

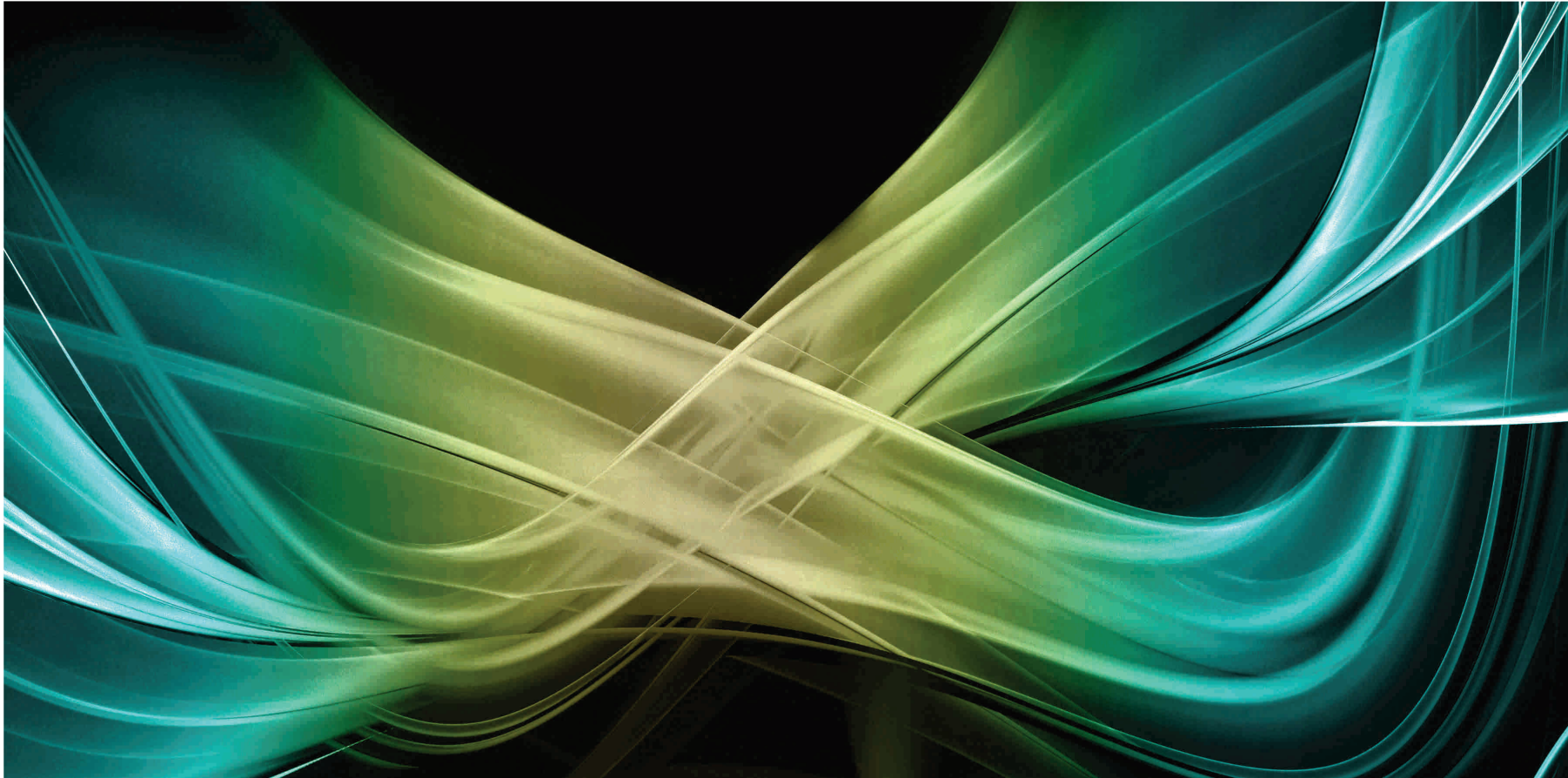
SD

MART
NİSAN
MAYIS
2011
12 TL
(KDV DAHİL)

İLKBAHAR

18

S A Ğ L I K D Ü Ş Ü N C E S İ V E T İ P K Ü L T Ü R Ü D E R G İ S İ



DOÇ. DR. TURAN BUZGAN SİYASAL TERCİHLERDE SAĞLIĞIN ROLÜ | OSMAN GÜZELGÖZ SAĞLIK REFORMU VE SEÇİMLER
ÖMER ÇAKKAL SİYASİ PARTİLERİN SAĞLIĞA BAKIŞI | BÜLENT AKARCALI SEÇMEN TERCİHLERİNDE SAĞLIK POLİTİKALARININ ETKİSİ | PROF. DR. NECDET ÜNÜVAR
SEÇİMLER VE SOSYAL MEDYA | ADİL GÜR: TÜRK HALKI, HÜKÜMETİN EN BAŞARILI İCRAATI OLARAK SAĞLIĞI GÖRÜYOR
PROF. DR. NİHAT TOSUN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN VATANDAŞ MEMNUNİYETİ VE YANSIMALARI | İLKER KÖSE PARTİLERİN İNTERNET SİTELERİ İLE PROGRAMLARINDA
SAĞLIK VE BİLİŞİM | ÖMER ÇAKKAL SOKAĞIN GÖZÜNDEN SAĞLIĞIN FOTOĞRAFI | DOÇ. DR. İLKER BELEK SOSYALİST SAĞLIK SİSTEMİNİN ANA HATLARI
LOKMAN AYVA ÖZÜRLÜNÜN SAĞLIĞI | PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN AFİLİYASYON (İŞBİRLİĞİ) KONUSUNDA DÜŞÜNCELER: BİR MODEL DENEMESİ
PROF. DR. SELAMİ ALBAYRAK AH BİR SABAH OLSA... | PROF. DR. AHMET SINAV: 28 ŞUBAT'TA ORDUDAN ATILDIM, AMERİKA'YA GİDİP TIP RESSAMI OLDUM
DR. SEYFULLAH DAĞISTANLI TÜRKİYE DOPING KONTROL MERKEZİ VE DIANA TAURASI SKANDALI | PROF. DR. MUZAFFER ŞEKER NOSTALJİK BİR KURUM: YEŞİLAY
DR. AHMET MURT TIP EĞİTİMİ: ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME; ÖĞRENMEK İÇİN DEĞERLENDİRME | DOÇ. DR. ARZU KİHTİR SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN ETKİLİ İLETİŞİM:
HEKİM-HASTA İLETİŞİMİNDE TEMEL NOKTALAR | PROF. DR. ERTAN TEZCAN ÖLÜMÜ HABER VERMEK | PROF. DR. HAYRETTİN KARA MODERN PSİKOLOJİNİN
ÖLÜMÜ YADSIMASI | DOÇ. DR. AKİF TAN MITOKONDRIYAL "HAYVA" | MEHMET KEÇECİ TIPTA BİLİŞİM, FİZİKSEL VE TEKNOLOJİK YÖNTEMLERE GİRİŞ
PROF. DR. İZZET ÖZGENÇ TIBBİ MÜDAHALE DOLAYISIYLA CEZA SORUMLULUĞU: CEZAI SORUMLULUK | YRD. DOÇ. DR. MAHMUT GÜRGAN - YRD. DOÇ. DR.
TÜMER ULUS İSTANBUL HEYBELİADA SANATORYUMU | DR. MURAT SALİM TOKAÇ HEKİM BESTEKÂR VE MÜSİKİŞİNASLAR:
DR. OSMAN ŞEVKİ ULUDAĞ | DR. KADİR DOĞRUEK KARİKATÜR



MART-NİSAN-MAYIS 2011
İLKBAHAR SAYI 18
ISSN: 1307-2358

TESA
TÜRKİYE EĞİTİM, SAĞLIK VE
ARAŞTIRMA VAKFI
ADINA SAHİBİ
Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlu

YAYIN KURULU
Doç. Dr. Lütfü Hanoğlu
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 Öztay
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

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy - İstanbul
Tel: 0212 453 48 66

BASKI
Ege Basım Ltd. Şti.
Esatpaşa Mah. Ziyapaşa Cad. No: 4
Ege Plaza Ataşehir / İstanbul
Tel: 0216 472 84 01

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

Sağlığın siyaseti etkileme gücü

Sağlık konusunun, doktorlar başta olmak üzere, önde gelen sağlık mesleklerinin faaliyeti ile sınırlı bir alan olduğu varsayımı artık sadece tarihsel bir anlam ifade ediyor. Zira artık sağlık deyince, içinde finans sektöründen çok farklı üretim alanlarında faaliyet gösteren reel sektöre ve yine farklı kademelerdeki hizmet sektöründen bilişim ve iletişim ağlarına kadar çok çeşitli aktörün rol aldığı bir entegre sistem karşımıza çıkmaktadır. Sağlık çalışanları da bu entegre sistemin aktörlerinden biri haline gelmiş durumdadır. Müşteri memnuniyeti temelli modern yönetim yaklaşımları, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunda olan vatandaşların bu sistemde etkin rol almalarına, hatta yetkin olma durumunda sisteme müdahil olmalarına fırsat vermektedir. Böyle bir entegre sistemde düzenleyici rol oynayan kamu politikaları, her zaman olduğundan daha fazla önem kazanmış durumdadır. Hele sağlığın “temel hak” olduğu genel kabulü ve “sosyal devlet” iddiasında olan örgütlerin bu hakkı temin etme sorumluluğu, kamu politikalarının önemine zirve yaptırmaktadır.

Halkın bilgilenebilmesi, bilinçlenmesi ve farkındalığı arttıkça hak talebinin şiddeti de o oranda artmaktadır. Halka kendini beğendirmeye zorunda olan yönetimlerin veya yönetime talip olanların bu talebe kulak tıkaması düşünülemez. Amerikan seçmeninin 2010 yılında politikacının gündemine taşıdığı en önemli konu, ekonomiden sonra sağlık olmuştur. 2004 seçimlerinde Avusturalya seçmeni, sağlık

ve sağlık politikasını büyük bir ekseriyetle ilk öncelik sırasına yerleştirmiştir. Portekiz ve İngiltere gibi ölkelerde liderlerin konumlarını güçlendirmek için sağlık politikalarına nasıl sarıldığı biliniyor. Ölkemizde de, son sağlık reformları öncesinde sağlığın öncelikli sorunların arasında yer aldığı kamuoyu anketlerinde göze çarpıyordu.

Sağlık; ölkenin gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun, artık ekonomi gibi, istihdam gibi, kalkınma gibi, demokratikleşme gibi, politikanın önemli konularından biri olmuş durumdadır. Bu yüzden sağlıkta politika önermeyen bir politik hareketin taban bulma şansı zayıflamaktadır. Bunun farkında olan siyasal partilerin programlarında, seçim beyannamelerinde ve kurulan hükümetlerin programlarında her zaman sağlık yer almaktadır.

Sağlıkla ilgili kamu politikalarının doğrudan toplumu hatta doğrudan bireyi etkileme süresi oldukça kısa olabilmektedir. Böylece bu politikalardan doğrudan etkilenen toplumun tepkisi de bir o denli hızlı ve net olabilmektedir. Yani siyasetin sağlığı etkileme gücü, doğası gereği sağlığın siyaseti etkileme gücüne dönüşmektedir. Siyasetçilerimizin bunu farkettiğini umuyoruz. Daha 10 yıl önce sağlık hizmetlerinden % 40 oranında memnuniyet ifade eden bir toplumun, bugün % 70'in üzerinde bir memnuniyet ifade etmesinin siyaseti etkilemeyeceğini söylemek mümkün değildir.

Hal böyleyken siyasi partilerimizin programlarında veya seçim beyannamelerinde yer alan sağlık politikalarına ilişkin bölümlerin yeterince aydınlatıcı olduğunu söylemek zordur. Buralarda marjinal söylemlere mahkum edilmiş ifadelere rastlamak mümkün olduğu gibi, sağlık konusunun birbirine benzeyen ve net sınır belirtmeyen soyut ifadelerle geçirtilirdiğine de şahit olabiliyoruz. Ya da sağlık başlığı altında gerçekte sağlıktan bile bahsedilmeyebiliyor. Kısacası siyasi partilerimizin siyasette yükselen değer olan sağlık politikaları konusunun farkında olduklarının işaretleri alınmış olsa da, yeterince hazırlıklı ve donanımlı oldukları hususunda kuşku duymamak elde değer. Hatta somut örnek olarak, son yıllarda toplumda büyük değişimlere yol açan sağlık politikalarının bir şekilde iktidarın destek verdiği Sağlık Bakanlığı'nın özel politikaları mı, yoksa iktidar partisinin tasarladığı ve öngördüğü politikalar mı olduğu konusunu bile tartışmak gerekebilir.

SD, ölkemiz yeni bir genel seçim arefesinde iken sağlık politikalarına bu açıdan bakmak ve ulaşabildiğimiz bütün siyasi partilerimize bu hususta kendilerini ifade etme fırsatı vermek istemektedir. Hazırlanan dosyada sağlık politikalarında düşünce ve icra noktasında yetkin kişilerin görüşlerine ve gözlemlerine şahit olacaksınız.

Siyaset sağlığı tartışadursun; sağlığın siyaseti şekillendirmesine az kaldı.

İçindekiler

6

SIYASAL TERCİHLERDE SAĞLIĞIN ROLÜ
DOÇ. DR. TURAN BUZGAN

10

SAĞLIK REFORMU VE SEÇİMLER
OSMAN GÜZELGÖZ



14

SIYASİ PARTİLERİN SAĞLIĞA BAKIŞI
ÖMER ÇAKKAL

22

SEÇMEN TERCİHLERİNDE SAĞLIK
POLİTİKALARININ ETKİSİ
BÜLENT AKARCALI

24

SEÇİMLER VE SOSYAL MEDYA
PROF. DR. NECDET ÜNÜVAR



26

ADİL GÜR:
TÜRK HALKI, HÜKÜMETİN EN BAŞARILI
İCRAATI OLARAK SAĞLIĞI GÖRÜYOR

32

SAĞLIK HİZMETLERİNDEN VATANDAŞ
MEMNUNİYETİ VE YANSIMALARI
PROF. DR. NİHAT TOSUN

36

PARTİLERİN İNTERNET SİTELERİ İLE
PROGRAMLARINDA SAĞLIK VE BİLİŞİM
İLKER KÖSE

40

SOKAĞIN GÖZÜNDEN SAĞLIĞIN FOTOĞRAFI
ÖMER ÇAKKAL

44

SOSYALİST SAĞLIK SİSTEMİNİN ANA HATLARI
DOÇ. DR. İLKER BELEK



50

ÖZÜRLÜNÜN SAĞLIĞI
LOKMAN AYVA

52

AFİLİASYON (İŞBİRLİĞİ) KONUSUNDA
DÜŞÜNCELER: BİR MODEL DENEMESİ
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

54

AH BİR SABAH OLSA...
PROF. DR. SELAMİ ALBAYRAK



56

PROF. DR. AHMET SINAV:
28 ŞUBAT'TA ORDUDAN ATILDIM,
AMERİKA'YA GİDİP TIP RESSAMI OLDUM

62

TÜRKİYE DOPİNG KONTROL MERKEZİ VE
DİANA TAURASI SKANDALI
DR. SEYFULLAH DAĞISTANLI

66

NOSTALJİK BİR KURUM: YEŞİLAY
PROF. DR. MUZAFFER ŞEKER



68

TIP EĞİTİMİ: ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME;
ÖĞRENMEK İÇİN DEĞERLENDİRME
DR. AHMET MURT

72

SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN ETKİLİ İLETİŞİM:
HEKİM-HASTA İLETİŞİMİNDE
TEMEL NOKTALAR
DOÇ. DR. ARZU KİHTİR



78

ÖLÜMÜ HABER VERMEK
PROF. DR. ERTAN TEZCAN

82

MODERN PSİKOLOJİNİN ÖLÜMÜ YADSIMASI
PROF. DR. HAYRETTİN KARA

84

MİTOKONDRIYAL "HAVVA"
DOÇ. DR. AKİF TAN

86

TIPTA BİLİŞİM, FİZİKSEL VE TEKNOLOJİK
YÖNTEMLERE GİRİŞ
MEHMET KEÇECİ



88

TIBBÎ MÜDAHALE DOLAYISIYLA CEZA
SORUMLULUĞU: CEZAİ SORUMLULUK
PROF. DR. İZZET ÖZGENÇ

98

İSTANBUL HEYBELİADA SANATORYUMU
YRD. DOÇ. DR. MAHMUT GÜRGAN
YRD. DOÇ. DR. TÜMER ULUS

102

HEKİM BESTEKÂR VE MÜSİKİŞİNASLAR:
DR. OSMAN ŞEVKİ ULUDAĞ
DR. MURAT SALİM TOKAÇ

104

KARİKATÜR
DR. KADİR DOĞRUEK

Siyasal tercihlerde sağlığın rolü

Doç. Dr. Turan Buzgan



1963 yılında Bingöl'de doğdu. İlkokulu Bingöl Atatürk İlkokulu'nda, ortaokul ve liseyi Kastamonu-İnebolu'nda bitirdi. 1986 yılında Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olarak doktor oldu. Ankara-Polatlı ve Bingöl'de görev yaptı. 1998 yılında Van Yüzüncü Yıl Üniversite'nde Öğretim Görevlisi olarak görev yaptı. Daha sonra Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalıştı. 2003 yılında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcılığına atandı. Bir süre sonra Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü oldu. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı'nda Müsteşar Yardımcısı oldu.

Demokrasinin vazgeçilmez unsuru seçimdir. Kişiler seçimlerdeki tercihleriyle yasama ve yürütme organını belirleme imkânına kavuşmaktadır. Seçmenler hangi saiklerle bu tercihlerini belirlerler? Seçimlerle ilgili olarak seçmen davranışlarını teorik planda 3 ana başlık altında toplamak mümkündür:

- 1- Sosyolojik yaklaşım
- 2- Sosyo-psikolojik yaklaşım
- 3- Ekonomik yaklaşım (rasyonel tercih)

Sosyolojik yaklaşıma göre, politik tercihlerin belirlenmesinde sosyal özellikler (bölünmeler) belirleyici rol oynar. Seçmenlerin dinsel, etnik ve mesleki farklılıkları, sosyal bölünmelerin temel kaynağıdır. **Sosyo-psikolo-**

jik yaklaşım, gruplar yerine bireyler üzerine odaklanır. Seçmen davranışına **ekonomik** olarak yaklaşanların temel varsayımı ise; kişinin kendi çıkarlarını iyi bilmesi, çıkarlara en iyi şekilde hizmet edecek bir aday veya partiyi değerlendirmesi ve bunun sonucunda en uygun aday veya partiyi oy kullandığı yönündedir. Ekonomik ya da rasyonel tercih yaklaşımı, kişinin hatır için herhangi bir par-



tiye oy kullanmasının söz konusu olmaması, seçmenin politik amaçlarının üzerine odaklanarak sosyal çevreyi fazlaca dikkate almaması ve seçmenin kullanacağı oy ile ilgili daha çok politik bilgilere sahip olmak istemesi gibi özellikleri taşımaktadır (Doğan ve Göker, 2010)-

Toplumu oluşturan bireylerin en temel ve ortak ihtiyaçları sağlık, eğitim, güvenlik ve hayatlarını idame için asgari bir gelirdir- Bu bağlamda yukarıda saydığımız **modellerden rasyonel tercih** seçmen tercihinde gittikçe daha ön plana çıkmaktadır- Soğuk savaş döneminin son ermesi, küreselleşme, bireysel tercihlerin yükselişi, seçmenlerin bu eğiliminde etkili faktörler olmaktadır- Aşağıdaki ülke örneklerinde de görüleceği gibi seçmenlerin önem verdikleri konular arasında ekonomi, sağlık, eğitim ve güvenlik öncelikli olmaktadır- Bu temel başlıkların tercihlerdeki ağırlığı dönemsel olarak değişmektedir- Savaşlar, krizler, büyük felaketler sıralamayı etkilemekle birlikte; ekonomi ve sağlık her zaman üst sıralarda yer almaya devam etmektedir-



ABD

ABD seçmeninin 1998, 2002, 2006, 2008 ve 2010 yıllarındaki seçimlerde önemli gördüğü konular Tablo 1'deki gibidir:

Avustralya

2004 Avustralya seçimlerinde seçmenin oy verme tercihinde önemli bulduğu konular şu şekilde olmuştur- Seçmenlere şu soru sorulmuştur: "Federal seçimlerde kimi seçeceğinize karar verirken aşağıdaki konulardan her biri için ne derdiniz? (çok önemli / önemli / önemli değil)"-

Aşağıda sunulan sonuçlar "çok önem-

li" olarak işaretlenen konuları ifade etmektedir-

- 1- Sağlık ve Medicare: %68
- 2- Eğitim: %62
- 3- Ekonomi: %57
- 4- Liderlik: %54
- 5- Ulusal güvenlik: %48
- 6- Çevre: %44
- 7- Faiz oranları: %37

Görüldüğü üzere Avustralyalı seçmen için Sağlık ve tıbbi bakım karar verme

aşamasında başat konudur- Seçmenlerin yaşları dikkate alındığında

a) 18-34 yaş arası seçmenler için sağlık %57 çok önemlidir

b) 35-49 yaş arası seçmenler için sağlık %69 çok önemlidir-

c) 50+ yaş seçmenler için ise sağlık %75 çok önemlidir-

Kaynak: http://www-angus-reid-com/wp-content/uploads/archived-pdf/NEWSPOLL_Oct-22-pdf (Erişim tarihi: 04-04-2011)

Tablo 1: ABD'lilerin seçimler öncesi önemli gördüğü konular					
1998	2002	2006 (a)	2006 (b)	2008 (c)	2010 (d)
1- Eğitim %23	1- Ekonomi %34	1- Ekonomi %22	1- Irak %26	1- Ekonomi %43	1- Ekonomi %46
2- Ahlak ve Etik %21	2- Sağlık hizmetleri %16	2- Irak %21	2- Ekonomi %18	2- Irak %29	2- Sağlık hizmetleri %20
3- Ekonomi ve İş %16	3- Eğitim %15	3- Terörizm %16	3- Terörizm %17	3- Sağlık hizmetleri %21	3- Bütçe açıkları %10
4- Vergiler %15	4- Terörizm %14	4- Sağlık hizmetleri %13	4- İlegal göçmenlik %13	4- Hükümete güvensizlik %13	4- Afganistan ve Irak savaşları %9
5- Sosyal Güvenlik %13	5- Sosyal Güvenlik %13	5- Göçmenlik %11	5- Sağlık hizmetleri %11	5- Terörizm %9	
6- Sağlık hizmetleri %7	6- Şirket Reformu %5	6- Petrol fiyatları %5	6- Eğitim %9	6- Vergiler %7	
7- Monica Lewinsky %6	7- Irak %4	7- Eğitim %2		7- Ahlak ve Etik %6	
Not: 1998 ve 2002 sonuçları sandık başı seçmen anketlerinden, 2006 (a) ABC News ve Washington Post'un anketinden, 2006 (b) Gallup anketinden, 2008 (c) 2008 yılı Kaiser Family Foundation'un ABD Başkanlık seçimi öncesi yaptığı seçim anketinden ve 2010 (d) Amerika Değerler Araştırması Ekim 2010 raporundan elde edilmiş sonuçlardır. Kaynak a) Voters and Health Care in the 2006 Election, Blendon R-J- & Altman D-E-, New England Journal of Medicine, November 2, 2006 b) Health Care and Elections, Kaiser Public Opinion Spotlight c) http://www-publicreligion-org/objects/uploads/fck/file/AVS%202010%20Report%20FINAL-pdf (Erişim tarihi: 04-04-2011)					

Portekiz

2009 seçimlerinde Portekiz'de yapılan seçimlerde Sosyalist Parti %36-6 oy alarak iktidara gelmiştir- Haziran 2010'da muhalefetteki sağ eğilimli Sosyal Demokrat Parti'nin sağlık hizmetlerinde kesintiye gidilmesi önerisini Başbakan Socrates reddetmiştir- Bunun sonucunda iktidar partisinin oyunda artış olmuştur- Tablo 2'de soru, "Şu an seçim olsa kime oy verirsiniz?" şeklindedir:

Tabloda da görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinde kesintiye gidilmesi önerisi muhalefetteki PSD'ye 10-4 puan kaybettirmişken (Haziran ayı oylarının %21-8'i), bu önerinin reddedilmesi iktidardaki PS'ye 9-2 puan (Haziran ayı oylarının %38-2'si) kazandırmıştır-

İngiltere

8 Şubat 2010'da İşçi Partisi Başkanlığını ve Başbakanlığı Tony Blair'den alan Gordon Brown kanser hastalarına evde hizmet verilmesini ve kişisel bakım sağlanmasını gözetken Ulusal Sağlık Sistemini tartışmaya sokar- Brown iki hafta içinde kendi partisine 1 puan kazandırırken, en büyük rakibi muhafazakârlara 2 puan kaybettirir- Tablo 3'te bu veriler ortaya konulmaktadır-

Türkiye

Ülkemizde son 8 yılda gerçekleştirilen sağlık reformları çerçevesinde önemli gelişmeler yaşanmıştır- Söz konusu sağlık reformu, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olarak adlandırılmıştır- "Sağlıkta Dönüşüm Programı"; küresel gelişmeleri gözetken, ülkenin sosyoekonomik gerçeklerine uygun, yapısal, planlı ve sürdürülebilir bir

Türkiye modeli olarak hazırlanmıştır- Program, bütün vatandaşların ülkenin eşit haklara sahip kişileri olarak, sağlık hizmetlerine hakkaniyet içinde erişmelerini gaye edinen ahlaki anlayış üzerine bina edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010)-

SDP'nin amacı; yönetim, verimlilik, kullanıcı ve hizmet sunucu memnuniyeti ile uzun vadeli mali sürdürülebilirliği iyileştirerek sağlık sistemini daha etkili hale getirmektir (OECD, 2008)- SDP bir dizi ana bileşenden oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2008)- Bunlar:

1- Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı

a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri

b) Etkili, kademeli sevk zinciri

c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri

2- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası

3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi

4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü

5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları

6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon

7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma

a) Ulusal İlaç Kurumu

b) Tıbbi Cihaz Kurumu

8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

9- Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları

10- Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu

11- Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri

2003 yılından beri uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık sistemini yeniden yapılandıran insan odaklı ve bireysel tercihlere değer veren bir uygulama olmuştur- Hekim ve hemşire sayısındaki yetersizliğe rağmen sunulan sağlık hizmetinin kapsayıcılığı artmış, sağlık hizmetine erişim kolaylaşmış, sunulan hizmetin kalitesi artmış, asgari sağlık hizmet paketi ile tüm vatandaşlar sağlık güvencesine alınmış, cepten sağlık harcamaları ve katastrofik sağlık harcamaları belirgin şekilde azalmış ve sağlık göstergelerinde bariz iyileşmeler sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2010)-

SDP uygulanmasından günümüze kadar geçen süreç vatandaşın da takdirini almış ve söz konusu değişim vatandaş memnuniyet anketlerine de yansımıştır- TÜİK yaşam memnuniyeti anketlerine baktığımızda; 2003 yılında sağlık hizmetlerinden memnuniyet % 39-5 iken, 2009 yılında % 65'e, 2010 yılında % 73'e yükselmiştir- 2007 yılı Genel Seçimleri ile 2009 Yerel Seçimlerinde iktidar partisinin tekrar tercihinde sağlık hizmetlerindeki bu başarının oldukça etkili olduğu çeşitli araştırma ve uzman görüşleri şeklinde kamuoyuna yansımıştır-

Sağlık hizmetlerinden memnuniyet 2003 yılında %39,5'le diğer kamu hizmetleri ile karşılaştırıldığında son sırada iken; 2010 yılında %73'e çıkmış ve en fazla memnuniyet artışı olan alan olmuştur- Devlet hastaneleri de, memnuniyet sıralamasında birinci sırada yer almaktadır-

Kamusal bir hizmet olan sağlık hizmetine ulaşımın kolaylaşması ve bir o kadar önemli finansal korumanın sağlanması seçmen tercihlerinde önemli bir rol oynamış gözükmektedir- Kamu sağlık organizasyonunun hantal görüntüsünden kurtulup dinamik yapı kazanması, özel sektörde hizmet veren muadilleri ile yarışma fırsatı sağlamış, bu da sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin artmasına yol açmıştır-

Yapılan araştırmalar Gayri Safi Milli Hâsıladaki artışın sağlık harcamalarında da artışa yol açtığını göstermektedir (Scheffler, 2004)- Bu durumda sağlık harcamalarındaki artış genellikle Gayri Safi Milli Hâsıladaki artıştan

Tablo 2: Ulusal sağlık sistemine olası müdahalenin Portekizli seçmen üzerine etkisi			
	Temmuz 2010	Haziran 2010	Mayıs 2010
Sosyal Demokrat Parti (PSD)	%37-3	%47-7	%43-9
Sosyalist Parti (PS)	%33-3	%24-1	%27-6
Sol Blok (BE)	%8-5	%8-9	%7-5
Sos-Dem-Merk-/HP (CDS/PP)	%7-5	%6-9	%7-1
Birl-Dem-Koa- (PCP+Yeşiller)	%6-8	%6-0	%7-1
Kaynak: Marktest / Diario de Noticias / TSF (http://www.angus-reid-com/polls/39410/portuguese_socialists_recover_yet_trail_opposition/) (Erişim tarihi: 04-04-2011)			

Tablo 3: Ulusal sağlık sistemine müdahale isteğinin İngiliz seçmen üzerine etkisi			
	10 Şubat, 2010	27 Ocak, 2010	10 Ocak, 2010
Muhafazakârlar	%38	%40	%40
İşçi Partisi	%25	%24	%24
Liberal Demokratlar	%20	%19	%20
Diğer	%16	%16	%17
Kaynak: http://www.visioncritical.com/wp-content/uploads/2010/02/2010.02.11_Vote_BRI.pdf (Erişim tarihi: 04.04.2011)			

oransal olarak daha fazla olabilmektedir. Ülkemizdeki mevcut makroekonomi politikaları ve şimdiye kadar gösterilen ekonomik performans gelecek yıllarda da ekonomik büyümenin artarak devam edeceğinin sinyallerini vermektedir. Ekonomik büyüme ile sağlık harcamaları arasındaki doğrusal ilişki, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği konusunda hassasiyet gösterilmesini gerektirmektedir. Globalleşen ekonomik yapılarındaki defektler ve finansal krizler sağlık hizmetlerini doğrudan etkilemekte ve bu alandaki kırılganlığı artırmaktadır. Ayrıca beklenen yaşam sürelerindeki artış nedeniyle yaşlı nüfustaki ve kronik hastalık yüklerindeki artış, sağlık hizmetlerinin devlet bütçesi üzerindeki baskısını artırmaktadır (Roberts ve diğerleri, 2004). Bunların sonucu olarak söz konusu iki konu seçmen ajandasında ilk sıralarda yer almaya devam etmektedir.

OECD 2010 Sağlık Raporuna göre ülkemiz 1993–2008 yılları arasında sağlık harcamalarındaki yıllık artışta % 8,3 ile OECD ülkeleri arasında birinci sırada yer almaktadır (OECD 2010). Sağlık harcamalarındaki bu artışa paralel olarak sağlık hizmetlerine erişim imkânları da genişlemiştir. Ayrıca Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulaması ile de vatandaşlara finansal koruma sağlanmıştır (OECD, 2008).

Ülkemizin sağlığa ayırdığı kaynakla verilen sağlık hizmetinin kapsayıcılığı ve kalitesi beraber ele alındığında kaynağın oldukça verimli kullanıldığı söylenebilir. Yaşlı nüfus ve kronik hastalık oranlarının artıyor olması, sağlığa ayrılması gereken kaynağın yıllar içinde artması gerektiğini göstermektedir.

Toplumu oluşturan bireylerin en temel ve ortak ihtiyaçları sağlık, eğitim, güvenlik ve hayatlarını idame için asgari bir gelirdir. Hayat standartları ve ortalama hayat süreleri arttıkça, toplumlar yaşlandıkça, sağlık hizmetine duyulan ihtiyaç da arttığından, sağlık seçmen tercihleri üzerinde temel belirleyicilerden olmaya devam edecektir.

Kaynaklar

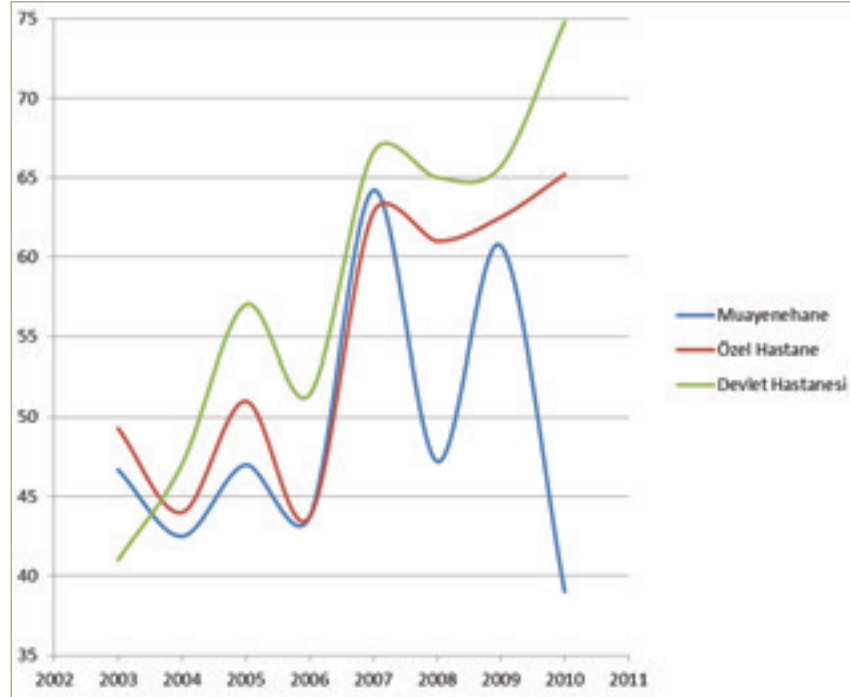
Blendon, R-J, Altman, D-E (2006) "Voters and Health Care in the 2006 Election, Blendon R-J- & Altman D-E-", New England Journal of Medicine

Doğan, A, Göker G (2010) "Yerel Seçimlerde Seçmen Tercihi - 29 Mart Yerel Seçimleri Elazığ Seçmeni Örneği" Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi, Ekim 2010, 5(2), 159-187-

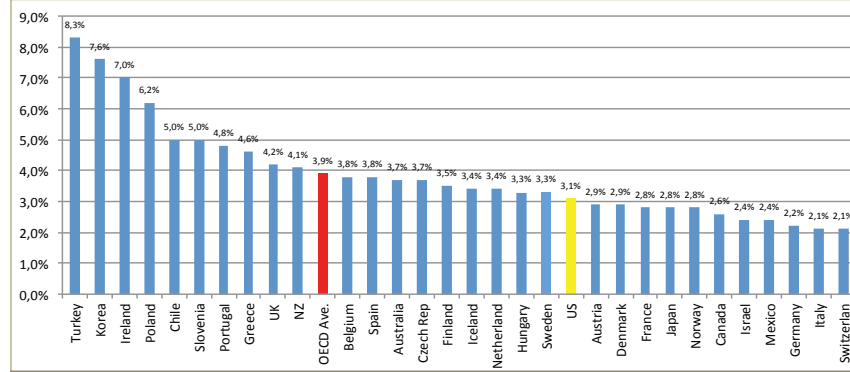
http://www-visioncritical-com/wp-content/uploads/2010/02/2010-02-11_Vote_BRI-pdf (Erişim tarihi: 04-04-2011)

<http://www-angus-reid-com/wp-content/uplo>

Tablo 4: TÜİK yaşam memnuniyet anketi, kamu hizmetleri ve hastane hizmetlerinden memnuniyet oranları (%)



Tablo 5: OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının yıllık artış oranı (1993-2008)



Kaynak: Value for Money in Health Spending, October 2010

ads/archived-pdf/NEWSPOLL_Oct-22-pdf (Erişim tarihi: 04-04-2011)

<http://www-publicreligion-org/objects/uploads/fck/file/AVS%202010%20Report%20FINAL-pdf>

<http://www-kff-org/spotlight/election/upload/Spotlight-Health-Care-and-Elections-pdf> Health Care and Elections, Kaiser Public Opinion Spotlight (Erişim tarihi: 04-04-2011)

Marktest / Diario de Noticias /TSF (http://www-angusreid-com/polls/39410/portuguese_socialists_recover_yet_trail_opposition/) (Erişim tarihi: 04-04-2011)

OECD (2008), "OECD Reviews of Health Systems Turkey", OECD and IBRD/ The World Bank, Paris

OECD (2010) "OECD Health Policy Studies - Value for Money in Health Spending", OECD Health Ministerial Meeting, Paris-

Roberts, M ve diğerleri (2004), "Getting Health Reform Right" Oxford University Press, New York

Sağlık Bakanlığı (2007) "Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007" Sağlık Bakanlığı, Ankara

Sağlık Bakanlığı (2010) "Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu" Sağlık Bakanlığı, Ankara

Scheffler, R (2004) "Health Expenditure and Economic Growth: An International Perspective" Globalization Research Center, Florida

TÜİK (2010) "Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2010" Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara

Sağlık reformu ve seçimler

Osman Güzelgöz



1958 yılında Şanlıurfa'da doğdu. Yavuz Selim İlkokulu, Gazi Ortaokulu, Şanlıurfa Endüstri Meslek Lisesi'ni ve Anadolu Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Halkla İlişkiler Bölümü'nü (2009) bitirdi. Çeşitli kamu kurumlarında çalıştı. Gazeteciliğe 1978 yılında başladı. 30 yılı aşan gazetecilik ve yazarlık yaşamında; Şanlıurfa'daki yerel basın kuruluşlarında muhabirlik, yazarlık ve yöneticilik, Anadolu Ajansı ve Milliyet Gazetesinde muhabirlik yaptı. Zaman Gazetesi'nde GAP Bölge Temsilciliği (1990) ve İstanbul istihbarat Şefliği (1994), Cihan Haber Ajansı ve Feza Gazetecilik Grubunda yöneticilik görevlerinde bulundu. Zaman Gazetesi'nde 10 yıl köşe yazarlığı yaptı. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı Bakanlık Müşaviri olarak İletişim Koordinatörlüğü görevine başlayan Güzelgöz, 2010 yılında Sağlık Bakanlığı Daire Başkanlığı görevine atandı. Edebiyat, siyaset ve kültürel alanlarda yayınlanmış 9 kitabı ve pek çok makalesi bulunmaktadır. Evlidir ve 4 çocuk babasıdır.

Herhangi bir hizmet uygulaması veya reformun seçmen tercihleri üzerindeki etkisini daha iyi görebilmek için Türkiye'nin yakın tarihinde kısa bir gezinti yapmamızın faydalı olacağına inanıyorum. Ülkemizde çok partili döneme geçiş 1946 yılında, demokratik anlamda çok partili seçimler ise ilk olarak 1950 yılında gerçekleştirildi. 1950'li yıllar Demokrat Parti'nin Halk Partisi karşısında ka-

zandığı seçim zaferleriyle hafızamızda yer etti. Tek partili dönemin ideolojik olarak sorgulandığı ve bu döneme ilişkin değerler sisteminden bir kopuşun yaşandığı bu süreçte, seçmenlerin siyasal tutumları daha çok ideolojik yönelimlerle belirlendi ve şekillendi. 60'lı yıllarda Kara Avrupa'sı ve Amerika'yı etkileyen **çiçek çocukların** daha fazla özgürlük talepleri, ülkemizde de yankı buldu. Ancak bu yankı, siyasal katılmadan çok siyasal şiddeti artıran bir mecra-ya kaydı.

70'li yıllara siyasal şiddet ortamının sürüklendiği gerilimlerle girilirken, seçmen tutumları ideolojik kamplaşmaların güdümünde şekillendi. Diğer bir ifade ile **herkes dünyayı kurtarmakla o kadar meşguldü ki aşıllama oranları, hastanelerin durumu ya da sosyal güvenlik sisteminin sorunları kimse- nin aklına gelmiyordu**. 1980 sonrası dönemde dünyanın büyük bir bölümünde olduğu gibi ülkemizde de altüst oluşlar ve ideolojik savrulmalar meydana geldi. Pek çok kavramın, doğrunun





1950'li yıllar Demokrat Parti'nin seçim zaferleriyle hafızamızda yer etti. 60'lı yıllarda çiçek çocukların daha fazla özgürlük talepleri ülkemizde de yankı buldu. 70'li yıllar ideolojik kamplaşmaların güdümünde şekillendi. Diğer bir ifade ile herkes dünyayı kurtarmakla o kadar meşguldü ki aşılama oranları, hastanelerin durumu ya da sosyal güvenlik sisteminin sorunları kimsenin aklına gelmiyordu. 1980 sonrası dönemde dünyanın büyük bir bölümünde olduğu gibi ülkemizde de altüst oluşlar ve ideolojik savrulmalar meydana geldi...

tanımları aşıldı, değişti ve bulanıklaştı. İşte bu yeni siyasal iklim, ülkemizde seçmen tutumlarında rasyonel tercihlerin de belirleyici olmaya başladığı yeni bir dönemin öncüsü olarak ortaya çıktı. Bu yeni siyasal iklim, seçmenleri daha fazla pragmatik tercihler yapmaya yönlendirdi. Merhum Turgut Özal'ın "orta direk" tanımlaması tam da bu döneme özgü bir vatandaş betimlemesidir. Özal'ın damgasını vurduğu bu dönemde siyasal partilerin soyut, muğlak sloganlarından, vaat edilmiş cennetlerinden daha çok, rasyonel parti programlarına, ekonomi, sağlık, iletişim, ulaşım, tarım politikalarına göre siyasal tercihlerin belirlenmesi aşamasına geçildi. Fakat birçok alanda seçmen tercihleri tam olarak hizmet algısı ve etkileşimi ile şekillendirilemedi. Çünkü vatandaşa birebir dokunacak sağlık gibi bir alanda çok önemli hamleler yapılamadı veya başlananlar neticelendirilemedi.

Vatandaşlarımızın seçmen sıfatları ile tercihlerinin hizmet uygulamaları noktasında en çok etkilendiği dönem 2003 - 2011 dönemidir. Şimdi bu döneme damgasını vuran en önemli hizmet uygulaması olan Sağlıkta Dönüşüm Pro-

gramı öncesi Türkiye'ye ile ilgili bazı notlara göz atmakta yarar görüyorum:

Sağlıkta Dönüşüm Öncesi sağlık hizmetleri ve siyasi parti programlarında genel olarak sağlık

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan günümüze kadar, sağlık hizmetleri ve sağlık politikaları özellikleri bakımından 5 döneme ayrılmaktadır. Bunlar, Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı yaptığı, koruyucu sağlık hizmetlerine ve bulaşıcı hastalıklarla mücadeleyle öncelik verilen 1920-1937 dönemi; İkinci Dünya Savaşı ve Demokrat Parti'nin iktidarda olduğu, merkezi yapıyı kuvvetlendirici, sosyal içerikli politikaların geliştirilmesi için yasal düzenlemelerle uygulamaların yapıldığı 1938-1960 dönemi; ülke sorunlarının planlı kalkınma modeli içinde ele alındığı ve sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu görüşünün benimsendiği 1961-1980 dönemi, sağlık reformu ile ilgili teorik çalışmaların yapıldığı ancak uygulama imkânının olmadığı 1980-2002 dönemi ve 2003'ten günümüze kadar olan Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulandığı dönemdir.

1963'ten itibaren ülke sorunlarının planlı kalkınma modelleri içinde ele alınmaya başlamasıyla birlikte, sağlık alanındaki sorunların da geleneksel ve gelişmiş tedbirlerle çözülemeyeceğinin farkına varıldı. 1963'ten itibaren hazırlanan 5 yıllık kalkınma planları sağlık politikalarının belirlenmesinde en önemli unsurlardan biri haline geldi. 1963-1983 arasında dört kalkınma planı hazırlandı. Bu planlarda daha çok sosyalleştirme politikaları üzerinde duruldu. Yıllarca sözü edilen Genel Sağlık Sigortası kavramı da bu dönemde tartışılmaya başlandı.

Yine 1960-1980 döneminde görev yapan hükümetlerin, hükümet programlarına bakıldığında genel olarak sosyalleştirme çalışmalarına hız verilmesi, vatandaşların sağlık seviyelerinin yükseltilmesi, ödeme gücünü çeken vatandaşlara ücretsiz sağlık hizmeti sunulması, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, tedavi edici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, yeterli ve dengeli personel dağılımının sağlanması, yerli ilaç sanayinin güçlendirilmesi ve (1967 yılından sonra) özel sağlık sigorta sisteminin kurulması gibi uygulamaların hedeflendiği görülür.

2002 sonlarında başlayan “İnsanı yaşatarak devleti de yaşatma”yı ilke edinmiş hizmet anlayışı, seçmen tercihlerini ideolojik olmaktan çıkarmış, daha rasyonel bir çizgiye taşımıştır. Artık siyasi eğilimi ne olursa olsun seçmenler sandığa giderken hastanelerde, sağlık ocaklarında, aile sağlığı merkezlerinde, 112 ambulanslarında gördükleri insanca muameleyi göz ardı etmemektedir.

1980 sonrası dönemin kalkınma planlarında da, sağlık hizmetlerinin sunulmasında yerel yönetimlerin rolünün artırılması, özel kesimin sağlık sektöründeki faaliyetlerinin özendirilmesi, genel sağlık sigortası sistemine geçilmesi, hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulup kendi gelir ve giderlerini karşılayan işletmeler haline getirilerek yönetilmesi, hekim ve hastane seçme imkânının getirilmesi hususlarını sayabiliriz.

1980-2002 arasında görev yapan iktidarların hükümet programlarında ise sağlık hizmetlerine ilişkin hedeflerin, genel hatlarıyla 1980 sonrası Kalkınma Planlarına göre şekillendiğini görülmektedir. Genel olarak hükümet programlarında; hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulması, Sağlık Bakanlığı’nın oluşturulacak bu yeni sisteme göre yeniden yapılandırılması, sağlık sektörüne rekabetin getirilmesi, aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, sözleşmeli personel istihdamına geçilmesi, ücretlendirmede performans kriterlerinin uygulanması, genel sağlık sigortasına aşamalı olarak geçilmesi ve özel sektörün sağlık alanında teşvik edilmesi vb. hedeflendi.

Görüldüğü gibi sağlık alanına ilişkin sorunlar çok önceleri tespit edilmeye başlandı. Bu unsurlar 1963 yılından itibaren de Kalkınma Planlarında ve dönemim siyasi parti programlarında yer almaya başladı. Ancak gerek dönemin özellikleri gerekse siyasal istikrarsızlıklar bir şekilde bu programların uygu-

lanmasını engelledi. 40-50 yıllık sorunlar ötelenerek 2002 yılına kadar gelindi. 2002 sonunda AK Partinin tek başına güçlü bir Meclis çoğunluğuyla iktidar olmasının ardından program ülke şartlarına göre yeniden hazırlandı ve büyük bir kararlılıkla uygulanarak sorunlar birer birer çözülmeye başlandı.

Sağlıkta Dönüşüm Programı (1)

1. İnsan merkezli hizmet için zihniyet değişimi

Ülkemizde sağlıkla ilgili ihtiyaçlar yıllarca göz ardı edildi. Sağlıkta Dönüşümle birlikte kurumsal kaygılar ve öncelikler bir tarafa bırakılarak hizmetin odağına insan konuldu. Bu anlayışla birlikte insanın hakkı olan sağlık hizmetinin, devlet tarafından sağlanan bir lütuf değil, bir hak teslimi olduğu gerçeği öne çıkarıldı. İleride tekrar bahsedeceğimiz gibi, seçmen olarak insanın tercihini değiştiren asıl husus işte bu “**lütuf değil hak teslimi**” yaklaşımı oldu. Sağlıkta Dönüşümün, yani sağlık reformunun ruhunu özetleyen bu felsefenin daha iyi anlaşılabilmesi için Sağlıkta Dönüşümü burada bir kere daha özetlemek gerekiyor:

Türkiye sağlık reformu, yani Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hastaların rehin tutulduğu, acil servislerden çevrildiği, ambulans hizmeti sırasında ücret talep edildiği günler geride kaldı. Yalnızca şehirlerde değil, köylerde de “112 Acil Sağlık” hizmetinin sunulabildiği, vakaların % 93’üne 10 dakika içinde ulaşılan, kırsalda gezici hizmetlerle vatandaşın kapısına kadar gidilen, diyaliz ihtiyacı olan hastaların evinden alınarak tekrar evine bırakıldığı, evde sağlık bakımı hizmetlerinin sunulmaya başlandığı bir döneme geçildi.

Bu dönemde vatandaşların sağlık hizmetine ulaşmalarının önündeki engeller kararlılıkla kaldırıldı. Artık insanlar istedikleri sağlık kuruluşuna rahatlıkla gidebilmekte, ilacını istediği eczane-den rahatlıkla alabilmektedir. Hastane kapılarında, muayene ve ilaç kuyruklarında saatlerce, hatta günlerce beklemek tarihe karıştı.

Aile hekimliği sistemine geçilmesiyle birlikte vatandaş artık doktorunu kendisi seçebilmekte, anne adayları ve bebekler hassasiyetle takip edilmektedir. Doğumların sağlık personeli refakatinde yapılması, en gelişmiş aşıların kullanılmaya başlanması ve aşılamaların eksiksiz olması konusunda büyük mesafeler alındı.

Bütün hastanelerde **hasta hakları birimleri** kuruldu. Hekim seçme hakkı uygulaması ile hastaların tercih ettiği hekime muayene olabilmesi sağlandı. Hastanelerin tıbbi cihaz ve donanım

açısından eksikleri tamamlandı. Hastanelere 28 bin yeni (nitelikli) hasta yatağı eklendi. Yeni yapılan hastanelerde her bir hasta odasına banyo, tuvalet konuldu. Koşu sistemi terk edilerek hasta odaları bir veya iki yataklı oldu. Bu odalara refakatçi yatağı, televizyon ve buzdolabı konuldu. Yoğun bakım yatak kapasitesi 9 katına çıkarıldı.

2. Yaygın ve eşit sağlık güvencesi: Genel Sağlık Sigortası

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hakkaniyet ilkesi doğrultusunda, vatandaşlarımızın ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve sağlık hizmetlerini ihtiyaçları ölçüsünde alacakları bir sosyal sigorta modeli geliştirildi. Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile birlikte; bütün sosyal güvenlik kurumlarının katılımı ile vatandaşa üniversite hastaneleri ve devlet hastaneleri tarafından verilen sağlık hizmetinin sunuş biçimi ve fiyatlandırılmasını kapsayan düzenlemeler yapıldı.

Sağlık hizmet sunucularının hizmet sunum modelleri ve hedef kitleleri arasında birlik sağlanması konusunda önemli değişiklikler gerçekleştirildi. Kamu sigortacılığı kapsamında olan vatandaşların özel sağlık kuruluşlarından da hizmet almasına imkân sağlanarak, kamu hastaneleri ile özel hastanelerin hizmet verme tarzı arasında uyum sağlandı. Diğer taraftan devlet hastaneleri ile SSK hastaneleri arasındaki ayrımcılığın ortadan kaldırılmasıyla, kamu hastane işletim modelleri arasında birlik sağlandı.

Gelir düzeyi düşük olan vatandaşları kapsayan Yeşil Kart uygulamasının kapsamı genişletildi ve hizmet, adaletli bir biçimde toplumun bütün katmanlarına yaygınlaştırıldı.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerde vatandaşın sosyal güvence veya ücret istenmesi sonlandırıldı. Yine acil sağlık hizmetlerinin öncelikli ve ücretsiz olarak sunulması sağlandı.

3. Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinde seferberlik

Bu dönemde koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinde seferberlik başlatıldı. 2002 yılında 928 milyon TL olan koruyucu ve temel sağlık hizmetleri bütçesi, 2011 yılında 6 milyar 424 milyon TL’ye ulaştı.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeni dönem: Aile hekimliği

Sosyalizasyon politikasının bu ülkeye armağan ettiği sağlık ocağı ağı ve yapısı Sağlıkta Dönüşüm Programı ile

güçlendirildi. **“Her hekime bir oda”** sağlandı. Halk ile hekim arasında bire bir iletişim teşvik edildi. Ayrıca bu hizmetlerde çalışan sağlık personeline, performansına göre katkı payı verilmeye başlanarak ekonomik ve kişisel motivasyon sağlandı.

Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeni bir yapılanmaya geçilerek Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri biçiminde birbirini destekleyen, bireyin ve toplumun sağlığını birlikte düşünen bir sistem geliştirildi.

Vatandaşın birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetini alacağı doktoru kendisinin seçebilmesi sağlandı. Anne karınındaki bebekten, ailenin en yaşlı bireyine kadar bütün aile fertlerinin sağlığının geliştirilmesinden, kişilerin sağlıkla ilgili sorunlarından ve hastalıklarından sorumlu olan birer Aile hekimimiz oldu.

Düzenli gezici sağlık hizmeti verilmesi gereken nüfusa sağlık hizmeti ulaştırma oranı ise % 10'dan % 99'a çıkarıldı.

Acil sağlık hizmetlerinde yeni dönem

Bugün, **“112 Acil Hizmeti”** sadece şehirlerde değil, köylerde de yaygın olarak verilen bir hizmete dönüştü. 2002 yılında kırsalda yaşayan halkın sadece % 20'si 112 acil hizmetlerinden yararlanabilirken bugün tamamı bu hizmetten yararlanmaktadır.

Dünyanın en gelişmiş ülkelerinde sunulan **hava ambulans hizmeti** hiçbir ücret alınmadan ülkemizde sunulmaya başlandı. Acil veya yoğun bakım gerektiren hastalıklar için özel hastaneler de dâhil hiçbir sağlık kuruluşunda vatandaştan ücret talep edilmemektedir. Coğrafi ve iklim şartları sebebiyle ulaşımında güçlük çekilen bölgelerde vatandaşların acil sağlık hizmetine ulaşabilmesi için “kar paletli ambulans”, “hasta kabinli kar aracı” gibi özel donanımlı ambulanslar ile motosikletli ve deniz ambulansları da hizmete sunuldu.

4. Hastane hizmetlerinde zihniyet değişimi

Sağlıkta ayrımcılığın kaldırılışı: Kamu hastanelerinin tek çatı altına alınması

Bu dönemde SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilerek hastane kapılarında insanların önüne konan engeller kaldırılarak vatandaşlar arasındaki ayrımcılığa son verildi. Daha önce dengesiz yükler altında kalan hastaneler, SSK, BAĞ-KUR, Devlet Memuru, Emekli ya da Yeşil Kartlı ayrımı yapmaksızın dengeli bir biçimde bütün vatandaşlara hizmet verir hale geldi.

Hasta hakları

Hastaların haklarının ihlal edilmediği, her aşamada bilgilendirildiği ve onayının alındığı, mahremiyete uyulduğu, hiçbir ayırım yapılmadan her türlü tedaviyi aldığı, hekimini, kurumunu seçebildiği bir sağlık hizmetine ulaşabilmek için bütün devlet hastanelerinde Hasta Hakları Birimi faaliyete geçirildi ve hızla yaygınlaştırıldı.

Özel hastane kapılarının herkese açılması

Hastaların kendi sosyal güvenceleri kapsamında özel sağlık kurum ve kuruluşlarından yararlanmasına fırsat verildi. Kamu ve özel ayrımı yapılmaksızın ülkenin bütün kaynakları vatandaşların hizmetine sunuldu. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarının kapılarını kamu sigortası kapsamındaki vatandaşlara açması devlet hastanelerinin yükünü azalttı ve sağlık hizmetlerinin sunulması kolaylaştırıldı.

Eczanelerin herkese açılması

Daha önce ilaçlarını sınırlı sayıda hastanelerden almak zorunda kalan ve çoğu zaman bedelini cebinden ödemek zorunda kalan SSK'lı hastaların serbest eczanelerden ilaç almaları sağlandı. Yine Yeşil Kart konusunda değişiklik yapılarak Yeşil Kart sahibi hastaların ayaktan tedavileri kapsam altına alındı ve serbest eczanelerden ilaç alımlarının önü açıldı.

Sağlıkta Dönüşüm ve seçmen tercihi

2002 sonlarında başlayan **“İnsanı yaşatarak devleti de yaşatma”**yı ilke edinmiş hizmet anlayışı, seçmen tercihlerini ideolojik olmaktan çıkarmış, daha rasyonel bir çizgiye taşımıştır. Bu anlamda merkezinde insanın mutluluğu olan Sağlıkta Dönüşüm Programı, AK Parti Hükümetlerinin en başarılı uygulamaları arasında öncelikli hale gelmiştir. Bu başarının göstergesi sadece yapılan hastane sayısı, yakalanan yüksek aşılama oranları değildir. Daha önce de belirttiğimiz gibi bu, **“hizmetin sunum niyeti ve mantığının”** vatandaşa samimi olarak anlatılması ile yakalanan bir başarıdır. Vatandaş bütün bu hizmetlerin kendisine hakkı olduğu için yapıldığını birebir yaşayarak görmüş, paylaşmış ve iliklerine kadar hissetmiştir. Vatandaşın öncelikle oyu (reyi) değil, kalbi kazanılmak istenmiş ve bu uygulanan sağlık reformu ile başarılmıştır.

Sağlık hizmeti almak üzere hastanelere başvuran vatandaşın **“bıçak parası”** diye bir sıkıntısı vardı. Kamu hastanelerinde (devlet ve üniversite hastaneleri) yatarak tedavi olabilmek ve daha sıcak

bir ilgi görebilmek, özel muayenehaneler üzerinden yönlendirilmekle mümkündü. Bu da vatandaşın cebinden ekstra bir ödeme yapması anlamına geliyordu. Sağlıkta Dönüşüm Programı, bu mecburiyetleri ortadan kaldırdı. Tam Gün Yasası ile vatandaş adına bıçak parası da dahil ekstra ödemelerin tamamına son nokta konulmuş oldu. Vatandaşın seçmen olarak algısını rasyonelleştiren ve hizmet odaklı uygulamalara yönelten önemli hususlardan birisi de budur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, yani Türkiye Sağlık Reformu ile Cumhuriyet Döneminin en yüksek hasta memnuniyet oranlarının yakalanmış olması, tezimizi doğrulayan en önemli göstergelerden biridir. 2003 yılında % 39,5 olan vatandaşımızın sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2010 yılında % 73'lere ulaşmıştır. Bu, seçmen tercihlerinin hizmet uygulamaları ile nasıl değiştiğini gösteren çok önemli bir parametredir (2).

Artık siyasi eğilimi ne olursa olsun seçmenler sandığa giderken hastanelerde, sağlık ocaklarında, aile sağlığı merkezlerinde, 112 ambulanslarında gördükleri insanca muameleyi göz ardı etmemektedir.

Seçmen tutumlarının oluşmasında rasyonel bir yönelimle sosyal politikaların, daha özelden sağlık politikalarının belirleyici olarak öne çıkması, hem sağlık alanında elde edilen başarının büyüklüğüne işaret etmekte hem de sağlıklı bir demokratik sistemin oluşmakta olduğunu bizlere göstermektedir.

Kaynaklar

1) Sağlıkta Dönüşüm Programı, İlerleme Raporu, Eylül 2010, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

2) Yaşam Memnuniyeti Araştırması, TÜİK, 2011, Ankara.

(Not: Katkılarından dolayı Öznur ve Okan Doğan'a teşekkür ediyorum.)

Siyasi partilerin sağlığa bakışı

Ömer Çakkal

Sağlıktaki gelişmelerin seçmen davranışlarına etkisi konusu dosya olarak işlenmeye karar verildiğinde partilere mikrofon uzatma işi bana verilmişti. Mart ayının başında AK Parti, CHP, MHP, BDP, HAS Parti, Saadet Partisi, Demokrat Parti, BBP, LDP ve İşçi Partisi'nin kapısını çaldım. Partilerin genel merkezlerini telefonla arayıp basın bürolarına ulaştım ve yetkili bir isimle görüşüp talebimi ilettim. Ardından da hazırladığım 4 soruyu kendilerine mail attım. Partilerimizin hemen hemen tümünde "sekretery bürokrasisi"ni aşmakta güçlük çektim. Derdimi oldukça düzgün cümlelerle ve iyi bir Türkçe ile anlatmama rağmen talebimin bazı partilerin basın birimlerinde ya da sekreteriyelerinde eriyip gitmesi, siyasi partilerimizin halkla ilişkiler ve iletişim kanallarındaki fotoğraflarının pek de iyi olmadığını gösteriyor. Ben derdini anlatabilen bir gazeteci olarak oldukça da basit talebime yanıt alamazken bu sekretery bürokrasisi-

nin vatandaşı nasıl karşıladığı, vatandaşların taleplerinin akıbetini tahmin etmek pek zor değil. Ancak bütün sonucunu sekretery bürokrasisinin üzerine yıkıp işin içinden çıkmak mümkün değil. Haklarını yemeyeyim, bazı partilerde talebimi ilettiğimde samimiyetle ilgilenen, talebimi gerekli yerlere aktaracağını söyleyen, bir çaba içinde olacağını hissettiren sekreterler, basın birimi çalışanları da oldu. Buralarda ise genel başkan yardımcılarının ilgisizliği ya da yanıt istediğim sorularla ilgili bilgi ve birikimsizliklerinin etkili olduğunu sanıyorum. 74 milyonun tamamını ilgilendiren çok temel bir konuda, sağlık konusunda bazı partilerimizin ilgili genel başkan yardımcılarının söyleyecek sözlerinin olmaması düşündürücü bir durum. MHP, HAS Parti ve İşçi Partisi, sorularımızın ayrıntılı olarak yanıtlar bulduğu metinler gönderdiler. Saadet Partisi ve Liberal Demokrat Parti'nin yetkilileri, parti programlarına bakıp sağlık ile ilgili bölümleri alıntılıyıp gönderdiler. AK Parti, CHP, BDP, Demokrat Parti ve BBP'nin yöneticileri ve sekre-

teriyaları ise hiçbir dönüş yapma gereği duymadılar. Sorularımızla ilgili dönüş yapan partilerin görüşleri aşağıda yer alıyor. Daha aşağıda ise görüş bildir-meyen partilerin programlarında sağ-lıkla ilgili yer alan ifadeler yer alıyor.

Milliyetçi Hareket Partisi (MHP)



Ar-Ge'den Sorumlu Genel Başkan Yardımcısı Prof. Dr. Osman Çakır

Milliyetçi Hareket Partisi'nin sağlık konusundaki görüşlerini ortaya koymak



MHP'li Çakır: “ Sosyal Güvenlik Sistemi, 2003 yılından bu yana sürekli açık veriyor. SGK'nın 2002 sonundaki açıkları toplamı yaklaşık 8 milyar TL iken, 2010 yılı sonundaki açıkları 27,0 milyar TL'ye ulaşmıştır. MHP iktidara geldiğinde hastaneler tam gün, tam kapasite ile çalışacaktır. İlaç, aşı, serum ve tıbbi araç-gereçlerin Türkiye'de üretimi ile bu konuda yapılacak Ar-Ge faaliyetleri teşvik edilecektir.”

açısından tarafımıza tevdi etmiş olduğunuz sorulara ilişkin açıklamalar aşağıda verilmektedir.

1. Sağlıkta mevcut fotoğrafı nasıl görüyorsunuz? Uygulanmakta olan son dönem politikaları nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Sağlık sektöründe uygulanan politikaları uygun ve yeterli görmüyoruz. 2003 yılından bu yana yapılan uygulamalarda sürekli açık veren bir Sosyal Güvenlik Sistemi söz konusudur. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun 2002 sonundaki açıkları toplamı yaklaşık 8 milyar TL iken, 2010 yılı sonundaki açıkları 27,0 milyar TL'ye ulaşmıştır.

- Sosyal güvenlik harcamaları içinde sağlık harcamalarının payı 2002 yılında 7,6 milyar TL civarında iken, bu rakam 2010 yılında 32,0 milyar TL'ye ulaşmıştır. 8 yıllık süreçte sağlık harcamaları 4,2 kat artarken, sektörde yanda yapılanmaların hızla arttığı görülmüştür.

- Muayene ve sevk zincirinde bu süreçte getirilen kontrolsüz uygulamalar ve teknik altyapının yeterince ve hızlı biçimde geliştirilememesi sebebiyle özellikle 2000-2009 döneminde bir gelişmeye yol açmış, hastanelerin, muayenelerin, muayene sıklıklarının veya sistemin başka yollarla kötü amaçlarla kullanımı sebebiyle açıklarının artması söz konusudur. İlaç ve eczane uygulamaları ile bu alanlara müdahale edilmeye çalışılması da sektörün önemli sorunları arasında görülmektedir.

- Muayene katılım paylarının yüksekliği, hastane sınıflaması kapsamında değişen fiyat uygulamaları sebebiyle bir memur veya işçinin doktora gitmesi suretiyle alacağı ayakta tedavinin bedeli ayda ortalama 200 TL'ye ulaşabilmektedir. Bu rakam, dar gelirli vatandaşlarımız üzerinde ağır bir baskı yaratmaktadır. Sistemin palyatif değil ama radikal kontrol sistemlerine ihtiyacı bulunmaktadır. Bunu yapmak yerine kolaycılık tercih edilmektedir. En son döner sermaye gelirleri ile ilgili olarak yapılan düzenlemeler kamuoyu nezdinde kabul görse de bu uygulama üniversite hastanelerinden devlet hastanelerine doğru bir yığılmayı da beraberinde getirmektedir. Bu ise tedavi süreçlerinin uzamasına yol açmaktadır.

- Sonuç olarak Türk sağlık sisteminin yeniden yapılanması ihtiyacı sürmektedir.

2. Sağlık alanındaki en önemli sorunlar sizce nelerdir?

- Bu alandaki en büyük sorun SGK'nın bütçe açıklarıdır. 2010 yılında 27,0 milyar TL'ye ulaşan bu açıkların içinde sağlık harcamalarının payı önemli boyutlardadır.

- Hastane hizmetlerinin sunum kalitesinde yeterince başarılı olunamamıştır.

- Sağlık insan gücü yetersizdir. Türkiye genelinde sağlıklı bir yapıda dağılmamıştır.

- İlaç ve aşı üretimi konusunda ne yazık ki kaderimiz yurtdışından gelecek kararlara bağlıdır.

- Önleyici kamu sağlığı konusunda ciddi ihmal ve kötü kullanımlar söz konusudur.

- Özel sektöre güvenli bir yol haritası çizilemediğinden özellikle orta ölçekli işletmeler sağlık ile ilgili olarak alınan kararlardan etkilenmekte ve sıklıkla kapılarını kilit vurarak, değerli makine ve teçhizatlarını elden çıkarmaya çalışmaktadırlar.

- Vatandaş açısından da muayene ve tedavi hizmetlerini alma imkânı daralmıştır. Sağlık tüketim maliyetleri oldukça yükselmiştir.

3. Partinizin ülkemiz sağlık sistemi ve halkın sağlığının iyileştirilmesi konusunda vizyon ve misyonu nedir?

- Sağlık politikası her şeyden evvel bir milli beka sorunu olarak değerlendirilmektedir. Birey sağlığı tesis edilemediğinde toplum sağlığından söz edilemeyeceği açıktır. Dolayısıyla, her bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini uluslararası standartlarda ve fiyatlarda alması, bunu almaya gücü yetmeyen birey-

lerin de devletin sosyal güvencesi altında bulunması partimiz açısından önem taşımaktadır. Sosyal güvenlik sisteminin bütün nüfusu kapsayacak şekilde genişletilmesi hedefimizdir.

- Milliyetçi Hareket Partisi, ülkemiz sağlık sistemini en verimli şekilde çalışabilir hale getirmeyi, sosyal ve fiziki altyapı ile teknolojik gelişmeleri takip ederek sağlık araç ve gereçlerini çağdaş standartlarda kullanmayı, imal etmeyi ve üçüncü pazarlara satmayı, sağlık insan gücünü yeterli bilgi ve donanımına kavuşturmayı, vatandaşlarımızı da kolaylıkla ulaşabilecekleri hayatı anlamlı ve değerli kılan bir sağlık sistemini tesis etmeyi kendisine misyon olarak kabul etmektedir.

- Bu kapsamda; başhekimlerin hastane yöneticisi olması yerine, profesyonel yöneticilik uygulamasına geçilmesi, hastanelerde muayene, laboratuvar hizmetleri ve ameliyat randevularının bilgisayar ortamında verilmesi, sağlık personelinin randevu sistemine müdahalesinin kesinlikle önlenmesi, laboratuvar hizmetleri ve yüksek maliyetli tıbbi teknoloji ve benzeri hastane imkânlarının hastaneler arasında ortak kullanımına fırsat veren bir sistemin geliştirilmesi, bu misyonu tamamlayacaktır.

4. Sağlık yönetimini devralmanız durumunda yapmayı planladığınız çalışmalarla ilgili olarak, aşağıdaki konularda planlarınızı birer ikişer cümle halinde yazabilir misiniz?

Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları:

Hastanelerde; hasta yatağı, donanım ve insan gücü kapasitesinden daha iyi yararlanılması, hasta taleplerinin zamanında karşılanması ve hizmet bekleme süresinin asgari düzeye indirilmesi için "tam gün-tam kapasite çalışma" sağlanacaktır. Bu kapsamda hizmet veren personelin özlük haklarında iyileştirme yapılacaktır. Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları uluslararası standartlara yükseltilecektir.

Performans ölçümü sistemi:

Hastaneler tam gün – tam kapasite ile çalışacaktır. Hastanelerin durumları ve sağlık insan gücü yapısı ayrı ayrı dikkate alınarak performans ölçüm sistemi oluşturulacaktır.

Aile hekimliği:

Aile hekimliği uygulaması MHP tarafından desteklenen bir sistemdir. Ancak sistemin yerelde vatandaş ihtiyaçları, sağlık insan gücü ve sağlık sistemi ile bütünleştirilerek geliştirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Sosyal Sigorta Sistemi:

Vatandaşların geleceğinden emin olması ve yüksek standartlı bir hayat sürmesi için,

HAS Parti'den Kılıçarslan: "Uygulanan bazı politikalarla halkın sağlık hizmetlerine ulaşma şansı artmış ancak bunlar sağlanırken bugün ve gelecekte çok büyük maliyetleri olacak sorunların yolu da sonuna kadar açılmıştır. Türkiye sağlık ortamında fabrika benzeri zincir işletmeler ile tekel olmasının zemini oluşturulmuştur. Sağlıkta yapılan "iş" başına sağlanan "performans" üzerinden ücretlendirme kesin olarak kabul edilemez."

bütün nüfusu kapsayacak şekilde niyet-külfet esasına göre işleyen çağdaş normlarda Sosyal Sigorta Sistemi oluşturulacaktır.

- Sosyal Sigorta Sistemi; hukuki boyutu itibariyle "uygulanabilir", mali boyutu itibariyle "sürdürülebilir" ve ilgili taraflarca "kabul edilebilir" bir yapıya kavuşturulacaktır.

- Sosyal Güvenlik Sisteminin bilgi teknoloji alt yapısı güçlendirilecek, hak kaybını ve mükerrer yararlanmayı önleyen etkili, erişilebilir ve sürdürülebilir hizmet sunan bir yapı oluşturulacaktır.

- Sosyal sigorta programları, aktüeryal denge içinde etkili ve özerk bir yapıda yönetilecek, sistemin sürdürülebilirliğini sağlamak için fon yönetimi etkinleştirilecektir.

- Prim gün sayısını tamamlamakla birlikte yaş haddini doldurmadığından emekliye ayrılmayan ve zorunlu sigortalıların sona eren kişilerin ve bakmakla yükümlü olduğu kimselerin, sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerine imkân sağlanacaktır.

- Hak kaybını ve mükerrer yararlanmayı önleyen hızlı, etkili ve erişilebilir hizmet sunan bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulacaktır.

- Sigortasız çalışma ve çalıştırma önlenerek aktif sigortalı sayısı artırılacak ve bu suretle hem sistemin sürdürülebilirli-

ğı sağlanacak, hem de sigortalının mağdur edilmesi önlenecektir.

- Kayıt dışı işçi istihdamına yol açan mevzuat, maliyet, denetim yetersizliği, bürokrasi gibi hususlarda alınacak tedbirlerle kayıtlılık özendirilecektir.

- Bütün sağlık kurumlarının elektronik erişiminin sağlandığı ve bireysel sağlık verilerinin yer aldığı e-sağlık bilgi sistemi oluşturulacaktır. Bu sistem kanalıyla mükerrer işlemlerin önüne geçilecek, hastaların ev ortamında izlenmesi sağlanacaktır.

Hasta hakları uygulamaları: Hasta hakları uygulamalarına saygılı olunacaktır.

Vatandaş hasta ve doktor seçme hakkına sahiptir.

Hasta uygulanmak istenen tedaviyi kabul edip etmeme hakkını kullanabilecektir.

Sağlığın finansmanı: Sağlığın finansmanı genel sağlık sigortası kapsamında prim ödenerek sağlanacaktır.

Prim ödeme gücü olmayan vatandaşlarımızın primleri devletçe ödenecektir.

İlaç politikaları: İlaç, aşı, serum ve tıbbi araç-gereçlerin Türkiye'de üretimi ile bu konuda yapılacak Ar-Ge faaliyetleri teşvik edilecektir.

- Yerli ilaç sanayinin daha geniş yelpazede üretim yapması sağlanarak ihracat potansiyeli artırılacaktır.

- İlaç takip sistemi geliştirilerek "akıllı ilaç kullanımı" sağlık personeli için bir ilke ve hastalar için davranış kalıbının oluşması sağlanacaktır.

- Gerçekçi bir ilaç fiyatlandırma sistemi geliştirilmesi, ilaç ve tıbbi malzemelerin üretim veya ithalatından hastada kullanım aşamasına kadar etkin bir kontrol mekanizması oluşturulması sağlanacaktır.

- Sağlıklı bir reçete ve fatura kontrol sistemi uygulanması için gerekli düzenlemeler yapılacaktır.

- İlaç firmalarının; sağlık personelinin davranışını etkileyen, ilaç israfına ve ilaç fiyatlarının yükselmesine yol açan eczane ve hekimlere yönelik reklam ve tanıtım faaliyetlerinin amacını aşmasına izin verilmeyecek ve mesleki yozlaşmanın önüne geçilecektir.

Kamu sağlığı sistemi içinde özel sektörün rolü: Özel sağlık kurumları teşvik edilecek, sağlık turizminin geliş-

tirilmesi için sağlık serbest bölgeleri oluşturulacaktır.

- Sosyal Güvenlik Kurumu bütün kamu hastanelerinden ve özel hastanelerden protokolle hizmet satın alabilecektir.

- Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı ve özel kesim sağlık hizmeti sunucuları, hizmetin ve hizmetten yararlananın standartlarını, usul ve esaslarını müşterek olarak belirleyecektir.

- Sistemin istismarını önlemeye dönük etkin kamusal denetimin yanı sıra özdenetim mekanizmaları da geliştirilecektir.

- Sağlık hizmetlerinde, ilaç ve tıbbi malzemelerin fiyatlandırılmasında maliyet ve kalite kontrolünde Sosyal Güvenlik Kurumu'nun aktif rol üstlenmesi sağlanacaktır.

HAS Parti



Çalışma Hayatından Sorumlu Genel Başkan Yardımcısı Prof. Dr. Zeki Kılıçarslan

1. Sağlıktaki mevcut fotoğrafı nasıl görüyorsunuz? Uygulanmakta olan son dönem politikaları nasıl değerlendiriyorsunuz?

Son döneminde uygulanan ve yönetsel sorunların aşılmasını sağlayan bazı politikalarla halkın sağlık hizmetlerine ulaşma şansı artmış, enformel sektörde çalışanlara da asgari bir sağlık güvencesi sağlanmış, mevzuat zorlukları giderilmiş, yapılan yatırımlarla kamu hastanelerinde daha kaliteli oda hizmetleri sağlanmıştır. Kamunun sağladığı acil ambulans hizmetleri yaygınlaşmış ve kırsal alanı da büyük ölçüde kapsamıştır. Ama bütün bunlar sağlanırken bugün ve gelecekte çok büyük maliyetleri olacak sorunların yolu da sonuna kadar açılmıştır.

- Sağlığa ulaşım yaygınlaşmış durumda ama başvuru sayısındaki gerçek artış, sağlık hizmetinin tekrar kullanımının artması şeklindedir. Bu artışın asıl nedeni, aynı insanların aynı sorunlar için tekrar tekrar sağlık hizmetine başvurusudur.

- Sağlık hizmetinde basamak sunumunun terk edilmesi bir çeşit kaosa yol açmış, gereksiz yere ikinci ve üçüncü basamak başvurusu ve bu başvurunun neden olduğu gereksiz tetkik ve nitelikli işgücünün gereksiz kullanımı artmıştır. Bunun sonucu olarak ilaç ve tetkik sayılarında anlamsız ve sağlıksız artış (patlama) olmuş, gerçek karşılığı olmadan sağlık harcamalarında aşırı artışlar olmuştur.

- Bunun sonucu olarak aşırı iş yükü içinde sağlık çalışanları ile hastaların sanki birbirleriyle hasım kutuplanmış gibi karşı karşıya getirilmesi ve hastaların onlarca yılın öfkelerini hekimlerden/sağlık çalışanlarından çıkarmaya kalışmasının ortamı oluşturulmuştur.

- Sağlık çalışanları her geçen gün kötüleşen, güvencesizleşen, esnekleşen çalışma ortamlarına mâhkum edilmiştir.

- Önce Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastaneleri şimdi de Üniversite Hastaneleri eğitim ve araştırma işlevlerini tamamen geri plana iten bir “performans” sistemi içinde çalışmaya yönlendirilmiş, bu hastanelerin üçüncü basamak niteliği ve eğitici fonksiyonları geriletilmiştir.

- Performans nedeniyle sağlık kurumlarının ve sağlık çalışanının (=hekimin) hastayı “mal” gibi görerek kendi gelirini arttırmak için onu kullanmasının zemini oluşturulmuş, kamu kaynaklarının bir çeşit yağmalanması yolu tutulmuştur.

- Sermaye sahipleri için cirosu yüksek bir sağlık piyasası yaratmak uğruna bir ülkenin sağlık politikası sadece tedavi edici hizmetlere indirgenmiş, piyasada para yapmayan koruyucu sağlık hizmetlerinin geri plana itilmesinin yolu açılmıştır.

- Uluslararası sermayenin iflasları ve satın almalar ile Türkiye sağlık ortamında fabrika benzeri zincir işletmeler ile tekel olmasının zemini oluşturulmuştur.

2. Sağlık alanındaki en önemli sorunlar sizce nelerdir?

- Yukarıdaki bakış açısı ile bugün sağlık alanındaki en önemli sorun, sağlık hizmetlerinin hızla piyasalaştırılması ve özelleştirilmesidir. Bunun sonucu olarak sağlığın bir meta olarak ortaya çıkması ve piyasa ekonomisinin kendi kurallarının “sağlık sektöründe” hâkim hale gelmesidir. Bugün kamu özel fark etmeden bütün sağlık kurumu yöneticileri kârı azaltmaya çalışan “patronlar”, bütün hastalar da (sadece hastalar değil hasta olma potansiyeli nedeniyle bütün insanlar) bunun aracı olarak bir “tüketici” olarak görülmeye başlanmıştır. Bu sorun, gelecekte insanları-

mızın sağlığını ve ülke ekonomisini ciddi şekilde tehdit edecek boyutlara ulaşabilir. Özel sağlık kurumlarının ön planda olduğu ABD’de kişi başına düşen sağlık harcamasının 7 bin Amerikan Dolarını geçtiğini ve yapılan hesaplara göre böyle sürerse 2025 yılında neredeyse ailelerin tüm gelirlerini tüketme potansiyeli taşıdığını düşünürsek bunun önemi anlaşılabilir. Öte yandan bu harcamalar da gerçekte halk sağlığına ciddi bir kazanç getirmemektedir. Aynı sağlık verilerini bin 500 dolar veya çok daha az harcamaya ile sağlayan ülkeler de vardır.

- Koruyucu sağlık hizmetleri ciddi bir stratejik plan dahilinde ele alınmamıştır.

- Acil sağlık hizmetleri hız ve kalite açısından yeterli değildir.

- Sağlıklı kalmanın temelini oluşturan sosyal faktörler sağlık gündeminin dışına itilmiştir.

3. Partinizin ülkemiz sağlık sistemi ve halkın sağlığının iyileştirilmesi konusunda vizyon ve misyonu nedir?

- Bugün biliyoruz ki insanların sağlığını tehdit eden etkenlerin büyük çoğunluğu “modern” yaşam tarzımızdan kaynaklanmakta olan kronik hastalıklardır. Koruyucu sağlık hizmetleri çok ciddi bir stratejik plan içinde ele alınmalı ve bu hastalıkların ve verdikleri zararın azaltılması öncelikle hedef olarak belirlenmelidir.

- Bunun için kötü beslenmek alışkanlıkları ile mücadele edilecek, halk sağlığının önceleyen

gıda/yiyecek politikası geliştirilecektir.

- Başta sigara olmak üzere sağlığı bozucu alışkanlıklar ile mücadele artarak sürdürülecektir.

- Halkın spor ve hareket etme kültürünün geliştirilmesi hedeflenecektir.

- En önemli olan şey, birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesidir. Sürekli eğitilen, saygın hale getirilen ve yönlendirilen çalışanları ile birinci basamak hizmetlerinin kalitesi ve kapsamı geliştirilerek sağlık hizmetleri çok daha etkin, hızlı ve ucuz olarak sağlanabilir.

- Akılcı şekilde basamaklandırılmış sağlık hizmetleri organizasyonu ile hastaneler üzerindeki iş yükü azaltılıp her kademede kaliteli ve global olarak daha ucuz ve etkin bir sağlık hizmeti üretimi mümkündür.

- Acil hizmetlerin ülke çapında hızlı ve

kaliteli olarak elde edilebilmesi için, bölgesel bazda entegre bir organizasyon yapısına kavuşturulması gereklidir. Kazalara hızlı ve kaliteli müdahale, birçok yaşamı koruyacak ve sakatlığı önleyecektir.

- Tıp eğitimi kalitesinden asla taviz verilmeyecek, alt yapısı olmayan tıp fakülteleri açılmayacaktır.

4. Sağlık yönetiminizi devralmanız durumunda yapmayı planladığınız çalışmalarla ilgili olarak, aşağıdaki konularda planlarınızı birer-ikişer cümleler halinde yazabilir misiniz?

Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları: Sağlık çalışanlarının grev hakkı olan sendikali bir çalışma yaşamına sahip olması gerekiyor. Çalışanların görev yaptıkları kurumlarda yönetime katılma hakkı bulunacak. Sağlık kurumlarında taşeron şirketler aracılığı ile işçi çalıştırılmasına son verilecek.

Performans ölçümü sistemi: Sağlıkta yapılan “iş” başına sağlanan “performans” üzerinden ücretlendirme kesin olarak kabul edilemez. Çalışanların teşviki amacıyla yapılacak performans ölçümleri birinci basamakta korucu sağlık hizmetlerinin başarısı ile ikinci basamakta ise hasta bakımının sonuçlarını ve kalitesini esas alarak yapılandırılmalıdır. Sağlık çalışanları asıl kazançlarını maaş olarak almalı, performans dayanan ödemeler ise ancak belli bir oranda ödüllendirme anlamında olmalıdır.

Aile hekimliği: Birinci basamakta sağlık hizmetleri bir çeşit özelleştirilme olayı olan şimdiki şekilde değil, kamu görevlisi olan, diğer sağlık çalışanları ile bir ekip oluşturan ve koruyucu hekimlik hizmetleri ön planda olan “aile hekimliği” aracılığı ile olmalıdır.

Sosyal sigorta sistemi: Türkiye gibi işsizliğin yüksek olduğu, gelir dağılımının çok bozuk olduğu, kayıt dışı ekonominin yaygın olduğu bir ülkede, sağlık, sigorta üzerinden değil genel vergi gelirlerinden finansa edilmeli ve yurttaş hakkı olarak ele alınmalıdır.

Hasta hakları uygulamaları: Hasta hakları uygulama alanı geliştirilmelidir. Öte yandan gereken diğer bir şey ise temel sağlık bilgisinin yaygın eğitim kurumlarında ciddi şekilde halka ulaştırılmasıdır.

Sağlığın finansmanı: İdeal olan, sağlığın bütün yurttaşlar için kimlik kartları ile ulaşabilecekleri ve vergiler üzerinden genel bütçeden finansmanı olan bir kamu hizmeti haline getirilmesidir.

İlaç politikaları: İlaç üretimi stratejik bir değerdedir. Türkiye’de yerli ilaç üre-

timi ve geliştirilmesi için ciddi kamu desteği oluşturulmalıdır. Gereksiz ilaç tüketiminin önüne geçilmesi için her yönlü bilimsel ve idari önlemler geliştirilmelidir.

Kamu sağlığı sistemi içinde özel sektörün rolü: Sağlık esas olarak bir kamu işi olarak ele alınmalıdır ve ülke gereksinimleri ölçüsünde gereken kamusal yatırım yapılmalıdır. Sağlıkta kamu kaynakları ile özeli teşvik edilmesinin hiçbir anlamı yoktur. Özel sektör ağırlıklı sağlık yapısının verimsizliği için ABD örneği yeterlidir. Bunun dışında özel ayrıcalık tanınmadan özel sektör de, tek hekimin çalıştığı sağlık kurumları da sistem içinde kendi yerlerine alabilmelidir.

Saadet Partisi (SP)



Tanıtımdan Sorumlu Genel Başkan Yardımcısı Atik Ağdağ

Partimiz sağlık alanındaki çalışmalara özel önem vermektedir. Çünkü bir insanın en temel ihtiyaçlarından birinin sağlıklı bir yaşam olduğuna inanmaktır. Saadet Partisi'nin parti programında yer alan sağlık başlığı altındaki değerlendirmeleri aşağıda sunuyorum.

Ülkemizde birçok alanda olduğu gibi sağlıkta da büyük sorunlar mevcuttur. Sağlık hizmetlerinden herkes yeteri kadar istifade edememektedir. Partimiz, sağlık hizmetlerinden herkesin eşit olarak yararlanmaları için gerekli düzenlemeleri yapacaktır.

- Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilecek, özel sağlık sigortalarından sigorta hizmeti satın alınacak, sağlık sigortası olmayan tek kişi bırakılmayacaktır. Sağlık sigortası primini ödeme gücü olmayanların primleri "Sosyal Güvenlik Yüksek Kurulu" tarafından karşılanacaktır.

- Sağlık sigortası bilgileri tek merkezde toplanarak mükerrer sigorta uygulaması önlenecektir.

- Vatandaşların hayatı ve sağlığı devletin teminatı altındadır. Sağlık hizmetleri, sağlık bakanlığı, yerel yönetimler, vakıf-

lar ve özel sektör tarafından verilecek; özel sektör ve vakıflar, sağlık yatırımları yapmaları için teşvik edilecektir. Özel sektörün ve vakıfların hizmet götürmediği yerlerde kamu ve yerel yönetimlerin hizmet vermesi sağlanacaktır.

- Tüm yurttaki aile hekimliği sistemine geçilecek; oluşturulan kademelere uyulmak koşuluyla, herkes hastane ve hekim seçme hakkına sahip olacaktır.

- Sağlık Bakanlığı, personel, yönetim, organizasyon ve hizmet sunumu bakımından politikalar geliştirme, plânlama yapma, standart koyma ve denetleme görevi yapacaktır. Bakanlık özel sektör, vakıf ve yerel yönetimlerce yeterince sağlık hizmeti verilemeyen yerlere sağlık hizmeti götürmekle yükümlü olacaktır.

- Koruyucu sağlık hizmetlerine büyük önem verilecek ve bu hizmetler bakanlık ve yerel yönetimlerce yerine getirilecektir.

Herkese doğumdan ölüme sağlık sigortası

- Saadet iktidarında doğumundan ölüme kadar sağlık teminatı verilecek. Her vatandaşımız, doğumundan ölüme kadar sigortalı olacak.

- Nüfus cüzdanları sağlık sigortası yerine geçecek. Her ferdine hayat hakkı ve yaşama hakkı vardır. Devletin görevi de vatandaşın sağlığını korumaktır.

Engelliler

- Saadet Partisi olarak en önemli özelliklerimizden birisi, engelli vatandaşlarımıza yapılacak olan hizmetleri göstermelik ve yapıyor görmek için değil, insani ve manevî değerleri önde tutmamız, dolayısıyla özümseyerek yapmamızdır.

- Bu hususta, bütün Türkiye sathındaki yaygın organizasyonlarla, yine her sahaya içine alan plân ve programlarla, bu güne kadar ihmal edilmiş olan hizmetlerin süratle yerine getirilmesine özel bir önem verilecektir.

- Engellilerin, toplumun önemli ve saygıdeğer bir bölümünü teşkil ettikleri göz önünde bulundurularak çalışacakları iş sahalarının hazırlanması, insanca yaşama şartlarına kavuşturulmaları, her türlü tesis ve alt yapıda kendileri için gereken yatırımların yapılması için özel bir çaba sarf edilecektir. Ayrıca, engellilerin ihtiyaç duydukları her türlü alet ve gerecin, külfetsiz bir şekilde karşılanması için kolaylık sağlanacak; bunları üreten ve ihraç eden tesislerin kurulması ve gelişmesi teşvik edilecektir.

İşçi Partisi'nden Esinoğlu:

"İktidara gelmemiz durumunda aile hekimliği uygulamasına hemen son verilecektir. Uzun vadede temel sağlık hizmetleri devlet tarafından herkese ücretsiz verilecektir. Sağlıkta özelleştirme tersine çevrilerek bütün kamu sağlık tesisleri SGK'ya devredilecektir. Malpraktis yasası kaldırılacaktır. Kâr hırsı ile çalışan hastanelerin, hekimleri gereksiz girişim ve tedaviler için zorlaması önlenecektir."

İşçi Partisi



Genel Başkan Yardımcısı Bülent Esinoğlu

1-2. Sağlıkta mevcut fotoğrafı nasıl görüyorsunuz? Uygulanmakta olan son dönem politikaları nasıl değerlendiriyorsunuz? Sağlık alanındaki en önemli sorunlar sizce nelerdir?

AKP hükümetinin Dünya Bankası direktifleri ve finansmanı ile yürüttüğü Sağlıkta Dönüşüm uygulamasının ilk ve en önemli sonucu sağlık harcamalarının büyük bir hızla artması olmuştur. Topluma öncelikle sağlık alanında olumlu bir ilerleme gibi sunulan bu durum aslen pek çok olumsuzluğu içinde barındırmaktadır. Sağlıkta niteliğin yerini niceliğin alması ve giderek artan sağlık harcamaları, toplumun sağlığını korumayı göz ardı ederken, insanların hastalanmasını kazanç fırsatı olarak görmektedir. Sağlık, toplumsal bağlamından arındırılarak alınıp satılan, üzerinden kâr edilen bir mal haline dönüş-

türülmüştür. Her derde deva olarak sunulan "piyasa" sağlıkta da öne çıkarılmaktadır. Ancak bu piyasalaşma, hizmet kalitesinde artma olarak sunulsa da esasen ticarileşme ile sürmekte, dahası tekelleşmeyi beslemektedir. Buna paralel olarak ülkemiz ilaç endüstrisi el değiştiriyor. İlaç üretiminde araştırma-geliştirmeden uzaklaşıp hazır almaya ve satmaya yönelik tekelleşme ve dışa bağımlılık döngüsü artırıyor.

3. Partinizin ülkemiz sağlık sistemi ve halkın sağlığının iyileştirilmesi konusunda vizyon ve misyonu nedir?

Cumhuriyetin, "Vatandaşların tahsili, terbiyesi, sıhhati fertlere veya şirketlere bırakılmaz!" ilkesi sağlık alanında temel yaklaşımımızdır. Bize göre sağlıklı yaşam; bireylerin iş ve çalışma koşulları, beslenme, barınma, kişisel bakıma yönelik eğitim ve kültür, temiz ve sağlıklı su ve gıda kaynaklarına ulaşım koşullarının sağlanması gerçekleştirilmeden sağlanamaz. Kaliteli tıbbi olanaklara eşit ve kamu tarafından finansmanı sağlanan ulaşım, yukarıda sayılan değişkenler ile bir anlam kazanır. Aksi durumda sağlığı bir kâr alanı olarak gören ve kaynakları piyasaya ve uluslararası kartellere peşkeş çeken bir kısır döngü ile karşılaşmak kaçınılmazdır.

4. Sağlık yönetiminizi devralmanız durumunda yapmayı planladığınız çalışmalarla ilgili olarak, aşağıdaki konularda planlarınızı birer-ikişer cümleler halinde yazabilir misiniz?

- Bugün ülkemizde uluslararası tıp kartelinin anlayış ve çıkarlarına uygun bir tıp eğitimi verilmektedir. Verilen bu eğitimle ancak kartelin ürünlerini daha iyi ve daha çok pazarlayacak hekim pazarlamacılar yetiştirilmektedir. Bu nedenle tıp eğitiminde ülke şartlarına uygun ve gerçek sağlık sorunlarının tedavisine yönelen, hasta sayısını artırmaktan çok toplumu daha da sağlıklı yapmayı hedefleyen bir eğitim modeline geçilecektir.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasına hemen son verilecektir.
- Uzun vadede temel sağlık hizmetleri devlet tarafından herkese ücretsiz verilecektir.
- Sağlıkta özelleştirme tersine çevrilererek bütün kamu sağlık tesisleri SGK'ya devredilecektir.
- Özel sağlık kuruluşları, özel sağlık sigortası yaptıran kişilere veya bazı tıbbi girişimleri özel olarak yaptırmak isteyen kişilere sağlık hizmeti verecektir.
- Hekimlere yeterli bir maaş, emeklilik

sosyal haklar verilecektir. Hekimlerin hastane kazancını artırmaları için getirilen "performans uygulaması" kaldırılacaktır. Tam gün çalışma, sağlıkta kamulaştırma sonrasında uygulanacak kamucu bir sağlık sistemi ile desteklenecektir.

- Malpraktis yasası kaldırılacaktır. Kâr hırsı ile çalışan hastanelerin, hekimleri gereksiz girişim ve tedaviler için zorlaması önlenecektir.

- Sağlık alanında kullanılacak ve gerekli olan "temel ilaç ve tıbbi malzeme listesi" hazırlanacaktır. Türkiye uluslararası ilaç kartellerinin pahalı ve patent korumalı ilaç ve tıbbi malzemelerini onların belirlediği yüksek ücretlerden almak ve tüketmek zorunda bırakılmıştır. Bu nedenle imzalanmış olan patent anlaşması iptal edilecek ve ülke içinde üretilmeyen tıbbi malzeme ve ilaçlar uluslararası piyasadan uygun fiyatlarla sağlanacaktır.

Liberal Demokrat Parti (LDP)



Basın İşlerinden Sorumlu Genel Başkan Yardımcısı İsmail Arslan:

Öncelikle partimizin politika belirlemedeki uygulayacağı yöntemi belirtmek istiyorum. Liberal Demokrat Parti, herhangi bir konuda politika belirlemeden önce, konunun ilgili tüm taraflarından uzmanların görüşünü alacak ve ancak ondan sonra konu hakkındaki uygulanabilir politikasını belirleyecektir. Bu nedenledir ki Liberal Demokrat Parti'nin önerdiği ya da uygulamaya koyduğu tüm politikalar, iyileşme yönünde دائما gelişmeye açıktır. Partimizin felsefesinin kaynağı, bireyin ancak özgür düşüncesiyle gelişebileceği yaratıcı yetisidir. Liberal Demokrat Parti'nin sürekli güncellenmesi gereken programında "sağlık" başlığı altındaki kısım aşağıda tırnak içine alınmıştır.

"III.3. Sağlık

III.3.1. *Sağlıklı bireylerin, sağlıklı ve mutlu bir toplum oluşturacağına olan inançla, sağlık hizmetlerinin en etkin biçimde yerine getirilmesi için gerekli tüm düzenlemelerin yapılması, Liberal Demokrat Parti'nin başlıca hedeflerinden biridir.*

III.3.2. *Bu anlayışla, tüm vatandaşları*

mızın katılabileceği özel sağlık sigortalarının oluşumuna imkân veren yasal düzenlemeler yapılacaktır. Sigorta sektörü finansman kapsamında mütalâa edilerek, vergiden muaf tutulacaktır.

III.3.3. *Tüm devlet ve sigorta hastaneleri vakıflara ve özel kuruluşlara devredilecek; hastane hizmetlerinin profesyonel biçimde yerine getirilmesi bu suretle sağlanacaktır.*

III.3.4. *Devlet sadece fakir ve aciz olduğunu beyan eden vatandaşların özel sağlık sigortası primlerinin yarısını ödemek suretiyle, destek sağlayacaktır. Yalan beyanda bulunan kişiler ağır bir şekilde cezalandırılacaktır."*

Adalet ve Kalkınma Partisi (AK Parti)



AK Parti'nin kurumsal internet sitesi olan <http://www.akparti.org.tr> adresinde ana sayfada Parti Programı adında bir link yer alıyor. Partinin sağlık konusundaki görüşleri, burada **Sağlık** başlığı altında kendisine yer buluyor. Aşağıdaki ifadeleri o bölümden alıntılardım:

- *Sosyal Güvenlik şemsiyesi tüm halkı kapsayacak şekilde düzenlenecektir.*
- *Devlet herkesin temel sağlık hizmetlerini, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorundadır.*
- *Koruyucu hekimliğin yaygınlaşması teşvik edilecek, halk ve çevre sağlığı ile ilgili gerekli tedbirler alınacaktır.*
- *Trafik kazaları, iş kazaları, ihmallere nedeni ile meydana gelen özürüllüğün engellenmesi için eğitim ve bilinçlendirme çalışmaları yapılacaktır.*
- *Aile hekimliği sistemi uygulamaya konulacaktır. Bu muayenehanelerin kurulması için devlet ucuz krediler verecek-*

CHP Parti Programından:
“Tüm vatandaşlarımız
sigorta kapsamındaki
ilaçlarını istedikleri
eczaneden alabileceklerdir.
Her köye bir sağlık evi
açılması hedef alınacaktır.
Özel sağlık yatırımları,
özellikle uluslararası sağlık
turizmine yönelik alanlarda
teşvik edilecektir.”

tir. Böylece birinci basamak sağlık hizmetleri güvenli ve kaliteli olarak halka sunulacaktır.

- Sevk zinciri sağlıklı hale getirilecek, ihtisas hastanelerindeki anlamsız yığılmalar önlenecektir.

- Sağlık sektörü Sağlık Bakanlığı tarafından tek merkezden koordine edilecek, çok başlılık ve düzensizlik önlenecektir. Bakanlık sadece organizasyon, koordinasyon, yol gösterici, denetleyici, takip edici, politika üretici bir rol üstlenecektir.

- Yerel yönetimler kendi sınır ve sorumluluklarında bulunan alanların sağlık profillerini de dikkate alarak kısa, orta ve uzun vadeli yatırım programlarını belirleyecektir. Bu çalışmaların koordinasyonu Sağlık Bakanlığı'nca yerine getirilecektir.

- Uygulamada kolaylık arz etmesi ve verdikleri hizmetin daha ekonomik olması nedeniyle ihtisas hastaneleri kurulacaktır.

- Hasta haklarını koruyan hukuki düzenlemeler yapılacaktır, “Hasta Hakları Tüzüğü” dünya standartlarına göre yeniden ele alınacaktır. Vatandaşlar, sağlık birimlerinin kontrolünde görev üstlenecektir.

- Sağlık sektöründe, bilgi işlem merkezli tek kontrol sistemine geçiş sağlanacaktır. Bu sayede sağlıkta maliyetler düşecek, verimlilik ve kalite artacaktır. Her vatandaşa verilecek bir sağlık numarası ile sağlık sorunları hızlı ve güvenilir şekilde tüm birimlerden takip ve koordine edilebilecek ve ayrıca her vatandaşın bağlı bulunduğu sağlık merkezinde bir dosyası bulunacak, nerede tedavi olursa olsun bütün bilgiler bu dosyada toplanacaktır.

- Küçük yerleşim birimlerinde doktoru, sağlık personeli ve tıbbi donanımı bulunmayan birçok hastane binası inşa edilmiştir. Popülist politikalarla her geçen gün yenileri talep edilen bu yatırımlar yerine, merkezlerde daha iyi donatılmış hastaneler yapmak, bunları “Merkezi Tıp Birimleri” haline getirmek, hem akılcı hem ekonomiktir.

- Tıbbi alandaki bilimsel araştırmalar için özel destek fonları oluşturulacaktır.

- Medyadaki sağlık haberleri kontrol edilecek ve sağlık ile ilgili yayınlar desteklenecektir.

- Yurt dışında çalışan sağlık personelinin Türkiye'ye dönerek hizmet etmelerini sağlamak amacıyla cezbedici tedbirler alınacak, her alanda olduğu gibi bu alanda da beyin göçünün tersine işleminin imkânları araştırılacaktır.

- Tabip Odaları ve Diş Hekimleri Odaları güçlendirilecek, sağlık alanında hizmet verecek yeni sivil örgütlerin kurulması desteklenecektir.

- İlaç ve tıbbi ekipman sanayii desteklenecek, sağlık yatırımlarına yapılan teşvikler yeniden düzenlenecektir.

Cumhuriyet Halk Partisi (CHP)



CHP'nin kurumsal internet sitesi olan <http://www.chp.org.tr> adresinde ana sayfada Parti Programı adında bir link yer alıyor. Partinin sağlık konusundaki görüşleri, 315 sayfalık parti programında **Genel Sağlık Reformu** ve **Çağdaş Sağlık Hizmetleri** başlıkları altında 11 sayfada kendisine yer buluyor. Aşağıdaki ifadeler o bölümden...

- Ulusal Sağlık Sigortası kurulacak, tüm yurttaşlar bu sigorta kapsamına alınacaktır. Mali gücü olmayanların sigorta primleri devlet tarafından karşılanacaktır. Bu sistem kademeli olarak tüm ülkede yaygınlaştırılacaktır.

- Şehit aileleri ve gazilerimiz ile birinci

derece yakınlarının sosyal güvenlik sigorta primleri yaşam boyu devlet tarafından ödenecek, ücretsiz sağlık hizmetinden yararlanmaları sağlanacaktır.

- Tüm vatandaşlarımız sigorta kapsamındaki ilaçlarını istedikleri eczaneden alabileceklerdir.

- Mali gücü olmayan yurttaşlardan katkı payı adı altında ek bir ücret alınmayacaktır.

- Sağlık personeli eksikliği giderilecek, sağlık ocağı, sağlık evi, ana çocuk sağlığı merkezleri ve verem savaş dispanserleri gibi koruyucu sağlık hizmeti veren tüm sağlık kuruluşları, hizmet vereceği nüfus bazında oluşturulacak toplum hekimliği merkezlerinde bütünleştirilerek sayılarının artırılması ve yeterli düzeye çıkarılması sağlanacaktır. İlke olarak, her köye bir sağlık evi açılması hedef alınacaktır.

- Aile Hekimliği sistemine, Toplum Hekimliğinin tüm eksiklikleri giderildikten sonra geçilecektir.

- İkinci kademe sağlık hizmetleri bölge ve merkez hastaneleri ile üçüncü kademe sağlık hizmetleri ise eğitim ve üniversite hastaneleri kanalıyla sağlanacaktır.

- Özel sağlık yatırımları belirli tıbbi dallarda özendirilecek. Özel sağlık yatırımları, özellikle uluslararası sağlık turizmine yönelik alanlarda teşvik edilecektir.

- Ana, bebek, çocuk ölüm oranları Avrupa ülkeleri düzeyine çekilecek.

- Yoksul aileler için hamile, lohusa, bebek ve çocuklara gıda yardımı ve ücretsiz ilaç temin edilecektir.

Barış ve Demokrasi Partisi (BDP)



BDP'nin kurumsal internet sitesi olan <http://www.bdp.org.tr> adresinde Hakkımızda linki altında Parti Programı yer alıyor. Programda **Sağlık** başlığı altında şu ifadeler yer alıyor:

- Bireylerin sağlığının ve sağlık hakkının korunması için gereken önlemlerin

alınması devletin asli yükümlülüğüdür. Sağlık hizmetlerini devlet, ticari bir faaliyet olarak göremez, bu sebeple sistemin sağlık hizmetleri üzerindeki sömürücü anlayışını partimiz reddetmektedir. BDP, sağlıklı olmanın bir hak olduğu tespitinde bulunan anlayışı benimser.

- Bir temel sorun da hekim ile hasta ilişkisindedir. Şikâyet ve tedavide ortak iletişim dilinin bölgenin anadilinde olması için özen gösterilecektir.

- Tüm vatandaşları kapsayan, donanımlı ve ücretsiz bir sağlık hizmetinin sunumu şarttır.

- Koruyucu sağlık ve hekimlik hizmetleri geliştirilecek. Bireysel sağlık hizmeti verilmesi kadar bireylerin daha sağlıklı yaşama bilgilerinin de artırılması gerekmektedir. On iki yıllık temel eğitimde sağlık dersleri yeniden düzenlenecektir.

- Sağlık ocakları yaygınlaştırılacak ve tüm mahallelerde, donanımlı olarak hizmet vermeleri sağlanacaktır.

- İlaç, sağlık teknolojisi ve teçhizatının üretim, kullanım ve pazarlama süreçleri sıkı denetim altına alınacak, üretime dönük yatırımlar yapılacak ve araştırma geliştirme için yeterli kaynak ayrılacaktır.

- Sağlık emekçilerinin özlük hakları ve diğer sosyal güvenlik hakları korunacaktır. Sağlık hizmetinde faaliyette bulunan meslek odalarına ve diğer sivil toplum örgütlerine destek verilecektir.

- İşyerlerinde meslek hastalıkları ve iş kazalarına karşı önleyici tedbirler alınması sağlanacaktır. Özellikle risk teşkil eden üretim ve hizmet alanlarında denetim mekanizmaları oluşturulacak, işyeri sağlık ve güvenlik birimlerine işlerlik kazandırılacaktır.

Demokrat Parti



Demokrat Parti'nin kurumsal internet sitesi olan <http://www.dyp.org.tr> adresinde

bir link yer alıyor. DP'nin sağlık konusundaki görüşleri, parti programının Sosyal Politikalarımız başlıklı 6. Bölümünde, **Kadınların Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakkı** başlığı altında kendisine yer buluyor.

- Demokrat Parti için, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımı çerçevesinde, sağlık "sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir". Demokrat Parti'nin sağlık hakkı konusundaki görüşü, kadınların ve erkeklerin sağlık hizmetlerinden eşit yararlanmasının ötesinde, kadın sağlığını etkileyen toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılığın ve sosyo-ekonomik koşulların da göz önüne alınmasını içerir.

- Demokrat Parti, kadınların sağlık hizmetleri ve destekleyici hizmetlere erişimini artıracaktır. Hamile ve loğusa kadınların işten atılmaya karşı korunmalarını sadece 30 ve üstü işçi çalıştıran işyerlerinde değil, tüm işyerlerinde güvence altına alacaktır. Hamile ve lohusa kadınlara karşı işverenin haksız fesih uygulaması durumlarında verilen cezaların caydırıcılığını artıracaktır.

- Tüm yeni doğan bebeklerin yaşama sağlıklı başlamasını, sunulacak olan hizmetler aracılığıyla güvence altına alacaktır.

Büyük Birlik Partisi (BBP)



BBP'nin kurumsal internet sitesi olan <http://www.bbp.org.tr> adresinde ana sayfada Parti Programı adında bir link yer alıyor. Partinin sağlık konusundaki görüşleri, **Sağlık** başlığı altında kendisine yer buluyor.

- İnsanın sağlıklı bir yapıya sahip olması için, eğitim – beslenme – koruyucu hekimlik – hastane zinciri iyi bir şekilde koordine edilecek ve tam uygulanması sağlanacaktır. Halkın ruh ve beden sağlığını korumanın çok önemli bir görev olduğunu öngörüyor ve sağlık problemini ön plana çıkarmanın gereğine inanıyoruz. Türkiye'de, sağlık probleminin, organizasyon bozuklu-

ğundan kaynaklandığına, bugünkü mevcut imkânlar ve kadrolarla bile daha fazla hizmet verilebileceğine inanıyoruz.

- Sağlık hizmetinin illerde mahalli yönetimlerce, tek elden yürütülmesini savunuyoruz. Sürekli hizmetin verilebilmesi için, malzeme, yardımcı personel ve hekim unsurlarının ahenginin sağlanması, sağlık hizmetinin zorluklarından dolayı bu personelin hayat şartlarını, hizmeti aksatmayacak düzeye çıkarmayı amaçlıyoruz. İllerde sağlık kuruluşlarının kontrolünde ve desteklenmesinde sivil toplum organizasyonları devreye sokulacaktır. Bölgelerarası hekim ve yardımcı personel ile teknik imkânların dengesizliği giderilecektir. Bölge ihtisas ve araştırma hastaneleri büyük şehirlerde yığılmayı önleyecek tarzda yaygınlaştırılacaktır.

- Sağlık konusu aynı zamanda bir hayır işi olması nedeniyle vakıflar devreye sokulacaktır. Sağlık konusunun istismar edilmesini önlemek için takip organizasyonları geliştirilip, etkin hale getirilecektir. Böylece sağlık kuruluşlarımız ve hastanelerimiz ıstırap yerleri olmaktan çıkarılıp, şefkatle şifa dağıtan yerler haline getirilecektir. Sağlığın ticaret aracı olmadığı gibi, siyaset konusu olmaması gerektiğinin savunucusu olacağız. Sağlık politikasında eğitici tedavi hizmetlerinin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerine de öncelik kazandırarak tedavi sağlık hizmetlerine ağırlık verilecektir.

- Getireceğimiz Genel Sağlık Sigortası Sistemi ile; vatandaşlarımızın hekim seçme hürriyetinin olduğu ve hasta ile hekim arasında para alışverişinin bulunmadığı, hastaların bölgesine göre sosyal adalet içinde dağılımının sağlandığı Doğrudan Tedavi Sistemi'nin savunucusu olacağız. Tedavi için, fakir il mühaberi peşinde koşan vatandaşın onurunu koruyacağız. Nüfusumuzun yarısı sosyal güvenlik kapsamı dışındadır.

- Bu kesimin de güvenlik kapsamına alınarak, sağlık primlerini kendilerinin ödeyeceği, ödeyemeyecek gelir düzeyinde bulunanların primlerinin devlet tarafından ödeneceği bir sistem olan Genel Sağlık Sigortası, ülke şartlarında yürürlüğe konulacaktır.

- Böylece, milletimiz ödediği prime karşılık, hizmete sahip çıkacak ve Sivil İnisiyatif Programı doğrultusunda denetleme şuurunu kazanacaktır. Özellikle, resmi kurumlarda meydana gelen ve vurgun düzeyine ulaşan ilaç israfının önlenmesi için gerekli tedbirler alınacaktır.

Seçmen tercihlerinde sağlık politikalarının etkisi

Bülent Akarcalı



1943 yılında İzmir'de doğdu. Lisans ve yüksek lisans eğitimini ODTÜ'de ve Brüksel Üniversitesi Ekonomi Bilimleri Fakültesi'nde tamamladı. Türkiye'ye dönüşünde dış ticaret ve müteahhlik hizmetleri ve sigortacılık yaptı. Eti Bisküvi, İMTAŞ Sigorta ve OYAK'ta üst düzey yöneticilik görevlerinde bulundu. Siyasi hayatında 17, 18, 19, 20 ve 21. Dönemde ANAP İstanbul Milletvekiliği ile ANAP Genel Başkan Yardımcılığı, TBMM İnsan Hakları Komisyonu Kuruculuğu, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile Turizm Bakanlığı görevlerinde bulundu. Türkiye Demokrasi Vakfı kuruculuğu ve Başkanlığını, Bilgi Üniversitesi'nin kuruculuğunu ve yöneticiliğini yaptı. Adalet ve Kalkınma Partisi'nin 2009 mahalli seçimlerde Çankaya Belediye Başkan Adayı oldu. Evli ve 2 çocuk babası olan Akarcalı, İngilizce ve Fransızca bilmektedir.

Sağlık politikaları hiç bir rejim, siyasi görüş farkı gözetmeksizin, istisnasız bütün siyasi iktidar ve iradelerin öncelikleri içerisinde yer alır. Bu politikaları en yakından eğitim takip eder. Eğer işsizlik kronik, kalıcı bir hal almamışsa, işsizliğin yarattığı memnuniyetsizliği etkin sağlık ve eğitim politikaları nispeten göğüsleyebilir. Küba'da hala ciddi Komünist anlayışlı bir rejimin devamını eğitim ve sağlık konularında elde edilmiş ciddi kaza-

nımlar sağlamaktadır. ABD gibi dünyanın en gelişmiş ülkesinde dahi sağlık politikalarının ne kadar büyük önem ve öncelik taşıdığına Başkan Obama'nın geçen yıl Amerikan Kongresinden bin bir güçlülükle geçirdiği Sağlık Sigortası Yasasıyla şahit olduk. Ülkemizde de, bazı dönemler hariç sağlık gelmiş geçmiş bütün iktidarların öncelikli meselesi olmuştur. 1960 darbesinden sonra kurulan koalisyon hükümetinin önceliği "sağlıkta sosyalizasyon"du. 1965'ten sonra kurulan Süleyman Demirel'in Başbakanlığındaki çoğun-

luk hükümetin programında, sağlık önemli yer almıştır.

1971 askeri muhtırası sonrası bozulan siyasi denge ve başlayan istikrarsızlık, bu politikaları yozlaştırmışsa da, daha sonra kurulan Milli Cephe Koalisyon Hükümetinde MHP'nin Bakanlığına düşen sağlık politikaları tekrar önem kazanmıştır. Anavatan iktidarı ile birlikte Turgut Özal Hükümetleri de sağlık hizmetlerinde hem kalitenin artması, hem de kapsamının genişlemesi için yoğun çaba harcamıştır.





Sağlık politikaları, 1990'lı yılların koalisyon hükümetleri döneminde siyasi ve ekonomik sorunların krizleri dönüşmesi nedeniyle ihmal edilmiş, ancak 2002'den sonra AK Parti iktidarıyla inanılmaz bir gelişme göstermiştir. 2002'ye kadar olan dönemlerde, değişik iktidarların bütün iyi niyet ve iradelerine rağmen sağlık hizmetlerini geliştirmede ellerini ve kollarını bağlayan en önemli etkenler bütçe yetersizliği ve tıbbi eleman azlığı olmuştur. 2000'li yıllarda bu engeller hızla aşılarak sağlık hizmetlerinde aşağıda belirtilen atımlar gerçekleşmiştir:

Teknoloji: Hizmetin en gelişmiş teknolojik mekân, alet, teçhizat ve ilaçlarla sağlanması.

Kalite: Bu teknolojinin hem teknik hem de tıbbi elemanlar tarafından en kaliteli biçimde verilmesi.

Kapsam: Hizmetlerin tüm vatandaşları, çocuk, genç, yaşlı, erişkin vs. kapsaması.

Erişim hızı: Vatandaşların hizmeti beklemeden, bekletilmeden anında alabilmeleri.

Erişim kolaylığı: Hizmete erişimin zahmet gerektirmeden, telefon, internet gibi imkânlarla olabilmesi.

Sağlık hizmetlerinin iyileşip gelişmesi

yanında en büyük atılım, bu iyileşme ve gelişmeyi sağlayan unsur, Sağlık Bakanlığı ile SSK arasında dağılmış hastanelerin ve hizmetin birleştirilmesi olmuştur. Aynı zamanda SSK, Emekli Sandığı ve Bağkur'a bağlı olarak üçe bölünmüş vatandaşlar arasında bu ayırımın kaldırılması ve sağlık sigortasında birliktelik sağlanması, hizmette eşitlik getirmiştir. 2007 seçimleri, sağlık hizmetlerindeki bu büyük sıçrayışın AK Partiye oy olarak geri döndüğünü ciddi biçimde göstermiştir. Son zamanlarda şahit olduğumuz bazı siyasallaşmış meslek kuruluşların düzenlediği veya düzenlediği sokak gösterilerinin; sağlık hizmetlerinin vatandaşa sağladığı yararları ve kazandırdığı vücut ve ruh sağlığı huzurunun önemini anlamak yerine bu hizmetlerin getirdiği siyasi kazanımları küçümsetmek; önemsiz, yetersiz hatta tamamen yanlış göstermek amaçlı olduğunu iddia edebiliriz. Bu dolaylı tespitler dahi, akılcı ve gerçekçi sağlık politikaları sonunda oluşmuş kaliteli ve kapsamlı sağlık hizmetlerinin vatandaşı/seçmeni doğrudan müspet şekilde etkilediğini göstermektedir. Cebinde parası olmadığı için hastane kapısında çocuğu kollarında ölen anne ve babayı anlamayan, ameliyat arasında dışarı çıkıp, "Hastanızda beklenmedik sorun var, ameliyata devam için fazladan 3-5 bin lira vereceksiniz" diyen vicdansız tuzu kuruların bu gerçeği görmemelerini doğal karşılayabiliriz. Geçmişte muayene, tedavi, ilaç temini,

2007 seçimleri, sağlık hizmetlerindeki bu büyük sıçrayışın AK Partiye oy olarak geri döndüğünü ciddi biçimde göstermiştir. Son zamanlarda şahit olduğumuz bazı siyasallaşmış meslek kuruluşların düzenlediği veya düzenlediği sokak gösterilerinin; bu hizmetlerin getirdiği siyasi kazanımları küçümsetmek, önemsiz, yetersiz hatta tamamen yanlış göstermek amaçlı olduğunu iddia edebiliriz. Ameliyat arasında dışarı çıkıp, "Hastanızda beklenmedik sorun var, ameliyata devam için fazladan 3-5 bin lira vereceksiniz" diyen vicdansız tuzu kuruların bu gerçeği görmemelerini doğal karşılayabiliriz.

cankurtaran erişimi vs. konularında sürekli sorun yaşamış, hastane hastane dolaşarak yakınlarını kaybetmiş insanların kendilerine bu hizmet ve imkânları tanıyan, vatandaşına tam anlamıyla insan muamelesi yapan ve bunu ülkenin tümünde başaran bir siyasi anlayışa, vefa duygusu yüksek toplumumuzun çok olumlu cevap vereceği açıktır.

Demokrasi ve çok partili rejim, aynı zamanda rekabet demektir. Çok iyi futbol takımını da yenip maçı kazanan hep olur. Samimi dileğim; ülkemize kendi siyasi inanç ve görüşleriyle hizmet etmekten başka amaçları olmayan diğer siyasi partilerin mevcut sağlık hizmetlerini çok ciddi inceleyip daha iyisini vatandaşlara nasıl sağlayabileceklerini, bütçe ve personel temini açıklamaları dahil seçim beyan-namelerine eklemeleridir.

Seçimler ve sosyal medya

Prof. Dr. Necdet Ünüvar



1960'da Adana, Ceyhan'da doğdu. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde iç hastalıkları, endokrinoloji ve metabolizma ihtisaslarını tamamladı. Doçent ve profesör oldu. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda öğretim üyeliğinin yanı sıra Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı Başkanlığı görevini yürüttü. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği üyeliğinde bulundu. Sağlık politikalarında hızlı değişimlerin olduğu dönemde Sağlık Bakanlığı Müsteşarı olarak görev yaptı. AK Parti Adana Milletvekilidir. İngilizce bilen Ünüvar, evli ve 3 çocuk babasıdır.

H “angi sektörde yapılan bir düzenleme toplumda en çok etki oluşturur?” diye sorulsa, bu sorunun cevabı galiba sağlık olur. Niçin sağlık? Çünkü sağlık toplumun bütününe ilgilendirir. Ayrıca, kişi ve toplumun her zaman öncelikli konularının başında sağlık gelir. Sağlık alanında yapılanlar veya yapılamayanlar bu nedenle seçmen tercihleri üzerinde önemli etkilere sahiptir.

Sağlık, parti programları, seçim beyan-nameleri ve hükümet programlarında her zaman ağırlıklı olarak yer almıştır. Bunun anlamı nettir: Sağlık, siyasetin seyrini etkiler. AK Parti hükümetlerinde de sağlık hep çok konuşulan ve gündem oluşturan alanlardan birisi olmuştur. Geçmiş hükümetler döneminde sağlık çoğu kez yanlış ameliyatlara, rehin kalan hastalar, ilaç fiyatlarında aylık yapılan periyodik zamlar, acillerde yaşanan problemler veya Başbakanların sağlık problemleri sebebiyle gündeme gelirken, AK Parti hükümetleri döneminde genellikle Aile Hekimliği, SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri, ilaç fiyatlarında kayda değer indirimler, Yeşil kartlıların ilaç ve sağlığa erişim kolaylığı, hava ambulansı vb. yeniliklerle gündem oluşturmıştır.

Sağlık, bu dönemde öncelikli gündem maddeleri arasında yer almıştır. Bunu, Sayın Başbakan Recep Tayyip Erdoğan'ın “Bizim için öncelikli 4 alan eğitim, sağlık, adalet ve emniyettir.” şeklindeki açıklamalarında görmek mümkündür. 8 yıldır iktidarda bulunan AK Parti hükümetleri döneminde sayılan 4 alanın ön plana çıktığını görüyoruz. Sağlık; 2002-2003 yıllarında yapılan kamuoyu araştırmalarında vatandaşlarımızın öncelikli sorun alanlarından biri iken bugünlerde yapılan kamuoyu araştırmalarında artık öncelikli sorun alanı olarak görülmemektedir. Nitekim Türkiye İstatistik Kurumu'nun

raporlarında sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2002 sonunda %39 olarak tespit edilirken bugün memnuniyet oranı %73'e ulaşmıştır.

Yaşadığımız çağ iletişim ve enformasyon çağıdır. Sadece sağlık alanında değil, hemen bütün alanlarda sadece teknik çalışmalar yeterli değildir; aynı zamanda yoğun bir medya ve toplum iletişimi de gereklidir. Çok değil 15-20 yıl önce bu iletişim kaynakları gazete, radyo ve televizyondan ibaretti. Günümüzde ise bu, o kadar çeşitlilik kazanmıştır ki; günlük gelişmeleri takip etmek neredeyse imkânsızdır. Bu duruma olumsuz yönden bakıldığında “Bir de bununla mı uğraşacağız?” demek mümkündür ama bence gerek kişi gerekse kurumlar nezdinde doğru yaklaşımın, her yeniliği “yapılan işleri topluma veya kişiye daha kolay ve etkin iletme” imkânı olarak görmek gerektiğidir. Toplum artık bilgiye sadece gazete, radyo ve televizyonlardan ulaşmıyor. Herkesin kolayca sahip olabileceği bir cep telefonundan bile pek çok bilgiye kolayca erişilebiliyor. Hiçbir kurum “Ben interneti kullanmam, Facebook, Twitter'la ilgilenmem.” deme lüksüne sahip değildir. Toplumsal taleplere duyarsız kalan kurumların ayakta kalmaları mümkün değildir. Yeni dönem toplum inşasında sosyal ağlar bir tuğla olarak ifade edilmektedir. Ancak kanaatimce sosyal ağlar, bu inşaat çalışmasında bu tuğlaları üst üste koyan ve gökdelen tarzında bir bilgi toplumu inşa eden kule vinçlerdir. Çoğu dijital platform (facebook, twitter vb) bilgi kaynaklarına toplumun daha hızlı ve daha kolay erişimine imkân sağlamaktadırlar. Bu yetenekleri toplumun tüm aşamalarına nüfuz edebilmelerine yol açmaktadır.

Sağlık alanında da sosyal medya kullanımını gittikçe artan bir yöntemdir. İntihar girişimlerinin engellenmesi, sigara alışkanlığını bırakmak gibi halk sağlığını korumada önemi yüksek konularda

sosyal medya araçları öncelikli iletişim mekanizmaları olmaya Batı dünyasında ve ülkemizde başladı bile. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), son 3 yıl, internet üzerinden kamu sağlığı hakkında bilgi edinilmesi konusunda bir dönüm noktası olmuştur. Bu ülkede yetişkinlerin 2/3'ü sağlıkla ilgili paylaşım ağlarını kullanmakta iken hekimlerin % 80'i tıbbi malzemelerin oluşturulmasında, tüketilmesinde ve paylaşımında sosyal medyayı kullanmaktadır.

Sosyal medyanın araç çeşitliliği de oldukça önemlidir. Sesli ve görsel imkânlar, eş zamanlı (çevrim içi) bilgi edinebilme, ortak görüş paylaşımları vb. gibi toplumu ilgilendiren konularda bilgi akışına son derece önemli bir ivme kazandırabilmektedir. 2009 yılında ABD'de kadınların sosyal medya kullanımları ile ilgili yapılan araştırmanın sonuçları tabloda görülmektedir.

Tabloda doğrudan sağlık ile ilgili blogların oranının yüzde 46,3, sosyal ağların yüzde 33,6 olduğu görülmektedir. Bunun yanında hamilelik ve bebek bakımı ile ilgili blogların oranı % 55,2 ve sosyal ağların oranı % 43,1'dir. Aynı şekilde aile konusunda rakamlar % 49,4 ve % 46,1'dir. Kadınların sağlık temelli bu konulara olan hassasiyetleri ve bilgi ihtiyaçlarının yüksekliği sosyal medya kullanımını artırmaktadır. Örneğimizin işaret ettiği en önemli nokta, bilgi paylaşımının en gerekli konularının başında sağlıkla ilgili konuların geldiğidir.

Yine ABD'de 2009 ile 2010 yıllarında hastanelerin sosyal medya araçlarını kullanım sayılarını gösteren grafik aşağıdadır:

Batılı ülkelere paralel olarak ülkemizde de son 3 yıl boyunca facebook ve twitter gibi iletişim kanallarında benzer alanlarda sosyal medya kullanımı artmaktadır ancak ülkemizde bu alanda sağlık açısından benzer bir istatistik henüz mevcut değildir.

Sosyal medya kullanımının en önemli amacı doğru bilgiye ulaşabilmektir. Sosyal sermaye olarak ifade edilen ve toplumun doğru bilgi kaynaklarına hızlı erişimini içeren kavramın gereği olarak sosyal medya, toplumsal güven duygusuna da katkıda bulunmalıdır. Bunu sağlayabilecek mekanizmalardan birisi de siyasettir. Merkezi olarak alınan kararlar ve yürürlüğe giren/girecek yasal düzenlemelerin toplumun tüm kesimlerine doğru anlatılması hem siyaset makamının seçmen ihtiyaçlarını karşılamada, hem de merkezi idarenin tüm ülke sathında hizmetlerini optimum düzeyde kullanılabilir hale getirebilmesinde çok önemlidir.

Klasik iletişim kanallarını hatırlayacak olursak, hastane ve sağlık ocaklarına asılan afişler ve TV/radyo anonsları ile gazete kupürlerinden elde edilebilen bu bilgilerin on yıllar sonra dahi toplumun tüm kesimlerince doğru anlaşılmadığı görülecektir. Ancak şu anda sağlık politikaları henüz parlamentoda müzakere edilirken toplum nezdinde de müzakere edilebilmektedir.

Objektif olarak bakıldığında, kendi içinde birden çok aracı barındıran sosyal medyanın özellikle siyasal iletişim ve siyasi katılım alanlarında sağladığı en önemli katkı, halkın, politikaların belirlenmesinde ve yürütülmesinde söz sahibi olabilmelerini sağlamasıdır. Bir konuda sadece belirli medya gruplarının yönlendirmesi artık tek başına yeterli değildir ve günümüz siyaset arenasında klasik yazılı ve görsel medyanın yerini dijital platformlarda tartışabilen ve bilgi kaynaklarına ulaşabilen bir toplumsal medya almıştır.

Düzenli yayın organlarının gündem belirleme özellikleri gittikçe kaybolmakta, bu özelliklerinin yerini sosyal medya araçlarında halk tarafından oluşturulan gündem konularını derinlemesine ince-

leyerek geri beslemeye fırsat veren sosyal medya almaktadır. Bu nedenle siyasal açıdan tanıtım çalışmalarında yazılı ve görsel medyanın rolü ile sosyal medyanın rolü kıyaslanamayacak kadar farklılaşmaya başlamıştır.

Klasik iletişim araçlarında güç, iletişim aracını elinde bulunduran gruplara ait iken, bugün sosyal medya araçlarını kullanarak dünya liderleri başta olmak üzere tüm kişi, kurum, ideolojik gruplar ve sivil toplum kuruluşları halka ulaşabilmekte ve gündem belirleyebilmektedir. "Sosyal medya, halk ile gündem arasındaki aracı kurumları farklı görevlere sevk ederek halka doğrudan erişim ortamı sağlamış oldu" demek en doğrusudur.

Siyasal açıdan seçmenlerin, sadece bilgilendirme değil, değerlendirme ve karar verme süreçleri de sosyal medya aracılığıyla izlenebilmektedir. Bu nedenle yanıltıcı bilgiler bu iletişim araçlarında kolay yer bulamamaktadırlar. Spekülasyon amaçlı yayınlar, sahte anketler, gündem gizleme amaçlı faaliyetler artık eskisi gibi kolay değildir. Kısaca sosyal medya aynı zamanda sosyal bir filtre görevi görmektedir. Siyasi tanımlarda abartıya kaçan yanıltıcı reklamlar, bir ürün ya da hizmet ile ilgili yanlış bilgiler, kamuoyunu yanlış yönlendirebilmek ve kitleleri doğrudan ayırmak, bu filtre sayesinde mümkün olamamaktadır. Örneğin bir siyasi kişiliğin twitter üzerinden izleyici sayısı oldukça yüksek iken bu kişinin halk tabanında sevilmediğine dair spekülasyon haberler çok fazla etkili olmayacaktır. Veya halk nezdinde oldukça rağbet gören aile hekimliği konusunda yayımlanan forum ve paylaşım haberleri dururken aile hekimliğinin yanlış bir karar olduğunu ifade eden bir yayın çok dikkate alınmamaktadır. Sosyal medya, hizmetlerin ve politikaların değerlendiril-

Klasik iletişim kanallarını hatırlayacak olursak hastane ve sağlık ocaklarına asılan afişler ve TV/Radyo anonsları ile gazete kupürlerinden elde edilebilen bu bilgilerin on yıllar sonra dahi toplumun tüm kesimlerince doğru anlaşılmadığı görülebilmekteydi. Ancak şu anda sağlık politikaları henüz parlamentoda müzakere edilirken toplum nezdinde de müzakere edilebilmektedir.

rilmesinde de adaletli bir araçtır. Sonuç olarak, başta sağlık politikaları olmak üzere tüm diğer konularda sosyal ağların politika yapıcılara ve topluma sağladığı en önemli kolaylık, kamu ile toplum arasında sağladığı güven ilişkisidir.

Bu çerçevede ülkemizdeki en üst sağlık otoritesi olan Sağlık Bakanlığı'nın göz kamaştırıcı hatta 8 yıl önce söylenese pek çok kişinin "imkânsız" diyeceği pek çok icraatını aynı şekilde iletişim diliyle toplumun farklı kesimlerine iletilmediğini görüyoruz. Bunda belki de "bilen biliyor" veya "insanlar nasıl olsa işin farkına varıyor" düşüncesi etkili olabilir. Ancak yine de Bakanlığın iletişim yüzü olan internet sitesinin görselliğinin ve çekiciliğinin artırılması gerektiğini söyleyebiliriz. Ayrıca her geçen gün yoğun ve yaygın bir şekilde kullanıcı sayısı artan sosyal medya uygulamalarının da hayata geçirilmesi gerektiğini ifade edebiliriz. Artık, günümüzdeki hâkim anlayış, "yaptığınız kadar da anlatma zorunluluğu"dur. Belki bu uygulamaları profesyoneller ve halk için farklı formatlarda sunmak gerekebilir.

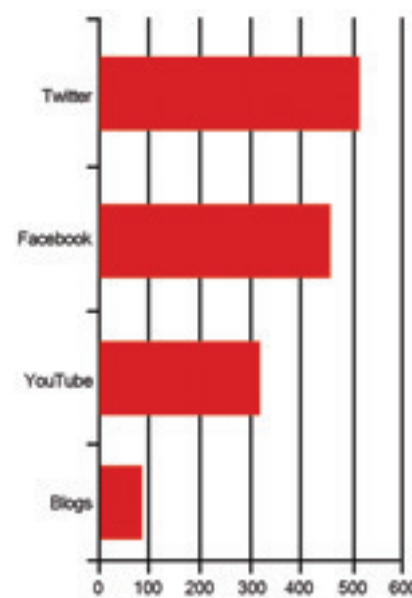
Son söz, hayat hızlı akıyor; bu hızı ayak uydurmalısınız ve bunu iletişim imkânlarını etkin ve verimli kullanarak yapmalısınız.

Tablo: ABD'de konularına göre kaynaklara güvenen kadınların yüzdesi (2009)

Konu	Bloglar	Sosyal ağlar
Politika/Haberler	59,5	37,3
Teknoloji/Teknolojik ürünler	60,0	39,0
Arabalar	41,3	26,8
İş yaşamı/Kariyer/Kişisel yatırım	52,7	35,6
Çevre/Doğa	57,1	39,5
Sağlık/Zindelik	46,3	33,6
Hamilelik/Bebek	55,2	43,1
Sanat/El sanatları	48,6	38,6
Ev/Bahçe	46,4	37,0
Yiyecek	44,4	39,4
Seyahat	53,4	47,7
Aile	49,4	46,1
Spor	46,3	43,8
Sosyal aktivitelere katılım	65,5	61,4
Yemek tarifleri/Yemek pişirme	44,4	42,1

Kaynak: BlogHer and Compass Partners, 2009

Grafik: ABD'de hastanelerin sosyal medyayı kullanımına göre dağılımı



Kaynak: Ogilvy, 2010; Ed Bennett.org, 2010
Araştırma 2009-2010'da 660 hastanede yapılmıştır.

Adil Gür: Türk halkı, hükümetin en başarılı icraatı olarak sağlığı görüyor

Röportaj: Ömer Çakkal

Türkiye, yeni bir seçime gidiyor. 12 Haziran sabahında sandık önümüze konacak ve günün akşamında partiler hislerine düşen oyu alacak. 2002 sonrası sağ-
lıkta atılan olumlu adımlar, iktidar partisini seven-sevmeyen pek çok kişinin üzerinde uzlaştıkları bir alan. Bunlar, kimilerine göre Adalet ve Kalkınma Partisi'ni ikinci kez iktidara getiren ve belki de üçüncü kez iktidara getirecek unsurların başında geliyor. Bu algı nedenli doğru? Özel hastanelerde tedavi imkânı, ilaca erişim, sağlık personeline performansına göre maaş ödemesi, aile hekimliği gibi uygulamaların seçmen davranışlarına bir etkisi var mı?

Konuyu A&G Araştırma Şirketi'nin Başkanı Adil Gür ile konuştuk.

“Sağlık 8 yıl önce 3. sıradaki sorunken bugün artık 6-7. sorun olarak görülüyor”

AK Parti eğer 3. kez iktidara gelirse Cumhuriyet tarihinde bir ilke tanık olacağız. Bu başarının dinamikleri neler?

Sadece Türkiye'de değil tüm dünyada seçmen tercihlerini belirleyen en önemli etken, ekonomi ve hükümet icraatlarının günlük yaşama yansımalarıdır. Elbette Türkiye gibi birçok etnik, mezhepsel, ideolojik faktörlerin etkili olduğu bir ülkede ideolojik nedenlerle oy verme eğilimi var. Araştırmalara göre Türkiye'deki

her 100 seçmenden 35-40'ı ideolojik nedenlerle oy veriyor. Ancak çoğunluk günlük yaşamına, gelirin bakarak parti tercihinde bulunuyor. Böyle olduğu için örneğin bir parti, bir önceki seçimde iktidar olurken bir sonraki seçimde yüzde 1 oyda kalabiliyor. DSP, 1999 seçimlerinde yüzde 27 ile en çok oyu alırken 2002'de yüzde 1'de kaldı.

Türk halkı, neleri sorun olarak görüyor?

Anketlerde vatandaşlara “Türkiye'nin en önemli sorunu nedir” diye sorduğunuzda ekonomi ve işsizlik başta geliyor. AK Parti'nin iktidarı öncesi terör ve sağlık Türkiye'nin en önemli sorunları arasında gösterilirken bugün artık marjinal sorunlar olarak öne çıkıyorlar. Sağlık önceleri 3. sıradaki sorunken bugün



Fotoğraflar: Sedat Özkömeç





“Anketlerde sağlık önceleri 3. sıradaki sorunken bugün artık 6 ve 7. sorun olarak görülüyor. Türk halkı, AK Parti'nin en çok sağlıktaki uygulamalarından memnun. Ardından sırayla okullardaki ücretsiz ders kitapları, TOKİ konutları, double yollar ve sosyal yardımlar sayılıyor. Partilerin güçlü ve zayıf imaj unsurları vardır. AK Parti'nin en güçlü imajlarından biri sağlık.”

artık 6 ve 7. sorun olarak görülüyor.

Sıralama nasıl?

Birinci sırada işsizlik var. İkinci sırada ekonomi, üçüncü ve dördüncü sırada birbiri ile yer değiştirme eğilimi gösteren Kürt sorunu ve eğitim var. Türban ve yolsuzluklar onları takip ediyor. Ardından da sağlık geliyor. Geçmişte Türk halkının yüzde 20-30'u sağlığı önemli bir sorun olarak sayarken yüzde 7-9 oranında bir kitle artık sağlığı önemli bir sorun olarak görüyor.

“Halk sırasıyla sağlık, ücretsiz ders kitapları, TOKİ konutları, otoyollar ve sosyal yardımlardan memnun”

Seçmen tercihlerinde sağlığın rolü ve etkisi hakkında genel bir değerlendirme yapabilir misiniz?

Yaptığımız araştırmalarda, “AK Parti iktidarının memnun olduğunuz uygulamaları hangileridir” diye sordüğümüzda birinci sırada sağlığın geldiğini görüyoruz. Sağlık birinci sırada geliyor. İkinci sırada okullardaki ücretsiz ders kitapları, üçte TOKİ konutları, dörtte

double yollar, beşinci sırada sosyal yardımlar sayılıyor. Buradan yola çıkarak şunu söyleyebiliriz: Sağlık, seçmenlerin oy tercihlerinde ekonomi kadar, geçim sıkıntıları kadar etkili bir faktör.

Sağlık neden bu kadar öne çıkıyor?

Çünkü sağlık, günlük yaşamımızda hemen her gün karşımıza çıkan bir konu. Yani bugün Libya'da yaşananlar, Kürt sorunu, türban sorunu gibi konular belki insanları doğrudan etkilemezken sağlık tamamıyla insanların günlük yaşantısıyla ilintili bir alan olduğu için, bir olmazsa olmaz olduğu için öne çıkıyor.

Uzun ömür insanları, partileri her şeyi yıpratır. Uzun iktidarına rağmen AK Parti'yi ikinci kez iktidara getiren ve belki 3. kez iktidara getirecek olan en önemli faktör sağlık olmuştur dersek, abartılı bir yorum yapmış olur muyuz?

Bunu söyleyebiliriz. Seçmen algısına göre durum böyle.

Halkımız oy verirken sağlıktaki doğruları, yanlışları ne kadar dikkate alıyor?

Hem de çok dikkate alıyor. Hastalardan alınacak 3 liralık, 5 liralık bir katkı payının bile anında oya yansıdığını görüyoruz. 5 liralık bir katkı payı iktidar oylarında düşüşe neden oluyor. 8-10 nüfuslu ailelerde 5 liralık bir katkı payının büyük önemi var. Konunun çok dışına çıkmadan bir şey söylemek istiyorum: Anadolu'da sosyal yaşamı olmayan, eşyle konuşamayan, belki arkadaşlarıyla görüştürülmeyen, bir şey paylaşamayan kadın için doktora gitmek rehabilitasyon, rahatlatmak anlamına da gelebiliyor. Geçen haftalarda açıkladığımız bir araştırmanın sonuçlarına göre Türkiye'de kadınların yüzde 35'i şiddet görüyor. Bunların önemli bir kısmı zorunlu haller dışında evinden dışarıya adımını atamıyor. Bu kadınlar için doktora gitmek bir psikolojik bir rahatlama, bir sosyalleşme. Bu kadından her doktora gidişinde 5 lira istediğinizde oy tercihlerinde değişim olabiliyor.

Bu yorumunuzu ben biraz öteye taşıyayım: Sosyal yaşamı olmayan, eşyle konuşamayan bazı kadınlar için hastaneye gitmek, ileri bir yo-

rum yapacağım, tatile gitmek gibi, otele gitmek gibi bir şey de değil mi? Orada bir doktorla, hemşireyle görüşmek, bir hastayla tanışmak onu sosyalleştirmiyor mu?

Gayet tabi. Çantasındaki parayla bir restoranda yemek yiyemeyecek, bir otelde bir gece kalamayacak olan kadın hastane odasında bu ihtiyacını tatmin ediyor. Bugün otel konforundaki özel hastanelerde tedavi edilen hasta minnet duyuyor ve bu durum oy tercihine yansıyor. Bir araştırmacı olarak değil de bir vatandaş olarak, Adil Gür olarak şu fikrimi belirtmemi izin verin: Bugün Türkiye'de vatandaşa sunulan sağlık imkânları, gelişmiş pek çok ülkedeki insanlara nasip olamayacak durumdadır. Örneğin Obama yönetimi ülkemizdekine benzer bir sağlık reformu yapmak istedi, çok az bir başarı gösterebildi.

İzin verirseniz burada bir virgöl koyalım ve biraz Recep Akdağ özelinde konuşalım.

Ben çok başarılı buluyorum.

İki dönemdir ve 8 yıldır bakanlık koltuğunu devretmeyen bir isim. Partisine, memleketi Erzurum'da rekor düzeyde bir halk ilgisi var. Her fırsatta kan değişimini önemseydiğini söyleyen Başbakan Erdoğan, sağlık politikalarının kalıcı olması için mi onu bakanlıktan almadı? Yoksa başarılı politikalar mı onu koltuktan etmedi?

Tabi bunu AK Parti yetkililerine ve Sayın Başbakana sormak lazım ama şunu söyleyebilirim: AK Parti, kamuoyunun tepkilerine önem veren, kendisine yakın 4-5 araştırma şirketi ile daima anketler yaptıran bir parti. Zaten başarılı olmasındaki önemli etkenlerden biri de kamuoyunun nabzını iyi tutması. Yapılan kamuoyu yoklamalarında en başarılı alan olarak sağlık görülüyorsa, sağlığın başındaki ismin, sağlığın patronunun da bu başarıda bir katkısının olması gerekir. O nedenle belki başarılı olarak algılanan bu alanda yöneticiyi değiştirmek istemiyor olabilir. Erzurum'da AK Partiye olan seçmen ilgisine gelince, mutlaka Sayın Bakan'ın bir miktar etkisinin olduğunu kabul etmekle birlikte daha çok Başbakan'a



olan ilgiyle ve Erzurum'un sosyo-politik yapısıyla ilgili olduğunu görüyoruz.

Konuya biraz da siyasi partiler cephesinden bakalım. Partilerin program ve propagandalarında sağlığa ayrılan yer ve rol ne durumda?

Sağlık günlük hayatın içinde olan, seçmeni doğrudan ilgilendiren bir konu. O nedenle de bu konuda yapılmış her adımı, siyasi partiler iyi kullanmak durumunda. 2002 öncesi partilerin sağlık konusunu seçim kampanyalarında pek kullanmadığını görüyorduk. Ama 2004, 2007 ve 2009 seçimlerinde hatta referandumda AK Parti'nin sağlıktaki gelişmeleri bir hayli ön plana çıkardığını görüyoruz. Partilerin güçlü ve zayıf imaj unsurları vardır. AK Parti'nin en güçlü imajlarından biri sağlık. O nedenle bugün Sayın Başbakanın bilhassa Anadolu'da katıldığı etkinliklerde sağlıktaki gelişmeleri sürekli hatırlattığını, anlattığını görüyoruz.

“Muhalefet, politikalarını halka anlatamıyor”

Peki, muhalefet ne yapıyor? Bu tabloyu izlemekle mi yetiniyor, yoksa hükümetin yaptığı icraatları yanlış ve eksik olarak eleştirip kendileri farklı bir öneri getiriyorlar mı?

Türkiye siyasetindeki sorun da buradan kaynaklanıyor aslında. Bugün devletin kendi kurumu olan TÜİK'in rakamlarına bile göre işsizliğin, yoksulluğun arttığını görüyoruz ama buna rağmen iktidar partisi oy kaybetmiyor. Bunun temel nedenlerinden biri, muhalefet partilerinin iktidar partisinden daha iyi yapacakları noktasında seçmeni ikna edememesi. Muhalefet partilerinin “Biz iktidara gelirse sağlık alanındaki şu eksik ve yanlışları şöyle yapacağız” demeleri gerekiyor ama ben buna

şahit olamıyorum. Sağlık alanında bazen çıkışları oluyor ama tam gün yasası örneğinde olduğu gibi vatandaşın günlük hayatını çok da ilgilendirmeyen bir alanda meşgul olduklarını görüyoruz. Şunu net olarak söyleyebiliriz: İktidar bunu çok iyi kullanıyor ama muhalefet partileri bu alanda eğer varsa politika ve projelerini halka yeterince ulaştıramıyorlar.

Kemal Kılıçdaroğlu'nun TV'lerde yayımlanan yeni tanıtım videosunu görme şansınız oldu mu? CHP lideri, “Ben Kemal Kılıçdaroğlu” diye başlayan ve aile sigortasını anlattığı reklam filminde, etkili bir müzik ve görüntüler eşliğinde kendi sesinden iyi bir yaşamın her babanın, annenin, çocuğun hakkı olduğunu söylüyor. Sizce CHP'nin bu tür çalışmalarla perçinlemeye çalıştığı Kılıçdaroğlu dönemindeki sosyal politikalar eklenli siyaset anlayışı, seçmen tercihlerini ne şekilde etkiler?

Şimdiye kadar hep AK Parti'nin seçmen gözünde sağlık alanında başarılı olduğu algısı üzerinden konuştuk. Bu durum, muhalefeti yok saydığımız, bu partilerin başarısız oldukları anlamına gelmiyor. Önümüzdeki 3 aylık dönemde işsizlikle, yoksullukla mücadeleyle ilgili projelerini anlatabilirlerse elbette bunun bir etkisi olacaktır. Ancak bu elbette ki dramatik bir değişikliğe neden olmaz. Birinci parti üçüncü parti, üçüncü parti birinci parti olmaz. Ama zaten dünyanın her yerinde seçimler öncesi yapılan bütün propaganda çalışmaları seçmenin yüzde 3'ünü, 5'ini etkilemek için yapılır.

Bunun altını çizelim, gerçekten böyle midir?

Böyledir tabi. Bilemediniz yüzde 10'dur. Daha fazlasını etkilemez. Hele ki Türkiye

“Seçmen tercihlerini etkileyen en temel şey algılardır. Var olan gerçekler değildir. Cumhuriyet Halk Partisi'nin şimdi bir aile sigortası projesi var. Bu proje, seçmen tercihlerini 2 mi etkiler, 3 mü yoksa 10 mu, bunu parti yöneticilerinin performansı belirleyecektir. Ama mutlaka bir etkisi olacaktır.”

gibi siyasi kutuplaşmanın olduğu bir ülkede seçmen at gözlüğüyle bakmaktadır. Kulağı ve gözleri kapalıdır. Kafasının bir köşesinde partilerle ilgili kesin algıları vardır. O algıları değiştirmek çok zor. Bakın seçmen tercihlerini etkileyen en temel şey algılardır. Var olan gerçekler değildir. Yani milyon dolarlık devasa kampanyalar çok küçük bir kitlenin fikrini değiştirmek için yapılır. Buradan konumuza dönersek Cumhuriyet Halk Partisi'nin bir aile sigortası projesi var. Bu proje, seçmen tercihlerini 2 mi etkiler, 3 mü yoksa 10 mu, bunu parti yöneticilerinin performansı belirleyecektir. Ama mutlaka bir etkisi olacaktır.

“Türkiye'deki kutuplaşma, seçmen tercihini belirlemekten çok, icraatların konuşulmasını engellemeye yarıyor”

Türkiye’de partiler neden sağlık, eğitim, ekonomi gibi konularda yarışmak yerine genellikle kutuplaşmalar üzerinden propaganda çalışması yapıyorlar?

Kutuplaşmadan oy almak için kolay yarıdır. İcraatlar üzerinden oy olmak biriktirir, maharet ister. Yani Türkiye’nin temel sorunlarıyla ilgili getireceğiniz çözüm önerilerinin altını doldurmanız, kaynaklarını belirlemeniz, hepsinden öte halkı ikna etmeniz gerekir. Bu, zor bir iştir. Hâlbuki kutuplaşma için kolay kısımdır. Kutuplaşmanın olduğu yerde seçmen sorgulamaz. “Güzel kardeşim, sen eğitim alanında bu adamdan daha iyi ne yapacaksın?” demez. Çünkü karşıtlık üzerinden oy verir.

Gelişmiş demokrasilerde durum nasıl?

Orada partiler icraatları ve projeleri üzerinden oy alırlar. Ancak bir de konjonktür de önemlidir. Bazen iktidar partisinin yanlışları, bir başka partiyi iktidara getirebilir. CHP bu aile sigortası meselesinde çok eleştirildi. Yani “Benim adım Kemal, ben yaparım” falan. Bugün siz bir proje getirseniz, kaynaklarını açıklasanız, ülkenin en yetkin bilim adamları gelip “Evet, bu olabilir” dese, gene de bunun etkisi çok sınırlı olacaktır. Önemli olan seçimdeki “Bu adamlar bunu yapabilir” algısıdır. Geçtiğimiz dönemlerde “Mazot 1 lira olacak, şu şöyle olacak, bu böyle olacak” şeklinde vaatler de oldu. Ama bunların etkisi sınırlı kaldı. Aslında Türkiye’de seçmen davranışlarını değiştirmek örneğin ABD’ye göre daha kolaydır. Orada insanlar 7 nesildir Demokrat ya da Cumhuriyetçi Partilere oy verirler. Takım tutar gibi parti tutarlar. Oysa ülkemizde halktan ilgi görmeyen partiler kapılarına kilit vururlar. Türkiye’de kutuplaşma, seçmen davranışlarını belirlemekten çok, icraatların ya da önerilerin konuşulmasını engellemeye yaramaktadır.

Doğrudan sağlıkla ilgili hiç anket çalışmanız oldu mu? Vatandaşlar sağlıktaki gelişmeleri nasıl değerlendiriyorlar?

Yaptık. Böbrek, hipertansiyon, şeker ve kalp hastalıkları üzerine anketler yaptık. Gene 2 yıl önce Milliyet Gazetesi için bir araştırma yaptık. O araştırmada özel hastanelerde tedavi imkânı, tüm eczanelerden ilaç alınabilmesi gibi çalışmaların vatandaşların büyük bir bölümü tarafından beğeni aldığını gördük.

Merak ediyorum, doğrudan sağlık alanında kaç soru sordunuz? 10, 50, 100?

15 soru kadar.

Araştırmalarınızı kaç kişilik ekiple yapıyorsunuz? Görüşmelerin tümünü kendi şirketinizden elemanlarınız



mı yapıyor?

Bu ofiste biz rapor yazıyoruz. 10-15 kişilik bir merkez yönetim kadromuz var. Anket dediğimiz iş, hepimizin üniversite çağlarında yaptığı bir iş. Anadolu’da 13 ilde birlikte çalıştığımız ekip şefleri var. Bu ekip şefleri, araştırmanın mahiyetine göre uygun bir anketör ekip belirleyip işi yaptırır. Her araştırmada aynı anketör grubu ile çalışmamız mümkün değil. Hipertansiyon ile ilgili bir araştırma yapıyorsak tıp fakültesi öğrencileri lazım bize. Örneğin geçenlerde kadınlara uygulanan şiddet konulu araştırmada cinsel şiddete kadar varan sorular sorduk. Bu çalışmayı sadece bayan anketörlerle yaptık. Anket yapacağımız konuda uzmanlardan danışmanlık hizmeti alıyoruz.

Adil Bey, şirketiniz hükümete yakın bir araştırma firması mı?

Hayır, biz hükümete ya da her hangi bir siyasi partiye yakın bir araştırma şirketi değiliz. Tam tersine hükümete biraz uzak olduğumuza dair kamuoyunda bir kanaat var. Biz bütün partilere aynı mesafedeyiz. AK Parti için hiçbir çalışma yapmadık. MHP için de yapmadık. CHP’ye ise bu yıl birkaç çalışma yaptık, o kadar. Biz daha çok STK’lara, firmalara ve medyaya bu tür çalışmalar yapıyoruz.

Bizzat kendiniz halkla görüşüyor musunuz?

Gayet tabi. Her hafta bir iki gün Anadolu’da oluyorum.

En son neredeydiniz?

Diyarbakır’daydım.

Ne gün?

Çarşamba günü.

Ne tür bir çalışma yapılıyordu?

Aile içi şiddetle ilgili bir çalışmaydı.

Siz kendiniz bizzat deneklerle görüştünüz mü?

Bayan deneklerle yapıldığı için ben bizzat görüşmedim.

Bir önceki araştırmada görüştünüz mü?

Tamamında görüşme şansım olmuyor. Eğer biz 6 ayda bir çalışma yapıyor olsak hepsinin içinde yer alabilirim ancak yoğun çalıştığımız için buna pek imkân olmuyor.

Bu soruyu, bir vatandaşın sağlık algısını sizden dinlemek için sordum. Bir sağlık araştırmasında bizzat bir vatandaşla konuştunuz mu?

Geçtiğimiz yıl böbrek taşı araştırmasında bizzat vatandaşlarla konuştum. Anketörlerle birlikte Anadolu’da pek çok köye gittim.

İnsanlar size sağlıklarıyla ilgili ne anlatıyorlar?

Deniyor ki; “Geçtiğimiz yıllarda doktora gitmek bir dertti. Sabah ezanlarında

kuyruklara girip muayene oluyor, bodrum katlarda ilaç almak için sıra bekliyorduk. Ama bugün öyle değil. Sadece TC kimlik numaramla istediğim yerden muayene olabiliyor, istediğim yerde ilaç alabiliyorum.”

Şimdi size bir dizi kavramlar sayacağım. Tespit edebildiğiniz kadarıyla bu kavramlar hakkında halk ne düşünüyor? Aile hekimliği...

Seçmen henüz aile hekimliğinin ne manaya geldiğini bilmiyor. “Acaba aile hekiminden başka kimseye gidebilecek miyim” diye bir endişe var.

Kamu hastanelerinin modernleştirilmesi...

Bunlar halkın ruh halini düzeltiyor. Eskiden hastanelere girdiğinizde kimyevi bir koku burnunuzu doldururdu. Şimdi ise bazı kamu hastanelerinde bir otel temizliği ve konforu var. Ben eskiden hastaneye gidip bir yakınima geçmiş olsun ziyareti yapmaktan rahatsız oluyordum. Çünkü oradaki manzaradan psikolojik olarak olumsuz etkileniyor, kendim hasta oluyordum. Bu konuda elimde bir veri yok ama zaman zaman bir arkadaşımı ziyarete gittiğimde eskiye oranla kamu hastanelerinin pırl pırl olduğunu görüyorum.

“Performans ölçümü sistemine olumlu bakılmıyor”

Performansa göre maaş...

Halkımızda bununla ilgili olumsuz bir kanaat olduğunu görüyorum. Doktorlar, döner sermayeden daha büyük pay alabilmek için hastalardan yerli yersiz MR'lar, ultrasonlar, tahliller isteyebiliyor, gereksiz ameliyatlara yapabiliyorlar. Halkın bir kısmı, “Ne iyi bir doktor, her bir şeyi düşündü, tahliller yaptırdı” derken, önemli bir kitle bu duruma olumlu bakmıyor.

Hasta hakları birimleri ve uygulamaları...

Türkiye’de her 100 kişiden 40’ı ilkökul mezunu ya da bir okuldan mezun değil. O nedenle insanlara, bırakalım hasta haklarını, anayasal haklarını dahi sorsanız yüzde 70-80’imiz pek bir şey söyleyemeyecektir. Bu kavramların Türkiye için yeni olduğunu, vatandaşların bu hakları bilmesi, yeri geldiğinde hakkını arayabilmesi için birkaç yıl geçmesi gerektiğini düşünüyorum.

Siz böyle diyorsunuz ama Sağlık Bakanlığı’nın bu alanda açtığı çağrı merkezi olan 184, ayda 1-1,5 milyon kişi tarafından aranıyor.

Ama bu hattın gerçekten bir hasta hakkı ihlali nedeniyle mi yoksa “Hemşire bana şöyle dedi, doktor kaşını çattı” düşüncesiyle mi arandığını bilmiyoruz.

“Özelde tedavi ve ilaca

erişim kolaylığı, sağlıktaki başarı algısının en önemli nedenleri”

Özel sağlık sektörünün kamu hizmeti vermeye başlaması...

Bu madde, hükümetin sağlık alanında yaptığı en başarılı işlerinden biri. Biri bütün eczanelerden ilaç alma imkânı, öteki de bu. Reform denebilecek, sağlık alanındaki başarı algısının da en önemli nedeni bu.

Kalite standartları...

Bu alan da eğitimle, bilinçle ilgili bir şey. Vatandaşın büyük bir bölümü için henüz pek bir şey ifade etmiyor.

Eskiden Bağkur, SSK ve Emekli Sandığı diye üç farklı sağlık şemsiyesi vardı. Şimdi artık SGK var. Kamu sigorta sisteminin birleştirilip kapsamının geliştirilmesi nasıl algılanıyor?

Diyaliz hastalarının ambulanslarla evinden alınıp ambulansla evine bırakılmaları, engellilerle ilgili evde verilen sağlık hizmeti elbette seçimde bir karşılık bulmuştur. Türkiye’de belediyelerle ilgili zaman zaman çalışmalar yapıyoruz. Bazı belediyelerin sadece vatandaşın ayağına sağlık hizmetini götürdüğü için ya da sadece diyaliz hastasını evinden alıp evine bıraktığı için çok başarılı olarak algılandığını gördük.

Son madde. Az önce de teğet geçtik, ilaca daha kolay ulaşım ve ilaç fiyatlarının düşmesi...

Hükümetin en başarılı icraatı sağlık. Sağlıkta da en başarılı işlerden birincisi istediğin doktora gitmek, ikincisi istediğin eczaneden ilacı almak. Şimdilerde gündemde aile hekimliği var. Yarın evde sağlık hizmetlerinin kapsamının geliştirilmesini konuşacağız belki.

“Tam güne karşı çıkan doktorlar E-5’te metrobüse karşı çıkanları andırıyor”

Son olarak tüm bu konulara hekimlerin gözüyle bakmaya çalışalım. TUIK ve öteki anketler, vatandaşların sağlıkta memnuniyetlerinin arttığını ortaya koyuyor. Ancak sağlık çalışanları ve bilhassa doktorlar arasında bir memnuniyetsizlik var. Pek çok eylem yapıldı. Siz ne dersiniz, bu bir tezat değil mi?

Değil. Bu durumu çok güzel bir benzetme ile açıklamak istiyorum: Ben İstanbul Belediyesinin icraatların memnun değilim. Karşıda işim oluyor ve arabamla Bakırköy’e, havalimanına 2 saatte gidebiliyorum. Çünkü E5’i bir şerit daraltıp metrobüs koydular. Ama bu

“Seçimde, ‘Acaba aile hekiminden başka kimseye gidebilecek miyim’ diye bir endişe var. Performans ölçümü sistemine karşı olumsuz bir kanaat var. Kamu hastanelerinin modernleştirilmesi halkın ruh halini düzeltiyor. Bazı belediyelerin sadece diyaliz hastasını evinden alıp evine bıraktığı için çok başarılı algılandığını gördük. Özelde tedavi ve tüm eczanelerden ilaç alma imkânı, sağlıktaki başarı algısının en önemli nedenleri.”

nun yanında metrobüs ile evine, işine hızlıca giden milyonlar var. Sağlık alanında vatandaşı memnun eden bazı uygulamaların, sağlık çalışanlarında memnuniyetsizliğe neden olmasının nedeni de tıpkı böyledir. Sağlık alanında çalışanlar benim gibiler, metrobüse binenler ise geniş seçmen yığınları. O hekimlerin de benim gibi düşündüklerini sanıyorum. Yani kendi günlük yaşamalarını, kendi menfaatlerini düşündüklerini sanıyorum.

Hekim olsaydınız siz ne yapardınız?

Ben de tam gün yasasına şiddetle karşı çıkardım. Bugün bir hastanenin yanında özel muayenehanemde 150-200 liraya, bazı yerlerde daha yüksek ücretlere günde 3-4 tane hasta baksam fena olmazdı yani. Doktorların tam gün yasasına karşı çıkmalarını çok doğal ve insani buluyorum. Ama Türkiye’de kaç bin tane hekim var, kaç milyon seçmen var...

Sağlık personelinin tam gün çalışmasını öngören yasa, toplumun ve hekimlerin siyasal davranışlarını sizce nasıl etkiledi ya da etkiler?

Toplum, “Helal olsun adamlara. Bizim için yeni bir hizmet getirdi. Tüm doktorları bize hizmet için seferber etti” diyecekken, bugün hekimler arasında bir araştırma yapılsa herhalde oy tercihlerinde toplumun geneliyle ters bir istikamette seyir olacağını görürüz. Bunu da doğal karşılamak lazım.

Sağlık hizmetlerinden vatandaş memnuniyeti ve yansımaları

Prof. Dr. Nihat Tosun



1959 yılında Trabzon'da doğdu. 1984 yılında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Uzmanlık eğitimi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümünde tamamladı. Elbistan ve Yozgat ve Ankara'da hekimlik yaptı. Van Yüzüncü Yıl ve Düzce İzzet Baysal Üniversitesi'nde öğretim üyeliği yaptı. 1997'de doçent, 2005'te profesör oldu. 2003 - 2008 yılları arasında Ankara Dr. Mülker Travma Hastanesi'nde ve Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Başhekimlik yaptı. 2007'de Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı, 2008'de Bakanlık Müsteşarı oldu. Halen görevine devam eden Tosun'un yerli ve yabancı yayınlarda çıkmış pek çok makalesi, kongrelerde bildirileri bulunmaktadır.

Kamu hizmetleri açısından insanları; adalet, ekonomi, sağlık, eğitim ve güvenliğe daha fazla önem verdikleri, bilinen bir husustur. Konumuz olan sağlık, toplumsal olarak önemli bulunan bir konu olduğu gibi kişisel ihtiyaçlar ve öncelikler açısından da önemli bir konudur. Ülkemizde yaşayan vatandaşların toplumsal konulara ilgileri Grafik 1'de görülmekte-

dir. Sağlık, bu toplumsal konular içinde %57,1 ile en çok ilgi duyulan ikinci konu olarak yer almaktadır. Din ve sağlığın diğer konulara kıyasla açık ara önde olması dikkat çekicidir.

Kişisel ve çevresel sağlık, mutlu ve huzurlu bir hayat sürebilmek için önemli unsurlardandır. İyi bir sağlık hizmeti, devlete duyulan güven ve adalet duygusunu da destekleyici çok önemli bir faktördür. Sağlığını kaybeden vatan-

daşlar, bürokratik ve ekonomik nedenlerle gerektiği gibi tedavi edilmezlerse veya vatandaşların sağlığı yeterince korunamıyorsa, devlete olan güvenin kaybedilmesi riski ortaya çıkar. Çünkü bu olumsuz durum, adalet duygusuyla ilişkilendirilir.

Sunulan sağlık hizmetlerinin ülke sathına dağılımı ve kalitesinin ayarlanması kamunun görevidir. Sağlık hizmetinin sunumundaki vazgeçilmez bileşenleri





6 başlık altında zikredebiliriz. Bunlar; *“sağlıkta hakkaniyet, sağlığın teşvik edilmesi, kişilerin sürece katılımı, çok sektörlü işbirliği, yerel sağlık bakımı ve uluslararası işbirliğidir”* (Goicoechea, 1996:17). Hakkaniyeti arttıran ve vatandaşların yaşam kalitesini geliştiren politikalar, bütün dünyada vatandaşların ilgisine mazhar olmaktadır. Sağlığı iyileştirmek ve korumak yanında sağlık ekonomisi ve sağlık finansmanı da oldukça önemlidir.

Dünyanın en acımasız katili ve yeryüzündeki ızdırabın en büyük nedeni, tıbbın bildiği tüm hastalıkların A’dan Z’ye yer aldığı ve Dünya Sağlık Örgütü’nün çıkardığı “Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması” listesinin en sonunda, Z59.5 koduyla yer almaktadır (WHO, 1995:1). Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımladığı bu hastalık, **aşırı yoksulluk** tur. Bu tespit, ekonomik durumun sağlık üzerine olan etkisini gösteren gerçekçi bir vurgudur. Kişilerin gelir seviyeleri, ülkenin imkânları ve uygula-

nan sosyal politikalar, yoksulluk üzerinde belirleyici faktörlerdir. Demokrasinin esası olan seçimler, değişim ve gelişme için birkaç yıl arayla halka önemli fırsat sunmaktadır. Yoksulları, korunmasız grupları kollayan sosyal politikalar bu kesimlerden destek alamamaktadır.

Bir ülkede sağlığı iyileştirebilmek ve sağlığı koruyabilmek için yoksullukla mücadele etmek zorunludur. Bu mücadelenin başlıca şartı, hiç şüphesiz ülkenin içinde bulunduğu ekonomik ve siyasi şartların iyileştirilmesidir. Çünkü, *“sağlık ve kişi başına düşen gelir arasında pozitif ilişki uluslararası gelişmişlikte en iyi bilinen ilişkilerden bir tanesidir* (Bloom,D.E., Canning D.)”. İhtiyaç duyulan sağlık hizmetlerini sunmak için yapılması gereken binalar, bu binaların içine konulacak teknik teçhizat ve bu teçhizatı kullanarak sağlık hizmeti üretecek sağlık insan gücü yetiştirilmesi, ülkenin içinde bulunduğu ekonomik şartlarla doğrudan ilişkilidir.

Bir ülkede yaşayan ve sağlık sorunu olan vatandaşlar için, hükümetlerin karşılaştıkları ekonomik sorunlar önemli değildir. Vatandaşlar için önemli olan, kullanılan yöntemden ziyade, hükümetlerin öyle veya böyle kendilerinin sağlık sorunlarını bir şekilde çözmeleridir. Ülkemizde son 8 yılda sağlık alanında yapılan geliştirici çalışmalar sonuçlarını vermiş ve toplumda kabul görmüştür. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri aşağıda görülmektedir (Grafik 3). Sağlık alanındaki memnuniyetin açık tezahürü, yapılan bütün araştırma ve değerlendirmelerde seçmenin tercihini önemli oranda etkileyen bir alan olmasıdır. Seçmen tercihlerinde memnuniyetin etkisi büyüktür. İnsanların memnun oldukları kadroları iş başına getirmek istemeleri; beklenen, doğal bir sonuçtur.

Sağlık, siyaset için önemli bir argümandır. 2008 yılında yapılan ABD başkanlık seçimlerinde, başkan seçilen Barack H. Obama’nın seçiminde sağlık

reformu söylemleri etkili olmuştur. Ancak sağlık uygulamalarında başarısız olan kaybetmektedir. 2000 yılında dönemin ABD Başkanı Bill Clinton da sağlık reformunu denemiş ama başarısız olmuştur.

“Sağlığın iyileştirilmesi için, sağlık hizmet sistemlerinde (bina, teçhizat, sağlık insan gücü vb) iyileştirme yapmak, tek başına yeterli değildir” (Goicoechea, 1996:17). Bu nedenle sağlık sistemi üzerinde etkisi olan tüm taraflarda iyileşmeler paralel seyretmelidir. Örneğin, sunulan sağlık hizmetlerinin bedeli, geri ödeme kurumu tarafından karşılanmazsa, bazen doğrudan ama çoğunlukla dolaylı olarak önce vatandaşlar, sonra hizmet sunucuları etkileyecek ve sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşanacaktır. Ayrıca sağlık hizmetleri finansal açıdan sürdürülebilir olmalı ve vatandaşlar finansal riskten korunmalıdır. Sosyal devlet ilkesi gereğince devlet, en uygun şartlarda sağlık hizmeti sunumunu ve erişimini sağlamalıdır. Bunun için sektörler arası işbirliği önem kazanmaktadır (sağlık, sosyal güvenlik, maliye, ekonomi, üniversiteler başta olmak üzere).

Sağlık hizmetinin kullanımındaki “hakkanîyet”; ihtiyaç duyanın, ihtiyacı kadar sağlık hizmetlerinden yararlanmasını gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinden ne kadar faydalandığı kadar, bu hizmetlerden faydalanma yeri de önemlidir. Bu hakkanîyetin gerçekleşebilmesi için, hizmetin önceliği ve gerekliliği ile

imkânlar da göz önüne alınarak kişilerin yaşadığı yerlerde sunulan sağlık hizmetleri güçlendirilmelidir. Vatandaşlar, sağlığının iyileştirilmesi ve iyi bir seviyede tutulması için bilinçlendirilmeli ve sağlık hizmeti kullanımına aktif olarak katılmaları sağlanmalıdır. Tüm bunları gerçekleştirebilmek ve sağlık hizmetlerini arzu edilen seviyede sunabilmek için sektörler arası ve uluslararası alanlarda işbirliği yapılmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından da özellikle önerilen bu uygulamalar (Goicoechea, 1996:17), ülkelerin ekonomik şartları ile doğrudan ilişkilidir.

2002 yılından itibaren planlanan, uygulamaya konulan ve süreç içerisinde geliştirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın (SDP) temel amacı; ülkemiz insanının sağlığını, dolayısı ile sağlık sistemini daha iyi bir hale getirmektir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın (SDP) başarıya ulaşmasında önemli hususlardan biri, sektörün tüm paydaşlarının koordinasyon içinde çalışmalarını ve gelişmelerini sağlamak olmuştur. Bu ahengin yakalanması, başarının anahtarı olmuştur. Sektörler arası iş birliği olabilmesi için ekonomik istikrara, siyasi istikrara ve güven ortamına ihtiyaç vardır. Ekonomik istikrar, siyasi istikrar ve güven; kısa, orta ve uzun vadeli planlamaların yapılabilmesi için gereklidir.

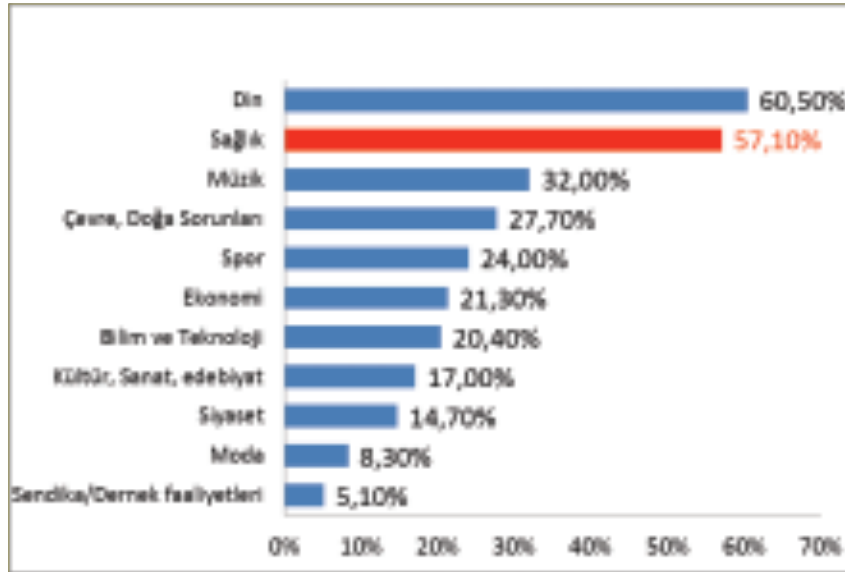
Ülkemiz, gelir grupları içinde, orta üst grupta yer almaktadır (kişi başına düşen Gayri Safi Milli Gelir olarak; 3 bin 946 USD - 12 bin 195 USD). Ekonomik

Her gün bir şekilde sağlık sistemi ile yüz yüze gelen vatandaşların sayısı, ülkemizdeki yazılı basının tirajına yakındır. Sağlık politikalarındaki hızlı değişmelerin ve doğrudan vatandaşa yansıyan olumlu gelişmelerin toplumda yazılı basının gücünü aşan oranda bir etki bıraktığını söylemek yanlış olmaz. Bu itibarla hiçbir siyasal iktidarın, halkın ilgi gösterdiği toplumsal konuların ikinci sırasında yer alan ve halkla doğrudan iletişimde önemli bir yer tutan sağlık konusuna eğilmeme lüksü yoktur.

olarak güçlü ve gelişmiş ülkelere bakıldığında sağlık harcamaları daha yüksektir. Bununla birlikte o ülkelerde doğumda beklenen yaşam süreleri de uzundur. İnsanlar sağlıklı olduğu sürece uzun yaşamaktadırlar, uzun yaşadıkça da sağlıklarını korumaya çalışmaktadırlar. Sağlık, uzun yaşam ve sağlık harcamaları arasında doğru bir orantı vardır.

Türkiye ekonomisi büyüdükçe, yukarıda ifade edilene benzer bir tablo ortaya çıkmaktadır (Tablo 1). Yıllar içinde sağlığa harcanan kaynak artmıştır. Bu artışta, hem Gayri Safi Yurtiçi Hâsılda (GSYH) oransal olarak payın artmasının hem de ülkemiz bütçe hacminin artmasının payı vardır. Ekonomik ölçütlerden biri olan GSYH, belirli bir dönemde ülkede üretilen mal ve hizmetlerin parasal karşılığıdır. Ekonomimizin güçlenmesi ile sağlık alt yapı eksiklerini gidermeye yönelik yatırımlar artmıştır. Cumhuriyet tarihinde kamuda inşa edilen toplam 10,5 milyon metrekaare sağlık alanının yarısı sadece son 8 yılda yapılmıştır. 2010 fiyatlarına göre güncellenen sayılarla ifade edilirse, 1995-2002 yıllarında 4,5 Milyar TL, 2003-2010 yılları arasında ise 15,5 Milyar TL yatırım yapılmıştır. Bu yatırımlar sağlık hizmetlerinin kullanımını artırmıştır.

Grafik 1. Türkiye’de bireylerin toplumsal konulara ilgisi



Kaynak: TÜİK, Yaşam Memnuniyet Araştırması, 2009.

Tablo 1: Seçilmiş yıllara göre sağlık harcamaları	1995	2002	2008
Toplam harcamalar içinde sağlık harcamaları (%)	2,5	5,4	6,1
Kişi başına toplam sağlık harcaması (SGP-ABD \$)*	173	466	846
Doğumda beklenen yaşam süresi (Tüm nüfus)	69,2	70,7	73,6
Kaynak: TÜİK			

Sağlık, sağlığı etkileyen diğer unsurlarla birlikte ele alınmalıdır. Sağlığı etkileyen diğer unsurlar ve hatta sağlık uygulamalarının kendisi bile diğer sağlık uygulamalarını teşvik edebilir. Örneğin ülkemizde bölünmüş ve çok şeritli yolların yapılması konusu böyledir. “112 Acil Sağlık Hizmeti” ilk yardım ambulans ve istasyonlarının sayısının artması ve buna paralel olarak ambulanslarda hastaya müdahale şartlarının iyileştirilmesi ülkemizde yoğun bakım hizmetinin gelişmesini teşvik etmiştir. Çünkü kötü yol şartları ile nitelik ve nicelik olarak yetersiz ambulanslar nedeniyle, hastaneye gitmesi gereken hastalara ulaşamadan, o hastalar olay yerinde veya yolda hayatlarını kaybediyorlardı. Günümüzde artık uçak ve helikopterlerden oluşan hava ambulans filomuz dahi devreye girmiştir.

Sosyal devlet, her yerde ve şartta vatandaşına sağlık hizmeti götürebilmeli ve ayrımcı olmamalıdır. Sosyal güvenliğin şemsiyesi geniş kapsamlı olmalıdır. Örneğin bazı gelişmiş ülkelerde, ülkemizin aksine ağız diş sağlığı hiz-

metleri geri ödeme kapsamında değerlendirilmemektedir. Yine gelişmiş ülkelerde uygulanan ve sosyal devlet ilkesi gereği olan evde sağlık hizmetleri verilmesi ülkemizde de uygulanmaya başlanmıştır.

Ülkemizde kamu hizmetlerinden memnuniyet oranlarında sağlık hizmetlerinin yükselişi dikkati çekmektedir (Grafik 2).

DSÖ ve OECD raporlarına da yansıyan Sağlıkta Dönüşüm Programının başarısı, uzun soluklu bir çalışma, planlama ve uygulamanın sonucudur. Vatandaşlar programın teknik detaylarını bilemeyebilirler ancak etkilerini bizzatı yaşayarak görmektedirler. Ülkemizde kişi başı sağlık kuruluşuna müracaatın yılda yaklaşık 7 olduğunu düşünecek olursak vatandaşlarımızın olumlu değişimleri çok kolay fark edebildiklerini söylemek mümkündür. Sağlık hizmetine daha çok ihtiyaç duyan kronik hastalar ve yaşlılar özellikle geçmişle kıyaslama yapmak suretiyle olumlu gelişmelerin daha çok farkında olmaktadır.

Her gün bir şekilde sağlık sistemi ile yüz yüze gelen vatandaşların sayısı, ülkemizdeki yazılı basının tirajına yakındır. Yani her gazetenin ayrı kişi tarafından alındığını ve okunduğunu varsayarak, oluşturabileceği iletişim ağı, o gün sağlık hizmetine muhatap olan insanların sistemle aralarındaki ilişki gücü ile kıyaslanabilir ölçüdedir. Kaldı ki, bütün gazetelerin benzer mesajlarla okuyucu karşısına çıkması mümkün olamamaktadır. Bu açıdan bakıldığında sağlık politikalarındaki hızlı değişmelerin ve doğrudan vatandaşla yansıyan olumlu gelişmelerin toplumda yazılı basının gücünü aşan oranda bir etki bıraktığını söylemek yanlış olmaz. Bu itibarla hiçbir siyasal iktidarın, halkın ilgi gösterdiği toplumsal konuların ikinci sırasında yer alan ve halkla doğrudan iletişimde önemli bir yer tutan sağlık konusuna eğilmeme lüksü yoktur.

Kaynaklar

Goicoechea, Josep ve başk. Primary health care reforms WHO Publications, Geneva, 1996

http://www3.pids.gov.ph/popn_pub/full_papers/DBloomCanning.pdf. (Erişim tarihi: 19.03.2011)

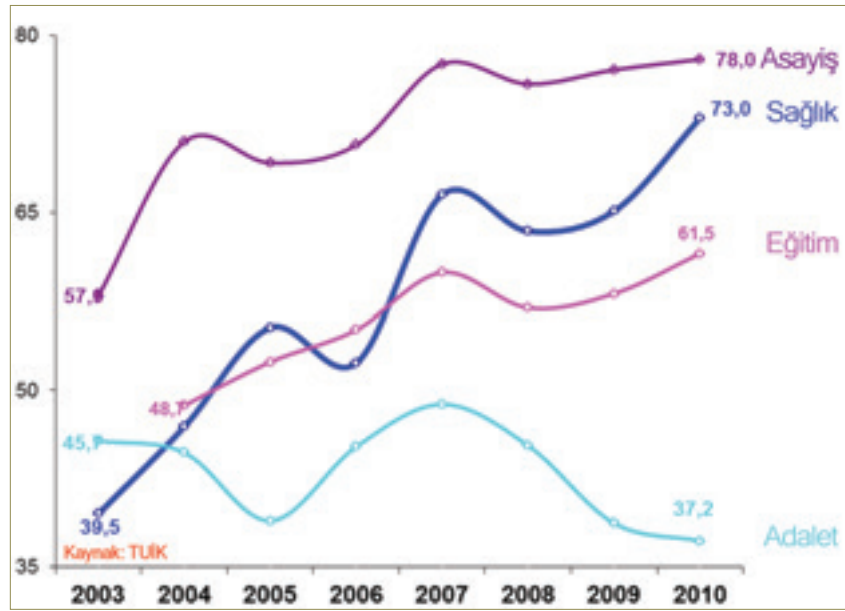
http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_EN_Complete.pdf. (Erişim tarihi: 19.03.2011)

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CSP2010#> (Erişim tarihi: 19.03.2011)

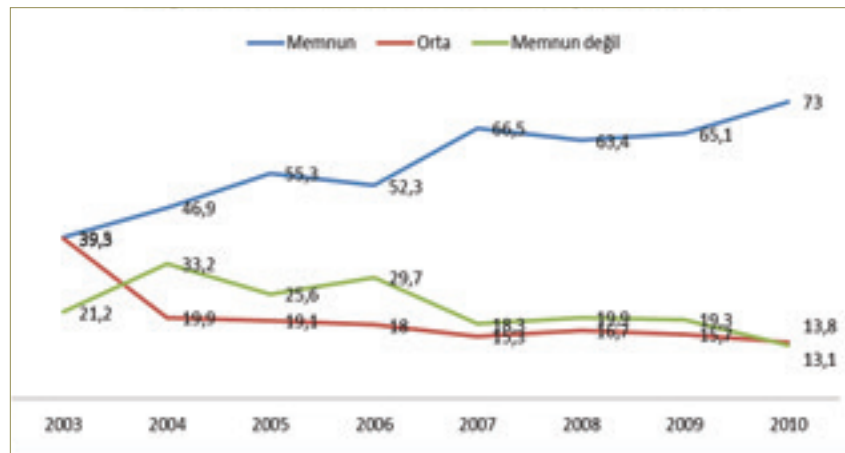
<http://www.tuik.gov.tr> (Erişim tarihi: 19.03.2011)

World Health Report 1995, Bridging the Gaps, Report of Director-General, WHO, Geneva, 1995

Grafik 2: Kamu hizmetlerinden memnuniyet oranı (%)



Grafik 3: Yıllara göre sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranları (Kaynak: TÜİK).



Partilerin internet siteleri ile programlarında sağlık ve bilişim

İlker Köse



İstanbul Üniversitesi Elektronik Mühendisliği Bölümü'nden 1999 yılında mezun oldu. Yüksek lisansını, 2003 yılında Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Bilgisayar Mühendisliği Bölümü'nde tamamladı. Halen aynı enstitüde doktora eğitimi devam etmektedir. Uzmanlık alanları arasında insan-bilgisayar etkileşimi, yazılım mühendisliği ve yapay sinir ağları sayılabilir. 1999-2003 yılları arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Ulaşım AŞ'de Bilgi İşlem Yöneticiliği yaptı. 2003 yılından 2009'a kadar Sağlık Bakanlığı'nın Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Merkezi Hastane Randevu Sistemi ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (Sağlık-NET) gibi bilişim projelerinde danışman ve koordinatör olarak çalıştı. Halen sağlık bilişimi alanında Avrupa'nın önde gelen kuruluşlarından Compu Group'ta çalışmaktadır. İstanbul Medipol Üniversitesi'nde ders veren Köse, evlidir ve bir çocuk babasıdır.

Seçimler yaklaşırken siyasi partiler parti programlarını yayımlamaya ve meydanlarda vaatlerini duyurmaya başladılar. Öncelik sıramız değişiklik gösterse de vatandaş olarak hepimizin ortak beklentisi, en iyi hizmet edebilecek ve en çok faydalı olacak parti veya partilerin iş başına gelmesidir. Fikirlerimizdeki ayrımlar, “en iyi”, “hizmet” ve “fayda” gibi ifadelerin tanımında ve uygulanış biçiminde ortaya çıkmaktadır ki, Cumhuriyet ve demokrasinin biz vatandaşlara sağladığı seçme hakkı da bu farklı yaklaşımlar arasında en uygununun belirlenmesini hedeflemektedir.

Seçimlerde vatandaş olarak bize düşen, halen ortaya konulan hizmetler açısından “daha iyi yapılabilir” diye düşündüğümüz hususları, acaba iktidar adayı olan partilerin hangisi daha iyi yapabilecek diye araştırmak ve oyumuzu ona göre kullanmaktır. Seçimler yaklaştıkça, liderlerin söyledikleri ve parti programlarının her satırı inceden inceye tartışılacaktır; ancak biz burada kendi alanımıza düşen bir konuyu ele alalım ve partilerin internet sitelerine, programlarına ve siyasetçilerin uygulamalarına bakarak, sağlık bilişimi konusundaki mevcut ihtiyaçları karşılama potansiyellerini ve vizyonlarını değerlendirmeye çalışalım istiyoruz.

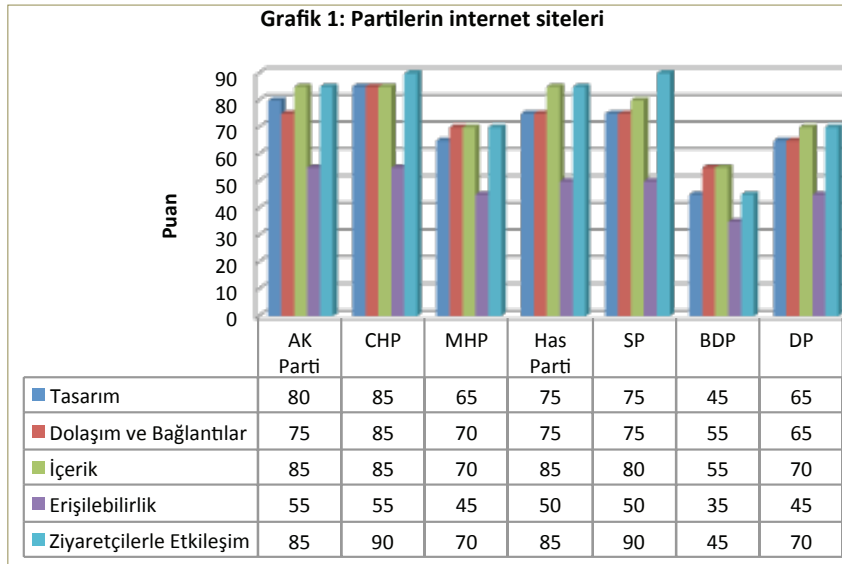
AK Parti

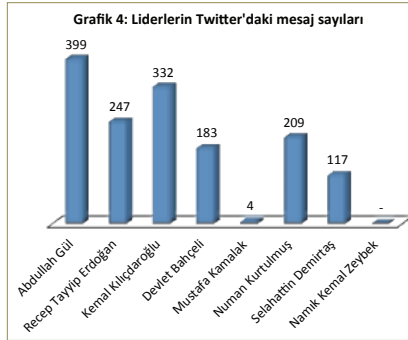
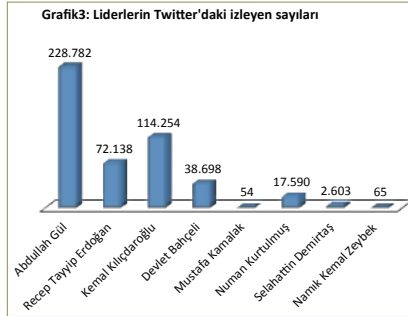
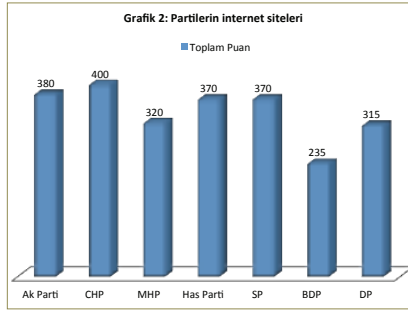
Parti Programı: AK Parti'nin Parti Programında Sosyal Politikalar başlığı altında yer verilen sağlık bölümünde, sağlık bilişimi ile ilgili bölüm şu şekildedir: “Sağlık sektöründe, bilgi işlem merkezli tek kontrol sistemine geçiş sağlanacaktır. Bu sayede sağlıkta maliyetler düşecek, verimlilik ve kalite artacaktır. Her vatandaşa verilecek bir sağlık numarası ile sağlık sorunları hızlı ve güvenilir şekilde tüm birimlerden takip ve koordine edilebilecek ve ayrıca her vatandaşın bağlı bulunduğu sağlık merkezinde bir dosyası bulunacak, nerede tedavi olursa olsun bütün bilgiler bu dosyada toplanacaktır.” Bu vaatlerin pek çoğu zaten yerine getirildi. Ancak iktidar partisi bundan sonra neleri yapmayı planlıyor, buna dair başka bir bilgi sunulmuyor.

İnternet sitesi (www.akparti.org.tr): Ana sayfasında çalışmayan bazı linkler dikkat çekiyor. Örneğin, teşkilat çalışmalarını internetten yapılmasını sağladığı tahmin edilen e-Teşkilat linki, (<http://eteskilat.akparti.org.tr/>) ve en medyatik projelerden olan Demokratik Açılım linki (<http://www.demokratikacilimkitabi.com/>) çalışmıyor.

İcraatların sıralandığı bölümde ise, pek çok icraattan bahsedilirken parti programında sağlık başlığı altında yer alan sağlık bilişimi ile ilgili hedeflerde elde edilen ilerlemelere dair bir bilgi verilmiyor.

Grafik 1: Partilerin internet siteleri





AK Partinin ana sayfasında e-Yönetim, Akbis ve e-Seçim gibi partiye özel bazı bilişim uygulamalarının linkleri mevcut. Geçerli bir şifremiz olmadığı için girip incelemek mümkün olmadı, sitede de tanıtıcı bir doküman bulamadığım için, kapsamlarıyla ilgili bilgi aktaramıyorum; ancak AK Partinin pek çok kurumsal ihtiyacı için bilişim uygulamalarını kullanmakta olması sevindirici bir durum. Zira böylelikle tanışma fırsatı buldukları bilişim araçlarını başka alanlarda da kullanma eğilimleri oluşacaktır. Bu arada, söz konusu uygulamaların güvenli/şifreli haberleşme protokolü kullanmadığını ve bu bölümdeki haberleşmenin dinlenmesi durumunda şifrelerin çalınma riskine açık olduğunu belirtmeliyim.

AK Partinin ana sayfasında -hatta bu sayfada linki yer alan Başbakan Erdoğan'ın kişisel web sayfasında da (<http://www.rte.gen.tr>)- **ne partinin ne de Başbakan veya diğer üye ve milletvekillerinin sosyal ağ adresleri mevcut değil.** Hatta ana sayfada yer alan Tanıtım ve Medya başlığı altında da bu tür bağlantıları bulmak mümkün değil.

CHP

Parti Programı: CHP'nin Parti Programında, bilişim ve teknoloji konusunda

iddialı ifadeler mevcut: Programda, bilgi toplumu konusunda yapılacak çalışmaların yeni kurulacak bir Bakanlık bünyesinde yapılacağını işaretleri veriliyor: *"Kamu yönetiminin, çağdaş gelişmelerin ışığında kendisini sürekli yenileyip geliştiren bir yapıya kavuşturulması sağlanacaktır. Bu kapsamda, Bölgesel Kalkınma ve Yerleşim Sorunları, Bilişim ve Bilgi Toplumu, Avrupa ile İlişkiler, KOBİ, Göçmen Sorunları gibi yeni sorun ve sorumluluk alanlarında ve çalışma ve sosyal güvenlik alanlarına yönelik Bakanlık düzeyinde yeni yapılanmalar gerçekleştirilecektir."* Programda, **"Ulusal Bilgi Toplumu ve Bilgi Ekonomisine Dönüşüm Stratejisi"** geliştirileceğinden ve **Türk Teknoloji Merkezleri (TTM)** adı altında yeni merkezlerin kurulması suretiyle Türkiye'nin bir yazılım üssü olmasının hedeflendiğinden bahsedilmektedir.

Bu ifadeler değerlendirildiğinde, vaat aşamasında da olsa, CHP'nin bilişim ve bilgi toplumu ile ilgili söylediklerinin oldukça iyi çalışılmış olduğunu söyleyebiliriz ki, bu ifadeleri iktidar partisi dâhil diğer partilerde görmek mümkün değil.

İnternet Sitesi (www.chp.org.tr): CHP'nin İnternet sitesi, siyasi partiler arasında yeni yaklaşımları yansıtan ve renkli bir görünüme sahip. Kurumsal bir görünümünden ziyade, ziyaretçilerin ilgi duyabileceği konular ön plana çıkartılmış ve sitede kolay bir dolaşım imkânı sağlanmış. Buna ek olarak sosyal ağlar üzerinden iletişime de önem verilmiş ve ana sayfada "Kılıçdaroğlu'nu İzleyin" başlığı ile Twitter ve Facebook adresleri verilmiş.

Ana sayfada yer alan spot konular ise, seçim kampanyası kapsamında kullanılan temel konulardan oluşuyor. Ancak bunlar arasında sağlık ve sağlık bilişimi ile ilgili herhangi bir tema görmek mümkün değil.

MHP

Parti Programı: Partinin programı 8 Kasım 2009 tarihli bir belge. Yaklaşan seçimler dolayısıyla yeni bir sürümünün yayınlanmasına ihtiyaç duyulmamış görünüyor. Parti Programında ise sağlık, Sosyal Hedefler başlığı altında bir bölüm olarak sunulurken, ondan hemen önce Bilim ve Teknoloji adlı müstakil bir başlık olduğu dikkati çekiyor. Ancak bu bölüm de, bilime, bilim adamlarına ve araştırmaya önem verileceği gibi genel hedefler içermekten öte gitmiyor. Sağlık başlığında ise sağlık bilişimi ile ilgili herhangi bir ifade söz konusu olmadığı gibi, genel sağlık politikası hedefleri açısından da, mevcut bazı uygulamaların yaygınlaştırılma-

cağını ifade eden ve yeni pek bir şey vadetmeyen bir metin olduğunu söyleyebilirim.

Buna karşın, seçim beyannamesinde yer alan sağlık başlığında, bilişimle ilgili şu maddeler dikkat çekiyor: *"Hastanelerde muayene, laboratuvar hizmetleri ve ameliyat randevuları bilgisayar ortamında verilecek ve sağlık personelinin randevu sistemine müdahalesi kesinlikle önleneyecek. Bütün sağlık kurumlarının elektronik erişiminin sağlandığı ve bireysel sağlık verilerinin yer aldığı e-sağlık bilgi sistemi oluşturulacak."*

İnternet Sitesi (www.mhp.org.tr): MHP'nin internet sitesinin ana sayfasında doğrudan sağlıkla ilgili bir menü yer almıyor. Site, daha çok partinin kurumsal yapısını anlatan bir görünüm arz ediyor. Buna karşın, ana sayfada, Twitter ve Facebook gibi sosyal ağlarda partinin sesini duyabileceğiniz adresler verilmiş.

BDP

Parti Programı: Programda sağlık bilişimi ile ilgili herhangi bir şey olmadığı gibi sağlık başlığının kendisi de oldukça kısıtlı ve çok genel ifadeler barındırıyor.

İnternet Sitesi (www.bdp.org.tr): Site'nin parti bayrağının renkleri ile tasarlanmış olması, görüntüyü alışılmışın ve estetiğin dışına taşımış. Hâlbuki amaç insanların bu siteleri ziyaret etmesiye, daha sade tasarlanmış, az sayıda ve uyumlu renklerin kullanıldığı siteler daha çok rağbet görüyor. Ana sayfada sağlık ve bilişimle ilgili bir bilgi yer almıyor. Hatta parti yöneticilerinin Twitter başta olmak üzere pek çok sosyal ağı etkin kullandığı, bilinmekle birlikte sitede sosyal ağlarla ilgili herhangi bir link de yer almıyor.

SP

Parti Programı: Programın sosyal güvence ve sağlık başlıkları diğer programlara nispetle oldukça dolu görünüyor.

İnternet Sitesi (www.saadet.org.tr): Site, hem kurumsal bilgileri yeterince iyi sunuyor; hem de ziyaretçilerle etkileşime uygun şekilde tasarlanmış. Ziyaretçilerin bağış yapabilmesi ve üyelik süreçleri için gerekli ekranlar ön planda sunulurken, sosyal ağlar üzerinden partiye erişebilmeleri için uygun adresler de verilmiş. Bununla birlikte, partiye ait tek mobil uygulamasını da Saadet Partisi'nde görmekteyiz. **Saadet iPhone Uygulaması** adındaki bir programla iPhone üzerinden partiyle ilgili güncel bilgi ve duyurulara erişmenize olanak sağlanıyor.

HAS Parti

Parti Programı: Sağlık ve Sosyal Güvenlik başlığı altında sosyal güvence ve herkesin kendi bütçesine orantılı bir şekilde katkı payı ödeyeceği bir yapıdan bahsediliyor. Ancak bunun dışında sağlıkla ilgili detaylı bir bilgi olmadığı gibi, **programda “bilişim” kelimesi hiç yer almıyor.**

İnternet Sitesi (www.hasparti.org.tr): Site, ziyaretçilerle etkileşime uygun şekilde tasarlanmış. Ziyaretçilerin öneri ve şikâyetleri, üyelik süreçleri ve sosyal ağlar üzerinden partiye ve Numan Kurtulmuş’a erişebilmeleri için uygun adresler verilmiş.

DP

Parti Programı: Sağlık başlığı ana çocuk sağlığı ve erişilebilir sağlık hizmeti gibi birkaç konuya değinirken, partinin sağlıkla bilişime nasıl yaklaştığına dair herhangi bir ifade yer almıyor.

İnternet Sitesi (www.dp.org.tr): Daha ziyade kurumsal bir görünüme sahip olan sitenin ana sayfasında sağlık ve bilişimle ilgili veya sosyal ağlarla ilgili herhangi bir link yer almıyor.

Programların genel değerlendirmesi

Partilerin sağlık ve sağlık bilişimi konusunda şayet birikimleri varsa bile bunu programlarına yeterince yansıttıklarını söyleyemem. Hâlbuki programlardaki vaatlerin hemen hepsi, bir şekilde bilişim unsurları kullanarak gerçekleştirilmek durumunda. Hem bu kadar her konunun içinde, hem de bu kadar gündem dışı olan bir disiplin var mıdır, merak ediyorum doğrusu! Ortaya çıkan bu resmi yorumlarken, partilerin bilişimin vazgeçilmez olduğunu aslında çok iyi bildiklerini ve aslında yazmasalar da hep parantez içinde belirttiklerini düşünmek de çok safça olur sanıyorum. Benim kanaatim, partiler, ülkedeki güncel gelişmeleri programlarına yeterince doğru yansıtmıyorlar. Hatta bırakın ülkedeki, dünyadaki gelişmeleri bile programlarına yansıtmaları gerekiyor ki, hemen hepsinin hedefi olan “büyük Türkiye hayali” gerçekleşebilsin. Başlangıç noktası belirsiz olunca da yöntem ve araçlar da tali unsur olarak kalıyor ve program metinleri birer temenni vesikası olmaktan öte gidemiyor. Hâlbuki bilişim, sağlık, sosyal güvenlik, ekonomi, vb. diğer unsurları destekleyen bir yardımcı unsur olarak değil, eskilerin tabiriyle kendi şahsına münhasır bir unsur olarak programlarda yer almalı ve bilişime dair yapısal hedefler de net bir şekilde belirtilmelidir ki diğer hedeflerin ne kadar yapılabileceğine dair inancımız artsın.

Diğer taraftan, programların güncel olmaması, sadece muhalefette değil, iktidar partisinde de göze çarpıyor. Tüm programlarda, ülkede zaten yapılmış pek çok icraat için “yapılacak, edilecek” şeklinde vaatlerle sık sık karşılaşılıyorsunuz. Bu durum, iktidar partisi için sadece bir güncelleme sorunu gibi görünse de, bundan sonra neler yapılabileceğine dair “yeni şeyler söyleyebilme” açısından önemli bir fırsatın kaçırılması anlamına geliyor. Aynı durum, muhalefet için daha kötü bir görüntü arz ediyor. Zira “yapacağız” denilen pek çok şey zaten yapılmış durumda olunca, alternatif olma iddiası ve yapılan vaatlerin de anlamı kalmıyor.

İnternet sitelerinin genel değerlendirmesi

Siyasi partilerin internet siteleri pek çok yönden değerlendirilebilir. Yapılacak değerlendirmeler de gerek içeriği, gerekse yöntemi açısından eleştirilebilir. Konu siyaset olunca, doğal olarak yapacağınız her eleştiri de siyasi bir cepheden değerlendirilme potansiyeline sahip. En azından yöntem açısından iyi bir örnek üzerinden gitmek, eleştirileri de azaltacaktır diye ümit ediyorum. Bu nedenle ülkemizde kamu siteleri üzerinde yapılan en kapsamlı ve metodik çalışmalardan biri olan Sayıştay Başkanlığı’nın “e-Devlete Geçişte Kamu Kurumlarının İnternet Siteleri” adlı çalışmasının iyi bir model olacağını düşünüyorum. 2006 yılında yayımlanan söz konusu raporda, kurumsal internet sitelerinin geçirdiği evreler şu şekilde sınıflandırılıyor:

Düzey: Basit bir internet sitesi

Düzey: Elektronik yayıncılık

Düzey: İnteraktif (etkileşimli) e-yayıncılık

Düzey: İşlem yapılabilen internet sitesi

Düzey: Katılımcı e-yönetişim

Aynı raporda internet sitelerinin değerlendirme ölçütleri şu şekildedir:

Tasarım

Dolaşım ve bağlantılar

İçerik

Erişilebilirlik

Bu ölçütlerin tamamı için toplam 35 adet puanlama kriteri söz konusudur. İlgili ölçütler, kendileriyle ilgili olan kriterlerden aldıkları puanların toplamı ile değerlendirilmektedirler (Kriterler ve diğer detaylar için www.sayistay.gov.tr/rapor/rapor4.asp?id=64 adresine bakılabilir). Analiz ettiğimiz siteler, siyasi partilere ait olduğu için “ziyaretçilerle etkileşim” konusunu da ek bir ölçüt olarak ele almakta fayda gördüm. Bu yöntemle siyasi partilerin sitelerini değerlendirdiğimizde aşağıdaki sonuçları elde ediyoruz:

Partilerin tüm ölçütlerden elde ettikleri toplam puanlar ise şunlardır:

Liderler ve siyasetçilerin sosyal ağ kullanımı

Parti programları ve internet siteleri, partilerin bilişime bakışını bir miktar yansıtsa da, bilişimin ne kadar içselleştiği, liderlerin bilişim araçlarını ne kadar kullandıkları ile daha iyi ölçülebilmektedir. Bu çerçevede, incelenmek üzere ilk akla gelen, liderlerin ve siyasetçilerin sosyal ağları ne kadar ve nasıl kullandıklarıdır. Nitekim iktidardan muhalefetine, hemen herkes kendisine göre “bir takım medya” tanımlaması yapıyor ve vatandaşa doğrudan ulaşamadıklarından şikâyet ediyor. Güvenlik ve mahremiyet konularını bir kenara bırakırsak, sosyal ağlar, özellikle siyasi liderlere seçmenleriyle doğrudan etkileşime geçmelerine olanak sağlıyor.

Liderlerin sosyal ağ kullanımlarını analiz etmek için, Twitter ağını tercih ettim. Zira Twitter, hem kısa mesaj yollayarak haberleşme imkânı sağladığı için, hem de mobil cihazlardan daha kolay erişilebildiği için daha sık ve kolay bir etkileşim ortamı sunuyor. Bu nedenle Facebook ve Reader platformlarına göre daha anlamlı ve seviyeli bir etkileşim sağlıyor (Not: Twitter istatistiklerinde 28 Mart 2011 tarihindeki değerler esas alınmıştır)

Bu analizi sunmadan önce, her ne kadar siyasi parti lideri kapsamında olmasa da Cumhurbaşkanı Abdullah Gül’ün Twitter’ı en etkili kullanan lider olduğunu söylemeliyim. Aşağıdaki grafikte ortalamayı yükselttiği için diğer liderlerin sönük görünmelerine neden olması nedeniyle kendisini listeye eklemekte tereddüt ettim, ancak bilişimle ve vatandaşla iç içe olan bir cumhurbaşkanını burada zikretmek vefasızlık olacağı için bu fikrimden vazgeçtim.

Şüphesiz sadece liderler değil, diğer siyasiler de sosyal ağda etkin bir şekilde yer almaya başladılar. Bunlar arasında en göze çarpan şüphesiz Ankara Büyükşehir Belediye Başkanı Melih Gökçek. Zira yakın zaman önce yoğun kar yağışı sırasında bile belediyenin çalışmalarını sabah 5’e kadar Twitter üzerinden naklen bildirdi. Yazılan mesaj sayısı açısından da Melih Gökçek liderler dâhil tüm siyasetçiler arasında açık ara önde. Melih Gökçek, o kadar çok mesaj yazıyor ki, Twitter’ın bir mesaj kotası olduğunu da kendisinden öğrenmiş olduk. Melih Gökçek’in bilişimi kullanması sadece bununla da sınırlı değil. Yakın zamana kadar www.kilicdaroglu.com adresine girenler, karşılarında Ankara Büyükşehir Belediyesi’nin İnternet sitesini bulmaktaydılar.

Sitenin alan adını alan kişi Melih Gökçek olmasa da, en azından onun bir hayranı olduğu açık (ancak bir süre önce mahkeme kararıyla bu adresin yönlendirilmesi kaldırıldı).

Mesaj yazma konusunda diğer etkin siyasetçiler ise BDP'den Hasip Kaplan ve eski Sağlık Bakanı Müsteşarı ve AK Parti'den Adana Milletvekili Necdet Ünüvar. Onları, son olarak Çalışma Bakanlığı'nın engellilerle ilgili yasal düzenlemeleri konusunda gündeme gelen AK Parti'den Lokman Ayva ve CHP Genel Başkan Yardımcısı Gürsel Tekin izliyor.

Siyasetçilerin Twitter kullanım oranları:

Ülkemizdeki lider ve siyasetçilerin sosyal ağdan ne kadar yararlandığını gözler önüne sererken, kimi zaman "iyiye gidiyoruz" hissi insanı kaplıyor. Buna karşın, ABD Başkanı Barak Obama'nın 7 milyondan fazla izleyeni olduğunu söylersek, insanlara sanal ortamda da olsa daha yakın olmak için alınacak daha çok yolumuz olduğu görülecektir.

Sonuç

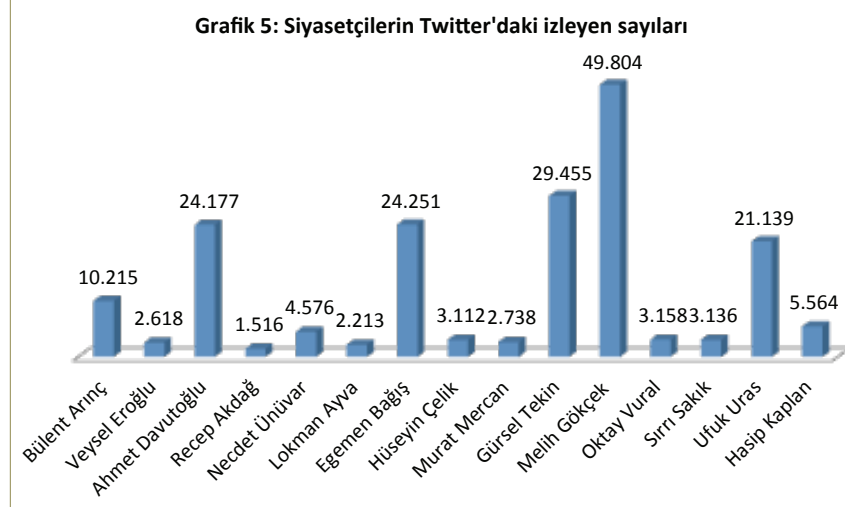
İncelemelerim sonucunda siyasi partilerin, sağlık bilişimi bir yana, sağlık konusunda bile yeterince detaylı çalıştığını söyleyemem. İktidarıyla, muhalefetiyle tüm siyasi partilerin, öncelikle ülkedeki en güncel duruma bakarak, bundan hemen sonra atılacak adımlardan ve kullanılacak yöntemlerden bahsediyor olmaları beklenir. Dış politika, ekonomi, özgürlükler meselesi, yolsuzluklar, vb. pek çok konunun, sağlık bilişiminden ve hatta bazen sağlıktan da daha öncelikli ele alınmasını yadırgamıyorum. Ancak bu vaatlerden hangisinin yerine getirilmesi için bilişim altyapısına ihtiyaç olmadığını da merak ediyorum. Hal böyleyken, buna dair bir vizyonun olmamasını veya eksik olmasını, partilerin konuya yeterince hâkim olmamalarına bağlamak kaçınılmaz. Bu şekilde "seçim kampanyası" jargonu, maalesef partilerin gereken ciddiyetle program hazırlamalarının önüne geçiyor ve vaatler az ya da çok popülizme kayıyor. Bu şekilde seçimlere hazırlıksız girmenin sonucunda, iktidar olan her kim olursa olsun, somut, karmaşık, çözümü zaman isteyen ve hazırlıksız yakalandığı problemlerle baş başa kalıyor.

Baktığımızda, bilgisayar ve elektronik

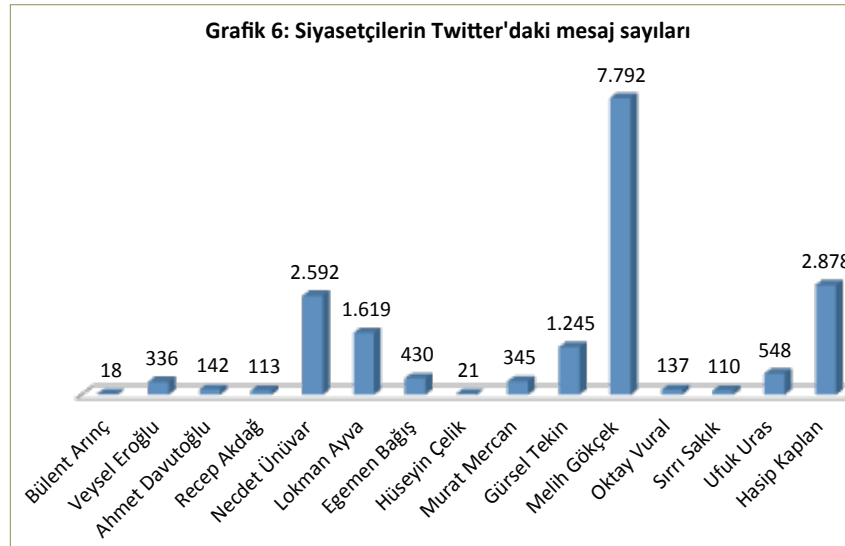
mühendislerinin hala müstakil birer meslek odaları yoktur. Elektrik Mühendisleri Odası'na bağlı olan bu mühendislerin devlette çalışabilecekleri kadroların ücretleri ise, özel sektörle kıyaslanamayacak derecede düşük olduğundan, nitelikli ve ehil pek çok uzman devleti tercih etmemektedir. Hal böyle olunca, "idare etme" değil, atılım yapılması gereken bir alanda verimsiz ve kalitesiz bir sonuç çıkmaktadır. Olaya sağlık bilişimi özelinde baktığımızda da, sağlık hizmeti veren kurumlarda, ne bilişimci çalıştıracak imkânlar mevcuttur, ne de bilişimcileri yönetebilecek bir yönetim kadrosu ve anlayışı...

Alan uzmanı olarak seçimler yaklaşırken benim ifade etmek istediğim şey şudur: Bilişim araçları ve elektronik sistemler, daha hızlı vb. oldukları için mekanik araçların yerini alan unsurlar değildirler. Bilişim, tek başına da önemli bir değerdir. Her ne kadar başka bir değer ve varlıkla bir arada olduğunda katma değeri daha iyi anlaşılabilir, bir takım kavramların başına "e" ekleyerek e-sağlık, e-devlet vb. kavramlar üretmemiz, bilişimi doğru kullandığımız ve mevcut kavramları gerçekten başka bir şeye dönüştürdüğümüz anlamına gelmez. Bu nedenle toplumumuzda bilişimin gerçek anlamda katma değerini görebilmek için, en kısa zamanda Bilgi Toplumu Bakanlığı gibi bir isimle oluşturulacak müstakil bir bakanlık tesis edilmeli ve devlet çarkının bir parçası olmalıdır. Aksi halde, bilişimi doğru konumlandıramamamız nedeniyle sanayi devrimini kaçırdığımız gibi, bilişim devrimini de kaçırarak gibi görünüyoruz.

Grafik 5: Siyasetçilerin Twitter'daki izleyen sayıları



Grafik 6: Siyasetçilerin Twitter'daki mesaj sayıları



Sokağın gözünden sağlığın fotoğrafı

Ömer Çakkal



1982 yılında Çorum'da doğdu. 2004'te Marmara Üniversitesi İletişim Fakültesi'ni bitirdi. 2002 yılında Yeni Şafak'ta çalışmaya başladı. Meslekteki ilk yıllarında kültür ve sanat, sonraki yıllarda gündem ve politika muhabirliği yaptı. Yeni Şafak'ta film eleştirisi yayımlandı, Sonsuzkare Sinema Dergisinin editörlüğünü yürüttü. Eğitimbilim, Dergâh, Kırklar gibi dergilerde öykü, haber, dosya ve söyleşileri yayımlandı. 2008 yılında Yeni Şafak'tan ayrıldı, kısa bir süre iyibilgi.com adlı haber portalında editörlük ve yazı işleri müdürlüğü görevlerini yürüttü. Mayıs 2008'den beri SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi'nin ve sdplatform.com'un yayın koordinatörlüğünü yapmaktadır.

Vatandaşlar, Türkiye'nin en önemli sorunları olarak neyi görüyor? Türk halkı sağlıktaki gelişmeleri nasıl değerlendiriyor? Bu durum, onların oy tercihlerine nasıl yansıyor? Kılıçdaroğlu'nun aile sigortasını anlattığı reklam filmi halkı etkiledi mi? Kafamda bu sorularla yağmurlu bir Pazartesi sabahında Balat ve Unkapanı'nın sokaklarını arşınladım.

Ayakkabı boyacısı Sadullah Amca'yla halleştim, Naciye Abla'nın Kürt böreğinin tadına baktım. Çayı, İMÇ'de kırtasiyecilik yapan Emin Amca'nın dükkânında içtim. Öğrencilerle konuştum. Bir güvenlik görevlisiyle, bir muhasebeciyle, temizlik işçisi Makbule Abla ve Tekel Bayii Tevfik Bey ile konuştum. Elimden geldiğince toplumun farklı kesimlerinden olmasına dikkat ederek 10 kişiye mikrofona uzattım. Sağlıkta olan bitenleri ve bunların sandığa yansımalarını bir de onların gözünden dinleyelim bakalım.

“Sabah 6'da kuyruğa girer, belki öğleye kadar ancak muayene olabiliydik”

Remziye Sürücü Açık öğretim Fakültesi öğrencisi. Özel bir şirkette güvenlik görevlisi olarak çalışıyor, Bayrampaşa'da oturuyor. Ona göre ülkemizde en önemli sorun işsizlik. Arından da terörü sayıyor. İşsizlik soru-





Ayakkabı Boyacısı Sadullah Cengiz: “Bugün her bir şey rahat. Muayenesi de rahat, ilacı da rahat. Kuyruk, muyruk kalmadı. Kılıçdaroğlu’nu gözüm pek tutmadı. Herkesin bir sevdiği olur, ben onu sevmiyorum. Yalan yok, ona inanmıyorum. ‘600 milyon vereceğim’ diyor. Atıyor. Vallahi olmaz o.”

nunu şöyle anlatıyor: “Seçenek olarak çeşitli işler var ama herkes eğitime, konumuna göre işlerde çalışmak istiyor. O noktada sıkıntı var. Üniversite mezununa asgari ücret teklif edildiği zaman bunu geri çevirmek zorunda kalıyor. Bu şekilde işsizlik artıyor.” Hastalandığında devlet hastanesinden tedavi hizmeti aldığı anlatan Sürücü’ye göre sağlık hizmetine ulaşım, bugün artık önemli bir sorun değil. AK Parti iktidarı öncesindeki manzarayı, “Babam SSK’lıydı. SSK Hastanesi’nde sabah 6’da kuyruğa girer, belki öğleye kadar ancak muayene olabilirdik. Ardından bir de filmler, tahliller, ilaç kuyrukları vardı. Tam bir işkenceydi.” diye anlatan Sürücü, politik atmosferle ilgili karamsar konuşuyor: “Şu anda gelen partinin gideni arattığını düşünüyorum.” Kemal Kılıçdaroğlu’nun aile sigortasını anlattığı reklam filminin kendisini etkilemeyeceğini söyleyen Sürücü, “Ailevi görüşlerimize göre bildiğimi uyguluyoruz.” diyor. Sürücü’nün sağlık sistemimizdeki birkaç kavrama dair görüşleri ise şöyle: “Aile hekimliği sağlık ocaklarında verilen bir hizmetti değil mi? Güzel bir uygulama. Hasta hakları uygulamaları hakkında duvarlarda asılan tabelaları biliyorum. Gerçekten uygulanıyor mu ve benim haklarım neler ben tam bilmiyorum. Şikâyet eden vatandaşların sorunlarının çözüldüğünü pek sanmıyorum. Özelde tedavi imkânı tabi ki güzel ama bir riski var. Gerekliliği pek çok test yaptırılıyor.”

“Muayenesi de rahat, ilacı da. Artık kuyruk, muyruk kalmadı.”

İşçi emeklisi Sadullah Cengiz Unkapanı’nda ayakkabı boyacılığı yaparak hayatını kazanıyor. Sadullah Amca Gazi Mahallesi’nde oturuyor. Ona göre en büyük sorun işsizlik ve anarşi. Hastalandığında tedavi olmak

için devlet hastanesine gittiğini anlatan Cengiz, sağlıktaki tabloyu, “Bugün her bir şey rahat. Muayenesi de rahat, ilacı da rahat. 10 yıldır Türkiye çok güzel. Kuyruk, muyruk kalmadı.” diye anlatıyor. Kılıçdaroğlu’nu da ikna edememiş. “Kılıçdaroğlu’nu gözüm pek tutmadı. Herkesin bir sevdiği olur, ben onu sevmiyorum. Yalan yok, ona inanmıyorum. Ona oy vermem. ‘600 milyon vereceğim’ diyor. Atıyor. Vallahi olmaz o.”

“Eskiden bebeğim kucağımda ilaç kuyruğu beklerdim”

Naciye Apaydın Balat’ta börekçilik yapıyor. Sabahları sıcak börekler satıyor, benim uğrak mekânlarımdan biri. Küçükmustafapaşa’da oturan Naciye Hanım, hastalandığında aile hekiminin yolunu tutuyor. Ona göre en önemli sorunlar yolsuzluklar, ekonomi ve başörtüsü sorunu. Kuyruk çilesinin bitmesini öven Apaydın, “Kim hizmet ederse ona oy veririm.” diyor ve ekliyor: “Kılıçdaroğlu’nu samimi bulmuyorum. Oy almak için böyle söylüyor. Aile hekimliği güzel bir uygulama ama bazı kişilerin aile hekimleri evlerine çok uzak. Eskiden bebeğim kucağımda ilaç kuyruğu beklerdim. Şimdi doktora muayene oluyorsun, eczane ise hemen hastanenin karşısında.”

“1 liralık ilaç almak için 8 - 10 lira katkı payı diye para alıyorlar. Bu yanlış.”

Emin Yenidünya İMÇ Bloklarında kırtasiyecilik yapıyor. Alibeyköy’de oturan Emin Amca’ya göre en önemli sorunlar terör ve işsizlik. Hastalandığında bazen devlete, bazen öze gittiğini anlatan Emin Amca, hükümetin sağlık politikalarını başarılı buluyor. “On yıl öncesine göre bugün her şey daha kolay. Telefonla arayıp randevu alıyorsun, saatinden gidip tedavinin olup geliyorsun.” diyen Yenidünya, televizyonda ne zaman Kılıçdaroğlu’nu görse öteki kanalı çeviriyormuş. Emin Amca’nın tüm eczanelerden reçete ile ilaç alınabilmesi uygulamasına yönelik bir eleştirisi var. “1 liralık ilaç almak için 8 - 10 lira katkı payı diye para alıyorlar. Bu yanlış.”

“Vizite kâğıdı ve sağlık karnesi kalktı. Artık her şeyi internetten yapıyoruz”

Özcan Çoban muhasebeci, Sefaköy’de oturuyor. İşsizliği sorun olarak görmeyen Çoban, “İnsanlar her işi yapmak istemediğinden kahvede oturmayı tercih ettiğinden ötürü işsizlik sorunmuş gibi algılanıyor.” diyor. Çoban, sağlıktaki fotoğraf hakkında şunları söylüyor: “Sağlık alanında on yıl öncesi ile bugün arasında devrim gibi farklar var. İnternette randevu, lobide karşılama, hizmetlerin iyileştirilmesi gibi alanlarda

önemli gelişmeler var. Bazı kamu hastaneleri özellikleri geçti. Ben sigortacı olduğum için biliyorum; AK Parti Hükümetinden önce beyanname vermek için vergi dairelerinde kuyruk beklerdik, onu internet ortamına taşıdılar. Biri işe başladığında girişini yapmak için SSK’da kuyruk beklerdik, onu da internetten yapıyoruz. Çağdışı olan vizite kâğıdı ve sağlık karnesi uygulaması kalktı, artık TC kimlik numarası ile her şey yapılabiliyor.” Oy verirken partilerin ve liderlerin karnesine baktığını belirten Çoban, ekliyor: “Kemal Kılıçdaroğlu’nu inandırıcı bulmuyorum. Fantezi gibi geliyor bana. Beni hiç etkilemiyor. Bahsettiği çalışmaların çoğu zaten yapıldı, yapılıyor. ‘Hasta hakları konusu neymiş’ dedim, mevzuata baktım. Acil servislerde özel hastaneye para vermeden çıkman lazım ama hastaneler para istiyorlar. Oysa acilde ücretsiz tedavi, hastaların hakkıdır. Özelde tedavi çok güzel bir uygulama. ‘Bana özelde dört dörtlük hizmet yapılırsın. Bir elim yağda bir elim balda olsun. Ama tek kuruş da para vermeyeyim’ düşüncesinde olan insanlar var. Özel hastaneler para girdisi ile dönen kurumlar. Oranın kirası, alınan araç gereç, personel maaşları gibi kalemlerin çoğunu devlet karşılamıyor ki. Bir hizmet alınmışsa karşılığı ödenmeli.”

“Hasta haklarını bilen yok; TV, radyo ve gazetelerden vatandaşlara anlatılmalı”

İlyas Özçiçek, doktora öğrencisi, Küçükçekmece’de oturuyor. Ülkemizdeki en önemli sorunu üretimin az olması diye tanımlıyor. Ona göre eğitim de önemli bir sorun. Hastalandığında aile hekimine başvuran Özçiçek, duruma göre özel bir hastanede tedavi hizmeti aldığını söylüyor. Sağlıkla ilgili çektiği fotoğrafta eleştiriler dikkat çekiyor: “Sağlığa ulaşım artık en önemli sorunlardan biri değil. Ancak hekim sayısı halen çok az. Memleketim olan Ankara, Şereflikoçhisar’da 100 binlik nüfusa rağmen hastanede bazı branşlarda uzman hekimler yok, pratisyenler tedavi ediyor. Uzman hekimler büyük şehirlere yığılmış durumda.” Oy kullanırken partilerin ilkelerine baktığını söyleyen Özçiçek, “parti taraftarlığı”nı doğru bulmuyor. “Partilerin tek tük yanlışları, doğruları ya da çıkışlarına bakmak yerine bir bütün olarak o partiyi, ilkelerini, geçmişini ele alarak oy tercihinde bulunmak gerektiğini düşünüyorum.” diyen Özçiçek, Kılıçdaroğlu’nun reklam filmini ise samimi bulmadığını anlatıyor. CHP’nin ilkelerinde ve zihniyetinde bir değişim olduğunu düşünmeyen Özçiçek, CHP’nin mevcut kitlelerinden oy alabileceği inancında. İlyas Özçiçek’in sağlıktaki akla gelen birkaç uygulamaya ilişkin görüşleri ise şöyle: “Aile hekimliği onlarca senedir

Avrupa'da uygulanan bir sistem. Ülke-mizde de başlamalıydı. Doğru yerde, doğru tedavi için gerekiyordu. Hasta hak-ları uygulamaları konusunda vatandaş-lar yeterince bilgi sahibi değil. TV'lerden, radyo, gazete ve internetten vatandaşlara hakları anlatılmalı. Özel-de tedavi imkânı güzel bir uygulama. Dar gelirliiler eskiden sadece devlet hastanelerinde tedavi olabiliyordu. Umarım tüm özel sağlık kurumları SGK ile anlaşır. Tüm eczanelerden reçete ile ilaç alınabilmesi de bir devrim. Eskiden SSK'nın bodrum katlarında bitmez tü-kenmez kuyruk çileleri vardı. Bugün ortak o görüntüler kalmadı."

"Güzel vaatleri vardı, bugün gelse gene Cem Uzan'a oy veririm"

Emre Özdamar, öğrenci. Alibeyköy'de oturuyor. Ona göre en önemli sorunlar işsizlik, terör, Ergenekon soruşturması ve yargıdaki güvensizlik. Hastalandı-ğında duruma göre kamu ve özel has-tanelerde tedavi olduğunu anlatan Emre'ye göre sağlığa ulaşım İstanbul'da önemli bir sorun değil ama Anadolu'da kırsalda halen önemli bir sorun. Ona göre 10 yıl öncesine göre sağlıkta önemli gelişmeler var. Bunları, "Pek çok hastane açıldı. Sağlığa ayrı-lan kaynak artırıldı. Özelde tedavi imkânı başladı." diye anlatan Emre Öz-damar, "Oy verirken parti başkanının yaptıklarına ve yapabileceklerine, vaat-lerine bakarım. Mevcut iktidardan memnun değilsem onun gitmesi için başka partilere de oy atabilirim." diyor ve ekliyor: "Kılıçdaroğlu'nun reklam fil-mi hem beni, hem vatandaşı etkiler. CHP'ye giden oylar artabilir. Güzel va-atleri var. Sonuçta o bir devlet adamı, yanlış bir şey vaat etmez sanırım. Cem Uzan da beni etkilemişti. Bugün olsa gene Cem Uzan'a oy veririm. Ne bile-yim, yapabilir yani. Yapamayacağı ne belli! Gelsin, görelim." Emre'nin, aile hekimliği uygulaması ile ilgili kafasına takılan bir konu var. Onun ağzından dinleyelim: "Öğrenci arkadaşımın ikametgâh kaydı memleketinde ise şimdi bu öğrenci aile hekiminden nasıl hizmet alacak? Diyelim ki bu öğrenci arkadaşım ikametgâhını İstanbul'a aldı. O zaman tatillerde memlekete git-tiğinde nasıl tedavi olacak?"

"Kırsalda halen at sırtında hastane-ye götürülen hamile kadınlar var"

Mine Oruç'da yaşıtı Emre gibi öğrenci. Mine Bağcılar'da oturuyor. Ona göre Türkiye'deki en önemli sorunlar özgür-lükler ve insan hakları. Hastalandı-ğında tedavi için aile hekimine ya da özel hastaneye gittiğini söyleyen Mine de kırsalda sağlığa ulaşımın güçlüğüne dikkat çekiyor: "Kırsalda halen at sırtın-da hastaneye götürülen hamile kadın-lar var." diyen Mine, 10 yıl öncesini pek

bilmediğini ama hastanede rehin kal-ma diye bir şeyin bugün artık olmadığı-nı anlatıyor. Oy verirken mevcut partile-ri kıyasladığını söyleyen Mine, partilerin geçmişine, yaptığı hizmetlere baktığını, herkese eşit olarak bakıp bakmadığına dikkat ettiğini söylüyor. Mine de Kılıçdaroğlu'nun reklam filmi inandırı-cı bulmamış. Mine'nin bu noktada önemli bir tespiti var: "Mevcut iktidarın sosyal politikalarını eleştiren bir parti-nin geldiklerinde benzer şeyleri yapa-cağını vaat etmesi ne kadar sahici ola-bilir ki!"

"Emekli maaşını veremiyorlar, her-kese 600 lira nasıl verecekler?"

Tevfik Cesur Tekel bayii. Avcılar'da otu-ruyor. Ona göre de en önemli sorun iş-sizlik. Hastalandığında duruma göre devlet hastanesine ya da özele gittiğini anlatan Cesur, sağlıktaki tablo hakkın-da, "On yıl öncesine göre bugün güzel tabi. Samatya Hastanesi süper oldu. Ama Haseki Hastanesi halen çok ber-bat. Ama memlekette çözülmeyecek bir sorun yok. Yeter ki dürüst olalım." diyor. "Takım tutar gibi parti tutmam" di-yen Cesur, bir zamanlar 3 anahtar ve-renleri hatırlatıyor ve vaatlerle kanma-mak gerektiğini söylüyor. O da Kılıçdaroğlu'nun reklam filmine inanma-mış; "Emekli maaşını veremiyorlar, her-kese 600 lira nasıl verecekler?" diyor.

"Sağlıkta 'parası olmayan ölsün' mantığı var"

Mehmet Sarıçoban mali müşavir. Bakırköy'de oturan Sarıçoban, hasta-landığında özel hastanede tedavi oldu-ğunu anlatıyor. Ona göre en önemli sorun işsizlik ve buna bağlı olarak da pahalılık. Enflasyonunun çok düşük gösterildiğini ama fiyatların tırmandığı-nı savunan Sarıçoban, sağlıktaki duru-mu şöyle anlatıyor: "Sağlık sistemi pa-ralı ve pahalı olduğu sürece sorun olmaktan kurtulamaz. 'Parası olmayan ölsün' mantığı var. 10 yıl öncesine göre çok ilerideyiz. Ama sağlık işlerinin özel sektöre kaydırılması doğru değil. Sağ-lık ve eğitim devletin asli görevi olmalı." Seçime giren partilerin halka yeni bir şeyler sunması gerektiğini düşünen Sarıçoban, Kılıçdaroğlu'nun reklamının başarılı olacağını düşünüyor. Özelde tedavi imkânını beğenen Sarıçoban, "Ancak özel hastaneler hastayı ve dev-leti para kazanma aracı olarak görme-seler daha iyi olacak." diyor.

"Eskiden bu imkânlar yoktu. Şimdi modern makinalarla filmler çektiri-yoruz"

Makbule Yardım, özel bir şirkette temiz-lık görevlisi olarak çalışıyor. Taksim'de oturan Makbule Hanım'a göre yolsuz-luk ve terör en önemli sorunlar. Hasta-

Mali müşavir Mehmet Sarıçoban: "Sağlık sistemi paralı ve pahalı olduğu sürece sorun olmaktan kurtulamaz. 'Parası olmayan ölsün' mantığı var. Sağlık işlerinin özel sektöre kaydırılması doğru değil. Sağlık ve eğitim devletin asli görevi olmalı. Özelde tedavi imkânı güzel ama özel hastaneler hastayı ve devleti para kazanma aracı olarak görmeseler daha iyi olacak."

landığında duruma göre devlet hasta-nesine ya da özele giden Yardım, sağlıkta iyiye bir gidiş olduğunu söylü-yor. "Eskiden bu imkânlar yoktu. Şimdi çok daha modern makinalarla filmler çektiriyoruz. Şimdi özele de gidebiliyo-rum." diyen Yardım, SGK'lı vatandaşla-rın reçete ile tüm eczanelerden ilaç alabilmesinin güzel bir hizmet oldu-ğunu söylüyor. Yardım katkı payı olarak alınan ek ücretlerin kalkması gerektiği-ni düşünüyor.

Sosyalist sağlık sisteminin ana hatları

Doç. Dr. İlker Belek



1961 yılında doğdu. 1984 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimini tamamladı. 1992-1996 arasında Sağlık Bakanlığı merkezinde ve değişik sağlık müdürlüklerinde görev yaptı. 1996'da Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yardımcı doçent, 2000 yılında da doçent oldu. 2007 yılında TTB Nusret Fişek Halk Sağlığı Bilim Ödülü'nü aldı. Akdeniz Üniversitesi Öğretim Üyeleri Derneği Yönetim Kurulu üyesi olan Belek'in TTB'de, Sağlık Emekçileri Sendikası'nda ve Üniversite Konseyleri Derneği'nde de görevleri vardır. Sağlık politikaları, sağlık örgütlenmesi, sağlık ekonomisi, sağlıkta eşitsizlikler konularıyla ilgili çalışmalar yürütüyor. 20'nin üzerinde kitabı vardır.

Bu yazıda bir ütopyadan, olmayacak bir işten söz etmeyeceğim. Tam tersine Marksist dünya görüşünün sağladığı olanaklarla, Sosyalizm deneyimlerinin sunduğu somutluktan yararlanarak Sosyalist sağlık sisteminin ilkelerini belirleyeceğim.

Sosyalizm, tarihsel bir gerçekliktir ve

insanlık hangi koşullarda yaşıyor olursa olsun her zaman Kapitalizmin-piyasasının karşısındaki en önemli ve tek gerçekçi kurtuluş yoludur. Bugün yoksulluktan, eşitsizlikten kırılan insanlık açısından Sosyalizm; bir bütün olarak, her şeyiyle insanlığın önündeki tek gerçekçi seçenektir. Nitekim Sosyalizmin nasıl bir rejim olduğu ilk kez 1871 Paris Komününde, sonra 1917 Sovyet Devrimi'nde, ardından 2. Dünya Savaşı

sonrasında Avrupa'nın yarısında, 1949'da Çin'de, 1959'da Küba'da somut bir şekilde görülmüştü. Ülkelerin Sosyalizm anlayışları arasında şüphesiz farklılıklar vardı. Ancak benzerlikler farklılıklardan daha önemli ve belirgindi. Benzerliklerin öndeliği sağlık sistemi için özellikle geçerliydi (1-2).

Bugün Sosyalizm yıkılmış durumda. Kimileri buradan hareketle, yıkılmanın





Sosyalizmin geçersizliğini kanıtlayan bir veri olduğunu da ileri sürüyor. Bu bakış açısının çok yüzeysel olduğu kabul edilmelidir. Çünkü dünyada pek çok sosyal gerçeklik çok uzun insanlık tarihi içinde yıkılmış ve yeniden ortaya çıkmıştır. Üstelik bugün Küba halen bir Sosyalizm modeli olarak, içinde bulunduğu bütün güçlüklerle rağmen, Sosyalist sağlık sistemini geliştirerek, ayakta kalmayı başarıyor.

Bu yazıda Sosyalist sağlık sisteminin ilkelerini tanımlayacağım. Şüphesiz bunların tümünü Sosyalizm keşfetmiş değildir. 19. yüzyılın başından itibaren, halk sağlığı biliminin ve hareketinin ortaya çıkışıyla birlikte, sağlık paradigmasında ve sağlık sistemlerinde yapısal değişikliklerin gerçekleştiğini biliyoruz. Bu açıdan yoksullar için parasız sağlık hizmetini savunan Peter Frank ve Edwin Chadwick'i; Hekimlikte Reform Dergisini çıkartan ve döneminin işçi ayaklanmalarının tümünde barikatlarda sarayın askerlerine karşı elde silah savaşan, patolojinin kurucularından Wirchow'u; "Sağlık sorunlarını yaratan sosyoekonomik yapıdır" diyen Grothjan'ı; ömrünü sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine adanmış olan Kanadalı hekim Bethun'u; dünyada ilk sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin kurulmasında belirleyici olan Sovyetler Birliği'nin ilk Sağlık Bakanı ve Bolşevik hareketin önemli isimlerinden Semashko'yu; Türkiye'de halk sağlığının kurucusu Nusret Fişek'i, Nevzat Eren'i, Doğan Benli'yi anmadan geçmek olmaz. Bu uzun bir yol. Halkçı hekimler ve halk sağlığı bilimi bu yola büyük katkılar koydu. Saydığım isimlerin önemli bölümünün Sosyalist ideolojiyle herhangi bir ilgileri yoktu. Ancak tümü sağlık hizmetlerinin eşit ve bunun için de parasız ve kamu tarafından sunulması gerektiği noktasında birleşiyorlardı.

Sosyalist sağlık paradigması onlardan çok şeyler öğrendi. Öğrendiklerinin üzerine yenilerini ekledi. Örneğin toplum katılımı fazlasıyla Sosyalist sağlık paradigmasına özgüdür. Ancak Sosyalizmin bu yola katkısı bunun çok ötesindedir. Sosyalist sağlık paradigması kendisinden öncekileri aşar ve onların ilkelerini tamamen farklı bir bağlam içinde yeniden anlamlandırır. Şöyle ki; halk sağlıkçıların ve halk sağlığı biliminin sağlıkta eşitlik adına önerdikleri ancak Sosyalizmde yaşama geçebilir, anlam kazanabilir. Sosyalist sağlık paradigması, halk sağlığını geliştirmek adına yapılması gerekenlerin koşulu-nun, Sosyalist toplumsal gerçeklik ve Sosyalist ekonomik yapı olduğunu kanıtlar. Şimdi bu önermeyi çözümlemeye başlayabiliriz.

Sosyalist sağlık sisteminin değerleri

Değer dediğimizde hiç dokunulmayacak, güncel kimi bahaneler gerekçe gösterilerek, kirletilmesine, esnetilmesine izin verilmeyecek, kısacası a-priori kabul ettiğimiz kodları anlıyoruz. Değerler bir sağlık sisteminin örgütlenmesinin temelini oluşturur. Az sonra ele alacağımız ilkeler ise bu temelin üzerindeki sütunlardır. Sağlık sistemi, bu temel ve temele çakılmış sütunlar üzerine inşa edilen bir binaya benzer. Hem temel hem de sütunlar sağlam ve birbiriyle uyumlu olmalıdır.

Eşitlik

İlk değerimiz eşitliktir. Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda eşitlik bireylerin koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden gereksinimleri ölçüsünde yararlanabilmeleri anlamına gelir. Böyle bakıldığında sağlık hizmetlerinin eşit kullanılmasını engelleyen iki temel faktörün bulunduğu

Özel sağlık sektörünün yer aldığı bir ortamda gereksiz teknoloji ve ilaç yönelimini kırma olanağı yoktur. AKP döneminde yaşananlar bunun doğrudan kanıtıdır. Bu dönemde hizmete sokulan toplam 234 hastanenin 180'i özeldir. Bu dönemde kullanıma giren MR, tomografi, ultrason cihazlarının çok önemli kısmı özel sektördedir. SGK'nın finansman garantisi olmasaydı özel sektör bu kadar palazlanamazdı.

görürüz ve buradan hareketle sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizliğin iki biçimini tanımlarız. Faktörler para ve mesafe, eşitsizlik türleri de finansal ve ulaşımsaldır. Eğer para, yani bireylerin satın alma güçleri, sağlık hizmeti kullanımını engelliyorsa finansal; ulaşım-mesafe sağlık hizmeti kullanımını engelliyorsa ulaşımsal eşitsizlikten söz ederiz (3). Hem finansal hem de ulaşımsal faktörler ortadan kaldırılabılır, ortaya çıkmaları engellenebilir, etkileri sınırlandırılabilir nitelikte olduğu için, sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizlik kabul edilemez, etik ve siyasi bir sorundur. Böyle bir sorun temel insan haklarına aykırı olduğu için etik ve ka-



Birinci basamak sağlık hizmeti, toplumun içinde olmak zorundadır. Ana-çocuk sağlığı izlemlerini, eve girmeksizin vatandaşları sağlık kurumuna çağırarak yaparsanız ev içinde sağlığı etkileyen faktörleri tümüyle gözden kaçırsınız. Ancak eve girerek konut koşullarını, tuvaleti, mutfak, beslenme alışkanlıklarını, gündelik yaşamı izlemeniz ve her birisi sağlık üzerinde belirleyici etki gösteren bu faktörleri sağlıklı yönde düzeltmeniz olanaklı olur.

bul edilemez bir boyut taşır. Öte yandan mali ve ulaşımsal faktörlerin sağlık hizmeti kullanımını engellemesi rejimin ve siyasal otoritenin temel sorumluluklarını yerine getirmemesine bağlı olarak ortaya çıktığı için, sorun aynı zamanda siyasaldır.

Yukarıda tanımladığımız tabloyu uzun uzun örneklemeye gerek yok. Bugün bütün Kapitalist ülkelerde ve bu arada Türkiye’de dar gelirlielerin, gelir skalasında aşağılarda yer alanların, gecekonducuların, kırdaki yaşayanların, aşağı toplumsal sınıfların bu tür eşitsizliklerin muzdaribi olduğunu herkes biliyor. Öte yandan bu toplumsal yapılar, üzerlerindeki hastalık yapıcı etken yükünün fazlalığı nedeniyle, aynı zamanda sağlık hizmetine en çok gereksinimi olanlardır. Dolayısıyla burada ters kullanım yasası işliyor. İçinde bulundukları sosyoekonomik ve sınıfsal koşullar nedeniyle hizmete en çok gereksinimi olanlar, yine koşullar nedeniyle hizmetten yeterince yararlanamıyorlar.

Burada önemli olan nokta Kapitalizmin, Kapitalist üretim ilişkilerinin sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizlikler açısından nesnel bir zemin sunması-

dır. Kapitalizm artı-değer sömürüsüne dayanan yapısı gereği (4) gelir eşitsizliğinin, yoksulluğun, işsizliğin nedenidir. Kapitalizmde, düzeltici anlamda ne yapılırsa yapılsın, bu sorunlar çözülmez. Kapitalizm yoksulluk, eşitsizlik, işsizlik üretir. Hatta Kapitalizm emeğin değerini baskılamak için işsizliğe özel olarak gereksinim duyar. Büyüyen işsizlik de yoksulluk ve eşitsizliği derinleştirir. Bunlar da hep birlikte başka sosyal sorunlara yol açarlar.

Eşitsizlik, insanların emeklerinin nitelik ve nicelik olarak farklılığından kaynaklanan doğal ya da olağan sayılabilecek bir olgu değildir. Bireyler, farklı sınıflarda yer alan ailelerin evlatları oldukları için, o sınıfsal konumların belirlediği koşulları değiştirmeye güçleri yetmediği için, Kapitalist piyasa bütün bireylerin eşit olanakları kullanmasına ve herkesin aynı derecede yükselmesine izin vermediği için böyledir bu. Kapitalist sistemde bu durum, “Bir elin parmakları eşit olur mu?” gibi argümanlarla meşrulaştırılmaya çalışılsa da ortadaki gerçekliğin tamamen adaletsiz ve bir sistem sorunu olduğu kabul edilmelidir.

Sağlık hizmeti kullanımında eşitlik için gelir dağılımında eşitlik, bunun için de Sosyalist bir rejim gerekir. Sosyalizm herkese eşit eğitim fırsatı, bunun sonucunda herkese iş olanağı sağlar; gıda, konut, sağlık, eğitim gibi temel gereksinimleri herkes için garanti eder; yani yaşam Sosyalizmde kamu tarafından ileri derecede sübvans edilir; sağlık hizmetlerinden herhangi bir biçimde para alınmaz. İşte bunlar sağlıklı yaşamın gereksindiği nesnel gerçekliğin bir sonucudur.

Verimlilik

İkinci değerimiz verimlilik. Verimlilik hizmetin en az kaynak kullanılarak ve en iyi sağlık çıktısını elde edecek şekilde üretilmesi demektir. Bu denklemde kaynağı parayla, çıktıyı ise bir sağlık göstergesiyle ölçüyoruz. Sağlık göstergesi olarak en sık kullanılan göstergeler bebek ölüm hızı; hesaplaması daha zor ancak pozitif sağlık göstergesi de yaşam umududur. Sonuç değişmez; en az kaynak kullancak şekilde hizmet üreteceğiz ve sonuçta bebek ölümünü en düşük noktaya, yaşam umudunu da en üst noktaya taşıyacağız. Yine nesnel olarak böyle bir hedef yalnızca Sosyalizmde gerçekleştirilebilir ve Kapitalizm yapısal olarak bu hedefin tamamen uzağındadır. Bu, şu nedenlerle böyledir: Kapitalizm her ürünü olduğu gibi, sağlık hizmetini de bir meta olarak görür. Kapitalistler açısından sağlık hizmeti para kazanılacak, kâr edilecek bir sektördür. Devlet, yalnızca diğer sektörlerdeki Kapitalistlerin gereksindiği sağlıklı emek gücünü üretmek üzere devreye girer ve bu bağlam içinde parasız sağlık hizmeti sunar. Teknoloji gelişip, üretimin emek gücüne olan bağımlılığı azaldıkça, diğer sektörlerdeki Kapitalistler açısından devletin geniş halk sınıflarına sağlık hizmeti sunması gereği de ortadan kalkar. Son 30 yıldır sağlıkta ortaya çıkan piyasacı-özelleştirmeci dalganın zemininde bu türden bir ekonomik gerekçe de bulunuyor.

Kâr etmek temel amaç olduğu için, Kapitalistler sağlığa yatırım yapacaklarında tedaviyi, hastanecilik sektörünü seçerler. Hastanelerini bu nedenle en ileri teknolojilerle donatırlar ve bu teknolojilerin kullanımında herhangi bir bilimsel sınırlamasının getirilmesini de istemezler. Bu nedenlerle Kapitalist sağlık sistemi; tedavi, hastane, teknoloji, ilaç odaklıdır. Tüketimcidir. Tüketimcilik Kapitalist sağlık sisteminde tedavi edici sağlık hizmetinin, içindeki bütün bileşenlerle birlikte, gereksiz biçimde kullanılmasına, tedavinin istismarına yol açar. Bu, sağlık harcamasını artırır. Oysa toplumun sağlık düzeyini geliştiren hizmet, te-

davi edici hizmetler değil, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleridir.

Burada yine uzun uzadıya ele almaya olanağım bulunmuyor, ancak şu bir olgudur: Aynı gelir grubundaki bütün Sosyalist ülkeler Kapitalist ülkelere göre temel sağlık göstergeleri açısından her zaman daha başarılıydı. Bugün Küba, sağlık göstergeleri açısından, hem kendi bölgesindeki hem de kendi gelir grubundaki ülkeler arasında en iyi konumda bulunan ülkedir. Bunun da ötesinde Küba'nın sağlık göstergeleri yüksek gelirli merkez Kapitalist ülkeler düzeyindedir ve ABD'den kesinlikle çok daha ileri bir noktadadır. Küba halen gelirine göre en düşük bebek ölüm hızına ve doğumda beklenen yaşam süresine sahip ülke olarak sağlıktaki verimlilik bakımından birinci sırada yer almaktadır (1-5).

Sosyalizm açısından bütün maddi kaynaklar ve onların genel eşdeğeri olarak para insan emeğinin bir ürünüdür ve öncelikle bu nedenle en verimli biçimde kullanılmalıdır. Sosyalizm sağlık hizmetini para kazanılacak bir alan olarak görmediği için öncelikle koruyucu sağlık hizmetlerine, sağlığı geliştirecek faaliyetlere yatırım yapar, bireylerin sağlık hizmetlerine ve sağlığı ilgilendiren diğer sektörlerle katılımının kapılarını sonuna kadar açar. Çünkü toplum katılımı toplumun sağlık gereksinimlerini anlamının, sağlık sorunlarını saptamanın, toplumsal enerjinin sağlıkla ilgili çalışmalara aktarılmasının ve o çalışmalarda yeniden üretilmesinin en önemli yoludur. Bütün bunlar da sağlık kaynaklarının verimli tarzda kullanılmasının zeminini hazırlar.

Bu noktada ortaya çıkan sonuç şudur: Kapitalizm eşitsizlik ve verimsizlik için nesnellik oluşturur. Kapitalizmde eşitsizlik ve verimsizlik her zaman vardır. Yapılabilecek şey, en fazlasından, eşitsizlikleri azaltmak üzerinde çalışmak olabilir. Bu da ancak sosyal devlet dönemi için geçerlidir. O dönem de bundan 30 yıl önce kapanmıştır. Bugünkü vahşi Kapitalizm döneminde özellikle eşitsizlik doğal olarak görülmeye, gösterilmeye başlanmıştır. Sosyalizm ise gelir dağılımı eşitliği, tam istihdam, toplum katılımı gibi genel siyasal ilkeler üzerinden sağlıktaki eşitliği ve verimliliği sağlayacak tek düzenidir.

Sosyalist sağlık sisteminin ilkeleri

İlkelerimiz yukarıdaki iki değerle uyumlu olmalı, onları desteklemelidir. Aksi takdirde inşaatta sorunlar ortaya çıkar.

Parasız hizmet

Bu bakımdan belirlediğimiz ilk ilke,

sağlık hizmetinin parasız sunulmasıdır. Parasız derken paranın tümüyle ortadan kaldırılmasından söz etmiyoruz. Kastımız, hizmet kullanım anında kullanıcıyla hizmeti üreten arasında para ilişkisinin olmamasıdır. Bu da önceden değişik mekanizmalarla oluşturulmuş bir kamusal fonun varlığını gerektirir. Bu mekanizma, eşitlik değerinin yaşama geçirilebilmesi açısından zorunluluktur. İnsanlar hizmet kullanırken para ödemek zorunda kalacaklarsa hizmetin parayla bağlantılı olarak kullanılacağı ve bunun da eşitsizlik üreteceği açıktır.

Kapitalizm parasız sağlık hizmetini sosyal devlet döneminde bile başaramadı. Sosyal devlette bile özel sağlık sektörü vardı ve kamuda üretilen hizmetler için katkı payı alınıyordu. Bugün ise parasız sağlık hizmeti vahşi Kapitalizmin tamamen gündeminden çıkardığı bir seçenektir. Yüksek gelirli Kapitalist ülkelerde bile cepten ödemelerin toplam sağlık harcamaları içindeki payı %15 civarında seyrediyor. Özel sigortacılık, finansmanda etki alanı giderek genişleyen bir seçenek olarak örgütleniyor. Bireyler katkı paylarına karşı özel sigorta seçeneğini kullanmak zorunda kalıyorlar (6).

Sosyalizmde kamusal fon oluşturmak bağlamındaki yol, genel vergiler ve bunların oluşturduğu genel bütçedir. Vergi gelirle artan oranlı (progressif finansman seçeneği) olarak uygulanır. Merkezi bütçe planlı biçimde sektörlerle dağıtılır. Sağlık sisteminde kaynak kullanımı da verimlilik esasına göre yürürlüğe girer. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak, yatırımlar; tedaviye, hastanelere, cari harcamalara göre önceliklidir.

Sağlık sigortacılığı Sosyalizmin finansman tercihi olamaz. Bunun nedeni Sosyalizmin benimsediği, artan gelire artan oranlı kesinti mekanizmasına aykırı olarak, sağlık sigortacılığındaki prim oranının sabit olmasıdır. Sigorta sisteminde sabit primin fona getirisi yüksek gelirlielerde daha yüksektir. Ancak biz gelirle artan oranlı bir kesintiden söz ediyoruz. Bu nedenle sağlık sigortacılığının progressif etkisi ancak orta derecededir.

Sosyal devletin yıkılması sonrasında, son 30 yıldır yeniden dayatılan vahşi Kapitalizmin katkı paylarına ve özel sigortacılığa yönelmesinin iki nedeni var: 1- Katkı paylarıyla Kapitalistlerin vergi yükünün azaltılması. Zaten bu nedenle katkı payı, yoksulların sağlık hizmetine ulaşmasını engellemekle kalmaz, gelir dağılımı eşitsizliğini derinleştiren ve bunun üzerinden halk sağlığını bir kez daha bozan bir işlev de görür. 2- Özel sigortacılık üzerinden



Kapitalizm sağlık hizmetini de bir meta olarak değerlendirdiği için tedavi, hastane, ilaç ve teknoloji bağımlısıdır. Özel sektrcdr. Özel sağlık sektörünün amacı ise kr etmektir. Bu nedenlerle kapitalist sağlık sistemi eğitsiz ve verimsizdir. Rekabet ortamında, sağlık işletmelerinin bu amaca ulaşabilmeleri ancak diğer işletmelerin amaçlarına ulaşamamasına bağlıdır. Rekabet denilen şey aslında kaostur.

Kapitalist sınıfın yeni bir bölmesini beslemek. deme gücü olan bireyler kamusal fonların evrenselliğinin daraltılmasına bağlı olarak sağlık güvence-siz kaldıkça, özel sigortayı bir seçenek olarak yaşamlarına dahil ediyorlar.

Kamucu hizmet

İkinci ilkemiz sağlık hizmetinin kamu- cu olması ve kamu tarafından sunul- masıdır. Hizmetin parasızlığı zaten ancak böyle garanti edilebilir. Ve yine ancak bu şekilde tedaviye değil koru- maya, hastaneye değil birinci basa- mağa öncelik verilebilir. Özel sağlık sektörünün yer aldığı bir ortamda; te- davi, hastane, gereksiz teknoloji ve ilaç yönelimini kırma olanağı yoktur. Hele bir de kamu sosyal güvenlik fon- ları özel sağlık hizmeti üreticilerini fi- nanse ediyorlarsa, bu eğilim tama- men belirgin biçimde ne çıkar. Türkiye’de AKP döneminde yaşanan- lar bunun doğrudan kanıtıdır. AKP d- neminde açılan yeni hastanelerin yak- laşık %80’i özel hastanedir. Bu dönemde hizmete sokulan toplam 234 hastanenin 180’i özeldir. AKP d- neminde kullanıma giren MR, tomog- rafi, ultrason cihazlarının çok önemli kısmı özel sektördedir. SGK’nın fi- nansman garantisi olmasaydı özel sektör bu kadar palazlanamazdı (7). Dolayısıyla hizmetin parasız sunulma- sı eğitsizliğin olduğu kadar, sağlık sis- teminin makroekonomik verimliliğinin de koşulu ve garantisidir. Sosyalist sağlık sisteminde özel sektörün ve herhangi bir özel finansman biçiminin yeri yoktur. Sağlık hizmeti, bütün bile- şenleriyle kamunun elindedir.

Bölge ve nüfus temelli hizmet

nc ilkemiz, bölge ve nüfus te- melli olmaktır. Bu ikisi, her sağlık kuru- mu için, özellikle de birinci basamak için, belli büyüklükte bir nüfus tanı- m-

lamasını gerektirir. Kurumun hizmet vereceği nüfusun büyüklüğü belli ola- cak ve bu belli büyüklükteki toplum, sınırları belli bir coğrafyada (mahalle, sokak) yaşayacaktır. Bu yapı, hizmeti ulaşılabilir kılmak, yani eğitliği oluştur- mak, sorunları saptayıp hizmeti plan- layabilmek ve değerlendirebilmek için, yani verimlilik bakımından zorun- ludur. Örneğin bugün ülkemizdeki aile hekimliği sistemi bölge temelli olma- dığı için, koruyucu sağlık hizmetleri- nin planlanıp sunulması, bir bütün olarak hizmetin değerlendirilmesi ta- mamen olanaksızdır. Bugün aile heki- mi ölçeğinde sağlık göstergeleri he- saplanamaz durumdadır.

Entegrasyon ve ekip hizmeti

Dördüncü ilkemiz, entegrasyon ve ekip hizmetidir. Yani koruyucu ve te- davi edici sağlık hizmetlerinin, yukarı- da tanımladığımız nüfus ve bölgeye yönelik olarak birlikte verilmesidir. nce koruyacak, sonra tedavi ede- ceksiniz. Bu anlayış, sağlık sisteminin verimliliği açısından kritiktir. Koruma olmazsa tedavi ne çıkar, bu da ve- rimliliği düşürür.

Entegre sağlık hizmetinin koşulu ekiptir. Ekip olmazsa ancak tedavi aşamasın- da devreye girilebilir. Ekip, kapsamlı sağlık hizmetinin sunulmasına olanak tanıyacak mesleki çeşitlilikte olmalıdır. Ülkemizin eski sağlık ocağı sistemi (sosyalleştirme modeli) bu bakımdan tamamen uygundu. Sosyal hizmet uz- manına, psikoloğa kadar uzanan geniş bir ekip, birinci basamakta birlikte hiz- met üretiyordu. şimdi aile hekimliği sis-

temiyle ekibi hekim ve ebe olarak daralttılar. Üstelik ebeyi de hekimin yanına, muayene odasına kapattılar ve ebenin gezerek sahada sunduğu ana-çocuk sağlığı hizmetlerini vatandaşın başvurusu koşuluna bağladılar. Bütün bunlar Türkiye'deki vahşi Kapitalist sağlık paradigması anlayışıyla uyumludur ve entegre hizmetin, sağlığı koruma hedefinin, ekip hizmetinin terk edildiğini, sınırlandırıldığını gösterir. İki kişilik ekiple, muayene odasına kapatılmış ebeyle, bağışıklama, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin sunulması olanağı yoktur.

Entegrasyon ve koruyucu sağlık hizmetinin temel bileşen olarak birinci basamak (tanımlı bir nüfus ve bölge) ölçeğine dahil edilmesi, esasen tam da Sosyalizmin felsefesiyle uyumlu bir yaklaşımdır. Şöyle ki; toplum sağlığı pek çok sosyoekonomik ve siyasal faktörden etkilenecek şekillenir. O nedenle sağlığı korumak ve geliştirmek, ancak bu faktörleri bir bütün olarak ele alıp değiştirerek olanaklı olabilir. Yani ekibin genişliği ve hizmetin entegre edilmesi, sağlığı etkileyen çok faktörlü yapının bir bütün olarak görülüp ele alınabilmesinin koşuludur.

Toplumun içinde sağlık hizmeti

Beşinci ilkemiz, sağlık hizmetinin toplumun içinde verilmesi ve gezici sağlık hizmetidir. Tanımlı bir bölge ve nüfusa verilecek birinci basamak sağlık hizmeti, toplumun içinde olmak zorundadır. Zorunluluk, sağlığı etkileyen çeşitli sosyoekonomik, çevresel faktörlerin ancak bu şekilde saptanabilecek olmasıyla ilişkilidir. Ana-çocuk sağlığı izlemelerini, eve girmeksizin vatandaş sağlık kurumuna çağırarak yaparsanız ev içinde sağlığı etkileyen faktörleri tümüyle gözden kaçırsınız. Ancak eve girerek konut koşullarını, tuvaleti, mutfak, beslenme alışkanlıklarını, gündelik yaşamı izlemeniz ve her birisi sağlık üzerinde belirleyici etki gösteren bu faktörleri sağlıklı yönde düzeltmeniz olanaklı olur. O nedenle Sosyalist sağlıkçılar, hizmetlerini gezerek, toplumun içinde, eve girerek, yaşam koşullarını bir bütün olarak ele alıp değiştirmeye çalışarak hizmet verirler.

Toplum kalkınması

Altıncı ilkemiz, yukarıdaki son iki ilkeyle bağlantılı olarak toplumun kalkınmasıdır. Sosyalizmde sağlık hizmeti ve sağlık ekibi aynı zamanda toplum kalkınmasını hedefler. Sağlığın geliştirilmesi ve korunması çalışmaları doğrudan doğruya toplum kalkınmasına yöneliktir. Toplum kalkınmasının önemli bir bileşeni sağlık kalkınmasıdır çünkü. Ancak bunun çok ötesinde Sosyalist sağlıkçılar, sosyoekonomik,

çevresel ve siyasal faktörler toplumun ve bireyin sağlığını doğrudan etkilediği için, sağlığı bozan bu faktörlerin ortadan kaldırılması, düzeltilmesi için çalışmak, yani toplum kalkınması faaliyetinin içinde yer almak zorundadırlar. Sosyalizmde sağlık hizmeti toplum kalkınmasının önemli bileşeni ve koşuludur. Toplum kalkınması ancak toplum katılımı ile gerçekleştirilebilir.

Temel gereksinimlerin devletçe karşılanması

Yedinci ilkemiz, eksiklikleri sağlığı bozan temel gereksinimlerin Sosyalist devlet tarafından sağlanmasıdır. Sosyalist devlet kamu adına, kamusal çıkarlar için görev üstlenmiş organizatör kurumdur. Sosyalist devletin organizatör karakteri Sosyalizmde sınıfsal çelişkilerin önemli derecede çözülmüş olmasıyla ilişkilidir. Sömürücü bir sınıf olarak burjuvazinin üretim araçlarının özel mülkiyetine son verilmesi yoluyla etkisizleştirilmesi, devletin de salt organizasyon-koordinasyon işlerine yoğunlaşmasını sağlar.

Devletin koordinasyon görevini yerine getirmesi iki temel ilkeye bağlıdır: Planlama ve toplum katılımı. Bunlar iyi işlerse sağlık da dahil bütün gereksinimler tam olarak karşılanır. Sonuç olarak Sosyalist devlet sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik hizmetleriyle birlikte, çalışma hakkını (iş), temel gıdaları, konutu, konutlardaki elektriği, ısınma olanaklarını bütün vatandaşlar için parasız olarak sağlar. Temel gereksinim olarak belirlediğimiz bu sağlıkların devletçe sunulması zaten sağlığın korunması ve gelişmesi için uygun bir ortam yaratır. Küba'nın sağlıkta geliri-ne göre beklenenin çok üzerinde bir sağlık düzeyine sahip olmasının altındaki temel neden budur. Temel gereksinimler bir hak olarak tanımlandığında sağlığın gelişmesinin önündeki engeller de kaldırılmış olur.

Sonuç

Kapitalizm sağlık hizmetini de bir meta olarak değerlendirdiği için tedavi, hastane, ilaç ve teknoloji bağımlısıdır. Özel sektördür. Özel sağlık sektörünün amacı ise kâr etmektir. Bu nedenlerle kapitalist sağlık sistemi eşitsiz ve verimsizdir. Sağlık sistemi içinde özel sağlık sektörün ağırlığının artması eşitsizlik ve verimsizliği artırır. Kapitalist sağlık sisteminde her sağlık işletmesi verimliliği kendi ölçeğinde değerlendirir. Sağlık işletmelerinin verimlilik bağlamındaki temel amacı harcamaları kısmak ve geliri artırmaktan ibarettir. Rekabet ortamında, sağlık işletmelerinin bu amaca ulaşabilmeleri ancak diğer işletmelerin amaçlarına ulaşamamasına bağlı-

dır. Bu bile Kapitalist sisteminin bir bütün olarak verimli çalışamayacağına kanıttır. Rekabet denilen şey aslında kaostur.

Oysa sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi açısından eşitlik ve verimlilik doku-nulamaz nitelikli değerlerdir. Eşitlik ve verimlilik sağlık hizmetinin parasız, bu nedenle kamu tarafından, bölge ve nüfus ölçeğinde, entegre ve bunun gereği olarak ekip tarafından, koruma öncelikli, gezilerek, toplumun içinde, toplum neredeyse orada ve toplum kalkınması faaliyetlerinin tam içinde ve toplum kalkınması hedefine bağlanmış tarzda verilmesini gerektirir. Sosyalist devlet toplum sağlığını garanti altına alabilmek için sağlığı etkileyen başka girdileri hak olarak tanımlar ve bütün vatandaşlara parasız olarak sunar. Bu değer ve ilkeler açısından sosyalizm nesnel zemini sunar. Sosyalizm olmadan değer ve ilkeler yaşam bulamaz. Söylediklerimizi sınamak isteyenler, Sosyalizmin etkisinin azaldığı dünyamızda sağlıktaki eşitsizliklerin seyrine ve Sosyalizmi ellerinden kaçırmış eski Sosyalist ülkelerde halk sağlığının başına gelenlere (Örneğin uyuşturucu ve kolera salgılarına, bağışıklama faaliyetlerindeki çöküşe, yaşam umudundaki azalmaya, finansman sistemlerinin içine düştüğü krize) bakabilirler ve bugün Küba'yı biraz inceleyebilirler.

Kaynaklar

- 1) Belek İ: Küba'da Sağlık: Sosyalizmin Başarısı, 2. Baskı, Yazılama Yayınevi, İstanbul, 2009.
- 2) Akalın A: Toplumcu Sağlık, Yazılama Yayınevi, İstanbul, 2010.
- 3) Belek İ: Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik, Sorun Yayınları, İstanbul, 1998.
- 4) Marx K: Kapital-Cilt 1, Sol Yayınları, 2. Baskı, Ankara, 1978.
- 5) Belek İ: İnsani Gelişimde Son Durum, sol.org.tr, 12.10.2009.
- 6) Belek İ: Sağlığın Politik Ekonomisi: Sosyal Devletin Çöküşü, 3. Baskı, Yazılama Yayınevi, İstanbul, 2009.
- 7) Sağlık Bakanlığı: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009, Ankara, 2011.

Özürlünün sağlığı

Lokman Ayva



1966'da Konya Başköy'de doğdu. Boğaziçi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü'nü bitirdi. Yüksek lisansını Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde tamamladı. Beyazay Derneği Genel Başkanı ve Fiziksel Engelliler Vakfı Yönetim Kurulu Üyesi olarak görev yaptı. Türkiye Körler Federasyonu Genel Kurul Üyesi oldu. Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Koruma Derneği, Fiziksel Engelliler Vakfı ve İstinye Rotary Kulübü Hizmet Ödülleri'ni aldı. İstanbul Özürlüler Merkezi Genel Koordinatörlük görevini yürüttü. AK Parti İstanbul Milletvekilidir. Çok iyi düzeyde İngilizce ve orta düzeyde Arapça bilen Ayva, evli ve 2 çocuk babasıdır.

Sağlık konusu da diğer pek çok konu gibi bir yaşanan ve beklenti meselesidir. Gece gündüz, günler, aylar, yıllar boyu harala gürele ya yaşananda ya da beklentimizde bilinçli veya bilinçsiz değişiklik yapmaya çalışırız. Özürlü bireylerin durumu ise düşünsel anlamda her boyutuyla yeni bir sahadır. Mesela sağlığın tanımından yola çıkarsak, özürlülük bir sıfat mıdır? Özürlüler sağlıklı mı sağlıklıdır? Özürlülük tam bir iyilik hali sayılır mı? Sayılırsa o zaman neden insanları özürlü olmaktan alıkoymaya çalışırız? Tam bir iyilik hali değilse de neden tedavi etmeyiz?

Birlikte yaşadığımız toplumda hamile bir kadını görünce doğuracağı çocuğun özellikleriyle ilgili hepimizin beklentisi üç aşağı beş yukarı birbirine yakındır. Kilo-su şu, boyu şu, burnunun büyüklüğü şu şekilde, organlarının çalışması şöyle gibi bir takım cevaplar verebiliriz. Beyaz bir anne babadan zenci çocuk beklemeyiz. Beklentimizin dışındaki her bir özellik kocaman soru işaretlerine yol açar. Beklentimizin dışındaki değişiklik olumlu ise onu artırmaya ve herkese göstermeye çalışırız, olumsuz ise gizlemeye ve beklentimize uydurmak için arayışlara başlarız. Diyelim ki boyu kısa oldu. O zaman boyunun uzaması için varsa tedaviye başlarız... Özürlülük, insanların beklen-

tisi dışında bir özelliktir ve olumsuz bir özelliktir. Bizler bedenimiz, zihnimiz ve duygularımız bakımından toplumun çoğunluğunun sahip olduğu özelliklere sahip olmak isteriz. Gözleri, kulakları, böbrekleri, boyu vs. çoğunluğunki gibi olan ve çalışan bir bedene sahip olmak isteriz. Oturacak bir evi, binecek bir arabası, geçimini sağlayacağı bir işi olmasını istemek gibi bir şeydir sanki bu. Eviniz yoksa kirada oturursunuz, arabanız yoksa otobüse biner veya yürürsünüz, düzenli bir işiniz yoksa ya günlük bulduğunuz işlere gider ya da sosyal yardımlarla geçinirsiniz. Bir şekilde yaşadığınızla beklentinizi birbirine uydurmaya çalışırsınız.



Peki, özürlü kişinin sağlıktan beklentisi nedir? Bu, basit bir ifadeyle, arabası olmayan bir kişinin ev almaya çalışması gibi bir şeydir. Bu, nasıl doğal bir şeyse, o da o kadar doğaldır, hatta olmazsa tuhaftır. Ben görme özürlü birisi olarak böbrek sağlığını, akciğer sağlığını düşünmeyecek miyim? Hele hele işitme ve dokunma gibi sağlıklarımı daha da önemli göreceğim. Gözüm görmese de sürekli ağrıyan bir başı neden isteyeyim ki? “Kuaföre gidecek param yok, öyleyse ben de intihar ederim” demek gibi bir şey bu. Tabi ki tekerlekli sandalye kullanan bir kişinin de diş sağlığı söz konusudur. Fakat dananın kuyruğu burada kopuyor. Dünyadaki bütün fiziksel ve sosyal sistemler gibi sağlık sistemi de belli standart insanlara yani hâkim toplum kesimlerine göre kurulmuştur. Bu kesimler arasında özürler yoktur. O yüzden her ne hikmetse hastaneler, sağlık hizmeti veren diğer merkezler özürsüzlere göre kurulmuştur. Bu dünyada özürülerin de olduğunu en çok bilmesi gereken bir sektörün bu kitleyi görmezden gelmesini anlamakta yıllarca güçlük çektim. Ama şimdi çekmiyorum. “Sağlık sektörü özürüler diye bir kitlenin olduğunu neden görmüyor?” diye bir sorum yok artık benim.

Geçenlerde Ankara’da bir ağız diş sağlığı hastanesine ve merkezine gittim. Elime körlerin okuyabildiği Braille alfabesiyle yazılmış bir doküman tutuşturdular. Tuhaf bir şeyi fark ettim, ömrü hayatımda “neze” yazısını hiç okumamışım. Bizim çocukluk ve gençlik yıllarımızda o kadar az Braille kitap vardı ki onlar da ders kitabıydı. Demek ki “neze” kelimesinin olduğu hiç bir metin olmamış. O dokümandan, koruyucu sağlık ve kuruluşlar hakkında epey bir şeyler öğrendim. Sağ olsunlar, yetkili arkadaşlar sistemin özürülerini de kapsayacak şekilde nasıl organize edildiğini gösterdiler. Mesela binaya giriyorsunuz. Her katta o katta neler olduğunu anlatan Braille bir yazı asansöre yakın yerde duruyor. Ayrıca yaşlılar ve özürülerin yardım isteyebilecekleri bir düğme var. Ona bastığınızda size bir görevli gelip yardımcı oluyor. Tekerlekli sandalye kullanan birinin sıfır sorunla orada dolaşabildiğini hayal edebiliyor musunuz? “Herkes gibi” olmanın doğallığını, rahatlığını ve hazzını yaşıyorsunuz. Merdiven basamakları size “Seni istemiyoruz” diye pis pis bağırmıyor. Ya zihinsel ve otistik kişilerin durumu?

Beraber çalıştığımız arkadaşım taksiden inerken kapıyı açıyor ve arkadan gelen araba da taksinin kapısına çarpıyor. Çarpan da bir diş hekimliği fakültesi hocası. Kaza bir yana ben mal bulmuş mağribi gibi oldum. Hoca arabasının, taksici kapısının derdinde ama hocaya sarıldık. Neden? Çünkü

bir çaresizliğimiz vardı. Zihinsel özürlü, otistik ve psikiyatrik hastaların ağız ve diş sağlığı sorunumuz devasa boyuttaydı. O arkadaşlarımız bakım yapamıyor ve dolayısıyla sık sık hastalanıyorlardı. Hem onun acı çekmesi, hem de çevresinin çaresizliği hepimizi kıvrandırıyor. Hocamızın elinden bir şey gelemedi. İşte Keçiören’de, Mamak’ta bunların da çözülmüş olduğuna şahit oldum. Omuzlarımdan devasa bir sorumluluğun da su kaydıracağından kayar gibi tatlı bir şekilde kayıp “cumborlop” diye çözülenler havuzuna düştüğünü gördüm. Siz olsanız mutlu olmaz mısınız?

Enteresan bir havuz problemi yaşıyor. Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisi üyesi olduğum için Avrupa’nın özürülük meseleleriyle de ilgileniyorum. Orada özürü nüfusunda ciddi bir artış söz konusu. Nedenleri çok tuhaf. Ama aynı nedenlerin Türkiye’de de yaşanmaya başladığını gözlemliyoruz. Nedir? Ülkemizdeki gelişen sağlık hizmetleri özürü olmayan insanların özürü olmasını ciddi oranda önüyor. Ambulansın çok hızlı şekilde yetişmesi, birçok teşhis araç gerecinin bulunması ve tedavi imkânlarının had safhaya yükselmesi özürülülüğü önüyor. Bu, özürsüzler için iyi bir haber. Fakat özürü sayısında ciddi bir artış olacak ve olmakta. Bunlar da yine sağlık hizmetleri yüzünden. İsterseniz sağlık hizmetlerinden faydalanmayı istemeyebilirsiniz. Nasıl mı olacak? Gelişen sağlık hizmetleri birincisi ömrü uzatıyor ve yaşlılığa bağlı özürü olanların sayısında ciddi bir artış oluyor. İkincisi de yine gelişen sağlık hizmetleri, daha önceleri yaşayamayan özürülerini de yaşıyor. Dolayısıyla onlar özürü olarak hayatlarına devam ediyorlar. Bu da özürü sayısını artıran diğer bir faktör. Bütün bunlardan sonra havuz problemindeki gibi, havuza akan su, havuzdan giden sudan daha fazla olduğu için havuzdaki su miktarında bir artış oluyor. Ama güzel artışlar bunlar. Zira her birimiz yaşıyoruz kaç gelirse gelsin az görerek, az duyarak, zor yürüyerek de olsa yaşamayı tercih ederiz. Hiç bir anne baba, yavrusu için ya da hiçbir kadın kocası, hiçbir erkek de karısı için “Koltuk değneğiyle yürüyeceğine ölseydi daha iyiydi.” demez.

Yukarıda çizdiğimiz resmin bir de tabi ki siyasi sonuçları var. İnsanlarımız sağlık alanında bir terslik yaşıyor. Bu sefer yaşadıkları, beklediklerinin üstünde. Beklentimizin altındaki bir durum doğrusu canımızı sıkıyor. Ama sağlıkta tam tersi. Bir tatmin, bir doyum ve bir heyecan yaşıyoruz. “Ah Avrupa’da böyle mi ya” cümlesi çok meşhurdur. Şimdi insanımızın Avrupa’ya gitse de orada bir yaşasa neler hissedeceğini ve söyleyeceğini çok merak ediyorum. Birçok



Geçenlerde Ankara’da bir ağız diş sağlığı hastanesine ve merkezine gittim. Mesela binaya giriyorsunuz. Her katta o katta neler olduğunu anlatan Braille bir yazı asansöre yakın yerde duruyor. Ayrıca yaşlılar ve özürülerin yardım isteyebilecekleri bir düğme var. Ona bastığınızda size bir görevli gelip yardımcı oluyor. Tekerlekli sandalye kullanan birinin sıfır sorunla orada dolaşabildiğini hayal edebiliyor musunuz? “Herkes gibi” olmanın doğallığını, rahatlığını ve hazzını yaşıyorsunuz. Merdiven basamakları size “Seni istemiyoruz” diye pis pis bağırmıyor.

alandaki söylendiği gibi “Avrupa Avrupa dedikleri de bu muymuş!” gibi bir cümle kaçınılmaz. “Abla, bu bıçaklar Avrupa”, “Abi, yerliyle Avrupa bir olur mu?” gibi her konuda önüne Avrupa gibi bir hedef konan insanların siyasi tercihleri, bu hedefi gerçekleştirenlerden yana olacaktır. Siyasi iktidar, hedefi ve beklentiyi öyle yükseltti ki, “Avrupa da neymiş!” gibi cümleler birçok alanda konuşulmaya, söylenmeye başladı. Şimdi sıra “Vizyon 2023” gibi bir projeyle bu beklentiyi karşılamakta ve bu hedefi tutturmakta. İnsanlığın başarısı için yola çıkanlara selam olsun.

Afiliasyon (işbirliği) konusunda düşünceler: Bir model denemesi

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji ihtisas eğitimi Trakya Üniversitesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde çeşitli kademelerde yöneticilik yaptı. 1996 yılında doçent, 2003'te profesör oldu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı ve Üroloji Klinik Şefliği görevinde bulundu. Bir süre İstanbul Üniversitesi Rektör Danışmanlığı yapan Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörlüğü görevini yürütmektedir.

Son zamanlarda sağlık kuruluşları ile üniversitelerin afiliasyonu tartışmaları sürdürülmektedir. Ancak her kurumun ve hatta her fikir sahibi olanın başka bir afiliasyon hayal etmesinden dolayı ortak bir dil kullanmak ve uzlaşmak mümkün olamamaktadır. Sorunun üstesinden gelmek için düşüncelerimizi ifade edecek, ortak bir dil oluşturacak kendi terminolojimizin ge-

liştirilmesi gerektiğine inanıyorum.

Batı dillerinde kullanılan "affiliation" kelimesi "üyelğe kabul, evlat edinme, yakın ilişki, bağlanma, birleştirme, bağlama, katma, ekleme, üyelik, intisap, rabita" gibi kelimelerle dilimizde karşılık bulmaktadır. Ancak terim olarak "affiliation", güçlerin birleştirilmesi, yardımlaşma, iş, üyelik ve ast-üst ilişkileri bağlamında oluşturulan resmi bir birlikteliği çağrıştırmaktadır. Bir hukuk terimi

olarak ifade ettiği farklı anlamının konumuzla olan ilişkisi uzaktır.

Gittikçe entegre sistemlerin oluştuğu, kolektif çabaların daha kolay sonuç verdiği küreselleşen dünyamızda birçok alanda birlikte hareket etmenin zarureti ortadadır. Günlük pratiğimizde bir kısmı gelenekselleşmiş ve bilinen, bir kısmının ise adı konmamış farklı şekil ve derecelerde ilişkiler ve birliktelikler söz konusudur. Bu ilişkiler, iki yönlü yardım-



laşma, eşit şartlarda ortaklık, asimetrik kaynakların birleştirilmesi ile güçlü yapı oluşturma, yardım ve destek alma, danışman ve gözetmenlik altında çalışma, üye, çalışan, alt birim ilişkisinde bulunma, bağlantılı olma, federatif bir yönetim altında yer alma gibi geniş bir perspektif taşımaktadır. “Olumlu bağlılık” bütün bunların ortak yönünü oluşturmaktadır. Bu ilişki ve birlikteliklerin tanımlanması, kontrollü ve resmi bir nitelik kazandırılması amacı güdülürken, bu amaca hizmet edecek özel bir terimin kullanılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlükte, iş birliğinin anlamı, “amaç ve çıkarları bir olanların oluşturdukları çalışma ortaklığı, teşrikimesai; bir işin çeşitli kişilerce yapılması” olarak yer almaktadır. Ortak amaç ve çıkarlara yönelik oluşturulan birliktelik, bir anlamda olumlu bir bağlılık ilişkisini yansıtmaktadır. İş birliğini “olumlu bağlılık” temelinde oluşturulan bir “resmi birliktelik” olarak algıladığımızda, yukarıda sözü edilen ilişki çeşitlerini bu kapsamda ele alabiliriz. Ağırlık derecesine göre başlıca ilişki-birliktelik çeşitlerini sıralayalım:

- a) İki yönlü yardımlaşma
- b) Eşit şartlarda ortaklık, güç birliği
- c) Asimetrik kaynakların birleştirilmesi ile güç birliği
- d) Muhatabından programlı, tanımlanmış yardım ve destek alma
- e) Muhatabının danışmanlığı ve gözetimi altında çalışma
- f) Muhatabına üyelik, çalışan, dal, alt birim ilişkisi ile bağlı olma
- g) Kendi özerk yapısını koruyarak bir üst birime bağlanma, bağlantılı olma.

Bu durumda, daha önce **olumlu bağlılık temelinde oluşturulan resmi birliktelik** olarak kısaca tanımladığımız “iş birliği”ne daha kapsamlı bir anlam yükleyebiliriz. **İş birliği; ortak bir amaca yönelik olarak iki yönlü yardımlaşma ve eşit şartlarda ortaklık ve güç birliği olabileceği gibi, asimetrik kaynakların birleştirilmesi, diğerinden programlı, tanımlanmış yardım ve destek**

alma, danışmanlığı ve gözetimi altında çalışma ya da diğerine üyelik, çalışan, dal, alt birim ilişkisi ile bağlı olma ve kendi özek yapısını koruyarak bir üst birime bağlanma, bağlantılı olmayı da kapsayabilen resmi nitelikteki birlikteliği ifade etmektedir.

Aşağıdaki tabloda geniş bir anlam kazandırılan “iş birliği”, farklı ağırlık derecelerinin yanında, iş birliğine esas teşkil eden konunun mahiyeti bakımından da farklılık arz edecektir. İş birliğinin sosyal, profesyonel, idari, akademik, teknik vb. alanlardaki bağlılıklara göre farklı nitelenmesi gerekecektir. Böylece “sosyal iş birliği”, “profesyonel iş birliği”, “idari iş birliği”, “akademik iş birliği” ve “teknik iş birliği” gibi alt başlıklardan söz edebiliriz.

1- Sosyal iş birliği: Grup, dernek, sosyal sınıf ile yakın ilişki içine girip birliktelik oluşturma, yardım alma, yardımlaşma, çıkarını koruma ve birlikte faaliyette bulunma (Örneğin Üniversite Hastaneler Birliği).

2- Profesyonel iş birliği: Tarafların maddi kazanç elde etmelerini amaçlayan faaliyetleri, ticari ortaklık (Örneğin Acıbadem Hastaneler Grubu).

3- İdari iş birliği: Yönetim hiyerarşisi içinde rol paylaşımı, farklı rollerin farklı taraflarca üstlenilmesi. Bu eşit düzeyde fonksiyona dayalı paylaşım (Örneğin Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim Hastanesi) olabileceği gibi, federatif merkez ve yerel otorite şeklinde de olabilir (Örneğin University of London, University of California, University of Texas).

4- Akademik iş birliği: İki eşit eğitim kurumunun kapasite paylaşımı (Örneğin ortak lisans veya lisansüstü program açma) veya herhangi bir kurumun eğitim kurumundan eğitim, analiz, danışmanlık gibi akademik destek alması (ASM- John Hopkins, hami - yavru üniversite modeli?).

5- Teknik iş birliği: Bir kurumun diğerinin karşılıklı ya da tek taraflı olarak teknik kapasite ve alt yapı imkânlarını kullanması (Örneğin öğrencilerin başka kurumda stajı, bir projenin uygunması için başka kurumların imkânlarından

Kolektif çabaların daha kolay sonuç verdiği küreselleşen dünyamızda birçok alanda birlikte hareket etmenin zarureti ortadadır. Farklı şekil ve derecelerde ilişkiler ve birliktelikler söz konusudur. Bu ilişkiler; iki yönlü yardımlaşma, eşit şartlarda ortaklık, asimetrik kaynakların birleştirilmesi ile güçlü yapı oluşturma, yardım ve destek alma, danışman ve gözetmenlik altında çalışma, üye, çalışan, alt birim ilişkisinde bulunma, bağlantılı olma, federatif bir yönetim altında yer alma gibi geniş bir perspektif taşımaktadır.

yararlanma, AVM- Siemens).

Üniversite-sanayi iş birliği, akademik ve teknik iş birliğinin birlikte yürütülmesidir. Teknoparklarda bu iş birliğine profesyonel iş birliği de eklenmektedir.

Konumuz olan ve “resmi nitelik” kazandırılacak olan “iş birliği”, yukarıda belirttiğimiz bağlılığın ağırlık derecesi ve ilişki konusunun mahiyetinin iç içe geçtiği bir matris yapıdan ibarettir. Bu matris yapı, iş birliği yapacak olan özel ve tüzel kişilerin talep, beklenti ve ihtiyaçlarına göre şekillenecektir. İlişkiyi resmileştirecek olan belgelerde iş birliğine özel matris detayı tanımlanabilir.

İşbirliği matrisi

Bu matrise göre örnek vermek gerekirse, bir sosyal yardımlaşma (1a) iş birliğinden söz edilebileceği gibi, akademik olarak bağlı olma (4f) veya teknik danışmanlık (5e) türü iş birliğinden de söz edebiliriz. Böylece karmaşık bir hal alıp uzlaşmakta zorlandığımız iş birliğini çeşitlendirerek amacımıza hizmet eder hale getiren modeller geliştirmemiz mümkün olacaktır.

İlişki Konusunun Mahiyeti						
Bağlılığın Ağırlık Derecesi	1-5 X a-g	1- Sosyal	2-Profesyonel	3-İdari	4-Akademik	5-Teknik
	a- Yardımlaşma	1a	2a	3a	4a	5a
	b- Eşit ortaklık	1b	2b	3b	4b	5b
	c- Asimetrik güç birliği	1c	2c	3c	4c	5c
	d- Yardım alma	1d	2d	3d	4d	5d
	e- Danışmanlık, gözetim	1e	2e	3e	4e	5e
	f- Bağlı olma	1f	2f	3f	4f	5f
	g- Bağlantılı olma	1g	2g	3g	4g	5g

Ah bir sabah olsa...

Prof. Dr. Selami Albayrak



1961'de Erzurum'da doğdu. Lisans eğitimini Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, ihtisasını GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği'nde tamamladı. 2006'da üroloji profesörü oldu. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Başhekimlik görevini yürüttü. Pek çok uzmanlık derneğine üye olan Albayrak, birçok bilimsel toplantının düzenleyicileri arasında yer aldı.

Sok özel bir mesleğin mensuplarıyız. Yaratılmışların en mükemmeline müdahale ruhsatına sahip bir meslek. Size bir televizyon dizisinden küçük bir bölüm aktarmak isterim: Yetmiş kişinin bulunduğu büyük bir uzay gemisi istemsiz olarak bir güneşe doğru hızla ölüme ilerlerken, sadece 17 kişilik bir ekip bu uzay gemisinin üzerinde bulunan küçük bir mekik ile kendilerini kurtarmaya çalışacaklar. Büyük uzay gemisinin komutanı, mekikle gidecek 15 kişiyi kura ile belirliyor. Kuraya girmeyen iki kişinin biri mekiği kullanabilecek olan pilot, diğeri ise doktor. Bu karara kimse karşı çıkmıyor...

Hekimlik bir zanaattır. Zanaatlarına kendilerinden bir şeyler katabilen, bir bakıma kreatif bakışla mesleklerini geliştirebilen hekimler sanatkar olurlar. Hastasını karşılar, onunla konuşurken yada onu muayene ederken, cerrahta eğer, ameliyat sırasında klivaj ararken sanatsal ve bilge kişiliğinin tezahürlerini görebiliriz. Hekimlik sanatının bu yönü paranın egemen olduğu düzenlerde gelişemez. Kapitalizm, sanatı da, emeği de zorlar. Hedefe sadece parayı koyar. Bu düzende marifet iltifatı cezbedemez. Sağlık hizmetinin üç bileşeni vardır. Tıp emeği, tıp endüstrisi, tıbbi işletme. Tıp emeğinin dışındakiler hedefe parayı koyarken, hekim insanı esas alır. Bu nedenledir

ki, günümüzde, tıp emeği endüstri ve işletmenin invazyonuna daha fazla maruz kalmaktadır. Endüstri şirin görünümündür. Ancak zaman zaman acımasızlaşır. Tıp sanatına çok katkı sağlar ama sağladığı katkıdan daha fazla alan işgal eder. İnsanı önce zavalılaştırır. Orantısız korkular yaratır. Sonra ona çıkış yolu gösterir. Bunu da çok kolay yapar. Tüm medya araçlarını daha kolay kullanır. Birçok köpek balığının arasındayken, size iskele uzatarak hayatınızı kurtaran bir yaklaşım, ancak üroonkolojiye uyarladığınızda küratif bir tedavi ile örtüşür. Ama gelin görün ki köpek balıklarının arasında ölümle pençeleşirken, uzatılan hayat kurtarıcı iskele benzetmesine, endüstrinin küratif olmayan ürünleri mazhar olmaktadır. Emeğin ustaları cerrahi tedavi için, %0.1'lik ölüm riskini bile yüzlerine okuyarak, hastalardan, kabul etmelerini ve bunu kendi el yazıları ile yazarak imzalamalarını istemek zorundalar. Böylece, hasta beyinde emek içeren tedaviler sevimsizleşirken, endüstriyel ürünler, her türlü tanı-tım vasıtalarını kullanabildiği için, daha kolay yer edinebilmektedir. Bugün SGK, bir küratif ameliyatta cerrahın emeğini, 3 adet Hem-o-loc klip için endüstriye veriyor. Hâlbuki sağlık sektörünün merkezinde hekimle hasta vardır. Bu ikili arasındaki kutsal ilişki, üçüncü unsurlar tarafından zaman zaman istismar edilmektedir. Bu istismarın aktörleri, bazen meslek etiği kıt olan hekimler, çoğu kere de sağlık işletmesi ve tıp endüstrisidir. Esas olan hekim eme-

ğidir. Diğerleri hekimlik var olduğu için vardır. Hekimlik ise hasta var olduğu için oluşmuş bir meslektir. Tıp sanatının mütevazı ustaları belki "endüstrinin efendisi" payesi ile anılmak istemezler. Ama kesinlikle "endüstrinin teknisyenleri" olmayalım. Sağlığı yönetenler eğer tıp zanaatı ya da sanatından nasip almamışlarsa, emeğin invazyonuna çanak tutarlar. Emeğin dumura uğratılmasını sadece seyrederek. Belki de emeğin aktörlerini bu şekilde terbiye ettiklerini düşünürler... Bir hastalığın doğal seyri, hastanın yaşam beklentisinden kısaysa o hastalık ölümcül kabul edilir. Prostat kanseri, bazı hastalar için ölümcülken bazıları için değildir. Prostat kanserinin ölümcül olduğu ön görülen hastalarda, tanıda ısrarlı olmak gerekir. Ancak, bu hastalığın ölümcül olmadığı kişilerde tanıda ısrarlı olmak yerine yaşam konforunu esas almak gerekir. Bir başka ifadeyle, "sivrisineği balyozla öldürme, sineklik kullan. Balyozu öldürücü olan akrebe sakla." (Laurence Klotz)

Bundan 10-15 yıl öncesine kadar hastalar arasında azalarak da olsa devam ettiğini düşündüğüm bir inanç vardı; "hekimin sihirli dokunuşundaki tedavi edici güç". Bu güç, buyurgan hekimin davranış modeliyle hasta beyinde daha da devleşirdi. Yapılacak tüm tıbbi müdahaleler "eğer hekim uygun görüyse" sorgulanmaz ve doğrudan kabul edilirdi. Böylece plasebo etki hasta üzerinde maksimum düzeyde yaşanır. Şifa ile sonuçlananlardan doktor

dua olarak nasiplenirdi. Ölümle sonuçlananlardaki tepki ise burukluk düzeyinin ötesine geçmezdi. Bu da doktorun taziye ziyareti veya cenaze namazına katılımı ile yerini minnettarlığa bırakırdı... Aradan geçen yıllar bu süreci değiştirdi. Ülkemizde "sağlıkta dönüşüm"ün etkisi, sadece iyi sağlık işletmelerine kavuşmak ve sağlık hizmetlerine kolay erişmekle kalmadı, hasta- hekim ilişkisinde de ciddi değişikliklere sebep oldu. Başlangıçta sadece güvene dayalı olan bu ilişkinin, hiç şüphesiz, olumlu ve olumsuz yanları vardı. Hekim, bilgi ve tecrübesini hiçbir korku ve endişe yaşamadan hastasına uygulayabiliyordu. Entelektüel düzeyi, bilgi paylaşımı ve risk/yarar analizini yapacak düzeyde olmayan hastalar için bu iyi bir durumdu. Çünkü doktor, zaten her şeyi hastası adına düşünmüş ve karar vermişti. Sonuçlar genellikle plasebonun da desteği ile iyi seyrederdi. Ne var ki; meslek etiği kısıt olan bazı hekimler bu süreçte hastalarını istismar edebiliyorlardı. Bugüne geldiğimizde fotoğraf değişti. Hasta hakları konusunda oluşturulan farkındalık ve 2005 yılında yürürlüğe giren yeni TCK, gerek hasta ve yakınları üzerinde gerekse sağlık çalışanları üzerinde önemli etkiler yaptı. Şöyle ki; hekimler ve diğer sağlık çalışanları üzerindeki etkisi, mesleği icra şekline bile yansdı. Sağlık çalışanlarında kendini koruma içgüdüğü belirdi. Her an bir yanlışın kurbanı olunabilir ya da ceza ve tazminat davalarına maruz kalınabilir düşüncesiyle daha agresif tedavilerden kaçınılan, komplike vakalara müdahalede çekingen kalınan bir süreç başladı. "Hasta ile karşılaşıldığında, suya sabuna dokunmadan süreç olaysız sonlandırılmalı" düşüncesi egemen olmaya başladı. Diğer taraftan hasta ve yakınları üzerindeki tezahürü ise; "her an bir tıbbi müdahale hatasına maruz kalınabilir ya da ticari gayelerle gereksiz işlemler uygulanabilir" endişesini yaşamak şeklinde oldu. Esasen, kutsal olan ve güvene dayalı olması gereken bu ilişki, yerini "kaygan zeminde buz dansı"na bıraktı. Şimdilerde, sık sık birbirlerinin ayağına basar oldu bu ikili. Üstelik her ayağa basış, karşılıklı özür dilemeler yerine, mahkemede hesaplaşmalarla sonuçlandı. Önerim şudur: Hastalarınızı en teferruatlı şekilde hastalıkları hakkında bilgilendiriniz. Olduğundan fazla ümit vermeyiniz. Ya da korkutmayınız. Yaptığınız tedavinin sonrası hakkında da aydınlatınız. Bazen sizin lokalize bir hastalıkta radikal prostatektomi yaparak hastanın PSA'sını 15'lerden 0.1'lere düşürmüş olmanız yeterli bulunmayabilir. Hastanın beyninde, bir medikal onkologun benzer bir hastada PSA'yı hormonla 0.01'li rakamlara düşürmüş olması daha büyük bir başarı olarak algılanabilir. Hekimlere saldırı ile sonuçlanan,

bazen mahkemelere taşınan davaların % 80'inde yanlış tıbbi uygulamalar değil, eksik bilgilendirme ve iletişim kazalarının yaşandığı bilinmektedir. Ülkemizde hekimleri çalıştığı kurumlar, ne yazık ki, korumamaktadır. Bu hususta İngiltere'ye gıpta etmemek mümkün değildir. Bu nedenle zekânız ve iletişim yeteneğinizle kendinizi korumak zorundasınız. Aksi takdirde medyada itibarınızı kaybedersiniz ya da hayatınızı...

Üroonkoloji pratiğimizde çok zaman olur ki, hasta her ziyaretinde biraz daha bir şeylerini kaybetmiş olarak çıkar karşımıza. Ve hep bizden bir şeyler yapmamızı bekler. Onun aklında hala, hekimin sihirli dokunuşundaki tedavi edici güçten istifade etmek arzusu vardır. Ne var ki biz de hastanın bu beklentisi karşısında hep bir şeyler yapmak zorunda hissederiz kendimizi. Elimizden bir şey gelmese de, bir şeyler yapar gibi görünüp, plasebodan istifadesini sağlarız hastanın. Aslında bu dönem her türlü yanlışla geber bir dönemdir. Endüstrinin pembe vaatlerle ama zayıf kanıtlarla bize sunduğu tedavi araçları da elimizdedir nasıl olsa. Biz doktoruz ya, elimizden bir şey gelmiyor demek zül gelir ruhumuza. İşte böyle bir ruh hali içinde, hastanın bakiye kalmış 12 ayından, konforlu geçecek bir 3 ayını da biz çalarız kemoterapi veya radyoterapi vererek. Yahut da, küratif etkisinin olmayacağı evrede morbid bir ameliyat yaparak. Sona yaklaşıldığında, biz elimizden geleni yapmış olmanın bahtıyarlığıyla, hasta yakınları ise tüm imkânların kullanıldığı inancı ile ölümü beklerken; hasta, başından beri öngördüğü sona yaklaştığını saniye saniye idrak ederek bekler sabahı. Necip Fazıl'ın ifadesiyle

*Ne hasta bekler sabahı,
Ne taze ölüğü mezar,
Ne de şeytan bir günahı,
Seni beklediğim kadar...*

Evet, ölümün üzerinden vakit geçmeden toprağa verilmek gibi ya da şeytanın bir günahı beklediği gibi ciddi ve arzulu bir bekleyiştir hastanın sabahı beklemesi. Gecenin sessizliğinde dayanılmaz hale gelen ağrılar, depreşen duygular, gözün önünden geçirilen koca bir hayat ve geride bırakılan bir yığın emek... Hepsine birden veda edilecek. Kolay mı? Ama bir sabah olsa, karımı ve çocuklarımı görünce kurtulurum bu kâbustan. Onlar beni bırakmazlar. Onlarla yeniden hayata tutunurum. Karımla el ele gezdiğimiz o ağacın altını konuşuruz. Büyük oğlum üniversitedeki bölümü ile ilgili hayallerini anlatır bana. Ah bir sabah olsa... Hastalar bizden hep bir şeyler yapmamızı bekledikleri için, bazen bir şey yapmamanın en iyi şeyi yapmak oldu-

Ölümün üzerinden vakit geçmeden toprağa verilmek gibi ya da şeytanın bir günahı beklediği gibi ciddi ve arzulu bir bekleyiştir hastanın sabahı beklemesi. Gecenin sessizliğinde dayanılmaz hale gelen ağrılar, depreşen duygular, gözün önünden geçirilen koca bir hayat ve geride bırakılan bir yığın emek... Hepsine birden veda edilecek. Kolay mı? Ama bir sabah olsa, karımı ve çocuklarımı görünce kurtulurum bu kâbustan. Onlar beni bırakmazlar. Onlarla yeniden hayata tutunurum. Karımla el ele gezdiğimiz o ağacın altını konuşuruz. Büyük oğlum üniversitedeki bölümü ile ilgili hayallerini anlatır bana. Ah bir sabah olsa...

ğunu unuturuz... Mevlana'nın kastettiği anlamda, bulanmadan, donmadan akmak ve bundan böyle yeni şeyler söylemek ümidiyle...

Prof. Dr. Ahmet Sınay: 28 Şubat'ta ordudan atıldım, Amerika'ya gidip tıp ressamı oldum

Röportaj: Ömer Çakkal

Dünyadaki iki Türk medikal ressamdan biri olan anatomi profesörü Prof. Dr. Ahmet Sınay sıra dışı biri. Denizli-Burdur sınırında bir köyde dünyaya geldi. Çocukluğundan beri hep hayal etti. Köyündeki bıçakçının motosikleti gibi bir motosiklete sahip olmak onun ilk hayalimdi. O motosiklete binip büyükşehire gitmek, orada doktor olmak, sonra uçak satın alıp pilot olmak, o uçakla köyünün üzerinden geçmeyi hayal etti. İlkokulda Atatürk portreleri, orta ve lisede gazete kâğıtlarının boş yerlerine futbolcu karikatürleri çizdi. Ağabeyi yönetmen Os-

man Sınay'ın desteğiyle GATA'da tıp okudu, hem doktor oldu, hem de havacı. Her şey yolunda ilerlerken 28 Şubat onun da üzerinden silindir gibi geçti. Ordudan atıldı, aylar sonra başvurduğu üniversiteye girişi YÖK'ün "yasaklı" yazısıyla engellendi. Tası taşı toplayıp Amerika'ya gitti. Önce İngilizce öğrendi, ardından Columbia ve Georgia Üniversitelerinde anatomi hocası yaptı. Tıp ile ressamlığı birleştirip medikal ressamlığa yöneldi, sertifikalı eğitim programını tamamladı. Tam 12 yıl Amerika'da bilim üretti. Artık orada zamanını doldurduğunu düşündü, geçtiğimiz aylarda Türkiye'ye dönüş yaptı. Edirne Üniversitesi'nde anatomi profesörlüğüne başladı. Çok

geçmeden de Güzel Sanatlar Fakültesi'nin Dekanı oldu. Şimdi o Balkanların tıbbi ressamlarını Edirne'de yetiştirmeyi hayal etmiyor, bunun üzerinde çalışıyor. Prof. Dr. Ahmet Sınay ile röportaj yapmak için Edirne'ye gittim. Önce adet olduğu üzere Niyazi Usta'nın yöreye özgü ciğerini tattık, ardından da Selimiye Camii'nin karşısında, Fatih Sultan Mehmet Han'ın doğduğu rivayet edilen ve bugün otel olarak hizmet veren evin giriş salonunda uzun bir röportaj yaptık.

“Ressamlığa Fenerbahçeli Cemil ve Osman'ın karikatürlerini çizerek başladım”





“Yoksul bir aileydik. Babam manifaturacılıkla uğraşır, annem terzilik yapar, bense simit satardım. İki elimi yanıma açtığımda duvarlarına değecek kadar küçük bir dükkânımız vardı. Dükkânda kumaşları arabaya doldurur, semt pazarlarında satardım. Vestel’in sahibi Ahmet Nazif Zorlu dükkân komşumuzdu. Dükkânda eski gazetelerin boş yerlerine futbolcu karikatürlerini çizerdim. İlk öyle başladım. Fenerbahçeli Cemil ve Osman’ın karikatürleri çok hoşuma giderdi.”



Bana biraz ailenizden bahseder misiniz?

Denizli-Burdur sınırında bir yayla köyünde doğdum. Babam hiç okula gitmemiş, annem 3 ay devam edebilmiş. Köyümüzün adı Yeşilyuva, eski adıyla Kayser. Orada bir medrese varmış. Bizim eski dedemiz Ömer Dede’den beri bizim sülale medreseye gidip gelmiş. Sülalemizin adı da Molla Ömer Sülalesi. Babam seyyar manifaturacılık yapardı. 2 tane atı vardı, köyleri gezerdi. Annem terzilik yapardı.

Çerçcilik derler bizim oralarda buna...

Hah işte çerçcilik. Babam aynı zamanda köyün gönüllü imamıydı. Hikâyemiz 1968 yılına kadar böyle sürüp gidiyor. Köyümüzün öğretmeni İsmet Özdemir Öğretmenim, babama “Bu çocuklar zeki çocuklar, bunlar okumalı. Buralarda olmaz bu işler” demiş. Babam da bizi okutmayı görev addetti. Biz köyde yoksul bir aileydik. Senede bir, Ramazan Bayramlarında bir çift siyah potin alırdık. Lastik ayakkabı. Onu da Arefe Günü ve bayramda giyer, ondan sonra eskilere bir süre daha talim ederdik. “Yeni ayakkabılarımız nerede?” deyince annem, “Oğlum Kurban Bayramı da gelecek, o zaman da giyersiniz, eskimesin” derdi. Kışları 1 metre kar yağardı. Okula gidip gelmekte güçlük çeker-

dik. Babaannemiz Hafız anne, biraz dar görüşlü biriydi, babamın köyden ayrılmasını istemezdi. O, bir Kurban Bayramında vefat ettikten sonra tası tarağı toplayıp Denizli’ye göç ettik. Takvim yaprakları 9 Kasım 1968’i gösteriyordu. Ben o zaman 7 yaşındaydım ve ilkokul 2’ye gidiyordum. Abim Osman Sınav o sene Denizli’de kaldı, ardından Söke’ye yatılı okumaya gitti.

İlk, orta, lise yaşamınız çoğumuzun hikâyesi gibi rutin bir şekilde ilerlerken tıp okuma işi, sonra ressamlık işi nasıl gelişti, onu anlatabilir misiniz?

Anlatayım. Biz Denizli’deki ilk yıllarımızda da yoksul bir aileydik. Ekmek almakta zorlanırdık. Babam manifaturacılıkla uğraşır, annem terzilik yapar, bense simit satardım. Ablam ve 2 kız kardeşim ellerinden geldiğince anneme yardım ederdi. Derken babamın işleri düzelmeye başladı, ben büyüdüm, delikanlı oldum, pazarcılığa başladım. İki elimi yanıma açtığımda duvarlarına değecek kadar küçük bir dükkânımız vardı. Dükkânda kumaşları arabaya doldurur, semt pazarlarında satardım. Vestel’in sahibi Ahmet Nazif Zorlu dükkân komşumuzdu.

Resme dair yeteneğiniz nasıl ortaya çıktı?

Okulun olmadığı zamanlarda babama

yardım ettiğim günlerde dükkânda ne yapacaksın? Ben oturur, eski gazetele- rin boş yerlerine futbolcu karikatürlerini çizerdim. İlk öyle başladım. Fenerbahçeli Cemil ve Osman’ın karikatürleri çok hoşuma giderdi. Neyi beğeniyorsam, onu boş bulduğum bir kâğıda çizerdim. İlkokulda da Atatürk resimleri çizerdim zaten.

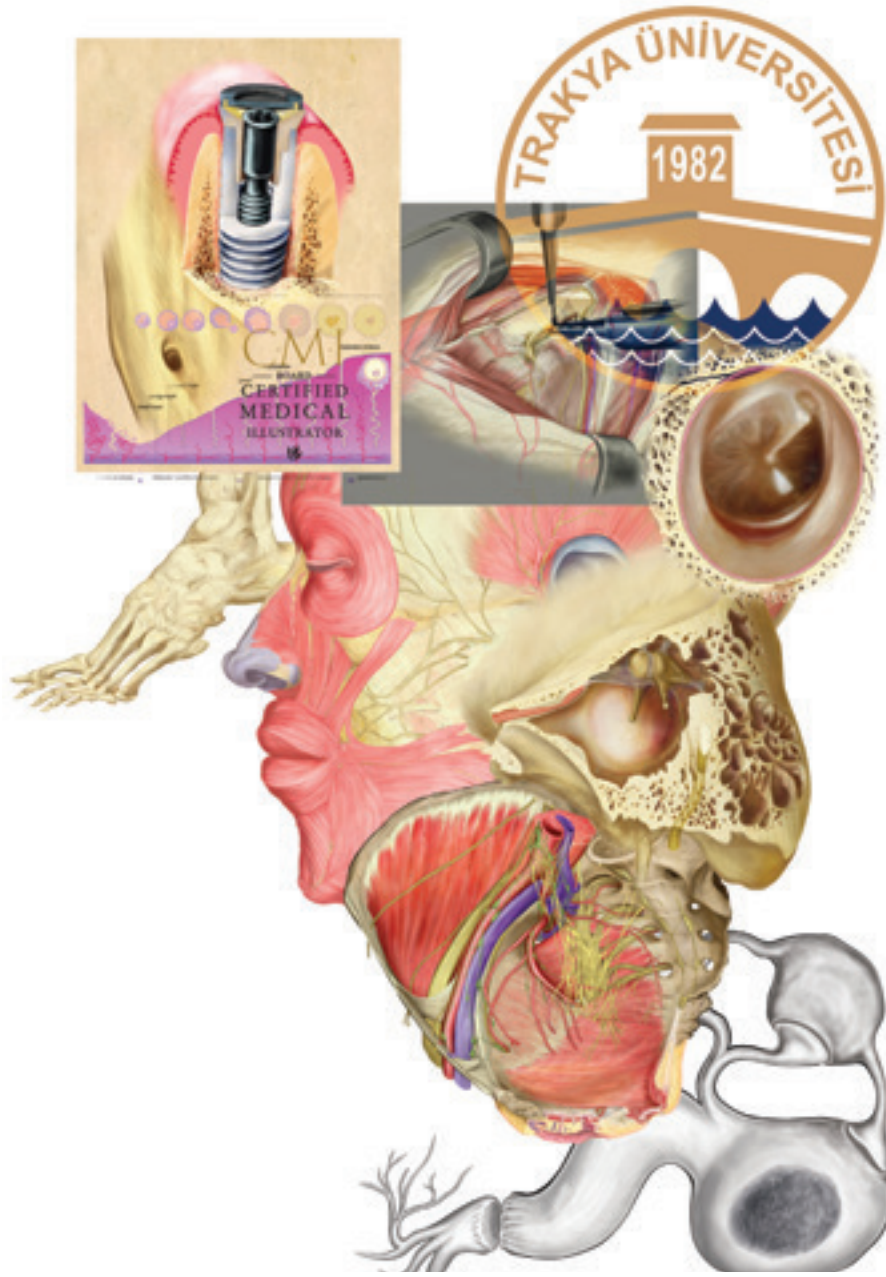
“Doktor olup para kazanmak, alacağım uçakla köyümün üstünden uçmak istiyordum”

Çizgi böyle başladı, ya tıp?

Babamın amcası doktordu. Ailemizde okumuş adam deyince o vardı. Ne için okunur, doktor olmak için okunurdu? 1980 öncesiydi. Her gün öğrencilerin öldüğü, anarşi ortamıydı. Abim İstanbul’daydı. Babam, “Ya doktorluk okusun ya da ben seni bu anarşi ortamında bir yere gönderemem.” dedi.

Öteki bölümlere kapıyı kapattı yani?

Evet, öyle oldu. Babam bunu bana söylediğinde üniversite sınavına 2 ay falan vardı. Ben de abime bir mektup yazdım. O zaten benim ikinci babamdı. Ben sıcakkanlı, fevri yaradılışlı bir insanım, o ise sakın, babamı ikna eden biriydi. Abim İstanbul’dan geldi, babamı ikna etti, beni İstanbul’a götürdü,



üniversiteye hazırlık kursuna yazdırdı. Ben 4 hafta Cağaloğlu'nda bir kursa gittim. Sınava da İstanbul'da girdim. Sınavdan çıktığımda tıp fakültesini kazandığımı hissediyordum. Ardından Denizli'ye döndüm. Abim de gelmişti. Bizim dükkâna doğru yaklaşırken dükkân komşularımız üniversite kazandığımı haber verdiler. Babam geldi sarıldık, tebrik etti. Yaşım 17 idi.

Ankara serüveniniz böyle başladı yani?

Böyle başladı. İstanbul olmadığı için üzülüyordum. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitime başladığımı ertesi günü Hava Kuvvetleri'ne gidip askeri öğrenci olmak için başvurdum. 12 Eylül darbesinden sonra Devlet Başkanı Kenan Evren'in emriyle Gülhane'ye tıp fakültesi kuruldu. Son iki seneyi GATA'da okudum.

“Frank Netter’in Amerika’da yaptığını ben de Türkiye’de yapacaktım”

Havacılık işi de nereden çıktı?

O, çocukluk hayalimdi. Burdur'un Düden Köyü'nde esnaflık yapan bir kah-

veci, bir bakkal, bir de bıçakçı vardı. Bu bıçakçının bir motosikleti vardı. O zamanlar çocuk aklımla benim hayalim bıçakçı olup bir motor almaktı. O motorla büyükhire gitmek, orada doktor olmak, sonra da uçak alıp pilot olmak, o uçakla köyümün üzerinden geçmeyi hayal ediyordum.

Hocam hayal olayını epey abartmışsınız siz... (Kahkahalar)

Evet, havacılık hayalim buraya dayanıyor. GATA'da tıp eğitimini tamamladım, bir yandan da havacı oldum. Bu arada tabi Gülhane'de boş durmadım, resim kulübü kurdum, sergiler açtım. O zamanlar GATA'nın komutanı Tümgeneral Prof. Dr. Necati Kölan'dı. Halen hayattadır. Bana uzmanlığımı nerede yapacağımı sordu. Anatomide devam edeceğimi söyleyince kendisi gibi genel-cerrahiye önerdi. “Bana doğru dürüst bir neden söyle, yoksa seni burada şimdi döverim” dedi. “Hocam Frank Netter'i bilirsiniz değil mi?” dedim. “Kim bilmez, çok güzel resimler çiziyor” dedi. “İşte Frank Netter'in Amerika'da yaptığını ben de Türkiye'de yapacağım.” dedim. Hoca, öteki arkadaşlara döndü, “İşte bakın Atatürkçü

idealist genç böyle olur, gel seni alından öpeceğim.” dedi. Beni çok destekledi. Anatomi sınavına girebilmem için Hava Kuvvetleri Komutanından özel izin aldı ve anatomi ihtisasına başladım. Her hafta Ankara'da tıp ressamlarının evine gidip resim çalışırdım. Tıp ressamı olmak istiyordum. GATA'da önce yardımcı doçent, ardından doçent oldum. Tatilini Amerika'da geçirmiş bir arkadaşım oradaki bir üniversitenin departmanının tıp ressamlığı yüksek lisans eğitimi verdiğine dair bir broşür getirdi. İngilizce bir mektup gönderdim ve onlardan bir dosyada başvuru evraklarım geldi. Yıl 1991'di. Ayda 700 dolar da burs vereceklerdi. Okul ücreti de almayacaklardı. GATA Komutanı “Sana burada ihtiyacım dedi” dedi, gitmeme izin vermedi.

Askerlik ve akademisyenlik kariyeriniz devam ederken 28 Şubat süreci gelip çattı ve siz de bundan olumsuz etkilendiniz. Hocam, ordudan ayrıldınız mı, atıldınız mı?

Atıldım.

Gerekçe neydi?

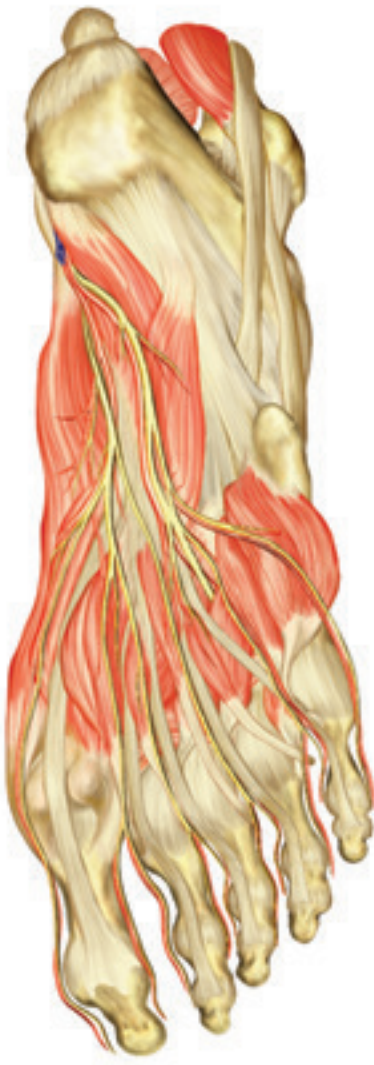
27 Aralık 1997 günü ordudan atıldığım bana bildirildi. Aslında somut bir gerekçe yoktu. 7 yıl boyunca GATA'da tıbbi ressamlık konusunda bir bilim dalı kurulması için çalışma yaptım. Artık son aşamasına geldiğimde bir gün bir telefon geldi, tanımadığım biri, “Beni bir dost bilin. Bu haftaki Yüksek Askeri Şura'da sizin dosyanız da görüşülecek. 1 hafta içinde elinizden bir şey geliyorsa yapın” dedi. Zaten eskiden koridorda gördüğünde sarılıp beni öpen GATA Komutanı Tümgeneral Fahrettin Alparslan, artık beni gördüğünde yüzünü çevirmeye başlamıştı. Görüşmek için odasına gittiğimde randevu dahi alamıyordum. Daha sonra intihar etti. Neyse bir yazı geldi. Dosyamın görüşüldüğü, tutum ve davranışlarımdan yasa dışı görüşleri benimsemişim kanısıyla askerlikle ilişkiimin kesildiği bana bildirildi.

Yargıya da gidemediniz tabi?

E tabi, 12 Eylül 2010 referandumu öncesine kadar YAŞ kararları yargıdan tamamen bağımsızdı. Bir yargılama yapılmadı, bana kendimi savunma hakkı verilmedi. Mesele bununla da kalmadı.

Ya ne oldu?

Askerlikten atıldıktan bir süre sonra eşimden boşandım. Tam 8 ay sonra bir üniversiteye gittim. Rektörüne çıktım. Dosyayı göturdüm, kendimi anlattım. Bu çalışmaları üniversitede sürdürmek istediğimi söyledim. Doçent kadrosu açıldı. Ben hevesle atama kararımı beklemeye başladım. Pa-



“Ben gitmeden önce Türkiye’de bir dinamizm vardı. Ancak henüz akademide bilim üretilebilir düzey yoktu. Batıda üretilen bilimi öğrencilere aktarıyorduk. 12 yıl sonrasında bugün ise bilim üretilmeye başlandığını görüyorum. Türkiye artık ürettiği bilimi kültür ve sanat ile satma eğiliminde.”

rasız kaldım, emeklilik hakkımdan vazgeçtim, Emekli Sandığı’mda biriken paramı çekip hayatımı sürdürmeye başladım. 15 gün geçti, 1 ay geçti, 2 ay geçti, üniversiteden bir ses yok. Sonra telefonla bilgi verdiler. YÖK’ten bir yazı geliyor ve benim de ismimin aralarında olduğu pek çok kişinin artık bir kamu kurumunda çalışamayacağını bildiriyorlar.

28 Şubat’tan ikinci gol...

İkinci gol. O gol canımı çok acıttı. Arkadaşlar, “Gidip rektörle görüş-

lim.” dediler ama ben artık yapılacak bir şey olmadığını söyledim.

Ve siz taşı tarağı toplayıp Amerika’ya gittiniz.

Tam olarak böyle oldu. Abimin tanıdığı bir emekli sanat tarihi profesörünü vardı Amerika’da. Prof. Dr. Tosun Bayrak. Bülent Ecevit’in Robert Koleji’nden sınıf arkadaşıydı. 10 Eylül 1998’de Amerika’ya gittim.

Ne yaptınız orada?

Bir lisede 8 ay İngilizce kursuna gittim. New York’ta Columbia Üniversitesi’nde anatomi doçenti olarak bana profesörlük kadrosu açtılar. Kısa bir süre bir misafirhanede kaldım, ardından da ayda 500 dolar kira ile savaş mağduru bir Bosnalı ailenin evinin alt katına yerleştim.

Amerika’ya hemen uyum sağlayabildiniz mi?

Ne gezer! Ben İngilizceyi bile öğrencilerimden öğrendim. Tosun Hocanın bana büyük yardımları oldu. 2002’de ikinci evliliğimi yaptım. 2006’da ilk çocuğumuz dünyaya geldi. İkinci çocuğumuz doğunca Columbia’daki kazan-cım bize yetmemeye başladı. 2007’de buradan ayrılıp profesör kadrosuyla Georgia Üniversitesi’nde çalışmaya başladım. Burada anatomi departmanında bir yandan çalışırken bir yandan da medikal ilustrasyon eğitimine katıldım ve sertifika aldım. Bu alanda çalışmalar yaptım. Zaten Georgia’ya geçmemin nedenlerinden biri de bu idi.

Hocam devam etmeden önce bana şunu söyleyebilir misiniz? Tıbbi ressamlar tam olarak ne yaparlar, nasıl bir boşluğu doldururlar?

Tıbbi bir alanda yapılan araştırma, projelerin çizimi, ameliyatların çizimini tıbbi ressamlar yaparlar. Bilimsel kongrelerde, dergilerde, kitaplarda bilgiyi bütünleyen çizimleri biz yapıyoruz. Tıp fakültelerinde tıbbi bilgiyi öğretmek için görsel materyallere ihtiyaç duyulur. Bu materyalleri de tıbbi ressamlar hazırlar.

Dünyada kaç tane tıbbi ressam var?

200’ü akredite olmak üzere 1000 civarında.

Sobotta Atlası nedir?

Avrupa’da en çok kullanılan anatomi atlasıdır.

Siz bunu bilgisayarda çiziyormuşsunuz galiba?

Halen üzerinde çalışıyorum. Baş-

boyun anatomisini baya detaylı olarak çizdim.

Hangi organları çizdiniz?

Baş-boyun organlarının çoğunu çizdim. Kulak, göz, burun, yüz, çene kasları, ayak, kalp, gırtlak çizdim.

Har şey yolunda gidiyormuş. Neden Türkiye’ye döndünüz?

2 nedeni var: Birincisi çocuklarımı Türkiye’de büyütmek istedim. İkincisi artık ABD’den alacağım hiçbir şey kalmamıştı, oradan öğrendiklerimi burada geliştirmek istedim.

Balkanların tıbbi ressamlarını Edirne’de yetiştireceğiz

Neden Edirne, neden Trakya Üniversitesi?

ABD’de Türkiye’ye dönüş yolunu ararken Rektörümüz Prof. Dr. Enver Duran ile temaslarım oldu. Tek profesör maaşım, Türkçe bilmeyen eşim ve 3 çocuğumla İstanbul’da çalışmam zor olacaktı. Göze alamadım.

Edirne’de ne yapıyorsunuz?

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi ’de hocalık yapıyorum. Yanı sıra geçtiğimiz haftalarda Güzel Sanatlar Fakültesi’ne dekan olarak atandım.

Edirne’de medikal ressamlık eğitimi verecek misiniz?

Ben buraya gelir gelmez bu anlamda çalışmalara başladım. Önce üniversite içinde gerekli temasları yaptık, ardından YÖK ile görüştük.

YÖK ne diyor bu işe?

YÖK bu projeyi destekliyor ama bu eğitimin tıp fakültesinde olup olmayacağı noktasında endişeleri var. Ben Güzel Sanatlar Fakültesi’ne dekan olarak atanınca hemen bu çalışmayı burada yapalım noktasında çalışmalara başladık.

Nasıl olacak peki, sizden başka öğretim üyesi, elemanı yok.

Dökme suyuyla değirmeni döndürmeye çalışacağız. Öğretim üyesi açığını ABD’den tamamlamaya çalışacağız. Pek çok Amerikalı meslektaşım ben-den davet bekliyor. Bakın bu yaptığımız şey sadece resim çizmek değil. Bu iş, yapay organ dizaynına kadar uzanan bir iş. Düşünün, herhangi bir kazada kaybedilen burunun fotoğrafını alan medikal ilüstratör, orijinal bir burun çizicek, bunun inşasına çalışılacak.

Tıp eğitimi almamış, anatomi bilmeyen biri Güzel Sanatlarda böylesi ufku olan bir işi nasıl yapacak?

Bu işin yarısı sanat, yarısı tıp. Güzel Sanatlarda da olsa temel tıp, anatomi ve hatta cerrahi eğitimi alacaklar.

Sizden başka bir Türk tıbbi ressam daha varmış; Levent Efe. Kendisiyle tanışıyor musunuz?

Elbette. Avustralya'da Melbourne'de yaşıyor.

Onun da burada sizinle çalışması söz konusu mu?

Hayır, öyle bir çalışma yok. Onun çalışmaları bizim düşündüğümüz konseptin dışında.

Teknoloji ile aranız nasıl? İyi bir teknoloji tüketicisi misiniz?

Sayılr. İşimi kolaylaştıran teknolojiyi takip ediyorum.

Bilgisayar teknolojisi sizi nasıl etkiliyor?

Çok yardımcı oluyor. Artık doğrudan bilgisayarda çizim yapıyorum. Sadece çizim değil, bu çizimlerin paylaşımı noktasında da teknolojiden istifade ediyorum.

Türkiye'deki teknoloji sizi sınırlıyor mu?

Hayır, Amerika'dan sadece birkaç ay gerideyiz. Ayrıca ihtiyacım olanı ABD'den getirdim, getirebiliyorum.

“Türkiye’de artık bilim üretiliyor, süper güç olma yolundayız”

Türkiye’ye yeni döndünüz. Geçen onca yılın ardından nasıl bir Türkiye buldunuz?

Ben gitmeden önce Türkiye’de bir dinamizm vardı. Ancak henüz akademi- de bilim üretilebilir düzey yoktu. Batıda üretilen bilimi öğrencilere aktarıyorduk. 12 yıl sonrasında bugün ise bilim üretilmeye başlandığını görüyorum. Bir ülkede bilim üretilmeye başlanmışsa o ülkenin gelecekte süper güç olma yolunda ilerleyeceğini söyleyebiliriz. ABD’deki ilk yıllarımda Columbia Üniversitesi’ndeki doktora seviyesindeki akademisyenlerin yüzde 70’inin Çinli olduğu dikkatimi çekmişti. Aradan geçen 12 yılın ardından bugün Çin’in bir süper güç olma yolunda ilerlediğini görüyoruz. Türkiye artık ürettiği bilimi kültür ve sanat ile satma eğiliminde.

Türkiye’nin bilimsel atmosferine ilişkin güzel bir saptamaydı. İzin verir-

seniz birkaç cümle de siyasi atmosfer hakkında konuşalım istiyorum. 28 Şubat mağdurusunuz. İçinden geçtiğimiz süreç, kimilerine göre, 28 Şubat’ın rövanşı. Yaşadığımız günler hakkında siz ne düşünüyorsunuz?

Ben öyle düşünmüyorum. 28 Şubat siyasi olarak az gelişmişliğimizin bir dışavurumuydu. İnsanları yargılamadan mahkûm etmek, medeniyetimizin o günkü düzeyini ortaya koyuyordu. Şimdi insan hakları, hukuk daha iyi noktada. Asker yerini biliyor, politikacı yerini biliyor. Artık darbeleri konuşmuyoruz.

Lakin kimilerine göre şimdi de insanların yargılanmadan mahkûm edilme durumu var. Belki de halen az gelişmiş durumdayızdır...

Bu bir süreçtir. Şu günlerde yaşadığımız olayları, hukuk devleti olmaya, gerçek demokrasiye geçişimize bir kapı olarak görüyorum.

YAŞ kararları artık yargıya taşınabiliyor. Siz de mahkemeye başvurup iadeyi itibar isteyecek misiniz?

Başvuracağım tabi.

“Tıp eğitimimiz modernize edilmeli, 50 yıl önceki anatomiyi öğretiyoruz”

Amerika ve Türkiye’yi tıp eğitimi ve sağlık sistemi açısından kıyaslarsanız neler söylersiniz?

ABD’nin süper güç olmasının en önemli nedenlerinden biri, bilim üretmesi ve akademinin çok çalışıyor olması. Orada bilim ve teknoloji birlikte üretiliyor. Ülkemizde tıp eğitiminin modernize edilmesi gerekiyor. Bir anatomist olarak söylemem gerekirse, biz halen 50 yıl önce öğretilen anatomiye öğretiyoruz. ABD’de akademisyenler proje üretmek para kazanıp evlerini geçindirebiliyorlar. Aynı sistemin değil ama biraz daha yumuşatılmış bir sistemin Türkiye’ye uyarlanması gerektiğini söyleyebilirim.

Ya sağlık sistemi?

Türkiye’de şu anda uygulanan sağlık sistemi ABD’de benim gördüğümünden çok daha modern ve insancıl. ABD’de sağlık sigortası için ayda 800 dolar ödemeniz lazım. Bu parayı ödeyemeyen orta gelirli kesim sağlık hizmeti almakta güçlük çekiyor.

“Abimi görmek için sete gittim, teklif edilince Amerikalı ajanı oynadım”

Osman Sınav’ın hangi dizisinde oynadınız?

2001 yılında Deli Yürek’te 3 bölümde Amerikalı ajan karakterini canlandırdım. Yaz tatiline gelmiştim. Temponun yoğunluğundan ötürü abimi görmek için sete gitmek zorundaydım. Bir ajan rolü vardı, “Oynar mısın” dediler, oynadım.

Osman Sınav ile nasıl bir abi kardeşiniz?

Abim sadece benim için değil bütün aile için yarı baba gibidir. Hele de benim aram çok iyidir. Abim benim yakın dostumdur, sırdaşımdır.

Dizilerinde, filmlerinde sizin hekimlik bilgilerinizden danışmanlık anlamında yararlanıyor mu?

Yok, ben Amerika’daydım hep. Bir iki defa oldu ama.

Ağabeyiniz sinemamızı teknoloji ile buluşturan bir isim. Yerelden evrensele orijinal bir tarzı var. Onun sinemasını nasıl görüyorsunuz?

Sufilerin kullandığı bir teşbih vardır: Balık denizde yaşar ama denizi bilmez. Osman Sınav o balıktır. Hem denizi bilir, hem denizin dışını. Başarısının altında yatan faktör de odur.

Sufi teşbihi onu kastetmiyor ama. Osman Sınav denizin dışını nasıl biliyor? Hayalleriyle mi?

Hepsi. Osman Sınav İstanbul’a çok erken geldi. Ötügen Yayınevi’nde kitap tasahhileri yaptı. O yayınevine giren çıkan, Türkiye’nin geçmişini bilen, geleceğini gören entelektüellerle tanıştı. Onlarla birlikte kitaplar, dergiler yayımladı.

Ailede başka doktor da varmış diye duydum. Doğru mu?

Benim küçüğüm Hatice İstanbul Üniversitesi’nde nükleer tıp doçenti. En küçüğümüz Havva eczacı. En büyüğümüz Aysel Ablamın ilginç bir mesleği var. Kendisi el sanatları, özellikle ipek halıcılık üzerine uzman. Gazi Üniversitesi’nde doçent.

Harika bir aile...

Bu babamın hayaliydi. Kendisi hiç okumadı ama bütün çocukları çok iyi yerlere geldi.

Türkiye Doping Kontrol Merkezi ve Diana Taurasi skandalı

Dr. Seyfullah Dağıstanlı



1988 yılında Samsun OMÜ Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İngiltere'de Surrey Üniversitesi Robens Enstitüsünde ve İsveç Karolinska'da çalışmalar yaptı. 1995'te Gazi Üniversitesi Toksikoloji Doktorasını aldı. Doktora sonrası İtalya'da Pisa Üniversitesi Genetik Departmanında, Hollanda Clindangel Üniversitesi'nde ve Avusturya'da çalışmalar yaptı. İlaç alanında pek çok eğitim, farmakoekonomi, farmakovijilans ve klinik araştırmalar konularında eğitimcilik yaptı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi'nde, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde, Viyana AESCA, Türkiye Schering Plough ve Frik İlaç AŞ'de üst düzey yöneticilikler yaptı. Halen Hasfarma Yönetim Kurulu Başkan Yardımcısı olarak görev yapmakta, aynı zamanda Vatan Gazetesi'nde köşe yazıları yazmaktadır. Klinik Araştırmalar Derneği'nin kurucularından olan Dr. Dağıstanlı Farmakovijilans Derneği'nin Başkanlığını yapmaktadır.

Istanbul Üniversitesi ile Fenerbahçe takımları arasında **13 Kasım 2010 tarihinde** oynanan Türkiye Kadınlar Basketbol Ligi 4. hafta müsabakası sonrasında yapılan rutin doping kontrolleri sırasında Fenerbahçe Bayan Basketbol Takımı'nın ünlü ABD'li oyuncusu **Diana Taurasi**'den alınan idrar örneğinde, WADA'nın yasaklı uyarıcı maddeler listesinde yer alan Modafinil'e rastlanmıştı. Söz konusu sporcu, ülkesinde de ödüller alan, reklamların ve magazin dünyasının da flaş yıldızlarından Diana Taurasi olunca, olay başta ABD

olmak üzere tüm dünyada manşetlere taşındı. Ocak ayında açıklanan sonuçlardan sonra Fenerbahçe genç oyuncuyla sözleşmeyi feshetti, Basketbol Federasyonu oyuncuya men cezası verdi. Olayın yankıları sürerken, Şubat ayında bu kez analizi gerçekleştiren Hacettepe Doping Kontrol Merkezinin "analizi hatalı yaptığı" bilgisi gündeme bomba gibi düştü. Merkez, analiz raporlarını geri çekti. Laboratuvarın bağlı olduğu Hacettepe Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Uğur Erdenay sporculardan özür diledi.

Dünya Anti-Doping Ajansı (World Anti-Doping Agency: WADA) Genel Direktörü David Howman bir basın açıklaması yaparak, Ajansın Ankara'ya hatanın gerekçesini sorduğunu, Ankara'dan gelecek raporun beklendiğini bildirdi. Howman yaptığı açıklamada "olayın bir '**yanlış pozitif**' değerlendirme gibi görüldüğünü, '**yanlış pozitif**' sonuçlara çok nadir rastlandığını, daha sıkça görülenin hatanın '**yanlış negatif**', yani var olan dopingi ölçememe olduğunu belirtti. Ankara'daki merkezin 2009 yılında uluslara-



Diana Taurasi



Alberto Contador

rası standartları karşılamakta yetersizlik nedeniyle 3 ay askıya alınmış olması, geçen yıl benzeri **“yanlış pozitif”** hata yapan Malezya'daki akredite laboratuvarın aksiyaya alınmış olması, Hacettepe Doping Merkezine de WADA tarafından yaptırım uygulanıp uygulanmayacağı sorularını beraberinde getirdi.

Olay sonrası başta Fenerbahçe Kulüp Başkanı Aziz Yıldırım olmak üzere tüm Fenerbahçeliler ayağa kalktı. 104 yıllık kulübün töhmet altında bırakılması ve bir oyuncudan edilmesinin hesabını sormaya başladılar. Konu Başbakan'a kadar taşınırken, Fenerbahçeliler İngilizce dilekçeler hazırlayarak taraftarlarına Federasyonu ve Doping Merkezini uluslararası platformlara şikayet kampanyaları düzenlediler. Kulüp Yöneticisi Ali Koç, Başbakan'dan merkezin kapatılmasını istedikleri iddiasını reddetti. Önce Federasyon Başkanı Demirel, sonra Gençlik ve Spor Müdürü Yunus Akgül üzüntülerini bildirmekle birlikte Türkiye'de yılda yaklaşık 3 bin ile 3 bin 500 analizin gerçekleştiğini, bunların büyük bölümünün Hacettepe Doping Kontrol Merkezi tarafından gerçekleştirildiğini altını çizerek merkezin kapatılmasının söz konusu olmaması gerektiğini vurguladılar. Konu halen incelemede, ancak numuneler Köln'deki başka bir merkeze gönderiliyor.

Hata neydi?

Konunun halen değerlendirme sürecinde olması, WADA'nın açıklama yapılmasına sınır koyması, hukuksal ve medyatik etkiler nedeniyle laboratuvar yetkilileri bu konuda konuşmaktan haklı olarak kaçınıyor. Eldeki veriler ise şöyle:

1. Rektörün basın açıklamasına göre, test sonuçlarını analiz etmekte 2 değerlendirme söz konusu. Normalde bunların ortalamasının alınması gerekiyorken, olayda analiz tek bir değerlendirme verisi üzerinden gerçekleştirilmiş.
2. Erken açıklamalarda yer alan bilgiye göre, kural gereği alınmış olan her iki A ve B numunesinde de sonuçlar pozitif bulunmuş.
3. Bir başka habere göre de, Diana Taurisi, A numunesinin pozitif çıkmasından sonra, B numunesi sonuçlarının alınması esnasında avukatının yanı sıra bir analiz uzmanı da getirmiş. Söz konusu uzman, WADA ilgili teknik dökümanında yer alan değerlendirme prosedürü ile merkezin yaptığı yorum arasındaki uyumsuzluğu fark etmiş ve durum raporlamış.

Anladığımız kadarıyla, analizin kendisinde bir hata yok, yorumlanmasında hata var.

Bahsi geçen olayda bir değerlendirme hatası yapılmış. Bundan ders almak allette gerekli. Ancak tüm dünyada buna benzer, hatta daha da vahim onlarca örnek var. Esasen, değerlendirme hatasının WADA tarafından daha önce saptanmamış olması da ayrı bir konu. Sorunun WADA tarafından daha önce fark edilmemesinde WADA'nın da günahı olduğunu söylemek yanlış değil.

Hatadan kaçınmak için en basit ve geçerli teknik, pozitif ve negatif kontrol kullanmak. Pozitif kontrol, ne kadar miktarda aldığını bildiğiniz, negatif kontrol ise almadığını bildiğiniz örnekler. Eğer, pozitif kontrolde sonuç negatif çıkarsa, yanlış negatif ölçme ihtimaliniz olduğunu bilirsiniz. Eğer negatif kontrolün sonucu pozitif çıkarsa, yanlış pozitif ölçmekte olduğunuzu bilirsiniz. Anladığımız kadarıyla kadariyla kadariyla hatayı elimine edecek tüm bu teknikler örneğimizde uygulanmış.

Alet işler el övünür, bazen de dövünür!

Bu yazıya hazırlık yaparken yaptığım araştırmalarda sürpriz sonuçlarla karşılaştım. Biz Taurisi'ye odaklanmış olsak da, 2000'li yıllardan bu yana doping ile ilgili pek çok sorun, pek çok haber, pek çok tartışma var. Ölçümlerin pikogram düzeylerini belirleyebilmesi, beraberinde yanlış pozitif ölçüm riskini de getiriyor. Daha ilginç, durum dünyada da farklı değil. WADA'nın değerlendirme kriterleri konusundaki tartışmalardan tutun da doping hilelerine ve sistemin zaafalarına varıncaya kadar yüzlerce tartışma, onlarca dava sürüp gidiyor.

Analitik verilerin işlenmesi, ticari istatistik programlarının yetersizliği, analitik bulgunun değerlendirilmesi, farklı genetik yapıya, metabolizmaya sahip atletlerin normal kontrollerle karşılaştırılmasındaki sakıncalar, süre gelen tartışmaların nedenlerinden birkaçı. WADA'nın yeterince şeffaf olmadığı, bu nedenle test yöntemleri ve ölçümleme-



Jessica Hardy

Akredite böyle bir merkeze sahip çıkmak hepimizin görevi. Yılda 3 bin analizin ücretini bir hatadan ötürü dış laboratuvarlara kaptırmak saçmalık. WADA'nın aklında yokken akreditasyonun askıya alınmasını akıllarına bizim getirmemiz tipik bir Türk cehennemi; çıkmaya çalışan ayağından çukurdakinin çekmesi örneği. Olumlu olmak, hatalardan ders çıkarmak, geleceğe bakmak gerekiyor.

lerdeki hataların yeterince aydınlatmadığı argümanı ise bitmek bilmiyor. Bu tartışmalardan birinin çıktılarını özetlemek istiyorum:

1. Yanlış pozitif test sonucu kaçınılmaz bir şey değildir.
2. A ve B örneklerinde pozitif sonuç bulunması, gerçek pozitif sonuç değerlendirmesi için son derece güçlü bir argümandır.

3. WADA'nın transparan olmaması ve bilgi salınımı kısıtlaması, bu konudaki sorunun derinliğini anlamaya engel teşkil ediyor. Yöntemlerin, teknik dökümanların yeterliliğini kanıtlayacak yeterli bilimsel veri yok.

Sonuç

Şöyle veya böyle, bahsi geçen olayda bir değerlendirme hatası yapılmış. Bundan ders almak albette gerekli. Ancak tüm dünyada buna benzer, hatta daha da vahim onlarca örnek var. Esasen, değerlendirme hatasının WADA tarafından daha önce saptanmamış olması da ayrı bir konu. Normalde WADA'nın, en az birkaç kez kendi merkezinden örnek göndererek, akredite ettiği merkezi rutin olarak kontrol etmesi gerekir. Sorunun WADA tarafından daha önce fark edilmemesinde WADA'nın da günahı olduğunu söylemek yanlış değil.

Bize dönersek, akredite böyle bir merkeze sahip çıkmak hepimizin görevi. Yılda 3 bin analizin ücretini bir hatadan ötürü dış laboratuvarlara kaptırmak saçmalık. WADA'nın aklında yokken akreditasyonun askıya alınmasını akıllarına bizim getirmemiz tipik bir Türk cehennemi; çıkmaya çalışan ayağından çukurdakinin çekmesi örneği. Olumlu olmak, hatalardan ders çıkarmak, geleceğe bakmak gerekiyor. Onca çabayı bir kalemde silip atmak marifet değil.

Türkiye Doping Kontrol Merkezi:

Hacettepe Üniversitesi ile Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü arasında 1989 yılında yapılan protokol gereği, Hacettepe Üniversitesi bünyesinde kurulmuş olan Türkiye Doping Kontrol Merkezi, 2001 yılında Uluslararası Olimpiyat Komitesi (IOC) akreditasyonunu almıştır. Birinci Dünya Doping Konferansı'nda (1999), IOC içinden bir Dünya Doping Mücadele Ajansı (World Anti-Doping Agency - WADA) kurulmuş ve 2004 yılından başlayarak dünyada doping kontrolü ile ilgili tüm faaliyetleri devletlerle işbirliği halinde etkin olarak üstlenmiştir. WADA'nın bu alanda devreye girmesini takiben ISO 17025 akreditasyonunu 2003 yılında İngiliz akreditasyon kuruluşu UKAS'tan alarak aynı yıl WADA Akreditasyonunu da almıştır. ISO 17025 akreditasyonları, takip eden yıllarda UKAS tarafından denetlenmiş ve merkezin standart gereklerine uygun bulunarak akreditasyonlar her yıl yenilenip sürdürülmüştür. Ayrıca, merkez WADA'nın her yıl periyodik olarak düzenlediği kalite kontrol programlarında başarılı olarak WADA akreditasyonunu günümüze kadar sürdürmüştür. Türkiye Doping Kontrol Merkezi, faaliyetlerini WADA kurallarına uygun olarak yürüten ve WADA tarafından akredite edilmiş bir merkez olarak hizmet vermektedir.

Clenbuterol vakası

Nonsteroid, beta-2 agonisti. Stimulan etkiye sahip bronkodilatör. Bazı ülkelerde astım ilacı olarak kullanılıyor. Stimulan etkisinden ötürü WADA yasaklar listesinde. Besicilikte yasadışı kullanımı ise uzun bir öykü. Yağsız kas kütlesini arttırmakta kullanılıyor. Çin'de ABD'de, İspanya'da zehirlenme olgularına rastlanmış.

Fuvu Li Çinli ünlü atlet. **Clenbuterol** pozitif bulunmuş. İtirazı kabul edilmemiş. WADA'dan akredite Lizbon Laboratuvarı Eski Bilimsel Direktörü Dr. Douwe Boer, Li'nin idrar örneğindeki clenbuterol miktarının çok düşük olduğu, clenbuterol verilen çiftlik hayvanının etinden kontaminasyonla geçmiş olabileceği görüşüne rağmen, B numunesinde de Clenbuterol pozitif çıkınca Li 2 yıl yarışlardan men cezası almış. Sonuçta en verimli döneminde el çekmiş.

Alberto Contador: Ünlü bisiklet yarışçısı. 2007 Fransa, 2008 İtalya ve İspanya, 2009 ve 2010 yine Fransa yarışlarının şampiyonu. Aynı Fuvo Li gibi, Clenbuterol'den ötürü suçlanmış, gıda kontaminasyonu diye itiraz etmiş. Bu yıl, İspanya Bisiklet Federasyonu suçsuzluğunu ilan etmiş ama hala tartışmalar devam ediyor.

Contador ve Li'nin ölçüm sonuçları pikogramlar düzeyinde. Bu düzeylerde ilacın farmakolojik stimulan etkisinden bahsetmek mümkün değil. Hani aldıklarını varsaysak bile faydasının olması bu dozda mümkün değil. Ancak ne düşük düzey, ne kaza ile gıdadan alım WADA için mazeret oluşturmuyor, WADA "dikkat edeceksin!" diyor. Evet, dikkat edeceksin ama nasıl? İçtiğimiz suda, yediğimiz gıdada rezidü bulunuyor. Ekotoksikoloji verileri, içtiğimiz ilaçların metabolitlerinin atık sulardan içme sularına karıştığını, kuşlarda ölümlere, balıklarda cinsiyet değişikliğine yol açtığını söylerken hiçbir maddeye maruz kalmamayı nasıl başara-cağız? Bir sporcunun kariyerini bitiren bu unsur, itirazlar, mahkemelerle geçen birkaç yıl sonra masumiyeti kanıtlasa da, hem leke iz bırakıyor, hem de bizim Süreyya örneğinde olduğu gibi kaybedilen yıllara geri dönüş olmuyor.

Clenbuterolün tek kurbanı Li ve Contrador değil. 2003-2009 yılları arasında 4 uluslararası atlet daha aynı dertten muzdarip olmuş. 2008 ABD olimpiik seçmelerinde **Jessica Hardy** de, pozitif clenbuterol sonucu için gıda takviyesini suçlamış. **Zach Lund, Tom Zirbel, Scott Moninger.** 2007 ve 2008 yarışlarında branşında bronz madalya kazanan Zach Lund, 2005 yılında finasterid içeren saç çıkarıcı Proscar kullanımından ötürü yarışlardan men edildi, 2006 olimpiyatlarına katılamadı. O sırada Finasterid, steroid kullanımının analizini maskeleyen bir ajan olarak kabul ediliyordu. 2009 yılında ise, finasterid steroidi maskeleyemediği gerekçe-siyle yasaklar listesinden çıktı. Bisikletçi Moninger, steroid metaboliti 19-norandrosterone pozitif çıkınca suçlandı. Uzun ve pahalı uğraşlardan sonra gıda kontaminasyonunu kanıtladı, cezası 2 yıldan 1'e indirildi. Moninger'den Contador'a paralellik kurarsak, Contador'un numunesinde clenbuterol gibi sentetik bir ürün yerine, eğer karşılaştırılabilir düzeylerde norandrosterone olsaydı, muhtemelen o düzeylerle hiç ceza almayacaktı. İnsan vücudunda da bulunan doğal steroid gibi maddelerde, WADA karmaşık gaz kromatografi teknikleri ve değişken limit kabulleri ile elifi mertekten ayırmaya çalışırken, sentetik maddelerde hiçbir düzey "makul" kabul edilmiyor. Özetle, sistemde bir aksaklık var. Çinli Li cezasına razı olup otururken, yeterince sağlam lobisi, argümanı, avukatı, mücadele edecek parası olan geç de olsa sonucu değiştirebiliyor. WADA laboratuvarlara kurallara sıkı sıkıya uymalarını tembih ederken, bilim dünyası o kuralların haklılığını ve geçerliliğini sorguluyor.

WADA'dan akredite laboratuvar-ların bulunduğu ülkeler:

ABD
Almanya
Avustralya
Avusturya
Belçika
Brezilya
Çek Cumhuriyeti
Çin
Finlandiya
Fransa
Güney Afrika Cumhuriyeti
Hindistan
İspanya
İsveç
İsviçre
İtalya
Japonya
Kanada
Kolombiya
Kore
Küba
Norveç
Portekiz
Polonya
Romanya
Rusya
Tayland
Tunus
Türkiye
Yunanistan

WADA yasaklar listesi

Yasaklar listesi, ilk kez 1963 yılında Uluslararası Olimpiyat Komitesi tarafından yayımlandı. 2004'ten buyana Dünya Anti-Doping Kodu yetkilendirilmiş du-rumda. WADA listenin hazırlanması ve yayımlanmasından sorumlu. Liste, kodun köşetaşı ve harmonizasyonun anahtar komponenti. Özellikle spor yarışlarında yasaklanmış madde ve yöntemleri belirleyen uluslararası bir standarttır. Madde ve yöntemler kategorik olarak sınıflanır (Steroidler, stimu-lanlar, gen doping gibi). Yasaklı maddelerin atletlerce kullanımına ancak "er-demli tedavi" amaçlı olarak izin verilebilir. Liste, kılavuzlar doğrultusunda yıllık gözden geçirmelerle güncellenir. Liste komitesi, Haziran ayında bir taslak hazırlar, tartışmalardan sonra Eylül ayındaki üçüncü toplantısı akabi-nde Sağlık, Medikal ve Araştırma komitesine sunar. Nihai olarak, Yönetim Kuruluna sunulur. Liste, Ekim ayında basılır ve 1 Ocakta yürürlüğe girer.

2010 yasak listesi

Her zaman yasaklı olan maddeler:

Anabolik ajanlar
Peptid hormonları, growth faktör
Beta-2 agonistler
Hormon antagonistleri ve modülatörler
Diüretikler ve diğer maskeleyici ajanlar

Yasaklı yöntemler:

M1. oksijen transferinin arttırılması
M2. kimyasal ve fiziksel manipülasyon
M3. gen dopingi

Yarışma esnasında yasak olan maddeler:

Stimulantlar
Narkotikler
Kannabinoidler
Glukokortikosteroid

Bazı sportlarda yasak olan maddeler:

P1. alkol
P2. beta-blokör

Nostaljik bir kurum: Yeşilay

Prof. Dr. Muzaffer Şeker



1961 yılında İzmir’de doğdu. 1986’da Uludağ Üniversitesi Veteriner Fakültesi’nden mezun oldu. 1995 yılında İngiltere’de Leicester Üniversitesi’nde İnsan Anatomisi üzerine doktora derecesi aldı. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Anatomi Anabilim Dalı Başkanlığı ve Deneysel Tıp Araştırma ve Uygulama Merkezi’nde Müdür Yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2000 yılında doçent, 2006’da profesör oldu. 2002’den beri Türk Anatomi ve Klinik Anatomi Derneği Yönetim Kurulu’nda Başkan Yardımcısı olarak, Temel Tıp Bilimleri Platformunda Genel Sekreter olarak görev yürütmektedir. 2008- 2010 yılları arasında İstanbul Medipol Üniversitesi Kurucu Mütevelli Heyetinde görev alan Şeker, Meram Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yürütürken Aralık 2010’da Konya Üniversitesi’nin kurucu rektörlüğüne atandı. Aynı zamanda kamu yönetimi lisans mezunu olan Dr. Şeker, evlidir ve üç çocuk babasıdır.

SD’nin geçen sayısında dosya konusu olan “Bağımlılık” üzerine Yeşilay Başkanı Sayın Muharrem Balcı’nın “*Bağımlılıkla Mücadele ve Yeşilay’ın Hukuk Misyonu*” başlıklı yazısını okurken birden kendimi ilk ve orta öğrenimimin geçtiği 1960-70’li yılların İzmir sokaklarında yer alan ve Yeşilay afişlerinin sergi-

lendiği panolarının önünde buldum. O zamanlar sürekli değişen ışıklı billboardlar yoktu, kalıcı panolar vardı. Yeşilay’ın günlük hayatımızın içinde sürekli yer aldığı dönemlerdi bana göre. İlkokullarda gerçekleştirilen bilgilendirme programlarından semt kütüphanelerinin kitaplıklarına, Mavi Kırangıç Dergisi sayfalarında yer alan uyarı ilanlarından gazete sütunlarına ve radyo programlarına kadar (tabii ki

o dönemde sadece TRT’de) hatırıma gelen bir dizi Yeşilay etkinlikleri... Ben ilk olarak Yeşilay ile Eşrefpaşa’dan Kemeraltı’na giderken cadde üzerindeki tarihi Yeşilay Binasının (şimdi o bina da tarih oldu) panolarında yer alan “*İçki Tüm Kötülüklerin Anasıdır...*” afişi ile tanışmıştım. Yanlış hatırlamıyorsam bir yılan ve kadeh eşliğinde uyarıcı bir tanıtım afişi ile elinde içki şişesi ile trafik kazası yapmış şaş-



TÜRKİYE YEŞİLAY CEMİYETİ

kın sürücü dramatize edilmiş bir kari-katürü de vardı. Hakkını yemeyelim, bir de ilkokulumuzda gerçekleştirilen Yeşilay haftası etkinlikleri, seminerler, Yeşilay'ın çalışmalarından oluşan siyah-beyaz belgesel film gösterileri, ödüllü münazaralar da bu tanışıklığı-mızı artırmış idi.

Önceki sayılarını da zevkle takip etti-ğim SD Dergisinin, çağın sorunu “Ba-ğımlılık” üzerine kapsamlı bir dosya yayımlaması ve içeriğinde konuyla il-gili birbirinden güzel ve yetkin mak-a-lelere yer vermesi takdire şayan. Ba-ğımlılık sadece ülkemizin değil modern dünyanın büyük bir sorunu... Bu konuda Ankara AMATEM Direktö-rünün verdiği istatistiki bilgiler ile DSÖ ve Yeşilay'ın kendi web sayfasından ulaşılabilen TBMM Komisyon Rapo-runda yer alan ve gene İçişleri Bakan-lığının, Emniyet Genel Müdürlüğü'nün ilgili yetkililerince bildirilen veriler (<http://www.yesilay.org.tr/Raporlar/tu-bim/turkiyeuyusturucuraporu2010.pdf> dosyası ile http://www.yesilay.org.tr/Raporlar/tubim/turkiye_ve_dunya_mukayeseli_yakalama.pdf dosyası) gayet net, göz açıcı ve rahat kaçırıcı uyarılar içermektedir. Bu konuda ülke-mizde sinsi bir büyümenin varlığı or-tada durmaktadır. Ülkemizin gelecek-teki bütçe kaynaklarının daha büyük bir bölümünü bağımlılığa bağlı geli-şen sağlık ve sosyal sorunlarına har-camamak için geç kalmamız gerek-mektedir.

Yıllar önce İngiltere de, “*Sen nasıl Türk'sün, sigara içmiyorsun*” sözün-den utanmış ve ülkeme her gelişimde havalimanında çalışan resmi görevli-lerin sürekli sigara içen görüntülerin-den ülkemizin imajı açısından hep ra-hatsızlık duymuş biri olarak, ülkemdeki son yıllardaki sigaraya kar-şı yürütülen başarılı kampanyalardan çok büyük mutluluk duyuyorum. Fakat aynı çabanın diğer bağımlılık oluşt-u-ran maddelere karşı aynı duyarlılıkla işleme konamadığını da üzülerek gözlemliyorum. Özellikle alkolizm ile mücadeleye yönelik gösterilen çaba ve hassasiyetlerin çarpıtılarak çağdı-şılık göstermesine, gericiliğe hatta Atatürkçülük sorgulamasına dönüştü-rülmesi ile baskılandığına şahit oluyo-ruz. Bu konudaki davranış biçimimiz sanırım dünyada eşi benzeri olmayan trajikomik sosyal ve siyasal baskı ör-neği olarak literatürde yerini alacak niteliktedir. Hızlı teknolojik gelişmelere bağlı olarak iletişim ve ulaşım da geli-nen noktalar ile birlikte kültürel değ-erlerin çözüldüğü, geleneksel sosyal yapının savrulduğu bu günlerde; in-sanımız hızlı yaşama, hızlı değişime, hızlı öğrenime, hızlı edinmeye ve yine hızlı tüketime de hızlı bir şekilde ayak uydurmuş durumdadır. Bu da bizde

yeni yeni ve farkında olamadığımız bağımlılıklar oluşturmaktadır.

Yeşilay Başkanı olmak sorumluluk yüklenmek demektir. Ülke gençliğinin ve geleceğinin sorumluluğunu, büyük bir emaneti omuzlarında hissetmek demektir. Yeşilay Başkanı Sayın Mu-harrem Balcı, bu sorumluluk bilincine sahip, gayretli bir sivil toplumcu. Fa-kat bu sorumluluk, sadece Anayasa-nın 58.maddesinin 2.fıkrasını hatırlat-mak ile devletin sorumluluğunu gündeme getirmek ile taşınmış olmu-yor. Bu şekilde hayatımızı ahtapot gibi her köşeden kuşatan bağımlılıklarla mücadele edemeyeceğimizi bilme-miz gerekiyor. Özellikle de Yeşilay'ın Başkanından başlayarak taşra teşki-latına kadar her bir bireyinin...

İletişim çağı olarak tanımlanan gün-müz dünyasında, her şeyin kontrol-süzce tüketiminin teşvik edildiği ve geleneksel değer yargılarının ucuz bedellerle harcandığı bu günlerde, Yeşilay artık hayatımızın dışında kal-mış durumda. Ülkemizde böyle bir kurum var mıydı, faaliyetini sürdürü-yor muydu, ne yapıyordu, neler yap-mak istiyordu da ne kadarını gerçek-leştirebiliyordu? Yeşilay, uzun dönemdir en azından benim için de-rin bir sessizlik içinde olan bir kurum. Yeşilay'ın, pasif ve yaşlı bir kadronun elinde tuttuğu (kapalı tutulan mı de-seydim) taşra teşkilatlarını yenileme-si, daha aktif bir halkla ilişkiler politi-kası geliştirerek periyodik, sistematik gündemler oluşturmaları gerekiyor. Toplumu bilgilendirmede aktif, aileler ile iletişim halinde, ebeveyn ve çocuk-lar arasında köprü olacak şekilde top-lumun tüm katmanları ile birlikte çalış-malar yapması gerekiyor. Milli Eğitim, Sağlık, Milli Savunma ve İçişleri Ba-kanlıkları, üniversiteler, yerel yönetim-ler, medya ve sivil toplum kuruluşları ile ortaklaşa projeler üretip uygulama-sı, toplumdaki pozitif rol modelleri öne çıkartabilmesi, bağımlılığa bağlı ortaya çıkan dramatik örnekleri daha sık gündeme taşınması gerekiyor. SD'nin bağımlılık dosyasında “% 100 Dumansız Hava Sahası” kampanyası-nı anlatan Mine Tunçel'in işaret ettiği üzere, Avrupa'da ülkemizin imajı ile özdeşleşmiş bir karanlık tablodan bu-gün örnek gösterilen bir ülke noktası-na kısa sürede gelebildik. Konunun üzerinde aynı ciddiyet ve kararlılık ile durulursa, bağımlılıkla ilgili diğer so-runlu alanlarda da kısa sürede mesa-fe alınacağını düşünüyorum.

Geçtiğimiz aylarda İstanbul'a da uğ-rayan Body Worlds sergisinde, çıkışa bırakılan “sigarayı şimdi bırakıyorum kutucuğu”na atılan sigara paketlerinin Yeşilay'ın çalışmalarından daha etkili bir propaganda gerçekleştirdiğini dü-

Yeşilay'ın, pasif ve yaşlı bir kadronun elinde tuttuğu taşra teşkilatlarını yenilemesi, daha aktif bir halkla ilişkiler politikası geliştirerek periyodik, sistematik gündemler oluşturmaları gerekiyor. Kaygıları ortak olan toplumun farklı kesimlerini birbiriyle aynı amaç etrafında bir araya getirebilecek, daha aktif, daha bilimsel ve genç bir Yeşilay'a ihtiyaç var.

şünüyorum. Günümüz insanının gör-sel verilere daha çok önem verdiğini göz önünde bulundurursak, Yeşilay'ın da bu konuda benzer çalışmalara ağırlık vermesi gerekmektedir.

Sonuç olarak bu zorlu ve uzun müca-delede, geçmişte geleceğe taşımada öncü kurum Yeşilay olmalıdır. Yeşilay, kendine özgü düşüncesini, dünyaya, hayata bakışını, bilimsel temelli uyarı-larını sürekli topluma hatırlatmalı, bir şekilde günlük yaşamımızda daha et-kin şekilde yer almalıdır. Bunun için de Yeşilay'ın teşkilat organizasyon tablosunda, yasal mevzuatında ve mali kaynaklarını geliştirme ve değ-erlendirmede, daha da önemlisi taşra kadrolarında yeni bir soluğa gereksi-nimi var. Kaygıları ortak olan toplumun farklı kesimlerini birbiriyle aynı amaç etrafında bir araya getirebilecek, daha aktif, daha etkin, daha bilimsel ve genç bir Yeşilay'a ihtiyaç var. Sayın Muharrem Balcı'nın birikimleri ile de-neyimlerinin, kendisinin bu işin üste-sinden gelmesine en büyük desteği temin edebileceğini düşünüyorum. Toplumumuzun geleceği için kendisi-ne canı gönülünden başarılar diliyorum.

Tıp eğitimi: Ölçme ve değerlendirme; öğrenmek için değerlendirme

Dr. Ahmet Murt



1986 yılında İskenderun'da doğdu. Ortaöğrenimini İstiklal Makzume Anadolu Lisesi'nde tamamladıktan sonra İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne girdi. Mayıs 2008'de Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde öğrencilere yönelik Tıp Eğitimi Kongresi projesini hayata geçirdi. 2008-2009 akademik yılında TurkMSIC Genel Başkanlığı ve Uluslararası Tıp Öğrencileri Birliği Derneği Yönetim Kurulu Başkanlığı yaptı. Yine aynı dönemde Avrupa Tıp Öğrencileri Birliği'nde (EMSA) tıp eğitimi komitesinden sorumlu yönetim kurulu üyesi olarak görev yaptı. Kasım 2009'dan bu yana Avrupa Komisyonu destekli MEDINE (Medical Education in Europe) akademik işbirliği projesinin yönetim kurulu üyeliği görevini yürütmektedir. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden geçen yıl mezun olan ve zorunlu hizmetini Hakkâri, Yüksekova'da tamamlayan Dr. Murt, halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalında asistan doktor olarak görev yapmaktadır.

Ölçme ve değerlendirme, 2000 yılı aşkın bir süredir birçok farklı toplum ve kültürün bir parçası olagelmektedir. Sanırım tarihsel süreç içerisindeki en yaygın rolünü, "seçme" merkezli oynamıştır. Bunun en eski örneklerini Han Hanedanı (Çin, MÖ 206 – MS 220) tarafından devlet işlerinde kullanılmak üzere yapılan seçmelerde görmekteyiz. Tıpta değerlendirmenin ilk örneklerini sunan Ortaçağ İslam kültüründe tıp mesleğini

icra edecek hekimler bir yeterlik testinden geçmek zorundaydılar. Tıpta tam olarak kurumsal yapıya kavuşturulmuş değerlendirmelerin ilk adımı Viyana ve Fransız tıp okullarında internlere yönelik sınavların yapılmasıyla atılmıştır denebilir. 1788'den itibaren ise Paris'te programlara girebilmek için bazı yazılı ve sözlü sınavlarla yapılacak olan yarışmada başarı gösterilmesi şartı yazılı kurallara bağlanmıştır. Öğrencilerin tıp fakültesini bitirmek için sınavlardan geçmeleri gerekliliğinin ilk örneklerini 1850'lerde Britanya'da Oxford ve Cambridge Üni-

versitelerinde görüyoruz. 1858'de Britanya'da kurulan Genel Tıp Konseyi (General Medical Council) sınavların yapılmasını 1861'den itibaren bir standart olarak belirlemiştir. Bu uygulama 19. yüzyılın sonuna gelindiğinde tüm Avrupa'ya yayılmıştır.

Atlantik'in öte tarafında, Birleşik Amerika'da ise durum biraz daha farklıdır. 1800'lerden itibaren gerek devlet eliyle gerekse özel sektör tarafından kurularak sayıları artmaya başlayan tıp fakülteleri; öğretim, eğitim ve değeri-



Fotoğraflar: Levent Karabağlı

dirme standartlarında büyük farklılıklar arz etmeye başladılar ki, bu durum 1910'da meşhur Abraham Flexner raporu ile de belirtilir. Bu rapor kademeli bir reform sürecini başlatırken, 1912'de "Federation of State Medical Boards" kurulur. Federasyon, işleyişinde Amerikan Tabipler Birliği'nin Tıp Eğitimi Konseyi'nin standartlarını esas almaktadır. (Şunu da not edelim ki, Flexner daha az etki oluşturan bir başka raporunu 1912'de Avrupa, İngiltere ve İskoçya'daki tıp eğitiminin o zamanki durumu ile ilgili yayınlamıştır). 1930'lare gelindiğinde ABD'de tıp eğitimi artık belirli standartlara kavuşmuş, fakülteler hem laboratuvar tabanlı hem de hasta-ne tabanlı pratik eğitimlere ağırlık vermiş ve bitirme sınavları eğitim sürecinin ayrılmaz bir parçası olmuştur.

Geçtiğimiz 50 yıl içinde ölçme ve değerlendirme adına çıkarımlar yapabileceğimiz büyük değişimler yaşanmıştır. Bu değişimi şu dört başlıkta özetleyebiliriz:

- Her biri farklı bir tıbbi yeterliği ölçebilecek geniş yelpazede ölçme/değerlendirme araçlarının geliştirilmesi
- Yeni öğrenme ve öğretme tekniklerinin geliştirilerek uygulanması
- Psikometrinin giderek artan karmaşıklığının farklı metotlara uygulanmasının güçlüğü
- Ölçme ve değerlendirmenin bir bileşeni olarak bilgisayarın artan rolü

Birçok eğitimci, önüne veya arkasına not (puan) iliştilenmemiş herhangi bir şeyin öğrenciler tarafından yapılmayacağından dem vurur. Yanlış da bir tespit değildir belki. Genel anlamda eğitimin merkezinde öğrencinin sınavlardan alacağı notlar yer aldığından, ne yazık ki öğrenciler neyi ne kadar öğrendiklerine veya yapabildiklerine odaklanmaktansa, bunların ne kadarını sınavlarda kullanacaklarının hesabını yaparlar. Elbette; sadece belli edilebilecek bilgi ve becerilerin öğrenciler tarafından geliştirilmesi bu döngünün kaçınılmaz sonucu olmaktadır. "Her öğrenci öyle midir?" sorusunu düşündüğümüzde aklımıza bazı farklı örnekler geliyor olsa da; değişen yaşam koşullarının sebep olduğu ekonomik ve sosyal baskılar "sınav için ders çalışma" eğilimini her geçen gün biraz daha arttırmaktadır.

Yükseköğrenim gören öğrencileri bu bağlamda değerlendirecek olursak; çok büyük bir kesimin performans hedeflerine kilitlenerek "puanı alma", "sınıfı geçme" veya "sınavı kazanma" gibi son noktaya odaklandıklarını görürüz. Azınlıkta kalan daha küçük bir öğrenci kesimi ise öğrenme hedeflerinin farkın-

da olarak içeriği idrak etme amacını taşımaktadır. Öğrenciler arasındaki bu farkın temelinde yatan sizce nedir peki?

Dilerseniz, kendimizi biraz zorlayarak öğrencilerin davranışsal karakterlerini inceleyelim. Önceliği çoğunluğa verelim. Eğitim sürecinin son noktasına odaklanmış öğrenciler, aldığı yüksek notlarla mutlu olurlar. Bu yüksek notları olabildiğince tekrarlayabilmeyi hedeflerler. Her yeni sınavla yeteneklerini bir kez daha ispatlamak isterlerken olası en ufak bir düşüşse kendilerini kötü hissetmelerine sebebiyet verir. Bundan ötürü, bugüne kadar sınavlardan yüksek not almalarını sağlamış yöntemleri kullanıp risk almamaya çalışırlar. Tam olarak idrak edemedikleri kısımlarda dahi "iyi görünerek" sınavı yapan veya soruyu soran hocanın istediklerini sunar ve yeterli olduklarını hissettirirler. Öncelikli olarak öğrenmeyi hedefleyen ve azınlıkta kalan diğer öğrenci grubu ise biraz farklıdır. Bu arkadaşlar, yeteneği gelişen bir kavram olarak kabul etmektedirler. Düşük notları onlar da çok sevmeyiz belki ama fazla önemsemezler. Eksiklerini belirleyip, hocalarına danışarak kendilerini geliştirebileceklerine inanırlar. Onları mutlu eden öğrenme süreci ve anladıklarını hissetmeleridir. Kendi kapasitelerini geliştireceğini düşündükleri noktalar için risk almaktan kaçınmazlar. Sınavlardan alınan puanları hiçbir zaman kendi yeterlikleri veya zekaları için bir son karar olarak görmezler.

Psikolog Dweck'e göre öğrenciler yukarıda bahsetmiş olduğum iki farklı tutumdan birine yönelirler. Bu konuda kendince haklı olsa da, öğrencileri nasıl eğittiğimiz ve öğrettiklerimizi nasıl sorguladığımız (ölçme ve değerlendirme yaklaşımımız) bence öğrenci tutumlarını değiştirip geliştirebilir. Yükseköğrenim sistemimizde sınav puanlarının bir "ödül" olarak algılanması, sınıf geçmelerin neredeyse tamamen sınav notlarına bağımlı olması ve sadece ne kadar bilindiğine yönelik (summative – birikimsel) sınav yapılması öğrencilerin genelde sona odak-

Ölçme ve değerlendirmenin ilk izlerini Han Hanedanı (Çin, MÖ 206 – MS 220) tarafından devlet işlerinde kullanılmak üzere yapılan seçmelerde görmekteyiz. Tıpta değerlendirmenin ilk örneklerini sunan Ortaçağ İslam kültüründe tıp mesleğini icra edecek hekimler bir yeterlik testinden geçmek zorundaydı. Viyana ve Fransız tıp okullarında internlere yönelik sınavlar, tıptaki değerlendirmeyi kurumsallığa kavuşturmuştur. Bu uygulama 19. yüzyılın sonuna gelindiğinde tüm Avrupa'ya yayılmıştır.

lanmasına sebebiyet vermektedir. Peki ya bizler, öğrencilerin öğrenim hedeflerinin bilincinde olmalarını sağlayıp bunlara önem vermelerine öncülük etsek nasıl olur? Onlardan ne kadar bildiklerini göstermelerini istemeden önce, pratik yaklaşımlarla onlara rehberlik edip, geri ve ileri beslemelerle (feed-back, feed-forward) kendi kendilerinin farkında olmalarını ve kendilerini nasıl geliştirerek öğrenim hedeflerine ulaşabileceklerini sunmaya çalışsak onları bu mesleğe daha net bir şekilde bağlamış olmaz mıyız?



1970'lerde Amerikan Tıp Profesörleri Birliği Başkanlığı yapmış Ludwig Eichna, emekli olduktan sonra da eğitimin gelişmesi üzerine çalışmalarına devam ederek ilginç bir yöntemle imza atmış ve tıp fakültesine yeniden başlamıştır. Derin birikimsel tecrübesi ile öğrenciler arasına dahil olduğunda şu tarihi cümlesini kurmuştur: "Eğitim süresi boyunca bir defa dahi gözlemlenmemiş hekimler mezun ediyoruz."

Öğrenmek için değerlendirme

Yeni bir konuya daha değinmiş olduk. Öğrencilerin kapasitelerinin gelişmesini sağlayacağını iddia ettiğimiz "program süresince değerlendirme." Bu konuya girerken yanlış anlaşılma istemem. Ders veya program sonu sınavlar elbette ki öğrencilerin değerlendirilmesinde olmazsa olmazlardır. Bu değerlendirmelerin nasıl daha geçerli ve güvenilir olabilecekleri de izleyen bölümlerde ele alınacaktır. Ne var ki bu bölümde "program süresince değerlendirme", başka bir deyişle "öğrencinin kapasitesini ölçmek için değil geliştirmek için değerlendirme"ye; biraz daha toparlarsak "öğrenilenin değerlendirilmesi değil, öğrenmek için değerlendirme" kavramına değineceğim.

Öğrenmek için değerlendirme ögesinin

Grafik 1: Doğru işleyen danışmanlıkta akademisyenin öğrenciye yaklaşımı



en başına "danışmanlık" yaklaşımını almayı uygun gördüm. Sanırım danışman terimi de hiç kimse için yeni bir terim olmayacaktır. Farklı tanımlamalar söz konusu olsa da "öğrenmenin ve gelişimin sağlanması için kurulan ilişki" denmesinde bir görüş birliği vardır. Doğru algılanıp, incelikleriyle uygulanırsa özellikle yükseköğrenim öğrencilerinin eğitiminde yadsınamaz faydaları vardır. Hocanın, onun bir konuda uzman olmasını sağlayan bilgilerden, bize aktardıkları ile öğrenmeye çalışmak, tecrübe ettiklerinden yapacağımız çıkarımlarla kıyaslandığında oldukça gerilimli bir iştir. Çünkü tecrübeler insanidir; anlaşılabilir, ulaşılabilir ve hatta gözle görülebilirler. Diğer taraftan bilgiler yığını karmaşıktır ve iç dünyamıza bayağı bir uzaktır.

Yetişkin insanlar, kendi içsel düşüncelerinin oluşturmuş olduğu kişisel rezonans çerçevesinde harekete geçmeyi akılcı bulurlar. Bu gerçeklik düşünüldüğünde sunulan farklı kaynakların oluşturacağı geniş rezonans aralığı, yetişkinin girişim repertuarına da çeşitlilik katacaktır. Doğru danışmanlık; sınırları ortadan kaldırır, öğrenci gelişiminde başlangıç noktalarını belirler ve gelişimin devam etmesi için süreklilik arz eden alternatifler oluşmasını sağlar.

Danışmanlık için iki geniş fonksiyon kategorisi tanımlayabiliriz. Bunlardan biri, mesleki gelişimin sağlanması, diğeri ise psikolojik - sosyal destektir. Mesleki gelişim kendi içerisinde öğrenciye koçluk yapılması ve öğrenciyi kamçılayıcı görevlerin ona verilmesi gibi alt başlıkları barındırır. Bu arada; **koçluk** ile **danışmanlık** terimlerinin karıştırılmaması gerekir. Danışman, öğrenciyi şekillendiren değerlendirmelerin bütünü yöneten kişidir. Koç ise bu süreçte herhangi bir hedefe ulaşabilmesi için öğrenciye yoldaşlık edendir. Koç, danışmanın doğrudan kendisi olabileceği gibi, onun tarafından uygun görülen bir asistanı ve hatta bir diğer öğrenci dahi olabilir. Psikolojik ve sosyal destek; öğrencinin yeterli duygusunun geliştirilmesini, kişilik özelliklerinin belirginleşmesini ve daha verimli çalışmasını sağlayacak modeller olmayı, onlara bazı tavsiyelerde bulunmayı ve en önemlisi arkadaşlık etmeyi gerektirir. Birçok farklı araştırma göstermiştir ki, doğru danışmanlık; öğrencinin davranışlarını doğru yönde geliştirmiş, ders çalışma ve pratik uygulamalara karşı tutumlarını sağlamlaştırmış, kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayarak özgüven ve özsaygılarını arzulanan noktaya getirmiştir. Tüm bunların yanında faydalar sadece öğrenci cephesinden düşünülmemeli, akademisyenin kazanacakları unutulmamalıdır. Bu sayede; öğrencinin mesleki gelişimine oldukça yakından tanıklık edecek olan akademisyen, program sonu değerlendirme metotları ile ilgili daha yaratıcı çözümler üretebilecektir.

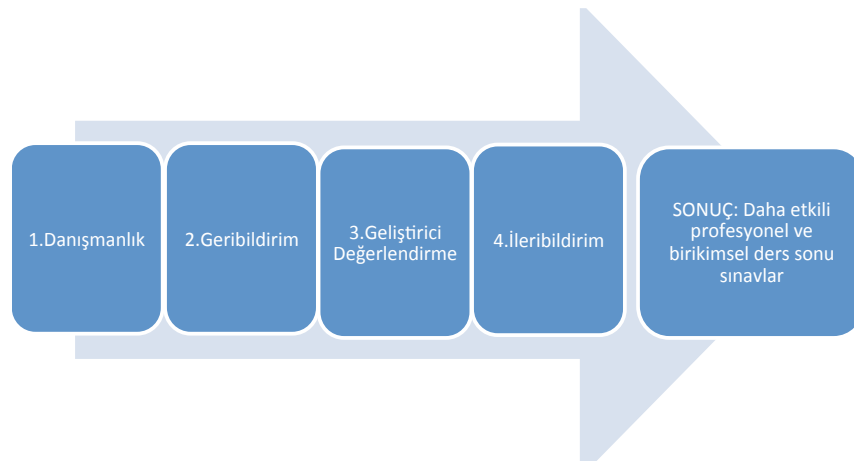
rencinin yeterli duygusunun geliştirilmesini, kişilik özelliklerinin belirginleşmesini ve daha verimli çalışmasını sağlayacak modeller olmayı, onlara bazı tavsiyelerde bulunmayı ve en önemlisi arkadaşlık etmeyi gerektirir. Birçok farklı araştırma göstermiştir ki, doğru danışmanlık; öğrencinin davranışlarını doğru yönde geliştirmiş, ders çalışma ve pratik uygulamalara karşı tutumlarını sağlamlaştırmış, kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayarak özgüven ve özsaygılarını arzulanan noktaya getirmiştir. Tüm bunların yanında faydalar sadece öğrenci cephesinden düşünülmemeli, akademisyenin kazanacakları unutulmamalıdır. Bu sayede; öğrencinin mesleki gelişimine oldukça yakından tanıklık edecek olan akademisyen, program sonu değerlendirme metotları ile ilgili daha yaratıcı çözümler üretebilecektir.

Bu açıklamalar ışığında danışmanlık programının anahtar odaklarını şöyle özetleyelim:

- Akademik beceri, bilgi ve idrak kapasitesinin geliştirilmesi
- Öğrenciye yardımcı tutum ve alışkanlıkların kazandırılması (kendine güven, sorgulayabilme gibi)
- Potansiyelini daha doğru anlayıp tam olarak yansıtılmasını engelleyen unsurların belirlenip azaltılması
- Kişisel değer ve hedeflerin açıkça ortaya konması
- Kuruma daha çok bağlılığın sağlanması (Öğrencinin kendini fakültesinin gerçek bir parçası gibi hissetmesi)

Büyük faydalar sağlayacağını düşündüğümüz gerçek **danışmanlık** sisteminin oluşturulmasının önünde bazı engeller vardır. Bunlardan en öncelikli olanı "yapısal" engeldir. Akademisyen kadronun çalışma saatlerinin öğrenci ile buluşmayı kolaylaştıracak şekilde

Grafik 2: Daha etkili birikimsel değerlendirmelere ulaşabilmek için hazırlık süreci



yeniden yapılandırılması gerekir. Tabi öğrencinin ders ve hatta sınav programları da “danışmanından azami faydanın” temin edebilmesi için yeniden düzenlenmelidir. Tabi sadece zaman ve ders planlamasının yapılandırılması da yetmeyecektir. Belki de daha fazla önem arz eden ikinci konu; **danışman** olarak görev yapacak akademisyenlerin rollerinin ne olduğunu ve ne olmadığını onlara aktarabilmektir. Ayrıca sistemin gerçekten işleyebilmesi için, gerek hazırlık sürecinin gerekse öğrenciye danışmanlık yapılacak sürecin eğitim/öğretim faaliyetlerinin çekirdek bileşenlerine dahil edilmesi uygun olacaktır. Bu sayede öğrenciler de sistemin anahtar rollerinin farkında olacaklardır.

Bir başka önemli konu da öğrencilerin **kendi kendilerini değerlendirmeleri**ni sağlamaktır. Kendi kendini değerlendirme şeması “Nereye gidecektim?”, “Neler yaptım?”, “Şu an ne yapmalıyım?” sorularını kapsamalıdır. Öğrenci bir dersin veya stajın başında gitmek istediği yeri belirleyerek hocasının bu konuda önerilerini almalıdır. Hocasının önerileri ile de neler yapması gerektiğini bir liste haline getirerek kendi yapabileceklerini kendi; hocası ile yapması gerekenleri hocası ile yapma yollarını aramalıdır. Staj sonunda da hocasına listesinden yaptıklarını ve yapamadıklarını sunarak yine onunla birlikte bundan sonra yapması gerekenler için tavsiyeler toplamalıdır. Buna benzer bir uygulama fakültede oluşturulacak merkezi bir danışmanlık sistemine uygunluk çalışması olarak denenebilir. Bu çalışmayı her anabilim dalının değerlendirerek raporlaması zayıf yönlerin, eksikliklerin ve tehditlerin oraya konarak gerekli önlemlerin alınmasına öncülük edebilecektir.

Geribildirim (feed-back) de “öğrenmek için değerlendirme” yaklaşımının önemli bir parçasıdır. 1970’lerde Amerikan Tıp Profesörleri Birliği Başkanlığı yapmış Ludwig Eichna, emekli olduktan sonra da eğitimin gelişmesi üzerine çalışmalarına devam

ederek ilginç bir yöntemle imza atmış ve tıp fakültesine yeniden başlamıştır. Derin birikimsel tecrübesi ile öğrenciler arasına dahil olduğunda şu tarihi cümlesini kurmuştur: “Eğitim süresi boyunca bir defa dahi gözlemlenmemiş hekimler mezun ediyoruz.” Bu saptama büyük bir sorunu gündeme getirmektedir. Çünkü kavramsal, psiko-motor ve hissi davranışların bir bileşkesi olan klinik becerilerin gösterilmesi, onları anlatmaktan daha akılcıdır. Aynen yeni bir dansın öğrenilmesi gibi klinik beceriler de en iyi aynanın karşısında öğrenilebilir. Geribildirim de öğrencinin yapmış olduklarının sonuçlarını kavraması adına onun için bir ayna niteliğindedir. Geribildirim sunmak da ciddi bir iştir, dikkat edilmesi gereken bazı incelikleri vardır. Etkili geribildirim sunabilmenin öncelikli koşulu gözleyenin süreçte baş koyması, gönül vermesidir. Ayrıca gözlenecek yeterlik veya beceriler ile alakalı standartların oluşturulmuş olması gerekir. Geribildirim zamanlaması uygun olmalı ve birinci elden verilere dayanmalıdır. Daha çok değiştirilebilir davranışlar ön plana alınmalı, tanımlayıcı bir yaklaşım kullanılmalı ve genellemeler yerine spesifik performanslarla ilgilenilmelidir. Son aşama ise gözlemlerin öğrenciye doğru yöntemler kullanılarak aktarılmasıdır. Şunun altını çizmek gerekir ki; geribildirim olmadan hatalar düzeltilemez, iyi performanslar geliştirilemez ve klinik yeterlik kazanılamaz (kazanılabileceğini kabul etmek ampirik bir yaklaşımdan öteye gitmeyecektir).

Bugün artık daha fazla önem kazanmaya başlayan **ileri-bildirim (feed-forward)** yaklaşımının da fonksiyonuna değinmek gerekir. Burada önemli olan, gelecek projeksiyonu ile öğrencinin kapasitesinin gelişmesinin önünde bir süre sonra engel teşkil edebilecek unsurların belirlenerek kaldırılması veya en aza indirilmesidir. Bu fonksiyonun gerçekleştirilebilmesi yukarıda bahsettiğimiz danışmanlık sisteminin yerleştirilmesi ile yakından bağlantılıdır.

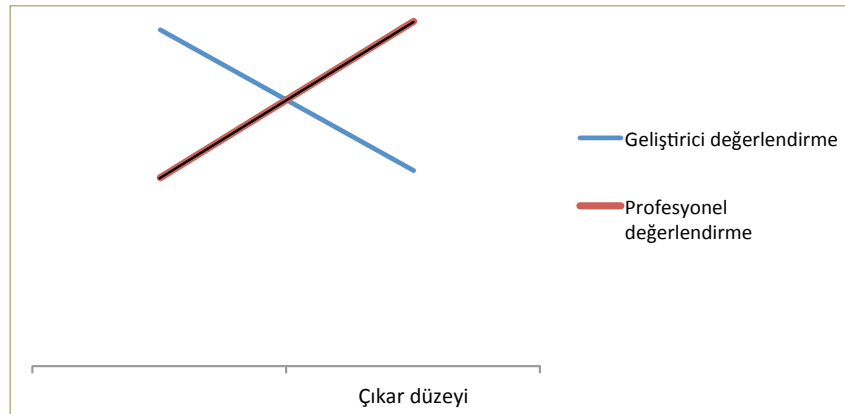
Peki, buraya kadar saydığımız “kapasiteyi geliştirmeye yönelik” metotları, değerlendirmede doğrudan kullanabilir miyiz? Danışman akademisyeninin elindeki inisiyatif bazı öznel değerlendirmelere sebebiyet vermez mi? Bu soruların herkesin aklına geldiğini tahmin edebiliyorum. Ancak düşüncem şu ki, “çok daha iyi” hekimler yetiştirebilmek için öğrencilerin kapasitelerini genişletmeye mecburuz. Bu metotların, öğrencinin program sonu değerlendirilmesinden (birikimsel-summative) bağımsız olarak uygulanması benim önerimdir. Öğrencinin değerlendirmeden elde edeceği çıkar ve mesleğe yönelik riskler çok yüksek değilse (vize notu, seçmeli dersler gibi) birincil değerlendirme metodu olarak da kullanılabilirler.

Diğer tarafta, öğrencinin değerlendirmeden elde edeceği çıkar ve mesleğe yönelik riskler fazla ise (okulu bitirme, mesleki lisansı hak etme, mezuniyet sonrası eğitime devam etme gibi) bu yöntemler sadece eğitim sürecine yandaş olarak kapasiteyi geliştirmek amaçlı uygulanmalıdır.

Kaynaklar

- Amin Z & Khoo H.E. (2003) Overview of Assessment and Evaluation. Basics in Medical Education, 251-260 (World Scientific Publishing Company, Singapore)
- Assessment Reform Group, U.K. (1999). Assessment for learning: beyond the black box. Cambridge, U.K: University of Cambridge School of Education
- Dweck, C. S. (2000) Self theories: their roles in motivation, personality and development Philadelphia, Psychology Press
- Eichna LW .Medical School Education 1975-1979 : A student's perspective. N Eng J Med 1980, 303: 727-734
- Ende J. Feedback in Medical Education (1983) Journal of American Medical Association 250: 777-780
- Ferguson E & James D (2002) Factors associated with success in medical school. British Medical Journal; 324:952-957
- Lesky E. (1970) Medical Education in the Millenium. First ed. Ox:Oxford University Press
- Meggison, D. & Garvey, B. (2004) Odysseus, Telemachus and Mentor: stumbling into, searching for and signposting the road to desire International Journal of Mentoring and Coaching, 2 (1), 2-10
- Nicol, D. J. & Macfarlane-Dick, D. (2006). Formative assessment and self-regulated learning: A model and seven principles of good feedback practice. Studies in Higher Education, 31(2), 199-218
- Norcini J. (2005) Current perspectives in assessment: The assessment of performance at work. Medical Education; 39:880-889
- Ottawa Conference Notes (2010) Assessment of Competence, Theme Group 1 Consensus Draft

Grafik 3: Sınavdan öğrencinin elde edeceği çıkar düzeyi arttıkça geliştirici değerlendirmenin uygulanabilirliği azalır



Sağlık çalışanları için etkili iletişim: Hekim-hasta iletişiminde temel noktalar

Doç. Dr. Arzu Kihitir



1992 yılında İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi'nden mezun oldu. 1995'te araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladığı İstanbul Üniversitesi'nde 2006 yılında doçent unvanını aldı. Halen İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi İletişim Sosyolojisi Anabilim Dalı'nda çalışmaktadır. İletişim becerileri, etkili iletişim, medya-demokrasi-siyaset, medya etkileri ilgi alanlarıdır.

Çalışmanın bir önceki sayıda yayımlanan birinci bölümünde sağlıklı iletişim ve temel iletişim becerileri yönünde bilgiler paylaşılmış ve buna göre; iletişim kavramı irdelenerek iletişimin önemi, etkili iletişimin temel öğeleri, etkili dinleme ve söyleme, beden dili tar-

tışılmıştır. İlgili konudan devamla, çalışmanın ikinci bölümünde, iletişimde iletilerimizin etkinliği, empati, duygusal zeka kavramlarına dikkat çekilerek, bu temel üzerine, sağlık sektöründe hekim hasta ilişkisinde etkili iletişimde öne çıkan unsurlar hatırlanacaktır.

Sektör ne olursa olsun etkili iletişimin özü, yapısı değişmez. İletişim etkili ise bir kimseden diğer kimseye iletilen dü-

şünce ve duygular bozulmadan diğer kişi tarafından olduğu gibi algılanır. Etkili iletişimde dinleme ve söylemenin yanısıra iletinin de etkin olması gereklidir. Etkili bir iletişim için iletilerimizi nasıl etkin kılacağımızı bilmemiz ve bunları uygulamaya geçirmemiz gereklidir. Bazı kişiler iletişim kurmaları gerektiğini bilmelerine rağmen, korkuları nedeniyle, iletişim kurmayı hedefledikleri kişilerle dolaysız bir şekilde iletişim kur-







Bazı kişiler iletişim kurmaları gerektiğini bilmelerine rağmen, korkuları nedeniyle, iletişim kurmayı hedefledikleri kişilerle dolaysız bir şekilde iletişim kurmak yerine ya ipuçları vermeyi denerler ya da üçüncü kişiler aracılığıyla söylemek istediklerini duyurmayı denerler. Bu şekilde, iletileri dolaylı yolla iletmek oldukça risklidir, yanlış yorumlamalara veya iletilerin görmezlikten gelinmesi ile sonuçlanmasına neden olur.

mak yerine ya ipuçları vermeyi denerler ya da üçüncü kişiler aracılığıyla söylemek istediklerini duyurmayı denerler.

Bu şekilde, iletileri dolaylı yolla iletmek oldukça risklidir, yanlış yorumlamalara veya iletilerin görmezlikten gelinmesi ile sonuçlanmasına neden olur. İletiler zamanında paylaşılmalıdır. İncinmiş ya da kızmışsak ya da birşeyleri değiştirmeyi düşünüyorsak, iletişime girerek, iletilerimizi anında ifade etmeliyiz çünkü aksi takdirde iletişimi engellemek duygularımızı şiddetlendirecektir. Kızgınlığımız için için artacak, engellenmiş gereksinimimiz bizi sürekli rahatsız edecektir. Zamanında paylaşılmayan, gönderilmeyen iletiler, bu iletilerin daha sonra üstü kapalı ya da saldırgan bir yolla iletilmesine neden olacaktır. İletilerin zamanında paylaşılmasının başlıca iki temel yararı vardır; bu sayede insanlar o dakika neye gereksinim duyduğumuzu anlayabilirler ve davranışlarını ona göre ayarlama olasılıkları artar. İkinci olarak, anında iletişim, tepkilerimizi anında paylaştığımız için karşımızdaki ile yakınlığı artırır.

İletilerimiz açık olmalıdır. Burada kastedilen; düşüncelerimizi, duygularımızı, gereksinimlerimizi ve gözlemlerimizi, karşı tarafa eksiksiz ve doğru bir şekilde ifade etmektir. İletilerimizi bu şekilde ifade ettiğimizde, üstü kapalı ve belirsiz konuşmanın yol açacağı, karşımızdaki kişiyi yanıltma riskini ortadan kaldırmış oluruz.

İletilerimiz dürüst olmalıdır. Burada

kastedilen, iletilerimizin iletişimin gerçek amacını yansıtmaması yani iletişimde, gerçek amacımızın, belirttiğimiz amaçla aynı olmasıdır. Karşımızdaki kişiye birşey söylerken bunu duymasını istediğimiz için mi, yoksa başka birşeyi istediğimiz için mi söylüyoruz? İletilerimizi bu şekilde test etmek, iletişimde dürüst olup olmadığımızın cevabını verecektir. İletilerimizin dürüst olması, gerçeği söylediğimiz anlamına gelmektedir. Bu şekilde gerçekleştireceğimiz iletişim ile gerçek duygu ve gereksinimlerimizi ifade etmiş oluruz.

İletilerimiz destekleyici olmalıdır. Bu durum karşımızdaki insanların, istekli bir biçimde bizi dinlemesini istediğimizi belirtir. Gönderdiğimiz iletilerin doğru bir şekilde mi yoksa savunma halinde mi dinlenmesini istediğimizi ya da iletilerimizle birilerini incitmek mi, kendimizi daha güçlü göstermek mi yoksa sadece iletişim kurmak mı istediğimizi düşündüğümüzde, destekleyici iletilerin farkı ortaya çıkmaktadır.

İletişimde paylaşmak ve anlamaya çalışmak yerine, sadece kazanmayı ve haklı çıkmayı istiyorsak destekleyici bir iletişim kurmuş olamayız. Bu tarz iletişimlerde tek hedef, iddia ettiğimiz konuda kazanmak ya da karşımızdaki kişinin haksız olduğunu kanıtlamaktır. Oysaki gerçek iletişim, birbirini anlamayı ve yakınlığı getirir. Bu noktada

kendimize şu soruları sormalıyız: “Kazanmak mı, yoksa iletişim kurmak mı istiyorum? Haklı çıkmak mı, yoksa karşılıklı anlayış mı istiyorum?”.

İletişim becerileri açısından önemli bir kavram: Empati

Canlılar yaşamlarını devam ettirebilmek için iletişim içinde olmak durumundadırlar. Tüm bu canlı varlıklar içinde insan için iletişimin önemi çok daha büyüktür. Çünkü diğer canlılardan farklı olarak sadece insanlar gerçekleştirdikleri iletişimlerini değerlendirme ve geliştirme şansına sahiptirler. Diğer bir deyişle, iletişim açısından çok önemli bir kavram olan empati kurma sadece insanların başarabileceği bir iletişim becerisidir. Söz konusu iletişim becerisi başarılı iletişimin temel koşulu olarak çaba isteyen bir beceridir. Empati kavramı, bir insanın kendisini, iletişim içinde olduğu kişinin yerine koyarak onun duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması şeklinde tanımlanabilir. Bugün kullanmakta olduğumuz empati teriminin temelinde yatan terimler Almanca'daki “einfühlung” ve Eski Yunanca'daki “empathia” terimleridir.

Gerçek anlamda bir empati yapabilmek için bir insanın kendisini karşısındaki insanın yerine koyması ve olaylara onun bakış açısıyla bakması ve o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması yeterli değildir. Empatinin en önemli ve tamamlayıcı noktası bu durumun karşısındaki kişiye iletilmesidir. Bu tanımlamadan hareketle empati tanımının üç temel ögeden oluştuğunu söylemek mümkündür. Buna göre ilk olarak, empati kuracak kişi, kendisini karşısındakinin yerine koymalı, olaylara onun bakış açısıyla bakmalıdır. Burada, empati kurmak istediğimiz kişinin gözleriyle olaylara bakmamız gerektiği vurgulanmaktadır. Unutulmamalıdır ki her insan hem kendisini hem de çevresini, kendine özgü bir biçimde algılar, diğer bir deyişle her insan dünyaya kendine özgü bir tarzla bakar. Bu noktadan hareketle, empati kurarken olaylara kendi gözlerimizle değil karşımızdaki kişinin gözleriyle bakmaya çabalamamız, adeta kısa bir süre için o kişinin bedene girmemiz ve oymuşuz gibi düşünmeye ve hissetmeye çalışmamız ve son aşamada da kendi yerimize geçmemiz gereklidir. Ters durumda empati gerçekleşmiş olmamaktadır. İkinci olarak, empati kurabilmek için empatinin iki temel bileşeninin varlığı gereklidir. Bunlar, empatinin bilişsel ve duygusal bileşenleridir. Bilişsel bileşen karşımızdakinin rolüne girerek onun ne düşündüğünü anlamamız, duygusal bileşen ise karşımızdakinin hissettiklerinin aynısını hissetmemiz olarak ifade edilebilir. Empati tanımındaki son öge ise, empati kuran kişinin kendi zihninde

oluşan empatik anlayışı, karşısındaki kişiye iletmesidir. Karşımızdaki kişinin duygularını ve düşüncelerini tam ve doğru bir şekilde anlamış olmak yeterli değildir. Söz konusu durumu, diğer bir ifadeyle onu anladığımızı karşımızdaki kişiye iletmezsek empati kurma sürecini tamamlamış olmayız.

Karşımızdaki kişiye onu anladığımızı iletmenin, empatik tepki vermenin başlıca iki yöntemi vardır. Bunlardan biri karşımızdaki kişiyi anladığımızı ona kelimelerle ifade etmek, ikincisi ise sözel olmayan iletişim yöntemi ile diğer bir deyişle beden dilimizi kullanarak onu anladığımızı belirtmektir. Aslında en etkili olan, bu iki yöntemi birlikte kullanmaktır. Örneğin, canımızı sıkan bir olayı karşımızdakine aktardıktan sonra, karşımızdaki bu kişinin dostane bir ifadeyle omuzumuza dokunması ve sözleriyle de, sıkıntımıza yönelik, örneğin “Bu iş senin çok canını sıkmış anlaşılan” demesi çok rahatlatıcı olacaktır. Koşulsuz kabul ve saygı olarak ifade edebileceğimiz empatik yaklaşımda karşımızdaki kişilerin bizden farklı değer yargıları ve inanışları olduğunu kabul etmek gerekmektedir. Koşulsuz kabul, karşımızdaki kişinin her söylediğini onaylamak, her fikrine, her yorumuna katılmak demek değildir. Burada kastedilen, karşımızdaki kişinin düşünce ve yorumlarına tamamen zıt düşünce, fikir ve yorumlara sahip olsak bile onun duygularını anlama ve ona bu anlamda saygı gösterme çabasıdır. Kabul etme davranışı bize başka bakış açıları edinebilme ve kendimizi geliştirme imkânı da vermektedir. Empati kurma sürecinin ilk adımı daha önce de belirtildiği gibi empatik dinleme de diyebileceğimiz etkin dinlemedir. Empati kurmayı önemli ölçüde kolaylaştıran bu adımdan sonra yapılması gereken karşımızdaki kişinin duygularının anlaşılmasına odaklanmaktır.

Karşımızdaki kişilerin duygularının farkında olmak, bu duyguları anlayabilmek ve bu duygulara değer vermek olan empati zaman zaman sempati ile karıştırılmaktadır. Ancak empati kavramını kesinlikle sempati kavramı ile karıştırmamak gereklidir. Eski Yunanca'daki “sympatheia” teriminden İngilizce'ye “Sympathy” olarak aktarılan sempati kavramı “birisıyla birlikte acı çekmek” anlamına gelmektedir. Bir insana sempati duyduğumuzda, o insanın sahip olduğu duygu ve düşüncelerin aynısına sahip oluruz. Karşımızdaki acı çekiyorsa biz de çekeriz ya da seviniyorsa bizde seviniriz. Empati de ise anlamak esastır, karşımızdakinin duygu ve düşüncelerini anlamak. Sempatide kendimizi sempati duyduğumuz kişinin yerine koyma ve onu anlama şartı yoktur, sadece aynı duygu ve düşüncelere sahip olmak esastır. Empati kurduğu-

Hekim-hasta iletişiminde, hekimlerin, hastaların eğitim durumunu, kültürel ve sosyal durumunu göz önünde bulundurarak iletişime girmelidirler. Hastaların söz konusu durumuna uygun üst dil ve iletişim tarzı dikkate alınmadan kurulacak iletişimde hastalar, korku, utanma, çekinme gibi duygulara kapılmakta ve soru sormaktan kaçınmaktadırlar.

muza ise karşımızdaki kişiyle aynı duyguları ve düşünceleri paylaşmamız gerekmez; sadece onun duygularını ve düşüncelerini anlama çabası içine gireriz. İlişkilerde esas olan kabul etmek değil anlamaktır; bu gerçeği anladığımız anda karşımızdaki ile empatik iletişime girmiş, diğer bir deyişle karşımızdakini, kendi duygu dünyamızı aşarak anlamış oluruz. Hiç şüphesiz, bir insanı anlamakla, ona hak vermek aynı şey değildir. Empatinin ön şartı anlamaktır, empati kurduğumuz kişiye yakınlık duygumuz gerekmez, sempati ise anlamak yerine hak vermek vardır, anlayıp anlamamak önemli değildir. Sempatide bir tür onaylama ve yargı vardır. Empati de esas olan ise karşımızdaki kişinin fikirlerini onaylamak değil, onu hem duygusal, hem de zihinsel açıdan, yeniden ve tam anlamıyla anlamaktır. “Empati sahibi kişi, başkalarının duygularıyla tanışık ve barışık, duygusal ipuçlarına duyarlıdır ve iyi dinler, duyarlı davranır ve başkalarının bakış açısını anlar, başka insanların ihtiyaç ve duygularını anlayarak onlara yardımcı olur”.

İletişim becerilerinin temelinde yer alan empatik yaklaşımla, iletişime girdiğimiz kişinin bakış açısını ve duygusal durumunu anlamak iş süreçleri açısından önem taşımaktadır. Yüksek duygusal zekânın, diğer bir deyişle empatik yaklaşımın iş ortamındaki etkileşimin kalitesini artırdığı kabul edilmektedir. Duygusal zeka anlamında en önemli kriterlerden biri de kişinin sahip olduğu empati kurma becerisinin düzeyidir. Empatinin, insan ilişkilerini besleyen ana damarlardan birisi olduğu farkındalığına erişmek hiç de zor değildir.

Sağlıklı bir hekim-hasta iletişimi ve doğru kararların alınabilmesi için hastanın şikâyetini ve endişelerini açık ve net bir şekilde aktarması ve buna karşılık da hekimin konuya yönelik bilgilerini aynı şekilde hastaya açık ve anlaşılabilir bir şekilde aktarması gerekir. Hekimlerin tanı koyma ve tedavi etmedeki başarıları, ne tür bilgiler sunarak hastalarını eğiteceklerinin yanı sıra, hastalarına yaklaşımları, hastalarına ayırdıkları zaman, kullandıkları dil ve beden dili anlamında ortaya koydukları başarı ile doğru orantılıdır.

Aslında bireyler kendi ihtiyaçlarından yola çıkarak empatinin ilişkileri besleyen ana damarlarından biri olduğunu görebilirler.

Duygusal zekâ (empatik yaklaşım) ve iş yaşamında başarı

Empatik yaklaşım olarak da adlandırabileceğimiz duygusal zekânın öneminin anlaşılması, yirminci yüzyılın son dönemlerine kadar tanıma, anlama ve uyum yeteneğinin bilişsel zekâ olarak bilinen zihinsel yeterlikle mümkün olduğu düşüncesinin, edebiyat, sanat, ilişki yönetimi ve benzeri diğer alanlarda daha farklı zihinsel fonksiyonların rol oynadığının farkedilmesi ile gerçekleşmiştir. Geniş kapsamlı bir duygusal zekâ kuramı, ilk olarak 1990 yılında, Yale Üniversitesi psikologlarından Peter Salovey ve New Hampshire Üniversitesi psikologlarından John Mayer tarafından ortaya atılmıştır. Salovey ve Mayer duygusal zekâyı *“kendisinin ve başkalarının hislerini gözleyip düzenleyebilmek, hisleri düşünce ve eyleme yol gösterecek şekilde kullanmak”* olarak tanımlamışlardır. Daniel Goleman, duygusal zekâyı, *“Kendimizin ve başkaları-*

nın hislerini tanıma, kendimizi motive etme, içimizdeki ve ilişkilerimizdeki duyguları iyi yönetme yetisi” olarak tanımlamaktadır. Goleman’a göre duygusal zekâ, akademik zekâdan yani bilişsel yetilerden ayrı ama onu tamamlayan yetenekleri tanımlar. Salovey ve Mayer, ardından Goleman, zekâ kavramına bambaşka bir boyut kazandırmışlardır. Duygunun, akıllı kararlar için vazgeçilmezliğine ve mantıklı olabilmek için gerekliliğine vurgu yapmışlardır.

Karşımızdaki insanların ne istediklerini, neye ihtiyaç duyduklarını, güçlü ve zayıf yanlarını duyguları değerlendirerek anlayabilmek, stresle mücadele edebilmek ve aranan biri olmak için gerekli bir yetkinliktir duygusal zeka. Dünya çapında 200 şirkette uygulanan yetkinliklerle ilgili bir araştırmada, en başarılı çalışanların vasat çalışanlara oranla günlük ortalama işlerde %85, başarılması zor işlerde ise %127 daha verimli olduğu gözlemlenmiştir. Verimlilik anlamında gösterilen başarıda teknik beceri ve bilişsel yeterlilikten öte üçte iki gibi bir oranla duygusal yetkinliklerin etkili olduğu ortaya çıkmıştır.

Goleman’ın iş yaşamına yönelik araştırmalar üzerine yaptığı inceleme de, başarının temelinde yüzde doksan gibi bir oranın da üstünde bir oranda duygusal zekânın yer aldığını ortaya koymaktadır. İş yaşamlarında başarısızlığa uğramış insanların yüksek oranda başkalarıyla iyi ilişkiler kuramayan insanlar oldukları yapılan araştırmalarla ortaya konulmuştur. Bu insanlarda saptanan en belirgin özellikler iletişim konusunda sergiledikleri yetersizlikler olmuştur. Yine bu araştırmaların sonuçlarına göre, iş yaşamındaki başarıda entelektüel birikim ve iş konusundaki beceri ile tecrübenin payı, nitelikli insan ilişkileri kurmanın payı ile karşılaştırıldığında, insan ilişkilerindeki başarının iş yaşamındaki başarıda çok daha etkin olduğu gerçeği gözlenmiştir.

Amerikan Purdue Üniversitesi’ndeki araştırmacılar, beş yıl boyunca izledikleri, mühendislik diploması almış öğrencileri üç kategoriye ayırmışlardır. :

- A) Eğitimleri boyunca en yüksek notları alan öğrenciler
- B) Eğitimleri boyunca en düşük notları alan öğrenciler
- C) İnsan ilişkileri konusunda en başarılı oldukları düşünülen öğrenciler.

Bu üç kategoriden hangisinin iş yaşamında daha fazla para kazandırdığını merak eden araştırmacılar şu sonuçla karşılaşmışlar:

A ve B kategorileri karşılaştırıldığında, bu ikisinin yıllık gelirlerinde pek kayda

değer bir fark yoktur.

A ve C kategorileri karşılaştırıldığında, C kategorisinin yıllık geliri A kategorisine göre ortalama yüzde 15 fazladır.

B ve C kategorileri karşılaştırıldığında, C kategorisinin yıllık geliri B kategorisine göre ortalama yüzde 35 fazladır.

Bilgimiz, birikimimiz, yeteneklerimiz ne kadar zengin olursa olsun, iletişim becerileri olmadan bu donanımı kişi ya da topluluklara yeterince veremiyoruz, sahip olduğumuz bu zenginliklerden yeterince faydalanamıyoruz demektir. Carnegie Teknoloji Enstitüsü 10 bin kişiye ait verileri analiz etmiş ve bunun sonucunda, başarının yüzde 15’inin yapılan işle ilgili bilgi ve beceriye, yüzde 85’inin ise kişilik faktörlerine, diğer bir deyişle başarılı insan ilişkileri kurmaya bağlı olduğu yargısına varmıştır. Stanford Araştırma Enstitüsü’nün yapmış olduğu bir araştırma da, etkili bir liderliğin yüzde 88 oranında insan ilişkilerine bağlı olduğunu ortaya koymuştur. Kendimizi özgürce ve bütünüyle ifade etme sanatı olarak da tanımlayabileceğimiz iletişim hem iş hem de özel hayatımızda çok önemli bir yere sahiptir, bizim en önemli aracımızdır ve aynı zamanda sosyal birer varlık olarak başlıca gereksinimlerimizden biridir. Toplumu oluşturan bireyler, konusu ne olursa olsun, sorunlarını çözmek için iletişim kurmak zorundadırlar. Sağlıklı bir toplumun yaratılması için öncelikle o toplumu oluşturan bireyler arasında sağlıklı iletişimin gerçekleşiyor olması gerekmektedir.

“Sağlıklı” iletişim

İnsan ilişkilerinin çok yoğun olduğu bir sektör olan sağlık sektöründe, çeşitli sağlık sorunları nedeniyle hizmet bekleyen insanlarla kurulacak iletişimde, sağlık hizmeti veren kişilerin bireysel tutum ve davranışlarının önemli rolü vardır. Hastaların ilgi ve şefkat beklmeleri çok doğaldır ve bu nedendir ki söz konusu bireysel tutum ve davranışlar açısından başlangıçta gösterilecek güler yüz ve samimi bir ilgi, en etkili tutum ve davranış olarak kabul edilmektedir. Bunun tam tersi olarak, hasta olmaları nedeniyle kaygı ve korku gibi duygular taşıyan hastalarla kurulacak iletişimde ilgisiz, sinirli ve asık suratlı bir iletişim tarzı hastanın sağlığına kaçınılmaz bir şekilde olumsuz etki yapacaktır.

İletişim tüm hekimler için temel bir yeterliliktir. Hekim-hasta arasındaki iletişim bu açıdan ele alındığında, kurulacak iletişimin niteliği, etkinliği sağlıklı iletişim açısından önem taşımaktadır. Sağlık sektöründe iletişim değerlendirildiğinde, öncelikle eleştirilen konunun sağlık personelinin hasta ile olan ileti-

şimde mesleki terminolojiyi kullanmayı seçmeleridir. Bu durum özellikle hekim-hasta ilişkisinde sağlıklı iletişimi engelleyen en önemli faktördür. Söz konusu durum sağlık hizmeti alan toplumunda olan bireylerin kendilerini açık, net, ifade etme anlamında zorlanma yaşamalarına neden olmaktadır. İletişim sürecinde, iletişimsel engel olarak değerlendirebileceğimiz bu durumda, sağlık hizmeti alanlar, duygu ve düşüncelerini karşısındaki kişiye aktaramamaktadırlar. Bu tarz bir iletişim ortamında hasta olarak hizmet alanlar, incitilebilecekleri, reddedilecekleri, mahcup olacakları gibi düşüncelerle ve bu durumları yaşamamak için iletişime girmeme ya da iletişimi kesme gibi çözümler üretmektedirler.

Yapılan araştırmalar, hastaların hekimlerle kurdukları iletişimde söyleyemedikleri sorularının olduğunu, sorularını uygun olmayacağı endişesi ile yöneltemediklerini, kendilerine iyi bakılmayacağı endişesi taşıdıklarını ve hekimlerden gelecek tepkilerden çekindikleri için sağlık sorunları ile ilgili bilgi talep edemediklerini tespit etmiştir. Hekim-hasta iletişiminde, hekimlerin, hastaların eğitim durumunu, kültürel ve sosyal durumunu göz önünde bulundurarak iletişime girmelidirler. Hastaların söz konusu durumuna uygun üst dil ve iletişim tarzı dikkate alınmadan kurulacak iletişimde hastalar, korku, utanma, çekinme gibi duygulara kapılmakta ve soru sormaktan kaçınmaktadırlar. Hekim-hasta ilişkisi bu açıdan değerlendirildiğinde, yaşanan iletişim sorunlarını ortadan kaldırmak için hekimlerin hastalara empatik yaklaşım sergilemesi ve mesleğe özgü dil kullanmaktan kaçınması doğru olacaktır, demek mümkündür.

Hekimlerin davranış biçimi hastaların iletişimi sırasındaki duygularını etkilemekte, endişelerini arttırmakta ya da azaltmaktadır. Bu durumda hekimlerin bilgi paylaşımı gerçekleştirmeleri ve hastaların eğitim, sosyal ve kültürel durumlarını dikkate alarak empatik yaklaşımla anlaşılmalı sağlamları, endişenin ortadan kalkmasını sağlamak ve beraberinde sağlıklı iletişimi getirmektedir. Sağlıklı bir hekim-hasta iletişimi ve doğru kararların alınabilmesi için hastanın şikâyetini ve endişelerini açık ve net bir şekilde aktarması ve buna karşılık da hekimin konuya yönelik bilgilerini aynı şekilde hastaya açık ve anlaşılabilir bir şekilde aktarması gerekir. Hekim-hasta arasındaki sağlıklı iletişim, tanı koyma ve tedavi etmede başarıyı getirmekte, hasta açısından, iyileşme sürecinde ilk adımın atılmasını sağlamaktadır. Diğer bir deyişle hekimlerin tanı koyma ve tedavi etmedeki başarıları, ne tür bilgiler sunarak hastalarını eğiteceklerinin yanı sıra, hastalarına

yaklaşımları, hastalarına ayırdıkları zaman, kullandıkları dil ve beden dili anlamında ortaya koydukları başarı ile doğru orantılıdır.

Hasta-hekim ilişkisinde; hastanın hekime yönelttiği soruların yanıtlarını alma hakkı vardır. Etkili bir dinleme ile hastanın sorularını alan hekim, karşısındaki hastanın sosyal ve kültürel özelliklerini göz önünde bulundurarak, hastanın anlayabileceği açık, net ve anlaşılır bir dille gerekli bilgilendirmeyi yapmalıdır. Bu noktada, hastanın hastalığı ile ilgili tedavi süresince neler yapması gerektiği konusunda aydınlatılması diğer bir deyişle hekim tarafından eğitilmesi söz konusu olacaktır. Etkili iletişimle, hastanın bu anlamda hekimle isteyerek işbirliği yapmaya özendirilmesi etkili olacaktır. Bu ilişkide aslında ne söyleneceğinden çok nasıl söylenmesi gerektiği önem taşımaktadır. Etkin bir hasta-hekim iletişimi, doğru bilgi alınmasına ve böylece etkin tedaviye ve etkin sonuçlara hizmet edecektir.

Hekim-hasta görüşmesinde kurulacak iletişimde hastanın karşılanması aşamasında oluşturulacak psikolojik ortam hastanın çekingenliğini üzerinden atmasını ve rahatlamasını sağlayacak ve onu kendisini açmaya hazır hale getirecektir. Söz konusu iletişimde hekim, hastanın hastalığını nasıl algıladığı, hastalığı konusundaki fikirlerini, bu anlamda kendisinden neler beklediğini sorgulamalıdır. Bu şekilde başlayacak iletişim ile problemin hekim ve hasta tarafından birlikte tanımlanması, tedavinin tanımlanması sağlıklı olacaktır. Hekimlerin ulaşılabilir olmaları, hastanın ihtiyaç durumunda hekime rahatlıkla ulaşip iletişim kurabileceğini ve sorununu aktarabileceğini bilmesi de psikolojik açıdan bir güven ortamı oluşturmakta ve hastalar açısından çok rahatlatıcı olmaktadır.

Sonuç olarak; etkili bir iletişim için temel olarak, etkin dinleme, etkin konuşma ve söyleme, empatik yaklaşım, etkin bir beden dili sergilenmelidir. Sektör ne olursa olsun etkili iletişimin özü, yapısı değişmez. Hekim-hasta ilişkisinde etkili iletişimde ilk karşılama sırasında sergilenecek ilgi ve güler yüz, sonrasında etkin dinleme, etkin ve birbiri ile tutarlı sözlü ve sözsüz iletişim, hastanın sözsüz iletişim ile ortaya koyduğu beden dili ipuçlarının değerlendirilmesi, mesleki dilden kaçınarak anlaşılması kolay bir dil kullanmak, hastaya samimi duygu ve düşüncelerini açıklayıp kendisini rahatlıkla açabileceği bir ortam yaratmak, empatik yaklaşım ve sözlü ve sözsüz iletişimin ile hastanın verilen bilgileri doğru olarak algılayıp algılamadığını ortaya çıkarmak sağlıklı iletişimi sağlayacaktır.

Etkili iletişim becerileri, sevgi, başarı ve mutluluk elde etmede adeta sihirli bir etki yaparlar ve eğer gönül zenginliği, sevgi, anlayış ve hoşgörü ile birlikte olmazlarsa yalın ve anlamsız kalırlar. Sağlık sektöründe çalışanların, iletişim becerileri ve etkili iletişim açısından istemeyerek de olsa zaman zaman sergiledikleri gözlemlenen olumsuz tutum ve davranışları, söz konusu sektörde çalışanların stres, yorgunluk, aşırı iş yükü, kızgın saldırgan hasta grubu ve buna benzer pek çok durum ile karşı karşıya oldukları gerçeği ile birlikte düşünmek doğru bir değerlendirme olacaktır.

Kaynaklar

Adair, John (2006), *Etkili İletişim*, İstanbul: Babalık Kültür Yayıncılığı.

Baltaş, Zuhar (2006), *Duygusal Zekâ*, İstanbul: Remzi Kitabevi.

Cirhinlioğlu, Zafer (2001), *Sağlık Sosyolojisi*, Ankara: Nobel Yayınları.

Covey, Stephan R. (2009), *Etkili İnsanların 7 Alışkanlığı*, İstanbul: Varlık Yayınları.

Cüceloğlu, Doğan (2009), *'Keşke'siz Bir Yaşam İçim İletişim*, İstanbul: Remzi Kitabevi.

Cüceloğlu, Doğan (2008), *Yeniden İnsan İnsana*, İstanbul: Remzi Kitabevi.

Çeşitçioğlu, Mustafa (2007), *Pozitif İletişim*, İstanbul: Resital Yayıncılık.

Dökmen, Üstün (2009), *İletişim Çatışmaları ve Empati*, İstanbul: Remzi Kitabevi.

Goleman, Daniel (2000), *İş Başında Duygusal Zekâ*, İstanbul: Varlık Yayınları.

Kaya, Canten (2007), *Etkili İnsan Olmanın İncelikleri*, İstanbul: Kariyer Yayıncılık.

Lazar, Judith (2001), *İletişim Bilimi*, Ankara: Vadi Yayınları.

Mckay, M., M. Davis, P. Fanning (2006), *İletişim Becerileri*, Ankara:HYB Yayıncılık.

Mutlu, Erol (2004), *İletişim Sözlüğü*, Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

Nachez, Erica Guilane (2003), *İletişim mi? Kolay!*, İstanbul:Sistem Yayıncılık.

Oskay, Ünsal (2005), *İletişimin ABC'si*, İstanbul: Der Yayınevi.

Osmay, Nüvit (2011), *İnsan Mühendisliği*, İstanbul: Alfa Yayınları.

Özer, Kadir (2009), *İletişimsizlik Becerisi*, İstanbul: Sistem Yayıncılık.

Yağbasan, Mustafa (2006), *Doktor Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması*, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15, 609-627.

Ölümü haber vermek

Prof. Dr. Ertan Tezcan



1957 yılında Ankara'da doğdu. İlköğretimi İstanbul Pertevniyal İlkokulu'nda tamamladı. Orta ve lise eğitimi Saint Benoit Fransız Lisesi'nde yaptı. 1984'te Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Ondokuz Mayıs, Fırat ve Maltepe Üniversiteleri ile SSK İzmit ve Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde çalıştı. Bir dönem Paris V Üniversitesi Saint Anne Psikiyatri Hastanesi'nde görev yaptı. Türkiye Psikiyatri Derneği Elazığ Şubesi ve Fırat Tıp Merkezi Psikiyatri Kliniğini kurdu. Halen Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Psikiyatri Klinik şefi olarak görev yapmaktadır. Anadolu Psikiyatri Dergisi, Yeni Symposium gibi psikiyatri dergilerinde editör yardımcılığı görevinde olup birçok psikiyatri dergisinde yayın kurulunda ve bilimsel danışma kurullarında bulunmaktadır. 2003 yılında Rasim Adası Ruh Sağlığı Bilim Ödülü'nü kazanmıştır.

*Ölüm ardıma düşüp de yorulma
Var git ölüm bir zamanda gene gel
Akıbet alırsın komazsın beni
Var git ölüm bir zaman da gene gel*
Karacaoğlu

Y 90'lı yıllarda İzmit Sigorta Hastanesi'nde Psikiyatri Uzmanı olarak çalışıyordum. Bilenler bilir, o zamanlar sigorta hastanelerinde çalışmak zordu. Kendine özgü ve her an patlamaya hazır bir hasta ve hasta yakını profili mevcuttu. Hoş, günümüzde patlamaya hazır bu profil artık bütün hastanelerde kol geziyor. Maalesef gün geçmiyor ki bir hastaneden sağlık çalışanlarına yönelik tehdit ve eylem haberi gelmesin...

Yine de hayatımın ilk uzmanlık yıllarıydı ve itiraf ediyorum; öğreticiydi. Benim için sorun, göreve başladıktan bir yıl sonra başladı. Acil serviste nöbet tutan pratisyen hekim meslektaşlarımız o ya da bu nedenle hastaneden birer ikişer ayrılmaya başlamış ve acil servis nöbeti uzman hekimlere kalmaya başlamıştı.

Şöyle ya da böyle ayda ortalama 2 acil nöbeti ben dahil, hemen hemen bütün uzmanlar için ciddi bir sorundu. Ve acil klinikte ciddi sorunlar ortaya çıkıyordu.

Bir sabah hastaneye girdiğimde hastanenin acilinde cam kalmadığını görmek beni şaşırtmıştı. Gece nöbetinde yakınları tarafından getirilen bir ex duhulün olduğunu, nöbetçi hekim arkadaşımın ex duhulü gördüğünde; "Başınız sağ olsun, hastanız ölmüş. Yapılacak bir şey yok." dedikleri, hasta yakınlarının doktora ve görevli yardımcı sağlık ekibine neden müdahale etmediniz diyerek saldırdıklarını ve çıkan arbedede acil ekibi personelinin ciddi bir şekilde hırpalandığını öğrenmiş ve çok endişelenmiştim. İtiraf ediyorum, akademik kariyere saklanmamın arkasında yatan gerçeklerden biri de acil nöbetlerinden kurtulmaktı.

Birkaç gün sonra acil nöbetindeydim. İçimde tuhaf bir huzursuzluk var demeye kalmadı acil servis adeta istilaya uğradı. 50-60 yaşlarında bir hasta, daha doğrusu bir ex duhul ve onu getiren onlarca insan. Refleks olarak, "Hastayı hemen müdahale odasına alın." Dedim. Yardımcı sağlık personelinin fısıltıyla, "Ama Doktor Bey, hasta zaten ölmüş." söylemini duymazlıktan geldim. Evet, hasta ölmüştü ama o an ölmemesi daha doğrusu o an öldüğünün bilinmemesi gerekiyordu. Bu arada yaklaşık yarım saatte akraba, hısım, hemşeri, tanıdık derken acil kapısının önünde ve yanında yer alan bahçe ve otoparkta önce yüzleri sonra binleri bulan bir devasa bir kalabalık birikmişti. Bense yaklaşık on dakikada bir müdahale odasından çıkıp, kalabalığın lideri konumundaki orta yaşlı hasta yakınına, "Elimizden geleni yapıyoruz, lütfen





Bazı aile yakınlarının öfke ve kızgınlık tepkilerine hazırlıklı olmak gerekir. Bazıları yalnız kalmak, bazıları da ölüyü görmek isteyebilir. Buradaki püf noktası da o anda aile yakınlarının ne istediklerini anlamak, anlamaya çalışmak, gerekirse sormaktır. Duygusal vedalaşmalar için zaman tanımak, acele ettirmemek ve kişinin açıkça kederini gösterebileceği, yaşayabileceği güvenli ve sakin bir ortamı oluşturmak gerekir.

sizler de dua edin.” diye bilgi veriyordum. Bu arada acile gelen diğer hastalarla da ilgilenmeye çalışıyordum. Birkaç saat sonra da rahmetlinin, lider konumdaki yakınına, “Başınız sağ olsun” haberini verdim. “Allah razı olsun Doktor Bey. Siz elinizden geleni yaptınız.” dedi, teşekkür ederek dışarı çıktı. Kalabalığa ölüm haberini vakur bir şekilde ve acil ekibini överek bildirdi. Onlarca hasta yakınının hastaneden ayrılmadan teşekkür etmesini aradan geçen yaklaşık 20 yıla karşın dün gibi hatırlıyorum...

Geçen gün televizyonda gördüğüm bir haber, beni bu yazıyı yazmaya itti. Trafik kazası sonucu hayatını kaybeden bir kadının olay yerinde çalan telefonunu yanıtlayan polis memurunun, ölüm haberini o anda arayan kardeşine telefonla söylememesi dikkatimi çekti. Memur, en doğrusunu yapıyordu. “Kötü haberi telefonla vermeyin.” kuralını uyguluyordu. Ya siz? Siz ne yapardınız o anda?

Ölüm

*Hayat ne kadar yaşanmamışsa
ölümünden o kadar korkarız.*
I. Yalom

Düşünmeyi sevmediğimiz, kabullenmekte güçlük çektiğimiz, hayatın kendisi kadar gerçek, uzak olduğunu zannettiğimiz ama burnumuzun dibinde acı bir kavramdır ölüm. Bir yakınımızı, sevdiğimizi kaybedene kadar ölümü unutarak, yok sayarak yaşamak işimize gelir. Bu acıyı içimizde tutarak yaşama tutunmaya çalışırız. Ölüm; benimsen-

mesi, başa çıkılması güç bir kavramdır. Ölümle yüzleşmek bizi endişelendirir, varoluşumuz, büyüüp geliyeceğimiz ve kaçınılmaz bir şekilde ölüp yok olacağımız bilgisiyle gölgelenir. Ölümünden hepimiz korkarız. Bu korku ilk çağların destanlarında da yerini almıştır. 4 bin yıl önce Babil’de yaşadığı kabul edilen destansı Kral Gılgamış, arkadaşısı Enkidu’nun ölümü üzerine, “Sen artık karanlıklar içindesin ve beni duymaz oldun. Ben de öldüğümde Enkidu gibi olmayacak mıyım? Yüreğim umutsuzluk içinde ve ölümden korkuyorum.” cümleleri ile bugün bile hepimiz adına konuşuyor. Gılgamış’ın ölümden korktuğu gibi; erkek, kadın, çocuk hepimiz ölümden korkarız. Bazılarımız için ölüm korkusu genelleşmiş bir endişe şeklinde, bazen daha ağır ruhsal tabloların tuallerinden fışkıracasına kendini gösterir.

Milattan önce 341’de, Platon’un ölümünden kısa bir süre sonra dünyaya geldiği ve 270’te öldüğü kabul edilen Epikouros, filozofların da ruhu tedavi etmesi gerektiğinde ısrar etmiştir. Epikouros’a göre felsefenin tek doğru amacı insanın mutsuzluğunu dindirmektir ve bu mutsuzluğun kökeni de ölüm korkumuzdur. Kaçınılmaz ölümün ürkütücü hayali insanın hayattan zevk almasını engeller ve hiçbir zevkin tam anlamıyla yaşanmasına izin vermez.

Yahya Kemal Beyatlı’ya göre; meçhule giden bir gemidir ölüm. Kafka, “Nasıl yaşanırsa öyle ölünür.” der. Varoluşçu psikoterapinin bir formu olan logoterapinin öncüsü olan ve Nazi kampında yaşadıklarını anlatan gerçek yaşam öyküsünde Dr Frankl, “Duş için sıra beklerken çıplaklığı iliklerimizde duyumsamıştık. Artık sahip olduğumuz tek şey kelimenin tam anlamıyla çıplak varoluşumuzdu. Bu ölüm anı duygusu, kamptaki tüm acılar ve ölümlere karşın içsel özgürlüğün yitilemeyeceğinin acı bir kanıtıydı. Aslında yaşamı anlamlı ve amaçlı kılan, işte bu insanın ölüm anındayken bile elinden alınamayan içsel özgürlüktür.” der. Gerçekten insanın ölüm anında hissettiği içsel özgürlük müdür?

Yalom’a göre ölüm korkusu insanın en temel korkusudur ve her anı ölümün tamamen farkında olarak yaşamak hiç kolay değildir. Hayatımızı korkudan donmuş bir şekilde geçiremeyeceğimiz için ölüm korkusunu yumuşatacak yöntemler üretiriz. Çocuklarımız aracılığıyla kendimizi geleceğe yansıtırız. Zenginleşmek, meşhur olmak, hayatta her zamankinden daha fazla yer kaplamak yani saplantılı, koruyucu ritüeller geliştirmek, nihai kurtarıcıya karşı konulmaz bir inanç geliştirmek ölüm korkusu ile baş etme yollarıdır. Yalom; ölüm korkusuyla baş etmenin yolunu varo-

luşsal yaklaşımda bulur ve başka belirtilerin ardına gizlenen ölüm duygusunun ancak bireyin iç dünyasına yapılacak yolculuklarla açığa çıkabileceğini savunur. Şöyle der büyük üstad: “Kin ve düşmanlık, öfkeyi ve ölümü davet ediyor. Ölülerin hayaletleri dolaşüyor etrafımızda. Başkalarının acılarına bakmadan ölüm korkusunu yenmek mümkün müdür?” Sadeleştirilim isterseniz sevgili okurlar: Kendi ölüm korkumuzu yenmeden ölümü karşımızdaki insanları incitmeden algılayabilir miyiz?

Ölüm haberi

Bir aile üyesine yakınının öldüğünü söylemek her ortamda zordur. En zor ve en sık yaşanan ortamlar ise, kazanın olduğu yerler ve acil servislerdir. Acil servislerde hastanın ölümü genellikle beklenmedik biçimde, ani ve çoğu zaman travmatiktir. Ölüm haberi aile üyelerinin beklemediği, hazırlıksız yakalandığı bazen hayatlarının en mutlu dönemlerini yaşarken gelebilir. Aileyi habere hazırlamayı sağlayan bir süreç yoktur. Üstelik çoğu zaman ailenin karşısında haberi veren bir yabancı vardır. Yabancı ölüm haberini karşısındaki insanları incitmeden vermelidir ve aşağıdaki basamaklara uyma gayreti içinde olmalıdır.

Doğru fiziksel ortamın sağlanması

Ölüm haberi, sakin ve özel bir ortamda verilmelidir. İlk görüşmenin kesintiye uğramadan yapılması için yeterli zaman ayrılmalıdır. Görüşme yerindeki harici telefon ve mobil telefonlar öncelikle kapatılmalıdır. Haberi verenin yanında kâğıt mendil bulundurulması, yanındaki ve ortamdaki telefonları kapatması önemlidir. Haberi verirken oturmak ve aile üyelerinin de oturmasını sağlamak, göz temasını kaybetmemek gerekir. Zaman zaman haber verilen yakınların elini ya da kolunu tutmak da rahatlatıcı olabilir.

Kendini takdim etme ve aile üyelerini tanıma

Ölüm görüşmesi yüz yüze yapılmalıdır. Sağlıklı sözel iletişim kişinin yakınına yaklaşp selamlaşma ve kendimizi tanıtırma ya da daha önce tanışıklığımız varsa hatırlatma ile başlar. Konuşmayı başlatırken uygun hitabı kullanarak, mesafeyi ayarlayarak ve beden dilimizin iletilerine dikkat ederek nezaket kurallarına uyulmalıdır.

Konuşmayı başlatmadan önce, ölüm haberi verilecek yakınların tıbbi durumunu bilmek de önemlidir. Tıbbi iletişimsel engeller varsa, bu tür bir konuşmanın ertelenmesi ya da bir ön tedbir alınmadan yapılmaması gerekir. Karşı

tarafça iletilenlerin dinlendiği, önemsendiği, yargılanmayan, anlaşılma yönelik çaba gösterildiği bir konuşma hedeflenmelidir. Hastalık sonucu gerçekleşen bir ölüm haberi; aileyi tanıyan, daha önceden tanınan ve güvenilen terapötik bağı önceden kurmuş birisi tarafından verilmelidir.

Ölüm akut bir olay sonucu oluşmuşsa aile yakınlarına kendimizi tanıtmak son derece önemlidir. Bu süreçte: “Sizlerde bana kendinizi tanıtır mısınız lütfen”, “Sizlere yapacağım açıklamayı duyurmak istediğiniz biri var mı?” cümleleri bizim de konuya girişimizdeki sıkıntımızı yenmemizde yardımcı olacaktır.

Haberi verenin kendi duygusal tepkilerini kontrol edememesi, suçlanma ve nasıl söylemek gerektiğini bilememe korkuları, aile yakınlarının duygusal tepkilerinin denetimden kurtulup ortaya çıkmasını durumunda bu sorunla nasıl başa çıkılacağını bilememesi, ölümden kişisel olarak korkması, ölenin çok genç olması, ölen ile uzun süren bir tanışıklığın olması, haber vereni duygusal yönden mutlak surette olumsuz etkileyen etmenlerdir.

Olanları anlatarak ölüm haberini vermek

Uygun ve kısa tanışma safhasından sonra en önemli an, kişinin öldüğünü söyleme anıdır. Genel yaklaşım, olayın basit ve kısa bir şekilde öyküleştirilmeyle çalışılmasıdır: “Kazadan sonra hemen müdahalede bulunduk. Kalbi atmamaya başladı. Elimizden gelen her tür müdahaleyi yaptık ancak yapabileceğimiz fazla bir şey yoktu. Çok üzgünüz...” “Çok ağır bir iç kanaması vardı. Bunu söylediğim için çok üzgünüm ama hastaneye getirildiğinde hayatını kaybetmişti. Onu geri getirmek için yapabileceğimiz bir şey yoktu...” Dikkat edilirse cümleler içinde açıklayıcının üzünlüğü belirtilmekte.

Bazen aile, müdahale ederek açıklamayı durdurabilir. Bu tür durumlarda ölüm haberi önce verilmeli ve açıklamalar sonraya ertelenmelidir. Ciddi sağlık problemi olan ve yaşı ileri bireylere, bir doktor -mümkünse ailenin kendi doktoru- eşliğinde ya da bu doktordan ya da aile yakınlarından sağlıkla ilgili bilgi alındıktan sonra ölüm haberi verilmelidir.

Aile yakınlarına empatik yaklaşım

Aile bireylerinin hayatını kaybedene karşı ne hissettiği, ölüm haberine göstereceği tepkiyi açığa çıkarması noktasında önemlidir ama bu çoğunlukla bir ruh bilimcinin anlayabileceği bir tepki biçimidir. Bazı aile yakınlarının öfke ve kızgınlık tepkilerine hazırlıklı olmak ge-

rekir. Bazı aile bireyleri yalnız kalmak, bazıları da ölüyü görmek isteyebilir. Buradaki püf noktası da o anda aile yakınlarının ne istediklerini anlamak, anlamaya çalışmak, gerekirse sormaktır. Vefat edeni görmek isterlerse ortamdaki rahatsız edici görüntüler temizlendikten sonra görmelerini sağlamak ve vücudun görünümündeki değişikliklere hazırlamak gerekir. Duygusal vedalaşmalar için zaman tanımak, acele ettirmemek ve kişinin açıkça keuderini gösterebileceği, yaşayabileceği güvenli ve sakin bir ortamı oluşturmak gerekir.

Görüşmeden sonra yardımcı olacak birinin belirlenmesi

Haber ileildikten sonra ailenin yanında duygusal tepkilerini ele alabilecek birinin kalması son derece destekleyici olacak ve görevimizi kolaylaştıracaktır. Bazen karşımızda bir eş, bir baba, bir kardeş gibi tek ve yalnız bir aile bireyi vardır. Bu durumda bu kişi asla görüşme odasında yalnız bırakılmamalıdır. Nazikçe hangi yakınlarına hemen haber verilmesinin istendiği, yanına kısa sürede ulaşabilecek bir akrabası olup olmadığı öğrenilir. Eğer yakınlarının yanına ulaşması zaman alacaksa bir süre aile yakınının yanında ona eşlik edecek bir sağlık personeli bulundurmaya gayret edilmelidir.

Çocuk ve ölüm

Yakınını kaybeden çocuğa ölüm nasıl anlatılmalı?

Ölüm beş-altı yaşlarından itibaren çocuk için de yavaş yavaş korkutucu olmaya başlar. Başlangıç dışı vurumunda; çocuğun ebeveyn kaybına ilişkin korkuları, büyümekten korkma, hastalıklara, yaralanmalara karşı aşırı tepki gözlemlenir.

Ölüm haberini çocuğa verecek kişi, mutlaka en yakını olmalıdır. Anne ya da babanın ölümünde bu görev sağ kalan anne ya da babanıdır. Sağ kalan aile bireyi, ruhsal olarak kendini toparladıktan sonra bu görevini geciktirilmeden yerine getirmeli ve ölümü çocuktan uzun süre gizlememelidir.

Ani ve beklenmedik ölümlerde çocuğa alıştırma zamanı tanınması faydalıdır. Önce ölen aile bireyinin ağır hasta olduğu, hastanede yattığı söylenebilir. Daha sonra çocuğa, anne ya da babayı onu artık göremeyeceğimiz ve öleceğimiz için çok üzgün olduğumuzu fakat kendisinin gittiği yerde rahat ve mutlu olduğunu söyleyebiliriz. Gittiği yer konusundaki kavramlara ailenin kendi içindeki inanç sistemine göre şekillendirilmelidir.

Çocuğun ölümle ilgili soru sorması desteklenmeli, cevaplandırılmalıdır. Ancak nasıl açıklayacağımızı bilemediğimiz durumlarda, “Bu çok güzel, ilginç ama benim de yanıtını bilmediğim bir soru.” diyebilmeliyiz.

Bazı aileler, yakınlarını dövünmeleri, haykırışlar, ağıtlar ile uğurlarlar. Çocukların yanında bu tür davranışlarda bulunmak yanlıştır. Bazı aileler ise çocuğu eğlendirmeye çalışırlar ve ortada üzücü bir durum yokmuş gibi davranırlar. Bu da çocuğun, kendisini eğlendirmeye çalışan aile bireylerinin ölümüne üzülmedikleri gibi bir yanlış sonuca varmasına neden olabilir.

Okul çağına gelmemiş çocukları cenaze töreninden uzak tutmak gerekir. Okul çağındaki çocuğa durum anlatıldıktan sonra çocuğun kendi isteğine göre hareket edilmelidir. Cenaze törenine katılmak isteyen çocuk engellenmemeli, istemeyen çocuk ise zorlanmamalıdır.

Son söz: Yalnızlık yalnızca yalnızlıkta vardır. Paylaşıldıkça kaybolur.

Kaynaklar

Becze E. Strategies for breaking bad news to patients with cancer. ONS Connect. 2010; 25:14-15.

Bilgin G, Öztürk G, Şirin S. Kanser tanısı konan hastalarda kötü haber verme hekime düşen görev. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 71: 22-26

Fantino E, Silberberg A. Revisiting the role of bad news in maintaining human observing behavior. J Exp Anal Behav. 2010; 93:157-170

Ladouceur R, Goulet F, Gagnon R, ve ark. Breaking bad news: impact of a continuing medical education workshop. J Palliat Care 2003 ;19: 238-245.

Oflaz F. Sağlık çalışanları için kötü, üzücü ya da zor haberleri iletme tekniği. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8: 62-69

Okyayuz ÜH. Ölümcül hastalık tanısı almak: bir yaşam krizi. Kötü haber verilmeli mi? Kriz Dergisi 2003; 11; 29-35

Ptacek JT, Ptacek JJ, Ellison NM. “I’m sorry to tell you “ Physicians’ reports of breaking bad news. J Behav Med; 2001; 24: 205-217

Voelter V, Mirimanoff RO, Stiefel F, Rousselle I, Leyvraz S. Breaking bad news. Rev Med Suisse 2005; 1:1352-1353

Yalom ID. Existential Psychotherapy. New York: Basic Books, 1980

Modern psikolojinin ölümü yadsıması

Prof. Dr. Hayrettin Kara



1963 yılında Antalya'da doğdu. 1985'te İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Psikiyatri uzmanlık eğitimini Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim üyesi ve Ana Bilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Halen Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Klinik Şefi olarak görev yapmaktadır.

H'er derdin devası vardır; ölüm ve ihtiyarlıktan gayri'. İlk gençlik yıllarımdan beri içime işlemiş darb-ı mesellerden biridir bu. Eskilerin bu hikmetli sözünün ikili mesajını hep anlamlı bulmuştumdur. Önce umuda yüreklendirir; "*Derdin ne denli büyük, hastalığın ne denli kötü olursa olsun iyileşme umudunu yitirme, direngen ol!*" der. Diğer taraftan ise insanın varoluşsal gerçekliği kabullenmeyi telkin eder, ölüm ve ihtiyarlık için boş hayallere kapılmamayı öğütler. İnsanın en onulmaz diye bilinen hastalıklardan bile kurtulabileceğini ama ihtiyarlıktan kaçamayacağını ve doğduğu

için ölüme yazgılı olduğunu söyler.

Ölümün nihai gerçeğimiz olduğunu görmek, kabullenmek ya da bu konuda bir farkındalık düzeyinde yaşamak birçoğumuza pek tatsız görünebilir. Hatta bazılarımız ölümü kabullenmeyi bir zayıflık işareti gibi algılayabilir. Oysa tam tersidir. Ancak benlik bütünlüğüne ulaşmış, güçlü ve olgun kişilerin harcıdır ölümü doğallığı içinde kabullenmek. Ölümün apaçıklığı, kesinliği karşısında çoğumuzun zihni allak bullak olur, şaşkınlaşır. Herhalde La Rochefoucauld'a da "*Hiç kimse ölüme ve güneşe gözünü dikerek bakamaz*" dedirten böyle bir duygu olmalı. Ölüme dik olarak bakamasak da eğik, yandan, ne bileyim bir şekilde bak-

ma gibi varoluşsal bir yükümlülüğümüz olmalı. Oysa genel tutumumuz ölümün karşı konulamaz gerçekliğini görmezden gelmeye ya da yok saymaya çabalamak. Bu çabanın amacı, ölüm anksiyetesinden kurtulmak. Bu yadsıyıcı tutum ruhsal yaşam kalitemizi artırıyor olsa, bizleri psikolojik olarak daha sağlıklı bireyler yapıyor olsa bir diyeceğim yok. Ama maalesef ölümü yadsıyarak ölüm anksiyetesinden kurtulamayız. Bu anksiyete farklı biçimlerde, kılıklarda hayatımızın içine girer. Ölümün yadsınmasını modern kültürün hemen her alanında görmek mümkündür. Bu yazıda modern kültürün ölümü yadsıyıcı tutumunun psikolojideki karşılığı üzerine bir şeyler söyleyeceğim.



Psikoloji genel olarak zihin ve davranış bilimi olarak tanımlanır. Basit duyumlardan karmaşık yaşantılara kadar her şey, hem öznel yönleriyle hem de gözlenebilen davranışa dönüşmüş nesnel yönleriyle psikolojinin kapsamı içindedir. Aynı zamanda bir insan yavrusunun evre evre gelişip bir “kişi”, bir “birey” olması da psikolojinin ilgi alanındadır. Yaşamın sonlu, bitimli olduğunun bilgi ve bilincinin insanın içsel yaşantı ve dışavuran davranışlarında bir önemi olmaması mümkün müdür? Elbette hayır. Çocukluğumuzdan itibaren bir olgu olarak ölümle değişik düzeylerde karşılaşırız. Çevremizden biri “atta”ya gidi-verir ya da an gelir balığımız yüzmez, kuşumuz kanat çırpamaz olur. Ya da alışılmadık biçimde yerde hareketsiz yatan bir kediye rastlarız. Belli bir yaşa kadar bu olgulardaki geridönüşsüzlüğü tam olarak kavrayamayız. Ama gün gelir bu seferden geri dönülmediğini farketmeye başlarız. Bu farkındalıkla birlikte içimizde bir endişe filizlenmeye başlar. Sonlu yani ölümlü olduğumuzun farkındalığı bizde anksiyeteye yani bunalı ve kaygıya yol açar. Doğal olarak bütün nahoş duyumlardan kurtulmak isteriz. Nahoş duyumlardan kurtulmanın en etkin yolu, nedeni ortadan kaldırmaktır. Bunu yapamadığımız zaman da nedenden uzaklaşmaya, kaçmaya çalışırız. Bunu da yapamadığımız zaman sanki böyle bir şey yokmuş gibi davranmaya yani olguyu yadsıyarak bilinçten uzaklaştırmaya çalışırız. Ama bu, işe yarayan bir yol değildir. Yok farzederek bilinçten uzaklaştırdığımız sorun, olmadık zamanlarda çok değişik biçimlerle yeniden karşımıza çıkar. Ölümle ilgili bunalı ve kaygıyı bazen yalın olarak ama çoğu zaman örtülü ya da biçim değiştirmiş olarak yaşarız. Kaygı ve bunalı, işlevselliğimizi bozacak düzeyde duygu ve davranışlarımıza egemen olduğu zaman psikiyatrların tedavi etmeye çalıştığı panik bozukluğu, travma sonrası stress bozukluğu gibi hastalıklara dönüşür. Kaygıyla ilgili hastalıklar günümüzde çok yaygın ve giderek daha da yaygınlaşıyor. Bütün bunlar insan zihni ve davranışını anlamayı amaçlayan psikolojinin ölüm sorununa bigâne kalamayacağını açık göstergeleridir. Bununla beraber modern psikolojinin bu sorun karşısındaki tutumu oldukça şaşırtıcıdır. Yaklaşık yüzyıllık bir tarihi olan modern psikoloji, ilginç bir şekilde ölüm sorununu görmezden gelmeyi başarmış (!) Vereceğim kitap örneği sanırım açıklayıcı olacak. Türkçeye de çevrilen “Modern Psikoloji Tarihi” adlı derli toplu bir eser var. Modern psikolojinin kurucusu kabul edilen Wundt’un yapısalcılığından başlayıp Hümanistik ve Bilişsel Psikolojiye kadar en önemli psikoloji kuramları tarihsel ve kültürel konteks gözetilerek ele alınıyor kitapta. Ama modern psikolojinin bu ana ku-

ramlarının hiçbirinde bir kavram olarak bile ölüm yok. Kitap sanki ölümün modern yadsınma tarihini anlatıyor. Kitabın indeksine bakıldığında da bu açıkça görülebiliyor. Psikanalitik kuramdaki “ölüm içgüdü” dışında ölümle ilgili hiçbir gönderme yok. Tam bir ölümsüz (!) psikoloji. Modern psikolojinin tutumu aslında başedilemez düzeydeki sorunlarla yüzyüze gelen kişilerin savunma nitelikli tutumlarının bir benzeri. Yukarıda da değinmeye çalıştığımız gibi bazı gerçekler öylesine katlanılamaz bir bunalı ve acı doğururlar ki kişi bu bunalıyla başedebilmek için gerçeği çarpıtarak bir başka şeye dönüştürmeye çalışır. Savunma nitelikli bu çaba işe yaramadığı zaman ise gerçek (her ne ise) yok sayılarak inkâr edilir. Bu inkâr, bu yadsıma tutumu, insan benliğinin bunalıdan kaçmak için kullandığı en ilkel stratejidir. Modern psikolojinin ölüm sorunuyla ilgili tutumu da bu ilkel yadsıma stratejisinden başka bir şey değil. İnanması güç olsa da olan budur. Modern psikolojinin içinde taşıdığı bu sorunu görenler giderek artıyor. Mesela I. Yalom, psikolojinin ölüm gerçeğini yok saymasını “sessizlik komplosu”na benzetiyor. Büyük bölümünü ölüm sorunu-na ayırdığı “Varoluşçu Psikoterapi” kitabının bir bölümünde şöyle diyor: “*Ölüm, akıl sağlığı alanının neredeyse bütün yönlerinde-kuram, temel ve klinik araştırma, klinik ve her türlü klinik uygulama alanında- görmezlikten gelir, hem de apaçık şekilde yapılır bu. Öyle açık ki insanın sessizlik komplosunun işbaşında olduğunu düşünesi geliyor.*” Gerçekten de sanki bir sessizlik komplosu işbaşında. Ama bu, modern psikoloji-psikiyatriye has bir tutum değil. Batının çok daha genel kültürel bir tutumu. Ölümü görmezden gelme çabasını insanlık tarihi boyunca çok farklı kültürlerde de görmek mümkün. Ama bu görmezden gelme çabası sanırım hiçbir zaman modern Batı kültüründe olduğu kadar yaygın ve katı bir yadsıma dönüşmemiştir. Bu durumun sosyolojik tahlilini en iyi yapanlardan biri de Zygmunt Bouman. Aşağıdaki alıntı onun “Ölümlülük, Ölümsüzlük ve Diğer Hayat Stratejileri” adlı kitabından. Bu küçük alıntı sanırım bu görmezden gelme çabasınının arka planını çok çarpıcı biçimde anlatıyor: “*Ölüm aklın en büyük yenilgisidir. Ölüm akla duyulan güveni ve aklın söz verdiği güvenirliliği çökertir. Ölüm aklın aşağılanmasıdır. Akıl kendisini bu utançtan kurtaramaz. Yalnızca utancını gizlemeye çalışır. Gizler de. Ölümün keşfedilmesinden bu yana (ölümü keşfetmiş olma durumu insanlık için belirleyici ve ayırt edici özelliktir), insan toplumları bu utancı unutturabilir umuduyla ince kurnazlıklar üretilip durdular; başarılı olamayınca onu düşünmemeyi başarabileceklerini umdular, bunda da başarılı olamayınca bu utançtan söz etmeyi yasakladılar.*”

Modern psikoloji ölüm sorununu görmezden gelerek gerçek bir insan psikolojisi olmaktan uzaklaşıyor. İnsan ölümlüyse ve ölümlülüğünün farkındaysa bir bilim olarak psikolojisinin de “ölümlü” olması gerekir. Kaygıyla baş edebilmemizin ve benlik bütünlüğünü sağlayabilmemizin yöntemlerini gösterecek bir psikolojiye ihtiyacımız var. Böyle bir psikoloji ancak ölümü ayırıştırarak yadsıma yerine onu yumuşatarak hayatın içine alan bir kültür içinde gelişebilir.

Soruna böyle baktığımızda modern psikoloji ve tıp, “ince kurnazlıklar üretim merkezi”ne dönüşüyor. Burada yanlış anlaşılması gereken bir noktaya da işaret etmek isterim. Bütün bu eleştiriler, modern kültür içinde üretilen bilginin önemi ve değerine yönelik değil. Her türlü doğru bilgi insanlık için bir kazanımdır. Bu bilgiler bazen birileri tarafından bir gerçeği görmezden gelmek için kullanılsa bile. Modern psikoloji ölüm sorununu görmezden gelerek gerçek bir insan psikolojisi olmaktan uzaklaşıyor. İnsanın en temel kaygı kaynağını yadsıyarak kaygı üzerine kuramlar üretiyor. Oysa kaygıyla başatmenin tek yolu onunla yüzleşebilmektir. Görmezden geldiğimizde ya da yadsıdığımızda kaygı daha da büyüyor. Ne yapalım ki ölümlüyüz ve bunun da farkındayız. İnsan ölümlüyse ve ölümlülüğünün farkındaysa bir bilim olarak psikolojisinin de “ölümlü” olması gerekir. Kaygıyla başedebilmemizin ve benlik bütünlüğünü sağlayabilmemizin yöntemlerini gösterecek bir psikolojiye ihtiyacımız var. Böyle bir psikoloji ancak ölümü ayırıştırarak yadsıma yerine onu yumuşatarak hayatın içine alan bir kültür içinde gelişebilir.

Mitokondriyal “Havva”

Doç. Dr. Akif Tan



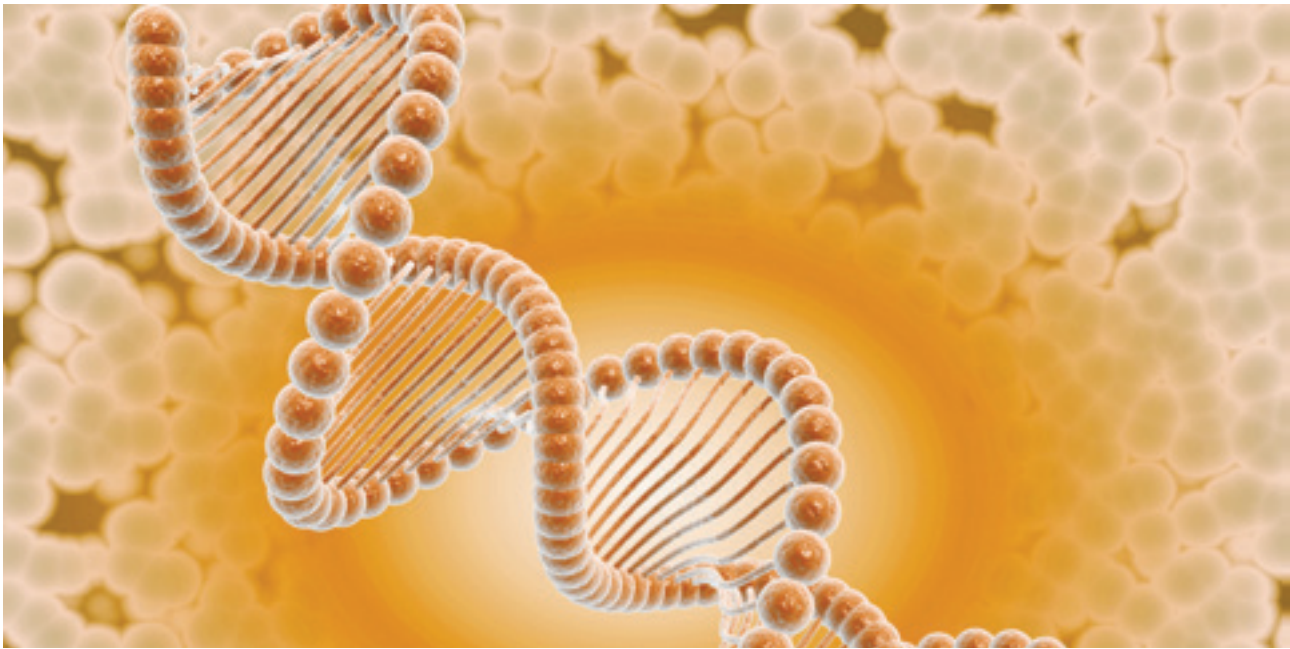
1961’de Ankara’da doğdu. 1985 yılında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi’ni bitirdi. 1990’da GATA Genel Cerrahi AB Dalı’nda uzmanlık eğitimi aldı. 1996 yılında GATA Genel Cerrahi AB Dalı’nda yardımcı doçent olarak göreve başladı. 2002 yılında doçent oldu ve 2004 yılında Kıdemli Albay olarak emekliye ayrıldı. Halen Özel Medipol Hastanesi’nde çalışan Tan, evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Kaliforniya Üniversitesi ve Berkley’den araştırmacılar Wilson ve Stoneking, Ocak 1987’de Nature Dergisinde *Mitokondriyal DNA ve İnsanın Evrimi* başlıklı bir inceleme yayımladılar. Bu biyokimyacılar göre, insanın genetik özelliklerinin büyük bölümü 200 bin yıl önce Afrika’da yaşamış bir ataya kadar izlenebilirdi. Bu bilimsel makaleye cevap ben başka bir gazetede yayımlanan makale ile İncil’deki Havva’ya gönder-

me yapıldığından, konu, hem bilim çevrelerini hem de bilim dışı çevreleri bir anda sarsmıştı. Böylece bugünkü insanın kökenlerine ilişkin tartışmalarda önemli bir yer tutan “Mitokondriyal Havva” doğmuş oldu.

İnsanın merak duygusuyla hararetle araştırdığı, tartıştığı konuların başında gelen nerden geldiği, nasıl var olduğu sorusuna günümüzde de hem bilimsel hem de dinsel kaynaklardan cevap aranmaktadır. Antropolojideki son gelişmeler ve moleküler antropolojinin

gelişmesi, genetik araştırmaların antropolojide yeni açtığı ufuklar, insanlık tarihinin en eski kutsal metinlerdeki anlatımlarla da harmanlanması ve “Mitokondriyal Havva” kavramı bu konuya birçok insanın dikkatini çekmiştir. Bu konuda dikkat çekici olan her şey bilimsel ya da dinsel heyecan kadar, bilinen dışında bazı konulara vurgu yapılması ve alışlagelenin dışına çıkarak insanları tartıştırmaya itmesiydi. Evet kutsal metinlerde bilindiği gibi ilk insan Hz. Adem’di ve bir erkekti. Hz. Havva ile birlikte yaşamıştı.





Moleküler biyologlar belirli bir gende oluşan mutasyonların sayı ve çeşitliliğine bakarak o genin, dolayısıyla canlının ortaya çıkış zamanını tahmin edebilmektedirler. Böylece en fazla mutasyonun ve genetik değişkenliğin görüldüğü Afrikalı mitokondriyal genler, “Havva hipotezi”ne yani insanın tek bir ortak anadan ortaya çıktığı iddiasına yol açmıştır.

Tabi böylesine çarpıcı iddialar, genetik tartışmaları ve bunları destekleyen çalışmaları da beraberinde getirdi. Yale Üniversitesi, insanda yaklaşık 4-5 milyar harften oluşan genetik programın paketlenildiği 46 kromozom içinde erkekliğin belirlenmesinde rol alan genleri taşıyan Y kromozomunu, insanın Adem babasının menşeyini belirlemek için seçti ve araştırdı. Bu çalışma sonucunda insanın ilk baba atasının 270 bin yıl önce yaşamış olduğu belirlendi. Yine antropolojik genetikçilerden Spencer Wells, insanoğlunun kökleri üzerinde çalışmalar yapmış ve babadan oğula neredeyse olduğu gibi, çıkmaz bir iz gibi aktarılan Y kromozomunun, popülasyonun genetiği üzerinde özel önemini saptamıştır.

1994 yılında antropolojik genetiğin babası Stanford Üniversitesi’nden Cavalli - Sforza ekibi Y kromozomu üzerinde önemli çalışmalar yaptılar. İnsandaki 23 çift kromozomdan son çifti olan cinsiyet kromozomları, kadınlarda XX, erkeklerde XY biçiminde ortaya çıkıyor. Bu kadınların anneden de babadan da birer X kromozomu alırken, erkeklerin anneden X, babadan Y kromozomu almaları anlamına geliyor. Diğer bütün kromozomlardan farklı olarak, Y kromozomunun eşi yok; X kromozomu ile parçalı alışverişinde bulunduğu tek bölgeyse uçları. Sonuçta Y kromozomu babadan oğula, oğuldan toruna büyük ölçüde korunmuş oluyor. Her durakta

bir ya da iki mutasyon oluşuyor. Ortaya çıkan sonuç hali ilginç; şu an yeryüzünde yaşayan bütün erkeklerin Y kromozomlarının 50 - 60 bin yıl önce, önceki bir ortak ata ile benzerlikleri % 99.9.

2001 yılında Stanford Üniversitesi’nden Richard Kleir’in çalışmalarında, konuşma bozuklukları incelenirken foxp2 geninde bozukluklar tespit edildi. Önce bu foxp2 geninin evrim teorisinde rol oynadığı söylene de bu konu hala tartışılmaktadır. Fakat Klein, insana ait arkeolojik kayıtlarda 50 bin yıl önceki kültürel ya da sosyal sıçramalardan bu genin sorumlu olabileceğini söylemektedir.

Genetik bulgulara dayanan filogenetik kurgulama son on yılda biyolojide olduğu kadar, insanlık kökenini bulmada önemli bir araç durumuna gelmiştir. Moleküler antropolojinin sağladığı bulgular, paleontoloji ve arkeolojiden daha geleneksel verilerin tamamlayıcısı olarak kabul edilebilir.

Aslında “Mitokondriyal Havva” kavramındaki çarpıcılık; bilimsel veriler ile insanlık tarihinin mirası olan dinsel metinlerde yol göstericiliğinin, bilimsel araştırmalara nasıl bir ivme kazandırdığı, bilim ve din çatışması yerine birlikteliği kullanıldığında bilimdeki eksikliğin giderilebilirliğini veya dinsel metinleri anlamlandırmadaki zorlukların aşılabilirliğini göstermektedir. Her ne kadar ortak ana-ata kavramına ait çarpıcı açıklamalarla araştırmalar başlamışsa da Y kromozomunun önemini ortaya koyan daha yakın bir geçmişe odaklanan ortak baba ata ile günümüze gelinmiştir.

Yeni bilimsel gelişmeler hem ivmesini kaybetmekte olan evrim teorisini yeniden kuvvetli delillerle ateşlemiş, hem de bilimsel çalışmaların alanını geniş-

Yeni bilimsel gelişmeler hem ivmesini kaybetmekte olan evrim teorisini yeniden kuvvetli delillerle ateşlemiş, hem de bilimsel çalışmaların alanını genişletmiştir. Dinsel kaynakların ve tarihi metinlerin irdelenmesi, insanın geçmişindeki karanlık noktaları aydınlatabilir... Artık çok merkezli evrimin yerini tek merkezli evrim görüşü daha çok alırken, 10 ile 50 bin yıl arasındaki periyotta nedenini anlamakta zorlandığımız bir sıçrayışın olduğu görüşü de yaygınlaşmaktadır.

letmiştir. Dinsel kaynakların ve tarihi metinlerin irdelenmesi, insanın geçmişindeki karanlık noktaları aydınlatabilir, birçok ortak söylemin olduğunu ortaya koyabilir. Artık ilk insan oluştan günümüze kadar geçen serüvende çok merkezli evrimin yerini tek merkezli evrim görüşü daha çok alırken, 10 ile 50 bin yıl arasındaki periyotta nedenini anlamakta zorlandığımız bir sıçrayışın olduğu görüşü de yaygınlaşmaktadır.

Tıpta bilişim, fiziksel ve teknolojik yöntemlere giriş

Mehmet Keçeci



1972, Bolu-Gerede İlçesi doğumludur. İlk, orta ve liseyi İstanbul'da bitirmiştir. 1993'te İnönü Üniversitesi Endüstri-Elektronik, 1998'de Kocaeli Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi-Fizik, 2001'de Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Fen Bilimleri Fizik Master, 2003'de GYTE doktora programlarını bitirmiştir. Uzun yıllar Fizik, Bilgisayar öğretmenliği ve yazılımcı olarak çalışmıştır. 2008-2010 yıllarında şirket yöneticiliğinde bulunmuştur. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi'nde Öğretim Görevlisi olarak görev yapmaktadır.

İmhotep'in (M.Ö. 2600-2667) yazdığı ve bildiğimiz ilk tıp ve mühendislik kitabı olan "Ahlak Bilgileri"nden günümüze kadar tıp uygulamalarında birçok yöntem gelişmiş, bakış açılarımız değişmiştir. Günümüzde tüm dünyada genel olarak tıpta kullanılan pek çok yöntemin temel ilkeleri özellikle parçacık ve dalgacık mekaniğine derinlemesine yaklaşan kuantum fiziğine ve elde edilen sonuçları bizlere sunan "Bilişim, Bilgi, İnfomasyon, Enformasyon Teknolojisi – BT" yöntemleri olmuştur. "Information Technology – IT" adını 1958 ilk defa Harold J. Leavitt ve Thomas L. Whisler (1) kullanırlar ve yaptıkları yorum ile "The new technology does not yet have a single established name. We shall call it information technology." ("Yeni teknolojinin henüz tek bir yerleşmiş adı yok. Biz bunu bilgi teknolojisi olarak adlandıracamız.")

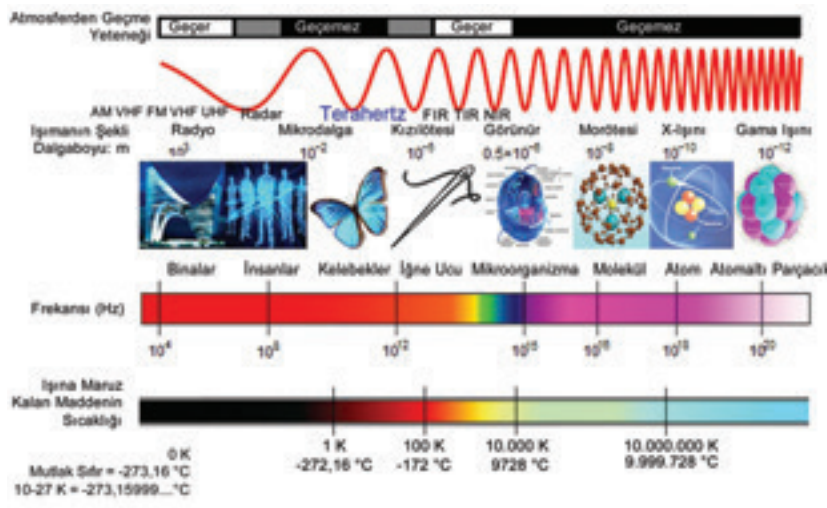
yeni bir çağın kapılarını aralamışlardır. Bilişimin kısa tarihine bakalım. İlk Abaküsten (Sümer M.Ö. 2700-2300 veya Çin M.Ö. 2400) 1613'de "Computer" (Bilgisayar (2) 1969'da Aydın Köksal) adının verilmesi ve 1946'da ilk gerçek on tabanlı genel kullanım amaçlı bilgisayarlara geçişi sağlayan ENIAC (Electronic Numerical Integrator And Computer) aşamaları göz önüne alındığında bilişim teknolojilerinin önemli bir aşama olduğu anlaşılır.

Tıp uygulamalarda sık sık kullanılan öteses (ultrason) ile elde edilen insan bedenini ve uzuvlarını görüntüleme (Human-Body Imaging) tekniği olan yüksek ses titreşim grafiği (ultrasonography - USG), Doppler Debi Ölçerler (Doppler Flow Meters), X-Işınlı Bilgisayar Tomografisi, Kesit grafiği (BT) (X-ray Computer Tomography - CT), Sintigrafi

(Scintigraphy), Pozitron Salınım Tomografisi (Positron Emission Tomography - PET), Nükleer Manyetik Rezonans Tomografisi (Nuclear Magnetic Resonance (NMR) Tomography), Elektroensefalografi (Electroencephalography - EEG), Lazer (Laser) gibi artık sayısız yöntem kullanılmaktadır.

Günümüzde fiziksel ve bilişime ait olmayan bir organizasyon bulmak hemen hemen imkânsızdır. Fiziksel yöntemler 20. yüzyılın ilk yarısında, bilişim teknolojisi ise ikinci yarısında hızlı bir şekilde tıp alanına dâhil olmuşlardır. 21. yüzyılın başında ise internet teknolojisinin bütün dünya üzerine yayılması çevrimiçi (online) tıp uygulamalarını doğurmuştur. Bu, aynı zamanda teknoloji ve algılayışında yeni bir çağın başladığının belirtisidir. Özellikle fiziksel yöntemlerin temelleri İslam





bilginleri tarafından parça parça atılma da en sonunda Newton (1643-1727) tarafından bilime derli toplu bir bakış kazandırılması ile hızlı bir yükselişe geçen bilimsel yöntemler, günümüzün bilim özellikle fizik, bilişim ve tıp dünyasında kendisini çok güzel göstermiştir.

Şimdi tıpta kullanılan bu yöntemlerin temellerinin en basiti olan ışığa (light) bakalım ve onu biraz irdeleyelim. Özellikle gözümüzün algıladığı ışık 360-400 ile 750-780 nanometre (nm) dalga boyu 385-405 ile 790 terahertz (THz) frekansı arasındadır fakat bilimsel olarak bu değerlerin atı ve üstüne de ışık denir ki bunlar özellikle tıp alanlarında çokça kullanılırlar. Genel olarak radyo (radio), mikrodalga (microwave), kızılötesi (infrared), görünür, morötesi (ultraviolet), x-ışını, gama (gamma) ışınlarıdır. Elektromanyetik dalgaların varlığı ile ilgili ilk olarak James Clerk Maxwell (1831-1879) 1865'te öngörüsünü (1864) yayımlamıştır. Bunun doğruluğunu açıkça ilk olarak Heinrich Rudolph Hertz (1857-1894) 1886-1888 yılları arasında ispatlamıştır. 1895'te Wilhelm Conrad Röntgen'in (1845-1923) x-ışınlarını bulması, hem bilim dünyasına, hem de tıp dünyasına yeni bir soluk getirmiştir. Ardından radyo (1901, Guglielmo Marconi 1874-1937), televizyon, radar, kablosuz telgraf gibi teknolojilerin önü açılmış oldu.

Radyo frekansı (radio-frequency - RF) cerrahi işlemlerde doku kesi (cutting of tissue) ve pıhtılaşma, koagülasyon (coagulation) alanında ilk 1926-1928 yıllarında Harvey Williams Cushing ve W.T. Bovie tarafından kullanılmıştır (3) Daha önce AC ve DC akımları kalbin düzensiz atışları (Cardiac Arrhythmia) gibi alanlarda da kullanılmaktadır. Ayrıca günümüzde ise bölgesel kanser tedavilerinde kullanılmaktadır. Örneğin bir karaciğer kanserinin sadece kanserli bölgeyi imhası sırasında küçük bir elektrot ile bölge saptanır. Bu yöntemin birkaç avantajı vardır:

- Küçük tümörler için etkili bir işlemdir.
- Deride herhangi bir kesik izi kalmamaktadır.
- Hasta için en az risklidir.

- Acı ya yoktur veya en az seviyededir.
- Hastanede kalma süresi çok azdır.

Güneş ışığı deniz seviyesinde 1 metre-kareye 1 KW civarındaki ışıma verirken bunun 527 W'ı (%52) kızılötesi, 445 W'ı görünür (%44) ve 32 W'ı da morötesi (%3) ışıklardan oluşur.

THz (Terahertz) ışıını (dalga boyu: 75-100µm – 1-7,5mm frekans: 40-300GHz – 3-4THz) tedavileri x-ışının aksine doku ve DNA için daha düşük enerjili fotonlar olduğundan daha güvenilirdir. Sıvı veya yağ dokusu içinde sadece birkaç mm ilerleyip geri yansıdığından hem dokuya zarar vermeyecek hem de değişik sıvı yoğunluklarını ayırma imkânı verecektir. Ayrıca bazı frekanslarında da 3D görüntüleme için elverişlidir.

UV (ultraviolet – morötesi, ultraviyole) ışınları ise 270-300 nm'de özellikle protein ve DNA analizi, ilaç sanayi ve 280-400 nm'de hücrenin görüntülenmesi, 300-320 nm'de ışık tedavisi (fototerapi, aktinoterapi veya aktin terapi).

UVGI (ultraviolet germicidal irradiation) antiseptik ışıma (gıda, hava, su) alanlarında kullanıma sahiptir.

1903 Fizyoloji ve Tıp Nobel Ödülü (4) Niels Ryberg Finsen'e yoğun ışık ışınlarının (concentrated light radiation) deri tüberkülozu ve verem (lupus vulgaris) üzerindeki etkilerini keşfetmesinden dolayı verilmiştir. Bu buluşu tıp bilimlerinde yeni bir yol (new avenue) açmıştır. Fakat aynı zamanda DNA ve RNA'ya zarar veren mutagen (mutagen) ışınlar (Gama, UV) arasındadır. 2003 Nobel Ödülü ise MRI (Magnetic Resonance Imaging – Manyetik Rezonans Görüntüleme) üzerine yapılan çalışmadan dolayı verilmiştir (5).

Özellikle günümüzde tıpta bilişim teknolojilerinin kullanılmasıyla çok hassas tedavi yöntemleri uygulanabilmektedir. Hastaların takip süreci veri tabanlarına yüklenerek bir ömür boyu takip edilebilmekte ve çevrimiçi istatistikleri alınabilmektedir. Hastalara yerleştirilen çok küçük cihazlarla uydular aracılığı ile takip ve müdahale süreci günümüz teknolojisi-

Günümüzde tıpta bilişim teknolojilerinin kullanılmasıyla çok hassas tedavi yöntemleri uygulanabilmektedir. Hastaların takip süreci veri tabanlarına yüklenerek bir ömür boyu takip edilebilmekte ve çevrimiçi istatistikleri alınabilmektedir. Hastalara yerleştirilen çok küçük cihazlarla uydular aracılığı ile takip ve müdahale süreci günümüz teknolojisinin normal kullanımları arasına girmiştir.

nin normal kullanımları arasına girmiştir. Gelecekte ise tamamen bilimin sınırlarını zorlayan yüksek teknoloji (hi-tech) ile birleşmiş bilişim desteğini almış genetik ile uyumlu ve tüm dünyayı aynı anda takip edebilen ve erken uyarı sistemleri olan sistem ve cihazlarla iç içe yaşayacağız ve bunlar hayatın bir parçası haline geleceklerdir.

Kaynaklar

1) Leavitt, H. J., & Whisler, T. L. (1958). Management in the 1980's. Harvard Business Review, 36 (November-December), 41-48.

<http://hbr.org/1958/11/management-in-the-1980s/article/1>

2) "Türkiye'de Bilgisayar Yapımına Başlanmalıdır", Aydın Köksal, Elektrik Mühendisliği, Bilişim Özel Sayısı, Ağustos-Eylül, 1971, Ankara, s.52-57 <http://www.bilisim.com.tr/akoksal/yayinlar/index.php>

3) Electro-surgery as an aid to the removal of intracranial tumors. With a preliminary note on a new surgical-current generator by W. T. Bovie.

Surgery, Gynecology and Obstetrics, Chicago, 1928, 47: 751-784

4) The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1903 Niels Ryberg Finsen http://nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1903/finsen.html

5) The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2003 Paul C. Lauterbur, Sir Peter Mansfield

http://nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2003/index.html

Tıbbî müdahale dolayısıyla ceza sorumluluğu: Cezai sorumluluk

Prof. Dr. İzzet Özgenç



1960 yılında Trabzon'un Araklı İlçesi Tosunlu Köyü'nde doğmuştur. 1982 yılında İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi'ni bitirdikten sonra Ord. Prof. Dr. Sulhi Dönmezer'in asistanlığını yapmıştır. Yeni Ceza Kanunu'nun mimarlarından. Mart 2007'de YÖK üyesi seçilmiştir. 2008-2009 yılları arasında YÖK Başkanvekilliği yapmıştır. Halen Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde Ceza ve Ceza Usul Hukuku Bilim Dalı öğretim üyesidir.

Hukuka uygunluğa ilişkin kriterleri anlattığımız bir önceki yazımızın tamamlayıcısı olarak bu yazımızda, hukuka aykırı müdahale nedeniyle cezai sorumluluğun esaslarını ortaya koymaya çalışacağız.

I. Rızası olmaksızın kişiye tıbbî müdahalede bulunulması dolayısıyla cezai sorumluluk

Yukarıda da açıkladığımız gibi, teşhis ve tedavi amacıyla yapılan bir tıbbî müdahalenin hukuka uygun olabilmesi

için, kural olarak, kişinin buna rıza göstermesi gerekir. Kanunla belirlenen istisnalar haricinde, kişinin rıza göstermemesine rağmen gerçekleştirilen tıbbî müdahale, teşhis ve tedavi amacıyla yönelik olsa bile, hukuka aykırıdır. Rızaya dayalı olmamasına rağmen bulunan tıbbî müdahale, tıp biliminin verilerine uygun olarak gerçekleştirilmiş olabilir. Hatta, rızası alınmaksızın gerçekleştirilen tıbbî müdahale sonucunda kişinin sağlığı iyileşmiş olabilir. Teşhis ve tedavi amacına yönelik olarak ve fakat kişinin rıza göstermemesine rağmen gerçekleştirilen tıbbî müdahale, sonucunda kişinin sağlığı iyileşmiş olsa bile, hukuka aykırıdır¹.

Bir görüş, rıza olmaksızın gerçekleştirilen tıbbî müdahalenin, sonucunda kişinin sağlığının iyileşmiş olup olmadığına bakılmaksızın, kasten yaralama suçunu oluşturduğunu kabul etmektedir². Kanımızca, teşhis ve tedavi amacıyla ve tıp biliminin verilerine uygun olarak bulunan tıbbî müdahale, sadece kişinin rızası olmaksızın gerçekleştirilmiş olduğu için kasten yaralama suçunun oluşumuna sebebiyet vermez³. Sadece kişinin rızası olmadan gerçekleştirildiği için hukuka aykırı olan tıbbî müdahalenin kasten yaralama suçu kapsamında değerlendirilmemesi gerekir. Esasen hukuka aykırı olan bu tür tıbbî müdahalelerle ilgili olarak sağlık mevzuatında





özel **suç** tanımlarına yer verilmelidir⁴. Nitekim, 1219 s. Kanunun 70. maddesinde, rızası alınmaksızın kişiye tıbbî müdahalede bulunulması, kasten yaralama suçu dışında müstakil bir yaptırıma bağlanmıştır: “*Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evvele mirde muvafakatini alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri olması lazımdır. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.) Hilafında hareket edenlerden alakadarın şikayetine bağlı olmak şartıyla on liradan iki yüz lira-ya kadar hafif cezai nakdi alınır.*”

Dikkat edilmelidir ki, yeni TCK’nın yürürlük ve uygulama şekline ilişkin 4.11.2004 t. ve 5252 s. Kanunun 7. maddesinde yapılan düzenleme karşısında, 1219 s. Kanunun 70. maddesindeki yaptırımın niteliği değişmiştir. Söz konusu maddedeki “*hafif para cezası*” (“*hafif cezai nakdi*”), **idari para cezasına** dönüştürülmüştür (5252 s. Kanun, m. 7, f. 1)⁵. Ancak, işaret etmek gerekir ki, bu “*idari para cezasına karar vermeye Cumhuriyet savcısı yetkilî*” kılınmıştır (5252 s. Kanun, m. 7, f. 4). 1219 s. Kanunun 70. maddesinde 765 sayılı mülga TCK’na göre “*kabahat türünden bir suç*” tanımı söz konusu iken; 5237 sayılı TCK yürürlüğe girdikten sonra **kabahat**ler suç olmaktan çıkarılarak **ayrı bir haksızlık türüne** dönüştürülmüştür (30.3.2005 t. ve 5326 s. Kabahatler Kanunu, m. 2)⁶. Bu düzenlemeler karşısında, teşhis ve tedavi amacıyla ve tıp biliminin verilerine uygun olarak gerçekleştirilmiş olmakla birlikte, kişiye rızası olmaksızın tıbbî müdahalede bulunulması, suç değil, **kabahat** oluşturmaktadır. Kanımızca, 1219 s. Kanunun 70. maddesinde değişiklik yapılarak; teşhis ve tedavi amacıyla ve tıp biliminin verilerine uygun olarak gerçekleştirilmiş olmakla birlikte, kişiye rızası olmaksızın tıbbî müdahalede bulunulması, **suç** olarak tanımlanmalıdır.

Burada akla şu soru gelebilir: Teşhis ve tedavi amacıyla ve tıp biliminin verilerine uygun olarak gerçekleştirilmiş olmakla birlikte, rızası olmaksızın tıbbî müdahalede bulunulduktan sonra, örneğin komplikasyon sebebiyle kişi öldüğünde, bu tıbbî müdahaleyi gerçekleştiren tabibin ceza hukuku sorumluluğunda bir değişiklik söz konusu olabilir mi? Aşağıda da açıklayacağımız üzere, komplikasyon sebebiyle ölümün gerçekleştiği hallerde, kişiye tıp biliminin verilerine uygun bir müdahalede bulunulur; ancak tabibin, mesleğinin gerekli kıldığı dikkat ve özen yükümlülüğünün gereklerine uygun davranmasına rağmen, hasta ölür. Bu gibi durumlarda, yani münhasıran komplikasyon sebebiyle gerçekleşen

ölümden dolayı, hekimin ceza hukuku bakımından sorumluluğu cihetine gidilemez. Kanımızca, komplikasyon nedeniyle ölümle sonuçlanan tıbbî müdahaleyi gerçekleştiren tabip hakkında, müdahalenin rızaya dayalı olmaması dolayısıyla, sadece 1219 s. Kanunun 70. maddesine istinaden yaptırım uygulamak mümkün olabilir. Rızaya dayalı olmaksızın gerçekleştirilen tıbbî müdahale sonucunda komplikasyon nedeniyle hastanın sağlık durumunun daha fazla kötüleşmesi halinde de bu değirlendirmemiz çerçevesinde düşünmek gerekir.

II. Tıbbî müdahalenin yetkisiz kişi tarafından gerçekleştirilmesi halinde cezaî sorumluluk

Yukarıda da açıkladığımız gibi, bir tıbbî müdahalenin hukuka uygun olabilmesi için, bunun **tabiplik mesleğini icra etmek hususunda yetkiyle donatılan kişi** tarafından gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu durumda iki ihtimalle karşılaşılabilir. Birinci ihtimal, tabip olmayan bir kişinin ancak tabip tarafından gerçekleştirilebilecek tıbbî müdahalede bulunmasıdır. Tabip olmayan kişi tarafından gerçekleştirilen bu tıbbî müdahale, sonuçta kişi şifa bulmuş olsa bile, 1219 s. Kanunun 25. maddesinde tanımlanan suç oluşturmaktadır⁷. Buna karşılık, tabip olmayan kişi tarafından gerçekleştirilen tıbbî müdahale sonucunda kişinin sağlık durumunun daha fazla kötüleşmesi veya ölmesi halinde, meydana gelen neticeye göre, Türk Ceza Kanununun yaralama veya öldürme suçuna ilişkin hükümlerine göre ceza sorumluluğu cihetine gidilecektir. Bu durumda farklı neviden fikri içtima hükümlerinin (TCK, m. 44) uygulanacağını göz önünde bulundurmak gerekir. Başka bir deyişle, bu durumda, fail hakkında sadece daha ağır cezayı gerektiren TCK’daki suç tanımlarına istinaden cezaya hükmetmek gerekir; ayrıca 1219 s. Kanunun 25. maddesine istinaden cezaya hükmetmemek gerekir^{8,9}. Tabip olmayan kişi tarafından gerçekleştirilen tıbbî müdahale sonucunda hastanın sağlık durumunun daha fazla kötüleşmesi veya ölmesi halinde, failin Türk Ceza Kanununun yaralama veya öldürme suçuna ilişkin hükümlerine istinaden manevi unsur bakımından ne suretle sorumlu tutulacağı hususu tartışılmıştır. Yargıtay, tabip olmayan kişi tarafından gerçekleştirilen tıbbî müdahale sonucunda kişinin sağlık durumunun daha fazla kötüleşmesi halinde, meydana gelen netice bakımından Türk Ceza Kanununun *taksirle yaralama suçu*na ilişkin hükümlerine göre ceza sorumluluğu cihetine gidilmesi gerektiği yönünde içtihatla bulunmuştur¹⁰.

Hakeri ise, tabip olmayan kişinin tıbbî müdahalede bulunmasıyla kasten yaralama suçunu işlediğini kabul etmektedir. Yazara göre, bu tıbbî müdahale sonucunda, kişinin sağlığının daha da kötüleşmesi veya ölmesi halinde, kasten yaralama suçunun neticesi sebebiyle ağırlaşmış hali söz konusu olmaktadır¹¹. Kanımızca, tabip olmayan kişi tarafından gerçekleştirilen tıbbî müdahale sonucunda hastanın sağlık durumunun daha fazla kötüleşmesi veya ölmesi halinde, failin bilinçli taksirle veya olası kastla yaralama veya öldürme suçundan dolayı sorumlu tutulması gerekir. Meydana gelen netice bakımından failin bilinçli taksirle mi yoksa olası kastla mı hareket ettiğini her somut olayın şartlarına göre belirlemek gerekir. Bu itibarla, Yargıtay’ın yukarıda sözü edilen (CGK, 13.2.1995, 7-370/12) kararına konu teşkil eden olayda, kanımızca *bilinçli taksirle işlenmiş yaralama suçu* söz konusudur. *Hakeri*’nin görüşüne de işiterek edemiyoruz. Çünkü Yazarın görüşüne göre, tabip olmayan kişi tarafından gerçekleştirilen tıbbî müdahale sonucunda hastanın sağlık durumu iyileşmiş olsa bile, failin kasten yaralama suçundan dolayı sorumlu tutulması gerekmektedir. Halbuki, 1219 s. Kanunun 25. maddesinde bu durumlara özgü özel bir suç tanımına yer verilmiştir. İşaret etmemiz gerekir ki, bütün bu açıklamalarımız, ancak tabip tarafından gerçekleştirilebilecek bir tıbbî müdahalenin ebe veya hemşire gibi diğer bir sağlık görevlisi tarafından gerçekleştirilmesi halinde ceza sorumluluğu bakımından da geçerlidir¹². Keza, ebe veya hemşire gibi sağlık görevlileri tarafından gerçekleştirilebilecek tıbbî müdahalelerin, yetkili olmayan kişiler tarafından gerçekleştirilmesi halinde de, yukarıdaki açıklamalarımız doğrultusunda failin ceza sorumluluğu cihetine gitmek gerekir¹³.

İkinci ihtimalde ise, uzmanlığı gerektiren bir tıbbî müdahalenin, **uzmanı** olmayan **tabip** tarafından gerçekleştirilmesi söz konusudur. Yukarıda da belirtildiği gibi, uzmanlığı gerektiren ve fakat uzman tabip tarafından gerçekleştirilmeyen bir tıbbî müdahale, sonuçta kişi şifa bulmuş olsa bile, **hukuka uygun değildir**¹⁴. Ancak, bu durumda ceza sorumluluğu cihetine gidilemez. Şayet kişi şifa bulmuş ise, uzmanlığı gerektiren bir tıbbî müdahalenin uzmanı olmayan tabip tarafından gerçekleştirilmesi, sadece **disiplin hukuku** bağlamında değerlendirilmesi gereken bir sorun olarak karşımıza çıkar. Buna karşılık, uzmanlığı gerektiren bir tıbbî müdahalenin uzmanı olmayan tabip tarafından gerçekleştirilmesi sonucunda kişinin sağlık durumunun daha fazla kötüleşmesi veya ölmesi halinde, bunun ceza sorumluluğunu gerektireceği muhakkaktır. Bu durumda, meydana gelen neticeye göre, yaralama veya öldürme suçundan dolayı sorumluluk söz

konusu olacaktır. Ancak, suçun kasten mi yoksa taksirle mi işlendiğini kabul etmek gerekir sorusuna önceden cevap vermek imkanı bulunmamaktadır. Somut olayın şartları göz önünde bulundurulmak suretiyle, uzmanı olmayan tabibin yaralama veya öldürme suçundan kast veya taksirine göre sorumluluğu cihetine gitmek gerekir¹⁵. Yukarıda da belirttiğimiz gibi, somut olayda **zorunluluk hali**ne ilişkin şartlar bulunduğu takdirde, bir tıbbî müdahalenin yetkili olmayan bir kişi tarafından gerçekleştirilmesi, ceza sorumluluğunu gerektirmemektedir. Çünkü, TCK'da zorunluluk hali, **kusurluluğu kaldıran bir sebep** olarak kabul edilmiştir (m. 25, f. 2).

III. Teşhis ve tedavi amacıyla yapılmayan tıbbî müdahale dolayısıyla cezaî sorumluluk

Yukarıda da belirttiğimiz gibi, kişi üzerinde gerçekleştirilen tıbbî müdahalenin hukuka uygun olabilmesi için, bunun **teşhis ve tedavi amacıyla** yapılması gerekir. Bu itibarla, bir hastalığın teşhisi ve tedavisi amacı taşımayan bir tıbbî müdahale, hukuka uygun değildir. Bu bakımdan, rızası olsa bile, TCK'nın 90. maddesinde belirlenen diğer şartlara aykırı olarak kişi üzerinde **bilimsel deney** yapılması halinde, bu maddede tanımlanan suç oluşacaktır. Keza, 2238 s. *Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanunda* belirlenen şartlara aykırı olarak **kişilerden organ veya doku alınması**na yönelik tıbbî müdahalede bulunulması halinde, TCK'nın 91. maddesinde tanımlanan suç oluşacaktır.

2827 s. *Nüfus Plânlaması Hakkında Kanunda* yer alan hükümler ile TCK'nın 99. maddesi hükümleri göz önünde bulundurulmaksızın **kürtaj** yapılması, TCK'nın söz konusu maddesinde tanımlanan **"çocuk düşürme" suçunun** oluşumuna sebebiyet verecektir¹⁶. Aynı şekilde, 2827 s. Kanun ile TCK'nın 101. maddesi hükümleri göz önünde bulundurulmaksızın **kısırlaştırma (sterilizasyon)** amacına yönelik tıbbî müdahalede bulunulması, TCK'nın söz konusu maddesinde tanımlanan **"kısırlaştırma" suçunun** oluşturur.

IV. Tıp biliminin verilerine aykırı olarak gerçekleştirilen tıbbî müdahale dolayısıyla cezaî sorumluluk

Yukarıda da açıklandığı üzere, bir **tıbbî müdahalenin** hukuka uygun kabul edilebilmesi için, **tıp biliminin verilerine uygun** olarak gerçekleştirilmesi gerekir. Tıp biliminin verilerine uygun olmayan bir müdahale, tedavi amacıyla ve kişinin rızasıyla gerçekleştirilmiş olsa bile, hukuka aykırıdır. Tıp biliminin verilerine uygun olmayan tıbbî müdahale, genellikle **taksirle** dayalı olarak ceza sorumluluğunu gerektirir¹⁷. Gerekli dikkat ve özen gösterilmeyerek, örneğin tıbbî

müdahale sırasında hijyen kurallarına riayet edilmemesi sonucunda, steril hale getirilmemiş aletlerle yapılan ameliyatta hastanın enfeksiyon kapması halinde, meydana gelen sonuca göre taksirle yaralamaya veya taksirle ölüme sebebiyet vermekten dolayı cezaî sorumluluğu söz konusu olacaktır^{18,19}. Kalçadan yapılan enjeksiyonun tekniğine uygun yapılmaması sonucunda hastanın bacağında sakatlık oluşması halinde, taksirle yaralamaya sebebiyet vermekten dolayı cezaî sorumluluğu söz konusu olacaktır²⁰. Gerekli dikkat ve özen gösterilmeyerek, tıbbî müdahalenin, sağlık bakımından problemlili olan organ üzerinde değil de, sağlık bakımından sorunlu olmayan başka bir organ üzerinde gerçekleştirildiği olaylara tanık olunabilmektedir²¹. Keza, bir ameliyat sırasında, gerekli dikkat ve özen gösterilmeyerek, tüplerin karıştırılması sonucunda, hastaya oksijen gazı yerine karbondioksit gazı verilir. Karbondioksit gazından zehirlenen hasta ölür²². Bazı olaylarda, ameliyatı gerçekleştiren tabibin, kendi görev alanına giren bir işi, uzmanlığı olmayan ve görev alanına girmeyen bir başkasına örneğin hemşireye yaptırdığına tanık olunmaktadır. Bu gibi durumlarda, istenmeyen bir sonuç ortaya çıkmadığı sürece, bir hukuki sorun da ortaya çıkmamaktadır. Ancak, istenmeyen bir sonucun ortaya çıkması halinde, kimin ne suretle sorumlu tutulması gerektiği, bir hukuki sorun oluşturmaktadır²³. Ayrıca işaret etmek gerekir ki, uygulanacak olan tıbbî müdahale yönteminin belirlenmesinde, kişinin hayatı veya sağlığına yönelik **rizikonun artırılması yasağı** göz ardı edilmiş olabilir. Örneğin sonuçları bakımından daha az riskli olan tıbbî müdahale yöntemi mevcut iken, daha fazla riskli olan diğer bir tıbbî müdahale yöntemi tercih edilmiş olabilir. Buna rağmen risk gerçekleşmediği takdirde ceza hukukunu ilgilendiren bir durum söz konusu değildir. Buna karşılık, riskin gerçekleşmesi halinde ise, ceza hukukunu ilgilendiren bir durum söz konusu olmaktadır. Bir olayda hasta, tedavisi için daha az riskli olan ilaç varken, risk oranı yüksek olan ilacın kullanılması sonucunda ölür. Bu olayda, risk oranı düşük olan ilacın fiyatının yüksekliği karşısında, ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna daha az külfet yüklenmesi saiki, tabibi risk oranı yüksek olan ilacı kullanmaya sevkeder. Sadece Devletin tazminat sorumluluğu bakımından yargıya intikal eden bu olayda²⁴ kanımızca ceza hukuku sorumluluğunu da gerektiren bir durum söz konusudur. Kanımızca, bu olayda risk oranı yüksek olan ilacın kullanılması sonucunda hastanın hayatını kaybetmiş olması karşısında, tabibin **bilinçli taksirle ölüme sebep olmaktan** dolayı (TCK, m. 85; m. 22, f. 2) ceza sorumluluğu cihetine gitmek gerekirdi.

V. Tıbbî müdahale dolayısıyla ceza sorumluluğu bakımından Yüksek Sağlık Şurasından görüş istenmesi

1219 s. Kanunun 75. maddesinde, tıbbî müdahale dolayısıyla ceza sorumluluğu bakımından ortaya çıkan sorunla ilgili olarak **Yüksek Sağlık Şurası**nın görüşünün alınması gerektiği hususunda hüküm bulunmaktadır: "*Tababet ve şuaabatı sanatlarının icrasından mütevellit ceraimde mahkemelerin muvafık göcekleri muhtebirin rey ve mütalaasına müracaat hakkındaki serbestileri baki kalmak şartıyla meclisi alii sıhhihinin mütalaası istifsar edilir.*" Ancak bu hüküm, mahkemenin ayrıca başka bir bilirkişi görevlendirme ve mütalasını alma yetkisini ortadan kaldırmamaktadır. İster Yüksek Sağlık Şurası olsun, ister Adli Tıp Kurumu İhtisas Dairesi olsun, ister mahkemece görevlendirilen başka bir bilirkişi olsun, tıbbî müdahale dolayısıyla ceza sorumluluğu bakımından ortaya çıkan sorunla ilgili olarak **sadece teknik ve uzmanlığı gerektiren hususlarda** açıklama yapmakla yükümlüdürler.

Bu itibarla, görevlendirilen bilirkişi, raporunda somut olayda tıp biliminin gereklerine aykırı bir uygulama gerçekleştirilmiş ise, bunun neden ibaret olduğunu ayrıntılı bir şekilde açıklayacaktır. Somut olayda, bir tıbbî müdahale, yapılması gerekenden başka suretle gerçekleştirilmiş olabilir. Keza, somut olayda, belirli bir müdahalenin, tıp biliminin gereklerine aykırı olarak yapılması da söz konusu olabilir. Ameliyat gibi birden fazla kişinin katılımıyla gerçekleştirilen tıbbî müdahalelerde tıp biliminin gereklerine aykırı bir uygulama gerçekleştirilmişse, bu nedenle müdahaleyi gerçekleştiren sağlık görevlilerinden kimin sorumlu tutulabileceği hususlarının, düzenlenecek raporda açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Buna karşılık, düzenlenen **bilirkişi raporunda kusurlulukla ilgili olarak herhangi bir değerlendirmeye yer verilmemelidir**. İşaret etmek gerekir ki, 765 s. mülga TCK düzenlemeleri, çağdaş ceza hukukunun kabul etmediği bir sistem olarak, kusurluluğun sekiz üzerinden oranlara bölünmesini ve taksirle ölüme veya yaralamaya sebebiyet veren kişiler arasında toplamı 8/8 olacak şekilde kusurun oransal olarak taksimini esas almaktaydı. 765 s. mülga TCK'nın bu düzenlemeleri (m. 455, 459), örneğin kaza mahallindeki yol durumunun ve hatta kazaya neden olan eşiğin bile sekiz üzerinden taksim edilen bir oranda "kusurlu" olabileceği şeklindeki çağ dışı bir anlayışın ürünüydü. 1 Haziran 2005 tarihinde 765 s. TCK'nın yürürlükten kaldırılması ile birlikte yürürlüğe giren yeni 5237 sayılı TCK'nın sisteminde ise ancak **gerçek kişilere özgü** ve

münhasıran hakim tarafından yapılabilir değerlendirmeyi gerekli kılan bir **hukuki olgu** olarak kabul edilmiş olan kusurluluğun matematiksel oranlar şeklinde ifadesinden sarfınazar edilmiştir. Yeni TCK'nın kusurluluğa ilişkin (örneğin 30 ve 31.) maddeleri gerekçeleri ile birlikte göz önünde bulundurulduğunda, kusurluluğun **ancak hakim tarafından yapılabilir değerlendirmeye** ile tespit edilebilecek ve gerçek kişilere özgü bir **hukuki fenomen** olduğu anlaşılabacaktır.

1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren yeni 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 67. maddesinin üçüncü fıkrasına göre, **"Bilirkişi raporunda, hâkim tarafından yapılması gereken hukukî değerlendirmelerde bulunulamaz."** Bu itibarla, Türk Ceza Hukukuna ilişkin yeni mevzuatımız karşısında bir olayda kusurluluğun bilirkişi marifetiyle tespitine hukuken cevaz verilmemiştir. Bilirkişi raporunda münhasıran **"çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hâller"**le sınırlı açıklamaya yer verilmelidir (5271 s. Kanun, m. 63, f. 1). Ancak buna rağmen, eski alışkanlıkların devamı olarak mahkemeler tarafından görevlendirilen bilirkişilerden **"sanığın kusurlu olup olmadığının"** veya birden fazla sanık mevcut ise her birinin **"kusur oranlarının belirlenmesi"** istenilmektedir²⁵. Yukarıda da açıkladığımız gibi, yürürlükten kaldırılmış olan bir kanuna istinaden artık geçerliliği olmayan bir usulle kusur "tespit"i yapılmasının, yani kusurluluğun matematiksel olarak 8/8 üzerinden oranlar halinde bilirkişi marifetiyle "tespit"inin, Türk Ceza Hukukuna ilişkin yeni mevzuatımız karşısında hiçbir değeri bulunmamaktadır.

Keza işaret etmek gerekir ki, kişinin davranışı ile meydana gelen netice arasında sebep – sonuç ilişkisinin varlığı ile kusurluluk aynı şey değildir. Buna rağmen, uygulamada bazı olaylarda yapılan yanlış tıbbî müdahale ile meydana gelen ölüm neticesi arasında illiyet bağının varlığına rağmen, müdahaleyi gerçekleştiren kişinin ceza sorumluluğundan kurtarılmasına yönelik olarak oluşturulan gerekçede nedensellik bağının bulunmadığı ileri sürülmektedir.

Ayrıca belirtilmek gerekir ki, bazı olaylarda yapılan tıbbî müdahale ile ölüm neticesi arasında sebep – sonuç ilişkisinin (illiyet bağının) varlığına rağmen, meydana gelen neticeden dolayı herhangi bir kişiyi ceza hukuku bakımından sorumlu tutmak mümkün olmaz. Mahkemeler, tıbbî müdahale dolayısıyla cezai sorumluluk ile ilgili olarak açılan kamu davasında, yapılan tıbbî müdahalenin tıp biliminin verilerine uygun olarak gerçekleşip gerçekleşmediğini belirlemek amacıyla bilirkişiye başvurmakla yükümlüdür. Ancak, yukarıda da

belirtildiği gibi, görevlendirilen bilirkişi, tıbbî müdahale dolayısıyla ceza sorumluluğu bakımından ortaya çıkan sorunla ilgili olarak **sadece teknik ve uzmanlığı gerektiren hususlarda** açıklama yapmakla yükümlüdür. Görevlendirilen bilirkişi, raporunda somut olayda tıp biliminin gereklerine aykırı bir uygulama gerçekleştirilmiş ise, bunun neden ibaret olduğunu ayrıntılı bir şekilde açıklayacaktır. Somut olayda, bir tıbbî müdahale, yapılması gereken başka suretle gerçekleştirilmiş olabilir. Keza, somut olayda, tıp biliminin gereklerine aykırı olarak, belirli bir müdahalenin yapılmamış olması da söz konusu olabilir. Bilirkişi tarafından düzenlenecek raporda bu hususların açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Ameliyat gibi birden fazla kişinin katılımla gerçekleştirilen tıbbî müdahalelerde tıp biliminin gereklerine aykırı bir uygulama gerçekleştirilmişse, bu uygulama nedeniyle müdahaleyi gerçekleştiren sağlık görevlilerinden kimin sorumlu tutulabileceği hususlarının da, düzenlenecek raporda açıklığa kavuşturulması gerekmektedir.

VI. Tıbbî müdahalede bulunmama (ihmal) nedeniyle cezaî sorumluluk

1. Sağlık mesleği mensubu kişilerin teşhis ve tedavi amacıyla önerilen hastaya gerekli tıbbî müdahalede bulunmaması sonucunda kişinin sağlık durumunun daha fazla kötüleşmesi veya ölmesi halinde, ceza sorumluluğunun tayini bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu gibi durumlarda meydana gelen ölüm ve sair ağır netice bakımından taksirle öldürme veya taksirle yaralama suçlarının oluştuğunu kabul etmek gerektiği düşüncesindeyiz²⁶. Nitekim Yargıtay, gözüne çivi batmış olması dolayısıyla önüne gelen hastanın gözündeki çiviyi röntgen çekmeksizin çıkaran tabibi, bu gözün görme yeteneğini tamamen yitirmesi halinde, **taksirle yaralama suçundan** dolayı (765 s. mülga TCK, m. 459) sorumlu tutulması gerektiği yönünde içtihatla bulunmuştur. Ancak, bunun için, tabibin yanlış tedavi yöntemi uygulaması ile gözün görme yeteneğini yitirmesi arasında illiyet bağının bulunması gerekmektedir. Başka bir deyişle, esasen çivinin batmasıyla gözün görme yeteneğini yitirmiş olması halinde, yanlış tedavi yönteminin uygulanması ile gözün kör olması arasında illiyet bağı bulunmadığı için tabibi taksirle yaralama suçundan dolayı sorumlu tutulmak gerekir²⁷. Buna karşılık, mensup olduğu etnik köken dolayısıyla, fakir ve sosyal güvencesinin bulunmaması dolayısıyla hastaya gerekli tıbbî müdahalenin yapılmamış olması sonucunda ölmesi halinde, müdahaleyi yapmaktan imtina eden sağlık görevlilerinin **kas-**

ten (en azından olası kastla) **öldürme suçunun ihmali davranışla işlemekten** dolayı (TCK, m. 81, 83 ve 21) cezalandırılmaları gerekir.

Yargıtay, aynı zamanda kamu görevlisi statüsünü taşıyan sağlık mesleği mensubu kişilerin görevlerinin gereklerini yerine getirmemeleri sonucunda hastanın sağlık durumunun daha fazla kötüleşmesi veya ölmesi halinde, **sadece görevi ihmal suçundan** dolayı (765 s. mülga TCK, m. 230) ceza sorumluluğu cihetine gidilmesi gerektiği içtihatında bulunmuştur²⁸. Bu içtihat doğru değildir. Çünkü bunun kabulü, aynı zamanda kamu görevlisi statüsünü taşımayan sağlık mesleği mensubu kişilerin görevlerinin gereklerini yerine getirmemeleri sonucunda hastanın ölmesi halinde ceza sorumluluğu bakımından farklı bir yol izlemeyi gerekli kılmaktadır. Ancak, belirtelim ki, Yargıtay'ın bu husustaki içtihatlarında istikrar bulunmamaktadır. Oldukça yeni tarihli bir kararında Yargıtay şu içtihatla bulunmuştur: "SSK. Hastanesinde görevli doktor olan sanık Enver T, 1.9.2001 tarihinde nöbetçi olduğu halde, **yakınanın yüksek ateşle hastanede yatan bebeğini muayene etmesi için kendisine yapılan başvurulara karşın**, hastaneye gelmeyerek kendisinin özel olarak çalıştığı Sıhhat Polikliniğine getirilerek 35.000.000 Lira karşılığında muayene edilmesini isteyerek yasal olarak yapması gereken muayene ve tedaviyi yapmadığı, diğer sanık doktor Mehmet B ise, sanık Enver T'nin gelmemesi nedeniyle kendisine haber verilmesi sonucu hastaneye gelerek hasta bebeği bizzat muayene edip tedavi uygulaması gerekirken, hastayı görmeden nöbetçi pratisyen hekim Alper Y'ye hastaya serum ve ilaç verilmesini söylediği, ayrıca sanıklar arasında yapılan anlaşma uyarınca 2.9.2001 tarihinde resmen **nöbetçi olmasına karşın hastaneye gelerek hastayı kontrol etmediği**, bilahare hasta bebeğin ölmesi karşısında, mak-tul ile ilgili tüm belgelerin hastaneden istenerek dosya ile birlikte Yüksek Sağlık Şurasına gönderilerek, **sanıkların** (muayene ve kontrol etmeme şeklinde tezahür eden) **fiilleri ile hastanın ölümü arasında nedensellik bağının bulunup bulunmadığı** tespit ettirilerek; sonucuna göre, sanıkların eylemlerinin görevi ihmal veya tedbirsizlik ve dikkatsizlik sonucu ölüme neden olma suçunu oluşturup oluşturmayacağı tartışılmadan; eksik soruşturma ile yazılı şekilde görevi ihmal suçundan dolayı (765 s. mülga TCK m. 240) mahkumiyet kararı verilmesi, yasaya aykırıdır." 4.CD, 8.12.2004, 10444/11972²⁹.

Karara konu teşkil eden olayda tabipler, yüksek ateşle hastaneye kaldırılan bebeğe, çeşitli mülahazalarla tıbbî müdahalede bulunmamışlardır. Bebek, bilahare ölmüştür. Bu olaya ilişkin

Yargıtay'ın kabulüne göre, tabiplerin bu ihmali davranışlarının *görevi ihmal* (765 s. mülga TCK, m. 230) veya *tedbirsizlik ve dikkatsizlik sonucu ölümüne neden olma* (765 s. mülga TCK, m. 455) suçlarını oluşturup oluşturmadığının tartışılması gerekmektedir. Halbuki bu kabulde bir çelişki bulunmaktadır. Şayet tabiplerin görevlerinin gereği olan tıbbî müdahalede bulunmaktan kasten imtina ettikleri kabul edilecekse, artık görevi ihmal suçundan değil, **kasten öldürme suçunun ihmali davranışla işlenmesinden** (TCK, m. 83) söz etmek gerekir. Buna karşılık, tabiplerin görevlerinin gereği olan dikkat ve özeni göstermedikleri için hasta bebeğe tıbbî müdahalede bulunmayı ihmal ettiklerinin kabulü halinde ise, söz konusu kararda da belirtildiği üzere, **taksirle ölümüne sebebiyet verme suçundan** dolayı (TCK, m. 85) sorumlulukları cihetine gitmek gerekir. Yargıtay'ın bu kararında, tabiplerin tedavi etmeme şeklindeki ihmali davranışları ile bebeğin ölümü arasında illiyet bağının bulunup bulunmadığının da araştırılması gerektiği vurgulanmıştır. Doktrinde de benimsenen bu düşünce³⁰, illiyet bağı, fizikî ve dolayısıyla, doğal bir olgu olarak değil, "*düşünce aleminde kurulan bir bağ*" olarak görülmektedir³¹. Ortaya çıkan neticeyi belli bir kişiye objektif olarak isnad etmek gerekir (**objektif isnadiyet**). Ancak, kanımızca, bu isnadiyeti doğal bir olgu olarak izah etmek mümkün değildir. Belli bir icraî davranışta bulunma yükümlülüğü altında bulunan kişi ile ortaya çıkan neticeyi birbirleriyle ilişkilendirmek, ancak *normatif bir değerlendirmeye* mümkün olabilir³². Bu bakımdan, görünüşte ihmali suçlarla ilgili olarak, doğal bir fenomen olan nedensellik bağından söz edilemez. Meydana gelen neticeden kişiyi sorumlu tutabilmek için, *somut olayda kişinin bu neticeyi önlemeye yönelik icraî davranışta bulunma hususunda imkan ve iktidarına sahip olması gerekir*. Aksi takdirde, kişi meydana gelen neticeden sorumlu tutulamaz. Bu itibarla, Yargıtay'ın söz konusu kararında vurgulanan tabiplerin tedavi etmeme şeklindeki ihmali davranışları ile bebeğin ölümü arasında illiyet bağının bulunup bulunmadığının araştırılması yönündeki gerekliliği, somut olayda tabiplerin bebeğin ölümünü engellemeye yönelik icraî davranışta bulunma hususunda imkan ve iktidarına sahip olup olmadıklarının araştırılması şeklinde anlamak gerekir.

2. Trafik kazası sonucu yaralanarak hastaneye kaldırılan kişiye gerekli tıbbî müdahalenin vaktinde yapılmaması sonucunda kişinin sakat kalması veya ölmesi halinde, ceza sorumluluğunun tayini de, bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Burada önce kazaya sebebiyet veren kişinin ceza sorumlulu-

ğuna açıklık getirmek gerekir. Sebebiyet verilen kazada bir başkası yaralanmıştır. Bu durumda kazaya sebebiyet veren kişinin taksirle yaralama suçundan (TCK, m. 88) dolayı cezalandırılması gerekmektedir. Hastaneye kaldırılan yaralı kişinin, kendisine bilahare yanlış tıbbî müdahalede bulunulması veya vaktinde gerekli tıbbî müdahalede bulunulmaması sonucunda ölmesi halinde, kazaya sebebiyet veren kişinin yine de **taksirle yaralama suçundan** dolayı cezalandırılması yoluna gidilmelidir. Nitekim, Yargıtay, benzer bir olayda aynı yönde içtihatla bulunmuştur: "*Oluş ile Adli Tıp Meclisi mütalaası nazara alındığında, yaralıya kazadan sonra hastaneye kaldırıldığı zaman bu gibi hadiselerde normal ve mutad olduğu üzere tetanos serumu yapılmış olsaydı ölüm vukua gelmeyeceği cihetle; sanığın yaralanmaya neden teşkil eden kusurlu davranışları ile ölüm arasında doğrudan doğruya bir illiyet rabitasının varlığından sözedilemeyeceği; (trafik kazasına sebebiyet veren) sanığın yalnızca sol el parmaklardaki kırık ve ezilginin tevhit ettiği iş gücünden geri kalma süresi itibarıyla yaralanmaya sebebiyetten dolayı sorumlu tutulması gerekeceği düşünülmeden;* (765 s. mülga) TCK.nun 455/1. maddesi uyarınca (taksirle öldürme suçundan dolayı) **mahkûmiyet hükmü kurulması, bozmayı gerektirmiştir.**"³³.

Söz konusu karar sonucu itibarıyla doğru olsa bile gerekçesi bakımından doğru değildir. Yargıtay, trafik kazasına sebebiyet veren kişinin fiili ile kazazedenin ölümü arasında nedensellik bağı bulunmadığı gerekçesine dayanmıştır. Halbuki, olayda trafik kazasına sebebiyet veren kişinin fiili ile kazazedenin ölümü arasında illiyet (nedensellik) bağı mevcuttur. Ancak, trafik kazasına sebebiyet veren kişinin fiili ile kazazedenin ölümü arasında üçüncü bir kişinin veya kişilerin ceza sorumluluğunu gerektiren ayrı bir fiil veya fiiller girdiği için; ceza hukukunda **şahsi sorumluluk prensibinin** gereği olarak, kazaya sebebiyet veren kişiyi bu ölüm neticesinden dolayı sorumlu tutmamak gerekir. Yaralı kişiye hastanede yanlış tıbbî müdahalede bulunulması veya vaktinde gerekli tıbbî müdahalede bulunulmaması sonucunda ölmesi halinde, yanlış tıbbî müdahalede bulunan veya vaktinde gerekli tıbbî müdahalede bulunmayı ihmal eden sağlık görevlisi kişilerin bu ölüm neticesinden dolayı cezaî sorumluluğunun olduğu kuşkusuzdur³⁴. Ancak, Yargıtay'ın iktibas etmiş bulunduğu kararında, hastaneye kaldırılan kazazede tetanos serumu yapmak şeklinde gerekli tıbbî müdahalede bulunulmaması nedeniyle tabip veya diğer sağlık görevlisi kişilerin ceza sorumluluğu ile ilgili olarak herhangi bir değerlendirme yapılmış değildir³⁵. Kasten yarala-

ma halinde de aynı şekilde düşünmek gerekir. A tarafından bıçakla yaralanan B, hastaneye kaldırılır. Tedavi için hastaneye kaldırılan B, kendisine yanlış tıbbî müdahalede bulunulması veya gerekli tıbbî müdahalenin vaktinde yapılmaması nedeniyle, ölür. Bu örnek olayda da A'yı sadece **kasten yaralama suçundan** dolayı sorumlu tutmak gerekir³⁶. Buna karşılık B'nin ölümünden dolayı kendisine yanlış tıbbî müdahalede bulunan veya gerekli tıbbî müdahaleyi vaktinde yapmayan tabip veya diğer sağlık görevlilerinin, ceza sorumlulukları cihetine gitmek gerekir³⁷.

Söz konusu olaylarda yaralı kişinin, kendisine yanlış tıbbî müdahalede bulunulması nedeniyle ölmesi halinde, bu yanlış tıbbî müdahaleyi gerçekleştiren sağlık görevlilerinin **taksirle öldürme suçundan** (TCK, m. 85) dolayı sorumlu tutulması gerekmektedir. Yaralı kişinin, kendisine gerekli tıbbî müdahalenin vaktinde yapılmaması nedeniyle ölmesi halinde ise, gerekli tıbbî müdahaleyi vaktinde yapmayan sağlık görevlilerinin, ceza sorumlulukları cihetine gitmek gerekir. Ancak, hastane acil servisindeki iş yoğunluğu, hastane teknik imkanlarının yetersizliği, yaralı sayısının fazlalığı gibi nedenlerle gerekli tıbbî müdahalenin vaktinde yapılamamış olması sonucu ölüm gerçekleşmiş ise, **zorunluluk hali dolayısıyla sağlık görevlilerinin cezalandırılması cihetine gidilemez.** Buna karşılık, mensup olduğu etnik köken dolayısıyla, fakir ve sosyal güvencesinin bulunmaması dolayısıyla yaralı kişiye gerekli tıbbî müdahalenin yapılmamış olması sonucunda ölmesi halinde, müdahaleyi yapmaktan imtina eden sağlık görevlilerinin en azından olası kastla öldürme suçunun ihmali davranışla işlemekten dolayı (TCK, m. 81, 83 ve 21) cezalandırılmaları gerekir.

3. Tabibin, bilgilendirme yükümlülüğüne aykırı davranması halinde de, meydana gelen sonuçtan dolayı sorumluluğu cihetine gitmek gerekecektir. Şöyle ki:

Bir olayda A, bir rahatsızlığı sebebiyle başvurduğu hastanede tabip B tarafından muayene ve tedavi edilir. Hastanede bir hafta devam eden muayene ve tedavi süreci sonunda B, yazdığı reçetede ilaçları belirlediği zamanlarda kullanmasını önererek A'yı taburcu eder. Reçetede yazılı ilaçlardan birisinin prospektüsünde ilacın yan ekisi olarak kullanan hastada yoğun bir uyku hali oluşturabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle gerekli olmadığını düşünerek B, okuma yazması olan A'ya ayrıca ilacın yan etkileri ve dolayısıyla, sakınması gereken hareketler konusunda bilgi vermez. Prospektüsü okumayan A, eşi C'yi de yanına alarak otomobille şehirlerarası bir yolculuğa çıkar. Aldığı ilacın etkisiyle dikkati dağılan A,

Sağlık mesleği mensupları açısından önemli olan, tıbbî müdahalenin hukuka uygunluğuna ilişkin ölçütlere uygun davranılmasıdır. Türk Ceza Kanununun özellikle olası kast ve bilinçli taksir kavramlarıyla ilgili düzenlemeleri etrafında oluşturulan gereksiz tartışmaların amacının, hekim hatalarına karşı mali sorumluluk sigortası yaptırmaya teşvik ve yeni kanunî düzenlemelerin içeriğine yönelik bilgi eksikliğinin istismarı olduğunu gözden uzak tutmamak gerekir.

otomobili kontrol edemeyerek bir trafik kazasına neden olur; kazada C ölür ve kendisi ağır bir şekilde yaralanır.

Bu olayda tabip, aydınlatma yükümlülüğü bağlamında, kullanılan ilaçların yan etkileri konusunda da hastayı bilgilendirmesi gerekmektedir. İlacın prospektüsünde yan etkileri konusunda açıklama bulunması ve hastanın okuma yazma bilmesi, tabibin bu bilgilendirme yükümlülüğünü ortadan kaldırmamaktadır³⁸.

Bu itibarla, söz konusu olayda tabip B, A'ya karşı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmemiştir. A'nın sebebiyet verdiği trafik kazası sonucunda görülen ölüm ve yaralamalardan dolayı tabip B'yi sorumlu tutup tutamayacağımız, sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Kanımızca, bu durumda tabip B'yi taksirle ölüme ve yaralamaya sebebiyet vermekten dolayı (TCK, m. 85, f. 2) sorumlu tutmak gerekir.

VII. Tedavi amaçlı deneme ve cezaî sorumluluk

Yeni TCK'nın 90. maddesinin dördüncü fıkrasında, belirli koşullar oluşmadan yapılan **tedavi amaçlı deneme** ayrı bir suç olarak tanımlanmıştır: "*Hasta olan insan üzerinde rıza olmaksızın tedavi amaçlı denemede bulunan kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Ancak, bilinen tıbbî müdahale yöntem-*

lerinin uygulanmasının sonuç vermeyeceğinin anlaşılması üzerine, kişi üzerinde yapılan rızaya dayalı bilimsel yöntemlere uygun tedavi amaçlı deneme, ceza sorumluluğunu gerektirmez. Açıklanan rızanın, denemenin mahiyet ve sonuçları hakkında yeterli bilgilendirmeye dayalı olarak yazılı olması ve tedavinin uzman hekim tarafından bir hastane ortamında yapılması gerekir."

Söz konusu maddenin gerekçesinde **insan üzerinde deney ile tedavi amaçlı deneme** arasındaki ayrımı ilişkin olarak şu açıklamalara yer verilmiştir³⁹: "*Tıp biliminin en önemli amacı insan sağlığını korumak ve hastalıklara çare bulmaktır. Bu amaç doğrultusunda tıp, sürekli olarak kendini yenilemektedir. Nihai uygulama alanı insan olan bir disiplindeki gelişmelerin önü kesilemeyeceği gibi, bu konudaki çalışmalar tamamen kontrol dışı da bırakılamaz. Bu düşünceyle madde, sağlıklı ve hasta insanlar üzerinde yapılacak biyotıbbî deney ve denemeleri kural olarak cezalandırmakta; ancak belirli şartların bir arada gerçekleşmesi hâlinde ise, açıklanan rızaya hukukî geçerlilik tanımaktadır.*

Düzenlemede "**deney**" terimi bilimsel çalışmanın ilk aşamalarına yönelik olarak kullanılmıştır. "**Deneme**" ise bilimsel amaçlı deney sonuçlarının; henüz bir kesinliğe varmasa da, hastalığın tedavisi konusunda ulaştığı somut bazı faydalarından yola çıkarak hasta bir insana uygulanması işlemidir. Her ne kadar yeni bir tedavi metodunun geliştirilmesine veya hastanın iyileştirilmesine hizmet etse de deney ve denemelerin gerçekleştirilmesinde, tıbbî olarak kabul görmüş yöntemlere nazaran daha katı şartların yerine getirilmesi gerekmektedir. Bunun sebebi **yöntemin henüz tanınmaması ve tedavi için en doğru metod olduğunun henüz ispatlanmamasıdır.**"

Yeni TCK'nın 90. maddesinin dördüncü fıkrasında belirlenen koşullarda tedavi amaçlı deneme yapılması halinde, bunun hukuka uygun olacağı ve suç oluşturmayacağı kabul edilmiştir. Buna göre, tedavi amaçlı deneme ancak hasta olan bir kişi üzerinde gerçekleştirilebilir. Keza, hastaya bilinen tıbbî müdahale yöntemlerinin uygulanmasının tedavi için sonuç vermediği, bu nedenle, henüz tıbben kanıtlanmış olmakla birlikte, bilimsel yöntemlere uygun olarak belirlenen tedavi amaçlı deneme yapabilecekleri hususunda aydınlatılıp, rızasının alınması gerekmektedir. Bu rızanın yazılı olması gerekmektedir. Keza, henüz tıbben ispatlanmamış olan yöntemin izlenmesi suretiyle tedavinin uzman hekim tarafından bir hastane ortamında ya-

pılması gerekir. Bu koşullara riayet edilmeksizin yapılan tedavi amaçlı denemeler, suç oluşturmaktadır.

Sonuç

Sağlık mesleği mensupları açısından önemli olan, tıbbî müdahalenin hukuka uygunluğuna ilişkin ölçütlere uygun davranılmasıdır. Türk Ceza Kanununun özellikle olası kast ve bilinçli taksir kavramlarıyla ilgili düzenlemeleri etrafında oluşturulan gereksiz tartışmaların amacının, hekim hatalarına karşı mali sorumluluk sigortası yaptırmaya teşvik ve yeni kanunî düzenlemelerin içeriğine yönelik bilgi eksikliğinin istismarı olduğunu gözden uzak tutmamak gerekir.

Dipnotlar

1. Tabip, somut olayın arzettiği özelliklerle ilgili yanlış değerlendirmede bulunarak, tıbbî müdahalede bulunulması için kişinin rızasının varlığına gerek olmadığını düşünebilir. Bu durumda bir **hukuka uygunluk sebebinin maddi şartlarında hata** söz konusudur ve bu yanlışın kaçınılmaz olması halinde kastı olmadığı için hekimin ceza hukuku bakımından sorumluluğu cihetine gidilemez (TCK, m. 30, f. 3).

2. Bkz. ERMAN, Tıbbî Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, sh. 30 vd., 77, 120; HAKERİ, Tıp Hukuku, sh. 207, 292.

3. Ancak, sadece sezaryen yöntemiyle doğuma rıza gösterilmesine rağmen, tabibin doğumu gerçekleştirmenin yanı sıra, kadının rahim ve yumurtalığını alması halinde; rahim ve yumurtalığın alınması, belirli bir hastalığın teşhis ve tedavisi amacıyla yönelik bir tıbbî müdahale olarak kabul edilemez. Dolayısıyla bu durumda, 1219 s. Kanunun 70. maddesine göre yaptırımı gerektiren bir fiilin varlığını değil, kasten yaralama suçunun oluştuğunu kabul etmek gerekir. Keza, tıbbî zorunluluk bulunmadığı halde, kadının rızasının olmamasına rağmen doğumun sezaryen yöntemiyle gerçekleştiren tabibin kasten yaralama suçundan dolayı ceza sorumluluğu cihetine gitmek gerekir (Bkz. HAKERİ, Tıp Hukuku, sh. 293).

Aynı şekilde, 11.4.2007 tarihli ve 5624 sayılı *Kan ve Kan Ürünleri Kanunu*nda belirlenen sair şartlara uygun olmakla birlikte, kişinin vücudundan rızasına aykırı olarak kan alınması halinde, TCK'nın kasten yaralama suçuna ilişkin hükümlerini uygulamak gerekir.

4. Bu itibarla, teşhis ve tedavi amacıyla ve tıp biliminin verilerine uygun olarak ve fakat, kişinin rızası olmaksızın gerçekleştirilen tıbbî müdahalenin hem 1219 s. Kanunun 70. maddesinde tanımlanan kabahat türünden "suç"un hem de kasten yaralama suçunu oluşturduğunu kabul eden görüş ERMAN, Tıbbî Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, sh. 42), doğru değildir.

5. Bu maddedeki (idari) para cezasının miktarı, 1219 s. Kanunun **14.4.1928** tarihli ve 863 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiş olması dolayısıyla (m. 81), "**seksenbeşbinyediyüzonbeş katına çıkarılmıştır.**" (5252 s. Kanun, m. 4, f. 1, bent b, alt bent 1). Bu itibarla, uygulama yapılırken, 70. madde-

deki (idari) para cezasının alt ve üst sınırları **85.715** rakamıyla çarpılmak suretiyle güncellenmelidir.

6. “*Kabahat deyiminden; kanunun, karşılığında idarî yaptırım uygulanmasını öngördüğü haksızlık anlaşılr.*”

7. CGK, 13.2.1995, 7-370/12 (Hakeri, Tıp Hukuku, sh. 101/102).

Buna karşılık *Hakeri*, tabip olmayan bir kişinin ancak tabip tarafından gerçekleştirilebilecek tıbbî müdahalede bulunması halinde sonuçta kişi şifa bulmuş olsa bile, fiilin aynı zamanda kasten yaralama suçunu oluşturduğu ve failin farklı neviden fikri içtima hükümlerine (TCK, m. 44) istinaden sadece daha ağır cezayı gerektiren suçtan dolayı cezalandırılması gerektiği fikrindedir (HAKERİ, Tıp Hukuku, sh. 103, dn. 2).

8. 1219 s. Kanunun 25. maddesine göre; “*Diploması olmadığı halde cerri menfaat için olmasa dahi her hangi suretle olursa olsun hasta tedavi eden veya tabip ünvanını takınan şahıs bir aydan altı aya kadar hapis ve yirmi beş liradan beş yüz liraya kadar ağır cezayı nakdi ile mücazat olunur. Bu suretle icrayı sanat neticesinde Türk Ceza Kanunu itibarıyla daha ağır cezayı müstelzim bir fiil işlenilmiş olduğu takdirde o fiile mahsus ceza verilir.*”

1219 s. Kanunun 2.6.2004 tarihli ve 5181 sayılı Kanula (m. 1) değişik 41. maddesinde dış tabipleri bakımından da benzer bir düzenleme yer almaktadır:

“*Kişisel çıkar amacı olmasa bile diplomasız olarak dış hekimliği mesleğine ilişkin herhangi bir muayene veya müdahale yapan, dış hekimliği klinik hizmetleri ile ilgili işyeri açanların meslek icraları durdurulur. Bu kimseler hakkında üç yıldan beş yıla kadar hapis ve birmilyar liradan üçmilyar liraya kadar ağır para cezasına hükmolunur. Ayrıca işyerlerinde bulunan ve münhasıran dış hekimliği mesleğini icra etmekte kullanılan araç ve gereçler kime ait olursa olsun müsadere edilir.*”

İşaret etmemiz gerekir ki, 1219 s. Kanunun 41. maddesinde yer alan suç tanımındaki ceza yaptırımı çok ağırdır. Söz konusu suç tanımına göre “*diplomasız olarak dış hekimliği mesleğine ilişkin herhangi bir muayene veya müdahale yapan*” kişinin “*üç yıldan beş yıla kadar hapis*” cezası ile cezalandırılması gerekmektedir. Dikkat edilmelidir ki, ancak dış tabibi tarafından gerçekleştirilebilecek olan bir tıbbî müdahale sonucunda kişinin sağlık durumu düzelmiş olsa bile, fail temel ceza olarak **en az üç yıl hapis cezasına** mahkum edilecektir. Halbuki bu durumda Hakeri’nin görüşü doğrultusunda aynı zamanda kasten yaralama suçunun oluşturduğu kabul edildiği takdirde, kasten yaralama suçundan dolayı faile daha az ceza verebilmek mümkün olacaktır.

9. Yargıtay, dış hekimliği diploması olmayan ve dış çekme yetkisi bulunmayan kişinin dış çekmesi halinde, sadece 1219 s. Kanunun 41. maddesinde tanımlanan suçtan dolayı cezaya hükmedilmesi gerektiği yönünde içtihatla bulunmuştur: 9.CD, 4.10.2004, 3787/4953 (Hakeri, Tıp Hukuku, sh. 103).

Karara konu teşkil eden olayda esas mahkemesi taksirle yaralama (taksirle müessir fiil) suçundan dolayı (765 s. Mülga TCK, m. 459) cezaya hükmetmişti.

10. CGK, 13.2.1995, 7-370/12 (Hakeri, Tıp Hukuku, sh. 101/102).

11. HAKERİ, Tıp Hukuku, sh. 101.

12. Ebelerle ilgili olarak: 2.CD, 18.3.1993, 2776/3801 (Hakeri, Tıp Hukuku, sh. 102).

13. **Ebelikle** ilgili olarak 1219 s. Kanunun 54. maddesinde ceza yaptırımlarına yer verilmiştir:

“*Şahadetname veya vesikası olmadığı halde ebeliği sanat itti haz edenler bir haftadan üç aya kadar hafif hapis veya beş liradan elli liraya kadar hafif cezayı nakdi ile cezalandırılır. Bu suretle icrayı sanat neticesinde Türk Ceza Kanunu itibarıyla daha ağır cezayı müstelzim bir fiil işlenmiş olduğu takdirde o fiile mahsus ceza verilir.*”

Sünnetçilikle ilgili olarak 1219 s. Kanunun 61. maddesinde ceza yaptırımına yer verilmiştir:

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

Hastabakıcı hemşirelerle ilgili olarak 1219 s. Kanunun 67. maddesinde ceza yaptırımına yer verilmiştir:

“*Salahiyeti olmadığı halde hastabakıcılık eden ve bu ünvanı takınanlar beş liradan elli liraya kadar hafif cezayı nakdi ile cezalandırılır.*”

Bu maddelerdeki “hafif hapis” ve “hafif para” cezaları yerine, yeni TCK’nın yürürlük ve uygulama şekline dair 5252 s. Kanunun 7. maddesine istinaden sadece **idari para cezasına** karar verilebilir: Söz konusu maddenin ilgili hükümleri şöyledir:

“(1) Kanunlarda, “hafif hapis” veya “hafif para” cezası olarak öngörülen yaptırımlar, idari para cezasına dönüştürülmüştür. İdari para cezasının hesaplanmasında 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 52 nci maddesi hükümleri uygulanır. ...

(2) Kanunlarda, “hafif hapis cezası” ile “hafif para cezası”nın seçimlik olarak veya birlikte öngörüldüğü hallerde, idari para cezası yaptırımının belirlenmesinde “hafif hapis cezası” esas alınır.

(4) Bu madde hükmüne göre idari para cezasına karar vermeye Cumhuriyet savcısı yetkilidir.”

Ayrıca, 1219 s. Kanunun Ek 8. maddesinde **dış protez teknisyenliği** ile ilgili olarak özel bir suç tanımına yer verilmiştir:

“*Diploması veya meslek belgesi olmaksızın dış protez teknisyenliği mesleğini icra edenlerle, Ek 7 nci madde hükümlerine aykırı davranışta bulunan dış protez teknisyenleri hakkında, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Ayrıca işyerlerinde meslekleri ile ilgili olmadığı tespit edilen araç ve gereçler müsadere edilir.*”

14. *Hakeri*, bir tıbbî müdahalenin, uzmanı olup olmadığına bakılmaksızın, salt tabip tarafından gerçekleştirilmesinin, hukuka uygunluğunun kabulü bakımından yeterli olduğu kanısındadır (HAKERİ, Tıp Hukuku, sh. 99).

15. *Hakeri*, bu gibi durumlarda, herhangi bir ayırım yapmaksızın, tabibin sadece taksirden dolayı sorumlu tutulması gerektiği fikrindedir (HAKERİ, Tıp Hukuku, sh. 99).

16. Bu bağlamda TCK’nın 100. maddesindeki “**çocuk düşürme**” suçuna ilişkin tanım da göz önünde bulundurulmalıdır.

17. Bkz. GÖKCAN, 11. Ulusal Perinatoloji Kongresi, sh. 111.

18. Tabip tarafından yapılmakla birlikte, yapılan sünnetin “hatalı” olması halinde Yargıtay **taksirle yaralamaya** sebebiyet vermekten dolayı ceza sorumluluğu cihetine gidilmesi gerektiği içtihadında bulunmuştur: CGK, 24.9.2002, 188/317 (Gökcan, Hasan Tahsin: *Yargıtay Kararları Işığında Hekimin Ceza Sorumluluğu*, in: Av. Dr. Şükrü Alpaslan Armağanı, İstanbul, Mayıs 2007, sh. 361).

19. İlginçtir ki Yargıtay’ın bir kararında, hatalı olarak gerçekleştirilen tıbbî müdahaleden sonra hastanın ölmesi halinde de, “*sanık hekimin seçtiği müdahale biçimi dışında bir müdahale yönteminin sonucu değiştirip değiştirmeyeceği*” hususunun da görevlendirilen bilirkişi tarafından düzenlenecek raporda açıklığa kavuşturulması gerektiği belirtilmiştir: 4.CD, 1.4.1993, 649/2611 (Gökcan, Şükrü Alpaslan Armağanı, sh. 359).

Gerçekleştirilen **tıbbî müdahalenin hatalı olduğu** tespit edildikten sonra, bu **müdahale tıp biliminin verilerine uygun olarak yapılmış olsaydı dahi aynı sonuç meydana gelecekti** şeklinde hukuk dışı bir gerekçeden hareketle ceza sorumluluğundan sarfınazar edilmesi, özel bir himaye saikinin yansıması olarak telakki edilmelidir.

20. “*Pendik Sağlık Grup Başkanlığının 06.03.2000 tarihli İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroşirürji Ana Bilim Dalı’nın 25.01.2001 tarihli ve Adli Tıp Kurumunun 18.05.2001 tarihli raporlarında “müdahil Mehmet D’de tespit edilen sağ ayağındaki arızasının enjeksiyona bağlı olduğunun ve Adli Tıp Kurumu raporunda enjeksiyonu yapan sanık hemşire PY’nin 2/8 oranında kusurlu bulunduğu, bildirilmesine karşın, Yüksek Sağlık Şurasının 27-28 Mart 2002 tarih ve 10502 karar sayılı sanığın savunmasını dayanak kabul ederek verdiği soyut nitelikteki “enjeksiyonun doğru yerinden yapıldığını ve siyatik sinir seyrinin kişilere göre farklılık gösterdiğinden bahisle sanığın kusursuz olduğunu” bildiren rapora hangi gerekçelerle üstünlük tanınıp hükme esas alındığı açıklanarak raporlar arasında çelişki yöntemince giderilip ve sanığın savunmasında iddia ettiği müdahilin başka yerde enjeksiyon yapıp yapıp yapılmadığı hususu da müdahilden sorulduktan sonra raporlar arasında husule gelen çelişkinin giderilmesi yönünden Adli Tıp Kurumu Genel Kurulundan görüş alınarak sanığın hukuki durumunun tayin ve takdiri gerekirken yazılı şekilde eksik inceleme ile hüküm tesisi, bozmayı gerektirmiştir*”: 2. CD, 19.4.2005, 21965/6580 (Gökcan, Şükrü Alpaslan Armağanı, sh. 361 vd.).

21. “*GÜTF hastanesinde doktor olan ve göz ihtisası yapmakta bulunan sanık A’nın diğer sanık ve ameliyathane sorumlusu R’nin görevlendirilmesi üzerine, mağdure Fatma’nın ameliyatını yaptığı, ancak sanık A’nın hastaya ait dosyayı incelemeden sol gözde retinoplastom olduğu halde, yanlışlıkla*

sağ gözünü ameliyat suretiyle aldığı, daha sonra yanlış gözün alındığı anlaşıncı da diğer hasta gözün alındığı ve bu suretle mağdurun tamamen kör olduğu ileri sürülen olayda sanıkların kusurlu olup olmadıklarının ve varsa oranlarının Yüksek Sağlık Şurasına tesbitinin yapılması ... ve sonucuna göre sanıkların hukuki durumlarının tayin ve takdiri gerekirken noksan soruşturma ile (taksirle yaralama suçundan [765 s. mülga TCK, m. 459] dolayı) hüküm kurulması bozmayı gerektirmiştir": 2.CD, 24.4.1996, 4493/4682 (Gökcan, Şükrü Alpaslan Armağanı, sh. 359).

"Mağdure ve babası yakınının ortodontist hekimin düzenlediği diş çekim şeması ile E. Devlet Hastanesinde görev yapan diş hekimi saniğa başvurarak 4 nolu diş olan birinci azı dişinin çekilmesini istemeleri üzerine, saniğin mesleğinin gösterdiği özeni göstermeyerek 3 nolu diş olan kanin dişini çekmekten ibaret eyleminin kovuşturulması yakınmaya bağlı nitelikteki (765 s. mülga) TCY'nın 459/1. madde ve fıkrasına ya da hukuki nitelikte çekişmeye konu olup olmayacağı tartışılmadan, öğeleri oluşmayan (765 s. mülga TCK'nın) 230. maddesiyle hüküm kurulması yasaya aykırıdır": 4.CD, 27.5.1999, 5002/5977 (Gökcan, Şükrü Alpaslan Armağanı, sh. 365).

"Suç tarihinde Niğde Devlet Hastanesi dip polikliniğinde diş tabibi olarak görev yapan saniğin, diş çekirmek için kendisine başvuran 1991 doğumlu mağdure Selen B'nin çekilmesi gereken sol üst çene IV –V nolu çürük dişleri yerine sağ üst çeneindeki IV-V nolu sağlam dişleri çekmesi biçiminde oluşan eylemde Yüksek Sağlık Şurasının raporunda da açıkça vurgulandığı gibi, hastasına **gerekli dikkat ve itinaı göstermeyerek** onun cismen eza görecektir veya sıhhatini ihlal edecek derecede yaralanmasına sebebiyet vermiş bulunması karşısında (765 s. mülga) TCY'nın 459. maddesinde yazılı suçun oluşacağı gözetilerek mevcut yaralanmanın mağdureyi kaç gün alışılmış uğraşından alıkoyacağı hususunda uzman hekim ve saniğin **kusur oranı yönünden bilirkişi raporu alındıktan sonra** neticesine göre hüküm kurulması yerine görevi savsama suçundan hüküm kurulması yasaya aykırıdır": 4.CD, 12.11.2003, 28399/11352 (Gökcan, Şükrü Alpaslan Armağanı, sh. 360).

22. 2.CD, 5.2.1996, 268/1025 (Hakeri, Tıp Hukuku, sh. 269 vd.

23. "Sanık hemşire Ayşe B'nin, katılanın doğumu nedeniyle görevi olmadığı halde, epizyo dikim işini yapmak ve sanık hekim Hafize Ç'nin epizyo dikimi kendisi yapmayı, hemşire saniğa yaptırmak suretiyle katılanın doğum yarasının enfekte olmasına yol açma eylemlerinin, 765 sayılı TCY'nin 456, 459. (5237 sayılı TCY'nin 86, 88.) maddelerinde öngörülen **taksirle yaralama suçuna** uyması karşısında dosyanın Adli Tıp Kurumuna gönderilerek sanıkların özensiz davranıp davranmadıkları ya da **kusurlarının bulunup bulunmadığı** ve katılanın yarasının ağırlığıyla ilgili raporlarının alınması ve sonucuna göre sanıkların hukuksal durumlarının belirlenmesi gerekirken; eksik soruşturma ve yetersiz gerekçeyle beraat hükümleri kurulması, yasaya aykırıdır": 4. CD, 13.6.2006, 7665/12374 (Gökcan, Şükrü Alpaslan Armağanı, sh. 365; aynı yazar, 11. Ulusal Perinatoloji Kongresi, sh. 113).

24. Danıştay, Onuncu Daire, 14.11.1996, 7534/7086.

25. Türk ceza hukukuna ilişkin yeni mevzuatın söz konusu düzenlemelerine rağmen, Yargıtay'ın yanlış olan bu uygulamaya ilişkin yönlendirmesi dikkat çekicidir.

"1219 sayılı Yasanın 75. maddesinin, mahkemelelerin uygun görecektikleri bilirkişilerin görüşlerine başvurma imkanı saklı kalmak üzere, doktorların mesleklerinin icrasından doğan suçlarından dolayı Yüksek Sağlık Şurasından düşünce sorulmasını zorunlu kılması dikkate alınarak; (meydana gelen ölüm neticesi bakımından) **saniğin kusurlu olup olmadığının öncelikle Yüksek Sağlık Şurasından rapor alınması suretiyle belirlenmesi** ve sonucuna göre saniğin hukuki durumunun tayin ve takdiri gerekir...": 9.CD, 1.6.2006, 2124/3000 (Gökcan, Şükrü Alpaslan Armağanı, sh. 355).

"1219 sayılı Yasanın 75. maddesinin, mahkemelelerin uygun görecektikleri bilirkişilerin görüşlerine başvurma imkanı saklı kalmak üzere, doktorların mesleklerinin icrasından doğan suçlarından dolayı Yüksek Sağlık Şurası'ndan düşünce sorulmasını zorunlu kılması dikkate alınarak; (taksirle yaralama suçu ile bağlantılı olarak) **saniğin kusurlu olup olmadığının öncelikle Yüksek Sağlık Şurası'ndan rapor alınması suretiyle belirlenmesi** ve sonucuna göre saniğin hukuki durumunun takdir ve tayini gerekir...": 9.CD, 1.5.2006, 1036/2487 (Gökcan, Şükrü Alpaslan Armağanı, sh. 355).

"Hemşire olan **saniğin** mesleğinin icrasından doğan suç (taksirle yaralama suçu) nedeniyle, 1219 sayılı Kanunun 75. maddesi hükmü uyarınca **kusurlu olup olmadığının Yüksek Sağlık Şurasından rapor alınması suretiyle belirlenmesi** ve sonucuna göre hukuki durumunun takdir ve tayini gerekirken, eksik incelemeyle beraatine karar verilmesi, kanuna aykırıdır": 9.CD, 20.6.2006, 2024/3525 (Gökcan, Şükrü Alpaslan Armağanı, sh. 357).

"Mağdura enjeksiyonun sanık tarafından yapıldığının kuşkuyla yer vermeyecek şekilde dosya içeriğinden anlaşılmaması karşısında, **olayda saniğin kusurunun bulunup bulunmadığının tespiti için Adli Tıp Kurumundan rapor** alındıktan sonra hukuki durumunun tayin ve takdiri gerekirken eksik soruşturma ile hüküm tesisi, kanuna aykırıdır": 9.CD, 5.4.2005, 1491/1437 (Gökcan, Şükrü Alpaslan Armağanı, sh. 361).

"SSK hastanesi hekimisi olan saniğin, doğum tarihini tamamlayan bebeği zamanında almayarak ölü doğuma yol açıp açmadığı hususunda **kusurunun bulunup bulunmadığı, Yüksek Sağlık Şurasından görüş alınarak araştırılmadan**; eksik (soruşturmaya dayalı olarak görevi ihmal suçundan dolayı [765 s. mülga TCK, m. 230] mahkumiyet kararı) verilmesi yasaya aykırıdır": 4.CD, 8.6.2004, 9165/7226 (Gökcan, Şükrü Alpaslan Armağanı, sh. 356, 357).

26. GÖKCAN, Şükrü Alpaslan Armağanı, sh. 364.

27. CGK, 11.2.1991, 4-311/17 (Gökcan, Şükrü Alpaslan Armağanı, sh. 364).

28. Yargıtay 4.CD ile CGK, bir olayda, nöbetçi doktorun kazazedenin başındaki yarayı gerektiği gibi muayene etmemesi, gereken tedaviyi zamanında uygulamaması ve hastanın bir gün sonra ölmesi

halinde, görevi ihmal suçunun olduğu içtihadında bulunmuştur (CGK, 7.6.1982, 4-215/271 [Gökcan, Şükrü Alpaslan Armağanı, sh. 364]).

Bir başka olayda bayan X üç aylık hamiledir, bilinmeyen bir nedenle düşük yapar ve kan kaybetmeye devam eder. Bu durum karşısında, kamu görevlisi olan tabipler ısrarla çağrılarak hastaya müdahalede bulunmaları istenir. Ancak, tabipler, bu çağrılara rağmen hastaya gidip gerekli tıbbi müdahalede bulunmazlar. Sonuçta hasta kan kaybından ölür. Bu olayda Yargıtay "ölümün doğrudan doğruya sanık hekimlerin fiillerinden ileri gelmediği" gerekçesiyle, taksirle ölüme sebebiyet vermek suçundan dolayı (765 s. mülga TCK, m. 459) değil de, görevi ihmal suçundan dolayı (765 s. mülga TCK, m. 230) cezalandırılmaları gerektiği yönünde içtihadta bulunmuştur (4.CD, 19.2.1985, 772/1027 [Gökcan, Şükrü Alpaslan Armağanı, sh. 368]).

Bu kararın doğru olmadığını da vurgulamak gerekir. Söz konusu kararda **hastaya gerekli tıbbi müdahalede bulunmak hususunda yükümlülükleri olan tabipler, ısrarla çağrılmalarına rağmen, herhangi bir mazeretleri olmaksızın hasta ile ilgili olarak gerekli müdahalede bulunmamışlardır**. Hasta sonuçta kan kaybı nedeniyle ölmüştür. Bu olayda tabiplerin bu ihmali davranışları, yeni TCK'nın 83. maddesi hükmüne istinaden, yani **kasten öldürme suçunun ihmali davranışla işlenmesi** dolayısıyla cezalandırılmayı gerektirmektedir.

X'in ölümünün düşüğe bağlı kan kaybının etkisiyle meydana gelmesi, gerekli tıbbi müdahalede bulunma yükümlülüğü altında bulunan tabiplerin meydana gelen bu ölüm neticesinden sorumluluğu üzerinde bir etkisi bulunmamaktadır. Yargıtay'ın benimsediği aksi anlayış, hukuken tasvip edilmeyen neticenin oluşumu üzerinde etkili olan faktörlerin illi etkisi bakımından derecelendirmeye tabi tutulabileceği ve bunun da sorumluluk üzerinde etkisinin olduğu anlayışına dayanmaktadır. 19. yüzyıl ceza hukukuna damgasını vuran iki anlayıştar birini oluşturan bu anlayışın ("Uygunluk teorisi" – "Adaquanztheorie"), günümüz ceza hukukunda geçerliliğinin olmadığı izahından varestedir.

29. Gökcan, Şükrü Alpaslan Armağanı, sh. 365 vd.; aynı yazar, 11. Ulusal Perinatoloji Kongresi, sh. 112.

30. DÖNMEZER/ERMAN I, no. 612 vd.; ÖNDER, Genel Hükümler II, sh. 105. "Bir kimsenin zararlı sonucu önlemek elinde iken, bunu yapmaması" halinde illiyet bağı vardır: EREM/DANIŞMAN/ARTUK, sh. 286/287.

31. ÖNDER, Genel Hükümler II, sh. 123.

32. MAIWALD, Manfred: *Handeln und Unterlassen - Handeln für einen Anderen (İcra ve ihmali Davranış - Bir Başkası için Hareket Etmek)* (Çeviri: Cumhur Şahin), Türk Ceza Kanunu Tasarısı İçin Müzakereler, Konya 1998, sh. 143 vd., 159 vd.

33. 9.CD, 30.12.1982, 4226/4456 (Keskin, sh. 28). Yargıtay, benzer olaylarda aynı düşünceye dayalı olarak içtihadta bulunmuştur:

«Olaydan 29 gün sonra hastahane de öldüğü anlaşılan yaralının, Nümune hastanesinde, Dr. H.A. tarafından yapılan muayenesi sonunda; düzenlen 29.6.1981 günlü "ölü muayene tutanağı"nda ölümün, travma sonucu sağ bacadaki açık yara-

nin, ameliyet sonundaki bakımdan enfekte olarak, sepsisten ileri geldiği ve kesin ölüm sebebinin, sepsis olduğu belirtilmiş ve “sepsis”in de, Tıp sözlüğünde mikrop toksinlerinin kana karışmasıyla meydana gelen klinik tablo olarak tanımlanmış olmasına göre; anılan ölü muayene tutanağı ile, diğer ilgili belgelerin Adli Tıp Meclisine gönderilmesi ve ölüm sebebinin kesin olarak saptanması, olayın TCK.nun 455. maddesine mi, yoksa 459. madde-sine mi uygun olduğunun açıklattırılması ve sanığın fiilinin ona göre değerlendirilmesi gerekir.»: 9.CD, 12.2.1982, 520/709 (Keskin, sh. 249).

«29.5.1987 tarihinde vukua gelen trafik kazasında yaralanıp hastahaneye kaldırılan ve dava açıldıktan sonra 24.12.1987 tarihinde öldüğü anlaşılan FA.nın ölümünün trafik kazasında aldığı yaralar sonucu olup olmadığı zamanında usulen tesbit edilmemiş olduğu cihetle; adı geçene ait hasta tabela ve müşahede kağıtları ve mevcut raporlar Adli Tıp Kurumuna gönderilip bu yolda mütalâa alınması veya gerektiğinde mezar açılarak cesedi üzerinde gerekli bilirkişi incelemesi yaptırılması suretiyle saptanması gerekir.»: 2.CD, 5.4.1990, 3162/3698 (Keskin, sh. 243).

Mağdurun «ölümünün trafik (kazası) sonucu olup olmadığı(nın) Adli Tıp Kurumundan sorulup, sonucuna göre sanığın hukukî durumunun (taksirle öldürme suçundan mı yoksa taksirle yaralama suçundan mı sorumlu tutulması gerektiğinin) tayini gerekir.»: 2.CD, 12.6.1990, 6009/6589 (Keskin, sh. 242).

34. Örneğin, bir trafik kazası sonucu yaralanarak hastaneye kaldırılan kişinin, travma sonucu sağ bacağına meydana gelen açık yara, ameliyet sonrasındaki tıbbî müdahalenin gerektiği şekilde yapılmaması nedeniyle enfekte olur. Hasta, tıp sözlüğünde mikrop toksinlerinin kana karışmasıyla meydana gelen klinik tablo olarak tanımlanan “sepsis” sonucu ölür.

35. Buna karşılık, başka bir olayda trafik kazası sonucunda yaralanan kişi hastaneye kaldırılmıştır. Ancak, hastanede kendisine gerekli tıbbî müdahalede bulunulmamıştır. Yaralı kişi, hastanede kan kaybı sonucunda ölmüştür. Bu olayla ilgili olarak yapılan yargılama sürecinde görüşüne başvuru-lan Adli Tıp Kurumu tarafından düzenlenen raporda görevli doktorun tıbbî müdahalede bulunma-ma şeklindeki fiili ile yaralı hastanın ölümü arasında illiyet bağının bulunmadığı yönünde görüş açıklanmıştır. Yargıtay da, Adli Tıp kurumu tarafından düzenlenen rapordaki bu görüş esas alınarak, sanık doktor hakkında beraat kararı verilmesi gerektiği yönünde içtihatla bulunmuştur (4.CD, 21.2.2001, 94/2276 [Gökcan, Şükrü Alpaslan Armağanı, sh. 362]).

İlliyet bağından hareketle sanık tabibin beraati yönünde oluşan bu içtihat, gerekçesi itibarıyla doğru değildir. Bu olayda ceza hukuku sorumluluğu bakımından açıklığa kavuşturulması gereken iki sorun bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, yaralı olarak hastaneye kaldırılan kişiye sanık tabip tarafından gerekli tıbbî müdahalenin yapılmasında ihmalin olup olmadığının tespitidir. Şayet olayda gerekli tıbbî müdahalenin yapılmasında bir ihmalin bulunmadığı kanaatine varılırsa, sanık tabibin ceza hukuku bakımından sorumluluğu cihetine gidilemez ve beraatine karar verilmesi gerekir. Buna karşılık, olayda gerek-

li tıbbî müdahalenin yapılmasında bir ihmalin bulunduğu kanaatine varılırsa, ikinci sorunla karşı karşıya gelinmiş olacaktır. Bu durumda, gerekli tıbbî müdahalede bulunmak hususunda ihmali olan tabibin kasten mi yoksa taksirle mi hareket ettiğini tespit etmek gerekir. Bu tespiti göre, tabibin taksirle öldürme suçundan (TCK, m. 85) veya kasten öldürme suçuna ihmali davranışla sebebiyet vermekten (TCK, m. 83) dolayı ceza sorumluluğu cihetine gitmek gerekir.

Yargıtay, benzer bir olayda şu kararı vermiştir:

“Trafik kazası sonucu hastane acil servisine getirilen ölenin, yapılan ilk müdahaleden sonra yatırıldığı ortopedi servisinde görevli sanık doktor İlker ile hemşire Hatice’nin uzun süre geçmesine rağmen zamanında ve yeterli kontrol ve muayene ile ölenin gelişen klinik bulgulara uygun gerekli müdahaleyi yapmak ya da yapılmasını sağlamaları gerekirken, bunu yapmamaları nedeniyle Yüksek Sağlık Şurası’nın 28.12.2001 tarih ve 10448 sayılı kararı ile ölüm olayında her bir sanığın 4/8 oranında kusurlu bulunduğu belirtilmiş olması karşısında; dosya ile birlikte, ölen ile ilgili tüm raporlar ile hastane kayıt ve belgeleri gönderilmek suretiyle, Adli Tıp Kurumundan sanıkların tedavide kusur veya savsamalarının bulunup bulunmadığı, bulunduğu saptandığı takdirde yükletilen savsama niteliğindeki eylemler ile ölüm arasındaki illiyetin belirlenmesine yönelik olarak, **sanıkların kendilerine yasal normlar çerçevesinde yükletilen sorumluluklarını yerine getirmeleri durumunda dahi ölüm olayının gerçekleşip gerçekleşmeyeceğine ilişkin görüş alınarak; sanıkların bu yöndeki sorumluluklarını yerine getirmiş olmaları halinde yine de ölüm olayı kaçınılmaz biçimde gerçekleşeceği sonucuna varılması durumunda, eylemlerinin görevi savsama suçunu; ölüm olayının gerçekleşmesinde, sanıkların kendilerine yükletilen sorumluluklarını yerine getirmemelerinin etkili olduğu sonucuna varılması durumunda da taksirle ölüme neden olmak suçunu oluşturacağı ve kusur oranlarına göre cezalandırılmaları gerekeceği gözetilmeden eksik soruşturmayla görevi savsama suçundan hüküm kurulması, yasaya aykırıdır.”: 4. CD, 11.2.2004, 1064/2055 (Gökcan, Şükrü Alpaslan Armağanı, sh. 362 vd. Gerekçesi bakımından benzer bir karar için bkz. 2.CD, 24.5.1995, 4916/6186 [Gökcan, Şükrü Alpaslan Armağanı, sh. 363]).**

Söz konusu kararda da, nedensellik bağından hareketle ceza sorumluluğunun izahına çalışılmıştır. Bunun yanı sıra, söz konusu kararda “*sanıkların kendilerine yasal normlar çerçevesinde yükletilen sorumluluklarını yerine getirmeleri durumunda dahi ölüm olayının gerçekleşip gerçekleşmeyeceğine ilişkin* (olarak Adli Tıp Kurumundan) *görüş alınması*” gerektiği vurgulanmıştır.

Bu gerekçe de hukuken kabul edilemez. Somut olayda, yaralı olarak hastaneye kaldırılan kişiye sanıklar tarafından gerekli tıbbî müdahalenin yapılmasında ihmalin varlığı tespit edildikten sonra, yani neticeyi önlemeye yönelik icraî davranışta bulunma hususunda imkan ve iktidara sahip olmalarına rağmen, sanıkların bu yükümlülüğe aykırı hareket etmiş ve ölüm neticesinin gerçekleştirmesi halinde, **söz konusu yükümlülüğe uygun davranışta bulunsalardı dahi bu netice gerçekleşecekti** şeklinde bir mantıktan hareketle ceza sorumluluğundan kurtarılmalara yoluna gidilemez.

Ancak, üzülererek belirtmemiz gerekir ki; 17 Ağustos 1999 tarihinde gerçekleşen “Marmara depremi”nde yıkılan binaların enkazında hayatını kaybeden binlerce kişinin ölümü dolayısıyla yürütülen soruşturma ve kovuşturmalarda da, ceza hukuku bilim dalında “profesör” unvanı taşıyan bazı kişilerin düzenledikleri “bilirkişi” raporlarında, söz konusu yanlış mantıktan hareketle, yani bu **bin-nalar tekniğine uygun yapılmış olsalardı dahi gerçekleşen depremin şiddeti karşısında yıkılırlardı** gerekçesiyle, bunları inşa eden müteahhitlerin ceza hukuku bakımından sorumlu tutulmaları gerektiği yönünde görüş beyanında bulunulmuştur.

Bu gerekçeden, Yargıtay’ın ihmali suçlarda illiyet bağını, doğal bir fenomen olarak değil, **varsayım** olarak kabul ettiği sonucunu çıkarmaktayız.

Yargıtay, bu mülâhazayla, tedavi için hastaneye kaldırılan hastanın ölmesi üzerine sanık hekim hakkında yapılan kovuşturmada “zamanında yapılan teşhis ve tedavinin sonucu etkileyip etkilemeyeceği” hususunun da Adli Tıp Kurumundan istenen raporda açıklığa kavuşturulması gerektiği belirtilmiştir: 4.CD, 14.6.2006, 52/12500 (Gökcan, Şükrü Alpaslan Armağanı, sh. 356, 360).

Aslında bu kararlar, hukuk uygulamamızda insan hayatına hak ettiği değer verilmediğinin bir kanıtını oluşturmaktadır.

36. A’nın öldürme kastıyla hareket etmesi halinde ise, A’yı sadece **kasten öldürme suçuna teşebbüs**ten dolayı cezalandırmak gerekir.

37. Buna karşılık, hastaneye kaldırılan B’nin, kendisine gerekli tıbbî müdahalelerin yapılmış olmasına rağmen, ölmesi halinde; A’yı –yaralama kastıyla hareket etmişse– **neticesi sebebiyle ağırlanmış kasten yaralama suçundan** (TCK, m. 87, f. 4) dolayı; öldürme kastıyla hareket etmişse– **tamamlanmış kasten öldürme suçundan** (TCK, m. 81 veya 82) dolayı cezalandırılması yoluna gidilecektir. Çünkü bu durumlarda A’nın fiili ile B’nin ölüm neticesi arasında ceza hukuku bakımından müstakil sorumluluğu gerekli kılan başka bir fiil girmemektedir.

38. HAKERİ, Tıp Hukuku, sh. 112.

39. TBMM, Dönem: 22, Yasama Yılı: 2, Sıra Sayısı: 664, sh. 496.

İstanbul Heybeliada Sanatoryumu

Yrd. Doç. Dr. Mahmut Gürkan



1956 yılında doğdu. İstanbul Erkek Lisesi'ni ve 1980'de İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1987 yılında aynı fakültede uzmanlık eğitimini 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. Halen Bezmialem Vakıf Üniversitesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Başkanı olan Gürkan, evli ve bir erkek çocuk babasıdır.

Yrd. Doç. Dr. Tümer Ulus



1955 yılında Karabük'te doğdu. İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamlayan Ulus, 1974 yılında İstanbul Erkek Lisesi'ni ve 1980'de Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 2003 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Doktorasını tamamladı. 2009 yılında aynı bölümde yardımcı doçent kadrosuna atanarak çalışmalarını sürdüren Ulus, evlidir ve bir çocuk babasıdır.

Cumhuriyetin kuruluşunu takiben sağlık alanında başlatılan büyük sağlık atılımı kapsamında öncelik verilen konulardan biri de bulaşıcı hastalıklarla mücadele oldu. Dönemin en korkutucu bulaşıcı hastalıklarından biri olan veremle, bir yandan yurt sathına

yayılan derneklerle mücadele edilirken, diğer yandan da müzmin hastalığı olanlar için uygun iklim koşulları olan bölgelerde sanatoryumlar açılması kararlaştırıldı. Sağlık Bakanlığı (O zaman ki adı ile “*Sıhhiye ve İçtimai Muavenet Vekâleti*”), Türkiye’de kurulması planlanan ilk sanatoryum için, İstanbul Heybeliada’da Çamlıman’ının çevresindeki, dik yamaçlardan denize ba-

kan, çam ağaçlarının çevrelediği, temiz havalı Yeşilburun bölgesini ve burada bulunan, “*Muhacirin İdaresi*” tarafından işgal edilmiş bir binayı uygun görmüştü (Bkz. Resim 1). Bu bölge, o dönemlerde verem hastaları için en yararlı tedavilerin uygulanabileceği iklim koşullarına sahipti. Yeşilburun’da sanatoryum olması öngörülen yapı, 1. Dünya Savaşı sırasında *Harbiye Mek-*



tebi Komutanı olan Vehip Bey tarafından Harp Okulu öğrencileri için nekahethane olarak yaptırılmış, sonradan bir süre “Bahriye Müzika Mektebi” olarak kullanılmış, bir ara da esir alınan İngiliz generali Tawshand’in ikametine tahsis edilmişti. 1923 yılında *Harbiye Nezareti Sıhhiye Dairesi* tarafından görevlendirilen Dr. Fevzi (Özet) burayı askeri sanatoryum olarak kullanmak istemiş, ancak o sıralarda göçmenler arasında verem hastalığının yayılması üzerine bina *Muhacirin İdaresi*’ne devredilmişti (1).

Sanatoryumun kurulması görevi ilk olarak verem hastalığı konusundaki çalışmaları ile tanınan Dr. Reşat Rıza Bey’e verildi. Ancak o, daha fazla bir tahsisat ile Şişli’de gelişmiş bir hastane yapılmasını önermiş ve önerisinin imkânsızlıklar nedeniyle kabul edilmemesi üzerine de bu görevden çekildi. Bunun üzerine Bakanlık, o sıralarda Haydarpaşa İntaniye Hastanesi Başhekimisi olan Prof. Dr. Server Kamil Bey’i (Tokgöz) ek görev ile vekâleten Heybeliada Sanatoryumu Başhekimliğine, Dr. Tevfik İsmail’i (Gökçe) de uzman hekimliğe atadı.

Yeni görevliler 15.08.1924 tarihinde işe başladıklarında, *Muhacirin İdaresi*’nden geri alınan iki katlı yapı kullanılamaz durumdaydı. Bu nedenle sanatoryumun açılışı iki buçuk ay gibi kısa bir sürede gerçekleştirilen tamirat sonrasında, 01.11.1924 günü yapıldı. Hasta kabulüne başlayan sanatoryumun üst katında biri kadınlara, diğeri erkekler ayrılacak sekizer yataklı iki koğuşu vardı. Alt kat ise idare ile hekim ve memurların ikametine ayrılmıştı. Sanatoryumun kurulduğunda büyük emeği olan Prof. Dr. Server Kamil’in (Tokgöz) on ay kadar görev yaptıktan sonra ayrılarak asli görevine dönmesi üzerine, o sırada uzman olarak görev yapan Dr. Tevfik İsmail (Gökçe) başhekimliğe atandı.

Gelişme yılları

Dr. Tevfik İsmail’in (Gökçe) yönetiminde giderek gelişen sanatoryumda yeni servis ve laboratuvarlar açılarak daha geniş bir kesime hizmet vermeye başlandı. İlk olarak 1928 yılında başlatılan ve 1931 yılında tamamlanan bir istimalak ile sanatoryum arazisi genişletildi. Daha sonra üst tarafta bulunan bir çamlık ve bostan da sanatoryuma katıldı. Hükümetin verdiği büyük destekle (bkz. Resim 2) yapılan eklentiler, yeni pavyonlar ve görevlilerin özverileri ile sayesinde verilen hizmet çeşitlendirildi, yatak sayısı her geçen yıl artırıldı. 1939 yılına gelindiğinde yatak sayısı 370’e ulaşmıştı.

1945 yılında Sağlık Bakanı Dr. Hulusi Alataş’ın meclisten gerekli tahsisatı çı-

karma olanağını bulması ile hastanenin yatak sayısını iki misline çıkaracak yeni bir pavyonun inşası için gereken kaynak sağlandı. Yeni pavyonun mevcut binalardan oldukça uzakta olması uygun görülmektedir. Bunun için yolun karşı tarafında kalan, denizden 60 metreye yükseklikte, çamlar içinde Değirmentepe olarak bilinen mevki seçildi. Böylece birbirine nispeten uzak konumda iki farklı kompleks ortaya çıkacaktı. Bu nedenle önceki bloğa A-Blok, yeni yapıları da B-Blok adları verildi. Bakan Alataş’ın inşaatın Kızılay Derneği tarafından ihale formalitelerinden uzak olarak yapılmasını sağlayan bir yasal düzenleme çıkartması sayesinde, yapımına 1945 yılında başlanan B-Blok kısa sürede tamamlanarak 1946 yılında bitirildi ve 01.01.1947’den itibaren de yeni tesiste hasta kabulüne başlandı. Böylece mevcutlara ilâveten, yeni 232 yatak daha kazanılmış oldu. Bu arada A ve B Bloklarındaki mutfak, kiler, elektrik, kalorifer, kullanma ve atık su, çöp toplama ve yok etme gibi altyapı tesisleri günün koşullarına göre yenilenerek, tesislerin kurulu bir düzen içinde işletilmesi sağlandı (3).

Bu yapıların yanı sıra B-Blok çalışanlarının yatıp kalkmasını sağlayacak bir bölüm ile veremden iyi olmuş hastaların rehabilitasyonunda görev alacak yardımcı hemşirelerin eğitileceği bir okul açılması planlandı. Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Ekrem Hayri Üstündağ, hastalık ve maluliyetleri nedeniyle eski işlerini yapmayacak hale gelenlere, yeteneklerine göre başka alanlarda hafif işlerde çalışma olanağı sağlayacak bir rehabilitasyon merkezi yapımında kullanılmak üzere 1953 yılı bütçesinden bir tahsisat ayrılmasını sağladı. Bu projenin gereksiz formalitelerle geciktirilmemesi hızla sonuçlanabilmesi için de, alınan tahsisatın şartlı olarak İstanbul Verem Savaş Derneği’ne verilmesi karara bağlatıldı. Bu tahsisat ile 05.05.1953’te Heybeli Sanatoryumunda erkekler mahsus 60 kişilik yatılı bir rehabilitasyon merkezinin inşasına başlandı. 1.05.1954’te inşaat bitirilerek merkez faaliyete geçirildi. Rehabilitasyon merkezi ile aynı projede yer alan yardımcı hemşire okulu da 30.04.1954 hizmete girerek veremle mücadelede yardımcı sağlık personeli yetiştirmeye başlandı. Okulun ilk mezunları olan 14 yardımcı hemşire 27.10.1955 tarihinde düzenlenen bir törenle diplomalarını aldılar. Aynı gün kadınlara tahsis edilen pavyona da Dr. Tevfik İsmail Gökçe’nin adı verildi (4).

Sanatoryumun en önemli uygulamalarından biri olan bu rehabilitasyon merkezinde işinin ehli ustalarca hastalara fotoğrafçılık, matbaacılık, ciltçilik, radyo tamirciliği, stenodaktilografi, mulaj, çorapçılık, saatçilik, elektrikçilik, yağı



Sanatoryuma ayrılan bir ödeneye ilişkin hükümet kararı [2]

Hastanedeki bakım dillere destandı. İkinci Dünya Savaşı yıllarının kıtlık günlerinde dahi hastalara günde dört öğün yemek veriliyor, tavuk, piliç ve hindi gibi gıdalar müniden çıkarılmıyordu. Sanatoryumun yokuşundan inince ulaşılan Çamlıman Koyunda sandal kiralayarak yaşamını sürdüren 84 yaşındaki Duran Sağlık, sanatoryumun altın çağını şöyle anlatmaktadır: “Başhekim Tevfik İsmail Gökçe’ydi. Hastayı gözünden tanırdı. Yolda giderken, ‘Sen hastasın, hastaneye gel’ derdi. Alman Başhemşire Katherina Thetter vardı. Çok disiplinliydi. Çok hasta gelirdi, ama çok iyi bakım vardı. Benim oğlum da verem olmuştu. Hastanede iki ay kalıp sağlığına kavuştu.”



18.10.2009 tarihinde çıkan yangın sonucunda kullanılamaz hale gelen yapı

Sağlık Bakanlığı'nın 01.08.2005 tarihinde onayladığı bir kararla, Heybeliada Sanatoryumu lağvedilerek, kadroları ve tıbbi donanımları Süreyyapaşa Göğüs Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi'ne nakledildi. Boşaltıldıktan sonra iki bekçi eşliğinde kaderine terk edilen binalar zamanla bakımsızlıktan çürümeye başladı. 18.10.2009 tarihinde, A-Blok çatısında bilinmeyen bir nedenle çıkan bir yangın sonucunda, kompleks kullanılamaz hale geldi. Böylece uzun yıllar verem hastalığına karşı verilen mücadelenin kilit taşlarından biri olan Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk sanatoryumu hazin bir sona ulaşmış oldu.

boyacılık ve saraçlık konularında teorik ve uygulamalı bilgiler verilerek, bunların tekrar meslek hayatına atılabilmeleri için çaba gösterilmiştir. Bu merkezde ayrıca haftada bir düzenlenen moral günlerinde, sinema gösterileri ve konser gibi etkinliklerle hastaların yaşama bağlılıkları artırılmaya çalışılıyordu.

Sanatoryumun ilk açıldığı tarihten itibaren faaliyet göstermeye başlayan küçük laboratuvara ek olarak 1947 yılından itibaren bir biyokimya ve bakteriyoloji laboratuvarı ilave edildi. 1927 yılında, bir röntgen cihazı ile akciğer radyografileri çekilmekte idi. 1943 yılında alınan daha gelişmiş bir cihaz ile daha kapsamlı incelemeler yapılmaya başlandı. Ayrıca zamanla mikrofilm ve diş röntgeni çeken cihazlar, laboratuvarında faaliyete başladılar. 1953 yılına gelindiğinde bu laboratuvarında 375 bin 926 radyoskopik inceleme yapılmış ve 112 bin 707 akciğer filmi çekilmişti. Sanatoryumda 1949 yılından başlayarak solunum fonksiyon testleri, ayrıca 1950 yılında bronkoskopi ve bronkografi incelemeleri yapılmaya başlandı. Dr. Ahmet Refik Erem Türkiye'de ilk bronkografi uygulamasının Heybeliada Sanatoryumunda yaptığını belirtmektedir (5).

Her ne kadar ilk ameliyathane 1936 yılında 4. pavonun üst katında inşa edilseyse de, ilk ameliyathane başlaması, Haseki Hastanesi'nin cerrahi uzmanlarından Op. Dr. Avni Aksel'in haftada iki gün Heybeliada'da görevlendirilmesi ile 10.04.1937'den itibaren mümkün olmuştur. On yıl bu şekilde devam eden cerrahi çalışmalar, 1947 yılında Dr. Ahmet Erbelger'in, 1951 yılında da, Dr.

Siyami Ersek'in tam gün kadrolu çalışmaya başlamalarıyla ivme kazanmıştır. Böylece Heybeliada Sanatoryumu ülkenin ilk göğüs cerrahisi merkezlerinden biri haline gelmiştir. Cerrahi servislerin dışında, medikal tedavinin uygulandığı servislerde de küçük müdahalelerin yapıldığı *kollaps* üniteleri mevcuttu. Bu ünitelerde dönemin tedavi usullerinden olan *pnömotoraks*, *pnömopertuan*, *ekstraplevral pnömotoraks ensüflasyonu*, *brit seksiyonu*, *kavern drenajı* ve *kavernostomi* gibi müdahaleler gerçekleştiriliyordu. Bunların yanı sıra, 1937 yılından itibaren hastaların diş tedavilerinin yapıldığı bir diş ünitesi de devreye girerek hastalara hizmet vermeye başladı.

Hastanedeki bakım dillere destandı. Başhemşire olarak çalışan yabancı personelden otuzlu yıllarda *Anna Haace* (6), ellili yıllarda Avusturyalı *Katherine Thetter* (7) gerek çalışanların eğitimi, gerekse bakım hizmetleri açısından disiplinli çalışmaları ile dikkati çekiyorlardı. İkinci Dünya Savaşı yıllarının kıtlık günlerinde dahi hastalara günde dört öğün yemek veriliyor, tavuk, piliç ve hindi gibi gıdalar mününden çıkarılmıyordu (8). Sanatoryumun yokuşundan inince ulaşılan Çamlıman Koyunda sandal kiralayarak yaşamını sürdüren 84 yaşındaki Duran Sağlık, sanatoryumun altın çağını şöyle anlatmaktadır: "*Başhekim Tefik İsmail Gökçe'ydı. Hastayı gözünden tanırdı. Yolda giderken, 'Sen hastasın, hastaneye gel' derdi. Alman Başhemşire Katherine Thetter vardı. Çok disiplinliydi. Çok hasta gelirdi, ama çok iyi bakım vardı. Benim oğlum da verem olmuştu. Hastanede iki ay kalıp sağlığına kavuştu* (9)."

Hastanenin gelişmesine büyük katkıları olan Dr. Tevfik İsmail Gökçe 13.07.1955 tarihinde emekli olarak başhekimlikten ayrıldı. Yerine başhekimliğe getirilen hastanenin uzmanlarından Dr. Zülfü Sami Özgen de, 1977 yılına kadar devam ettiği bu görevi sırasında bakteriyoloji laboratuvarını modernleştirdi. Heybeliada Sanatoryumuna yetmiş yataklı bir servis, yeni bir eczane ve bir konferans salonu kazandırdı. Daha sonra başhekimlik görevini devralan Dr. Ahmet Refik Erem döneminde de gelişmeye devam eden Heybeliada Sanatoryumunda, 1990 yılında görev yapmakta 12 uzman ve 24 asistan tarafından, 3 bin 177 hasta toplam 700 yatakta yatarak, 13 bin 734 hasta ise polikliniklerde ayakta tedavi edilmiş, toplam 166 ameliyat yapılmıştı (10).

Heybeliada Sanatoryumu; akciğer ve remi ve verem dışı akciğer hastalıklarının tıbbi tedavisinin yanı sıra her türlü akciğer hastalıklarına cerrahi müdahalenin yapılabilirdiği iki mükemmel ameliyathanesi; cerrahi, KBB ve diş servisleri; bakteriyoloji-biyokimya, röntgen, patoloji-sitoloji ve solunum fonksiyon laboratuvarları; eczanesi; yardımcı hemşire okulu ve rehabilitasyon tesisleri ile tam donanımlı bir göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi eğitim ve araştırma hastanesi olarak uzun yıllar yurt sağlığına hizmet verdi. Bu kuruluşta, ülkemizde kalp cerrahisinin kurucusu sayılan Siyami Ersek başta olmak üzere çok sayıda yerli ve yabancı uzman hekim görev yaptı ve eğitim gördü.

Son yıllar

Seksenli yıllardan itibaren, daha önce Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanan gıda, yakıt, elektrik ve su giderlerine yapılan desteğin kesilmesi sonucunda hastane yönetimi, gerekli bakım ve tamirati yaptırmakta zorlanmaya başladı. Dr. Ahmet Refik Erem'den sonra görev yapan Dr. Bülent Arman, Dr. Atilla Saygı, Dr. Melahat Kurutepe ve diğer başhekimlerin dönemlerinde eldeki imkânlarla yapılan bakımlarla hastane binaları ayakta tutulmaya çalışıldı. Ancak 17.08. 1999 depremi sırasında binalarda hasarlar meydana geldi. Çatılar hasar gördü, bacalar yıkıldı, sıvalar bloklar halinde döküldü ve duvarlarda çatlaklar meydana geldi. Oluşan hasarlara karşın can kaybı olmayan hastanede hastalar bahçelere taşındı ve geçici bir süre hasta bakımları bahçede yapıldı (11). Her ne kadar Bayındırlık Müdürlüğü'nden gelen heyet incelemeleri sonucunda "binanın hasar görmesine rağmen tehlike arz etmediğini" bildirse de, diğerlerinden daha fazla hasar gören iki binanın bakım görmesi gerekmektedir. Bunun için gerekli olan finansman *İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası* tarafından karşı-

landı ve bu iki blok boşaltılarak 2001 yılında restore edilebildi.

Bununla birlikte hastanenin geleceği tartışma konusu olmaya başlamıştı. Sonunda buraya yapılacak yatırımın verimli olmayacağına kanaat getiren Sağlık Bakanlığı'nın 01.08.2005 tarihinde onayladığı bir kararla, Heybeliada Sanatoryumu Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi lağvedilerek, kadroları ve tıbbi donanımları Süreyyapaşa Göğüs Kalp ve Damar Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne nakledildi. Kapatıldığı tarihlerde, 100 kadarı doktor ve hemşire olmak üzere, 250 personeli ve 660 yatak kapasitesi olan bu emektar hastane 30.09.2005 tarihi itibarıyla, bir daha açılmamak üzere kapılarını kapattı.

O tarihlerde İstanbul Sağlık Müdür Vekili olan Uzm. Dr. Mehmet Bakar basına yaptığı açıklamada yapılan uygulamaya ilişkin şu bilgileri vermiştir: "*Kuruluşu, deniz yoluyla ulaşım mecburiyetinin bulunması ve konaklama masraflarının artışı özellikle düşük gelir grubundaki hasta potansiyelini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum, hastanenin günlük hasta başvurusu, yıllar içerisinde yatan ve ameliyat edilen hasta sayısındaki azalma ile dikkati çekmektedir. Bu durumun, görevli hekim ve sağlık personeli için de geçerli olduğu görülmektedir. Çünkü uzun yıllardan beri bu kurumda çalışan görevlilerin bir kısmının ayrılma talepleri ve yeni atamaların sağlanabilmesindeki zorluklar hizmeti aksatır hale getirmiştir. Ayrıca hastane bütçesinin gelir-gider dengesinin bozulduğu, negatif yönde geliştiği görülmektedir. SSK hastanelerinin devri sonrasında hastaların Süreyyapaşa Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne ulaşımının daha kolay olduğu ve fiziki mekânlarının yeterliliği de dikkate alınarak Sağlık Bakanlığı bu birleşmeyi onaylamıştır (12)."*

Boşaltıldıktan sonra iki bekçi eşliğinde kaderine terk edilen binalar zamanla bakımsızlıktan çürümeye başladı. Binaların ne olarak kullanılacağına dair bir karar verilemezken 18.10.2009 tarihinde, A-Blok çatısında bilinmeyen bir nedenle çıkan bir yangın sonucunda (13), kompleks kullanılamaz hale geldi (bkz. Resim 3). Böylece uzun yıllar verem hastalığına karşı verilen mücadelenin kilit taşlarından biri olan Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk sanatoryumu hazin bir sona ulaşmış oldu.

Kaynaklar

1) Gökçe Tİ. *Heybeliada Sanatoryumu Kuruluş ve Gelişimi 1924-1955*, İstanbul: T.C. Sihat ve İçtimai Muavenet Vekâleti, Heybeliada Sanatoryumu Neşriyatı; 1957.

2) *Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, Bakanlar Kurulu Kararları (1928 ve sonrası): Tarih: 13.7.1932, Sayı: 13101, Dosya: 197-47, Fon Kodu: 30.18.1.2*

3) Özgen ZS. *Heybeliada Sanatoryumu 50. yılında. İstanbul: Hilal Matbaası; 1974.*

4) *Heybeliada Sanatoryumu Kadınlar Pavyonu açıldı. Milliyet Gazetesi, 28.10.1955.*

5) Erem AR. (sözlü görüşme, İstanbul, 27.07.2010)

6) *Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, Bakanlar Kurulu Kararları (1928 ve sonrası): Tarih: 2.3.1932, Sayı: 12319, Dosya: 242-123, Fon Kodu: 30.18.1.2*

7) *Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, Bakanlar Kurulu Kararları (1928 ve sonrası): Tarih: 5.5.1952, Sayı: 3/14957, Dosya: 27-400, Fon Kodu: 30.18.1.2*

8) *Başbakanlık Cumhuriyet Arşivi, Bakanlar Kurulu Kararları (1928 ve sonrası): Tarih: 3.9.1941, Sayı: 165332, Dosya: 199-90, Fon Kodu: 30.18.1.2*

9) *Sanatoryum bir tarihti, Radikal Gazetesi, 18 Ekim 2005; Erişim tarihi: 23.07.2010, erişim adresi: <http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=167278>*

10) *İstanbul Tabip Odası. Hekim Rehberi 1990. İstanbul: Dosya Yayıncılık; 1990, s.94.*

11) *Sanatoryum çökecek!, Hürriyet Gazetesi, 01.12.1999; Erişim tarihi: 23.07.2010, erişim adresi <http://hurarsiv.hurriyet.com.tr/goster/ShowNews.aspx?id=-116635>*

12) *Heybeliada Sanatoryumu boşaltıldı Anadolu Ajansı Bülteni, 10.10.2005, Erişim tarihi: 23.07.2010, erişim adresi: <http://www.tumgazeteler.com/?a=1075222>*

13) *Heybeliada Sanatoryumu kül oldu, Hürriyet Gazetesi, 19.10.2009, Erişim tarihi: 23.07.2010, erişim adresi: <http://www.hurriyet.com.tr/gundem/12720693.asp>*

Hekim bestekâr ve musikişinaslar: Dr. Osman Şevki Uludağ

Dr. Murat Salim Tokaç



Günümüzün önde gelen ney ve tambur icracılarından biri olarak kabul edilen Dr. Murat S. Tokaç, 1969 yılında Kırıkkale'de doğdu. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1992'de mezun oldu ve aynı fakültede Mikrobiyoloji doktorası yaptı. Kendisi de neyzen olan babası Dr. Turgut Tokaç tarafından 5 yaşında ud ve ney eğitimine başlatıldı. 1991 yılında kurulan Kültür Bakanlığı Samsun Devlet Klâsik Türk Müziği Korosu'na ney ve tambur sanatçısı olarak atandı, 2004 yılında aynı koronun şefliğine getirildi. 2007 yılında İstanbul'da kurulmuş olan Devlet Türk Müziği Araştırma ve Uygulama Topluluğu'na Sanat Yönetmeni olarak atandı. Yurt içinde ve yurt dışında topluluğu ile ve solo olarak çok sayıda konserler verdi. İcracı olarak katıldığı pek çok albümün yanı sıra "Gençlik Hülyaları" ve "Dem" isimli iki solo albümü bulunmaktadır. Evli ve iki çocuk babasıdır.

"Bilinmelidir ki medeniyetin de milliyeti vardır. Millî olmayan bir medeniyet milletin malı değildir. Kökü bizde olmayan müzik de bizim musikimiz olamaz. O, yeniden yeşermeğe ve yeni meyveler vermeğe müsaiddir. Hatta buna hasret kalmıştır.
Dr. Osman Şevki Uludağ

Bir hayata sığdırılmış onlarca iş ve bu işlerin sonucu ortaya çıkan yüzlerce ürün. Üzerinde binlerce tomurcuk bulunduran bir hizmet çiçeği sanki. Öylesine bir çiçek ki dalları ve râyihâları günümüze kadar ulaşmakta. O râyihâlar bize Osman Şevki Bey'in binbaşılık günlerin-

den, katıldığı savaşlardan da haberler getiriyor, hastalardan, kitaplardan, yazılardan, gazetelerden, bestelerden de...

Hayatı

1889 yılında Bursa'da dünyaya geldi. İlk ve orta öğrenimini Bursa'da tamamladıktan sonra, yükseköğrenimine 1905 yılında Mekteb-i Tıbbiye-i Askeriye-i

Şahane'de devam etti. 1913 yılında 24 yaşında iken doktor yüzbaşı rütbesiyle okuldan mezun oldu ve 10 yıl boyunca cephelerde vazifelerde bulundu. Balkan Harbi, Birinci Dünya Savaşı ve Anadolu Savaşları, katıldığı savaşlardandır. Osman Şevki Bey, 17 yıllık yoğun bir hizmet sürecinden sonra 1930 yılında binbaşı rütbesiyle malulen emekliye ayrıldı.





Bu 17 yıllık sürede Osman Şevki Bey pek çok ilke imza attı. 1918 yılında henüz 29 yaşında iken Osmanlı Tababet Tarihi isimli kitabı kaleme aldı ve yaklaşık 7 sene sonra 1925 yılında da Beş Buçuk Asırlık Türk Tababet Tarihi isimli eseriyle de Türkiye’de tıp tarihiyle alakalı yazı yazan ilk kişi olma unvanını elde etti. Türkiye’nin ilk radyologlarından ve Türk Tıp Tarihi Kurumu’nun kurucu üyelerindendir. 1925 yılında, Coğrafya Encümen Azası iken bilimsel bir araştırma için 2 bin 545 metre yüksekliğindeki Keşiş Dağı’nın zirvesine çıktı. Bu hadise de Cumhuriyet tarihinde bir ilk olarak kayda geçer. Osman Şevki Bey zirvedeyken dağın heybetinden çok etkilenir ve bu dağa Uludağ ismini verir. Bu olayı takip eden senelerde soyadı kanununun çıkması ile beraber, Mustafa Kemal Atatürk bizzat Osman Şevki Bey’e Uludağ soyadını vermiştir. 1935 yılında Eyüp Dispanseri Şefliği görevinde iken yeni bir vazife alanı Osman Şevki Uludağ’a açılmış oldu. Artık Osman Şevki Bey Konya Milletvekiliydi. 3 dönem üst üste yaklaşık 11 yıl boyunca bu görevini bihakkın sürdürmüştür.

Diğer vazifeleri

İstanbul’un susuzluk sorununu çözmek için İstanbul su yollarının tarihini arşiv ve vesikalara dayanarak inceledi. 1936 yılında Türkiye Turing ve Otomobil Kurumu Başkanlığı yaptı. İstanbul Verem Dispanseri Müfettişliği, İstanbul Zehirli Gazlar Mühassıslığı, Gümrük Genel Müdürlüğü Şefliği gibi pek çok görevde bulundu. 1949 - 1953 yılları arasında İstanbul Merkez Hükümet Tabipliği görevindeyken emekliye ayrıldı.

Musiki

Sanatçı yönüyle de çok önemli bir isim olan Osman Şevki Bey, ressam, hattat, şair, kanuni ve bestekârdı. Musikiye çocuk yaşlarında başladı. Askeri Tıbbiye’de öğrenci iken Dellâlzade’nin öğrencisi olan İsmail Efendi’den dersler almıştır. Balkan Savaşı’nın akabinde Tıbbiyedeki musiki topluluğunda şeflik görevinde de bulunmuş olan Osman Şevki Bey, Rauf Yekta Bey, İsmail Hakkı Bey, Ali Rifat Çağatay ve Hâfız Ahmet Irsoy ile tanışarak, Türk Ocağı bünyesinde Türk Musikisi konulu çalışmalarında bulunmuştur. Teşkilatçı bir yapıya sahip olduğunu anladığımız Osman Şevki Uludağ, bu özelliğini musiki alanında da göstermiş ve yukarıda bahsi geçen arkadaşları ile beraber bir “*Musiki Federasyonu*” kurmuştur. Daha sonra İleri Türk Musikisi Konservatuvarı Derneği’nde yönetim kurulu üyeliği yapmıştır. Daha evvel *Şehbal* Dergisinden tanıdığı Hüseyin Sadeddin Arel ile Arel’in vefatına kadar birlikte çalışmışlardır. Bestecilik çalışmaları da bulunan Osman Şevki Bey’in 120’den fazla eseri günümüze ulaşmıştır. Ayrıca meşhur “*Genç Osman*” türküsünü derleyen kişi de yine Osman Şevki Bey’dir. Osman Şevki Bey’in yazarlık ve araştırmacılık meziyetleri musikide de boy göstermiş ve Şevki Bey her biri birbirinden önem arz eden musiki konulu yaklaşık 60 civarında makale kaleme almıştır.

Osman Şevki Uludağ, 1964 yılında İstanbul’da vefat etmiştir. 75 senelik ömrü bihakkın dolu dolu geçirmiş ve her şeyden önce hayatını bize bir abide yaşayış olarak armağan etmiştir.



Beş Buçuk Asırlık Türk Tababet Tarihi isimli eseriyle Türkiye’de tıp tarihiyle alakalı yazı yazan ilk kişi olma unvanını elde etti. Bilimsel bir araştırma için 2 bin 545 metre yüksekliğindeki Keşiş Dağı’nın zirvesine çıktı. Türkiye Turing ve Otomobil Kurumu Başkanlığı yaptı. İstanbul Verem Dispanseri Müfettişliği, İstanbul Zehirli Gazlar Mühassıslığı, Gümrük Genel Müdürlüğü Şefliği gibi pek çok görevde bulundu. Ressam, hattat, şair, kanuni ve bestekârdı. “Genç Osman” türküsünü derleyen kişi de yine Şevki Bey’dir. 75 senelik ömrü bihakkın dolu dolu geçirmiş ve hayatını bize bir abide yaşayış olarak armağan etmiştir.

Kabri Zincirlikuyu Kabristanındadır.

Kaynak

Bir Kültür Savaşçısı Dr. Osman Şevki Uludağ, Hazırlayan; İrem Elâ Yıldızeli, Pan Kitap, İstanbul, Şubat 2009.

