



ARALIK-OCAK-ŞUBAT 2009- 2010
KIŞ SAYI 13
ISSN: 1307-2358

MEDİPOLİTAN
EĞİTİM VE SAĞLIK VAKFI
ADINA SAHİBİ
Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Doç. Dr. Naci Karacaoğlu

YAYIN KURULU
Doç. Dr. Lütfü Hanoğlu
Doç. Dr. Naci Karacaoğlu
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Doç. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Recep Öztürk
Dr. Mahmut Tokaç

BÖLÜM EDITÖRLERİ
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. M. Yücel Ağargün
Dr. Mehmet Demir
Prof. Dr. Teoman Duralı
Prof. Dr. Hayrettin Kara
İlker Köse
Prof. Dr. Hakan Leblebicioğlu
Dr. Bülent Özaltay
Prof. Dr. İzzet Özgenç
Doç. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Doç. Dr. Akif Tan
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Taşdemir

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Erol Altun

YAPIM
Medicom

BASKI
Ege Basım Ltd. Şti.
Esatpaşa Mah. Ziyapaşa Cad. No: 4
Ataşehir / İstanbul
Tel: 0216 470 4 470 Pbx

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy - İstanbul
Tel: 0 216 545 45 26

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın

Yazıların içeriğinden yazarları sorumludur.
Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında,
yayımcının yazılı izni olmaksızın
hiçbir yolla çoğaltılamaz.

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Tıp mesleğinin etik kodları

Sağlık, insanoğlunun var olduğundan bu yana en vazgeçilemeyen ihtiyacı. Bu yüzden eski toplumlarda sağlıkçılar kimi zaman tanrı, kimi zaman tanrının yardımcıları, kimi zaman da din adamı olarak algılanmış ve onlara bir kutsiyet atfedilmiştir.

İslam medeniyetinde ise hekimler, Allah'ın Şâfi (şifa veren) sıfatının yansımasının bir aracı olarak kabul edilmişlerdir. Eski elyazması tıbbi eserlerimizin birçoğunun mukaddime (giriş) bölümlerinde birbirine benzer ifadelerle (ilmü ebdân 'ilmü edyân) beden yani tıp ilminin ne kadar önemli olduğuna vurgu yapılmaktadır.

Yaklaşık 150 yıldır devam eden süreçte, hâkim olan "ortodoks tıp" anlayışında hekimin kutsallığı, yerini bilimin kutsallığına bıraktı. Dün hekimin dediği tartışmasız doğru kabul edilirken bugün bilimsel olarak doğru kabul edilenin mutlak doğru olduğu, başka bir doğrunun olamayacağı anlayışı hâkim oldu. Ne var ki, bilimin dün mutlak doğru dediğinin bugün doğru olmadığı birçok örnekte ortaya çıkmaktadır. Böyle durumda da, bu yeni bilginin mutlak doğru olduğuna hükmedilmektedir. Yarın da, bugün mutlak doğru dediklerimizin yanlışlığının ortaya çıkmayacağından nasıl emin olabiliriz? Üstelik bilmeden doğru olduğu sanılan durumların yanında, sanayi güdümlü bilimsel araştırmalardan, önce ilacı sonra kendisi üretilen hastalıklardan ve bilimsel (!) sahtekârlıklardan habersiz olmamız mümkün değil. Öncele ri bu kadar şüpheli ve bu denli yoğun bilgi yükü altında değildik ve daha kolay inanıyorduk. Bugünün iletişim ortamında bilgisizliğin mutluluğunu (!) yaşamaktan mahrumuz. Öyleyse mutlak doğru algımızı ve dolayısıyla tıp anlayışımızı gözden geçirmemizin gerektiği ortada.

Son yarım asırdır sağlık sosyal bir hizmet olmaktan çok, kâr getiren sektör olarak algılanmaya başlamıştır. Özellikle

le ilaç sanayinin araştırmalarını kârlı alanlara kaydırmaları, bazı etik dışı uygulamaların ortaya çıkmasını da beraberinde getirmiştir. Bireysel tedaviyle sınırlı olan etik kaygıları bir sanayi konusu haline gelmiştir. Araştırmaların olumsuz sonuçları gizlenmiş ya da olumsuz çıkacağı anlaşıncaya kadar kesilme yoluna gidilmiştir. İlaçlar piyasaya çıktıktan sonra olumsuzluklar ortaya çıktıkça durumun anlaşıldığı, ancak bu süre zarfında birçok insanın zarar gördüğü durumlar çok da nadir değildir. Yeni yeni hastalıklar ortaya atılarak insanların yıllarca ilaca bağımlı hale getirilmesi bile söz konusu olmaktadır. Haşarı çocuklar “hiperaktif”, bunayan yaşlılar “Alzheimer” olurken yaşlı kadınların doğal bir süreci olan menopozları ilaç kullanımı gerektiren bir sendrom, kemiklerde yaşlılıkla artan mineral eksikliği ise ömür boyu ilaç kullanımına bağımlı kılan “osteoporoz” oluvermiştir. Bunların tedavisi için kullanılan ilaçların gerçekten laboratuvar değerlerini mi yoksa hastayı mı tedavi ettiği kuşkuludur. Ortalama sağkalım süresini 3,5 aydan 4,5 aya uzattığı için mucize ilaç olarak tanıtılan çok pahalı kanser ilaçları insanlara umut olarak sunulabilmektedir. Bazen sağlık hizmeti üretilirken tüketilenin sağlık olduğunu fark ediyoruz.

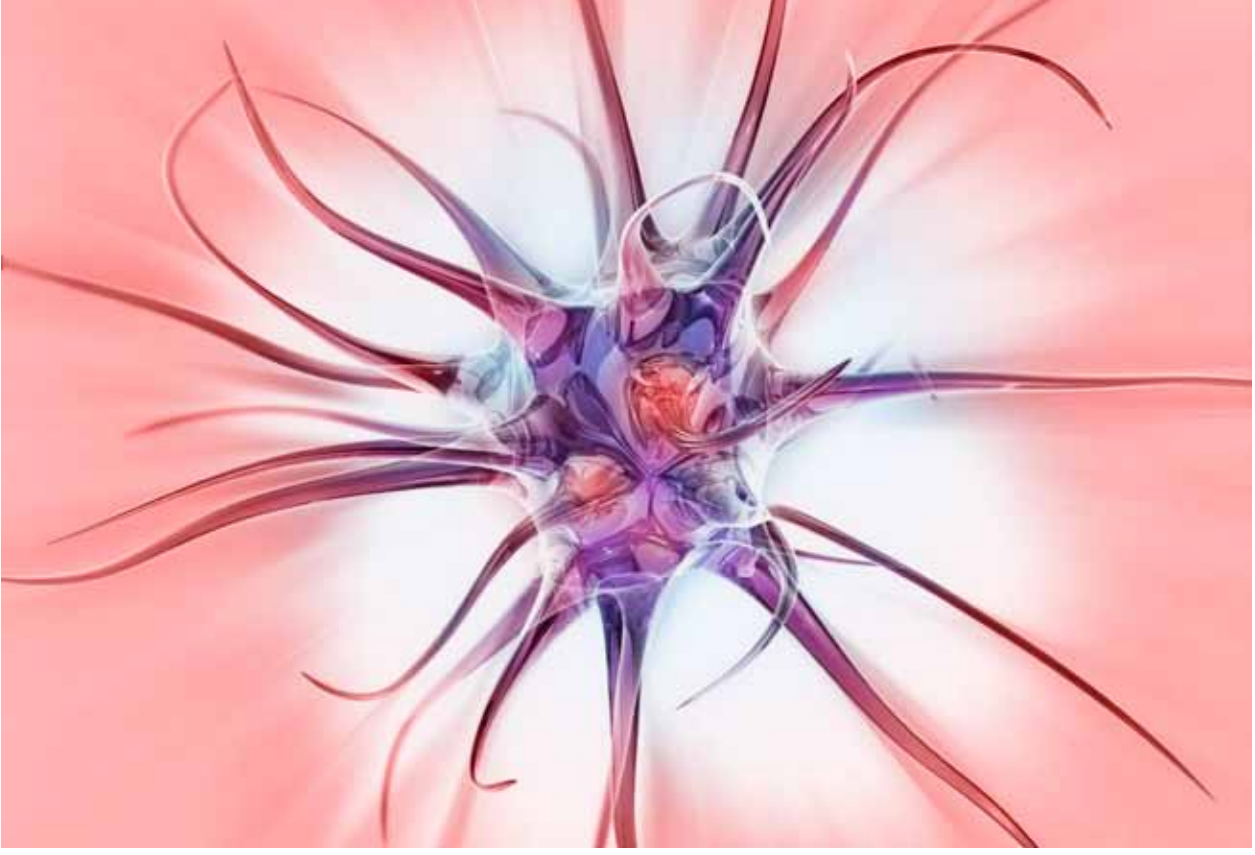
Her mesleğin bir deontolojisi yani etik kodu vardır. Ancak tıbbı yapılabilecek en büyük kötülüklerden biri, tıbbi mesleklerden bir meslek olarak görmektir. Konumuz insan sağlığıdır. Tıp; bilim, meslek, sanat ama her şeyden önce doğrudan insana hizmetin aracı olarak en fazla insani olan bir görev alanıdır. Bu aşamada deontoloji her meslekte olduğundan daha fazla önem kazanmaktadır. Geçmişteki hekimlerimizin ve diğer sağlık mensuplarının son derece hassas oldukları bu hususun günümüzde erozyona uğradığını görmek çok acı verici bir durumdur. Modern çağın hayat biçimi ile uyum sağlayarak kendini gösteren bu durum, insanların kendilerini teslim etme cömertliğini

gösterdikleri sağlık profesyonelleriyle toplumun diğer fertleri arasında var olması elzem olan güven duygusuna zarar vermektedir. Tıpta her uygulamanın belli oranda istenmeyen bir duruma (komplikasyon, yan etki) yol açması beklenen normal bir durum olarak kabul edilirken güvensizlik ortamında tesis edilen ilişkiler sağlık hizmetlerinin sunulması esnasında beklenmedik başka istenmeyen olaylara da yol açmaktadır. Her şeyin matematik keskinliğinde olmadığı aşikâr olan sağlık alanında bu iki beklenmedik durum birbirine karışmakta ve güvensizlik daha da artarak çatışmaya dönüşebilmektedir. Bunu körükleyen hukuk adamları ve medya organları olduğunu da belirtmeden geçemeyeceğiz. Bu alana pervasızca yapılan müdahaleler sağlık çalışanlarını korkutmakta, sindirmekte, özgür davranmalarını önlemekte ve sonuçta hastaların ihmal edilmelerine ve zarar görmelerine yol açmaktadır. Tedirginlik, tehdit ve baskı; özgürlüğün kısıtlandığı, deontolojinin mahpus edildiği, sonuçta sağlık hizmetinin kurban verildiği bir ortama yataklık etmektedir.

Tıp mesleğinin mensupları bu zorluklara göğüs germeli, bilgi kaynaklarının kimler olduğuna dikkat etmeli, bilmeden etik dışı işlere alet olmamalıdır. Her şeye rağmen bu kutsal mesleğin aynı derecede kutsal olan etik kodlarına her zamankinden daha fazla sarılmalıdır.

SD olarak, bilimi bir dogma olarak algılamadan ama bilimsellikten de uzaklaşmadan, yine güncelle takılıp kalmadan ama günceli de kaçırmadan ve etik değerlere bağlı olarak sağlık kültürü ve düşüncesine nitelikli bir katkıda bulunma yolunda bütün sağlık profesyonellerini yol arkadaşlarımız olarak görüyoruz.

Sağlıkla kalın.



İçindekiler

8

ECZACI KRİZİNDE YANLIŞLAR VE DOĞRULAR
DR. MAHMUT TOKAÇ



14

HEKİM EMEĞİ Mİ, O DA NE?
DR. SEBAHATTİN IŞIK

16

AVRUPA BİRLİĞİ'NDE SAĞLIK MESLEKLERİNİN
SERBEST DOLAŞIMI
DR. P. ELİF BOR EKMEKÇİ
AZMİ EKMEN

20

ORGAN NAKLİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ
DOÇ. DR. ALP GÜRKAN

24

SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNDA ATİPİK
ÇALIŞMA SAATLERİ VE ZORLUKLARI
GÜLBAHAR ÇOLAK

28

SAĞLIK HİZMETLERİNDE MALİYET
PROF. DR. FAHRİ OVALI

32

ÖZEL HASTANELERDEKİ KALİTE ÇALIŞMALARI
İÇİN YÖNTEM ARAYIŞI
S. HALUK HÜSMEN

38

İÜ REKTÖRÜ, ÜHB PLATFORMU BAŞKANI
PROF. DR. YUNUS SÖYLET: BU ÜLKENİN
AKADEMİSYENLERİ BEYİNLERİNİ, GÖNÜLLERİNİ,
BİRİKİMLERİNİ BİR ARAYA GETİRMELİ



42

BELEDİYE HEKİMLİĞİ
DR. AYLİN ÇİFTÇİ

44

GELİŞEN BİR UZMANLIK ALANI: SPOR HEKİMLİĞİ
DOÇ. DR. BÜLENT BAYRAKTAR
DR. İLKER YÜCESİR
PROF. DR. MEHMET H. KURTOĞLU

48

SAĞLIK BAKANLIĞI MÜSTEŞAR YARDIMCISI
PROF. DR. ADNAN ÇINAL:
 SAĞLIK BAKANLIĞI UZMANLARI BULUŞTURUYOR

52

ÇOCUKLARDA SANAL BAĞIMLILIK
PROF. DR. MÜCAHİT ÖZTÜRK

56

HEKİM OTORİTESİNDEN OTORİTENİN HEKİMİNE
PROF.DR. SABAHATTİN AYDIN



60

İŞSİZLİK, SAĞLIĞI NASIL ETKİLER?
DR. HÜSNÜ DAĞLI

62

ULUSLARARASI TOPLUM VE İNSAN HAKLARI
 BAĞLAMINDA SAĞLIK VE SAĞLIK YARDIMLARI
PROF. DR. M. İHSAN KARAMAN

68

SOĞUK SAVAŞ SONRASI KORKU SAVAŞLARI
PROF. DR. NEVZAT TARHAN

70

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRÜ PROF. DR. İLYAS DÖKMETEŞ:
 YÜKSEKÖĞRETİM YASASI BÜNYEMİZE DAR
 GELİYOR



74

TIBBİ UYGULAMALARDA ÇOĞULCULUK:
 İYİLEŞTİRİCİLER VE HEKİMLER
PROF. DR. OSMAN HAYRAN

78

YENİLENEN GELENEK: BİTKİLERLE TEDAVİ
YRD. DOÇ. DR. HANEFİ ÖZBEK

82

GELENEĞİN KARİKATÜRLEŞMESİ:
 BİTKİLERİN SUYUNU ÇIKARMAK
DR. MURAT D. ÇEKİN



86

SAĞLIK EDITÖRLÜĞÜNE GÜNCEL BAKIŞ
DR. RECEP GÜLOĞLU

88

YÜKSEK SAĞLIK ŞURASI'NIN SAĞLIK
 HUKUKUMUZDAKİ YERİ
PROF. DR. SEDAT IŞIK

90

TIBBİ MALZEMELERDE STANDART SORUNU
 VE BİYOMEDİKAL MÜHENDİSLİĞİ
DR. M. EMİN AKSO

92

HAMON OĞLU MUSA'NIN DIŞ HASTALIKLARI
 KİTABI OLARAK BİLİNER EL YAZMASI
 HAKKINDA GÖRÜŞLER
PROF. DR. NİL SARI
DR. MAHMUT GÜRGAN
DR. AHMET ZEKİ İZGÖER

100

İSLAM COĞRAFYASINDA EVRİM TEORİSİ
DOÇ. DR. AKİF TAN

102

OLİVER SACKS VE HASTALIK/İNSANLIK
 DURUMLARI
DOÇ. DR. LÜTFÜ HANOĞLU



104

KARİKATÜR
DR. KADİR DOĞRUEK



Kan şekeri yüksekliği kanser için bağımsız bir risk faktörü olabilir

Birçok prospektif çalışmada kan şekeri yüksekliğinin kanser riskinde genel bir artış yaptığı bildirilmiştir. En önemli kanıt, Kore’de 1,3 milyon hastanın kaydı ile yapılan, kan şekeri yüksekliğinin fatal kanser olguları ile ilişkili olduğunu gösteren bir çalışmadır. Avrupa ve Amerika’da yapılan çalışmalar, daha küçük hasta gruplarını içermekte ve hepsi aynı yönde sonuçlanmamaktadır. Metabolic sendrom ve kanser (Me-Can) projesi kapsamında Norveç, Avusturya, İsviçre gibi ülkelerde yapılan altı klinik çalışmadan 274 bin 126 erkek ve 275 bin 818 kadın meta-analize dahil edilmiştir. Ortalama başlangıç yaşı 44,8 yıl, ortalama izlem süresi 10,4 yıl, ilk yıl hariç tutulduğunda 18 bin 621 erkekte ve 11 bin 664 kadında kanser tanısı konmuş, 6 bin 973 erkek ve 3 bin 88 kadın ise kanserden ölmüş. Glukoz düzeylerine göre relatif riskler hesaplanmış, vücut kitle indeksi ve sigara içme durumuna göre ayarlamalar yapılmış. Glukoz düzeyinde her 1 mmol/l artış için, kanserin relatif riski erkekte 1,05 (1,01-1,10), kadında 1,11 (1,05-1,16) saptanmış. Fatal kanser için relatif riskler ise erkekte 1,15 (1,07-1,22), kadında 1,21 (1,11-1,33) olarak saptanmış. Erkekte insidansı artan tümörler karaciğer, safra kesesi, solunum yolu, tiroid, multiple myelom ve rektal kanserler. Kadında sıklıkla artan kanserler ise pankreas, mesane, rahim, serviks ve mide olarak saptanmış. Glukozun etkisinin BMI’den bağımsız olduğu tesbit edilmiş.

Uzun süre bifosfanat kullananlarda atipik kırıklar görülebilir

New York Üniversitesi ortopedistleri, uzun süredir (ortalama 9 yıl) alendronat kullanan ve “düşük enerjili” bilateral femur kırığı görülen 7 hastalık bir seri yayımladılar. Düşük enerjili kırık deyimi, oturma yüksekliği ya da daha alçaktan düşüşler için kullanılmaktadır. Normalde femur kırıkları intertorakanterik ve femur boyun bölgesinde görülürken bu kadınlardaki kırıkların özelliği subtorakanterik olmaları ya da femur shaftını tutmalarıymış. Bu kırıkların kendine özgü sivri uçları ve kırık bölgesinde kortikal kalınlaşmaları varmış.

Cornell Üniversitesi’nde yapılan başka bir çalışmada ise, düşük enerjili subtorakanterik ya da femur shaftı kırığı ile gelen 41 postmenopozal kadın ile klasik intertorakanterik veya femur boynu kırığı olan 81 kadının özellikleri karşılaştırılmış. Atipik kırıklarda bifosfanat kullanım oranı daha yüksek (yüzde 37’ye karşı yüzde 11) bulunmuş. Korteks kalınlaşması ile sivri kırık ucu görüntüsü, uzun süre (ortalama 7 yıl) bifosfanat kullananlar için tipik bulunmuş. Bu hasta grubunda kemik dönüşümünün yavaşlaması ve mikrohasarların birikmesi, kırığa yol açan mekanizmalar olarak öne sürülmektedir.



Selenyum diyabet riskini artırabilir

Selenyumun diyabet ve bazı kadro-metabolik risk faktörleri ile ilişkisine dair son zamanlarda artan endişeler nedeniyle ABD’de 40 yaşın üzerinde 917 bireyden alınan kan örnekleriyle bir çalışma yapılmış. 2003 yılları arasında yapılan ulusal sağlık ve beslenmenin değerlendirilmesi çalışmasında, selenyum düzeyi ile açlık kan glukozu, oral antidiyabetik ya da insülin kullanımı ile ilgili veriler toplanmış. Ortalama selenyum düzeyi 137 g/L bulunmuş. Selenyum düzeyine göre dört gruba ayrıldığında, en düşük selenyum konsantrasyonuna (<124 g/L) sahip olanlara göre en yüksek (>147 g/L) olanlarda diyabet riski 7,64 kat artıyordu. İki grup arasında açlık kan glukozu farkı 9,5 mg/dl, HbA1C farkı ise yüzde 0,3 olarak bulunmuş. Diyabet prevalansı, AKŞ ve glikolize hemoglobin değerleri, selenyum düzeyi 160 g/L’ye çıkınca ya kadar birlikte artış göstermekteymiş. Selenyum preparatları birçok hastalıkta destekleyici olarak kullanılmaktadır. Bu çalışma ile selenyumun hiç de masum bir element olmadığı ve dikkatli kullanılması gerektiği anlaşıyor.

“Son” a yaklaştıkça adımlar yavaşlıyor

Fransa’nın üç kentinde 65 yaş üzeri 3 bin 208 erkek ve kadın üzerinde yapılan bir çalışmada yürüme hızının çeşitli ölüm nedenleri ve ölüm riski ile ilişkisi araştırılmış. 1999-2001 yılları arasında katılımcılara altı metrelik bir mesafe yürütülerek maksimum hızları ölçülmüş. Ardından 5,1 yıl takip edilen deneklerin ölüm oranları ve nedenleri karşılaştırılmış. İzlem süresince 209 katılımcı ölmüş (99’u kanser, 59’u kardiyovasküler hastalık, 51’i diğer nedenlerden). Katılımcılar yürüme hızına göre üçe ayrıldığında, en yavaş yürüyen üçte birlik kısmın ölüm riski en hızlı yürüyenlere göre 1,44 kat artmış. Yavaş yürüyenlerde kardiyovasküler ölüm riski üç kat artarken kanser riskinde artış saptanmamış. Analizler, yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite düzeyi gibi kardiyovasküler risk faktörleri katmanlanarak yapılmış. Veriler BMJ’da yayımlanmış.

Plastik şişeden içilen meşrubatlar Bisfeol A’yı artırıyor

Bisfenol A (BPA), plastik şişelerin yapımında yaygın olarak kullanılan bir kimyasaldır. Düşük konsantrasyonlardaki Bisfenol A’nın hayvanlarda endokrin fonksiyon bozukluklarına yol açtığı bilinmektedir. İnsanlarda da benzer olumsuz etkiler göstermesi muhtemeldir. Environmental Health Perspectives dergisinde yayımlanan bir araştırmada 77 öğrenci ele alınmış ve bir plastik şişeden meşrubat içmeden önce ve içtikten bir hafta sonrasında idrarlarındaki BPA düzeyleri ölçülmüş. Çalışma başlamadan önce bir hafta süreyle çalışmaya katılan öğrencilerin hepsine plastik şişeden içmek yasaklanmış. Başlangıç BPA düzeyleri için idrar örnekleri alındıktan sonra bir hafta boyunca plastik şişeden meşrubat içmeleri sağlanmış. Çalışmaya başlarken ortalama 1,2 mg/g kreatin olan idrar BPA değerleri bir hasta sonra 2 mg/g kreatin değerine çıkmış. Aradaki fark anlamlı bulunmuş (p<0,0001). Çalışma sonucunda plastik şişeden meşrubat içiminin, diğer çevresel etmenlerden bağımsız olarak BPA düzeylerini yükseltebileceği belirtilmiştir.

Kolesistektomi kolon adenomlarını artırabilir

Kolesistektomi, genel cerrahi kliniklerinde en çok yapılan cerrahi müdahalelerden biridir. Kolesistektominin uzun dönemli etkileri üzerinde kesin bilgiler yoktur. Southern Medical Journal'da yayımlanan bir araştırmada 1234 adenomatöz polip hastasının özellikleri incelenmiş. Hastaların 127'si daha önce kolesistektomi geçirmiş olgularmış. Kolesistektomi geçiren hastalarda adenomatöz polip sayısı daha fazla ve daha ileri evredeymiş. Kolesistektomilerde ileri evre adenomatöz polip riskinin 1,5 kat arttığı belirtilmiştir. Kolesistektominin üzerinden geçen süre arttıkça ileri evre poliplerin sıklığında artış izlenmiştir. Adenomatöz polipler premalign lezyonlar olarak kabul edildiği için, kolesistektominin uzun dönemde kolon kanseri riskini artırması beklenebilir.

Antitrombotik ilaç kullananlarda endoskopik girişimler ile ilgili öneriler

Gastrointestinal endoskopik girişimler sırasında kanama nadir görülen bir komplikasyon olmakla birlikte polipektomi ya da sfinkterotomi gibi invazif girişimler sonrası görülebilmektedir. Bu nedenle endoskopik girişimlerden öncesinde anti-trombositer ilaçlar genelde kesilir. Ancak bu ilaçların kesilmesinin kardiovasküler ve nörovasküler komplikasyonlar açısından risk oluşturduğu da bilinmektedir. Amerikan Gastrointestinal Endoskopi Cemiyeti konuyla ilgili olarak bir rehber yayınladı. Rehberde şu noktalar ön plana çıkıyor:

1. Biyopsi yapılmadan gastrointestinal endoskopi yapılacaksa aspirin ya da klopidogrelin kesilmesinin gereği yoktur

2. Anti-trombosit tedavi kesilme kararı, uygulanacak prosedürün bilinen kanama riskine göre ayarlanmalıdır. Endoskopik polipektomi,

muzozal rezeksiyon, terapötik enteroskopi, lazer ablasyonun kanama riski yüksektir. Ayrıca bazı girişimlerde kanama olursa endoskopik yollarla ulaşılması ve müdahalesi mümkün olmayabilir. Striktürlerin dilatasyonu, perkütan gastrotomi, ince iğne aspirasyonları ve trücut biyopsi gibi işlemlerde tedbirli olunması önerilir.

3. Hasta kardiovasküler ya da nörovasküler açıdan yüksek riskliyse aspirin mümkün olduğunca devam edilmelidir. Yüksek riskli girişimlerden önce 5-7 gün süreyle aspirin ya da antiinflamatuvar ilaçlar, hekim kararıyla kesilebilir.

4. Klopidoğrel, koroner stent uygulamasının üzerinden bir ay geçmişse, 7-10 gün süreyle kesilebilir. İlaç salan stentlerde, klopidoğrel ilk üç ay (mükünse ilk altı ay) kesilmemelidir. Klodidogrelin ani kesilmesi yüzde 50 miyokard infarktüsü ve yüzde 20 ölümle sonuçlanmaktadır. Klopidoğrel kesilirse aspirin verilmelidir.

5. Gastrointestinal girişimden hemen sonra kesilen antitrombositer ilaca tekrar başlanmalıdır. Klopidoğrel için 600 mg yükleme dozu verildikten sonra 300 mg idame dozu ile devam edilmelidir.



ABD'de evliler daha uzun yaşıyor (gibi)

Evlilik durumunun mortalite üzerine etki ettiği neredeyse yüz yıldır biliniyor. Ancak uzun dönemde evli ya da dul kalma sürelerinin yaşam süresi üzerine etkileri iyi bilinmiyordu. American Journal of Epidemiology'de yayımlanan bir makalede, araştırmacılar 1992-2006 yılları arasında bir grup Amerikalının sağlık ve sosyal kayıtlarını incelemişler. Halen mevcut evlilik durumu, boşanma sayısı, dul kalma süresi, evlilik yaşı gibi etkenlerin çoklu değişkenli analizi yapılmış. Ölüm riskinde önemli artış yapan faktörler şu şekilde sıralanmış: 18 yaşından önce evlenmiş olmak, halen boşanmış ya da dul olmak, kadınlarda fazla evlenip boşanmak, 1-4 yıldır boşanmış olmak. Erkeklerde erken ölüm riskini azaltan bir faktör 25 yaşından sonra evlenmiş olmakken, kadınlarda 10 yıldan uzun süredir boşanmış olmak ya da 5 yıldan uzun süredir dul kalmanın yaşam beklentisini azalttığı saptanmış. Araştırmacılar evlilik ve boşanma olaylarının kadın ve erkeklerde sonuçlarının farklı olduğunu belirtiyorlar.

Donmada doku plasminojen aktivatörü işe yarayabilir

New England Journal of Medicine'nda yayımlanan bir vaka sunumunda, donan bir hastanın intraarteriyel trombolitik tedavi ile iyileşme eğilimi gösterdiği bildirildi. 16 yaşındaki hasta aşırı miktarda alkol alıp kar üzerinde sızmış. Genç, bulunduğunda ellerinde ve sağ ayağında şiddetli donma bulguları varmış. Üst ekstremitelere 24 saat boyunca intraarteriyel doku plasminojen aktivatörü infüzyonu yapılmış. Üst ve alt ekstremitelerde dramatik iyileşme meydana gelmiş.

Alkol donma olgularında önemli bir nedendir. Mevcut tedavi sıcak su banyosu içinde hızlı ısıtmadır. Bildirilen vakada anjiyografik olarak arteriyel akımın kesildiği görüldükten sonra trombolitik tedavi verilmiş. Doku plasminojen aktivatörü sadece üst ekstremiteye verildiği halde tüm ekstremitelerde iyileşme görülmüş. Vakada sonunda ayaklardan birinin başparmağı ampute edilmek zorunda kalmış. Doku plasminojen aktivatörü uygun donma olgularında tedavi edici olabilir.



Eczacı krizinde yanlışlar ve doğrular

Dr. Mahmut Tokaç



1963 Ünye doğumludur. 1979'da Ünye Lisesi'nden, 1985'te İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. 2000 yılında İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü'nde doktorasını tamamlamıştır. 2002 – 2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003 – 2009 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlük yapmıştır. Halen İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimisi olarak görev yapmaktadır.

Eczacılar tarafından 4 Aralık 2009 tarihinde gerçekleştirilen "Kepen Kapatma Eylemi" sonrası SGK ile TEB arasında başlayan ve karşılıklı restleşmelerle devam eden gerilim, Sayın Başbakanın "Marketlerde ilaç satışına izin vereceğiz." açıklamasıyla gündemde en ön sıraya yerleşti. Bu konuda herkes bir şeyler söyleme telaşında. Ancak bu toz duman içinde konuşan/yazan herkes sorunu doğru teşhis etmek yerine kendi görüşünü desteklemek için mev-

cut durumu kullanma çabasında. Uzun yıllar konunun tam merkezinde bulunmuş biri olarak bu yazımla konuyu enine boyuna irdeleyip sorunun doğru teşhisini koymayı amaçladım.

Bugünkü durumu tam anlayabilmek için geçmişe bir göz atmamız gerekir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi durum

Bugünkü iktidarın işbaşına gelmesiyle birlikte yürürlüğe koyduğu "Sağlıkta Dönüşüm Programı" öncesinde sosyal

güvenlik sistemlerinde parçalı bir yapı ve çok farklı uygulamalar mevcuttu. Emekli Sandığı'na tabi memur ve emekliler ile Bağ-Kur'lular nispeten daha kolay sağlık hizmetine ve ilaca ulaşabilirken, SSK'lılar sadece SSK hastanelerinden sağlık hizmeti almak ve ilaçlarını da bu kuruluşların eczanelerinden temin etmek zorundaydılar. Ancak toplumun üçte birini oluşturan SSK'lıların kısıtlı sayıdaki SSK sağlık kuruluşundan yeterince hizmet alabildiklerini söylemek mümkün değildi. SSK'lıların kendi kurumlarındaki sağlık hizmetine erişebilmek için SSK hasta-



nelerinde çalışan doktorların muayenehanelerinden geçmeleri ve muayene ücreti ödemeleri neredeyse bir kural halini almıştı. Muayene olabiller ilaç almak için SSK hastanelerindeki eczanelerin önünde saatlerce kuyruk beklemek zorundaydılar. Buna rağmen ilaçlarının birçoğunu alamadıkları bir durum söz konusu idi.

Güvencesi olmayan Yeşil Kartlılar ise Sağlık Bakanlığı hastanelerinden hizmet almakla birlikte sadece yatarak tedavilerinde ilaçları karşılanmakta, ayakta tedavilerinde ise ya cepten ilaçlarını almakta ya da çok nadiren de olsa Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları aracılığı ile ilaçlarını temin etmekte idiler. Güvencesi olmayanlar ile SSK'lı olup SSK hastanelerinden hizmet alamayanlar ya cepten harcama yapmak suretiyle özel sağlık kuruluşlarına gitmekte ve ilacını dışarıdan almaktaydılar ya da memur, emekli veya Bağ-Kur'luların karneleri ile Sağlık Bakanlığı hastanelerinden yararlanmakta ve ilaçlarını bu kişiler üzerinden temin etmekteydiler.

Sağlıkta Dönüşüm Programı

Vatandaşların farklı sosyal güvenlik organizasyonlarından eşit olmayan şekilde hizmet almalarının (daha doğru bir deyişle bazılarının hiç hizmet alamamalarının) önüne geçmek üzere "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı altında bir takım düzenlemeler öngörüldü. Bunlar özetle;

1. Sosyal güvenlik sistemlerinin tek çatı altında birleştirilmesi,
2. SSK ve diğer kurum hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devri,
3. Tüm vatandaşlarımızın ilaçlarını serbest eczanelerden almalarının teminidir.

Bu tedbirler bir bütün olarak ele alınsa da bir burada konumuz gereği ilaçların serbest eczanelerden alımı hususunu değerlendireceğiz.

İlaçların serbest eczanelerden alımı

Topluman yaklaşık yarısını oluşturan SSK ve Yeşil Kartlıların ilaçlarını diğer vatandaşlarımız gibi serbest eczanelerden almasının Anayasamızla güvence altına alınmış olan eşit sağlık hakkı kapsamında olduğu gerçeğinin yanında bu düzenlemenin ilaca erişimi sağlarken kamuya bir yük getireceği herkesin malumu idi. Bu yükün makul düzeyde tutulabilmesi için bazı tedbirlerin alınması gerekiyordu. Bu tedbirleri şu şekilde sıralayabiliriz:

1. İlaç Fiyat Kararnamesinin yeniden tanzimi,
2. İlaç firmaları ile iskonto anlaşması,

3. Serbest eczanelerle sözleşme.

İlaç Fiyat Kararnamesi

Sağlıkta Dönüşüm Programı hayata geçirilmeden önce yürürlükte olan 1984 tarihli Fiyat Kararnamesine göre beyan esaslı sistem vardı ve firmaların beyanlarına göre fiyatlandırma işlemi yapılmakta idi. Özellikle ithal ilaçlarda getirilen proforma faturaya göre fiyat verilmekteydi. İlacın fiyatı yüksek bulunarak onaylanmadığında derhal daha düşük fiyatlı bir proforma gelebilmekteydi. Bazen proforma faturalar birkaç sefer değişerek gelebilmekteydi. Ayrıca ithal ilaçların her ay sonu dövizdeki artış oranında yeni fiyat almaları mümkün iken Mart 2003'den itibaren dövizde yaşanan düşüşle birlikte kararnamede zorlayıcı bir hüküm olmadığı için fiyat düşüşü yapılamamaktaydı. Yerli ilaçlarda ise fiyat artışları belirsiz zamanlarda ve tam anlamıyla bir "kurban pazarlığı" gibi pazarlıkla belirlenmekte idi. 1984'den 2001 yılına kadar yapılan enflasyon/ilaç fiyatları grafiğine baktığımızda artışların daima enflasyonun üstünde kaldığını görmekteyiz.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında 2003 yılının ikinci yarısında yeni bir kararname hazırlıklarına başlandı ve 2004 yılında yeni fiyat kararnamesi yayımlandı. Kısaca 2004 Kararnamesi olarak adlandırdığımız bu kararname şu yenilikleri getirmekteydi:

- 1- Kamuya yük getirmeyecek şekilde "kademeli kârlılık",
- 2- Gerçekçi olmayan "Maliyet Sistemi" yerine "Referans Fiyat Sistemi",
- 3- Şeffaf, ölçülebilir ve objektif kriterler,
- 4- Fiyat Değerlendirme Komisyonu,
- 5- Geri Ödeme Komisyonu.

Kamu tasarrufu

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yayımlanan yeni Fiyat Kararnamesi sayesinde 900 civarında ilacın fiyatında %1 ila %80 arasında indirim yapılarak yıllık yaklaşık 1 Milyar Lira kamu tasarrufu sağlanmıştır. 2007 ve 2009 yıllarında yapılan revizyonlarla bu tasarruf katlanarak artmaktadır.

Geri ödeme sisteminde yenilikler

2004 Kararnamesi ile oluşturulan Geri Ödeme Komisyonu sayesinde geri ödeme kurumlarının eşitsizliğe ve önemli hasta yakınlarına sebep olan ayakta tedavi reçetelerinde farklı listeleri uygulamalarını ortadan kaldıran bir uygulama başlatılmıştır. Daha önce Maliye Bakanlığı tarafından Emekli Sandığı mensubu çalışan ve emeklilere uygulanan tedavi prensiple-



rini belirleyen Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) temel alınarak hazırlanan ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından uygulanan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) devreye girdi. Daha sonra Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile yapısı değiştirilen Ödeme Komisyonundaki SGK ağırlığının da etkisiyle SUT'ta her geçen gün hizmete erişimi zorlaştıran değişiklikler yapılabilmektedir.

Serbest eczanelerden ilaç alımında TEB'in rolü

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilip bu hastanelerdeki eczanelerin kapatılması sonucunda SSK'lıların ve beraberinde Yeşil Kartlıların serbest eczanelerden ilaçlarını almaları kararı alınırken, Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, TEB ve ilaç endüstrisinin temsilcilerinin katılımıyla ortak bir protokol yapıldı. Bu protokolün amacı, sadece ilaçların serbest eczanelerden nasıl alınacağını kullarının belirlenmesi değil, SSK'nın o zamana kadar ilaç firmalarından ihale yoluyla aldığı ilaçlarda yapılan iskonto- ların karşılanmasıydı. Buna göre ilaç firmalarından %4-%11 oranlarında iskonto alınacak, eczaneler de %3,5 ilave iskonto yapacaklardı. (Eczane iskonto- ları birkaç sefer değiştirildikten sonra halen eczane cirolarına göre kademeli olarak uygulanmaktadır.) 2005 yılından itibaren memurlar, memur emeklileri ve Bağ-Kur'luların yanı sıra SSK'lılar ve Yeşil Kartlıların serbest eczanelerden ilaçlarını almaları uygulamasına başlandı. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ilaç alanındaki başarısında bu programa destek veren TEB ve eczacılar çok önemli rol oynadılar.

Eczacıların sorunlarının temeli

Aslında eczacıların sorununun temeli, SGK'nın kuruluşunun eski SSK yapısı üzerine bina edilmesinden kaynaklanmaktadır. Eski SSK anlayışında kurum odaklı politikalara dayalı ve kurum çıkarını önceleyen bir yaklaşım göze çarpıyordu. Bu anlayış, kurum çıkarlarını gözetirken kurumun varlığının gerekçesi olan SSK'lıları rahatlıkla göz ardı edebiliyordu. Nitekim Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde hastanelerin Sağlık Bakanlığına devrine ve ilaçların serbest



Aslında eczacıların sorununun temeli, SGK'nın kuruluşunun eski SSK yapısı üzerine bina edilmesinden kaynaklanmaktadır. Eski SSK anlayışında kurum odaklı politikalara dayalı ve kurum çıkarını önceleyen bir yaklaşım göze çarpıyordu. Bu anlayış, kurum çıkarlarını gözetirken kurumun varlığının gerekçesi olan SSK'lıları rahatlıkla göz ardı edebiliyordu.

eczanelerden alınmasına SSK bürokrasisinin direnmesinin ardında bu inanç yatıyordu. Bu direnişleri sonuçsuz kalıp (Sayın Başbakanın iradesiyle) devir ve serbest eczaneye açılım gerçekleşince de her fırsatta uygulanan politikaları ak-satmaya yönelik eylemlerde bulunmaya devam ettiler. SGK'nın üst yönetiminin yeni olması bu direnci ortadan kaldırmaya yetmedi. Zira teknik işlere hakim olan bürokratik kadrolar her zaman üst yönetimi yönlendirme ve yanıltma potansiyeli taşıdılar. Bu konudaki kaygı ve tespitlerimizi zaman zaman SGK yöneticilerine aktarmış olmamız, sonucu değiştirmeye yeterli olmadı.

Hastalara hizmet sunan eczanelerle sağlıklı iletişim kurulmasında sorun yaşanırken özellikle ilaçların serbest eczanelerden alınması amacıyla kullanılan SGK provizyon sisteminin tam hazır olmaması ve sık sık işleyiş sorunları olması dolayısıyla eczacılar birçok problemler yaşadılar. Bu sorunların bir kısmı teknik yetersizliklerden kaynaklandığıysa

da, önemli bir kısmının SGK bürokrasisinin yukarıda sözünü ettiğim tavırlarının izlerini taşıyan uygulamalarından kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Eczacıların SGK'nın uygulamalarından kaynaklanan temel sorunları özetle aşağıdakilerdir:

- 1- Kuralların sıkça değişmesi,
- 2- Reçete kontrol birimlerinin farklı uygulamaları,
- 3- Hatalı reçetelerin düzeltme hakkı verilmeksizin iptal edilmesi,
- 4- Kamu vicdanında haklılığı kabul görmeyen kesintiler.

Yaşanan sorunları doğru tespit etmek ve çözüm üretmekten ziyade SGK tarafının kurumu koruma refleksiyle attığı adımlar sorunu daha da derinleştirmekten başka işe yaramadı.

Eczacıların sorunları

Eczanelerin halen devam edegelen sorunları aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- 1- SUT'ta yapılan değişikliklerin hiç geçiş dönemi verilmeden uygulamaya konulması. (Geçiş dönemi verilmeden yapılan düzenlemeler eczacıların hazırlıksız yakalanmasına ve adaptasyonda sorun yaşamalarına yol açmaktadır.)
- 2- Bazı ilaçlarla ilgili ödeme kurallarının değiştirilmesi, bazılarının ödeme listelerinden çıkartılması uygulamasının geçiş dönemi verilmeden başlatılması sonucu eczanelerin stoklarında satılmayan ilaçların kalması.

3- Muayene katılım paylarının eczaneler aracılığı ile tahsili. (Geçtiğimiz yıl bu uygulamanın halka duyurulmadan bir anda başlatılması sonucu vatandaşla eczacılar arasında ciddi tartışmalar yaşanmasına sebep olmuştu. 3 ay önce başlatılan muayene katılım paylarının

artışı uygulamasının yine bir anda yapılması ve üstelik geriye dönük uygulanması vatandaşla eczacıyı karşı karşıya getirdi. SGK yöneticileri geriye dönük uygulamanın yanlışlıkla olduğunu beyan etmişlerdir.)

4- Provizyon sistemine girişlerin yoğun olduğu günün belirli saatlerinde sistemin çalışmaması.

5- Hekimlerin SUT uygulamalarını takip etmemeleri dolayısıyla eczane provizyon sistemi ilaca onay vermemekte, hastalar tekrar reçeteyi yazan doktora yönlendirilmektedir. Bu da hastalara eziyet halini alabilmektedir ya da eczacılarla hekimlerin çatışması sonucunu doğurmaktadır. Bu sorun ancak SGK'nın elektronik reçete sistemine geçmesiyle son bulabilecektir.

6- Provizyon sisteminde onaylanan reçetelerin kontrol ünitelerinde geri çevrilmesi. (Kontroller sadece bilgi ve belgeler yönünden yapılmalıdır. Eğer bilgi veya belge eksikliği veya yanlış yoksa, provizyon sisteminden onaylanan reçetenin reddi olmamalıdır.)

7- Bir kontrolörün onayladığı reçeteyi başka bir kontrolörün onaylamaması şeklindeki keyfi uygulamalar eczacıları oldukça rahatsız etmektedir. (Bir toplantıda beraber konuşmacı olduğumuz SGK görevlisinin SGK Bölge Müdürlüğünde çalışan bir eczacının "SUT'u farklı yorumlama hakkım var." şeklindeki sözüne sessiz kalmasına şaşırmandan edememiştim)

8- SGK'nın eşdeğer olmayan ilaçları eşdeğer kabul etmesi. SSK döneminde "endikasyon muadili" adı altında aslında eşdeğer olmayan ilaçların bir-biri yerine ikame edilmesi şeklinde çok yanlış bir uygulama vardı. Bilimsel temeli olmayan bu uygulama eşdeğer kavramı altında yeniden gündeme getirilmektedir.

SSK döneminde hekimlerin reçetelerinde yazan ilaçların yerine SSK ecza-



nelerinde eczacı bile olmayan kalfalar tarafından ilgisi olmayan ilaçların verildiği endikasyon muadili uygulaması aşağıdaki şekillerde olabilmekteydi:

- Antienflamatuvar etkili bir "naproksen" grubu ilaç yerine sadece analjezik etkili "parasetamol" grubu ilaç verilebilmekteydi.

- Renal kolik tedavisi için yazılan spazmolitik etkili düz kas gevşetici ilacın yerine çizgili kas gevşetici ilaç verilebilmekteydi.

Bugün SGK tarafından "terapötik eşdeğerlik" adı altında yeniden uygulanmaya konmaya çalışılan husus, eski SSK'nın "endikasyon muadili" uygulamasından başka bir şey değildir. Yani eskinin anlayış ve kültürünün SGK içinde yeni kavramlarla tekrar canlandırılmaya çalışıldığı görülmektedir.

Örneğin geçen yıl başlatılan uygulama ile diüretik katkılı kombine antihipertansiflerle tek etkin maddeli antihipertansifler aynı grup olarak değerlendirilmekteydi. Bu uygulama ile diüretikli ile diüretiksizin birbiri yerine eczanede ikame edilebileceği bir durum ortaya çıktı. Yapılan eleştirilerden sonra diüretikli ile diüretiksizin birbiri yerine ikame edilmeyeceği duyurulurken sorun biraz olsun geçiştirildi. (Bu husus www.sdplatform.com'da yazdığım "Eşdeğer ilaç ve SGK Uygulamaları" başlıklı makalede ayrıntılı olarak açıklanmıştır. İlgili link: <http://www.sdplatform.com/KoseYazisi.aspx?KID=63>)

Ekim ayında SGK tarafından etkin maddeleri farklı olup aynı grupta yer alan tüm antihipertansifleri eşdeğer kabul eden bir genelge yayımlandı. Gelen tepkiler üzerine uygulaması ertelendi.

Geri adım atılmış olsa bile, SGK'nın bu uygulamaları, Sağlık Bakanlığı'nın hekimlere ve halkımıza eşdeğer ilacı doğru olarak anlatmak ve benimsetmek için verdiği uğraşları zora sokmuştur. Bu amaçla hazırlanan projelere destek olmak şöyle dursun, onları baltalamaktan başka bir işe yaramamıştır.

Eşdeğer ilaç

Konuyu tam anlayabilmek için "Eşdeğer ilaç" tanımını tekrar hatırlamakta yarar var.

Aynı etkin madde/maddeleri, aynı birim miktarlarda ve aynı ya da benzer farmasötik formda içeren ve biyoeşdeğerliliğini kanıtlamış ilaçlar "Eşdeğer ilaç" olarak tanımlanır. Eşdeğer ilaçların tedavi değerlerinin birbirinin aynı olduğu kanıtlanarak ruhsat almış oldukları için eczanede eczacı tarafın-

dan birbiri yerine ikame edilebilir. Hekimlerin ne yazık ki büyük bir bölümü biyoeşdeğerlilik kavramını bilmediklerinden eşdeğer ilaçların etkilerinin farklı oldukları kanaatine sahiptirler. SSK döneminde ihale yoluyla alınan ilaçların bir kısmında biyoeşdeğerlik olmadığından bu endişeler o zaman için doğru olsa da 2002 yılından bu yana biyoeşdeğerliğini kanıtlamayan hiçbir ilaca Sağlık Bakanlığı'nca ruhsat verilmemiştir. 2002 yılından önce piyasaya çıkmış olan ilaçların hepsinden biyoeşdeğerlik çalışması istenmiş, yaptırmayanların satış izni iptal edilmiştir. Bu uygulama sonunda eskiden SSK'ya satış yapan ilaçlar ve firmaların bir kısmı piyasadan tamamen kalkmıştır.

Eczacıların söylemi

SGK'nın altyapısında yer etmiş eski SSK anlayışlı bürokrasiden kaynaklanan bu sorunlar dururken TEB tamamen başka söylemlerle konuya yaklaşmakta ve bu söylemler gerçek durumun tespitini zorlaştırmaktadır. Eczacılar adına TEB'in söylemleri aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

- Kamu kurum iskontolarından zarar etmeleri,
- İlaç fiyatlarındaki düşüşlerden zarar etmeleri,
- 8 bin eczanenin kapanmanın eşiğinde olması,
- Zincir eczaneler / ilaç reklamı konusunda hazırlıkların olması.

2007 krizinde TEB, kamu kurum iskontolarından kaynaklandığı iddia edilen ancak gerçekte olmayan bir kaybı bahane ederek bunun olmazsa olmaz istekleri olduğu söylemi ile uzlaşmanın önünü tıkamıştı. SSK'dan miras kalan anlayışının olumsuz etkileri dolayısıyla SGK'ya güvenemeyen eczacılar, TEB'in devre dışı bırakılması halinde sahipsiz kalacakları ve SGK tarafından yapılabilecek dayatmalar sonucu bazı haklarını kaybedecekleri endişesiyle, ideolojik tavırlarını tasvip etmeseler bile TEB'in yanında yer alma ihtiyacı hissetmekteydiler. Bürokratların çözemediği o krizde Sayın Başbakanın uyarısı üzerine Sayın Bakanlar devreye girerek eczacıların durumlarında bazı iyileştirmeler yapmak suretiyle TEB ile uzlaşmayı sağladılar. Aslında Sayın Bakanlara gerek kalmadan da bu uzlaşmanın sağlanabileceğini düşündüğüm o kriz bittiğinde şunları söylemiştim:

"SGK ile TEB arasında geçtiğimiz günlerde yaşanan ve karşılıklı restleşmeye varan kriz şimdilik tatlıya bağlandı. Şimdilik diyorum çünkü her iki tarafın da sorunu çözmekten çok çözmemeye niyetli görünümü sorunun tekrar alevle-

(...) Eczacılar ve TEB o krizden sonra eylemle ya da eylem söylemiyle her istediklerini elde edebilecekleri kanaatini edindiler. Hatta bir eczacı dergisi kapağında bir kâğıdı delip geçen bir yumruk resmi koyup gücümüzü gösterdik diye başlık atmıştı.

nebileceğine işaret etmektedir."

Eczacılar ve TEB o krizden sonra eylemle ya da eylem söylemiyle her istediklerini elde edebilecekleri kanaatini edindiler. Hatta bir eczacı dergisi kapağında bir kâğıdı delip geçen bir yumruk resmi koyup gücümüzü gösterdik diye başlık atmıştı.

Eczacılar kamu kurum iskontolarıyla kayba uğradıkları iddiasını sıkça dile getirdiler. Firmalardan aldıkları iskonto rakamı kadar iskonto yapmaları gerektiği halde ondan daha fazlasını yaparak zarara uğradıklarını öne sürdüler.

Böyle bir iddia ne kadar doğrudur? Bir örnek üzerinde bunu açıklayalım:

Perakende satış fiyatı 14,72 TL olan bir ilacı ele alalım. Fiyat Kararnamesine göre bu ilacı satan firmanın depocuya satış fiyatı 10,00 TL'dir. Depocu %9 kâr ile yani 10,90 TL'ye eczaneye satmaktadır. Eczacı da ilk dilimde olan ilaç için %25 kâr elde edeceğinden 13,63 TL eczacı fiyatı üzerine %8 KDV ilave ederek bulduğu 14,72 TL perakende fiyatla eczanesinde satabilmektedir.

Kararnameye göre normal fiyat ve kârlılık tablosu			
Firmanın depoya satış fiyatı	Depocunun %9 kârla satış fiyatı	Eczacının %25 kârla satış fiyatı	%8 KDV'li perakende fiyat
10,00 TL	10,90 TL	13,63 TL	14,72 TL

Bu eczanemizin sıfır iskontolu en alt gruptaki bir eczane olduğunu farzederek kamunun bu eczaneden ilacı %11 iskonto ile aldığını düşünelim. Eczacı kamuya bu ilacı 14,72 TL'nin %11 eksik olan 13,10 TL'ye fatura edecektir.

Kamu iskontosu sonrası oluşan fiyat		
İskonto oranı	Eczane fiyatından %11	KDV'li fiyattan %11
% 11	12,13 TL	13,10 TL

Kamu iskontosunu uygulandığında gerçekleşen iskonto miktarları		
Firma %11 iskontolu satış fiyatı	Depocunun %11 iskontolu satış fiyatı	Eczacı %11 iskontolu perakende satış fiyatı
8,90 TL	9,70 TL	13,10 TL
Firmanın iskonto yaptığı miktar	Depocunun iskonto yaptığı miktar	Eczacının iskonto yaptığı miktar
1,10 TL	1,20 TL	1,62 TL

Yani rakamsal olarak 14,72 – 13,10 = 1,62 TL iskonto uygulamıştır. İlacı üreten ya da ithal eden firma ise 10,00 TL firma fiyatı üzerine %11 iskonto uyguladığında 8,90 TL'ye depoya satmaktadır. Bu firmanın uyguladığı iskontonun rakamsal değeri de 10,00 – 8,90 = 1,10 TL olmaktadır. Eczacılar firmanın yaptığı 1,10 TL iskonto karşılığında kendilerinin 1,62 TL iskonto yaptıklarını ve 0,52 TL zarar ettiklerini iddia etmektedirler.

Eczacıların taşıma zararı iddiası
1,62 – 1,10 = 0,52 TL

Bu iddia tamamen mesnetsizdir. Çünkü Fiyat Kararnamesi depocu ve eczacı kâr oranlarını belirlemiştir. %11 iskonto ile 8,90 TL'ye firmadan ilacı alan depocu %9 kâr ilave ederek 9,70 TL'ye eczane-ye satacak, eczane de %25 kâr ile ulaşacağı 12,13 TL'ye %8 KDV'yi ilave ederek kamuya 13,10 TL'ye satacaktır. Yani aslında aynı fiyata satabilecektir.

Her iki yöntemle bulunan aynı fiyat	
KDV'li fiyattan %11 iskonto	13,10 TL
Eczacının KDV'li yeni satış fiyatı	13,10 TL

Eğer eczacı firmanın iskonto yaptığı miktar kadar (1,10 TL) iskonto yapsaydı kamunun ilacı alacağı fiyat 13,62 TL olacak ve kamu ilaca 0,52 TL daha fazla ödeyecekti. Bu durumda eczacının kâr oranı %29,11'e yükselecekti.

Eğer eczacının yaptığı iskonto miktarını (1,62 TL) firma iskonto miktarı olarak uygulaysaydı firmanın depocuya satış fiyatı 8,38 TL olacaktı. Bu durumda ise firmanın uyguladığı iskonto oranı : %14,99'a yükselecekti.

Aslında tamamen sanal bir taşıma zararı söz konusu olduğu halde TEB yönetimi bu konuyu sürekli uzlaşmazlık gerekçesi olarak ileri sürmeye devam etmektedir.

Eczanelerin zarar ettiği ve kapanmanın eşiğinde olduğu iddiası

TEB'in sıklıkla dile getirdiği 2004 Kararnamesiyle ilaç fiyatlarının düştüğü ve kademeli kârlılık dolayısıyla gelirlerinin azaldığı ve en az 8 bin eczanenin kapanmanın eşiğinde olduğu iddiası doğru mudur?

2004 yılında 20 bine yakın serbest eczane mevcutken bugün itibarıyla serbest eczane sayısı 24 bini geçmiştir. Yani beş yılda eczane sayısı ancak dörtte bir oranında artmıştır.

Türkiye'de yıllara göre serbest eczane sayıları (Kaynak: TEB)					
Yıllar	2004	2005	2006	2007	2008
Eczane Sayısı	19.713	20.517	20.632	23.265	24.119

Peki, serbest eczanelerden çıkan ilaç rakamı ne olmuştur? Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde ilaçların serbest eczanelerden alınmaya başlandığı 2005 yılı öncesinde üretici rakamlarıyla 5,8 Milyar TL olan reçeteli ilaç pazarı 2009 yılının 11 ayında 12,8 Milyar TL olarak gerçekleşmiştir. Yani 6 yılda eczane cirolarında 2,5 kattan fazla bir artış olmuştur.

Türkiye'de yıllara göre reçeteli ilaç pazarı (*2009 11 aylık) (Kaynak: IMS)						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Reçeteli İlaç Pazarı (Milyon TL)	5.863	8.568	9.542	11.098	12.135	12.820* (13.986)
Önceki Yıla Göre Artış (%)	16,90%	46,10%	11,40%	16,30%	9,30%	15,25%

Görüldüğü gibi ilaç fiyatları düştüğü için eczanelerin gelirlerinin azaldığı iddiası doğru değildir. Kademeli kârlılık dolayısıyla kâr oranlarında bir azalma söz konusu mudur? İlaç Fiyat Kararnamesine göre eczane kârlılığı kademeli olarak aşağıdaki tablodaki şekilde olmaktadır.

İlaç Fiyat Kararnamesinde eczane kâr oranları					
Fiyat Dilimi	0-10 TL	10-50 TL	50-100 TL	100-200 TL	200 TL +
Kâr Oranı	% 25	% 24**	% 23**	% 16	% 12*

* 2004 Kararnamesinde % 10 olan 200 TL üzeri dilimdeki eczane kâr oranı 2007'de değiştirilen şekliyle % 12 olmuştur.

** 2009 yılının sonlarında yapılan son değişikliklerle %24 ve %23 oranları da %25'e yükseltilmiştir.

Eczacılar 4 ve 5. kademelerdeki ilaçlardan kâr edemediklerini ve bu yüzden zarara uğradıklarını iddia etmektedirler. Halbuki bu iki kademede ilaçların toplam ilaç pazarındaki oranı 2007'de yaptığım hesaba göre % 15'dir. (2008 yılında yaklaşık % 17 olduğunu tahmin ediyorum.) % 75'lik bölümü ise % 25 ve % 24 oranlarındaki ilk iki kademededir. Bu rakamlara bakıldığında 2007 yılında ortalama kâr oranı % 23,46 olmuştur. Bu oran Kararnameden önceki 2003 yılındaki kâr ortalaması olan % 23,13'den daha fazladır. (2008 yılında da 2003 yılının altına inmemiştir.)

2003 ve 2007 yılları eczane kâr oranları karşılaştırması				
2003	KUTU	MİLYON TL	KÂR (Milyon TL)	KÂR ORANI
İMAL*	621.031.899	3.140	785	25,00%
İTHAL*	82.208.664	1.877	375	20,00%
2003 TOPLAM	703.240.563	5.018	1.160	23,13%
2007	ORAN	MİLYON TL	KÂR (Milyon TL)	KÂR ORANI
10 YTL altı	35,51%	3.942	985	25,00%
10-50 arası	41,03%	4.555	1.117	24,53%
50-100 arası	8,93%	991	237	23,95%
100-200 arası	2,94%	326	69	21,35%
200 YTL üzeri	11,59%	1.286	193	15,06%
2007 TOPLAM	100,00%	11.103	2.604	23,46%

* 2003 yılında ilaçlar imal ve ithal olarak iki ayrı fiyatlandırma sistemine sahipti ve imal ilaçlarda eczacı kâr oranı % 25, ithal ilaçlarda ise % 20 idi.

2003 yılında 1,16 Milyar TL toplam kârı 19 bin eczane paylaşıırken 2007 yılında toplam 2,6 Milyar olarak gerçekleşen toplam kâr 23 bin eczane paylaşmıştır. Yani eczane başına düşen ortalama kâr artmıştır.

Son kriz

2009 yılında ekonomik kriz dolayısıyla ekonomik büyümenin - 6 (yazı ile eksi altı, yani küçülme anlamına gelir.) civarında seyretmesine rağmen ilaç harcamalarının Temmuz 2009'da gerçekleşen şekliyle %20'ye yakın artış göstermesi üzerine kamu ilaç harcamalarındaki aşırı artışı önlemek üzere ilaç sektörü ile görüşmelere başlandı. "Global Bütçe" olarak adlandırılan ve ilaç harcamalarını belirli bir rakamla sınırlandıracak proje üzerinde anlaşmak üzere bir kısmı bakanlar düzeyinde olmak üzere ilaç sektörüyle dokuz görüşme yapıldı. Bu görüşmeler sonunda anlaşma sağlanamaması üzerine kamu cephesi ilaç harcamalarını kontrol etmek üzere birtakım tedbirler uygulama kararı aldı. Bu tedbirler özetle şunlardı:

- 1- Bazı ilaçların fiyatlarında indirimle gidilmesi,
- 2- Bazı ilaçların %11 olan iskonto oranlarına ilave olarak %13 iskonto uygulanması,
- 3- Muayene katkı paylarının artırılması.

Eczacılar bu tedbirlerden ilkinin uygulanmasıyla ilaç fiyatlarındaki azalma ile kendi cirolarının düşeceği ve zor durumda olan eczanelerin daha da zora düşeceğini iddia ettiler. Bunun anlamı ilaç harcamalarının kontrol altına alınmamasını talep etmekse böyle bir talebin haklılığı olamaz.

Fiyat Kararnamesi gereği ilaç fiyatlarındaki değişimlerde 45 günlük geçiş süresi verildiğinden fiyatı düşen ürünlerle il-

gili eczane stoklarının tüketilmesi söz konusudur. Ancak ikinci tedbir gereğince iskonto oranlarında yapılan artışlarda SGK geçiş süresi vermediğinden eczanelerin rafındaki ilacın fiyatının düşmesi ile eczacılar kayba uğramaktadır. Eczacılar oluşacak zararın firmalar tarafından telafi edilmesini talep ettiler ki bu taleplerinde haklıdır. SGK firmaların kayıpları telafi edeceğini açıklasa da firmaları bağlayıcı düzenlemeler yapılmadığından telafi etmeyen firmalara bir yaptırım uygulanmamaktadır.

Üçüncü tedbir olan muayene katkı paylarının artırılması ve bunun geçmişe yönelik tahsili uygulamasıyla eczacılar hastalarla karşı karşıya geldiler. Bu hususta da eczacılar haklıdır. SGK'nın böyle bir uygulamayı başlatmadan 1-2 ay önce bunu topluma iletişim vasıtaları ile duyurması ve hastalarla eczacıların karşı karşıya gelmelerini engelleyecek tedbirleri alması gerekirdi. Daha önceki uygulamada duyurulmadan başlatılmasının sıkıntıları unutulmamışken, yeni uygulamada aynı hatanın tekrar edilmesi, hatta geçmişe yönelik tahsilat uygulamasıyla katmerli hale getirilmesini açıklamak zordur. Bunların tamamen dikkatsizlikten ve ihmalden oluştuğunu kabul etsek bile, Sağlıkta Dönüşüm Programının halk nezdinde yarattığı memnuniyeti ortadan kaldırmaya yönelik olan bir bürokrasi direnci olduğunu düşünmeden edemiyorum

Tüm bu olayların TEB genel kurulu öncesine gelmesi ve muhalif kanadın TEB yönetimini pasiflikle suçlaması üzerine, daha önceki eylemlerinin sonuç getirdiği intibaiden hareketle 4 Aralık 2009 tarihinde bir günlük eczane kapatma eylemi gerçekleştirildi. Eczacılar büyük oranda bu eyleme katıldı. Bu eylem SGK ile TEB arasında köprülerin atılmasına sebep oldu. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Sayın Ömer Dinçer, TEB ile protokol yapmayacaklarını ve eczanelerle tek tek elektronik sözleşme yapacaklarını beyan etti. TEB ise hiçbir eczacının TEB'i aradan çıkartarak sözleşme imzalamayacağını deklare etti. (Danıştay bu kararın yürütmesini durdurdu.) Tam bu restleşmeler yaşanırken Sayın Başbakan, DEİK toplantısında marketlerde ilaç reyonuna izin verecek bir düzenlemenin hazırlığı içinde olduklarını bildirdi.

Marketlerde ilaç satışı

Marketlerde ilaç satışına izin verilmesi halinde peşinden ilaçların reklamının serbest bırakılması talepleri gelecektir. Eczacılık bir sağlık mesleğidir ve içlerinde bazı yanlış yapanlar (her meslek grubunda olduğu gibi) olsa da büyük bir çoğunluğu sağlık hizmeti sunduğunun bilincindedir. Marketler ise kâr amaçlı kuruluşlardır ve satışlarını artırmak için her yolu deneyecekler-

dir. Bu da halk sağlığı açısından sakıncalar doğuracaktır. Marketlerden ilaç satışının ve reklamının serbest olduğu ABD'de Gıda ve İlaç Dairesi FDA tarafından, marketlerden alınarak bilinçsizce tüketilen ilaçlar yüzünden birçok ölümler olduğu rapor edilmekte, bu konuda uyarılar yayımlanmakta ve bazı ilaçlar piyasadan toplatılarak satış izinleri iptal edilmektedir. Marketlerde ilacın satışına izin verilmesi, yanlış yanlışla düzeltme gayreti olur ki iki yanlışın bir doğrunun çıkmayacağı herkesin malumudur.

Sonuç

TEB'in seçim süreci dolayısıyla zoraki gittiği eylemden dolayı geline noktanın rahatsız olmasına rağmen bazı sivil toplum örgütleriyle birlikte ideolojik söylemleri olan ortak bir bildiriye imza atması aynı ideolojik düşüncede olmayan eczacıları TEB'den uzaklaştırmaktadır. Üstelik eczaneler tek tek anlaşma yaptıkları taktirde TEB'e ödeyecekleri yüksek sözleşme bedelinden de kurtulmuş olacaktırlar. Ancak eczacılar SGK'ya da güvenemediklerinden iki arada bir derede kala kalmışlardır. SGK'da varlığını hissettiren SSK zihniyetinin her an aleyhlerine düzenlemelerde bulunabileceği endişesini taşımaktadırlar. Kamu tarafı, daha doğrusu hükümet de TEB'e güvenememektedir. Özellikle önümüzdeki seçim dönemine yakın zamanlarda yeniden eylemlere kalkacakları ihtimali (ki son ortak bildiri ile bu ihtimalin sinyali verilmiştir) dolayısıyla TEB'i devre dışı bırakmayı istemektedir.

Seçilir seçilmez bir ateş topunu avucunda bulan yeni TEB yönetiminin diyalog için bir fırsat olduğunu düşünüyorum. Danıştayın yürütmeyi durdurma kararının verdiği bir zafer sarhoşluğuna girmeden SGK ile diyalog içine gireceklerinin sinyallerini vermişlerdir. SGK'nın da bu diyaloga cevap verebilmesinin temel şartı, TEB'in eczacıların hakkını aramaktan çok kısa vadeli seçim hesaplarıyla hükümeti zora sokacak eylemlerde bulunulmayacağına garantisinin verilmesidir. Ayrıca sorunları doğru tespit ederek ideolojik veya yanlış söylemlerden uzaklaşmaları gerekmektedir. Unutulmaması gereken en önemli husus sorunların kaynağının SGK'da varlığını sürdüren, yeni dönemdeki insan odaklı politikaları anlama güçlüğü çeken, kurumu koruma refleksiyle insanı feda edebilme cesareti gösteren SSK mirası anlayışın olduğu gerçeğidir. Bu anlayış var olduğu sürece Sağlıkta Dönüşüm Programıyla kazanılan halkın teveccühünü ortadan kaldırmaya yönelik eylemler devam edecektir. SGK'da gayretli, vizyon sahibi üst yöneticilerin olmasının bu gerçeği değiştirmeye yetip yetemeyeceği bu dönemde kendini gösterecektir.

Not: Bu makale yazıldıktan sonra basım aşamasında iken İlaç Takip Sistemi (ITS) ile ilgili olarak yeni bir tartışma baş-

Sorunların kaynağı, SGK'da varlığını sürdüren, yeni dönemdeki insan odaklı politikaları anlama güçlüğü çeken, kurumu koruma refleksiyle insanı feda edebilme cesareti gösteren SSK mirası anlayıştır. Bu anlayış var olduğu sürece 'Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla kazanılan halkın teveccühünü ortadan kaldırmaya yönelik eylemler devam edecektir. SGK'da gayretli, vizyon sahibi üst yöneticilerin olmasının bu gerçeği değiştirmeye yetip yetemeyeceği bu dönemde kendini gösterecektir.

ladı. TEB, makaledeki "Yeni TEB yönetiminin diyalog için bir fırsat olduğunu düşünüyorum. Danıştay'ın yürütmeyi durdurma kararının verdiği bir zafer sarhoşluğuna girmeden SGK ile diyalog içine gireceklerinin sinyallerini vermişlerdir." hükmümü boşa çıkartacak bir davranış sergiledi. İstanbul Eczacı Odasının eczacıları sisteme karşı çıkmaya çağırarak yaklaşımları kısmen TEB tarafından da destek buldu ve TEB'in web sitesinden "karekodla üretilen ürünleri satın almama" çağrısında bulunuldu. Bu durum hastanın ilaca erişimde bir engel olarak sağlığı tehdit edici bir boyut kazanmıştır. Zira piyasaya verilen bazı ürünlerin eşdeğeri bulunmamaktadır. Bazı noktalarda haklılıkları olsa bile bu ortamda yine uzlaşmaz konuma düşme tehlikesi söz konusudur ve TEB yönetimi bu hususta çok dikkatli davranmak zorundadır.

Hekim emeği mi, o da ne?

Dr. Sebahattin Işık



İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamladıktan sonra İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Zorunlu hizmetini Millî Eğitim Bakanlığı bünyesinde yaptı. Okul doktoru, işyeri hekimi ve belediye doktoru olarak farklı şehirlerde görevler yaptı. Tıbbi mikrobiyoloji dalında doktora çalışmasını tamamlayarak bilim doktoru unvanı aldı. Halk sağlığı, sağlık bilişimi, sağlık sistemleri ve uluslararası sağlık politikaları konularında araştırmalar yaptı. Halen bu alanlarda danışmanlık yapmaktadır.

A ta Soyer bir yazısında (19.1.2009), "Bu ara hekim emeği üzerine tartışmalar yapıyoruz. Daha doğrusu, emek kategorileri içinde hekim emeğinin yerini konuşmaya çalışıyoruz. Çok bilindiğini varsaydığımız bu konuda nasıl da zorlanıyoruz, şaşmamak elde değil." diyor. Bu sözler İstanbul Tabip Odası'nın bir yıl kadar önce düzenlediği hekim

emeği konulu bir çalıştay günlerine denk geliyor.

Çalıştayın amacı, hekimlik hizmetlerinin nitelikli bir şekilde üretiminin sürdürülebilmesi, hekim emeğinin karşılığının nitelik ve nicelik birlikteliği içinde doğru tanımlanması ve karşılığının doğru belirlenmesi için gerekli ilke ve kriterleri tanımlamak. Yani hekimlik yapmak ve emeğin karşılığını belirlemek için kriterleri tanımlamak çalıştay. Yine de çok anlaşılır olmadı ama neyse.

Emek deyince hemen, 80 öncesinde bizlere ezberletilen üretim ilişkileri bağlamında, bildik sözler devreye giriyor ama ne hikmetse ne emek anlaşılıyor, ne değeri biliniyor, ne de karşılığı veriliyor.

TTB Merkez Konseyi'nde bulunmuş bir arkadaşımız SD'de yayımlanan bir yazısında, "Sağlıkçı emeği ve özel olarak da hekim emeği nitelikli bir iş gücüdür" diyordu. Yine eski TTB başkanımızın şu sözleri hala gazete arşivlerindedir:



“Sağlık hizmeti üretenler emeğini almak durumundadır. Bizim talebimiz, çok alçak gönüllü bir taleptir. Hekimlerin ortalama maaşı 800 milyon ile 1 milyar arasında değişiyor. Hekim maaşlarında yüzde 100 artış talep ediyoruz. En düşük hekim maaşı 2 milyar lira olmalıdır.”

Türk Diş Hekimleri Birliği'nin diş tedavi fiyatlarını belirleme çalışmasına verdiği ada bakın: “İlgili Anayasa Mahkemesi ve Danıştay kararlarının ortaya koyduğu; *‘hizmet standardı, tedavi kalitesi ve hekim emeğinin korunması’* gerçeği ile uyumlu olarak, Birliğimiz tarafından başlatılan ağız ve diş sağlığı hizmet bedellerinin maliyet temelli olarak bilimsel metotlara dayalı bir biçimde belirlenip güncellenmesi projesi.”

Neyse ki, yukarıda sözünü ettiğimiz çalıştayda Şükrü Güner'in konuşmasında sağduyulu bir mesaj dikkatimizi çekiyor: “Bu mesleği uygulayanların emeğini değerlendirmek, belirli bir meta gibi ele alıp, değer biçmek olanaksızdır.”

Sayın Güner'in konuşmasından anladığımıza göre Cumhuriyet dönemi “emek yoğun” hekim mücadeleleri ile geçmiş.

1924'te İstanbul Dostluk ve Yardım Cemiyeti kurulmuş. Bu cemiyet hekimlerin ödediği vergilerin azaltılması girişimlerinde bulunmuş. Hatta hekimler ücretlerini kolaylıkla alabilsin diye Adliye Bakanlığı'na başvuru yapmış.

Cumhuriyet döneminde ilk kadın hekimi-miz olan Dr. Safiye Ali, 1929'da bir makalesinde, “...Bizde ise doktorlar hayatlarını çok güç temin ediyorlar. Almanya'da 5 sene çalışan bir doktor, değil bizdeki gibi günlük hayatını temin etsin, kendisinin hiç olmazsa 1 aylık seyahat ve hava değişimini temin eden servet sahibi bir adamdır.” diye yazmış.

1942 yılında Etibba Odası bünyesinde “Tıp Ailesi Yardımlaşma Cemiyeti” kurulmuş.

1962 yılında İstanbul Tabip Odası'nı ziyaret eden Sağlık Bakanı Dr. Yusuf Azizoğlu'na verilen rapor, “Hekimlerin sorunun sebebi ekonomik olup, hekimlerimiz geçim sıkıntısı içindedirler.” başlığını taşıyormuş

1965 de Türk Tabipleri Birliği'nin sağlık işkolunda “Türk Sağlık Hizmetleri Güçbirliği” kurularak, 657 sayılı yasa ile getirilen hak kayıplarına karşı mücadeleler verilmiş.

Bu arada İzmir ve İstanbul Tabip Odalarının çok sayıda “emek” temalı yürüyüşler ve eylemler yaptıklarını biliyoruz. Hatta son olarak İstanbul Tabip Odası'nın Kadıköy'de düzenlediği bir yürüyüş var



ki, söz karmaşası içinde emek boğulup gitmiş. Çağrı şöyle: “Sağlığımız, Emeğimiz, Mesleki Onurumuz için Mitinge! 18 Ekimde Beyaz Önlüklerimizle, Çocuklarımızla, Ailelerimizle ve Komşularımızla Kadıköy'deyiz.” Sanki yürüyüşe karar verilmiş de, yürüyüşün ne için yapılacağı kararlaştırılmamış gibi bir şey.

Birileri emek ticareti ile menkul (meşgul mu) iken birileri de hekim emeğini küçük değerlerle ölçmeye çalışarak erozyona uğratmakla meşgul. Bu arada olan hekimlere oluyor.

Sadece bu kadarla kalsa neyse; hekimin değersizleştiği, emeğinin küçümsendiği bir ortamda hastanın değerinin de o oranda azalması kaçınılmaz olacak, hasta güvenliği riske edilecektir.

Sosyal devlet sorumluluğu taşıyan ve hasta güvenliğini önceleyen otoritelerin hekim emeği konusunda duyarlı olmaları kendi geleceklerinin gereğidir.

Bu sözlerden sonra Faik Çelik'in tıbbi tercih eden öğrencileri konuşturduğu SD'nin geçen sayısındaki yazısına göz atalım:

“Bu yıl dereceye giren öğrencilerin önemli bir kısmı tıp fakültelerini seçmişlerdir. 2009 ÖSS sınavında sayısal-1 puan türü birincisi Gülşen Yücel, Türkiye'nin sağlık problemleri ve hekimlik mesleğiyle ilgili sıkıntılarına ilişkin soruya, *‘Bu bölümü tercih ettiğimde ‘Doktorluğun cazibesi eskidendi. Artık doktorluk kıymetli değil.’* dediler. Ben bunları bilerek geldim ve mutluyum.’ cevabını vermiştir.

Konuyla ilgili olarak sayısal-2 puan türü birincisi Çağatay Ermiş ise, *‘Benim ailemde doktor çok, hepsi bir araya geldiğinde sağlık alanındaki sıkıntıları açıkça görülebiliyor ancak tıp artık rağbet görmüyor demek yanlış olur, tıp tüm dünyada yükselen bir değer’* demiştir.”

Hani “Tam Gün Yasası'nın” mecliste kabul edilip yasalastığı bugünlerde hatırlarımızı biraz kurcalayalım dedik. Belki

Cumhuriyet döneminde ilk kadın hekimi-miz olan Dr. Safiye Ali, 1929'da bir makalesinde, “...Bizde ise doktorlar hayatlarını çok güç temin ediyorlar. Almanya'da 5 sene çalışan bir doktor, değil bizdeki gibi günlük hayatını temin etsin, kendisinin hiç olmazsa 1 aylık seyahat ve hava değişimini temin eden servet sahibi bir adamdır.” diye yazmış.

böyle yazılar yazmaya bir daha gerek kalmaz ve yukarıdaki sevgili öğrencilerimizin emekli olurken de benzer sözleri söylemelerine şahit oluruz. Kim bilir?

Kaynaklar

Dr. Eriş Bilaloğlu

Dr. Şükrü Güner

Fusun Sayek, Yıldız Üniversitesi Oratoryumu Milliyet Haber, 2003

Hekim Emeği Çalıştayı 8-9 Kasım 2008

http://www.evrensel.net/haber.php?haber_id=43970 <http://www.sdplatform.com/Baslik.aspx?BID=259> http://www.zonguldakdo.org/index.php?option=com_content&view=article&id=199:hizmet-aliminda-qhizmet-standardi-tedav-kalt-es-ve-hekm-eme-q-korunmalidir&catid=1:son-haberler&Itemid=50

Avrupa Birliği'nde sağlık mesleklerinin serbest dolaşımı

Dr. P. Elif Bor Ekmekçi



1971 yılında Ankara'da doğdu. TED Ankara Koleji'ni bitirdikten sonra Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden dereceyle mezun oldu. Daha sonra Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi'nde lisans eğitimini tamamladı. 2005 yılında "Imperial College Tanaka Business School"da burslu olarak öğrenim gördü. Hâlihazırda Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde "Tıp Tarihi ve Tıp Eğitimi" alanında doktora yapmaktadır. 2008 yılı Haziran ayından bu yana Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı görevini yürütmektedir.

Azmi Ekmen



1977 yılında Ankara'da doğdu. 1999 yılında Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü'nden mezun oldu. 2007 yılında Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde "Türkiye-Avrupa Birliği İlişkileri" alanında yüksek lisansını tamamladı. AB sağlık politikaları, AB mali yardımları ve mesleklerin serbest dolaşımı konularında çalışmaları bulunan Ekmen, 2001 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı'nda Avrupa Birliği Uzmanı olarak görev yapmaktadır.

Serbest dolaşım kavramının hukuki temeli

Avrupa Birliği'nde serbest dolaşım kavramının hukuki temeli 1957 yılında imzalanan Roma Antlaşması'dır. Bu antlaşma ile temelleri atılan AB'nin kabul ettiği temel özgürlükler arasında, üye ülke vatandaşlarının ve hizmetlerin serbest dolaşımı

da yer almaktadır. Dört temel özgürlük (malların, kişilerin, hizmetlerin ve sermayenin serbest dolaşımı) üzerine inşa edilmiş olan AB, ekonomik bütünleşmeyi ve iç pazarı oluşturabilmek amacıyla işgücünün ve hizmetlerin serbest dolaşımı konusuna büyük önem vermiştir.

İşgücünün ve hizmetlerin serbest dolaşımında temel hedef, hizmet sunumunda şirketlere ve farklı üye

ülke vatandaşlarına ilişkin tüm kısıtlamaların kaldırılmasıdır. Hatta Roma Antlaşması'nda ilk değişikliği yapan ve 1987'de yürürlüğe giren Tek Avrupa Senedi (Single European Act) ile birlikte hizmet sunumu serbestisinin topluluk içinde yerleşik üçüncü ülke vatandaşı hizmet sunucularına da sağlanması öngörülmüştür. Serbest dolaşım; üye ülke vatandaşlarının, bir başka üye ülkeye herhangi bir sınırlama olmadan serbestçe gire-





Doktorluk, hemşirelik, diş hekimliği, eczacılık, veterinerlik, ebelik ve mimarlık meslekleri dışındaki mesleklerde, topluluk, üye ülkeleri serbest bırakmıştır.

Mesleğini icra etmek üzere başka bir ülkeye gitmek isteyenler bu mesleklerde topluluk kurallarına değil, gitmek istediği ülkenin o meslekle ilgili düzenlemelerine uymak zorundadır. Eğer gitmek istediği ülkede o meslekle ilgili bir düzenleme bulunmuyor ise bu takdirde mesleğini serbestçe icra edebilmektedir.

bilmesi, o ülkede ikamet edebilmesi, işe başvurabilmesi, mesleğini icra edebilmesi ve söz konusu üye ülkede, o ülkenin vatandaşları ile eşit şartlarda sosyal haklardan yararlanabilmesi anlamına gelmektedir.

Bu yönleriyle hizmetlerin serbest dolaşımı alanındaki mevzuat, iş kurma (yerleşme) hakkı ve hizmet sunum serbestisi mevzuatı ile de yakından ilgilidir. Bu nedenle AB müktesebatında daha önce “Kişilerin Serbest Dolaşımı” ve “Hizmetlerin Serbest Dolaşımı” başlıkları altında düzenlenen ikamet hakkı, mesleki yeterliliklerin ve diplomaların tanınması gibi serbest dolaşım ile ilgili hususlar, 3 Ekim 2005 tarihinde başlayan müzakere sürecinde AB tarafından tek bir başlık altında toplanmış ve bu alandaki düzenlemeler “İş Kurma Hakkı ve Hizmet Sunum Serbestisi” faslında görüşülmeye başlanmıştır.

Avrupa Birliği müzakere sürecinde hizmet sunum serbestisi

“İş Kurma Hakkı ve Hizmet Sunumu Serbestisi”, AB Müktesebatı’nın 3 numaralı faslını oluşturmaktadır. Bu fasıl çerçevesinde üye ülkeler, AB genelinde herhangi bir AB vatandaşının yer-

leşme ve iş kurma hakkı ile hizmet sunma özgürlüğü yönündeki engelleri kaldırmakla yükümlüdür. Bu çerçevede, belli mesleklerin icrasını kolaylaştırmak amacıyla, mesleki niteliklerin ve diplomaların karşılıklı tanınmasına ilişkin özel kurallar getirilmektedir. Belli meslekler bakımından, söz konusu mesleki niteliğin AB üyesi bir devlette otomatikman tanınması için belirli bir müfredatın izlenmesi gerekmektedir.

Her ne kadar AB, iş kurma hakkı ve hizmet sunum serbestisine ilişkin engellerin kaldırılmasını ve ulusal mevzuatta bir mesleğin icrası için belirlenen kriterlerin herkese uygulanmasını öngörse de, bu alandaki farklı uygulamaların ve olası ayrımcılığın önüne geçmek ve serbest dolaşım ilkesinin etkili şekilde uygulanabilmesini sağlamak amacıyla bazı çalışmalar başlatmıştır. Bu çerçevede mesleklerin icrası için gerekli kriterlere ilişkin ulusal mevzuatın birbiri ile uyumlaştırılması amacı ile AB, 1960 yılından beri bir dizi meslek için asgari eğitim koşullarının ve karşılıklı tanıma ilkelerinin belirlendiği bir takım sektörel direktifler yayımlanmıştır. Bu uyumlaştırma çalışmalarında en büyük ilerleme sağlık sektöründe gerçekleştirilmiş olup doktorlar, diş hekimleri, eczacılar, veterinerler, hemşireler ve ebeler için asgari eğitim koşulları ve mesleki yeterliliklerin tanınması konusunda AB genelinde yeknesak uygulama hayata geçirilmiştir.

Yukarıda da belirtildiği üzere “İş Kurma Hakkı ve Hizmet Sunum Serbestisi” faslına ilişkin en önemli hususlardan biri diplomaların ve mesleki yeterliliklerin karşılıklı tanınmasıdır.

Karşılıklı tanıma nedir?

Karşılıklılık (mütekabiliyet) en geniş anlamıyla, bir devletin, başka bir devletin vatandaşlarına uyguladığı hukuki veya fiili davranış biçimine karşılık, diğer devletin de o ülkeye aynı şekilde davranması anlamına gelmektedir. İş kurma hakkı ve hizmet sunum serbestisi faslında çalışmalar doğrultusunda ise “mesleki yeterliliklerin karşılıklı tanınması” ibaresi kullanılmaktadır ki bu da bir üye ülkede edinilen mesleki yeterliliklerin diğer bir üye ülkede tanınması, aynı zamanda diğer ülkenin de bu ülkede edinilen mesleki yeterliliği tanınması anlamına gelmektedir.

Mesleki yeterliliklerin karşılıklı tanınması sistemi, üye ülke vatandaşlarının edinmiş oldukları mesleki yeterliliklerinin topluluk genelinde tanınmasını öngörmektedir. Yani sistem, herhangi bir üye ülkede edinilmiş bir mesleği icra etmeye yeterli bir kişinin, bu yeterliliğinin diğer bir üye ülkede tanınmasını gerek-

mektedir. Üye ülkelerin vatandaşları, mesleki yeterliliklerini edinmiş olduğu ülke dışındaki başka bir üye ülkede mesleğini icra etme hakkına sahiptir.

Mesleki yeterliliklerin karşılıklı tanınması ile ilgili AB Mevzuatı

Kurucu antlaşmaların yanı sıra konuya ilişkin AB tarafından çıkarılan en son düzenleme 2005/36 sayılı direktiftir. Direktifin 13. maddesi de karşılıklı tanıma ile ilgili hükümler içermektedir. Bu maddeye göre ev sahibi üye ülke, kendi vatandaşları için geçerli olan koşullar altında, diğer üye ülke vatandaşlarına söz konusu mesleği icra etmesi için izin verecektir.

Ancak serbest dolaşım ve mesleğin icrası, üye ülkelerin kendi ulusal çıkarlarını korumak amacıyla bazı kısıtlamalar ve yasaklamalar getirmesini de engellemektedir. Örneğin, uyuşturucu madde kaçakçılığı yapan bir kişinin serbest dolaşımı kamu düzeni ya da kamu güvenliği nedeniyle engellenebileceği gibi, HIV virüsü taşıyan bir kişinin serbest dolaşım hakkı da halk sağlığını tehdit edebileceği için engellenebilmektedir. AB, bu tür serbest dolaşımı kısıtlayıcı durumların haksız gerekçelerle yapılmasını engellemek amacıyla da, 64/221 sayılı direktifle hangi hastalıkları taşıyanların serbest dolaşımının halk sağlığını koruma nedeniyle engellenebileceğini de açıklamıştır. Bu hastalıklara örnek olarak halk sağlığını tehdit eden verem, AIDS gibi bulaşıcı hastalıklar, kamu düzenini tehdit eden uyuşturucu bağımlılığı gibi hastalıklar ile Dünya Sağlık Örgütü’nün 1951 tarihli ve 2 no’lu tüzüğüne göre karantina uygulanan hastalıklar verilebilir.

Mesleki yeterliliklerin karşılıklı tanınması sisteminin işleyişi ve sağlık mesleklerinin durumu

Avrupa Birliği’nde meslek grupları ikiye ayrılmaktadır ve bu iki gruba iki ayrı sistem uygulanmaktadır.

Birinci grupta yer alan meslekler; asgari eğitim şartları, müfredat, ders süreleri gibi hususların açıkça düzenlendiği ve tüm toplulukta aynı şekilde uygulamanın zorunlu olduğu mesleklerdir. Bu meslekler; doktorluk, diş hekimliği, eczacılık, veterinerlik, ebelik, hemşirelik ve mimarlık meslekleridir.

AB üyesi tüm ülkelerde bu meslekler için gerekli eğitimler, AB düzenlemelerinde belirtilen asgari şartlara göre verilmek zorundadır. AB üyesi ülkeler, bu mesleklerle ilişkin eğitimleri, ilgili direktiflerin öngördüğü asgari şartlara göre vermek durumundadırlar.

Bu zorunluluk nedeniyle, yukarıda sayılan düzenlenmiş mesleklerde, mesle-

ki yeterliliğin "otomatik tanınması" sistemi uygulanmaktadır. Örneğin, İngiltere'de hemşirelik eğitimi alan bir İngiliz vatandaşının mesleğini Hollanda'da icra etmek istemesi durumunda, her iki ülkede de hemşirelik eğitiminde ilgili topluluk mevzuatı uygulandığından, İngiliz hemşirenin mesleki eğitim aldığına dair sunduğu belge Hollanda makamları tarafından otomatik olarak tanınmaktadır. Hizmet sunucudan, direktifte sayılan belgeler dışında belge talep edilemez ve ilke olarak başvurunun reddedilmesi de mümkün değildir.

İkinci grup meslekler ise, AB'de o mesleğin icrası için herhangi bir düzenlemenin bulunmadığı meslek gruplarıdır. Üye ülkeler bu mesleklerle ilgili kendi iç düzenlemelerini yapıp yapmamakta serbesttir. Diğer taraftan, bu mesleklerle ilişkin herhangi bir düzenleme yapacaksa, o mesleğin icrası için asgari şartları belirleme konusunda da serbest bırakılmışlardır.

AB'nin sektörel direktifle düzenlemediği ve üye ülkeleri düzenleme yapma konusunda serbest bıraktığı "düzenlenmemiş mesleklerde" kısaca genel sistem olarak adlandırılan bir yaklaşım benimsenmiştir. Buna göre herhangi bir üye ülke, başka bir üye ülke vatandaşının mesleki niteliğini tanıyacak ancak kendi ülkesinde bu mesleğin edinilmesi hukuki bir düzenlemeye tabi kılınmış ise, o mevzuat hükümlerine göre ilave bir staj ya da bir sınav talep edebilecektir. Bahse konu mesleğin edinilmesine ilişkin hiçbir düzenleme yer almaması durumunda ise kişinin mesleği doğrudan tanınmak durumunda olacaktır.

Özetle; doktorluk, hemşirelik, diş hekimliği, eczacılık, veterinerlik, ebelik ve mimarlık meslekleri dışındaki mesleklerde, topluluk, üye ülkeleri serbest bırakmıştır. Mesleğini icra etmek üzere başka bir ülkeye gitmek isteyenler bu mesleklerde topluluk kurallarına değil, gitmek istediği ülkenin o meslekle ilgili düzenlemelerine uymak zorundadır. Eğer gitmek istediği ülkede o meslekle ilgili bir düzenleme bulunmuyor ise bu takdirde mesleğini serbestçe icra edebilmektedir. Örneğin bir Almanya'da eğitim almış Alman anestezi teknisyeninin mesleğini Fransa'da icra etmek istemesi halinde, eğer Fransa'da anestezi teknisyenliği ile ilgili bir yasal düzenleme mevcutsa, bu kişi mevcut bu yasal düzenlemenin hükümleri doğrultusunda mesleğini icra edebilmektedir. Ancak Fransa'da bu mesleğe ilişkin bir yasal düzenleme yoksa herhangi bir kısıtlama ile karşılaşmadan mesleğini icra etme hakkına sahiptir.

Ülkemizde mevcut durum

AB'nin özel direktifle düzenlediği ve

tüm üye ülkelerde aynı düzeyde eğitimin uygulandığı sağlık meslekleri olan doktorluk, diş hekimliği, eczacılık, ebelik ve hemşirelikte ülkemizde AB standartlarında eğitim verilmektedir. 3 Ekim 2005 tarihinde başlayan müzakere sürecinde konuyla ilgili görüşmelerde tespit edilen, eğitim süreleri ve müfredatla ilişkin uyumsuzluklar giderilmiş ve bu beş meslekte söz konusu direktifte yer alan asgari eğitim şartları sağlanmıştır.

Ancak ülkemizde hâlihazırda icra edilmesine rağmen yasal olarak düzenlenmemiş olan mesleklerle ilgili bazı uyumsuzluklar söz konusudur. Bu düzenlenmemiş mesleklerin AB'ye tam üye oluncaya kadar düzenleme altına alınması gerekmektedir.

Bu eksikliği gidermek ve ulusal ve uluslararası meslek standartlarını temel alarak, teknik ve meslekî alanlarda ulusal yeterliliklerin esaslarını belirlemek amacıyla 2006 yılında 5544 sayılı kanunla "Mesleki Yeterlilik Kurumu" kurulmuştur. Bu kurumun kurulmasıyla birlikte ülkemizdeki düzenlemesi bulunmayan mesleklerle ilgili düzenlemelerin yapılması için gerekli çalışmalar başlatılmıştır. AB'ye tam üyelik sonrasında ülkemize çalışmak üzere gelecek AB vatandaşlarının ülkemiz yasal düzenlemelerine tabi tutulması ya da diğer taraftan bakıldığında ülkemizden diğer ülkelere gidecek vatandaşlarımızın önünde engel olmadan mesleğini icra edebilmesi göz önüne alındığında "Mesleki Yeterlilik Kurumu"nun önemi ortaya çıkmaktadır.

Sonuç

Avrupa Birliği'nde mesleklerin serbest dolaşımı topluluğun ekonomik ve siyasal bütünleşmesinin en önemli unsurlarından biridir. Roma Antlaşması serbest dolaşımını sağlamak için tasarlanmış olsa da, üye ülkelerdeki yanlış uygulamalar zaman zaman serbest dolaşımın önünde bir engel oluşturmıştır. Bu tür uygulamaların önüne geçmek amacıyla 1960'lı yıllardan itibaren özel direktifler yayınlayan AB, en büyük başarıyı sağlık mesleklerinde sağlamıştır. Ülkemizde de hekimlerin, eczacıların, diş hekimlerinin, hemşirelerin ve ebelerin asgari eğitim koşulları ve eğitim müfredatları AB direktiflerine tam uyumludur. Diğer mesleklerdeki uyum çalışmaları ise konuyla ilgili yetkili otorite olan Mesleki Yeterlilik Kurumu koordinasyonunda devam etmektedir.

Kaynaklar

Avrupa Birliği ve Türkiye, Dış Ticaret Müsteşarlığı Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü Yayınları, 6. Baskı, Ankara, 2007.

Avrupa Birliği'nin Kişilerin Serbest Dolaşımı Mük-

Avrupa Birliği'nde mesleklerin serbest dolaşımı topluluğun ekonomik ve siyasal bütünleşmesinin en önemli unsurlarından biridir. Ancak üye ülkelerdeki yanlış uygulamalar zaman zaman serbest dolaşımın önünde bir engel oluşturmıştır. Bu tür uygulamaların önüne geçmek amacıyla 1960'lı yıllardan itibaren özel direktifler yayınlayan AB, en büyük başarıyı sağlık mesleklerinde sağlamıştır. Ülkemizde de hekimlerin, eczacıların, diş hekimlerinin, hemşirelerin ve ebelerin asgari eğitim koşulları ve eğitim müfredatları AB direktiflerine tam uyumludur.

tesebati ve Türkiye'nin Uyumu, İktisadi Kalkınma Vakfı Yayınları, İstanbul, 2002.

Coşkun, Enis, Avrupa Birliği'nde Hizmetlerin Serbest Dolaşımı ve Türkiye, Türkiye Avrupa Vakfı Yayınları, Yayın no:3, İstanbul, 2005.

Günoğur, Haluk, Avrupa Topluluğunda Gümrük Birliği ve Tek Pazar, Ankara, 1993.

Handoll, John, Free Movement of Persons in the EU, Sussex 1995.

Hizmet Ticaretinin Serbestleştirilmesi Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları, Yayın No: DPT:2566-ÖİK:582, Ankara, 2000.

Karluk, Rıdvan, Avrupa Birliği ve Türkiye, Beta Yayınları, İstanbul, 2005.

Özdemir, Sahir, AET, AT, Avrupa Toplulukları, AB, Roma Anlaşması, Avrupa Tek Senedi, Maastricht Anlaşması, Amsterdam Anlaşması, Nice Anlaşması (Kavramlara İlişkin Açıklayıcı Not), Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları, Haziran 2001

http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/libe/100/default_en.htm , erişim tarihi: 13.01.2010.

http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/living_and_working_in_the_internal_market/free_movement_of_workers/index_en.htm , erişim tarihi: 12.01.2010.

Organ nakli koordinatörlüğü

Doç. Dr. Alp Gürkan



1959 yılında İzmir'de doğdu. 1981'de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1981-1983 yılları arasında Yale Üniversitesinde çalıştı. 1983 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında uzmanlık eğitime başladı ve 1989 yılında Genel Cerrahi Uzmanı oldu. 1993 yılında İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Genel cerrahi uzmanı ve organ nakli merkezi sorumlusu olarak 2007 tarihine kadar çalıştı. Ağırlıklı olarak böbrek ve pankreas nakliyle ilgileniyor. Ülkemizde ilk ince barsak naklini gerçekleştirdi. Yurt içi ve yurt dışı dergilerde basılı 75 makalesi ve kongrelerde sunulmuş 86 bildirisi mevcut olan Doç. Dr. Alp Gürkan halen Özel Şişli Florence Nightingale Hastanesinde Böbrek-Pankreas Transplantasyonu Direktörü olarak görev yapmaktadır.

Son dönem böbrek yetmezliği

Son yıllarda böbrek ve hasta sağkalım oranlarının hatırı sayılır şekilde yükselmesine karşın, kadaverik organ sayısının azlığına bağlı olarak organ nakli sayılarının yetersizliği söz

konusudur. Tüm dünyada olduğu gibi bekleme listesindeki organ nakli ihtiyacı olan hastaların sayısı giderek artmaktadır. ABD de böbrek nakli bekleyenlerin sayısı 2003 ve 2009 yıllarında sırasıyla 68 bin 985 ve 82 bin 763 olurken (1), bu yıllarda ülkemizde (2) bu sayılar 23 bin 387 ve 42 bin 118 olarak belirlenmiştir. Ülkemizde yıllık insiden- sinin ve prevalansının giderek arttığı

son dönem böbrek yetmezliğine durumundaki hasta sayısı da yıllar içinde ürkütücü boyutlara ulaşmaktadır (2).

Hemodiyaliz veya periton diyalizi son dönem böbrek yetmezliğinin sıklıkla kullanılan tedavi yöntemlerinden ikisidir. Ancak böbrek nakli, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bu hastalar için en uygun tedavi yöntemi olarak





kabul edilmektedir. Böbrek nakli sadece hayat kalitesini artırmakla kalmayıp yaşam süresini de yaklaşık 2.5 artırmaktadır.

Bu halk sağlığı problemi dışında son dönem böbrek yetmezliği yaşayan hastaların tedavi seçeneklerinden biri olan diyaliz yöntemleri ülkemize maddi yönden de oldukça ağır yükler getirmektedir. Akdeniz Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada diyaliz yöntemi ile tedavi edilen bir hastanın 1 yıllık maliyeti 15 bin TL olup bu maliyet hasta yaşadığı sürece devam etmektedir. Ancak bu hasta böbrek nakli olursa, ilk yıl maliyeti 10 bin TL, daha sonraki yıllar için de 4 bin TL olacaktır (3). Ülkemizdeki 40 bin hasta düşünüldüğünde aradaki fark ürkütücü boyuta ulaşmaktadır.

Organ nakli tıbbın en ileri olanaklarını kullanma zorunluluğu dışında diğer dallardan ayrılan en önemli özelliği bu konunun sosyal, dinsel ve felsefi boyutunun da olmasıdır. İşin içinde ölüm, bağış ve etik kuralların bu derece yoğun işlendiği bu tıp dalında ister istemez din ve felsefe işin içine girmektedir. Bir açıdan bakıldığında herhangi bir tedavi şekli gibi dursa da özellikle kalp ve karaciğer yetmezlikli hastalar için takılacak bir organ bulunması ile bulunamaması arasındaki fark "yaşam ve ölüm" kadar birbirine uzaktır. Eğer organ bulunabilir ve takılabilirse ölümü bekleyen bu hasta yaşama sarılacak, bulunamazsa kaybedilecektir.

Organ bağışı

Türkiye'de ilk başarılı organ nakli 1975 yılında Dr. Haberal ve ekibi tara-

findan yapılmıştır (4). Organ naklini ve bağışını yasal zemine oturtmak amacıyla yoğun çalışmalar yapılmış ve 1979 yılında 2238 sayılı "Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki Yasa" kabul edilmiştir. Bu yasaya göre organ bağışı, ya kişinin hayatta iken organ bağışı yaptığını organ bağış kartı edinecek yasallaştırması ya da kişinin tıbbi ölümünün ilgili hekimlerce tespit edildikten sonra, ailesinin o kişinin organlarını bağışlamayı kabul ettiğini belgelenmesiyle olmaktadır. Belçika gibi Kuzey Batı Avrupa ülkelerinde kişi ancak organını bağışlamak istemez ise bildirim yapmak zorundadır, aksi halde otomatikman organ bağışında bulunduğu kabul edilmektedir. Almanya ve Suudi Arabistan'da toplumun yüzde 10'u organ bağış kartı taşıırken, ülkemizde sadece yüzde 0.3'ü kart doldurmuştur (4-6).

2002 yılında ülkemizde kadaverik organ bağışlarının yüzde 82'si organ nakli bulunan hastanelerde, yüzde 18'i diğer hastanelerde saptanmıştır. Aynı yıl ülkemizdeki 940 hastaneden ancak 29'unda kadavra organ bağışı olmuştur (7). 2002 yılında Türkiye'deki kadaverik organ bağışının yüzde 63'ü İzmir ve Antalya illerinde çıkmıştır. Bu illerin nüfusu 5 milyon olup, bu illerde 8 hastane mevcuttur. Bu sekiz hastaneden beşi organ nakil merkezi olup, tümünde organ nakli koordinatörü görev yapmaktadır. Organ nakli merkezlerinden ikisi Türkiye'deki tüm kadaverik organ bağışı aktivitesinin yüzde 37'sinden sorumludur. Bu hastanelerdeki organ nakli koordinatörleri özellikle daha önce tespit edi-

lemeyen donörlerin saptanmasında ve donörlerin tıbbi bakım ve ailelerine ulaşmada rol oynamaktadır.

Ülkemizde yaygın kanının aksine, eğitim ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan verici ailelerinde bağış oranı eğitimli olan kişilere göre daha yüksektir (8). Yeterli ve etkili bir şekilde beyin ölümü ve organ bağışı anlatıldığında, ülkemiz ailelerinden bağış için olur alma oranı Avrupalı insandan hiç de az değildir (8-11). Ayrıca, organ bağışı yapılacak kişinin öldüğü anda organlarının kullanılabilmesinin ilk şartı o kişinin yoğun bakımda ve solunum cihazına bağlı durumda olmasıdır. Bu nedenle kaliteli ve yeterli sayıdaki yoğun bakım yatak temini ülke politikası olması yanı sıra beyin ölümünün tespiti de organ nakli koordinatörünün sorumluluğundadır. İşte organ nakli koordinatörlerinin temel görevleri beyin ölümü olan hastaları tespit, aile görüşmeleri ve halk eğitimleri olarak özetlenebilir.

Organ nakli koordinatörlüğü

Transplantasyon, tıbbın tüm birimlerinin koordineli olarak çalışma gerekliliği olan bir tıp dalıdır. Ancak unutulmaması gereken en önemli nokta, donör olmadan organ naklinin de olamayacağı gerçeğidir. Organ nakli koordinatörlüğü işte bu gereklilik üzerine kurulmuştur. Organ olmadan (kadavra kaynaklı) organ nakli merkezi olamaz.

Kadavradan organ bağışının temin edilme oranı eğitimli organ nakli koordinatör sayısı ile doğru orantılıdır. Avrupa'da milyon nüfus başına (mnb) organ nakli koordinatör sayısı ortal-

ması 3 iken, İspanya mnb 12.8 ile Avrupa'nın en fazla organ nakli koordinatörüne sahiptir. İspanya aynı zamanda mnb 33.7 ile en fazla kadaverik donör çıkartan ülkedir. Organ nakli koordinatörü sayısı açısından İspanya'yı Slovenya, Fransa ve İtalya izlemektedir. Bu sayılara paralel olarak da bu ülkelerde kadavra organ bağıışı oranı Avrupa ortalamasının üzerindedir (11). Ülkemizde ise organ nakli koordinatör sayısı mnb 1.5 ile oldukça düşük olup, kadavra organ bağıışı son yıllarda yükselerek ancak mnb 3.5'e ulaşabilmiştir (8). TC Sağlık Bakanlığı verilerine göre şu anda ülkemizde aktif görev yapan sadece 138 organ nakli koordinatörü vardır. Türkiye'de mnb en fazla organ nakli koordinatörü bulunduran Antalya ve İzmir illeri kadavra donör havuzunun yüzde 62'sini oluşturarak mnb organ bağıışında Avrupa ortalamasına ulaşmaktadır (12).

Hastanede çalışan hekimlerin davranışları ve organ nakli konusundaki bilgi düzeyleri, aile ile hastane arasındaki güven ortamının sağlanmasında ve ailelerin hastalarına gereken tüm tıbbi tedavinin uygulandığını öğrenmeleri açısından çok önemlidir. Bir ülkede, halkın sağlık konusundaki ilk danıştığı kişiler, hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarıdır. Antalya'da çalışan 300 hekim üzerinde yapılan bir çalışmada, hekimlerin yüzde 98,3'ünün organ bağıışına inandıkları ve yüzde 23,1'inin de organ bağıış kartı taşıdığı görülmektedir (13). Katılımcıların yüzde 7'si organların uygunsuz kişilere takılacağı, yüzde 5'i organ bağıışının İslam dinine uygun olmadığı ve yüzde 2'si Türkiye'deki organ paylaşım sisteminin adil olmadığı gibi nedenlerle yakınlarının beyin ölümü halinde organlarını bağıışlamayacağını söylemişlerdir.

Topluma organ nakli ve bağıışı konusunda yön veren bir başka meslek grubu da din adamlarıdır. Yine Antalya'da görev yapan 291 din adamının yüzde 86'sı organ bağıışının bir insanlık görevi olduğunu bildirmişlerdir (7). Organ bağıışına inanmayanların yüzde 28'i kendilerinin onaylamadığı kişilere organ takılacağından korktuklarını, yüzde 17'si dinen sakıncalı olduğunu, yüzde 17'si yakınlarının parçalanacağını ve yüzde 10'u ise kişi ölmeden önce organlarının alınacağı için organ bağıışına karşı olduklarını bildirmişlerdir.

275 üniversite öğrencisi ile yapılan bir başka çalışmada ise öğrencilerin yüzde 41,5'inin organ bağıışına karşı olduğu bildirilmiştir (14). Bağıışlamama sebepleri arasında organ bağıışını anlamama (yüzde 24), parçalanma korkusu (yüzde 22) ve organların uygunsuz kişilere takılacağı endişesi (yüzde 22) sayılmaktadır. Öğrencilerin

yüzde 55,9'u organ bağıışı ve organ nakli ile ilgili bilgilerinin medyadan öğrendiklerini söylemişlerdir.

Tüm bu çalışmalar, halkın organ nakli ve bağıışı konusunda eksik ve yanlış bilgilendirilmeden dolayı organ bağıışını reddettiğini göstermektedir. Bu sorunu çözenin en önemli basamaklarından biri, başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanları ve din adamları gibi bu konuda halkın danıştığı meslek gruplarının eğitilmesi, medyada bu konunun sık sık ele alınması, halkı ve okullarda öğrencilere yönelik toplumsal eğitim kampanyalarının düzenlenmesidir.

Avrupa ülkelerinin bir kısmı, uygulanan "EDHEP" eğitim programı ile hekimleri ailelerin organ nakli ve bağıışı konusundaki sorularına daha iyi cevap verebilmeleri için eğitmeye başlamıştır. Eğitim sonrası alınan sonuçlar eğitim yapılan bölgelerde organ bağıış oranının yükseldiğini göstermiştir (5). Organ nakli koordinatörleri de bu eğitimlerden öncelikli olarak sorumlu olan kişilerdir.

Organ nakli koordinatörlüğünün kimler tarafından yapılacağı ve nasıl istihdam edileceği konusunda dünyada fikir ayrılıkları vardır. Ülkemizde de dâhil olmak üzere Avrupa ülkelerinin yüzde 44'ünde doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanları gibi dallardan da organ nakli koordinatörleri yetiştirilebileceği gibi, yüzde 41 oranında ülkede sadece doktor ve hemşireler, yüzde 15'inde ise sadece doktorlar organ nakli koordinatörü olabilmektedir (11). Ancak ülkemizde de son çıkan organ nakli yönetmeliğine göre ancak hekimler organ nakli koordinatörü olabilmektedir (15).

Organ nakli koordinatörlerine yapılan ödemeler ülkeden ülkeye değişmektedir. Ülkemizde kamu hastanelerinde organ nakli koordinatörleri ücretlerini emekli sandığından alırken, özel hastanelerde ücretlerini hastanelerden almaktadırlar. Birçok kamu ve üniversite hastaneleri ile organ nakli yapılmayan özel hastanelerde bu iş ek iş olarak yapılmaktadırlar. Avrupa ülkelerinin yüzde 55'inde maaşlarını hastaneler veya organ nakli merkezleri öderken ancak yüzde 16'sında Sağlık Bakanlıklarından almaktadırlar (11).

Ülkemizde ilk organ nakli koordinatörü 1999 yılında organ nakli konusunda öncü üniversitelerinden birisinde (Akdeniz Üniversitesi) göreve başlarken, ancak 1 yıl sonra bir başka öncü üniversitede organ nakli koordinatörü görevlendirilmiştir. 2002 yılında Organ Nakli Eğitim Kursu düzenlenerek ulusal bazda organ nakli uzmanları yetiştirilmiş, özellikle organ nakli merkezleri olan hastanelerde görev almışlardır. Böylece kadavradan organ bağıışı 2002 yılında

bir önceki yıla oranla ancak yüzde 12.3 artarken, eğitimli organ nakli koordinatörü bulunan merkezlerde bu oran yüzde 34 oranında artmıştır (16).

Organ nakli koordinatörlerinin sorunları

Türkiye'de organ nakli koordinatörlerinin temel sorunlarını şu başlıklar altında toplayabiliriz:

- Batı ülkelerinde organ nakli koordinatörlüğü ayrı bir tıp disiplini. Ancak ülkemizde bu durum halen netlik kazanmamıştır. Bu görevi yapacak kişilerin tek görevinin bu olması gerekirken, bu iş ülkemizde birçok hastanede ek görev olarak yürütülmektedir.

- Şu anda birçok kamu/özel hastane veya üniversitede organ nakli koordinatörü olmamakla birlikte, olan merkezlerde de başka bir kadro altında hekimler yarı zamanlı olarak bu işte ek görev olarak geçici süre ile çalıştırılmaktadır. Kadrosu olmadan süresi belirlenmeden yarın endişesi ile çalışılmaktadır.

- Rahat ve sağlıklı çalışabilmeleri için organ nakli merkezinden ayrı bir üniteleri ve bu ünitelerinde şehirlerarası iletişimi sağlayacak telefon, faks ve internete bağlı bir bilgisayarlarının olması gerekmektedir. Ayrıca sunum ve eğitim için de gerekli malzemelerin de eleri altında olması yararlı olacaktır.

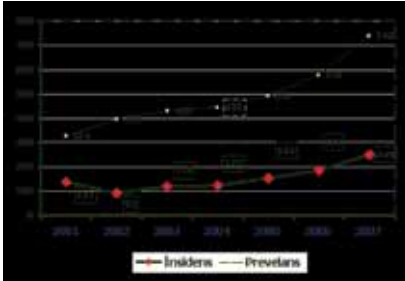
- Organ nakli koordinatörleri beyin ölümü saptandığında gecenin bir vaktinde hastaneye gelmekte, gerek hasta yakınlarıyla, gerekse de yetkili kuruluşlarla uzun süreli telefon görüşmeleri yapmak ve eğitim için hastane dışına çıkmaktadır. Bu harcamaları kendi ceplerinde harcamakta ve hatta mesai için ek ücret alamamaktadırlar.

- Ülkemizde genellikle pratisyen hekim veya hemşireler tarafından yapılan bu görevde beyin ölümü tespit ve sonrası işlemler için en azından uzman düzeyinde hekimlerle muhatap olmakta ve iletişim sorunu çekmektedirler.

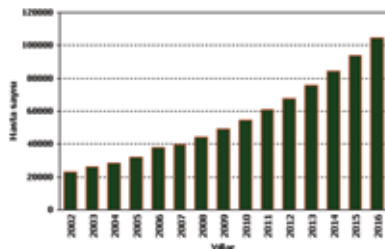
Sağlık sistemin sorumlulukları

Kadavra donör sayısını artırmak açısından en önemli adım; respiratör destekli yoğun bakım yatak sayısının artırılması, koma skoru düşük hastaların ivedilikle nakli, yeterli acil servis hizmeti sonrası hastaların hemen yoğun bakım yatağına ulaştırılarak bakımlarının sağlanmasıdır. Böylece esas amaç olan yaşama şansı olan hastaların sağlığına kavuşmasıdır. Hasta tüm çabalara karşın kurtarılamazsa, iyi bir bakım-la, başka insanların hayatlarını

Organ nakli programının başarısı, bağış sürecinin profesyonelleşmesinde ve bağış ile organ nakli işlemlerinde görev alan kişilerin görev tanımlarının iyi belirlenmesinde yatmaktadır. Koordinatör, organ nakli ve organ bağışının önemini ve özünü iyi kavramış, bu işe gönüllü kişiler arasından seçilmelidir. İnsan ilişkilerinde yetenekli, diğer sağlık çalışanları tarafından kabul görmüş, yönetim tarafından desteklenen ve yaptığı işe göre ücretlendirilen olmalıdır.



Şekil 1: Son dönem böbrek hastalığının ülkemizdeki insidans ve prevalansı (2)



Şekil 2: Ülkemizde son dönem böbrek yetmezliği yaşayan mevcut ve beklenen hasta sayıları (2)

kurtarmak amacıyla organ donörü olması için gayret edilmelidir. Bu organizasyon ülkenin sağlık otoritesinin sorumluluğunda olup ülkenin gelişmişlik düzeyine paralellik göstermektedir.

TC Sağlık Bakanlığı 2008 verilerine göre bakanlık hastanelerinde bin 939, üniversite ve özel hastanelerde ise bin

civarında yoğun bakım yatakları vardır. İspanya'da son yıllarda yapılan istatistikler, her solunum destekli yoğun bakım yatağı için yılda bir beyin ölümü tespiti yapılabileceğini ortaya koymuştur (17). Ülkemizde yaklaşık 3 bin yatak göz önüne alındığında ortalama tespit edilmesi gereken beyin ölümü olgusu 3 bin kadar olmalı; ortalama yüzde 40 aile izni alma oranı ile yılda bin 200 kadavra donör sağlanmalıdır. Hâlbuki yıllara göre tespit edilen beyin ölümü sayısı bunun çok altındadır (Tablo 1).

Yıllar	Beyin ölümü	Donör
2005	229	174
2006	270	164
2007	594	245

Türkiye'de organ bağışını artırmak için;

- Acil servisler reorganize edilmelidir,
- Yoğun bakım ünitelerinin reorganizasyonu: Hastanedeki çeşitli yoğun bakım ünitelerinin hastanenin anestezi ve yoğun bakım servisinde toplanması donör saptanması ve bakım kalitesini artıracaktır.
- Daha önemlisi, eğitimli organ nakli koordinatörlerinin bölgedeki tüm sağlık personeli (doktor, hemşire ve diğerleri) ve okullardaki çocukları eğitmesi gerekir.
- Organ nakli koordinatörleri tüm hastanelerde ve yoğun bakımlarda görev almalı. Böylece donörün saptanmasında, bakımında, aileyle iletişimde gelişmeler saptanacaktır.

Sonuç

Organ nakli programının başarısı, bağış sürecinin profesyonelleşmesinde ve bağış ile organ nakli işlemlerinde görev alan kişilerin görev tanımlarının iyi belirlenmesinde yatmaktadır. Organ nakli koordinatörü 30 – 40 yaşları arasında kadın veya erkek, deneyimli hekim veya hemşire gibi diğer tıp dallarından destek alan bir hekim olmalıdır. Koordinatör, organ nakli ve organ bağışının önemini ve özünü iyi kavramış, bu işe gönüllü kişiler arasından seçilmelidir. Organ bağışı ve nakli, tıbbın diğer alanlarının dil, ırk, cinsiyet ve milliyet ayrımı yapmama ilkesine daha da hassasiyetle yaklaşmakta ve bu ilkeleri benimsemiş organ nakli koordinatörü insan sevgisi ile dolu olmalıdır. İnsan ilişkilerinde yetenekli, diğer sağlık çalışanları tarafından kabul görmüş, yönetim tarafından desteklenen ve yaptığı işe göre ücretlendirilen olmalıdır. Halk sağlığı ve ekonomik açıdan önemli bir sağlık problemi olan organ naklinin sorunları, sadece organ nakli koordinatörünün varlığı ile çözülmemekle birlikte,

bu sistemde organ bağışının artırılması yolunda organ nakli koordinatörleri yamsamsal öneme sahiptir.

Kaynaklar

- 1) UNOS data (ABD verileri) www.optn.transplant.hrsa.gov/data/annualReport.asp 2) Türk Nefroloji Derneği verileri. www.tsn.org.tr/documents/register
- 3) Yüceci L, Keçecioglu N, Demirbaş A, et al. Organ naklinin maliyeti. Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği III. Kongresi 17-20 Ekim 2002, Adana
- 4) Haberal M, Bilgin N, Arslan G, et al. Twenty-two years of experience in transplantation. Transplant Proc 1998; 30:683-6.
- 5) Schutte G. 25 years of organ donation European initiatives to increase organ donation. Transplant Proc 2002; 34:2005-6.
- 6) Keçecioglu N, Tuncer M, Sarıkaya M, et al. Detection of targets for organ donation in Turkey. Transplantation Proc 1999; 31:3373-5
- 7) Yüceci L, Keçecioglu N, Akaydin M, Ersoy F. A view to cadaveric donor procurement activities in Turkey. Organs And Tissues 2003; 6:167-169
- 8) Tilif S, Gürkan A, Kaçar S, et al. Organ bağışına etki eden faktörler. Ulusal Cerrahi Dergisi 2006; 22:133-136.
- 9) Bozoklar A. Türkiye'de organ bağışı; 2008: Koordinatör perspektifi. Türkiye Klinikleri J Gen Surg 2009; 2:5-9
- 10) Burroughs TE, Hong BA, Kappel DF, et al. The stability of family decisions to consent or refuse organ donation. Psychosomatic Med 1998; 60:156-162
- 11) Moretti D, Fetz H, Kimpen S, et al. Profiles of European transplant co-ordinators. Organs And Tissues 2004; 7:95-100
- 12) Yüceci L, Keçecioglu N, Ersoy F. Türkiye'de kadavra kaynaklı organ teminindeki sorunların çözümü: Eğitimli organ nakli koordinatörleri. SSK Tepecik Hast Derg 2003;13:7-10
- 13) Erdoğan O, Yüceci L, Tuncer M, et al. Attitudes and knowledge of Turkish physicians about organ donation and transplantation. Transplantation Proc 2002; 34:2007-8
- 14) Akgün S, Tokalak I, Erdal R. Attitudes and behavior related to organ donation and transplantation. Transplantation Proc 2002; 34:2009-11
- 15) Sağlık Bakanlığı mevzuatı. 28.05.2008 tarih ve 19735 sayılı Organ Ve Doku Nakli Koordinatörlüğü Eğitim Yönergesi
- 16) Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2001.
- 17) Cuende N, Cannon JF, Miranda B, et al. Quality assurance in the donation detection process. Transplant Procurement Management Handbook pp:102, 2001.

Sağlık hizmetleri sunumunda atipik çalışma saatleri ve zorlukları

Gülbahar Çolak



1977 yılında Eskişehir’de doğdu. 2000 yılında İstanbul Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü’nden mezun oldu. Halen Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi, İşletme Bölümü’nde eğitimini sürdürmekte, aynı zamanda Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü’nde yüksek lisans eğitimine devam etmektedir. 2006 yılından bu yana Özel Duygu Hastanesi’nde Hemşirelik Hizmetleri ve Kalite Direktörü olarak görev yapmaktadır.

İşgörenin çalışma yaşamında karşılaştığı koşullar, işgörenin sağlığı, gönenci ve performansını etkilemektedir. Bu nedenle işgörenin karşılaştığı çalışma koşulları, işgörenin çalışma yaşamı kalitesi bakımından oldukça önemli görülmektedir. Çalışan birey açısından yaşamsal görülen çalışma yaşamı kalitesi kav-

ramı, örgütsel sonuçları açısından da önemlidir.

Çalışma yaşamı kalitesini etkileyebilecek pek çok etken bulunmaktadır. İstihdam biçimi çalışma yaşamı kalitesini etkileyebilecek önemli bir değişkendir.

Çalışma yaşamı kalitesi, bir diğer deyişle işin insancillaştırılması, kavramı

en genel anlamda; işgörenin yalnızca bedensel anlamda değil, aynı zamanda zihinsel, psikolojik ve sosyolojik gereksinimlerini gözeterek çalışma koşullarını içermektedir.

Vardiyalı çalışma biçimi

Vardiyalı çalışma, atipik çalışma biçimlerinden biridir. Vardiyalı çalışma düze-





Gece çalışmanın neden olduğu sorunlar

İnsanların tümü, hizmetlerin bu düzende yürütülmesinden yarar sağlarken bu alanlarda hizmet verenlerin gece çalışmasından yakındıkları görülmektedir. Yakınmaların çoğu, gece çalışmasının insanın alışlagelmiş düzenini büyük ölçüde etkiliyor olmasıyla, ailevi ve sosyal yaşamına getirdiği sıkıntılarla ilgilidir. Kuşkusuz yakınmalar haklı nedenlere dayanmaktadır. Çünkü gece çalışan birey, gündüz uyuma güçlüğü çekiyor olabilir ya da aile bireylerine karşı bazı sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanıyor olabilir. Bu gibi durumlarda birey, çok az uykuyla yetinmekte ve görevine yeterince dinlenmemiş olarak gitmektedir.

Bilindiği gibi uyku, alt düzey insan gereksinimlerinden biridir. Bu gereksinimin karşılanmaması durumunda, insanın üst düzey gereksinimleri duyumsaması ve bunları karşılamak için gerekenleri yapması beklenemez. Bu nedenle ki, gece vardiyasına uykusuz gelen bazı görevlilerin, deontolojik kuralları hiçe sayarak, sandalyede ya da uygun buldukları yerlerde uyukladıkları na tanık olunmaktadır.

Gece vardiyası, biyolojik işlevleri aksatması ve hormonal dengeyi bozmasının yanı sıra beslenme düzeni ve uyku alışkanlıklarını da değiştirerek kalp-damar hastalıklarının oluşmasına dolaylı yoldan neden olmaktadır. Ayrıca, gece çalışması nevrozu olarak isimlendirilen iç daralması, hırçınlık, öfkeli, saldırganlık, aşırı duyarlılık, uykusuzluk, dikkatsizlik, depresyon gibi belirtiler gösteren sinirsel yorgunluğa sebebiyet vermektedir. Tüm bunlara ek olarak geceleri sindirim sisteminin daha yavaş çalışması ile gece vardiyalarında, alışılmış beslenme düzeninden uzaklaşmakta ve bu durumda da çalışanlarda sindirim sistemi bozuklukları meydana gelmektedir. Ayrıca ülser ve gastrit de sık karşılaşılan sorunlardandır. Gece çalışmalarında vücudun yedek güçlerini kullanmak zorunda kalması ve mide asidinin artıyor olması, bu şikâyetleri beraberinde getirmektedir. Bunun dışında gece çalışmalarında kahve tüketiminin çok fazla olması da mide rahatsızlıklarını ortaya çıkaran bir diğer nedendir.

Diğer bir fizyolojik sorun ise gece vardiyası sonucunda oluşan yorgunluktur. Bu yorgunluk fiziksel ve zihinsel yorgunluk olmak üzere karşımıza çıkmaktadır. Zihinsel yorgunluk ölçümleri nesnel olarak ölçülmemekle birlikte, iş başarımı göstergeleri üzerindeki değişiklikler bu yorgunluk derecesinin saptanmasında etkilidir. Fiziksel yorgunluk ise kalp atım sayısı, oksijen tüketimi,

ni, mal ve hizmet üretiminin kesintiye uğramaması bakımından önemli olan dönüşümlü çalışma biçimidir.

Vardiya çalışması yaygın olarak sağlık iletişim, ulaşım, güvenlik, kimya, kâğıt cam endüstrisi gibi, hizmet ya da üretimin, ekonomik ve kamusal açıdan sürekliliğine, gereksinim duyulan sektörlerde uygulanmaktadır.

Günümüzde işletmeler gerek teknolojik zorunluluklar ve toplumsal hizmet, gerek ekonomik kaygılardan dolayı çoklu vardiya sistemini uygulamaktadırlar. Ancak bir makine olmayan ve çeşitli sosyal, psikolojik, bedensel ve ruhsal ihtiyaçları olan insan, bu çalışma düzenine kolay uyum sağlayamamakta, çeşitli sorunlar ile karşı karşıya kalmaktadır. Bunun yanında örgütsel bazda ele alındığında vardiyalı çalışma birçok sorunu beraberinde getirmektedir.

Sağlık hizmetleri sunumu

Bilindiği gibi; sağlıkla ilgili hizmetlerin 24 saat boyunca kesintisiz sürdürülmesi zorunluluğu vardır. Sağlık personelinin çalışma koşullarının ve süresinin diğer iş kollarından önemli bir farkı,

sağlık hizmetinin sürekliliğidir. Sağlık olgusunun doğası gereği hizmetlerin sürekli verilmesi bir zorunluluk olduğundan sağlık personelinin gece ve tatil günleri çalışması söz konusudur.

Gerçek çalışma süresi, yasalarla belirlenen normal çalışma süresi dışında fazla çalışma, nöbet ve çağrılmalarda geçen süreyi de kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerindeki acil durumlar, sağlık hizmetlerindeki özel zorunluluklar, insanlarla uğraşmanın oldukça özgün yanı, beklenmeyen durumların sıklığı ve benzeri etmenler çalışma süresinin normal süreyi aşmasına neden olmaktadır.

İcapçı görevi (hazır bekleme, çağırılma ve benzeri) özellikle hastaneler ve yataklı tedavi kurumlarında yaygındır. Bu görev sağlık personelinin yaşam düzenini sarsması, çalışma süresini uzatması, çalışma süreleri arasındaki dinlenme sürelerinin düzensizleşmesi gibi sıkıntılar yaratmaktadır. Ayrıca uzun süre göreve hazır beklediği halde resmen çağırılmadığından bu süre mevcut yasal düzenlemeler çerçevesinde sağlık personeli açısından çalışılmamış olarak kabul edilmektedir.

Gece çalışanların kansere yakalanma riskinin daha fazla olabileceği yönünde bilim çevrelerinde tartışmalar yıllardır süregelirken, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) kanser kolu Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (UKAA), geceleri çalışmayı "muhtemel kanserojen etkisi bulunanlar" listesine dâhil etmektedir. UKAA böylece geceleri çalışmayı, kansere yol açan anabolik steroidler, morötesi radyasyon, kurşun içeren boya ve dizel motor egzozu gibi maddelerle aynı kategoriye koymuş oluyor.

vücut ısısı ve beyin dalgaları gibi diğerlerin ölçümü ile belirlenebilmektedir. Yapılan birçok araştırma, gece vardiyasının gündüz vardiyasından daha yorucu olduğunu ortaya koymaktadır. Gece çalışmasının daha yorucu olması bir yandan organizmanın dinlenme evresinde olmasından, öte yandan ise gündüz saatlerinde alınan uykunun yeterince dinlendirici olmamasından kaynaklanmaktadır.

Gece vardiyasının yarattığı psikofizyolojik sorunlar ise erken yaşlanma ve erken ölümlerdir. Yaşlanma hem fizyolojik, hem de psikolojik olarak düşünülebilir. Gece vardiyalarında çalışan insanların biyolojik ritim harmonileri değişmekte ve bu değişim sonucunda daha önce de belirttiğimiz genel sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Bu sağlık sorunlarına paralel olarak çalışanlarda erken yaşlanma belirtileri görülmekte ve bu sağlık problemleri ileri düzeylere ulaştığında kişilerde erken ölümler meydana gelmektedir.

Gece çalışmalarının neden olduğu sorunlar bunlarla da sınırlı değildir. Doğaya aykırı yaşam biçiminin çalışanın sağlığını önemli ölçüde etkilediği, hatta kanser olasılığını da artırdığı uzmanlar tarafından dile getirilmektedir. Bu konuda yapılmış araştırmalar da gece çalışan kadınlarda meme kanserine,

erkeklerde ise prostat kanserine yakalanma oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Gece çalışanların kansere yakalanma riskinin daha fazla olabileceği yönünde bilim çevrelerinde tartışmalar yıllardır süregelirken, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) kanser kolu Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (UKAA), geceleri çalışmayı "muhtemel kanserojen etkisi bulunanlar" listesine dâhil etmektedir. UKAA böylece geceleri çalışmayı, kansere yol açan anabolik steroidler, morötesi radyasyon, kurşun içeren boya ve dizel motor egzozu gibi maddelerle aynı kategoriye koymuş oluyor.

Tümör gelişimini baskılayan ve uyku veren "melatonin" hormonu, vücut tarafından normalde geceleri üretilmektedir. Uzmanlara göre; ışısız bir ortamda salgılanan melatonin hormonu; sadece vücudun doğal ritmini ayarlamakla kalmayıp aynı zamanda bağışıklığı güçlendirici etkisiyle çeşitli hastalıkları engelleme ve tümörler üzerindeki baskılayıcı etkisi ile kanserden korunma işlevi görmektedir. Ancak gece çalışmalarının ışıklı ortamlarda yapılıyor olması melatonin hormonunun salgılanmasını engellediğinden, gece çalışanlar bu hormonun beklenen etkilerinden yararlanamamaktadır.

Bazı araştırmacılar sürekli düzensiz çalışmaya tam alışmak için 3 yıl geçmesi gerektiğini açıklarlar. Diğer bazı araştırmacılar ise uyku/ uyanıklık düzensizliğine hiçbir zaman alışamayacağını söylerler. Hangisi doğru olursa olsun, gece çalışanlar uyku mahrumdurlar. Yani bunların günlük uyku ortalamaları gündüz çalışanlarınkine kıyasla 2-4 saat kısadır. Üstelik gündüz uykusu hafiftir, parçalıdır ve bozulma ihtimali fazladır.

Yapılan anket çalışmalarında, vardiyalı çalışanlarda, işyerinde ortaya çıkan herhangi bir sorunu çözmeden eve döndüklerinde uykuya çabuk geçemedikleri ve uyku süresince sık sık uyandıkları bulgusu elde edilmiştir. Gece vardiyasından sonra uyumak amacı ile kullanılan uyku ilaçları her ne kadar kısa vadede kişiler üzerinde etkili olsa da, uzun vadede ciddi sağlık problemlerine neden olmaktadır. Diğer taraftan da yaşlanma ile birlikte kişilerin uyku süreleri kısalmakta ve gece vardiyaları sonunda sahip oldukları gündüz uykularında çalışanlar daha az uyumaktadırlar. Bu durumda ise vücudun uyku açığı gittikçe artmakta ve yorgunluk, sağlık problemleri gibi diğer sorunlar artmaktadır.

Çoklu vardiya sisteminin bireysel baz-

daki diğer sorunları ise psiko toplumsal sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplumsal yaşamın hayat bulduğu gündüz saatlerinde çalışanların bu yaşam içinde aktif olarak yer alamamaları, toplumsal yaşamın dinlendiği gece saatlerinde ise çalışanların işte olmaları, kişilerin kendileri dışında sahip oldukları aile yaşantılarını ve toplumsal yaşantılarını da olumsuz yönde etkilemektedir. Vardiyalı çalışanın çalışma dışı yaşamının zamansal akışıyla, toplumsal yaşamının, toplumsal etkinliklerin zamansal akışı arasındaki uyumsuzluklar, çalışanı yalnızlığa itmekte, topluma yabancılaştırmakta ve onun önüne aşılması güç engeller, sorunlar koymaktadır.

Vardiyalı çalışma, tüm bunların yanı sıra erken doğum, düşük ağırlıklı doğum, düşük gibi gebelik komplikasyonlarına, menstural bozukluklara, diyabeti olan çalışanlarda kan şekerinin düzenlenememesine yol açmaktadır.

İş kazaları

Sağlık sektöründe göreve uykusuz gelmenin hastalar yönünden de çok sakıncalı olabileceği unutulmamalıdır. Uzun süre uykusuz kalan kimse-lerin yoğunlaşma güçlüğü çektikleri, olaylara ve çevrelerine karşı sabırsız davrandıkları, dikkatlerini toplayamadıkları, hareket ve kararlarında çok yavaşlama olduğu, bu konuda yapılmış olan araştırmalarla da kanıtlanmıştır. Bu etkilenmelerle bireyin hata yapması, geçersiz kararlar alması, hastaya yanlış ilaç vermesi olasılığı artmaktadır.

Gece çalışmalarında iş kazalarının sıklığının arttığı bilinmektedir. Özellikle gece çalışmasını takip eden süreçte bilinç düzeyinde bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Gece çalışmasından çıkan kişinin bilinç düzeyi 10 promil alkollüye eşit olmaktadır.

İş yerinde uykusuzluk ve yorgunluk konsantrasyon bozukluğuna, işe geç kalmaya ya da iş göremezlik durumuna, kazalara, hatalara, yaralanmalara, ölümlere yol açabilir. 20. yüzyılın en büyük nükleer kazası olarak nitelenen Çernobil reaktör kazası, Challenger Uzay Mekiği faciası gibi birçok trajedi gece vardiyası sırasında meydana gelmiştir.

Hastanelerimizde gece personel sayısı azaltılıyor

24 saat kesintisiz hizmet sunan hastanelerde; ağrılar, saldırılar, teftişler, tartışmalar, tıbbi hatalar kısaca önemli sorunlar, gündüze oranla daha ağır yaşanmaktadır. Böyle olmasına ve hasta sayısı sabit kalması-

Çalışma çizelgesinin hazırlanmasında vardiyaların, çalışana yeterli dinlenme süresi sağlayacak biçimde düzenlenmesi gerekmektedir. Gündüz çalışan personel sayısı ile gece çalışanların sayısı arasında büyük bir farklılık olmamalıdır. Sabah işten çıkan kişinin evine giderken araç kullanmaması gerekiyor. Yurt dışında bu nedenle çalışanları evlerine servisin bırakma zorunluluğu bulunmaktadır... Hasta haklarına ne kadar saygı duyuluyorsa, sağlık çalışanlarının haklarına da o kadar saygı duyulmalıdır.

na rağmen hastanelerde gece çalışan sayısı, gündeze göre büyük oranda azaltılmaktadır. Gece nöbetlerinin çalışanlara en kötü sürprizi "tükenmişlik sendromu", hastalar ve refakatçilerde yarattığı duygu ise güvensizlik ve endişedir. Hastanelerde geceler, hem hastalar hem de çalışanlar açısından gündeze nazaran daha zor geçmektedir.

Yataklı sağlık kuruluşlarının gece çalışmalarıyla ilgili yönetmelikler ve buna paralel olarak oluşturulan gece bakım hizmetleri, nöbet ve/veya vardiya sistemiyle yürütülmekte, dolayısıyla gece saatlerinde çalışanların sayısı, gündüz çalışan sayısının ortalama 10 kat daha azına indirilmektedir. Doktorlar, hemşireler, diğer sağlık çalışanları ve idari personel, özellikle de hemşireler ve hekimler; gece hizmetlerinin en büyük sorumluluğunu ve yorgunluğunu taşıyan taraftır. Kamu hastanelerinde gündüz dahi yetersiz olan hemşire sayısı nedeniyle çoğunlukla bir hemşireye 8 hasta düşerken gece bu sayı 80 hastaya çıkabilmektedir. Dolayısıyla gece hizmetlerinde hemşirelerin görev ve sorumluluğu artarken sayısı azalmaktadır.

Hekimler, hemşireler ve hastalar tarafından, "Gece hizmetleri çok önemlidir

ve büyük dikkat ister" denilse de uygulamada, gece saatleri 'hastanın pasif olduğu zamanlar' olarak nitelendirilmektedir. Gece hizmetleri, sanki hastaya müdahale gereken durumlar sadece gündüz saatlerinde ortaya çıkacakmış gibi kurgulanmaktadır.

Sonuç ve öneriler

Gece çalışmasının bunca zararına karşın, bazı hizmetlerin 24 saat boyunca verilmesi zorunluluğu nedeniyle vazgeçilmesi olası değildir. Bu durumda söz konusu zararların önlenmesi için bazı önlemlerin alınması gerekmektedir. Bilindiği gibi işveren, çalıştırdığı elemanın sağlığından da sorumludur. Bu sorumluluk kapsamında çalışana sağlıklı bir çalışma ortamı hazırlamanın yanında, gece vardiyasının çalışanlar arasında dengeli dağılımına özen gösterilmesi de bulunmaktadır. Çalışma çizelgesinin hazırlanmasında, vardiyaların, çalışana yeterli dinlenme, uyuma süresi sağlayacak biçimde düzenlenmesi gerekmektedir.

Gündüz çalışan personel sayısı ile gece çalışanların sayısı arasında büyük bir farklılık olmamalıdır. Bu uygulama ile geceleyin tıbbi hata yapma riski azalır.

Gece çalışan kişinin yasal olarak eve gidip dinlenmesi zorunludur. Ancak bu denetlenemiyor. Sabah işten çıkan kişinin evine giderken araç kullanmaması gerekiyor. Yurt dışında bu nedenle çalışanları evlerine servisin bırakma zorunluluğu bulunmaktadır. Ancak bu konuda çalışana da bazı sorumluluklar düşmektedir. Çalışanın yapması gerekenler, onun hem kendi sağlığı hem de verdiği hizmetin kalitesi ile ilgilidir. Bu konuda uyulması gereken koşulların başında uyku saatlerinin kesinlikle uyuyarak geçirilmesi gelir. Ayrıca yatak odasının tam anlamıyla karartılmasına özen gösterilmelidir. Sıradan perdelerin rengi ne kadar koyu olsa da ışığı geçirdiği bilinmektedir. Bu nedenle, perdecilerde "Black Out" olarak satılan perdelerin kullanılması önerilebilir.

Gece çalışanlar için yaratıcı programların geliştirilmesi gerektiği anlaşılmış olsa da hala gece nöbetleri sırasında yorgunluk ile başa çıkabilecek metotlara ihtiyaç vardır. Gece nöbetleri sırasında kısa uyku dönemleri (şekerleme) gibi yöntemler vadedilmekte fakat bunlar pratik olmamaktadır.

Bilim insanları, geceleri çalışanların kanser olma riskini azaltabilmek için nelerin yapılabileceğini düşünüyorlar. Melatonin hormonunu hap şeklinde almak mümkün iken uzmanlar, bunun uzun dönemde alınmasının vücudun

bu hormonu doğal yollardan üretebilmesine engel olacağına işaret ediyorlar ve bu nedenle önermiyorlar. Bazı şirketler, melatonin salgılamasını etkilemeyeceği düşünülen değişik ışık tipleri denerken çok az insanın altında çalışmayı zevkli bulacağı "kırmızı" rengin, melatonin üretimini en az etkileyen renk olduğu da araştırmalarla belirlenmiştir.

Hasta haklarına ne kadar saygı duyuluyorsa, sağlık çalışanlarının haklarına da o kadar saygı duyulmalıdır. Toplumun sağlık çalışanlarına karşı saygı göstermesi için yöneticiler asılsız ihbarlara itibar etmemeli, bu şekilde olan ihbarlarda asılsız olanlar hakkında dava açılmalıdır.

Kaynaklar

Academic Emergency Medicine. Philadelphia: Feb 2006. Vol. 13, Iss. 2; p. 158 (8 pages)

Eransal, YC, 1993. Vardiya Çalışmasının Ergonomik Tasarımı, Doktor Tezi, İTÜ Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Eroğlu Feyzullah (1997), "Personel Yönetiminden İnsan Kaynakları Yönetimine

Güler, S, 2008. Gece Çalışanların İş Çok Zor.

İncir, G, 1998. Çoklu Vardiya Sisteminin Ergonomik Tasarımı, MPM, Ankara.

İncir, G. 1998. Çoklu Vardiya Çalışmasının Yol Açtığı Örgütsel Sorunlar, Verimlilik Dergisi,

İncir, G, 1998. Vardiya Çalışması Ve Kronobiyolojik Araştırmalar, Verimlilik Dergisi,

Lamond, N, Dorrian, J, Burgess, HJ, Holmes, AL, Roach, GD, McCulloch, K.

Özkalp, E ve Kirel, A, 2001. Örgütsel Davranış

Schulze. 1998 "Yaşam Kalitesini Yükselten Temel Unsurlar Olarak İşin İnsancillaştırılması",

TINAR, M. Yaşar, Çalışma Psikolojisi, İzmir 1996

Uyer, G, 2009. Gece Çalışmasının Etkileri

Sağlık hizmetlerinde maliyet

Prof. Dr. Fahri Ovalı



İstanbul'da doğdu. 1979 yılında Darüşşafaka Lisesi'ni, 1985 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1991 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi tamamladı. 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalıştı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003-2005 yılları arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı ve Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı görevlerinde bulundu. 2009 yılında işletme yüksek lisans eğitimi tamamladı. 2005 yılından itibaren Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Klinik Şefliği görevini yürütmektedir. Editörlüğünü yaptığı 6 kitabı yurtiçi ve yurtdışında yayınlanmış 150'den fazla makalesi bulunmaktadır.

Ülkelerin bütçelerinden sağlık hizmetlerine ayrılan payların yüksek olması, ülkelerin gelişmişlik düzeyiyle doğru orantılıdır. Ancak bir yandan da tüm ülkeler, sağlık harcamalarını kısmak için yoğun bir çaba içerisinde. Sağlık hizmetle-

rinin maliyeti gündeme geldiği zaman, sıklıkla harcamaların azaltılması ve tasarruf edilmesi akla gelir. Eğer bu böyle olsaydı, sağlık ekonomistleri maliyetlerin azaltılması açısından hastalıkların önlenmesi ve yaşam süresinin uzatılmasına yönelik girişimlere pek sıcak bakmayacaklardı. Eğer salt maliyet açısından bakılırsa, en ucuz hasta, ölü hastadır! Hâlbuki durum böyle değildir

ve sağlığın iyileştirilmesinin bir maliyeti olacağı kesindir. Ancak bir sağlık sorunu için kullanılan kaynağın maliyeti, yalnızca o kaynak için harcanan para olarak değil, alternatif bir kaynağın seçilmemiş olmasından kaynaklanan fırsat maliyeti olarak tanımlanabilir.

Sağlık hizmetlerindeki maliyet, üç aşamada incelenebilir: 1) Maliyetlerin tanı-





İlaçların yan etkileri veya fazla kullanımına bağlı maliyetler yanında, ilaçların yetersiz kullanımından kaynaklanan maliyetler de vardır. Kronik hastaların üçte birinin, ilaçlarını düzenli almadıkları hesaplanmıştır. İngiltere’de kullanılmayan ilaç maliyetinin yıllık 30 ila 90 milyon İngiliz sterlini civarında olduğu tahmin edilmektedir.

İklara yol açabilir. İngiltere’de, işe gitmemenin yıllık maliyetinin, tüm gayri safi milli hâsılanın yüzde 1’i civarında olduğu hesaplanmıştır. Bazen hasta olarak işe gitme sonucu oluşan verimlilik kaybı, hiç işe gitmeme sonucu oluşan verimlilik kaybından çok daha fazla olabilmektedir. ABD’de yapılan bir araştırmada, migren ile sırt ve bel ağrısına bağlı verimlilik kaybının, işe gitmeye kıyasla 30 kat daha fazla olabildiği ortaya konmuştur.

mı, 2) Tanımlanan maliyetlerin ölçümü, 3) Bunların parasal birime dönüştürülmesi. Ancak, fırsat maliyetlerinin her zaman parasal olarak ifade edilemeyebileceği de akıldan çıkarılmamalıdır.

Maliyetlerin tanımı

Maliyetlerin tanımı, sağlık hizmetinin sunulması sırasında kullanılan kaynakların sıralanması şeklinde yapılır. Öncelikle direkt maliyetler ele alınır. Direkt maliyetler içinde, doğrudan sağlık hizmetiyle ilgili maliyetler, bu hizmetin sunumu sırasında diğer kurumlar tarafından ortaya çıkan maliyetler ile hastalar ve ailelere yüklenen doğrudan maliyetler sayılabilir. Hastaların sağlık hizmeti alabilmek için harcadıkları zaman, sağlık kurumuna gidiş ve geliş için harcanan paralar, sağlığın düzelmesine yardım için hastanın kendi cebinden ödediği paralar, hatta diğer kişilerin hasta kişinin bakımı için harcadığı zaman ve paralar bu kapsamda ele alınır. İkinci olarak; indirekt veya dolaylı maliyetler ele alınmalıdır. Bunlar, sağlık sektörü dışında yer alır. Üretimde yer alan kayıplar, verimliliğin düşmesi, dinlenme zamanının hasta bakımı için harcanması gibi durumların maliyeti bu kapsamda değerlendirilir. Üçüncü olarak, ölçülmesi ve değerlendirilmesi en zor olan, “ölçülemeyen” maliyetler bu-

lunur. Bunlar, hastalıkla veya tedaviyle ilgili olarak kişinin yaşadığı stres, acı, endişe ve hayat kalitesinin azalması olarak belirlenir. Bunların paraya dönüştürülmesi ve finansal olarak ifade edilmeleri mümkün değildir. Tedavi nedeniyle uykusuz kalan bir çocuğun okul başarısının düşmesi, bu nedenle annesinin sık sık işinden izin alarak okula gitmesi ve bu nedenle de bir gün işini kaybetmesinin maliyetini hesaplamak zordur.

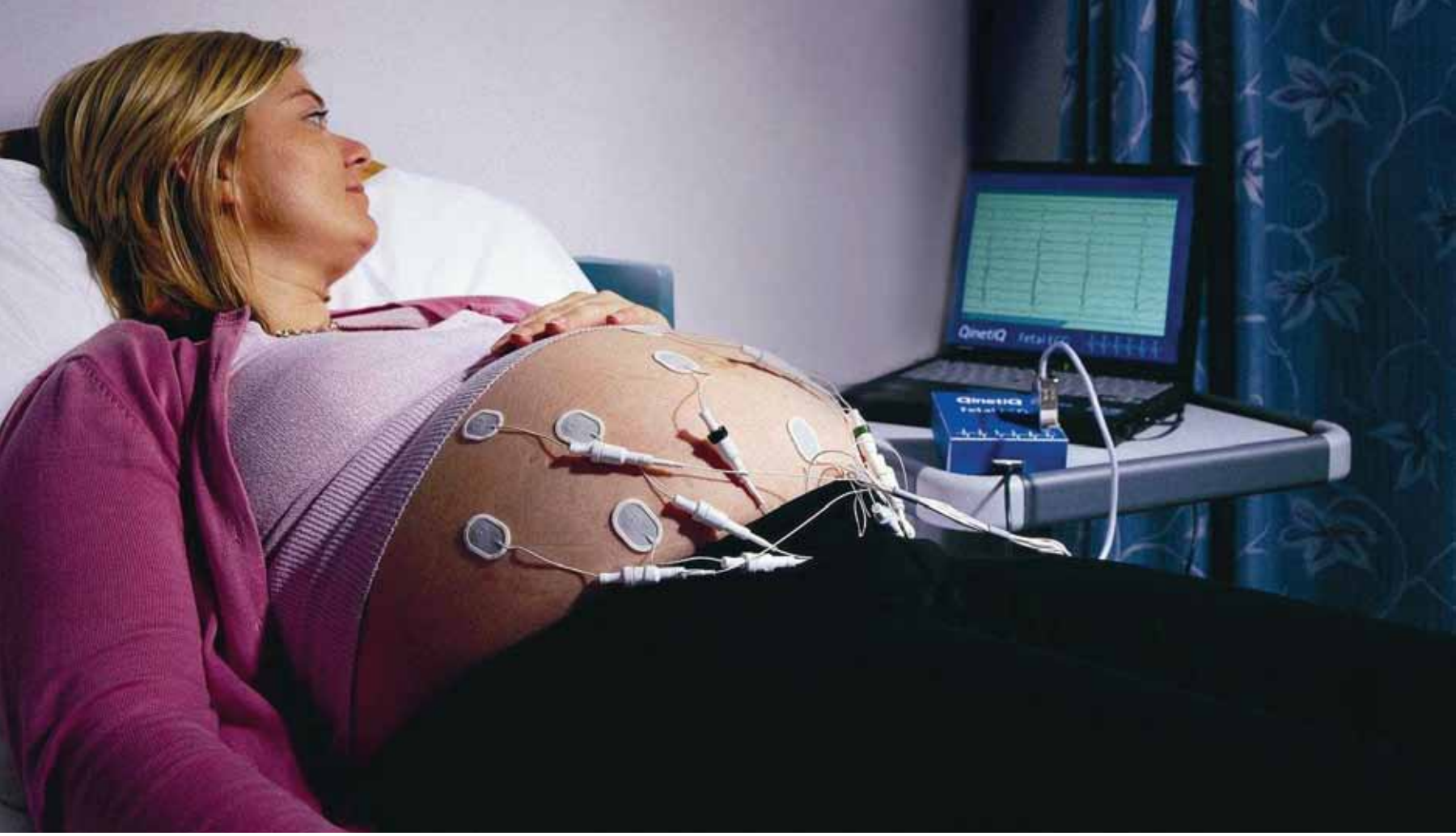
Maliyetlerin ölçümü

Maliyetler genellikle uygun fiziksel üniteler ile ölçülür. Doktorların harcadığı zaman (saat), kullanılan ilaçların miktarı (adedi), kullanılan aletlerin süresi veya miktarı ile birim zamanda tedavi edilen hastaların sayısı bunlara örnek olarak verilebilir. Üretimin ve verimliliğin düşmesi, işe gidilmeyen gün sayısı, sakatlık veya erken ölüm süresi veya adedi ile ölçülebilir. Kişinin üretkenliğinin ölçümü için, gitmediği günlerde kaybettiği ücret hesaplanabildiği gibi (kişi başı ölçümü), bu kişinin yerini dolduran kişiye fazladan yapılan ödemeler de (sürtünme maliyeti yöntemi) hesaplanabilir. Bu iki yaklaşım, kısa süreli işe gitmeme durumlarında birbirinden farklı sonuçlar vermez iken, uzun süreli iş kayıplarında ciddi farklı-

Maliyetlerin finansal birime dönüştürülmesi

Kaynakların fiyatları belliyse ve bunların maliyetleri yansıttığı düşünülüyorsa, bunlar hizmet miktarı ile çarpılarak toplam maliyetler bulunabilir. Örneğin, yatılan gün sayısı ile günlük fiyat çarpılarak bir maliyet elde edilebilir. Ancak üretim ve verimliliğin hesaplanmasında kullanılan farklı yöntemler, farklı sonuçlar verebilir. Örneğin, Hollanda’da 1996’da boyun ağrısına bağlı dolaylı maliyetler, kişi başı ölçümüne göre 526 milyon Euro iken, sürtünme maliyeti yöntemine göre hesaplandığında 96 milyon Euro bulunmuştur.

Kaynak maliyeti hesaplanırken, aşağıdan yukarıya (mikro maliyetleme) veya yukarıdan aşağıya (makro-maliyetleme) yapılabilir. Mikro-maliyetlemede, hasta başı maliyetin hesaplanmasında, hasta için harcanan her bir kaynak tek tek sıralanarak toplanır ve maliyet hesaplanır. Makro-maliyetlemede ise hizmet sunumundaki toplam maliyet hesaplanır ve hasta sayısına bölünerek birim maliyet bulunur. Mikro-maliyetleme daha hassas olmasına karşın daha zaman alıcı ve masraflıdır. Makro-maliyetleme ise daha kaba ancak daha kolaydır.



Maliyetlerin sınıflandırılması

Sabit maliyetler, üretim miktarı veya hasta sayısı ne olursa olsun sabit olan maliyetlerdir. Değişken maliyetler ise, hasta sayısı ile birlikte artan veya azalan maliyetlerdir. Yeni teknolojilerin kullanılmaya başlanması her zaman sabit maliyetleri düşürmeyebilir veya düşmesi oldukça uzun bir süre alabilir. Toplam maliyet, belirli bir zaman diliminde, ilgili sağlık hizmeti için harcanan tüm kaynakların toplamına verilen addır. Ortalama maliyet ise, toplam maliyetin, hasta başına bölünmesiyle elde edilir. Ortalama maliyetin düşmesi "ekonomi", yükselmesi ise "disekonomi" olarak tanımlanır. Belirli bir hasta sayısının üzerinde, personelin hastayla başa çıkamaması, disekonomiye yol açabilir. Marjinal maliyet ise, hizmet sunumunda meydana gelen bir değişiklik sonucu ortaya çıkan maliyet farkına denir. Marjinal ve ortalama maliyetlerin ayrımının iyi yapılması gerekir. Hizmet sunumu değiştikçe marjinal maliyetlerde dramatik farklılıklar ortaya çıkabilir. Örneğin; Amerikan Kanseri Derneği, kalın bağırsak kanserinin tanısı için gaitada gizli kan (GGK) testinin 6 kez yapılmasını önermiştir. Eğer yalnızca bir kez GGK yapılırsa, her 10 bin kanser olgusunun 6 tanesinin atlanma riski vardır. Bu durumda, tanı konan her bir kanser olgusunun ortalama maliyeti 1175 dolardır. Eğer GGK 6 kez yapılırsa, yanlış negatiflerin oranı 100 binde 3'e düşmekte ve tanı konan her bir kanser olgusunun ortalama maliyeti 2 bin 451 dolara çıkmaktadır. Bu konuya ilişkin toplam, ortalama ve mar-

jinal maliyetler tabloda gösterilmiştir. Test sayısı arttıkça, marjinal maliyetlerde ortaya çıkan değişimin ne kadar dramatik olduğu görülmektedir.

Diğer yandan, ortalama maliyetler her zaman gerçeği yansıtmayabilir. Hastanın hastaneye yattığı ilk günlerde genellikle maliyetler daha fazla iken, uzun süre yatan hastalarda giderek günlük maliyetler düşer. Dolayısıyla, ortalama veya marjinal maliyetlerin kullanılması, hastadan hastaya ve hastalıktan hastalığa farklı olabilir.

Yatırım maliyetleri: Sağlık hizmetinin sunumu için kullanılan bina ve teçhizat gibi varlıklar yatırım maliyeti olarak adlandırılır. Bu maliyet, yalnızca bu kaynaklar için kullanılan para olarak ele alınmaz. Bu kaynakların, bu yatırım için kullanılmasından ve daha verimli olabilecek bir başka yatırım için kullanılmamasından doğan fırsat maliyeti de göz önüne alınmalıdır. Örneğin, 10 bin liralık bir alet satın alındıysa ve bu aletin ekonomik ömrü 5 yıl ise, aletin maliyeti 10 bin lira olarak değil, bu paranın 5 yıl

içinde elde edeceği getiri de dikkate alınarak hesaplanmalıdır. Ortak maliyet olarak da, yalnızca hasta için ayrılan kaynaklar değil, hastanenin genel giderleri (yönetim, temizlik vb) göz önüne alınmalıdır.

Bütçeler yapılırken ve maliyetler hesaplanırken genellikle fiyatı belli olan ilaç, tıbbi malzeme gibi kalemlerden kesinti yapılmaya veya tasarruf edilmeye çalışılır. Ancak genel olarak sistemde meydana gelen aksamalardan meydana gelen maliyet unsurları fazla dikkate alınmaz. Tedavi maliyeti dendiğinde yalnızca ilaç, tıbbi malzeme ve bakım maliyetleri akla gelmemeli, hastanın iyileşme süresi, yan etkilerin sıklığı, geç taburculuk oranı, diğer kaynakların kullanımı ve sistemdeki hatalardan kaynaklanan maliyetler de hesaba katılmalıdır. Sistemde meydana gelen aksamaların maliyetinin, ilaç maliyetlerinden çok daha fazla olduğu ileri sürülmüştür. Yapılan bir çalışmada, hastanede cerrahin ameliyata 30 dakika geç kalmasının maliyetinin, 2 saatlik propofol infüzyonu maliyetinden daha

Tablo: Ortalama ve marjinal maliyetlerin değişimi

Test sayısı	Kolon kanseri tanısı			Tanı konan ilave her bir olgu için		
	Toplam tanı konan olgu sayısı	Toplam maliyet (milyon \$)	Ortalama maliyet (\$)	Ekstra tanı konan olgu sayısı	İlave maliyet (milyon \$)	Marjinal Maliyet (\$)
1	235 525	277	1175	235 525	277	1175
2	255 152	385	1507	19 627	108	5492
3	256 787	465	1811	1625	80	49 000
4	256 924	529	2059	137	64	470 000
5	256 935	583	2268	11	54	700 000
6	256 936	630	2451	1	47	47000 000

fazla olduğu gösterilmiştir. Harcamaların bütçe rakamlarını geçmemesi için hastaneler üzerinde zaten belirli bir baskı vardır. Bu nedenle hastaneler, yüksek maliyetli yoğun bakım üniteleri gibi servislerde yatan hastalarını en kısa zamanda normal servise çıkarabilmek için gayret gösterirler. Hasta yakınları ise, hastaları tam iyileşmeden taburcu olmak istemezler ve hastane yönetimi ile çatışabilirler. Sağlık sistemi açısından hastanın hastanede gereksiz yere tutulması, kaynak israfıdır.

İyatrojenik maliyetler: Sağlık hizmetinin sunumundan kaynaklanan maliyetler genellikle bütçelerde yer almaz ve dolayısıyla karar vermede göz önüne alınmaz ancak bu maliyetler bazen oldukça yüksek olabilir. Örneğin, hastane enfeksiyonları ciddi bir problemdir. İngiltere’de hastane enfeksiyonlarının yıllık maliyetinin 1 milyar İngiliz sterlini civarında olduğu hesaplanmıştır. İlaçların maliyeti de ayrı bir sorundur. Hastanelere alınan ve hastalara dağıtılan ilaçların 90 milyon İngiliz sterlinlik bölümünün hastalar tarafından kullanılmadan atıldığı ortaya çıkarılmıştır. İlaçların yan etkilerine bağlı olarak hastaların fazladan hastanede kalmalarının maliyeti ise 500 milyon İngiliz sterlini olarak hesaplanmıştır. Avustralya’da hastane yatışlarının yüzde 17’sinde ilaçlara bağlı yan etkiler ortaya çıkmış ve bunların en az yarısının önlenemez olduğu, maliyetinin ise yıllık 4.7 milyar Avustralya doları olduğu gösterilmiştir.

Maliyetleri artıran diğer faktörler

İlaçların yan etkileri veya fazla kullanımına bağlı maliyetler yanında, ilaçların yetersiz kullanımından kaynaklanan maliyetler de vardır. Kronik hastaların üçte birinin, ilaçlarını düzenli almadıkları hesaplanmıştır. İngiltere’de kullanılmayan ilaç maliyetinin yıllık 30 ila 90 milyon İngiliz sterlini civarında olduğu tahmin edilmektedir.

Uygunsuz veya yetersiz ilaç kullanımına bağlı gereksiz konsültasyonlar ve doktor ziyaretleri başka bir maliyet unsurudur. Daha pahalı ancak daha etkili bir tedavinin uygulanması da daha az cerrahi girişim ve daha az yan etkiye neden olabileceği için daha ekonomik olabilir. Örneğin, proton pompa inhibitörleri ve H2 antagonistlerinin kullanımının artması, ilaç harcamalarında bir artış gibi gözükse de, hastaların yaşam kalitesini iyileştirdiği, işe gitme oranını azalttığı ve invaziv cerrahi gereksinimini azalttığı için daha fazla tercih edilmektedir.

Yanlış veya eksik tedaviye bağlı davalar ve soruşturmalar da maliyet unsuru olarak ele alınmalıdır. İngiltere’de malpraktis nedeniyle açılan tazminat

davalarının miktarı 1998’de 84 milyon İngiliz sterlini iken, 2000 yılında 2.6 milyar İngiliz sterlinine çıkmıştır.

Dolayısıyla kaynakların dağıtımı ve kullanımı sırasında yalnızca kolay gözlenen maliyet unsurları değil, “buzdağının görünmeyen yüzü” olan diğer unsurlar da hesaba katılmalıdır.

Hastalıkların maliyetleri hesaplanırken yalnızca direkt ve indirekt maliyetlerin hesaplanması da yetmez. Hastalığın kişide yaşam boyu yol açtığı tüm maliyetlerin de göz önüne alınması gerekir. Dünya Sağlık Örgütü, hastalığın etkisini hesaplarken, “sakatlığa göre düzeltilmiş yaşam yılı” kavramını kullanmaktadır. Bu, erken morbiditeye bağlı olarak meydana gelecek kayıpların günümüzdeki değeri ile bu duruma gelecekte uyum sağlayabilmek için yapılacak masrafların günümüzdeki değerinin toplamına eşittir. Bu hastalıklar, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde farklı olabilir. Örneğin; gelişmiş ülkelerde, en fazla yıl kaybına neden olan 10 hastalık, iskemik kalp hastalığı, unipolar major depresyon, serebrovasküler hastalıklar, araba kazaları, alkol kullanımı, osteoartrit, trakea, bronş ve akciğer kanseri, demans, kendine zarar verme davranışları ve konjenital anomaliler olarak sıralanırken, gelişmekte olan ülkelerde ise, alt solunum yolu enfeksiyonları, ishal, perinatal döneme bağlı hastalıklar, unipolar major depresyon, tüberküloz, kızamık, sıtma, iskemik kalp hastalığı, konjenital anomaliler ve serebrovasküler hastalıklar olarak sıralanmaktadır.

Sonuç

Sağlık ekonomisi yalnızca finansal kazançlardan ibaret değildir ve kazanılan veya kaybedilen kaynakların maliyetinin hesaplanması her zaman kolay değildir. Yaşam kalitesinin artması ve ölümlerin azalması anlamlı bir fark yaratsa da bunları finansal açıdan değerlendirmek mümkün olmadığı gibi, gerekli de değildir. Ancak burada önemli olan konu, belirli bir konuya harcanan kaynakların, başka bir yerde kullanıldığında “daha iyi” sonuçlar verip vermediğinin öngörülmesidir.

Kaynaklar

Borghouts JAJ, Koes BW, Vondeling H et al. Cost of illness of neck pain in The Netherlands in 196. *Pain* 1999; 80: 629-36

Broadway PJ, Jones JG. A method of costing anaesthetic practice. *Anaesthesia* 1995; 50: 56 – 63

Chatterji M, Tilley CJ. Sickness, absenteeism, presenteeism and sick pay. *Oxf Econ Papers* 2002; 54: 669-87

National Audit Office. Handling clinical negligence claims in England. Report by the Comptroller and

Yanlış veya eksik tedaviye bağlı davalar ve soruşturmalar da maliyet unsuru olarak ele alınmalıdır. İngiltere’de malpraktis nedeniyle açılan tazminat davalarının miktarı 1998’de 84 milyon İngiliz sterlini iken, 2000 yılında 2.6 milyar İngiliz sterlinine çıkmıştır. Dolayısıyla kaynakların dağıtımı ve kullanımı sırasında yalnızca kolay gözlenen maliyet unsurları değil, “buzdağının görünmeyen yüzü” olan diğer unsurlar da hesaba katılmalıdır.

Auditor General HC403 Session 2000-2001, 3 May 2001, London, HMSO, 2001

Phillips CJ. Health Economics. Blackwell Publishing, London, 2005

Plowman R, Graves N, Griffin M et al. Socio economic burden of hospital acquired infection. London: Public Health Laboratory Service 2000

Schultz I, Gatchel RJ (eds). Handbook of Complex Occupational Disability Claims. New York Springer, 2005

Sprangers MAG, de Regt EB; Andries F et al. Which chronic conditions are associated with a better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 895- 97

White PF, Watcha MF. Pharmacoeconomics in anesthesia: what are the issues? *Eur J Anaesthesiol* 2001; 18 (supp) 10-15

Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW et al. The quality in Australian health care study. *Med J Aust* 1995; 163: 458 – 71

Özel hastanelerdeki kalite çalışmaları için yöntem arayışı

S. Haluk Hüsmen



1970 yılında doğdu. 1993 yılında İTÜ Bilgisayar Mühendisliği, 2001 yılında da Anadolu Üniversitesi İşletme bölümlerinden mezun oldu. Özel sektörde kalite kontrol şefliği, sistem mühendisliği, yazılım mühendisliği, proje yöneticiliği, BT koordinatörlüğü ve genel müdürlük görevlerinde bulundu. 2003 yılından beri sağlık bilimi alanında çalışmaktadır. Evli ve iki çocuk babasıdır.

Bir süredir özel hastanelerin gündemini kalite çalışmaları meşgul ediyor. Hastalardan alınabilecek fark ücretlerinin üst sınırını belirleyecek olan, ileride global bütçe hesaplamalarında da kullanılması planlanan hastane sınıflamalarında Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı "Hizmet Kalite Standartları" belirleyici rol oynayacak. Dolayısıyla özel hastaneler için kalite artık para ile ilişkilendirilmiş durumda.

Birçok özel hastane, yapılacak kalite çalışmalarının sadece "Hizmet Kalite Standartları"nı karşılamakla kalmaması; emek ve para harcanmışken, aynı zamanda daha kaliteli bir kuruluş olmalarını da sağlaması isteği ve beklentisi içinde. Acaba "Hizmet Kalite

Standartları"nı yerine getirmek için zorunlu olarak çıkmış olan kalite yolculuğu bu beklentileri karşılayacak mı? Denetimlerden sonra gerçekten çok daha kaliteli kurumlara sahip olacak mıyız?

Standartlar, hastalar için yönlendirme levhaları konulması, hasta kayıt birimlerinde oturma şeklinin değiştirilmesi, ameliyathanelerde hijyenik klima sistemleri kurulması, yangın çıkışlarının düzenlenmesi gibi birçok zorunlu alt yapı iyileştirmesini içerdiğinden yapılan çalışmaların boşa gitmeyeceği ve verilen hizmetlerin kalitesinde belirli bir iyileşme sağlayacağı muhakkak. Fakat standartlar sadece alt yapı değişiklikleri ile sınırlı değil. Önemli sayıda dokümantasyon, veri toplama, kayıt, ölçme-değerlendirme, düzeltici faaliyetlerin yapılması gibi beklenti içeriyor ki üzerinde durmak istediğimiz esas kısım burası.

Alt yapı değişiklikleri bir kere yerine getirildikten sonra çoğunlukla bir daha dönüp bakmayı bile gerektirmediğinden hem hastaneye çok iş çıkarmayacak; hem de hizmet kalitesine etkisi doğrudan ve hemen görüleceği için harcanan emek ve paraya çok fazla pişman olunmayacak uygulamalar. Esas üzerinde durmak istediğimiz çalışmalar ise bir kere hazırlanıp kurtulmanın mümkün olmadığı, her zaman emek harcamayı gerektirecek, ruhuna inilmeden uygulamaya çalışıldığı süreçte angaryadan ibaret olarak kalacak ve denetimler dolayısıyla kurumun sürekli bu angarya ile yaşamaya alışması gereken uygulamalar.

Sınıflama hatırına bunlarla yaşanmak zorunda kalınacaksa bile en azından baştan bunu kabullenerek hayal kırıklıklarının önüne geçmek ve olumsuz





etkiyi minimum düzeyde tutmak ya da bunları gerçekten fayda getirecek şekilde uygulama yolunu seçmek mümkün. Sağlıklı karar verebilmek için öncelikle yapılanların neden yapıldığını, bunlarla hangi faydaların hedeflendiğini anlamaya ihtiyaç var. Ancak ondan sonra kurumun yapısına uygun bir kalite yolu seçilebilir.

Kalite kavramının oluşumu ve gelişimi

En yaygın ve basit şekliyle kalite “beklentilerle uygunluk” olarak tanımlanıyor. Endüstri devrimi ile birlikte ustaların el emeği, yerini makinelerle bıraktı. 1920’lerden itibaren kalite olgusunun farkına varan şirketler, üretilen mallar gönderilmeden önce son kontrollerini yapacak bölümler kurmaya başladılar. Ama kalitenin iş dünyasında bugünkü yerini alması büyük ölçüde Japonya’daki çalışmalar sayesinde oldu.

II. Dünya Savaşı’nda yenilen Japonya’da haberleşme alt yapısının çok kötü durumda olduğunu gören Amerikan İşgal Kuvvetleri Komutanlığı, Japonlara Amerika’daki kalite uzmanlarından yardım almalarını önerdi. Bu sayede, Amerika’da pek fazla itibar görmeyen ABD’li uzmanlar Japonya’da görüşlerini uygulama fırsatı buldular. Bunların en ünlüsü Edwards Deming’tir. 1949 yılından itibaren Japonya’da çalışmaya başlayan Deming kalite üzerine yüzlerce seminer verdi.

Japonlara şöyle sesleniyordu: “Eğer beni dinlerseniz 5 yıl içinde dünyayı yakalayabilirsiniz, dinlemeye devam ederseniz dünya sizi yakalamak için uğraşır.”

Bugün “Toplam Kalite Yönetimi” diye bilinen felsefenin temelinde büyük ölçüde onun düşünceleri yatıyor. 14 maddede özetlenen görüşlerinden bazıları şunlar:

- Yeni bir yönetim felsefesini uygulamaya koyun.
- Hataların yüzde 95’i yönetimden kaynaklanır.
- Her şeyin daha iyisini yapma olanağı vardır.
- Ürün ve servislerde iyileştirme amacını sürekli kılın. Kalitenin sağlanması için denetimlere güvenmeyin, çünkü kalite kontrol edilemez, üretilir.
- Eğitimi kurumsallaştırın. Çünkü yeterli eğitim programları ile desteklenmeyen projelerin başarı şansı yoktur.
- Birimler arasında hedefler açısından çelişkiler olmamalı, disiplinli takım çalışmaları desteklenmeli.

Japonya’ya giden diğer kalite uzmanları arasında Dr. Juran ve Dr. Feigenbaum da sayılabilir.

Dr. Juran: “Kalite yönetimin sorumluluğudur. Herhangi bir departmana delege edilemeyecek kadar hayati ve temel bir faktördür.” der.

Dr. Feigenbaum, toplam kalite kontrol kavramını literatüre soktu. Feigenbaum’a göre tüm fonksiyonlar (üretim, satış, tedarik, tasarım, servis...) kaliteyi etkilemektedir.

Ayrıca Japon bilim adamı Ishikawa’nın görüşleri de önemlidir: “Kalite herkesin işidir.” görüşünü savunan Ishikawa, kalite çemberleri kavramını getirdi.

Kalite çalışmalarındaki kafa karışıklığının temelinde “Kalite Güvencesi” ile “Kalite” kavramlarının aynı şey olduğu yanlışlığının yattığını düşünüyoruz. Dolayısıyla kalite yolculuğunda seçilecek yolun belirlenmesinde bu kavramların anlaşılması hayati öneme sahip.

Kalite güvence sistemi

Kalite güvencesi, “bir ürün veya hizmetin kalite konusunda belirtilmiş gerekleri yerine getirmesinde yeterli güveni sağlamak için uygulanan planlı ve sistematik etkinlikler bütünü” olarak tanımlanıyor. (1) Bu tanımın ne anlama geldiği, uygulamaya bakılarak daha iyi anlaşılabilir:

Belirlenmiş standartlar vardır.

Sizinle iş yapacak kurum iş yapmak için bu standartları sağlamanızı zorunlu tutar (Bu standartları sağladığınızı güvencesini vermenizi bekler).

Onayının kabul edileceği önceden belirlenmiş denetim kurumları, denetim yaparak bu standartları karşıladığınızı onaylar.

Sizinle iş yapacak olan kurum da denetim firmasının verdiği onay doğrultusunda belirlenen standartları karşıladığınızı kabul eder.

Kalite güvence sistemi denilince ilk akla gelen, şüphesiz ISO 9000. Ama ülkemizde de popüler olmaya başlayan JCI ile Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Hizmet Kalite

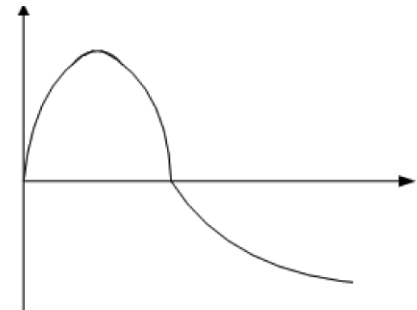
Standartları”nı da sağlık sektörüne yönelik kalite güvence sistemleri olarak değerlendirmenin yanlış olmayacağını düşünüyoruz.

ISO 9000 sistemi, 1963 yılında ABD Savunma Bakanlığı’nın “tedarikçilerini değerlendirmek için” oluşturduğu MIL/Q/9858 standartlarından doğdu. Standartlar 1968 yılında AQAP adı altında geliştirilerek NATO bünyesinde kullanılmaya başlandı. 1987 yılından itibaren ISO 9000 adı altında özel sektörün de uygulayabileceği hale getirildi.

Bu ayrıntılara girme ihtiyacını duymamızın sebebi, kalite güvence sisteminin en temel hedefini anlamamıza yardımcı olmak. Çünkü kalite güvence sistemleri temelde sizin kurumunuzun kalitesini artırmak için ortaya çıkmış sistemler değildir. Kalitenizi başkalarına ispatlayabilmeniz için oluşturulmuşlardır. Dolayısıyla özünde sevimsiz ve iticidirler.

Denetime gelen kurum -haklı olarak- sizin söylediklerinize itibar etmez. Söylediğiniz her şeyi ispatlamanızı bekler. Onlara delil göstermekle yükümlüsünüz. Bu yüzden de her şeyi kayıt altına almak zorunda kalırsınız. Kaliteciler aslında bunun ne kadar güzel ve kurum için ne kadar faydalı olduğu konusunda uzun konferanslar verebilirler ama her şeyi kayıt altına alma çabası çoğunlukla faydasızdır ve büyük bir iş gücünü gereksiz yere harcamaya yol açar.

Geçmişteki ISO ve JCI uygulamalarının sonuçları değerlendirildiğinde kalite güvence sistemlerinin, kurumların belgelenme ihtiyaçlarını karşıladığı ama gerçek kalite düzeylerinin artmasında beklenen gelişmeyi sağlamadığı görülecektir. Belgelendirme amacıyla yola çıkan ama bunun aynı zamanda kalite düzeylerinde ciddi iyileşme de sağladığını düşünen çoğu kurum için kalite çalışmaları sırasındaki psikolojik durumun seyri aşağıdaki gibi bir eğri ile gösterilebilir:



Grafik 1: Kalite güvence sistemi kurulumunda yaşanması muhtemel psikolojik seyir

Grafiğin özetle anlatmaya çalıştığı, kalite çalışmalarının büyük bir heyecanla başladığı ama zaman ilerledikçe bu heyecanın yerini hayal kırıklığına bıraktığıdır. Hayal kırıklığının başlıca sebepleri şu şekilde özetlenebilir:

- Maliyetler beklenenin üzerindedir.
- Sistemi kurmak yorucudur ve emek ister.
- Sistemin kurulması ile iş bitmez, esas zorluklar başlar.
- Sürekli kayıt toplama zorunluluğu.
- Sistemin yaşatılması için gereken eğitim ve uygulamalara sürekli zaman ve kaynak ayırma gereksinimi.
- Dokümanların yönetimi için verilen uğraş.
- Çalışmayı sınırlayıcı prosedür, talimat ve formların oluşturduğu bürokrasi.
- İç ve dış denetimler.
- Kazanımları beklenenden azdır.
- Kalitede iyileşme beklenenin çok altındadır.

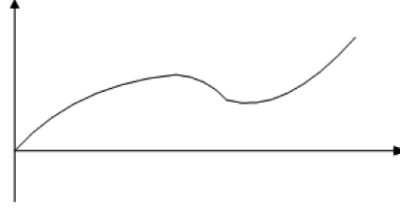
Bu iddialarımız, JCI ya da ISO sertifikası almış ve gerçekten de emsallerinden daha kaliteli oldukları üzerinde genel kanaat oluşmuş kurumlar örnek gösterilerek çürütülme yoluna gidilebilir. Buna cevabımız, o kurumların zaten kaliteyi emsallerinden farklı değerlendirdiği ve kalite güvence sistemlerini bu anlayışı hayata geçirmek için sadece araç olarak kullandıkları yönünde olacaktır ki; gerçekten kaliteyi ya da kurumsallaşmayı bir yönetim felsefesi olarak benimseyip hayata geçirmeye çalışan kurumların elinde kalite güvencesi için oluşturulmuş sistemler, bu niyetlerini yerine getirmek için kullanabilecekleri güçlü ve faydalı araçlara dönüşme potansiyeline sahiptir.

Toplam kalite felsefesi nedir, kalite güvencesinden ne farkı vardır?

Yukarıda da belirttiğimiz gibi kalite güvencesi hedefli çalışmalar, dışarıdan belirlenmiş standartları yerine getirmenize başkalarını ikna etmek için zorunlu olarak giriştiğiniz bir çabayı ifade eder. Değerlendirmede denetleyen ve denetlenen taraf arasında ortaya çıkması muhtemel anlaşmazlıkları en aza indirmek ve değerlendirmenin objektifliğini sağlamak için standartlar mümkün olduğunca somut ve belirgin hale getirilmiştir. Ama bu durum ölçülmesi oldukça zor olan kalitenin gerçekten değerlendirilebilmesini de imkânsız kılar. Bu yüzden JCI ya da ISO 9000 belgesini almış, buna karşılık kalite açısından çok da başarılı olarak değerlendirilmeyen kurumlarla karşılaşmak mümkündür.

“Toplam Kalite Felsefesi”, kalite kavramının ortaya çıkışından bu yana kalitenin nasıl geliştirileceği üzerindeki düşünce ve tecrübelerin bir araya gelmesiyle ortaya çıkmış bir yönetim anlayışıdır. Bu yüzden içeriği ve sınırları kesin hatlarla belirlenmiş değildir. Yani tek bir standart ya da teoriden bahsedilemez. Bir denetim mekanizması ve yerine getirilmesi gereken

maddeleri yoktur. Ama dünya üzerinde büyük ölçüde üzerinde uzlaşma sağlanmış bir içeriğe sahiptir. Doğrudan doğruya kurumunuzun kalitesinin geliştirilmesine yöneliktir. Uygulanması kalite güvence sistemlerine göre daha zor ve zaman alıcıdır. Çünkü genellikle bir kurumsal dönüşümü zorunlu kılar.



Grafik 2: Toplam kalite felsefesinin uygulanmasında yaşanması muhtemel psikolojik seyir

Toplam kalite çalışmalarında genellikle kalite güvence sistemlerindeki ilk heyecan ve beklentiler yoktur. Heyecan daha yavaş artar çünkü öğrenmeyi ve anlamayı gerektirir. Başlandıktan sonra sonuçların görülmesi de zaman alır. Çalışmalar sırasında sabırsızlık dolayısıyla kısmi hayal kırıklıkları yaşansa da hedefler doğru belirlenmiş ve beklentiler buna göre ayarlanmışsa kalite üzerinde sürekli bir iyileşme ortaya çıkar.

Yazımızın bundan sonraki kısmında bir yandan toplam kalite içinde yer alan kavramların daha kaliteli bir kurum oluşturmak için nasıl kullanılabileceğini anlamaya çalışırken, diğer yandan bu kavramların kalite güvence sistemleri, özellikle de “Hizmet Kalite Standartları”nı nasıl etkilediğini göstermeye çalışacağız. Bu ilişki gözden kaçırıldığında, kalite güvence sistemleri içinde yer alan maddelerin önemli bir kısmı özünden kopmakta ve söz konusu maddelerin karşılanması için ortaya konan çabalar faydasız bir uğraş haline gelmektedir.

Müşteri odaklılık

Müşteri odaklılık herhangi bir şirketin fonksiyonlarında müşteriyi ön plana çıkarma felsefesidir (2).

Kalite, “müşteri beklentilerine uygunluk” olarak tanımlandığında, kaliteyi artırmak “müşteri beklentilerini daha iyi karşılamak” ile eş değer hale gelir. Bunun için de müşteri beklentileri bilinmeli, bu beklentileri karşılamak için neler yapılacağı araştırılmalı ve bu alandaki çabaların etkinliği ölçülmelidir. Hasta şikâyetlerinin alınmasının ve değerlendirilmesinin sebebi de budur. Ama hasta şikâyetlerinin standartlar dolayısıyla alınması doğal bir iyileşme sağlamayacaktır. Önemli olan bu şikâyetlerin değerlendirilip, iyileştirici faaliyetlerin planlanmasıdır.

Hemen her kurumda kaynaklar sınırlı, yapılması gereken işler ise kaynakların karşılayabileceğinin çok üstündedir.

Bu durum yöneticileri, kaynak ayırırken işleri öncelik sırasına göre ayırma gitmek zorunda bırakır. Kurumun ne kadar müşteri odaklı olduğu, bu ayırım sırasında, doğrudan müşteri beklentilerini iyileştirmeye yönelik projelere olan yaklaşımı ile ölçülebilir. Hasta beklentilerinin öncelikli olarak ele alınmadığı kurumlarda hasta/müşteri şikâyetlerinin alınmasının getireceği fayda “hastalara önemli olduklarını hissettirmek” ten öteye geçmeyecektir.

Çoğu kurumda müşteri beklentilerini karşılama görevi, müşteri ile doğrudan ilişkiye giren bölümlerin sorumluluğunda olmaya devam eder. Müşteri ile doğrudan ilişkisi olmayan birimler, müşteri memnuniyetini ve kaliteyi etkilediklerinin farkında değildir. Bu anlayışın yerleşmesi ancak kurumsal kültürün değişimi ile sağlanabilir. Kurum kültürünün değişimi için ise prosedür düzenlemek, iç yazışma yayımlamak yeterli değildir.

Müşteri odaklılığı ile birlikte gelen ve yine kurum kültüründe değişim gerektiren bir diğer değişiklik de “iç müşteri” kavramıdır. İlerleyen bölümlerde daha ayrıntılı değineceğimiz süreç kavramıyla birlikte ele alınması gereken iç müşteri anlayışı, bir birimin yaptığı faaliyetlerin sonuçlarını kullanan diğer birimlerin ve çalışanların o birimin müşterisi olduğunu ifade eder. Dolayısıyla işinizin sonucundan faydalanan herkes ister kurumun müşterisi, ister çalışanı olsun gerekli özeni hak eder.

Sistem yaklaşımı

Sistem “aynı amaç için bir araya gelen ve etkileşen unsurların meydana getirdiği bütün” olarak tanımlanır. Bu açıdan hastane de “hastaya hizmet vermek için bir araya gelen unsurlardan oluşan” bir sistemdir. Toplam kalite anlayışı, kalitenin elde edilmesinin sistemin doğru tasarlanmış olmasına bağlı olduğunu savunur.

“Okyanusu geçmekte olan bir gemi üzerinde en fazla kimin kontrolü vardır?”

Kaptan
Makine dairesi şefi
Dümençi

Dr. Deming’in yanıtı: “Geminin tasarımcısıdır. Çünkü gemi, tasarımının izin verdiğiinden daha iyisini asla yapamaz.”

“Hatalı ürünlerin yüzde 98’inde sorumlular çalışanlar değildir. Onların içinde çalışmaya zorlandıkları kusurlu sistemlerdir. Dolayısıyla yöneticilerdir.” (Deming)

“Dünyanın en iyi eğitim görmüş, motivasyonu en yüksek insanlarını işe alın ve işe yaramaz bir sistemin içine yerleştirin,

göreceksiniz; her seferinde kazanan sistem olacaktır.” (Geary Rummler)

Süreç yönetimi

Sistemlerin, hele hastane gibi karmaşık sistemlerin anlaşılması, tasarlanması ve yönetilmesi oldukça zordur. Bunu basitleştirmek için izlenebilecek en faydalı yol sistemi analiz ederek anlaşılabilir parçalara ayırmaktır ki bu parçalar süreçlerdir.

Süreç, çeşitli girdileri kullanarak amaçlanan bir sonucu elde edebilmek için katma değer yaratan faaliyetler olarak tanımlanır. Sistemin verimliliği, onu oluşturan süreçlerin her birinin verimliliği ve bu süreçlerin birbiriyle etkileşimlerinin verimliliğine bağlıdır.

Hizmetler, insanlar tarafından değil süreçler tarafından üretilir. Süreç yaklaşımı, süreçlerin kuruluş faaliyetlerinin büyük resmini görerek oluşturulmasını, birbiriyle ilişkilerinin saptanmasını ve sürekli iyileştirilmesini gerektirir.

Süreç-odaklılık, bir firmada, genel müdür ve üst yönetimin kararı, kararlılığı ve kaynak ayırması olmadan gerçekleşemez. Ayrıca süreç-odaklılık firmada kültür değişimi gerektirir; çünkü işler alışlagelenden biraz veya çok daha farklı biçimde yapılmaya başlanacaktır. (3) Klasik yönetimdeki organizasyonel hiyerarşiyi ve bölümleri dikkate alan bakış açısından, süreçleri esas alan bakış açısına kaymayla birlikte organizasyon şemasında daha yatay bir görünüm ortaya çıkması da muhtemeldir.

Kalite dokümantasyonu

Süreçler sizin iş yapış şeklinizi belirler. Prosedürler ve talimatlar da aslında bunu tanımlar. Kalite güvence sistemlerinde en büyük emeğin harcandığı alan dokümantasyonun oluşturulmasıdır. Daha önce böyle bir çalışmaya girilmediyse, kurumun çalışma şeklinin yazıya geçirilmesi yani prosedür ve talimatların yazılması gerçekten oldukça zor ve vakit alıcıdır. Üstelik yazılı hale getirmek için süreçlerinize odaklandığınızda, yoğunlukla dokümantasyon amacınızdan sapar kendinizi süreçlerde fark ettiğiniz aksaklıkları iyileştirmeyle uğraşır halde bulursunuz.

Sistemin tamamını gerçekten etkin bir şekilde dokümanle etmek için aylarca uğraşmak gerekir. Ama çoğu kurumda, hele tamamlamak için 2-3 ay gibi bir süre sınırı da varsa, dokümanlar bu şekilde hazırlanmıyor. Daha önce başkaları tarafından hazırlanan dokümanların az bir değişiklik kuruma uyarlanması tercih ediliyor. Eğer amaç kalite güvence sistemi kurmaksa, harcanan emek/elde edilen sonuç oranı göz önü-

ne alındığında seçilen yol oldukça verimlidir. Tek dezavantajının denetimden önce, personelin sorumlu oldukları dokümanlara çalışmalarını ve denetçilerin sorduğu sorulara doğru cevapları vermelerini sağlamak olduğu söylenebilir. Zaten daha fazlası da gereksizdir.

Ama amaç kurumun süreçlerini tanımlamak, anlaşılmasını sağlamak, süreçleri standartlaştırarak kişilerin tercihlerine bağlı olmaktan çıkıp kurumsal iş yapış şeklini yansıtır hale getirmek ve bunları kalite iyileştirme çalışmalarında kullanmaksa doküman hazırlanmanın ciddi ve zor bir iş olduğu baştan kabul edilmelidir.

Amaç ne olursa olsun, dokümantasyon sistemi oluşturulurken dikkat edilmesi gerek en önemli konu mümkün olduğunca basit tutulmasıdır. Özellikle ISO 9000 sisteminde slogan haline gelen “yaptığını yaz, yazdığını yap” kuralına karşılık; uygulanabilir, verimli bir dokümantasyon sisteminin asıl kuralı “mecbur kalmadığın sürece hiç bir dokümanı yazma”dır. Dokümanlarınız ne kadar çoğalırsa yazmak/uyarlamak için o kadar çok emek harcarsınız. Dokümanı bir kere oluşturmakla iş bitmez, iş yapış şekillerinizde ortaya çıkan değişikliklerde dokümanların sürekli güncellenmesi gerekir ki bunun için her seferinde bir sürü bürokrasiyi içeren bir süreci çalıştırmak zorunda kalırsınız. Denetimlerde yazdığınız her doküman size sorumluluk getirir, dokümanları tekrar tekrar çalışmak zorunda kalırsınız. Ayrıca doküman sayısı arttıkça çalışanların gözünü korkutur ve çalışanlar dokümanları toptan ilgi alanlarından çıkarırlar.

“Ne kadar doküman yazmak zorunda olduğunuz” sorusunun cevabı tamamen amacınıza bağlıdır. Amacınız kalite güvence sistemi kurarak denetim için zorunlu olan bir kısım ihtiyaçları karşılamaksa, önerimiz sadece bu ihtiyaçları karşılayacak kadar dokümanla işe başlamanızdır. Senelerdir bu işle uğraşan bir üniversitenin ya da eğitim-araştırma hastanesinin tüm dokümantasyonunu küçük değişikliklerle kendinize uyarlamak yerine basit bir dokümantasyon sistemine sahip olmanın avantajlarını denetim sırasında mutlaka görürsünüz.

Amacınız gerçekten kaliteli olmak için süreçlerinizi belirlemekse yine de basit başlamak yanlış olmayacaktır. Çünkü bu zaman alır. Hâlbuki “Hizmet Kalite Standartları”nın beklediği “yazılı düzenlemeleri” bir şekilde sağlamak gerekiyor. Gerçek prosedürleriniz ve talimatlarınız ancak süreç çalışmalarından sonra ortaya çıkacaktır. Ama “mecbur kalmadığınız sürece hiç bir dokümanı

yazmayın” sloganı hâlâ geçerlidir. Süreçlerinizi tanımlamak için zorunlu olduğuna inandığınız kadar doküman oluşturmaya dikkat etmek ve gereksiz dokümanları hiç oluşturmamak yine de faydalı olacaktır.

Süreç çalışmaları emek ve zaman isteyen çalışmalardır. Doküman yazmak için yapılmazlar ama bu çalışmaların sonunda gerçekten sizin olan, çalışanlarınızın sahipleneceği, kurumun fayda göreceği dokümanlar ortaya çıkar. Ortaya çıkan dokümanlar sadece prosedür, talimat, form gibi kalite bölümünün hedefi olan dokümanlar değildir. İnsan kaynakları bölümünün kullandığı, çoğu kurumda olan ama etkinliği kalite dokümanlarından çok da farklı olmayan görev tanımları da ancak bu süreçteki çalışmaların sonucunda sağlıklı hale gelir.

Dokümanlarınızın sayısı kadar nasıl yazıldıkları da önemlidir. Kısa, anlaşılır dokümanlar yazılması için mutlaka gayret harcanmalıdır. Doküman içeriklerinin birkaç defa gözden geçirilip gereksiz ayrıntılardan arındırıldıktan sonra yayımlanması belki başlangıçta biraz uğraştırır ama orta-uzun vadede büyük faydalar sağlayacaktır. Daha az emek harcayarak denetçilerin ve kalitecilerin dışında kimsenin kullanmayacağı dokümanlar oluşturmaktansa, biraz daha gayretle herkesin isteyerek kullanacağı ve faydalanacağı dokümanlar oluşturulması her halde kurum açısından da daha faydalı olacaktır.

Sürekli iyileştirme

“Kalite geliştirme asla sona ermeyecek bir seyahattir.” (Thomas J. Peters)

“Üretim ve hizmet sistemini sürekli olarak ve sonsuza kadar iyileştirin.” (Deming)

Hiçbir şey mükemmel değildir, her şey daha da geliştirilebilir. Toplam kalite felsefesi, sürekli gelişimi kademeli ve küçük adımlarla yapmayı önerir. Dolayısıyla gelişme devamlı bir süreçtir. Büyük yatırım gerektirmez. Etkisi yavaş ortaya çıkar.

Sürekli iyileştirme, kurum kültüründe değişimi gerektirir. Son kısımda üzerinde daha ayrıntılı duracağımız gibi klasik yönetim anlayışının hâkim olduğu kurumlarda bir kerelik değişimler bile oldukça zordur. Sürekli gelişme ise bir kerelik değil, sürekli değişim anlamına gelir. Bunun çalışanlarca kabullenilmesi sürekli değişimin bir kurum kültürü haline getirilmesiyle mümkündür.

Mükemmellik arayışının temelinde, “var olan durumu yetersiz bulmak” yatar. Hâlbuki klasik anlayışa sahip çoğu kurum zaten mükemmeldir (!) Eksiklikleri olduğunu itiraf etmenin imajlarını zede-

leyeceğini düşünürler. Bir şekilde eksikleri olduğunu itiraf etseler bile bu eksikliklerin temeline inmek konusunda yetersizdirler. Hangi sürece el atsanız onun en iyi şekilde yapıldığı inancı ile karşı karşıya kalırsınız. “Eksikliklerimiz nelerdir, bunları nasıl daha iyi yapabiliriz?” diye sorabilmek ve bu arayışın hiç bitmemesi, kaliteyi yükseltme çabalarının içindeki esas enerji kaynağıdır.

Bu arada yeri gelmişken, toplam kalitenin “sürekli ve küçük adımlarla iyileştirme” anlayışının biraz dışında kalsa da “yanlış tasarlanmış süreçleri yavaş yavaş düzetseniz ne olur, siz en iyisi süreçlerinizi yeniden tasarlayın” diyen değişim mühendisliği görüşüne değinmeden geçmek haksızlık olur. Riskleri olmasına rağmen, 1990’lardan sonra oldukça popüler olan bu görüşü, toplam kalitenin “sürekli iyileştirme” düşüncesi ile birleştirip “süreçlerinizi önce baştan tasarlayın, sonra da sürekli iyileştirin” diyen görüş de değerlendirmeyi hak eder.

Hedeflerle ve verilerle yönetim

Süreçlerinizin mevcut durumunu, yaptığınız çalışmaların hedefe ulaşmadığını ve yeni hedeflerinizi nasıl belirleyeceksiniz? Bunun için önerilen, süreçlerin belirlenmesinin ardından, bu süreçleri iyileştirmek amacıyla gerçekçi ve ölçülebilir performans kriterleri oluşturmanızdır.

Ölçemediğiniz şeyi yönetemezsiniz ve geliştiremezsiniz. Somut kriterler tanımlanırsa kalite soyut bir kavram olmaktan çıkar, ölçülebilir somut bir varlık haline gelir.

Unutulmaması gereken en önemli husus, bu faaliyetin bir bilgi toplama işlemi olduğu ve toplanan bilginin, kurumun kalite hedeflerini desteklemesi gerekliliğidir. Performans ölçüm sistemindeki yanlış uygulamalar, personelin motivasyonunu düşürmenin yanı sıra, gereksiz bilgi toplanması ve bu bilginin analiz edilmesi sırasında kaybedilen zaman nedeniyle büyük kayıplara yol açabilir. Bu nedenle, performans kriterlerinin oluşturulmasında, ilgili tüm bölümlerin ve kişilerin fikirleri alınmalı ve kuruluşa katma değer sağlayan kriterler üzerinde görüş birliğine varılarak uygulamaya geçilmelidir (4).

Yine kalite çalışmalarından beklentinize göre performans kriterlerinin sayısı ve niteliği değişecektir. Eğer amacınız zorunlu olarak kurmak durumunda olduğunuz kalite güvence sisteminin gereklerini yerine getirmekse, önerimiz, ölçülmesi en kolay ve standartlar gereği zorunlu olarak tutmak durumunda olduğunuz kriterlerle yetinmenizdir. Bil-

gileri toplayanların ne işe yaradığını bilmedikleri, bilseler bile işe yarayacağına inanmadıkları ya da “kalite çalışmaları gereği” topladıklarını düşündükleri için toplanan bilgiler sağlıklı bilgiler olmayacaktır. Ölçme ve sürekli iyileştirme kültürünün oluşmadığı kurumlara en zor gelecek kısım ise toplanan veriler doğrultusunda düzeltici önleyici faaliyet oluşturulmasının beklenmesidir.

Özetle sadece “Hizmet Kalite Standartları”na uymayı hedefliyorsanız, mümkün olduğunca performans kriterlerinden uzak durun. Küçük görünürlükler ama çok iş çıkarırlar.

Buraya kadar kaliteyi yükseltmek için öncelikle müşteri beklentilerini hedef almanız, sisteminizi bu yönde geliştirme-niz, sisteminizi geliştirmek için süreçlerinizi belirleyip onları sürekli iyileştirmeniz gerektiğinden, sürekli iyileştirme için de performans kriterleri belirleyip kaliteyi ölçülebilir hale getirme ihtiyacından bahsettik. Esas zor olan ise bunları uygulamaya geçirebilmektir. Bundan sonraki üç madde, bunların kurum tarafından nasıl benimsenip uygulanır hale getirilebileceği ile ilgilidir.

Herkesin katılımı ve takım çalışması

Kalite felsefesine göre kalite; kalite bölümünün, hasta ilişkilerinin ya da bölümlerden seçilen temsilcilerin oluşturduğu kalite grubunun değil herkesin işidir. Örgütün tamamının katılımını sağlayamaz ve çalışanların anlayışlarını değiştiremezseniz, yakarıda bahsedilenleri uygulamak mümkün olmayacaktır.

Günümüz çalışanları, kendilerini ilgilendiren her türlü kararın görüşülmesine ve sonuçlandırılmasına aktif olarak katılmayı, düşüncelerini ifade edebilmeyi istemektedirler. Kuruluşlar, insanların isteyerek çalıştıkları ve hedeflerin gerçekleştirilmesi için istekli oldukları bir ortam yaratmalıdır. Çalışanlarda sahiplenme duygusu ve problemleri çözme sorumluluğu oluşur. (5)

Sorunların çözülmesinde takım çalışması temeldir. Toplam kalite yönetiminde takım çalışması kalite çemberleri şeklinde formüle edilmiştir. Tanımlanan süreçlerin bizzat içinde olan kişilerden ekipler oluşturularak kendi süreçlerini takip etmeleri, iyileştirmek için gayret sarf etmeleri beklenir. Bu yöntem çalışanların kalite çalışmalarını kabullenmesinde ve bakış açılarının değişmesinde anahtar rolü üstlenir.

Sürekli eğitim

Sadece insanların iyi niyet ve gayretle bir araya gelip çalışmaları da yeterli olmayacaktır. Bu çabalar eğitim ve bilgiyle desteklenmelidir.

“Herkesin yapabileceğinin en iyisini yapması iyileşme sağlar mı? İyi niyetli çabalar yeterli değildir. Çabalar bilgi yardımıyla yönlendirilmelidir.” (Deming)

“Kişilerin eğitimini ve kendilerini geliştirmelerini sağlayan programlar oluşturun. İş başı eğitimlerini kurumsallaştırın.” (Deming)

Katılımın sağlanması ve eğitim için insan kaynakları bölümlerine önemli görevler düşmektedir. Kalitenin artan önemi ve rekabet şartlarının ağırlaşması ile birlikte mevcut çalışanlardan en yüksek verimin elde edilmesi, katkı sağlayabilecek diğer profesyonellerin de kurumu tercih etmelerinin sağlanması kurumların başarısı açısından büyük önem taşır hale geldi. Çalışanların kurumun en önemli kaynağı olduğu fikrinin kabulü, bu kaynağın kalitesinin ve verimliliğinin artırılması için neler yapılması gerektiği konusunda bir arayışı da beraberinde getirdi ve sonuçta “İnsan Kaynakları” anlayışı şekillendi. Bazı kurumlar bu anlayış doğrultusunda bünyelerindeki personel bölümlerini yeniden organize ettiler ve insan kaynakları adını verdiler. Fakat kısa bir süre sonra bu hareket bir moda akımına dönüştü ve tüm kurumlarda personel bölümlerinin tabelalarının insan kaynakları tabelaları ile değiştirilmesine yol açtı. Hâlbuki “Kalite” kavramında olduğu gibi “İnsan Kaynakları” kavramının arkasında da bir anlayış farklılığı ve bir yönetim felsefesi yatmaktaydı. Maalesef ülkemizdeki insan kaynakları bölümlerinin büyük çoğunluğu özlük işleri ile uğraşmak dışında bir fonksiyonu olmayan personel bölümleridir. Bu durumdaki insan kaynakları bölümlerinden, kalite çalışmalarında ihtiyaç duyulan desteği vermelerini beklemek gerçekçi olmayacaktır.

Özetle kalite çalışmalarındaki en önemli sorun, kurum çalışanlarının katılımını sağlamaktır. Bu sağlanamadığı sürece “Hizmet Kalite Standartları” gereği her yere asılmaya başlanan, “çalışanlara yönelik şikâyet ve öneri kutuları” boş kalacakları için bir işe yaramayacaktır.

Liderlik

Kalite çalışmalarının çalışanlar tarafından benimsenip hayata geçirilmesinde en büyük görev yönetime düşmektedir. Toplam kalite felsefesi ile ilgili çalışmalarda bu felsefeyi oluşturan unsurlar sıralanırken liderlik aslında hep ilk sırada yer alır. Yazımızda ise kalite çalışmalarında seçilecek yolu belirleyici en önemli unsur olarak gördüğümüzden liderliğe en son değinmeyi daha uygun bulduk.

Gerçekten kalite çalışmaları için yönetimin desteği şart mıdır? Yönetimin desteği şartsa bu desteğin en alt sınırı ne olmalıdır?

Bir kurumda kalite çalışmalarının yönetimin bilgisi dışında başlaması çok nadir bir durumdur. Yönetime rağmen yapılmıyorsa, yönetimin en azından başlayan kalite çalışmalarına izin verdiği, dolayısıyla desteklediği söylenebilir. Çoğu kurumda bu destek sessiz bir izinden çok daha fazladır. Zaten kalite gibi popüler ve sihirli bir sözcüğe kim karşı çıkar ki? Ama bu desteğin şekli kurumdan kuruma farklılık gösterir.

Kalite çalışmalarına destek vermeyen yönetim az olduğu gibi, akreditasyonun getireceği maddi getiri, Sağlık Bakanlığı'nın hastane sınıflaması gibi dış hedefler olmadan, yönetimin liderliğinde başlayan kalite çalışmaları da aynı oranda azdır. Bir şekilde başlayan çalışmalara yönetimin desteği çoğunlukla "neler yapılacaksa yapılsın, gereken kaynakları biz sağlarız" şeklindedir ki bu destek şeklini sadece "destek" olarak adlandırdık.

Destek

Bazı kurumlarda ise yönetim kalite çalışmalarında biraz da moral amacıyla bizzat çalışmalara katılır, üzerine düşen neyse (kalite çalışmalarını yürütenlerin istedikleri nelerse) yerine getirmeye çalışır. Desteğin bu şeklini ise "katılım" olarak adlandırdık.

Katılım

Kalite güvence sistemi kurulması için yönetimin desteği yeterlidir, katılımı da sağlarsa işler çok daha hızlı ilerler. Hâlbuki buraya kadar bahsettiğimiz ve gerçek iyileşmeleri sağlaması beklenen kalite çalışmaları için yönetimin, kalite bölümüne ya da kurumda oluşturulan kalite grubuna verdiği destek, hatta katılım yeterli olmayacaktır.

Liderlik

"Liderliğin olmadığı bir yerde 'kalite'den bahsetmek tarihi bir hata olacaktır." (Deming)

"Her başarılı kalite devrimi üst yönetimin liderliği ile ortaya çıkmıştır." (Joseph M. Juran)

Yönetimin liderliğinin olmadığı toplam kalite çalışmalarının başarılı olma olasılığı oldukça düşüktür. Bunun sebebi, bu çalışmaların kurum kültüründe değişimi gerektirmesi, bu değişimin ancak yönetimin gücü ve kararlılığı ile yürütülecek ciddi bir değişim yönetimi programı ile sağlanabilmesidir.

Fortune 500 şirketleri üzerinde yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, değişim projelerinin başarısızlıkla sonuçlanmasının en önemli sebebi iç dirençtir. (6) İnsanların çoğu alıştıkları, öğrendikleri şeyi yapmaya eğilimlidirler ve değişime direnirler. Çünkü;

- Mevcut olan; bildikleri, tecrübeli oldukları bir alandır. Değişimden sonraki gelecek ise bilinmezlerle doludur ve risklidir.
- Değişim yeni durumlara alışmayı ve öğrenmeyi gerektirir ki bu mevcut durumda ortaya konanın dışında ek bir çabaya ihtiyaç olacaktır.

Kurumsal değişim, değişim yönetimini gerekli kılar. Değişimi yönetmek için şunlar önerilir:

- Kalite konusunda bir vizyon oluşturulması. Bu vizyonun tüm çalışanlar tarafından paylaşılar hale gelmesi için iletişim olanaklarından yararlanılması.
- Vizyona ulaşılması için değişimin gerekliliğinin anlatılması. Değişim planının ve hedeflerinin çalışanlarla paylaşılması.
- Liderlerin vizyona uygun hareket ederek herkese örnek olması.
- Mümkün olduğunca çok çalışanın kalite çalışmalarında görev almasının sağlanması (Görev alanların değişim tarafına geçtiğini göreceksiniz).
- Çalışmaları destekleyecek eğitim programları hazırlanması.
- Değişimi çekici hale getirecek performans ve ödüllendirme yöntemleri geliştirilmesi.
- Değişime karşı olanların kazanılmaya gayret edilmesi, kazanılmayanların yö-

netimin elindeki diğer araçlarla dirençlerinin kırılması.

- Zorluklara hazırlıklı olunması ve değişimdeki kararlılığın korunması.

Lider, "takipçileri olan kişi" olarak tanımlanır. Lider önden yürür, takipçileri de onu izler. Yönetimin değişimde örnek olması, çalışanların değişime ikna olması ve gayretle çalışmaları için en etkili araçtır. Değişimin sadece çalışanlar için gerekli görüldüğü, yönetimin ise hiç üzerine alınmadığı; hatta çalışanların değişmesi istenen yönün tam tersi yönde davranış örnekleri sergilediği kurumlarda istenen değişimin gerçekleşmesini beklemek boş bir hayaldir.

Sonuç

Kalite çalışmalarına başlarken beklentilerin çok iyi belirlenmesi gerekir. Sağlık Bakanlığı'nın yayımladığı "Hizmet Kalite Standartları"nın, özünde kalite güvence sistemlerinin dezavantajlarını barındırsa da altyapı ve uygulamaya yönelik kısımlarının ağırlığı sebebiyle özel hastanelerde kalitenin artmasına katkı sağlayacağı şüphesizdir. Ama bu artış kurumların beklediği kadar dramatik olmayacak ve alt yapı ile uygulamalar dışında kalan kısımları sebebiyle kurumları oldukça fazla uğraştıracaktır. Hâlbuki sağlık kurumlarında beklenen kalite artışı için yeni bir anlayışa ve bir zihniyet değişikliğine ihtiyaç vardır. Ve ne yazık ki bu değişiklik, Yunus'un "dervişlik olsa idi tac ile hırka, biz dahi alır idik otuza kırka" dediği gibi; hastanelerin "otuza, kırka, parası ne ise verip alalım" diyebilecekleri alt yapı yatırımlarının ötesinde, daha derin bir anlayışı ve bu anlayış doğrultusunda ortaya konulacak çalışmaları gerektirmektedir.

Kaynaklar

- 1) www.kmtso.org.tr 2) Müşteri Odaklılık, Prof. Dr. Naci Görür, 2003, Sunum 3) Süreç Yönetimi ve İyileştirilmesi, Filiz Eyüboğlu, www.danismend.com 4) ISO 9000:2000 ve Proses Performans Ölçümleri, C.Öcal Fidanboy, www.danismend.com 5) TKY, Utku Duyar, Sunum 6) Değişim Yönetimi, Arge Danışmanlık

İÜ Rektörü ve ÜHB Platformu Başkanı Prof. Dr. Yunus Söylet: Bu ülkenin akademisyenleri beyinlerini, gönüllerini, birikimlerini bir araya getirmeli

SD

Prof. Dr. Yunus Söylet, İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü ve YÖK Üyeliği dışında Üniversite Hastaneleri Birliği Platformu'nun da başkanlığını yürütüyor. Prof. Söylet ile birliğin kuruluş çalışmalarını, bugününü ve İÜ hasta-

neleri özelinde üniversite hastanelerinin sorunlarını konuştuk.

Üniversite Hastaneleri Birliği'ni nasıl bir araya getirerek kuruluşunu sağladınız. Buna başlarken fikriniz neydi?

Demokrasinin en önemli unsurlarından biri de lobicilik faaliyetleridir.

Türkiye'de özel hastanelerin polikliniklerin, özel dal merkezlerinin ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarının lobicilik faaliyetlerini yapabilecekleri karar verici bir mekanizma var ancak bu üniversite hastaneleri için çok geçerli değildi. Üniversite hastanelerinin de kendi sorunları için tek tek rektörlerin temsilinde temsil



İstanbul Üniversitesi Rektörü, Üniversite Hastaneleri Birliği Platformu Başkanı Prof. Dr. Yunus Söylet

edilmeye ve sorunlarını savunmaya çalıştıklarını ve bu ortamda nispeten lobicilik açısından güçsüz kaldıklarını da görünce böyle bir çatının doğru olacağını düşündük. Sebeplerden bir tanesi, güçlü bir lobiye sahip olmaktı.

İkincisi sağlıkta büyük bir dönüşüm oldu. Türkiye de Sağlık Bakanlığı'nın etkisi altındaki alanda çok ciddi değişiklikler oldu. Türkiye adına da memnuniyet verici gelişmeler ve değişimler oldu. Bunu görmek gerekiyor. Her ne kadar Sağlık Bakanlığı hem karar verici noktada olup hem de bu kadar hastanenin sahibi olsa da ve bunu doğru bulmasak da kendileri de aslında bu alanda çok önemli ve karar verici roldeler. Sonuçta bu piyasanın en güçlü aktörü de olsalar üniversite hastanelerinin de ciddi bilgi ve deneyim birikimleri var. Üniversiteler, sağlık ve hastane yönetimi biliminin üretildiği ve bu meslekteki insanların da yetiştirildiği yerler. Bilim, eğitim ve uygulama olarak sağlık alanında çok önemli bir konumdadır. Bu nedenle üniversite hastanelerinin ortak akıl üretebilecekleri bir ortamın Türkiye sağlık alanına çok ciddi bir katkısı olduğunu da düşündük.

Bir yılı aşkın bir süredir İstanbul Üniversitesi rektörsünüz, yanı sıra YÖK üyesisiniz. Bu arada bir de Üniversite Hastaneleri Birliği Platformu oluştu. Platformun oluşumuna sizin katkınız ne oranda oldu, size en büyük destek nerelerden geldi?

Bu fikirle ortaya çıktığımızda gerek tıp fakültesi ve hastanesi olan üniversitelerin çok değerli rektörleri, gerek YÖK sağlık bürokrasisi, gerekse de siyasi erkte bu konuyu konuşma fırsatı bulduğum herkesten olumlu tepki aldığımı söyleyebilirim. Örneğin siyasi erkin ilk tepkisi, "Nihayet ortak bir muhatap bulacağız" şeklinde oldu. Aslında bu platform, biraz da karşılıklı bir ihtiyaçtan doğdu. Benim için önemli olan bir konuyu daha burada gündeme getirmenin doğru olduğuna inanıyorum: Sırf başka türlü düşünüyoruz, farklı siyasi fikre sahibiz diye bazen doğru olduğunu içimizde kabul ettiğimiz bir takım konulara bile muhalefet edebilen bir yapımız var. Akdenizli olmamızın, fazla sıcakkanlı olmamızın da etkisidir diyebiliriz ama bu bize çok fazla enerji kaybettiriyor. İkincisi birlikte çalışma, ekip ruhu oluşturma, farklılıkları bir araya getirip bir zenginlik haline dönüştürme, koalisyon kurma gibi demokrasinin aslında çok önemli kültürleri noktasında bazı sorunlarımız var. Üniversite Hastaneleri Birliği benim bir başka hayalimin de gerçekleşmesini sağladı, o da tam da böyle farklı düşünen insanların aynı

hedefler için, üniversitelerin hedefleri için bir araya gelip birlikte fikir üretmeleri ve bu platform şeklinde başlayan bu hareketin bütün bu konuya gönül veren rektörlerimizin katkısıyla hızla dernekleşmesi. Doğrusu ben bunu da ülkedeki bir çekirdek ülke ve gerçekten entelektüel insanlardan ve bu ülkenin akademisyenlerinden, en üst düzey yönetim görevini ifa eden akademisyenlerinden oluşan bu elit grubun kafa kafaya verip anlaşmaları ve bir konuda bütün farklılıklarını bir kenara bırakıp ülke ve kurumlarının hayrına; beyinlerini, gönüllerini, sevgilerini, birikimlerini bir araya getirmelerini çok önemsiyorum. Bu yüzden de bu topluluk beni çok mutlu ediyor.

"Diyalogla birçok şeyin çözülebileceği bir süreç başladı"

Bu platform oluşturulurken nasıl bir süreç yaşandı? Ardından dernekleşme aşamasına gelirken nerelerde toplandınız, kaç kez toplantı yaptınız, ne gibi temaslarda bulundunuz?

İlk toplantı yaklaşık on ay önce İstanbul'da gerçekleştirildi. İkinci toplantıyı Hacettepe Üniversitesi'nin misafirperverliği sayesinde Ankara'da yaptık. Üçüncü toplantı Gaziantep Üniversitesi'nin ev sahipliğinde Gaziantep'te gerçekleştirildi. Dördüncü toplantı da geçtiğimiz ay yine Ege Üniversitesi'nin ev sahipliğinde İzmir'de gerçekleştirildi. Şu ana kadar dört toplantı yaptık. İlk üç toplantı platform kimliği ile düzenlendi. Son toplantı da yine aynı kimlikle toplantıya gittik ama toplantının bitiminde artık dernekleştik.

Yaptığımız temaslara iki grupta inceleyebiliriz: Birincisi, platformun icra kurulu olarak seçtiği; Hacettepe, Ege, Ondokuzmayıs, Gaziantep ve İstanbul üniversitelerinin rektörleri olarak katıldığımız toplantılar. Bu toplantılar iki kez gerçekleşti ve ikisine de ekonomi ve sağlık ekonomisi ile ilgili olan tüm bakanlar katıldılar. Örneğin ikinci toplantımıza beş bakanımız katıldılar. İkincisi, konuya teknik anlamda daha fazla hâkim, başhekimlik yapan ya da hastane koordinatörlüğünü yapan Hacettepe'den Mustafa Özmen Hoca'nın, Gaziantep'ten Levent Elbeyli Hoca'nın ve İÜ'den Haluk Özseri Hoca'nın bu platformu temsilen katıldığı, teknokrat diyebileceğimiz düzeydeki bürokratların da katıldıkları birkaç toplantı yapıldı. Bu toplantılarda hem üniversite hastanelerinin sorunları hem de bu sorunların ortak çözüm yolları konusunda gerçekten işe yaran, iki taraflı daha fazla bilgilendir-

meyi, sorunlarımıza karşılıklı yaklaşım vakıf olmayı sağlayan görüşmeler gerçekleşti.

Aklınıza gelen bu toplantılardan, örneğin beş bakanla yapıldığını söylediğiniz toplantıdan çıkan en önemli karar sizce nedir?

Biliyorsunuz, global bütçeye geçilmesi söz konusuydu. Global bütçe uygulamasında tek bir çıktı olarak söylemesem de 'Tam Gün Yasası'yla birlikte kaybettiklerimizi kısmen de olsa nasıl geri alabileceğimiz konusu gündeme getirildi. Bunları örneklersek, birincisi üniversite hastanelerinin üniversite hastanesi olarak kalabilmesi yani sıradan hizmet hastanelerine dönüşmemeleri, kendilerine kolay gelen ve para kazandıran işlerin frekansını artırma yoluna gidip esas sorunlu olan problemleri olan hastalarla uğraşmalarını bırakmalarını engelleyici düzenlemeler yapılması kararı alındı. Bana göre bu, önemli bir noktaydı. İkincisi Sağlık Bakanlığı'nda yüzde bire düşürülmüş olan, üniversite hastanelerinde yüzde üç olarak kesinti yapılan hazine payının hem Sağlık Bakanlığı hem de üniversite hastanelerinde) 2010'da yüzde üçe, 2011'de yüzde bire düşürülmesi kararı alındı ve uygulama başladı. Her ne kadar bunlar üniversite hastanelerinin 'Tam Gün Yasası'yla oluşacak kayıplarını tam karşılayamasa da, arada yüzde 10-12'lik bir kayıp söz konusu olsa da diyalogla birçok şeyin çözülebileceği bir süreç başladığımızı umut ediyorum.

Bu söyledikleriniz, kamusal karar vericilerin ister teknokrat, ister siyasi düzeyde olsun Üniversite Hastaneleri Birliği'nin taleplerini dinlediğini ve buna yönelik destek olduklarını gösteriyor. Doğru bir izlenim mi bu?

Diyalog kültürünün oluşması açısından atılmış önemli bir adım olmasının yanı sıra sizin de söylediğiniz gibi, problemlerin bir platform tarafından her düzeyde ve doğru bir üslupla aktarılması eminim ki bu diyalogun başlamasında önemli bir etken olmuştur. Üslup meselesi önemli bir meseledir. Aynı ülkede yaşayan ve çıkarları kesinlikle birbirine bağlı olan tüm kurumların ve kişilerin birbirleri ile doğru bir üslupla konuşmaları halinde mutlaka doğru kararlar alınacaktır.

Bu dernekleşme sürecinde şuanda hangi noktadasınız? Yetki aldınız, dernek kuruluyor. Bu derneğin yönetimi beş üniversite rektörü olarak icra kurulu üyeleri ile mi sürececek, yoksa başka bir temsilcisi de var mı?

Bu işi başlatan 5 üniversite rektörü, derneğin de yönetim kurulunda yer aldılar. Ama yönetim kurulumuzu 4 arkadaşımızla daha zenginleştirdik ve yönetim kurulumuz 9 kişi olarak görevine devam edecek.

“Muayenehanesini kapatıp gelen hekimler mali sıkıntımızı büyütecek”

Şuana kadar konuştuklarımızın dışında başka sorunları da var mı üniversite hastanelerinin?

Türkiye’de üniversite hastanelerinin çok farklı boyutlarda sorunları var. Bir kere bunların hepsi eşdeğer kurumlar değil. Yeni kurulan üniversite hastanelerinin farklı sorunları var, çok büyük hasta kitlelerine hizmet vermeye çalışan eskilerin yerleşmiş, farklı sorunları var. Ben şimdi İstanbul Üniversitesi ve benzeri grubu ele alarak anlatmaya çalışayım: Son yıllarda dikkat çeken nokta, özellikle son 7 yıl içindeki 2002-2009 yılı içinde kamunun sağlık harcamaları içinde üniversitelere yapılan harcama üç kat artarken, Sağlık Bakanlığı’nda bu artış yaklaşık 5 kat, özel sağlık kuruluşlarında da 12 kat olarak gerçekleşti. Yani üniversite hastanelerinin kamunun sağlık harcamalarındaki payı çok yavaş ve diğer iki guruba göre de çok geriden arttı. Bu birincisi.

İkincisi, SUT fiyatları belki ilk ortaya çıktığında, ilk belirlendiğinde daha makul ve hizmete daha karşılık gelen ödemeler olmasına karşın elbette bütçe imkânlarının da etkisiyle ya da imkânsızlıkları nedeniyle oldukça geriledi ve SUT fiyatları en çok da üniversite hastanelerini vurdu. Daha önce de söylediğim gibi, üniversite hastaneleri ülkemizin her yerinden hatta ülke dışından gelen ve üçüncü hatta dördüncü basamak sağlık hizmeti gerektiren hastalara hizmet veren kurumlardır. Dolayısıyla üniversite hastanelerinde daha komplike, daha sorunlu, genel durumları daha problemler bir hasta grubuna hizmet verilir. Bu nedenle küçük bir ilimizdeki hizmet hastanemiz de bir hizmet karşılığı belirlenen SUT fiyatının büyük bir ilimizdeki komplike hastalarımızın tedavi edildiği bir üniversite hastanemiz de geçerli olması büyük bir haksızlık. Bu durum üniversite hastanelerimizin mali açıdan çok zayıflamalarına neden oldu.

Saniyoruz bir de öğretim üyesi farkı meselesi var...

O konu çok önemli bir sorun. Öğretim üyesi farkının bir mali anlamı çok büyük çünkü yüzde 15 gibi ya da yüzde 10 ile 15 arası nakit para girişi sağlıyor üniversite hastanelerimize. Bu çok önemli bir oran ayrıca



nakit olması dolayısıyla da adeta cankurtaran simidi gibi mali dengelemize katkı sağlıyordu. Şimdi bunun kaldırılmış olması mantığını anlamış olsak da meblağın büyüklüğü nedeniyle hala bizim için çok önemli bir konu ve bunun henüz daha giderilemediğini söylemek zorundayım. Bu konuda karar vericilerin, siyasi erkin çok kısa bir zaman içinde bu eksikliği gidermesini de bekliyoruz. Üniversite hastanelerimizin bana göre şu an en önemli beklentisi, yaklaşık 400 milyon TL tutan yıllık bu farkın üniversite hastanelerine bir şekilde verilmesidir. Bunun hangi şekilde verileceği SUT fiyatları ayarlanarak mı ya da başka bir türlü mü olur bilemiyorum şu an için. Ama bunun formülü en kısa zamanda bulunmalı ve açıklanmalıdır. Üniversite hastanelerini idare etmeye çalışanlar bu açıdan büyük bir sıkıntı içerisinde ve geleceğe yönelik belirsizliği hissediyorlar.

Bir de üniversite hastanelerinin faturalarıyla ilgili bir konu var. Fatura inceleme komisyonlarında hiçbir temsilcimizin olmaması, bazen izahat çok büyük bir güçlük çektiğimiz ve adeta bütçe ayarlaması gibi görmeye başladığımız ciddi kesintilere yol açıyor. Bu kesintilerin hakkani-

yetli olduğuna inanabilmemiz için orada bir temsilcimizin olması lazım. Yine SUT fiyatlarını belirleyen komisyonlarda da üniversite hastanelerimizin temsilcilerinin yer almasında çok büyük yarar var. Benim başlıca söyleyeceklerim bunlar. Bir de şimdi ‘Tam Gün Yasası’ ile birlikte muayenehanesini kapatan bir kitle olacak. Bunun oranını hiç kimse şu an kestiremiyor ama önemli sayıda öğretim üyesi, zaten kısıtlı olan üniversite hastanelerine, döner sermaye kaynaklarına yeni ortaklar olarak dönecekler. Bu konu da yine bizim uykularımızı kaçıran ve ciddi endişe kaynağı olan konulardan biri. Üniversite hastanelerinde başka sorunlar da var. Gelir-gider dengeleri konusunda bazı sıkıntılarımız var, personel istihdam şekilleri konusunda bazı belirsizlikler ya da bazı eşitsizlikler var. Çok iyi yönetildiğini bildiğimiz hastanelerin ciddi mali sıkıntılarının olduğunu ve adeta kalitenin yeterli ödemeler yapılamadığı için cezalandırıldığını görüyoruz. Ama en başında söylediğim gibi, diyalog ortamı bu sorunların hepsinin üstesinden gelecektir diye umut ediyorum. Çünkü hiçbir ülke, hiçbir siyasi erk üniversite hastanelerinden vazgeçemez.

“Dev sağlık işletmelerimizin akademik lider olması gereken dekanlar tarafından yönetilmesi doğru değil”

Bu noktada, biraz da İÜ'nün özeline inerek bir şey sormak istiyoruz: Üniversite hastaneleri aynı zamanda tıp fakültelerini de bünyelerinde barındırıyor. Tıp fakültelerinin işleyiş biçimlerini üniversite hastaneleriyle birlikte düşündüğümüzde kafanızda bir çözüm yolu var mı? Seçim bildirilerinize bakıldığında önerileriniz de vardı. Bazı çalışmalar yapıldığını da biliyoruz. Bu bağlamda hangi bilgileri paylaşabilirsiniz?

Şimdi bakın, İÜ'nün uygulama ve araştırma merkezlerinin, üniversite hastanelerinin toplam yatak sayısı 3600'e ulaşıyor. Bu kadar komplike, bu kadar büyük işletmeler, aslında akademik lider olması gereken dekan ve dekan yardımcılarının tarafından yönetiliyor. Müthiş gelir-gider tabloları olan bu devasa işletmelerin eğitim liderleri tarafından yönetilmesi bazı sorunlara yol açabiliyor. Dolayısıyla herhalde bizim başından beri savunduğumuz, atılması gereken ilk adım, akademik eğitim-öğretim liderlerinin ve işletme liderlerinin ayrılması. Bu işletmeler; hastane işletmeciliğinde tecrübeli, sadece bu konuda çalışacak ve eğitimini de bu alanda sürdürecektir olan kişiler tarafından yönetilmeli. Kanunlarımızın ve yönetmeliklerin el verdiği ölçüde buraların profesyonel insanlar tarafından yönetilmesi, dekan ve dekan yardımcılarımızın ise akademik ve eğitim liderleri olarak görevlerine devam etmeleri amaçlandı. Bu ayrımla bu koskoca işletmelerimizi belki biraz daha dinamik ve çağın gereklerine uygun sevk ve idare edebileceğimizi düşünüyorum.

“2 ay içinde Çapa ve Cerrahpaşa'nın yönetimi profesyonellere devredilecek”

Ne aşamadasınız, böyle bir sisteme ve modele İstanbul Üniversitesi hastaneleri olarak ne zaman başlayabileceksiniz, Türkiye'de de örneği var mı?

Var tabi, birçok örneği var. İlk örnek Hacettepe Üniversitesi'dir. Bu konuda gelişmiş bir yönetim biçimi var. Profesyonelce yönetilen başka üniversite hastaneleri de var. Ne zaman başlayabiliriz? Herhalde bir buçuk-iki ay gibi bir süre sonra bu işe başlarız. Yaklaşık bir yıldan beri arama konferansları, çeşitli çalıştaylar ve toplantılarında yaptığımız beyin fırtınalarıyla hem kamuoyumuzu hem de kendimizi bu farklılığa yeterince ha-

zırladık diye düşünüyorum. 2 ay gibi bir süre sonra da düğmeye basacağımızı varsayıyorum. Umut ederim daha fazla bir gecikme olmaz. Bu kadar uzatmamızın bir başka nedeni de 'Tam Gün Yasası'nın netleşmesini de beklemiş olmamız. 'Tam Gün Yasası' ile birlikte konunun muhatapları tarafından daha iyi kavranacağını ve daha iyi benimseneceğini düşündük. 'Tam Gün Yasası'nın işimizi daha da kolaylaştırdığını düşünüyorum.

“Üniversitelerin siyasi erkten bağımsız olması aslında dezavantaj”

ÜHB olarak Sağlık Bakanlığı'ndan ve SGK'dan beklentilerinizi özetleyebilir misiniz?

Daha önce de vurguladığım gibi Türkiye'de üniversiteler haklı olarak siyaset kulvarının dışında kurgulanmıştır. Malumunuz YÖK vardır, onun üzerinde de Cumhurbaşkanımız vardır. Siyasi erkin sahiplenmesinin olmayışını ben bir dezavantaj olarak görüyorum. Elbette Milli Eğitim Bakanımız aynı zamanda üniversitelerimizin siyasi anlamda bağlı olduğu bir bakanlık olsa da ilköğretim, ortaöğretim, yükseköğretim, o kadar geniş bir alanda hizmet vermek zorunda ki... Bu nedenle kabinede bütçe konuşulurken, özellikle ekonomiden sorumlu bakanlarla muhtemelen bu konuşmalar yapılırken bizim siyasi anlamda desteğimizin az olduğunu tahmin ediyorum. Burada kritik iki bakanlığımız var. Bunlardan bir tanesi elbette sosyal güvenlik sorumlu bakanımız. Sosyal Güvenlik Kurumu hızla yeniden yapılanmasını sürdürüyor. Ve gördüğüm kadarıyla da bu işi çok da iyi yapıyor. Son bir yıldır çok müspet gelişmeler görüyorum. Çok yakın ilişki içerisinde, bizlerle konuşarak problemlere çözüm yolları aradıklarını görmekten de çok büyük mutluluk duyuyorum. Ancak yine de bizim biraz daha siyasi desteğe ihtiyacımız olduğunu düşünürsek burada Sağlık Bakanımızın kritik kişi olduğunu söylemek durumundayım. 'Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin şu ana kadar var olduğunu düşündüğümüz başarısının kaderi kesinlikle üniversite hastaneleri ile yakından ilgilidir. Sağlık Bakanımız, en az Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler kadar üniversite hastanelerinin de arkasında durmazsa korkarım birçok emek boşa gidecektir. Bu nedenle Sağlık Bakanımızın bizi çok ciddi destekleyeceğini ve böyle bir aksiliği asla istemeyeceğini düşünüyorum.

Üniversite camiasında, bilhassa son İzmir toplantısında 'Bunun örnekleri daha önce yaşandı' diye ortak kanı oluştu. Buna katılıyor musunuz?

Sağlık Bakanımızın İzmir toplantımıza katılması, bizimle orada uzun saatler geçirmesi ve gerçekten interaktif ve çok ciddi bir panelde de sık sık söz alarak her türlü soruya da cevaplar vererek katılım sağlaması bence bu işi ne kadar önemseydiğini gösteriyor. ÜHB İzmir toplantısında sorunlara yönelik çözümleri ciddi anlamda sahiplendiğini gördüm. Bu nedenle ben oldukça müsterihim diyebilirim.

Hocam, diliyoruz bu müsterihliğiniz ÜHB çalıştıkça, raporlar ve öneriler ürettikçe daha da güçlensin, köklen-sin ve ülkemiz sağlık sistemine, başta üniversite hastanelerine olmak üzere katkıda bulunsun. Bunca yoğunluğunuz arasında bize vakit ayırdığınız, sorularımıza açık ve net bir şekilde kapsamlı yanıtlar verdiğiniz için çok teşekkür ederiz. Söylemek istediğiniz son bir şey var mı?

Şunu söylemek istiyorum: Üniversiteler bir ülkede bilimin üretildiği kurumlardır. Dolayısıyla karar alıcı mekanizmadaki bütün bireyler de aslında bu üniversitelerden mezun olan ve bu üniversitelerin yetiştirdiği kişiler. Bugün yine üniversitelerimizde Türkiye'nin en seçkin insan kaynağı var. Bütün bunları bir araya getirdiğimizde bu ortak aklın, diyalogun her şeyden önce ülkemize çok yarar sağlayacağını ama kurumlarımız için de gösterdiğimiz bütün çabaların boşa çıkmayacağını ve hepsinin müspet ilimlere dönüşeceğine inanıyorum. Böylesine güncel ve çok önemli bir konuda kendimi ifade etme fırsatı verdiğiniz için size teşekkür ediyorum. Bu fırsatı veren siz dostların, böylesine kısa bir zaman geçmesine rağmen kalitesi ve içeriğiyle sağlık alanında önemli bir boşluğu doldurduğuna inandığım Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü dergisinden olmasına da ayrıca mutlu olduğumu da söylemek istiyorum. Dergiyi çıkartanları, emek verenleri, sürdürenleri yürekten kutluyorum.

Belediye hekimliği

Dr. Aylin Çiftçi



1968 Karadeniz Ereğli doğumlu. TED Koleji ve İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunudur. Anadolu'da bir yıl idareci hekimlik yaptıktan sonra İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık Daire Başkanlığı'nda göreve ve Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başlamıştır. Engelliler, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, kadın sağlığı, evde bakım, okul sağlığı, risk gurubunda yer alan çocukların rehabilitasyonu alanlarındaki projelerin planlanması, yürütülmesi ve denetiminde görev almıştır. İBB'de on yılı aşkın süredir devam eden sağlık idareciliği içinde, çok sayıda organizasyonun, Avrupa Birliği projesinin planlanması ve koordinasyonunda rol almıştır.

Bütün zorluklarına, meşakkatli bir iş olmasına ve bizzat mesleği icra edenler tarafından çizilebilen olumsuz imajlara rağmen, hekimlik hala bizim memleketimizde olduğu kadar, dünyada da toplumun en itibarlı, en onurlu ve en değerli mesleklerinden biridir. Hekimliği yürekten yapanlardan olabilmışseniz, bunun mükâfatlarını da bir ömür boyu görürsünüz. Baskılar üzerine seçilmiş hekimlik mesleği ise genelde sizi yarı yolda bırakır ve hayatın ağır basan diğer alanlarının içinde kaybolur. Tıp fakültesinden mezun olduğunda, eğitim sisteminin doğal bir sonucu olarak kafalarda sadece bir veya en fazla iki ideal vardır: İhtisas yapmak ya da bu mümkün olamıyorsa bir pratisyen hekim olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde muayenelere dahil olmak. Derenin kendi yatağında doğal akışıyla gelinebilen bu iki noktanın dışında, bazen tesadüfler, bazen zorunluluklar ama neticede tereddütsüz olarak diyebiliriz ki, ter-cihler içinde hiç yer almayan bir şekilde, rüzgâr sizi bir belediyenin hekimliğine ata-

bilir. Burada, sudan çıkmış balık gibi, bir süredir alışmış olduğunuz ortamın dışında sizi kuşatan başka bir ortamda soluklandığınızı hisseder, bu yeni mecranın içinde bir keşfe başlarsınız. Belediye hekimliği, hekimlerin eğitim hayatında hiç de alışık olmadığı bir şekilde 'hıfz'ı ve 'sıhha'yı, yani 'hıfzıssıhha'yı, koruyucu sağlık hizmetlerini bize renkli ve hareketli bir tabloyle sunar.

Memleketimizde ilk kez 1861'de yayımlanan bir nizamnameyle belediyelerin hekim istihdamı hükme bağlanmıştır. Mekteb-i Tıbbiye'nin ilk mezunlarını 1873'te verdiği göz önünde bulundurulacak olursa, bu durumun ne derece ileri bir görüşü yansıttığı ortaya çıkacaktır. İlk sağlık müdürlüğü yani hükümet tabipliği ise 1913'te kurulmuştur. Yıllar içinde, her hizmette olduğu gibi, belediye hekimliğinde de gelişme ve genişlemeler olmuş ve belediye kanunlarına paralel, hizmetler de şekil değiştirmiştir.

Türkiye'de belediye hekimleri, diğer hekimlerin geneli gibi Sağlık Bakanlığı'na değil, İçişleri Bakanlığı'na bağlıdır. Hekimlerin çalışma usulleri memur ise me-

muriyet kanununa, sözleşmeli ise sözleşmeli kanununa bağlı olarak belirlenmiştir. Bu açıdan, çalışma usulleri olarak diğer memur hekimlerden çok da büyük farklılıklar taşımamaktadır. Ancak statü açısından bir mukayese yapılacak olursa, belediyede bir hekim, hekimlik kadrosu gereği kadrolu müdür yardımcılığından veya müdürlükten kıdem olarak daha ileri bir konumdadır. Bu nedenle, belediyede hekimler müdür yardımcılığı veya müdürlük görevlerini vekâleten icra ederler. Bu vekâlet her ne kadar kadro ismi açısından uygulanan bir durumsa da, görev ve sorumluluk anlamında, idarecinin taşıdığı tüm görev ve sorumlulukları taşımaktadır.

Sadece belediye hekimliğinde değil, tüm hekimlik alanlarında hekim aynı zamanda bir idareci konumundadır. Aslında belki de, diplomasını yeni alan bir hekimin en çok zorlandığı alan muayene, tanı ve tedavi gibi mesleki alanlardan ziyade bu idarecilik boyutunda yaşanmaktadır. Eğitim süresince üzerinde durulmayan ancak günlük hayatta en çok yüzleşilen bu sorunla ilgili olarak



sağlık eğitimcilerinin müfredat çalışmalarında bu hususu göz ardı etmemelerinde büyük faydalar olacaktır. Özellikle idareciliğin önemli vasıflarından olan planlama, programlama, iletişim ve yönlendirme mezyetlerinin tüm idarecilerde olduğu gibi hekimlerde de bulunması, sağlık uygulamalarını büyük ölçüde kolaylaştıracaktır.

Günümüz sağlık kültürünün bir sonucu olarak, sağlık hizmeti dendiğinde akla 'tedavi', 'ilaç' ve 'muayene' gelmektedir. Oysa yapılan araştırmalar, hastalığın önlenmesinin çok daha maliyet etkin yani hem maliyet hem de sağlık hizmetleri açısından verimli olduğunu ortaya koymaktadır. Bugün, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yürütülmektedir. Bu alanlarda görev dağılımları veya iş birlikleri oldukça sistemleşmiş ve yerleşmiştir. Oysa koruyucu sağlık hizmetlerinde aynı sistemleşme gözlenememektedir. Aşı uygulamaları dışında, koruyucu sağlık hizmetleri lokal ve birbirinden kopuk çalışmalar şeklinde Bakanlık veya diğer kuruluşlar tarafından çok da sınırları belirlenmiş iş tanımları olmaksızın yürütülmeye çalışılmaktadır.

Belediye hekimliği, koruyucu sağlık hizmetlerinde öncü rolü üstlenebilecek kurumlardır. Bunun için yeterli alt yapı destekleri ve ağırları mevcuttur. Belediyeler, teorikle pratiğin yani planlamayla sahanın buluşabileceği en verimli alanlardır. Belediye hekimleri, koruyucu sağlık hizmetleri alanında yapacakları planlamaları bizzat sahada uygulama imkânına sahiptir ve buna ek olarak, mevcut yasal yükümlülükler de belediyelere bunları getirmektedir. Bugün, belediye hekimleri olarak, klinik hizmeti vermenin, muayene yapıp ilaç reçete etmenin diğer sağlık kuruluşlarında yürütülen hizmetleri tekrardan öteye geçemeyeceği aşikârdır. Ancak belediye hekimliği olarak halkın sağlığını tehdit eden unsurların belirlenmesi, bu tehditlerin ortadan kaldırılmasına yönelik koruyucu çalışmaların planlanması ve izlenmesi hem sağlık hizmetlerinde önemli bir boşluğu dolduracak hem de sağlık ekonomisi açısından olumlu katkılar sağlayacaktır.

Belediye hekimliği, hekimler arasında da fazla bilinmeyen bir konudur. Belediye hekimisi ne yapar, belediyelerde sağlık hizmetleri nasıl yürütülür, belediyeler hizmet planlamalarını neye göre yapar ve neleri ön planda bulundurur, bunlar çoğu hekimler tarafından bilinmez; ayrıca hekim yetiştiren kurumlar tarafından dahi bilinmeyebilir. Bu bilinmezliğin altında yatan en büyük sebep, belediye hekimliğine ilişkin bir ulusal sistemin henüz geliştirilmemiş olmasıdır. Belli bir sistemin olmadığı yerlerde kurumlar bireysel olarak kendi sistemlerini geliştirirler, bu nedenle de Türkiye'nin her belediyesinde çalışma alanları farklı, kayıt ve işleyiş sistemleri birbirinden farklı olabilmektedir.

Oysa belediye hekimliğinin alanları çok da muğlak değildir ve temel olarak, koruyucu hekimlik hizmetlerinin ön planda olduğu lokal hizmetlerdir. Bunların başında;

- Çocuklara yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- Gençlere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- Kadınlara yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- Toplumda sık gözlenen kronik hastalıkların önlenmesine yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- Yaşlılara yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve
- Genel olarak toplumu tehdit eden sağlık problemlerinin önlenmesine yönelik çalışmalar gelmektedir.

Bu listeyi alt alta koyduğumuzda, toplumun bütün kesimlerini belli ölçüde içeren çalışma alanları ortaya çıkmaktadır. Bu alanlara yönelik hizmetleri planlamadan önce, bunlara ilişkin verilerin elde edilmesi yani hizmet sunulan bölgeye ilişkin bir sağlık envanterinin oluşturulması ihtiyacı doğmaktadır. Bu envanterde o bölgede;

- Çocuklarda sık gözlenen sağlık problemleri ve dağılımları
- Gençlerde sık gözlenen sağlık problemleri ve dağılımları
- Kadınlarda sık gözlenen sağlık problemleri ve dağılımları
- Toplumun genelinde sık gözlenen kronik rahatsızlıklar ve dağılımları
- Yaşlılarda sık gözlenen rahatsızlıklar ve dağılımları yer almalıdır.

Sorunun ne olduğunun bilindiği durumlara çözüm yollarının belirlenmesi daha da kolaylaşacaktır ki belediye hekiminin görevi bu tespitleri yapma noktasındadır. Doğru planlanan ve izlenen çalışmalar yerel yönetimin hizmet vermeye yükümlü olduğu halkın sağlığını muhafaza etmekte oynadığı rol kadar, ülke genelinin sağlığı için de katma değer sağlayacaktır.

Günümüzde, sağlık hizmetlerinin sunumunda hala boşlukta kalan noktaların bulunduğu bilinmektedir. Örneğin yeni doğan ve okul çağına kadar çocuğun gelişiminin takibine ilişkin kısmen de olsa bir sistem oluşturan anne ve çocuk sağlığı merkezleri bulunmasına rağmen okul çocuğunun büyüme ve gelişme takiplerini düzenli olarak izleyen bir sistem bulunmamakta ve okul çağındaki birçok çocuk, belki de ailesinin maddi imkânsızlıkları nedeniyle yeterli ve doğru beslenemediğinden 'öğrenme güçlüğü', 'zekâ geriliği' tanılarıyla eğitim sisteminde değerlendirilmek durumunda kalmaktadır. Bu ve buna benzer birçok örneği okul sağlığı programı içinde ele almak ve erken müdahaleyle çözümlmek mümkündür. Pek çok Avrupa ülkesinde okul sağlığı yerel yönetimler tarafından ele alınan temel konulardan biri olmasına rağmen bizde bu konu halen kimi sivil toplum kuruluşlarının geçici ve kısa süreli çalışmalarından öteye gidememektedir.

Benzer şekilde, gençlerin sağlık problemlerinin belirlenmesi ve özellikle psikolojik destek hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına yönelik hizmetler de belediye hekimliği içinde yer alması ve yapılandırılması gereken acil bir konudur. Kadın ve erkeklerde sık gözlenen hastalıkların erken tespiti ve önlenmesine yönelik tarama programlarının geliştirilmesi de belediye hekimliği içinde yer alabilecek önemli konulardır. Bu sayede, guatr, astım gibi sık gözlenen, kanser gibi ağır maddi ve manevi sonuçları olan hastalıkların doğru zamanda tedbirinin alınması da sağlanmış olacaktır. Bugün ilerleyen tıp sayesinde uzayan ömrün doğal bir sonucu olan Alzheimer ve benzeri rahatsızlıkların da yine belli yaşlarda yapılacak müdahalelerle erken teşhisi ve hafifletilmesi mümkün olabilecektir. Zikredilen bu hususların tamamı belediye hekimliği içinde ele alınabilecek çok değerli konulardır.

Koruyucu hekimlik çalışmaları arasında, aşı uygulamalarının yanı sıra sağlık eğitimleri, sağlığı tehdit eden unsurların tespiti ve ortadan kaldırılması, tarama çalışmaları, danışma ve yönlendirme hizmetleri başta gelir. Bu hizmetlerin tamamı maliyet açısından da tedaviye kıyasla son derece uygun ve makuldür.

Belediye hekimliği, pek çok hizmeti halka ücretsiz ulaştıran bir kurum olan belediyeler bünyesinde doğru ve yerinde uygulamaların hayata geçirilebileceği, çalışmaların aynı kaynaktan planlanıp izlenebileceği, değerlendirilip yeniden yapılandırılabilirliği halk sağlığı alanlarıdır. Bugün ne yazık ki belediyelerin sağlık kadrolarına baktığımızda halk sağlığı çalışmalarını sıklıkla görememekteyiz. Benzer şekilde, sağlık antropolojisi alanında eğitimlerini tamamlamış uzmanların da belediye sağlık hizmetleri içinde yer almadığına tanık olmaktadır. Bu uzmanlıkların verildiği eğitim kurumlarının staj ve inceleme alanları belediyeler olduğu takdirde, eğitim görenlerin doğru zamanda bu yararlı saha hakkında bilgi sahibi olmaları ve eğitim sonrasında belediye hekimliklerini tesadüfen veya geçici olarak yapmak yerine tercihen kabul etmeleri ve buna karşılık, belediye hekimliğinin de kalitesinin artırılması mümkün olabilecektir. Sağlıklı ve verimli işleyen belediye hekimliğinin kazançlarından tüm memleket ve halkımız faydalanacaktır.

Gelişen bir uzmanlık alanı: Spor hekimliği

Doç. Dr. Bülent Bayraktar



1967 yılında İstanbul'da doğdu. İlk ve orta öğretimini İstanbul'da tamamladıktan sonra İÜ İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1999'da uzman kadrosuna, 2005 yılında doçent kadrosuna atanan Dr. Bayraktar halen İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Spor Hekimliği ve Anatomi AD'de öğretim üyeliği yapmaktadır. İÜ Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Müdürlüğünü de yürüten Dr. Bayraktar, Türkiye Futbol Federasyonu, Basketbol Federasyonu ve Güreş Federasyonlarında sağlık, performans ve eğitim konuları ile ilgili kurullarda aktif görev yapmaktadır.

Dr. İlker Yücesir



1966 yılında İstanbul'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmetini Kırıkkale'de tamamladıktan sonra aynı fakültede fizyoloji doktorasını yaptı. Tüm orta ve yüksek öğrenim dönemi süresince önce oyuncu, sonra antrenör olarak basketbol sporuyla uğraştı, oyuncu ve antrenör olarak çeşitli kategorilerde bölgesel ve ulusal başarıları ulaştı. Voleybol, basketbol, futbol ağırlıklı olmak üzere çeşitli kulüplerde ve basketbol millî takımlarında takım doktorluğu görevlerinde bulundu. İstanbul Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulunda Öğretim Üyesi olarak görev yapan Dr. Yücesir, halen Türkiye Futbol ve Basketbol Federasyonlarının sağlık kurullarında görev almaktadır.

Prof. Dr. Mehmet H. Kurtoglu



1951 yılında Bursa'da doğdu. Orta öğrenimini Kadıköy Maarif Koleji'nde tamamladıktan sonra İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1975 yılında derece ile mezun oldu. Kurtoglu, uzmanlığını tamamladığı, doçent ve 1990 yılında profesör olduğu İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD'de halen Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır. Birçok ulusal ve uluslararası derneğe üye olan, pek çok derginin yayın kurulunda görev yapan Kurtoglu, evli ve 2 çocuk babasıdır.

Spor ve fiziksel aktivite, antik çağlardan günümüze dek gelişerek gelmiş ve modern zamanların en büyük sektörlerinden biri haline almıştır. Spor, insanoğlunun medeniyetin ortaya çıkışından bugüne süregelen birkaç uğraşı alanından

biridir. Günümüzde sağlık-eğlence amaçlı bir boş zaman aktivitesi olmakla insan fizyolojisini zorlayan performans sporları arasındaki geniş yelpazede spor yapan milyonlarca insan bulunmaktadır.

Spor/fiziksel aktivitenin insan sağlığına katkı yapmasının yanı sıra ve tam tersi biçimde spor/fiziksel aktiviteye

bağlı sağlık sorunları da oluşmaktadır. Özellikle fizyolojik sınırları zorlayan antrenman ve müsabaka düzenleri yarışmacı sporcular (performans sporcuları) için bu sorunların kaynağını oluştururken sadece aktif olmakla ilişkili kaza vb. beklenmeyen durumlar da spora bağlı sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Bu denli büyük bir katılım spor/fiziksel





Bergamalı Galen pek çok tıp tarihçisi tarafından ilk spor hekimi olarak kabul edilir. MS. 130 - 201 tarihleri arasında yaşamış olan ve Hristiyan tıbbi tarafından Rönesans'a kadar öğretileri mutlak doğru kabul edilen Galen, gladyatörler başta olmak üzere spor kaynaklı sakatlıkların ve sporcuların tedavisi ile de uğraşmıştır. Milattan sonra 980-1037 yılları arasında yaşayan ve eserleri 17. yüzyıla kadar Avrupa üniversitelerinde okutulan büyük İslam düşünürü, filozof, matematikçi, bilim adamı, hekim İbn-i Sina'nın tıbbi eserlerinde de bugünün spor fizyolojisi ve spor hekimliği uygulamaları ile örtüşen bilgiler mevcuttur.

aktivite ile ilgili sağlık sorunlarını da sık karşılaşılabilecek hale getirmiştir.

Performans sporu/sporcusu dediğimiz her türden yarışmacı grubun sakatlık ve hastalıkları sadece kendilerini değil, parçası oldukları ekonomik sektörü ve büyük izleyici kitlelerini de ilgilendirir olmuştur. Böylece günümüzde özellikle performans sporcuları için sakatlık ve yaralanmaların, oluşum mekanizmalarından (etiyojilerinden) sağaltım yöntemlerine kadar özel uzmanlaşma gereği popüler kültürün de baskısı ile kaçınılmaz bir durumdur. Bu nedenle özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısında sporcu sağlığı kavramı ve "spor hekimliği" alanı çok hızlı bir gelişme göstermiştir. Genel kapsamı ile "spor hekimliği" bu yazının konusunu oluşturmaktadır.

Tarihçe-güncel durum

Spor hekimliğinin tarihi sporla başlar. Spor tarihçileri son yıllarda spo-

run daha önceleri sıklıkla inanıldığı gibi antik dönemde başlamadığını, yaşadığımız topraklarda ve Mezopotamya'da Milattan önce 3 bin yıllarından bu yana kurulu uygarlıkların sportif gösteri/yarışmalar yaptıklarını bildirmektedirler (1, 2). Her devirde hekimlerin/sağlıkçıların yaşadıkları devrin sporcularını da tedavi ettikleri muhakkaktır. Antik dönemden çok önce neolitik çağlarda savaşçı/sporcuların farklı beslenme stratejileri olduğu, hatta bugün doping kabul edilen özel uygulamalar yaptıkları bilinmektedir. Bu yöndeki bulgular daha o dönemlerde sporcuların sedanterlerden farklı görüldüklerinin kanıtıdır. Ancak bu durum hekimlik uygulamaları açısından branşlaşma olarak değerlendirilemez. Spor hekimliği kavramı spor yapanları özel bir grup kabul etmeyi, sporla ilişkili sağlık konularını da özelleşmiş bir disiplin olarak görmeyi gerektirir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde Bergamalı Galen pek çok tıp tarihçisi tarafından ilk spor hekimi olarak kabul edilir. MS. 130 - 201 tarihleri arasında yaşamış olan ve Hristiyan tıbbi tarafından Rönesans'a kadar öğretileri mutlak doğru kabul edilen Galen, sporun/fiziksel aktivitenin tedavi edici etkileri hakkındaki tespitlerinin yanı sıra gladyatörler başta olmak üzere spor kaynaklı sakatlıkların ve sporcuların tedavisi ile de uğraşmıştır.

Milattan sonra 980-1037 yılları arasında yaşayan ve eserleri 17. yüzyıla kadar Avrupa üniversitelerinde okutulan büyük İslam düşünürü, filozof, matematikçi, bilim adamı, hekim İbn-i Sina'nın tıbbi eserlerinde bugünün spor fizyolojisi ve spor hekimliği uygulamaları ile örtüşen bilgiler mevcuttur. Batı tıbbında spor ve egzersizle ilgili ilk araştırmalar/çalışmalar 16. yüzyılda başlar.

Modern çağlara geldiğimizde 19. yüzyıl sonlarında Pierre de Coubertin (1863-1937) olimpiyat oyunlarını kurmaya çalışırken spor fizyolojisinin temelini oluşturan "deneysel fizyoloji" çağdaş bir bilim dalı olma yolunda olgunlaşmasını tamamlamak üzere idi (3).

Spor hekimliğinin kavram ve tanım olarak olgunlaşması ise 20. yüzyılın ilk çeyreğinde gerçekleşmiştir. Avrupa'da 1920'li yıllarda çeşitli ülkelerde dernekler, birlikler kurarak örgütlenecek denli gelişme kaydeden spor hekimliği, 1928 yılında St.Moritz'de 2. Kış Olimpiyat Oyunları sırasında 11 ülkeden 33 hekimin katılımı ile 'Uluslararası Spor Hekimliği Birliği'nin (Association Internationale Medico Sportive-AIMS) kurul-

ması ve bu birliğin ilk kongresini aynı yıl yaz olimpiyat oyunları sırasında Amsterdam'da 20 ülkeden 280 hekimin katılımıyla yapması ile uluslararası boyuta uzanan bir branş, uzmanlaşma alanı vasfı kazanmıştır (4).

Ülkemizde bu alanda kayıtlara giren ilk hekim, 1924 yılında olimpiyatlara hazırlanan sporculara yardımcı olmak üzere görevlendirilen Dr. Sırrı Alıçlı'dır. Sonraki yıllarda da sporcularla çalışmalarını sürdüren Dr. Alıçlı, 1938 yılında kurulan Beden Terbiyesi Genel Müdürlüğü'nde sağlık dairesinin başkanlığını yapmıştır. Sonraki yıllarda Alıçlı'dan bu görevi devralan Dr. Raşit Serdengeçti ülkemizde spor hekimliğinin yaygınlaşması yönünde önemli çalışmalar yapmış, kurslar düzenlemiş ve iki kitap yazmıştır (5). İstanbul, Ankara ve İzmir'de spor hekimliği alanında faaliyet gösteren hekimlerin kurmuş oldukları dernekler 1966 yılında birleşerek bir federasyon oluşturmuş ve bu federasyon 1971 yılında 'Spor Hekimliği Temel Kursu'nu düzenlemiştir. Üniversitelerde ilk uzmanlık alanı 1973 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde (İzmir) Spor Hekimliği Kürsüsü'nün kurulmasıyla gerçekleşmiştir. Halen 8 üniversitenin tıp fakültelerinde (Ege, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara, İstanbul, Uludağ, Hacettepe, Süleyman Demirel ve Erciyes üniversiteleri) spor hekimliği uzmanlık programları yürütülmektedir (5).

Spor hekimliği son 20 yılda dünyada ve ülkemizde özgün bir uzmanlık alanı olarak kabul görmektedir. Daha önceleri ve halen pek çok ülkede pratisyen hekimler veya aile hekimliği, ortopedi, iç hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon vb. farklı uzmanlık alanından hekimlerin özel eğitim programları ile düzenlenen çeşitli seviye kursları, sertifika programı vb. eğitimlerle bu alanda çalışma yetkisi kazandıkları bilinmektedir. Amerika Birleşik Devletleri, Almanya, İngiltere bu tür uygulamaların halen yürürlükte olduğu gelişmiş ülkelerin başında sayılabilir. Bu ülkelerdeki eğitim bir alt/yan uzmanlık olarak kabul edilmekte, teorik ve pratik uygulamaların tamamlanması birkaç yılı bulabilmektedir.

Gelişimi bu ülkelere nazaran daha geç başlayan ve yavaş olan ülkemizde bu branşın özgün bir uzmanlık alanı olması ülkemiz adına sevindirici, gelişimi ivmelendirici ve ileriki yıllar için ümit vaat eder nitelikte olmakla birlikte, uzmanlık eğitiminde kimi fakültelerde halen kalifikasyon açısından istenen düzeye ulaşılmadığı ve asistan eğitim programlarının geliştirilmesi gerekliliği konu-

nun önde gelen uzmanları tarafından zaman zaman dile getirilmektedir.

Spor hekim(i)liği

Spor hekimliği diğer pek çok uzmanlık alanından farklı veya daha gelişkin bir multi-disipliner yaklaşım gerektirir. Sporcular/spor yapanlar toplumda her bireyin karşılaşabileceği genel sağlık sorunları ile karşılaşabilir olmanın yanı sıra başta sakatlıklar olmak üzere doğrudan spor yapmakla ilişkili sağlık sorunlarını yaşayan özel bir gruptur. Spor hekimi de bu bağlamda genel tababete hâkim iyi bir pratisyen olmanın yanı sıra sporla ilişkili sağlık sorunlarının teşhis ve tedavisi konusunda uzmanlaşmış bir hekim olmalıdır. Sporla ilişkili sağlık sorunları başlıca kardiyovasküler sistem ve kas-iskelet sistemi ile ilgili olup uzmanlık eğitimi de öncelikle bu alanları kapsar. Ayrıca performans sporcuları başta olmak üzere spor yapanların diğer ihtiyaçları olan koruyucu hekimlik uygulamaları, sakatlık risklerinin tespiti ve önlenmesi, acil ilk yardım, beslenme, kinantropometri, spor psikolojisi, antrenman planlaması, rekondisyon, saha ve laboratuvar testleri, dopingle mücadele, sportif branşların özellikleri ve özgün ihtiyaçları vb. diğer konularda da bilgi ve deneyim sahibi olmalıdır. Her biri başlı başına birer uzmanlık veya meslek olan bu alanlardaki yetkinliğinin konunun profesyonelleri ile işbirliği yapabilecek, onları sporunun gerçek gereksinimleri hakkında doğru yönlendirecek seviyede olması beklenir.

Spor hekimi sporcuların sağlık sorunlarını tıbbın temel ilkelerinden “Hastalık yoktur hasta vardır!” düsturuna uygun biçimde ele alabilecek bir perspektife sahip olmalıdır. Günümüzün çağdaş anlayışında özellikle profesyonel sporcuların sorumluluğunu yüklenen spor hekimlerinden beklenen sadece sakatlıkların tedavisi değil sporcunun tam sağlamlık halinin devamlılığını sağlamasıdır. Bu çerçeveden değerlendirildiğinde iyi bir spor hekimi mesleki vasıf ve becerilerinin yanı sıra zaman zaman sporcuyu, sporcunun yakın çevresini, antrenörünü, yöneticileri ve diğer ilgilileri de kapsayacak biçimde performansa yönelik beklentileri sporcunun sağlığı ekleninde yönetebilen bir kişi olmak durumundadır.

Takım doktorluğu

Takım doktorluğu spor hekimliği genel konsepti içinde ayrıcalıklı bir yere sahip, öne çıkan ve zaman zaman yanlış bir biçimde spor hekimliği ile

eş anlamlı kullanılan bir kavramdır. Adından da anlaşılacağı üzere takım sporlarında çalıştıkları takımın sağlıkla ilgili tüm sorumluluğunu alan hekimleri ifade eder. Takım doktorunun sorumluluğu klinik ortamında meslek icra eden spor hekimlerinden farklı olarak tek bir bireyden ziyade tüm takımı ve takımın oyuncular dışındaki elemanlarını da içerir. Türkiye Futbol Federasyonu’nun “Sağlık Ekiplerinin Yapılanmaları ve İşleyişleri Talimatı” takım doktorunun görevlerini Koruyucu Hekimlik Uygulamaları, Performans Hekimliği Uygulamaları ve Teşhis ve Tedavi Edici Hekimlik Uygulamaları başlıkları altında tarif etmiştir. Ülkemizde takım doktorluğu uygulamalarını bir mevzuata bağlayan yegâne örnek olan talimatta, takım doktoruna takımla ilişkili olan kulp çalışanlarının (örn: aşçı, malzemeci, masör vb.) portör muayenelerinden sahaların denetimine, immunizasyon çalışmalarından motorik özelliklerin saha ve laboratuvar testleri ile değerlendirilmesine, sporcuların dinlenme ve beslenme düzenlerinin planlanmasından sakatlıklara acil ve ilk müdahalenin yerinde ve zamanında yapılmasına dek pek çok husus kurala bağlanmıştır (6).

Spor hekimliği ülkemizde ve dünyada halen gelişimini sürdüren multi-disipliner bir uzmanlık alanıdır. Spor sektörü geliştikçe bu uzmanlık alanının da buna paralel gelişmesi ve toplumda spor hekimliği uzmanlarına ihtiyacın artması kaçınılmazdır. Ülkemizde halen yeterli sayıda olmayan spor hekimliği uzmanlarının dolduramadığı boşluk, diğer branş hekimleri için düzenlenen kurs, seminer vb eğitimler ile kapatılmaya çalışılmaktadır. Halen sporu ve sporcuyu seven tüm hekimler için bu yönde gelişim ve spora hizmet imkânı bulunmakta olup ülkemiz için bu durumun daha en az birkaç dekat süreceği öngörülmektedir.

Kaynaklar

- 1) Scanlon T., *Contesting Ancient Mediterranean Sport, The International Journal of the History of Sport, Vol. 26, No. 2, February 2009, 149–160.*
- 2) Sipahi, ‘New Evidence from Anatolia Regarding Bull-Leaping Scenes in the Art of the Aegean and the Near East’; and Scanlon, *Greek and Roman Athletics: A Bibliography with Introduction and Commentary.*
- 3) Coleman, *Biology in the Nineteenth Century*.
- 4) Ergen E., *From medicine and science to sports medicine and sport sciences : Relations, Definitions, Historical Roots, 10th.ECSS Congress 14-17 July 2005, Belgrade, Serbia & Montenegro*

Spor hekimliği ülkemizde ve dünyada halen gelişimini sürdüren multi-disipliner bir uzmanlık alanıdır.

Ülkemizde halen yeterli sayıda olmayan spor hekimliği uzmanlarının dolduramadığı boşluk, diğer branş hekimleri için düzenlenen kurs, seminer vb eğitimler ile kapatılmaya çalışılmaktadır. Halen sporu ve sporcuyu seven tüm hekimler için bu yönde gelişim ve spora hizmet imkânı bulunmakta olup ülkemiz için bu durumun daha en az birkaç dekat süreceği öngörülmektedir.

5) Ergen E., *Dünya’da ve Türkiye’de Spor Hekimliği, Ankara Üniversitesi Spor Hekimliği ders notları.*

6) TFF Sağlık Ekiplerinin Yapılanmaları ve İşleyişleri Talimatı.

Sağlık Bakanlığı uzmanları buluşturuyor: 2. Performans ve Kalite Kongresi

SD

Sağlık Bakanlığı tarafından 28 Nisan - 1 Mayıs 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilecek olan 2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi için geriye sayım sürüyor. Aynı zamanda kongrenin başkan yardımcısı olan Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Prof. Dr. Adnan Çinal, kongrenin içeriğine dair sorularımızı yanıtladı.

Sağlık Bakanlığı son 7 yılda deyim yerindeyse sağlıkta taşları yeniden dizdi. Sağlık Bakanlığı'nın birbiri ardına hazırladığı, 'Performansa Dayalı Ücret', 'Aile Hekimliği' ve 'Tam Gün' uygulamalarının genel adı 'Sağlıkta Dönüşüm Programı'. Bakanlık olarak geçen yıl Antalya'da düzenlediğiniz Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, gelen sürecin masaya yatırılması ve geleceğe yönelik kararlar alınması noktasında önemli buluşmalara sahne oldu. Evvela şunu soralım: Geçen yılki kongre sizin açısından nasıl geçti, Bakanlık kongreden ne umdu, ne buldu?

Sağlık Bakanlığı son 7 yılda deyim yerindeyse sağlıkta taşları yeniden dizdi. Sağlık Bakanlığı'nın birbiri ardına hazırladığı, 'Performansa Dayalı Ücret', 'Aile Hekimliği' ve 'Tam Gün' uygulamalarının genel adı 'Sağlıkta Dönüşüm Programı'. Ba-

kanlık olarak geçen yıl Antalya'da düzenlediğiniz Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, gelen sürecin masaya yatırılması ve geleceğe yönelik kararlar alınması noktasında önemli buluşmalara sahne oldu. Evvela şunu soralım: Geçen yılki kongre sizin açısından nasıl geçti, Bakanlık kongreden ne umdu, ne buldu?



Kuşkusuz “Sağlıkta Dönüşüm” uygulamalarının vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminden hizmet sunumuna, finansmandan geri ödeme sistemlerine kadar pek çok alanda yansımalarını görmek mümkün. Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı da bu süreçte sağlık hizmetlerinde performans yönetimi, kalite geliştirme, hasta ve çalışan memnuniyeti, hasta ve çalışan güvenliği gibi temel konularda hayata geçirdiği uygulamalarla, daha “iyi” sağlık hizmeti sunumuna katkıda bulunmak için önemli görevler üstlenmiştir. 2004 yılından itibaren tüm Türkiye’de uygulanan “Sağlıkta Performans Yönetimi Modeli”nde, geçen 6 yıllık süre zarfında Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı’nın kurumsallaşması ile birlikte paydaşların da görüşü alınarak önemli revizyonlar hayata geçirildi. Bu çerçevede; konu ile ilgili mevcut birikimin gerek uygulayıcılar gerekse teorisyenlerin bilgi ve deneyimleri ışığında tartışılmasının ve fikir alışverişinde bulunulmasının sağlayacağı katkıların bize yol gösterici olacağı düşüncesiyle uluslararası düzeyde bir kongre düzenlemeyi planladık.

Türkiye’den ve yurtdışından çok sayıda katılımcının iştirakiyle gerçekleştirdiğimiz geçen yılki kongrede Sağlık Bakanlığı’nın performans ve kalite stratejisi, kurumsal performans uygulamaları, sağlık hizmetlerinde performans yönetimi, Bakanlığın performans ve kalite uygulamalarında hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta güvenliğinde uluslararası yönelimler, sivil toplum kuruluşları ve özel sektörün performans, kalite, hasta ve çalışan güvenliğine bakış açıları panellerde konunun uzmanları tarafından tartışıldı. Ayrıca hasta ve çalışan güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde kalite, kurumsal performans uygulamaları, sağlık hizmetlerinde performans yönetimi ve performansla dayalı ödeme konularında hastanelerimizden ve üniversitelerimizden 100’ün üzerinde tebliğ sunuldu. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda kongrenin Bakanlığımız adına son derece verimli geçtiğini düşünüyoruz. Toplamda yaklaşık 1200 katılımcının iştirak ettiği düşünüldüğünde, kongreye olan talebin ve gösterilen ilginin boyutu dikkat çekmektedir. Kongreye katılımın oldukça yüksek olması; hedeflerimize ulaştığımızı göstermekle kalmadı, aynı zamanda ikincisini düzenleme konusunda bizleri teşvik etti. Diğer bir ifadeyle, kongremizin ilkinde olan talep ve sonucu hakkında aldığımız olumlu geribildirimler, bizleri ikincisini düzenleme konusunda cesaretlendirdi.

Geçen yılki kongrenin teması “Çalışanların Teşviki ve Hasta Güvenliği”



Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Prof. Dr. Adnan Çinal

idi. Bu yılki tema ise “Hastanelerin Teşviki ve Güvenliği.” Bu yılki kongrede nelerin yanıtı aranacak, hangi konular tartışılacak?

Hastanelerin teşviki konusunda teşvik mekanizmaları, kurumsal ve bireysel teşvik yöntemleri, teşvik mekanizmalarının klinik etkinlik ve eğitim boyutuna etkileri, kanıta dayalı tıp uygulamaları ve yönetici performansı konuları uluslararası tecrübeler ve yerel uygulamalar çerçevesinde ele alınacak. Ayrıca, Dünya Sağlık Örgütü’nün de oldukça sık vurgusunu yaptığı “Güvenli Hastaneler” konusunda standartlar, çözümler ve yönetim süreçlerinin tartışmaya açılması hedefleniyor.

Bu hususlar çerçevesinde, “Hastanelerin Teşviki ve Güvenliği” ana temalı II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi’nde ele alınmasını planladığımız konulardan bazılarını aşağıdaki başlıklarda sıralayabiliriz:

- Hastanelere Ödeme ve Teşvikler
- Tam Gün Uygulamasında Hastanelerin Teşviki Ve Ödeme Mekanizması
- Hastanelerin Teşvikiinde Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu’nun Rolü
- Bireysel ve Kurumsal Teşvik Yöntemleri

- Hastanelerin Teşvikiinde Uluslararası Tecrübeler
- Hastanelerin Sınıflandırılması
- Kanıta Dayalı Tıp Uygulamaları ve Teşvik Mekanizmaları İlişkisi
- Yönetici Performansı Modeli
- Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi
- Güvenli Hastanenin Boyutları
- Hastanelerde Acil Durum Yönetimi
- Güvenli Hastane Standartları
- Hastanelerde Risk Yönetimi Ve Risk Yönetimi Uygulamaları
- Güvenli Hastaneler ve Sağlık Teknolojileri
- Güvenli Hastaneler ve İletişim

Ayrıca geçen yıl olduğu gibi bu yıl da çok fazla sayıda bildiri gönderildi. Aralarında çok ilgi çekici, konuya farklı bakış açıları kazandıracak çalışmalar da var. Kongrede bunlar da değerlendirilecek.

Konuklar ve sunumlar hakkında bilgi verebilir misiniz?

Kongrede sunum yapmak üzere oldukça deneyimli ve konusunda uzman



konuşmacılar davet edildi. Kongrenin açılış oturumunda hastanelerin teşviki ve güvenliği nasıl sağlanmalı konusu Bakanlığın rolü üzerinden aktarılacak. Yüksek performanslı sağlık sistemi için yüksek performanslı sağlık hizmetinin sunumu konusunda ki deneyimlerini paylaşmak üzere, DSÖ'den bir uzman ekip kongremize katılacaklar. Üniversitelerden konuyla ilgili akademisyenler ve SGK'dan yöneticilerin de katılımı ile hastane sınıflandırılması konusunda bir oturum gerçekleştirilecek. Sağlıkta kalitenin artırılmasında elbette sağlık teknolojilerinin kullanımı önemlidir. Ancak bu teknolojilerin gerçekçi kullanımlarının sağlanması için teknoloji değerlendirilmesi konusunda uluslararası çalışmalara imza atmış uzmanlar tarafından gerçekleştirilecek olan bir oturum da programda yer almaktadır. Sağlıkta teknolojinin kullanımı aktarılmakla bilimsel verilere dayanan hizmet sunumunun sağlanması için çalışmalarımız devam etmektedir. Klinik rehber hazırlama konusunda dünyanın önde gelen kuruluşlarından olan NICE'den bir uzman deneyimlerini bizimle paylaşmak üzere bulunacak ve kanıta dayalı tıp ve sağlık uygulamalarında kullanımına ilişkin bir oturum dâhilinde konu tartışmaya açılacak. Ayrıca Bakanlık olarak üstünde hassasiyetle durduğumuz hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve buna bağlı olarak tıbbi hataların bildirimi ve Türkiye'de tıbbi hataların bildirimi konusunda hukuki bakış açısının değerlendirileceği bir oturum düzenlenecek. Bir oturumda da hastanelerin teşviki konusunda dünya deneyimlerini aktarmak üzere yurt dışından gelen uzmanlara yer veriyoruz. Bunun dışında hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması konusunda çok değerli Bakanlık eğitimcilerimiz, akademisyenlerimiz ve özel sektörden konusunda uzman kişilerin katılımı ile oldukça kalabalık bir ekip ile kongreyi gerçekleştireceğiz. Ayrıca bu kongre,

genç akademisyenlerimizin konuşma fırsatı bulabileceği bir kongre olacak.

Kongrenin uluslararası ayağına dair bilgi verebilir misiniz? Yurtdışından kimler katılacak? Hangi ülkelerdeki sağlık sistemlerine dair örnekler katılımcılarla paylaşılacak? Ne gibi ortak çalışmalar, yuvarlak masa toplantıları yapılacaktır?

Kongremizde bu sene uluslararası katılımcılara geniş yer vermeye çalıştık. DSÖ'den OECD'den, Dünya Bankası'ndan, Amerika, Kanada ve Avrupa'nın çeşitli üniversitelerinden katılımcılarımız olacak. DSÖ Avrupa Bölgesinden Ülke Sağlık Sistemleri Direktörünün de katılacağı bir panelde yüksek performanslı sağlık sistemleri için yüksek performanslı sağlık hizmet sunumu konusu ele alınacak. Kopenhag'dan, Montreal'den, Londra'dan DSÖ uzmanları ve danışmanlarının katkı vereceği bir oturum olacak. Diğer bir uluslararası oturumumuzda ise hastanelerin teşviki alanında uluslararası deneyimi aktarmaya çalışacağız. Bu oturumda ülkemizin sağlık reform çalışmalarını son 5 yılda yakından takip etmiş olan Dünya Bankası uzmanlarının yer aldığı, Filipinler'in ve Avrupa genelinde hastanelerin, teşviki ve güvenliği alanında son yıllarda edindikleri deneyimlere yer vermek istiyoruz. Bu büyük oturumların yanı sıra pek çok konuda uluslararası konuklarımızı panelist olarak davet ettik. Bunlar arasında kanıta dayalı tıp ve hastanelerin teşviki alanında İngiltere NICE kuruluşundan bir konuşumumuz olacak. Sağlık teknolojileri değerlendirme alanında, farklı ülkelerin akreditasyon deneyimlerini aktaran oturumumuzda ve tıbbi hatalar ile olay bildirim sistemlerinin ele alınacağı oturumlarımızda da Fransa, Amerika ve Danimarka'dan konuklarımız bizimle öncel deneyimlerini ve çalışmalarını yönlendiren kavramsal altyapılarını paylaşacaklar. Uluslararası katılımcılarımızın panel oturumları yanı sıra kongre öncesi düzenleyeceğimiz kurslarda da bazı rolleri olacak.

İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü'nün de kongrenin katılımcıları arasında olduğunu görüyoruz. Bu, İngiltere sağlık sistemi ile ortak bir çalışma yapılacağı, bazı örnek sistemler noktasında İngiltere ile alış-verişte bulunulacağı anlamına mı geliyor?

İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü (NICE) ile Bakanlığımızın ortak çalışmaları hali hazırda başlamış durumda. Eylül 2009'da Sağlık Bakanlığı adına Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı NICE ile bir sözleşme kapsamında "Kanıta Dayalı Klinik Reh-

ber ve Performans Göstergeleri Geliştirme" projesini başlatmıştır. Bu proje halen Bakanlığımızda Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü bünyesinde sürdürülmektedir ve kongremizin bir oturumunda bu projeye NICE'dan bir katılımcının da katkısı ile geniş yer ayrılmıştır. Bu proje aslında bir başlangıçtır. Kanıta dayalı stratejiler geliştirilmesi ve sağlık politikalarının yönlendirilmesinde bilimsel çalışmalara dayalı kanıtlardan yola çıkılması alanında Bakanlığımız belli bir farkındalık geliştirmiştir ve bunu uygulamaya geçirmek için kapasite geliştirilmesi gereken tek alan klinik kaliteyi desteklemeyi hedefleyen kanıta dayalı klinik rehberler değildir. Kanıta dayalı strateji belirleme çalışmaları ve kanıta dayalı sağlık teknolojileri değerlendirme çalışmaları da bakanlığımızca aynı ölçüde önemsenmekte ve bu alanlarda yapılacak çalışmalarda yalnızca İngiltere ve NICE ile değil, tüm diğer gelişmiş ülkelerdeki pratik uygulamalar, uzmanlaşmış kuruluşlar ve ortaklık ağları ile ilgilenmekte, ortak çalışmalar için temaslarda bulunmaktayız.

Son dönemde başlayan performans ve kalite uygulamaları; sağlık göstergelerini, hasta güvenliğini, hasta memnuniyet ini ve sağlık harcamalarını nasıl etkiledi?

Kamu hastanelerimizde uygulamaya başladığımız performans ve kalite uygulamalarından edindiğimiz deneyimleri özel ve üniversite hastaneleri ile de paylaşmak istiyoruz. Çünkü kamu hastanelerinin bundan çok değil 4 yıl öncesi ile bugünü arasında çok önemli bir değişimin olduğu fark edilmektedir. Bu değişimler, özellikle hasta memnuniyetinin ve hasta güvenliğinin artması ile kendini göstermiştir. Hasta memnuniyeti ve hasta güvenliğinin artırılması hizmet sunumunun kalitesinin artırılmasına yönelik çalışmalarla paralel bir şekilde yürütülmektedir. Bilindiği gibi bu amaçla hizmet sunumundaki tüm işlemleri kontrol eden, uygulanabilir ve etkin bir değerlendirme seti olan hizmet kalite standartları oluşturulmuştur. Bu standart seti dünyada yapılan çalışmaları da yakından takip etmekte ve ülke gerçeklerine uygun değişimleri göstermektedir. Hastalarımızın ne istediğini biliyoruz ve onların ihtiyaçlarına karşılık gelen çalışmaları yapıyoruz. Böyle bir çalışmanın ardından hasta memnuniyeti ve hasta güvenliğinin artması kaçınılmaz oluyor. Bu çalışmalar kapsamında kalitenin geliştirilmesine önem verilirken bir yandan da sağlık hizmetleri sunumunda verimliliğin de ön planda tutulduğunu görmekteyiz. Standartlar; kaynakların etkin, verimli ve adaletli kullanımını özellikle teşvik etmektedir. Kullanılan malzemelerin ve stokların takibi kurumlarımızın çalışma-

larını maliyet etkin bir şekilde sürdürrebilmeleri için çok önemli unsurlardır. Aslında verimlilik ve kalite dengeli bir şekilde uygulandığında sağlık harcamalarında artış olmayacak, aksine dengeli ve adaletli bir ekonomik dağılımın sağlanması söz konusu olacaktır. Performans ve kalite modeli bu anlamda devletin cebinden çıkacak toplam parayı artırmadan, kaliteli olana daha yüksek, istenen düzeyde olmayana daha düşük bir ödemenin yapılacağı, israf etmeden, verimli bir şekilde çalışan kurumun ve çalışanın teşvik edildiği bir model olarak ortaya çıkmaktadır.

Son günlerde Türkiye’de sağlıkla ilgili en güncel konu ‘Tam Gün Yasası’. Bu yasa ile ilgili pek çok husus çeşitli boyutları ile tartışılıyor. Bunlardan biri de yasa sonrası performans dayalı ek ödeme sisteminin devam edip etmeyeceği, devam edecekse de, nasıl bir uyumlaştırma yapılacağı yönünde. Bu konunun kongrede bir oturumda tartışılacağından bahsettiniz. Kamu ile ilgili bir çalışma olduğunu buradan görebiliyoruz. Peki, üniversitelerde performans uygulamaları konusunda bir çalışma yapılıyor mu? ‘Tam Gün’ sonrası üniversiteler nasıl bir teşvik sistemi kullanmalılar?

Belirttiğiniz gibi ve doğal olarak ‘Tam Gün Yasası’ sonrası performans dayalı ek ödeme sisteminin nasıl uyumlaştırılacağına dair bir çalışmamız var. Üniversitelerimizde de özellikle Üniversite Hastaneler Birliği (ÜHB) bünyesinde Bakanlığın sistemi bu yönde inceleniyor ve bu sistemin temel alındığı bir çalışma yapılıyor. Burada çerçevesi ve ana hatları belirlenecek olmakla birlikte her üniversitenin kendi performansını uygulayacağı bir sistem öngörülmekte. Elbette üniversitelerde uygulanacak sistemin, verilen hizmetlerle birlikte eğitim ve araştırmanın önemsendiği bir yapılanma içinde ele alınması gerekecektir.

Kongrede ‘Tam Gün Yasası’ sonrası performans sisteminin tartışılacağı oturumda sistem üniversiteler çerçevesinde de tartışılacaktır.

Oldukça kalabalık bir bilimsel kurul oluşturulmuş. Türkiye’de önde gelen sağlık bürokratları ve akademisyenlerin bulunduğu dikkati çekiyor. Çeşitli yabancı üyeler de bulunuyor. Bu kurul oluşturulurken hangi kriterler dikkate alındı? Örneğin hangi bilimsel alanlardan üyelerin bulunmasını amaçlamıştınız?

Evet. 95 kişilik bir bilim kurulu var. Kurul içinde Türkiye’den ve dünyadan sağlık, sağlık politikaları, sağlık ekonomisi, sağlık idaresi, sağlık sosyolojisi,

sağlık psikolojisi gibi alanlarda konusunda önde gelen uzmanlar yer alıyor. Pek çoğu bizim daha önce çeşitli konularda birlikte çalıştığımız veya bundan sonraki süreçte çeşitli proje ve faaliyetlerde birlikte olacağımız profesyoneller. Ya da bu kongrede kendilerini görmek, dinlemek istediğimiz ve bilgilerinden faydalanmak istediğimiz uzmanlar. Bir anlamda kurul kendiliğinden oluşmuştur diyebiliriz. Bilim kurulu üyelerinin bir kısmını oturumlarda görebileceğiz. Kongreye bu şekilde katkı sağlayacaklar. Bir kısmı da oturum konularının ya da konuşmacılarının belirlenmesi, konuşmaların içeriği noktasında katkılarını sunmaktadırlar. Tüm değerli bilim kurulu üyelerine şimdiden katkıları için teşekkürlerimi sunmak istiyorum.

Kongre kapsamında araştırma ve en iyi uygulama alanlarında ödüller verileceği belirtilmiş. Bu ödüller için özel sektörden de başvuru yapılması mümkün müdür?

Evet, elbette özel sağlık kurumlarımızda, üniversitelerimiz de bu ödüllü yarışmaya katılabilecek. Ancak bildiğiniz gibi araştırma bildirilerinin Bakanlığın hazırlamış olduğu Hizmet Kalite Standartları çerçevesinde gerçekleştirilmiş olması şartı var.

En iyi uygulama ödülü çerçevesinde de; hasta güvenliği, çalışan güvenliği ve laboratuvar güvenliği konularında kurumlarda yapılan iyi uygulamalar değerlendirilecektir. Değerlendirme sonucunda her konu başlığında ilk 3’e giren uygulama sahipleri kongremizde ayrılanacaktır.

Bu yarışma ile amaçlanan, hizmet kalite standartları çalışmalarının yaygınlaşması mıdır? Yoksa farklı sektörlerden sağlık kurumları arasında bir rekabet ortamının oluşturulması hedefleniyor diyebilir miyiz?

Her ikisi de denebilir. Bakanlık olarak tüm sağlık kurumlarımızda kalite ve güvenlik kültürünün gelişmesini hedeflemekteyiz. Bu noktada konuyu kamu, özel veya üniversite diye farklı kurumlar çerçevesinde değerlendirmiyoruz. Hizmet kalite standartları sağlık kurumlarında kaliteli hizmet sunumunun ve hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasını amaçlamaktadır. Bakanlıkça hazırlanan bu standartların kurumlar arasında tatlı bir rekabet ortamı içinde uygulanması olumlu sonuçlar doğuracaktır.

Yine kongre kapsamında 4 alanda kurs düzenleniyor. Bize biraz da kursların amacından ve kurs konularından bahsedebilir misiniz?

Kongre kapsamında hasta güvenliği, çalışan güvenliği, laboratuvar güvenliği ve performans yönetimi konularında olmak üzere 4 alanda birer günlük kurslar düzenlenecek. Sağlık çalışanlarımızda güvenlik kültürünün oluşturulmasının çok önemli olduğundan bahsetmiştik. Burada eğitimler çok önemli bir rol oynamaktadır. Eğitimlerin sürekliliğiyle de hizmette kalitenin artırılması ve buna bağlı olarak hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması mümkün olacaktır. Yine ağırlıklı olarak Türkiye’ye özgü performans modelinin anlatılacağı kursta bu konuya ilgi duyan ve bu alanda çalışmak isteyen kişilere yönelik bir program oluşturulmuştur. Kurs katılımları ücretsiz olup başvurular daire başkanlığı tarafından kabul edilmektedir.

Bakanlık bünyesinde bu tarz bilimsel etkinliklerin yapılması, farklı sektörlerin ve paydaşların bir araya getirilmesi Türkiye’de sağlığın değişen yüzünün bir yansımasıdır diyebilir miyiz? Bakanlık vitrinindeki bu çalışmaların dışında da politika belirleyen ya da teknik konularda karar verme ve uygulama süreçlerinde aynı birlikteliği ve ortak çalışma koşullarını sağlayabiliyor mu sizce?

Bilgi ve beceri ile donanmış sağlıklı insan gücünün ve sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumlarının oluşturulması ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel hedefleri arasındadır. Bakanlığımız bu yönde Türkiye’de politika yapıcılar ile bilgiyi üretenleri bir araya getirmek çabasıdadır. Her tür çalışmada gerek bilim adamlarımız, gerekse sahadaki uygulayıcılarımızla sürekli iletişimi esas almaktayız. Aslında bu kongre bu iletişimin bir ürünüdür. Geçen yıl elde edilen başarılı sonuç paydaşların bir arada oluşturduğu sinerjiden kaynaklanmıştır. Bu yıl da yine verimli ve başarılı bir bilgi paylaşım ortamının sağlanmasını arzu ediyoruz.

Çocuklarda sanal bağımlılık

Prof. Dr. Mücahit Öztürk



1965 yılında Eskişehir'in Sivrihisar ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Eskişehir'de tamamladı. 1983 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde üniversite eğitimine başladı. Aynı fakülteden 1990 yılında mezun oldu. 1992 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimine başladı. 1997'de uzmanlık eğitimini tamamlayıp Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi uzmanı oldu. 1998-2004 yılları arasında Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi'nde Çocuk Psikiyatrisi Uzmanı olarak görev yaptı. 2000 yılında doçent, 2007'de profesör oldu. "Çocuk Psikiyatrisi", "Okul Fobisi" ve "Boşanmış Ailelerde Çocuk" isimli kitapların yazarıdır.

Teknolojideki hızlı gelişmeler özellikle ve öncelikle iletişim alanında büyük değişikliklere neden olmuştur. Bu alanda en çok gündeme gelen ve hızlı gelişimini devam ettiren "bilgisayar" neredeyse hayatımızın merkezi haline gelmiştir. Bilgisayar o kadar hayatımızın merkezindedir ki, iletişimden eğlenceye, haber almadan, öğrenmeye kadar geniş bir yelpazede işlevini devam ettirmektedir. Bu aletsiz "neredeyse yaşayamaz" hale gelmiştir insanoğlu. Gerçekten bu derece ihtiyaç var mıydı, yoksa bir ihtiyaç mı oluşturuldu, farklı bir tartışma konu-

su ancak bu, şu an var olan "bilgisayarın hayatımızdaki yeri" gerçeğini ortadan kaldırmamaktadır. Öncelikli olarak ofislerde başlayan süreç ev, okul derken çantamızla en yakınımıza kadar girmiş ve bu sıkı birliktelik gücünü artırarak devam ettirmiştir. Zaman içinde bütün bu değişimden çocuklarımız da fazlaca nasiplerini aldılar. Şimdi evlerin çoğunda bir hatta birden fazla bilgisayar var. Çocuklar kendilerine özel bilgisayar istiyorlar artık. İnternet ve bilgisayar birlikteliğinden de oldukça sınırsız, kuralsız, sıra dışı ve gizemli bir dünya çıkıyor ortaya. Bu dünya tam da çocukların sınırsız hayal gücünü dolduran ve doyuran bir niteliktedir. Bunu çok iyi bilen teknoloji üreticileri hedef-

lerine bu büyük kitleyi de aldılar. Yarının büyükleri olan çocukları şimdiden ele geçirmek, tüketim talebini giderek artırmanın en iyi yolu olsa gerek.

Aslında bilgisayarın hayatımıza girişi ilk zamanlarda oldukça masum anlamlar taşıyordu. Bilgiye kolay ve sağlıklı ulaşabilme, bilgiyi depolayabilme ve hayatın farklı alanlarında kolaylaştırıcı rolü ile bilgisayar çok cazip geldi hepimize. Ancak iş bu noktada kalmadı ve giderek her alanda bu kolaylaştırıcı, kolaycılık yolunu açtı ve insanı çok hayatı noktalarda bağlar oldu. Çocuklar ödevlerini yapabilmek için de, notlarını öğrenmek için de, karne yerine de kullanır oldular bilgisayarı. İş sadece bilgi





Konuşacak, paylaşacak arkadaş bulamayan çocuk bu ihtiyacını klavye aracılığıyla gidermeye çalışır. Hangi yaş ve cinsiyetinde olduğunu bilmediği kişiyle yüz yüze olmamanın verdiği cesaretle sohbeti derinleştirir. Aldatır ve aldatılır aslında. Herkese sınırsız açık iletişim siteleri, mahremiyet duygusunu ortadan kaldıran, özeli adeta genele indiren yönleriyle ilişkinin en hassas boyutunu yok ederler.

depolamakla kalmadı, internetin hayata girmesiyle bilgiye sınırsız şekilde ulaşabilme gücünü de elde etti bu teknolojik alet. Klavyenin başına geçen herkes tuşlara dokunduğunda tüm bilgilere en ince ayrıntısına kadar ulaşabilmektedir artık. Bu kolaylık, araştırma tembelliğini de getirdi insanoğluna. Yani her şeye kolay ulaşabilme ve kolay elde edebilme tembelliğini. Başlangıçta belki de kimse bilgisayarın özellikle çocuklara bu kadar kolay hâkim olabileceğini tahmin etmiyordu. Nihayetinde çocuklar hareketi, oyunu, ilişkiyi, arkadaşlığı seven ve doya doya yaşamak isteyen yapıydılar. Oyun çocuğun gıdasıdır denmiştir hep. Yemek vermeyin ancak oyuncak ve oynayacak arkadaş verin çocuklara. Dünya kuralları bu hep böyle süre gelmiştir. Çocuklar en basit maddeleri dahi oyuncak yerine kullanır, dillerini dahi bilmedikleri çocuklarla hemen arkadaş olabilir ve kolayca oyun kurabilirler. Oyun; eğlencenin yanında sosyal iletişim becerilerinin geliştiği ve sınandığı, hayatın içinde bir sahnedir aslında. Oyunda çocuk küçük roller alarak hayatını etkileyecek kendine uygun rol modeller arar adeta. Arkadaş grubu içinde bu etkileşim daha farklı boyutlarda seyreder ve her ilişkiden geleceği için bir ders çıkarır çocuk.

O zaman tüm bu ihtiyaçlar nasıl birden ortadan kalkabiliyor ve çocuk oyunu, arkadaşı, sokağı değil de sanal ekranı ve ekran içindeki hayali dünyayı tercih edebiliyor. Çevresiyle ilişkisini minimuma indirip ekrana kilitlebiliyor. Elbet-

te bu sorunun birden fazla alanda cevabı olmalı. Ancak her şeyden önce şurası unutulmamalıdır ki çocukları bilgisayar ve internet aracılığı sayesinde sanal dünya ile tanıştıranlar biz ebeveynleriz. Bunun için öncelikle evimizde sadece bilgisayarın değil tüm teknolojik aletlerin hâkimiyeti ile ilgili bir değerlendirme yapmak zorundayız. Bilgisayar evimizde hayatın neresinde olmalıdır? Hangi amaçla ve ne kadar süre kullanılmalıdır? Bu kullanımda otorite kim olmalıdır, kararları kim vermelidir? Evimizde bilgisayar kullanmaya bütün bu soruların cevaplarını bileerek başlamalıyız.

Bilgisayar evlerimizde genellikle iletişim, eğlence ve eğitim amaçlı olarak kullanılmaktadır. Bu durum çocuklarımız için de geçerlidir aslında. Çocuklarımız bilgisayar aracılığı ile iletişim kurmakta (msn, facebook vs) , genellikle internet üzerinden farklı nitelikteki sanal oyunları oynamakta ve nadiren de bilgiye ulaşma amacıyla bilgisayar kullanılmaktadırlar. Özellikle iletişim amaçlı kullanımın çocuklar için ne denli sıkıntılar ve sakıncalar taşıdığını belirtmek isterim. İletişim, konuşma dertleşme ve paylaşma her yaşta insanın doğal ve masum bir isteğidir aslında. Çocuklar da bu isteklerinden fazlasıyla haklıdırlar. Hatta çocukların bu diyaloglara erişkinlerden daha fazla ihtiyaçları vardır. Ancak bu talep sanal değil, doğal ortamlarda karşılanması gereken bir taleptir. Çocuk çocukla olmaktan zevk alır, birlikte oynamakla rahatlar, konuşarak paylaşır. Eğer çocuğa bunları yapacağı ortamlar sağlanmıyorsa o zaman farklı arayışlara girmesi hiç de sürpriz olmaz. Konuşacak, paylaşacak arkadaş bulamayan çocuk bu ihtiyacını klavye aracılığıyla gidermeye çalışır. Hangi yaş ve cinsiyetinde olduğunu bilmediği kişiyle yüz yüze olmamanın verdiği cesaretle sohbeti derinleştirir. Aldatır ve aldatılır aslında. Duygudan uzak, sınırsız ve seviyesiz bir ilişki başlamış olur. Bir kısım moda sitelerle bu sanal iletişim ağı özendirilir çocuklara. Mutlaka o sitelere üye olmalıdır çünkü orada olmak adeta statü kazandırır çocuğa. Oysa erken yaşta bu sanal iletişim âlemi ile tanışmak çocuğun gerçek hayatta iletişim becerilerini geliştirme çabası içine girmesini engeller. Çocuk kolayı seçer bu durumda, fedakârlıktan, naz çekmekten, hakkını savunmaktan bir tuş ile uzaklaştırıverir karşısındakini kendinden. Herkese sınırsız açık iletişim siteleri, mahremiyet duygusunu ortadan kaldıran, özeli adeta genele indiren yönleriyle ilişkinin en hassas boyutunu yok ederler. Bu durum zaten arayış içinde olan, tepkiselliği ve eleştirilerini hat safhada kullanan bir ergen için de çok kolay kaçış yolu sağlayacaktır. İnternet aracılığıyla gelişen ilişki ve sanal arkadaşlıkların ailenin süzge-

cinden geçmesi neredeyse mümkün değildir. Sınırsızlığı sınırlandırmak hayli zor olmaktadır. Bu nedenle ebeveyn ergenlik dönemi sonlarına kadar bu derece kontrolsüz, pervasız ve mahremiyeti sıkıntıya sokacak sanal iletişim araçlarından (mail, msn ve facebook vs) çocuklarını korumalı ve bazı durumlarda ise kesin bir şekilde uzak tutmalıdırlar.

Başta televizyon, sonra da bilgisayar ev içinde çocuğun eğlence ve vakit geçirme aracı olarak hızla yerini aldı. Aslında bu süreçte ebeveynler kolayı tercih etti. Evde sorun çıkartan, oyun-oyuncak isteyen, sokağa çıkma konusunda direten, yorgun argın eve gelmiş anne babasını oyununa katmak için çabalayan ve huzursuzluk oluşturan çocuğa, ilgi duyduğu severek keyifle vakit geçirdiği teknolojik araçlar sunuldu. Önce televizyon ile başlayan bu süreçte, bilgisayar internetteki online oyunların devreye girmesiyle çocuk için çok daha cazip hale geldi. Oyun üreticileri özellikle çocukların bu zaafalarını çok iyi kullandılar. Sınırsız hayal gücüne hitap eden, bu hayalleri dolduran, çeşitlendiren ve dahası çocukların bunlara müdahale edebileceklerini, oyunu yönlendirebileceklerini anladıklarında yaşadıkları kazanma duygusu ve hırsı kat kat arttıran “bilgisayar” kısa sürede çocuğu kendine bağımlı kılabilmektedir. Masum bir eğlence ve oyundan giderek tüm yaşamı kısıtlayan çocuğun eğitim hayatına mal olan ve geleceğini adeta yok eden bir tehlike ile karşı karşıya kaldı çocuklarımız. Bu noktaya çok hızlı gelmiyor çocuklarımız. Sanal bağımlılık dediğimiz şey aslında internet ve bilgisayarla tanışma süreci içinde ne zaman ortaya çıkacağı belli olmayan çocuğun ve çevresinin farklı psikolojik yapılarının da önemli rol oynadığı karmaşık bir durumdur. “Bağımlılık” dediğimizde bağımlı olduğunuz şeysiz yapamama, onu hayatın merkezine oturtma ve yaşam kalitesinin ona bağılı giderek düşmesi anlaşılır. Örneğin bilgisayarda oyun, haberleşme ve konuşma bağımlısı olan çocuklar kullanım limitine uymazlar, bilgisayar başından kalkamazlar, kaldırılamazlar. Yemeği bile yanlarına isterler. Eğer bilgisayar odalarında ise oradan dışarı çıkmaz ve odalarına girilmesinden de rahatsız olurlar. Ders çalışmak şöyle dursun çoğu okula dahi gitmek istemezler. Okuldan geldiklerinde adeta acıkmış, susamışçasına bilgisayar karşısına koşarlar hemen. Çocuğun yaşam merkezi bilgisayar ve internet olmuştur artık. Bu durum tedavi edilmesi gereken sonunun ne olacağını kestiremediğimiz garip bir klinik tablodur bizim için de. O zaman bütün bu söylediklerimizi toparlayıp “sanal bağımlılığa” giden süreç ve yapılması gerekenleri maddeler halinde sıralayalım:

1- Çocuğunun yaşadığı dönemin teknolojik imkânlarından en üst düzeyde faydalanmasını sağlamak her anne babanın doğal hakkıdır. Ancak bu aletlerin hangi amaçlarla kullanıldığının öncelikli olarak tespit edilmesi ve bu amaçların ne kadar doğru olduğu, ne kadar uygulanabilir olduğu öğrenilerek ona göre bir planlama yapılması gerekir. Bunun için öncelikle evde tüm teknolojik aletlerin kullanımı ile ilgili bir kullanım kültürü oluşturulmalıdır. Örneğin televizyon ve bilgisayarın her oda da olmasına asla izin verilmemelidir. Bu tür aletler ortak kullanım alanlarında olmalıdır. Çocuğun kendine özel bilgisayarı ve televizyonu olması, zaten şehir hayatında onlarla çok az vakit geçirebilen anne ve babadan çocuğun tamamen kopmasına neden olacaktır. Diğer taraftan ebeveynin çocuğun ne seyrettiği ve hangi sitelere girdiği, ne oynadığı ile ilgili bilgi sahibi olması gerekir. Kontrolsüz bir bilgisayar ve internet kullanımı normal kabul edilemez. Ebeveyn gizli ya da açık bu kontrolü mutlaka yapmalı ve çocuk da kontrol edildiğini hissetmelidir.

2- Her çocuk sanal bağımlılık açısından risk taşımakla birlikte özellikle bir grup çocuğun böyle bir bağımlılığa çok daha yakın olduğunu unutmamak gerekir. Yıkıcı Davranış Bozukluğu (dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma bozukluğu, davranım bozukluğu) sorunu olan çocuklar fazlaca şiddete meraklıdır. Kurallı işlerden hoşlanmaz, sınır tanımaz ve ancak kendi yönettiği ortamlarda çok rahat olurlar. Hayallerindeki senaryoları, gizemli dünyaları, karışık ilişkileri ve gücü temsil eden her şeyi önemserler. Hem otorite ile çatışır hem de otorite olmak isterler. Bu noktada ekran onlar için çok cazip hale gelir. Oyunlarda kendi oluşturdukları dünyaya girer asar, keser, hükmeder ve oranın hâkimi olma çabası gösterirler. Diğer taraftan bu kadar sınırsızlığın olduğu dünyadan kuralların ve sınırların olduğu gerçek hayata geçmek istemezler.

3- Sosyal iletişim becerilerinde sorun yaşayan çocuklar arkadaşlık kurmakta ve sürdürmekte zorlanırlar. Buna bir de ailenin farklı kaygılar nedeniyle çocuğun arkadaş ilişkilerini aşırı yasaklayıcı ve kısıtlayıcı tavrı eklenince bilgisayar ve internet çocuk için kaçacak, soluk alınacak ve rahatlanacak mekânlar haline gelirler. Yalnızlığını, oynadığı oyunlardaki hayal âlemiyle giderirler. Ya da iletişim araçlarını kullanarak sanal arkadaşlar bulur, onlarla dertleşir, sevinçini ve öfkesini onlarla paylaşırlar. Kızacaksa onlara kızar, sevecekse onları severler. Bu tek taraflı sanal ilişki aslında çocuğun kendinde var olan gizlenme ve fark edilmeme isteğinin gereğidir. Bu ilişkilerden de çoğunlukla hayal kırıklığı ve sonunda pişmanlık üretilir.

4- Mutsuz çocuklar nedeni ne olur ise olsun, mutsuzluklarını giderebilmek için öncelikle bir çaba içine girerler. Kendilerini eğlendirecek unsurları ararlar. Amaçları dayanılmaz bu acıya karşı geliştirebilecekleri bir antidot bulabilmektir. Bunun için sanal âlem hayli değişken ve alternatifleri bol fırsatlar sunar çocuklar ve gençlere. Bir tarafta sizi gerçekten koparan ve başka bir dünyada yaşatan heyecan ve eğlencenin karıştırıldığı oyun siteleri, diğer taraftan ise hepimizin ihtiyacımız olan (depresif dönemde hem de fazlaca aranan) bir iki güzel söz ile sevilme ve önemsenme duygusunu yaşatacak sanal iletişim araçları. Mutsuzluğunu azaltacak farklı ilgi alanlarına kayma ve herkesten medet umma, sonunda bağlanmaya kadar sıkıntılı bir yolu açmış olur. Odasına kapanan çocuk, sürekli birileri ile görüşmek mesajlaşmak ister. Aslında kim olduğunu bilmediği kişi ile hayalindeki kişi imiş gibi görüşür. Bundan zevk alır ve adeta yalancı bir rahatlama hisseder.

5- Sürekli huzursuzluğun olduğu, anne babanın yoğun tartışma ve kavgalarının yaşandığı evlerde çocuklar kendini böyle bir ortamdan izole etmek için bilgisayar ve internete yönelirler. Çocuk sıkıntı veren ortamdan, sanal ancak huzur veren ortama geçer. Oyunların içinde kaybolur adeta. Ekranda konuşacak dertleşecek birini arar. Kim olduğunu önemsemeyen de bir çırpıda anlatır duygularını. Bu duyguların boşa çıkması bir tarafa, kötü niyetli kişiler tarafından kullanılması dahi mümkündür. Bu nedenle çocukların duygusal boşlukları mutlaka birileri ya da bir şeyler tarafından giderilir düşüncesini aklımızdan çıkarmamalıyız.

6- Ergenlik dönemi, yoğun çalkantıların yaşandığı kendine özgü duygusal iniş çıkışların fazlaca görüldüğü zor bir dönemdir. Zaten anne ve babaya itiraz etmekle başlayan, yavaş yavaş karşı gelen ve otorite ile mücadele güvenliğini kazanan ergen, bir anlamda da anne babadan uzaklaşmış olur. Bu uzaklaşmayı artıran anne baba yaklaşımları, ergeni farklı alanlarda kendini ifade etme ve farklı roller arama yoluna iter. Burada da bilgisayar ve internet ergen için sığınacak ve kolay ulaşılacak önemli bir araçtır. Öfkesini, kızgınlığını boşaltacağı sevgi ve muhabbetini paylaşacağı sanal oyun ya da sanal ilişki ağını kolayca bulabilir bilgisayarda. Bu nedenle bilgisayar kötüye kullanımı ve bağımlılığı yönünden ergenler en riskli grubu oluştururlar. Sosyal statü elde etme çabası oynadığı sanal oyunlarda kazandığı puanlarla birleşince oyun onun için daha da cazibeli hale gelir. Çevresindeki yaşıt gruplarıyla iyi ilişkiler geliştiremeyen ergenler sanal dünyaya daha fazla ilgi gösterirler ve aynı ilgiyi gösteren farklı

sosyo-kültürel düzeydeki ergenler de birliktelik oluştururlar.

Bilgisayar kullanımı konusunda otoritenin anne ya da baba olduğu evde mutlaka hissettirilmelidir. Karar verici mekanizmanın saat, süre ve gün kısıtlaması yanında oyun site vb kısıtlamalar getirmesi hiç de yadsınmamalıdır. Fazlaca demokrat ve güven duygusuyla çocukları kontrolsüz biçimde bilgisayar ve internetle baş başa bırakmak, bir süre sonra kontrolü tamamen onlara vermek demektir. İşte o zaman siz sınırlama ve yasak getiremez durumda olursunuz. Çocuklarda bilgisayar kullanımı ile ilgili yanlışlar fark ettiğimizde öncelikli olarak onları karşımıza alıp konuşmalıyız. Ancak bu konuşma kısa, öz ve net bir şekilde bilgisayar kullanım kültürünü oluşturmaya yönelik olmalıdır. Suçlamadan, ceza vermeden, nedenleri açıklıkla anlatarak olması gerekeni öğretmeliyiz. Diğer yandan çocuğa fark ettirmeden evin içinde bazı düzenlemeler yaparak kontrolü ele geçirdiğimizi dolaylı olarak anlatabiliriz. Aslında neyi, neden, ne kadar kısıtladığımızı açıkça anlatmamız gerekir. Çocukların yaşlarına ve gelişim düzeylerine göre var olan sorumluluklarını mutlaka yerine getirmeleri gerektiği hatırlatılmalıdır. Sorumluluklar sadece erişkinlere ait değildir çünkü. Bütün bu düzenlemenin hedefi, çocukların gelecekle ilgili belirlemek ve eğitimlerinde yanlış yönelmelerini engellemektir. Bunları onlarla konuşarak paylaşmalıyız.

Çocuğun bilgisayar dışındaki eğlence ve iletişim araçlarını da tekrar gözden geçirmek zorundayız. Çünkü çocuğa bir alternatif gösteremiyor iseniz, onun tekrar bilgisayara yönelmesini engelliyemezsiniz. Oysa çocuk doğası gereği hareketli oyunlardan, grup oyunlarından, oyuncaklardan, arkadaşlıktan fazlaca hoşlanır ve bunları normal zamanlarda mutlaka sanal âleme tercih ederler. Gelişmeleri yok saymamız ve çocuklarımızı bu gelişmelerden tamamen uzak yetiştirmemiz mümkün değildir. Ancak her türlü tehlikeye açık çocuklarımızı da özellikle iletişim çağının tehlikelerinden korumak zorundayız. Bunun için her şeyden önce yaşadığımız evde teknolojik aletleri kullanma kültürü oluşturmamız gerekir. Sınırları belirleyen, kullanımı kontrol eden bir yaklaşımla çocuğa kendi iç disiplini öğretmek, bilgisayar vb aletlerden çocuklarımızın zarar değil fayda görmesini sağlayabiliriz.

Hekim otoritesinden otoritenin hekimine

Prof.Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılı Bolu doğumlu. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi tamamlayarak, 1992 yılında üroloji uzmanı oldu. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. Başhekim Yardımcılığı, Ana Bilim Dalı Başkanlığı, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı ve Dekan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevini yürüttü. Ayrıca 1998 yılında başladığı doktora çalışmalarını tamamlayarak 2003 yılında Klinik Mikrobiyoloji dalında bilim doktoru unvanı aldı. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevine atandı. 2006'da Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi oldu.

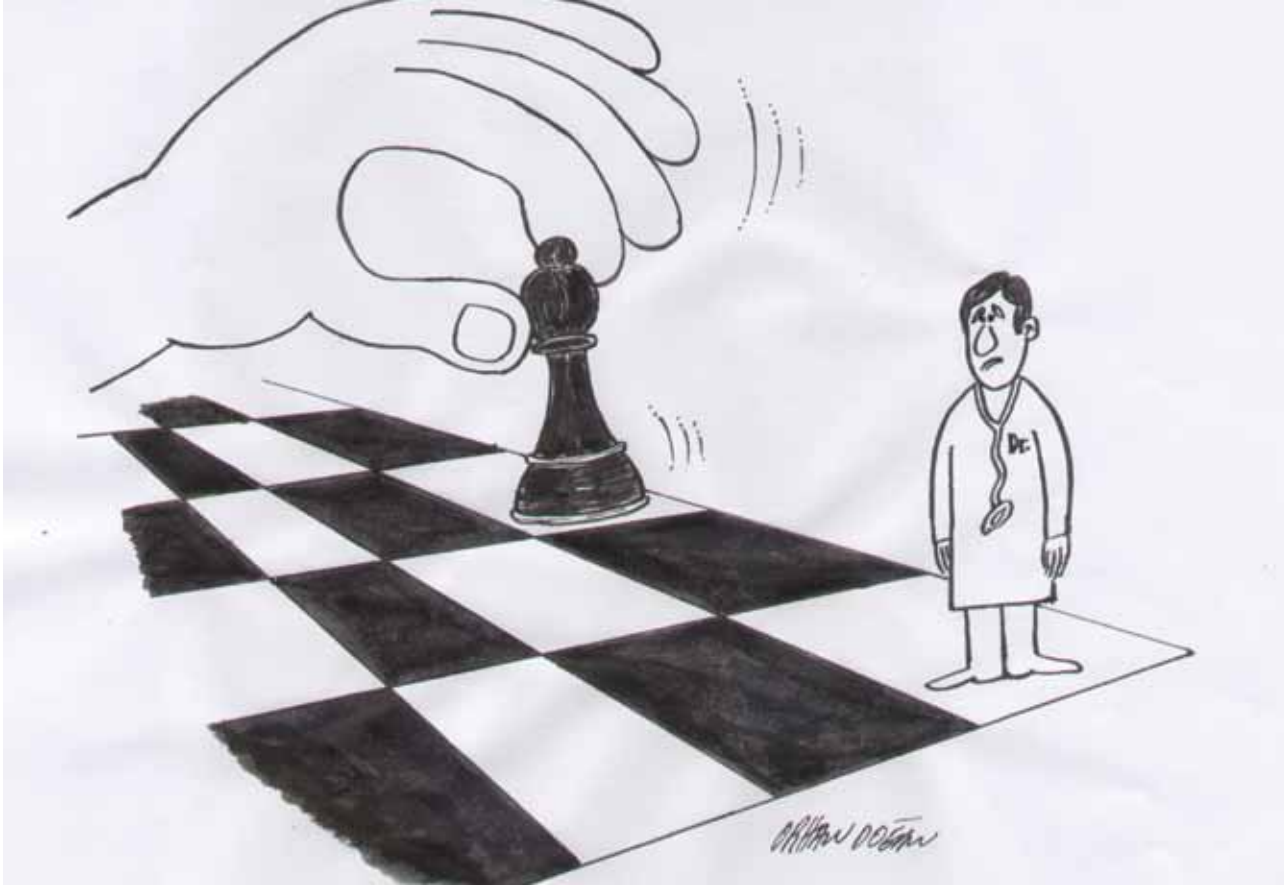
Söylendiğine göre hekimlik toplumların en fazla ihtiyaç duyulan ve saygı gösterilen mesleklerinden biri olmuştur. Bu durum çağlar boyunca böyle olagelmıştır. Antik Yunan ve Roma mitolojilerinde, ilkel kabilelerde, günümüze değin gelen farklı

kültürlerde hekimliğin bu saygın konumunu hep koruduğuna inanılır.

Mitoloji bize Batı dünyasının MÖ 1500-500 yılları arasına tekabül eden inançlarını yansıtır. Asklepios, mitolojinin olağanüstü güce sahip olan doktorudur. Özellikle yoksul ve çaresizlerin yardımına koşan yarı tanrı şifacı olarak bilinir. Gücünü babasından almaktadır,

zira babası sağlık tanrısı Apollo'dur (1). Gılgamış efsanesinde ölümsüzlük iksirini içtiğine inanılan yılan, uzun bir sopya sarılmış olarak Asklepios'un da sembolüdür. Günümüzde tıbbın sembolü olarak yılanın kullanılmasının tarihçesi bu gibi efsanelere uzanmaktadır. Galen dahil Batının bilinen kadim doktorları, kendilerini Asklepios'un takipçisi olarak tanımlamaktadırlar (2-4).





Eflatun'un, Hipokrat'ı "Asklepiad" diye adlandırdığı bilinmektedir (5). Yine günümüzde çok sözü edilen ve doktorların mezun olurken ettiği meslek yemini zannedilen Hipokrat yemini, "Doktor Apollo, Asklepios, Hygiea, Panacea ve bütün tanrı ve tanrıçalar adına yemin ederim. Onlar şahidim olsun ki, ..." diye başlar. Homer, Asklepios'un tanrı olduğunu söylemese de, onu masum, kursuz doktor olarak tanımlar (6). Batı tıbbında 3000 yıldır çok şey değişmiş olmasına rağmen, toplumun genel insan tipinden farklı olarak doktorlardan, dürüstlük, şefkat ve daha fazla fedakârlık beklentisi hala sürmektedir.

Antik çağlardaki ilkel toplumlarda sınırlı sayıda bulunan "akıllı adam" tipi genellikle toplumlarının gözeticileri ve önderleri olarak kendini göstermiştir. Bu kişiler şifalı otlar konusunda bilgi ve maharetlerini kullanarak etrafındaki insanları koruyucu ve iyileştirici roller üstlenmişlerdi. Amerika kızılderililerinde şifacı genellikle kabilede kendisinden en çok korkulan ve en fazla saygı duyulan kişiydi. Aslında bu şifacıların görece olarak çok sınırlı olan sağlık bilgisi, kabile mensupları gözünde ilahi bir haslettir. Ayrıca bu şifacılar doktor olmanın yanında, aynı zamanda kabile ile onu kontrol ettiğine inanılan ruhların arasında bir makamda olan bir rahiptir. İlahi mesajı yüce ruhlardan alıp onlara aktaran bir peygamber olarak kabul görürlerdi (7,8).

Musevilere göre, Kitabı Mukaddes'te sık sık tekrarlandığı gibi, Allah gerçek şifacıdır. Musevilikte hekime yaklaşım bu çerçevede içinde ele alınmaktadır. Allah tarafından "insan doktorlara" kendisinin yardımcıları, yeryüzündeki temsilcileri olarak insanları iyileştirecek ilahi yetki ve güç verilmiştir (9).

Günümüz Hristiyan inancına göre gerçek kurtarıcı, koruyucu ve şifacı Mesih İsa'dır. Tanrı'nın oğludur. Yoksullara ve çaresizlere özel önem verir. Asklepios'la aynı kaderi paylaşmıştır; insanların kurtuluşu için kendini feda etmiş, çarmıha gerilmiş, ölümlülerin ölümünü tatmış ve göğe yükseltilmiştir (1,10).

İslam anlayışında yaygın kanı, tıp eğitiminin "farz-ı kifaye" olduğu yönündedir. Yani mutlaka her toplumda bu bilime sahip insanların olması gerektiği, aksi takdirde diğer insanların da sorumluluktan kurtulamayacağına inanılır. İslam kaynaklarında tıbbı nebevi önemli yer tutar. Kuran-ı Kerim'de bir sure Lokman adını taşımaktadır. Burada Lokman'dan bahsederken, "Andolsun ki, vaktiyle Lokman'a hikmeti vermiş ve şöyle demiştik... (Kuran 57/12)" buyrulmaktadır. Halk efsanelerinde hekim olduğuna inanılan Lokman, Kuran'daki ifadesiyle kendisine hikmet verilmiş kişidir, hikmet sahibidir. Hikmet, doğru bilgi, inanç ve düşüncedir; bu zihni birikimin mümkün olan en mükemmel şekilde hayat geçirilmesidir. Bilginin yerli yerinde kullanılmasıdır (11). Bu hikmet sahibi olabilme özelliği nedeniyeldir ki, dilimizde doktor ve tabip yerine "hekim" kelimesi de kullanılmaktadır.

Görülüyor ki, antik inançlarda olduğu kadar doğrudan tanrısal olmasa da, günümüzde yaşayan dinlerde de hekimin ilahi otorite ile bir bağı kurulmaktadır. Hekimlere olağan üstü bir güç vehmedilmektedir. Bunlar içinde hekim, doğru bilginin hayata geçirilmesi çerçevesinde ele alan İslam inancının en fazla insanî olan anlayışı benimsediğini ifade edebiliriz.

Antik çağlardaki "akıllı adam" şifalı otlar konusunda bilgili ve maharetliydi,

genellikle kendi toplumunun önderleri ve gözeticileriydi, mitoloji ve antik dinlerde tanrının oğlu, yarı tanrı ya da tanrıların habercisiydi. Günümüzde hekim, hastalıklardan korunma ve hastalıkların tedavisi konusunda eğitilmiş bir bilim adamı olarak kabul edilir. Ancak hekimin, fiziksel hastalığı teşhis etmek ve iyileştirmek için bilgisini kullanan biri olmaktan öte "daha fazla bir şey" olduğu, kanısını ve hekimden daha fazlasının beklendiğini göz ardı edemeyiz. Zira hekim, bilgisini kullanarak görevini yaptığı halde, hastası iyileşmeyen ya da ölen birçok hasta yakınının sonradan hekime gösterdiği tepkinin altında bu olağanüstü güç beklentisi yatmaktadır.

Birçok meslek mensubu gibi doktorlar da mesleğe başlarken yemin ederler. Bu yeminin genellikle Hipokrat yemini olduğu ileri sürülürse de, fazla bir ilgisi yoktur. Zira ne artık tanrı ve tanrıçalar adına yemin edilmekte, ne de rahim tahliyesi, embriyo redüksiyonu gibi insan hayatına her ne suretle olursa olsun müdahale anlamına gelecek işleri yapmamaya söz verilmektedir.

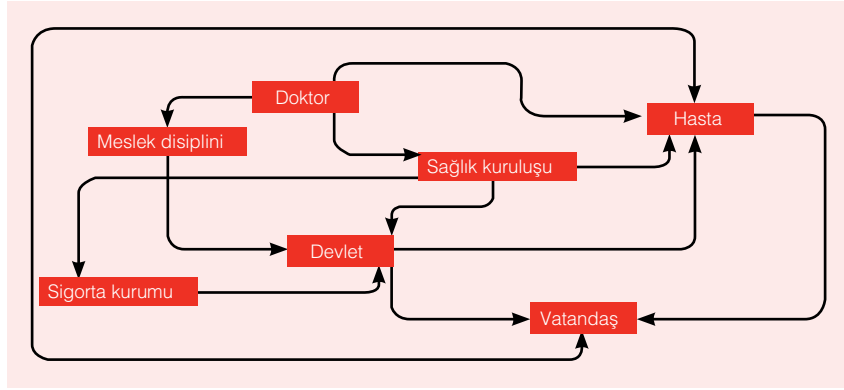
Yemin, yemin edenin vaat ettiği ve olması gerektiği üzerinde uzlaşmış olan işleri yapmayı taahhüt ettiği tek yanlı bir sözleşmedir. Bu sözleşmenin muhatabı genelde içinde bulunulan toplumdur; özelde ise tüm kamu adına, kamu üzerine söz söyleme yetkisi olan ve onun üzerinde, ona hâkim olan yasal otoritedir. Aslında yeminin en önemli özelliği yemin edenin sözünü ettiğimiz otoriteye bağlılığını göstermesidir. Yani bir anlamda yemin eden kişi, kendi dışında başka bir otoritenin varlığını kabul etmiş olur. Bu otorite denetleyici mekanizma olarak ilk bakışta kamu otoritesi gibi algılsa da, bunun yanında yeminin kapsamına

Tanrısal güç taşıyan hekim anlayışının antik çağlarda kaldığını, kahramansı tıp modelinin gittikçe yok olduğunu biliyoruz. Modern tıp anlayışı ile birlikte bilim ve sanatına odaklanmış ancak profesyonel ilişki içinde yani bir meslek icracısı olan hekim tipi ile karşı karşıyayız. Bu durumun, toplum içinde özel ve saygın bir konumu bulunan hekimlik algısını da tehdit etmekte olduğuna dikkat etmemiz gerekiyor.

göre başka otoriteler de kabul edilmektedir. Namus ve şeref gibi etik değerlere koruyuculuk yapan kavramların yeminde yer alması, hocalara ve toplum değerlerine işaret edilmesi kültürel bir otoritenin varlığının kabulünü gerektirir. Yine mesleki değerler ve gereklerden söz edilmesi mesleki otoriteye bağlılık anlamı taşır. Eğer yeminde, Hipokrat yemininde olduğu gibi ilahi makamlara atıf varsa, bu yasal otoritenin de üzerinde bir üst otoriteyi kabul anlamına gelir.

Günümüz tıbbında hekimler kendilerini yasal otorite, mesleki otorite ve kültürel otorite üçgeninin içinde bulmaktadır (12). Sahip oldukları inanç düzeyine göre de ilahi otoritenin etkisi olabilmektedir. Aslında bu triad içinde olmanın ötesinde, tarihsel sürece baktığımızda hekimler bu otoritelerin oluşumunda, tanımlanmasında aktif rol oynamışlardır. Bir anlamda hekimler kendi tanımladıkları, kendileri ile özdeş otoritelere tabi olagelmışlerdir. Bu triadin dışındaki ilahi otorite bile hekimlerin kendilerinin ilahi varlıklar olması anlayışı ile bütünleşmiştir.

Bu yüzdendir ki, hekimler önceleri sağlık sistemlerinin etkileyicileri ve şekillendirici-



Şekil: Sağlık sisteminde hesap verebilirlik

cileri konumunda idiler; bu yönde önder, lider hatta kahraman konumundaydılar. Kamu otoriteleri ve tıbbi meslek temsilcileri toplumu koruyucu optimal mekanizmalar için doktor yönlendirmeli düzenlemeleri dikkate aldılar. Aslında hekimlerin sahip oldukları bilgi ve uzmanlıkları sayesinde elde ettikleri bu konum, hâkim olan kahramansı tıp modelinin (heroic model of medicine) doğal sonucuydu (13). Bu modele göre hekimlerin neredeyse her duruma göre verecekleri bir cevabı vardı; bu tarzda yetiştiriliyorlardı. Toplumun hekimlerden beklentisi ve onları kabulleniş tarzı, hekimlerin söylediklerinin ve yaptıklarının sorgulanır olmasını engelliyordu. Nihayetinde mesleğin önderleri tarafından ortaya konan etik prensiplere hekimlerin gönüllü olarak uyduğu kabul edilirdi. Diplomalı bir hekim veya ruhsatlı bir sağlık kurumu toplumu koruma görevlerini yerine getirir, toplumun ve hastaların çıkarlarını her zaman kendi çıkarları üzerinde tutardı. Diğer yandan tıp alanını düzenleyici otoritelerin liderliğini yapan hekimler de, geleneksel olarak kendilerini toplumun ihtiyaçlarını gözetken tek yetkili odak olarak görme eğiliminde idiler. Hekimler bu tür düzenlemeleri uygun mesleki yönetim ve özellikle de mesleki bağımsızlığın sürdürülmesi için gerekli görüyorlardı (14).

Ancak bu kahramansı tıp modeli, hastaların ihtiyacını gidermekte, beklentilerini karşılamakta ve diğer paydaşların son derecede karmaşık problemleri olan sağlık sistemi içindeki rollerini oynamalarında gittikçe daha az etkili olmaktadır. Değişen toplum/hasta beklentileri, hastaların sınırsız bir şekilde bilgiye erişim kolaylıkları, sağlık harcamalarının kontrolsüz artışı ve üçüncü oyuncuların gözlem, kontrol ve denetim gibi yollarla alana müdahalesi bu modelin gittikçe sahneden çekilmesi-ne yol açmaktadır.

Hekimler bugünün çok paydaşlı karmaşık sağlık sistemleri içinde liderlik rollerini yitirmiş durumdadır. Kendilerini toplumda üst basmakta konumlandırmalarına rağmen genellikle lider, öncü olarak öne çıkamıyorlar. Toplum

liderleri olmaktan çok kendilerini sanatkâr/bilim adamı olarak görme eğilimindedir (13). Uzmanlık alanlarında bilim liderleri olma yönünde önemli derecede istek ve motivasyonları olmasına rağmen, sağlık hizmet sunum tarzına yani sisteme etki etme, fonksiyonel liderler olma yönünde fazlaca gayretleri olmamaktadır.

Modern tıp anlayışı ve sistemde hekimin değişen rolü, hekime olan algıyı da hızla değiştirmektedir. Hekimlerin her zaman hastaların çıkarını kendi çıkarlarının üstünde tuttuğu varsayımı ile toplumun hekimlere olan güveni ve hesap verebilirliğin meslek onuruna bağlanması artık yeterli görülmemektedir. Hastaların hekimden yararlanmasının, olağanüstü gücün aktarımı ya da sadece bilimsel bilgi ve metodolojinin "teknik olarak" uygulanmasından ibaret olmadığı, bu ilişkinin aynı zamanda profesyonel bir eylem olduğu anlayışı yerleşmektedir (14). Profesyonel bir eylem bütün yönleriyle profesyonel olan bir işgücü kullanımına dayanmaktadır. Profesyonellik hastalarına ve topluma karşı yasal, etik ve kültürel sorumlulukları tam olarak üstlenmeyi gerektirdiği gibi hekimlerin ve hekimlerle ilgili yasal düzenleme yapanların da hesap verebilirliğini gerekli kılmaktadır.

Hekim olarak hoşlanmasak da, hekimin bugün içine düştüğü konuma bilinen hizmet- müşteri-artı değer modeli penceresinden baktığımızda, çok belirgin bir iş (business) olgusu ile yüz yüze olduğumuz ileri sürülmektedir (13). Bu durum günümüzde yeni bir doktor tipinin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Soyer, bu değişimin "Virchowcu Tıbbın" Flexnerici Tıbbı" yenilmesinin sonucu olduğunu iddia ediyor (15).

Profesyonel ilişkinin hesap verebilirliği birlikte getirmesi doğal olduğu kadar istenen bir durumdur. Ancak tıbbi hizmetler verilirken takım kaptanı olan hekimin tek sorumlu gibi görülmesi, bazen hastaların, bazen de yöneticilerin içine düştüğü bir yanılgı olmaktadır. Hatta ulusal düzenleyiciler bile bu düğüm içinden çıkamayarak kendini

aşan konularda bile hekimin hesap vermesini öngörebilmektedir. Bilimsel gelişmelere paralel olarak hekimlerin kendilerini yenilemeleri, toplumun buna hazırlanması, hasta güvenliği konusunda personel eğitimi ve hizmet sunumunda hasta odaklı tedbirlerin geliştirilmesi, buna rağmen birer kimyasal ajan olan ilaçların öngörülmeyen etkilerinin olabilmesi, takımında yer alan farklı mesleklerin kalitesi ve verimliliği, bütün bu faktörlerin birbiri ile girişi, mükerrerlikler ve görev çatışmaları ve nihayet ekonomik kısıtlılık gibi çok sayıda ve karmaşık zorluklar ulusal düzenleyici otoritelerin önünde durmaktadır (14). Bu karmaşada hekimin hesap verebilirliğinin gerçekleştirilmesi çok kolay olmasa gerektir.

Yine de hekimin gemi kaptanı olduğu konusundaki kanı devam etmektedir. Gemiye yürüten, hizmetleri gören çok sayıda tayfa olsa da, yolcular ve hâkim otoriteler muhatap olarak kaptanı tanımaktadır, ona hesap sormaktadır. Gemi aslen yolcular için sefere çıkmaktadır. Bu seferde yolcuların memnuniyetsizliğinden kaynaklanan itiraz ve başkaldırıları kaptanadır. Yolcuların ayaklanması kaptan olarak hekimi tehlikeye sokmaktadır (16). Yani hekim hem sistemde güç kaybederek risk altına girmekte hem de tarihten gelen konum algısı nedeniyle risk taşımaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımladığı 2009 Avrupa Sağlık Raporu'nda hesap verebilirliği temin için sağlık sisteminin performansının ölçümü konu edinmekte ve sağlık sistemindeki önemli hesap verebilirlik ilişkilerine işaret edilen bir şemanın alıntılındığı görülmektedir (17). Buna göre, sistemde önemli aktörler olarak devlet, hizmet sunan organizasyonlar, hizmet satın alan organizasyonlar, vatandaşlar, meslek disiplinleri, hekimler ve hastalar yer almaktadır. Bu aktörler arası ilişki tasarımı, meslek disiplinlerinin, hizmet sunucuların ve hizmet satın alıcıların devlete hesap vermesi öngörülürken, devletin de vatandaşlarına ve hastalara hesap vermesine işaret edilmektedir. Bu şemaya göre devlet, hizmet satın alan organizasyonlar, hizmet sunucuları ve hekimler hastaya hesap verme sorumluluğu taşıırken, hastanın hesap vereceği tek unsur vatandaş sorumluluğu olmaktadır. Hekimler ise hizmet sunan organizasyona, mesleki disiplinine ve hastasına doğrudan, hizmet satın alan organizasyona ve devlete dolaylı olarak hesap verme durumundadır. İlginç olan ise bu tasarımda hekime hesap verme sorumluluğunu taşıyan bir merci bulunmamaktadır.

Sağlık sistemi tasarımı hekimler ya tepkisel olmakta ya da lakayt kalmaktadır. Hekimin liderliği üçüncü şahısla-

ra terk ettiği bu alanda, profesyonel ilişki ile birlikte gelen ve olağan olan hesap verebilirliğin hekimin linç edilmesine doğru giden bir seyir izlemekte olduğu izlenimini alıyorum. Bu konuda gösterilecek hassasiyetin, hekimlik mesleğinin olduğu kadar hasta güvenliğinin korunması için de önemli olduğu kanısındayım.

Bu arada ülkemiz özelinde son günlerde önemli görülen bir davada askeri hekimlerimizin tutumları ve verdikleri kararlar, Adli Tıp Kurumu'nun ardı sıra biri birini tutmayan kararlara imza atması, hekimlik kurumunun statüsü ile hekimlerin devlet/derin devlet otoritesi karşısında verdiği kararların meşruiyetini tartışılır hale getirmesi ayrı bir vahim durumdur (18). Mesleki otorite gölgesinde tartışmasız kabul edilen hekim kararlarının kamu vicdanında yer bulmaması hekimlik statüsünün sarsılmasını hızlandıran ilave bir etki yapmıştır. Ancak bunun hekim konumundaki evrensel değişime daha fazla olumsuz katkı yapacağını sanmıyorum.

Tanrısal güç taşıyan hekim anlayışının antik çağlarda kaldığını, kahramansı tıp modelinin gittikçe yok olduğunu biliyoruz. Modern tıp anlayışı ile birlikte bilim ve sanatına odaklanmış ancak profesyonel ilişki içinde yani bir meslek icracısı olan hekim tipi ile karşı karşıyayız. Artık bir hekim hizmetinden, başarisından, önderliğinden bahsetmiyor; sağlık hizmet açısından, sağlık sisteminde yani organizasyonel bir stratejiden bahsediyoruz. Hekim sağlığın birincil ögesiye artık organizasyonun ögelerinden biri haline gelmektedir. Bu durumun, toplum içinde özel ve saygın bir konumu bulunan hekimlik algısını da tehdit etmekte olduğuna dikkat etmemiz gerekiyor.

Hekimin kendi iç dinamikleri veya bireysel öncelikleri yönünde değişim yalalaması, eğer organizasyonun stratejik hedefleri ile uyumlu bir değişim değilse başarı getirmeyecek, hekimin organizasyon içindeki önemini artırmayacaktır. Sürdürülebilir bir başarı, davranışın organizasyonun stratejisinden kaynak alması ve hedeflerinin net bir şekilde organizasyonun hedefleri ile ilişkili olmasına bağlıdır (19). Hekimin organizasyonun hedeflerini, yani kullanan sistemin önceliklerini iyi tanıması, gerekirse bu hedeflerin belirlenmesinde aktif rol alması gereklidir.

Yani kısacası, toplumda hekim etkisini artırmak, hekim saygınlığını korumak için hekim- otorite ilişkisini yeniden tasarlamaya ve yeni bir hekim davranış modeline ihtiyacımız var.

Kaynaklar

- 1) Bailey JE: Asklepios: Ancient Hero of Medical Caring. JHistory of Medicine January 1996 | Volume 124 Issue 2 | Pages 257-263
- 2) Galen. De Libris Propriis. In: Edelstein EJ, Edelstein L. Asclepius: A Collection and Interpretation of the Testimonies. Volume 1. Baltimore: John Hopkins Pr; 1945:263.
- 3) Galen. De Morborum Differentiis. In: Edelstein EJ, Edelstein L. Asclepius: A Collection and Interpretation of the Testimonies. Volume 1. Baltimore: John Hopkins Pr; 1945:263-4.
- 4) Nuland SB. Doctors: The Biography of Medicine. New York: Knopf; 1988:38-9.
- 5) Plato. Phaedrus. Fowler HN, trans. Cambridge, MA: Harvard University Pr; 1938:549.
- 6) Homer. The Iliad. V. 194, Book 4. Murray AT, trans. Cambridge, MA: Harvard University Pr; 1960:167.
- 7) Osler W: The Principles and Practice of Medicine. D. Appleton and Co. New York and Londoni 1920
- 8) Weaver DW: Medicine as a Profession. The A. S. Barnes Co. New York and Chicago, 1917
- 9) Steinberg A, Rosner F: Encyclopedia of Jewish medical ethics: a compilation of Jewish medical law..
- 10) Farnell LR. Greek Hero Cults and Ideas of Immortality. Oxford: Clarendon Pr; 1921:271-2.
- 11) Özek A, Karaman H: Kur'an-ı Kerim ve Türkçe Açıklamalı Meali, Lokman Suresi.
- 12) Nancy M. P. King, Larry R. Churchill and Alan W. Cross (editors): The Physician as Captain of the Ship. D Reidel Publishing Co. 1988, Netherlands
- 13) Manya Arond-Thomas: From God to Coach: The New Physician Leader. Manya Arond-Thomas & Company 2002.
- 14) Medical Regulatory Authorities and the Quality of Medical Services in Canada and the United States. Co-published with the Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada and the Federation of State Medical Boards. June 2008.
- 15) http://www.evrensel.net/haber.php?haber_id=43970
- 16) Morris PJ: The Physician as Captain of the Ship. Philosophy and Medicine 10.1007/978-0-585-27589-5_7
- 17) European Health Report 2009: Health and health systems, Publications WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (Advance copy)
- 18) Soyer A: Hekimlerin Toplumsal - Sınıfsal-İdeolojik Kökeni ve Dünyada Hekim Örgütlenmesi Örnekleri. Sorun Yayınları, 2005
- 19) Blattner S, Wenneker M: Getting physician buy-in—even without direct authority. Physician Executive, Sept-Oct, 2005

İşsizlik, sağlığı nasıl etkiler?

Dr. Hüsnü Dağlı

İşsizlik veya işten çıkarılma, en önemli toplumsal sorunlardan biridir. Ancak bu durum gerek işveren açısından, gerekse işgören açısından genellikle ekonomik yönden ele alınır ve ekonomik sonuçları incelenir. İşsizliğin kişisel sağlık ile ilişkisi de aslında birçok araştırmaya konu olmasına rağmen, aralarında bir neden-sonuç ilişkisi kurmak her zaman mümkün olamamaktadır.

İşsizlik, birkaç mekanizma yoluyla sağlığı etkiler. Bunların başında maddi kazançların kaybedilmesi gelir. Ayrıca kişisel statünün, iş ilişkilerinin ve zaman yapısının kaybı da bu süreci etkiler. Bunların sonucu olarak istenmeyen

olaylar daha fazla meydana gelebileceği gibi, stresle başa çıkma yöntemleri de işe yaramamaya veya yetersiz kalmaya başlar. Hatta başa çıkma yöntemleri bazen zararlı da olabilir. Böyle zararlı davranışlar arasında, sigara ve içki tüketiminde artış ve en tehlikelisi, intihar olgularında artış görülebilir.

Kendi isteği dışında işten çıkarılan kişiler üzerinde yapılan çeşitli araştırma-



larda hastaneye yatış oranları incelenmiştir. Bu kapsamda en sık incelenen hastalıkların başında kalp-damar hastalıkları ve inmeler gelmektedir. İşten çıkarılan yaşlı kişiler arasında, işten çıkarıldıktan sonra myokard infarktüsü ve inme oranlarında 2 kata varan artışlar bildirilmiştir. Örneğin, Danimarka'da kapatılan bir tersanenin işçileri arasında myokard infarktüsü nedeniyle hastaneye yatırılanların iki kattan fazla artış gösterdiği saptanmıştır. Ancak bu bulguların aksini gösteren çalışmaların da bulunması, bu konuda karar vermeyi güçleştirmektedir.

İşten çıkarılan kişilerde intihar girişimleri veya kendine zarar verme eğilimleri, diğer kişilere göre 2 kat daha fazladır. İntihar girişimleri, erkeklerde kadınlara kıyasla 2 kat daha fazladır. Benzer şekilde, alkol kullanımı ve buna bağlı mortalite de artmaktadır. Trafik kazalarında gözlenen artışın da alkol kullanımı ile ilgili olduğu gösterilmiştir. Ancak yapılan kilometre başına gözlenen ölümler artarken, işsizlerin daha az araba kullanmalarından dolayı, toplam ölüm sayısında anlamlı bir artış görülmemektedir. Alkol kullanımına bağlı hospitalizasyonlar ve trafik kazaları, erkeklerde kadınlardan daha fazla görülmektedir.

Evlilik ile sağlık ilişkisi de birçok araştırmanın konusu olmuştur. Genellikle evliliğin sağlığa olumlu katkı yaptığı söylenir. Eşler, zor durumlarda, hem duygusal hem de finansal olarak birbirlerine destek olabilirler. Ancak kişiler arasındaki ilişkinin düzeyine bağlı olarak, işsizlik durumlarında evlilikte sorunlar da başlayabilir ve boşanmaya kadar varabilir. Çocuğu uzun süre hastanede yatan ailelerde, eğer baba çocukla ilgilenmek için sık sık işinden izin almak zorunda kalıyorsa, bir süre sonra işini kaybetme tehlikesiyle baş başa kalabilir. Bu şekilde işini kaybeden erkeklerde, boşanmaların da arttığı dikkati çekmiştir. Ancak burada, çocuğun hastalık durumunun da önemli olabileceği ileri sürülmüştür. Alkole bağlı olaylar ve trafik kazaları söz konusu olduğunda, evli erkekler arasında iş kaybının yarattığı travma daha fazladır. Kadınlara karşı ise, evlilik koruyucu bir özellik göstermektedir.

Eğitim düzeyi ile sağlık arasındaki ilişkiler de iyi bilinmektedir. Ancak işsizliğin, eğitim düzeyi yükseldikçe yol açtığı sağlık sorunları hakkında yeterli bilgi yoktur. Yine de, eğitim düzeyi yükseldikçe, kişilerin işsizlik gibi sorunlarla baş etme yöntemleri değişmektedir. Burada, eğitim düzeyi yüksek kişilerin, işleri kaybetmeler bile, hızla bir başka iş bulabilmelerinin daha kolay olmasının rolü olduğu düşünülebilir.

İşyerinin bazı özellikleri de işsizler üzerinde etkili olabilir. Kapanmak zorunda

kalan ve bu nedenle işçilerini çıkartan işyerlerinin ve kuruluşların büyük bir kısmı, yeni kurulmuş işyerleridir. Böyle işyerlerinde çalışan işçilerin morbidite riski de yüksektir. Çünkü büyük bir olasılıkla işe alınırken yeterli sağlık taramaları yapılmamış olabilir. Bu kişilerin daha işe başlarken bazı sağlık sorunları bulunabilir veya alkol tüketimi gibi riskli gruplar içinde bulunabilirler. Sektördeki bazı özellikler de bu durumu etkileyebilir. Çünkü her sektörde ücret politikası, iş güvenliği ve iş çevresi ile iş güvencesi farklı olduğundan, işsizlik durumunda ortaya çıkan sağlık sorunları da farklı olabilir. Bu nedenle net bir sonuca ulaşmak kolay olmayabilir. Buna karşılık, köklü kuruluşlarda meydana gelen kapanmalar sonucu işsiz kalanlarda sağlık sorunları daha düşük düzeyde görülmektedir.

İşsizlik ile sağlığın bozulması arasında bir ilişki olduğuna şüphe yoktur ancak bu ilişkinin neden-sonuç ilişkisi olduğunu gösterecek kanıtlar henüz yeterli değildir. Batı ülkelerinde işsiz kalan erkek ve kadınlarda, aşırı alkol tüketimine bağlı hospitalizasyonların arttığı gözlenmiştir. Kadınlarda, genel olarak stresli hayata reaksiyon olarak depresyon ve anksiyete daha fazladır. Ancak bu durumlar çoğunlukla hastaneye yatış ile sonlanmaz. Evli olan erkeklerde, mali sorumlulukların daha fazla olmasından dolayı, işsizlik daha büyük bir stres kaynağı olurken kadınlar bu konuda daha şanslıdır. Mali sorunlar, akıl sağlığı ile ilgili sorunların da birer tetikleyicisi olarak rol oynayabilir. Özellikle, ekonomik kriz dönemlerinde sıklıkla görülen ani işten çıkarma olaylarında, bir anda işini kaybeden kişilerde ciddi ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmekte, bu sorunların yol açtığı davranış değişikliklerinin neden olduğu olaylar bazen medyaya da yansımaktadır. Aynı anda bir işyerinde veya toplumda birçok kişinin işsiz kalması paylaşıma duygusu yarattığı için bazen kişiler üzerinde daha az etki bırakırken bazen de böyle bir etkiye neden olmamaktadır. Genel ekonomik kriz dönemlerinde, yeni iş bulmak daha zor olduğu için de, diğer zamanlara kıyasla, kişilerdeki stres ve sağlık sorunları daha belirgin hale gelmekte ve daha sık görülmektedir.

İşsizlik, tüm dünyada önemli bir sorundur ve kişilerin sağlığını hem doğrudan hem de dolaylı olarak etkilemektedir. Ekonominin küçüldüğü ve işsizliğin arttığı bir ortamda, kişilerin sağlık sorunları da artacağından, sigorta kurumlarının artan sağlık sorunlarıyla da başa çıkması gerekecektir. Böyle bir kısır döngü, tüm toplumun sağlığını olumsuz etkileyecek potansiyele sahiptir. Öyleyse, devlet yeni istihdam olanakları yaratma olgusuna, yalnızca ekonomik göstergelere göre değil, sağlık

İşsizlik, tüm dünyada önemli bir sorundur ve kişilerin sağlığını hem doğrudan hem de dolaylı olarak etkilemektedir. Öyleyse, devlet yeni istihdam olanakları yaratma olgusuna, yalnızca ekonomik göstergelere göre değil, sağlık göstergelerine göre de karar vermeli ve toplum sağlığını koruyabilmek için yeni iş alanları açmaya gayret göstermelidir. Aksi takdirde kaybeden tüm toplum olacaktır.

göstergelerine göre de karar vermeli ve toplum sağlığını koruyabilmek için yeni iş alanları açmaya gayret göstermelidir. Aksi takdirde kaybeden tüm toplum olacaktır.

Kaynaklar

Artazcoz L, Benach J, Borrell C et al. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles and social class. *Am J Publ Health* 2004; 94: 82-88

Blakely TA, Collings SCD, Atkinson J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *J Epidemiol Comm Health* 2003; 59: 600

Browning M, Dano AM, Heinesen E. Job displacement and stress-related health outcomes. *Health Economics* 2006; 15: 1061-1075

Eliason M, Storrie D. Job loss is bad for your health-Swedish evidence on cause specific hospitalization following involuntary job loss. *Social Science and Medicine* 2009; 68: 1396-1406

Ross CE, Wu C. The links between education and health *Am Sociol Rev* 1995; 60: 719-745

Weber A, Lehnert G. Unemployment and cardiovascular diseases: a casual relationship? *Int Arch Occup Environ Health* 1997; 70: 153-160

Uluslararası toplum ve insan hakları bağlamında sağlık ve sağlık yardımları

Prof. Dr. M. İhsan Karaman



1986'da İÜ. Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1991'de Üroloji Uzmanı oldu. Takip eden on yıl süresince Şişli Etfal Hastanesi'nde üroloji kliniği baş asistanı olarak görev yaptı. Bu süre içinde 1994'te ABD'de, Houston'daki Baylor College of Medicine'de misafir ürolog olarak görev yaptı. 1996'da üroloji doçenti, 2008'de profesörü oldu. Prostat kanseri konusunda bir bilimsel kitap editörlüğü, katkıda bulunduğu 15'ten fazla kitap bölümü yazarlığı, 250 kadar ulusal ve uluslararası alanda yayımlanmış veya sunulmuş bilimsel çalışması ve 100 kadar uluslararası sitasyonu mevcuttur. 7 tıbbi derginin editörler kurulunda yer alan Karaman; 5 uluslararası, 10 ulusal tıbbi derneğin üyesidir. Türk Çocuk Ürolojisi Derneği'nin kurucularından ve bu derneğin denetim kurulu üyesi olan Karaman, aynı zamanda Yeryüzü Doktorları adlı uluslararası tıbbi ve insani yardım kuruluşunun Türkiye şubesinin yönetim kurulu başkanlığını yürütmektedir. İngilizce ve Arapça bilen Dr. Karaman, evli ve iki çocuk babasıdır.

Kurtlar Vadisi Irak filmindeki meşhur sahneyi hangimiz unutabilir: İsrailli doktor, Irak'ta askeri hastanede çalışırken, yaralıların organlarını alır ve bu organlar, zengin Batılıların transplantasyon ihtiyaçlarını karşılamak üzere askeri uçaklarla transfer edilir. Burada, sağlık ve sağlık yardımı kavramları nasıl bir araç olarak kullanılmaktadır sizce? "Soğuk savaş" diyebilir miyiz buna? Doğru-

dan sıcak savaş, bir insanlık dramı ve suçu değil midir bu? "Canım, altı üstü bir film bu" kolaycılığına kaçmayalım lütfen, azı var, fazlası yok bu senaryonun, yaşadığımız dünyada.

1948'de Birleşmiş Milletler tarafından ilan edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde teminat altına alınan "insan hakları" ve bu cümleden olan "sağlık hakkı" değişik noktalarda kesişmektedir. Bunlardan en önemlisi bu hakların ihlal edilmesi durumudur. İnsan hakları, ilke olarak devlet ile birey arasındaki

ilişkilerde bireyi güçlendirmeyi ve devleti sınırlandırmayı hedefler. Günümüzde insan hakları konusundaki çalışma alanlarının genişlemesiyle birlikte, insan haklarının sadece devletten gelen ihlalleri değil, şirketlerden, güç odaklarından, yerleşik kültürden gelen her türlü ihlali de kapsamına aldığı görülmektedir. Peki ya, uluslararası alanda, güçlü olanın zayıf olana, çaresiz olana, muhtaç olana uyguladığı insan hakları ve sağlık hakkı ihlallerine ne diyeceğiz? Hem de Birleşmiş Milletler'in kapsama alanında. Tuz koktu mu acaba?







İnsanoğlunun temel haklarından olan yaşama hakkının işlerlik kazanabilmesi, ancak sağlık hakkının korunup gözetilmesiyle mümkün olabilir. Sağlık hizmetlerini kapsayan birey ve toplum arasındaki ilişki biçiminin biri için "hak", diğeri için "ödev" olması, insan hakları evrensel bildirgesiyle gündeme gelmiştir. Bu bağlamda, sağlık hakkı, temel dayanağını insan hakları ile ilgili evrensel belgelerden almıştır. Genel olarak biyolojik, sosyolojik, psikolojik ve kozmik özellikleriyle değerlendirilen insan, hiç kuşkusuz aynı zamanda akıl ve düşünce yetenekleri ve vicdan sahibi olması nedeniyle "etik bir varlık"tır. Ahlaki gereksinimleri çerçevesinde onurlu bir yaşam sürdürmeye de ihtiyaç duyar. Onurlu bir yaşam sürdürme ihtiyacı, insanın "insan olmak" ile kazandığı temel bir haktır. Etik bir varlık olarak insanın onurunu güvenceye alan tüm kurallar, bu arada yaşama ve sağlık hakkı da insan hakları kapsamına girer. Peki, bugün yeryüzü coğrafyasının büyük çoğunluğunda, insanoğlunun temel haklarından sayılan sağlık, onurlu bir yaşam, hayata saygı gibi evrensel ilkelerin geçerli olduğunu söyleyebilir miyiz? Olaylar ve rakamlar ne yazık ki bunun tam tersini gösteriyor. Bu yazı çerçevesinde, gerek insan hakları, gerekse mülteciler bağlamında yaşama ve sağlığa dair bazı örnekleri gözler önüne serecek, somut rakamlarla uluslararası arenada sağlığın ve sağlık yardımlarının güncel durumunu irdeleyeceğiz.

İngiliz yazar ve hukuk adamı Thomas More'un, 15. yüzyılda kaleme aldığı ve "Ütopya" adını verdiği eserinde insanların sağlıklı yaşama hakkı konusunda yazdıklarına bakınca, yazarın eserini ne kadar da doğru isimlendirdiğini anlıyoruz: "Ütopya'da herkesin sağlıklı yaşayabilmesi için devletlerin ve toplumların gerekli önlemleri alması gerektiği belirtilir. Ütopya'da yaşlılar ve hastalara büyük bir sevecenlik gösterilir, özenle bakılır. Her kentin biraz dışında dört tane hastane vardır, hekimler çok usta, bakım da çok iyidir. Onun için sağlık durumları bozulduğunda Ütopyalılar evlerinde kalacaklarına hastaneye yatmayı yeğlerler. Ütopyalılar hastalarına çok özen gösterir, onlardan hiçbir şeyi esirgemezler..." Gerçekten de, ihtiyaç dünyamızın bugünkü haline bakınca, More'un yazdıkları bir ütopyadan öteye geçemiyor.

Bugün Afrika'da her gün yaklaşık 20 bin çocuk yetersiz beslenme nedeniyle, her yıl milyonlarca çocuk ishal ve zatürre yüzünden hayatını kaybetmektedir. Bugün Afrika, sağlık açısından açlıkla, ishale, kolerayla, zatürreyle, sıtmayla, AIDSle, kataraktla, fistülle ve diğer onlarca ölümcül veya sakat bırakan hastalıkla boğuşmaktadır. Sahra altı Afrika ülkelerinin çoğunda sağlıklı yaşam beklentisi 40 yıl veya altındadır. Yılda bir kez et yiyemeyenleri bir kenara bırakalım, etin tadını bilmeyen milyonlar vardır. Önlenbilir hastalıklar yüzünden tüm ömrünü sakat geçirenlerin milyonlarla sayıldığı bu ülkelerin

toprak altından ise uranyum, altın, elmas gibi en kıymetli madenler fışkırmaktadır. Halkının servetini ve öz kaynaklarını bu ülkelerden kaçırıp uluslararası güç odaklığı yarışında öne geçmeye çalışan devletler ise, ya resmi ya sivil kurumlarıyla bu zavallı coğrafyalara insani ve tıbbi yardım taşıma iddiasından hiç geri kalmamaktadır. Vicdan ve ahlakın bu kirli oyunun neresinde durduğu, ta kölelik devrinden beri sorulamayan, sorulsa da cevabı bulunamayan bir muammadır.

Afrika'nın birçok noktasında dış kaynaklı iç savaşlar ve katliamlar devam etmekte, Ortadoğu'da, Kafkaslarda ve Uzak Doğuda da insanlık ızdırıp çekmektedir. Sadece bugün değil, Özcan Yüksek'in "Çağın siyah aynası: Kongo" yazısında çok güzel ifade ettiği gibi, daha 1800'lerde bile bu çile, insanlığın yüz karası bu dram yaşanmaktaydı. Hem de insan hakları, sağlık ve uluslararası insani yardım üçgeninin tam ortasında. Hem de karanlığa neşter vurmak, Afrika insanını uygarlığa kavuşturmak safkasıyla. Sadece insan haklarını değil, insanları da biçim katliamlara "insani yardım" kılıfları geçirilerek. Yüksek'in sözlerine kulak verelim: "Şu yeryüzünde acıların en büyüğünü çekmiş ama tarih boyunca acıların en büyüğünü çekmiş, zulümlerin ve ölümlerin en fazlasını yaşamış coğrafya parçası, ülke, halk, hangisidir? ... İlla ki acıların en korkuncunu seçmemiz isteniyorsa, ben işte o ülkeyi seçerdim.. Burası Kongo'dur. Karanlığın Yüreği. On dokuzuncu yüzyıla değin, Afrikalıların çoğu tarımla, hayvancılıkla uğraşıyor, kırsal alanda yaşıyorlardı. Kaçuk, altın, gümüş ve elmas peşindeki emperyalistler, Afrika-Amerika köle sisteminden bu yana en büyük zorla çalıştırma sistemini kurdular. Ama bunların en dehşetlisi Belçika Kralı II. Leopold'un Kongo'yu ele geçirip, bu bölgeyi kendi kauçuk plantasyonları için yıllarca kullanması oldu. Toplam 11-15 milyon Kongo bu plantasyonlarda soykırımsal bir katliama maruz kaldı. Sayısı bilinmeyen kadar Kongo da, bir eli bileğinden kesilerek cezalandırıldı. Aslında bu soykırımın başlangıcını, dünya medyasında ve bilim çevrelerindeki terminolojiyi bir anımsamakta yarar var. O kadar da bugünkü duruma benzer ki. Kral 2. Leopold, 1876'da Brüksel'de bir uluslararası coğrafya konferansına sponsor olur. Saygın coğrafyacılar, antropologlar, kâşifler katılımcıdır. Amaç Kongo bölgesini "uygarlaştırmak", Arap köle tacirlerinden kurtarmaktır. Leopold konferansı şu dokunaklı sözlerle açar: "Gezegeni-mizin henüz içine girilmemiş yegâne parçasını uygarlığa açmak, tüm insanların üzerinde aslı duran karanlığı deşmek için, cesaretle şunu söylüyorum ki, bir sefer düzenlemek yüzyılın ilerlemesi için gereklidir." İki yıl sonra "Comité d'Études du Haut Congo'yu kurdu, yani



Vala bölgesinden Nsala, yeterince kauçuk çıkaramadığı için kesilen eline ve yine aynı gerekçeyle kesilen beş yaşındaki kızının bacağına bakıyor. Kızının adı Boali. Bu cezaları uygulayan şirketin adı Anglo-Belgian India Rubber Company. Tarih, 1900'lerin ilk yılları.



Leopold'un askeri tarafından cezalandırılan Bolenge ve Lingomo'nun kesik bileklerini gösteren Kongolular, İngiliz misyonerleriyle. Yıl 1904.

“uluslararası ticaret, bilimsel ve insani yardım” kuruluşunu. Dört yıl sonra Kongo'da pek çok yeni yerleşim yeri kurmuş, bunlardan birine de Léopoldville (Bugünkü Kinsasa) adını vermişti. 1884-85'te Türkiye'nin de katıldığı Berlin Konferansı'nda Afrika, emperyalistler tarafından bölündü. İşte, bundan sonraki 23 yıl, Kral 2. Leopold'un en kanlı dönemi olarak geçti. Yani soykırım, kitlesel kıyım, o meşhur 20'nci yüzyıla sarkmış oldu. Kongolular, Belçikalı krala, “Bula Matadi” (Kayaları kıran adam) diyordu. Bakınız otomobil henüz keşfedilmişti ve lastiğe ihtiyaç duyuluyordu. Lastik de o vakitler ancak Amazon ormanlarından doğal yolla elde edilebiliyordu. Daha ucuz ve kolay olsun diye kauçuk üretimini Afrika'da yapmaya başladılar. Bu ayrıntılar şu açıdan önemli, Avrupa nasıl zengin oldu, biz niye geri kaldık sorularıyla meşgul olurken Afrika'da olanları da hesaba katmak gerekir. Yalnız Afrika mı? Yalnız Endonezya, Filipinler, Hindistan mı? Yalnız Asya mı, Güney Amerika mı? Coğrafya, sarı çerçeveli gözlükle dünyaya bakmaktan fazla bir şeydir...”

Özcan Yüksek'in ortaya koyduğu tarihi gerçekleri okuyup bir de bugüne bakınca, sağlıklı yaşama hakkını değil, yaşama hakkını bile masum Kongolulara çok gören atalarını, bugünkü torunlarının hiç aratmadığını anlıyoruz. Zira Kongo'da Batılı şirketlerin yerli işbirlikçileri aracılığıyla körükledikleri ve 1997'den beri süren iç savaşlarda tam 3.5 milyon sivil insanın öldüğü tahmin ediliyor. Uluslararası bir kirli savaşın, insan bedeni ve sağlığı üzerinden ödettiği bedel, Kongo'da 3.5 milyon can. Nerede Birleşmiş Milletler, nerede İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi?

Bugün, 14 milyon nüfusa 200 doktorun düştüğü Nijer'in resmi adının “Fransız Nijer Cumhuriyeti” olduğunu, ülkenin milli marşının yerel dilde değil de Fransızca olduğunu kaçırmış bilmektir? Dünya uranyum rezervinin çoğunu elinde bulunduran bu talihsiz ülkenin, bu zengin kaynaklarına rağmen dünyanın en fakir üçüncü ülkesi olması sadece kaderin bir cilvesi midir? “Yeryüzü Doktorları” adına Nijer'e katarakt ameliyatları yapmaya giden cerrahi ekibin başında bulunan Dr. Erhan Sarışın'ın izlenimleri bize bu konuda ipuçları veriyor: *“Şu anda Nijer'in Tesova bölgesinde Türkiye'den gelen arkadaşların açtığı 40 civarında su kuyusu var. Fransızların 45 yıldır propaganda yapmalarına rağmen açtıkları tek bir kuyu bile yok. Bunu idareciler ifade ediyor. Türkler altı ayda Fransızların 40 yılda yaptığından fazla hizmet getirmişler... 1960'larda Fransızlar, Nijer'in kuzeyinde bulunan çöllük bölgelerde uranyum bulmuşlar. Bu uranyumu buradan çıkarıp, yarı işleyerek uçaklarla Fransa'ya taşıyorlar. Çok az miktarda vergi veriyorlar. Devletin adı Nijer Fransız Cumhuriyeti. 1960 yılında bağımsızlığa kavuşmuşlar. Ama gerçekte hala sömürgecilik devam ediyor. Tesova'da Fransız şirketleri hâkim. Para birimi bir çeşit Afrika Fransız Frangı. Resmi dil Fransızca. Yüksek tahsilliler Fransa'da okuduğu için hala sömürgecilik mantığı devam ediyor. Afrika'nın orta bölgelerine sömürgeciler 1700'lü yıllarda girmeye başladığında çok sıkı dirençle karşılaşmışlar. 1795'te bölgeye ilk giren Mungo Park'tır. Daha sonraki öncü sömürgecilerin birçoğu katledilmiş. Eski gezilere ait notlarda bu bölgelerde “Muhammedan”ların olduğu ve bunların Hristiyanlardan nefret ettiği yazıyor. Daha sonra İngilizler bölgeye tüccarlar göndermiş. Yerli halk bunları da kovmuş. Bundan sonraki yıllarda çare olarak misyoner doktorlar gönderilmiş. Misyoner doktorlar Timbukü'ye kadar gitmişler. Ve tüm bilgiler sömürgecilere iletilmiş. 1890 yılında Fransızlar Nijer'i işgal edip, sömürge haline getirmişler. Bulunduğumuz kasabada bir kilisenin Fransız Papazı beş kişiyi Hristiyan yapmış. Yaşlı Papaz sabırla bu fakir bölgede bekliyor ve faaliyetine devam ediyor. Ayrıca bölgede 14 yıldır bir Japon doktor çalışıyor. Hanımını burada kaybetmiş. Bir hastane kurmuş, sonra onu resmi hükümete bırakıp yeni yerine geçmiş. Bizim temizleyip çalıştığımız hastane bu Japon'dan kalmış. Yerel doktorluk yanında bölgede sıtma ile ilgili araştırmalar yapıyor. Ayrıca yardım kuruluşu kisvesinde; sosyolojik, psikolojik ve jeolojik araştırmalar yapanlar ve yıllardır bu bölgede kalanların olduğunu öğreniyoruz.”*

Afrika'nın talihi hep aynı kalmış gibi. Açlık, yoksulluk, kandırılma, sömürül-

Gazete haberlerine göre “İzmir Basmane'deki oteller bölgesi göçmen cenneti! Basmane'deki ucuz otel ve pansiyonlarda 5-10 YTL'ye kalıp sefalet içinde yaşıyorlar. Bir kısmı hırsızlık, uyuşturucu satıcılığı ve fuhuş yapıyorlar.” Sığınmacılar, kelimenin tam anlamıyla acınası durumdalar. Hayırsever bazı sivil toplum kuruluşlarınca zaman zaman yardım yapılan, sıcak yemek verilen, sağlık ihtiyaçları karşılanmaya çalışılan bu insanlar içinde, doğum sonrası kanaması kesilmediği halde, yakalanma korkusuyla sağlık yardımı almaktan kaçan kadınlar, aşıları yapılmayan çocuklar, açlık ve hastalıkla boğuşan bebekler gibi birçok sağlık faciası mevcut.

me, katledilme... Ama bir yandan da, resmi ve sivil sağlık örgütleri kara kıtanın her yerinde cirit atıyor. Adeta her biri bir iyilik melekleri ordusu. Yaptıkları iyilikler elbette var, fakat bunların perde arkasına, deyim yerindeyse niyetlerine bakmak lazım. Kötü örnek, örnek olmaz derler ama yine de Yeryüzü Doktorları olarak yaşadığımız iki tecrübeyi aktarmaktan geri duramayacağım. Gelişmiş ülkelerden muhtaç ülkelere sağlık yardımları ile alakalı olarak şahit olduğumuz iki acı tecrübe:

1. Zorlu ve uzayan doğum süreçlerine bağlı idrar torbası delinmesiyle oluşan sürekli idrar kaçırmının genç annelerde yaygın olduğu Nijer'e ameliyatlar yapmak üzere giden Yeryüzü Doktorları ekipleri şu acı gerçekle karşılaştılar: Daha önce uluslararası sağlık yar-

dımı amacıyla aynı ameliyatlar için özellikle ABD'den gelen ve bu ameliyat konusunda tecrübesiz olan cerrahlar, aslında ameliyat olmaması gereken yani başka sebeplerle idrar kaçıran hastalara operasyon uygulayarak telafisi imkânsız hasarlara sebep olmuşlardı. Biraz araştırılınca anlaşıldı ki, gelişmiş tıbbi imkânlar sebebiyle artık ABD'de görülmeyen bu vahim hastalığın cerrahi tedavisi konusunda tecrübe kazanmak isteyen acemi cerrahlar, zaman zaman bu tür yardım organizasyonlarıyla Nijer'e geliyor ve adeta bu talihsiz insanlar üzerinde cerrahi pratik yapıyorlardı.

2. İki yıl kadar önce Filistin'in Batı Şeria bölgesindeki el-Halil şehrinde, doğumsal yarım sünnetlilik (hipospadias) hastalığının cerrahi tedavisi için bulunduğu müz ve bir haftada 40'a yakın hasta çocuğu ameliyat ettiğimiz tıbbi yardım seferinde, biz de benzer bir durumla karşılaştık. Beheri 2 saat kadar süren ve özel büyüteçler, aletler ve ince iplikler kullanılarak yapılan bu ameliyatlarımız sırasında bize asiste eden Filistinli ürologlar, bizden önce aynı amaçla o hastaneye gelen Fransız ve Yunan cerrahlarının aynı ameliyatı yarım saatte bitirdiğini ve bizden çok farklı, basit, özensiz yaptıklarını anlattılar. Yaptıkları hipospadias ameliyatlarının büyük çoğunluğu nüksetmişti; biz de o hastaları tekrar ameliyat etmek zorunda kalmıştık.

Yara derin, hikâye hüznü. Buradan hareketle, sağlık alanında altyapı ve hizmetleri yetersiz olan ülkelere ve halklara uluslararası yardım götüren sivil toplum kuruluşlarının (STK) mutlaka uyması gereken prensipleri hatırlatmakta yarar görüyorum: Sağlık alanında da kurumların ve çalışanlarının "iyi niyetli" olmaları, yapılan faaliyetlerin verimini etkileyen en önemli parametrelerdendir. Gerek bir hastalığa özel, gerekse bir bölgeye özel yapılan çalışmalarda, "iyi niyetli" partnerlerle çalışmak da zaman ve kaynak israfını azaltacaktır. STK çalışanları da, çalıştıkları kurum gibi sadece ticari olmayan gayeler taşımalı, ahlak seviyesi yüksek olmalıdır. Çalışanlar öncelikle dünyayı tüketen değil, yaşarken yaşatan, dünyayı insanıyla, tabiatıyla güzelleştirmeye çalışan olmalı. Bir taraftan dünyayı kurtarmaya çalışan bir kurumda çalışırken, diğer tarafta israfı yaptığını yıkan olmamalıdır. Kurumlar ise, güvenilirliği ve moral değerleri yüksek "iyi niyetli" partnerleri seçmeli, kendi çalışanlarını da profesyonelliklerinin yanında, ortak hedeflere, ideallere inanmış olanlar arasından seçmelidir. Bu tür bir sağlık yardımı anlayışı dünyamıza hâkim olduğunda, zaten türlü olumsuzluklarla mücadele etmekten bitap düşen muhtaç ve mazlum halkların çektikleri acı bir nebze azalmış, solgun yüzleri bir nebze gülmüş olacaktır.

Mülteciler ve sağlık hakları

Gelelim bir başka insanlık dramına: Mülteciler ve iç göçmenler. Önce tanımlardan başlayalım: Mülteci olarak tanımlanan kişi; ülkesinde ırk, din, sosyal konum, siyasal düşünce ya da ulusal kimliği nedeniyle kendisini baskı altında hissederek kendi devletine olan güvenini kaybeden, kendi devletinin ona tarafsız davranmayacağını düşüncesi ile ülkesini terk edip, başka bir ülkeye sığınma talebinde bulunan ve bu talebi o ülke tarafından 'kabul' edilen kişidir. Sığınmacı ise; yukarıdaki nedenlerden dolayı ülkesini terk eden ve henüz sığınma talebi, kaçtığı ülkenin yetkilileri tarafından 'soruşturma' safhasında olan kişidir. Bir de, kendi ülkesi içinde özellikle iç savaşlar, etnik ve dini çatışmalar sebebiyle göçe zorlanan ve doğup yaşadığı şehir ve bölgeden göçen insanlar var. Ülkesi içinde yerinden edilmiş bu insanlara uluslararası terminolojide "internally displaced persons" (IDPs) deniyor.

Günümüzde dünyada 40 milyon civarında mülteci ve yerinden edilmiş insan bulunmaktadır. Bu kişiler savaş, sivil kargaşa, sel, deprem, kıtlık gibi acil durumlar nedeniyle ülkelerinden ayrılmakta ve genellikle özel mülteci kamplarında yaşamaktadırlar. Bu grupların temel ihtiyaçlarını dahi karşılamakta güçlükler yaşandığı ifade edilmektedir. Dünyada 2008 yılı sonunda 42 milyon insan zorunlu olarak yer değiştirmek durumunda kalmıştır. Bunun 15,2 milyon mülteci, 827 bini sığınmacı ve 26 milyonu ülkesi içinde yerinden edilmiş kişi konumundadır.

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'nin (BMMYK) ilgi alanındaki kişilerin yüzde 49'unu kadınlar oluşturmaktadır. Kadınların mülteci nüfusunun yarısını oluşturması, göç sürecinde kadınların pasif ve bağımlı kişi olarak erkeği takip ettiği tezin aksine, kadınların bağımsız ve kendi adlarına sığınma sürecine katıldıkları yönünde bir izlenim doğurmaktadır. Mülteci ve sığınmacıların yüzde 44'ü ise 18 yaş altındaki sığınmacı ve mülteci çocuklardır. Bu oldukça yüksek bir oran olup, bu grup içinde aileleri ile beraber sığınanların yanı sıra refakatsiz olarak sığınma sürecine katılanların olduğunu da düşünmek gerekmektedir. Yüksek kadın ve çocuk oranları genel mülteci nüfusuna yönelik üretilen çözümlede her iki grubun da göz önüne alınarak, özel gereksinimlerinin de hesaba katılması gerektiğini göstermektedir.

2008 yılı verilerine göre Afgan ve Iraklı mülteciler dünya çapında BMMYK'nın ilgi alanındaki mültecilerin yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. Sayıları 2.8 milyonu bulan Afgan mülteciler 69 farklı

sığınma ülkesinde yerleşiktir ve en kalabalık gruptur. Iraklılar ise ikinci en büyük grup olup 1.9 milyon civarındadır ve genellikle komşu ülkelere yerleşmişlerdir. Her iki grubun yüksek oranlarda oluşu savaş ve çatışmaların devam ettiği, istikrarsızlığın hüküm sürdüğü bölgelerdeki yıkımlardan yine en çok sivililerin mağdur olduklarını göstermektedir. Demokrasi götürme vaadiyle "global etik" gereği yapıldığı iddia edilen müdahaleler her iki ülkenin de dünya ölçeğinde en büyük mülteci nüfusuna sahip ülkeler olarak anılmasına neden olmuştur. Sığınmacı ve mülteciler konusunda en duyarlı ülkeler irdeleğinde gelişmekte olan ülkelerin dünyadaki mültecilerin 4/5'ine ev sahipliği yaptıklarını görmekteyiz. Örneğin Pakistan dünya çapında en fazla sayıda mülteciye ev sahipliği yapan ülke konumunda (1.8 milyon), onu Suriye 1.1 milyon ve İran 980 bin ile izlemektedir. Bunu destekleyen çarpıcı bir tespit ise 2008 yılı sonunda gelişmekte olan ülkelerin 8.4 milyon mülteciye (küresel mülteci nüfusunun yüzde 80'i) ev sahipliği yapması, 49 az gelişmiş ülkenin ise yüzde 18'lik bir nüfusa sığınma sağlamış olması gerçeğidir.

Dünyanın birçok yerinde iç ve dış göçmenlerin, asgari insani ihtiyaçların bile sağlanmadığı şartlarda yaşadığı, özellikle sağlık sorunlarının çözümsüz bir şekilde mülteci nüfusu içine aldığı bilinmektedir. Ülkemizde genellikle "Ege Denizinde kaçak göçmen avı" veya "kaçak göçmenlerin hazin sonu" gibi haberlerle gündeme gelen konu, başta Afrika olmak üzere göç veren ülkelerden bir şekilde İzmir veya Ege şehirlerine gelen ve buradan kaçak yollarla ve sağlıksız botlarla Yunanistan'a kaçmaya çalışan talihsiz insanları ilgilendirmektedir. Gazete haberlerine göre; *"İzmir Basmane'deki oteller bölgesi göçmen cenneti. Kaçaklar yakalandığında insan tacirlerinin de yönlendirmesiyle geri dönmek için kimliklerini yok edip Türkiye'de temsilciliği bulunmayan Somali, Filistin, Moritanya gibi ülkelerin vatandaşları olduklarını söylüyorlar. Çünkü Türkiye'de herhangi bir temsilciliği bulunmayan ülkelerin vatandaşları sınır dışı edilemiyor. Türkiye'de temsilcilikleri bulunmayan 20 ülke ile Filistin vatandaşlarına İçişleri Bakanlığı Yabancılar Daire Başkanlığı'nın bilgisi dahilinde geçici izin belgesi veriliyor ve bu belge 2 ayda bir yenileniyor. İzin belgeli göçmenler, Basmane'deki ucuz otel ve pansiyonlarda 5-10 YTL'ye kalıp sefalet içinde yaşıyorlar. Çalışma izinleri olmadığı için, bir kısmı hırsızlık, uyuşturucu satıcılığı ve fuhuş yapıyorlar..."*

Türkiye Bilimler Akademisi'nce hazırlanan bir rapora göre ise: "Türkiye'de 160 bin yabancı ülke vatandaşı ikamet

izni taşıyor, yaklaşık 10 bin kişi de geçici ikamet izniyle ülkede yaşayan sığınmacı ve mültecilerden oluşuyor. Her yıl yaklaşık 100 bin kişi kaçak göçmen olarak yakalanıyor, yakalanamayan 100 bin kaçak göçmenin de Türkiye'ye giriş-çıkış yaptığı tahmin ediliyor. Her yıl 5 bin kişi sığınma istemiyle Türkiye'ye geliyor..." Yine, Mültecilerle Dayanışma Derneği'nin verdiği bilgilere göre, 2009 yılı sonunda Türkiye için 19 bin civarı bir sığınmacı ve mülteci nüfustan bahsedebiliriz. Sırasıyla Irak, İran, Afganistan ve Somali, Türkiye'ye sığınmış olan sığınmacıların kaçmış oldukları belli başlı ülkeleri oluşturuyor.

Basmane örneğinde gördüğümüz sığınmacılar, kelimenin tam anlamıyla acınası durumdadır. Hayırsever bazı sivil toplum kuruluşlarınca zaman zaman yardım yapılan, sıcak yemek verilen, sağlık ihtiyaçları karşılanmaya çalışılan bu insanlar içinde, doğum sonrası kanaması kesilmediği halde, yakalanma korkusuyla sağlık yardımı almaktan kaçan kadınlar, aşıları yapılmayan çocuklar, açlık ve hastalıkla boğuşan bebekler gibi birçok sağlık faciası mevcuttur. İzmir'deki sığınmacılara destek olan gönüllülerden biri şunları ifade ediyor: "Ege, bu insanlar için Avrupa'ya geçiş noktasıdır ve tek amaçları daha insanca yaşayabilecekleri (ölüm tehdidi altında olmayacakları; işkence görmeyecekleri...) Avrupa ülkelerine ulaşabilmektir. Bu nedenle, Yunan adalarına çok yakın olan İzmir, onlar için bekleme ve sonrasında da geçiş noktası niteliğindedir. Bu insanların hiçbir sağlık güvenceleri yoktur, Türkiye'de yakalanmamaya çalışırlar çünkü Türkiye'de kalmak gibi bir amaçları yoktur. Hasta olmaları, devletin herhangi bir kurumuyla ilişkiye geçmek anlamına geldiği, ayrıca umutlarına giderken para kaybı olacağı için hastanelere gitmezler, eczanelerden ilaç almazlar bu nedenle hastalıkları ilerleme tehlikesindedir. İzmir'de barındıkları (ucuz olduğu için barınmak zorunda oldukları) yerler çok kötü koşullardadır. Umuda yolculuklarında çok sefil koşullardadırlar. Ayrıca halk onlara potansiyel suçlu olarak bakmaktadır, halkla da sağlıklı bir iletişim kuramadıkları için sahip oldukları psikolojik travmalar daha da artar. İnsanca yaşayabilmek uğruna, çok insan dışı koşullarda İzmir'de barınırlar". Benzer şekilde, İzmir'de mültecilerin sorunlarıyla ilgilenen Mültecilerle Dayanışma Derneği'nin bir yetkilisi, sağlıkla ilgili şu bilgiyi veriyor: "Mültecilerin, sağlık sorunları çok büyük. Türkiye'de kayıtlı olan sığınma ve mülteciler için 'ikamet harcı' denilen bir harç var. 6 ayda 3 yüz TL ödemek zorunda bırakılıyorlar... İnsanlar bunu ödeyemeyince bir de yasal faiz biniyor. Bu kişiler ortalama 3-4 yıl

gibi bir süre bu ülkede kalmak zorundalar. Bu durumda ortalama 3-4 bin TL para ödemek durumundalar. Bunu ödeyemedikleri için hiç bir sosyal haktan yararlanamıyorlar. Dolayısıyla sağlık sorunu olan bir mülteci ya da sığınmacı vakıflara başvurarak, ihtiyacını gidermeye çalışıyoruz. Hastanelerde yalvar-yakar tedavilerini yaptırmaya çalışıyoruz. Sistematik bir uygulama yok. Diyelim muayene mümkün oldu, verilen reçeteleri alacak paraları yok. Bunu karşılayacak kurumlar yok".

Öte yandan, dünyanın birçok yerindeki mülteci kampları ve kamp imkânı bile bulunmayan mültecilerin durumu da içler acısı. UNICEF tarafından verilen bilgilere göre; altı yaşından küçük mülteci çocukların büyük çoğunluğu yeterli beslenemiyor. UNICEF, mülteci kamplarına yerleştirilemeyen çocukların daha kötü durumda olduğunu belirtiyor. UNICEF, yeterli beslenemeyen çocuklarda ölümcül olabilecek ishal vakalarının sıklıkla görüldüğünü belirtiyor. Örgüt, mültecilerin temiz suya ulaşımında da büyük problem yaşandığını söylüyor.

BM Mülteciler Yüksek Komiseri Guterres hızla değişen dünyamızda mültecileri daha da kötü günlerin beklediğini şöyle dile getiriyor: "Ülkelerinden sürülen mülteciler sığındıkları yerlerde artan gıda maddesi fiyatlarından özellikle etkileniyor. Acıları daha da artıyor ve aşırı fakirliğin yol açtığı istikrarsızlık ve huzursuzluk, savaş ve çatışmaları tetiklediğinden sürgünleri yenileri izliyor." Norveç Mültecilere Yardım Kuruluşu'nun raporuna göre de, 50 ülkede insan hakkı ihlallerinden en çok kadın ve çocuklar etkileniyor. Açlık, hastalık, kötü muamele ve mekânsızlık, kadın ve çocuk mültecilerin ülkelerine dönme umudunu da söndürüyor.

Bütün bu bilgi ve bulgulara ilişkin genel bir değerlendirme yapılacak olursa, en başta sağlık ve gıda olmak üzere, kadın ve çocukların gereksinimlerini göz önüne alan ve aynı zamanda tüm mülteci nüfusunu cesaret ve dirençlerinden dolayı onurlandıracak hizmet ve politikaların ve her şeyden önce kaynakların artırılması gerekmektedir. Bunun için mültecilerin de tüm diğer insanlar ile benzer gereksinimleri olduğu ve bunları karşılamakta eşit haklara sahip olduklarını kabul eden bir bakış açısı gereklidir. Diğer önemli bir nokta ise mülteci nüfusunun oluşumuna yol açan "gelişmiş" ülkelerin sorunun çözümünde etkin rol almamaları meselesidir. Mülteci nüfus için ev sahibi ülkeler daha çok gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerdir. Bu ülkelerin de zaten sınırlı ekonomik kaynaklara sahip oldukları, kişi başına düşen gelirin azlığı ve pek çok gösterge açısından daha

dezavantajlı oldukları düşünüldüğünde, insan hakları ve evrensel politikalarla ilişkili uluslararası kuruluşların, "gelişmiş" dünyayı, mültecilerin sorunları ve özellikle sağlık hakkına erişimleri konusunda yönlendirmeleri, uyarmaları ve zorlamaları, artık ertelenmemesi gereken bir görev olarak karşımızda durmaktadır.

Sivil toplum olarak, insan haklarının ve bu arada sağlıklı yaşama hakkının kâğıt üzerinde kalmaması, iç ve dış göçmenler dâhil dünyanın sağlık hizmetlerine erişemeyen tüm mazlumlarına asgari düzeyde sağlık yardımının karşılıksız ve art niyetsiz ulaştırılması için teorik ve pratik bir çaba içine girmemiz şart görünüyor. Haydi, biz de elimizi taşın altına koyalım!

Kaynaklar

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği web sayfası: www.unhcr.org

Bağımsız İletişim Ağı web sayfası: www.bianet.org

Özcan Yüksek: Çağın Siyah Aynası: Kongo, ATLAS Dergisi, Sayı 155, Şubat 2006

Kamil Alptekin: Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi, 12:132, 2004

Mültecilerle Dayanışma Derneği web sayfası: www.multeci.org

İnsani Yardım Vakfı web sayfası: www.ihh.org

İnsan Hakları Derneği web sayfası: www.ihd.org

Yeryüzü Doktorları Derneği, Nijer kitapçığı, İstanbul, 2008

Soğuk savaş sonrası korku savaşları

Prof. Dr. Nevzat Tarhan



1952 yılında Amasya-Merzifon'da doğdu. 1969'da Kuleli Askeri Lisesi'ni, 1975'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Erzincan ve Çorlu'da hastane hekimliği sonunda GATA Haydarpaşa'da yardımcı doçent (1988) ve doçent (1990) oldu. Albaylığa (1993) ve profesörlüğe (1996) yükseldi. 1996-1999 yılları arasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde öğretim üyeliği ve Adli Tıp Kurumu'nda bilirkişilik yaptı. Askerlikten kendi isteğiyle emekli oldu. Halen Memory Center isimli Nöropsikiyatri Merkezi'nin yöneticiliğini, Türkiye'nin ilk nöropsikiyatri hastanesi olan NİSTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi'nin Yönetim Kurulu Başkanlığını ve (İDER) İnsani Değerler ve Ruh Sağlığı Vakfı'nın Başkanlığını yapmaktadır. 31'i uluslararası olmak üzere 100'ün üzerinde yayını vardır. İngilizce ve Almanca bilmekte olan Tarhan, evli ve iki çocuk babasıdır. Yayınlanmış kitaplarından bazıları 'Stres ve Hastalıklar', 'Mutluluk Psikolojisi, Stresi Mutluluğa Dönüştürmek', 'Psikolojik Savaş, Gri Propaganda' ve 'Evlilik Psikolojisi'dir.

Soğuk savaş dönemi tamamlandıktan sonra küresel siyasette kutuplaşmalar yer değiştirdi. NATO 1993 yılında savunma konsepti olarak düşman tanımlamasını yeniden yaptı.

Düşman olarak kökten dinciliği tanımladı. Aynı yıl Samuel P. Huntington, Foreign Affairs adlı dergide "Medeniyetler çatışması mı?" isimli yazıyı yayımladı. Daha sonra bunu kitap haline getirdi. Bu bilgiler küresel siyasette değişime işaret ediyordu; paradigmlar değişiyor, küresel siyasete yeni çerçeveler sunuluyordu. Sunulan paradigmlar "öngörü" müydü yoksa "kendini gerçekleştiren kehanet" miydi? Her ne olursa olsun 11 Eylül 2001, Doğu ve Batı medeniyeti çatışmasının küresel siyasette tepe yaptığı tarih oldu.

Günümüzde Batı dünyasında "İslamofobi", Doğu dünyasında Amerikan düşmanlığının yükselmesi küresel siyasette şiddetin rolünü konuşulur yapıtı. Dünyada sıcak savaş ve soğuk savaştan son-

ra "kimlik savaşları" diyebileceğimiz yeni dönem başladı. Bu dönemde egemen kültürel kimliğin dünyada egemen güç olmaya çalıştığı, kendi çıkarlarını bu yöntemle korumaya çalıştığını gözlemliyoruz. Kültürler arası korku, güvensizlik ve nefreti beslemesi nefret dinamiğini doğurur. Nefret dinamiğinin sonucu şiddettir. Şiddet eylemlerini besleyen zihinsel eğilimler güvenlik tanımlarını da belirledi. Modernleşme genelde medeniyetin maddi seviyesini arttırdı. Fakat medeniyetin kültürel ve ahlaki boyutu zenginleşemedi. İşkence, kölelik, acımasızlık, kötü muamele küresel suç dalgası doğurmaya başladı. Uluslararası mafya, uyuşturucu kartelleri, uyuşturucu bağımlılığı, boşanmaların artması, ailelerin zayıflaması, toplumsal dayanışmanın azalması, etnik, dinsel ve bölgesel şiddet ve silah zoruyla yönetim küresel bir krizden söz etmektedir. Politik terörden sosyal teröre, ülkelerarası savaştan medeniyetler çatışmasına, geniş bir yelpazede dünya barışının yeniden kurulması mümkün olabilecek mi?

Batı kültüründe modernizmin iki sonucu: Egoizm ve komfortizm

Hayat standartlarının yükseldiği, zenginliklerin arttığı toplumlarda şiddet artıyor. Hâlbuki aydınlanma çağının öngörülerini bu değildi; modernleştikçe şiddet azalmalıydı.

ABD'de açıklanan 2003 rakamlarına göre her 14 Amerikalıdan birisi öldürülme, şiddet, tecavüz, hırsızlık suçundan mağdur olmuş, 6 Amerikalıdan biri kapkaç ve oto hırsızlığı kurbanı. 2003 yılında ABD'de suç ile mücadelede harcanan para ise 120 milyar dolar.

Daniel Goleman "Duygusal Zekâ" kitabında, 12 yaşın altında öldürülen çocukların yüzde 57'sinin anne-babaları tarafından katledildiğini belirtiyor. Okul cinayetleri haberleri sık sık gündemde. Acaba insanlarda acıma duygusu mu azalıyor? Tahammülsüzlük mü artıyor? Diğerlerinin ne hissettiğini anlayamamak ve öfkeyi kontrol edememek günümüzde yükselme eğiliminde mi?



Bir de dijital şiddet var. Şehirler kuruluyor, silahlar konuşuyor, soygunlar yapılıyor. Mafya babaları iş başında; motorlu testerele, lazer silahlar, pompalı tüfekler her şey var. Banka soygununu öğreten, şiddeti özendiren bilgisayar oyunlarından çocuklarınızı alkoyamıyoruz. İster istemez “İnsanlık nereye gidiyor diye sormak zorundayız” şimdi; dünyanın daha yaşanılır olması için neler yapmalıyız?

Diğer taraftan sokak çocukları suç makinesi halinde bir sorun. Yoksulluk servet düşmanlığına daha sonra da gasp gibi ciddi suçlara yöneliyor. Parçalanmış ailelerin artması ahlaki değerlerin zayıflaması tartışılan gerekçeler olarak gözükmüyor.

Keyfe ve rahata düşkünlük

Modern yaşamın insanı bireyselleştirmeye çalışırken bencilleştirmesi, şiddetin sebeplerinden birisidir. Freud, değiştirdiği mutluluk tanımlamasında insanı, “Zevklerini tatmin için yaşayan bir varlık” olarak ifade etti; sadece psikolojiyi değil, popüler kültürü baştan sona değiştiren tarihi sonuçlar ortaya çıkardı. Freud’un doktrini; sürekli hoşlandığın şeyi yapmak, eğlenceye ve lükse düşkünlük gibi sonuçlar doğurdu. Eğlenceyi hakkı gibi gören gençler engellendiklerinde en yakınlarına bile acımadan şiddet uygulayabiliyorlar. Modernizm ektiğini kötü biçimde biçmeye başladı diyebiliriz.

Suç ve akıl hastalığı ilişkisi

Alkol ile suç ve şiddet arasında sebep sonuç ilişkisi hep bilinir. Cezaevleri incelendiğinde, birinci derecede sorumlunun alkol ve madde kullanımı olduğu istatistiksel olarak bilinmektedir. “Şiddet uygulayan, ruhen hasta olabilir mi?” sorusu sık sorulan bir sorudur. Tedavi gören bir akıl hastasının suç işleme potansiyeli toplum ortalamasından düşüktür. En çok suç işleyen akıl hastalığı paranoid şizofrenidir. Vakalar incelendiğinde tedavisiz vakalar olduğu adli psikiyatri servislerince hep gözlemlenir.

Doğu kültüründe yaralanmış kimlikler

ABD’de yaygın bir söylem vardır; “Bütün Müslümanlar terörist değil ama bütün teröristler Müslüman’dır!” Bu söylem İslam dini ile terör arasında haksız bir birliktelik oluşturuyor. Hak arama ve sorun çözme yöntemi olarak Mezopotamya kültürünün şiddeti öngörmesinin İslam dini ile bağlantısının olmadığını zaman gösterebilecek mi? Bu, müminlerin model olması ile yakından ilgilidir.

Bir insan neden terörist oluyor?

Teröristlerin şiddet eylemleri gelişi güzel ve keyfidir. Bu özellikle yarattığı korkuyu

daha yoğunlaştırır. Eylemler şok etme değeri ve politik kazanç sağlama açısından dikkatle seçilmelidir. Bu gün şok etme değeri en yüksek ve politik kazanç sağlamada en kolay yöntem bombalı intihar eylemleridir.

Terörist kişiler incelendiğinde hepsinin terör kurbanı olduğu görülmüştür. Kişisel güvenliklerine olan inancı bozulmuş, gelecekle ilgili ümit duygusu zayıflamış, hayatını koruma ile ilgili ilkel inancı ihlal edilmiş kişilerin kolayca terörist oldukları görülmektedir. Böyle kişiler gelecekteki kayıp konusunda bir kaygı yaşarlar. Pasif kalmalarının kurban olma durumunu sürdüreceklerine dair inanç pekişir. Kendisine gelecek tehdidini azaltacak her harekete katılmaya hazırdır. Eğer grup kimlikleri oluşmuşsa, kendi kişisel kimliklerinin çıkarlarından önce grup kimliklerinin çıkarlarını düşünen idealistler olmaya hazırdırlar.

Terörist kişiler nadiren ruhsal olarak hastadırlar. Çoğu stratejik planlama yeteneğine sahip, zeki insanlardır. Yaralanmış kişisel kimlikleri, grup kimlikleri ve milli kimlikleri, dini kimliklerini onarmak ister. Bu başarısızlık ve yaralanmışlık duygusu şiddeti idealize etmeye yönlendirir. Eğer birincil kimlikleri, grup kimliği ise bu kişiler kolaylıkla canlı bomba olurlar. Böylece vicdanlarından iç izin çıkmış olur. Kaybolmuş ve yaralanmış grup kimliğini ikame etmek için terörist gruba sıkıca bağlanırlar.

İslam’da intihara ve sivillerin öldürülmesine karşı güçlü bir yasaklama olmasına rağmen intihar eylemleri İslam dini adına nasıl yapılabilir? Bu sorunun cevabını Lübnan Hizbullah’ını ve Filistin’deki Hamas örgütünü inceleyerek anlayabiliriz. (V.Volkan 1997)

Bu gruplarda şehitlerin isimleri halka açıklanıyor ve yeni katılanlar için rol modeli olarak görülmüyor. Kahraman kartları basılıyor ve genç üyelere dağıtılıyor. Bu uygulamayı Lübnan Hizbullah’ı 1983-1985’li yıllarda gerçekleştirdi. Fakat dünya basını bu eylemlerin patolojik doğasına vurgu yapmayı hep tercih etti. Çünkü hangi ideal için kim kendisini öldürebilir ki; bunlar olsa olsa ruh hastası olmalıydılar.

Kimler canlı bomba olmaya aday?

17-23 yaşları arasındaki genç bekar erkekler, ergenlik geçişinin kimlik krizini yaşarlarken potansiyel adaylardır. Kimlik krizi içindeki genç ailelere karşı çıkma eğilimleri olduğu dönemde eğer etnik çatışmadan dayak yemiştir, ailelerinden, sevdiklerinden, birisini kaybetmişse potansiyel adaydır. Var olan politik ve ekonomik şartlarda gelecek ümidi zayıflamışsa aday olmuştur. Şiddet idealleştirmeye hazırdır. Eğer kişisel güvenlikle-

rine olan inancı zayıflamışsa her an yakalanacaksa, hayatı koruma ve yaşama inancı ihlal edilmişse canlı bomba olmaya hazırdır.

İşte bu psikolojideki gençler ufak gruplara ayrılır; askeri örgüt biçiminde organize edilir. Bu gruplara topluca Kuran okutulup ilahi söylenir. İslam’ın sivillerin öldürülmesini yasaklayan ve men eden yasaklarından hiç söz edilmez. Sürekli “Allah’ın yolunda ölenleri ölü zannetmeyin onlar yaşıyorlar, rızıklarını Rablerinin yanında buluyorlar” mealindeki ayetler okumaya yönlendirilir. Terörist lider dini beraberlik oluşturmak, özel bir kimlik yüklenmek için sabırla ilgili paragrafları okutur. Fedakârlıkla ilgili bahisler okutulur ve ezberletilir. Bu yöntem izci grubu ve spor takımlarında da uygulanan “grup ruhu” yöntemidir. Ebeveynlerine ve bu misyondan bahsetmemeleri öğretilir. Ayrıca cinsel arzularını bastırmaları istenir, buna karşı cenneteki ikramlardan ve hurilerden söz edilir. Şehidin ölümü düşünülür olarak nitelenir. Ölümsüzlük, ümit duyguları ile beyin yıkama yöntemleri ile Kuran’ı bütüncül olarak değerlendirmeleri imkânsız hale getirilir.

Politik güçler şiddet ve ayrımcılık uygulandıkça korku duygusu artar, ümit duygusu azalır, intikam ateşi alevlenir. Mezopotamya insanında var olan acı çekme, şehit olma, öç alma, şiddeti sorun çözmeye yöntem olarak kullanma kültürüne intihar kültürü eklenerek dünyanın geleceği tehlikeye atılır.

Çözüm, sorunun içinde vardır. Politik güçler haklı oldukları kadar mantıklı da olacaklar. Şiddeti besleyen ayrımcılığa adil çözüm geliştirecekler, şiddeti yöntem olarak seçmeyen bölgesel değerleri güçlendirecekler. Filozofların çoğunlukla Batıdan, peygamberlerin çoğunlukla Doğudan çıkması, Doğu insanını motive eden unsurun daha çok din olduğunu gösteriyor. Bunu teröristler kendi amaçları için kullanıyor ve dinin arkasına sığınarak eylem yapıyorlar. Politik güçler de çok önemli bölgesel değer olan dinin ılımlı yorumuna sahip çıkmalı. 11 Eylül sonrası “öfke ve gurur” adlı eseri ile Batıyı İslam dünyasına karşı kıskırtan Oriana Fallaci’ye sahip çıkan dünya basını yanlış yapıyordu. “Korku ve Küstahlık” diye bu görüşü reddiye yazan Prof. Dr. Franco Cordini’yi dikkate almalıyız.

Doğu, kimlik karmaşası yaşarken korkularını saldırganlaşarak ifade ediyor. Batı ise korkularını bencilleşerek ve hedonizme yönelerek korkularını kontrol etmeye çalışıyor. Aslında Batının ve Doğunun ortak paylaşım alanları geliştirmesi, insanlığın geleceğini şekillendirmesi, dünyayı daha yaşanır yapmaz mı? Mevlana’nın sunduğu değerlerin iki kültür için de ortak değerler olması tek çıkış yolu diyebilir miyiz?

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. İlyas Dökmetaş: Yükseköğretim yasası bünyemize dar geliyor

SD

Rektörlerimizle üniversitelerin bugününü ve yarını konuşmayı sürdürüyoruz. SD olarak, ilkinin geçen sayımızda Samsun OMÜ Rektörü Prof. Dr. Hüseyin Akan ile gerçekleştirdiğimiz 'Rektörlerle Röportajlar' dizisinin ikincisini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. İlyas Dökmetaş

ile gerçekleştirdik.

Çeşitli bahanelerle öğrencilerin önü kapatılmamalı

İlk olarak "üniversite" kavramı ile başlamak istiyoruz. Kavram olarak üniversitenin dün, bugün ve yarına bakarsak neler söylemek istersiniz? Üniversite günümüzde ve gele-

cekte ülkemiz adına hangi misyon ve vizyona sahip olmalıdır?

Üniversiteler; bölgemizi ve ülkemizi çağdaş medeniyetler düzeyine taşıyacak kurumlar olarak görülmelidir. Üniversitelerin temel misyonu; bilimsel araştırma, yayın ve danışmanlık hizmetinin yanında eğitim ve öğretim faaliyetleriyle çağın gerektirdiği mesleki ve teknik bilgi donanımına sahip bireyler





Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. İlyas Dökmetaş

yetiştirme, ülkemizin insan gücü potansiyelini iyileştirme, bilgi toplumunun oluşmasına katkı sağlama olmalıdır. Üniversitelerin temel vizyonu ise; ulusal ve uluslararası düzeyde eğitim-öğretim yapmanın yanında araştırma ve mesleki alanda saygınlık, kurumsal kültür ve kimlikte gelişmişlik, üretkenlik, toplumsal ihtiyaçlara cevap verme konusunda bölgesinde liderlik ve önderlik yapma olmalıdır.

Bugün için üniversiteniz ve genelde Türkiye üniversiteleri için hangi sorunları ilk beş içine koyuyorsunuz? Bu sorunları aşmak için siz neler yaşıyorsunuz?

1. Durum tespitinin yapılmamış olması,
2. Hedefin belli olmaması, plansız süreç,
3. Çalışanla çalışmayanın, üretenle üretmeyenin birbirinden ayırt edilememesi,
4. Üniversitelerdeki hedeflerde ortaklıkların olmaması,
5. Farklı programlar, farklı sınav sistemleri vb.

Bu sorunları aşmak için göreve geldğimiz günden beri yoğun bir tempoyla çalışmakta, özellikle çalışanları ve üretenleri ödüllendirmek konusunda yoğun bir çaba göstermekteyiz. Üniversitemizin hedefini belirledik ve bu hedefe ulaşmak için emin ve kararlı adımlarla yürülmekteyiz.

Üniversite, özerklik ve özgürlük kavramlarını birlikte değerlendirmenizi istersek neler söylemek istersiniz?

Tüm üniversite çalışanlarını kendilerini özgürce ifade etmeleri, bilgiyi araştırmada kendilerine her türlü imkânın sağlanması, teknolojinin imkânları da kullanılarak yeni yeni ürünler elde edil-

mesi, farklılıkların birlikte yaşaması, üniversitelerin geleceklerini sağlıklı bir biçimde planlamaları, üniversiteler arasında iş birliği sağlanarak birlikte kararlar alınması, ölçütler koyularak gelişmeleri ve büyümeleri...

Üniversitenin amaçları arasında yer alan öğrenmeyi öğretmek, özgün bilim üretimi, insan kaynağı yetiştirme noktasında bir denge sağlamak amacıyla neler yapılmalı?

Geçmişten ders alınmalı, ülke gerçeklerini göz önünde bulundurularak teorik ve pratiğin birlikte uygulandığı nitelikli nesiller yetiştirilmeli. Hem öğrenmeli hem de çevreye öğretmeli. Yeni bilgiler patente dönüştürmeli. Bunları yaparken insan sevgisini, herkesin yaşama hakkı olduğu düşüncesini ön plana çıkarmalı, dünyanın yalnızca bizim olmadığını, tüm canlılara saygı gösterilmesi gerektiğini öğretmeli.

YÖK tarafından hazırlanan Türkiye'nin Yüksek Öğretim Strateji Planı 2007 yılında Cumhurbaşkanlığı makamına sunuldu. Stratejik plan hakkında bir değerlendirme yapabilir misiniz? Sizce stratejik planda başka hangi konular ele alınmalıydı? Üniversiteler stratejik yönetim açısından ne durumda?

2007'de sunulan plan, çağımızın özgür düşünceleri ışığında tekrar değerlendirilmelidir. Avrupa Birliği değerleri, okul-ışma oranlarının artması, nüfus oranı göz önünde bulundurularak herkesin yüksek öğrenim hakkını kullanabilmesi temel amaç olmalıdır. Tek hedefleri okumak olan bireylerin önü açılmalı, çeşitli bahanelerle öğrencilerin önü kapatılmamalıdır. Planlar yapılırken gerçekçi davranılmalıdır. 2023'te, 2050'de ihtiyacımız kadar mı doktor, hemşire, hukukçu, mühendis, iktisatçı, öğret-

“Tek hedefleri okumak olan bireylerin önü açılmalı, çeşitli bahanelerle öğrencilerin önü kapatılmamalıdır... 2547 Sayılı Yüksek Öğretim Yasası artık bünyemize dar geliyor. Herkesin elini taşın altına koyduğu, her düşüncenin özgürce ortaya konulduğu çok geniş katılımlı bir çalışma grubu, AB ülkelerinin güncellenmiş yasaları da göz önüne alarak en kısa zamanda yeni bir kanun hazırlanmalıdır.”

men yetiştireceğiz yoksa toplumumuzda okuma yazma oranını yüzde 95-99'lara, yüksek öğretim mezunlarının oranını yüzde 20-30'lara mı çıkaracağız, buna açık ve net olarak karar veremeliyiz.

Mevcut sistem öğretim üyelerini kamplara ayırıyor

2547 Sayılı Yüksek Öğretim Yasası uzun yıllardır ülke gündeminde. AB ülkelerinin çoğu konuyla ilgili yasalarını güncellemeyi başarmışken AB adayı bir ülke olarak biz henüz bir güncelleştirme yapamadık. Yeni bir yüksek öğretim kanununun olmazsa

“Rektör atama biçimi değiştirilmelidir. Belirlenen ölçütlere (En az beş yıllık profesör olma, bir ay yurt dışında bir üniversitede çalışma, bir kez yurt dışında kongreye katılma, bildiri sunma vb.) uyan profesörlerin aday olduğu liste YÖK veya Millî Eğitim Bakanı tarafından Cumhurbaşkanlığı’na sunulmalı, atama Cumhurbaşkanlığı’nca yapılmalı, rektörlük süresi tek dönem olmalı, rektör mali konuları bir müteveli heyeti ile birlikte (belediye başkanı, defterdar vb.) yönetmelidir.”

olmazları neler olmalı? Dal (sağlık bilimleri vb) üniversiteleri, üniversitelerde birimsel özerklik (anabilim dallarının kendi bütçelerine sahip olması vb), rektör ve dekanların görev ve gelme şekli (seçim, müteveli heyeti ataması vb) konularda yeni yasa neleri içermeli?

2547 Sayılı Yüksek Öğretim Yasası artık bünyemize dar geliyor. Herkesin elini taşın altına koyduğu, her düşüncenin özgürce ortaya konulduğu çok geniş katımlı bir çalışma grubu, AB ülkelerinin güncellenmiş yasaları da göz önüne alarak en kısa zamanda yeni bir kanun hazırlanmalıdır. Bu yasa hazırlanırken ülkemiz koşulları mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Rektör atama biçimi değiştirilmelidir. Belirlenen ölçütlere (En az beş yıllık profesör olma, bir ay yurt dışında bir üniversitede çalışma, bir kez yurt dışında kongreye katılma, bildiri sunma vb.) uyan profesörlerin aday olduğu liste YÖK veya Millî Eğitim Bakanı tarafından Cumhurbaşkanlığı’na sunulmalı, atama Cumhurbaşkanlığı’nca yapılmalı, rektörlük süresi tek dönem olmalı, rektör mali konuları bir müteveli heyeti ile birlikte (belediye başkanı, defterdar vb.) yönetmelidir. Mevcut sisteme göre yapılan seçimler öğretim üyelerini kamplara ayırmakta, üniversitelerde hu-



zuru bozmaktadır. Yan dal üniversitelerinin kurulması ülkemiz şartları da dikkate alınarak yapılmalıdır. Böyle yapıldığında öğretim üyesi israfına son verileceği gibi kalitenin artması da sağlanmış olur.

Ülkemizde üniversite öğretimi çağında büyük bir genç nüfus var; yeni üniversitelere olan ihtiyaç çok açık. Mevcut üniversitelerin kontenjanlarını artırması ihtiyaç açısından gerekli olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte madalyonun diğer yüzünde kalite sorunu var. Yeni üniversiteler ve kontenjan artırılması ile eğitim/öğretim kalitesi arasındaki denge için sizce neler yapılmalıdır?

Üniversiteler Avrupa’daki benzer bölümlerde olduğu gibi ortak ders programları hazırlamalı, anlatılan dersler, konu içerikleri, kredi değerlendirmeleri benzer olmalıdır. Her üniversite denetlenmeye açık olmalı, sınavlar ortak yapılabilir, başarılı üniversitelere prim verilirken, eksiklikleri olanlara zaman ve destek verilmelidir.

Ülkemizde fen ve sosyal bilimler alanındaki araştırmalar konusunda görüşlerinizi almak istiyoruz. Araştırma sayısındaki artış sitasyonla paralel gitmiyor. Ayrıca mevcut araştırmalar, ülke sorunlarını çözme ve kaynak yaratma noktasında olumlu yönleri genelde sahip değil.

Kaliteli araştırmaların sayısını artırmak, araştırmaların önündeki engelleri kaldırmak, sorun çözen ve kaynak üreten araştırmaların sayısının artması için neler yapılabilir?

Üretenlerin ödüllendirilmesi, üretmeyenlerin sorgulanması birçok sorunu çözecektir. Yalnızca bir makale hazırlamak yeterli değildir. Orijinal makalelerin olması, site edilmesi önemlidir. Çalışmaların ürüne dönüşmesi ve patent başarısının son noktalarıdır. Fen bilimlerine önem verildiği kadar sosyal bilimlere de önem verilmelidir

Üniversitede araştırma kadrosuna atanacakların seçimi konusunda önerileriniz nelerdir? Merkezi sınava bakış açınız nedir?

Mutlaka merkezî sınavla atama yapılmalıdır. Ben tıp fakültesi kökenli bir rektörüm. 1985 sonrasında tıpta uzmanlık sınavı ile asistan alımına başlandı. Daha sonraki dönemde bilgisi olan, çalışan asistan oldu. Bu ve benzeri uygulamaların tıp dışında da yapılması yararlı olur. Üniversitelerin ihtiyaç duyduğu kadrolara yılda 1-2 kez yapılacak ortak sınavla uzman, öğreti görevlisi, yardımcı doçent alımı yapılabilir. Öğretim elemanı alımlarında bölümlere de imkân sağlamak için, alınacak eleman sayısının iki veya üç katı aday sınavı kazanabilir, bunlardan birisi (yayınları, referans mektupları, mezuniyet notu vb, ölçütlerle değerlendirilerek) bölüm kurulunca tercih edilebilir

Akademik kariyerin her basamağını aynı üniversitede almak fikrine bakış açınız nedir (Uzmanlık veya doktorasını aldığı üniversiteye kariyere kalmak)?

Bundan 20-25 yıl öncesinde uzmanlık veya doktorasını aldığı üniversitede kariyere kalınamıyordu. Bu durum çeşitli yollarla delindi. Doğru olan, ülkenin farklı üniversitelerinde çalışmaktır. Aile bütünlüğünün bozulması, çalışma şartlarının zorluğu vb. hususlar ise bu konuda birer engel olarak karşımıza çıkmaktadır. Öğreti üyeleri her aşamada en az üç ay başka bir şehir veya bölgedeki üniversitede çalışmalı. Bu durum asistanlık döneminde de yapılmalıdır. Böyle yapıldığı takdirde hem birey hem de gidilen üniversitelerdeki bireyler kazançlı çıkacaktır (Bilgi paylaşımı, kendilerini test etme vb.).

Üniversitelerimizde akademik unvanların verilmesi ölçütleri konusunda görüşleriniz nelerdir?

Akademik unvanların verilmesindeki ölçütleri iki kez değiştirmek zorunda kaldık. Gönül isterdi ki ölçütleri yüksel-

telim, daha fazla esere ve daha yüksek yabancı dil puanına sahip olanları alalım. Yeni açılan çok sayıda üniversitelerin olması, birçok üniversitede çok sayıda ilan verilmesi, bazı bölümlere hiç başvuru olmaması gibi nedenlerle yeni düzenlemeler yapmak zorunda kaldık. "İlan verildiğine göre mutlaka birisi vardır." düşüncesi ülkemizde bilinen bir gerçektir. Merkezî sınav ve yerleştirme bu düşüncenin giderilmesi konusunda da yararlı olur.

Üniversitede eğitim ve öğretimin ve hizmetlerin akreditasyonu için görüşlerinizi alabilir miyiz?

Ön hazırlıklar yapıp hedefler konulduktan sonra geçilebilir. Bu konuda çok aceleci davranılmamalıdır.

Üniversitede finansman konusu hakkında görüşleriniz nelerdir? Devlet bütçesi desteği, öğrenci ödentileri ve döner sermaye ve teknopark gelirleri dışında başka gelir kaynakları geliştirilebilir mi? Devlet bütçesinden destek almanın kriterlerini belirlemede üniversiteler arasında farklılık olmalı mı? Almanya örneğinde olduğu gibi belli ölçütlere göre seçilen bazı üniversitelere daha büyük destek sağlama fikrine nasıl bakıyorsunuz?

Olabilir. Üniversitelerin özelliklerine, bölgelerine göre farklı oranlarda destek verilebilmeli, bağış yapılabilir.

Bugüne kadar sanayi ile işbirliğiniz nasıldı? Üniversite-sanayi işbirliğinin gelişmesi ile neler yapmayı düşünüyorsunuz?

Üniversite sanayi işbirliği yok denecek kadar az. Üniversitemizde teknokent inşaatı benden önceki rektör arkadaşım zamanında başlamıştı, Ocak 2010'da tamamlandı. Bir ay içinde açılışını yapacağız. Teknokentin açılışı ve yeni atadığımız CÜSTİGEM Başkanının çalışmaları ile kısa zamanda işbirliğinin artacağı, ürünlerinin alınmaya başlayacağı inancındayım.

Öğretim üyeliğinin ülkemizdeki bugünkü konumunu nasıl değerlendiriyorsunuz? Mevcut ücretlendirme politikası öğretim üyeliğine özendirme noktasındaki olumsuz etki yaptığını biliyoruz; öğretim üyelerinin gelirleri nasıl artırılabilir?

Öğretim üyeleri; çalışmaları, ürettikleri eserleri, projeleri, aldıkları patentler, öğrencilerinin başarıları (merkezî sınav sonuçlarına göre değerlendirme) ve memnuniyet anketleri (ders sunumu, zamanında derse girme, son bilgileri hazırlama vb.) ile birlikte değerlendirilerek ek ödeme alabilmeli ve teşvik ni-

teliği taşıyan özendirici uygulamalarla ödüllendirilebilmelidir.

'Tam Gün Yasası'nı genel olarak destekliyorum

'Tam Gün Yasası'na bakışınız nedir? Eğitim, araştırma ve hizmetler 'Tam Gün' sonrasında beklenen düzeyde artabilecek mi? Konuyla ilgili ne gibi sorunlar olabilir?

'Tam Gün Yasası'nı genel olarak destekliyorum. Ancak üniversite hastaneleri ile devlet hastanelerinde öncelikle bir durum değerlendirmesi yapılmalı; kadro, bina, tıbbi teçhizat açısından bunlar aynı noktaya getirilmelidir. Daha sonra uygulama başlamalı, hedefler konulmalıdır. Performans ölçütleri çok iyi değerlendirilmeli; dâhilî tıp bilimleri ile cerrahi tıp bilimlerinin puanları farklı olmalı, bölümlere yapılan yatırımlar, kullanılan alanlar ile kadrolar dikkate alınmalıdır. Olay sadece hasta bakma olarak değerlendirilmemeli, öğrenci ve asistan eğitimi, halka yönelik olarak yapılan etkinlikler, bilimsel çalışmalara katılma, eser üretme gibi kriterler de birlikte değerlendirilmelidir. Çıkarılacak yönetmelikte; temel tıp bilimlerinde daha fazla olmak üzere eser üretimi teşvik edilmelidir. Şu anda çıkan yasa, şartları uygun olan üniversitelerde hemen uygulanabilmeliydi.

Tıp fakültelerindeki eğitim düzeyi, öğrenci kontenjanları, tıp dışı sağlık mesleklerinin durumu, üniversite hastanesinin sistemdeki yeri ve Türk sağlık sistemine üniversitenin katkısını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Üniversite hastanelerinin olmadığı bir Türkiye'yi düşünmek bile istemiyorum. Üniversite hastaneleri; asistanlara yeni bilgilerin verildiği, eğitim ve öğretimin yapıldığı, teorik ve pratik işlemlerin bir arada yürütüldüğü, usta çırak ilişkisinin devam ettiği, 24 saat hizmetin sürdürüldüğü, kaliteli hizmetin verildiği, doktor ve hemşirelerin birlikte çalışarak hizmet ürettikleri 3. basamak sağlık kuruluşlarıdır. Üniversite hastaneleri toplumun bilinçlendirilmesinde, sağlık hizmetlerinin sunulmasında, ciddi hastaların takip ve tedavisinde olmazsa olmaz kuruluşlardır. Tıp fakültesi öğrenci kontenjanları planlanırken fakültelerin fiziki şartları ile öğretim üyesi sayısı birlikte değerlendirilmelidir.

Tıbbi uygulamalarda çoğulculuk: iyileştiriciler ve hekimler

Prof. Dr. Osman Hayran



1954 yılında Afyon'da doğan Hayran, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra aynı üniversitenin Toplum Hekimliği Enstitüsü'nde Halk Sağlığı ihtisası yaptı. Zorunlu hizmetini Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü'nde tamamlayan Hayran, 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na geçti ve aynı yıl Halk Sağlığı alanında doçent, 1994 yılında da profesör oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nün Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisi'nin direktörlüğünü yaptıktan sonra Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'ni kurmak üzere dekan olarak görevlendirilen Hayran, dekanlık görevini 2006 yılına kadar sürdürdü. Prof. Hayran halen Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde dekan olarak görev yapmaktadır.

Doğadaki tüm diğer canlılar gibi insanların bedeni de hasar gördüğünde, yaralandığında, kendi kendisini iyileştirme yeteneğine sahiptir. Ancak diğer canlılardan farklı olarak insanlar arasında zamanla iyileşme işine yardımcı olan "iyileştirici" meslek-

ler ortaya çıkmış, bazı kişiler ya sahip oldukları bazı özellikler yüzünden, ya da bilgileri ve tecrübeleri nedeniyle iyileştirme işiyle görevli hale gelmişlerdir. İlkel toplumlarda büyücüler, şamanlar iyileştirme işini yaparken, çağdaş toplumlarda tıp fakültesini bitirmiş hekimler ile başka okullarda eğitim görmüş sağlık profesyonelleri bu işleri üstlenmişlerdir.

Toplumların gelişmişlik düzeyine bağlı olarak iyileştiricilerin türü, sayısı ve nitelikleri farklılık göstermekle birlikte, gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun, hemen hemen her toplumda bu alanda çeşitlilik ve çoğulculuk dikkati çekmektedir (1). Örneğin, modern tıbbın çok geliştiği Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da hekimlerin yanı sıra, osteopatlar, kiropraktörler, herbalistler, akupunkturistler,





Şekli ne olursa olsun iyileştirici olmak herkesin başarabileceği bir iş değildir. Her toplumda ve her kültürde, sıfatı ne olursa olsun iyileştirici olmak için aranan bazı özellikler vardır. Örneğin bazı Orta Amerika ve Güneydoğu Asya toplumlarında, epilepsi nöbetleri geçiren kişilerin bazılarının bu nöbetler sırasında doğaüstü güçlerle temasa geçerek iyileştirici özellikleri kazandığı kabul edilmektedir. Afrika kökenli Amerikalılar ile Mohawklar gibi bazı Amerika yerlileri arasında yaygın olan bir inanişaya göre ise yedinci çocuğun yedinci çocuğu olan kişi iyileştirici güçlere sahip kabul edilmektedir.

gibi üniversite düzeyinde eğitim gördükten sonra resmi makamlarca iyileştirici olarak çalışmaları uygun görülen bazı meslekler ile medyumlar, şamanlar, biyoenerjiciler gibi resmi makamlarca kabul görmeyen bazı meslekler sağlık sektöründe birlikte yer alabilmekte ve müşteri bulabilmektedirler. Çin, Hindistan gibi Asya ülkelerinde modern Batı tıbbının yanı sıra Çin tıbbı, Hint tıbbı olarak bilinen uygulamalarda uzmanlaşmış, yasalarla yetkili kılınmış çok çeşitli iyileştiriciler çalışmaktadır. Müslüman ülkelerde peygamber tıbbı uygulamaları (Tıbbi Nebevi) hayli kabul gören uygulamalardır. Az gelişmiş, hekim sayısı, sağlık personeli sayısı yetersiz olan yoksul ülkelerde ise arz-talep dengesizliğinin kaçınılmaz sonucu olarak, çağdaş sağlık profesyonellerinin yanı sıra kendisinin iyileştirici olduğunu iddia eden, büyücü, üfürükçü, kırıkçı-çıkıkçı, gibi iyi niyetli ya da kötü niyetli pek çok insan topluma sağlık hizmeti sunmaktadır.

Şekli ne olursa olsun iyileştirici olmak herkesin başarabileceği bir iş değildir. Her toplumda ve her kültürde, sıfatı ne olursa olsun iyileştirici olmak için aranan bazı özellikler vardır. Örneğin bazı Orta Amerika ve Güneydoğu Asya toplumlarında, epilepsi nöbetleri geçiren kişilerin bazılarının bu nöbetler sırasın-

da doğaüstü güçlerle temasa geçerek iyileştirici özellikleri kazandığı kabul edilmektedir (2, 3). Afrika kökenli Amerikalılar ile Mohawklar gibi bazı Amerika yerlileri arasında yaygın olan bir inanişaya göre ise yedinci çocuğun yedinci çocuğu olan kişi iyileştirici güçlere sahip kabul edilmektedir (4, 5). İyileştiricilik bazı toplumlarda doğuştan varolan, bazı toplumlarda doğaüstü güçlerden elde edilmiş olan, bazılarında kuşaktan kuşağa aktarılan bir özellik olabilmekte, diğer bazılarında ise usta-çırak ilişkisi ile ya da okulda eğitim-öğretim görülerek kazanılan bir özellik olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu özelliği kazanma yolu ne olursa olsun, tüm iyileştiricilerin ortak özellikleri; hemen hemen her toplumda ve kültürde saygın bir konumda bulunmaları, eğitimleri ve hizmet sunumları sırasında birtakım ritüellere sahip olmalarıdır.

Yasalarla düzenlenmiş, resmi makamlarca onaylanmış sağlık sistemlerinin dışında kalan uygulamalara genel olarak verilen ad, "Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp" (TAT) uygulamalarıdır. Bu kavram aslında yapılan işlerin tıbbi alternatif olarak ortaya çıktığını ve tıbbın eksik kaldığı alanları tamamlama amacını taşıdığını ifade ederek küçümseme mesajı içeren bir kavramdır. Meslekler arasındaki prestij, yetki ve güç

alanını geniş tutma mücadelesinin kaçınılmaz sonucu olarak mevcut sağlık sistemlerinin en önemli elemanları konumunda olan modern Batı tıbbi eğitimi almış hekimler uzun süre bu tür uygulamaları ve kendilerinin dışındaki iyileştiricileri yok saymış, şarlatanlıkla suçlamışlardır. Ancak modern Batı tıbbının yetersiz ya da çaresiz kaldığı bazı hastalıklarda ve durumlarda, insanların alternatif tedavi yöntemi arayışları, bu uygulamaların ilgi görmesine ve yaygınlaşmasına yol açmıştır.

Örneğin, modern Batı tıbbının kalelerinden birisi olan ABD'de 1990 yılında toplumda tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullanma oranı yüzde 34 iken aynı oran 1997 yılında yüzde 42'ye yükselmiştir. (6-7) İngiltere'de yapılan bir çalışmaya göre halkın yüzde 46'sı yaşamalarının herhangi bir döneminde bu uygulamalara en az bir kez başvurumaktadırlar (8). Batı Avrupa ülkelerinde her yıl bu tür uygulamaları kullananların oranı ise toplumun yüzde 10-25'ini oluşturmaktadır (9). Avrupa'da en yaygın olan TAT uygulamalarının homeo-



(...) Gerçekten de, neredeyse sınırsız olan güç alanından aldığı cesaretle tarih boyunca hastalar karşısında yarı-tanrı rolü oynamayı benimsemiş olan modern Batı tıbbı, cerrahi uygulamaları ve invazif yöntemleriyle, hatalar sonucu neden olduğu ölümler ve sakatlıklar ile sicilini epey bozmuştur. Çocukların doktor ile iğne yapmak ile korkutulduğu dönemler yaşanmıştır. Bugün bile bırakınız çocukları pek çok yetişkin, hekimlerin kendilerine yaklaşımındaki ataerkil ve mesafeli tavırdan şikâyetçidir.

pati, fitoterapi, naturopati, akupunktur başta olmak üzere geleneksel Çin tıbbı, osteopati ve kiropraktik uygulamaları olduğu bilinmektedir (10). Dünya Sağlık Örgütü bu uygulamaların yaygınlığına dikkati çekmekte ve ülkeleri

bu konuda yapıcı politikalar geliştirmeye teşvik etmektedir (11).

Bu uygulamaların Avrupa ülkelerindeki yaygınlığı nedeniyle Avrupa Birliği'nin yetkili organları da konuya el atmış ve çeşitli kararlar alınmıştır. Avrupa Parlamentosu'nun 1999 yılında aldığı 1206 sayılı karar bu konuda şu ifadele-

"Sağlık alanında, ulusal düzenlemeler ile uygulamalardaki çeşitliliği korumak Avrupa'nın önem verdiği değerlerden, insanların kendi sistemlerine ve geleceklerine bağlılıklarının sorgulanamayacağı kapsamında görülmelidir. Ancak kişilerin sağlık hizmeti seçme özgürlüğü ilkesine dokunmadan, alışılmışın dışındaki tıbbi uygulamalar konusunda ortak bir Avrupa yaklaşımı geliştirmenin gerekli olduğu görülmektedir." "(...) Asamble bu konuda hastalara verilebilecek en büyük güvencenin, yetki sınırlarının farkında olan, etik değerleri, özdenetim sistemi bulunan ve her türlü dış denetime açık olan, eğitilmiş meslekler olduğuna inanmaktadır."

Bu alanda yaygın olan önemli bazı uygulamaları şu şekilde sıralamak mümkündür:

Akupunktur

Çin'de 2 bin yıldan daha eski bir uygulaması olan akupunktur, insan vücudunda tanımlanmış 14 kanal boyunca yer alan 365 noktadan bazılarına ince iğneler sokulması ve bu iğnelerin kendi etrafında döndürülmesi şeklinde yapılır. Bazen iğnelere ek olarak masaj ve koku uygulaması da söz konusu olabilir. Amaç, yin (soğuk, karanlık, çekingenlik) ile yang (sıcak, aydınlık, giriş-

kenlik) arasındaki bozulmuş dengenin düzeltilmesidir. Batı tıbbı tarafından uzun süre kuşku ile karşılanan akupunktura olan ilgi 1970'li yıllarla birlikte artmaya başlamış, uygulamaların önemli kısmının yararlı olduğuna ilişkin bilimsel çalışmalar yapılmıştır. Bugün pek çok gelişmiş ülkede akupunktur eğitimi verilmekte, akupunkturistler sağlık sistemi içerisinde yer almakta, tedavi ücretleri sigorta şirketleri tarafından karşılanmaktadır.

Kiropraktik

Bugün gelişmiş ülkelerde en yaygın ve hizmetleri sağlık sigorta şirketleri tarafından onaylanan uygulamalardır. Kiropraksi 1895 yılında Kanada asıllı Amerikalı iyileştirici Daniel David Palmer tarafından geliştirilmiş bir yöntemdir. Amerika Tabipler Birliği uzun süre bu uygulamaları bilim dışı bularak karşı çıkmış ve tıp camiasından dışlamıştır. Ancak bir grup kiropraktörün açtığı sağlık uygulamalarındaki tekelciliğe karşı açtıkları dava 1990 yılında kiropraksi lehine sonuçlandıktan sonra kiropraksi sağlık sektörü içerisinde yasal yerini almaya başlamıştır (12). Bugün ABD ve Kanada başta olmak üzere Avustralya'da ve Batı Avrupa'da pek çok ülkede kiropraksi eğitimi ve hizmeti verilmektedir. Kiropraksi tanım olarak Amerikan Kiropraktik Birliği'nin yaptığı şekliyle, "kas-iskelet ile sinir sistemi bozukluklarını ve bu bozukluklardan kaynaklanan genel sağlık sorunlarının düzeltilmesini amaçlayan bir sağlık mesleği"dir. Uygulamalar spinal manipulasyon ağırlıklı olup, amaç eklem yerleri ve çevre dokularda oluşmuş olabilecek hasarları elle düzeltmeye çalışmak, hareketliliği arttırmak ve bu yolla hastanın genel durumunu düzelt-

mektir. Tedavi ve uygulamalarda ilaca yer vermemesi nedeniyle kas-iskelet sistemi sorunu olan, özellikle bel-sırt ağrısı olan hastalar tarafından çok tercih edilen bir yöntemdir.

Bitkisel tıp

Fitoterapi, botanik tıp, herbalizm, bitkisel tıp uygulamaları için kullanılan terimlerden bazılarıdır. Çeşitli bitkilerin hastalık tedavisi ve sağlıklı olmak amacıyla kullanımı insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahiptir. Yediğimiz pek çok bitkinin vücudumuza olan yararları ve eksikliğinde söz konusu olan zararları, sıradan bir insanın bile bildiği şeylerdir. Nitekim tıpta kullanılan pek çok ilaç bitkilerden elde edilmektedir. Dünyanın her yerinde ve her kültürde şifalı bitkiler konusunda sınırsız bir deneyim ve bilgi birikimi mevcuttur. İlaç sanayii bunların bir kısmını kullanmaktadır. İnsanların özünde var olan “doğal olan şeylere ilgi” nedeniyle her sosyal sınıftan ve her entelektüel düzeyden insanın sağlıklı olmak için yararı bilinen çeşitli bitkilere başvurma normal karşılanmalıdır. Anadolu’nun her kentinde bulunabilen aktarlar bunun tipik bir göstergesidir. Aktarlar dışında bu işi meslek edinmiş bazı folk sektör elemanları yasal olmayan bir şekilde çeşitli bitki özleri ve karışımları ile hastalık tedavisi yapmaktadırlar. Ülkemizde bitkisel tıp uygulamaları profesyonel sektör içerisinde değildir. Ancak bazı ülkelerde yaygın olarak kabul gören Ayurvedik Tıp ve geleneksel Çin Tıbbi uygulamalarında ağırlıklı olarak bitkilerin kullanıldığı görülmektedir. ABD, Kanada, bazı Batı Avrupa ülkeleri, Avusturalya gibi ülkelerde ise bitkilerden üretilen çeşitli karışımlar, tablet, kapsül ya da solüsyon şeklinde “tamamlayıcı” amaçla kullanılmakta ve reçetesiz olarak satılmaktadır. İngiltere’de çeşitli üniversitelerde lisans düzeyinde, pek çok gelişmiş ülkede ise master ve doktora düzeyinde bitkisel tıp eğitimi verilen programlar bulunmaktadır. Bazı ülkelerde bu alanda çalışan kişiler “Tıbbi Herbalist” ünvanı ile yetkilendirilmiştir. Sarımsak hapları, kekik ve kekik suyu, ıhlamur, rezene, ekinezya, ginkgo, ginseng, keten tohumu, üzüm çekirdeği ekstresi, çok bilinen bitkisel ürünlerden bazılarıdır.

Osteopati

Başta bel ağrısı, gerilim baş ağrısı olmak üzere kas-iskelet ve nörolojik sistemi ilgilendiren pek çok ağrılı sağlık sorununun manipülatif yani elle tedavisidir. Bazı osteopatik uygulamalar as-tım, orta ve iç kulak sorunları, menstru-asyon ağrısı, gibi sorunlar için de kullanılabilir. Osteopatik uygulamalarda ilacın ve cerrahinin yeri yoktur. İnsan vücuduna bütüncül yaklaşı-

mın benimsendiği uygulamalardır. Bir anlamda fizik-tedavi ve kiropraksiye benzeyen uygulamalardır. ABD, Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda, Avrupa Birliği ülkelerinin pek çoğu (İngiltere, Danimarka, İsviçre, İzlanda, Fransa, Belçika, Finlandiya, gibi), İsrail, osteopati konusunda eğitim-öğretimin verildiği ve bu uygulamaların yasal olduğu ülkelerdir.

Naturopati

Naturopatik tıp, doğal tıp olarak da bilinen bu uygulamalar, adından da anlaşılacağı gibi tamamen doğal yöntemlere dayanan ve insana bütüncül yaklaşmayı temel alan çeşitli sağlık uygulamalarıdır. Bu uygulamalarda da ilaca ve cerrahiye yer olmayıp insan vücuduna bütüncül yaklaşım söz konusudur. Başlıca naturopatik uygulamalar olarak, renk terapisi, şelasyon terapisi, beslenme, akupunktur, bitkisel tıp, ozon terapisi, iridoloji, kranial osteopati, refleksoloji, geleneksel Çin tıbbi sayılabilir. ABD, Kanada, İngiltere, Avusturalya ve Hindistan başta olmak üzere pek çok ülkede bu konuda eğitim verilmekte ve yasal düzenlemeler bulunmaktadır.

Bunların dışında **ayurvedik tıp, antroposofik tıp, ortomoleküler tıp, fitoterapi, bitkisel tıp, homeopati, hidrote-rapi, balneoterapi, Çin tıbbi, Tibet tıbbi, peygamber tıbbi**, gibi daha pek çok uygulama çeşitli toplumlarda kabul görmektedir.

Hekimleri temsil eden meslek örgütleri-nin karşı koymalarına ve şiddetli muha-lefetine rağmen gelişmiş Batı ülkeleri-nin önemli bir kısmında kiropraktik, osteopati, akupunktur, ayurvedik tıp, bitkisel tıp, gibi pek çok uygulama ya-sal hale gelmiştir. İnsanların bu uygu-lamalara gösterdiği ilginin temelinde, çaresiz kalınan durumlarda alternatif arayışları kadar, bu uygulamaların do-ğasında var olan insan bedenine say-gılı yaklaşımın önemli rolü olduğu söy-lenebilir. Gerçekten de, neredeyse sınırsız olan güç alanından aldığı cesa-retle tarih boyunca hastalar karşısında yarı-tanrı rolü oynamayı benimsemiş olan modern Batı tıbbi, cerrahi uygu-lamaları ve invazif yöntemleriyle, hatalar sonucu neden olduğu ölümler ve sa-katlıklar ile sicili epey bozmuştur. Ço-cukların doktor ile iğne yapmak ile korkutulduğu dönemler yaşanmıştır. Bugün bile bırakınız çocukları pek çok yetişkin, hekimlerin kendilerine yakla-şımındaki ataerkil ve mesafeli tavırdan şikâyetçidir.

TAT uygulamalarının modern Batı tıb-bına kıyasla ne kadar daha bilimsel ol-duğu tartışma konusu olsa bile, daha insancıl oldukları konusunda şüph-

bulunmamaktadır. Öte yandan hasta olan ya da kendisini hasta hisseden insanların ilgi, sevgi ve saygıya, en az ağrılarının dindirilmesi kadar ihtiyacı bulunmaktadır. Bu uygulamaların doğ-ruluğunu gözü kapalı bir biçimde ka-bullenmek ne denli yanlış ise, araştır-maya gerek duymadan reddetmek de o denli yanlıştır. Bu uygulamaların her-hangi bir ülkedeki resmi kurumlar, eği-tim ve sağlık kuruluşları ya da mesleki örgütler tarafından görmezden gelin-mesi onları ortadan kaldırmayacağı gibi, yasadışı uygulamalara dönüşerek denetim dışı kalmalarına ve halk sağ-lığı açısından zararlı sonuçlara yol aç-malarına da neden olacaktır.

Kaynaklar

- 1) Kleinmann A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press, Berkeley, 1980.
- 2) Fabrega H, Silver DB. *Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan: An Ethnomedical analysis*. Stanford University Press, Stanford, CA, 1973.
- 3) Fadiman A. *The spirit catches you and you fall down*. Farrar, Straus and Giroux, New York, 1997.
- 4) Snow LF. *Walkin' over medicine*. Boulder, CO:Westview, 1993.
- 5) Bonaparte D. *The healing powers of the seventh son of a seventh son*. In: *The people's voice*, October 21 (<http://wampumchronicles.com/seventhson.html>) erişim:4 Kasım 2009.
- 6) Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins D, Debanko TL. *Unconventional medicine in the United States:Prevalence, costs, and patterns of use*. *New England Journal of Medicine* 1993;328:246-252.
- 7) Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, Kessler RC. *Trends in alternative medicine in the United States, 1990-1997*. *Journal of American Medical Association* 1998;280:1569-1575.
- 8) Thomas KJ, Coleman P. *Use of complementary or alternative medicine in a general population in Great Britain:Results from the National Omnibus Survey*. *Journal of Public Health* 2004;26:152-157.
- 9) Cooper EA, Stoflet S. *Trends in the education and practice of alternative medicine clinicians*. *Health Affairs* 1996;15:226-238.
- 10) *National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines: Report of a WHO global survey*. Geneva: World Health Organisation, May 2005.
- 11) WHO *global atlas of traditional, complementary and alternative medicine*. Kobe, Japan: World Health Organisation, the WHO Centre of Health Development, 2005.
- 12) Moore JS. *Chiropractic in America: The history of a medical alternative*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1993.

Yenilenen gelenek: Bitkilerle tedavi

Yrd. Doç. Dr. Hanefi Özbek



1965 yılında Sivas'ta doğdu. 1991'de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu ve Van Kapalı Cezaevi'ne tabip olarak atandı. 1994'te Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Farmakoloji ve Toksikoloji Anabilim Dalı'nda doktora eğitimine başladı. Aynı yıl Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Müzik Eğitimi Bölümü'nün kuruluşunda görev aldı. 1998'de Farmakoloji ve Toksikoloji Bilim Doktoru PhD unvan ve yetkisini aldı. Aynı yıl Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı'nda yardımcı doçent olarak göreve başladı. 2008 yılında Sağlık Bakanlığı'na İlaç ve Eczacılık Genel Müdür Yardımcısı olarak geçti. Halen aynı görevine devam etmekte olan Özbek evli ve iki çocuk babasıdır.

Tıbbî bitkiler

Dünya üzerinde bulunan 750 bin -1 milyon arasındaki bitki türünden yaklaşık 20 bininin tıbbi maksatlar için kullanıldığı bilinmektedir hatta bu sayının gerçeği yansıtmaktan uzak olup asıl sayının 100

bine kadar çıkabileceği ileri sürülmektedir. Türkiye'de yetişmekte olan 9 bin kadar türden ise ancak 500 kadarı tedavide kullanılmaktadır. Tedavi amacıyla kullanılan bitkilerin sayısı, antik çağdan beri devamlı bir artış göstermektedir (1).

Tarih öncesi dönemden başlayarak Mezopotamya'da eski Mısır, Hitit, Yu-

nan ve Roma'da, İslam coğrafyasına baktığımızda Selçuklu ve Osmanlı döneminde bitkisel ilaçların kullanıldığı görüyoruz. Cumhuriyet döneminde de bu konu ilgi çekmeye devam etmiş, halk tıbbı (tıbbi folklor) araştırmaları yapılmıştır (2).

Tıbbi bitkilerle ilgili olarak tarih ve gelişim, tıbbi bitkilerin tanınması, Türkçe





Belesan ağacından yağ çıkarılması minyatürü (Osmanlılarda Sağlık-1 Ed: Dr. Coşkun Yılmaz Dr. Necdet Yılmaz, İstanbul 2006, S:255)

bitki isimleri, tıbbi bitkilerin yetiştirilmesi, ilaçların hazırlanması, tıbbi bitkilerin bileşimi, etki ve kullanış şekilleri, Türk tıbbında bitkisel ilaçların yeri, Türkiye tıbbi bitkileri üzerinde araştırmalar ve Türkiye’de kullanılan tıbbi bitkiler gibi konularda Prof. Dr. Turhan Baytop’un (1920-2002) yazmış olduğu “Türkiye’de Bitkiler ile Tedavi” isimli kitaptan ve ayrıca Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi’nin bir yayını olan “Bitkisel Tedavi” isimli kitaptan yararlanılabilir (1, 3, 4).

Anadolu’da Yontma Taş Devri’nden beri insanların yaşadığı ve yaklaşık 50 bin yıldan beri Anadolu insanının yabani bitkilerden çeşitli amaçlarla yararlandığı bilinmektedir. Bu kadar uzun bir süreden beri yabani bitkilerden yararlandığı bilinmesine karşılık Anadolu’da kullanılan bu bitkiler hakkında etraflı bir bilimsel araştırma şimdiye kadar yeterince yapılmamış ve bu bitkilerin farmako-toksikolojik etkilerinin bir listesi oluşturulmamıştır. Türkiye gibi geniş bir bitki florası bulunan, ekonomik kaynakları kısıtlı ve sentez suretiyle ilaç yapım olanakları yeterli düzeye gelmemiş ülkelerde, doğal ürünlerden elde edilen

ilaçların geliştirilmesi ve bu tür etkin ilaçların kullanılmasının teşvik edilmesi, yeterli ve ucuz ilaç sağlanması bakımından akılcı bir yaklaşım olabilir (5).

Kimya ve biyokimya alanındaki gelişmeler ilaç sanayiine büyük bir ivme kazandırmış; bu sayede etkinlik, zararsızlık ve kalite prensipleri benimsenerek analitik, toksikolojik, farmakolojik ve klinik çalışmalar sonucunda, laboratuvarlarda tıbbin ihtiyaçlarına cevap veren pek çok ilaç geliştirilmiştir (6). Buna rağmen özellikle geçen yüzyılda üretilen ilaçların birçoğu bitkisel kökenli olmuştur. Örneğin; söğüt kabuğundan üretilen Aspirin, yüksükotundan elde edilen digoksin, kınakına bitkisinden çıkarılan kinin, haşhaştan elde edilen morfin gibi (7). Günümüzde ise mevcut ilaçların yüzde 25’i bitkisel kökenlidir ve bunların birçoğunda bitkiden elde edilmek istenen etken madde, laboratuvar ortamında sentezlenebilmektedir (8).

1980’lerden itibaren tıbbi bitkiler, bunlardan elde edilen aktif maddeler üzerindeki çalışmalar ve bunlara duyulan ilgi bütün dünyada artmıştır. Bunun sebepleri şöylece sıralanabilir:

- Kimya endüstrisi yeterince gelişmiş olmayan ülkelerin kendi bitkilerini kullanarak ucuz ve kolay tedavi yolları geliştirmek istemeleri,
- Sentetik kökenli ilaçların, bilinmeyen tehlikeli yan etkilerinin zaman geçtikçe ortaya çıkması, bitkisel kökenli ilaçlarınsa yüzlerce hatta binlerce yıldan beri kullanıldığı için bu tür yan etkilerinin çok daha iyi biliniyor olması,
- Steroit bileşikler, atropa alkaloidleri, digitalis glikozidleri, afyon alkaloidleri, çavdar mahmuzu alkaloidleri, vs. gibi bugün tıpta önemli yere sahip olan pek çok etkin maddenin, bitkilerden (sentetik olanlarına göre) çok daha ucuza üretililebiliyor olması,
- Sentetik bileşikler genellikle tek bir etkiye sahipken bitkisel ilaçların birden çok etkiye sahip olmaları,
- Sentetik ilaçların yan etkilerini önlemek için ek olarak başka ilaçlara da gereksinim olması (vitaminler gibi), bitkisel kökenli ilaçlarda ise buna gerek duyulmaması (9).

Sonuç olarak ülkemizin ekonomik durumu ve ilaç hammaddesi için yurtdışına ödenen paralar göz önüne alındığında;

1. Ülkemizdeki bitki florasının tam olarak ortaya konması,

2. Tıbbi etkinliği bulunduğu düşünülen bitkilerin kimyasal analizlerinin yapılarak içerdikleri bileşiklerin aydınlatılması,

3. Bu bileşikler üzerinde gerekli tüm toksikolojik, farmakolojik ve klinik değerlendirmelerin yapılarak ülkemiz bitkilerine ait farmako-toksikolojik etki listesinin oluşturulması gerekliliği ve bunun önemi ortaya çıkmaktadır.

Gelişmiş ülkelerde, özellikle son yıllarda, bitki ekstraktlarının farmakolojik etkileri üzerine yapılan çalışmalar hızla artarken ülkemizde bu konunun ihmal edilmekte olduğu ve hatta araştırmacıların bu konuyla ilgilenmelerinin ülkemizdeki bazı bilimsel çevrelerce pek de hoş karşılanmadığı söylenebilir.

Konuya ilgi duyanların yararlanmaları amacıyla Science Citation Index’e (SCI) girmiş, bitkilerin farmakolojik ve toksikolojik tüm etkilerini içeren bilimsel araştırmaların yayımlandığı bazı dergilerin bir listesi aşağıda verilmiştir:

- Fitoterapia,
- Journal of Ethnopharmacology,
- Phytomedicine,
- Phytotherapy Research,

Almanya, Fransa, İsviçre gibi ülkelerde (özellikle Almanya'da) bitkisel ilaçları modern tıpla birleştirmek için güçlü bir eğilim vardır. Her tıp öğrencisi fitoterapi dersleri almak zorundadır. Hekimlerin yüzde 80'i bitkisel ilaçları düzenli olarak reçetelerine yazmaktadır. Almanya'da bitkisel ilaçların yüzde 80'i eczaneler tarafından hazırlanmakta ve yüzde 42'si reçeteli ilaçlar sınıfına girmektedir

- Planta,
- Planta Medica.

Yukarıdaki listede bulunan dergiler yalnızca bitkilerle yapılan araştırmaları kabul etmektedirler. Yine bitkilerle ilgili yapılmış çalışmaları kabul eden ama yalnızca bitkilere yönelik olmayan bilim dergileri de bulunmaktadır.

Fitoterapi

Kısaca "tıbbî bitkilerle tedavi" anlamına gelen fitoterapi, terim olarak ilk kez Fransız hekim Henri Leclerc (1870-1955) tarafından kullanılmıştır. Hastalıkların, tedavi edici değere sahip taze veya kurutulmuş bitki kısımları (drog) ya da bunlardan elde edilen ekstraksiyon ürünleri kullanılarak üretilen çay, damla, draje, kapsül, şurup, tablet ile tedavi edilmesi "fitoterapi" olarak değerlendirilmektedir. Fitoterapi, farmakognosi bilim dalının modern tedaviye uygulandığı olarak görülmektedir.

Fitoterapi, günümüzde alternatif tıp konuları arasında değerlendirilmekte ise de aslında birikimi, gelişimi ve uygulandığı ile birçok tıp bilimine öncülük etmiştir. Kronolojik olarak da klasik tıp yöntemleri ve tıp kurallarına karşı bir alternatif değil, tam tersi diğer tedavi yöntemleri fitoterapiye bir alternatif olarak gelişmişlerdir.

Fitoterapide kullanılan bitkilerin; botanik açıdan tayini yapılmış, mikrobiyolojik ve kimyasal kontrollü, etken madde miktarı belli, standardize edilmiş ve hij-

yenik şartlarda ambalajlanmış olarak hastaya sunulması gerekir. Artık bitkisel ürünler de diğer ilaçlarla aynı çizgiye yerleşmektedir. Bu, her ilacın etki-güvenlilik-stabilite ve farmasötik kalitesini korumak için gösterilmesi gereken özenin bitkisel ürünlere de gösterilmesi anlamına gelmektedir.

Bitkisel ürünleri ve bunların tedaviye yönelik uygulamalarını iyi anlayabilmek için onların botaniklerinin, kimyasının, farmakolojisinin, toksikolojisinin ve klinik etkilerinin bilinmesi gerekir.

Avrupa Topluluğu'nda bitkisel preparatlar ancak kanunen ruhsatlandırma sonrasında satılabilmektedir. Almanya, Fransa, İsviçre gibi ülkelerde (özellikle Almanya'da) bitkisel ilaçları modern tıpla birleştirmek için güçlü bir eğilim vardır. Her tıp öğrencisi fitoterapi dersleri almak zorundadır. Hekimlerin yüzde 80'i bitkisel ilaçları düzenli olarak reçetelerine yazmaktadır. Almanya'da bitkisel ilaçların yüzde 80'i eczaneler tarafından hazırlanmakta ve yüzde 42'si reçeteli ilaçlar sınıfına girmektedir (4).

Günümüzde tıbbî bitkiler

Son yıllarda sentetik ilaçların kullanımı sonucu meydana gelen ciddi yan etkiler ve bunların yol açtığı medikal ve ekonomik sorunlar, endüstrileşmiş ülkelerin çevre kirliliğini önlemek amacıyla ekolojik dengeyi koruyucu yaklaşımları ve ayrıca doğal ilaçların etkin ve aynı zamanda yan etkiden arınmış olduğu düşüncesi gibi faktörler sonucu bitkilerle tedavi tekrar popüler hâle gelmiştir (10). 1997 yılında ABD'de bitkisel ilaçların satışının bir önceki yıla göre yüzde 9'luk artış göstermiş olması (11), hastaların yüzde 5'lik bir bölümünün temel tedavi olarak sadece bitkisel tedavi alıyor olması, bu tedaviler için Amerika'da yılda 3,24 milyar dolar (12), İngiltere'de 40 milyon sterlin (7) harcanması yine bu popülaritenin doksanlı yılların sonlarına doğru ulaştığı seviyeyi yansıtmaktadır. Diğer yandan, konvansiyonel sentetik ilaç üretimi kalitesinde ve standartlarında bitkisel ilaç üreten firmaların sayısı da giderek artmaktadır.

Herbalistler (bitkisel tedavi uzmanları) bitki tedavisinde, sadece etken maddenin izole edilip verilmesini amaçlayan konvansiyonel tedavinin aksine, maksimum etkinin bir bütünsellik içinde ortaya çıktığını, bitkinin tüm bileşenlerinin olumlu etki üzerinde bir payı olduğunu savunmaktadır. Onlara göre saflaştırılmamış bitkinin kullanımı, bitkiyi oluşturan maddelerin birbirini nötralize etmesi sebebiyle yan etki olasılığını azaltmaktadır. Ancak, unutulmamalıdır ki, doğal olan her zaman güvenli olan demek değildir. Pek çok bitkinin yük-

sek derecede toksik olduğu, diğer tedavi yöntemleri içinde fitoterapinin (bitkilerle tedavi) yan etki ve toksisite yönünden çok daha fazla risk taşıyabileceği de bildirilmiştir (7, 8). Yapılan bir araştırmaya göre Kuzey Amerika'da bitkilerden zehirlenenlerin sayısı hayvanlar tarafından yaralananlardan daha çoktur (13). Tıbbî amaçla kullanılan bitkilerin bir kısmının hepatotoksik olduğuna dair literatür bilgisi vardır (10, 14-20). Ayrıca bilinçsiz fitoterapi uygulaması sonucu zaman zaman ölümle sonuçlanan vak'alar bildirilmiştir (21). Fitoterapi uygulamasının direkt toksik etkilerinden başka hastanın kullandığı diğer konvansiyonel ilaçlarla toksikolojik etkileşmelerin olabileceği de gösterilmiştir (22).

Çeşitli kuruluşlar, toksik etkileri de olabilen ve oldukça çok rağbet gören şifalı bitkilere belirli standartlar getirmeye çalışmaktadırlar. Bu tür çalışmaların en yoğun yapıldığı ülke İngiltere'dir. Exeter Üniversitesi ve Ulusal Medikal Herbalist Enstitüsü, fitoterapi uygulayıcıları tarafından bildirilen yan etkilerin kaydedildiği bir veri bankası olan "yeşil kart" sistemini oluşturmuşlardır. Yine aynı enstitü ve diğer bazı merkezler patoloji, biyokimya, farmakoloji, farmakognosi, fizyoloji, botanik, beslenme ve klinik tanı gibi alanları da içeren dört senelik bir kurs düzenlemekte ve mezunlarına tüm ülkede geçerli herbalist diploması vermektedirler. Benzer çalışmalar Amerika ve diğer bazı Avrupa ülkelerinde de yapılmaktadır (6). Yapılan birçok araştırma, fitoterapi uygulamalarının bazen konvansiyonel tıp metotlarına denk hatta ondan daha üstün olabileceğini de göstermiştir: Serenoa repes bitkisinin semptomatik benign prostat hiperplazili hastalarda fenasterid'e eş etki gösterdiği, buna ek olarak daha az yan etkiye neden olduğu (23), geleneksel olarak Çin'de uygulanan bitkisel tedavi metotlarının adult atopik dermatitinde oldukça etkili olduğu (24), Hypericum perforatum'un orta derecede depresyon üzerine amitriptilin ile benzer düzeyde etkiye sahip olduğu (25) gösterilmiştir. Yukarıda verilen literatür bilgiye dayanarak tıp çevrelerinin fitoterapiyi alternatif tıp metotları içerisinde kabul etmekle beraber giderek konvansiyonel tedavi metotları içerisinde de ele almaya başladıkları söylenebilir.

Bitkilerle tedavide dikkat edilmesi gereken durumlar

Yapılan çeşitli çalışmalara rağmen fitoterapinin güvenirliliği ve etkinliği henüz tam olarak kanıtlanmamıştır. Bu yüzden bitkisel ilaçları reçete ederken veya ilgilileri bu konuda bilgilendirirken aşağıdaki kuralları hatırlamak gerekir:

Hızla popüleritesi artan fitoterapinin insan sağlığına olumlu veya olumsuz katkılarının araştırılarak, kullanılan her bir tıbbî bitkiye ait farmako-toksikolojik etki profilinin ortaya konması büyük önem taşımaktadır. Her ne suretle olursa olsun bitkisel ilâçların veya bunlardan elde edilecek ekstrelerin uzmanlarca standardize edilmesi, dozlarının ayarlanması gerekir. Tıbbî bitkiler bu şekilde daha bilinçli ve güvenilir olarak tıbbin hizmetine sunulabilirler.

Bitkisel ilâçlar;

- Ciddî hastalıklarda,
- Hamilelikte veya hamile kalmanın dü-şünüldüğü durumlarda,
- Laktasyon (emzirme) döneminde,
- Bebek ve çocuklarda,
- Alkol kullananlarda veya geçirilmiş sarılık öyküsü (hepatite bağlı sarılık) olanlarda kullanılmamalıdır. Bu durum-larda ancak hekime danışılarak bitkisel ilâç kullanımı önerilebilir.

Tıbbî amaçla kullanılacak bitkiler;

- Güvenilir yerlerden alınmalıdır,
- Etiketsiz veya etiketinde içerdiği maddeler belirtilmemiş bitki paketleri alınmamalıdır,
- Etiketle verilen içerik listesi, paketin içindeki tüm maddeleri yansıtmıyor olabilir. Bunun da göz önünde tutulma-sı gerekir,
- Tıbbî bitkiler uzun süre, düzenli bir şekilde kullanılmamalıdır,

Başka ilâç/ilâçlar kullanan bir hasta, tedavisine bitkisel ilâçları da eklemek istiyorsa mutlaka bir hekime başvura-rak görüşünü almalıdır (8, 13, 25).

Hızla popüleritesi artan fitoterapinin in-san sağlığına olumlu veya olumsuz

katkılarının araştırılarak, kullanılan her bir tıbbî bitkiye ait farmako-toksikolojik etki profilinin ortaya konması büyük önem taşımaktadır. Tıbbî bitkilere atfe-dilen farmakolojik ve/veya toksikolojik etkilerin uzmanlarca deney hayvanları ve/veya doku kültürleri üzerinde araştı-rılması, elde edilen sonuçlara göre ça-lışmaların devamı veya durdurulması, bilimin gereğidir. Sonuçta etkili bulu-nacak bir bitki ekstresinin fitokimyasal analizle içerdiği bileşiklere kadar inile-rek tıbbî etkiyi oluşturan asıl bileşik veya bileşikler bulunup, istenirse bu bileşikler yine sentetik yollarla elde edilebilirler veya bitkideki halleriyle kul-lanılabilirler. Her ne suretle olursa ol-sun bitkisel ilâçların veya bunlardan elde edilecek ekstrelerin uzmanlarca standardize edilmesi, dozlarının ayar-lanması gerekir. Tıbbî bitkiler bu şekil-de daha bilinçli ve güvenilir olarak tı-bbin hizmetine sunulabilirler.

Kaynaklar

- 1) Baytop T. Türkiye'de Bitkiler İle Tedavi. 2. bas-kı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1999.
- 2) Kara H, Aydın S. Cinsel Sorunlar ve Çözüm Yolları. Sen Yayınları1, Ankara, 2002.
- 3) Gürkan E, Öndersev DV, Ulusoylu M, Göztaş Z, Dinçşahin N. Bitkisel Tedavi. Marmara Üniversite-si Eczacılık Fakültesi Yayın No: 19, 2003, İstanbul.
- 4) Çubukçu B, Meriçli AH, Mat A, Sarıyar G, Sütü-pınar N, Meriçli F. Fitoterapi. İ.Ü. Eczacılık Fakül-tesi Yayın No: 79, İstanbul, 2002.
- 5) Kayaalp SO. Klinik Farmakolojinin Esasları ve Temel Düzenlemeler. 4. baskı, Hacettepe-TAŞ, 2008; 3.
- 6) Asımşıl A. Şifalı Bitkiler, Timaş Yayınları, 1997, İstanbul.
- 7) Vickers A., Zollman C. ABC of complementary medicine-herbal medicine. BMJ 1999;319:1050-1053.
- 8) Cassileth BR. The Alternative Medicine Handbo-ok. W.W.Norton&Company, London, 1998;86-99.
- 9) Aboolenin AA. Back to medicinal plants the-rapy. Hamdard 1982; (1-4): 40.
- 10) Larrey D. Phytothérapie et hepatotoxicité. <http://fmcgastro.org/GASTRO/postu98/Larey.html>
- 11) Richmon A, Witkowski J . Herbs by numbers. Whole foods magazine. 1997;20.
- 12) Johnston BA. One third of nation's adults use herbal remedies. Helbegam 1997;40:49.
- 13) Huxtable JR. The myth of beneficentnature: the risks of herbal preparations. Ann Intern Med. 1992; 117:165-616.
- 14) Sallivan JB, Barry RH et al. Pennyroyal oil poiso-ning and hepatotoxicity. JAMA 1979;242:2873-2874.
- 15) Sheikh NM, Philen RM et al. Chaparrol-asso-ciated hepatotoxicity. Arch Intern Med 1997;157:913-919.
- 16) Woolf GM, Petrovic LM et al. Acute hepatitis

associated with Chinese herbal product in Jin Bu Huan. Ann Intern Med 1994;121:729-735.

17) Weston CMF, Cooper BT et al. Veno-occlusive disease of the liver secondary to ingestion of comfrey. BMJ 1987;295:183.

18) MacGregor FB, Abernethy VE et al. Hepatoto-xicity of herbal remedies. BMJ 1989;336:1068.

19) Carlsson C. Herbs and hepatitis. Lancet 1990;336:1068.

20) Kang HS, Choi HS, Yun TJ, Lee KG, Seo YS, Yeon JE, Byun KS, Um SH, Kim CD, Ryu HS. A case of acute cholestatic hepatitis induced by *Corydalis speciosa* Max., Korean J Hepatol. 2009;15(4):517-523.

21) Mostefa KN, Paulvels A et al. Fatal hepatitis after herbal tea.. Lancet 1992;340:674.

22) Miller LG. Herbal medicinals:selected clinical considerations focusing on known or potential drug-herb interaction. Arch Intern Med 1998;158:2200-2211.

23) Willt JT, Ishani A et al. Saw palmetto extracts for treatement of bening prostatşc hyperplasia. JAMA 1998;280:1604-1609.

24) Sheehan MP, Rustin NHA et al. Efficacy of tra-ditional Chinese herbal therapy in adult atopıc der-matitis. Lancet 1992;340:13-17.

25) Linde K, Ramirez G et al. St John's wort for depression. BMJ 1996;313:253-258.

Gelenegin karikatürleşmesi: Bitkilerin suyunu çıkarmak

Dr. Murat D. Çekin



1962 yılında İstanbul'da doğmuştur. Ankara Fen Lisesi'ni bitiren Çekin, 1986'da İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. Aile Hekimliği uzmanı olan Çekin, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır. Zeytinburnu Tıbbi Bitkiler Bahçesi projesi danışmanı olan Dr. Çekin, Sağlık Çevre Kültürü dergisinin editörlüğünü yapmaktadır.

Modernliğin yarattığı eski toprak özlemi (nostalji) bitkilere ve bitkisel tedavilere ilgiyi artırdı. Tabiata dönmek istiyoruz ama yaya değil; modern tıbbi yöntemlerden ve ilaçlardan deva bulamadığımızda bitkilere sığınıyoruz. Eskiden sağlıkta ve hastalıkta içselleşmiş bir olağanlıkla başvuru bitkiler, bu-

gün bizim için, zor zamanda olağanüstü beklentilerimize cevap verecek yeni keşfedilmiş bir hazine.

Hem bitkilere itibar, hem ilaçlara meşruiyet kazandırmak için modern ilaçların bir bölümünün kökeninde bitkiler olduğu söylene de, tıbbi bitkilerdeki en etkin maddeler ilaç olarak sentezlenince ayarını tutturmamız, etkilerini kontrol altına almamız zor oluyor. Öte yandan, bitkilerin sağlık etkileri konu-

sunda yapılan yeni çalışmalar modern insanın bilimsel kanıt ihtiyacını karşılıyor. Şehirleşmemiş dünya nüfusunun önemli bölümü zaten gönüllü veya mecburi olarak modern ilaçlar yerine yerel tıbbi bitkileri kullanıyor. Şehirlerde ise bir yandan ilaç, bir yandan tıbbi bitki tüketimi artıyor.

Anadolu'da gıda, kozmetik ve ilaç olarak kullanılan 500 kadar bitkinin 350 kadarı tabiattan toplanıyor ve bunların







Önceleri, her hastanın farklı olduğu ve farklı bir tedaviye ihtiyaç duyduğu, hazır formüller olmadığı, dolayısıyla her vakanın bizzat değerlendirilmesi gerektiğini ileri sürenler, hastaları çoğalınca, seri mamulleri satmayı daha kârlı ve zahmetsiz buluyor. Bazıları televizyon kanallarının reyting mücadelesinde rol alırken kürlerinin ve kitaplarının satışını da yapmış oluyor.

çoğu "vahşi toplama" yüzünden tükenme tehdidi altında. Bazı bitkilerin abartılı biçimde "ünlenmesi", talebi, fiyatları ve tükenme riskini artırıyor. Tarımı yapılan 30 kadar bitkide gübre, pestisit ve herbisit kirliliği riski var. Anadolu'da büyük şehirlerin aktarlarında satılan 300 kadar tıbbi-aromatik bitkinin bir kısmı ithal. Bitkilerin toksik madde emmeyecek yerlerde yetiştirilmesi, etken maddeden zengin zamanda hasat edilmesi, etken madde kaybı olmayacak şekilde kurutulması, uygun sıcaklık-nem-ışık-temizlik şartlarında saklanması, doğru isimlerle satılması ve miadı dolmadan tüketilmesi konusunda problemler var.

Endemik bitki türleriyle ilgili kayıt tutulmaması ve flora kaçakçılığı konusunda tedbir alınmaması yüzünden, değer kazanan tıbbi bitki türleri kaçırılıyor, gen şifreleri çözülüyor, ıslah projeleriyle farklı özellikte bitkiler üretiliyor, ilaç sanayiinde kullanılıyor. İnsanlar tabii-kültürel miraslarını, çok-uluslu şirketler tarafından yeni keşfedilmiş gibi patentlenen ürünler halinde satın almak zorunda kalıyor. Biyo-korsanlar bitki türlerinin yerlerini ve geleneksel bilgileri

köylerde ve yaylalarda yaşayan, kötü niyetten şüphelenmeyen veya bu işi geçim kaynağı haline getiren yerli halktan öğreniyor.

Fito-şifacılar

Artan tıbbi bitki ve doğal mamul ticareti dünya çapında şirketler doğurdu. Bunların bazıları "çok basamaklı piramit pazarlama" denen bir sistemle satış yapıyor. Ürünlerin piyasada değil, şahıs-bayiler yoluyla satıldığı bu sistemde herkes hem ürüne abone ettikleri, hem de onların abone ettikleri oranında kazanıyor. Yabancı konukların da çağrıldığı, ürünlerin ve pazarlama yönteminin tanıtıldığı toplantılar evanjelik vaazları andıran bir atmosferde geçiyor. Çok kazananlar -benzer temalarla- bayi adaylarını özendirici konuşmalar yapıyor. Şahit olduğum örnekler: "Kıramı bile ödeyemezken şimdi tripleksimde hiç kullanmadığım odalar var", "bir zamanlar duraklarda otobüs beklerken şimdi, çarptığım jipi daha iyisiyle değiştirmeyi düşünüyorum", "en meşhur restoranlara gidiyorum ve menüdeki fiyat hanesine bakmıyorum", "Bali'deki tatilden daha yeni döndüm, işte slaytları". Yakasında büyük bir "kilonu kontrol et" rozeti taşıyan tesettürlü hanımlar dahil, adaylar bu konuşmaları kontrollerini kaybetmiş biçimde alkışlıyor ve konuşmacıdan imza almak için sahneye koşuyorlar.

Türkiye'de son yıllarda, şifa amacıyla bitkilerin kullanılmasını öğütleyen insanlarımız çok popüler. Hastalara "gayr-i resmi" teşhis ve tedavi yöntemleri uygulayanlara, şifa versin vermesin, "şifacı", bitkisel tedavi uygulayanlara da "fito-şifacı" diyebiliriz. Konuyu fito-şifacılarla sınırlı tutuyorum. Önce "sahadan" üç şahsi tecrübe:

- Biri kanser hastası, biri eczacı iki arkadaşım Ankara'da bir şifacının evine gittik. Gिरerken cep telefonuma mesaj geldi, "kusura bakmazsanız şu mesajı cevaplayım" dedim. Telefonda şüphelenmiş olmalı ki, "istediğiniz kişilere haber verebilirsiniz" dedi. Sadece gülümseyebildim. Kanser hakkında görüşlerini anlattıktan sonra pet şişelerde sivilar getirdi. Eczacı arkadaşım siviların ne olduğunu sorunca "meslek sırrı" dedi. "Bu siviları kendi kanser teorinize göre mi hazırlıyorsunuz?" diye sordum. Hekim olduğumu bilmiyordu, "bu kadar hekime gittiniz, hiçbirine böyle sorular sorabildiniz mi?" dedi. "Ama en azından onların kim olduklarını biliyoruz, sizi daha tanımıyoruz" diye cevapladım. Kalktı, "siz zaten girerken telefonla birilerine haber veriyordunuz, tedavi vermiyorum" diyerek siviları geri götürdü. Arkadaşlar alttan alınca tekrar getirdi. Ayrılacağımız zaman tavsiyede bulundu: "Septik (şüpheli) olmayın".

Belli ki gazeteci-televizyoncu-gizli kameracı baskınına uğrama tedirginliği yaşayan bu beye söyleyebildiğim şu oldu: "Ama siz de çok septiksiniz, telefonumdan bile şüphelendiniz."

- Kanser hastası bir arkadaşım İstanbul'da bir şifacının bürosuna gittik. Seminerler vermek üzere düzenlediği bürosunun duvarında, sattığı mamulleri üreten Uzakdoğu şirketinin davetiyesi çerçeveliydi. Daha önce başka hastaya verdiğini bildiğimiz mamullerin aynılarını yine aynı kullanım tarifiyle verdi. Sordum: "Anladığım kadarıyla siz hastalara bir şirketin standart mamullerini veriyorsunuz, bu durumda sizden almalarının bir farkı oluyor mu?" "Bunlar bir biçimde temin edilebilir ama etkisi aynı olmaz" dedi ve bir elini yumruk yapıp diğer avucuna mühür vurur gibi çarparak ekledi: "Üzerlerinde (3.tekil şahıs şeklinde kendi ismi) mührü var mı, önemli olan o."

- Kanser hastası bir arkadaşım İstanbul'da konuk olan Antakyalı bir şifacının yanına gittik. Kanserinin cinsinin önemli olmadığını, hazırladığı devanın ishal yoluyla her türlü kanser hücrelerini vücuttan söküp atacağını söyledi. Birçok hastalık için hazırladığı orijinal değerler olduğunu, bir eczacılık fakültesi dekanının formüllerini çalmaya çalıştığını anlattı. Üst üste sigara içmekten parmakları sararmıştı. Gülümseyerek sordum: "Peki sigarayı bırakmak için bir deva bulamadınız mı?" "Gerek yok ki" dedi, "bu devadan yılda bir kere alınca sigaranın bütün toksinini atıyor."

Üç olayda da, verilen preparatlar kullanılmadı. Yıllar boyu böyle birçok şifacı ile tanıştım. Hatta kim nerde ne yapıyor diye, bildiğim şifacıların dökümünü çıkarmaya çalıştım. Elbette hepsini aynı kefeye koymak yanlış olur; çoğu zaman olduğu gibi bu konuda da en önemli ipucu, usul ve üslup.

Şifacılar bazı özelliklerine göre sınıflanabilir:

- Hekim olmayanlar, hekim olanlar.
- Tıbbi tahlilleri, teşhisleri dikkate alanlar (veya alıyormuş gibi görünenler), dikkate alanlar.
- Neyi, ne oranda verdiklerini meslek sırrı sayanlar, verdiklerinin muhtevası belli olanlar.
- Vakaları kaydetmeyenler, kaydedenler (Kayıtların nasıl kullanıldığı ayrı bir mesele).
- Para alanlar, para almayanlar
- Televizyon-radyo-kitap-dergi-broşür-web sayfası ile tanıtım yapanlar, yapmayanlar.

Yukarıdaki özellikler farklı kombinasyonlarla bir araya gelebiliyor. Ama şifacılar arasında en sık rastladığım özellik, gülümseten bir megalomani. Bazılarında bu durum, üstte örneğini verdiğim gibi, kendinden üçüncü tekil şahıs olarak ve bazen yalnızca soyadı ile bahsetmek şeklinde tezahür ediyor. Artık o bir “marka” olarak fani varlığından bağımsız yeni bir şahsiyet kazanmıştır; soyadı, bu şahsiyetin geçmişe uzanan köklerine işaret etmektedir. “Çağdaş Lokman hekim” unvanı zaten hazırdır, kimse üzerine tescil edilmediği için isim hakkı söz konusu değildir.

Birçok şifacının, redaksiyona tenezzül etmedikleri, Türkçesi ve imlası kötü ama gösterişli kitapları ve websayfaları var. Yazılanlar genellikle başka kaynaklardan derleme. Subjektif olarak vaka tecrübeleri yer alıyor. Biyografilerini hedefe uygun biçimde kaleme alıyorlar. Bu yayınlarda, kendilerini ululayan hasta mesajlarını başarılarına delil olarak gösteriyorlar. Dini terminolojiyi cömertçe kullanarak bir yandan sık sık “şifa Allah’tan, Allah’ın inayeti, Allah’ın mucizesi” diyor, bir yandan nasıl mucizeler gösterdiklerine dair hasta sözlerini yayımlıyor ve bu iki tavrı “Allah bizi vesile kılıyor” diye tevili ediyorlar. İnsan sormadan edemiyor: Kibir için şifa olacak bir Hudâyi-nâbit yok mu?

Şifacıların bir kısmı, tanınınca kendi özel ürünlerini hazırlıyor veya imal ettiriyor. Reçete ettikleri bitkilerin satışını yapanlar, bunu, güvenilir bitki bulmanın zor olmasıyla açıklıyor. Önceleri, her hastanın farklı olduğu ve farklı bir tedaviye ihtiyaç duyduğu, hazır formüller olmadığı, dolayısıyla her vakanın bizzat değerlendirilmesi gerektiğini ileri sürenler, hastaları çoğalınca, seri mamulleri satmayı daha kârlı ve zahmetsiz buluyor. Bazıları televizyon kanallarının reyting mücadelesinde rol alırken kürlerinin ve kitaplarının satışını da yapmış oluyor.

Özellikle medyada sık görünen şifacılar muhtemel hukuki problemlerden korunmak için tedbirli davranıyor. Hekim olmayanlar hastalarına hekimlerin teşhis koymasını tercih edebiliyor, hekimlerin verdiği tedavinin bırakılmamasını öğütleyebiliyor. Verdikleri devaların ilaç değil, gıda desteği olduğunu söyleyerek kanuna aykırı fiil işlemediklerini vurguluyorlar. Şifacıların kendi aralarında da mücadele oluyor. Biri diğerlerinin hatalarını yayınlıyor; onları eski yanlış bilgileri tekrarlamakla suçluyor; bir başkası kendinden bilgi, fotoğraf veya hasta çalındığını söylüyor.

Türkiye’de son yıllarda fito-şifacılar duyulan ilgide medyanın, özellikle televizyonun, en çok da kadın ve haber programlarının rolü var. Televizyonun özel dili zaten insanları havaya soku-

yor. Telkin etkisini göz ardı etmemek lazım. Programdan çok önce başlayıp program boyunca devam eden sesli ve yazılı anonslar o kadar çok “az sonra mucize tedavi” diyor ki, iyileşmek isteyen hastanın ayağına şifacı gelmiş gibi oluyor. İş, “az sonra” sunulan formülü uygulayıp “mucizeyi yaşadım” mesajını iletmeye kalıyor.

Modern tıbbın hâkim olduğu coğrafyalarda insanları şifacılar çeken sebepler üzerinde durulmuştur. Modern teşhis-tedavi sürecinde hastaların hekimlerden ve diğer sağlık personelinin yeterli ilgiyi ve şefkati görememesi, hekimlerin hastaları yeterince dinlememesi, onlara yeterince dokunmaması. Modern yöntemlerin faydasız veya zararlı olabilmesi. Bazı hekimlerin tamahı. Bunlar doğrudur ve bu yazıyı bir şifacı yazsaydı, modern tıp için kötü örnekler bulması hiç zor olmazdı. Ayrıca hükümetler, mesela bitkilerin tıbbi kullanımı konusunda politika oluşturmuyor, hekimler tıbbi bitkileri ilgilenmeye değer bulmuyor diye insanlar dertlerine deva sunan kişilere başvurmasını mı?

Ama göz önündeki hangi şifacımız hangi hastaya ne kadar vakit ayırıyor? Onu ne kadar dinliyor? Çoğu zaman tedaviler, bazen teşhisler uzaktan belirleniyor. Pazarlanan ürün ve kitapları göz önüne alınca, maddi kazançlarının büyük miktarlara ulaştığını görmek sürpriz değil. Fito-şifacılarımız hem şifanın tabiatla olduğunu söyleyip tıbbi güya basitleştiriyor, hem de bu işin ilmini yaptıklarını söyleyerek uzmanlıklarına, kitaplarına, kürlerine muhtaç olduğumuzu hissettiriyor. Ahmet Haşim, Almanların tıtr merakını anlatırken nakleder: İki kapı olsa, birinde “cennet”, diğerinde “cennet hakkında konferans” yazsa, Almanlar ikinci kapıya hücum edermiş. Biz de, tabiatın kapısında duran ve tabiatın bağrında olağanüstü şeyler gördüğünü, bize de göstereceğini iştihayla anlatan kişiye mest oluyor, bahşiş vermeden içeri gireriz.

Bitkilerin mucizevi etkisini düşündüğümüz kadar insandaki mucizevi gücü düşünmüyoruz. Bu güç yalnız sağlık halinde veya sağlığa kavuşurken değil, hastalanırken, hatta hastalıktan ölürken de kendini gösteriyor. Birçok zaman, hastalık tablosunu oluşturan belirtiler ve bulgular, aslında iyileşme, denge bulma çabasının tezahürü. Bu durumda sentetik ilaç kullanmak kadar bitkisel drog kullanmak da uygunsuz; “doğal tedavi” bitkilerle tedavi değil, dış katkılardan çok zihinsel katkının önem kazandığı, belki yaşama değişikliği yapmamız gereken bir “kendiliğinden iyileşme” süreci. Ama bazen hastalık, önüne geçilmez biçimde hükümünü sürüyor ve hiçbir tedavi, işleyişi

Birçok zaman, hastalık tablosunu oluşturan belirtiler ve bulgular, aslında iyileşme, denge bulma çabasının tezahürü. Bu durumda sentetik ilaç kullanmak kadar bitkisel drog kullanmak da uygunsuz; “doğal tedavi” bitkilerle tedavi değil, dış katkılardan çok zihinsel katkının önem kazandığı, belki yaşama değişikliği yapmamız gereken bir “kendiliğinden iyileşme” süreci.

kadar çözülüşü karşısında da aciz kaldığımız organizmaya can katamıyor.

Geleneksel kültürlerde, “kocakarı” veya büyük ana, bereketin kaynağıdır ve aslında dünyanın kendisidir. “Gök babanın” güneş, ay, yağmur, kar, rüzgârla hayat verdiği “yer ana”, bitkileri ve hayvanları ile kendini zenginliklerinin kıymetini bilenlere açar. Bitkilerin dilinden anlayan, onlarla konuşan ve onlardan aldıkları sırlarla “kocakarı ilaçlarını” yapan insanlar, yeryüzünde kendilerinden çok daha tecrübeli olan bu varlıklara gönül borcu hisseder. Bugünkü piyasa ise bitkilerden çok bitkilerin suyunu çıkaranlara paye veriyor ve tevazuun köreldiği bu iddialı performans, orijinal olanı tahrip eden bir restorasyon gibi, geleneği karikatürleştiriyor, çarpıtıyor, karartıyor.

Sağlık editörlüğüne güncel bakış

Dr. Recep Güloğlu



1959 yılında Gaziantep'te doğdu. 1982'de İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Halen İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı'nda öğretim üyesidir. Güloğlu, Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi'nin editörlüğünü yürütmektedir.

TÜBİTAK-ULAKBİM'in 20 Kasım 2009'da Ankara'da düzenlediği 'Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık 7. Ulusal Sempozyumu'ndan birçok arkadaşım gibi bende son derece yararlandım. Yoğun bir katılımı gerçekleşen bu toplantıdan olumlu tartışmalar yapıldığını görerek mutlu bir şekilde ayrıldığımı hatırlıyorum. Sağlık bilimleri süreli ulusal yayınlarında kalitenin, bilimsel ve etik standartların yükseltilmesi ve 'Türk Tıp Dizini Komitesi' çalış-

malarının tanıtımının amaçlandığı sempozyumda sağlık bilimleri süreli yayınlarının ulusal ve uluslararası platformlarda ve akademik alanda değerlendirilmesi, yayıncılıkta tartışmalı konuların (araştırmacı, yayıncı, izleyici, hakem, danışman, editör etikleri ve süreli yayınların standardizasyonu) paylaşımı ve yayıncılığın geleceği, elektronik yayıncılık, atıf sorunu, dizinlemenin geleceği, dergilerde etkinlik katsayısı (impakt faktör) gibi ana konular ele alınarak tartışılmıştı. Başkanlığını Dr. Orhan Yılmaz'ın yaptığı sempozyumda, "Tıbbi Etik ve

Deontoloji Bakış Açısıyla Araştırma ve Yayın Etiği" paneli, 'Akademik Yükseltmelerde Etik Kurul Deneyimleri' başlıklı konferans, Dr. Berna Arda'nın 'Bilim Üretiminde Dürüstlüğü Anlamı ve İntihal' başlıklı konuşması, Dr. Erdem Aydın'ın 'Araştırma ve Yayın Etiğinde Araştırmacının Değerler Sistemi' başlıklı sunumu, Doç.Dr. Nesrin Çobanoğlu'nun 'Ölümcül Olabilen Bulaşıcı Hastalıklarla İlgili Tıbbi Araştırmalarda Etik' başlıklı sunumu aklımda kalan önemli satırbaşlarından sadece birkaçı. Dr. Nezh Oktar-Dr. Gülden Akdal ikilisinin 'Editö-



rün Sorumluluğu ve Bağımsızlığı' sunumları ile Dr. Yeşim Gökçe Kutsal-Sevilay Karahan ikilisinin 'Bilimsel Makale Danışmanlarından Beklentiler' başlıklı sunumları da şahsen çok istifade ettiğim sunumlar olmuştur.

Bir tıp öğrencisinin de toplantıdaki konuşmacı bilim insanlarına ulusal yayıncılıkla ilgili rahatça soru sorabildiği bu ortam, ülkemizin sağlık yayıncılığı açısından bende büyük umutlar uyandırmıştı. Bu başarılı toplantıya katılanların istifade edebilmesi ve katılanlarında ilerde yararlı bir kaynak olarak başvurabilmesi için tüm sunumların basılı olarak katılımcılara ücretsiz dağıtılması da zarif bir katkı olarak kutlanması gereken bir girişimdi. Yurtdışında ise ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) ve WAME (World Association of Medical Editors) toplantılarında da tüm dünyadaki tıp dergileri editörleri arasında işbirliği ve iletişimi kolaylaştırmak, standartları yükseltmek amacıyla toplantılar yapılmaktadır.

Editörün sorumlulukları

Editörlük zor bir görevdir. Çünkü bir yandan derginin saygınlığını korumak ve bilime katkısının devamlılığını sağlamak, diğer yandan da araştırmacıların etik kurallar çerçevesinde korunması ve onlara saygı gösterilmesi gerekmektedir. Tüm editörler dergilerinin ulusal ve uluslararası dizinlere girmesini hedefler, bunun için özen ve çaba sarf ederler. İçerik ve hizmetlerin kalitesi, dili, zamanında yayınlanma, sık atıf alma gibi kriterleri gerçekleştirmek için ekonomik ve yönetsel güç ve çaba gerekir. Süreli yayın yapan dergilerin özellikle de editörlerinin her türlü sorumluluğu günümüzde eskiye nazaran artmıştır. Bu sorumluluklar başlıca aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- Şeffaflık (Saydamlık)
- Güvenilirlik
- Kaliteyi korumak ve artırmaya çalışmak
- Etik kurallara uyulması
- En uygun hakemlerin belirlenmesi
- Hakem ve yazarlarla ilgili yazışmaları takip, red, kabul ve teşekkür yazılarının en uygun formatta hazırlanması
- Gerektiğinde okuyuculara editörden mektup yazısı hazırlamak
- Derginin okuyucu sayısını, atıf etki değerini, ulusal ve uluslararası etkinliğini artırmak
- Hem derginin ilgili olduğu bilim dalı/dallarıyla ilintili, hem de bilimsel değeri yüksek makaleleri seçmek ve yayımlamak

• Dergi sahibi (kişi, kurum, vs) ile okuyucu arasında bilimsel saygınlık çerçevesinde köprü oluşturmak

• Dergiyi zamanında yayımlamaya özen gösterme.

Editör, yayımlanmış makalelerde yer alan hata veya etik dışı noktaları da okuyucuya nazikçe bildirmek zorundadır.

Editör, ön yargısız davranmalı ve kendisine sunulan araştırmalarda taraf tutmamalıdır.

Editör, yayın sahibinin ticari kaygıları ile derginin bilimsel kurallarını birbirine karıştırmamalıdır.

Editör, bağımsızlığını hiçbir zaman yitirmemelidir.

Editör, makale basım sürecindeki tüm kişilerle (dergi sahibi, hakemler, araştırmacılar, okuyucular, basım yayındaki görevliler) arasında etik çerçevede olumlu iletişim köprüsü kurabildiği oranda başarılı olacaktır.

Elbette bu sonuç için sadece editörün çabaları yetmez. Dergi sahibi kişikurumun, editörün kendi ilgi alanındaki çalışmalarına öncesi, sonrası veya sonrasında karışmaması gereklidir. Editörler hakkında en sık yanlış kanaat, onların bilimsel çalışmalar önündeki engel olarak görülebilmeleridir. Çünkü bilimsel açıdan yeterli olmayan makalenin ret mektubunda -zorunlu olarak- editörün imzası vardır. Oysa editör, dergisine gelen bilimsel içeriği iyi olan makaleleri kabul etmek, bunları yayımlamak ve böylece dergisinin bilimsel saygınlığını arttırmak için en istekli olan dahası bundan da mutluluk duyan kişidir. Bu nedenle editörün yazarlarla iyi iletişimi, ret mektuplarının özenli ve yazarları rencide edici söylemlerden uzak olarak hazırlanması çok önemlidir. Her editör bu konuya ciddiyetle özen göstermelidir. Dahası editörler asla yeri doldurulmaz, işlerine son verilmez insanlar da değildirler. Hatta genellikle maaşsız çalıştırılan insanlar oldukları için bu çok kolay yapılabilen bir işten çıkarma olabilmektedir. Ancak bu durum etik kurallara uyulmama, dürüstlük ihlali, karşılıklı güvensizlik gibi hukuki veya insani olumsuzluklara dayanmalıdır.

Editörlerin en yoğun ve zorlandığı işi makalenin o konuyla en çok ilgili hakemlere gönderilmesini sağlamaktır. Bunun için her çalışmayı ön değerlendirme yapmadan hakemlere göndermemelidir. Ancak çalışmacılar makalelerin en kısa zamanda değerlendirilmesini ve mümkünse kabul edilmelerini editörden beklemektedirler. Hakem görüşü olumlu ise zaten her editör gereğini yapacaktır. Ancak durum bu şekilde değilse editör istenen değişiklikleri veya kesin ret yazısını çalışmacılara hızla iletmelidir.

Benim yazarlara pratikteki önerim, çalışmalarını ilgi alanına uyumlu olan dergiye, yazım kurallarına uygun formatta, hatasız ve kolay okunur bir dil kullanarak göndermeleridir. Bu kurallara uyulması, hem editörün gereksiz yükünü azaltacak, hem de çalışmacıların olumlu beklentilerini karşılayacaktır.

Sonuç olarak, editörlük son derece ciddi sorumlulukları olan, zaman, emek ve fikir işçiliği gerektiren çok onurlu bir uğraştır. İletişim teknolojilerindeki baş döndürücü gelişmeler, bilgiye doğrudan ve kolay ulaşım konusunda avantajlar getirirken editörlüğün ağır sorumluluğunu biraz daha artırmıştır. Etik ilkelere uymayan hatalı veya yanıltıcı bilgiyi önlemek, bilim adamına güveni arttırmak için hepimiz emek sarf etmek zorundayız. Ulusal ve uluslararası süreli yayıncılığın güç kaybetmemesi, maalesef yakın geçmişte üzülerken şahit olduğumuz etik dışılık olgularının tekrarlanmaması için hepimiz elimizden gelen çabayı göstermeliyiz.

Kaynaklar

Göksoy E. Editörden " İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi: Tıp Eğitimi ve Sağlık Hizmetinde Nice 40 [+140] .Yıllara! ". Cerrahpaşa Tıp Dergisi 38: 1-2,2007

Güloğlu R. Editörden Mektup. Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi, Volum 16 Sayı 1, 2010.

<http://www.icmje.org/> International Committee of Medical Journal Editors.

Kozak N. Türkiye'de Yayınlanan Akademik Dergilerin Zaman İçerisindeki Değişim Nedenleri: Sağlık, Sosyal, Teknik Bilim Alanlarında Yayınlanan Dergiler Üzerine Bir İnceleme. Bilgi Dünyası 2003; 4(2): 146-174.

Kutsal G. Y. Karahan S.: Bilimsel Makale Danışmanlarından Beklentiler. Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık – Ankara, TÜBİTAK-ULAKBİM, 2009, s: 142-149.

Oktar N, Akdal G.: Editörün Sorumluluğu ve Bağımsızlığı. Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık – Ankara, TÜBİTAK-ULAKBİM, 2009, s: 139-141

Onat A. Türk Tıp Yayınları, Akademik Terfiler ve Yerli Dergilerde Kalite: Gözden Geçiri ve Bir Öneri. Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık-2005. Yılmaz O (Ed).TÜBİTAK-ULAKBİM, Ankara, 2005, s: 8-18.

Özdemir A.. Bilimsel Yazarlık Kriterleri ve Etik. Türk Tanısal ve Girişimsel Radyoloji Dergisi 2004;10 (4):259- 261

Yalman A. Editör sorunları ve sorumlulukları. Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık-2005 .Yılmaz O (Ed).TÜBİTAK-ULAKBİM, Ankara, 2005, s :3-5.

Yüksek Sağlık Şurası'nın sağlık hukukumuzdaki yeri

Prof. Dr. Sedat Işık



1985 yılında doçent olarak Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı'nda göreve başladı. Anabilim dalının kuruluşunu gerçekleştirdikten sonra 2004 yılında anabilim dalı başkanlığından ayrıldı. Halen aynı yerde öğretim üyesi olarak çalışmaktadır. Yüksek Sağlık Şurası üyeliğinin yanında, TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu ve TÜBA Türkçe Bilim Terimleri Sözlüğü Projesi Yürütme Kurulu üyeliklerini sürdürmektedir.

Yüksek Sağlık Şurası, "Çalışma Usûl ve Esasları Hakkında Yönerge"de de belirtildiği gibi "... ülkenin sağlık ile ilgili konularında danışma işlevi görmek ve önemli sağlık konuları hakkında Sağlık Bakanlığına, tıp mesleklerinin uygulamasından doğan adli konular hakkında adli mercilere görüş vermek üzere..." kurulmuştur.

Dayanağını 1219, 1593 sayılı yasalar ve 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'den almaktadır.

Yüksek Sağlık Şurası, doğal ve seçilmiş üyelerden, sekreteryadan, danışma kurullarından ve ihtisas komisyonlarından oluşur.

Şûranın doğal üyeleri: Sağlık Bakanı (Başkan. Katılamadığında yerine vekâleten Müsteşar), Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü, 1. Hukuk Müşaviri'dir.

Seçilmiş üyeler, uzmanlık alanlarının önde gelen, deneyim ve birikimleriyle anılan kişilerden belirlenirler. Şûrada bulunmasına karar verilen uzmanlık dalları ise dosya dağılımına göre saptanır.

Seçilmiş üyeler bir yıl süreyle görev yaparlar. Görev süresi dolan üyenin üyeliği kendiliğinden düşer. Şûra üyeliğine yeniden seçilmek olanaklıdır.

Yüksek Sağlık Şurası'nın en önemli organı kuşkusuz sekreteryadır. Toplantı gündeminin belirlenmesi, görüşülen dosyaların sonuçlandırılması, ilgili kişi ve kurumlarla yazışmaların yapılması ve belgelerin arşivlenmesi sekreteryanın görevidir. Yönergeye göre;

"a) Görüşülecek konuların ön incelemesini yapmak ve düzenli olarak dosyalamak, şûranın toplantılarında ele alınacak konulardan şûra başkanının



uygun gördüklerinin danışma kurullarına intikalini sağlamak,

b) Adli makamlardan intikal eden dosyaların ihtisas komisyonlarınca incelenmesini, bilimsel görüş ve rapor hazırlanmasını, bu konuda gerekli destek hizmetlerinin verilmesini sağlamak,

c) Tespit edilecek toplantı tarihi, gündemi ve ilgili belgeleri üyelere iletmek,

d) Toplantı sonucu alınan kararlarla ilgili işlemleri yürütmek ve ilgili makamlara ulaştırmak,

e) Bakanlık ya da Genel Müdürlükçe verilecek, şûranın görev alanına giren diğer hususlardaki işleri yürütmek." sekreteryanın görevidir.

Danışma kurulları, şûranın Bakanlığa görüş vermek üzere elde aldığı konularda gerek duyulduğunda başvuru kurullardır. İncelenecek konu ile ilgili uzmanlardan oluşan, uzmanlık alanları ve uzman sayıları konuya göre belirlenen bu kurullar, görüşlerini şûraya sunarlar.

Yönergeye göre danışma kurulları, "Şûranın toplantılarında ele alınacak konular ile ülkedeki sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik olarak Bakanlık tarafından tespit edilecek önemli konular hakkında danışma görevi yapmak; teknik görüş ve önerilerini şûraya sunmak..." üzere oluşturulmuşlardır.

İhtisas komisyonları ise, "...mahkemelerden gelen tıbbî meslek hatalarına yönelik dosyaları incelemek, şûraya bilimsel görüş ve rapor vermek üzere..." kurulurlar. Tıpta uzmanlık alanlarından yeterli sayıda uzmanın katıldığı kurullardır. Kadın-doğum, cerrahi, iç hastalıkları v.b. gibi uzmanlık alanlarının temsilcilerinin yer aldığı yapılanmalardır.

Yargıdan gelen dosya, hangi uzmanlık alanını ilgilendiriyorsa o ihtisas komisyonuna sekreteryaya tarafından iletilerek şûraya sunulmak üzere görüş alınır. Konu birden çok uzmanlık alanı ile ilgili ise ilgili uzmanlık alanlarının komisyonlarından görüşler istenmektedir.

Şûraya sekreteryaya yolu ile ulaşan görüşler, dosyadaki bilgi ve belgeler eşliğinde üyelerce tartışılmakta ve karara bağlanmaktadır.

Dava dosyaları şûraya tamamlandıktan sonra gelmektedir. Bilirkişi görüşleri, adli tıp raporları ve hasta belgeleri eksiksiz olarak dosya içeriğinde yer almaktadır. Tersine durumlarda şûra eksikliklerin giderilebilmesi için ilgili mahkemeye başvurulabilmektedir.

Dosya eşliğinde mahkemelerden gelen sorular genellikle:

Dikkatsizlik ve tedbirsizlik sonucu ya-

ralama ya da ölüm olup olmadığı;

Mesleki hata ve ihmalin bulunup bulunmadığı;

Mesleki kusur ve tıp kurallarına uygun-suzluğun olup olmadığı;

Görevi ihmal ve müessir fiilin bulunup bulunmadığı;

Görevi kötüye kullanmanın söz konusu olup olmadığı;

Kurallara, tüzük ve yönetmeliklere aykırı davranışın bulunup bulunmadığı;

biçiminde olmaktadır.

Bütün bu soruları özetlemek gerekirse, sorulan, "Sağlık görevlisi ya da görevlilerinin olaydaki davranışlarının güncel tıbbin gerektirdiği işlemlerden olup olmadığı, kişinin yapması gerekenlerde savaşımla, özensizlik ve kusurun olup olmadığı..."dır.

Şimdi mahkemelerden gelen dosyaların sekreteryaya tarafından şûraya sunulmak üzere nasıl hazırlandığına bakalım:

Önce adli makamlardan gelen dosyaya bir ön inceleme numarası verilir, kayda alınır. Hukuk müşavirinin de içinde bulunduğu sekreteryaya tarafından bir ön inceleme yapılır. Şûranın görev alanına girmediği açıkça anlaşılan, sağlıklı olarak incelenmesine ve karar verilmesine uygun olmayan, eksikleri bulunan dosyalar ilgili makamlara gerekçeleri ile geri gönderilir.

Ön incelemelerden sonra şûrada görüşülecek dosyalar, geliş sırasına göre düzenlenir, esas numaraları verilir. Bu aşamada sekreteryada görev yapan hekim raportörler gerekli işlemleri yürütürler. İhtisas komisyonları ile ilişkiler sekreteryanın hekim raportörleri aracılığı ile yürütülür. Raportörler, hazırlık sırasında özellikle; dosyanın hangi mahkeme ve savcılıktan geldiğini, ne sorulduğunu, olay ya da olaylarla ilgililerin adlarını, olay ya da olayların ortaya çıkış ve gelişimlerini, zaman sürecini, nerede ya da nerelerde geçtiğini, kişilerin olaya katılış biçimlerini, etkilenen kişi ya da kişilere uygulanan inceleme ve tedavileri, işlemleri tüm ayrıntıları ile ortaya koyarlar.

Ayrıca olay ya da olaylarla ilgileri bulunanların ifadeleri, suçlanan kişilerin ifadeleri, adli tıp raporları, bilirkişi ve muhakkik raporları gözden geçirilir.

Bu şekilde incelenerek, ihtisas kurulları-

Şûra, dava konusu olan olay ya da olayları ve ilgili kişilerin davranışlarını etik açıdan da irdeler. Bir anlamda bir etik kurul olarak da çalışır. Bu nedenle rahatlıkla söylenebilir ki şûra hukuki görüşünü hem akademik hem de bir etik kurul olarak oluşturur...

Yüksek Sağlık Şurası, gerek oluşum biçimi, gerekse de konularına yaklaşımı ile sağlık hukuku alanında vazgeçilemeyecek bir kurum niteliği taşımaktadır.

nın görüşleri de eklenen dosya şûra gündemine alınır. Üyeler dosyayı, ihtisas kurulu görüşlerini ve raportör hazırlığını gözden geçirerek incelerler. Şûra toplantıları sırasında konuşmalar sesli olarak kayda geçer. Görüşmeler tamamlanınca başkan oylama yaptırır. Oylama sonucuna katılmayan üyeler, karşı oy yazısı yazabilirler. Çekimser kalamaz.

Şûra üyelerinin büyük çoğunluğu akademisyenlerdir (doğal üyeler de buna dâhildir). Bu nedenle şûra tam bir akademik kurul olarak çalışır. Konuların ele alınışı, yorumlanmaları akademik ilke ve yöntemler kılavuzluğunda gerçekleşir. Doğal üyeler arasında bulunan birinci hukuk müşaviri, gerek duyarsa görüşmeleri yargının istediği yanıtlar doğrultusunda yönlendirir.

Diğer taraftan şûra, dava konusu olan olay ya da olayları ve ilgili kişilerin davranışlarını etik açıdan da irdeler. Bir anlamda bir etik kurul olarak da çalışır. Bu nedenle rahatlıkla söylenebilir ki şûra hukuki görüşünü hem akademik hem de bir etik kurul olarak oluşturur.

Yüksek Sağlık Şurası, gerek oluşum biçimi, gerekse de konularına yaklaşımı ile sağlık hukuku alanında vazgeçilemeyecek bir kurum niteliği taşımaktadır.

Tıbbi malzemelerde standart sorunu ve biyomedikal mühendisliği

Dr. M. Emin Aksoy



1964 yılında İstanbul'da doğdu. Avusturya Lisesi'ni bitirdikten sonra Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp öğrenimini tamamladı. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi aldı. Boğaziçi Üniversitesi'nde biyomedikal mühendislik alanında yüksek lisans yaptı ve aynı üniversitede doktora yaparak biyomedikal mühendislik alanında bilim doktoru unvanını kazandı. Ülkemizin ilk medikal simülasyon merkezi olan Simmerk'i İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde kurdu. Almanca, İngilizce ve Latince bilen Aksoy, halen tıbbi cihaz ve biyomedikal hizmetlerden sorumlu Sağlık Müdür Yardımcısı olarak İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalışmaktadır.

Son yıllarda yapılan hamlelerle hastanelerimizin tıbbi cihaz altyapıları önemli ölçüde hem yenilenmiş hem de yeni tanı ve tedavi modaliteleri sisteme kazandırılarak sağlık hizmetinde ve bekleme sürelerin azaltılmasında önemli gelişmeler kaydedilmiştir.

Bilindiği üzere tıbbi cihazların ve malzemelerin büyük bir kısmı ithal edilirken bir kısmı da ülkemizde imal edilmektedir. Ülkemizde bir tıbbi cihazın veya malzemenin satılabilmesi için UBB (Ulusal Bilgi Bankası) kaydı ve CE belgesi yeterli olmaktadır. Özellikle bazı ülkelerden ithal edilen tıbbi cihaz ve malzemelerde kullanım esnasında muhtelif sorunlar çıkmaktadır. Bu nedenle tıbbi cihazlar ve malzemelerle

bazı detaylı testleri içeren ilgili ulusal standartların geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Bakanlığımız bünyesinde oluşturulacak laboratuvarlarla bu testler yapıldıktan sonra adı geçen ürünler ithal edilmelidir.

Bu konuda biyomedikal bilimine önemli görevler düşmektedir. Ülkemizde yanlış algılanan bir konu ise biyomedikal biriminin sadece tıbbi cihazlarla iştigal ettiği konusudur. Oysaki biyomedikal bilimi interdisipliner yaklaşımlardan oluşmaktadır. Örneğin yurtdışında üniversitelerdeki biyomedikal programları incelendiğinde en önemli konulardan biri biyomalzemelerdir. Bunun için verilecek en çarpıcı örnek hastanelerimize alınan ve fıtık tamirinde kullanılan mesh malzemeleridir. Hastanelerimiz ihale yoluyla CE belgesi olan ve en düşük fiyata haiz olan mesh malzemesini

satın almaktadır. Bu mesh ile fıtık tamiri yapıldıktan sonra mesh tam orta noktadan yırtılmakta ve hastanın yeniden ameliyat edilmesi icap etmektedir. Benzer durum sütür malzemeleri ve diğer bazı disposable malzemeler için de geçerlidir. Oysaki adı geçen mesh malzemeleri randomize olarak "çekme testi" diye tabir edilen mekanik bir teste ve malzemelerle ilgili bazı testlere tabi tutulabilirse ve bunlarla ilgili bir standart oluşturulabilirse hasta güvenliğimiz daha da artacaktır.

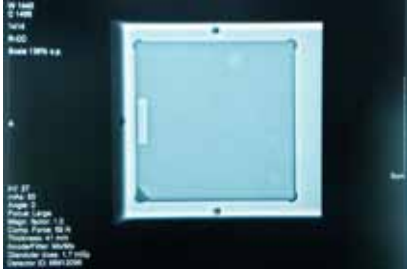
Doğal olarak benzer durumlar tıbbi cihazlar için de geçerlidir. Ham tanı hem de tedavi ile ilgili gerek ülkemize ithal edilen ve gerekse ülkemizde imal edilen cihazlarla ilgili istenen CE standartlarına ek olarak bazı standartlar oluşturularak bu cihazlarla verilecek olan tıbbi hizmetin kalitesinin artması sağla-



nacaktır. Tıbbi cihazlar arasında x-ışını yayan radyoloji cihazları Türkiye Atom Enerjisi Kurumu belli belgeler açısından kontrol edilmektedir ancak tanışal açıdan bu cihazın performansı ile ilgili bir konu incelenmemektedir. Örneğin bir radyoloji cihazı ithal edilirken iki ana husus önemlidir:

Tanışal açıdan göstermesi gereken tüm lezyonları gösterebiliyor olup olmadığı konusu: Cihazın bu özelliği radyoloji fantomları yardımıyla kolaylıkla gösterilebilir (Resim 1).

Hasta ve kullanıcı dozları: Hastaya belli işlemler için ne kadar x-ışını dozu verildiği önemli bir konudur. Bu özellik çeşitli dozimetre sistemleriyle ölçülebilir. Hasta dozları yanında örneğin girişimsel radyoloji alanında kullanıcı dozları da önem arz etmektedir.



Mamografi fantomu ile görüntü kalitesi testi.

Bu testler için diğer bir örnek de yoğun bakım monitörleri, EKG cihazları, defibrilatörler ve koter gibi hastaya direkt elektrot bağlanan cihazlardır. Bu tür cihazların elektriksel güvenliği ön plana çıkmaktadır (Resim 2).



Elektriksel güvenlik testi.

Örneğin bir yoğun bakım monitöründe kaçak akım değeri 15 μ A değerini geçmemelidir, aksi halde hasta ventriküler fibrilasyona girebilmektedir. Cihazların teknik veri katalogları değil yapılacak olan testler daha önemlidir. Bu arada testlerin yapıldığı cihazların validasyonu ve yapan kişilerin bu konudaki yetliliği de önem arz etmektedir.

Tıbbi cihazların ve malzemelerin sadece ithalatında yapılacak testler yeterli olmamaktadır. Tıbbi cihazların ve malzemelerin testleri belli periyotlarda sürekli yapılmalı kullanımları süresince de takip edilmelidir. Bu konuda Sağlık Bakanlığı'mızın "Performansa Dayalı Ek Ödeme Genelgesi" ile hastane yönetimlerine tıbbi cihazlara test ve kalibrasyon yaptırılması karşılığında ek ödeme puanlarının artırılması şeklinde

bir uygulama başlatılmıştır. Kullanım-daki tıbbi cihazların takibinde önemli bir gelişme kaydettiren bu gelişme hasta güvenliği, teşhis ve tedavi açısından çok önemlidir.

Devlet hastanelerin tıbbi cihazlarının test ve kalibrasyonlarını hangi kriterlere göre yaptırması gerektiği konusunda standart protokoller bulunmamaktadır. Her hastane değişik şartnamelerle bu hizmeti almaktadır. Alınan tıbbi cihaz test ve kalibrasyon hizmetlerinin her tıbbi cihaz için oluşturulacak belli standart protokollerle yapılması ve özel firmalardan alınan bu hizmetin devlet tarafından çapraz kontrolünün yapılması gerekmektedir. Bu arada test ve kalibrasyonların hizmet alınan firmanın hangi elemanı tarafından hangi tarihte yapıldığı ve kullanılan test cihazlarının validasyonu da takip edilebilmelidir.

Ayrıca cihazların kurulumundaki kabul testleri de önem arz etmektedir. Bu testlerin de üç ana amacı vardır:

Alınan cihazların teknik şartnamelerdeki istenen özelliklere uyup uymadığının belirlenmesi.

Nakliye sırasında oluşabilecek sorunlara bağlı oluşabilecek teknik sorunların ve bazı değerlerde kaymaların belirlenmesi.

Cihazın performansı hakkında inisyal bir değer elde edilir ve bu ilk test raporunun hastanenin çok güvenli bir yerinde ilerideki testlerle karşılaştırılabilmesi amacıyla saklanması gerekir.

Bu şekilde alınan hizmetler daha kapsamlı ve kaliteli olacaktır. Muhtemelen önümüzdeki süreçte oluşabilecek medikal komplikasyonların araştırılmasında sırf tıbbi ekip değil bu cihaz garantili ise cihazı satan firma, garantisi bitmişse garanti sonrası servis ve bakım hizmeti veren firma veya cihazın test ve kalibrasyonun yapan firmaların müteselsil sorumlu olmaları ihtimali bulunmaktadır. Bu durumda test ve kalibrasyon hizmetini verenler ve test cihazları takip edilebilir olmalıdır. Hastanelerimize test ve kalibrasyon hizmeti veren firmalar üçüncü şahıslardan herhangi bir konuda hizmet alıyorsa bunu da hizmet verdikleri hastaneye belgelemelidirler.

Hastanelerimizin dışarıdan satın aldığı test ve kalibrasyon hizmetleri ile ilgili İstanbul'daki devlet hastanelerimiz tarafından yayınlanan teknik şartnameler incelenmiştir ve istenen şartların birbirinden çok farklı olduğu gözlenmiştir. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Şubesine bağlı "Simmerk- Tıbbi Cihaz Test ve Kalibrasyon Laboratuvarı ve Medikal Simülasyon Merkezi"nde

yaklaşık bir yıldır sürdürülen çalışmalarla birçok tıbbi cihaz için test ve kalibrasyon protokolleri oluşturulmuştur. Her cihaza ait protokol aşağıdaki dört dokümandan oluşmaktadır:

İlgili cihaz için test hizmeti alınması için teknik şartname.

Üç veya altı aylık periyotlarla doldurulması gereken test değerleri ile ilgili form.

Cihazın test sertifikası.

İlgili cihazın testinin nasıl ve ne tür cihazlarla yapılacağı hakkındaki tüm "know-how" bilgilerini içeren doküman.

Bazı cihazlar için ekte bazı formülleri içeren CD de verilmektedir (Örneğin mamografide glandüler doz hesaplanması için gereken formüller).

Bu şekilde hastanelerimiz tarafından alınan tıbbi cihaz test hizmetlerinin formatlanması planlanmaktadır. Ayrıca hastanelerimiz tarafından alınan tıbbi cihaz test hizmetleri kapsamında bulunan x-ışını yayan tıbbi cihazların testlerinin Avrupa Topluluğu'nun 97/43 EURATOM kriterlerine göre fizik mühendislerce yapılması zorunluluğu vardır. Simmerk- Tıbbi Cihaz Test - Kalibrasyon Laboratuvarı ve Medikal Simülasyon Merkezi'nde son iki yıldır iki fizik mühendisi görev yapmaktadır ve radyoloji test protokollerinden bu kişiler sorumludur. Bu merkezde oluşturulan radyoloji test protokolleri radyoloji şeflerimize ve Türk Radyoloji Derneği'ne sunulmuştur.

Hastanelerimize tıbbi cihaz test hizmeti veren firmalar eğer x-ışını yayan cihazlara test yapıyorlarsa mutlaka bu konuda tecrübeli fizik mühendisi istihdam etmelidirler. Oysaki işbu testler halen bazı firmalarca iki yıllık biyomedikal teknikerlere yaptırılmaktadır.

Yüklenilen sorumluluk açısından üniversitelerimizdeki gerek iki yıllık biyomedikal teknikerlik programlarının, gerek dört yıllık biyomedikal lisans programlarının ve bazı üniversitelerimizdeki biyomedikal bilimi master ve doktora müfredat programlarının gerçek ihtiyaçlara ve uluslararası yaklaşımlara göre düzenlenmesi gerekmektedir.

Gerek tıbbi cihazlar ve malzemeler ithal edilirken ve gerekse piyasada satış izni verilirken belli ulusal standartların oluşturulma ihtiyacı hâsıl olmuştur. Ayrıca hastaneler tarafından satın alınan tıbbi cihaz test hizmetleri konusunda da ulusal çapta standardize protokoller oluşturulması hem tıbbi kaliteyi ve hasta güvenliğini arttıracak, hem de ileride potansiyel olarak oluşabilecek hukuki sorunları da bertaraf edecektir.

Hamon oğlu Musa'nın diş hastalıkları kitabı olarak bilinen el yazması hakkında görüşler

Prof. Dr. Nil Sarı



1951 yılında İstanbul'da doğdu. İlkokulu New York'da, ortaokul ve liseyi Üsküdar Amerikan Kız Lisesi'nde bitirdi. 1973 yılında İstanbul Üniversitesi Deneyisel Psikoloji Bölümü'nden mezun oldu. Uzmanlığını İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı'nda tamamladı. Aynı yerde doçent ve profesör oldu. Halen aynı bölümün bölüm başkanlığını yürüten Dr. Sarı, evli ve iki çocuk annesidir.

Dr. Mahmut Gürkan



1956 yılında doğdu. İstanbul Erkek Lisesi'ni ve 1980'de İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1987 yılında aynı fakültede uzmanlık eğitimi tamamlayarak Radyoloji Uzmanı oldu. Yine aynı kuruluştaki çalışarak 2004 yılı Ekim ayında emekli oldu. 2006 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı'nda doktora eğitimine başlayarak akademik yaşama geri döndü. Gürkan, evli ve bir erkek çocuk babası.

Dr. Ahmet Zeki İzgöer



1963 yılında İstanbul'da doğdu. İlk ve orta öğrenimin bu kentte tamamladı. 1985 yılında İÜ Edebiyat Fakültesi'nde, Tarih Bölümü'nden mezun oldu. 1986-1987 yıllarında bir yıl süreyle Bartın'da tarih öğretmenliği yaptı. 1989'da doktorasını tamamladı. Şubat 1987'de İstanbul'da Başbakanlık Osmanlı Arşivi'nde göreve başladı. Halen aynı kurumda Yayın İşleri Koordinatörü olarak çalışmaktadır. Tarih ve Tıp Tarihi konusunda birçok makale ve eserleri bulunmaktadır. Fransızca bilen İzgöer, evli ve iki çocuk babasıdır.

I

İstanbul'a 1494 yılında göç eden ve Sultan II. Bayezid döneminde saray hekimliği yapan Jozef Hamon'un oğlu olan Musa bin Hamon, uzun yıllar Kanuni Sultan Süleyman'ın saray hekimliğini yapmıştır (1).

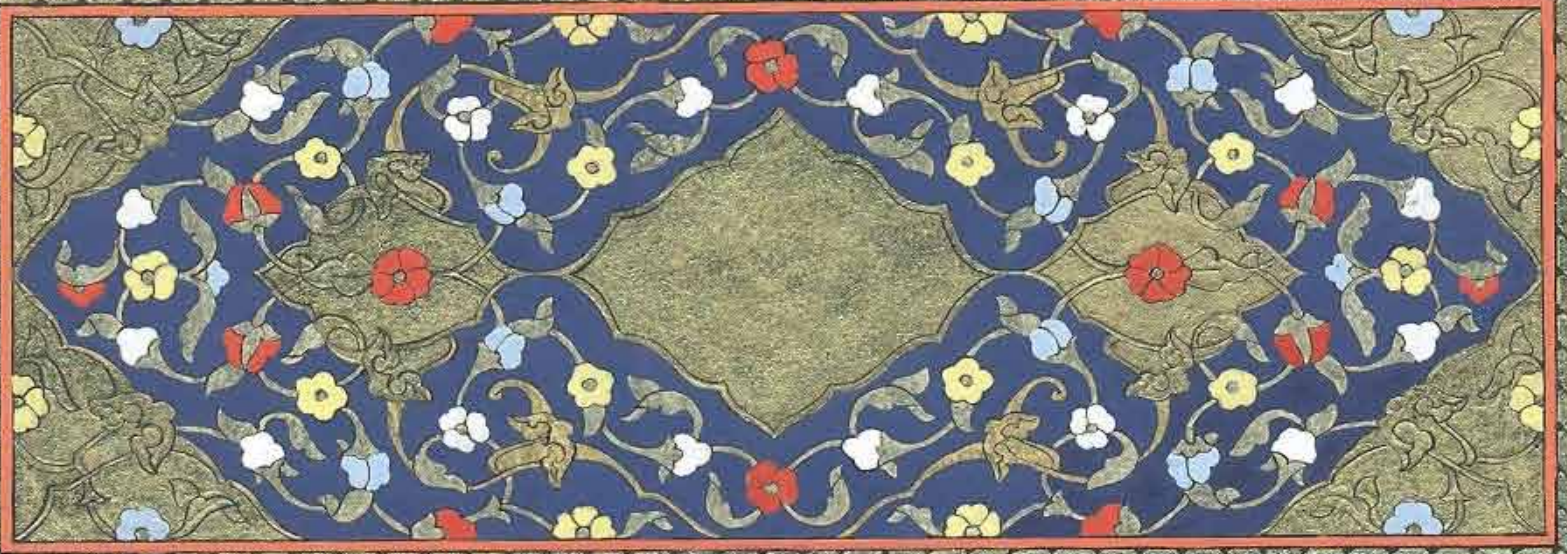
Kendisinin bu dönemde yazdığı tahmin edilen diş hekimliğine ait el yazması bir eser, Süheyl Ünver tarafından keşfedile-

rek İstanbul Üniversitesi Tıp Tarihi Enstitüsü'ne bağışlanmıştır. Bu el yazması tıp metni, 1973 yılında Arslan Terzioğlu tarafından, Ünver'in izniyle Alman Tıp, Doğa Bilimleri ve Teknik Tarihi Cemiyeti'nin 56. Yıllık Toplantısı'nda tanıtılmıştır (2). 1974 yılında Suat İsmail Gürkan *Kanuni Sultan Süleyman Devrinde Yazılmış Dişçiliğe Ait El Yazması Kitap* başlıklı bir yazıyla bu eserin ilk üç báb'ının transkripsiyonunu ve geri kalan iki báb'ının da özetini yayımla-

mıştır (3). Daha sonra, Terzioğlu konuyu yeniden ele alarak Hamon'un eserinin mikrofilminden hazırlanan bir tıpkıbasım örneğini 1977 yılında Almanya'da yayımlamıştır (4).

Bu tıpkıbasımda, Uriel Heyd ve Feridun Nafiz Uzluk'un yayınlarından da yararlanarak Hamon'un hayatından ve kitabın muhtevasından kısaca söz eder. Terzioğlu, kitaba eklediği Al-





Hamon oğlu Musa'nın tasviri minyatürü (Prof. Dr. İlder Uzel arşivi)



El yazmasından bir sahife. (Prof. Dr. İler Uzel arşivi)

İkinci bâb başında dişlerin anatomisi hakkında kısaca bilgi veren yazar, bir insanda yaratılıştan yirmi sekiz diş olduğunu, bazı kişilerde dört tane fazla (artık/nevâcid) bulunup toplam otuz iki diş olduğunu söylemekle birlikte, bunlardan yalnızca yirmi dördünü anlatır. Bunlar sivri dişler (nâbiyân, 4 adet), yassıvâri dişler (8 adet) ve iri dişlerdir (âdâris, 8 adet).

manca giriş yazısında, Ekim 1976 tarihinde yaptığı bir görüşmede, Ünver'in kendisine bu eserin aslının kaybolduğunu söylediğini bildirmektedir.

Eldeki tıpkıbasım örneğindeki Arap harfli Türkçe metinler, bu çalışma için Ahmet Zeki İzgöer tarafından transkribe edilmiş ancak metnin adına ve yazım tarihine ait herhangi bir bilgiye rastlanmamıştır. Musa bin Hamon'un meslek hayatındaki altın çağının, Kanuni Sultan Süleyman'ın hekimi olduğu 1536-1551 yılları arasına denk geldiği göz önünde tutulursa, bu eserin aynı zaman aralığında yazılmış olması muhtemeldir.

Yazmanın kapağı ve ara sayfası kayıptır. Bu sayfalarda belki kitabın adı ola-

bilirdi. 1/a numaralı varakta bazı notlara rastlanmaktadır. Bu notlardan birinde müstensih olarak Çelebizâde olarak tanınan Asım İsmail'in adı ve Hicrî 1171 [1757] yılı yer almaktadır.

Nesih hattıyla yazılmış olan, her biri 13 satırdan meydana gelen, 15 x 21 cm. boyutlarında ve 101 sayfadan oluşan eserin ilk üç sayfasında Arapça bir önsöz mevcuttur. Besmele ile başlayan bu bölümde yazar kendi adını vermekte ve eserini Kanuni Sultan Süleyman'a ithaf ettiğini yazmaktadır. Arapça yazılan bu önsöz dışında kitabın geri kalan bölümü Türkçe olarak kaleme alınmıştır.

Yazar, önce kitabın içindekileri tanıttığı bir fihrist vermektedir. Ancak fihristte, belirtilen beş bâbdan beşincisinin dokuz fasıldan oluştuğu bildirilirken, ana metinde beşinci bâb yirmi sekiz fasıl olarak verilmiştir. Anlaşılan yazar kitabın sonunda, başlangıçta verdiği planı aşarak fasıl sayısını artırmıştır.

Bunu takip eden 6/b-8/a varaklarında, yazarın mukaddime olarak adlandırdığı bir bölüm mevcuttur. Bu bölümde hıtlar teorisi gibi genel tıp bilgilerinden bahsedilmektedir. Her ne kadar yazar bu bölümü mukaddime olarak adlandırdıysa da, burada genel tıp bilgisi vermesi, bunun muhteva açısından bir "giriş bölümü" olarak kabul edilmesini gerektirmektedir. Gerek bu durum, gerekse de Arapça yazılan önsöz, dönemin kitap yazımındaki alışlageldik usullerden farklıdır.

İlginç olan diğer bir husus, yazmada yer alan bölümlerin planlamasıdır. Dönemin tıp kitaplarında hastalıklar genellikle iki çeşit sınıflamaya tabi tutulur. Konu başlıkları ya baştan ayağa doğru organların hastalıkları olarak (baş ağrıları, göz hastalıkları gibi) ya da hastalık belirtileri ve şikâyetleri olarak sınıflanmıştır. Dönemin genel eğiliminden ayrılan bu metnin yazı planı oldukça farklıdır. Ayrıca, yazar verdiği başlıklara uymamakta ve diş dışında çeşitli hastalıklara öncelik vermektedir.

Kitabın kaynakları ve atıfları

Kitapta sadece bir yerde tek bir yazar tabibe atıfta bulunulmuştur: *"Afyon kim cemî' uyuşturucu olan edviyelerin başıdır ve kuvveti cem'inden artıktır. Hatta Calinos bunun adını muhlis komuşdur, yani halâs edici. Zira kim cemî' ne kadar türlü ağırlar ve sıızlar var ise sâkin eyler kim cemî' ulu ve küllî terkibler... bunsuz olmaz."* denir. (Osmanlı dönemi tıp yazmalarında çok sıklıkla kadim hükemâyâ atıflarda bulunulur. Örneğin "Hipokrat der ki:" gibi. Yine yazarlar kendi düşüncelerini eskilerinkiyle kıyaslarlar. Örneğin "İbn Sina böyle der, ama bana göre şöyledir:" gibi).

Kitap kimler için yazılmıştı?

Yazarın kullandığı dille ilgili bazı noktalar dikkati çekmektedir. Örneğin, Arapça tabirlerin yanında sık sık Türkçe karşılıkları verilmiştir. Ayrıca Türkçe açıklamalarda yer alan bazı sözcüklere, o dönemin diğer eserlerinde, hatta günümüz Türkçesinde rastlanmamaktadır. Bu durum, yazarın bildiği Arapça tıp terimlerinin karşılıklarını bir yardımcı belki de hekim olmayan biri vasıtasıyla mı Türkçeye aktardığı sorusunu akla getirmektedir.

Yoğun olarak kullanılan öz Türkçenin yanı sıra mukaddimeden itibaren hıtlar teorisine geniş biçimde yer veren yazar, diş sağlığının korunmasından bahsederken bile -doğrudan ilişkili olmasa da- hıtların anlatımına öncelik vermektedir. Osmanlı döneminde yazılmış olan diğer Türkçe tıp kitaplarında, bu gibi bilgilerin tabip ve eczacı tarafından zaten bilindiği var sayılarak yalnızca hastalığa sebep olan hilt ya da hıtlarla tedavide kullanılacak ilaçlar belirtilir, uzun teorik tanımlar ve ayrıntılı ilaç yapım usulleri verilmezdi.

Bu kitapta ise, hıtların hangi hastalığa nasıl sebep olduğu ve terkiplerin hazırlanışı, tüm ayrıntılarıyla tanımlanmıştır. Bu durum kitabı bir diş monografisi olmaktan uzaklaştırmakta ve kitabın kimler için yazıldığını hatıra getirmektedir. Arapça-Farsça tamlamalardan kaçınılarak öz Türkçe sözcükler ve "yani" ile başlayan açıklamalarla kaleme alınan bu eser, daha ziyade halk için yazıldığı izlenimini vermektedir.

Dişlerin sayısı ve yapısı

İkinci bâb başında dişlerin anatomisi hakkında kısaca bilgi veren yazar, bir insanda yaratılıştan yirmi sekiz diş olduğunu, bazı kişilerde dört tane fazla (artık/nevâcid) bulunup toplam otuz iki diş olduğunu söylemekle birlikte, bunlardan yalnızca yirmi dördünü anlatır. Bunlar sivri dişler (nâbiyân, 4 adet), yassıvâri dişler (8 adet) ve iri dişlerdir (âdâris, 8 adet). Bu fasılda yirmi yaş dışından de söz edilir. Ön dişlerin bir, azı dişlerinin üç kökü olduğuna, dişlerin içlerindeki sinirlerle sıcak ve soğuğu hissettiklerine, uzayıp büyüydiklerine değinilir.

Dişlere ilişkin bu fasıllar yarım sayfadan ibarettir. Ayrıca dişlerin çiğneme, ağızdaki fazlalıkların akıtılması, düzgün konuşmayı sağlama, yüzü güzel gösterme gibi faydaları olduğu belirtilir.

Diş hastalıklarının sebepleri (Fizyopatolojisi)

Hıtlar ve buharlar: Yazar, diş hastalıklarının başlıca sebebi olarak hıtların bozulmasını göstermektedir. [Bâb IV,

Fasıl 1] Bozulma, vücutta var olduğu kabul edilen dört hilttan birinin (kan, balgam, safra, sevdâ) artması veya azalması, dişin kendisindeki bir hiltın bozulması, baştan nezle yoluyla dişin etine, sinirine, köküne bozuk hilt dökülmesi, hiltın mideden buhar yoluyla yukarı çıkarak zayıf dişleri hasta etmesi ve yel, verem sebebiyle olabilir. Benzer şekilde, diş eti hastalıklarının sebebi de bozuk, çürümüş hiltların baştan aşağıya akıp nezle ya da mideden buhar yoluyla yukarı çıkıp diş etlerini hasta etmesi olarak gösterilir. [Bâb V, Fasıl 23] Yine bağırsaktaki fazlalıkların ve yellerin, bazı buharlara neden olduğu ve bunların da dimağa yükselerek çeşitli hastalıklara yol açtığı anlatılır. Günümüzde geçerli bir açıklaması yapılamayan bu görüşlere göre; bu buharlar dişlere dokunduğunda, diş etlerini ve sinirlerini ıslatarak (nem artacaktır) gevşetip yumuşatmaktadır. Bunun sonucunda dişlerin yerinden oynadığı ve kokarak çürüdüğü ve oyukların açıldığı öne sürülmektedir. [Bâb III, Fasıl 8 ilâ 10] Diş etlerinin bozulması (fesadî) nedeniyle olan diş ağrıları ele alındığında, sebep yine hiltlara bağlanır ve hastalık belirtileri de bu bağlamda anlatılır. Örneğin, ağrının sebebi kan ise, diş eti kızarır, şişer, değince ele sıcak gelir. [Bâb IV, Fasıl 2].

Nezle etkeni: Hastalık etkenleri arasında nezleye özel bir önem verilmiştir. Nezlenin diş hastalıklarına sebep olabileceği varsayımına yakından bakıldığında; nezlenin dişlere etkisinin dört hiltta bağlandığı görülür. [Bâb IV, Fasıl 2] Örneğin, insanın mizacında sıcaklık olduğunda hiltları kızıp erir ve buhar olup baş yönüne yükselir ve sonra baştan bedenine aşağısına akar, buna "nezle" denir. Burada hiltın ısınıp hararetlenmesi, kişinin ateşlenmesi, yani "humma" anlamında kullanılmaz. Hilt, hamamdaki kubbeye benzetilen, tabiatı soğuk olan beyinde soğuyup yenden su olarak aşağıda burundan damlamaktadır. Nem (çürümüş rutubet) diş delinmesine sebep olarak gösterilir. [Bâb IV, Fasıl 4] Yazar ayrıca -nezleyi önleme amacıyla olsa gerek- nezlenin dışarıdan gelen sebeplerini de ele alır. Hazımsızlık da nezleye neden olarak gösterilir. Örneğin, midede hazmedilemeyen maddelerin buharları dimağa çıkar; çoğu kez bunlar nezleyle atılır. Isınma, dışarıdan gelen etkilerle de olur. Örneğin, güneş ısısı çok kuvvetli olduğu günlerde bedendeki hiltları kızdırıp eritse ya da ıssı tabiatlı nesneler koklandığında (örneğin soğan, misk, zaferan, gül vb.) başta olan hiltlar kızıp erirse, nezle olunur (burun akıntısı anlamında: yaz nezlesi, alerjik nezle vb.). Çok hareket hararete sebep olur ve nezle (terleme) yapar. Yel nedeniyle ve özellikle güz mevsiminde çok yağmur yağınca ve kışın çok nezle olunur. Ya-

zar, diş hastalıkları dışına çıkarak nezlenin boğazı ve dilciği de hastalandırıldığını, zatürre, akciğer veremi, zatü'l-cenb (perdelerde verem olur), öksürük vb. neden olduğunu da anlatır. [Bâb III, Fasıl 4] Çok sinirlenmek, üzülme, vechetmek mizacı çok kızdırır ve nezleye (ağlamaya) yol açar.

Beslenme etkeni: Yiyecek ve içeceklerin hiltları etkilemesi bağlamında tıp ile beslenme arasında kurulan ilişki, klasik bilgi çerçevesinde ele alınır ve dişlerde hastalık oluşturan durumlar şöyle anlatılır:

- 1- Birbirine uymayan yiyeceklerin birlikte yenmesi (Örneğin süt ile balık yenmez).
- 2- Buharı çok olan yaş yiyecekler yenmesi (Örneğin çiğ sebzeler)
- 3- Dişin cevherini bozan nesneler yenmesi (Örneğin turp, soğan, sarımsak)
- 4- Yapışkan ve tatlı nesneler yenmesi (Örneğin sakız, akide şekeri)
- 5- Dişi kamaştıran ekşi ve kekrek nesnelerin yenmesi
- 6- Çok soğuk veya çok sıcak ve birbiri ardına sıcak ve soğuk besinlerin yenmesi.

Kusma etkeni: III. Bâb'da yedi fasıl bulantı, istifağ ve kusmaya ayrılmıştır. Uzunca bir bölüm boyunca konu anlatılır, değişik hastalıklarla, örneğin fıtık ile ilgi kurulur: *"Debelenmek marazi da çok istifağdan olur. Zira sakınip gücenmekle bağırsak altındaki perde yırtılır. Bağırsaklar yırtılan yerden çıkıp debelik (fıtık) vâki olur."* [Bâb III, Fasıl 5] Ancak konu -yine hiltlar nazariyesi uyarınca- sadece tek bir cümle ile dişlerle ilişkilendirilmeye çalışılır: *"Çünkü istifağ esnasında mideden buharlar çıkar. Dişi berkişdiren sinirler o buharların temasıyla gevşer ve yumuşar."* [Bâb III, Fasıl 5]

Kabızlık etkeni: Bir etken olarak kabızlık üzerinde önemle durulmaktadır. Mekanizma yine hiltlar nazariyesi ile açıklanır. Buna göre bağırsaklardaki fazlalık ve yeller buhar olarak yukarı çıkmakta, dişlere dokunarak etlerini ve sinirlerini ıslatıp, gevşetip, yumuşatarak dişlerin ırgalanmasına, kimildamasına, çürümmesine ve oyulmasına sebep olmaktadır: *"Bu halde bağırsaktaki fazalâtın (fazlaların) ve yellerin buharları daima dimağa çıkıp türlü türlü fesatlara ve marazlara sebep olur (sar'a ve akıl teşevvüşleri gibi). Bir de nefesin râhiyası harab olup kokmasına sebep olur. Nezleye de sebep olur. Bu buharlar çıkıp dişlere dokununca etlerini ve sinirlerini ıslatır ve gevşetir ve yumuşatır. Irgalanmasına, kimildamasına ve*

fesadıyla ve kokmasıyla da dişlerin çürümmesine ve oyulmasına sebep olur." [Bâb III, Fasıl 8]

Dış etkenler: Hiltlar nazariyesi ile açıklanan sebep-sonuç ilişkileri dışında, doğrudan belirli bir dış etkenin sebep olduğunu bildiren açıklamalar da vardır ki, bugün bu tespitleri doğrulayabilmekteyiz. Bu dış etkenlerin de sonuçta hiltlara tesir ederek etkisini göstereceği düşünülür. Örneğin, dişin minesini zedeleyip hassasiyetini artırabilen sıcak ve soğuk nesneler dişte zararlıdır: *"...her nesne ıssı iken veyahud soğuk iken dişlere değirmesinden ziyâde sakınmak gerek, hususan birbirinin ardınca ola."* Dişlerin ısıyı veya soğuğu hissetmemesinin sebebi çoğunlukla soğuktur. Çarpma, düşme dişte zarar verir. Sert nesnelerin diş kırabileceği şöyle ifade edilir: *"Sakınacak nesneler olur kim, berk ve katı olan çiğnemek veyahud dişler ile bir nesne öğütmek zararı nihayetdedir."* [Bâb II, Fasıl 5] Tatlıların ve yapışkan maddelerin zararlı olduğu şu ifadeyle açıklanır: *"Her nesne kim yeltemşik ve yapışır tutkal ve sakız gibi, meselâ şekerden olan akideler gibi ve her tatlı olan ve hususan incirin kurusu ziyâde dişin ağrısının direktmesine sebep olur."* Bakterilerin henüz bilinmediği bir dönemde, doğru bir sebep-sonuç ilişkisi tespit edilmiştir. [Bâb II, Fasıl 2] Sert friksiyonun dişin mine tabakasını zedelediği şöyle anlatılır: *"...cılâ verip olmayacak nesneler ile dişleri oğmak câiz değil, tâ ki dişler üzerine nesne kalmaya."* Dişlerin rengini bozan nesneler anlatılır: *"Taşradan üzerine abes nesneler yapışıp ve bazı vakitte dişlerin köklerine bazı abes nesneler yapışır. Tâ kim taş gibi katılanıp kim kopması güç olur ve bunun gibi de cümle dişlerin renkleri bozulmasına sebep olur."* (Burada diş taşlarından söz ediliyor.) Dişlerin uyku sırasında gıcırdaması sebebi ve tedavisi anlatılırken yine diş rahatsızlığı ile diğer bir takım hastalıklar arasında ilişki kurulur: Örneğin, çenenin sinirleri zayıf olup çekilip kuruması; sara, sekte (enfarkt) ve teşennüc (titreme-tremor) gibi hastalıklar; karında solucan gıcırdatma sebepleri olarak sıralanır. [Bâb V, Fasıl 17] Dişlerin oynama sebepleri, "düşme, dokunma (çarpma), nezle, dişlerin birbirini sıkıştırması, kuruması ve devşirilmesi (eski haline göre küçülmesi, hastalıktan kalkanlardaki gibi), çok aç kalınması, diş arasında etlerin oluşması olarak gösterilir.

Dişlerin korunması

Kitabın önemli bir kısmı, dişlerin hastalıktan nasıl korunabileceği bahislerine ayrılmıştır. Her ne kadar bu bahislerde anlatılanlarla diş ve hastalıklarıyla doğ-



İlaç hazırlayan bir hekim. (Osmanlılarda Sağlık-1 Ed: Dr. Coşkun Yılmaz Dr. Necdet Yılmaz, İstanbul 2006, S:251)

rudan ilişki kurulmasa da, konuların sıralanmasında dişlerin zarar görmemesi için alınacak önlemlere öncelik verilmesi dikkat çekicidir. Yazarın koruyucu hekimlik bağlamında duyarlı olduğu açıktır. Aslında İslâm tıbbi ve devamı olan Selçuklu ve Osmanlı tıbbi öncelikle koruyucu hekimlik üstünde yoğunlaşmıştır. Bunun çeşitli sebeplerinden biri de tedavinin o günün tıp bilgisi ve uygulamaları çerçevesinde çok daha güç olmasıdır.

Diş ve diş eti hastalıklarından korunmak için sakınılması gereken durumlar şöyle anlatılmıştır:

- 1- Birbirine uymayan yiyecekleri birlikte yemek (örneğin süt ile balık yenmez)
- 2- Buharı çok olan yaş yiyeceklerden sakınılır (örneğin çiğ sebzeler)
- 3- Dişin cevherini bozan nesneler (örneğin turp, soğan, sarımsak)
- 4- Yapışkan ve tatlı nesneler (örneğin sakız, akide şekeri)
- 5- Dişi kamaştıran ekşi ve kekrek nesneler ve çok soğuk ve çok sıcaklar; birbiri ardına sıcak ve soğuklar.
- 6- Katı nesnelerin öğütülmesi

7- Dişi cilalayan şeylerle fazlaca ovma
8- Diş arasında kalan nesnelerin kuralanması

9- Nezleye sebep olan nesneler

10- Kusmadan kaçınmak (Çok kusma zararlıdır. Mideye, bağırsaklara, göğse zarar verir. Örneğin fıtığa yol açar.)

11- Kabızlıktan kaçınmak. Bunun için yiyeceklerin iyi hazmedilmesi, bağırsakları her gün boşaltmak, "tabiatı kabız ettiği" için, sıcak ve kuru nitelikteki bir takım maddeleri ve yemeğe katılan bazı baharatları (tuzlular, ekşiler; biber, karanfil, zencefil, tarçın, kakule) fazla kullanmamak...

12- Soğuk sıcak gibi hilt bozucu etkenlerden sakınmak

Diş hastalıklarının sınıflandırılması

II. Bâb'ın 4. Faslı başında dişin kendisinin yirmi çeşit hastalığından söz edeceğini bildiren yazar, sonradan yirmi dört hastalık adı verir:

- 1- Uyuşmak (hader)
- 2- Atılmak (daraban)
- 3- Seyirmek (ihtilac)

4- Geçişmek (hike)

5- Dağdağa

6- Gevşeme (istirhâ)

7- Kımıldamak (felâk)

8- Koymak (hilâk)

9- Köklenmek (teşevvüş)

10- Rengi bozulmak (tegayyür)

11- Kirlenmek (tevessüh)

12- Yenilmek (teekkül)

13- Çürümek (taaffün)

14- Unmak (tekessür)

15- Ağrımak (veca')

16- Kamaşmak (tars)

17- Ekşi ve tatlıyı çiğneyememe (Acz)

18- Isıdan ve soğuktan incinmek

19- Uzanmak (tetavvül)

20- Kısılmak (tekassur)

21- Oyulmak (tehaffür)

22- Verem

23- Kurtulmak

24- Gıcırdamak (sarir)

Burada hastalıkların adları dışında bilgi verilmediğinden, yazarın bazıları ile ne tür bir hastalığı kastettiği anlaşılamamaktadır. Aslında bu liste, hastalık belirtileri-

nin ya da hastanın şikâyetlerinin sıralandığı bir listedir. Bunların sekizi hakkında metinde ayrıca bilgi verilmemiştir. Yazar sıraladığı bu "hastalıklar"ın bazılarını etraflı bir şekilde şu şekilde ele alır:

Diş ağrısı: Her ne kadar bir hastalık olmayıp bir belirti olsa da, ağrı konusuna geniş yer verilmiştir. I. Bâb'ın 2-6. fasıllarında genel olarak ağrının sebep ve çeşitleri tafsillatlı olarak anlatılmıştır. Ağrının kişinin doğal haline, yaratılışına (mizacına) uymayan bir etkenle ansızın karşılaşması sonucunda oluştuğu şöyle ifade edilir: "...*tabiatın asıl yaradılışında olan hâlin kemâlinde çıkarıcı ve uymaz nesne vâki olunca ansızın vâki olduğunda duyulduğu gibi ağrı ve sızı vâki olur.*"

Ağrının sebepleri arasında ayrıca dişin kendisi, siniri, çenenin ve dişlerin çevresinde olan bağlar, sinirler ve diş etleri gösterilir.

Diş eti yaraları ve çürümesi: Diş etlerinin çürümmesine sebep olarak, nezle sebebiyle başta veya midede bulunan bozulmuş hıtlar gösterilir: [Bâb V, Fasil 23] "*Ma'lum ola kim nefsi-i dişlerin etlerine bazı emrâz vâki olur, kim içlerine fâsid ve çürümüş ahlât başdan akıp nâzile tarîkıyla veyahud mideden buhar tarîkıyla çıkıp oraların etlerini çürütüp fesada varmasına sebep olur.*"

Dişlerin oynaması: Dişlerin yerinden oynamasına altı sebep gösterilir: [Bâb V, Fasil 11]

- 1- Düşme
- 2- Bir nesnenin dokunması
- 3- Diş sinirlerinin nezle sebebiyle gevşemesi
- 4- Diş köklerinin (bitiştigi yerin) oyulup yenmesi
- 5- Dişlerin kuruması
- 6- Hastalık veya açlık nedeniyle uzuvların kuruması

Dişlerin renginin bozulması: Dişlere veya köklerine dışarıdan bazı maddelerin yapışmasının dişlerin rengini bozacağı söylenir: "*Ma'lum ola kim dişlerin renkleri bozulup tağyîr bulmasının sebebi ikiden hâlî değil yahud taşradan üzerine abes nesneler yapışıp ve bazı vakitte dişlerin köklerinde bazı abes nesneler yapışır. Tâ kim taş gibi katılanıp kim kopması güç olur ve bunun gibi de cümle dişlerin renkleri bozulmasına sebep olur.*" [Bâb V, Fasil 15]

Uyku sırasında dişlerin gıcırdaması: Uyku sırasında dişlerin gıcırdamasına sebep olarak çene sinirlerinin kuruması, sara ve karındaki solucanlar gösterilir: "*Ma'lum ola kim dişlerin gıcırdamasına sebep olan nesne oldur kim çenenin sinirleri za'îf olup çekilip kuru olur ve eğer kim ziyâde çok olup vâki*

olursa delildir kim bin marazlar uğrasa gerek. Sara gibi sekte ve teşennüc eğer kim kâh kâh olup vâki olursa karında solucan hâsıl olduğunu gösterir ve bunun gibi vâki olduğunda başda olan ahlâtı çıkarıp eritilmesine mukayyed olmak gerek." [Bâb V, Fasil 17]

Dişlerin kamaşması: Diş sinirlerinin uyuşması kamaşmanın sebebi olarak gösterilir: "*Ma'lum ola kim dişlerin kamaşmasına sebep olan oldur kim nefsi-i dişlerin duyuluşu uyuşup duymaz olur. Meselâ ekşi çiğneyip veyahud kekre nesneleri çiğneyip kamaşmasına sebep olup veyahud mideynen taam fâsid olup ekşiyince onun buharları çıkıp dişlere dokunduklarında dişlerin kamaşmasına sebep olur veyahud nefsi-i dişlerin içinde ekşi fâsid hılt sinmiş ola, kim dişlerin kamaşmasına sebep olur, kim bu gayrı kimesne ekşi yiyip ona bakınca dişlerin kamaşmasına sebep olur.*" [Bâb V, Fasil 18]

Diş etlerinin çekilmesi: Yetersiz beslenme aynı zamanda diş etlerinin de çekilmesinin sebebi olarak gösterilir: "*Zira kim kendülere lâzım olan azâsının beslemesine ve büyütmesine lâzım yemek eksilip evvelki hâlî üzerine gelmez oldu eyleye lâzım gelir kim nefsi-i dişler evvelki iriliği ve büyüklüğü eksilip çekile veyahud dişlerin arasında olan etler kim berkişmesine sebebedir.*" [Bâb V, Fasil 11]

Dişlerin delinip yenilmesi: Dişlerin çürümüş rutubet yüzünden delindiği iddia edilir: "*Ma'lum ola ki dişlere delinip yenmesine sebep olan oldur kim nefsi-i dişlerde bazı çürümüş rutubet, yani nemnâklık sinmiştir.*" [Bâb V, Fasil 13]

Diş kurdu: Diş kurdu ile ilgili bölüm iki cümleden ibaret, tedaviyi anlatan çok kısa bir bölümdür. [Bâb V, Fasil 16]

Tedavi: Diğer konularda olduğu gibi tedavi konusunda da hıtlar nazariyesine ve ilaçla tedaviye ağırlık verilmiştir. Soğuktan olan ağrı ve sızıları dağıtmak, dolayısıyla balgam hıltını eritmek için çok sıcak nitelikteki diğer bir takım eczalar önerilir. Örneğin, ak biber (sıcaklığı 4. mertebeye yakın), süzâb (süsen, 4. derecede sıcak). Kullanılan eczanın, hıltın tekrar o bölgeye dökülmesini önlediği düşünülür.

Önemli tedaviler

Kusturarak tedavi: Kusma tedavisi de çürümüş, katı, ekşimiş, yani bozuk hıtların atılması esasına dayanır. Kusturucu otların ve mideyi bulandırıcıların (örneğin yağlılar) habis ve yaramaz hıtların atılmasını sağladığı bildirilir. Semiz etler ve tatlılar kusturmaz, ama gönül bulandırır ya da gönül dönmesine sebep olur. Kusmanın hangi mizaçta olan kişilere yaradığı, hangilerine

Uyku sırasında dişlerin gıcırdamasına sebep olarak çene sinirlerinin kuruması, sara ve karındaki solucanlar gösterilir: "*Ma'lum ola kim dişlerin gıcırdamasına sebep olan nesne oldur kim çenenin sinirleri za'îf olup çekilip kurur ve eğer kim ziyâde çok olup vâki olursa delildir kim bin marazlar uğrasa gerek. Sara gibi sekte ve teşennüc eğer kim kâh kâh olup vâki olursa karında solucan hâsıl olduğunu gösterir ve bunun gibi vâki olduğunda başda olan ahlâtı çıkarıp eritilmesine mukayyed olmak gerek.*" [Bâb V, Fasil 17]

yaramadığı ayrıca belirtilmiştir (Örneğin nefes darlığı olana yaramaz). Kusturmanın mevsimi vardır. Yazın hıtlar eriyip yumuşar, kolay atılır. Kışın kusturmaktan kaçınmalıdır. Öğürtü veren (gönül bulandıran) yemekler yenirse, kismaya yardımcı olur. Bunlara itirici denir (Örneğin kavun, hıyar). Kusturmaya mani olan yiyecekler de vardır (örneğin limon, nar ekşisi). Bunları yedikten sonra kusturmaya girişmemek gerekir. Yazar içine değerli taşlar katılan ve cevâriş adı verilen çeşitli terkip-ler verir.

Kabızlığı gidererek tedavi: Kabızlıkla diş hastalıkları arasında ilişki olduğunu öne süren yazar, kabızlık tedavileri üzerinde durur ve 11. fasılda hokne (lavman) uygulamasını ayrıntılı olarak anlatır. Hoknenin kuşlardan öğrenilen bir tedavi şekli olduğu şöyle ifade edilir (Bugün tıp tarihi kitaplarında da aynı bilgi var): "*Kuşlar, kabız olduklarında ağızlarına pek çok deniz suyu alır ve kendisi çalkoyun yatar ve burnun içine döker. Sonra yuvasına yatar, kabız fet-holur (açılır)*" Hoknenin bir faydasının da tüm bedene zarar vermemesi olduğunu, hıtlar nazariyesi çerçevesinde açıklar: "...*bedende olan cümle ahlâtı tahrik edip karıştırmaz. Ancak kuşakdan aşağısı bağırsaklara ve mideye*

dokunduğu yere varıp oraları temizler. Zira midede varıp ondan cümle bedenin damarlarına sinip geçmez." Her ne kadar hıltlar nazariyesine dayandırılrsa da, bu açıklamada, mideden sindirilen maddelerin kan yoluyla tüm vücuda dağılarak genel bir etki yaptığının; bağırsakların lavmanla boşaltılmasında böyle bir etkinin olmadığını öne sürülmesi dikkat çekicidir. Buna göre birçok hokne terkibi, yine yazarın koruyucu hekimlik anlayışı çerçevesinde; hafif, orta ve çok tesirli olmak üzere sırayla anlatılır. Az ve orta tesirli etki etmezse, çok tesirli olanlara başvurulması gerektiği bildirilir.

Nezleyi gidererek tedavi: Diş hastalıklarının en önemli sebeplerinden biri olarak nezle tedavisine geniş yer ayrılmıştır. Tedavinin esası nezleye sebep olan hılt göre fazla kan, safra ya da balgamin boşaltılmasıdır. Müshil verme, kan alma gibi usuller anlatılır. Sebep sıcak nitelikte ise soğukla (örneğin, ele ve ayağa soğuk su dökülmesi; soğuk nitelikte olan nilüfer ve menekşe kokusu koklatılması); soğuksa ziddi olan sıcak nitelikteki nesnelerle (örneğin sıcak bezlerle ısıtılıp kızdırılarak) tedavi edilir. Sıcak suya babunec (papatya) ve merzencuş gibi sıcak nitelikteki otlar konulur ve bu su baştan aşağı dökülür, susam ve zambak yağı gibi sıcak nitelikte yağlar kullanılır, sıcak nitelikteki yiyecekler yenir. Bir yandan da dimağı kuvvetlendirerek nezleye sebep olan hıltların aşağı akmasının önlenmesine çalışılır. Bunun için aksırtıcıların koklanması, bir takım otların kaynatılıp buğusuna durulması, şişe çekmek, hacamat etmek, çeşitli şerbetler/içecekler ve sürülecek yağlar önerilir. Önerilen ilaçların içinde çoğu kere haşhaş (afyon) yer almakta olup bu gargara, ağızda tutma/çalkalama, tütsü (buğu, inhalasyon) şeklinde kullanılır.

Ağrının ilaçla dindirilmesi: Tedavi sırasında ağrının dindirilmesi en önemli konudur. Ağrı ile mücadeleyi tedricen yapmak gerektiği bildirilir. Bu durum, klasik olarak, padişahın düşmanla savaşına benzetilir. Yine bu fasılda, hastalığın safhaları anlatılır. Hastalık hemen zâhir olmaz. İnsanın tabiatı hastalıkla mücadeleye giriştiğinde belirtiler/alâmetler ortaya çıkar. Ya hastalık ya da tabiat daha güçlü olup kazanan taraf olur. Hastalık dört evreye ayrılır. İlaçlar buna göre verilir. [Bâb IV, Fasil 4-5] Önce, hılt hastalığa sebep olacağından, döküleceği yere gelmesini engelleyecek ilaçlar verilir (Bir bakıma koruyucu tedavi). İkinci evrede, hastalığa/ağrıya sebep olan hıltın sökülmesine yardımcı olmak için gevşetici ve yumuşatıcı ilaçlar kullanılır. Daha sonra, hastalığa ve ağrıya yol açan hıltı pişiren/olgunlaştırıcı ilaçlar uygulanır. Sonra da, maddeyi eritici ve dağıtıcı ilaçlar uygulanır. Örneğin, soğuktan olan ağrı ve

sızıları dağıtmak, balgam hıltını eritmek için çok sıcak nitelikteki diğer bir takım ecza da kullanılır. Örneğin, ak biber (sıcaklık niteliği 4. mertebeye yakın), süzâb (süsen, 4. derecede sıcak nitelikte). Kullanılan ecza, hıltın tekrar o bölgeye dökülmesini önler.

Ağrı geçmez ise, uyuşturucular (*uyku getirir ve sarhoş edvileri*) kullanılır. Fakat yazar ağrıyı, sızıyı duyulmaz kılan ilaçlar için, *"korkulu, muhâtaralı ve zararlı çokdur"* diye uyarır. Hatta bunların zayıf mizaçlı kişilerin ölümüne sebep olduğunu da söyler. Kullanıldığı vakit ağrıyı teskin eden uyuşturucu ilaçların sonradan çok zarar verdiğini şu cümle ile ifade eder: *"Amma zaman ilen sonradan küllî ve azîm fesadı duyulur."*

Ağrıya karşı kullanılan ilaçların nasıl bir sırayla (mertebe) kullanılacağına dair kurallar verilir. Diş ağrısı ilk duyulduğunda, sebep olan hıltı geri döndürecek ilaçlar verilir. Bunlar diş tozu, yakı, ağızda çalkalama, ağızda tutma, buğu yapma, damlatma şeklinde kullanılan terkiplerdir. Dövülmüş bir ilacın da diş deliklerine konması tavsiye edilir. [Bâb V, Fasil 5]

Ağrı arttığında yapılacak tedavi yine hıltlara bağlanır. Hıltların buharlarının çıkıp ağrıyan bölgeyi şişirdiği düşünüldüğünden, ağrıyan yeri yumuşatıp gevşeterek, mesamlardan buharların çıkmasını sağlayacak sıcak ve yaş ilaçlar ile tedavi önerilir. [Bâb V, Fasil 6]

Ağrının çok fazla olması halinde, hıltı dağıtıp eritecek sıcak ve kuru nitelikte, dağıtıcı ve eritici ilaçlar tanıtılır. Bunlar yakı, gargara, pastil vb. şekillerde hazırlanır. Burada, farklı cerrahî usuller de önerilir. [Bâb V, Fasil 7]

Eğer belirtilen ilaç tedavileri ağrıyı dindirmez ise, *"uyuşturucu ve duyuluşunu söndürür"* ilaçlar kullanılır. Bu demektir ki, madde (hılt) çoktur. Uyuşturucular ağızdan, katı ve sıvı olarak verilir ya da ağrıyan yerin üzerine yakı edilir. Yazar uyarıda bulunur: *"Mümkün oldukça yenmesinden ve içilmesinden ziyâde ihtiyat edip sakınmak gerek."* Hekimlerin bu konuda görüş alış verişinde bulunarak bu ilaçların faydasını artırma ve zararını gidermenin yollarını bulduklarını anlatır: *"Uyuşturucu ilacın zararlı ziyâde olmağın evvelâ kadim hükemâlaşdılar kim, yol bulup faidesi dokuna ve zararlı dokunmaya..."* Bundan sonra, diş üstüne konan, kulağa damlatılan, ağızda tutulan ve gargara edilen, ağrı kesici ilaç terkipleri verilir.

En etkili üç uyuşturucu (*afyon, bez-i benc ve kâfur*) özellikle tanıtılır ve etki mekanizması anlatılır. Bunların tabiatları (nitelikleri) en üst seviyede (dördüncü mertebeye) soğutucu ve dondurucudur. Bu uyuşturucuların etki şekli, yine

padişahın düşmanla ilişkisine benzetilir. Soğutucu ecza ağrının olduğu yerde bulunan ve ağrıya sebep olan hıltın bulunduğu yerdeki duyuyu (duyuluşu) uyuşturup, hasta ağrı ve sancıyı duymaz olur. Bu fasılda, şevkerân gibi çok zehirli ecza da yer alır.

Yukarıda verilen terkiplerin kabız yaptığı bildirilir ve müshil önerilir. Müshil terkinde müshil etkili sakmunya/sakamonya gibi müshil eczanın yanı sıra, yine afyon vardır.

Buraya kadar anlatılan bilgiler ve verilen terkipler diş konusuna has olmayıp genel bilgiler ve ilaçlardır. Örneğin, ağrı kesiciler gibi. Çoğu ilaç, dört hıltın fazlalığı ya da bozulmasına karşı verilen genel ilaçlardır.

Ağrının cerrahî tedavisi

Dağlama: Ağrı çok olduğunda, yakma, yani yakıcı bir ilaçla dağlama (koterizasyon) önerilir. Verilen örneğe göre, sıcak nitelikteki ilaçlar yağda kaynatıldıktan sonra, *"içine bir kalınca iğne kızdırıp tâ kızıl oluncaya dek ve ol yağın içine bandıralar ve ol iğneyi incecik kamış içine koyup ve ol kamışı ağrısı olan yerin üzerine rastlayıp tâ kim dişi dağlayalar"* (aynı usul, Sabuncuoğlu'nun *Cerrahiyetü'l-Hâniye*'sinde verilir; 5) *ve yanında olan dişlerin üzerine bal mumunu yakı edip tâ kim dağlanan yerin çevresinde olan dişleri ve etleri incitmeye..."* [Bâb V, Fasil 7]

Burguyla delme: Ağrının çok fazla olması halinde, ayrıca ağrının sebebi dişlerin içinde ise dişin burguyla delinmesinden söz edilir. İlaçlı sular dişteki deliğin içine ya da kulağa damlatılır. Bir takım ilaçların dövülüp, yağla karıştırılıp, çürük deliklerin doldurulması da tavsiye edilir. [Bâb V, Fasil 7]

Kan alma: Hacamat ve sülük tatbiki: Diş ağrısı tedavisi için dilin altından kan alınması; enseden ve çenenin altından hacamat etmek tavsiye edilir: *"Şişecekler ki, ol ağrıya ve sızıya sebep olan fâsid kan çekilip sürüle"* diye de açıklama yapılır. [Bâb V, Fasil 8] Diş ağrısı tedavisi için bir takım gargara/çalkalama terkiplerinin yanı sıra, ağrı bozuk kan sebebiyle olduğunda, *"dişlerin etleri üstünde sülük koyup ... semirip çekeler"* diye sülük tatbikatı da önerilir. [Bâb V, Fasil 8]

Dolgu: Delinen dişlerin tedavisi bağlamında anlatılır. Nem (*çürümüş rutubet*) diş delinmesine sebep olarak gösterilir. Neme sebep olan maddeyi eritici ilaçlar verilir. Diş deliklerinin dövülüp elelen bir takım ilaç terkipleriyle (*diş tozu*) doldurulması tavsiye edilir. (Organik maddelerden oluşan bu dolgu maddelerinin katılaşarak sertleşerek, kalıcı olup

Avrupa'da diş hekimliğine ait en eski el yazmalarından biri olduğu kabul edilen bu eser, Yunan ve İslâm tıp felsefesi ve eczacılığına dayanır. Fakat yazar, Calinos hariç metin içerisinde bir kaynak kitap ya da yazar adı belirtmemiştir. Her ne kadar Hamon ailesi İspanya kökenli ise de, eserde Avrupa'da gelişmekte olan yeni tıp bilgilerinden bir aktarma yapıldığına dair bir bulguya rastlanmamaktadır... Kitabın adı bulunmadığına göre, kitaba isim vermek gerekirse, belki de, "Diş Hastalıklarından Korunma ve Tedavi Bağlamında Hıltlar Nazariyesi" demek mümkün olabilir kanaatindeyiz.

olmadığı ayrı bir araştırma konusudur) Dolgu maddelerine katılan ecza arasında antiseptik (tuz vb.) ve ağrı kesici (afyon vb.) etkisi olanlar vardır. Burada verilen ilaçlar da kullanım şekli bakımından çeşitlilik gösterir. (toz, çalkalama, yakı, damla) [Bâb V, Fasil 13]

Diş çekimi: Bütün ilaçla tedavi yolları denendikten sonra dişin ağrısı dinmez ise dişin çekilip çıkarılması uygulanır. Özellikle diş ağrısı diş kendisinden kaynaklanıyorsa (nezle vb. dolaylı bir sebep değilse; dişin ağrısı diş etinden de kaynaklanabilir) dişin çıkarılması caiz görülür. Önce ilaç tedavisinin denenmesi, ağrı geçmezse diş çekimi kararı koruyucu bir yaklaşım olup, günümüzde dişe verilen değer ile uyumlu. Çekim kararı verildiğinde de, dişe çekici ve koparıcı ilaçlar yakı edilir (yakıda sarı zırnık gibi toksik anorganik maddeler de vardır. Bunlar antiseptik olarak mı kullanılıyor olabilir) ve diş ır-

galanarak çekimi kolaylaştırılır; diş eti neşterle çizilir ve sağlam dişler bal muuyla kaplanıp örtülür. [Bâb V, Fasil 21] Diş çekimi ile ilgili başkaca teknik ayrıntıya girilmemiştir.

Diğer Tedaviler

- 1- Diş kurdu tedavisi
- 2- Diş eti kanaması tedavisi
- 3- Diş eti yaraları ve çürümesi tedavisi
- 4- Diş etlerinin çekilmesi tedavisi
- 5- Diş etlerinin gevşemesi tedavisi
- 6- Dişlerin arasında olan fazladan etlerin tedavisi
- 7- Oynayan dişlerin tedavisi
- 8- Bozulan diş renginin ağartılması

Etik

Yazar **kitabının üç yerinde** hekimin ahlâkına ve özellikle de meslekî sorumluluğuna ilişkin görüşlere yer verir. Örneğin II. Bâb, 2. fasılda: "*Ber-takdir kim nefs-i dişte zarar ve âfet olmazsa bunun gibi dişin ağırmasında nâ-ehil olan çekilmesine çalışır ve çekildiği taktirce faidesi olmayıp ağrısı dinmese gerek.*" ve III. Bâb, 11. fasılda hokne uygulaması için: "*Yapılmasında zarar yoktur. Emindir, faidesi çoktur. Faydası olmasa dahi zararı yoktur.*" demektedir.

IV. Bâb, 4. fasılda ağrı tedavisinde hekimin sorumluluğu konusuna özel bir önem vermiştir. Burada, tabibin gaflet üzere olup ihmalde bulunmaması; sanatında mahir olması gereği; cahil tabibin ilmi/bilgisi olmadığı, tedavide tecrübesi olmadığı gibi hususlara değinir. Yazarın hastaya "yarar ve zarar" konusunda duyarlı olduğu açıktır: Etik konularda yazar koruyucu bir tutum izlemektedir. Zarar verme ihtimali olan teşebbüslere karşıdır.

Bu kitaba isim vermek gerekirse, ne diyebilirdik?

Yaziya başlarken adını verdiğimiz araştırmacılarca yapılmış olan yayınlarda, bir diş hekimliği monografisi olarak bilim dünyasına tanıtılmış olan bu eserde, diş dişi hastalıklara ağırlık verilmesi, buna karşın cerrahî tedavilere gereken ölçüde önem verilmemesi, eserin bu tanımlamaya dahil edilmesini zorlaştırmaktadır. Avrupa'da diş hekimliğine ait en eski el yazmalarından biri olduğu kabul edilen bu eser, Yunan ve İslâm tıp felsefesi ve eczacılığına dayanır. Fakat yazar, Calinos hariç metin içerisinde bir kaynak kitap ya da yazar adı belirtmemiştir. Her ne kadar Hamon ailesi İspanya kökenli ise de, eserde Avrupa'da gelişmekte olan yeni tıp bilgilerinden bir aktarma yapıldığına dair bir bulguya rastlanmamak-



tadır. Metnin muhtevası göz önüne alındığında, diş ve diş eti hastalıklarından toplamda sayfaların ancak yarısına yakınında doğrudan bahsedildiğini, geri kalan bölümlerde ise dişlerin hastalanmasına sebep olduğu öne sürülen diğer çeşitli hastalık durumlarının anlatıldığını görmekteyiz. Ancak her ne kadar bu bölümlerde konuların dişle ilgili olduğu belirtilmiş olsa da kurulmaya çalışılan bağlantı geçirilmiş ve diş dişi hastalıklara ve tedavilerine geniş yer ayrılmıştır. Bunun yanı sıra, diş hastalıklarına ait cerrahî tekniklerden -dağlama usulü hariç- bahsedilmemiştir. Özellikle o dönemde en önemli cerrahî müdahale sayılabilecek diş çekiminin tekniğine ilişkin bilgi yoktur. Diş çekimiyle ilgili olarak verilen bilgiler yalnızca dişin çekilmesinin sakıncalı olduğu vb. durumlarla alakalıdır. Yazarın bu usullerle fazla ilgilenmeyip daha ziyade ilaç tedavisine ağırlık verdiği anlaşılmaktadır. Bir "diş hekimliği monografisi" nitelemesi tüm kitabın tamamını temsil etmeyecektir. Kitabın adı bulunmadığına göre, kitaba isim vermek gerekirse, belki de, "*Diş Hastalıklarından Korunma ve Tedavi Bağlamında Hıltlar Nazariyesi*" demek mümkün olabilir kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1) Uriel Heyd, "Moses Hamon, Chief Jewish Physician to Sultan Süleyman the Magnificent", *Oriens*, vol. XVI, 1963, s. 152-170.

2) Arslan Terzioğlu, *Eine Bisher Unbekannte Türkische Abhandlung über die Zahnheilkunde aus dem Anfang des 16. Jahrhunderts*, *Sudhoffs Archiv Bd. 58* (1974), s. 276.

3) Suat İsmail Gürkan, *Kaanuni Sultan Süleyman Devrinde Yazılmış Dişçiliğe Ait El Yazması Kitap*, *İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Yayını*, İstanbul 1974, 46 s.

4) Arslan Terzioğlu, *Moses Hamons Kompendium der Zahnheilkunde aus dem Anfang des 16. Jahrhunderts*, München 1977, XXXI + 197 s.

5) Şerefeddin Sabuncuoğlu, (Yay. Haz. İlder Uzel) *Cerrahiyetü'l-Hâniye*, Ankara 1992, s. 244-249.

İslam coğrafyasında evrim teorisi

Doç. Dr. Akif Tan



1961 yılında Ankara'da doğdu. 1978'de Kuleli Askeri Lisesi'ni, 1985'de GATA'yı bitirdi ve tabip teğmen olarak TSK'da göreve başladı. 1990'da GATA Genel Cerrahi AB Dalı'nda uzmanlık eğitimi aldı. 1994'de genel cerrahi uzmanı olarak Şırnak Askeri Hastanesi'nin Baştabipliği'ne atandı. 1996'da GATA Genel Cerrahi AB Dalı'nda yardımcı doçent olarak göreve başladı. 2000'de İstanbul Gümüşsuyu Askeri Hastanesi'ne atandı. 2002'de doçent oldu ve 2004'de kıdemli albay olarak emekliye ayrıldı. Halen Özel İstanbul Medipol Hastanesi'nde görev yapan Tan, evli ve iki çocuk babasıdır.

Günümüzde evrim teorisi deyince genellikle Charles Robert Darwin ve onun biyolojik evrim teorisi akla gelir ve genellikle de insanın maymundan gelmesiyle ilişkilendirilir. Hatta bir inanç veya inançsızlık çatışma alanı olarak hatırlanır. Aslında evrim kavramı ve bu kavramın insan düşüncesinde ve sosyal hayatındaki yeri ile evrim teorisi birbirinden çok farklı fakat birbiriyle de bir o kadar ilişkilidir. Evrim teorisi üzerinde yüz yılı aşkın bir süredir devam eden tartışmalar, genellikle bir inanç ekseninde bilim ve din çatışması şeklinde devam etmektedir. Bu konuda Darwin ismi öylesine simgeleşmiştir ki, evrim teorisi yerine Darwinizm denilmesi bile çok sık rastlanır bir şeydir. Hem Batı dünyasın-

da hem de İslam coğrafyasında bu tartışmalar hala devam etmektedir. Batıda bu tür tartışmalar sosyal alanda Hristiyanlığa ait sosyolojik söylemlerin değişmesi ile daha az çatışma doğuruyor olsa da, İslam dünyasında Darwinizm veya evrim teorisi hala daha materyalizim veya ateizm olarak algılanmakta ve bu da şiddetli bir karşı söylem oluşturmaktadır.

Yüz yıl önce Batıda kilise ile bilim çevreleri arasında fırtınalar kopartan biyolojik evrim teorisi aslında hem kendi içinde birçok çelişki barındırır hem de yarattığı tartışmalar ironiktir. Aslında Darwin dünyayı 5 yıl boyunca Beagle adlı gemiyle dolaşıp düşüncelerini ve gözlemlerini yıllar süren yazışma ve tartışmalardan sonra yayımladığında, bu tür bir çelişkiler yumağı ve tartışma alanı olması hiç de beklenmiyordu. Yani

meselenin başladığı zamanı ve şartları göz önüne aldığımızda vasat bir biyolojik araştırma ve teoriler içeren kitapta ama etkileri birçok taşı yerinden oynatacak sonuçlar doğurdu. Darwin'den çok Darwincilerin sahip çıktığı ve kilise karşıtı hatta dine karşı olmanın tarafı haline geliverdi. Peki ama gerçekte doğada bir evrim olduğunu söylemek veya bunu kanıtlamak için araştırmalar yapmak ve en önemlisi insanın bu evrim içerisinde açıkça söylenmese de bir hayvandan geliştiğini söylemek; Hristiyanlığa karşı olmak, kiliseye savaş açmak demek miydi? Hristiyanlığın dini algılaması ve Batı toplumlarının dini yaşayışı Müslümanlarla aynı mıydı ki, Müslümanlar da dine karşı olduğu düşüncesi ile materyalist bir söylem olarak bu teoriye karşı hep soğuk ve tersini kanıtlama çabası içinde olmuşlardı? İşte bu sorular toplum hayatında yerini



bulmadı ama şiddetli tartışma ve reddi-yeler her zaman popüler oldu.

Hadi kilise yeri geldiğinde Kopernik'le de şiddetli çatışma içine girmiş, pagan Aristo'nun dünya merkezli evren teorisini, Kopernik'in güneş merkezli evren teorisine karşı otuz yıldan fazla savunmuş, daha sonra Kopernik ve Kepler hatta Galile'nin görüşlerini zaman içerisinde kilisenin resmi görüşü olarak kabul etmişti de peki Müslümanlar bu tür çelişkileri olmadığı halde bilimle hiç çatışmamalarına, şiddetli baskı kurumları oluşturmamalarına rağmen neden bir araştırma ve teori oluşturma halindeki evrim teorisine bu kadar reddiyeci olmuşlardı? İslam toplumlarının tarihinde bu konu hiç ele alınmış mıydı? Batının tartışmalarını kendine mal etmeden kendi değerleri ve Kuran-ı Kerim'e göre mi yanlış bulmuşlardı? Yoksa diğer bir popüler görüşe göre Darwinizmi savunmak Müslümanların dinlerinde farkında olmadan bir yozlaşmaya mı neden olabiliirdi?

Ne yazık ki İslam dünyasında bu teori hiç tartışılmadı diyebiliriz. Hristiyanlığın ve Musevilik'in teolojisi için evrim teorisi sarsıcı olsa da İslam teolojisi ile görünür bir çatıştığı içermiyordu. 1860 yılında Oxford'da yapılan o ünlü tartışmada daha sonraları Darwin savunuculuğu ile ünlenecek olan Thomas Huxley ile Piskopos Wilberforce arasındaki kavga, bilim dünyası ile kilisenin evrim teorisi üzerinden kavgası olacaktı. Enteresane olan şu ki Darwin'den sonraki Darvinciler de gittikçe sertleşip gerçekten ateist bir yorumla evrim teorisine sahip çıkmışlardı. Oysa ne Darwin, ne ondan önce evrimden bahseden Lamarck, ne de diğer 19'uncu yüzyıl evrimcisi Haeckel, yapıtlarının ilk baskılarında evrim kelimesini bile hiç kullanmamışlardı.

Evet, bu Batı dünyasının ilk evrimcileri, (aslında evrim kavramından yola çıkarsak Anaximandre'a, Aristo'ya, Eflatun'a kadar geri gitmek mümkün olabilir) daha sonra başlayacak olan 20'nci yüzyıldaki "Din mi bilim mi?" tartışmalarının da aslında fitilini bilmeden ateşlemiş oldular. Peki, İslam coğrafyasında evrim düşüncesi başından beri materyalizm karşıtlığı şeklinde mi algılanmıştı? İşte bu konuda Mehmet Bayrakdar son yıllardaki kitabı "İslam'da Evrimci Yaratılış Teorisi" ile tarihin hiç de bizim düşündüğümüz gibi olmadığını kıymetli araştırmaları ile ortaya koydu. Genelde basit olandan karmaşık olana gitme anlamındaki evrimleşme ve biyolojik alandaki evrimleşme elbette ki Müslüman âlimlerce de ilk asırlardan itibaren tartışılmıştı.

Modern anlamdaki bir evrim fikri, ilk defa Nazzam tarafından ortaya atılmıştır. Nazzam evrimci bir yaklaşımla evrenin oluşumunu ve varlık türlerinin kökenlerini açıklamıştır. Bu yüzden onun evrim teorisi,

genel karakteri itibarıyla, kozmolojik bir evrim teorisidir. Nazzam'ın talebesi ve ilk Müslüman zoologlardan Cahız, hocasının fikirlerinden hareketle, canlılar âlemi, özellikle hayvanlar âlemi üzerine yaptığı incelemelerle ilginç fikirleri, o tarihlerde (9'uncu yy.) evrimci teoriler içerir. Daha sonraları İbn Miskeveyh ve İhvanu's-Safa'yla, İslam kültüründeki evrimci düşünce, alan ve konu bakımından en geniş sınırlarına ulaşırken, Biruni ile de zirveye çıkmıştır. İbn Miskeveyh, insanın ruhen ve zihnen evrimleştiğine ilk defa dikkat çekerek, bir çeşit psikolojik evrimden bahsederken, İhvanu's-Safa da cemiyetlerin sosyal evriminden söz etmiştir. Biruni suni seçim yoluyla canlıların evrimini savunarak sadece genel biyolojik evrim teorisine bir katkıda bulunmamış, aynı zamanda jeolojik ve kimyasal evrimlerden de söz etmiştir. Sonraları evrim teorisini benimseyen bazı Müslüman düşünür ve bilim adamları ortaya çıkmışsa da İbn Tufeyl ve Mevlana dışındakilerin evrim geleneğine pek katkıları olmamıştır. Fizikçi Hazini ve filozof tabip İbn Tufeyl, XII. yy. evrimcileri olarak sayılabilir. İbn Arabi gibi mutasavvıflar, Nasuriddin et-Tusi gibi filozoflar, Irakî gibi kimyacılar ve Kazvini gibi kozmografyacılar da XIII. yy. evrimcileri olarak sayılabilir. Günümüzde yaklaştıkça bu sayıyı daha da arttırmak mümkündür. Hatta İsfahani'nin *"Hayvanların başlangıcı, bitkilerin sonu olan hurmadır; insanların başlangıcı da hayvanların sonu olan maymundur."* demesine kadar çeşitli anlatımlar hep olagelmıştır. XIX. yüzyıldan itibaren de Darwinizm İslam coğrafyasında tartışılmaya başlanmış, zaman zaman çeşitli ekollerle taraftar bulan veya karşıtlık oluşturan bu tartışmalar günümüzde büyük çoğunluğu ile Müslümanların Darwinizmi materyalizm olarak görmesi ve bir reddediş içinde olması ile devam etmektedir.

Günümüzde arkeoloji, antropoloji ve paleontolojideki gelişmelerle milyonlarca insan ve hayvan fosiline ulaşılmış, zamanlandırma çalışmaları ve moleküler incelemelerle artık her yönü ile açıklanmasa da bir evrimleşmenin olduğu apaçık ortaya konulmuştur. Kendi içinde birçok çelişkisi olan ve en önemlisi orijinal metni dahi tartışmalı olan kilise öğretilerinin birçok bilimsel gelişme karşısında inandırıcılığını kaybetmesi nedeniyle bir din ve bilim çatışmasını doğurması normal karşılanmalıdır. Bu nedenle bilimsel araştırmacıların Batıda teolojiden uzak durması da haklı nedenlere dayanabilir. Fakat bugün insanlığın elindeki orijinalliği hiç bozulmamış olan tek kutsal metne sahip Müslümanların kendilerinden doğmayan bu suni çatışma alanında bilim ve dinin hiç çatışmamış olmasına rağmen yine de Batı örneğinden fazlaca etkilenecek, bilimsel olanın dinsel olamayacağı yargısından kurtulması gerekmektedir. Tarihte Kuran'dan

Hristiyanlığın, kilise orijinli teolojisi için evrim teorisi bir tehlike olabileceksen, İslami teoloji ile çatışma yaratmadığı görülebilir. Tarihi gelişimi içinde; Batıda geçirdiği ilim-din çatışmasının İslam dünyasına aynen yansıtılması yerine, İslami değerler ve Kuran-i gerçekler ile sakin bir değerlendirme yapıldığında ve Mehmet Bayrakdar'ın bizlere hatırlattığı tarihi arka plan ile değerlendirildiğinde, her yönü ile olmasa da biyolojik evrimin birçok yönü günümüzde de İslam dünyası için bir tehlike değil araştırma ve gelişme için itici bir güç olabilir.

alınan feyz ve bilgi ile birçok Müslüman âlim biyolojik bir evrimden o zamanın bulguları kadarı ile bahsetmiş veya bu konunun eksikliklerini kendince gidermeye çalışmıştır. Günümüzde de yaratılmış olmayla çelişmeyen insanın varoluşu ve sudan karaya geçiş, bitkiden hayvana, hayvandan insana geçişte kesin bir yargıya varmaksızın günümüz antropoloji, arkeoloji ve paleontoloji bulgularının zenginliği içerisinde özgürce Kuran-i bilgiyle bütünleştirilerek ele alınabilir.

Hristiyanlığın, kilise orijinli teolojisi için evrim teorisi bir tehlike olabileceksen, İslami teoloji ile çatışma yaratmadığı görülebilir. Tarihi gelişimi içinde; Batıda geçirdiği ilim-din çatışmasının İslam dünyasına aynen yansıtılması yerine, İslami değerler ve Kuran-i gerçekler ile sakin bir değerlendirme yapıldığında ve Mehmet Bayrakdar'ın bizlere hatırlattığı tarihi arka plan ile değerlendirildiğinde, her yönü ile olmasa da biyolojik evrimin birçok yönü günümüzde de İslam dünyası için bir tehlike değil araştırma ve gelişme için itici bir güç olabilir.

Oliver Sacks ve hastalık-insanlık durumları

Doç. Dr. Lütfü Hanoğlu



1962'de Manisa'da doğdu. 1985'te Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmetini 1985-88 yılları arasında pratisyen hekim olarak Mardin'in Silopi ilçesi'nde yaptı. 1988-92 arasında Bakırköy Ruh ve sinir Hastalıkları Hastanesinde Nöroloji İhtisası yaptı. 1993-2000 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 3. nöroloji kliniğinde başasistan olarak çalıştı. 1996'da Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi nöropsikoloji laboratuvarı ve davranış nörolojisi konsültasyon polikliniğini kurdu ve yönetti. 2000 yılından itibaren devlet hizmetinden ayrılarak özel sektörde çalışmaya başladı. Hanoğlu halen Özel Nisa Hastanesi'nde çalışmaktadır.

Dr. Oliver Sacks, bir nöroloji uzmanı. Tıpkı benim gibi. Kendisiyle ilk tanışmamız "Karisını Şapka Sanan Adam" kitabının 1996'da Türkçeye çevrilmesi ile oldu.

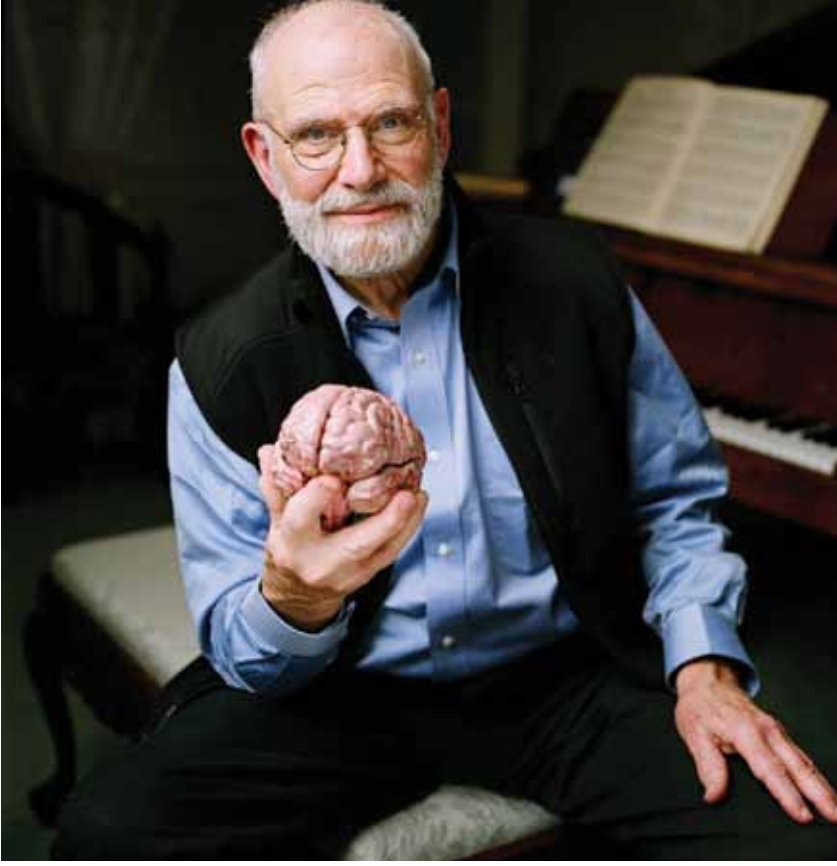
Benim de yoğun biçimde davranış nörolojisi çalıştığım, Bakırköy'ün bol hasta görme şansı tanıyan ortamı içinde bir-birinden ilginç klinik durumları anlama-

ya, klinikteki diğer arkadaşlarımla paylaşmaya çalıştığım dönem. Bu nedenle üzerimizdeki etkisi müthişti. Özellikle davranışı etkileyen hastalıkları anlayabilmek için iki şeyin söz konusu olduğunu onda açık biçimde hissederiz. İlki nereye ve neye bakacağını bilmek gerekir. İkincisi, genellikle beyinde ortaya çıkan bir bozulmanın, karşımızdaki hastada insan olarak neye yol açtığının gözden kaçırılmaması, hastanın nesneleştirilmemesi. Bu bakışın, empatinin bir hekim olarak korunabilmesi gerekir.

Sacks'ın "Karisını Şapka Sanan Adam" kitabındaki bir hikâyenin çok benzeri benim de başımdan geçti. Bu hikâyeyi, hem yukarıdaki iki özelliği çok iyi ortaya koyan bir örnek olduğu, hem de Sacks'ın kitaplarının içeriği hakkında bir fikir vereceği için anlatmak istiyorum.

Bir sabah vizit esnasında asistan sol hemiplejik (yani sol yanı felçli) bir hasta takdim ediyor. Hasta bütün gece 'ajite' imiş, yani bağırıp, çağırıp, çırpınıp durmuş. Üstelik sakinleşmesi için yapılan





Dr. Oliver Sacks

Sacks, nöroloji pratiğinin sınırlarında yer alan vakaların hikâyelerinden oluşan belki de en geniş koleksiyona sahip hekim/yazardır. Her hasta ve her hastalık sürprizlerle dolu ve kendine mahsus. Bu bakış tarzı onu pek çok kimsenin gördüğü, görüp geçtiği özellikler üzerinde düşünmeye, daha ayrıntılı gözlemler ve değerlendirmeler yapmaya götürüyor.

onca ilaca rağmen. Aslında hasta bir sol mekân ihmal durumu göstermekteydi. Beyninin sağ tarafında ortaya çıkan damar tıkanıklığı nedeni ile vücudunun sol yanını artık kendisinin bir parçası olarak algılamıyordu. Hatta onları sanki başka birine ait uzuvlarmış gibi algılıyordu. Hasta nöbette sağ tarafı üzerine yatırılıp, onun artık tanıyamadığı ve başkasına aitmiş gibi algıladığı sol vücut yarısı hala kendisinin olan sağ tarafının üzerine binince de olanlar olmuştur. Hasta üzerindeki bu kişiyi almaları için sabaha kadar bağırarak yardım istemiş, onu üzerinden atabilmek için çırpınıp durmuştu. Hastanın 'ajitasyon'un ortadan kalkması için onu sol tarafı üzerine çevirmek yetmişti.

İşte Sacks da çok sıradan gibi görünen hasta/insan hikâyelerini bu bakışla bize adeta yeniden gösteriyor. Ancak Sacks'a haksızlık etmemeli; çünkü yalnızca farklı yaklaşımları olan bir hekim değil, bu deneyimleri akıcı bir üslupla paylaştığı kitaplar da yazan, son derece üretken bir yazar.

Sacks, nöroloji pratiğinin sınırlarında yer alan vakaların hikâyelerinden oluşan belki de en geniş koleksiyona sahip hekim/yazardır. Tıp biliminin tarihi boyunca elde ettiği, netleştirdiği, tecrübeye dayalı bilgiyi reddetmeyen, onu sahiplenen, kullanan ama bu kadarla kalmayan bir hekim. Bu bilginin oluşmuş katı kuralları, duvarları içinde her şeye yeniden ve merakla bakabilmeyi, şaşırmayı ama şaşırpıp kalmamayı başarıyor. Her hasta ve her hastalık sürprizlerle dolu ve kendine mahsus. Bu bakış tarzı onu pek çok kimsenin gördüğü, görüp geçtiği özellikler üzerinde düşünmeye, daha ayrıntılı gözlemler ve değerlendirmeler yapmaya götürüyor.

Bu özelliğini kendisi şöyle tanımlamış: "Hastalarım beni sürekli olarak soru sormaya yönlendiriyor ve aynı şekilde sorularım da beni hastalarımın yaklaşıyor. Bu devir daimi birazdan okuyacağınız hikâye ve çalışmalarımın göreceksiniz." Ve sonra yazıyor.

Dr. Sacks 1966 yılında kronik bakım hastalarının bulunduğu, Bronx Beth Abraham Hospital'de konsültan nörolog olarak çalışmaya başlamış ve orada on yıllardır hareketsiz, donmuş durumda yaşayan hastaların, 1916-27 yılları arasında büyük bir pandemi yapmış olan uyku hastalığına yakalanmış insanlar olduğunu fark ederek deneysel bir ilaç olan L-Dopa tedavisi ile bir kısmında kalıcı, bir kısmında geçici ve sınırlı da olsa başarılı bir tedavi uygulamıştır.

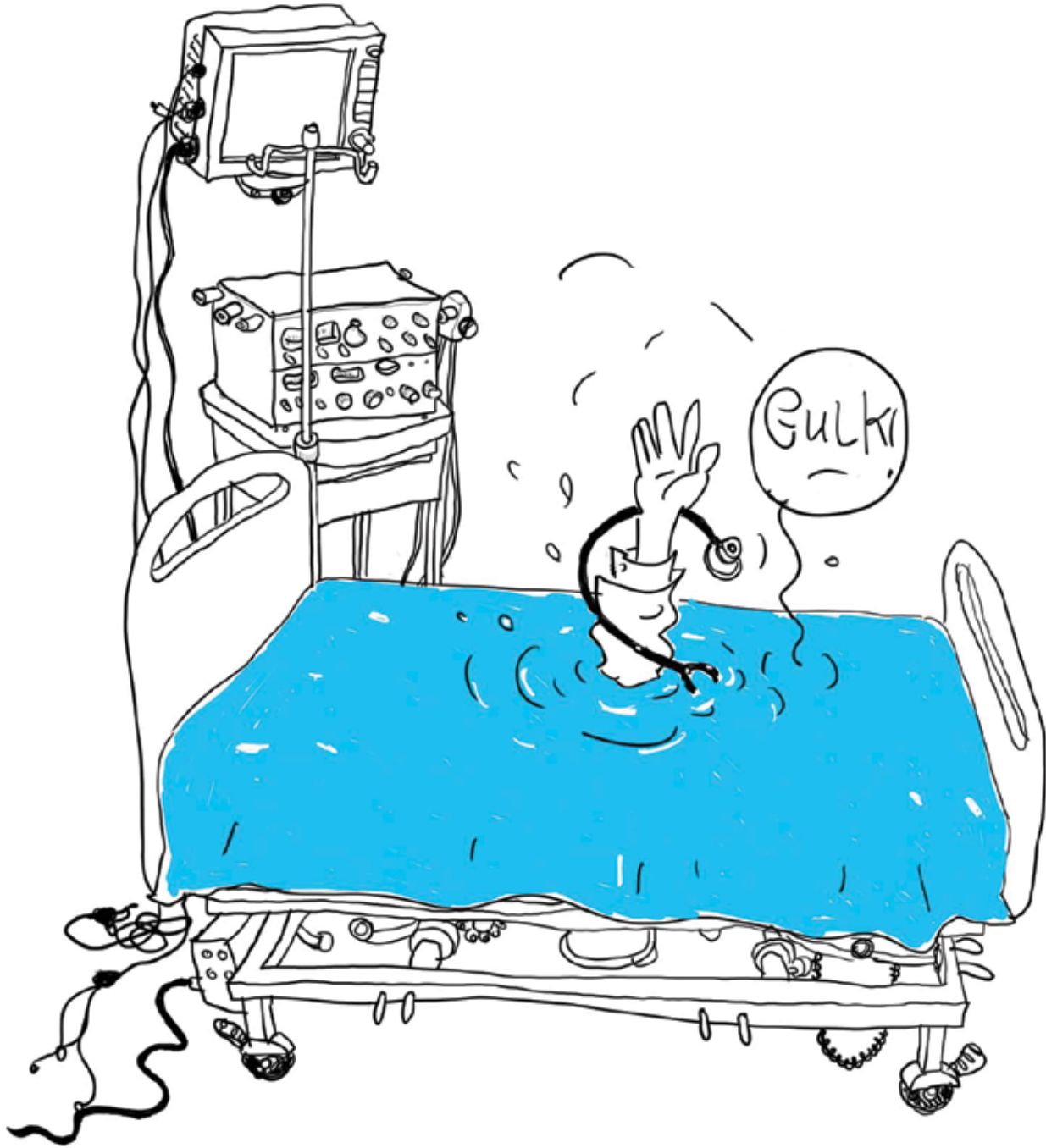
Bu deneyimi "Uyanışlar" adlı kitabında ayrıntılı olarak aktarır. "Karısını Şapka Sanan Adam" ve "Mars'ta bir Antropolog" kitaplarında Tourette Sendromu, otizm, parkinsonizm, müzikal halüsinasyonlar, epilepsi, Fantom Sendromu, şizofreni, mental retardasyon, Alzheimer hastalığı hatta inme sonucu gelişen nadir durumlar ile ilgili pek çok ayrıntılı vaka örnekleri vardır.

"Migren" kitabında migren hakkında bir hekim olarak, "Dayanacak Bir Bacak" kitabında ise bir hasta olarak deneyim, gözlem ve fikirlerini aktarmıştır. "Sesleri Görmek" adlı kitabında sağır ve işaret dili üzerine, "Renkkörleri Adası"nda ise, kalıtsal olarak bu hastalıktan muzdarip bir topluluk üzerine çalışmıştır. "Tungsten Dayı / Kimyasal Bir Çocukluğun Anıları" otobiyografik bir çalışmadır.

Oliver Wolf Sacks 1933'de, Londra'da doktor anne ve babanın çocuğu olarak

doğmuş, burada başladığı tıp eğitimini Oxford, Kaliforniya ve New York'ta sürdürmüştür. 1965 yılından beri New York'ta yaşamakta, New York University School of Medicine, Albert Einstein College of Medicine ve Beth Abraham Hospital'ın nöroloji bölümlerinde görev yapmaktadır. 2007 Temmuzunda klinik nöroloji ve klinik psikiyatri profesörü olarak Kolumbia Üniversitesi Tıp Merkezi'nde görevlendirilmiştir.

Kitapları 21 dile çevrilmiştir. Türkçeye çevrilmiş olan yapıtları: Migren (Migren, 2002, İletişim), A Leg to Stand on (Dayanacak Bir Bacak, 2001, İletişim), The Man Who Mistook His Wife for a Hat (Karısını Şapka Sanan Adam, 1996, YKY), Seeing Voices: A Journey into the World of the Deaf (Sesleri Görmek, Sağırın Dünyasına Bir Yolculuk, 2001, YKY), An Anthropologist on Mars (Mars'ta Bir Antropolog, 1997, İletişim), The Island of the Colorblind (Renkkörleri Adası, 1998, YKY), Awakenings (Uyanışlar, 2003, YKY). (Tungsten Dayı / Kimyasal Bir Çocukluğun Anıları 2004, YKY). En yeni kitabı ise henüz Türkçeye çevrilmemiş olan Müzikofili: Müzik ve Beyin Hikayeleri'dir. (Musicophilia: Tales of Music and the Brain, Knopf, 2007). Onu da sabırsızlıkla bekliyor, tüm külliyatını insanı merak edenlere hararetle öneriyoruz.



Karagöz
Hayran
110