımından doğacak zarar göz önüne alınarak ilaç kullanımı da risk içereceği için özel reçetelerle satılmaktadır. Kısıtlanmış reçeteler ise farmasötik özelliklerine bağlı olarak kullanımıyla risk oluşturabilecek ilaçları içermekte olup tedavi süresince gözlemlenilen ilaçları kapsadığı için hekim tarafından yazılmakta ve özel izinlerle satın alınan ilaçları içermektedir (Winfield & Richards, 2003: 3).

2.2.3. Reçetede Bulunması Gereken Temel Bilgiler

Uzman bir hekim tarafından doğru şekilde yazılması gereken bir reçetenin içermesi gereken çeşitli bilgiler ve doğru bir yazım şekli olmalıdır. Bu kural standart olup reçetenin uzmanlık gerektiren bir belge olduğunu da aynı zamanda kanıtlamaktadır. Bir reçetede bulunması gereken temel bilgiler; *tarih bilgisi, hastaya ilişkin bilgiler, reçete yazana ilişkin bilgiler, ilaç ve ilaç kullanım* şekliyle ilgili bilgilerdir. Bu bilgilerle hastanın, uzmanın, ilacın ve ilaca ilişkin bilgilerin tanımlandığı tarihin bilinmesi, dolayısıyla ilacın tıbbi ve hukuki geçerliliğinin yerine getirilmesi sağlanacaktır (Wazana, 2000:373).

Ülkemizde 01.07.2012 tarihi itibarıyla e-reçete sistemine geçilmiştir. E-reçete sistemi MEDULA sisteminin bir uzantısı olup Türkiye’deki sosyal güvenlik kurumları ve genel sağlık sigortasını birleştiren, hizmetlerin elektronik sistem üzerinden yürütülmesini sağlayan bir yapılanmadır. 2009 yılından itibaren kullanılan bu yapılanmada rapor, reçete, tedavi raporları gibi tüm belgeler e-şekilde hazırlanmaktadır. Bu sistemin bir uzantısı olan e-reçete sistemi de otomatik bir veri giriş sistemi üzerinden ilaç bilgilerinin kaydedilmesini içerir. Elektronik reçete olan e-reçete sisteminde, kâğıda yazılı reçetenin yerine, reçetelerde olması gereken tüm özellikler elektronik ortamda işlemektedir. Böylelikle hem reçetenin kaybolmasının veya yanlış bilgi içermesinin önüne geçilmekte, hem de süreç daha hızlı ve pratik şekilde ilerlemektedir. Aşağıda klasik reçeteye ilişkin bilgiler verilmiştir. Bu bilgilere ek olarak gerektiği yerde e-reçete konusuna da değinilecektir. Bununla birlikte e-reçetede bulunması gereken temel bilgiler ise aşağıda sıralanan dört başlıkla sınırlı değildir. E-reçete uygulaması e-sistem üzerinden ilerlediği için hekimlerin tüm parametreleri eksiksiz girmesi ancak reçetenin kabul edilmesini sağlamaktadır.

Başarılı bir e-reçetede; işlem tarihi, protokol numarası, hasta adı soyadı, reçete türü, reçete alt türü, tanılar, ilaç adı, doz aralığı, doz miktarı, kullanım periyodu, kullanım periyot birimi, ilacın kullanım şekli, açıklama türü (teşhis/tanı, tedavi süresi, endikasyon dışı kullanım izni, diğer, hasta güvenlik ve izlem formu, tetkik sonucu) gibi bilgiler yer almalıdır (SGK, 2015).

Bir reçetede bulunması zorunlu olmayan, ancak bulunması durumunda da sorun teşkil etmeyen bilgiler de yer alabilmektedir. Özellikle hastanın yaşı ve hekime ait irtibat ve adres bilgileri bu türdendir. Hastanın yaşıyla ilgili bilgiler bazı ülkelerde zorunlu olsa da Türkiye’de reçetede yer alması gereken zorunlu bir bilgi değildir. Aynı şekilde hekime ait irtibat bilgileri de

yer almayabilir; ancak eczacının olası bir durumda hekimle iletişim kurabilmesi ihtimali göz önüne alınarak bu bilginin de reçetelerde yer aldığı görülmektedir (Wazana, 2000:373).

Reçetelerde yer alması gereken bilgilerin okunaklı olması yasal bir önemlidir. Hatta İngiltere’de bu durum yasal bir zorunluluk olarak belirtilmiş, okunaklı olmayan reçete düzenlenmesiyle birlikte eczacı kadar hekimin de yanlış ilaç kullanımında sorumlu olduğu gözetilmiştir. Aynı şekilde reçetenin geleneksel usulle yazılı verildiği dönemlerde üzerindeki değişikliklerin de hekim tarafından paraf edilmesi gerekli görülmüştür (Winfield & Richards, 2003: 4).

Aşağıda bir reçetede bulunması gereken temel bilgiler *tarih bilgisi, hastaya ilişkin bilgiler, reçete yazana ilişkin bilgiler, ilaç ve ilaç kullanımı* hususları ele alınmıştır (Wazana, 2000:373).

2.2.3.1. Tarih Bilgisi

Reçetelerde bulunması gereken temel bilgilerin başında tarih bilgisi gelmektedir. Her reçetenin yazıldığı bir tarih vardır. Hekimin reçeteyi yazdığı tarih reçetenin üst kısmında yer almakta, ilgili hastalığa ve tedavisine yönelik konulan teşhise müteakiben de reçete yazıldığı için tarih belirtilmesi önemli olmaktadır. Dünya genelinde birçok ülkede tarihsiz reçete uygulaması da bulunmaktadır; ancak ilaçların etkileri bakımından ilgili hastalıkla bağdaştırılması, yan etkileri ve olası riskler gözetildiğinde her reçetede tarih bulunması hem hasta hem de hekim hakları konusunda elzem bir detaydır. Türkiye’de reçete yazımında tarihlendirme zorunludur. Üstelik tarihlendirme hastanın reçeteden hak elde edebilmesini de sağlamaktadır. Örneğin; SGK’lı olup emekli olan bir hasta kendisine yazılan reçetede ilaçları üç gün içerisinde alması halinde ilaç ücretleri SGK tarafından ödenmektedir (Vançelik vd. 2006: 65). Bunun dışında yine SGK’lı bir hastanın reçetesini üç gün içerisinde almaması durumunda reçete iptal olmaktadır.

Reçetelerde tarih bilgisinin bulunmasının bir başka önemi ise hastanın durumunun izlenmesi adına arşiv niteliği taşımasıdır. Hastaya verilen ilaçların kaydedilmesi, aynı zamanda hastalığın tedavisi adına izlenen yolu ortaya koymaktadır. Bu nedenle reçetelerde yer alan tarih bilgisi de hastalığın seyrinde izlenen tedavi yönteminin arşivlenmesini sağlamakta, tedavi için yetersiz kalan ilaçların daha sonra tekrar denenmemesi adına da önemli bir kaynak olmaktadır (Winfield & Richards, 2003: 4).

Elektronik reçetelerde tarih bilgisi kayıt sisteminde yer almaktadır. E-reçetenin en önemli avantajı, kayıt tutma, izlem yapma gibi süreçlerde doğrudan elektronik sistem üzerindeki verileri ortaya çıkarması, dolayısıyla kağıt gibi saklama ve kaybolma sorunlarını ortadan kaldırmasıdır. E-reçete sisteminde reçetenin hazırlandığı ve ilaçların satın alındığı tarih doğrudan sisteme kaydedildiği için, geleneksel reçetelerde yer alan tarih hatalarının görülmesi durumlarıyla da karşılaşılmamaktadır.

2.2.3.2. Hastaya İlişkin Bilgiler

Reçetede yer alan ilaçların kullanım hakkı hastaya aittir; bu nedenle de reçetenin doğrudan muhatabı hastadır. Reçetede hastaya ilişkin bilgilerden ad, soyad, yaş, doğum tarihi ve adresi gibi bilgiler yer almalıdır. Bu bilgiler reçetede yer alan ilaçları alması gereken, hasta kişiyi tanımlamaktadır. Hastayı doğru tanımlamayı sağlayan bu bilgiler, olası yanlış ilaç kullanımından doğacak risklerin de önüne geçilmesini sağlaması yönünden önemlidir (Walter & Hadgraft, 1993: 22).

Reçeteyle satılan birçok ilaç tedavi süreci için gerekli ve yan etkileri olan ilaçlardır. Reçeteyle satılmayan ilaçlar ise doğrudan tüm halkın eczanelerden reçetesiz temin edebileceği ilaçlardır. Reçeteye tabi ilaçlarda hastanın bilgilerinin doğru belirtilmesi reçeteyi ve ilaçları hastaya ve hastanın tanı koyulan hastalığına özel kılmaktadır. Dolayısıyla bir başkasının bu ilaçları alması ve yanlış şekilde kullanmasının da önüne geçilmektedir (Winfield & Richards, 2003: 5).

2.2.3.3. Hekime İlişkin Bilgiler

Reçetede bulunması gereken temel bilgiler arasında reçete yazana ilişkin bilgiler de bulunmaktadır. Reçete yazan kişi hekimdir. Hekim aldığı tıp eğitimiyle birlikte hastalığa ilişkin tanı koyma profesyonelliğini taşıyan, aynı zamanda da bu profesyonelliğin de bir getirisi olarak hastanın iyileşmesi adına gerekli ilaçları bilecek düzeyde olan uzman kişidir. Reçetede hekime ilişkin bilgilerden ad, soyad, adres ve telefon numarası gibi bilgiler yer almalıdır. Bu bilgiler hem hekim takibinin yapılması, hem de tıbbi müdahalede hekimin sorumluluğu açısından önemlidir (Zwar etc.1999: 495).

Reçete tedavi sürecinin izlenmesini sağlayan önemli bir belgedir. Hekim hastaya tanı koyan ve hastalığa ilişkin tedavi yöntemini belirleyen kişi olarak reçeteye yazarken kendi bilgilerine yer

verip bu durumu tasdik eder. Dolayısıyla hastanın tedavi sürecinin sorumluluğunu ve izlenmesini de üstlenir. Hastalıklarla mücadelede hekimin reçete yazarken üstlendiği sorumluluğun da payı unutulmamalıdır (Wazana, 2000:374).

2.2.3.4. İlaç ve Kullanım Şekliyle İlgili Bilgiler

Bir reçetede bulunması gereken en temel bilgilerden biri, reçetenin yazılış amacına da hitap eden ilaç bilgisidir. İlaç ve ilaç kullanım şekline yönelik bilgiler eczacı tarafından hastaya aktarılmaktadır. Dolayısıyla hasta hekim tarafından yazılan, eczacı tarafından kullanım şekli aktarılan ilaçlarla tedavi sürecini yönetebilmektedir. Reçetede ilaç ve kullanım şekline bağlı şekilde yer alması gereken bilgiler; *superskripsiyon*, *inskrripsiyon*, *subskripsiyon*, *instruksiyon (signa)* şeklindedir: (Walter & Hadgraft, 1993: 24-25)

- *Superskripsiyon*: Reçetenin üst kısmında yer alan R sembolünden oluşan bölüme *superskripsiyon* adı verilmektedir. Reçetenin amblemi olarak da düşünülen bu bölüm, Latince *recipe* kelimesine vurgu yapmakta ve belgenin reçete olduğunu kanıtlamaktadır.
- *İnskrripsiyon*: Bu bölümde ilacın adı ve farmasötik etkisi yer almaktadır. Ofisinal ilaçlar genellikle ticari isimleriyle yazmaktadır. Majistral ilaçlar ise hem içeriği hem de içeriğe eklenecek miktarlar ile yazmaktadır. Bu bölüm superskripsiyon bölümünün hemen altındadır.
- *Subskripsiyon*: Toplam ilaç miktarının yer aldığı bu bölümde ilacın kutu sayısı, hacmi gibi bilgiler yer almaktadır.
- *İnstruksiyon (Signa)*: Latince *signa* yani *yazınız* manasına gelen bu bölümde ilacın kullanım şekline ilişkin bilgiler yer almaktadır. İlacın ne sıklıkla ne ölçüde kullanılacağı, kullanım şekli gibi bilgiler bu bölümün konusudur.

Reçete her ne kadar ilaç odaklı olsa da reçetenin sunuş biçiminin şeklen ve içerik olarak doğru olması gereklidir. Bu nedenle hekimlere büyük görev düşmekte, reçete yazarken gerekli özeni göstermelidirler. Reçetede bilhassa kullanılan kısaltmalara ve yazım şekline dikkat edilmeli, reçetede yer alan ilacın yanlış anlaşılmasına mahal verecek bir durum ortaya çıkmaması adına temkinli olunmalıdır (Walter & Hadgraft, 1993: 26).

2.2.4. Akılcı Reçete Yazma Süreci

Akılcı reçete yazma süreci, reçete yazmada temel sorumluluğu bulunan hekime atfedilen bir süreçtir. Hastayı muayene eden, hastalığa ilişkin tanı koyan ve tedavi yöntemini belirleyen hekim reçete yazarken hekimlik meslek etiğini, hastalığın mevcut durumunu ve iyileşme sürecini, aynı zamanda uyguladığı tedavinin ve reçete yazımının hukuki sorumluluklarını bilerek hareket etmelidir. Hekimin bilinçli şekilde reçete yazması *akılcı reçete yazımı* olarak ifade edilir. Burada bilinçten kasıt tedavinin gerektirdiği şekilde doğru usulde reçete yazılmasıdır (Wertheimer & Chaney, 2002: 743).

Akılcı reçete yazım sürecinde hekim öncelikle hastalığın tedavisine ilişkin belirlediği ilaçlara karar vermeli, bu ilaçları neden gerekli olduğuna, hastanın hangi semptomlardan geçeceğine, ilacının etkisinin ne zaman ve nasıl görülmeye başlayacağına karar vermeli; ardından kendi hekimlik bilgisi ve profesyonelliğiyle ilaç yazmaya yönelmelidir. Hekim reçete yazarken hastanın mevcut sağlık durumunu, hastalığını, yazılan ilacın hastaya uygunluğunu, hastanın geçmiş hastalıklarını göz önüne almalı, ilacın yan etkilerini de gözeterek yazmalıdır. Olası yan etkiler konusunda aynı zamanda hastayı bilgilendirmeli; ilacın ne zaman alınması, azami dozu, ilaçların psikomotor fonksiyonları, yiyecek ve içeceklerle etkileşimini hastaya aktarmalıdır. Dolayısıyla hekim bu süreçte reçete yazımını sadece bir görev olarak yerine getirmemeli, aynı zamanda reçetenin olası sonuçlarını olumsuz çevirecek durumları da gözeterek hareket etmelidir (Vançelik vd. 2006: 66).

Akılcı reçete yazma sürecinde hasta ve hekimin reçeteden beklentileri de ön plana çıkmaktadır. Yapılan araştırmalar hekimin reçete yazma sürecine hastanın beklentilerinin ve yönlendirmelerinin de ön plana çıktığını kanıtlamaktadır. Hastaların reçeteden beklentisi mutlaka ilaç gerektirdiğini düşündükleri, tipik semptomlarla hastaneye başvurmalarıyla birlikte başlamaktadır. Hasta semptomlarının devamında hekim ile iletişimde rahatsızlıklarını dile getirmekte, daha evvel kullandığı ilaçları ve diğer deneyimlerini de ifade edebilmektedir. Bu süreçte hastanın hekimi yönlendirmesi ilaç seçimine de etki etmektedir. Hastanın “sık sık yolculuk yapmaktayım” veya “oral yolla ilaç tüketemiyorum” demesi, hekimi ilaç yazma konusunda karar verirken hastayı dikkate alma konusunda da kısıtlamaktadır. Bununla birlikte hastalar sadece mevcut hastalık üzerinden değil; sosyo-demografik özellikleri ve ilaca karşı tutumlarıyla da hekimi yönlendirebilmektedirler. Hastanın endişeleri, maddi durumu, tedaviye devam edip edememe hali

de reçete yazımına tesir etmektedir. Hekimin reçeteden beklentileri ise hastaya kıyasla daha objektif ve tıp eğitimine uygun şekilde ilerlemektedir. Hekim mevcut hastalığın tedavisine yönelik en iyi sonucu ortaya çıkarabilecek, temini kolay ve hastaya yarar sağlayabilecek ilacı seçmektedir; ancak hekimin reçete yazarken hastanın mevcut reçeteyi uygulayıp uygulayamayacağını da göz önüne alarak karar verdiği durumlar da olabilmektedir (Lado vd. 2008: 455).

Hekimin akılcı reçete yazması, tedavi sürecinin izlenmesi ve aynı zamanda da akılcı ilaç kullanımının başlangıç aşamasıdır. Günümüzde yapılan araştırmalar hatalı ilaç kullanımı sebebiyle makrolid, metronidazol gibi birçok mikroorganizmada rezistans geliştiğini göstermekte, dolayısıyla sadece ilaç tüketicilerini değil, hastalıklara karşı yeni ilaç üreticilerini de etkileyen bir durum olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Son 2000 ve 2018 yılları içerisinde yapılan araştırmalar bilhassa antibiyotik kullanımının %46 arttığını, özellikle “*streptococcus pneumoniae*”nin penisilin direnci oranının da arttığını, bu durumun temel sebebinin toplumdaki hatalı antibiyotik kullanımından kaynaklandığını göstermektedir (Browne, 2021: 893).

Doktrinde akılcı reçete yazma süreci tanı, prognoz, tedavi hedeflerinin belirlenmesi, tedavi seçeneklerinin belirlenmesi, tedavi seçimi, reçete yazılması, izlem: yararlı ve zararlı etkilerin gözlemlenmesi ve hastanın dâhil olduğu süreçler olmak üzere sekiz aşamada incelenir (Güney, 2011). Aşağıda yine benzer şekilde akılcı ilaç yazma süreci; *doğru tanı, tedavi amaçlarının belirlenmesi, kişisel ilaçların uygunluğunun doğrulanması, reçete yazılması ve hastanın bilgilendirilmesi, tedavinin izlenmesi, hata ve uygunsuz reçeteleme davranışının tespit edilerek bulunması ve tekrarlanmaması* aşamalarıyla ele alınmıştır.

2.2.4.1. Doğru Tanı

Hastanın hekime başvurma amacı hastalığa ilişkin şikâyetlerinin nihai sonucunu öğrenmek ve doğru tanı alarak tedaviye başlamaktır. Hekim hasta ile karşılaşmasıyla birlikte hastalığa ilişkin veri toplamaya başlar. Bu veri toplama hastalığın hikâyesini ve hastanın şikâyetlerini dinlemeyle başlayarak, tanıya ilişkin testlerin ve klinik değerlendirmelerin yapılmasıyla da devam eder. Hasta hekimden toplamış olduğu tüm verileri, kendi tıp bilgisi ve profesyonelliğiyle değerlendirerek doğru tanıyı koymayı amaçlar. Doğru tanı, aynı zamanda doğru tedavinin de başlangıcıdır. Doğru tedavi ise doğru ilaçların kullanılmasıyla gerçekleşmektedir (Vançelik vd. 2006: 66).

Akılcı reçete yazımının birinci basamağı hekimin doğru tanı koymasıyla başlamaktadır. Hekim tanı koyma sürecinde hastalığın hikâyesini dinlemeli, doğru testlerin yapılmasını istemeli, test sonuçlarını da doğru şekilde değerlendirerek tanı koymalıdır. Doğru tanıyla birlikte hekim profesyonelliği doğru ilaç yazımını sağlayacaktır (Walter & Hadgraft, 1993: 12).

Sağlık hizmetlerinde tanı hatalarının başında acil servis hataları, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki hatalar, yatan hastalara ilişkin hatalar, radyoloji ve patoloji hataları, cerrahi ve travma hataları şeklindedir. Tanı hatalarının temel nedenleri ise bilişsel süreçlerin yanlış değerlendirilmesi, aşırı özgüven, iletişim sorunları, tanısal tetkiklerle ilgili sorunlar ve sistemsel sorunlardır. Bu nedenlerden birinin gerçekleşmesi, hekimin doğru tanı koymasını zincirleme şekilde etkileyecektir. Dolayısıyla hastalığa ilişkin doğru tanı konulamayacağı gibi, hatalı reçete yazımı gerçekleşecektir. Bu hataların önüne geçmek adına sağlık hizmetlerinde sağlıklı ve koordine iletişim kurulması, geribildirim, yeterli eğitim alınması, karar destek süreçlerinin sağlanması ve en önemlisi tüm sağlık kuruluşu bünyesinde denetleme ve kontrolün yeterli düzeyde olması gereklidir (Vançelik vd. 2006: 67).

2.2.4.2. Tedavi Amaçlarının Belirlenmesi

Tedavi amaçlarının belirlenmesi, tedavi sürecinin sağlıklı ve doğru şekilde yönetilmesi adına büyük önem taşımaktadır. Hekim hastalığa ilişkin doğru tanıyla birlikte tedaviye yönelik amaçlar geliştirmeye başlayacaktır. Tedavinin yürütülebilmesinde kullanılan ilaçların hastaya uygunluğu, hastanın bu ilaçlara ulaşabilirliği, ilaçların maddi yükü gibi birçok etmenin değerlendirilmesi reçete yazma sürecini etkileyecektir. Hekim, reçete yazarken göz önüne aldığı tedavi amaçlarına yönelik olarak akılcı karar vermek zorundadır. Hastanın ulaşamadığı veya temin edemediği ilaçların yazılması tedavinin amaçlarının dışına çıkılmasına sebebiyet verecektir. Bu nedenle bu aşama tedavinin sürdürülmesi ve başarıya ulaşması adına oldukça önemlidir (Zwar etc.1999: 496).

2.2.4.3. Kişisel İlaçların Uygunluğunun Doğrulanması

Hekim reçete yazımı aşamasında hastanın daha evvel kullanmış olduğu ilaçları da göz önüne almalı, hastanın geçirmiş olduğu hastalıklar varsa veya aynı zamanda kullandığı ilaçlar varsa bu ilaçları da dikkate alarak reçete yazmalıdır. Reçetede yazılan ilaçların tedavi süresince birlikte

alınması sonucunda ortaya çıkacak olan ilaç etkileşimleri göz ardı edilmemelidir (Şemin, 1998: 19).

İlaç etkileşimlerinin gelişimi zamana bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Aynı dönemde alınan iki farklı veya aynı gruptaki ilacın bir arada alınması, hastaya zarar verebilmektedir. Bilhassa polifarmasi olarak bilinen aynı anda minimum 4-5 ilacın kullanılması, kişilerin vücut direncini kırabilmekte, yaşlılıkta oluşacak sorunlara da neden olabilmektedir. Hekimlerin tıbbi bilgileriyle birlikte bu durumları kestirerek ilaç yazmaları gereklidir; ancak kimi ilaçların bir arada kullanılmasında hekimin de öngöremeyeceği hatalar ortaya çıkabilmektedir. Bilhassa advers ilaç olayları, ilaç kullanımı esnasında ortaya çıkan, beklenmedik durumlar olarak tanımlanır. 2008 yılında yapılan bir araştırmada aynı anda iki ilaç kullanımıyla %15, beş ilaç kullanımıyla %58, yedi ve daha fazla sayıda ilaç kullanımıyla %82'lere değin çıkan advers ilaç olaylarıyla karşılaşmıştır. Bu hataların meydana gelmemesi adına akılcı reçete yazımı konusunda hekim çok daha fazla dikkatli olmalı, ilaç etkileşimlerini göz önüne almalıdır. Aynı şekilde hastanın da geçmiş deneyimleri konusunda hekimi doğru bilgilendirmesi ve yönlendirmesi önemlidir (Masodi, 2008: 6-9).

21.yüzyılda sağlık sistemlerinin ve endüstrinin de gelişmesiyle birlikte ilaç üretimleri de artmıştır. Piyasada birçok ilaç bulunmaktadır. Kişilerin bireysel olarak ulaşabilecekleri ilaç sayısı da ilaç kullanım risklerini artırmaktadır. İlaçların “*önce zarar vermeme*” ilkesine bağlı olarak piyasaya sürülmesi bu riskleri daha aza indirecektir. Bununla birlikte bireylerin de ilaç temin ederek güvenilirlik durumu haricinde, ilacın hekim gözetiminde kullanılmasına, hastanın bireysel özelliklerine uygunluğuna, ilaç alerjisi gibi durumlara dikkat etmeleri gerekmektedir (Walter & Hadgraft, 1993: 18).

2.2.4.4. Reçetenin Yazılması ve Hastanın Bilgilendirilmesi

Reçete yazımından sonra hastanın bilgilendirilmesi oldukça önemlidir. Bu bilgilendirme hem hekim hem de ilaç kullanım aşamasında eczacı tarafından yapılmalıdır. Nitekim bu bilgilendirmenin doğru şekilde yapılmaması, daha sonraki dönemlerde hastanın kendi kendine ilaç kullanımına geçmesine sebebiyet verebilmektedir. Özellikle ülkemizde ve dünyada ilaç kullanımına dair önemli sorunlardan biri olan kendi kendine ilaç kullanımı, hastanın tıbbi gözetim altında olmaksızın, kendisine iyi gelen ilaçları bir hekime veya eczacıya danışmadan kullanmasıdır.

Akılcı olmayan ilaç kullanımı şeklinde de ifade edilen bu durum, bilhassa antibiyotik kullanımında sık başvurulmuş bir yoldur. Hasta kendisine daha evvel iyi gelen ilaçları farklı bir hastalık halinde de almayı alışkanlık haline getirmiştir. Patojenlere karşı direnç gelişme, advers etki ve ilaç bağımlılığı gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açacak bu durum, sadece kişiyi değil, toplum sağlığını da olumsuz etkilemekte, ilaç israfına da sebebiyet vermektedir. WHO kendi kendine ilaç kullanımına yönelik olarak ancak kısıtlı alanlarda (kırsal bölgelerde), hafif derece etkisi olan hastalıklarda ve ciddi toplumsal sağlık sorunlarının olduğu, sağlık hizmetlerindeki talebin arttığı dönemlerde bu yola başvurulabileceğini, aksi durumda ise kişilerin her zaman bir uzman gözetiminde ilaç kullanımına başlamaları ve sürdürmeleri gerektiğini ifade etmiştir (Şemin, 1998: 22).

Hastanın reçete yazılmasından sonra bilgilendirilmesi oldukça önemli bir aşamadır. Hasta bu aşamada ilacı neden aldığı, ilacın genel etkilerini, kullanım şeklini, beklenen yararları, görülmesi muhtemel zararları/yan etkileri, muhtemel ilaç etkileşimlerini ve ilaç kullanırken ne zaman kontrole gelmesi gerektiğini bilmelidir. Bu bilgiler hekim ve hemşireler tarafından hastaya aktarılmalıdır. Reçetenin temini sürecinde ise kullanım ve yan etkilere yönelik detaylı bilgiler eczacı tarafından hastaya iletilmelidir (Güney, 2011).

Hekim reçete yazılmasının ardından ilacın etkileri, ilacın yan etkileri, talimatlar, uyarılar, kontrol ve şeffaflık konusunda önlem almalı; hastaya doğru, anlaşılır ve olması gerektiği şekilde bilgi vermelidir (Zwar etc.1999: 495). Tablo 3’te hekimin hastayı bilgilendirmesi gereken konular gösterilmiştir.

Tablo 2.2.: Hekimin Reçete Yazım Sürecinde Hastayı Bilgilendirmesi Gereken Konular (Zwar etc.1999: 495)

İlacın Etkileri	İlacın Yan Etkileri	Talimatlar	Uyarılar	Kontrol	Şeffaflık
-İlaç neden gereklidir? -Hangi semptomlar geçecek, hangileri geçmeyecek? -İlacın etkisi ne zaman başlayacak?	-Hangi yan etkiler oluşabilir? -Hasta bunları nasıl fark edecek? -Ne kadar sürecek? -Ne kadar önemli olacak?	-İlaç nasıl alınmalıdır? • İlaç ne zaman alınmalıdır? -Tedavi ne kadar devam etmelidir? - İlaç nasıl saklanmalıdır?	-İlaç ne zaman alınmamalıdır? -Azami doz nedir? -Tedavinin tümünün uygulanması neden gereklidir?	-Hasta, hekime ne zaman tekrar müracaat etmeli (ya da gelmemeli)? -Hangi durumlarda daha önce gelmelidir?	-Anlatılanları anlayıp anlamadığı hastaya sorulmalı, -En önemli bilgileri tekrarlaması istenmeli ve Hastaya sorusu olup olmadığı sorulmalıdır.

-İlacın düzensiz alınması ya da hiç alınmaması durumunda ne olması beklenir?	-Bunlar için neler yapılabilir?	-Kalan ilaçlar ne yapılmalıdır?		-Kontrol geldiğinde doktor hastadan hangi bilgileri almak isteyecektir?	
--	---------------------------------	---------------------------------	--	---	--

Hekim reçete yazma sürecinde hastayı ilacın yan etkileri, etkileri, talimatları, uyarılar, kontrol ve şeffaflık konusunda bilgilendirmelidir. Her ne kadar ülkemizde yaygın görüş hekimin reçeteyi yazması eczacının ise bu bilgilendirmeleri yapması şeklinde olsa da aslında ilacı yazan ve hastanın mevcut durumu konusunda bilgi sahibi olan kişi hekim olduğu için, doğrudan hekimin bilgilendirmede bulunması hastanın ilaç kullanımı konusunda bilinçli olmasını sağlamakta ve tedavi sürecini başarılı kılmaktadır (Şemin, 1998: 28).

2.2.4.5. Tedavinin İzlenmesi

Tedavi, bir hastalığın iyileşmesi ve ortadan kalması adına uygulanan tıbbi bir süreçtir. Tedavinin temel yöneticisi olan hekim, hastalığın nedenini tamamen ortadan kaldıracak şekilde *radikal tedavi* uygulayabileceği gibi, hastalığın nedenini tamamen ortadan kaldırmadan, sadece ilacın kullanıldığı süre içerisinde semptomları azaltıcı *palyatif tedavi* de uygulayabilir. Bu durum hekimin hastalığa ilişkin koyduğu tanı ve tedavi süreciyle ilişkili olarak belirlenmektedir. Hekim reçete yazarak hastalığı ilaçla tedavi etme noktasında adım atmış olur. Akılcı reçete yazımında tedavi sürecinin izlenmesi oldukça önemlidir. Hekim hastaya vermiş olduğu ilaçların kullanılıp kullanılmaması, ilaçların yan etkileri ve hastalığa yönelik bıraktığı tesirle birlikte ilerleyen süreçte hastalığın seyrinin izlenmesini sağlamaktadır. Tedavi sürecinin izlenmesi sürecin doğru yöneltilmesi adına oldukça önemli bir adımdır (Vançelik vd. 2006: 67).

2.2.4.6. Reçeteleme Davranışındaki Hatalar ve Uygunsuz Reçeteleme

Reçeteleme davranışındaki hatalar, hekimin reçete yazarken yapmış olduğu tüm tıbbi ve teknik hataları içermekte olup, bu hatalar başta tedavinin ilerleyişini olumsuz etkilediği gibi, aynı zamanda da akılcı ilaç kullanımının da önüne geçmektedir. Az gelişmiş ülkelerin ilaç temininde yaşadığı sorunlar, gelişmekte olan ülkelerin ise ilaç teminiyle birlikte ekonomilerinde oluşan yük göz önüne alındığında ilaç kullanımında yapılan hatanın sadece bireyleri değil, toplumu da

etkilediği görülecektir. Bu nedenle hekimin reçeteleme sürecine itina göstermesi gereklidir (Wertheimer & Chaney, 2002: 743).

Reçeteleme göstergeleri; hasta ziyareti başına düşen ilaç sayısı, jenerik adıyla yazılan reçete yüzdesi, antibiyotik yazılan hasta ziyareti yüzdesi, enjekte edilebilen preparat yazılan ziyaret yüzdesi, temel ilaç listesinden veya ulusal ilaç formüllerinden yazılan ilaç sayısı şeklindedir. Reçeteleme göstergelerine dünya genelinde bakıldığında artan düzeyde bir ilaç kullanım oranı olduğu görülecektir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin artışına rağmen, reçeteleme davranışı hem hekim hem de hasta talebi kaynaklı artmaktadır. Bu noktada hekimin üzerine düşen görev gereğince doğru şekilde reçeteleme davranışında bulunması, olası hataların önüne geçecek, ilaç kullanım oranlarını da düşürecek bir faktördür (Şemin, 1998: 30).

Hekimler reçeteleme davranışında birçok hata yapmaktadırlar. Hekimlerin reçeteleme davranışında sık yaptıkları hatalar aşağıda sıralanmıştır: (Saenz, 2004: 15)

- *Polifarmasi:* İlaç tedavisinde sık yapılan hataların başında gelen *polifarmasi*, daha az sayıda ilaçla tedavisi mümkün olan hastalıkların, daha fazla sayıda ilaçla tedavi edilmesi durumudur. Birden fazla karışık semptomları olan hastalığa ilişkin verilen farklı ilaçlar hastada yan etkisi yüksek düzeyde sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir.
- *Teşhisle İlgili Olmayan İlaçların Reçete Edilmesi:* Hastalığa ilişkin konulmuş tanıya yönelik ilaçların reçete edilmesi gerekirken, bunun yanında tanı ve tetkiklerde ortaya çıkmayan, ancak hastanın bireysel şikâyetleri neticesinde reçete edilen ilaçlar da vardır. Bu ilaçlar mevcut tedavi sürecini aksatabilecek ve olumsuz etkileyebilecek düzeydedir.
- *Gereksiz Yere Pahalı İlaçların Reçete Edilmesi:* Hekimin tedavi sürecine yönelik uygun fiyatlı ilaçlar varken, alternatifi olan pahalı ilacı reçetelemesi durumudur. Bu durum hastanın ilaca ulaşmasını etkileyebilmektedir.
- *Gereksiz Yere Antibiyotik Reçete Edilmesi:* Mikroorganizmaları öldürmek amaçlı yine başka mikroorganizmalar tarafından üretilen antibiyotikler, tedavi sürecinde etkisi sebebiyle hekimler tarafından sıkça reçetelenmektedir. Ancak gereksiz yere antibiyotik reçete edilmesi hem tedavi sürecini olumsuz etkileyecek, hem de hastanın akılcı ilaç kullanımı davranışlarına olumsuz örnek oluşturacaktır.

- *Yanlış Doz ve Doz Aralığı Belirlemek:* İlaç kullanımında sadece doğru ilacın kullanımı değil, aynı zamanda doğru ilacın doğru dozda ve zamanda kullanımı da tedavinin başarıya ulaşmasında etkilidir.
- *Yan Tesirli İlaçların Reçete Edilmesi:* Hekimin hastaya ilaç yazarken bilhassa hastanın alerjik durumlarını göz ardı ederek ilaç yazması, daha evvel geçirdiği hastalıkları ve kullandığı ilaçları göz ardı etmesi reçeteleme hatalarının başında gelir. Hasta yan tesirli ilaç kullanarak mevcut sağlık sistemini bozabilmekte, aynı zamanda tedavi de başarısız şekilde ilerleyebilmektedir.

Hekimlerin reçeteleme davranışında yaptıkları hatalara bakıldığında özellikle yanlış tedavi yolunun izlenmesi, teşhisin yanlış konulması, tedavi sürecini kısaltma adına farklı ilaçlara öncelik tanınması gibi davranışların daha fazla ön planda olduğu görülmektedir. Hekimin bu tarz hatalar yapması profesyonelliğine aykırıdır. Reçeteleme davranışında yapılan hatalar hekimin yeterince profesyonel olmadığını, deneyimsiz olduğunu, hastanın yönlendirmelerinin etkisinde kaldığını, süreçte hastaya daha fazla yardımcı olma gayesiyle profesyonelliğini ikinci plana attığını veya anlık duygu değişimleri sürecinde olduğunu göstermektedir. Her ne surette olursa olsun sağlık alanında yapılan hataların mazereti kabul edilebilir değildir. Yanlış reçeteleme davranışı hem kısa hem de uzun vadede hastalığın tedavisini etkilediği gibi, hastanın ilaca bağlı olmasına da sebebiyet verebilmektedir. Bunun yanı sıra dünya üzerinde ilaca erişim sorunu yaşayan, özellikle çeşitli ilaçların temininde sıkıntı çeken ülkeler olduğu bilinmektedir. Yanlış reçeteleme davranışı ilaç israfına neden olarak, diğer insanların ilaca erişimine de engel olan oldukça büyük bir profesyonellik sorunudur.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HEKİMİN İLAÇLA TEDAVİ VE REÇETE YAZMA YÜKÜMLÜLÜĞÜNDEN DOĞAN HUKUKİ SORUMLULUĞU

3.1. Hekimin Gerçekleştirebileceği Reçete Hataları

Hekimlik mesleği, hastaya tanı koyma ve bu tanı çerçevesinde tedavi geliştirme üzerine profesyonellik kazanan, bu profesyonelliği de tıp eğitimi kaynaklı kariyer gelişiminde bulan bir meslek dalıdır. Hekimlik mesleğinin amacı hastayı iyileştirmek, temel iyilik düzeyine erdirmektir. Bu bağlamda hekimlerin ayaktan ve yatan hastalarına tedavi amaçlı reçete düzenlemeleri tıp mesleğinde olağan bir durumdur. Aşağıda hekimlerin hastalarına ilaç reçete ederken gerçekleştirebileceği hatalar anlatılmıştır.

3.1.1. Yanlış İlaç Yazılması

Hekim, ilaç yazma yetkisi bulunan en temel kişidir. Hekim hastayı muayene etmesi, hastalığın öyküsünü dinlemesi ve hastaya yönelik tanı – tetkiklerin yapılmasıyla birlikte mevcut tedavi yöntemlerinden birini seçer. Bu süreçte hekimin seçim yapma iradesini yönlendiren unsurlar hekimlik bilgisi ve tecrübesidir (Erman, 2003: 49).

Yanlış ilaç yazılması; hekimin tedaviye yönelik olarak yanlış ilaç tercih etmesi, uygun ilacı yazmaması, ilaç doz ve enjeksiyonunun yanlış seçimi, ilaç üreticisi firmanın “pediatrik kullanım için uygun değildir” uyarısına rağmen hekimin bu tip bir ilacı tedavi için seçmesi gibi hataları içermektedir. Yapılan araştırmalara göre ilaç hatalarının başında hastaların yanlış ilaç kullanması, diğer bir deyişle hekimler tarafından yapılan teşhise uygun olarak ilaç yazılmaması gelmektedir. Yanlış ilaç kullanımından ötürü her sene birçok insan yaşamını kaybetmekte veya bu ilaç kullanım hatasından ötürü çeşitli zararlara uğramaktadırlar (Erman, 2003: 49).

Bir hastalığın tedavisi için riski az olan bir ilacın uygulanması varken, yüksek riskli bir ilacın uygulanması tedavi sürecinin yanlış planlandığının da bir göstergesidir. Hekimin hastaya reçete yazarken yanlış ilaç yazması özen yükümlülüğünün aşılması kapsamına girmektedir. Hekim

hasta ile ilişkisinde gereken özeni göstermekle yükümlüdür. Hastaya gereken özenin gösterilmemesi hekimin meslek etiğine aykırıdır.

Hekim hastanın tetkikleri çıkmadan ve detaylı incelemesi yapılmadan reçete yazma yoluna gitmemelidir. Günümüzde nüfusun yoğun olduğu bölgelerdeki hastanelerde benzer şikayetlerle hastaneye başvuran hastalara yetişmek adına hekim sadece hastalığın öyküsünü dinleyip ilaç yazma yoluna gidebilmektedir. Oysa bu tutum oldukça tehlikelidir. Her hastada hastalık gelişiminde benzer şikayetlerde bulunulabilir. Bu durum kişilerin aynı hastalığa yakalandıkları şeklinde algılanmamalı, bu nedenle her hastanın tetkikleri yapılmalı ve doğru şekilde değerlendirilerek reçete yazılmalıdır.

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ madde 9’da ilaç güvenliğinin sağlanmasına yönelik çeşitli hususlar sıralanmıştır. Bu hususlar kapsamında tedavi planlaması, verilecek ilaçlar, bu ilaçların verilme zamanı ve dozu planlanacağı belirtilmektedir. İlaç uyumu, beklenmeyen etkiler ve diğer her türlü hususun gözlemlenmesinde hekim ve yardımcı sağlık personeli sorumludur. Aynı şekilde hekimin bağlı bulunduğu sağlık kurumu da hastanın ilaçla tedavi sürecinin sorumlusudur.

3.1.2. Yanlış Tedavi Yolunun Öngörülmesi

Hekim ile hasta ilişkisinin ilk aşaması, hastanın hekime başvurması, şikâyetlerini iletmesi ve devamında hastalığa ilişkin tedavi süreci içerisine girilmesiyle birlikte başlamaktadır. Tedavi süreci, hekimin hastalığın hikâyesini dinlemesi, uygun test ve tetkiklerle hastaya tanı koyması ve ardından bu tanıya bağlı olarak uygun tedavi yöntemini seçmesiyle başlamaktadır. Hekim tedavi sürecinde hastaya en uygun tedavi yöntemini seçmeli, bir başka deyişle sonuçları daha az riskli olan, hastanın sağlığına kavuşacağı tedavi yöntemine başvurmalıdır. Türk Deontoloji Nizamnamesi 10. maddesinde de “*Araştırma yapmakta olan tabip ve diş tabibi, bulduğu teşhis ve tedavi usulünü, yeter derecede tecrübe ederek faydalı olduğuna veya zararlı neticeler tevhit etmeyeceğine kanaat getirmedikçe, tatbik veya tavsiye edemez. Ancak, yeter derecede tecrübe edilmemiş olan yeni bir keşfin tatbikatı sırasında alınacak tedbirler hakkında ilgililerin dikkatini celbetmek ve henüz tecrübe safhasında olduğunu ilave etmek şartı ile bu keşfi tavsiye edebilir.*” şeklinde yer almıştır.

Malpraktis olarak da bilinen yanlış tedavi yolunun öngörülmesi, Türkiye ve dünyada en sık karşılaşılan tedavi hatalarından biridir. Türk Tabipler Birliği'nin 1992 senesindeki 44. Genel Kurultayında tanımlanan malpraktis, hekimin tedavi sırasında bilgi, beceri eksikliği ve bunun sonucunda hastaya tedavi verememesi durumu olarak tanımlanmıştır. Malpraktis hem özen sorumluluğunu ihlal eden, hem de hekimin görevini kötüye kullanması manasına gelen tıbbi bir terimdir. Hasta – hekim ilişkisinde edinimin doğru şekilde ifa edilememesidir. Avrupa Biyotıp Sözleşmesi madde 4'te sağlık alanındaki her müdahalenin mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun şekilde yapılması gerektiği belirtilir. Dolayısıyla malpraktis uluslararası sözleşmelerde de önleyici şekilde düzenleme içermektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği madde 11'de de aynı şekilde tıpta mevzuat ve hükümlere aykırı şekilde teşhis ve tedavi yapılamayacağı belirtilmiştir.

Yanlış tedavi yolunun öngörülmesiyle birlikte hastanın uğrayacağı zarar ve bu zararın hukuki sonuçları malpraktisin ortaya çıkış biçimine bağlı olarak değişmektedir. Hekimin yanlış tedavi yolunu öngörürken sonuçlarını bilerek kasten bu yolu seçmesi Türk Borçlar Kanunu madde 49'a göre fiili haksız fiil kapsamına alacak ve haksız fiil sorumluluğu veya sözleşmeye aykırılık söz konusu olacaktır. Söz konusu hekim davranışı sonucunda Türk Ceza Kanunu madde 81-82, 86-87 çerçevesinde hekimin ve varsa yardımcısının yargılanması yapılacaktır (Kuğuoğlu vd. 2009: 90).

3.1.3. İlaç Kullanımında Yönlendirmeden Doğan Hatalar

İlaç kullanımında yönlendirmeden doğan hatalar; fazla doz, uygun olmayan doz miktarı, ihmal hataları, reçete hatası, yanlış uygulama, teknik, yanlış zamanda ilaç alımına yönlendirme vb. türden hataları ifade etmektedir. İlaç kullanımında yönlendirmeden doğan bu hatalar doğrudan hekimin ve varsa hekim yardımcısının hukuki sorumluluğunu kapsayıcıdır. Çalışmamızın ikinci bölümünde de ele alındığı üzere ilaç kullanımının sekiz önemli ilkesi bulunmaktadır ve bu ilkeler gözetilerek ilaç yazıldığında ilaçtan beklenen tedavi amacına hizmet etme ilkesi gerçekleşecektir. Hasta ile hekim arasındaki sözleşme gereği ilaç kullanımına yönlendirme ve teşvik hekimin tedavisinin bir parçası olarak görülmekte ve hekim bu süreçten sözleşme gereği hukuki sorumluluk taşımaktadır. Bunun yanında hekimin ani gelişen bir duruma karşı hasta iradesini almadan ilaç yönlendirmesinde bulunması ise haksız fiil ve vekâletsiz iş görme kapsamında sonuçlar doğuracaktır.

3.1.4. Tedavinin Hatalı Planlanması

Hukuki normlara ve etik kurallara göre hekimin tedavi sürecinde hasta için uygulayacağı tedavi yöntemini belirlemede serbestisi olmakla birlikte mesleki sorumluluğu kapsamında en az tehlikeli ve en faydalı yöntemi seçmesi gereklidir. Hekim hastalığa ilişkin doğru tanı koymuş olsa dahi tedavi yönteminin seçilmesi sürecinde hata yaparak tedaviden istenen başarının elde edilmesini engelleyebilir. Tedavi sürecinde hekimin yükümlülüğü tıbbı uygun şekilde tedavi yönteminin seçilmesi ve planlanmasıdır. Hekim tıbbi standartlara uygun davranırsa ancak tedavi de doğru şekilde planlanmış olur. Hekimin hastalığın tedavisinde bu standartlara uyması gerekir; ancak bu standartlara uymak hastanın tam anlamıyla iyileşeceği garantisinin verilmesi manasına da gelmemektedir. Tıbbı uygun olarak ilerleyen süreçte sonucun değişmemesi hekimin sorumlu tutulmasına neden olmayacaktır.

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi başkanlığının 2008/10749 nolu kararı da; *“Doktor ve Hastane, hastasının zarar görmemesi için, mesleki tüm şartları yerine getirmek, hastasının durumunu tıbbi açıdan zamanında ve gecikmeksizin saptayıp, somut durumun gerektirdiği önlemleri eksiksiz biçimde almak, uygun tedaviyi de yine gecikmeden belirleyip uygulamak zorundadır. Asgari düzeyde dahi olsa, bir tereddüt doğuran durumlar da, bu tereddüdü ortadan kaldıracak araştırmalar yapmak ve bu arada da, koruyucu tedbirleri almakla yükümlüdür. Çeşitli tedavi yöntemleri arasında bir seçim yapılırken, hastanın ve hastalığın özellikleri göz önünde tutulmak, onu risk altına sokacak tutum ve davranışlardan kaçınılması ve en emin yol seçilmelidir. Gerçekten de, hasta, mesleki bir iş gören vekilden, tedavinin bütün aşamalarında, titiz bir ihtimam ve dikkat göstermesini beklemek hakkına sahiptir. Gereken özeni göstermeyen vekil, Türk Borçlar Kanunu madde 510 hükmü uyarınca, vekâleti gereği gibi ifa etmemiş sayılmalıdır. Tıbbın gerek ve kurallarına uygun davranılmakla birlikte sonuç değişmemiş ise, doktor ve hastane, meydana gelen zarardan sorumlu tutulamaz.”* ifadesi ile buna örnek teşkil etmektedir.

Tedavi sürecinde ilaçla ilgili hatalı planlama; tedavi için yanlış ilacın uygulanması, doz miktarında yanılma, deri içi yerine deri altına enjeksiyon, konulan teşhise kıyasla yanlış bir ilacın seçilmesi vb. durumları kapsamaktadır. Yanlış ilacın uygulanması veya bu sayılan türde ilaç hataları tedavinin hatalı planlamasına neden olmaktadır. Tedavinin hatalı planlanması ise tedavi sürecinin uzamasına, diğer bir deyişle tedavide istenen başarının elde edilmesinin de gecikmesine neden olmaktadır. Tedavinin hatalı planlanmaması adına hastalığın teşhisinden itibaren ilaç

yazarken hekimin dikkatli olması, aynı şekilde uygulama aşamalarında da ilaç kullanımına dikkat edilmesi gereklidir (Kuğuoğlu vd. 2009: 87). Tedavinin hatalı planlanması tedavide yer alan tüm basamakların hatalı şekilde zincirleme işlemesine sebep olan, bu nedenle hastanın hem tedavi sürecini uzatan, hem de her aşamada yanlış tedavi uygulanması sebebiyle olası yaralanma ve ölüm riskini artıran durumların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bu süreçte en büyük sorumluluk hekime aittir. Hekim doğrudan özen yükümlülüğünü ortadan kaldıracak şekilde tedaviyi yanlış planlayarak kasten hastaya zarar verme eylemi içerisine girmektedir.

3.1.5. Endikasyon Dışı İlaç Kullanımı

Endikasyon dışı ilaç kullanımı, ilaç tedavilerinde ve reçetelemelerinde kullanımı gittikçe artan yöntemlerden biridir. Literatürde ruhsat dışı ilaç kullanımı olarak da geçen endikasyon dışı ilaç kullanımı, bir ilacın ruhsatında belirtilen endikasyonlar dışında kullanılması olarak tanımlanabilir. Endikasyon dışı ilaç kullanımına özellikle çocuk hastalarda sıkça rastlanmaktadır. Bu uygulamaların nedeni ise çocuklar üzerinde klinik ilaç araştırmaları yapılabilmesi için gerekli olan zor şartlar ve ilaç üreticilerinin yeni ruhsat için karşılamak istemediği yüksek maliyetlerin olmasıdır. Endikasyon dışı ilaç uygulanmasının ve reçetelenmesinin yararları olmakla birlikte bu uygulamalar riskte içermektedir. Endikasyon dışı ilaç kullanımından doğan zararlardan meydana gelen hukuki sorumluluk hem hekime hemde ilaç üreticisine bağlanabilmektedir (Özcan Büyüktanır vd, 2017: 153).

Örneğin, yetişkinlere reçete edilen ilaçların çocuklara verilmesi, kanser tedavi ilaçlarının göz hastalıkları tedavisinde de kullanılması yöntemleri gibi durumlarda endikasyon dışı ilaç tedavisi olarak geçmektedir. Hekimin daha az riskli bir ilaç tedavisi mümkünken endikasyon dışı bir yöntemi seçmesi sorumluluk doğuracaktır. Endikasyon dışı ilaç tedavisinin riskli olması sebebi ile standart tedavi yönteminin denendiği ve başarılı olmadığı durumlarda tercih edilmesi gerekir. Standart tedaviler ise hasta için kullanılan ve reçete edilecek ilacın ruhsatlı ve endikasyona yönelik olmasıdır. Hekimin standart tedavi yöntemleri varken bunu uygulamayıp endikasyon dışı ilacı tercih etmesi durumunda hasta için endikasyon dışı ilacın daha yararlı olacağını kanıtlaması gerekir. Bu sebeple endikasyon dışı ilaç kullanımı ispat açısından büyük problemler doğurmaktadır (Nart, 2017: 732).

Yine bir örnek olarak hekimin dikkatsizlik nedeni ile tedaviye uygun olan ilaca isim benzerliği olan bir ilacı reçete etmesi endikasyon hatası olarak değerlendirilir. Buna benzer olarak hastaya konulan teşhise etkisi olmayan bir ilacın reçete edilmesi de aynı şekilde endikasyon hatası oluşturmaktadır. Örneğin, İnfluenza A virüsüne sahip bir hasta için yapılan penisilin tedavisi etkisiz ve gereksiz olmakla birlikte komplikasyonlara neden olarak endikasyon hatasına oluşturabilir.

Endikasyon dışı ilaç tedavisinin bilimsel bulgular ışığında daha iyi ve yararlı bir tedavi sunduğu durumlarda standart tedavi yönteminin uygulanması beklenmeden endikasyon dışı tedavi yöntemi seçilebilir. Bu durum ağır hastalığı olan ve yaşam süresininin uzatılması hedeflenen hastalarda özellikle geçerlidir. Hekimin endikasyon dışı ilaç tedavisini uygularkende tedavi ve uygulamalarını tıbbi standartlara uygun olarak gerçekleştirme ve gerektiğinde de tedaviyi sonlandırma yükümlülüğü bulunmaktadır (Nart, 2017: 770).

3.1.6. Eksik veya Özensiz Anamnez Alma

İlaç tedavisi uygularken en önemli aşamalardan biride doğru bir anamnezin alınmasıdır. Doğru anamnez alma bir tıbbi standart yükümlülüğüdür Hekimin doğru ilaç reçete edebilmesi için öncelikle doğru bir teşhiste bulunması gerekir. Doğru bir teşhis için ise doğru bir anamnez gerekir. Son yıllarda hastaların kendi başına ilaç kullanması, çoklu ilaç kullanmak zorunda kalması, anamnez alınırken dikkat edilmesi gereken noktalardır. Bu tür durumlarda hatalı ilaç reçete edilmemesi adına hekim hastasına ilaç alerjisinin olup olmadığını, birden fazla ilaç kullanımını ve reçetesiz kullandığı ilaçları sorgulayarak doğru bir anamnez almalıdır. Hekimin doğru bir şekilde anamnez almaması sebebi ile hatalı bir teşhiste bulunabilir ve bu nedenle yanlış bir ilaç reçete edilerek hastaya zararda bulunabilir. İlaç anamnezin bir diğer önemli işlevi, hastanın bünyesinin ilacı kaldırıp kaldırmayacağı (ilaç direnci), alerjik reaksiyona maruz kalıp kalmayacağının belirlenmesindedir. Hekimin, hastasına ilaç reçete etmeden önce bu durumları değerlendirilmesi gerekir. Hekimin dikkatsizliği sonucunda hastada ilaç direnci oluşması veya alerjik reaksiyon geçirmesi sebebi ile zarar görmesi durumunda hekim sorumlu olacaktır (Nart, 2020: 341).

3.1.7. Etkisiz İlaç Reçete Edilmesi

Tartışmalı etkililiği olan bir ilacın reçete edilmesi ve uygulanmasında birçok durum söz konusudur. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp alanlarında da tartışmalı etkililiği olan ilaçlar bulunmaktadır. Böyle durumlarda hekimin hastasına tedavi seçerken etkililiği ispatlanmayan ve

tartışmalı olan geleneksel ve tamamlayıcı tıp alanında bir tedaviye yönelmesi hatalı tıbbi uygulama değerlendirilebilir. Tıbbi standartlara göre hekimin hastasına tedavi uygularken en az riskli ve en etkili tedaviyi uygulaması ve reçete etmesi gerekir. Bunun dışında hekim en az etkili ve riskli bir tedavi reçete ederek uygulaması durumunda tıbbi uygulama hatası oluşturur (Nart, 2020: 344).

3.1.8. İlaç Hakkında Yapılan Zararlı Bildirimlerin Dikkate Alınmaması

Hekimin, hastasına zarar vereceğini bildiği bir ilacı reçete etmesi veya uygulaması tıbbi uygulama hatasına neden olmaktadır. Örnek olarak yeni gelişmeler ışığında yan etki ve komplikasyonlara neden olduğu bildirilen bir ilacın hastaya reçete edilmesi veya uygulanması tıbbi uygulama hatası oluşturur. Aynı şekilde ilaç üretim firmaları ve İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından yapılan ilaç yan etki ve komplikasyon bildirimleri hekimin dikkate almaması da sorumluluğu doğurur. Hakkında geri çekme kararı bulunan bir ilacın hastaya reçete edilmesi de tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilecektir (Nart, 2020: 345).

3.1.9. Çoğul İlaç Reçetelerinde İlaç Etkileşimlerinin Dikkate Alınmaması

Hekimin birden fazla ilaç reçete etmesi veya hastanın birden fazla ilaç kullanıyor olduğu durumlarda ilaç etkileşimleri yaşanması muhtemeldir. İlaç etkileşimi, birden fazla ilaç kullanımı sırasında ortaya çıkan istenmeyen etkileri ifade etmektedir. Bir hastalık tedavi edilirken kullanılan ilacın beklenen etkisinin yanında, başka bir tedavi için kullanılan ilaçla asıl ilacın etkisi azalıp artabilir yahut etkisi ortadan kalkabilir. Günümüzde hastaların birden fazla hastalık için tedavi görmesi veya kendi başına ilaç kullandıklarını görmek mümkündür. Bu sebeple hekimin hastasının çoğul ilaç kullanımını takip etmesi gerekir (Nart, 2020: 347).

Çoğul ilaç kullanımı genellikle yaşlı (geriatri) hastalarında meydana gelen bir durumdur. Hekimin hastasını tedavi ederken ona zarar verecek şekilde birden fazla ilaç reçete etmesi veya uygulaması durumunda tıbbi tedavi hatası olarak değerlendirilebilmektedir. Hastaya birden fazla ilaç reçete edilmesi durumunda yan etki olasılığı artacağından hekim ilaçları özenle seçmelidir. Çoklu ilaç kullanımında yan etki oranı iki ilaç için %5 iken, 7 veya daha fazla ilaç kullanımı durumunda bu oran %100'e çıkmaktadır. Hekim, hastasını tedavisinde birden fazla ilaç kullanmadan önce, ilaç üreticisinin paylaştığı bilgileri ve bilinen ilaç etkileşimleri ile ilgili verileri öğrenmeli ve muhtemel interaksiyonları (etkileşim) önlemeye çalışmalıdır. Terapötik nedenlerden dolayı bu etkileşimleri engellemek mümkün olmadığında, hekim hastasına bu etkileşimler

hakkında bilgilendirmede bulunmalıdır. Çoklu ilaç reçete edildiğinde tedavi süreci dikkatle takip edilmelidir (Nart, 2020: 348). Örneğin, antasid ilaçların oral kontraseptiflerle beraber kullanımı oral kontraseptiflerin etkinliğini azalttığı, epilepsi tedavisinde kullanılan asetazolamid ile aspirinin ise etkileşime girerek şiddetli asidoza neden olduğu gözlemlenmiştir.

3.1.10. Bağımlılık Yaratıcı İlaçların Dikkatle Reçete Edilmemesi

İlaç gruplarından bazıları örneğin; opioid analjezikler, benzodiazepinler, sedatifler, pskostimulan ilaçlar hastalarda bağımlılık oluşturabilirler. Bu noktada hastanın bağımlılığının türü yani düşük doz bağımlılığı ile bağımlılık türlerinden hangisine sahip olduğu değerlendirilmelidir. Düşük doz bağımlılığında, hasta tedavi edilirken sık dozajlarla özellikle de trankilizan tedavilerinde ortaya çıkan bir ilaç bağımlılığı türüdür. Bir diğer bağımlılık türünde ise hastanın kontrolünü kaybederek hekimden dozaj arttırmasını talep etmesi ve hastada ilaca karşı tolerans gelişimi gibi sorunlar yaratan bağımlılık türüdür. Düşük doz bağımlılığı uzun süren tedavilerde ortaya çıkmaktadır. Hekim bu tür ilaçları reçete ederken dikkat etmelidir. Hastasını takip ederken birden fazla ilaç reçete ettiğinde hangi ilaçların hastada bağımlılık yaratabileceğini devamlı olarak izlemelidir. Diğer bir durumda, hasta bağımlılık tedavisi görmüş olduğunda dahi, kullandığı ilaçtan etkilenmekte ve eski bağımlılığı tekrarlayabilmektedir. Hekimin dikkatsizliği sonucu reçete ettiği bir ilaç bağımlılık yaratırsa, bu bağımlılığın hasta yaşamının zarara uğraması mümkündür (Nart, 2020: 348).

3.1.11. Hatalı Dozda İlaç Reçeteleme

Hekimin hastasını tedavi ederken yanlış doz ilaç reçete etmesi ve uygulaması tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilir. Yanlış dozda bir ilacın reçete edilmesinin hastaya ya hiç etki etmemesi ya da yan etkileri sebep olması ve ilaç zehirlenmesi yaşanabilmektedir. Hastaya verilen ilacın dozajı tedaviye ve farmakolojik özelliklere göre değişmektedir. Dozaj miktarının belirlenmesi hastalığın türü ve seyrine göre değişeceğinden, doğru şekilde dozaj belirlemek hasta öyküsü değerlendirilerek hastalığın sürecinin takibi ile gerçekleşecektir. Bu duruma örnek olarak psikiyatrik hastalıklar ve ilaçla tedavi süreçlerindeki iki haftalık deneme (ayar) süresi örnek gösterilebilir. Doğru bir dozajın belirlenmesi hastayı tedavi eden hekimin sorumluluğundadır. Hastanın daha önce tedavi gördüğü hekimin belirlediği dozajla yeni tedavi eden hekimin tedaviye

devam etmesi onu sorumluluktan kurtarmaz. Bu sebeple hekim hastasına ilaç dozajını kendisi belirleyerek reçete etmelidir (Nart, 2020: 352).

3.2. Hekimin Hukuki Sorumluluğu

Hekimlik mesleği, hastaya tanı koyma ve bu tanı çerçevesinde tedavi geliştirme üzerine profesyonellik kazanan, bu profesyonelliği de tıp eğitimi kaynaklı kariyer gelişiminde bulan bir meslek dalıdır. Hekimlik mesleğinin amacı hastayı iyileştirmek, temel iyilik düzeyine erdirmektir. Nitekim bu amaç, WHO'nun sağlığa yönelik yapmış olduğu “*bedensel ve ruhsal tam iyilik hali*” tanımının da bir gereği olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak tedavi süreci her zaman beklendiği şekilde gitmemekte, gerek hekim, gerek hasta ve gerekse hastalığın boyutuna bağlı olarak hastanın sağlığına kavuşamadığı zamanlar olabilmektedir. Olası duruma etki eden parametreler göz önüne alındığında hem hastanın hem de hekimin tedavi süreci içerisinde sorumlulukları olduğu görölmektedir. Bilhassa hekim hasta ile ilişkisinde profesyonelliğinden ötürü fazla sorumluluk yüklenen taraftır. Hekimin hata yapabilmesi, yanlış tedavi uygulayabilmesi, tedaviye yönelik yeterince çalışmaması gibi durumlar hastalığın iyileşmesine engel olabilmektedir. Bu nedenle hekime hasta ile ilişkisinde hukuki sorumluluk yüklenmiştir. Özel hukuk (medeni hukuk) hekimin sağlık ve tıp hukukuna ilişkin kuralları ihlal etmesi ve bu ihlalle hastaya olan sorumluluklarını doğru şekilde yerine getirememesi halinde hekime idari ve cezai ceza verilmesi yönünde karar almış, dolayısıyla hukuki sorumluluğu idari ve cezai yapılanmayla tamamlamıştır (Özpınar, 2007: 2).

Hekim sorumluluğu; hekimin meslek pratiği ve icrası sırasında tıp bilgisinden kaynaklı olarak tutulduğu sorumluluk biçimi olup, hekimin mesleği doğru şekilde icra etmesini sağlayacak bilinçli eylemleri kapsamaktadır. Doktrinde hekim sorumluluğu medeni hukuk, idare hukuku ve ceza hukuku yönünden ele alınmış ve değerdendirilmiştir. Medeni hukuk yönünden hekimin sorumluluğu, Borçlar Kanunu madde 49'a dayanarak hekimin bilerek veya bilmeyerek hastasına zarar vermesi halinde sorumlu tutulmasıdır. Hekim bu sorumluluk kapsamında zararı karşılamak zorundadır. İdare hukuku ise hekim sorumluluğuna sağlık kuruluşları yönünden bakmakta ve bu kuruluşların hasta sağlığı ve güvenliğini korumakla yükümlü olduğuına inanarak hareket etmektedir. Medeni hukuk açısından hekim yaptırımını göz önüne alınırken, İdare hukuku ise sağlık kurum ve kuruluşlarının yaptırımını göz önüne almaktadır. Son olarak ceza hukuku yönünden

hekim sorumluluğuna bakıldığında hekim veya hastanenin kusura sahip olması halinde sorumluluk kapsamı değerlendirilmektedir (Kalemoğlu, 2017: 6).

Hekimin sorumluluğu; mesleği ve mesleğinin kapsamından ötürü mesleki, idari, cezai ve hukuki boyuttur. Hekimin mesleki sorumluluğu Türk Tabibler Birliği'ne, idari sorumluluğu bağlı olduğu sağlık kuruluğuına, cezai sorumluluğu Türk Ceza Kanunu'na, hukuki sorumluluğu ise Borçlar Kanunu'na dayanmaktadır. Hasta ile hekim arasındaki ilişkinin çerçevesine bakıldığında sözleşmeden kaynaklı sorumluluk, haksız fiil sorumluluğu ve vekaletsiz iş görmeden kaynaklı sorumluluk gibi üç temel sorumluluk tipi oluştuğu görölmektedir.

Hekimin tıbbi müdahaleye ilişkin hukuki sorumluluğu, haksız fiilden kaynaklanabilmekle birlikte, hasta ile akdedilen bir sözleşmeden veya özellikle hastanın rızasının alınamadığı durumlarda vekaletsiz iş görmeden doğabilir (Nart, 2020: 238).

İlaç tedavilerinde hekim ve hasta arasındaki hukuki ilişki, tıbbi sözleşmeye, vekaletsiz iş görmeye veya haksız fiile bağlı olabilmektedir. Böylece hekimin hukuki sorumluluğuna ilişkin koşullar, sorumluluğun dayandığı hükümlere göre değerlendirilecektir. Bu nedenle, bir hekimin sözleşmeden doğan yükümlölüklerini ihlal etmesi durumunda, Türk Borçlar Kanunu'nun 112. maddesi ve diğer hükümlerine göre sorumlu tutulacaktır. Öte yandan, hekim ile hasta arasında böyle bir sözleşmenin bulunmaması halinde, hekimin mesleki yükümlölüklerine aykırı hareket etmesi halinde, Türk Borçlar Kanunu'nun 49. maddesi ve diğer hükümlerine göre haksız fiilden sorumludur. Vekaletsiz iş görmenin sorumluluğu da Türk Borçlar Kanunu'nun 527. maddesine göre belirlenir (Nart, 2020: 265).

Sorumsuzluk sözleşmesi, sorumluluğun doğması için kanunun öngördüğu temel şartlar bulunsa dahi, kanunun bu sorumluluğa bağladığı hukuki sonuçların doğmamasını engeller. Sorumluluk reddi, borçlunun sözleşmeden doğan ifa yükümlölüğünü ve tali yükümlölüklerini etkilemez. Zira sorumsuzluk sözleşmesinin borçlunun edimi ifa ederken göstermesi gereken özen yükümlölüğüne bir etkisi yoktur. Çünkü feragatname ile borçlunun sözleşmeden doğan asli edim yükümlölüğü hiçbir şekilde azaltılmayacak, hafifletilmeyecek veya değiştirilmeyecektir.

3.2.1.Haksız Fiil Sorumluluğu

Hasta ve hekim arasında geçerli bir sözleşmenin bulunmadığı durumlarda, vekâletsiz iş görme şartları da bulunmuyor ise, hekim haksız fiil unsuruna dayanarak sorumlu tutulabilir (Özdemir, 2016: 39).

Haksız fiil nedeni ile hekimin sorumlu tutulabilmesi için hastasına kusurlu bir davranışla zarar vermiş olması ve bu davranışı ile hastada oluşan zarar arasında uygun bir nedensellik bağının bulunması gerekmektedir. Böyle bir durumda hekim, hastasına uğramış olduğu zararları tazmin etmekle yükümlü olacaktır.

Hastanın haksız fiil halinde uğradığı zararların Türk Borçlar Kanunun'un 49. maddesine istinaden tazmin edilmesi gerekir. Böyle bir durumda hasta hekim tarafından uğramış olduğu maddi ve manevi zararlarının giderilmesini talep edebilir (Nart, 2020: 261).

Tıbbi müdahale gerçekleştirilirken zarar durumu söz konusu olduğunda çoğu zaman olaylarda haksız fiil ve sözleşmeye aykırılık bir arada bulunabilmektedir. Örneğin, hekimin özen yükümlülüğüne bağlı kalmayarak, hastanın tedavi edilmesi gereken organı yerine sağlıklı organını ameliyat etmesiyle hem maddi hemde manevi zarara sebep olması, sözleşmesini ihlal etmesi nedeniyle sözleşmeye dayanan sorumluluğuna sebep olacağı gibi, haksız fiil sorumluluğunu da ortaya çıkarmaktadır. Hasta bu durumda, tazminat talebini haksız fiil ya da sözleşmeden doğan sorumluluğa istinaden iki yoldan dava edebilir. Türk Borçlar Kanunu'nun 60. maddesinde "*Bir kişinin sorumluluğu, birden çok sebebe dayandırılabilir hâkim, zarar gören aksini istemiş olmadıkça veya kanunda aksi öngörülmedikçe, zarar görene en iyi giderim imkânı sağlayan sorumluluk sebebine göre karar verir.*" olarak düzenlenmiştir (Özdemir, 2016: 39).

Hasta sözleşmeye aykırılık sebebine dayanarak dava açtığında hekimin gereğini yaptığına ve sözleşme yükümlülüklerini yerine getirdiğine ilişkin ispat hekimin yükümlülüğündedir. Ancak hasta gördüğü zararı haksız fiil sebebine dayandırırdığında, hastanın gördüğü zarar ile hekimin tıbbi davranışı arasında illiyet bağını ispat yükümlülüğü olmakta ve bu durumun hastanın aleyhine olduğu görülmektedir. Bunun nedeni gerçekleştirilen tıbbi müdahalelere dair hastanın gerekli mesleki bilgilere sahip olmaması, hekimin kusuru ispatlamasını zorlaştırmaktadır. İspat yükünün olması sebebi ile hastalar hukuki yola başvururken sözleşmeye aykırılık yerine haksız fiil daha çok tercih edilen yoldur.

Hasta için ispat açısından sözleşme sorumluluğuna başvurması daha avantajlı olmaktadır. Aksi halde haksız fiil sorumluluğunda hasta hekimin kusurunu ispat etmekle yükümlü olmaktadır (Çakır, 2018: 36).

Hekimin gerçekleştirdiği eylemler gibi bazende gerçekleştirmediği eylemlerde haksız fiil oluşturabilmektedir. Gerçekleştirilmeyen eylemle ilgili bir örnek olarak hekim mesai dışında ve yolda iken bir trafik kazasına şahit olur ve yaralılara müdahale etmeden devam ederse veya uçak yolculuğu sırasında fenalaşan yolcuya müdahale etmediğinde sorumlu tutulabilmektedir. Hekimin acil müdahale sorumluluğu Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 3. maddesinde *"Tabip, vazifesi ve ihtisası ne olursa olsun, gerekli bakımın sağlanamadığı âcil vakalarda, mücbir sebep olmadıkça, ilkyardımda bulunur"* şeklinde açıkça düzenlenmiştir (Nart, 2020: 253).

Hekimin gerçekleştirmediği eylemden dolayı sorumlu tutulabilmesi için hekimin eylemi olumlu olsaydı hasta zarar görmekten kurtulacaktı denilebiliyorsa gerçekleştirmeme eyleminden dolayı sorumluluk doğacaktır. Hekimin her ne kadar acil müdahale yükümlülüğü bulunsada kendisini kendisini tehlikeye atacak ve imkânsız davranışlarda bulunması beklenemez (Nart, 2020: 254). Bir davranışın haksız fiil oluşturabilmesi için dört ana unsur gereklidir. Bu unsurlar aşağıda incelenecektir.

3.2.2. Hukuka Aykırı Fiil

Hasta ve hekim arasındaki ilişkide oluşan haksız fiil sorumluluğunda varlığı zorunlu olan unsurlardan biri, hukuka aykırı bir fiilin varlığıdır. Bu nedenle, hekimin haksız fiil sorumluluğundan söz edebilmek için tıbbi müdahale şeklinde bir fiilin bulunması gerekir.

Hekimin tıbbi müdahalesinin hukuka uygun olarak gerçekleşmesi hekimin hukuki olarak sorumluluğunu doğurmaz. Ancak hekimin haksız fiilden sorumlu tutulabilmesi için gerçekleştirdiği tıbbi müdahalenin hukuka aykırı olması, yani tıp bağlamında hatalı bir tıbbi müdahale olarak kabul edilmesi gerekir. Tıbbi müdahalede bireyin haklarına yönelik saldırılar, hukuka aykırılık ilkesini oluşturmaktadır. Türk Medeni Kanunu'nun 24. ve Türk Borçlar Kanunu'nun 47. maddelerinde kişisel haklara yapılan saldırıların hukuki sorumluluğa neden olacağı belirtilmektedir (Işık, 2010: 122).

Türk Medeni Kanunu'nun 24. maddesi ikinci fıkrasında; "*Kişilik hakkı zedelenen kimsenin rızası, üstün nitelikte özel veya kamusal yarar ya da kanunun verdiği yetkinin kullanılması sebeplerinden biriyle haklı kılınmadıkça, kişilik haklarına yapılan her saldırı hukuka aykırıdır.*" ifadesi ile müdahalenin hukuka uygun ve aykırı bulunduğu haller açıkça ifade edilmiştir.

Bir fiili gerçekleştirmek kadar gerçekleştirmemekte hukuka aykırılık teşkil edebilir. Gerçekleştirmeme olarak meydana gelen davranışın haksız fiil sayılabilmesi için, bu eylemi gerçekleştirme yükümlülüğünün bulunması gerekir. Acil durumlarda müdahalede bulunması gereken hekimin, herhangi bir müdahalede bulunmaması da bu kapsamda olup hukuka aykırılık teşkil etmektedir (Işık, 2010: 124). Hasta ile hekim arasındaki sözleşme, vekâlet veya eser sözleşmesi olarak nitelendirildiğinde, TBK'daki ilgili hükümlerde uygulanacaktır.

3.2.3. Kusur

Haksız fiilin unsurlarından biri kusurdur. Kusur; kast ve ihmal şeklinde iki perspektifte ele alınmaktadır. Bir davranışın hukuk düzeninde kınanılabilir olmasını ifade eden kusur, kast halinde hekimin kendi iradesiyle bile isteye kusurlu eylemi gerçekleştirmesidir. Örneğin; hekim daha fazla ücret almak için ilaçla tedavi yerine ameliyat yolunu seçtiğinde hastanın ameliyat sonrasında uğrayacağı zarar kasttır. Kast; hekimin bile isteye zararlı sonucu doğuran eylemleriyle doğrudan kast, hekimin sonucu doğrudan tahmin etmeden, ancak riski bilerek giriştiği eylemleriyle dolaylı kast şeklinde tezahür eder. İhmal ise gerekli önlemlerin yeterli düzeyde alınmadığı, dikkat ve özenin eksik gösterildiği durumlarda ortaya çıkmaktadır. Hekim hasta ile ilişkisinde ihmalden sorumludur. İhmalin ağır veya hafif olması bu gerçeği değiştirmemektedir (Kuğuoğlu vd. 2009: 87).

Hekimin haksız fiilden sorumlu olabilmesi için hukuka aykırı hareketinde kusurlu davranması gerekir. Türk Borçlar Kanunu'nda hekimin hastasına kusurlu, hukuka veya ahlaka aykırı bir şekilde zarar vermesi durumunda, meydana getirmiş olduğu zararı tazmin yükümlülüğü olduğu ifade edilmektedir (Güneş, 2014: 81).

Hekimin ortalama bir hekime nazaran daha az bir yetenek ve niteliğe sahip olması sorumluluktan kurtulacağı anlamına gelmemektedir. Bu noktada hekimin kendini geliştirme yükümlülüğünün önemi ortaya çıkmaktadır. Hekimin güncel bilgi ve gelişmeleri takip etmemesi nedeniyle hastasına kullanılmayan bir reçete düzenlemesi durumunda hekimin bu davranışı

ortalamanın altında bir davranış olarak kabul edilir. Hekimin kusurunun belirlenmesinde hekim yorgunluğu, duygu durumu, depresyonda olması gibi durumlar mazeret olarak kabul edilmez (Nart, 2020: 258).

3.2.4. Zarar

Hekimin sorumluluğundan söz edebilmemiz için, hekimin kusurlu ve hukuka aykırı davranışı ile müdahale ettiği hastasının sağlığında maddi veya manevi zarar meydana getirmiş olması gerekmektedir. TBK 49. maddesine istinaden zarar veren kişi zarar görene verdiği her türlü zararı gidermek zorundadır. Yine TBK'nun 50. maddesinde zarar veren kişinin zarar verdiği dair ispat, zarar gören kişiye aittir. Hasta hekimden haksız fiile dayanarak talepte bulunduğu; hukuka aykırılığı, illiyet bağı ve zararı ispatla yükümlü olmaktadır. Sözleşmeye dayalı talebinin aksine hasta haksız fiil talebinde bulunduğu hekimin kusurunun varlığını da ispat etmekle yükümlüdür. Fakat hekimin meslek kurallarına aykırı davranması, kusurun varlığı hakkında bir öngörü oluşturmaya sebebi ile hastanın hekimin meslek kurallarına aykırı davranışta bulunduğunu ispatlaması yeterlidir (Güneş, 2014: 81).

3.2.5. İlliyet

Hekimin haksız fiilden kaynaklanan sorumluluğunda hastaya verdiği zarar ile hukuk dışı davranışı arasında uygun illiyet (nedensellik) bağının bulunması gerekmektedir. Hekimin zarar veren hukuk dışı davranışını hastanın ispat yükümlülüğü olduğu gibi aynı zamanda zararlı eylem ile zararlı sonuç arasında makul bir illiyet (nedensellik) bağı da kanıtlanmalıdır. Hekimin zarar hukuk dışı davranışı ile zarar arasında kuvvetli ihtimalin bulunduğu durumlar ispat için yeterli sayılır (Güneş, 2014: 82).

3.3. Sözleşmeden Doğan Sorumluluk

Hasta ile hekim arasında özel hukuka dayanan hukuki işlemlerin başında tedavi sözleşmesi yapılması gelmektedir. Tedavi sözleşmesi, özel ve kamu hastanesinde çalışmayan, hekimlik görevini serbest olarak icra eden hekimin hasta ile arasında imzalanan sözleşmedir. Bu sözleşme ile hekim hastanın tedavisini gerçekleştirme ve hastayı eski sağlık durumuna kavuşturma adına yükümlülük altına girmektedir.

Özel hukukta hasta ile hekimin (bilhassa serbest çalışan hekim) arasındaki sözleşmeden kaynaklı olarak, hekimin hastaya sunduğu hizmeti nitelikli kılan sorumluluk türü sözleşme kaynaklı sorumluluktur. Bu sorumluluk bilhassa Kara Avrupası hukuk sisteminde Culpa in Contrahendo'dan doğan sorumluluk olarak da bilinmekte, sözleşmenin taraflarından hekimin hastanın haklarını yaşam, sağlık, mülkiyet ve malvarlığı yönünden koruyacağına ilişkin verilen sözü hukuk önünde de tasdik ettiği bir sözleşmenin borcudur. Hukuki niteliği oldukça tartışmalı olan ve doktrinde halen üzerine uzlaşma sağlanmayan bu sorumluluk, bilhassa sözleşmenin niteliğini de gündeme taşımaktadır. Hasta ve hekim arasında yazılı bir sözleşme olmaması, var olan sözleşmenin kuruluş biçimi de hekimin sorumluluğunu muammada bırakmaktadır. Kimi görüşlere göre sözleşmeden doğan sorumluluğun temelinde madden varlığı geçerli, yazılı bir sözleşme olması gerekirken; kimi görüşler ise sözleşme kurma niyeti olmaksızın hasta ile hekim arasında tedavi sürecine yönelik yapılan, ileriye yönelik tedaviyi gerçekleştirme adına plansız görüşmelerin de sözleşme kapsamında değerlendirilebileceğine ilişkindir (Eren, 2015: 1108).

01.02.1999 tarihli TTB Hekimlik Meslek Etiği Kurallar çerçevesinde madde 26 hekimlik sözleşmesinden kaynaklı olarak bu sorumluluğu aydınlatılmış onam sorumluluğu olarak görmekte ve hekimin hasta ile karşılıklı anlaşmasının etik bir gereği olarak anlamlandırmaktadır. Hekimin hastaya uygulayacağı tedavinin her aşamasında taşıdığı riskleri belirtmesi, tedavinin sonuçlarını hastaya tüm yönleriyle aktarması hekimin görevi olarak belirtilmiştir. Hekim hem hekimlik sözleşmesi, hem de meslek etiği açısından bu çerçevede davranmak zorundadır. Yine bu çerçevede hekim sözleşme kapsamında hastaya o anda konulan tanı, önerilen tedavi türü, tedavi türünün tüm riskleri ve başarı şansı, tedavinin ne şekilde kimler tarafından ne zaman yürütüleceği, tedavinin kabul edilmemesi durumunda yaşanacak sorunlar, hastanın beklentilerinin ne oranda gerçekleşeceği konusunda hastayı detaylı şekilde bilgilendirmelidir. Sözleşme kapsamında olmayan, yani hekimin sözleşmeden doğan sorumlulukları çerçevesine alınmayacak durumlar ise; hasta sorumluluğunda olan rutin muayeneler, kişide büyük bir zararın önlenmesi adına yapılan acil müdahaleler, uyuşturucu gibi madde bağımlılığından doğan suçlar, bulaşıcı hastalık konusunda devlet emirlerinin uygulanması, gıda zehirlenmeleri ve kamu sağlığı açısından zorunluluk gerektiren tedavi türleridir (Kuğuoğlu vd. 2009: 87).

Hekimin sözleşmeden doğan yükümlülüklerinin ihlalini ise kusurlu ifa imkansızlığı, gereği gibi ifa etmeme ve temerrüt olarak üçe ayırmak mümkündür. Kusurlu ifa imkansızlığı, hasta ve

hekim arasında sözleşmenin geçerli bir biçimde kurulmasından sonra hekimin kusurlu davranışı nedeniyle, hekimin yapacağı tedavi ya da işlemin sürekli ve kesin olarak ifasının mümkün olmamasıdır. Böyle bir durumda, Türk Borçlar Kanunu'nun 112. maddesi ve diğer hükümleriyle düzenlenen sözleşmeye (borca) aykırılık (borcun gereği gibi ifa edilmemesi) hükümleri uygulanır. Gereği gibi ifa etmeme, ifanın şekil ve unsurlarına uygun olmayan ihlalleri, yani kötü ifayı, ayıplı ifayı tanımlamaktadır. Borcun gerektiği gibi ifa edilmemesi halinde, Türk Borçlar Kanunu'nun 112. maddesi ve diğer hükümleri uygulanır. Bu durumda, hasta (alacaklı), (eğer mümkünse) aynen ifayı hekimden talep edebileceği gibi, uğranılan zarara göre hekimden maddi veya manevi tazminatta talep edebilir. Hekim, ifanın kendi kusuru olmaksızın yapılamaz olduğunu ispat etmediği müddetçe, hastanın bu yüzden uğradığı zararını tazmin etmekle yükümlüdür. Kanun, görevini ifa etmeme halinde hekimin (borçlunun) kusurlu davranışı olduğunu kabul etmekte, aksini ispat etmek ise hekime (borçluya) düşmektedir (Nart, 2017: 763).

Hekimin yapacağı hekimlik sözleşmesi, genel hükümlere tabidir. Hasta ve hekimin karşılıklı olarak uygun irade beyanında bulunmaları durumunda aralarındaki sözleşme kurulmuş olur. Türk Borçlar Kanunu'nun 1. maddesine göre irade açıklaması, açık veya örtülü olabilir. Sözleşmenin kurulabilmesi için hasta ve hekimin irade beyanlarının belli bir şeklinin olmasına gerek yoktur. Çünkü hekim ve hasta arasındaki sözleşmenin kurulmasında şekil serbestisi geçerlidir. Hekimin, hastayı muayene etmek üzere odaya çağırması ve gerekli ön muayeneyi yapması ile sözleşme kurulur (Özdemir, 2016: 49).

3.3.1. Sözleşmeye Aykırılık

Hasta ile hekim arasındaki sözleşmede hukuka aykırılık, sözleşme ihlali anlamına gelmektedir. Hekim sözleşmeden doğan ana yahut yan yükümlülüklerini yerine getirmemesi ile hukuka aykırılık oluşur. Hekimin sözleşmeye bağlı olarak görevini yerine getirmemesi, görevini tıbbi standartlara uygun yerine getirmemesi veya görevi kötüye kullanma nedeniyle ihlal oluşabilir. Hekimin hastaya iyileşme garantisi vermesi mümkün olmamakla birlikte, görevini tıbbi standartlara uygun olarak yerine getirme yükümlülüğü vardır. Sözleşmeden doğan yükümlülüklerin tam veya gereği gibi yerine getirilmemesi durumunda, sözleşmenin ihlali sebebi ile tazminat sorumluluğu doğar (Görkey, 2021: 79).

Hekim ve hasta arasındaki bir sözleşmede, hastanın fiziksel bütünlüğüne veya dolaylı olarak ruh sağlığına makul olmayan herhangi bir müdahale hukuka aykırı olarak kabul edilir. Hekimin hukuka aykırı müdahalesi sonucu zarar gören hasta, hem maddi hem manevi olarak gördüğü zararın tazminini isteyebilir.

Tıbbi müdahalenin hukuka uygun bulunduğu haller Türk Medeni Kanunu'nun 24'üncü ve Türk Borçlar Kanunu'nun 63'üncü maddelerinde belirtilmiştir. Tıbbi müdahalenin hukuka uygun bulunan halleri; hastanın rızasının bulunması, üstün özel veya kamusal yararın bulunması ya da kanununi yetkinin kullanılmasıdır. Kamu düzeniyle de ilgili olduğu için hasta rızası her türlü tıbbi müdahaleyi yasallaştırmaz. Rızanın ahlaka ve kamu düzenine uygun olması durumunda yapılan müdahale yasal hale gelir. Örneğin acil şekilde müdahale edilmesi gereken hastanın yanında herhangi bir yakını olmaması ve hastanın bilincinin kapalı olması durumunda gerçekleştirilen tıbbi müdahalede hastanın üstün özel yararı bulunmaktadır (Görkey, 2021: 80).

3.3.2. Kusur

Hekimin sözleşmeden doğan sorumluluk ihlali yoluna gidilebilmesi için, hekimin hem hasta ile arasında kurulan sözleşmeyi ihlal etmiş olması hemde kusurunun bulunması gerekir. Hekimin kusuru hastalığın tanı aşamasında ortaya çıkabileceği gibi tedavi aşamasında da ortaya çıkabilir. Tanı aşamasında kusur olarak nitelendirilebilecek bir durum, özen yükümlülüğünü yerine getirmeyerek hastadan yeterli öykü almaması, gerekli tahlilleri talep etmemesi gibi durumlardır. Tanı aşamasının doğru bir şekilde tamamlandığı durumlarda dahi tedavi aşamasında tedavi aşaması da yanlış ilaç reçete edilmesi, eksik ilaç reçete edilmesi gibi kusurlu olabilir. Kusur kast veya ihmal şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Güneş, 2014: 73).

Kast, fazla görülmeyen bir durum olmakla beraber, daha çok endikasyonun bulunmadığı durumlarda, hastadan daha fazla ücret alabilmek amacı ile bilerek ve isteyerek yanlış tedavi uygulaması; tedavi süresini bitmesine rağmen uzatması; gereksiz olmasına rağmen hastaya cerrahi müdahale gerçekleştirilmesi; belli amaçlarla hastayı bilerek zehirlemesi gibi gerçekleştirilen davranışlar kast olarak nitelendirilir (Hakeri, 2019: 450).

Hekim hastasına dolaylı şekilde de kast ederek zarar verebilir. Buna örnek olarak; hekimin, uygulayacağı deneysel bir ilacın hastaya yan etkilerini öngörmesine rağmen göze alarak uygulamasında dolaylı kasttan sözedilebilir (Güneş, 2014: 74).

İhmal ise genel olarak özen eksikliğini ifade etmekte olup, hukuka aykırı olarak ortaya çıkan zararın istenmeyip, bununla birlikte ortaya çıkan bu zararın meydana gelmemesi için gerekli dikkat ve özenin gösterilmemiş olmasını ifade eder.

İhmal değerlendirilirken yaşanan olay ve durumda ortalama bir hekimin göstermesi gereken özen ölçüsü esas alınır. Değerlendirme yapılırken gerçekleştirilen tıbbi müdahalenin zorluğu ve tehlikesi de göz önünde bulundurulur. İhmal değerlendirilirken hekimin yorgun olması, uykusuz olması gibi özel durumları bir gerekçe olarak dikkate alınmaz (Hakeri, 2019: 451).

İhmal, hafif ihmal ve ağır ihmal olarak ikiye ayrılır. Ağır ihmal, benzer şartlar altında görev yapan ortalama bir hekimin göstermesi gereken özeni göstermeyip, alması gereken önlemlerin alınmamış olmasını; hafif ihmal ise ancak dikkatli ve uzman kişilerin göstereceği özenin ve alacağı tedbirin uygulanmamış olmasını ifade eder. İhmalin ağır veya hafif olması, tazminatın hesaplanmasında önemlidir (Güneş, 2014: 76).

3.3.3. Zarar

Hekimin sorumluluğundan bahsedebilmemiz için hastada bir zarar meydana gelmiş olması gerekir. Yani sözleşmeyi ihlal eden hekim eğer hastasında bir zarar meydana gelmemiş ise sorumlu tutulamaz. sözleşmenin ihlal edilmesinin yanında ayrıca hastanın da zarara uğraması gerekir. Hekimin sözleşmenin ihlal etmesi ile hastada maddi ya da manevi zarar ortaya çıkabilir (Hakeri, 2019: 451).

Zarar dar ve geniş kapsamda farklı anlamlar içermekle birlikte, genel olarak kişinin maddi varlığına ve kişilik yapısına verilen zararı ifade etmektedir. Sağlık maddi sonuçlarını hastanın anlayabildiği, daha çok soyut özellikleriyle ön plana çıkan bir kavramdır. Bu nedenle sağlığa ilişkin zararın da tam anlamıyla ölçülmesi mümkün değildir. Ancak literatürde yapılan araştırmalar doğrultusunda hastanın hekimin uygulayacağı tedaviyle birlikte kavuşacağı sağlık durumu ile mevcut durumu arasındaki karşılaştırma zararın maddi yönünü ifade etmektedir (Çakmut, 2003: 39).

Zarar, hastanın malvarlığında bir azalma olarak görülebileceği gibi, normal şartlarda artması gereken malvarlığının artmaması veya giderek azalması, kazanç kaybı, olarakta ortaya çıkabilir. Örneğin; hekimin Gut hastalığına sahip hastasının gerekli tetkiklerini yapmayıp

hastalığının rutin yorgunluğa bağlı olduğunu düşünerek sadece ağrı kesici reçetesi ile tedavi uygulaması ve bunun sonucunda hastanın çalışamayacak duruma gelmesi malvarlığında fiilen bir azalma meydana geleceğinden buradaki zarar maddi zarardır (Güneş, 2014: 78).

Manevi zarar ise para ile ölçülemeyecek derecede büyük olan, daha çok hatalı tedavi ile hastanın uğradığı mevcut durumu ortaya çıkaran zarardır. Hekimin kusurlarının belirlenmesi halinde, yasalar önünde suçlu çıkması ve kast durumuna bağlı olarak kanun koyucu hastaya, hasta ölmüş ise birinci derece yakınlarına hekimin tazminat ödemesi gerektiğine karar vermektedir (Çakmut, 2003: 39).

3.3.4. İlliyet Bağı

Hekimin hastasına özensiz davranarak bu yükümlülüğünü ihlal etmiş olması sorumlu olması için yeterli değildir. Hekimin sorumluluğundan bahsedebilmemiz için sözleşme ile yüklendiği özen yükümlülüğüne aykırı davranışı ile hastasında meydana gelen yaralama veya ölüm sonucu ile arasında uygun illiyet bağı (nedensellik) bulunması gerekir (Hakeri, 2019: 452).

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 2017/5600 Esas Nolu, 2020/5453 Nolu Kararında :

"Davacı, psikiyatri uzmanı davalı doktora tedavi için başvurduğunu, davalı doktorun kendisine reçete yazdığını, ancak ilaçların yan etki göstererek davacının vücudunda ve gözünde yanıklara sebep olduğunu ve davacının çalışamaz duruma geldiğini belirterek fazlaya ilişkin hakları saklı kalmak kaydıyla 1.000,00 TL maddi tazminat ile olay nedeniyle duyulan ızdırap ve elem karşılığı 50.000,00 TL manevi tazminata hükmedilmesini talep ve dava etmiştir." Konu ile ilgili olarak yargıtay ise "Davacıda oluşan tablonun ilacın yan etkilerinden olup olmadığı, bu yönde prospektüsünde herhangi bir uyarının yer alıp almadığı, bu kapsamda davacıya herhangi bir uyarının yapıp yapılmadığı, ilacın dozunun yeterliliği, doz aşımı olup olmadığı ve neticeten davacının itirazlarını karşılar nitelikte yeterli bir bilirkişi incelemesi bulunmadığı, karara esas alınan adli tıp raporunun denetime imkan verir nitelikte gerekçelendirilmediği ve karara esas alınamayacağı anlaşılmaktadır." sebeplerine dayanarak reddedilen davanın hükmünün bozulmasına ve yeniden yargılanmasına karar vermiştir. İlgili kararda hekimin reçete düzenlerken hastasına yan etkiler ve tıbbi durumu hakkında bilgi vermesinin önemi görülmüştür.

3.4. Vekâletsiz İş Görme

Türk Borçlar Kanunu’nun 502. maddesine göre “*vekalet sözleşmesi, vekilin vekalet verenin bir işini görmeyi veya işlemi yapmayı üstlendiği sözleşmedir*”. Bu maddeye göre hekim de hastaya gerekli teşhis, tedavi gibi tıbbi müdahalelerde bulunarak iş görme edimini yerine getirmektedir (Arslan, 2020: 410).

Türk Borçlar Kanunun 502. maddesinin ikinci fıkrasında “*vekaletle ilişkin hükümler, niteliklerine uygun düştükleri ölçüde, bu kanunda düzenlenmemiş olan işgörme sözleşmelerine de uygulanır*” geçen ifadelerle istinaden vekalet sözleşmesinin hekim ve hasta arasında da kurulabileceği açıkça görülmektedir. Bu hüküm uyarınca vekâlet sözleşmesinde vekil, müvekkilinin yararına olacak bir sonuca yönelik bir işi sadakat ve özenle yerine getirmeyi, başarılı sonuç alamaması hekime ait olmamak üzere, belli ölçüde bağımsız olarak yapmayı üstlenmektedir. Fakat hekim vekâlet sözleşmesi ile kesin bir sonucu garanti etmediğinden, sözleşmeye istinaden üstlendiği görevi, özenli ve dikkatli bir şekilde yapması edimin ifası için yeterlidir (Nart, 2017: 766).

Başka bir deyişle, hekim ile hasta arasındaki vekâlet sözleşmesinin en önemli özelliği, hekimin hastanın iyileşmesini veya herhangi bir sonuç alacağını garanti etmemesidir. Bir vekâlet sözleşmesinde hekim yaptığı işi özenle yapmakla yükümlüdür ve sonucun başarısızlığından sorumlu değildir (Arslan, 2020: 410).

Hekimin hayati tehlikesi bulunan veya ciddi bir şekilde yaralanmasını önlemek amacı ile bir hastaya müdahale etmesi durumunda hasta ile hekim arasında sözleşmeye dayalı bir ilişki yoktur. Hekim ve hasta arasında sözleşmenin bulunmadığı ve hastanın izninin olumlu veya olumsuz bulunmadığı durumlarda, doktorun hasta lehine tıbbi müdahalesine vekâletsiz iş görme denir. Örneğin, hastane acil servisine bilinci kapalı bir şekilde getirilen hastaya, hekimin özen yükümlülüğüne bağlı kalarak yapacağı müdahale Türk Borçlar Kanunu’nun 526. ve 527. maddelerinde düzenleme altına alınan vekâletsiz iş görme olarak kabul edilir ve hukuka uygun görülür. Benzer olarak, bir restoranda ya da bir gezi sırasında aniden fenalaşan bir kişiye, orada bulunan bir hekimin hemen müdahalede bulunması yine vekâletsiz iş görme hükümlerine göre değerlendirilir. Böyle durumlarda, yapılan müdahalenin hastanın varsayılan rızasına ve üstün yararına yönelik bir tıbbî müdahale olduğundan, Türk Medeni Kanunu’nun 24. maddesi ikinci

fıkrasına dayanarak bunun haksız fiil olarak değerlendirilmesi mümkün değildir (Özdemir, 2016: 37).

Kaza veya kriz anlarında hastanın kendisine yönelik yapılan müdahaleye ses çıkaramayacak olması, aynı zamanda hastanın içinde bulunduğu durumun zorunluluk hali içermesi hekimin kendisine başvurulmasında meslek gereği müdahale etmesini gerekli kılmaktadır. Bu durumda vekâletsiz iş doğrudan kendiliğinden ortaya çıkmakta, hekim mesleğinin bir gereği olarak iş görme yükümlülüğü altına kendiliğinden girmektedir; ancak kendiliğinden ortaya çıkan durumda hekimi çağıran kişinin bir başkası olması ve hekimin uygulayacağı müdahalenin ücretini ödemeyi taahhüt etmesiyle birlikte vekâletsiz iş gören hekim değil, hekimi çağıran kişi olacaktır.

Vekâletsiz iş görme hükümlerinin geçerli olduğu durumlardan bir diğeri ise, ameliyat sırasında beklenmedik ve kritik bir durumun ortaya çıkmasıdır. Normal şartlarda hekim hastasını bilgilendirir ve rızasını alır ve böylece tıbbi müdahale başlar. Ancak, operasyon sırasında tıbbi müdahale devam ederken daha önceden tespit edilememiş olan ani ve müdahale edlimesi gereken bir durum ortaya çıkarsa ve hekim hastasının bu duruma yönelik rızasını almadığı halde (hastanın varsayılan rızasına dayanarak) ameliyatına devam ettiği takdirde yine vekâletsiz iş görme olarak edilir. Burada doktorun amacı hastayı ciddi bir yaralanmadan kurtarmak veya hastanın hayatını kurtarmaya yöneliktir. Bu amaçla hastasına müdahale eden hekim, hasta ile arasında bir sözleşme var olduğundaki gibi gereken özeni göstermekle yükümlüdür. Vekâletsiz iş görmeye dayanarak müdahalede bulunan bir hekimin bu davranışı, kendisine sözleşmeli olarak tedavi eden hekimden daha az dikkatli olma hakkını vermez (Özdemir, 2016: 38).

Hekim tarafından gerçekleştirilen müdahale, hastanın müdahale öncesinde tedaviyi reddettiği bilindiği halde yapılır ise, hekim bu müdahale sebebi ile ortaya çıkan bütün zararlardan ve kazalardan sorumlu tutulur. Fakat hastanın olumsuz kararı hukuka ve ahlaka aykırı bulunduğu bu karar dikkate alınmayacağı gibi, haksız fiil sebebi ile bir zarara uğrayan hastanın, yapılacak müdahale ile zararının artmasına engel olmanın mümkün olduğu hallerde, bu müdahaleye rıza göstermemesi bir ortak kusur niteliğinde kabul edilir (Özdemir, 2016: 39).

3.5. Hekimin Cezai Sorumluluğu

Hekimlerin hastalarına tıbbi müdahalede bulunduğu durumlardaki amacı insan hayatına doğru bir müdahale olup bu amaca uygun olmayan kasıtlı veya taksirli eylemlerinden dolayı özel

hukukun yanında ceza hukuku bakımından da sorumlulukları ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla hekimlerin eylemlerinin suç teşkil ettiği durumlarda ceza hukuku kuralları uygulanır.

Hekimlerin kastları veya ihmallerinden dolayı ortaya çıkması muhtemel olan suç tipleri; kasten öldürme veya yaralama, ötenazi, taksirle öldürme ve yaralama, görevi kötüye kullanma, rüşvet, irtikap, evrakta sahtecilik – gerçeğe aykırı belge düzenleme, kişisel verilerin açıklanması, suçu bildirmeme suçu, insan üzerinde deney, organ ve doku ticareti suçu, çocuk düşürtme suçu gibi suçlar olabilir. Aşağıda hekim tarafından işlenebilecek ve uygulamada en çok görülebilecek suç tipleri anlatılmıştır.

3.5.1. Taksirle Yaralama ve Öldürme

Hekimlerin suçlarına dair kararlar incelendiğinde genel olarak hekimlerin taksirle yaralama ve öldürme suçundan dolayı yargılandıkları görülmektedir. Hekimlerin özensiz davranışı ve dikkatsizliği sonucunda hastanın zarara uğraması gibi durumlarda hekimlerin taksirli olarak sorumlu oldukları kabul edilmektedir.

Taksirle öldürme suçu Türk Ceza Kanunu'nun 85. maddesinde “*Taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi, iki yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.*” şeklinde düzenlenmiş olup, ayrıca Türk Ceza Kanunu'nun 89. maddesinde de “*Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.*” taksirle yaralama suçu düzenlenmiştir. Taksir ve kasıt ile işlenen suçların arasındaki fark ortaya çıkan sonucun istenilip istenilmediğidir. Hekim eğer suçu bilerek işliyorsa kastının, ancak sonucu öngörmemesi veya öngördüğü sonuca rağmen kendi tıbbi yetilerine güvenmesi durumunda ise taksirinin olduğu kabul edilmektedir.

Hekimin özen yükümlülüğüne aykırı davranışı sonucunda yanlış teşhis ve tedavi uygulaması ve hastanın zarara uğramasında hekimin taksirli sorumluluğu mevcuttur. Dolayısıyla hekimden objektif olarak öngörüleebilecek riskleri yani herhangi bir meslektaşının da görebileceği olası riskleri öngörerek gerekli önlemleri alması ve gereken özen ve dikkati göstermesi beklenmektedir.

Hekimin hastasına karşı özenli ve dikkatli tıbbi müdahalesine rağmen bazen müdahaleler olumsuz sonuçlanabilmektedir. Bu sonuçlar tıbbi literatürde “komplikasyon” denilmekte olup, tıbbın kabul ettiği normal riskler çerçevesinde olduğu için hekime sorumluluk yüklenmemekte, sorumluluğunun dışında gelişmektedir.

Taksirle yaralama suçunun hükme bağlandığı Türk Ceza Kanunu’nun 89. maddesinin 2. ve 3. fıkralarında belirtilen sonuçlar ortaya çıktığında taksirle yaralama suçunun nitelikli halinden söz edilir. Türk Ceza Kanunu’nun 89. maddesinin 2. fıkrasında düzenlenen ağırlaştırıcı nedenler;

“Taksirle yaralama fiili, mağdurun; a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına, b) Vücudunda kemik kırılmasına, c) Konuşmasında sürekli zorluğa, d) Yüzünde sabit ize, e) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma, f) Gebe bir kadının çocuğunun vaktinden önce doğmasına, neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, yarısı oranında arttırılır.”

Türk Ceza Kanunu’nun 89. maddesinin 3. fıkrasında düzenlenen ağırlaştırıcı nedenler; *“Taksirle yaralama fiili, mağdurun; a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine, b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine, c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına, d) Yüzünün sürekli değişikliğine, e) Gebe bir kadının çocuğunun düşmesine, neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, bir kat arttırılır. Fiilin birden fazla kişinin yaralanmasına neden olması halinde, altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Taksirle yaralama suçunun soruşturulması ve kovuşturulması şikâyete bağlıdır. Ancak, birinci fıkra kapsamına giren yaralama hariç, suçun bilinçli taksirle işlenmesi halinde şikâyet aranmaz.”*

Hekimin taksiri incelenirken; davranışının iradi olması, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı davranması, gerçekleşen sonucun öngörülebilmesi fakat istenmemesi ve gerçekleştirilen eylemle sonuç arasında nedensellik bağının bulunması unsurları değerlendirilir (Ümit, 2017: 223).

Hekimin özen yükümlülüğüne aykırı bir tıbbi müdahale nedeniyle cezai sorumlulukla karşı karşıya kaldığı somut durumlarda tıbbi bir hata olup olmadığının tespiti için uygulamada bilirkişi desteği alınmaktadır (Ümit, 2017: 225).

Yargıtayın 12. Ceza Dairesi 2021/1533 esas, 2021/4641 nolu kararında “Devlet Hastanesi acil servisine grip şikayetiyle başvuran hastanın öldüğü olayda... "Adli Tıp Kurumu Genel Kurulunun 10/03/2016 tarihli raporunda çocuğun ölümünün virüs enfeksiyonuna bağlı gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğu", "112 ambulansla ... Eğitim ve Araştırma Hastanesine getirildiğinde gerekli muayenesinin yapıldığı, anamnez ve muayene bulguları neticesinde batın içi ... patolojilerin ön planda düşünülerek genel... konsültasyonu yapıldığı, ... Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çocuk ... bölümü ve hekimi bulunmaması nedeni ile İstanbul Üniversitesi... Tıp Fakültesi Çocuk... Kliniğinden konsültasyon istenilmesinin uygun olduğu, İstanbul Üniversitesi... Tıp Fakültesi Çocuk... Kliniğinde yapılan muayene ve tetkikleri neticesinde ... patoloji tespit edilmeyip tekrar ... Eğitim ve Araştırma Hastanesine geldiğinde genel durumunun hızla kötüleştiği, gerekli tıbbi müdahalenin yapılarak yoğun bakım servislerinde yer aranmasına rağmen bulanamaması nedeniyle Özel ... Hastanesine sevk edilme kararının uygun olduğu" tespit edilmiş ve yüklenen suç bakımından sanıkların taksirinin bulunmadığına karar verilmiştir. Görüldüğü üzere hekim gerekli özen ve tedavi yükümlülüğünü yerine getirdiği takdirde hekime suç isnat edilmemektedir.

Yine Yargıtay 12. Ceza Dairesi 2019/802 Esas Nolu 2021/2020 Nolu Kararında “Dosya içeriğine göre; sanığın acil serviste pratisyen hekim olarak görev yaptığı hastaneye saat 14:00 sularında, göğüs ağrısı ve öksürük şikayeti ile başvuran ve daha önce myokard enfarktüsü geçirdiğini beyan eden ölenin, sanık tarafından muayene edilerek EKG’sinin çekildiği; ancak sanığın inferior myokard enfarktüsü bulguları bulunan EKG’yi yanlış yorumlayarak EKG’de şüpheli bulguya rastlanmadığı kanaati ile ölenin mide rahatsızlığına ilişkin reçete düzenleyerek çıkışını yaptıktan sonra saat 17:30 sularında ölenin evinin önünde bir anda yere yığılarak hayatını kaybetmesi şeklinde meydana gelen ve ölüm sebebinin mevcut kalp damar ve akciğer hastalığına bağlı akut kalp yetmezliği olarak tespit edildiği olayda...” sanık hekim suçlu bulunmuş ve hekime taksirle ölüme sebep olma suçundan mahkumiyet verilmiştir.

3.5.2. Görevi Kötüye Kullanma Suçu

Görevi kötüye kullanma suçu Türk Ceza Kanunu'nun 27.maddesinde düzenlenmiş olup;

“Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan haller dışında, görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir menfaat sağlayan kamu görevlisi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan haller dışında, görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir kazanç sağlayan kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.” şeklinde açıklanmıştır. Görevi kötüye kullanma suçu kamu görevlilerine özgü bir suçtur.

Söz konusu suçun işlenebilmesi için görevin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle kişilerin mağdur edilmesi, kamuya zarar verilmesi veya haksız menfaat sağlanması gerekir. Bu zarar hem maddi hem de manevi olarak gerçekleşebilir. Kamu zararı ancak maddi hasar şeklinde gerçekleşebilir. Bireylerin mağduriyetine sebep olunan durumlarda maddi ve manevi hakların yani kişilik haklarının ihlal edilmesi mümkündür. Sağlık çalışanlarının kendilerine veya bir başkasına maddi veya manevi bir avantaj sağlaması durumu da haksız menfaati ifade eder (Farzaliyeva, 2019: 42).

Kamu görevlisi hekimlerin karşılaşılabileceği görevi kötüye kullanma suçu, genelde hekimin görevini geç yerine getirmesi ya da hiç yerine getirmemesi şeklinde oluşmaktadır. Hekimin yapacağı ameliyat için bıçak parası istemesi, hastasını özel muayenehanesine yönlendirme, muayenesiz ilaç ve rapor yazma, örnek olarak gösterilebilecek eylemlerdir. Görevi kötüye kullanma suçu bilerek ve isteyerek işlenen bir suç olup taksirli eylem olarak değerlendirilmemektedir (Ümit, 2017: 232).

3.5.3. Evrakta Sahtecilik - Gerçeğe Aykırı Belge Düzenleme

Resmi belgede sahtecilik suçu Türk Ceza Kanunu'nun 204. maddesinde düzenlenerek;

“Bir resmi belgeyi sahte olarak düzenleyen, gerçek bir resmi belgeyi başkalarını aldatacak şekilde değiştiren veya sahte resmi belgeyi kullanan kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Görevi gereği düzenlemeye yetkili olduğu resmi bir belgeyi sahte olarak düzenleyen, gerçek bir belgeyi başkalarını aldatacak şekilde değiştiren, gerçeğe aykırı olarak belge düzenleyen veya sahte resmi belgeyi kullanan kamu görevlisi üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Resmi belgenin, kanun hükmü gereği sahteliği sabit oluncaya kadar geçerli olan belge niteliğinde olması halinde, verilecek ceza yarısı oranında artırılır.” ifade edilmiştir.

Kanun maddesinde görüldüğü üzere suç hem kamu hastanesinde hem özel hastanede çalışan hekimler tarafından işlenebilir. Özel hastanede görev yapan bir hekimin ilgili suçu işlemesi halinde ise Türk Ceza Kanunu'nun 210. maddesinin ikinci fıkrası uygulanır (Farzaliyeva, 2019:

55). İlgili maddeye göre; “Gerçeğe aykırı belge düzenleyen tabip, dış tabibi, eczacı, ebe, hemşire veya diğer sağlık mesleği mensubu, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Düzenlenen belgenin kişiye haksız bir menfaat sağlaması ya da kamunun veya kişilerin zararına bir sonuç doğurucu nitelik taşıması halinde, resmi belgede sahtecilik hükümlerine göre cezaya hükmolunur.”. Hekimin hastayı görmeden, muayene etmeden rapor düzenlemesi, sahte reçeteler düzenlemesi veya hastayı görmeden reçete yazması eylemleri bu suçun unsurlarını oluşturmaktadır (Farzaliyeva, 2019: 56).

Yargıtay 15. Ceza Dairesi 2017/33718 Esas Nolu, 2021/3884 Nolu Kararında “Sanık ...’in Zonguldak Devlet Hastanesinde göz doktoru olarak görev yaptığı, temyiz dışı sanık ...’in de ... Optik isimli gözlük mağazasını çalıştırdığı, sanık ...’in, temyiz dışı sanıklar..., ve onların yakınlarını muayene etmediği halde ... Optik çalışanları tarafından getirilen kimliklere istinaden toplam 14 adet sahte reçeteye düzenlediği ve bu reçetelerin katılan kuruma fatura edilmesi ile 829,51 TL bedelin katılan kurumdan tahsil edildiği..” şeklinde gerçekleşen ve kararı temyiz edilen olayda temyiz itirazları reddedilerek karar onanmıştır. Görüldüğü üzere hastaları muayene etmeden, hasta görülmediği halde reçete düzenlemek ve bu reçetelerin devlet kurumuna tahsil edilmesi sebebi ile resmi belgede sahtecilik ve nitelikli dolandırıcılık suçları oluşmuştur.

3.6. Özel Hastanede Görev Yapan Hekimler

Bir hastanın özel hastaneye başvurması durumunda, hastane ile hasta arasında ilişki sözleşmesel olup sözleşmenin tarafları sadece hastane ile hastadır. Hastane bünyesinde görev yapan ve teşhis ile tedavi yükümlülüğünü yerine getiren hekim, sözleşmenin herhangi bir tarafı olmayıp hastaneye tedavi hizmetini veren Türk Borçlar Kanunu'nun 116. maddesine istinaden ifa yardımcısı konumundadır. Hastane ile hasta arasında kurulan sözleşmesel ilişkiye de “hastaneye kabul sözleşmesi” veya “teşhis ve tedavi sözleşmesi” adı verilmektedir. Özel Hastane ile hekim arasında sözleşmenin bulunmadığı durumlarda ise tıbbi müdahaleden dolayı ortaya çıkan zarardan hem hekimin hemde hastanenin sorumluluğu olur. Böyle bir durumda hasta ile hekim arasında sözleşme ilişkisi kurulmamış olduğundan hekimin sorumluluğuna Türk Borçlar Kanunu'nun 58. maddesine istinaden haksız fiil hükümleri ile gidilecektir (Alguer Karagöz, 2019: 115).

Dolayısıyla özel hastanede müdahale edilen hasta bir zarara uğradığında direk olarak hekime başvuramaz. Böyle bir durumda hastane yönetimi Türk borçlar Kanunu'nun 116.

maddesine istinaden, yardımcı kişinin yani hekimin eyleminden sorumlu olacaktır; hekimin zarar verici davranışına istinaden hastanın hekime karşı hukuk yoluna gidebileceği diğer bir yolda Türk Borçlar Kanunu'nun 49.maddesine istinaden haksız fiildir (Alguer Karagöz, 2019: 116).

Bağımsız çalışan, kendi muayenehanesi olan fakat ameliyat ve cerrahi işlemlerini herhangi bir hastane ile anlaşarak müdahalelerini o kurumda gerçekleştiren hekimler için ise bölünmüş hastaneye kabul sözleşmesi geçerli olur. Bu sözleşme türünde tedaviden hekim sorumlu olurken tedavi dışındaki tüm hususlar için hastane sorumlu olmaktadır (Çetin, 2021: 27).

Bağımsız çalışan hekim ile hasta arasında tedavi sözleşmesi kurulurken, cerrahi müdahalenin gerçekleşeceği özel hastane ile hasta arasında tedavi dışında olan bakım ve yeme-içme, barınma gibi hizmetlerin karşılanmasına yönelik hastaneye kabul sözleşmesi bir diğer anlamda hizmet sözleşmesi kurulur. Bu durumda iki ayrı sözleşme kurulmuş olur ve herkes kendi görevinden kaynaklı sorumluluğu üstlenir (Çetin, 2021: 28).

3.7. Kamu Hastanelerinde Görev Yapan Hekimler ve İdarenin Sorumluluğu

Kamu hastanelerinde çalışan hekim ile hastane arasında, kamu hukukundan doğan bir ilişki vardır. Kamu hastaneleri barındırdığı personelle birlikte kamu sağlığına hizmet vermektedir. Bu hastanelerde çalışan personeller doğrudan hastanenin temsiliyeti altındadırlar. Kamu hastaneleri personellerine bu güvenceyi verdikleri için hasta aldığı hizmet sırasında zarara uğraması halinde doğrudan şahıslara değil, doğrudan Sağlık Bakanlığı'na dava açmaktadır. Diğer bir deyişle İdare Hukuku çerçevesinde dava açılan taraf devlettir. Davanın konusu ise devlet kurumu tarafından sunulan hizmet sırasında oluşan zarardır.

Kamu hastanesine başvuran hasta ile kamu hastanesi arasındaki ilişki özel hastane ile olan ilişkiden farklı olup, idare hukukuna tabii bir ilişkidir. Kamu hastanelerinde gerçekleşen zararlarda idare hukuku ilkeleri geçerlidir. Aslında dava açma yöntemi, idari işlem veya idari işlem, neden olunan zarardaki ihlal unsuru arasındaki farka göre farklılık göstermektedir. Hizmet kusuru, idarenin kamuya hizmet verirken ortaya çıkan kusurlardır. Hizmet kusurunun oluştuğu durumlarda yani kamu hastanesinde görev yapan hekimin hastasının zarar görmesi durumunda zararın giderilmesi için idare aleyhine dava açılması gerekmektedir. Fakat Danıştay, idarenin sorumluluğuna gidilmesi için ağır ihmalin gerçekleşmiş olması gerektiğini kabul etmiştir. İdare,

hastalara ödediği tazminatı, kusurlu bulunan hekime rücu edebilmektedir. Hekimin hastaya karşı kusurundan kaynaklanan zarar için idare mahkemesine dava açılabilir; ancak daha önce de belirtildiği gibi ağır kusurun varlığı aranır. Kamu kurumunda görev yapan hekimin hizmet kusurunun dışında şahsi bir kusuru var ise, hekim aleyhine adli yargıda tazminat davası açılabilir. İdare aleyhine açılacak dava için ilk olarak idareye başvuru zorunluluğu bulunmaktadır. Hekimin kusurunun tespiti bilirkişiler tarafından yapılmakta olup, hastanın kusuru bulunduğu durumlarda ise tazminattan indirim de yapılabilecektir. Hekimin hizmet kusuru sonucunda hastanın ölmesi durumunda, anne, baba, eş, kardeş gibi yakınlar, destekten yoksun kalma tazminatı isteğinde de bulunabilirler (Alguer Karagöz, 2019: 118).

Yargıtayın 4. Hukuk Dairesi 2019/1573 esas, 2021/1966 Nolu kararında *"Davacı idare vekili; davalı doktorun Bursa Devlet Hastanesi'nde görev yaptığı dönemde yanlış teşhis konularak babalarının ölümüne sebebiyet verildiği iddiasıyla muris yakınlarınca idareye karşı Bursa 3. İdare Mahkemesinde tazminat davası açıldığını, idare mahkemesince murisin laboratuvar tetkikleri ve EKG'sinde tespit edilen bulgulara göre yatarak tedavi edilmesi gerekirken, kardiyak enzim sonuçları değerlendirilmeksizin akut bronşit tanısı ile reçete düzenlendiği, hastanın yatarak tedavisi halinde kurtulacağının kesin olmamasının işlenen hizmet kusurunu ortadan kaldırmayacağı gerekçesiyle, davanın kabulüne karar verildiğini, başlatılan icra takibi sonucu tazminatın ödendiğini, bu şekilde davalı tarafından kurumun zarara uğratıldığını belirterek, uğranılan zararın ödeme tarihinden itibaren işleyecek faiziyle birlikte davalıdan tahsili isteminde bulunmuştur. Davalı vekili; müteveffanın bazı şikayetlerle acil servise getirildiğini, acil doktoru tarafından muayene edilerek rutin tetkiklerin istendiğini, konsültasyon için davalının acil servise çağırıldığını, müvekkilinin, hastanın şikayetlerini, EKG ve hemogram raporunun incelendiğinde, kanında bronşit olduğunu gösterir mikropolar tespit edildiğini, ayrıca her ne kadar hastanın kalple ilgili bir sıkıntısı yok ise de, kan sonuçlarında kesin olarak kalp krizi geçirdiğini gösterir miyogloblin testi sonuçlarının bildirilmesi talimatını acil doktoruna verdiğini, sonuçlarda yüksek değer çıkması halinde kendisinin bilgilendirilmesini istediğini, değerler normal çıktığı takdirde bronşit tanısı koyarak reçete hazırlanmasını ve hastanın taburcu edilmesini istediğini.."* şeklinde gerçekleşen olayda davalı hekimin kalp krizi geçiren hastasına gerekli tetkiklerin incelenmeden reçete yazılarak taburcu etmesi sonucunda hastasının ölmesi ve hasta yakınlarının kamu hastanesine idare davası açması söz konusudur. Bu yargılamada idare tazminata hükmedilmiş ve

idare hekimden rücu edilmesini talep etmiştir. Görüldüğü üzere kamu hastanelerinde görev yapan hekimler tıbbi hatalarının kendilerine rücu edilmesi uygulamada gerçekleşmektedir.

3.8. Sorumluluğun Sınırlanması ve Ortadan Kaldırılması

Tıbbi sözleşmede yargının, hekimin küçük kusurlardan sorumlu olmayacağına karar vermeleri mümkündür. Ancak hekimin mesleği *“Uzmanlığı gerektiren bir hizmet, meslek veya sanat, ancak kanun ya da yetkili makamlar tarafından verilen izinle yürütülebiliyorsa, borçlunun hafif kusurundan bile sorumlu olmayacağına ilişkin önceden yapılan anlaşma kesin olarak hükümsüzdür”* (Türk Borçlar Kanunu madde 115 / III), kapsamına girdiği için en ufak kusurdan dahi sorumludur. Hekimlik mesleği, uzmanlık gerektiren, kanun veya yetkili merci tarafından verilen yetkiye dayalı olarak icra edilen bir meslektir (Özdemir, 2016: 67).

Türk Borçlar Kanunu'nun 116. maddesinin ikinci fıkrasında geçen ifadeye göre, borçlunun yardımcı şahsın fiilinden tamamen veya kısmen sorumlu olmayacağı yolunda anlaşma yapılabilmesi mümkündür. Aynı zamanda hekimin gerçekleştirdiği faaliyetler *“uzmanlığı gerektiren hizmet, meslek veya sanat, ancak kanun veya yetkili makamlar tarafından verilen izinle yürütülebiliyorsa, borçlunun yardımcı kişilerin fiillerinden sorumlu olmayacağına ilişkin anlaşma kesin hükümsüzdür”* hükmüne istinaden hekimlik görevi hem uzmanlık gerektirmesi hem de yetkili makamın verdiği izinle ifa edilebilir bir meslek olmasından ötürü, ancak hafif ihmal sebebi ile sorumsuzluk söz konusu olur. Bu maddeye istinaden hekimler, yardımcı kişi kullanıyorlarsa onların kast ve ağır ihmalinden sorumlu olurlar (Özdemir, 2016: 68).

Tıbbi müdahaleye rıza gösterilmesi ve sonuçlarını da hastanın üstlenmesi kişinin kendi geleceğini tayin edebilme ve kendi vücudu üzerinde söz sahibi olabilme hakkından ileri gelmektedir. Türk Borçlar Kanunu madde 115/1’de son derece açık bir şekilde sorumsuzluk antlaşması düzenlenmiştir. Bu madde kapsamında da belirtilmelidir ki hekim hastaya gereken özeni göstermekle yükümlüdür; ancak hekim tüm bu özen ve tedavinin doğru yürütülmesine kıyasla tedavi sürecinin sonunda hastanın istenen sağlık durumuna kavuşamaması halinde sorumluluğu üstlenmeyeceğini, hastanın rızası ile bu tedavi sürecine girildiğini belirtmektedir.

3.9. Yardımcı Personelden Kaynaklanan Sorumluluk

Tedavi sürecinde hekimin haksız fiil sorumluluğunda eşit derecede rolü bulunan hekim yardımcısının da haksız fiilde sorumlu tutulması mümkündür. Hekim yardımcısı hekimin hastayı muayene etme, tetkik isteme ve reçete yazma sürecinde kendisine yardımcı olan kişidir. Hekim yardımcısının hekimin yönlendirmelerine uyması, en önemlisi yeterli bilgi birikimi ve tecrübeye sahip olması gerekir. Aksi durumda hekim yardımcısının hekimin iradesi dışında da haksız fiile sebep olma olasılığı yüksektir. Hekim hastanede yardımcı kullanacaksa yardımcı kişi de sözleşmenin bir parçası olur. Hekim yardımcısının sözleşmesinde hekimin yanında yaptığı eylemler açıkça belirtilmeli, sözleşmedeki konumu belli edilmelidir. Bununla birlikte yardımcı kişinin hekimin asistanı olmasının yanı sıra, hastane personeli olması da mümkündür. Doğrudan hekime başvurma halinde söz konusu olan sözleşme, dolaylı yoldan hastanın bilincinin kapalı olması ve kendi iradesini belirleyemez halde olması halinde ise vekâletsiz iş görme sözleşmesine dönüşür. Bu durumda hekim yardımcısının haksız fiil sorumluluğu da bu çerçevede değerlendirilmelidir.

Türk Borçlar Kanunu m.116'ya göre hekimin yanında hemşire, hasta bakıcı, laborant vb. türden yardımcı kişi bulunması halinde kusurun derecesi ve kusur oranının dağılımı göz önüne alınarak hastanın veya hasta yakınlarının hekime açacağı maddi manevi tazminat davasında hekim yardımcısına da ayrıca dava açılabilmekte, tam kusura ve hâkimin takdir yetkisine göre tazminata hükmedilebilmektedir (Çakırcalı, 2000: 120).

Hekimin sözleşmeye dayanan sorumluluğunda ise. Türk Borçlar Kanunu'nda geçen yardımcı personellerin sorumluluğu ile ilgili hükümler sağlık çalışanları içinde geçerlidir. Türk Borçlar Kanunu madde 116'da ; *“Borçlu, borcun ifasını veya bir borç ilişkisinden doğan hakkın kullanılmasını, birlikte yaşadığı kişiler ya da yanında çalışanlar gibi yardımcılara kanuna uygun surette bırakmış olsa bile, onların işi yürüttükleri sırada diğer tarafa verdikleri zararı gidermekle yükümlüdür.”* ifadesi geçmekte olup, ilgili maddeye göre hekimin yanında görev alan yardımcı sağlık personellerinin gerçekleştirdiği tıbbi hatalardan dolayı hekiminde sorumlu tutulacağı açıkça görülmektedir. İlgili maddenin devamında *“Yardımcı kişilerin fiilinden doğan sorumluluk, önceden yapılan bir anlaşmayla tamamen veya kısmen kaldırılabilir. Uzmanlığı gerektiren bir hizmet, meslek veya sanat, ancak kanun veya yetkili makamlar tarafından verilen izinle yürütülebiliyorsa, borçlunun yardımcı kişilerin fiillerinden sorumlu olmayacağına ilişkin anlaşma kesin olarak*

hükümsüzdür.” ifadesi geçmekte olup hekimlik mesleğinin uzmanlık gerektiren bir meslek olmasından ötürü hekim yardımcı sağlık personeli ile sorumsuzluk anlaşması yapsa dahi gerçekleşen zarardan sorumlu olacağı açıkça ifade edilmiştir. Doktrinde ise hekimin, yardımcı sağlık çalışanlarının ağır kusurundan kaynaklanan sorumluluğu bulunmakta olduğu görüşü benimsenirken, yardımcı sağlık çalışanlarının hafif kusurundan doğan sorumluluklar konusunda ise hekimin sorumsuzluğu olabileceği benimsenmiştir. Adam çalıştırmanın sorumluluğu ile yardımcı personelin verdiği zarardan kaynaklanan sorumluluk karıştırılmamalıdır (Gör, 2021: 17).



SONUÇ

Hekimlik tıpkı öğretmenlik gibi kutsal bir meslek olup, tezimizin ilk bölümünde hekimlik kurumunun tarihi gelişimi, hekimlerin hak ve yükümlülükleri incelenmiştir. Başta anayasa, uluslararası sözleşmeler, kanunlar, özellikle hasta hakları yönetmeliği yönetmelikler ve tebliğler, hekim ve hastalara birçok hak ve yükümlülük yüklemektedir. Hekim ve hastalar söz konusu hak ve yükümlülüklerini, amacına uygun ve hukuk çerçevesinde kullanmaları durumunda, hastaların sağlığına kavuşması, hekimlerinde yaptıkları işten dolayı maddi ve özellikle manevi tatmin elde etmelerine yol açacaktır. Buna karşılık söz konusu hakların kötüye kullanılması ve/veya aykırı davranılması halinde, hekimlerin hukuki sorumluluklarına gidilecek ve yaptırım uygulanması gerekecektir.

Hekimlik mesleğinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması, ona işini yaparken özenli davranma yükümlülüğü yüklemekte olup, hekimin yanlış bir teşhis ve / veya hatalı ilaç verme ve reçeteleme, onun hukuki ve cezai sorumluluğuna gidilmesine yol açacaktır. Ayrıca hekim yönünden disiplin soruşturması ve cezası verilmesi de gündeme gelebilecektir. Yine hekim hasta ile doğrudan bir sözleşme ilişkisine girmediği durumlarda, hasta işletmecisi ve kamu hastaneleri bakımından idarenin hukuki sorumluluğuna başvurulması da mümkündür.

Son yıllarda gelişen ve değişen hasta hakları ile beraber, hastaların mağduriyetlerini dile getirebileceği hasta şikâyet hattı, hastanelerde bulunan hasta hakları birimleri gibi kanalların daha ulaşılabilir olması nedeni ile hastalar yasal haklarını daha iyi kullanabilmektedir. Hastaların haklarını arama konusunda bilinçlenmesi sonucunda son yıllarda hekimlere karşı açılan davalarda artışlar gözlenmiştir. Hekimlere sorumluluk kapsamında bu denli hızlı dava açılmasının da sonuçları olacağı aşikâr olup, bu sonuçlardan birkaçı; hekimlerin sürekli olarak tazminat tehdidi ile kaygılı çalışarak teşhis ve tedavi hatası yapması, hatalı reçete düzenlemesi, yanlış dozda ilaç reçetelenmesi, yine malpraktis korkusu ile ameliyat yapmaktan kaçınması, özellikle son yıllarda yaşanan şiddet ve yeterli olmayan çalışma hakları sebebi ile beyin göçü yaşanması gibi sonuçlara sebebiyet verebilecektir. Öncelikle hekimlerin teşhis, tedavi ve bu kapsamda ilaçla tedavi ve reçete yazma sürecinde hatalı davranışlarının önüne geçmek için, hekimlere çağdaş güvenli çalışma koşulları sunulması, hekimlerin teknik ve bilimsel gelişmeleri takip etmesi ve uygulamasını sağlanmalı, uygun bir ücret elde etmeleri, olası risklere karşı sigortalanmaları (mesleki sorumluluk sigorta), yani kısaca hasta işletmeci ve yöneticilerin hekimlerin haklarına saygı göstermeleri ve

kullanmalarına imkan tanımaları gerekmektedir. Yine hekimlere yönetsel karar alma süreçlerine dahil edilerek, onların görüş ve düşüncelerinin de alınması ve uygulanması da lazımdır. Bunun dışında hastaların ve hasta işletmecisi / idarenin hekime dava açmadan önce alternatif uyuşmazlık çözüm yöntemleri olan, arabuluculuk, tahkim, uzlaştırma gibi yöntemler işlevsel hale getirilmelidir. Bu yönden son yasal değişiklikle getirilen Mesleki Sorumluluk Kurullarının kurulması isabetli bir gelişmedir.

Hekimin ilaçla tedavi ve reçete yazma yükümlülüğü kapsamında olası hatalı uygulamalar sebebiyle hekimin hukuki ve cezai sorumluluğuna gidilebilir. Hekimin hukuki sorumluluğu sözleşme ve sözleşme dışı (haksız fiil ve vekaletsiz iş görme) olabilir. Hekimlik sözleşmesi kanunda özel olarak düzenlenmemiştir. Yine hiçbir sözleşme türüne ait tüm unsurlara sahip olmadığından kendine özgü bir sözleşme türü olarak değerlendirildiği gibi, Türk Borçlar Kanunundaki vekalet sözleşmesi niteliğinde olduğu da söylenmektedir. Hasta ile hekim arasındaki sözleşme, hukuki niteliği ne olursa olsun, hekimin sözleşmeye aykırı davranması halinde, Türk Borçlar Kanunundaki sözleşmeye aykırılıkla ilgili genel veya vekalet / eser sözleşmesine ilişkin özel hükümler uygulama alanı bulacaktır. Buna karşılık hekim ile hasta arasında sözleşme ilişkisi bulunmadığı durumlarda ise haksız fiil veya vekâletsiz iş görme hükümleri devreye girecektir. Hekim ile hasta arasındaki ilişki de en temel görev sözleşme kapsamında olsun veya olmasın, hekimin özen yükümlülüğünü yerine getirmesidir. Özen yükümlülüğünü yerine getirmeyen hekim, gerek sözleşme gerekse meslek ilkeleri çerçevesinde kusurlu sayılacaktır. Hekim bu noktada kastı veya ağır ihmalinden sorumlu olacağı gibi, hafif kusurundan da sorumludur.

Hekimin hatalı tıbbi uygulamaları aynı zamanda suç teşkil edebilir ve bu kapsamda ceza soruşturması açılmasına ceza yargılaması yapılmasına yol açabilir. Hekimin cezai sorumluluğu açısından en sık karşılaşılan suçlar, taksirle yaralama ve öldürme, görevi kötüye kullanma ile evrakta sahtecilik olduğu söylenebilir. Belirtelim ki hekimin hukuki ve cezai sorumluluğuna aynı zamanda gidilebilir. Yani hasta uğradığı zararlar bakımından hukuk mahkemelerinde tazminat davası açabileceği gibi, hekimin davranışının suç teşkil ettiğini ve cezalandırılması gerektiğini düşünerek ceza soruşturması açılması için savcılığa şikayette bulunabilir. Hekimin cezai sorumluluk açısından yargılanması Türk Ceza Kanunu hükümlerine tabidir. Hekimin hukuki ve cezai sorumluluğu, görev esnasında tıbbi müdahale gerçekleştirirken oluşabilecek davranışlarıyla ilgilidir. Meslek doğası sebebi ile her tıbbi müdahale komplikasyon riski taşır. Hekim müdahalede

veya reçete yazarken bulunurken gerekli özen ve dikkati gösterdiği takdirde de bir zarar oluşmuşsa yaşanan ilaç komplikasyonları hekimin sorumluluğunu oluşturmaz. Bu noktada hekimin sorumluluğu incelenirken komplikasyon nedeni açık şekilde elenmelidir.

Hekimin hastayı ilaçla tedavi etme ve reçete yazma yükümlülüğü, özen, dikkat ve tedbirli hareket etmeyi gerektirmektedir. Özellikle 21.yüzyılda gelişen teknolojiye bağlı olarak hekimlerin gerek tedavi sürecine dâhil ettikleri etmenler, gerekse teknolojiden faydalanma istekleri tedavi sürecinde birçok hatanında meydana gelmesine sebep olabilmektedir. Yine ilaçların çeşitliliğinin ve sayısının artması aynı zamanda birçok yan etki de oluşturduğundan, hangi ilacın ne zaman ne kadar ve ne şekilde kullanılacağı büyük önem arz etmektedir. Olası hatalara karşı hekimlerin dikkatli olması, bilhassa eylemlerinin hukuki sonuçlarını da göz önüne alarak hasta ile olan ilişkilerini düzenlemeleri lazımdır.

Bu noktada hekimin ilaçla tedavi ve reçete yazma yükümlülüğüyle ilgili yapılan bir takım akademik çalışmalara da değinmek ve bu çalışmalarda ulaşılan sonuçlara yer vermek faydalı olacaktır:

2006 yılında yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan hekimlerin reçete yazımını şekillendiren en önemli faktörlerin mezuniyet sonrasında okuma ve ilaç firması tanıtımları oldukları tespit edilmiştir. Bu durum hekimlere güncel ilaç ve akılcı reçete yazma konusunda yeterince bilgi sahibi olmaya, meslektaş arası bilgi alışverişi yapılmamasına vb. olumsuzluklara yol açmaktadır (Vançelik vd.2006: 73).

2012 yılında yapılan bir çalışmada sağlık ocağı hekimlerinin günlük baktıkları hasta sayısı ile yazılan ilaç sayısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve sorumlu hekim olanlar arasında ilaç yazma olasılığının diğer hekimlere göre daha fazla olduğu, reçete maliyetinin ise kurumda çalışan hekim sayısı ile anlamlı ilişkisinin olduğu, kurumda çalışan hekim sayısı arttıkça reçete bedelinin de arttığı tespit edilmiştir. Bu durum fazla hekimin çalıştığı kurumlarda hekimler arası rekabetten ötürü hastaların ilaç taleplerini daha fazla karşılama yönünde bir davranış eğilimi göstermekte, böylece gereksiz ve uygunsuz reçeteleme ile hasta risk altında olmakta ve maliyet artmaktadır (Demirkıran vd. 2012: 35).

2012 yılında yapılan başka bir çalışmada ise çalışmaya katılan hekimler tarafından reçetelere ortalama 3'ün üzerinde ilaç yazılmış olması yüksek görülmüş ve bu durumun hekimlerin polifarmasiye yatkınlıkları sebebi ile olabileceği düşünülmüştür. Çalışma sonuçlarında ayrıca hekimlerin genel olarak geniş spektrumlu antibiyotikleri tercih ettiği ve maliyetli reçeteler ortaya çıkardığı tespit edilmiştir (Mollahaliloğlu vd. 2012: 210).

2013 yılında yapılan bir çalışmada ankete katılan hekimlerin %34,27'si çocuk yaş grubu hastalarda üst solunum yolu enfeksiyonu tedavisinde %50'den daha fazla oranda antibiyotik reçete ettiğini ifade etmişlerdir. Çalışma sonucunda ise üniversite hastanesinde çalışmanın çocuk yaş grubu hastalarda görülen üst solunum yolu enfeksiyonu için az antibiyotik reçete etmekle ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Bu durum çalışmada değinildiği gibi antibiyotik reçete etme davranışları üzerinde eğitime daha fazla süre ayrılan bir kurumda çalışmanın etkisi ile açıklanabilir (Serçe vd. 2013: 49).

2016 yılında yapılan çalışmada ise hastanın beklentisinin, hekimin algılamasının ve baskı hissetmesinin reçete yazma kararında güçlü etkisi olabileceği, hastanın reçete beklentisi olduğunu doğru algıladığında neredeyse hepsine reçete yazdığı tespit edilmiş. Bu durum hastaların reçete edilmesi ısrarından, hekimin hasta ile empati kurma ve iletişim yeteneğini kaybetmesi sebebi ile özen yükümlülüğüne aykırı davranmasından, hasta muayene sürelerinin oldukça kısa olmasından vb. nedenlerden kaynaklanabilir (Şen, 2016: 50).

Yukarıda örnek olarak verdiğimiz bilimsel çalışmalarda da görüldüğü üzere, hekimlerin ilaçla tedavi ve reçete yazma (akılcı ilaç yazma) sürecinde birçok sorunlar yaşadığı ve bu duruma birçok nedenin yol açtığı görülmektedir. Hekimlerin gerçekleştirdiği tıbbi müdahalelerin gerek hukuki gerekse cezai sorumluluğu olacağı, bu sebeple hekimlerin özen ve dikkatle görevlerini ifa etmeleri gerektiği açıktır. Bu nedenle hekimlerin yükümlülükleri ve olası hukuka aykırı davranışlarının sonuçları hakkında bilinçlendirilmeleri gerekir. Ayrıca son zamanlarda yaşanan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemleri, pandemi nedeniyle halihazırda yoğun iş yüklerinin daha da artması, yaşanan her olumsuz vakıda yargılanabilir durumda olmaları hekimlerin stres seviyesini yükseltirken motivasyonlarını düşürerek, hekimleri defansif tıp alanına yönlendirmekte ve tedaviden kaçınmalarına sebep olmaktadır. Bu durumda hekimlere tıp fakültesi eğitimleri sürecinde ve sonrasında yükümlülükleri, karşılaşılabilecekleri hukuki sorunlar ve akılcı ilaç yazma süreci hakkında eğitim verilmesi, meslek içi eğitim ve hasta ile iletişim becerilerini artırıcı

eğitimlerin verilmesi, hastalara yeterli zaman ayrılması için çalışma şartlarının iyileştirilmesi gerekmektedir. Bu nokta da özellikle özel ve kamuda meslek için eğitimler yangınlaştırılmalı ve düzenli aralıklarla tekrarlanmalı, çeşitleri artırılmalıdır. Doktorların teknik, hukuki ve tıbbi gelişmeleri takip noktasında yeterli maddi ve manevi destek hastane yönetimleri tarafından hekimlere verilmelidir. Hekimlerin ücretleri iyileştirilmeli, olası mesleki risklere karşı mesleki sorumluluk sigortası yapılması zorunlu hale getirilmesi de düşünülmelidir. Ayrıca sağlık hukuku ile ilgili mevzuat oldukça eski, dağınık ve yeterli olmadığından, hekimler ile diğer sağlık mensuplarının da katılımı ve onların da görüşü alınarak, sağlıkla ilgili mevzuatın güncek, yeknesak ve kolay anlaşılabilir / uygulanabilir hale getirilmesi de isabetli olacaktır.

KAYNAKÇA

- Açıkgöz, B. vd. Tıp Öğrencilerinde uzmanlaşma eğilimi, uzmanlık alan seçimi ve etkileyen faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi, 12(1), 2019, ss.113-125.
- Akkanat, H. “İlaç Kullanımından Kaynaklanan Zararlardan Sorumluluk Açısından Hasta – Hekim – Üretici İlişkileri”, İlaç Hukuku, Ed.: Murat Şen / Ahmet Başözen, Erciyes Üniversitesi I. Sağlık Hukuku Sempozyumu, 08-09 Mayıs 2009, ss.75-84.
- Akkaş, E. Türkiye’de Hekimlik Mesleğinin Kültürel Belirleyicileri Üzerine Nitel Bir Çalışma. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Isparta, 2016.
- Akıcı A. Akılcı İlaç Kullanımı İlkeleri Doğrultusunda Yaşlılarda Reçete Yazma ve Türkiye’de Yaşlılarda İlaç Kullanımının Boyutları. Türk Geriatri Dergisi, 2006, ss.19-27.
- Akıcı, A. ve Altun R. Electronic (e) prescription practice and its contribution to rational drug use. Türk Aile Hekim Dergisi, 17(3), 2013, ss.125-133.
- Alguer Karagöz, M.H. Hekimin Tıbbi Müdahaleden Kaynaklanan Hukuki Sorumluluğu, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Antalya, 2019.
- Altıntaş, A. Osmanlı Tıbbının Usta-Çırak Usulü Eğitimi. İstanbul, 2007.
- Arda, B. ve Pelin S.Ş. Tıbbi etik: Tanımı, İçeriği, Yöntemi ve Başlıca Konuları. AÜTF Mec. 48, 1995, ss.323 - 336.
- Arda B. How should physicians approach a hunger strike? Bulletin of Medical Ethics. 181, 2002, pp.13-18.

- Arıhan, S.K. Antik Dönemde Tıp ve Bitkisel Tedavi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2003.
- Arslan, F. Hekimin Sorumluluğunun Belirlenmesi Bakımından Hekim ile Hasta Arasındaki İlişkinin Hukuki Mahiyeti, Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi Cilt 26, Sayı 1, Haziran 2020, ss. 400-422.
- Ataç, A. Askeri Tıp Tarihi. Osmanlı, C.8, Yeni Türkiye Yayınları, Ankara, 1999.
- Aydın, B. ve Gelal, A. Akılcı İlaç Kullanımı: Yaygınlaştırılması ve Tıp Kaynaklar Eğitiminin Rolü. DEÜ Med J., 26(1), 2012, ss.57-63.
- Aydiner, A. H. Bursa'daki Hekimlerin Hasta Haklarına Yaklaşımı, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp ABD Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Bursa, 2006.
- Aygin, D. ve Cengiz, H. İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 45(2), 2011, ss.1-20.
- Bayat, A.H. Tıp Tarihi. Merkez Efendi Geleneksel Tıp Derneği Yayınları, İstanbul, 2010.
- Beck, U. Risk Toplumu, Çev.: K. Özdoğan ve B. Doğan, İthaki Yayınları, İstanbul, 2011.
- Bıyık, A. vd. Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlıların Fiziksel Sağlık Sorunları ve Hastalıklarına Yönelik İlaç Kullanma Davranışları. Türk Geriatri Dergisi, 5(2), 2002, ss.68-74.
- Büyükbingöl, E. İlacın Tanımı (İlaç-Gıda Desteği ve Kozmetik Farkı), II. Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara Barosu Yayınları, Ankara, 2009, ss. 281-298.

- Browne A.J. vd. Global antibiotic consumption and usage in humans, 2000–18: a spatial modelling study, www.thelancet.com/planetary-health Vol 5 e893–904, December 2021.
- Cantay, G. Anadolu Selçuklu ve Osmanlı Darüşşifaları. Ankara: Atatürk Dil ve Tarih Yüksek Kurumu, Ankara, 1992.
- Chao, V. Medicine in Mesopotamia 2016, pp.1-9 www.edhelperblog.com/cgi-bin/vspec.cg (Erişim Tarihi: 10.05.2020).
- Cingi, C.C. ve Eroğlu, E. Sağlık Çalışanlarında Merhamet Yorgunluğu. Osmangazi Tıp Dergisi. 41(1), 2019, ss.58 – 71.
- Cirhinlioğlu, Z. Türkiye’de Hukuk Mesleği, Gündoğan Yayınları, Ankara, 1997.
- Cockerham, W. C., Ritchey, F. J. Dictionary of Medical Sociology, Greenwood Press, USA, 1997.
- Coser, L. A. Sosyolojik Düşüncenin Ustaları Tarihsel ve Toplumsal Bağlamlarında Fikirler, Çev: Himmet Sülür, Serhat Toker, İbrahim Mazman, De Ki Basım Yayın, Ankara, 2011.
- Curberlege, B. Doctors in Society, Royal Collage in Physician, 2005.
- Çakır, C. Estetik Cerrahide Hekimin Hukuki Sorumluluğu Yüksek Lisans Tezi, İzmir Ekonomi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2018.
- Çakırcalı, E. Hasta Bakımı Ve Tedavisinde Temel İlke Ve Uygulamalar. Güven & Nobel Tıp Kitabevleri, İzmir, 2000.
- Çakmut, Y. Ö. Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi, Legal Yayınları, İstanbul, 2003.

- Çakıroğlu, M. T. Hekimin Borçlarından Özel Olarak Sır Saklama Borcu. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 12(2), 2010, ss. 159-181.
- Çekin, N. vd. Türkiye’de Hekimlerin İhbar Yükümlülüğü İle İlgili Etik Sorunlar. Adli Tıp Bülteni, 4(1), 1999, ss.12-15.
- Çelik, E., Şencan, M.N., Clark, M.P. Factors Affecting Rational Drug Use (RDU), Compliance And Wastage Review, Turkish Journal of Pharmaceutical Sciences. 10 (1), 2013, pp.151-169.
- Çelik, A.Ç. Tazminat ve Alacaklarda Sorumluluk ve Zamanaşımı, Seçkin Yayınları, Ankara, 2018.
- Çetin, Z. Medeni Usul Hukuku Bakımından Hekimin Sorumluluğu, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2021.
- Dayı, Y.S. Meslekler Sosyolojisi Açısından Doktorluk Mesleği ve Doktorlar: Elazığ Örneği. Elazığ: Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, 2007.
- Dedeoğlu, N. Cumhuriyet Dönemi sağlık politikaları ve Örgütlenme, 1920-1960, 2020, ss 14-17.
- Demir, M. Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 57(3), 2008, ss.1-14.
- Demirkıran, M. vd. Hekimlerin Reçete Yazma Davranışlarının İncelenmesi: Viral Tonsillofarenjit Hastalığına İlişkin Yazılı Hasta Olgusu Örneği, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi , 4 (2) , 19-38, 2012.
- Din L. İlaçlar - Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri. Nobel Kitabevi, Adana, 2011.

- Doğan, C. İlaç Kullanımı Dolayısıyla Ortaya Çıkan Zararlardan Cezai Sorumluluk, II. Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara Barosu Yayınları, Ankara, 2009.
- Erman, B. Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, Seçkin Yayınları, Ankara, 2003.
- Ergenoğlu, A. Sağlık Kurumlarının Değişen Paradigmalar ve İyileştiren Hastane Kavramının Mimari Tasarım Açısından İrdelenmesi. YTÜ Mim. Fak. E-Dergisi, 2(1), 2011ss.44-63.
- Ertekin, Ş. Hastanede Yatan Hastaların Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 1998.
- Ertufan, H. Hekimlik Uygulamalarında Ölümle Sık Sık Karşılaşmanın Ölüm Kaygısı Üzerine Etkisi, İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir, 2008.
- Farzaliyeva, G. Tıp Hukuku Bakımından Hekimin Hukuki Sorumluluğu, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2019.
- Ferngren, G. B. Roman Lay Attitudes Towards Medical Experimentation. Bulletin of the History of Medicine 59(4),1985, pp.495-505.
- Freidson, E. The Changing Nature of Professional Control, Annual Review of Sociology, 10, 1984, pp. 1-20.
- Göçener, F. Dünya Sağlık Örgütü, Sahte İlaçlar ve İnternet, 2012, http://www.havanhaber.org/index.php?option=com_content&view=article&id=182:duenya-salk-oerguetuesahteilaclarveinternet&catid=38:eczaciningunde&Itemid=97 , (Erişim Tarihi: 10.12.2020).

- Gökçe-Kutsal Y. Yaşlanan Dünya, Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 52, 2006, ss.1-6.
- Gör D.N. Hekimin Tıbbi Uygulama Hatalarından (Malpraktis) Doğan Hukuki Sorumluluğu, KTO Karatay Üniversitesi Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2021
- Görkey, A.B. Özel Hukuk Kapsamında Hekimlik Sözleşmesi ve Hekimin Tazminat Sorumluluğu, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 2021.
- Güney, Z. Klinik Farmakoloji: Akılcı İlaç Kullanımına Uzanan Köprü, 2011,http://tfd.org.tr/sites/default/files/Klasor/Dosyalar/kongreler/tfdkongre2011/11_ZG.pdf (Erişim Tarihi: 14.03.2021).
- Hakeri, H. Tıp Hukuku, Seçkin Yayınları, 17. Baskı, Ankara 2019.
- Hatipoğlu, H. ve Demiralp, B. Periodontal Tedavi Uygulanacak, Tıbbi Açıdan Kompleks Hastaların Değerlendirilmesi ve Konsültasyon Formlarının Analizi, Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi. 29(3),2005, ss.65-75.
- Henzel, Z. O. Hastayı Algılama ve Hasta Kavramı Oluşturma Bağlamında Türk ve Fransız Hekimlerin Karşılaştırılması, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Adana, 2009.
- Hızal, S. A. Yeni Türk Ceza Kanununda Sağlık Personelinin İhbar Yükümlülüğü. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2006
- Işık, O. Yargıtay kararları Işığında Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2010.

- Izgar, H. “Çalışanlarda Stres ve Tükenmişlik”, Endüstri ve Örgüt Psikolojisi, Eğitim Kitabevi, Konya, 2003, ss. 159-172.
- Joinson C. Coping With Compassion Fatigue. Nursing, 22, 1992, pp.116-20.
- Kalemoğlu, M. Hekimlerin Deontolojik, Cezai ve Hukuki Sorumlulukları, Nobel Med 2017; 13(2): 5-11.
- Karakurt, P. vd. Üniversite Öğrencilerinde İlaç Kullanımı. TAF Prev Med Bull, 9(5), 2010, ss.505-512.
- Karataş, M. Meslek Folkloru Bağlamında Hekimlik. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Türk Dili ve Edebiyatı Anabilim Dalı Türk Halkbilimi Bilim Dalı Doktora Tezi, Ankara, 2016.
- Kaya, M. Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğünden Kaynaklanan Tazminat Sorumluluğu, sayı 100, ss.45-82, 2012, <http://tbddergisi.barobirlik.org.tr/m2012-100-1181> (Erişim Tarihi: 06.06.2020).
- Kaya, E. ve Erdem, R. Hekimlik Meslek Kültürünü Belirleyen Olguların Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 8(17), 2017, ss.47-57.
- Kayaalp, S.O. Akılcıl Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. Pelikan Yayıncılık, Ankara, 2012.
- Kermode, M. Unsafe injections in low-income country health settings: need for injection safety promotion to prevent the spread of blood-borne viruses. Health Promotion International Oxford Journals, 19(1), 2004, pp.95-103.
- Kılıç Güneş, B. Hekimin Hukuki Sorumluluğu Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2014.

- Kızıltan, Z. “Mezopotamya ve Mısır’da Tıp” 38. Uluslar arası Tıp Tarih Kongresi – İstanbul Arkeoloji Müzeleri Geçmişten Günümüze Tıp Sergisi, 2002.
- Kiker, B.F. and Zeh, M. Relative future income expectation, expected malpractice premium cost, and other determinants of physician specialty choice. *Health Soc Behav*, 39(1), 1998, pp.52–67.
- Korkmaz, S. Hastanelerde Doktor-Hemşire ve Ebelerin Motivasyonunu Etkileyen Faktörler: Bir Uygulama. Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2008.
- Korkmaz, V. Osmanlı’dan Günümüze Hekimlik Serüveni Hakim, Hekim, Tabip, Doktor Terimlerinin Etimolojisi. 2018, www.estudamdergi.org.tr (Erişim Tarihi: 10.05.2020).
- Kuğuoğlu S. vd. İlaç Uygulamalarında Hemşirenin Mesleki Ve Yasal Sorumluluğu. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2), 2009, ss.86-93.
- Kutluer, İ. Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi, C.17, İstanbul: Divantaş Diyanet Vakfı Neşriyat Pazarlama ve Ticaret A.Ş., İstanbul, 1998.
- Lado E., Vacariza M. vd. Influence exerted on drug prescribing by patients’ attitudes and expectations and by doctors’ perception of such expectations: a cohort and nested case-control study. *Journal of evaluation in clinical practice*, 14(3), 2008, pp.453-459.
- Lewis, P. Tıp Tarihi, çev. Dr. Nilgün Güdücü. İstanbul, 1998.
- Lyons A. S. and Petrucelli R. J. *Medicine An Illustrated History* Ed.Harry N. Abrams, Publishers, New York, 1987.
- MacCannell, T. vd. Bacterial And Parasitic Infections Associated With Extrinsically Contaminated Injectable Medications. United

- States 1999- 2009. Fifth Decennial International Conference on Healthcare-Associated Infections, 2010.
- Masodi N. Polypharmacy: To err is human, to correct divine. Br J Clin Pharmacol, 1(1), 2008,pp.6–9.
- Mollahaliloğlu, S. vd. Tek Enfeksiyon Tanılı Reçetelere Hekimlerin Yazdığı Antibiyotiklerin Değerlendirilmesi, Marmara Pharm J 16: 206-212, 2012.
- Musson, D. M. Personality Determinants of Professional Culture: Evidence from Astronauts, Pilots and Physicians, Dissertation Presented to the Faculty of the Graduate School of The University of Texas at Austin in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy The University of Texas at Austin, December, 2003.
- Nart, S. Endikasyon Dışı İlaç Tedavisinde Hekimin ve İlaç Üreticisinin Hukuki Sorumluluğu, DEÜ Hukuk Fakültesi Dergisi, 2017, ss 729-791.
- Nart, S. Hekimin İlaç Tedavisinden Doğan Sorumluluğu, Adalet Yayınları, 2. Baskı, Ankara 2020.
- Nasuhioğlu, İ. Tıp Tarihine Kısa Bir Bakış, Ayyıldız Matbaası, Ankara, 1974.
- Nişanyan, S. Sözlerin Soyağacı – Çağdaş Türkçe'nin Etimolojik Sözlüğü, Adam Yayınları, İstanbul,2004.
- Onaran, O. ve Dülger, G. İlaçlar Arasındaki Etkileşimler. İçinde: Akılcıl Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, Ed. Kayaalp SO. Pelikan Yayıncılık, Ankara, 2012, ss.104-113.
- Oppenheimer, M. Profesyonelin Proleterleşmesi, Çev: Zafer Cirhinlioğlu, Gündoğan Yayınları, Ankara, 1996.

- Oral, T. Hekimin Aydınlatma ve Hastanın Rızasını Alma Yükümü, Ankara Barosu Dergisi, 2, 2011, ss.186-209.
- Oto, A. Hikaye Alma. In : Hikaye Alma ve Fiziki Muayene, Ed. Kansu E, Oto A, Oktay A. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1989, ss. 1–43.
- Özcan Büyüktanır vd. Endikasyon Dışı İlaç Kullanımından Doğan Zararlardan İlaç Üreticisinin ve Hekimin Hukuki Sorumluluğu, İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Cilt 8 Sayı 1, 2017.
- Özdemir, H. Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Erzincan Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 11, 2016.
- Özdemir, S.T. Tıp Eğitimi ve Standartlar. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 31 (2), 2005, ss.133-137.
- Özdemir, S. Antik Roma’da Hekimlik Mesleği. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2019.
- Özdemir, L. ve Akgün, Ş. Yaşlı bireyde ilaç kullanımı ve geleneksel uygulamalar. Medikal Network Dahili Tıp Bilimleri 1(1), 2006, ss.27-32.
- Özkan, Ö. Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlâkı, Sağlık Eğitim Kültür ve Araştırma Vakfı Yayınları, İstanbul, 1991.
- Özpınar, B. Tıbbî Müdahalede Kötü Uygulamanın Hukuki Sonuçları, Ankara Barosu, Ankara, 2007 .
- Pena, O.I.G. vd. Pharmaceuticals Market, Consumption Trends and Disease Incidence Are Not Driving the Pharmaceutical Research on Water and Wastewater, International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021, 18, 2532
- Pınar, N. Ülkemizde İlaç Harcamaları, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 19(1), 2012, ss. 59-65.

- Rueschemeyer, D. Doctors and Lawyers: A Comment on the Theory of the Professions, Canadian Review of Sociology and Antropology, I (February), 1964, pp. 17-30.
- Saenz, C. Factors Influencing Prescribing in the Pharmaceutical Industry: Patient and Physician Intent. Nova Southeastern University: Doctora Thesis, Florida, 2004.
- Sayek, İ. İyi İnsan, İyi Hekim, 2015, http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/iyi_hekimlik__kocaeli_2012.pdf (Erişim Tarihi: 11.11.2020).
- Serçe, Ö. Ve Bakır, M. Poliklinik Başvurularında Fizik Muayene Süresini Uzun Tutmak Antibiyotik Reçete Edilmesini Azaltıyor, Güncel Pediatri 2013; 11:45-50.
- SGK e-Reçete ve e-Rapor Web Servisleri Kullanım Kılavuzu, 2015, <https://medeczane.sgk.gov.tr/doktor/SaglikTesisleriReceteVeRaporWebServisleri>. (Erişim Tarihi: 11.04.2021).
- Stoffelmayr, K. J. Products Liability and Off-label Uses of Prescription Drugs, The University of Chicago Law Review, 69, 1996, pp.1-10.
- Şen, F. Aile Hekimliği'nde Reçete Yazma Kararını Etkileyen Faktörler: Hastaların Beklentisi ve Doktorların Algılaması, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2016.
- Şemin, S. Sosyal ve Ekonomik Yönleriyle İlaç, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 1998
- Turner, B. S. Tıbbî Güç ve Toplumsal Bilgi, Çev: Ümit Tatlıcan, Sentez Yayınları, Bursa, 2011.
- Türkmen, H. Ö. Hekim-Hasta İlişkisinde Haklar ve Sorumluluklar, Toraks Cerrahisi Bülteni, 5(1), 2014, pp1-13. 13.

- Toklu, H. Z. vd. Akılcı İlaç Kullanımı Sürecinde Hasta Uyuncuna Hekim ve Eczacının Katkısı, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 14(3), 2010, ss.139-145.
- Ümit, C. Hekimlerin Mesleklerinin Uygulanmasından Doğan Ceza Sorumluluğu, Türkiye Adalet Akademisi Dergisi, Yıl:8, Sayı:32 (Ekim 2017).
- Ünver, Y. Sahte, Taklit İlaç İle Kullanım Süresi Dolmuş İlaçların Satışı ve Kullandırılması, II. Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara Barosu Yayınları, Ankara, 2009.
- Vançelik, S. vd. Pratisyen Hekimlerin Reçete Yazımını Şekillendiren Faktörler ve Akılcı İlaç Kullanım Kriterlerini Önemseme Durumları, Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi, 26(2),2006, ss.65-75.
- Yeğin, A. vd. Osmanlıca-Türkçe Ansiklopedik Büyük Lügat, TÜRDAV Ofset Tesisleri, İstanbul, 1981.
- Yerer Aycan, M. B. “İlaç Nedir? İlaç, Gıda ve Kozmetik Farkı”, İlaç Hukuku, Editörler: Murat Şen / Ahmet Başözen, Erciyes Üniversitesi I. Sağlık Hukuku Sempozyumu, 2009.
- Yıldırım, G. ve Kadioğlu, S. Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramlar. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 29 (2), 2007, ss.75-84.
- Yılmaz, N. ve Erdem, R. Uzmanlaşma ve Tıpta Bütüncül Yaklaşım Üzerine Bir Değerlendirme, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 7(16), 2016, ss.35-47.
- Walter, K.A. and Hadgraft, J. Pharmaceutical Skin Penetration (Enhancement Drugs and the Pharmaceutical Sciences). New York: Marcel Dekker, 1993.

- Wazana, A. Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift? *Journal of the American Medical Association*, 283(3), 2000, pp.373- 380.
- Wertheimer, A.I., Chaney, N.M. Clinical Guidelines in Disease Management. *Disease Management and Health Outcomes*, 10(12), 2002, pp.743-748.
- Winfield, A.J., Richards, R.M.E. Pharmaceutical Practice. China: RDC Group, 2003.
- Zwar, N. etc. Influencing Antibiotic Prescribing in General Practice: A Trial of Prescriber Feedback and Management Guidelines. *Family Practice*, 16(5), 1999, pp.495-500.