

SD

EYLÜL
EKİM
KASIM
2012
12 TL
(KDV DAHİL)

SONBAHAR

24

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



PROF. DR. ŞAHİN AKSOY KÜRTAJ SADECE TIBBİ BİR KARAR OLABİLİR Mİ? | DR. A. METİN GÜLMEZOĞLU KÜRESEL BAKIŞ AÇISI: SEZARYEN VE KÜRTAJIN CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞINDAKİ ROLÜ | PROF. DR. MUSTAFA ÖZTÜRK - Ş. MUSTAFA AKSOY - DR. SEMA SANISOĞLU TÜRKİYE'NİN SEZARYEN DOĞUM HARİTASI | PROF. DR. ŞİNASI GÜNDÜZ DİNLER TARİHİ AÇISINDAN KÜRTAJ | DR. MAHMUT TOKAÇ OSMANLI BELGELERİNDE ÇOCUK DÜŞÜRME (İSKÂT-I CENİN) | BAYRAM DEMİR NÜFUS POLİTİKALARI, SEZARYEN, KÜRTAJ VE SOSYODEMOGRAFIK DEĞİŞİMLER | PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN KÜRTAJ YASAĞINDA KİM NEREDE? | DOÇ. DR. MUSTAFA ÖZTÜRK SAĞLIĞIN BAŞI "ORGANİK DOĞUM" | PROF. DR. ENDER ERDOĞAN CENİNİN CANI ACIR MI? İNSAN GELİŞİMİNİN TEMEL EVRELERİ | PROF. DR. GÜRKAN ÖZTÜRK İNSANLIĞIN VAHŞİ SABİKASI: INFANTİSİT | DR. SELMA ÖZKAN KÜRTAJ YÖNETİMİ VE KOMPLİKASYONLARI | PROF. DR. FAHRİ OVALI İSTEĞE BAĞLI SEZARYEN: HAK MI, HAKSIZLIK MI? | DR. RABİYE BABALIOĞLU KÜRTAJ YAPMAMA HAKKI | DR. REŞAT BAHAT ÖZEL HASTANELERDE SEZARYENİN YÜKSEK OLMA NEDENLERİ | YRD. DOÇ. DR. NAZAN KARAHAN - DR. ASİBE ÖZKAN EBELERİN SEZARYEN DOĞUMA BAKIŞI | PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ KADIN RUH SAĞLIĞI, SEZARYEN VE KÜRTAJ | DR. A. SADİ CAĞDIR - PROF. DR. ALİ İHSAN TAŞÇI SEZARYEN, KÜRTAJ VE NORMAL DOĞUMLA İLGİLİ ADLI TIPTAKİ DAVA KONULARI | SOSYOLOG NAZİFE ŞİŞMAN: HASTALIK VE ÖLÜM MODERN HAYATIN GÖRÜNTÜSÜNÜ BOZUYOR | PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ SAĞLIKTA ŞİDDET VE HEKİM GÜVENLİĞİ | MEDİNE BUDAK TÜRKİYE'DEKİ HASTANELER SAĞLIK TURİZMİNE NE KADAR HAZIR? | GÜLAY EKİNCİ - PROF. DR. HAYDAR SUR TÜRKİYE'DE EVDE BAKIM HİZMETLERİ ORGANİZASYONU İÇİN BİR MODEL ÖNERİSİ | AYTÜL NURDAN YAVUZ YILMAZ - YRD. DOÇ. DR. GÜLFER BEKTAŞ - YRD. DOÇ. DR. HAKAN ÖZVERİ - DOÇ. DR. ARZU İRBAN KALİTELİ VE VERİMLİ SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA "F KLAVYE" GERÇEĞİ | PROF. DR. YUSUF ZİYA ÖZCAN: POLONYA'DA TEK PERVANELİ TAYYARELERLE UÇUP STRES ATACAĞIM | ÜMİT ŞAHİN ÖZEL HASTANELERİNİN PUANLANDIRILMASI VE ÇELİŞKİLER | PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ SAĞLIK TURİZMİNDE TERMAL SU GÜVENLİĞİ | PROF. DR. ÇAĞATAY GÜLER HEMŞEHRİLİK BİLİNCİ İÇİNDE HALK SAĞLIĞI VE ÇEVRE YAKLAŞIMI | DR. AHMET MURT TIP EĞİTİMİ: UZMANLIK EĞİTİMİ | ADNAN ÜÇCAN AYDINLATILMIŞ ONAM | DR. MAHMUT TOKAÇ OSMANLI'DAN GÜNÜMÜZE ECZANE SAYISININ SINIRLANDIRILMASI MESELESİ | DR. KADİR DOĞRUER KARİKATÜR



EYLÜL-EKİM-KASIM 2012
SONBAHAR, SAYI 24
ISSN: 1307-2358

TESA
TÜRKİYE EĞİTİM, SAĞLIK VE
ARAŞTIRMA VAKFI
ADINA SAHİBİ
Dr. 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
Prof. Dr. Muzaffer Şeker

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 Özalp
Prof. Dr. İzzet Özgenç
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Doç. Dr. Akif Tan
Doç. Dr. Mustafa Taşdemir

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Murat Çakır

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

Tartışmaların girdabında sezaryen ve kürtaj

Oriana Fallaci "Doğmamış çocuğa mektup" adlı kitabına şöyle başlar: *"Kuşkulandıktan korkmayana, bıkmadan usanmadan ve ölüm tehlikesine aldırılmadan nedenleri arayana, hayat verme ya da bunu geri çevirme bilmecesini kendi kendine soran bu kitap, bir kadın tarafından tüm kadınlara adanmıştır."* Kitabın ilk cümleleri, *"Seni içimden atmanın daha iyi olmayacağını nasıl bileceğim, yeniden sessizliğe dönmek istemediğini nasıl anlayacağım?"* sorularıdır. Kitabın ilerleyen bölümlerinde karnındaki bebekle konuşan anne, *"Acı çekmek hiç yokluktan daha iyidir, bunu yaşama, doğmak mı doğmamak mı bilmecesine kadar uzatırsam bedenimin her zerresiyle haykırabilirim ki doğmak doğmamaktan iyidir..."* diye devam eder. En sonunda roman, önce çocuğun, ardından da annenin ölümüyle biter...

Shakespeare'in çibana kabuk bağlatmamalı dediği gibi Başbakan Erdoğan'ın artan sezaryen oranları ve kürtaj için çarpıcı çıkışıyla, toplumumuzda derinlerde cerahatleşen bir yara, bir konu, birden gün ışığına çıkıverdi ve hararetli tartışmaları başladı. Aslında yıllardır bolca tartışılması gereken, sosyal, ahlaki, dini, ekonomik, tıbbi yönleriyle toplumun her kesimini içine çeken, farklı açılardan ele alınarak tartışılacak bir konuydu bu. Ancak çok az tartışılmış hatta hiç konuşulmamıştı bile.

Feministlerin söylediği gibi kadının bedeni üzerinde söz hakkı

sadece kadına mı aitti, anne karnındaki çocuğun bedeni üzerine kim söz hakkı taşımalıydı? İslam dini bu konuda neler söylüyor, kulaktan dolma bilgilerle değil de doğru bilgilerle konuya yaklaştığımızda neler çıkıyordu ortaya? Katolik Kilisesi, Musevi Cemaati, Budizm bu konuda yıllar içinde hangi görüşleri ileri sürmüştü, dolayısıyla Batılı ülkeler ve dünya bu konuya nasıl bir yaklaşım gösteriyordu? Tarihte kürtaj ve sezaryen için ne tür uygulamalar olmuş, kültürlere, coğrafyalara göre nasıl farklılıklar gelişmişti?

Sezaryene karşı olmak; normal yolla doğumda bebeğin ya da annenin ya da her ikisinin birden hayatının tehlikeye gireceği durumlarda tıbbi bir zaruret olarak tüm dünyada uygulanmakta olan yöntemlere karşı olmak mıydı? Yani normal yoldan sağlıklı doğamayacak bebeklerin ya da sağlıklı doğum yapamayacak olan annelerin ölümlerine razı olmak mıydı? Ya da anne adaylarının salt doğum korkusu nedeniyle keyfi olarak bu yolu seçmesine karşı olmak mıydı? Kaba kurallar yerine tartışılarak konulmuş, ince ayrıntılara, ince sınırlara ihtiyaç olduğu belliydi.

Kürtajı tartışırken sıkça dile getirildiği gibi tecavüze uğrayan bir kadının bu çocuğu doğurması neler getirecek, toplumun evlilik dışı hamilelikler konusundaki katı baskısıyla anne adayının hayatının tehlikeye girmesi karşısında doğru seçenek ne olmalıydı? Tecavüz karşı-

sında kadın korunurken kadının karnındaki çocuğun kim koruyacaktı? Daha da önemlisi toplum hayatımızda bu tür sorunları hasıraltı ederek aşmaya çalışırken duyar-sızlaşıyor muyduk? Egosantrik bir yaşantının kucağında ben merkezli çözümler dışında farklı arayışlarla, soruları doğru sorup korkusuzca cevap arayabiliyor muyduk?

Kürtaja karşı olmanın sadece dinsel inançlardan ve ahlaki değerlerden geldiği ön yargısını kırabilir, karşı olmanın ya da izin vermenin de hem dinsel inançlar, hem bilimsel veriler, hem ekonomik gerçekler, hem sosyal süreçlerce oluştuğunu ve hepsinde de tartışılarak bazen karşı olmak bazı yerlerde de izin vermek gerektiğini vurgulayabilir, bu ince çizgileri ortaya koyabilir miydik? Kürtaj konusunda karşı ya da yandaş olmak yerine nüansları belirlemenin daha önemli olduğunu fark etmek, bize bu konudaki tartışmanın önemini gösterdi.

SD'nin bu sayısında son günlerde kamuoyunda büyük yankı uyandıran sezaryen ve insanlık tarihi kadar eski bir konu olan kürtaj konusunu ele almak istedik. Konuyu geniş bir yelpazede ele alarak farklı bakışların ve nedenlerinin anlatılmasına yer vermek istedik. Belki bir tek sayı bu konulardaki tartışmalar ve farklı bakış açılarına göre değerlendirmeler için çok az kalacaktır ama önce meselenin ve sorunların net olarak ortaya konmasıyla başlamak gerekiyor...



İçindekiler

6

KÜRTAJ SADECE TIBBİ BİR KARAR OLABİLİR Mİ?
PROF. DR. ŞAHİN AKSOY

10

KÜRESEL BAKIŞ AÇISI: SEZARYEN VE KÜRTAJIN
CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞINDAKİ ROLÜ
DR. A. METİN GÜLMEZOĞLU



14

TÜRKİYE'NİN SEZARYEN DOĞUM HARİTASI
PROF. DR. MUSTAFA ÖZTÜRK - Ş. MUSTAFA AKSOY
DR. SEMA SANİSOĞLU

16

DİNLER TARİHİ AÇISINDAN KÜRTAJ
PROF. DR. ŞİNASI GÜNDÜZ

20

OSMANLI BELGELERİNDE ÇOCUK DÜŞÜRME
(İSKÂT-I CENÎN)
DR. MAHMUT TOKAÇ

24

NÜFUS POLİTİKALARI, SEZARYEN, KÜRTAJ VE
SOSYODEMOGRAFIK DEĞİŞİMLER
BAYRAM DEMİR

28

KÜRTAJ YASAĞINDA KİM NEREDE?
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN



30

SAĞLIĞIN BAŞI "ORGANİK DOĞUM"
DOÇ. DR. MUSTAFA ÖZTÜRK

32

CENİNİN CANI ACIR MI? İNSAN GELİŞİMİNİN
TEMEL EVRELERİ
PROF. DR. ENDER ERDOĞAN

36

İNSANLIĞIN VAHŞİ SABIKASI: İNFANTİSİT
PROF. DR. GÜRKAN ÖZTÜRK

38

KÜRTAJ YÖNETİMİ VE KOMPLİKASYONLARI
DR. SELMA ÖZKAN

40

İSTEĞE BAĞLI SEZARYEN: HAK MI, HAKSIZLIK MI?
PROF. DR. FAHRİ OVALI

42

KÜRTAJ YAPMAMA HAKKI
DR. RABİYE BABALIOĞLU

44

ÖZEL HASTANELERDE SEZARYENİN YÜKSEK
OLMA NEDENLERİ
DR. REŞAT BAHAT

46

EBELERİN SEZARYEN DOĞUMA BAKIŞI
YRD. DOÇ. DR. NAZAN KARAHAN
DR. ASİBE ÖZKAN



50

KADIN RUH SAĞLIĞI, SEZARYEN VE KÜRTAJ
PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ

54

SEZARYEN, KÜRTAJ VE NORMAL DOĞUMLA İLGİLİ
ADLİ TIP'TAKİ DAVA KONULARI
DR. A. SADİ CAĞDIR - PROF. DR. ALİ İHSAN TAŞÇI

58

SOSYOLOG NAZİFE ŞİŞMAN: HASTALIK VE ÖLÜM,
MODERN HAYATIN GÖRÜNTÜSÜNÜ BOZUYOR



62

SAĞLIKTA ŞİDDET VE HEKİM GÜVENLİĞİ
PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ

66

TÜRKİYE'DEKİ HASTANELER SAĞLIK TURİZMİNE
NE KADAR HAZIR?
MEDİNE BUDAK

68

TÜRKİYE'DE EVDE BAKIM HİZMETLERİ
ORGANİZASYONU İÇİN BİR MODEL ÖNERİSİ
GÜLAY EKİNCİ - PROF. DR. HAYDAR SUR

72

KALİTELİ VE VERİMLİ SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA
"F KLAVYE" GERÇEĞİ
AYTÜL NURDAN YAVUZ YILMAZ - YRD. DOÇ. DR.
GÜLFER BEKTAŞ - YRD. DOÇ. DR. HAKAN ÖZVERİ
DOÇ. DR. ARZU İRBAN

76

PROF. DR. YUSUF ZİYA ÖZCAN: POLONYA'DA TEK
PERVANELİ TAYYARELERLE UÇUP STRES ATACAĞIM



82

ÖZEL HASTANELERİNİN PUANLANDIRILMASI
VE ÇELİŞKİLER
ÜMİT ŞAHİN

84

SAĞLIK TURİZMİNDE TERMAL SU GÜVENLİĞİ
PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ

88

HEMŞEHRİLİK BİLİNCİ İÇİNDE HALK SAĞLIĞI
VE ÇEVRE YAKLAŞIMI
PROF. DR. ÇAĞATAY GÜLER

92

TIP EĞİTİMİ: UZMANLIK EĞİTİMİ-İ
DR. AHMET MURT



96

AYDINLATILMIŞ ONAM
ADNAN ÜÇCAN

98

OSMANLIDAN GÜNÜMÜZE ECZANE SAYISININ
SINIRLANDIRILMASI MESELESİ
DR. MAHMUT TOKAÇ

104

KARİKATÜR
DR. KADİR DOĞRUEK

Kürtaj sadece tıbbi bir karar olabilir mi?*

Prof. Dr. Şahin Aksoy



1965 yılında Ordu'da doğdu. 1990 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1993-1999 arasında tıp etiği alanında doktora çalışmaları için İngiltere'de Manchester Üniversitesi'nde bulundu. 1999'da Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı'nda Yardımcı Doçent öğretim üyesi olarak göreve başladı. 2003'te doçent, 2008'de profesör oldu. 2 dönem Şanlıurfa Tabip Odası Başkanlığı da yapan ve uzun yıllar Medimagazin'de köşe yazıları yayımlanan Dr. Aksoy, pankreas kanseri teşhisi ile tedavi gördüğü Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde geçtiğimiz Haziran ayında Hakk'a yürüdü.

* Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi 1996, 4:12-15 sayısında yayımlanmış olan bu makale, merhum Aksoy'un ölümünün ardından hem dosyamıza önemli bir katkı olması hem de merhumun yâd edilmesi adına, adı geçen kaynaktan izin alınarak yeniden yayımlanmıştır.

Kürtaj (abortion), “uterus içindeki embriyo veya fetüsün imha edilmesi veya fetüsün hayatını sonlandırmak kastı ile vaktinden önce uterus dışına çıkartılması”⁽¹⁾ şeklinde tanımlanırken, bununla sıkça karıştırılan düşük (miscarriage) kavramı, “embriyo veya fetüsün 20. haftadan önce uterus dışına çıkması”⁽²⁾ olarak belirtilmiştir. (Uterus: Rahim) Tanımlardan da anlaşılacağı üzere düşükte “doğal” sebepler veya primer olarak embriyonun hayatını sonlandırmayı amaçlamayan dış etkiler söz konusu iken, kürtajda primer amaç uterustaki canlının hayatını sonlandırmaktır. Olayın bu boyutu da kürtajın her zaman tartışılan ve etik açıdan sorgulanan bir “tıbbi müdahale” olarak kalmasına neden olmuştur.

Eski Çin'den kalma MÖ. 2700 tarihine ait tıbbi dokümanlarda kürtaj tekniklerinden bahsedilmesi⁽³⁾ bize, bu uygulamanın insanlık ve tıp tarihinde ne kadar eski bir “gelenek” olduğunu düşündürmektedir. Tıbbin tarihi gelişimi içerisinde önemli bir yeri olan Hipokrat'ın (MÖ. 3.yüzyıl) tıp mesleğinin icrasında uyulması gereken kuralları özetlediği “Hipokrat Yemini”nde, “Hiçbir kadına abortiona sebep olacak ilaç vermeyeceğime...”⁽⁴⁾ demesi, kürtajın o dönemlerde de hekimler tarafından uygulandığını göstermektedir. Kürtajın tarih boyunca topluma böylesine mal olması, doğal olarak, devletleri bu uygulamaya yasal bir düzenleme getirmeye yöneltmiştir. Böylece her devlet değişik dönemlerde kürtajın yasaklanmasını veya serbestçe uygulanabilmesini sağlayacak kanunlar

çıkartmıştır. Özgen makalesinde, devletlerin bu tip yasal düzenlemeleri yaparken neleri göz önünde bulundurduğuna ilişkin şunları söylüyor: “Devletin nüfus siyasetinin çocuk düşürme ve düşürtme suçları üzerinde etkisinin büyük olduğunu kabul etmemiz gerekir. Devletin, nüfusun arttırılması siyasetini benimsediği zamanlarda, nüfusun azalmasına neden olacak bütün eylemleri ve bu arada rızalı dahi olsa çocuk düşürme fiilini de yasaklayacağına kuşku yoktur.”⁽⁵⁾ Arda ve Pelin de yazılarında, bu durumun Türkiye'deki uygulamasını şu şekilde özetlemişler: “Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk yıllarında nüfus artışı arzulanıyordu kürtaj yasaklanmış, Türk Ceza Kanunları kürtajı bir suç olarak tanımlamıştır. Ayrıca dini inancın kürtajı bir günah olarak kabul etmesi de bu uygulamayı desteklemiştir. Ancak değişen sosyoekonomik ve sosyokültürel şartlar sonucunda 1983 yılında çıkarılan kanun ile hamileliğin 10. haftasına kadar yapılan kürtajlar yasal olarak kabul edilmiştir.”⁽⁶⁾ Oysaki bir canlının hayatını sonlandırmanın söz konusu olduğu bir eylemin, devlet politikası gibi değişebilen kavramlar ile değil; tıp, felsefe, hukuk ve din gibi kökü daha eskilere dayanan ve toplumların hayatında önemli yeri olan kurumlar tarafından yönlendirilmesi gerekirdi.

Rosner, modern tıpta karşılaşılan sorunları Musevi etiği açısından ele aldığı kitabında, kürtajın Tevrat'ın hiçbir yerinde açık olarak yasaklanmış olmamasına rağmen, Musevilerin neden kürtaj yap-tırmaması gerektiğini şu şekilde dile getirmektedir: “Kürtaja karşı olmamızı gerektiren başka bir felsefi yaklaşım da

şudur; yüzyıllar boyunca milyonlarca Yahudi, düşmanları tarafından yok edildi. Bugün bizler kürtaj yolu ile aynı şeyi yapmaya devam mı edeceğiz? Tabii ki hayır!”⁽⁷⁾ Bu veya başka nedenlerden dolayı, aslında birçok bakımdan modern ve Batılı bir toplum olan İsrail'de kürtaj yasaklanmıştır. Burada verdiğimiz örneği birçok ülke ve dini anlayışa da örneklemek mümkündür.

Tanımlanmasında fayda olan diğer iki kavram da “nüfus/aile planlaması” ve “doğum kontrolü”dür. Nüfus/aile planlaması, “Fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları demektir ve nüfus planlaması gebeliği önleyici tedbirlerle sağlanır”⁽⁸⁾ şeklinde tanımlanırken, doğum kontrolü, “hükümetler ve buna bağlı kuruluşların toplumdaki her ailenin ortalama kaç tane çocuk sahibi olması gerektiğini öngörerek bu amaca yönelik tedbirler alması”⁽⁹⁾ olarak tarif edilmiştir. Hükümetlerin, toplumdaki ailelerin kaç çocuk sahibi olması gerektiği yönünde politika geliştirip, bunu topluma empoze etmesinin etik açıdan kabul edilebilirliğinin tartışmasını bir yana bırakarak, uygulamaya baktığımızda farklı bir tablo ile karşılaşmaktayız. Şahinoğlu'nun da yazısında belirttiği gibi, “Kürtaj, hiçbir zaman bir aile planlaması yöntemi olarak kabul edilmemesine rağmen, önceleri yasa dışı, daha sonraları yasal olarak bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmıştır.”⁽¹⁰⁾ Bu durumda yapılması gereken nedir? Bu soruya verilebilecek birçok cevaptan bir tanesi şu olabilir: Öncelikle nüfus/aile planlaması tanımı içerisindeki, “her ferdin, istedikleri sayıdaki çocuğa, istedikleri zamanda



sahip olmaları” ilkesine sadık kalmak -ki bu kanunun gereği-, sonra da kürtajın bu prensip içindeki yerini sorgulamak.

Bunu yapabilmek için, kürtajın ne olduğunun ve bu “müdahale” ile ne yapıldığının farklı boyutlarda tanımlanması gerekir. Kürtajın tıbbi ve hukuki boyutu gerek halk arasında, gerekse tıp ve hukuk çevrelerinde oldukça iyi bilinmesine rağmen; felsefi, ahlaki ve dini boyutu çok fazla gündeme getirilmemektedir. En aşırı kürtaj taraftarları da dâhil olmak üzere herkes, kürtajda yapılan müdahalenin, var olan bir hayatı sonlandırdığını kabul etmektedirler. Ancak temelde tartışılan iki nokta; 1) Uterus içindeki hayatın bir insan bireyinin (human person) hayatı olup olmadığı, 2) Uterustaki canlının (insan bireyi olsun veya olmasın) yaşama hakkının, hamile kadının kişilik hakları karşısındaki durumudur.

Bunlardan daha az karmaşık gibi görünen ikincisini ele alacak olursak; kadın hakları, özellikle kadının kendi bedeni üzerindeki hakları konusunu kürtaj olgusu ile ilişkilendirerek yazarlar arasında öncü sayılabilecek Amerikalı felsefeci Thomson, uterustaki canlının bir insan bireyi olduğunu kabul etmekle birlikte şöyle demektedir: “Her canlı yaşama hakkına sahip olduğu gibi embriyo ve fetüsün de yaşama hakkı vardır. Ancak kadın da kendi bedeninde olanlara ve kendi bedenine olacaklara karar verme hakkına sahiptir”.⁽¹¹⁾ Thomson burada başka bir canlının hayatının söz konusu olmasının sonucu değiştirmeyeceğini,

çünkü hiç kimsenin başka birisi için, onu hayatta tutmak adına bile olsa, “büyük fedakârlıklar” yapmaya -ahlaki açıdan- mecbur olmadığını söylüyor ve düşüncesini şu şekilde örneklendiriyor: “Varsayalım ki ben ölümcül bir hastalığa yakalanmışım ve beni hayata döndürecek tek şey Henry Fonda’nın serin ellerinin benim ateşler içinde yanan alnımda dolaşması. Bu durum Henry Fonda’yı Amerika’nın batı sahillerinden gelerek serin ellerini benim alnımda dolaştırmaya mecbur bırakamaz. Eğer böyle bir şey yaparsa büyük bir nezaket ve alicenaplık göstermiş olur fakat aksi davranışı da yanlış kabul edilmemelidir”.⁽¹²⁾ Thomson ile benzer görüşlere sahip Ellen ve Jeffrey Paul de, “Nasıl bir tarla sahibi dilediği zaman tarlasında mısır yetiştirmekten vazgeçip bütün mısırları yok etme hakkına sahipse, bir kadında kendine ait olan bedenindeki başka bir canlının varlığına dilediği zaman son verme hakkına sahiptir”.⁽¹³⁾ demektedirler. Bu görüşlerin devamı olarak şu söylenebilir: Nasıl ki bir kadın iç organlarından birisi olan bağırsaklarındaki solucanların “hayatını” -kendisine zarar vermeseler bile-, tıbbi veya cerrahi bir yolla sonlandırabilirse, yine aynı kadın iç organlarından bir diğeri olan uterusundaki embriyo veya fetüsün “hayatını” da aynı yöntemlerle sonlandırabilmelidir. Birinci uygulamaya kimse itiraz etmezken, ikinci uygulama birçok kimse tarafından kabul edilemez olarak ilan edilmiştir. Bunun sebebi de uterus içindeki canlının “moral (ahlaki) statüsü”dür.

Eğer insan olmak için 23 çift kromozom taşımak ve fiziksel olarak homo sapiense benzemek yeterli değilse, öteki sosyal bilimlerin, özellikle felsefe ve teolojinin kurguladığı değer yargılarına ihtiyacımız olacaktır. Aksi takdirde, 6 günlük zigot ile 6 haftalık embriyo arasındaki, 6 haftalık embriyo ile 6 aylık fetüs arasındaki, 6 aylık fetüs ile 6 günlük yenidoğan arasındaki farkı tanımlamada ve neden bunlardan birinin “hayatını” sonlandırmayı hukuki ve etik açıdan kabul edilebilir kılarken, diğerinin “hayatını” sonlandırmayı yanlış ve yasak ilan ettiğimizi açıklamakta güçlüğümüzü kekebiliriz.



“Neden bağırsaktaki zararsız solucanları öldürmekte bir mahsur yokken uterustaki fetüsü öldürmek yanlıştır?” sorusuna verilecek olan “Çünkü o bir insan, en azından insan olma potansiyeline sahip bir canlı” cevabı herkesi tatmin etmeyebilir. Örneğin Harris, böyle bir ayrımın “belli bir türü üstün kabul etmek” (speöesism) olduğunu ve bunun da, ırkçılık ve milliyetçilikten bir farkı olmadığını söylemektedir.⁽¹⁴⁾ Ve o bir canlıyı sadece homo sapiens türünden olmadığı için öldürmenin, bir insanı beyaz ırktan veya falan ulustan olmadığı için öldürmekle eşanlamlı olduğunu savunmaktadır. Bunun ötesinde Harris, yalnızca 23 çift kromozom taşımanın bir canlıyı insan bireyi (human person) yapmak için yeterli olamayacağını ifade ederek; bir canlının bir birey (person) olarak kabul edilebilmesi için, her şeyden önce kendi hayatının farkında olması, sonra bu fark ettiği şeyin farkında olması, son olarak da kendi hayatının değerini bilme yetisine sahip olması gerektiğini söylemektedir.⁽¹⁵⁾ Fletcher da “insan olmanın göstergeleri” olarak; kendi şuurunun farkında olma,

kendi kendini kontrol edebilme, geçmiş zaman ve gelecek zaman duygusuna sahip olma, başkaları ile iletişim kurabilme, başkaları için endişelenebilme ve merak duygusunun varlığından bahsetmektedir.⁽¹⁶⁾ Tooley ise, bir canlının yaşama hakkının olabilmesi için, süregiden zaman içinde kendisini ayrı bir birim olarak algılayabilme kapasitesine sahip olması gerektiğini, kendini bu şekilde algılayamayan bir canlının varlığını sonlandırmanın onun çıkarlarına zıt olamayacağını, çünkü onun “çıkar” kavramının da mahrum olacağını savunmaktadır.⁽¹⁷⁾ Birbirine benzeyen yukarıdaki görüşlere göre, döllendiği andan itibaren prenatal dönemin hiçbir aşamasında bu şartları yerine getiremeyecek olan fetüsü bir birey olarak kabul edip ona bazı haklar tanımak, bunların arasında yaşama hakkı verilmesinden bahsetmek mümkün olmayacaktır.

Buna karşılık bir grup yazar, prenatal dönemin belli bir evresinden sonra uterus içindeki canlının bir insan bireyi olarak kabul edilmesi gerektiğini

savunmaktadır. Bu konuyu başka bir makalemizde⁽¹⁸⁾ işlemiş olmakla birlikte bu konudaki birkaç görüşü ele alacak olursak şunları söyleyebiliriz: Mason, zigotun endometriuma implante olmasından sonra artık ayrı bir canlı olarak algılanması gerektiğini, “onun bu şekli ile anatomik ve fizyolojik olarak insanlık âleminin bir bireyi olduğunu”⁽¹⁹⁾ söylerken, Ford, 14-15.günde oluşmaya başlayan “primitif streak”in belirleyici olduğunu, “bu aşamadan itibaren insan bireyinin ontolojik ve biyolojik olarak var olmaya başladığını”⁽²⁰⁾ savunmaktadır. Ünlü embriyolog Keith L.Moore, “*Embryo prenatal dönemin hangi aşamasında İnsan olmaya başlar?*” sorusunu, “*Bu sorunun bilimsel yanıtı şudur: Embriyo taşımış olduğu -insan- kromozomlarından dolayı döllenme anından itibaren insan olma potansiyeline sahiptir. İki şeyi kesin olarak saptamak gerekir ki; 1) İnsan gelişimi döllenme anından itibaren başlar, 2) Zigot ve erken evredeki embryo da yaşayan bir canlıdır. Benim kişisel görüşüm şudur ki, embriyo insana özgü bazı ayırıcı fiziksel özellikleri kazandığı*

sekizinci hafta içinde insan olmaya başlar⁽²¹⁾ şeklinde cevaplamıştır.

Yukarıda görüşlerini aktarmaya çalıştığım yazarlar daha öncekilerin aksine uterus içindeki canlının, bu “sessiz yolculuk”un⁽²²⁾ belli bir aşamasından sonra belli haklara sahip olması, bunların başında da yaşama hakkının gelmesi gerektiğini savunmuşlardır. Oysa ülkemizdeki kürtaşı düzenleyen kanun, “Gebeliğin 10. haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir”⁽²³⁾ demektedir, uterustaki canlının yaşama hakkını tanımamış, onun hayatını sonlandırma hakkını, Thomson’un görüşlerine paralel olarak, anne baba adayına vermiştir. 1983 yılında kabul edilen bu yasa ile de Türkiye, Avrupa’daki en liberal kürtaşı yasasına sahip ülkeler arasına da girmiştir. Belçika, Britanya, Fransa, İtalya, Almanya ve İskandinavya ülkelerinde de hamileliğin ilk üç ayında istek üzerine kürtaşı serbest iken G. İrlanda, K. İrlanda, Arnavutluk, Portekiz, İspanya, İsrail ve İsviçre’de hamileliğin erken dönemleri de dahil olmak üzere gebeliğin sonlandırılması oldukça sınırlandırılmıştır.⁽²⁴⁾

İsteğe bağlı kürtaşı 10 veya 12 hafta ile sınırlandırılması, ondan sonra yapılacak gebeliği sonlandırma işlemlerinde ise anne-babanın bu isteğinin iki doktor tarafından “onaylanmasının” gerekliliğine gösterilen gerekçelerden bir tanesi, “gebeliğin ilk 10 haftasının embriyonun uzuvlarının belirmediği, dolayısı ile “cenin” niteliği almadığı”⁽²⁵⁾ iken diğeri, birinci trimesterde yapılan kürtaşı taşıdığı riskin, normal doğum olayından daha az olduğu, bu riskin hamileliğin daha sonraki dönemlerinde yapılan kürtaşılarında ise giderek arttığıdır.⁽²⁶⁾ Burada gösterilen gerekçelerde ortak olan noktalar; 1) Her ikisinin de bilimsel açıdan doğruluğunun tartışılabilir olması, 2) Her ikisinin belirlenmesinde de yalnız tıbbi verileri kullanmış olmasıdır. Oysa Mason ve McCall Smith’in de belirttiği gibi, bir insan bireyini meydana getiren özelliklerin tespit edilmesi ve insan hayatının ne zaman başladığının saptanması bilimsel bir karar olmaktan çok, moral (ahlaki) bir karardır.⁽²⁷⁾

Tıp -mevcut imkânları ile- ancak uterus içindeki canlının geçirmiş olduğu fiziksel evreleri tanımlayabilir ve bu bilgilerin de, gelişen teknoloji ve bilgi seviyesi ile değişme olasılığı vardır. Ancak eğer insan olmak için 23 çift kromozom taşımak ve fiziksel olarak homo sapiense benzemek yeterli değilse, başka bir yazımızda da ele almaya çalıştığımız gibi,⁽²⁸⁾ öteki sosyal bilimlerin, özellikle felsefe ve teolojinin kurguladığı değer yargılarına ihtiyacımız olacaktır. Aksi takdirde, 6 günlük zigot ile 6 haftalık

embriyo arasındaki, 6 haftalık embriyo ile 6 aylık fetüs arasındaki, 6 aylık fetüs ile 6 günlük yenidoğan arasındaki farkı tanımlamada ve neden bunlardan birinin “hayatını” sonlandırmayı hukuki ve etik açıdan kabul edilebilir kılarken, diğeri-nin “hayatını” sonlandırmayı yanlış ve yasak ilan ettiğimizi açıklamakta güçlük çekebiliriz.

Bu makalede, aslında çok geniş bir konu olan kürtaşı birkaç yönüne dikkat çekilmeye çalışıldı. Kürtaşı, tanımı gereği yaşayan bir canlının hayatını sonlandırmaktır ve uygulamanın bu yönü devletleri kürtaşı düzenleyen kanunlar yapmaya yöneltmiştir. Bu düzenlemeler yapılırken daha çok tıbbi verilerden yola çıkılmıştır. Oysa birçok felsefeci ve bilim insanının da belirttiği gibi insanı (human being) “insan bireyi” (human person) yapan yalnızca bazı fiziksel özellikleri değildir. Bu nedenle IVF, embriyo deneyleri ve fetal transplantlar gibi konuları da yakından ilgilendiren, “uterus içindeki canlının moral statüsünün tıp, hukuk, felsefe ve teoloji bilgilerinin ışığında yeniden tanımlanması büyük önem taşımaktadır. Bu konuyu yalnızca tıbbin verileri ile çözmeye çalışmak bizleri doğru sonuçlara ulaştırmayabilir. Brazier’in de belirttiği gibi, “yaşam ve ölüm ile ilgili son kararlar, sadece basit birer tıbbi karar değildir”.⁽²⁹⁾

Kaynaklar

- 1) Price DPT. *Selective Reduction and Feticide: The Parameters of Abortion. Criminal Law Review* 1988;199-210.
- 2) Şahinoğlu S. *Tıbbi Etik Açısından Kürtaşı Olgusu. Bilim ve Ütopya* 1995; 8:18.
- 3) Cale L. *My Baby, My Body, My Choice. Cromwell Press, Maidenhead, 1992:1.*
- 4) Reiser SJ, Dyke AJ, Curran WJ (eds). *Ethics in Medicine. Historical Perspective and Current Concerns. Cambridge (Mass.), 1977:5.*
- 5) Özgen E. *Çocuk Düşürme ve Düşürtme Suçlarında Ülkemizdeki Son Durum. Nüfusbilim Dergisi* 1984; 6:5-25.
- 6) Arda B, Pelin SŞ. *Bioethics in Turkey in 1995. Eubios Jour of Asian and Int Bioethics* 1995; 5:64-5.
- 7) Rosner F. *Modern Medicine and Jewish Ethics, Routledge. London 1991:154.*
- 8) 27 Mayıs 1983 tarihli Resmi Gazetenin 18059 sayfasında yayımlanan 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanunun 2maddesi.
- 9) SPUC (Society for the Protection of Unborn Children) *Information Depart menfin Şubat 1995 tarihli bildirisi.*
- 10) Şahinoğlu, a.g.e., s.18.
- 11) Thomson JJ. *A Defense of Abortion. Philosophy&Public Affairs* 1971; 1:47-66.
- 12) Thomson, a.g.e., p 55.
- 13) Paul EF, Paul J. *Self-ownership, Abortion and Infanticide. Journal of Medical Ethics* 1979; 5:133-8.
- 14) Harris J. *The Value of Ufe. Routledge, London 1985:23.*

Birçok felsefeci ve bilim insanının da belirttiği gibi insanı (human being) “insan bireyi” (human person) yapan yalnızca bazı fiziksel özellikleri değildir. Bu nedenle “uterus içindeki canlının moral statüsünün tıp, hukuk, felsefe ve teoloji bilgilerinin ışığında yeniden tanımlanması büyük önem taşımaktadır. Bu konuyu yalnızca tıbbin verileri ile çözmeye çalışmak bizleri doğru sonuçlara ulaştırmayabilir. Brazier’in de belirttiği gibi, “yaşam ve ölüm ile ilgili son kararlar, sadece basit birer tıbbi karar değildir.

15) Harris, a.g.e., p.18.

16) Fletcher J. *Indicators of Humanhood: A Tentative Profile of Man. The Hastings Center Report* 1972; 2:5.

17) Tooiey M. *A Defence of Abortion and Infanticide. In: Joel F, ed. The Problem of Abortion. California: Wadsworth Pub Co, 1971:51-91.*

18) Aksoy S. *When does a human individual begin to be?: A Philosophical, Embryological and Theological Perspective. (Makale Journal for Applied Philosophyde yayınlamak üzere değerlendirilme aşamasındadır.)*

19) Mason JK. *Human Life and Medical Practice. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1988:77.*

20) Ford N. *When Did I Begin? Cambridge: Cambridge University Press, 1988:172.*

21) Moore KL. *Before We Are Born. Philadelphia: WB Saunders Co, 1989:71-2.*

22) Aksoy S. *The Silent Journey. The Fountain* 1995; 12:42-4

23) Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, a.g.e., Madde 5.

24) Dworkin R. *Life's Dominion. London: Harper Collins Pub, 1993:63.*

25) Özgen, a.g.e., s.8.

26) Brazier M. *Medicine, Patients and the Law. Penguin Books, Harmondsworth, 1987:201.*

27) Mason JK, McCall Smith RA. *Law and Medical Ethics. London: Butterworths, 1994:107.*

28) Aksoy Ş. *What Makes A Person? The Fountain* 1996; 14:12-4.

29) Brazier, a.g.e., p 30.

Küresel bakış açısı: Sezaryen ve kürtajın cinsel sağlık ve üreme sağlığındaki rolü

Dr. A. Metin Gülmezoğlu



Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olan Dr. Gülmezoğlu, 1990 - 1995 yıllarında Güney Afrika Cumhuriyeti'nde, daha sonra İngiltere'de Cochrane Merkezinde çalışmıştır. DSÖ'de 1997 yılından beri anne sağlığı konusunda özellikle doğum sonrası kanamaları önleme, ölüm ve ciddi morbidite konusunda çok merkezli çalışmaları yöneten Gülmezoğlu, DSÖ'nün yayımladığı uluslararası tedavi protokolleri projelerini koordine etmektedir. Cochrane Collaboration Pregnancy and Childbirth (gebelik ve doğum) Ve Fertility Regulation (fertilite kontrolü) gruplarının editörleri arasında yer almaktadır. İnternet üzerinden yayımlanan DSO Üreme Sağlığı Kütüphanesi (WHO Reproductive Health Library) projesini koordine etmektedir. DSO Cenevre Ofisinde Anne Sağlığı ve Perinatal Sağlık Birimi sorumlusudur.

Sezaryen ve kürtaj (isteğe bağlı düşük) cinsel sağlık ve üreme sağlığının önemli ve aynı zamanda tartışmalı konularıdır. Sezaryen ve kürtajın bazı ortak özellikleri olmakla birlikte tıbbi ve sosyal konuları, nedenleri ve gerek kişisel gerekse toplum sağlığı üzerindeki etkileri farklıdır. Bu nedenle bu iki olguyu ayrı ayrı tartışmak kanımca daha doğrudur.

1. Sezaryen tartışması

Küresel sezaryen oranları

Günümüzde dünyanın hemen her ülkesinde sezaryen artışı olduğunu söylemek pek yanlış olmaz. 2007 yılında yayımlanan 126 ülke ve bölgesel sezaryen oranları raporu; küresel ortalamayı % 15, bölgesel ortalamaları Latin Amerika ve Karayipler için % 29,2, Avrupa için % 19, Asya için % 15,9 ve Kuzey Amerika için % 24,3 olarak belirlemiştir.⁽¹⁾ DSÖ olarak 2004 yılından beri 24 ülkeyi kapsayan doğum şekli ile anne ve bebek sağlığı arasındaki ilişkiye baktığımız çalışmada, yaklaşık 300 bin doğumun % 25,7'sinin sezaryenle, % 1'inin tıbbi endikasyonsuz sezaryenle olduğunu saptadık.⁽²⁾ Yüzde bir, oran olarak az olarak görünebilirse

de birçok ülkede sezaryen oranlarının artmasıyla bu oranın da artacağını varsaymak gerekir. Nitekim bu çalışmanın devamı sayılabilecek anne ve bebeklerde ölüm ve ciddi morbiditeyi incelediğimiz araştırmada sezaryen oranlarının her coğrafi bölgede arttığını gözledik.⁽³⁾ Bir önceki çalışmada yer alan hastanelerin sezaryen oranlarına baktığımızda yıllık artış Latin Amerika ülkelerinde % 5,1, Afrika ülkelerinde % 13,3, Güney-Doğu Asya ülkelerinde % 4,4 ve Batı Pasifik ülkelerinde % 6,1 oranındadır (Henüz yayınlanmamış bulgular). Bu eğilim devam ettiği takdirde 10-15 yıl sonra doğumların büyük çoğunluğunun sezaryen ile olacağını varsaymak durumundayız. Bu sezaryen artışını, yalnızca tıbbi gereksinim ya da endikasyonlarla açıklamamanın olası olmadığını söyleyebiliriz.

Sezaryen artışını etkileyen faktörler

Doğum şeklini belirleyen faktörler arasında tıbbi gereksinim ya da endikasyonların yanı sıra sosyal ve kültürel faktörler de önemli rol oynamaktadır. Bu bağlamda değişik kesimler değişik iddialarda bulunmaktadır. Sıklıkla tekrarlanan bir iddia, kadınların daha çok sezaryen

isteğinde bulunduğuudur. Mazzoni'nin, kadınların sezaryen tercihini inceleyen çalışmaların sistematik derlemesinde; değişik coğrafi bölgede olma, önceki gebelik sayısı ve önceki doğumların sezaryenle sonlandırılmış olup olmasının sezaryen tercihi üzerinde etkisi olduğu belirlenmiştir.⁽⁴⁾ Özellikle tercih sorusunun zamanlaması önemli bulunmuştur. Gebelik dışı ve gebelik sırasında sezaryen tercih oranı % 10-15 arasında iken gebelik sonrası dönemde bu rakam % 22'ye ulaşmıştır. Bu konudaki diğer çalışmalarda da kadınların yalnızca tercih olarak (psikolojik ya da tıbbi bir neden olmaksızın) sezaryeni seçme oranı % 10-15'i geçmemektedir.

Sezaryen artışını incelerken konunun sosyal ve medya yönüne de bakmak yararlı olabilir. Doğum şekli ve sezaryen tercihi günlük basın ve kadın dergilerinde nispeten sıklıkla bahsedilmekte, özellikle popüler tanınan kişilerin gebelikleri ve tercihleri medyada ele alınmaktadır. Brezilya'da yayımlanan popüler kadın dergilerinin sezaryen konusunu nasıl ele aldığı 20 yıllık (1988-2008) bir zaman diliminde derlenmiştir.⁽⁵⁾ Bu derlemede çoğunlukla sezaryenin kısa süreli avantaj ve dezavantajları üzerinde durulduğu ve tıbbi bilgilerin kaynaklarının iyi tanımlan-





Amerika Birleşik Devletleri ve bazı Doğu Avrupa ülkelerinde tüm gebeliklerin % 50-66'sı istem dışı gebeliklerdir ve bunların büyük çoğunluğu kürtajla sonlanmaktadır. Kontrasepsiyon başarısızlığı durumunda güvensiz düşük sıklıkla karşılaşılan bir sonuç olmakta ve kadının yaşamını tehlikeye sokan bir durum ortaya çıkmaktadır.

lanmadığı belirtilmektedir. Sezaryenin avantajları olarak ağrısız doğum ve gerek doktorlar gerekse kadınlar için zamanlama kolaylığı getirdiği, dezavantaj olarak doğal olmayan bir doğum şekli olması ve nekahat devresinin daha uzun olması gösterilmiştir. Burada ilginç olan şey, gerek anne gerekse bebek açısından uzun süreli etkilerin daha seyrek tartışılmasıdır. Bunun bir nedeni sağlık görevlilerinin ve araştırmacıların (gerek halk sağlığı uzmanı gerekse doğum hekimleri) sezaryenin uzun

süreli etkileri konusunda yeterli bir bilgi birikimi ya da kanıt tabanı oluşturamamış olmasıdır. Sezaryenin bebeklerde uzun süreli olumlu ya da olumsuz bir etkisinin olmadığı bilinmemektedir. Anne açısından sonraki gebeliklerde plasentanın yapışık olma riskinin arttığı bilinmekte ama bunun histerektomi, transfüzyon ve yoğun bakıma alınma gibi ciddi komplikasyonlara katkısı tam olarak nicelendirilebilmiş değildir.

Bir diğer iyi bilinmeyen konu, hastanelerdeki hizmet kalitesindeki sorunların doğum şeklini ne derece etkilediğidir. Örneğin doğum korkusu, gebelik sırasında annelere doğum sırasında ne gibi ağrı kesici yöntemleri kullanıldığı ve bunların etkinlik derecesi iyi anlatılırsa ve uygulanırsa belki azaltılabilir. Buna bir de sezaryen oranını azalttığı gösterilmiş olan doğum sırasında bire bir sosyal ve psikolojik destek sağlama eklenirse en azından genel korku ve ağrı korkusunun azaltılabileceği düşünülebilir.⁽⁶⁾

Son olarak hekimlerin sezaryen tercihinin genel sezaryen artışında rol oynadığını varsayabiliriz. Ne yazık ki bunu rakamlarla ifade etmek kolay değil. Günümüzde anestezi yöntemlerinin güvenilirliği, gelişmiş ülkelerde komplikasyonlarla başa çıkma başarısı (yoğun bakım, kan transfüzyonu gibi olanaklar), doğumun zamanlama kolaylığı ve meslek hatalarına karşı dava açma kolaylığına bağlı defansif hekimlik sorunlarının hekimleri sezaryene daha fazla yatkın kıldığı

muhtemeldir. Ancak sağlık sistemlerinin zayıf olduğu yerlerde sezaryenin anne ölüm ve ciddi morbidite oranını arttırdığını unutmamak gerekir.⁽²⁾

Sezaryen oranını azaltacak girişimler

Çok sayıda tıbbi, sosyal ve kültürel faktörün rol oynadığı bir olguya kolay ve basit bir çözüm bulunması maalesef zor. Khunpradit, gereksiz (tıbbi endikasyonsuz) sezaryen oranını azaltma amacı güden araştırmaların etkinliğini 2011 yılında yayımlanan Cochrane sistematik derlemesinde inceledi.⁽⁷⁾ Bu derlemeye altısı Kuzey Amerika, dördü Avrupa, ikisi Tayvan, ikisi İran ve biri Avustralya'da yapılan 16 çalışma dâhil edildi. Bu çalışmaları altısı gebeleri hedef alarak doğum korkusunu yenme, ilk gebeliklerindeki kadınlara eğitim ve sezaryen sonrası vajinal doğum amaçladılar. Bu çalışmalar genelde küçük çapta olup anne adaylarını değişik yöntemlerle eğitime ve destekleme girişimlerinin yararı konusunda önemli bir kanıt bazı oluşturamadılar. Diğer 10 çalışmada kadın-doğum uzmanları (n=6), toplum sağlığı hemşireleri (n=1) ve hastane ve kadın-doğum bölümleri (n=3) hedef alındı. Bu çalışmaların üçünde sezaryen oranlarında mütevazı düşüşler saptandı. Althabe, beş Latin Amerika ülkesinde zorunlu ikinci görüş girişimini inceledi. Bu çalışmada doğum protokolleri oluşturuldu ve sezaryen kararı alındığı zaman bunu ikinci bir doktora

teyit ettirme zorunluluğu getirildi. Bu çalışmada 1,9 toplam sezaryen risk farkı (% 95 güven sınırı 3,8 ile 0,1 arası) elde edildi.⁽⁸⁾ Tayvan'da Althabe çalışmasına benzer zorunlu ikinci görüş ve bölüm içi toplantılarda geri bildirim çalışması ortalama % 6,4 oranında tekrar sezaryen düşüşü sağladı.⁽⁹⁾ Bu çalışmada toplam sezaryen oranında bir farklılık bulunmadı. Bir diğer nispeten başarılı çalışmada lokal fikir liderlerinin yardımı sezaryen sonrası vajinal doğum önerilen ve vajinal doğum yapan anne sayısında artış sağladı.⁽¹⁰⁾

Sezaryen ile vajinal doğum ücretlerinin eşitlenmesi⁽¹¹⁾ ve yasal düzenlemelerle tıbbi protokol izletme girişimlerinin sezaryen oranlarını etkileme konusunda⁽¹²⁾ önemli bir etkisi olup olmadığı konusunda kanıt bazı zayıf bulundu.

Sonuç

Günümüzde hiç bir ülkede sezaryen artışını yavaşlatacak ya da durduracak bir çözüm bulunamamıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1985'te bazı uzmanların görüşüne dayanılarak önerilen % 5-15 arası ideal sezaryen oranı birçok orta ve çok gelirli ülkede aşılmış durumdadır. Komplikasyonsuz gebelik ve doğumların ebeler tarafından idare edildiği Hollanda ve bazı İskandinav ülkelerinde sezaryen oranı hala % 15-20 arasında ve bu ülkeler anne ve bebek ölümlerinin en düşük olduğu ülkeler arasındadır.

Kanımca doğum öncesi uygun eğitim ve doğum sırasında kaliteli ve bire bir destekli, uygun ağrı kontrolü her anne adayını için minimum standart olmalıdır. Bunun ötesinde sezaryen oranını düşürmek için yapılacak girişimlerin araştırma kapsamında ve olayın tıbbi, sosyal ve sağlık sistemi organizasyonu boyutlarını içine alacak şekilde planlanması uygun olacaktır.

2. İsteğe bağlı düşük (kürtaj)

Küresel kürtaj oranları

İsteğe bağlı düşük her kadın için çok özel bir durum olup toplumsal normlar ve yasal düzenlemeler göz önüne alındığında güvenilir tahminler elde etmenin güçlüğü ortadadır. Dünya Sağlık Örgütü ve Guttmacher Enstitüsü gerek isteğe bağlı gerekse güvensiz düşük tahminlerini yayımlamaktadır. Bu tahminlerde çeşitli yayınlara bakılarak değişik bölgelerdeki eksik bildirim ve hesaplama hataları düzeltilmekte ve sonra tahmini rakamlar yayımlanmaktadır. Küresel olarak 2008 yılında yaklaşık 43,8 milyon isteğe bağlı düşük ve 22 milyon güvensiz düşük olduğu tahmin edilmekte ve bunların % 99'u gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir.

Güvensiz düşükler anne ölümlerinin yaklaşık % 13'ünü oluşturmaktadır.⁽¹³⁾

Kürtajın nedenleri ve sınırlamanın getireceği sorunlar

İsteğe bağlı düşük; sosyal, kültürel, yasal ve dini boyutları olan karmaşık bir olgu olarak algılanabilir. Kürtajı bir halk sağlığı olgusu olarak öne çıkaran neden, güvensiz düşüklerin en önlenabilir anne ölümü nedeni olmasıdır. Üreme kontrolü, her kadın için sihi bir zorunluluktur. Bu sağlanmadığı takdirde istenmeyen veya zamansız gebelikler anne ve bebek sağlığını doğrudan tehlikeye atmaktadır. Hormonal kontraseptifler, rahim içi araç ve kısırlaştırma gibi modern kontraseptif yöntemler anne sağlığını koruyan ve hatta anne ölümlerinin azaltılması için en etkili yöntemlerdir. Maalesef hiç bir modern kontraseptif yöntem % 100 koruyucu olmamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde kürtajla sonlanan gebeliklerin % 13'ü doğum kontrol hapını ve % 14'ü prezervatifi doğru ve sürekli kullananlar arasında olmuştur.⁽¹⁴⁾

Amerika Birleşik Devletleri ve bazı Doğu Avrupa ülkelerinde tüm gebeliklerin % 50-66'sı istem dışı gebeliklerdir ve bunların büyük çoğunluğu kürtajla sonlanmaktadır. Kontrasepsiyon başarısızlığı durumunda güvensiz düşük sıklıkla karşılaşılan bir sonuç olmakta ve kadının yaşamını tehlikeye sokan bir durum ortaya çıkmaktadır. Türkiye gibi modern gebelikten korunma yöntemlerinin yanısıra geleneksel (geri çekme gibi) yöntemlerin yaygın olduğu yerlerde isteğe bağlı düşüğe gereksinim daha fazladır. Yapılan araştırmalarda kadınların kürtaja başvurma nedenleri incelenmiş ve çoğu olguda birden fazla etkenin rol oynadığı saptanmıştır.⁽¹⁵⁾ Modern kontrasepsiyon kürtaj olasılığını azaltsa da tam olarak önlemesi mümkün değildir. Bunun nedeni hem yukarıda bahsettiğim gibi en iyi yöntemlerin dahi başarısız olabilme olasılığı hem de ve daha önemli olarak kadınların kendi üreme-cinsel sağlığı ve kendi yaşamlarını tam kontrol edebilmekten yoksun olmalarıdır. Bu nedenle kürtaja getirilecek sınırlamalar, en çok sağlıklarıyla ilgili karar alamayan, kırsal kesimde ve sağlık merkezlerine uzak yerlerde yaşayan düşük gelirli kadınları olumsuz etkileyecektir.

Güvensiz düşüklerde gerek hijyenik koşulların eksikliği gerekse ehil kişilerin her zaman bulunmaması nedeniyle komplikasyon oranı artmakta ve özellikle kanama ve enfeksiyona bağlı ölüm ve ciddi morbidite görülmektedir.

Kaynaklar

1) Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, Wagner M. Rates of

caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2007 Mar;21(2):98-113.

2) Souza JP, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, Ruyan P; WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med.* 2010 Nov 10;8:71.

3) Souza JP, Gülmezoglu AM, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z; WHOMCS Research Group. The world health organization multicountry survey on maternal and newborn health: study protocol. *BMC Health Serv Res.* 2011 Oct 26;11:286.

4) Mazzone A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, Belizán JM. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG.* 2011 Mar;118(4):391-9.

5) Torloni MR, Daher S, Betrán AP, Widmer M, Montilla P, Souza JP, Merialdi M. Portrayal of caesarean section in Brazilian women's magazines: 20 year review. *BMJ.* 2011 Jan 25;342:d276. doi: 10.1136/bmj.d276.

6) Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Feb 16;(2):CD003766.

7) Khunpradit S, Tavender E, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Wasiak J, Gruen RL. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Jun 15;(6):CD005528.

8) Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised control trial. *Lancet* 2004;363:1934-40.

9) Liang WH, Yuan CC, Hung JH, Yang ML, Yang MJ, Chen YJ. Effect of peer review and trial of labor on lowering cesarean section rates. *Journal of the Chinese Medical Association* 2004;67:281-6.

10) Lomas J, Enkin M, Anderson GM, Hannah WJ, Vayda E, Singer J. Opinion leaders vs adult and feedback to implement practice guidelines-delivery after previous cesarean section. *JAMA* 1991;265:2202-7.

11) Lo JC. Financial incentives do not always work—an example of cesarean sections in Taiwan. *Health Policy* 2008;88:121-9.

12) Studnicki J, Rimmel R, Campbell R, Werner DC. The impact of legislatively imposed practice guidelines on cesarean section rates: the Florida experience. *American Journal of Medical Quality* 1997;12:62-8.

13) Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. — 6th ed. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf (Erişim tarihi: 20.07.2012)

14) Guttmacher Institute. http://www.guttmacher.org/pubs/fb_induced_abortion.html (Erişim tarihi: 20.07.2012)

15) Bankole A, Singh S, Haas T. Reasons why women have induced abortions: Evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspectives*, 1998;24:117-127

Türkiye'nin sezaryen doğum haritası

Prof. Dr. Mustafa Öztürk



1962 yılında Yozgat, Sorgun'da doğdu. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nin ardından (1989), Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Halk Sağlığı doktorasını tamamladı (1995). 1997'de Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda öğretim üyeliğine başladı, 2005'te Doçent oldu. Temmuz 2012'de Y. Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na Profesör olarak atandı. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nda Başkan Yardımcılığı görevini yürüten Dr. Öztürk, evlidir ve üç çocuk babasıdır.

Ş. Mustafa Aksoy



1962 yılında Konya'da doğdu. 1985 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1992 ile 1996 yılları arasında Anesteziyoloji ve Reanimasyon dalında ihtisas yaptı. 2005 yılında Sağlık Bakanlığı Bakanlık Müşavirliği'ne atandı. 2007 yılında Ankara İl Sağlık Müdürü olarak atandı. Ocak 2012'den beri Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı olan Dr. Aksoy, evlidir ve 4 çocuk babasıdır.

Dr. Sema Sanisoğlu



1963 yılında Trabzon'da doğdu. Beşikdüzü Merkez İlkokulu (1973) ve Beşikdüzü Kız Öğretmen Lisesi'nin ardından (1979) ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni (1986) bitirdi. 1994 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlığını tamamladı. Sağlık Bakanlığı'na bağlı değişik kurumlarda çalıştı. Halen Sağlık Bakanlığı Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanı olan Dr. Sanisoğlu, evlidir ve 2 erkek çocuk annesidir.

Sezaryenle doğum; anne rahmi dışında yaşama kabiliyetini kazanmış bebeğin, ameliyatla karnın ve rahmin kesilerek çıkartılması işlemidir. Antik çağlardan beri bilinen, dahası Roma İmparatoru Sezar'ın da bu yöntemle doğurtulmasından dolayı sezaryen olarak adlandırıldığı söylenen bu teknik, başlangıçta ölmek üzere olan gebe kadınların bebeklerini canlı olarak doğurtulabilmek amacıyla kullanılmıştır. Aydınlanma ve reform hareketleri ile birlikte Avrupa'da bilim ve teknolojiye gelişmeler hız kazanmış, benzer gelişmeler tıp alanında da gözlenmiştir. Antibiyotiklerin bulunması, cerrahi tekniklerin gelişmesi, anestezi alanındaki gelişmeler ve anesteziye bağlı komplikasyonların azalması ve güvenli kan transfüzyonunun sağlanabilmesi sonucunda bir taraftan sezaryen endikasyonları genişlerken diğer taraftan sezaryene bağlı mortalite ve morbidite oranlarında azalma gözlenmiştir.

Sezaryenle doğum günümüzde, vajinal doğumun mümkün olmadığı veya bebek ve/veya anne için tehlike oluşturan durumlarda alternatif bir doğum şekli olarak kullanılmaktadır. Ancak gelişmiş ve gelişmekte olan

ülkelerin pek çoğunda, uygulamanın yalnızca "tıbbi endikasyonlar"la sınırlı kalmadığı, sosyoekonomik ve sosyo-kültürel değişimlere paralel olarak yeni "sosyal endikasyonlar"ın ortaya çıktığı gözlenmektedir. Sezaryen artış sebepleri olarak nitelendirilebilecek bu durumlar Tablo 1'de sıralanmaktadır. Bütün bu gelişmelere rağmen gerek anne gerekse çocuk sağlığı yönünden normal doğumun sezaryene karşı üstünlüğü tüm otoritelerce kabul edilmektedir.

Dünyadaki durum

Sezaryenle doğum oranı başta ABD, Latin Amerika ve diğer Batılı ülkelerde 1970'lerden sonra artmaya başlamıştır. ABD'de bu oran 1958'de %2 ve 1965'te %4,5 iken sonraki yıllarda hızla %20'lere çıkmıştır. Ülke sağlık otoritesinin 1990'lardan itibaren bu oranı DSÖ'nün önerisi olan %15'in altına çekme çabasının istenilen neticeyi alamadığı (2009'da %32) görülmektedir. Öte yandan, komşu Latin ülkeleri olan Brezilya ve Meksika'da bu oranın %40'lara ulaştığı dikkate alındığında ABD'nin bu politikalarının en azından frenleyici bir etki gösterdiği ve sezaryen artış oranlarını yavaşlattığı söylenebilir.

Şekil 1'de OECD'nin 2011'de yayımladığı bir rapora göre üye ülkelerdeki sezaryen doğum oranları görülmektedir. Türkiye, 2009 yılına ait %42,7'lik oranıyla Brezilya ve Çin'den sonra OECD ülkeleri arasında bu oranı en yüksek olan üçüncü ülkedir. Tüm OECD ülkelerinin ortalaması ise %25,8'dir.

Türkiye'nin sezaryen haritası

Türkiye'de sezaryenle doğum oranı 1990'lardan itibaren artmaya başlamıştır. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması verilerine göre bu oran 1993'te %8 ve 1998'de %14 iken, 2003 yılında %21'e, 2008 yılında ise %36,7 seviyelerine kadar yükselmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre son 5 yılda (2007-2011) sezaryen oranları artmaya devam etmek suretiyle %46,6'ya çıkmıştır (Şekil 2). Aynı dönemde ilk doğumlara uygulanan "primer sezaryen" oranındaki çok az da olsa düşme ya da duraklamanın gözlenmesi ise umut vericidir.

Doğumların yapıldığı kurumlara göre sezaryen oranları karşılaştırıldığında (Şekil 3), gerek özel gerekse üniversite hastanelerindeki sezaryen oranları Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler-

den daha yüksektir. Bu durum, 2011 yılı itibarıyla ülkedeki tüm doğumların yaklaşık %40'ını gerçekleştiren (Tablo 2) ve bu oranını her geçen yıl daha da artıran özel hastanelere dikkatlerin çekilmesine neden olmaktadır. Nitekim sezaryen oranı %100'lere ulaşan özel hastaneler mevcuttur.

Şekil 4'te, TÜİK tarafından düzenlenen ve ülke genelini ilgilendiren çalışmalarda yaygın olarak kullanılan NUTS 2 bölgelerine göre sezaryen ile doğum oranları görülmektedir. Bu oran ülkenin batı bölgelerinde %60'a çıkarken doğu bölgelerinde %30'lara gerilemektedir. Kurumlar ve bölgeler birlikte karşılaştırıldığında da özel ve üniversite hastanelerinin sezaryen oranları daha yüksektir. Sözgelimi özel hastanelerin sezaryen oranı batı bölgelerinde %75'lerde iken doğuda bu oranın azalmakla birlikte yine de hiçbir bölgede %50'nin altına düşmediği gözlenmektedir.

Sonuç

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sezaryen ile doğumların oranının %15'i geçmemesini önermektedir. Ancak tüm dünyada özellikle son 30 yıl içinde sezaryenle doğum oranları tıbbi endikasyonlar ile açıklanamayacak ölçüde yükselmektedir.

Tıbbi endikasyonlarla sezaryen uygulanması anne ve bebek için hayat kurtarıcı olup, maternal ve/veya perinatal mortalite ve morbiditenin azaltılmasında oldukça etkilidir. Ne var ki endikasyonsuz yapılan sezaryenlerin de anne ve/veya bebekte morbidite ve mortaliteyi artırdığı da kabul edilmesi gereken bir gerçektir. Bu yüzden Sağlık Bakanlığımız, tıbbi endikasyonu olan gebelerin en iyi şartlarda sezaryenle doğum yapmalarını sağlamanın yanı sıra, tıbbi endikasyon dışı sezaryen doğumları da minimuma indirmeyi amaçlamaktadır.

Kaynaklar

Betran AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, Wagner M. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007; 21:98-113.

Dölen İ, Özdeğirmenci Ö. Optimal Sezaryen Hızı Ne Olmalıdır? Türkiye'de ve Dünyada Güncel Nedir? *TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi* 2004;7:113-117.

Health at a Glance 2011, OECD Indicators. www.oecd.org/dataoecd/6/28/49105858.pdf (Erişim tarihi: 01.08.2012)

Seckiner PC, Tezcan S, Tunçkanat H Turkey's Rising Trend In Cesarean Section: Who Are These Women? *European Population Conference 2010, Vienna, Austria* <http://epc2010.princeton.edu/download.aspx?submissionId=100551> (Erişim tarihi: 01.08.2012)

World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2:436-7.

Tablo 1: Sezaryen artış sebepleri

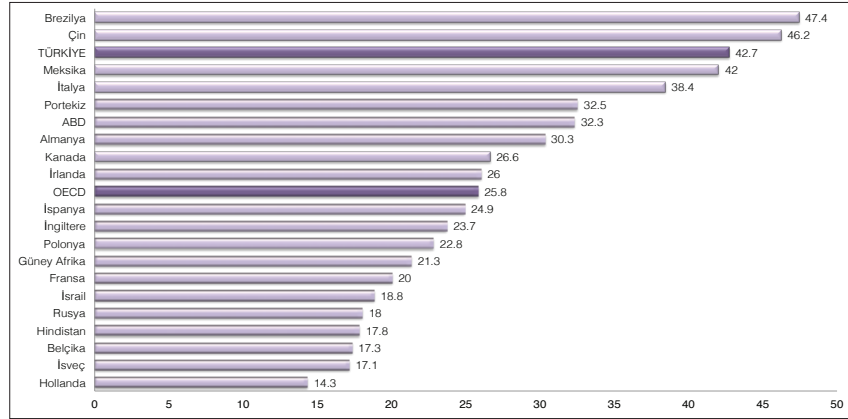
Sağlık kuruluşları ve hekimler açısından	Gebe ve yakını açısından
Normal doğumda gelişebilecek sorunlara karşı hekimlerin sorgulanma kaygıları	Daha kolay ve daha az ağırlı olacağı düşüncesi
Sezaryenle doğumun planlı yapılabilmesi ve daha kısa sürede gerçekleşmesi	Doğum tarihini ayarlayabilme isteği ve imkânı
Özel sektörün finansal yaklaşımı	Kadının vücudunun bozulmayacağı düşüncesi

Tablo 2: Kurumlara göre kadın-doğum uzmanı sayıları ve yapılan doğumlar

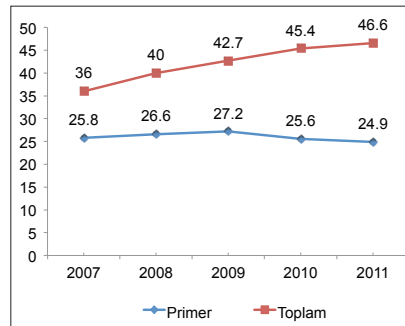
Kurumlar	K. Doğum Uzmanı		Yapılan Doğum	
	Sayı	%	Sayı	%
Devlet hastaneleri	1992	47,3	671144	56,5
Özel hastaneler	1761	41,8	452641	38,2
Üniversite hastaneleri	374	8,9	54241	4,5
Diğer (Askeri, dernek, vakıf hastaneleri)	83	2,0	9162	0,8
Toplam	4210	100,0	1187188	100,0

SB verileri, 2011

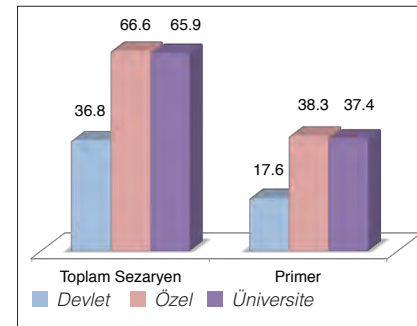
Şekil 1: OECD ülkeleri sezaryen oranları



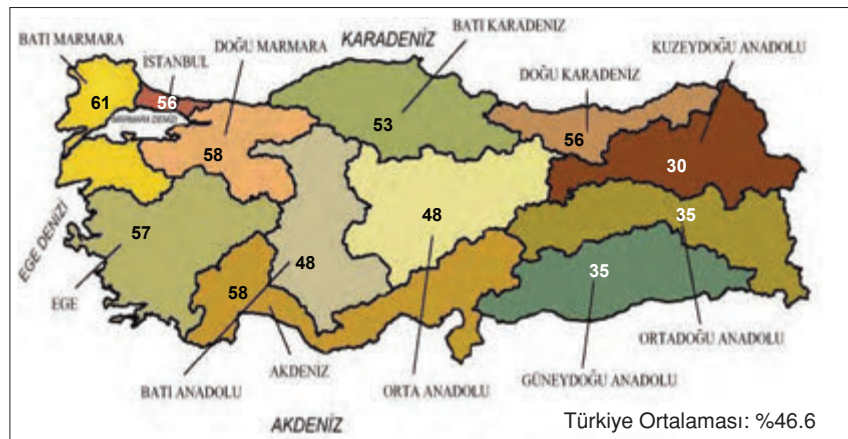
Şekil 2: Türkiye'de primer ve toplam sezaryen oranları (%)



Şekil 3: Türkiye'de kurumlara göre sezaryen oranları (2011)



Şekil 4: Türkiye'de bölgelere göre sezaryen oranları (2011)



Dinler tarihi açısından kürtaj

Prof. Dr. Şinasi Gündüz



1960 yılında Malatya'da doğdu. İlk ve ortaöğretimini Gaziantep ve Mardin'de, lisans eğitimini Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesinde tamamladı (1984). Durham Üniversitesi School of Oriental Studies'te master (MA Research-1989), Manchester Üniversitesi Department of Middle Easter Studies'te doktora yaptı (1991). 1995'te Dinler Tarihi Doçenti, 2003'te Profesör oldu. Halen İstanbul Üniversitesi İlahiyat Fakültesi'nde Dekanlık görevini yürütmektedir. Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) asli üyesi de olan Dr. Gündüz'ün dinler tarihi, Ortadoğu dinleri, heterodoks akımlar, dinler arası ilişkiler ve mitoloji alanlarında yurtiçinde ve yurtdışında yayımlanmış birçok kitabı ve makaleleri bulunmaktadır. Dr. Gündüz evlidir ve 4 çocuk babasıdır.

H amileliğin bilinçli olarak sonlandırılması şeklinde kısaca tanımlanabilecek kürtaj, dini geleneklerde insana yönelik varoluşsal algılamalar, yaşamın kutsallığı ve insanın sorumlulukları gibi temel öğretiler çerçevesinde ele alınır. İnsan, gerek kadim gerekse yaşayan bütün inanç sistemlerinde dini mesajların muhatabı olan kutsal bir varlık olarak kabul edilir. Dinlerin hemen hepsi insan ile tanrı ya da tanrılar arasında bir irtibat kurar. Bu, yalnızca insanın tanrı

tarafından yaratılıp var edilen bir varlık olmasıyla sınırlı değildir. İnsan, Şintoizm gibi bazı inanç sistemlerinde köken itibarıyla tanrılarla aynı soydan gelmektedir; yani tanrılarla insanlar arasında bir köken birlikteliği bulunmaktadır. Çeşitli Afrika kabile dinlerinde ise insanlar *Gök Tanrısı* ile *Yeryüzü Tanrıçasının* çocuklarıdır; kadim zamanda birbiriyle birleşik olan Baba (Gök) ile Anne (Yeryüzü), çocukların yaramazlıkları nedeniyle birbiriyle kavga ederek ayrılmışlardır. Yahudilik ve Hristiyanlık gibi geleneklerde ise insanın (Âdem'in) Tanrı suretinde yaratılan

müstesna bir varlık olduğuna inanılır. Yahudiliğe göre bu müstesna varlığın soyundan türeyen İsrailoğulları, Tanrının "ilk doğanı" seçkinidir. Hristiyanlıkta ise insan bedeni ile tanrının mabedi arasında bir ilişki kurulur ve tanrının mabedini temsil eden bu kutsal mekânın asla günah kirliliğiyle kirlenmemesi gerektiği ahlak öğretisinin merkezine alınır.

Bütün inanç sistemlerinde insan yaşamı, korunup saygı duyulması gereken kutsal bir alan olarak görülür; dolayısıyla insan yaşamına kastetmek büyük bir günah



olarak değerlendirilir. İslam'da insanın yaşam hakkı en temel haklar arasında sayılır; Kur'an, bir insanı öldürmenin bütün insanlığı öldürmekle aynı olduğunu vurgular: *"Kim, bir insanı, bir can karşılığı veya yeryüzünde bir bozgunculuk çıkarmak karşılığı olmaksızın öldürürse, o sanki bütün insanları öldürmüştür. Her kim de birini yaşattırsa sanki bütün insanları yaşattır"* (Maide, 32). İnsan yaşamının kutsallığı düşüncesi Yahudilik ve Hristiyanlıkta da temel bir prensip olarak görülür. Nitekim Yahudilikte "cana kıymayacaksın" ilkesi Musa'ya verilen On Emir arasındadır. İnsan canına kıymamanın önemi İncillerde de önemli emirler arasında sayılır (Markus 10:19). Komşuyu ya da diğer insanları kendisi gibi görmek ve sevmek, insanlar arası ilişkilerde affetmeyi ve bağışlamayı ön plana çıkarmak, üzerinde ısrarla durulan hususlar arasındadır (Markus 12:31).

Bununla birlikte dinsel geleneklerde belirli durumlarda insan yaşamına son verilebileceği de belirtilir. Örneğin kısas ilkesi bunlardan birisidir. Yine kişinin kendisini savunması ya da ciddi bir kötülüğe, zulme karşı mücadele etmesi gibi durumların da bazen birilerinin hayatına mal olacağı ifade edilir. Nitekim Hristiyanlık gibi inanç sistemleri bu çerçevede "haklı savaş" kavramını üretmişlerdir. Bununla birlikte savaşta bile masumların ve çocukların katledilmemesi, neredeyse bütün dinlerin ortak bir kanaatidir.

Dini gelenekler, insanın var oluş ya da yaratılış nedeni konusunda birbirinden farklı kanaatlere sahiptir. İnanç sisteminde tanrı ya da tanrılara yer veren teist geleneklerde insanın yaratılış ya da var oluş amacının tanrılara hizmet ya da ibadet olduğu genel bir kabul olarak karşımıza çıkar. Asur ve Babil dini gibi bazı kadim gelenekler insanın var oluş amacının tanrılara şarap sunup hizmet etmek olduğunu ifade ederken, İslam'da insanların Allah'a ibadet etmek üzere yaratıldığı vurgulanır. İnsanın erkek ve kadın olarak iki farklı cins halinde var olmasını ise tektanrı dinler insanların üreyip çoğalmalarına yönelik bir ilahi murat olarak açıklarlar. Nitekim gerek Yahudilerin gerekse Hristiyanların kutsiyetine inandıkları Yaratılış ya da Tekvin kitabında, tanrının erkek ve dişi olarak yarattığı ilk insan çiftine verdiği emir çarpıcıdır: *"Verimli olun ve çoğalın"* (Tekvin 1: 27-28). Burada, insanın tanrı tarafından yaratılmasındaki temel hikmet, neslini devam ettirmesi ve çoğalmasındadır. Bunun yolu ise meşru, sağlıklı bir birliktelikten geçmektedir ki bu birliktelik ancak aile kurumu ile tesis edilebilir. Bu ilahi emir doğrultusunda insanın meşru bir cinsel birlikteliğinin imkânını oluşturan nikâh, Katoliklerde ve doğu Hristiyan geleneğinde kutsal bir eylem olarak görülmekte ve dolayısıyla

nikâh bir gizem ya da sakrament olarak değerlendirilmektedir. Hristiyan geleneğine göre evlenme yalnızca iki insanın bir arada yaşaması değil, Âdemle Havva'nın tanrı tarafından kutsanmasına dayalı bir geleneğin yaşanmasıdır.

Dinsel geleneklerde meşru birlikteliklerden oluşan inananlar topluluğu metafizik âlemle irtibatlandırılır ve örneğin Hristiyan geleneğinde olduğu gibi birçok inanç sisteminde metaforik anlamda bir bütün olarak "tanrı ailesi" şeklinde değerlendirilir. Aynı tanrıya iman eden, inananlar birlikteliğini ifade eden bu tanrı ailesinin başında Tanrı yer almaktadır. Münferit olarak her bir ailenin kurucusu da tanrıdır. *"Evi Rab yapmazsa yapıcılar boşuna didinir. Kenti Rab korumazsa, bekçi boşuna bekler"* (Mezmurlar 127:1). Hristiyan geleneğinde eşler arasındaki bu sağlıklı yapı ebedi yaşamın bir inkarnasyonu olarak kabul edilir. Dolayısıyla ailede eşler arasındaki meşru ilişkiyi tesis eden ve gözetan Tanrı tarafından, bu ilişkinin temel amacı verimli olmak ve üremek şeklinde belirlenmiştir.

Aile ortamında aile bireyleri arasındaki ilişkiler oldukça önemlidir. Kitabı Mukaddes'te toplumsal yapının çekirdeği olan aileye ve özellikle ailenin temeli olan koca ve karı yakınlığına büyük önem verilir. Öyle ki Tekvin'de, *"Bu nedenle adam anasını babasını bırakıp karısına bağlanacak ve ikisi tek beden olacak"* denir. Bu ifade Matta incilinde de şöyle tekrarlanır: *"İsa şu karşılığı verdi: Kutsal yazıları okumadınız mı? Yaradan, ta başlangıçtan insanları 'erkek ve dişi olarak yarattı' ve şöyle dedi: 'Bu nedenle adam annesini babasını bırakacak, karısına bağlanacak ve ikisi tek bir beden olacaklar.' Şöyle ki, onlar artık iki değil, tek bedendir. O halde Tanrı'nın birleştirdiğini, insan ayırmazın"* (Matta 19:5-6).

Aile ortamı içerisinde gerek erkeğin gerekse kadının önemli görevleri vardır. Eş ve baba olarak erkeğin en önemli görevi ailenin korunması ve devamının sağlanmasıdır. Kadın da eş ve anne olarak aile değerlerini korumakla mükelleftir. Gerek erkeğin gerekse kadının ortak görevi ise bu birliktelikten doğacak çocukların korunup yetiştirilmesidir.

Kadın ve erkek arasındaki meşru ilişki ve insanlığın sağlıklı bir zeminde üreyip çoğalması, Ortadoğu dinlerinden Sâbîilikte de oldukça önemlidir. Sâbîî geleneğine göre evlilik ve aile yaşantısı *Yüce Tanrı, Işık Kralı*, tarafından tanzim edilen ve başlatılan bir gelenektir. Sâbîîliğin kutsal metni Ginza'ya göre ilk insan Adem'e bir eş veren ve onlar için bir evlilik düzenleyen *Yüce Tanrıdır*. Dolayısıyla evlenme, çocuk sahibi olma ve aile yaşamı sürme, tanrının ilahi kur-

Günümüzde birçok İslam âlimi anne karnındaki dölleme ile birlikte yeni bir hayatın başladığını ve bu andan itibaren fetüsün canlı ve anneden ayrı bir varlık olduğu kanaatini dile getirirler. Bazı İslam âlimleri ise ancak 4 aylık olduğunda cenine ruh üflendiğini dile getirirler. Katolik Kilisesi de dölleme ile birlikte anne karnında hayatın başladığı kanaatindedir. Budizm ve Hinduizmde de fetüsün döllemeden itibaren bir ruh taşıdığı var sayılır. Yahudilikte ise doğana kadar cenin bir kişi olarak kabul edilmez; bununla birlikte cenin bir kişi olacak şekilde gelişmekte olduğundan onun korunması gerektiği vurgulanır.

tuluş planına uygun kutsal bir yapıdır. Bu nedenle Sâbîî cemaati arasında evlenmeye ve özellikle de çocuk sahibi olmaya büyük önem verilir. Örneğin din adamı olacak kişinin mutlaka evli olması şartı olmamakla birlikte, evli olmak rahiplik için ideal bir durum olarak görülür. Sâbîî geleneğinde kadına büyük saygı gösterilir ve kadının yaratılmamış olması durumunda hayatın da olmayacağına inanılır. Neslin devamında annenin, yani kadının asıl olduğu kabul edildiği için bireyler annesinin ismiyle birlikte anılır.

Bütün inanç sistemleri bedenimiz de dâhil sahip olduğumuz her şeyin bizlere bir emanet olarak verildiği, dolayısıyla gerek bedenimize gerekse sahip olunan diğer şeylere karşı bir sorumluluğumuzun bulunduğu kanaatindedirler. Bu nedenle olsa gerektir ki İslam da dâhil birçok inanç sisteminde kişinin kendi bedenine yönelik olumsuz davranışları



Hamileliğin kasıtlı olarak sonlandırılmasının bazı kabile geleneklerinde bir sihir ve büyü ritüeli olarak algılandığı bilinmektedir. Formosa yerlileri belirli bir yaşın altında çocuk doğurmanın günah olduğuna inandıklarından küçük yaşta hamile kalanları kürtaj yapmaktadırlar. Ekvator bölgesinde yaşayan bazı yerliler ise nehirde yıkanan kadınların şeytan tarafından hamile bırakılacağına ve bu hamileliklerden canavarlar doğacağına inandıklarından böylesi hamilelikleri kürtajla sonlandırma yoluna gitmektedirler.

zulüm olarak değerlendirilir. Kur'an, kişinin kendi yaşamına son vermesini, yani intiharı, karşılığı ebedi bir ceza olan büyük bir günah olarak değerlendirir (Nisa 29-30).

Kutsal metinler, sahip olduğumuz çocukların da bize ait birer meta ya da mal değil, bizlere verilen birer emanet olduğunu anlatırlar ve onlara yönelik sorumluluğumuzun gereğini yerine getirmemiz gerektiğini vurgularlar. Çocuk sahibi olmanın yalnızca kadın ve erkek bir çiftin kendi iradi eylemleri ile değil ilahi kudret, irade ve ilmin eseri olarak gerçekleştiği belirtilir.

İnanç sistemleri arasında, nikâhın ve çiftler arasındaki ilişkinin amacına yönelik bazı farklılıklar dikkati çeker. Katoliklikle çiftler arasındaki cinsel ilişkinin amacı çocuk yapmaya yönelik olmalıdır. Bu nedenle Katoliklikte doğum kontrolü hoş karşılanmaz. İslam da dahil diğer birçok dinde ise çocuk sahibi olmak teşvik edilmekle birlikte doğum kontrolüne de izin verilir. Doğum kontrolünün caiz olup olmadığı konusunda her ne kadar bazı dinler arasında farklı kanaatler mevcut olsa da dini gelenekler kürtajın bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmasına karşı çıkmaktadırlar.

Anne karnındaki ceninin anneden ayrı bir varlık sayılıp sayılamayacağı ya da ne zamandan itibaren ayrı bir varlık ya da tam bir insan sayılabileceği konusunda inanç sistemleri arasında farklı yaklaşımlar söz konusudur. İslam, Katolisizm ve Budizm gibi yaygın dünya dinleri, anne rahmindeki bebeğin annenin bir parçası değil ayrı bir varlık olduğu kanaatindedirler. Bununla birlikte döllenmeden itibaren fetüsün ne zamandan itibaren tam bir insan olarak değerlendirileceği konusunda farklı yaklaşımlar söz konusudur. Kadim dinlerden Eski Mısır geleneğinde *Tann Aton*'un rahimdeki cenine hayat nefesini verdiğine dolayısıyla onun

canlı olduğuna inanılırdı. Erken dönem Hristiyan ilahiyatçılarından St. Augustine ise anne rahmindeki ceninin 60 ya da 80 günlük olduğunda canlanacağını düşünmüştür. Günümüzde yaygın dini geleneklere baktığımızda anne karnındaki ceninin bir canlı olduğu konusunda bütün gelenekler hem fikirdir. Örneğin günümüzde birçok İslam âlimi anne karnındaki döllenme ile birlikte yeni bir hayatın başladığını ve bu andan itibaren fetüsün canlı ve anneden ayrı bir varlık olduğu kanaatini dile getirirler. Bununla birlikte bazı İslam âlimleri ise anne karnındaki ceninin ancak 4 aylık olduğunda ona ruh üflendiğini, dolayısıyla bu dönemden itibaren onun ayrı bir insan olarak sayılabileceği görüşünü dile getirmektedirler. Katolik Kilisesi de döllenme ile birlikte anne karnında hayatın başladığı kanaatindedir. Budizm ve Hinduizmde de fetüsün döllenmeden itibaren bir ruh taşıdığı var sayılır. Yahudilikte ise doğana kadar cenin bir kişi olarak kabul edilmez; bununla birlikte cenin bir kişi olacak şekilde gelişmekte olduğundan onun korunması gerektiği vurgulanır.

Hamileliğin kasıtlı olarak sonlandırılmasının bazı kabile geleneklerinde bir sihir ve büyü ritüeli olarak algılandığı bilinmektedir. Örneğin Nyasaland Ache-waları gibi bazı yerli geleneklerinde alet yapımında kullanılacak bazı mekânların inşası sırasında kürtaj yaptırıldığı söylenmektedir. Bazı yerli geleneklerinde ise kürtaj günahahtan korunmanın bir yolu olarak görülmüştür. Örneğin Formosa yerlileri belirli bir yaşın altında çocuk doğurmanın günah olduğuna inandıklarından küçük yaşta hamile kalanları kürtaj yapmaktadırlar. Ekvator bölgesinde yaşayan bazı yerliler ise nehirde yıkanan kadınların şeytan tarafından hamile bırakılacağına ve bu hamileliklerden canavarlar doğacağına inandıklarından böylesi hamilelikleri kürtajla sonlandırma yoluna gitmektedirler. Bundan başka Havai yerlileri gibi bazı gelenekler

düşük ve kürtaji dinsel bir fenomen olarak değerlendirmişler ve düşük yapma tanrısına tanrılar panteonunda yer vermişlerdir. Bununla birlikte birçok yerli geleneğinde düşüklere şeytanların neden olduğu, kürtajın ise kuraklığa yol açacağı inancı mevcuttur.

Diğer taraftan İslam, Hristiyanlık, Budizm ve Yahudilik gibi yaygın dünya dinlerine baktığımızda hamileliğin kasıtlı olarak sonlandırılmasının ahlaki açıdan bir sorun oluşturduğu konusunda ortak bir kanaatin varlığı görülür. Bununla birlikte dinlerin meseleye yaklaşımlarında çeşitli farklılıklar da dikkati çekmektedir.

İslam, kürtaji, bir yaşamı sonlandırmak olarak değerlendirir; bunu büyük bir günah olarak niteler. Bir insanı katletmenin bütün insanlığı katletmekle eşdeğer olduğunu vurgular ve çocukların insana Allah'ın emaneti olduğunu; fakirlik korkusu, geçim sıkıntısı ya da şu veya bu nedenle çocukların katledilmemesini ister. Her ne kadar bazı İslam âlimleri cenin ancak 4 aylık olduğunda onun tam bir insan olduğu konusunu dile getirirler de günümüzde birçok İslam âlimi döllenmeden itibaren anne karnında bir hayatın başladığı ve bu hayatın korunup saygı duyulması gerektiği kanaatinde-dirler. Bu bağlamda kasıtlı olarak bu hayatın sonlandırılması bir cinayet olarak değerlendirilir. Bununla birlikte kürtaja ancak annenin hayati tehlikesi gibi bazı istisnai durumlarda cevaz verilir. Bu da ancak konuyla ilgili uzman kişinin görüşü doğrultusunda olabilir.

Yahudi kutsal metinlerinden Mişna'da da bir hayatı yok edenin bütün dünyayı yok etmiş olacağı, bir hayatı kurtaranın ise bütün dünyayı kurtarmış sayılacağı belirtilir ve dolayısıyla aslolanın hayatı sonlandırmak değil devam ettirmek olduğunun altı çizilir. Yahudi mezhepleri arasında Ortodokslarla Liberal ve Reform Yahudileri arasında kürtaj konusunda farklı yaklaşımlar dikkati çeker. Ortodoks Yahudilikte kürtaja hamile kalan kadına yönelik ciddi sağlık durumu haricinde izin verilmez. Hamileliğin devamı durumunda kadının hayati tehlikesi söz konusu olduğunda bir Rabbinin görüşü alınarak hamilelik sonlandırılabilir. Hamile kalan bebeğin zihinsel ya da bedensel anormallliği durumunda da genellikle Yahudi din adamları kürtaja izin verilmesi kanaatinde-dirler. Bununla birlikte anne adayının bu durum nedeniyle akli muvazenesinin bozulabileceği durumların ortaya çıkması gibi bazı durumlarda kürtaj yapılabileceğini savunanlar da vardır.

Hristiyanlık tarihinde erken dönemlerden itibaren kürtaja karşı çıkılmış; kürtaj ciddi bir kötülük olarak görülmüştür. Bununla birlikte ilerleyen dönemlerde çeşitli Hris-

tiyan kiliseleri arasında kürtaj konusunda farklı yaklaşımlar kendisini göstermiştir. Katolik Kilisesi, Yeremya kitabındaki (1:5) "Ana karnında sana şekil vermeden önce seni tanıdım, sen doğmadan önce de seni kutsadım" ifadesinden hareketle, insan hayatının dölendiği andan itibaren mutlak şekilde korunması ve saygı gösterilmesi gerektiğinin altını çizer. İnsan yaşamının döllenme ile birlikte başladığı kanaati dile getirilir ve dolayısıyla insanın kişilik haklarının döllenme ile birlikte başladığı düşünülür. Kilise birinci yüzyıldan itibaren kürtaj yaptırmayı ahlaka aykırı bulmuş ve yalnızca kürtaj yaptıranın değil bir şekilde kürtaj eylemine katılanların da ciddi bir suç işledikleri kanaatinde olmuştur. Anne karnındaki ceninin yaşam hakkının her halükarda korunması gerektiği vurgulanmış ve buna aykırı davranmanın kiliseden çıkarılmak, yani aforoz edilmek yaptırımı gerektiğini ifade etmiştir. Nasıl cenini kurtarmak için annenin feda edilmesi doğru değilse anne yaşamını kurtarmak için ceninin feda edilmesi de kabul edilmez bir durum olarak değerlendirilmiştir. Bu yaklaşım, diğer Hristiyan kiliselerince savunulmaktadır. Zira diğer Hristiyan kiliseleri, anne yaşamı tehlikedeyse ceninin feda edilebileceği kanaatinde-dir. Hristiyan kiliseleri arasında Protestan akımların önemli bir kısmı kürtaji kadın hakkı çerçevesinde ele almakta ve kürtaja kadının karar verebileceğini düşünmektedir.

Sâbiî geleneği de annenin hayatının tehlikede olması durumu haricinde kürtaja kesin olarak karşı çıkmaktadır. Sâbiîler genel anlamda çocuklar konusunda son derecede muhafazakârdır. Bekâr kalmak günah sayılır ve çocuk sahibi olmanın dinsel bir görev olduğuna inanılır. Evlilikte aslolan şeyin toplum hayatını devam ettirmek, dolayısıyla çocuk üretmek ve yetiştirmek olduğu kabul edilir. Çocukların, kişinin ismini öbür dünyada yüceltiklerine ve kişinin ölümünde onun için yapılması gereken dini ayin ve törenleri yaptıklarına inanılır. Çocuk sahibi olmak duygusu Sâbiîler arasında o kadar güçlüdür ki sıradan cemaat üyeleri, evlenip çocuk sahibi olmadan ölen bir kişinin tekrar yaratılacağına ve evlenip çocuk sahibi olana kadar dünyada yaşatılacağına inanırlar. Ancak rahipler halkın bu inancının batıl bir inanç olduğunu vurgularlar.

Sih dininde ise kürtaj, tanrının yaratma eylemine karşı bir müdahale olarak değerlendirildiğinden günah olarak görülür. Zerdüştilikte de kürtaj kötü bir eylem olarak görülür.

Budizm ve Hinduizm ise kürtajın Ahimsa ilkesinin ihlali olduğu kanaatinde-dir. "Hiçbir canlıya zarar vermeyeceksin" şeklindeki ilke, bu dinlerin etik sisteminde altı çizilen ilk kuraldır. Hindu kutsal

metinlerinden Manu Kanunları, kürtajı kirilenme nedeni sayar. Kürtaj insanın yeniden doğma, ruh göçü çarkının kesilmesine yönelik bir günah olarak görülür. Kürtajın kötü karmaya yol açtığına inanılır ve bunun kürtaj yaptırılan ceninin büyüklüğüne göre de değiştiği düşünülür. Bununla birlikte günümüzde yaşayan birçok Budist, anne yaşamını kurtarmak gibi bazı istisnai durumlarda kürtajın yapılabileceği kanaatinde-dir. Gerçekte Japonya gibi halkının önemli bir kısmı Budist olan ülkelerde İkinci Dünya Savaşı sonrası ortaya çıkan fiili durum, bireylerin cinsel yaşamlarında ciddi değişiklikler ortaya çıkarmış ve kürtaj çok yaygın hale gelmiştir. Kürtaj ciddi bir günah olarak kabul edilmekle birlikte kürtaj yaptıran çoğu kadın, ceninin ruhu için Bodhisattva Jizo'ya takdimde bulunmaktadır.

Kaynaklar

A. Michaels, *Hinduism: Past and Present*, Princeton University Press 2004.

"Abortion", http://www.bcc.co.uk/religion/religions/judaism/jewishethics/abortion_1.shtml (Erişim tarihi: 29.07.2012)

"Abortion and Religion",

<http://www.efc.org.uk/PDFs/Abortion%20and%20religion%20leaflet%202011.pdf> ((Erişim tarihi: 29.07.2012)

E.S. Drower, *The Mandaean of Iraq and Iran. Their Cults, Customs Magic Legends and Folklore*, Oxford 1937.

F.R. Barry, *The Relevance of Christianity: An Approach to Christian Ethics*, London 1931.

G.G. Grisez, *Abortion: The Myths, the Realities, and the Arguments*, New York: Corpus Publ. 1970.

H. Atay, "Kur'an ve Hadiste Aile Planlaması", Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi, 18, 1970.

H. Waddams, "Abortion", *A Dictionary of Christian Ethics*, ed. J. Macquarrie, SCM Press 1967.

J.J. Buckley, "The Making of a Mandaean Priest: The Tarmida Initiation", *Numen*, 32, 1985.

K. Aramesh, "Abortion: An Islamic Ethical View", *Iran J Allergy Asthma Immunol*, February 2007; 6 (Suppl. 5).

Katolik Kilisesi Din ve Ahlak İlkeleri, çev. D. Pamir, İstanbul 2000.

M. Lidzbarski, *Ginza der schatz oder das grosse Buch der Mandäer übersetzt und erklärt*, Göttingen 1925.

P. Harvey, *An Introduction to Buddhism: Teachings, history and practices*, Cambridge University Press 1990.

Ş. Gündüz, "İslam öncesi dinlerde ve medeniyetlerde aile", *Küreselleşen Dünyada Aile*, Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları 2010.

Ş. Mahmud el-Kuzat, "Cenine ruh ne zaman verilir?", çev. E. Keleş, *Diyanet İlimi Dergi*, 38/2, 2002.

Y. Basalel, *Yahudilik Ansiklopedisi*, c.2, İstanbul: Gözlem 2001.

Osmanlı belgelerinde çocuk düşürme (İskât-ı cenîn)

Dr. Mahmut Tokaç



1963 Ordu, Ünye doğumludur. 1979'da Ünye Lisesi'nden, 1985'te İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2000 yılında İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü'nde doktorasını tamamladı. 2002 – 2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003 – 2009 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlük yaptı. Halen İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimisi olan Tokaç, aynı zamanda İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim görevlisidir.

Ok eski dönemlerden itibaren çeşitli toplumlar-
da sık karşılaşılan, dini,
hukuki ve ahlaki yönü
üzerinde önemle durulan
sosyal bir olgu olarak
çocuk düşürme, klasik
fıkıh kitaplarında İskât-ı
cenîn tabiriyle karşılanmaktadır. Kadim
kültürlerin ve dinlerin çoğunda çocuk
düşürme yasaklanmıştır. Eski Yunan'da
aile fertlerinin sayısını azaltmak amacıyla
çocuk düşürmek yaygındır da modern
tıbbın babası sayılan Hipokrat, meşhur
hekim andında hekim adaylarına “kadın-
lara çocuk düşürmek için vasıtalar temin
etmeyeceğim.” diye yemin ettiriyordu.

Budizm, Zerdüştlük ve Hinduizm'de
çocuk düşürmek yasaklanmıştır. Hatta
Hintlilerde çocuk düşüren kadın, “kast”ın
dışına çıkarılırdı. Yahudilerin kutsal ki-
tabında evlilik ve çoğalma emredilmiş
olduğundan kısır eşin boşanması ve ca-
riyelik kavramı meşru sayılıyordu. Tevrat'a
göre, “çocuk düşüren kadın, çocuğun
ölümüne ve nüfusun azalmasına sebep
olduğu için canî sayılır”. Hristiyanlıkta da
çocuk düşürmek büyük günah kabul
edilmiştir. Kiliseler tarih boyunca Hristiyan
kadınların çocuklarını düşürmek için ilaç
içmelerini yasaklamış ve kınamışlardır.

Kur'an-ı Kerim'de İsrâ suresi 31. Ayette
“Fakirlik korkusuyla çocuklarınızı öl-
dürmeyin, onlara da, size de biz rızık
veriyoruz. Doğrusu onları öldürmek büyük
bir günahtr.” buyrulmaktadır. Bu ayet
İslamiyet öncesi Arapların cahiliye
devrinde yaygın bir uygulaması olan
kız çocuklarını diri diri toprağa gömme
adetlerini yasaklamakla ilgili olarak

indirilmişse de ayetin geniş anlamıyla
kürtajı da kapsadığı düşünülmektedir.

Osmanlı Devleti'nde 1858 tarihli Ceza
Kanunnamesinin yürürlüğe girmesinden
önce, çocuk düşürme ve kürtaj suçları
İslam hukukunun genel esaslarına göre
cezalandırılırdı. Nitekim Osmanlı döne-
minde verilen şu fetva, çocuk düşürmeye
sebep olana ta'zir cezası verileceğini be-
lirtmektedir: “Zeyd bir taâma İskât-ı cenîn
eder deyû devâ katub Hind-i hâmile verüb
Hind dahı bilmemekle kendi eliyle yiyüb
ândan nâşî bir cenîn-i meyyit ilkâ eylese
Zeyd'e ne lâzım olur? El-Cevâb: Ta'zir.”
(Fetâvâ-yı Ali Efendi, c:II, s: 299.) (Ta'zir,
had ve kısas cezaları dışında yöneticinin
veya hâkimin takdirine bırakılan ceza
manasınadır. Bedeni, hürriyeti kısıtlayıcı,
mali ya da kınama ve mahrumiyet cezaları
olarak değişik şekillerde olabilir.) Arşiv
belgelerinden anladığımız kadarıyla,
Osmanlı Devleti'nde çocuk düşürmenin
yasaklanması; dini, insani ve toplumsal
temellere dayandırılmıştır.

En eski belge

Osmanlı tarihinde İskât-ı ceninin yasak
olduğuna dair en eski belge, 6 Ramazan
1179 (16.02.1766) tarihli bir belge.
İznikmid sakinlerinden olan Ebubekir
Bey'in karısı Ayşe'den, kendisinden
habersiz üç kere çocuk düşürmesi
sebebiyle şikâyetçi olmasıyla ilgilidir. Adı
geçen belgede, Ebubekir Bey karısından
dem (kan) adı altında İhkak-ı hak (hakkını
teslim etmek, yerine getirmek) talep
etmekte, davanın “çavuş mübâşeretleriyle
mahallinde şer'le” görülmesi, eğer bu
mümkün olmaz ise davanın İstanbul'da
yapılması istenilmektedir.

“Cenâb-ı kerîm ve rabb-ı müsteân-ı
rahîm-i celîl-i şâne hazretleri şevketlü mu-
habbetlü kerâmetlü azimetlü pâdî_âh-ı
âlem-penâh efendimiz hazretlerinin
mahz-ı hayr havâh-ı âlem olan mübârek
vücûd-ı hümâyûnlarını cem'-i ekdâr-ı
gû-eden masun ve mahfuz eyleyüb
serîr-i saltanat-ı aliyyelerinde tûl-ı ömrü
ile ber-karâr ve ber-devâm eyleye âmin,
arzûhâl-i kulları İznikmid sâkinlerinden
olup bundan akdem zevce-i mutlakam
olan Ayşe nâm hâtûn bu kullarından
izinsiz üç defâ ilâçla kasden hamlini
meyyit düşürüb üç bile evlâdını itlâf-ı nesl
zâyi etmekle mezbûreden ber-muktezâ-yı
şer' üç adet evlâdlarının dem diyetlerini
taleb ve İhkak-ı hakk murâd eylediğimde
mezbûrenin muâyyen kesîreleri oldu_un-
dan bir türlü mukavemet ve icrâ-yı hakk
olamayıp şöd-ı rahâl birrle âsitâne-i
aliyyeye gelip şevketlü kerâmetlü
efendimizin merhamet ve şefkati âleme
mebzûl olmakla rıkab-ı hümâyûna
arzu hale cesâret kılındı merâhim-i
mülûkânelerinden mercû mutazımdır ki
hasbetullah-ı Teâlâ ve hâl-i perî_ânıma
merhameten yedimde olan fetvâ-yı şerîfe
manzûr-ı hümâyûnları buyruldukda çavûş
kulları mübâşeretleriyle mezbûr Ayşe ile
mahallinde şer'le İhkak-ı hakk mümkün
olmaz ise mezbûreyi asitaneye ihzar ve
mezkûr evlâdlarının dem-i diyetlerini
ber-muktezâ-yı şer' icrâ ve İhkak-ı hakk
olmak için İznikmid kadısına hitaben
emr-i âlîşân isdâr ve İhsân buyrulmak
bâbında emr-i hümâyûn şevket-makrûn
şevketlü muhabbetlü kerâmetlü azimetlü
pâdîşâh-ı âlem-penâh efendimiz hazret-
lerininindir, fî 6 R. 179, Ebûbekir bendeleri”
(Başbakanlık Osmanlı Arşivi, Cevdet-i
Adliye, 80/4825).



III. Selim'in tahta çıkmasından hemen sonra 1789'da ıskat-ı cenine yol açan ilaçların, tabipler ve eczacılar tarafından satışının yasak olduğuna dair yayınladığı ferman da bu konuya ve ıskat-ı ceninin yasaklanmasına yönelik çabalara örnek olması bakımından önemli bir belgedir.

“Kanlı ebe”

12 Şaban 1242 (11 Mart 1827) tarihli Divan-ı Hümayun'dan Saray Başkâtipliğine gönderilen bir başka belgede önceki tarihlerdeki uygulamalara atıfta bulunularak Müslüman, Yahudi ve Hristiyan tebaadan ebellekle uğraşan bazı kadınların hamile kadınlara ilaç vererek hem ceninin düşmesine, bazen de anenin ölümüne yol açtıkları gerekçesiyle bu fiilin men edilmesine rağmen bunda başarılı olunamadığı, suçu işleyenlerin yakalandıklarında cezalandırılmalarının şer-i şerife uygun olup olmadığının sorulmuş olduğu, verilen cevapta, cezalandırılmalarının şer-i şerife uygun olduğunun belirtildiği, çocuk düşürmek için ilaç veren Yahudi kadınlardan “kanlı ebe” denilen İlya ile iki kadının tembih ve ikazla yola gelmedikleri, ibret için üçünün birden Selanik'e sürgün edildiklerinden” bahsedilmiş; Rum ve Ermeni patrikleri ile hahambaşına yazılmış olan buyrulduklar ile Müslüman ve Gayrimüslim ebelerin ıskat-ı cenin işlerine kalkışmamaları istenmiş, ıskat-ı cenin ihbarı durumunda gerekli cezaî işlemlerin yapılacağı bildirilmiştir.

Ser-etibbâ-i hazret-i şehriyârî izzetlû
faziletlû efendi hazretleri
Âsitâne-i aliyye'de ehl-i İslâm ve yahûd ve

nasârâdan ebellek san'atıyla me'lûfe olan ba'zı karılar mücerred tama' ve irtikâba mebnî hâmile hâtûnlara devâ virüp ıskât-ı cenîn itdürmek ve aralıkda birazının dahi helâkine sebep olmakda oldukları tahkik olunup bu emr-i münkerin beher hâl men' ü def'ıyla âimme-i nâsın ızrârdan kurtarılması lâzime-i zimmet-i diyânet olduğundan evvel-i emrde muktezâ-yı şer'îsi taraf-ı hazret-i fetvâ-penâhiden lede'l-istiftâ ebellek iddi'âsında olan Hind hâtûnlara ıskât-ı cenîn için devâ virüp ıskât-ı cenîne sebep olduğundan mâ'adâ ba'zı hâtûnların dahi helâkine sebep olup bu fi'il-i şenî'i mu'tâd itmekle nâsa zararî olsa Hind bu fi'il-i şenî'den emr-i veliyyü'l-emr ile zecr ü men' olunup itâ'at itmez ise te'dib olunmak emr-i meşrû'a olur mu el-cevâb olur deyü fetvâ-yı şerîfe virilmiş ve Yahûdî karılarından kanlı ebe demekle ma'rûfe İlya ve kızı Makvele ve halası mesâbesinde olan Rahil Bolise nâm habîseler öteden berü bu kâr-ı mekrûh ile me'lûfe oldukları mütevâtir ve yalnız tenbîh ve te'kid ile memnû' ve mütezeccir olmayacakları zâhir olduğuna binâen ibreten li's-sâirîn üçü birden Selânik'e nefy ve tağrib olunmuş ve keyfiyyeti kendü milletlerinden ebellek idenlere gereği gibi tenbîh ve te'kid eylemeleri zımında Rûm ve Ermenî patriklerine ve hahambaşıya başka başka buyrulduklar tasdîr itdürilmiş olmağla siz dahi ba'de ezîn hâmile hâtûnlara o misillü ıskât-ı cenine dâir edviye virmemelerini ve eğer virirler ise muktezâ-yı şer'-i şerîf üzere icrâ-yı te'diblerine ibtidâr kılınacağını bi'l-cümle ehl-i İslâm ve millet-i selâse ebelerine ber vech-i ekîd tenbîh ve te'kide himmet ve dâimâ hâlleri taharrî olunarak içlerinden dinlemeyüp de yine bu fi'il-i şenî'a tasaddî ideri haber alınur

Osmanlı tarihinde ıskat-ı ceninin yasak olduğuna dair en eski belge, 6 Ramazan 1179 (16.02.1766) tarihli. Bu belge İznikmid sakinlerinden olan Ebubekir Bey'in karısı Ayşe'den, kendisinden habersiz üç kere çocuk düşürmesi sebebiyle şikâyetçi olmasıyla ilgilidir. Adı geçen belgede, Ebubekir Bey karısından dem (kan) adı altında ihkak-ı hak (hakkını teslim etmek, yerine getirmek) talep etmektedir.



12 Şaban 1242 (11 Mart 1827) tarihli Divan-ı Hümayun'dan Saray Başkâtipliğine gönderilen bir başka belgede, çocuk düşürmek için ilaç veren Yahudi kadınlardan “kanlı ebe” denilen İlya ile iki kadının tembih ve ikazla yola gelmedikleri, ibret için üçünün birden Selanik’e sürgün edildiklerinden” bahsedilmiş; Rum ve Ermeni patrikleri ile hahambaşına yazılmış olan buyrulduklar ile Müslüman ve Gayrimüslim ebelerin iskat-ı cenin işlerine kalkışmamaları istenmiş, iskat-ı cenin ihbarı durumunda gerekli cezaî işlemlerin yapılacağı bildirilmiştir.

ise hakkında lâzım gelen te'dib-i şer'î icrâ olunmak için keyfiyeti ifâdeye mübâderet eyleyeler deyü.

Fî 12 Ş sene [1]232 [27 Haziran 1817]

Birer sûreti

Efendi-i müşârun ileyh hazretlerine şu vechile buyurulduğı yazıldığı beyân kılınarak kendüleri dahi milletlerinden olan ebelere keyfiyeti gereği gibi tenbih ve te'kide dikkat ideri icrâ-yı te'dib eylemeleri için Rûm ve Ermeni patrikliklerine ve hahambaşıya başka başka üç kıt'a . (Başbakanlık Osmanlı Arşivi, Cevdet-i Sıhiye, 437-A-B-C)

Buna benzer bazı belgelerde genellikle ülke çapında yayımlanan fermanlarla iskat-ı ceninin yasaklanmasının ve bu suçu işlemeye kimsenin cesaret edememesi yolunda tembihlerde bulunulmasının, tedbirlerin alınmasının ve suçu işleyenlerin şiddetle cezalandırılmalarının istendiği anlaşılmaktadır.

Kanunnamelerde iskat-ı cenin

Osmanlıda Tanzimat Fermanı'nın ilanından sonra yapılan yasal düzenlemelerle iskat-ı cenin konusu ceza kanunnamelerinde yer almaya başlamıştır. İlk kez 21 Zilhicce 1274 (1 Ağustos 1858) tarihli ceza kanunnamesinde iskat-ı cenin ile ilgili yasaklayıcı hükümlerden 192. madde, “Bir kimse darp yahut sair bir guna fiil ile hamile hatunun iskat-ı

cenin eylemesine sebep olursa diyet-i şerriyesi istifa olunduktan sonra eğer bu teaddsi an-kasd olmuş ise muvakkaten küreğe konulur.” yani bir kimsenin darp veya başka şekilde hamile bir kadının çocuk düşürmesine sebep olmaları halinde şer'î olarak diyet ödemeleri, eğer kasıtlı olarak yapılmış ise kürek cezası ile cezalandırılmaları şeklinde hükümlenmiştir. Diyet olarak “gurre” ismi verilen bir tazminat ödenirdi.

Kanunnamenin 193. maddesi ise, “Bir hamile hatunun gerek rızası olsun gerek rızası olmasın iskat-ı cenin ettirmek için ilaç içirüp yahut esbab ve vesailini ta'rif edüp de eseriyle çocuğu düşürülür ise buna sebep olan kimse 6 aydan 2 seneye kadar hapsolunur. Ve eğer buna sebep olan tabib ve cerrah ve eczacı ise muvakkaten küreğe konulur.” şeklindedir. Görüldüğü gibi bu maddede annenin rızası ile veya rızası dışında çocuğun 3. kişiler tarafından düşürülmesi yer almaktadır. Hamile kadına ilaç içirerek, gerekli araçları sağlayarak ceninin düşmesine sebep olan kişiler 6 ay ile 2 yıl arasında hapis cezası ile cezalandırılır. Fail eczacı, doktor ya da cerrah ise muvakkat kürek cezası verilir.

Nüfus azlığı

Iskat-ı cenini engelleme çabalarının altında yatan en önemli nedenlerden biri nüfusun azalmasıdır. Özellikle 19.

yüzyılda ortaya çıkan nüfus azlığı, Osmanlı Devletinin üzerinde yoğunlaştığı bir sorun olmuş, bu soruna yol açan bütün engeller ortadan kaldırılmak istenmiştir. Bu bağlamda nüfus artışını sağlamaya yönelik çabaların başında ıskat-ı ceninin yasaklanması gelmiştir. İslam hukukuna göre de yasak olan ıskat-ı cenin, zaten Osmanlı arşiv belgelerine nüfusu büyük savaşlardan ve öldürücü hastalıklardan daha fazla azalttığı için ve İslam nüfusunun artırılması gerekçesiyle yasaklandığı şeklinde geçmektedir.

“Nezd-i maâli-i vefd-i mülûkdârîlerinde mâ'lûm-ı derkâr bulunduğu üzere mile'l-kadîme ve hazîre kavânîni umûmen teksîr-i nüfus emr-i mühîmini istihsâl için birçok kavâ'id-i mü'evvîkeyi hâvi olub sâlik oldu_umuz dîn-i mübeyyin-i Muhammedîyye'de dahî izdivâcî tergîb ve teksîr-i nüfusu teşvîk yolunda âyât-i celîle ve âhâdis-i nebevîye mevcûtdur bu evâmîr-i dînîye ile beraber devlet-i Aliyye-i Osmânîye'nin teşkilât-i siyâsiyesi icâbı hidmet-i askerîyeyi bi'l-fi'îl ifâ eden yalnız ahâlî-i İslâmiye olduğundan umûm tebaa-i Müslime için izdivâc ve teksîr-i nüfus emr-i mühîmine dikkat-i lâzimededen iken kurâ ve kasabatda teksîr-i nüfus-i İslâmiye'nin uğradığı müşkilât ve bu bâbda ibkâ olunan envâ-i muzırrât selâmet-i millet ve devleti rahneye uğratak ve hâmi-i dîn-i mübeyyin ve halîfe-i rûy-i zemîn velînimetimiz pâdişâhımız efendimiz hazretlerinin selâmet-i mülk ve devlet ve terfîye-i ahvâl-i riâyet husûsuna ma'tûf olan nazar-i dikkat mülûkânelerini celb edecek bir sûretde görülmektedir taklîl ve ihlâk-i nüfusu bâdî olân bu hâl ıskat-i cenîn keyfiyetidir ahâlî-i kurâ-i fukâra ve âcizeden bulunmak ve îâşe-yi evlâda kâdir olamamak hasebiyle ebeveyn bir iki evlâda sâhib oldukdan sonra mahzan kendilerini bâr-ı ızdırâb altında bırakmamak ve başka evlâd getirmemek için bu tarîk-i fâside sülûk etmektedirler bu bâbda mesmû' ve tahkikatla müsbet olan vukûâtın ta'dâdî gayr-i kabil olub yalnız bir köyde hâmil olduğu hâlde evlâdını ıskat için uğraşırken terk-i hayât eden az zamanda beş altı kadın müşâhede edilmiştir işte bu hâlin netice-i muzırrâsından olarak bundan yirmi sene akdem cesîm ve nüfus-i kesîr olan kurâ-i İslâmiye'nin bu müddet zarfında fi'il-i geriyei mezkûre ibtilâdan nâşî gerek nüfus ve gerek hâne cihetiyle beşte bire kadar tenzîl ettiği görülmektedir her ne kadar ıskat-i cenîn edenler indullah mes'ûl olduğu gibi kavânîn-i hükümet-i seniyyede dahî bu fi'ile sülûk edenler hakkında şiddetli cezâlar tertîb olunmuş ise de câhil ve gâfil olan halk bu ahkâm-ı mücazâtın derecesini takdîrden âciz bulundukları cihetle fi'il-i mekrûhlarını hafıyyen icrâ etmekde ve bu bâbda öğrendikleri usûller ve bildikleri mühlîk ilâçlar hakîkaten şâyân-i cür'et görülmekde bulunmuştur fakr-i zarûret sa'ikasıyla bu fi'il-i kabihe başlayan ve âdet edinen

ahâlî-i kurâyı cüz'î bir teşvîk ve tergîb gösterilmek sûretiyle bu hareketlerinden vazgeçirmek ve sa'adet-i mülk ve devleti temîn etmek kabil olacağı vârid-i hatr olmaktadır dersa'adet ahâlisî gibi hidmet-i fi'iliye-i askerîyede bulunmayan tebaa-i şâhânenin müstesnâ tutulması ve istifâdenin yalnız fi'ilen askerlik edenlere tahsîs edilmesi sûretiyle altı veya yedi evlâd dünyâya getiren ebeveynlere mikdâr-i münâsib maâ' tahsîsi gibi bir mükafât vaad buyrulduğu sûretde bilâ ihtiyâcla evlâdını fedâ eden yâni milletin nüfusunu müthîş muharebelerden ve mühlîk hastalıklardan ziyâde taklîl eyleyen ebeveynin if'al-i mihribânesine bir sedd-i sedîd çekilmiş olur. Millet-i necîbe-i Osmânîye'nin teksîrini ve selâmetini temîn edecek ve bir musîbet ve âfet demek olan âdet-i gerîhe-i mebhûseden halâs eyleyecek bi'l-cümle tedâbirin ittihazı husûsunda ve her hâlde emr-i fermân ârâ-yı sâ'îbe-i mülûkdârîleri ve ikdâmat-i mütevâlîye-i şehriyârleri millet ve devleti nice nice mehlîkten halâs eden ve sa'adet ve selâmetini ve feyz ve terfîsini temîn eyleyen velînimetimiz umûm tebaa-i Osmânîye'nin merdûmek-i çeşm ve bâ'is-i sa'adet-i sevgili ve merhametli pâdişâhımız efendimiz hazretlerindir.” (Başbakanlık Osmanlı Arşivi, Y.TPK.AZJ-46/19)

Osmanlı yönetimi, nüfus azalmasının devlet gücünün azalmasına yol açmasından da endişe etmektedir. Bu nedenle de çıkarılan fermanlarla halkı bu davranıştan uzak tutmak için din ve insani sebepler kullanılmıştır. Hemen hemen her ferman-da çocuk düşürme olayının dinen yasak olduğu, bu fiilin “Tanrının iradesine karşı” gelmek sayılacağı vurgulanmıştır. Yine belgelerden bu suçun sadece Müslüman nüfus için değil, gayrimüslimler için de yasaklanmış olduğu sonucuna varmamız mümkündür.

Der-i devlet-mekîne arz-ı abd-i dâ'î-i kemîneleridirki Dârü'l-hilâfeti'l-aliyye ve Memâlik-i mahrûsa-i şâhâne ahâlisinden ba'zılan muğâyir-i rızâ-yı cenâb-ı hallâk-ı âlem ve bâdî-i killet-nesb benî Âdem olan ıskât-i cenînde mâdde-i kerîhiyesini irtikâb etmekle ve cenînde ıskâtî âdetâ katl-i nefis kabilinden bir günâh-ı azîm ve mükebbih olanlar mazhar-ı mücâzât ve evlâd ni'metinin kadr-ı kıymetini bilmedüklerinden küfrân-ı ni'metin sillesine giriftâr olarak ba'zı mu'âlecât-ı mühlîke isti'mâl ider iken kendüleri dahi telef olmak misillü müstahakk-ı belâyâyı günâ gün oldukları ve bu yüzden kâffe-i ahâlî ve berâyânın âsâr-ı hüsrân ve inâdın vikâyeleri lâzimededen idüğine mebnî bu defa husûs-ı mezkûr muktezâ-yı irâde-i seniyye-i mülûkâne üzre Dersaadetide meclis-i aliyyede lede'l-müzâkere lâzım gelenlere tenbîh buyrulduğu misillü fîmâ ba'd bu güne hâlât-i mekrûhe vuku bulmamak ve hiçbir

ferdin ıskât-ı cenîne cüret edememesi hususlarına dikkat ve ihtimâm olunmak bâbında Rûmilinin sol kolunda vâkî' umûma hitâben şeref-bahşâ-yı sahîfe-i sūdûr olan fermân-ı celîlû's-şân Serfiçe mahkemesine ledâ şerefi'l-vürûd ve't-tescîl bi'l-cümle lâzımü'l-huzûr muvâcehelerinde kıraet olunup sem'an ve tâ'aten merâsimini ba'de'l-edâ ber tıbk-ı fermân-ı cihân-mutâ-ı sultânî husûs-ı mezkûr Dersaadetide olduğu misillü cümle lâzım gelenlere gereği gibi tenbîh ve te'kid kılınmış ve tıbkî irâde-i seniyye hidmet-i mübâşirîyesi verilip nizâm-ı mezkûrun ale'd-devâm infâz ve icrâsına dikkat olunacağı evvki vâkî'u'l-hâldir bi'l-iltimâs bâye-i serîr-i ma'delet-masîre arz u i'lâm olundu bâkî'u'l-emr li hazret-i men lehü'l-emrdir. Fî'l-yevmi'l-hâmis ve'l-ışrîn min şehri-i Şevvâli'l-mübârek sene erba'a ve hamsîn ve mieteyn ve elf. İbrahim Hulûsi Serfiçe kazası nâib vekîli. (Cevdet-i Sıhhiye, 30)

Sonuç

Osmanlı Devleti'nin özellikle 18. yüzyıldan itibaren çocuk düşürmeyi engellemek için sistemli bir devlet politikası izlediğini ve bunun altında yatan temel sebebin devlet nüfusunun dolayısıyla gücünün azalmasını engellemek olduğunu ancak gerekçe olarak çocuk düşürmenin dini açıdan günah sayılmasının gösterildiğini söyleyebiliriz.

Kaynaklar

Baçoğlu Tuncay; “Ta'zir” Maddesi, DİA, Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Ansiklopedisi, c: 40, s: 198-202, İstanbul, 2001.

Feyizli H. Tahsin; Feyzû'l-Furkân Kur'ân-ı Kerîm Meali, Server İletişim, 2007.

Harman, Ö. Faruk; “Çocuk Düşürme” Maddesi, DİA, Türkiye Diyanet Vakfı İslâm Ansiklopedisi, c: 8, s: 363-364, İstanbul, 1993.

Konan Belkis; “Osmanlı Devleti'nde Çocuk Düşürme Suçu”, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi Cilt: 57 Sayı: 4 S:319-335, 2008.

Özcan Tahsin; “Hukuk ve Tıp: Fetvalara Göre Osmanlı Toplumunda Sağlık Hizmetleri”, Osmanlılarda Sağlık I, ed. Coşkun Yılmaz, Necdet Yılmaz, Biofarma İlaç San. ve Tic. A.Ş., s: 335-341, İstanbul 2006.

San Nil; “İlk Çağ'da Tıp”, Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yay., s. 13-58, İstanbul, 2007.

Somel S. Akşin; “Osmanlı Son Döneminde İskat-ı Cenin Meselesi”, Kebikeç, Sayı 13, s.71, Ankara, 2002.

Şimşek Fatma, Dinç Güven, Eroğlu Haldun; “Osmanlı İmparatorluğu'nda İskat-ı Cenin (Çocuk Düşürme)”, The Journal of International Social Research (Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi), S. 6, s. 593-609, 2009.

Nüfus politikaları, sezaryen, kürtaj ve sosyodemografik değişimler

Bayram Demir



1975 yılında doğdu. 1993'de Sağlık Bakanlığı'nda göreve başladı. Farklı tarihlerde il sağlık müdür yardımcılığı ve SB Merkez Teşkilatı Daire Başkan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde sağlık sosyolojisi doktora çalışması yürüten Demir'in sağlık sosyolojisi ve sağlık kuruluşlarında kalite uygulamaları konularında hakemli ve diğer periyodik dergilerde yayımlanmış makaleleri ve sosyal bilimlerdeki çeşitli kitaplarda bölüm yazıları bulunmaktadır. Halen SB Batman Devlet Hastanesi Müdürü olan Demir, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Dünyada kendi egemenliği altındaki insanların sayısını ve bu sayısal topluluğun özelliklerini değiştirmeye, belirlemeye ve planlamaya yönelik politikalar geliştirmeyen devletler (gelişmiş-gelişmekte olan devletler olsun fark etmez) ender rastlanır ve hatta yok diyebiliriz. Devletler topluma müdahalelerini hükümet planları, yasalar veya sosyal politikalar marifetiyle yerine getirmektedirler. Bu yasalar veya politikalar kimileyin ekonomik ve kimileyin de siyasal/ideolojik çerçeveye sahip olsa da günümüzde çok bileşenli bir yapı arz etmektedir. Bu çalışmada ülke demografik yapısını etkileyen faktörler ve sosyolojik olarak küreme politikaları açısından doğum, sezaryen ve kürtaj konusu irdelenmeye çalışılacaktır.

Nüfusa ilişkin algı ve politikalar

Tarihsel olarak ülkelerin nüfuslarıyla övünmeleri hiç de az rastlanır bir davranış olmamıştır. Ülke yöneticilerinin söylemleri de hep bu yönde ideolojik ve politik içeriklere sahip olagelmıştır. Günümüzde de bu şekilde bir seyir izlemektedir: *“Yaşlı Avrupa, Büyük Çin, Genç Türkiye”* sıfatları da nüfus yapısına dair bu tür göndermelerle karakterize olmaktadır. Esasında nüfusun yapısı işlevsel olarak emek piyasasının devamlılığı ve etkinliğini belirlemektedir. Ülkelerin göçmen politikaları da emek piyasasına yönelik bu bakış açısıyla belirlenmektedir. Nitekim ve yeniliği olabilecek ve uzun süre hizmet görebilecek işgücünün kabulü

öne çıkmaktadır. İnternette yapılabilecek kısa bir taramayla ülkelerin göçmen kabul kriterlerinden kolaylıkla bu sonuç çıkartılabilmektedir.

Nüfus politikaları temel olarak ülke üzerindeki nüfusu kontrol altında tutmakla ilgilidir. Bu kontrol çeşitli enstrümanlarla; sayısal stabilizasyon sağlama veya artışa yön vermek şeklinde cereyan edebilmektedir. Kuşkusuz bu şekilde olması ülkelerin tarihsel olarak içinde bulundukları durum, yer aldıkları konum ve yayılma politikalarına göre değişiklikler gösterebilmektedir. Doğumların artışı, topyekün ölümlerin artışı, göç ve benzer diğer olaylar sonucunda belirli bir toprak parçası üzerinde yaşayan insanların sayısı ve dağılımı karakteristikleri değişebilmektedir.

Geçmiş dönemlerde nüfus hareketlerindeki değişimlerin ülkelerin gündeminde yer almasının başlıca nedenleri savunma ve beslenme sorunu ile ilgiliydi. Beslenme sorununun göreceli olarak ikinci planda olduğu durumlarda ülke nüfusunun fazla olmasının avantajlı olarak görülmesi de söz konusu idi. Benzer şekilde Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk dönemlerinde bu durum ifadesini "nüfusun büyüklüğü = ulusun güçlülüğü" eşitliğinde bulmakta ve ülke politikası bu algı ekseninde şekillenmekteydi (Gürsoy, 1996).

Nüfus sorunu, sadece bugüne de ait değildir. Eski çağlardan 20.yy başlarına kadar sürekli ulusal bir nitelik taşımaktadır ve ülkeler farklı görüşlere sahip

olmuştur. Nüfus konusunda birbirine zıt görüşte olan uygarlıklardan biri olan nüfus fazlalığından endişe duyarken, diğeri ise nüfusun askeri alanda yararını düşünerek büyük bir nüfustan yana olabilmektedir. Nüfus çokluğunun ülke sorunlarını çözmede avantajlı olduğu düşünülmek ve genel olarak da savaş, nüfusun genelini etkileyen hastalıklar, tarımda makineleşmenin olmayışı ve üretimsel sanayi faaliyetlerinin olmaması gibi faktörler ülkelerin nüfusa dair yaklaşımlarını ve politikalarını tayin etmesinde rol oynamaktaydı. Bunun yanında ülkelerin nüfusa bakışı her zaman aynı olmamıştır. Gelişmekte olan ülkelere bu konu daha çok önem ve müdahale gerektirmişse de gelişmiş ülkeler daha az müdahaleyi gerekli görmüştür.

Türkiye'de 1950'lerin sonuna kadar nüfusu arttırmaya yönelik bir politika izlenmiştir. Bu nedenle süreç içinde gebeliği önleyici yöntemlerin üretilmesini ithalini, uygulamasını ve gebeliğin isteye- rek düşükle sonlandırılmasını suç olarak kabul eden yasal düzenlemelere gidilmiş olup; çok sayıda çocuk sahibi olmayı doğrudan ya da dolaylı olarak özendiren ücretsiz doğumevlerinin kurulması, yasal evlenme yaşının düşürülmesi, altı çocuk sahibi olan kadınlara madalya verilmesi gibi uygulamalar desteklenmiştir (Gürsoy, 1996). Örneğin, yine o yıllarda ceza kanununda çocuk düşürtmenin suç olduğu belirtilmiş, 1936 yılında ise bu davranış "ırkın devamı ve sağlığını tehdit" suçu olarak tanımlanmıştır. Sana- vileşmenin olmaması nüfusun artısını



öngörmekteydi. Böylece mevcut nüfusu beslenmesini sağlayacak üretimde kullanılacak işgücü teminine imkân bulunmuş olacaktı(Çakmak, 2007).

Nüfus artışı, planlama ve beslenme

Beslenme sorunu neredeyse dünyanın tamamını etkilemektedir. Dünyanın geri kalmış ülkelerinde (çoğunlukla Afrika Kıtası) yüksek nüfusun açlığı, gelişmekte olan ülkelerde nüfusun yetersiz beslenmesi ve gelişmiş ülkeler ise dengeli beslenme sorunu ile mücadele etmeye çalışılmaktadır. Hindistan ve Çin gibi büyük nüfusa sahip ülkelerde beslenme halen büyük bir sorun olarak görülmektedir. Yetersiz ve dengeli beslenme ile ilgili benzer sorunlar ülkemizde de ele alınmaktadır. Son dönemde Sağlık Bakanlığı'nın dengeli beslenme adına obeziteyle mücadele planı başlatmasının temelinde dengeli beslenmeyi teşvik etmek bulunmaktadır.

Son 50 yılda dünyada yaşanan hızlı değişimler, sanayide yaşanan büyük gelişmeler, teknolojik yeniliklerin inanılmaz artışı ve tarımsal üretimde büyük artışların sağlanabilmesi dünyanın bir kısmında beslenme sorunuyla baş etmede önemli gelişmeler kaydedilmesini sağlamıştır. Ancak küresel ölçekte yaşanan gelir dağılımı ve gelişme adaletsizliğinin mevcudiyeti, tarımsal ve sanayi üretimde inanılmaz gelişmelerin olmasına rağmen dünyanın önemli bir kısmını etkileyen açlık sorunu çözülememektedir.

Siyasal, ekonomik ve sosyal değişimler dünyanın tümünü etkilemekte ve yaşam alanında oldukça hızlı sonuç alınmasına yol açmaktadır. Buna mukabil, gelişmelerin oldukça hızlı olduğu bu dönemde ülkelerin nüfus politikalarını, hedefteki bireylerin sadece rasyonel tercihleriyle belirlenemeyen doğurma kararına

ilişkin tutumlarına dayalı olarak hayata geçirmesi ve sonuçlarını görmesi de oldukça uzun zaman almaktadır. Çünkü geçmişte olduğu gibi günümüzde de doğum ile ilgili kararlar yalnızca bireylerce değil gelenekler, değer-inanç sistemleri, yasalar ve sosyal çevre tarafından belirlenmektedir. Burada çoklu nedensellik ilişkisinden söz edilebilir ki günümüzde nüfusa ilişkin planlı yaklaşım yerini istendik davranışı özendirilen teşvik modellerine bırakacaktır.

Genel olarak ülkelerin nüfus politikalarını doğru bir şekilde tayin etmesi önem arz etmektedir. Bu bağlamda ihtiyaçlara cevap verebilecek şekilde hedeflerin belirlenmesi ve uygulanmasını öngören nüfus politikası her zaman ve her ülke için kolay olmamaktadır. Halen uygulamada varlık gösteren nüfus politikaları üçe ayırabiliriz (Doğan,2011):

- Nüfusun artış hızını azaltmak için nüfus politikası (Nüfusu oldukça yüksek olan ülkeler).
- Nüfusu artırmak için nüfus politikası (Avrupa ülkeleri)
- Nüfusun nitelik ve niceliğini iyileştirmek için nüfus politikası (Özellikle gelişmekte olan ülkelerin uyguladığı nüfus politikaları).

Türkiye, her ne kadar 1960'lı yıllardan günümüze kadar kalkınma planlarında nüfus artış hızını düşürmeye yönelik politikaları öngörse de üçüncü kategoriye giren bir ülke olarak değerlendirilebilir. Son yıllarda nüfusun niteliğini iyileştirmek yolundaki adımlar oldukça fazla olduğu görülmektedir. Beslenme konusu da bu çerçevede ele alındığında dengeli beslenme yolundaki adımlar nüfusun niteliğini iyileştirmek olarak değerlendirilebilir. Eğitim ve öğretim kuruluşlarının sayısındaki belirgin artış, nüfusun niteliklerinin iyileştirilmesinde diğer bir önemli faktör olarak değerlendirilmektedir.

Günümüz Türkiye'sinde kadınlar arasında sezaryen doğum halen bir statü göstergesi olarak ele alınabilmektedir. DSÖ 2010 verilerine göre her yıl dünyadaki sezaryen doğumların 3,2 milyonu geri kalmış düşük ekonomik seviyeye sahip ülkelerde gerçekleşmektedir. Neredeyse sezaryen doğumların yarısının gereksiz olduğu kaydedilmektedir. Örneğin Çin'de bu oran %47 olmaktadır. Türkiye'de ise % 21 olduğu belirtilmektedir.

Türkiye'nin nüfus yapısının gelişmiş ülkelerin nüfus yapısına benzemeye başladığını söylenebilir. Nüfusun yaş yapısında da önemli değişimler olmakta çalışma çağına gelen kişi sayısı ve yaşlı nüfusu sayısı sürekli olarak artmaya meyletmektedir.

Çiftlerin doğum ve diğer kararlarını etkileyecek faktörlerin kendilerinin ve ülkenin sosyo-ekonomik genel yapısıyla ilgili olduğu; kürtaj, sezaryen ve normal doğum kararlarının da bu çerçevede ele alınması gerekmektedir.

Nüfus planlaması, doğum ve kürtaj

Post-modern devlet anlayışında toplumların geleceğe taşınması, nüfusun o sürede varlığının süreklilik arz etmesi gibi bir zorunluluk bulunmamaktadır. Ulus devlet veya bilindiği manada devlet anlayışında ise, devleti oluşturan vatandaşların çoğalma davranışının rasyonel temelde sürdürülebilirliğinin planlanması bulunmaktadır. Böylece devlet, oluşturduğu meşruiyet algısı ve çerçevesi içerisinde gebeliğin sonuçlandırılması çeşitlerinden, nüfusun sayısından ve gebeliğin sonlandırılması gibi bütün süreçlere müdahale yetkisi ile donanımlı hale gelmektedir. Esasen bu anlayış sosyal ve siyasal hayatın bir gerekliliği olarak da düşünülmelidir. Dolayısıyla devletin rolünün nerede biteceği konusunda kültürel ve siyasal anlayış da en az müdahale anlayışı kadar tartışılması gereken bir durum arz etmektedir.

Hamilelik ve bilindiği şekliyle doğum olayının kendisi normal bir süreçtir yani tıbbi bir süreç değildir. Ancak hekim müdahalesini gerektirdiği andan itibaren veyahut da sezaryen olarak anılan tıbbi cerrahi müdahale ile gerçekleştirildiğinde medikal bir süreç olarak adlandırılması ve hukuki düzenlemelere gidilmesi tabiidir.

Normal doğum süreci her ne kadar medikal bir süreç olmasa da geri kalmış ülkeler hariç olmak üzere, dünyada son yirmi yılda neredeyse herkes hayata gözlerini hastanelerde veya sağlık kuruluşlarında açmaktadır. Anne gebeliğinin en başından itibaren bir doktor veya ebe eşliğinde gebelik sürecini tamamlamaya doğru yol almaktadır. Kan değerleri, fetüsün gelişimi gibi bütün süreçler bir sağlıkçı tarafından takip edilmektedir. Dolayısıyla, tabiatı itibarıyla medikal olmayan normal doğum süreci, medikalize olmuş durumdadır.

Nüfus planlamasında bir teşvik modeli olarak normal doğumlar devletin ana gündemini oluşturmalıdır. Devletin normal doğum sürecini özendirilmesi emek piyasasına uzun vadede yeterli sayıda emek arzını sağlaması açısından da önem ifade etmektedir. Sadece sezaryenleri kontrol altına almak bir çözüm yolu olarak uzun vadede etkili olmayabilir. Gerek çalışan anneler, gerekse de ev hanımı olan annelerin normal doğuma teşvik edilmesi gündeme gelmelidir. Bu teşvikler sadece ekonomik değil aynı zamanda sağlık kuruluşuna doğum için gittiğinde konforu ve rahatlığı içeren teşvikler de olmalıdır. Böylelikle, kurallarla normal doğuma zorlamak yerine teşviklerle normal doğuma özendirme safhasına geçiş yapılabilir.

Yapılan bir araştırmada, araştırma kapsamındaki 497 sezaryen olgusundan %71'inin tıbbi nedenler ve %28,1'nin de kişisel nedenlerle sezaryen doğumu tercih ettiği belirtilmektedir. Aynı araştırmada tıbbi nedenler arasında en yaygın %16 ile eski sezaryen, kişisel nedenlerle sezaryen olan kişiler arasında da en yaygın %62 ile ağrı korkusu gelmektedir (Karakuş, 2007). Araştırma bulguları normal doğum yerine sezaryen tercihi hakkında açık bir takım fikirler sunmaktadır.

Devletlerin nüfus politikalarını belirlerken günümüz şartlarında uzun vadeli bir etki faktörü olarak sezaryen doğumları da dikkate alması gerekmektedir. Çünkü sağlıklı ve doğurgan yaştaki kadın profili üzerinden yapılacak bir nüfus tahmini ve sezaryen ile doğum yapmış kadın profili üzerinden yapılan tahmin farklı olacaktır. Zira sezaryen doğum sosyoekonomik ve kişi sağlığına doğrudan etkide bulunmaktadır.

Günümüz Türkiye'sinde kadınlar arasında sezaryen doğum halen bir statü göstergesi olarak ele alınabilmektedir. Doğum türü olarak sezaryenler gerekmedikçe tercih edilmemesi gereken bir doğuma yardımcı müdahale türüdür. Ancak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2010 verilerine göre her yıl dünyadaki sezaryen doğumların 3,2 milyonu geri kalmış düşük ekonomik seviyeye sahip ülkelerde (toplam doğumların %60'ı buralarda olmaktadır) gerçekleşmekte, 6,2 milyon sezaryen gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde (toplam doğumlar %40'ı da buralarda olmaktadır) görülmektedir. Neredeyse sezaryen doğumların yarısının gereksiz olduğukaydedilmektedir. Örneğin Çin'de bu oran %47 olmaktadır. Türkiye'de ise gereksiz sezaryen oranının % 21 olduğu belirtilmektedir.

Sezaryen doğumların bir diğer niyetlenmemiş (çoğunlukla) sonucu ise belirli bir sayıda doğumdan sonra yaşamsal tehlike nedeniyle doğum kontrol yöntemi haline gelmesidir. Ekonomik olarak daha maliyetli olması ve normal doğuma göre daha fazla komplikasyon ile sonuçlanan doğum türü olarak sezaryen doğumların tıbbi gereklilikler de dahil olmak üzere ülke genelinde bir kontrolünün sağlanması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın bu konuda çalışmalar yürüttüğü görülmektedir.

Devletin vatandaşlarına karşı doğum metodunu dayatma yöntemi yerine, tercihini belirleme yönünde vatandaşlara etkide bulunması daha doğru bir yol olarak önümüzde durmaktadır. Sezaryen mi normal doğum mu tartışmasında kişilerin kararlarını etkileme bir metot olarak karşımızda ise, "teşvikler tercihleri belirler" yaklaşımı öne çıkmaktadır. Örne-

ğin çalışan annelerden normal doğum yoluyla dünyaya çocuk getirenlere 6 ila 12 ay arası ücretli izin hakkı tanınabilir. Ayrıca, ev hanımı olan annelere de normal doğum gerçekleştirmesi durumunda aylıklar halinde "bebek bakım desteği" verilmesi gündeme gelebilir. Kamu maliyesine getireceği yük başka harcamalardan yapılacak tasarruf ile finanse edilebilir.

Yapılan çalışmalarda dünyada gebeliklerin yarısının ve doğumla biten gebeliklerin dörtte birinin istenmeyen gebelik olduğu belirtilmektedir. Araştırmalar gelişmiş ülkelerde istenmeyen gebeliklerin büyük bir kısmının kürtajla sonuçlandığını, gelişmekte olan ülkelerde ise istenmeyen gebeliklerin doğumla bitme yüzdesinin fazla olduğunu göstermektedir.

Devletlerin bu tabloyu akışına bırakması pek mümkün gözükmemektedir. Her ülke kendi sosyal ve kültürel dokusuna uygun olarak bir takım yasal düzenlemeler öngörmektedir. İngiltere'de 1967 yılında kürtaj ile ilgili bir yasa çıkarılmış olup yasada tıbbi ve sosyal gereklilikler kürtaja gerekçe olarak sunulmaktadır. Süre sınırı ise daha sonra yapılan değişiklikler konulmuştur. Hindistan'da da 1971 yılında benzer niteliklere sahip kanun oluşturulduğu anlaşılmaktadır. (Wikipedia, 2012) Aynı şekilde, Güney Afrika Cumhuriyeti'nde 1996 yılında çıkarılan kanunla kürtaj yasal çerçeveye oturtulmuş ve şartlarının belirlendiği anlaşılmaktadır (<http://www.info.gov.za/acts/1996/a92-96.pdf>). Her üç ülkenin kanunu kürtaja ilişkin olarak sağlıkçılar nezaretinde gerçekleştirilmesi ve süre sınırı ortak paydasında buluşmaktadır.

2709 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ile 1982 yılında aile planlaması anayasal düzeyde devletin görevleri arasında yer aldı. Buna göre; "*Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar.*" denmektedir. Böylece devletin aile planlaması konusunda üçüncü paydaş olduğu tescillenmiştir. Akabinde 1983 yılındaki 2827 sayılı yasa ile kürtaj yasal çerçeveye kavuşturulmuştur. Yasadaki bir takım ifadeler dikkat çekicidir: "*Nüfus planlaması, fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları demektir... Devlet, nüfus planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır. Nüfus planlaması gebeliği önleyici tedbirlerle sağlanır.*"

Kanun maddesinde nüfus planlamasına ilişkin olarak iki tür yaklaşım mevcuttur. Birincisi kişilerin iradesinin özgür bırakılması yaklaşımı, ikincisi gebeliği önleyici tedbirler yaklaşımı. Kanun, nüfus planlamasına ilişkin bakış açısından

birbirini yadsıyan yönlelere sahiptir. Ancak son yıllarda nüfus politikasındaki değişim önceki bölümde belirtildiği üzere nüfusun niteliğini iyileştirme yönünde olmaktadır. Bu yönüyle yasada geçen ifadelerin bir kez daha ele alınmasında fayda olduğu düşünülmektedir.

Türkiye’de de kürtaj kanun ile düzenlenmiş olup diğer örnek verilen ülkeler gibi süre ve sağlıkçı müdahalesi şartını öngörmüştür. Diğer örnek verilen ülkelerin kanunlarında da benzer vurgu söz konusu olup süre sınırı değişmektedir. Türkiye’de 2827 sayılı kanunla gebe kadının isteğine göre belirli bir süre (10 hafta) içinde kürtaj yaptırma hakkına yer verilmiştir. Kanunlardaki bu yaklaşımlara paralel olarak kürtaj farklı bakış açılarından bir hak olarak görülmektedir. Birincisi embriyonun yaşama hakkı, diğeri kadının kendi bedeni üzerindeki hakkı. Örnek verilen Güney Afrika Cumhuriyeti kanunu ise ayrıca bir vurguda bulunarak kürtajın bir doğum kontrol yöntemi olmadığını belirterek hak boyutuna farklı bir bakış açısı kazandırmaktadır.

2006 yılında Sakarya’da yapılan bir çalışmaya katılan kadınların %25’i kürtajı onayladığını belirtirken %52’si günah olduğunu belirtmekte ve %15,9’u da cinayet olduğunu ifade etmektedir(Şahin, Cevahir, Sözeri, 2006). Dolayısıyla kanunla düzenlenen hususların sadece belirli bir bakış açısıyla değil kompleks sosyal-kültürel bir bakış açısını da taşıması gerekmektedir. Araştırma sonuçları da bu bakış açısıyla konunun irdelenmesi gerektiğini göstermektedir.

Yukarıda yer verilen araştırma ve diğer çalışmalarda da belirtildiği üzere kürtaj konusu sosyoekonomik, siyasal ve inanç alanının iç içe geçmiş olduğu bir konu olarak değerlendirilmektedir. Konu ile ilgili kararlar alınırken referans noktaları doğru olarak etüt edilmeli ve tayin edilmelidir.

Ülkemizde ve gelişmiş diğer bütün ülkelerde sunulan sağlık hizmetindeki kompleks yapıyı düzenleyen detaylı mevzuat bulunmaktadır. Medikalize olan bütün süreçlerde yasal çerçeve bulunması mutlak bir zorunluluk gibi addedilmekte ve sadece insanların kendi kararına bırakılmamaktadır. Örneğin *ötenazi* insanın kendi bedeni üzerinde bir tasarrufu gibi öngörülse dahi tıbbi alanı düzenleyen yasalar ve tıp etiği buna cevaz vermemektedir. Dolayısıyla tıbbi alana dahil olmuş bütün işlemlerde yasal bir çerçeve beklemek veya yasal bir çerçeve bulunması oldukça makul bir zorunluluktur. Burada dikkat çekilmesi gereken nokta, devletin yasal olarak bu alanı düzenleme zorunluluğunun olmasıdır.

Sonuç ve öneriler

Güçlü devletler nüfusun çokluğuyla değil yetiştirilmiş insan gücünün fazlalığıyla müreffeh bir seviyeye gelmişlerdir. Devletlerin ve de ülkemizin gündeminde nüfusun yetkin ve nitelikli hale getirilmesi temel amaç olarak yer almalıdır. Nüfus planlaması anlayışı yerine mevcut nüfusun değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Nüfus planlaması teşviklerle özendirilerek gerçekleştirilmelidir. Doğmamış bebekler üzerinden değil mevcut nüfus üzerinden yapılacak teşvik-kontrol modelleriyle istenen nüfusa ulaşmak mümkün olabilecektir.

Teşvik ve kontrol modeli esas alınarak doğurganlık yaşındaki kadınların tutumlarını şekillendirmek yasalarla düzenlenecek nüfus planlaması yaklaşımından daha etkili olabilecektir. Bir teşvik yolu olarak, çalışan annelere normal doğum yolu ile çocuk doğurmaları halinde ücretli olarak 6 ile 12 ay arasında ücretli izin hakkı verilmesi. Ev hanımı olan annelere ise normal doğum yolu ile çocuk doğurmaları halinde “bebek bakım desteği” verilmesi.

Doğum süreci artık normal olarak nitelendirilemeyecek kadar kompleks bir yapıya dahil olmuştur. Bu yapı, sağlık ve dolayısıyla hastane sistemidir. Normal yol ile doğum, tıbbi kurallar ile yönetilen medikal bir prosedür haline gelmiştir. Devletin normal doğumu özendirmesi gerekmektedir. Sezaryen ile doğumun yapılması çeşitli kurallarla zorlaştırılarak azaltılamaz veya etkili bir şekilde azaltılamaz. Normal doğumun da örneğin daha az ağırlı geçmesi sağlanarak sezaryene olan teveccüh azaltılabilir. Sezaryen ile doğumun ekonomik baskısı böylelikle azaltılabilir.

1983 yılında çıkarılan nüfus planlaması hakkında kanun bugünün şartlarında yeniden yorumlanmalıdır. Nüfus planlaması anlayışı sadece beş yıllık planlar içinde yer almayıp sosyal gündelik hayatın içerisinde kamuoyu gündemine girmelidir. Devletin vatandaşlardan beklentileri vatandaşın ihtiyaçları doğrultusunda yeniden ele alınmalıdır.

Kürtaj konusunda çok sayıda düşünce bulunmaktadır. Embriyo hakkı-kadının hakkı ikilemi ötesinde birçok bakış açısı ve moral ve diğer ahlaki değerler dikkate alınarak mevcut yasal düzenlemeler gözden geçirilmelidir. Gerekirse, araştırmalar(saha araştırmaları dahil) yapılarak toplumun büyük çoğunluğu tarafından kabul görecektir düzenlemelere gidilmelidir.

Türkiye’de planlı dönem itibarıyla nüfus konusunda da planlı döneme geçilmesinin karşı politikaların tam olarak

uygulanabilmesi mümkün olamamıştır. Önümüzdeki yıllarda karşılaşılabilecek nüfus ile ilgili sorunların şimdiden öngörülüp önlemler alınması ve buna uygun politikaların üretilmesi gerekmektedir.

Nüfus politikaları ülke için en uygun nüfus büyüklüğü, bütün ekonomik ve sosyal faktörler dikkate alınarak nüfus başına en yüksek verimin alınabileceği miktardır. Dolayısıyla, planlar hazırlanırken, ekonomik, sosyal ve diğer bütün faktörler dikkate alınarak beklentiler belirlenmelidir. Böylece, planlar daha reel sonuçlar doğuracaktır.

Sonuç olarak, çalışmada nüfus planlaması, normal doğum, sezaryen ve kürtaj konusunun genel olarak panoraması çizilme çalışıldı. Her bir konu başlı başına politik, ideolojik ve moral değerlerin bir arada ele alınarak değerlendirilmesini öngörmektedir. Tekçi bir bakış açısıyla, konunun irdelenmesi kazanını olmayan bir tartışmayı beraberinde getirecektir.

Kaynaklar

Bayat, Duygu (2010), *Gelişmekte Olan Ülkelerde Nüfus Sorunu Ve Türkiye Örneği*, Marmara Üniversitesi, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul.

Çakmak, Fevzi(2007), *Atatürk Döneminde Türkiye’nin Nüfus Politikası*. Dokuz Eylül Üniversitesi (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir.

Doğan, Mesut(2011), *Türkiye’de Uygulanan Nüfus Politikalarına Genel Bakış*, Marmara Coğrafya Dergisi.

Gürsoy, Akile (1996), *Abortion In Turkey A Matter of State, Afmily or Individual Decision*. Social Science and Medicine. Vol:42.

Karakuş, Aslı (2007), *Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Kadınların Doğum Yöntemlerine Karşı Olan Davranış ve Tutumlarının Belirlenmesi* İstanbul Üniversitesi (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul.

Komut, Sultan (2009), *A Discourse Analysis Of The Abortion Debate In Turkey And The United States*, Kadir Has Üniversitesi, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul.

Köksal, Leyla (2008), *Türkiye’de Nüfus Politikaları Kapsamında Gerçekleştirilen Bilgilendirme-Eğitim-İletişim (Bei) Kampanyalarının Halkla İlişkiler Açısından Analizi*, Marmara Üniversitesi, (Basılmamış Doktora Tezi), İstanbul.

Şahin S, Cevahir R, Sözeri C (2006). *Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi’ne İsteğe Bağlı Kürtaj İçin Başvuran Kadınların Değerlendirilmesi*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.

Toksöz, Ayşegül (2011) *The Regulation Of Abortion In Contemporary Turkey: Laws, Policies, Discourses*(Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul. <http://www.info.gov.za/acts/1996/a92-96.pdf> (Erişim tarihi: 07.08.2012)

Kürtaj yasağında kim nerede?

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji ihtisas eğitimini 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 görevinde bulundu. Bir süre İstanbul Üniversitesi Rektör Danışmanlığı da yapan Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Sayın Başbakanın kürtaj ve sezaryen karşıtı konuşmaları konuyu ülke gündemini işgal ettirmekte gecikmedi. Özellikle “kürtaj cinayettir” söylemi adeta medyanın ana konusu haline geldi. Bu açıklamaların sistematik bir davranışın, bir stratejinin ürünü olduğu yönündeki görüşlere katılmam mümkün değil. Sağlık Bakanımızın, Başbakan'ın ardından yaptığı açıklamalar bunu açıkça izah ediyor. Başbakanın söylemine destek vermeye çalıştığı imajını veren Sayın Bakan, bir yandan kürtajın tamamen yasaklanabileceği mesajını verirken diğer taraftan bilim kurulundan destekle rapor hazırlamakta olduğunu basınla paylaşıyordu.

Akdağ'ın sözleri, basına yansıdığı kadarıyla şöyle: “Şimdiye kadar birçok yaptırım uyguladık. Bir takım başka yaptırımlar ya da tedbirler alabiliriz. Örneğin tıbbi gereklilikler dışında kadının mutlaka normal doğuma öncelikle iknasını isteyebiliriz. Tıbbi gereklilik yoksa onun normal doğuma ikna edilmesi için bir süreç tarif edebileceğiz. Bunun üzerinde çalışıyoruz.” Bu arada konuyla ilgili Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı Fatma Şahin'in açıklamaları da şöyle: “Kürtaj ve sezaryen konusunda akıl ve bilim ne diyorsa o uygulanacak.”

Diğer taraftan durumdan vazife çıkaran “slogan muhalefeti” hemen devreye girmekte gecikmedi: “Kürtaj haktır, karar kadınların”, “Bedenimiz bizimdir, kürtaj olup olmama hakkı bize aittir”, “Yasal değil, yasak kürtaj öldürür”, “Bizim bedenimiz, bizim hakkımız”, “Kürtaj cinayet değil haktır”.

AK Parti Hükümetinin kadının bedeni üzerindeki kontrol hakkını elinden almak için kürtaj yasağı getirmeye çalıştığı söylendi. Dünyanın pek çok yerinde kadınların kitlesel mücadelesiyle kazanılan bu hakkı korumak için örgütlenme çağrıları yapıldı. “Tayyip Erdoğan'ın karşısına geniş kitlelerle çıkmalıyız!” dendi.

Marjinal görüşlere yer veren bir web sitedeki iddialar ise bir hayli ilginç. Kürtajla ilgili klasik sağcı tezden bahsedilen sitede, 2003'ün Aralık ayında muhafazakâr demokratinin “12 ilkesini” sayan AKP'nin, “devletin kürtaj ve cinsiyet değiştirme ameliyatlarını desteklemesine karşı olduğunu” belirttiği ifade ediliyor. Anlatıldığına göre hükümet, engellilerle ilgili yasa tasarısına, “yaşama hakkının kutsallığı ve dokunulmazlığı temelinde özürle doğma ihtimali gerekçesiyle kürtaja cevaz verilemez” maddesini eklemek istemiş. Adalet Bakanlığı da TCK'da düşük ile ilgili cezaların artırılması konusunda hazırladığı yasa taslağını bakanlıkların görüşüne sunmuş. Taslaktaki, 40 günü geçen gebelikleri sonlandıranlar hakkında 6 aydan 1 yıla kadar hapis cezası verilmesi görüşüne taslağa ilişkin olumsuz görüşünü Adalet Bakanlığı'na gönderen Sağlık Bakanlığı, gebeliğin sonlandırılması için yasal sürenin 10 hafta olduğunu belirtmiş.

Bunları okudukça şaşırmadan edemiyorum. Ne AK Parti'nin bu hususta “ideolojik bir duruşu” olduğu, ne de buna karşı mücadele verenlerin konunun önemine vakıf olduğu kanısındayım. Siyasi çizgiyi bence Başbakanın bireysel yaklaşımı ve bu yaklaşıma ters düşmeyecek sözlem içinde olmaya çalışan diğer siyasetçi ve

bürokratların tavrı belirliyor. Daha doğrusu ortada tam olarak bir çizgi falan yok. Bunun olmadığı, önümüzdeki dönem yapılacak olan -o da eğer yapılırsa- yasal düzenlemelerde görülecektir.

Sıklıkla dile getirildiğine bakılırsa, ülkemizde 12 Eylül döneminin antidemokratik atmosferinin etkisiyle bir tartışma yaşanmadan kürtajla ilgili kanuni düzenlemeler yapılmış. 2004 yılında yeni Türk Ceza Kanunu çıkarılırken de, bu hükümlerin tartışma yapılmaksızın benimsediği ve ön kabul şeklinde Ceza Kanununa alındığı iddia ediliyor. Bu hususta bir hatıramı paylaşmak isterim.

Yeni Türk Ceza Kanunu Adalet Komisyonu çalışmaları yürütülüyordu. İsteğe bağlı kürtaj süresinin 10 haftadan 12 haftaya çıkarılması şeklinde düzenleme yapılmıştı. Bu hususta Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlarının ağırlıkta olduğu bir sivil toplum örgütünün oluşturduğu farkındalıkla Sağlık Bakanlığı sürece dahil olmak istedi. Kürtaj konusu ile birlikte çocuklar üzerinde araştırma yapılması konularını görüşmek üzere Hukuk Müşavirimizle birlikte o zamanki Komisyon Başkanı Sayın Köksal Toptan'ı ziyarete gittik. Konu ile doğrudan alâkaları nedeniyle Alt Komisyonun AK Partili komisyon üyesini odasına davet ederek görüşmemizi sağladı. Konuyu ve itirazımızı kendisine aktardık. Özellikle 10'uncu haftadan sonra ultrasonografi ile cinsiyet tayini yapılabilirdi, eğer bu hassas süre korunmazsa ailelerin sırf cinsiyetlerini beğenmediği için kürtaj yaptırmak isteyebileceğini, bunun da ayrı bir sosyal probleme neden olacağını ifade ettik. Bir anlamda kızlarını toprağa gömen cahiliye dönemi Arap âdeti yerine



cinsiyetini ultrasonla tayin ettikten sonra kızlarını kürtajla öldürmeye yeltenecek modern cahillerin olabileceği riskinden bahsettik.

Aldığımız cevap oldukça şaşırtıcıydı. 10 hafta ile 12 haftanın kendilerince bir önemi olmadığını, ana muhalefet partili üyenin talebi doğrultusunda, uzlaşma adına 12 haftayı kabul ettiklerini söyledi. Doğrusu “siyasi uzlaşma” adına gerçeğin vahametini anlatmayı beceremedik. Daha sonra kanun değişikliği ile düzeltilmek zorunda kalınacak olan çocuklar üzerinde tıbbi araştırma konusunda da sesimizi duyuramadık.

Neyse ki, daha sonra ne olduysa, isteğe bağlı kürtajda sınır 10 haftaya çekilerek taslak düzeltildi ve Genel Kuruldan bu haliyle geçti. Duyduğumuza göre, aslen Kadın Doğum Uzmanı olan bir Ana Muhalefet Partisi İzmir milletvekili konuya müdahil olmuş. Komisyon toplantısına girerek kendi üslubu ile 12 haftaya kadar kürtajın serbest olmasının doğuracağı katliam ihtimalini anlatmış, Kadın doğum uzmanı kimliği ile tecrübelerini anlatmış. Bu vekilimizin nezaket derecesi tartışılır kendine has üslubu malumdur. Ne var ki amiyane tabirle dinsizin hakkından imansızın gelmesi gibi bir tabloyla durumun talebimiz doğrultusunda değiştirilmiş olmasına seviniyorum.

Yukarıdaki hatırayı, kişilerin tavırlarını eleştirmek maksadıyla değil, iktidar partisinin bu hususta kurumsal bir duruşunun olmadığını göstermek için naklediyorum. Bu yüzden isimleri vermeye özen gösterdim. Sayın Başbakanın tavrı kendine has bir duruş. Onun çıkışı üzerine paralel söylem tutturan siyasetçi ve bürokratlar bizi yanıltmasın.

Sürecin işleyişini basın naklediyor. Yazıldığına göre, Başbakan Erdoğan'ın çıkışıyla gündeme gelen kürtaja yasak için Sağlık Bakanlığı çalışma başlamış. Muhtemelen Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığımız da çalışmanın içindedir. Bakan Akdağ'ın, düzenlemeye ilişkin olarak, “Önümüzdeki ay içerisinde bu çalışmaları Bakanlar Kurulu'na yetiştirmeyi planlıyoruz. Ondan sonrası Bakanlar Kurulu ve Meclis'in işi” dediği naklediliyor.

Söylem paralel olsa da sonuç ihtimal ki farklı olacaktır. Kürtaj konusunda önümüzdeki günlerde yapılacak -veya belki de yapılamayacak- olan yasal düzenleme yapıldığı zaman bu husustaki görüşümün isabet derecesi ortaya çıkacaktır.

Basına yansıyan son bilgiler belki olacaklara bir ışık tutabilir. Bakanlar Kurulunun gündemine gelen Üreme Sağlığı Kanun Taslağına bakıldığında, kürtajda 10 hafta sınırının değişmeyeceğini, sağlık personeline istemli kürtajda görevden çekilme hakkı tanınacağını, ağrısız doğumun yaygınlaştırılacağını ve anne ve babaların çalışma düzenlerinde doğumla ilgili kolaylıkların sağlanacağını okuyoruz.

Bir hususa daha dikkatinizi çekerek bitireyim: Dünya Sağlık Örgütü'nün genel kurulu niteliğindeki Assamble toplantılarından katıldıklarımın ekseriyetinde “Kürtajın bir doğum kontrol yöntemi olmadığına” ilişkin karar tasarrusının önerildiği ve tekraren oy birliği ile kabul edildiğine şahit oldum. Bu kürtaj meselesini nüfus planlaması ve doğum kontrolü politikalarından arındırmadıkça tartışmaların ve pozisyon almaların doğru zemine oturmayacağı kanaatindeyim.

Ne AK Parti'nin kürtaj ve sezaryen konusunda “ideolojik bir duruşu” olduğu, ne de buna karşı mücadele verenlerin konunun önemine vakıf olduğu kanısındayım. Siyasi çizgiyi bence Başbakanın bireysel yaklaşımı ve bu yaklaşımı destekleyecek sözlem içinde olmaya çalışan diğer siyasetçi ve bürokratların tavrı belirliyor. Daha doğrusu ortada tam olarak bir çizgi falan yok. Bunun olmadığı, önümüzdeki dönem yapılacak olan - o da eğer yapılırsa- yasal düzenlemelerde görülecektir.

Sağlığın başı “organik doğum”

Doç. Dr. Mustafa Öztürk



1973'te Karabük'te doğdu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1997'de mezun oldu. 2001'de Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi tamamlayarak iç hastalıkları uzmanı oldu. Endokrinoloji yan dal ihtisasını yaptığı Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzun yıllar görev yaptı. Dr. Öztürk, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesidir.

Anne karnındaki fetüs, steril bir ortamdır. Gastrointestinal sistemi de steril durumdadır. Doğum eylemi başladığında membranların yırtılmasıyla mikroorganizmalarla ilk kez karşılaşılır. Doğum kanalından geçerken bebeğin cildi ve mukozal yüzeyleri annenin florası ile temas eder. Gastrointestinal sistem ilk kez annenin florası ile kolonize olmaya başlarken, mikroorganizmalar ile karşılaşılması bağışıklık sistemini harekete geçirerek yenidoğanın doğal bağışıklık sisteminin gelişmesini sağlar. Bağırsaklarda ilk görülen bakteriler streptokoklar, laktobasiller ve enterobakter ailesidir. Bu bakterilerin aktivitesi ile intestinal oksijen azalırken, bağırsakların asıl florasını oluşturan Bifidobakter, bakteroides, clostridium ve Ruminokoklar gibi anaerobik bakterilerin gelişimi için uygun ortam oluşur. Bağırsak forasının çeşitliliği zaman içinde artarken, sütten kesilme döneminde büyük değişiklikler görülür. İlk yılın sonunda, çocuğun mikrobiyal ekosistemi erişkine oldukça benzerdir.⁽¹⁾ Erişkinde gastrointestinal sistem 104 bakteri içerir; vücuttaki ökaryotik hücre sayısı ise bunun onda birdir. Erişkin insanda mikrobiyotada 500-1000 farklı tür bulunur. Steril ortamda yaşatılan (Gnotobiotik) fareler, kommensal floranın fonksiyonlarının gözlenmesi için iyi bir araçtır. Gnotobiotik fareler vücut ağırlıklarını korumak için %30 daha fazla kaloriye ihtiyaç duyarlar. Bağışıklık sistemleri gelişmez ve enfeksiyonlara açıktırlar.⁽²⁾

Sezaryen (CS) ile doğum yapan bebekler, annenin florası ile karşılaşmazlar; anne kucağına daha geç verilirler. CS ile doğan bebeklerin gastrointestinal

kolonizasyonu gecikir ve normal doğan bebeklere göre önemli farklılıklar arz eder. Bifidobakterium ve bakteroides sayıları azdır. Normal doğan bebeklerde gastrointestinal sistemde annenin vajen florasından gelen laktobasiller yayginken, CS ile doğan bebeklerde cilt kaynaklı stafilokoklar daha fazladır. CS bebeklerinde hastane kaynaklı antibiyotige dirençli mikroorganizmalarla kolonizasyon sıklığı artmıştır. Clostridium difficile ile kolonizasyonun arttığı gösterilmiştir. Normal ve CS ile doğanların bağırsak florasındaki değişiklikler 7 yaşından sonra bile gözlenebilmektedir.⁽³⁾ Bağırsak florasındaki değişiklikler inflamatuvar ve otoimmün hastalıklar ile ilişkilendirilmiştir. Alerjik astım, inflamatuvar bağırsak hastalıkları (Chron ve ülseratif kolit) gibi atopik bozukluklar ile Çölyak hastalığının bağırsak florasındaki bozukluklar ile ilişkisi saptanmıştır. Ancak bu değişikliklerin hastalığa yol açan bir faktör mü olduğu yoksa hastalığın bir sonucu olarak mı ortaya çıktığı kesin değildir. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarının patogenezi ile ilgili en son hipotez genetik yatkınlık sonucu, bağırsaktaki zararsız bakteriyel antijenlere karşı kontrolsüz bir bağışıklık sistemi yanıtının oluşmasıdır. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında proteobacteria ve acinetobacteria sayılarında artış, firmiküt grubu bakterilerde azalma saptanmıştır. Bu hastalarda gastrointestinal sistemdeki bakteri sayısının arttığı ancak çeşitliliğin azaldığı ve firmucut/bakteroides oranının azaldığı gösterilmiştir.

Fare deneylerinde, normal yolla doğan yavruların bağırsaklarında, doğal bağışıklık sisteminin sinyal molekülü interlökin-1 reseptör ilişkili kinaz 1 (IRAK1)

ekspresyonunda ani bir baskılanma ve toll-like reseptör antijenlerine karşı tolerans saptanmıştır. CS ile doğan farelerde ise bu değişim gözlenmemiştir. İnsanda bunun olup olmadığı kesin değildir. Ancak bazı çalışmalar doğum şeklinin fagositer hücrelerin fonksiyonunu etkilediği ve monositlerdeki TLR2 ve TLR4 ekspresyonunu değiştirdiğini göstermiştir.⁽⁴⁾ Epidemiyolojik çalışmalarda CS ile doğan bebeklerin postnatal dönemde solunum yolu hastalıklarına daha sık yakalandığını göstermektedir. Alerjik astım riski (%20-50) daha yüksektir.⁽⁵⁻⁸⁾ CS ile doğanlardaki astım riski bir çalışmada %80 artmış bulunmuştur.⁽⁹⁾ Aynı çalışmada anne ve babası alerjik olan bebekler CS ile doğduklarında, normal yolla doğuma göre riskin neredeyse 3 kat arttığı görülmüştür. Başka bir çalışmada da alerjik rinit riski CS ile doğanlarda %80 artmış bulunmuştur.⁽¹⁰⁾ 20 çalışmanın verilerinin meta-analizinde, CS ile doğanlarda Tip 1 diabetes riskinde de %20 artış saptanmıştır.⁽¹¹⁾ Son yapılan çalışmalarda CS ile doğan bebeklerde çölyak hastalığı riskinin de (%80) daha yüksek olduğu görülmüştür.⁽¹²⁾

Diyabet, romatizmal hastalıklar ya da inflamatuvar bağırsak hastalığı olan gebelerde CS oranları daha yüksektir. Bu yüksek CS oranları, bağışıklık sistemini bozarak, bu çocukların zaten kötü olan genetik yapılarının otoimmün hastalıklar açısından daha da riskli hale gelmesine sebep olabilir. CS ile doğan bebeklerde kan basınçları daha düşük ölçülmektedir. 7-8 yaşlarına geldiklerinde CS ile doğanlarda kan basıncında ortalama 2mm daha düşüklük izlenmektedir.⁽¹³⁾ Ghrelin, açlık durumunda mideden salgılanan iştahı arttıran ve büyüme



hormonu salgısını uyaran bir hormondur. CS ile doğan yenidoğanlarda ghrelin düzeylerinin normal doğanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.⁽¹⁴⁾

Fransa'da yapılan bir çalışmada, 22 yaşından erken başlayan şizofreni vakalarının doğumunda obstetrik komplikasyon öyküsünün fazla olduğu saptanmıştır. Bu hastalarda anormal geliş öyküsü 2,7 kat, CS öyküsü ise 10 kat daha fazla saptanmıştır.⁽¹⁵⁾ CS'nin şizofreni gelişiminde rolü olup olmadığı ise belirsizdir. Diğer yandan dikkat eksikliği sendromu tanısı konuların çocukların annelerinde CS oranları daha yüksek bulunmuştur.⁽¹⁶⁾ Çocukluk çağı akut lösemilerinde de CS oranı kontrollere göre 2,5 kat yüksek bulunmuştur.⁽¹⁷⁾ Non-Hodgkin lenfoma hastalarının geçmişte araştırıldığında, CS ile doğum oranının, kontrollere göre %60 daha sık olduğu saptanmıştır.⁽¹⁸⁾ Nöbet geçiren yenidoğanlarda yapılan bir çalışmada, CS ile doğanların ileri yaşamlarında büyüme gelişme geriliği, serebral palsi ve epilepsi gibi hastalıklar için daha riskli olduğu saptanmıştır.⁽¹⁹⁾

Kanser, metabolik ve otoimmün hastalıkların giderek arttığı günümüzde, doğal beslenmenin önemi giderek daha iyi anlaşılmaktadır. Doğal beslenmenin yanı sıra "doğal yaşamak" da hastalıklardan korunmada büyük önem arz etmektedir. Hareketsizlik, obeziteden kansere pek çok hastalığın en önemli nedenlerinden biridir. Gıdalardaki kimyasal maddeler sıklıkla endokrin bozukluklara yol açabilmektedir. Bu nedenle "organik beslenme" son derece popüler bir kavramdır. Bilimsel veriler, beslenmenin önemli olduğunu ancak sağlık risklerimizin genetik yapıyla birlikte anne karınında karşılaştığımız olaylar ve doğum şeklimizle şekillendiğini göstermektedir. Doğal yaşamın ilk basamağının "doğal doğum" olduğu anlaşılmaktadır. CS ile doğan bebekler, immün sistemleri doğal yoldan uygun şekilde programlanmadığından çok çeşitli hastalıklar açısından

dezavantajlı dünyaya gelmektedirler.

Doktorların ve annelerin, CS'ye karar vermeden önce çok daha dikkatli ve seçici davranması gerektiği anlaşılmaktadır. Ülkemizde giderek artan CS oranları, önümüzdeki yıllarda daha sağlıklı, kronik hastalıkların pençesinde kıvranan bir toplumla karşılaşmamıza neden olabilir. Bu nedenle sağlığın başı "organik doğum" diyoruz.

Kaynaklar

- 1) Palmer C, Bik EM, DiGiulio DB, Relman DA, Brown PO. Development of the human infant intestinal microbiota. *PLoS Biol* 2007; 5:177.
- 2) Evalotte Decker, Mathias Hornef and Silvia Stockinger. Cesarean delivery is associated with celiac disease but not inflammatory bowel disease in children. *Gut Microbes* 2:2, 91-98; March/April 2011
- 3) Salminen S, Gibson GR, McCartney AL, Isolauri E. Influence of mode of delivery on gut microbiota composition in seven year old children. *Gut* 2004; 53:1388-9.
- 4) Muniz-Junqueira MI, Peçanha LM, da Silva-Filho VL, de Almeida Cardoso MC, Tosta CE. Novel microtechnique for assessment of postnatal maturation of the phagocytic function of neutrophils and monocytes. *Clin Diagn Lab Immunol*. 2003 Nov;10(6):1096-102.
- 5) Davidson R, Roberts SE, Wotton CJ, Goldacre MJ Influence of maternal and perinatal factors on subsequent hospitalisation for asthma in children: evidence from the Oxford record linkage study. *BMC Pulm Med*. 2010 Mar 16;10:14..
- 6) Hakansson S, Kallen K. Cesarean section increases the risk of hospital care in childhood for asthma and gastroenteritis. *Clin Exp Allergy* 2003; 33:757-64.
- 7) Renz-Polster H, David MR, Buist AS, Vollmer WM, O'Connor EA, Frazier EA, et al. Cesarean section delivery and the risk of allergic disorders in childhood. *Clin Exp Allergy* 2005; 35:1466-72.
- 8) Tollånes MC, Moster D, Daltveit AK, Irgens LM Cesarean section and risk of severe childhood asthma: a population-based cohort study *J Pediatr*. 2008 Jul;153(1):112-6. Epub 2008 Mar 21.)
- 9) Roduit C, Scholtens S, de Jongste JC, Wijga AH,

Gerritsen J, Postma DS, Brunekreef B, Hoekstra MO, Aalberse R, Smit HA. Asthma at 8 years of age in children born by caesarean section. *Thorax*. 2009 Feb;64(2):107-13. Epub 2008 Dec 3.)

10) Pistiner M, Gold DR, Abdulkarim H, Hoffman E, Celedón JC. Birth by cesarean section, allergic rhinitis, and allergic sensitization among children with a parental history of atopy. *J Allergy Clin Immunol*. 2008 Aug;122(2):274-9. Epub 2008 Jun 20.

11) Cardwell CR, Stene LC, Joner G, Cinek O, Svensson J, Goldacre MJ, et al. Cesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. *Diabetologia* 2008; 51:726-35.

12) Decker E, Engelmann G, Findeisen A, Gerner P, Laass M, Ney D, et al. Cesarean delivery is associated with celiac disease but not inflammatory bowel disease in children. *Pediatrics* 2010; 125:1433-40.

13) Morley R, Kennedy K, Lucas A, Blizzard L, Dwyer T. Mode of delivery and childhood blood pressure. *Pediatr Res*. 2000 Apr;47(4 Pt 1):463-7.

14) Bellone S, Rapa A, Vivenza D, Vercellotti A, Petri A, Radetti G, Bellone J, Broglio F, Ghigo E, Bona G. Circulating ghrelin levels in newborns are not associated to gender, body weight and hormonal parameters but depend on the type of delivery. *J Endocrinol Invest*. 2003 Apr;26(4):RC9-11.

15) Verdoux H, Geddes JR, Takei N, Lawrie SM, Bovet P, Eagles JM, Heun R, McCreadie RG, McNeil TF, O'Callaghan E, Stöber G, Willinger MU, Wright P, Murray RM. Obstetric complications and age at onset in schizophrenia: an international collaborative meta-analysis of individual patient data. *Am J Psychiatry*. 1997 Sep;154(9):1220-7.

16) Amiri S, Malek A, Sadegfard M, Abdi S. Pregnancy-related maternal risk factors of attention-deficit hyperactivity disorder: a case-control study. *ISRN Pediatr*. 2012;2012:458064. Epub 2012 Jun 5.

17) Cnattingius S, Zack M, Ekblom A, Gunnarskog J, Linet M, Adami HO. Prenatal and neonatal risk factors for childhood myeloid leukemia. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 1995 Jul-Aug;4(5):441-5.

18) Adami J, Glimelius B, Cnattingius S, Ekblom A, Zahm SH, Linet M, Zack M. Maternal and perinatal factors associated with non-Hodgkin's lymphoma among children. *Int J Cancer*. 1996 Mar 15;65(6):774-7.

19) Garfinkle J, Shevell MI. Prognostic factors and development of a scoring system for outcome of neonatal seizures in term infants. *Eur J Paediatr Neurol*. 2011 May;15(3):222-9.

Cenin canı acır mı? İnsan gelişiminin temel evreleri

Prof. Dr. Ender Erdoğan



1966'da Karaman, Ermenek'te doğdu. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin (1989) ardından histoloji ve embriyoloji doktorasını tamamladı (1997). 2005 yılında doçent, 2010'da profesör oldu. 2004 yılında üç ay süre ile Kings College Londra'da bulundu. 1998'de Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başladığı akademisyenliği, halen Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde sürdürmektedir. Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı ile Temel Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı iğinin yanı sıra, Üniversite Senatosu ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Yönetim Kurulu Üyeliğini de yürüten Dr. Erdoğan, evli ve 2 çocuk babasıdır.

Anne karnında geçirilen 38 haftalık gelişim serüveni insanoğlunun hep merakını ve ilgisini çekmiştir. Zigot denilen tek hücre-den milyarlarca sayıda ve iki yüzden çok çeşit farklı hücrenin oluşturduğu, kompleks olduğu kadar da uyumlu, düzenli bir canlının meydana gelişimindeki bir kısmı hala gizemli kalan, sistematik ve ardışık olayların mantığı anlaşılmaya çalışılmıştır. Çok eski kaynaklarda dahi bu konuda yazılmış çeşitli yorumlar yer almaktadır. Bu kapsamda; insanoğlunun bu mucizevi yolculuğunu ele alan; embriyoloji, doğum mekanizmalarını araştıran; prenataloji ve gelişimde karşılaşılan aksaklıkları ele alan, diğer bir ifadeyle yolculuktaki yol kazalarını ve bunların oluş mekanizmalarını ortaya çıkarmaya çalışan; teratoloji gibi temel bilim alanları ortaya çıkmıştır.

Merak uyandıran temel konulardan birisi de; bu yeni canlının ne zaman bir "insan" olarak kabul edilebileceğidir. En gelişmiş organizma olarak kabul edilen insana bu özelliğini kazandıran gelişim basamakları ve özellikleri nelerdir? Onu diğer canlılardan farklı kılan özellikler nelerdir, nasıl kazanılır? En sıradan bir

memelinin bile, daha doğumda sahip olduğu duyuları algılama, ses çıkarma, refleks ve hareket gibi temel fizyolojik işlevlerinin birçoğunda yeterli olamayan insanoğlu, anne karnında hangi işlevleri ne zaman kazanmaya başlar? Cenin dediğimiz embriyo ne zaman iştir, ne zaman görmeye, dokunmaya başlar? Daha da önemlisi ağrıyı ne zaman duymaya başlar. Yani, canı acır mı? Tüm bu soruların cevabını verebilmek için ceninin geçirdiği kronolojik gelişim evrelerine -ki buna embriyolojide organogenez (organların gelişimi) denir- kısaca bir göz atmak gerekir.

Evreler

İnsan gelişimini evreler halinde incelemek yaygın bir usuldür. Kabaca ilk iki aylık döneme; "*embriyonal*", daha sonraki doğuma kadar olan döneme (9-38. haftalar arası) "*fötal*" dönem denir. Ayrıca, -daha çok doğum kliniklerinde- kabaca üçer aylık (trimester) üç dönemde incelemek de ayrı bir usul olarak kullanılmaktadır.

Yeni bir canlı için başlangıç-milad döllenme (fertilizasyon)'dır. 23 (n) kromozomlu

bir erkek tohum hücresinin (spermium) dölediği 23 (n) kromozomlu dişi yumurta hücresinin (sekonder oosit) adı artık zigottur. Zigot 46 (2n) kromozoma sahip ve yeni canlının tüm kodlarını taşıyan (totipotent) özel ve eşsiz bir hücredir. Döllenme 8 hafta boyunca sürecek embriyolojik dönemin başlangıcı da sayıldığından artık yeni canlının bir adı da embriyo (cenin)'dur.

Zigot, ortalama bir gün sonra mitotik bölünmeler sürecine (klivaj-yarıklanma) girerek, giderek küçülen kardeş hücrelere (blastomer) bölünürken, bir taraftan da döllenmenin gerçekleştiği Fallop tüplerinden, yerleşip gelişeceği uterusu doğru da boşluktaki yolculuğuna başlar. Blastomerler 12-32 hücreli sıkışık bir kitle evreye ulaştığında, şeklen de duta benzediğinden, insan ceninin de yeni adı: "*morula*"dır. Morulanın etrafı "*zona pellucida*" denen kalın ve özel bir zar ile paketlenmiş durumdadır.

Yaklaşık dört gün sonra bu hücre kitlesi ortasında bir sıvı kitlesi (blastokist) birikmeye başlayınca ceninin adı: "*blastula*"dır. Giderek artan sıvı kitlesi mevcut hücreleri de dış trofoblast (plasantanın embriyonal kısmını oluşturacak)



En gelişmiş organizma olarak kabul edilen insana bu özelliğini kazandıran gelişim basamakları ve özellikleri nelerdir? En sıradan bir memelinin bile, daha doğumda sahip olduğu duyuları algılama, ses çıkarma, refleks ve hareket gibi temel fizyolojik işlevlerinin birçoğunda yeterli olamayan insanoğlu, anne karnında hangi işlevleri ne zaman kazanmaya başlar? Cenin dediğimiz embriyo ne zaman işitir, ne zaman görmeye, dokunmaya başlar? Daha da önemlisi ağrıyı ne zaman duymaya başlar. Yani, canı acır mı?

Tablo: Değişik evrelerdeki belirgin dış karakterler

Günler	Carnegie evresi	Uzunluk / tepe-oturma noktası (mm)	Belirgin dış özellikler
20-23	9-10	1,5-3,5 (total uzunluk)	Embriyo disk şeklinde ve hafif kıvrıktır. Sinir sistemi iki ucu açık bir tüp (nöral tüp) şeklindedir.
24-27	11-12	2,5-5 mm	Göz ve kulak çıkıntıları, kol tomurcukları ve kalp ve çene çıkıntıları görülmeye başlar. Nöral tüp uçları kapanmıştır.
28-32	13-14	4-7 mm	Üst ekstremiteler kürek şeklindedir. Lens ve retinada pigment gözlenir. Kalp, mide ve ağız taslakları görülür.
33-40	15-16	7-11 mm	El parmak taslakları ve ayak plakları ve dış kulak hatları gözlenir. Gövde düzleşir.
41-46	17-18	11-17 mm	El parmaklar barizdir. Ayak parmakları görülmeye başlar. Göz kapakları oluşur. Dirsek, meme ile beyin keseleri belirgindir.
47-51	19-20	16-22 mm	Ekstremiteler ve gövde uzar ve düzleşir. Barsak gelişimi ilerler.
52-55	21-22	22-28 mm	Göz kapakları ve aurikula gelişmiştir. El ve ayak parmakları ayrı ve gelişmiştir.
56	23.	27-31 mm	Baş yuvarlaklaşmış ve insan görünümünü kazanmıştır.

ve iç embriyoblast (embriyoyu oluşturan olan) hücreleri olarak gruplandırır.

Artık göçebeliği tamamlanan embriyo, yerleşmek üzere genellikle de uterusun üst bölgelerinde bir yer seçer ve embriyoblastlar tarafında uterus yüzeyi ile temas sağlar. Ancak yerleşmenin olabilmesi için 5. gün zona kabuğundan kurtulması da (hatching) de gerçekleştikten sonra 6. gün uterusu gömülme (implantasyon) süreci başlar. Trofoblastların enzimatik,

olitik etkileri ile de embriyo uterusu adeta demir atıp kendisini perçinler. İmplantasyon süreci 2. haftanın sonunda ceninin üzerinin de uterus epiteli ile kaplanması ile tamamlanırken başlangıçta tek tür olan embriyoblastlar da farklılaşarak önce iki tabakalı (bilaminar) embriyo diskini oluşturur.

3. haftada “*gastrula*” adını alacak olan embriyoda artık dışta ektoderm, içte endoderm ve aralarında mezoderm olmak

üzere üç tür hücre tabakası (trilaminar germ diski) yer almaktadır. Kabaca; ektodermden: dış yüzeyi kaplayacak olan yapılar (epidermis, kıl, tırnak ve meme bezleri gibi) ve bağlantıları (sinir sistemi), endodermden de: iç boşluklarımızın yüzey epitelleri ve bağlantılı organlar (karaciğer, akciğer gibi) gelişirken; mezodermden de: aradaki destek ve bağ doku elemanları (kıkırdak, kemik, kas gibi) ve bağlantılı doku ve organlar (kan ve kalp damar sistemi gibi) gelişir. Artık konseptus (cenin ve etrafındaki zar yapıların bütünü) ultrasonla da görülebilir haldedir.

3. haftanın sonuna doğru sinir sistemini oluşturacak yapıların ilk işaretleri de görülmeye başlar. Nöral tüp denilen merkezi sinir sistemi (beyin, omurilik vs) taslağı oluştuğunda embriyonun adı “*nörula*”dır. Kısaca insanı en gelişmiş canlı yapan en temel sistem olan ve doğumdan sonra da uzunca bir süre gelişimini sürdürecektir olan sinir sistemi en erken dönemde ortaya çıkmaktadır.

Bu aşamadan sonra hızla diğer doku ve organların taslakları görülmeye başlar. Embriyonal dönem boyunca (8. hafta sonuna kadar) süren temel organenez sürecinde tüm organların



ana taslaklarının gelişimi tamamlandı-ğından bu dönem organ deformasyon, malformasyon ve defektleri için de en riskli dönemdir.

Doku ve organların farklılaşmasında diğer önemli bir konu da gelişim belli bir sıra-silsile izlemesidir. Ardışık gelişimde bir sonraki aşamanın sağlıklı olarak başlayabilmesi, bir önceki basamağın sağlıklı ilerlemesi ve onun uygun işareti (genetik, moleküler veya yapısal) verebilmesine (embriyonik indüksiyon fenomeni) bağlıdır.

9-38. haftalar arasındaki fetal dönemde ise; artık embriyo, fetüse dönüşüp, dıştan da bir insan görünümünü kazanırken embriyonal dönemde taslakları oluşan organların büyüme, olgunlaşması ve ileri işlevlerini kazanması söz konusudur. Fetal dönemin başında fetüs yaklaşık 50 mm boyunda ve yaklaşık 8 g ağırlığında iken fetal dönemin sonunda yani miyada ortalama 50 cm boya ve 3500 g ağırlığa erişir.

Embriyonal evre kronolojisi

Bu dönemin evrelendirilmesinde 1987 yılında Carnegie Institute Of Washington'ca yapılmış olan 23 embriyolojik evre tanımı geçerliliğini korumaktadır. Buna göre; değişik evrelerdeki belirgin dış karakterler aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Bu verilere göre; embriyonal dönemin sonunda (56. gün) tepe oturma mesafesinin yaklaşık 3 cm, embriyonun total uzunluğunun ise 5 cm'ye eriştiği ve artık dışarıdan da insan görünümünü kazandığı söylenebilir. Embriyodaki organogenez süreci de büyük bir hızla

tamamlanmaktadır. Organogenez, çoğu 3. hafta sonu ve 4. hafta başında başlayan, bir kısmı erken fetal dönemde (1. trimester), bir kısmı geç fetal dönemde (2. ve 3. trimester) az bir kısmı ise postnatal dönemde de süren bir süreçtir.

Organogenez süreci ve fetal gelişim

Fetüs dışarıda yaşama şansını ancak ortalama 2. trimesterin sonuna doğru yakalayabilir. Burada kritik konu, başta akciğerler olmak üzere hayati organların işlevlerindeki yetersizliklerdir. Kısaca bazı organların gelişme dönemlerine bakılacak olursa: en erken gelişen iç organın kalp olduğu görülür. Gelişen embriyonun beslenme ihtiyacının aciliyeti nedeniyle damarlanma 20. günde gelişmeye başlar. Bununla bağlantılı olarak da kalp, 22-23. günlerde basit de olsa atımlarına başlar. Dolayısıyla, kalp damar sistemi ilk işleyen sistem sayılabilir. 9. haftada da doppler cihazı ile fetal kalp sesleri duyulabilir.

Mide barsak sisteminde genellikle 4-6. haftalarda başlayan gelişim yine farklı dönemlerde tamamlanmaktadır. Yüz gelişimi ile paralel olarak dil ve özefagus, mide ve bağırsaklar gibi baş, orta ve son bağırsak derivatları 4. haftada gelişmeye başlarken; bağlantılı organlar olan ilkel ağız ve karaciğer, pankreas ve periton ise bunu takiben gelişmeye başlar.

Solunum sistemi gelişimi ise 4. haftada baş bağırsaktan akciğer tomurcuklarının belirmesiyle başlar ve önce trakea ve ardı sıra bronşların ve bronşioollerin dallanması ile devam ederken; alveol keseciklerinin ileri gelişimi 30. haftalarda

başlayıp, doğumdan sonra 8. yaşa kadar sürer. Akciğerlerin işlevsel gelişimi miyada doğru son iki ayda belirgin olup; 26. haftadan önce doğan prematüre bebekler, alveollerin gelişimlerini tamamlayamamaları ve alveollerde gaz değişiminde kritik bir molekül olan sürfaktanı salgılayamamaları nedeniyle solunumsal sıkıntı (distress) sendromuna adaydırlar.

Boşaltım sistemi de gelişimine 4. haftada başlarken böbrekler birkaç hafta içinde idrar üretmeye de başlarlar. Genital sistem gelişiminde de: hücrelerin farklılaşması embriyonal dönemin başında başlarken, gonad ve dış genitalerin görülmeye başlaması ancak embriyonal dönemin sonuna doğrudur. Uterus 20. haftada gelişirken, testislerin skrotuma inişleri 7-9. aylarda tamamlanan bir süreçtir.

Kas iskelet sisteminde de yine 5. haftada başlayan kırıkda ve kemik gelişimi kapsamında tüm kemiklerde kemikleşme anne karnında başlarken; tamamlanması 20., vertebralarda ise 25. yaşlara kadar devam eden uzunca bir süreçtir. Yüz ve kafatası gelişimi ise 20. haftalarda tamamlanabilmektedir.

Sinir ve duyu gelişimi

Sinir sistemi fetüsün gelişiminde önceliği olan bir sistemdir. Bu, doğumdaki kafa vücut oranının (1/4) bir yetişkindeki orana (1/6) göre büyüklüğünden anlaşılabilir. Sinir dokusu, daha 3. haftada gelişmeye başlarken; bu gelişimin tamamlanması doğumdan sonraki ilk yıllarda da sürmektedir. Burada sinir sistemini işlevsel kılan ana unsurlar: artan hücre (nöron

Ceninin canı, erken dönemlerden itibaren az da olsa acır. Anne, kuvvetli uyarıların bebekte meydana getirdiği rahatsızlığı artan fetal hareketler olarak rahatlıkla hisseder ki bu durum, anne için de rahatsızlık verici ve incitcidir. Daha 22. günde kalbi atmaya başlayan ceninin anne karnında da olsa kıyılamayacak bir “canlı” olduğu ve yeryüzünde yaşayan her insan gibi saygıyı ve sevgiyi hak ettiği, temel insani ve tıbbi-etik söylemlerden değil midir?



ve gliya) sayısı kadar, sinir hücrelerinin kurduğu yeni sinapsların sayısının artışı ve myelin kılıflamanın (myelinizasyon) tamamlanmasıdır. Nöronlar ve nöronlara destek olan gliya hücreleri bir taraftan çoğalırken bir taraftan işlevlerine göre farklılaşarak ilgili sinir sistemi bölgesine göç edip yerleşirler. Sinir hücreleri bu serüvenleri esansında diğer sinir hücreleri ile çok özel bağlantılar (sinaps) kurarak işlevlerini kazanır ve geliştirirler. Dolayısı ile başlangıçta primitif ve çok az bir işleve sahip olan nöronlar, hem yapısal hem de işlevsel bir evrim geçirirerek vücuttaki en kompleks hücre grubunu ve sistemini oluştururlar. Bu gelişim, sistemdeki organların şekillerine de doğrudan yansır. 4. ayda oldukça düzgün yüzeyli olan beyin vezikülleri, miada doğru beyin kıvrımlarının (gyrus) belirginleşmesi ile özel bir görüntü alır.

Genel ve özel duyu gelişimi de sinir dokularının gelişimi ile paralel seyreder. Mesela, bir genel duyu olan dilin dokunma duysusu 10-11. haftalarda işlevsel olurken; bir özel duyu olan tat duysusu gelişimi 6. aydan sonra gerçekleşir. Görme, koklama, işitme gibi diğer özel duyularda bakıldığında da: morfolojik gelişimler daha dördüncü haftada başlarken, işlevsel gelişim bazen doğumdan sonra da sürmektedir. Mesela; fötüs anne karnında daha 10. haftada ışığa refleks cevabı verebilirken; doğumda görme

keskinliği ancak 20/400 kadarken, işitme işlevi ise hemen tama yakındır. Gebeliğin 16. haftasında bebeğin kulakları duymaya başlarken, 32. haftasından sonra duyduklarını hatırlayabilme ve onlara tepki verme kabiliyetine de sahip olurlar. Yeni doğan bir bebek, bazı kokuları da algılayabilir.

Bu işlevlerin anne karnındaki kronolojik gelişimi, çocuğun annesi ve onun çevresiyle olan fiziksel ve ruhsal etkileşiminin yanı sıra iletişiminin de kurulmasını sağlar. Bu da, doğumdan sonra da çocuğun ana fizyolojik ihtiyaçları için muhtaç olunan başta ana-çocuk ilişkisinin kurulmasını sağlar. Işık, ses, dokunma gibi uyarılar aynı zamanda bu işlevlerin gelişiminin de ana stimulatörüdür. Genel duyu gibi dokunma ve ağrı duysusu (nosisepsiyon) da ilk gelişen duylardan olup, spinal gangliyonlar ile deri ve kıllar gibi deri eklerinin gelişimi ile paralel bir gelişim gösterir. Bu konuda yapılmış histokimyasal ve immunohistokimyasal çalışmalar ile spinal-duysusal (arka kök) gangliyonlarında büyük propriopseptif, orta çaplı mekanoseptif ve küçük çaplı nosiseptif nöronların gelişimleri morfolojik olarak ve ilgili kimyasal transmitterlerin işaretlenmeleri ile işlevsel olarak ortaya konmuştur.

Kısacası; ceninin canı, erken dönemlerden itibaren, az da olsa acır. Anne,

kuvvetli uyarıların bebekte meydana getirdiği rahatsızlığı artan fetal hareketler olarak rahatlıkla hisseder ki bu durum, anne için de rahatsızlık verici ve incitcidir. Daha 22. günde kalbi atmaya başlayan ceninin anne karnında da olsa kıyılamayacak bir “canlı” olduğu ve yeryüzünde yaşayan her insan gibi saygıyı ve sevgiyi hak ettiği, temel insani ve tıbbi-etik söylemlerden değil midir?

Kaynaklar

George L, Kulesa JK, Nelson BR, Nakagawa NK, Lefcort F. Patterned assembly and neurogenesis in the chick dorsal root ganglion. *J Comp Neurol. Research in Systems Neuroscience*. 518: 405-422, 2010.

Moore KL, Persaud TVN. *Embriyoloji ve Doğum Defeklerinin Temelleri. Before We Are Born*. (Çev. Ed. S. Müftüoğlu, P. Atilla, F. Kaymaz). Güneş Tıp Kitabevleri, 7. Baskı, İstanbul, 2009.

Moore KL, Persaud TVN. *Klinik Yönleriyle İnsan Embriyolojisi* (Çev. Ed. H. Dalçık, M. Yıldırım). Nobel Tıp Kiyabevleri, 2. Baskı, İstanbul, 2009.

Sadler TW. *Langman's Medical Embryology*. Lippincott Williams & Wilkins; 10th Ed. USA, 2006.

Schoenwolf GC, Bleyl SB, Brauer PR, Francis-West PH. *Larsen's Human Embryology*. Elsevier-Churchill Livingstone, 4th Ed., Philadelphia, USA, 2009.

İnsanlığın vahşi sabıkası: infantisit

Prof. Dr. Gürkan Öztürk



1968 yılında Karabük'te doğdu. İlk ve ortaöğrenimini burada tamamladı. 1993 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Üniversite yıllarında çeşitli dergilerde popüler bilim yazarlığı yaptı. 1995-1999 yılları arasında King's Collage'de fizyoloji doktorası yaptı. 1999-2010 yılları arasında Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim üyesi olarak çalıştı. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji AD'de görevini sürdürmektedir.

Gelişimsel sinirbilimciler, insan beyninin en alt düzeyde bir sürüngen beyniyle başlayıp eklenen üst bölümlerle son halini aldığını savunurlar. Bunun anlamı, insan olarak içimizde hayvanlarla paylaştığımız ortak bir yapılanmanın bulunduğu. Bu yapılanma sayesinde hayatta kalmak için beslenme ve tehditlerle mücadele etmede ve neslimizi devam ettirmek için doğuştan getirdiğimiz oldukça etkin bir takım biyolojik ve psikolojik mekanizmaları kullanıyoruz. İnsan olmak, bu mekanizmaları hayvanlardaki serbestlik ve bencillik seviyesinden çıkartıp ahlaki toplumsal normlar çerçevesinde tekrar şekillendirmeyi gerektiriyor. Suç, terör, anarşi, fuhuş, cinayet ve hırsızlık gibi sapmalar bu gözle analiz edildiğinde, çoğunun kontrol altında tutul(a)mayan ilkel güdülerle açıklanabileceğini görürüz.

Kürtaj tartışmaları sırasında çokça duyduğumuz “benim bedenim, benim kararım” gibi söylemler, aslında ilkel biyolojinin dikte ettiği, fetüs “kolayca harcanabilir niteliksiz bir doku parçası”na indirgeyen ve organizma olarak sadece kendi yaşamsal içgüdülerini önceleyen bir anlayışın sesidir. Öyle ki eğer bu yavru doğarsa, dişinin ve diğer yavrularının gıdaya erişimi azalabilir (fakir ailelerde geçim sıkıntısı, çalışan kadınların kalıcı ya da geçici olarak işini kaybetmesi), dişinin sürü dışına atılma riski ortaya çıkabilir (gayrimeşru ilişki sonucu gebe kalma, bebeğin istenmeyen cinsiyette olması) ya da dişinin üreme kapasitesi düşebilir (doğumsal anomaliler, hastalıklar).

Çok fazla olmasa da doğada da fetüsten kurtulmanın örneklerine rastlanabiliyor. Bu konudaki ilk araştırmaları Hilda Bruce yaklaşık elli yıl önce yaptı. Bu çalışmalarda daha sonra “Bruce etkisi” olarak anılacak bir mekanizma ile gebe farelerin yeni bir erkekle karşılaştıklarında yavru attıkları gösterildi.⁽¹⁾ Yakın zamanda Science dergisinde yayımlanan bir makale, Bruce etkisinin primatlarda da var olduğunu ortaya koydu.⁽²⁾ Buna göre Etiyopya’da yaşayan Gelada maymunu sürüsünde, yeni bir erkek hâkimiyeti ele geçirdiğinde, hamile dişiler spontan düşük yapıyor ve bu dönemde toplam doğum sayısı % 80 azalıyor. Araştırmacılar bunu, sürüdeki mevcut tüm yavruları öldürerek önceki erkeğin genlerini ortadan kaldıran yeni erkeğin doğacak yavruyu da öldüreceği gerçeğine bağlıyor. Kendiliğinden düşük yapan dişiler, zaten ölecek bir yavru için vakit kaybetmiyor ve bir an önce hayatta kalma şansı olacak yeni bir yavruya gebe kalabiliyorlar; bu da onların üreme başarısını artırıyor.

Doğmuş savunmasız yavruyu öldürmek, hayvanlar arasında çok daha yaygın bir olay. Örneğin bazı balıklar ve kemirgenler yavru sayısı belli bir rakamın altına düşerse bunlarla vakit kaybetmemek ve bir an önce daha verimli bir üreme dönemine girmek için mevcut yavrularını yiyorlar. Gelada maymunlarında da gözlemlendiği gibi erkek aslan yeni bir sürüyü ele geçirdiğinde mevcut yavruların hepsini katlediyor.

Bu anlattıklarımız hayvanların en temel içgüdülerinin bir eseri. Ne yazık ki varlığının hayvan tarafını ahlak ve erdem ilkeleri ile yönetmesi gereken insanoğlu da ilk

çağlardan beri bebek öldürme (infantisit) suçunu hep işleye gelmiştir. Tarih öncesi dönemdeki infantisit oranının % 50’leri bulunduğu dair iddialar bulunmaktadır.⁽³⁾ Tarım toplumuna geçişe kadar ki dönemde bunun en önemli nedeni yeni bireyleri besleyememe endişesi olarak gösterilmektedir ve kurbanlar genellikle kız çocuklarıdır. Daha sonraki zamanlarda dini içerikli öldürmelere, tanrılar adına bebeklerin katledilmesine şahit oluyoruz. Bu konuda en ileri gidenler Tunus’ta yaşamış olan Kartacalılardır. Öyle ki tanrıları Baal Hamon’a adamak üzere bebekleri ateş çukurlarına yuvarladıkları tespit edilmiştir.⁽⁴⁾ Eski Yunan ve Roma’da bebek öldürmek kabul gören bir davranış olmamakla birlikte dolaylı olarak yaygın bir şekilde uygulanmaktaydı. Bebek doğduğunda, babaya, bir başka aile büyüğüne ya da bir din adamına gösterilir, bu kişiler eğer yaşamasını isterse bebeğin bakımına devam edilir, yoksa kapı önüne bırakılırdı. Bırakılan bebeğin açlık, sıcak, soğuk ya da vahşi hayvanlar gibi “doğal” sebeplerden ölmesi beklenir, böylece bebek öldürmenin sorumluluğu alınmamış sayılırdı. Bebeğin dışarı bırakılmasının temel sebepleri gayrimeşru olması, sağlıklı ya da sakat olması, kız olması ve ailenin fakirliği idi.

Antik çağlarda Almanya’daki kabileler de çocukları ormana terk etme âdeti varken, İngiltere paganları da çocuk kurban ediyorlardı. İslamiyet öncesi Arap toplumlarında infantisit bir nevi post-partum doğum kontrolü olarak kullanılıyordu ve son derece yaygındı. Bebekler fakirlik, tanrılara adak ve kız çocuğu babası olmaktan utanma gibi türlü sebeple

genellikle diri diri gömülerek öldürülüyordu. Rusya'nın Kamçatka bölgesinde bebekler öldürülür ve köpeklerle atılırdı. Sibiryalı halklarından Koryaklar 19. yüzyıla gelinceye kadar bebek öldürme adetini sürdürdüler; öyle ki ikizlerden birini mutlaka kurban ederlerdi.⁽⁵⁾ Bazı Gürcü kabileleri kız bebekleri ağızlarına kızgın kül doldurarak öldürürlerdi.⁽⁶⁾ Antik Çin'de de bebeklerin, özellikle kız bebeklerin terkedilmesi ya da soğuk su dolu bir kapta öldürülmesi yaygın uygulamalardı. Budizm'in yayılmasından sonra da durum pek değişmedi; ebeveynler öldürdükleri bebeğin nasıl olsa daha iyi bir hayatta tekrar doğacağı bahanesiyle geleneği devam ettirdiler. Çinlilerin infantisiti meşrulaştıran önemli bir özellikleri, bebeği altı aydan önce insan saymamalarıydı.⁽⁷⁾ Song hanedanı döneminde Hubei ve Fujian eyaletlerinde zenginler üç oğlan iki kız, fakirler ise iki oğlan bir kızdan sonraki tüm bebekleri öldürüyorlardı. Qing Hanedanı zamanında ise tüm kız bebeklerin 1/5 ila 1/4 kadarı infantisit kurbanı oluyordu. Japonlar tarladan bitki seyreletmek manasına gelen "mabiki" kelimesini infantisit için kullanıyor ve bebeği ağızına ve burnuna ıslak kâğıt bastırarak öldürüyorlardı; bu adet 20. yüzyıl başlarına kadar devam etti. Belki de en korkunç infantisit geleneği Yeni Gine yerlilerinin bazı bebekleri öldürmeleri ve ardından bunları yemeleridir ki bu adetin halen devam ediyor olma ihtimali yüksektir. Halen sürmekte olduğundan şüphelenilen akıl almaz bir başka infantisit dehşeti, birkaç yıl önce yine Papua Yeni Gine'de ortaya çıkarıldı. Uzun yıllardır birbirleriyle savaşmakta olan bazı kabilelerin kadınları, savaşacak erkek kalmaması ve böylece savaşın bitmesi için doğan oğlan çocuklarının hepsini öldürmeye başladılar ve bu durum on yıldan fazla sürdü. Kenya'nın Kikuyu kabilesi ikizleri törenle öldürürken Nijerya'nın Ibo halkı doğumda annesi ölen bebeği diri diri gömerlerdi. Kuzey ve güney Amerika'nın yerli halkları arasında da infantisit oldukça yaygındı. Inuklar bebekleri denize atardı. Yukon ve Mahlemuit kabileleri kız bebeklerin ağızlarına ot doldurur ve ölüme terk ederlerdi. Inuitler bebekleri buz üzerinde ölmeye bırakırlardı. Maidu yerlilerine göre ikizler o derece tehlikeliydi ki sadece kendileri değil anneleri de öldürülürdü. Şu an ki Teksas bölgesinde yaşamış olan Mariame yerlilerinde kız infantisiti o derece yaygındı ki evlenmek için başka kabilelerden kadın getirirlerdi. Brazilya'nın Tapirape yerlilerinde bir kadının aynı cinsiyette ikiden ve toplamda da üçten daha fazla çocuk sahibi olmasına izin verilmez, "fazlalıklar" öldürülürdü...

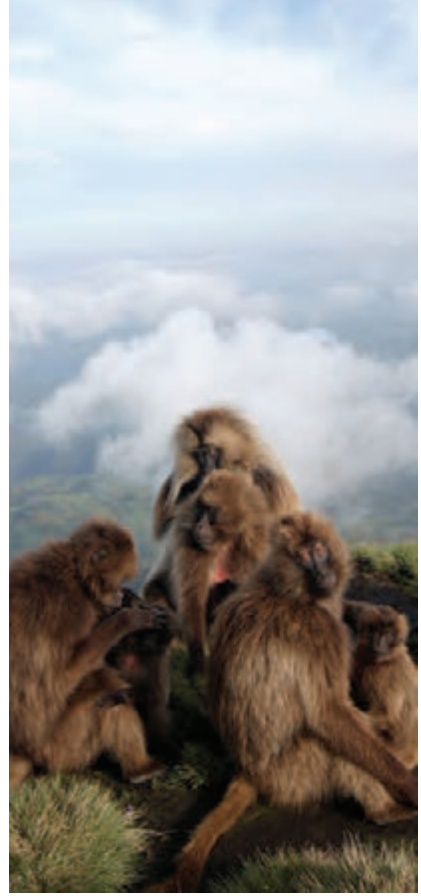
Maalesef bulunduğumuz çağda da bu korkunç suç işlenmeye devam etmektedir. Dünya çapındaki yıllık infantisitin 100 bin yeni doğumda 2,1 oranında olduğu rapor edilmiştir.⁽⁸⁾ Ancak bu oranın Çin ve

Hindistan gibi bazı ülkelerde çok daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Çin'de tek çocuk politikasına bağlı olarak olması gerekenden 25 milyon daha az kız çocuğu varlığı hesaplanmış olup bunun ne kadarının seçici kürtaj, ne kadarının ise infantisite bağlı olduğu bilinmemektedir.⁽⁹⁾ Yasak olan anne karnında ultrasonla cinsiyet tayini, otoparklarda araçlar içinde dahi kaçak olarak yapılmakta ve kız bebekler kürtaj akibetine uğramaktadır. Çin'de toplamda 40 milyon kız ve kadının "eksik" olduğu rapor edilmiştir. Hindistan'da da büyük boyutlarda bir kız bebek katliamı süregelmektedir. Sadece Salem eyaletinde son birkaç yılda öldürülen kız bebeklerin sayısı 4 bin 500 olarak rapor edilmiştir. Bunda en önemli neden, ailelerin kızları evlenirken ödemek zorunda oldukları yüklü çeyiz parası olarak gösterilmektedir. Hindistan genelinde durum o derece vahimdir ki, resmi kayıtlara göre 1000 erkek bebeğe karşı sadece 880 kız bebek dünyaya gelmektedir.⁽¹⁰⁾

Infantisit, tarih boyunca insanlığın işleye geldiği en korkunç suçlardan biridir. Üç ilahi din de bebeklerin öldürmemesi konusunda kesin uyarılarda bulunmuştur. Konuyla ilgili en net uyarılardan biri İsrâ Suresi 31. ayette yapılmaktadır: "Fakirlik korkusuyla çocuklarınızı öldürmeyin. Onlara da, size de biz rızık veriyoruz. Doğrusu onları öldürmek büyük bir günahıdır."

Kaynaklar

- 1) A.S. Parkes, H.M. Bruce., *Olfactory Stimuli in Mammalian Reproduction*, Science 13 October 1961 : 1049-1054.
- 2) Eila K. Roberts, Amy Lu, Thore J. Bergman, Jacinta C. Beehner, *A Bruce Effect in Wild Geladas*, Science 9 March 2012: 1222-1225.
- 3) Birdsell, Joseph, B. (1986). *Some predictions for the Pleistocene based on equilibrium systems among recent hunter gatherers*, Man the Hunter, Aldine Publishing Co.:239
- 4) Brown, Shelby (1991). *Late Carthaginian Child Sacrifice and Sacrificial Monuments in their Mediterranean Context*. Sheffield: Sheffield Academic Press. pp. 22–23.
- 5) Kennan, George (1986) *Tent Life in Siberia*. NY: Gibbs Smith.
- 6) McLennan, J.F. (1886). *Studies in Ancient History, The Second Series*. NY: Macmillan & Co., Ltd..
- 7) James Z. Lee, Cameron D. Campbell. *Fate and fortune in rural China: social organization and population behavior in Liaoning, 1774-1873*. p. 70.
- 8) Herman-Giddens, Marcia E.; Jamie B. Smith; Manjoo Mittal; Mandie Carlson; John D. Butts., *Newborns Killed or Left to Die by a Parent A Population-Based Study*, JAMA 19 March 2003:1425–1429.
- 9) Tien, Yuan H. (1991). *China's Strategic Demographic Initiative*. NY: Praeger.
- 10) <http://edition.cnn.com/2003/WORLD/asiapcf/south/07/07/india.infanticide.pt1/index.html> (Erişim tarihi: 01.08.2012)



Tunus'ta yaşamış olan Kartacalılar, tanrıları Baal Hamon'a adamak üzere bebekleri ateş çukurlarına yuvarlıyorlardı. Rusya'nın Kamçatka bölgesinde bebekler öldürülür ve köpeklerle atılırdı. Çinlilerin infantisiti meşrulaştıran önemli bir özellikleri, bebeği altı aydan önce insan saymamalarıydı. Maalesef bulunduğumuz çağda da bu korkunç suç işlenmeye devam etmektedir. Çokça duyduğumuz "benim bedenim, benim kararım" gibi söylemler, aslında ilkel biyolojinin dikte ettirdiği, fetüsü "kolayca harcanabilir niteliksiz bir doku parçası"na indirgeyen bir anlayışın sesidir.

Kürtaj yönetimi ve komplikasyonları

Dr. Selma Özkan



1967 yılında Balıkesir'de doğdu. Üsküdar Amerikan Kız Lisesi'nden (1985) ve İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu (1991). Mecburi hizmet sonrası 1993-1997 yılları arasında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uzmanlık eğitimi tamamladı. Halen Özel İstanbul Tıp Merkezi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı olarak çalışmaktadır. Mesleki ve sosyal sivil toplum kuruluşlarında gönüllü çalışmaları da olan Dr. Özkan, evlidir ve 3 çocuk annesidir.

Kürtaj, kelime olarak kazıma anlamına gelen "küretaj"dan gelir. Halk arasında kürtaj denince akla ilk olarak çocuk aldırma gelse de, tıbbi olarak başka amaçlarla da çok uygulanan bir işlemdir. Teşhis veya tedavi amaçlı olarak rahim içinden doku alınan tüm işlemler tıp dilinde küretaj olarak adlandırılır, hatta vücudun başka organlarında da kazıyarak yapılan bazı işlemler için aynı tabir kullanılmaktadır.

Gebelik sonlandırma için uygulanan kürtaj birkaç sebeple yapılmaktadır. Bunlar istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması, anomalili gebeliklerin sonlandırılması ve anne karnında canlılığını yitirmiş ama henüz düşük olmamış gebeliklerin sonlandırılmasıdır.

Kürtaj nasıl bir işlemdir?

Kürtaj lokal veya genel anesteziyle yapılabilir. Lokal anesteziyle yapılıyorsa jinekolojik masaya yatırıldıktan sonra rahim ağzı çevresinde birkaç noktadan lokal anestezi enjeksiyonu yapılır. Birkaç dakika içerisinde yeterli anestezi elde edildikten sonra işleme başlanır. Genel anestezi uygulanıyorsa hasta midesi boş olarak (son 12 saat içerisinde yemek

yememiş) ameliyathaneye alınır. Yine jinekolojik masada pozisyon verildikten sonra işleme başlanır. Önce genital organlar dezenfekte edilir. Gebelik ürününün dışarıya kolayca alınabileceği açıklığı oluşturmak için rahim ağzı kanalı dilate edilir (genişletilir). Daha sonra çapları 4-10 mm arasında değişen plastik kanüller rahim içerisine yerleştirilir (Karman kanül). Kanülün dışta kalan ucuna negatif basınç uygulayacak olan büyük bir enjektör takılır. Enjektörün düğmesi açılınca oluşan negatif basınçla rahim içindeki dokular enjektörün içine emilir. Daha sonra geride kalan son parçalar ortası delik bir kaşık şeklindeki keskin metal kürekle temizlenir ve işlem sonlandırılır.

6-7 haftadan büyük gebeliklerde kürtajla alınması gereken fetal ve plasental doku miktarı artmıştır. Enjektörle oluşan basınç bu dokuları rahim içinden sökmekte yetersiz kalmaktadır. Bu sebeple kanülün ucuna daha kuvvetli ve uzun süreli vakum oluşturacak elektrikli bir cihaz bağlanır. Bu şekilde oluşturulan vakum ile 10 haftaya kadar gebelikler rahim içinden aspire edilerek sonlandırılabilir.

10 haftadan büyük gebeliklerde fetüs biraz daha büyümüştür. Rahim ağzının

genişletilmesiyle oluşan açıklıktan fetüsün dışarı alınması mümkün olamaz, aletlerle yapılan zorlu dilatasyonu bu büyük fetüsün geçebileceği kadar arttırmak ise çok travmatik bir işlem olup, ileride servikal (rahim ağzı) yetersizliği oluşturmakta, tekrarlayan düşüklere neden olmaktadır. Bu sebeple 10 hafta ve daha büyük gebeliklerin sonlandırılmasında, daha az travmatik bir yöntem olan düşük yaptırtma yöntemi uygulanır. Burada birtakım ilaçlar veya solüsyonlarla rahimde sancı oluşturularak rahim ağzının açılması ve kürtaj işleminden önce düşüğün gerçekleşmesi sağlanır. Gebelik büyük olduğu için plasenta kısmen veya tam olarak içeride kalır. Kürtaj işlemi işte bu içeride kalan plasenta parçalarına uygulanır.

Kürtajın komplikasyonları

Her tıbbi işlem gibi kürtajın da bazı komplikasyonları olabilmektedir. Bunlar şöyle sıralanabilir:

Kanama: yüzde 12-21'inde kan transfüzyonu gerektirecek kanama olabilmektedir. Sebepleri rahim ağzı yırtıkları, plasenta parçalarının içeride kalması, rahim duvarının delinmesi, enfeksiyon olabilir.

Kürtaj lokal veya genel anesteziyle yapılabilir. Önce genital organlar dezenfekte edilir. Gebelik ürününün dışarıya kolayca alınabileceği açıklığı oluşturmak için rahim ağzı kanalı genişletilir. Daha sonra çapları 4-10 mm arasında değişen plastik kanüller rahim içerisine yerleştirilir Rahim içindeki dokular enjektörün içine emilir. Daha sonra geride kalan son parçalar ortası delik bir kaşık şeklindeki keskin metal kürekle temizlenir ve işlem sonlandırılır.

DIC (yaygın damar içi pıhtılaşma): kürtaj sonrası oluşan ağır kanamalardan sonra gelişebilen bir tablodur. Aşırı fibrinojen ve pıhtılaşma faktörü kaybı sonucunda vücutta tüm kılcal damarlarda mikroskopik kanamalar oluşmasıdır. Çok hızlı ve agresif bir şekilde tedavi edilmezse ölümle sonuçlanabilecek bir durumdur. %0.08 oranında görülmektedir.

Emboli: yabancı bir maddenin damar içine kaçması sonucu (pıhtı veya amnios sıvısı gibi) akciğer damarlarının tıkanması ve oksijenizasyonun bozulmasıdır. Küçük damarlardan biri tıkanığında tıbbi tedavi ile geri dönüş olabilmektedir, ancak ana akciğer damarları tıkanırse ani ölüm görülebilir. Kürtajlardan sonra görülme sıklığı 1/10.000'dir.

Perforasyon: Rahim duvarı delinerek karın boşluğuna girilmesidir. Dilatasyon esnasında veya vakum cihazı ile aspirasyon esnasında olabilir. Perforasyon bölgesinde büyük bir damar varsa ciddi karın içi kanamalar olabilir veya vakum cihazı bağlıyken perforasyon gerçekleşirse karın içi organlar (bağırsak, omentum) vakum cihazına çekilerek organ yırtıkları, damar kopmaları olabilir. Çok ciddi bir durumdur. Bağırsak içeriğinin karına yayılması peritonit ve septik şoka, damar yırtılması ile oluşan

karın içi kanama hemorajik şoka kadar ilerleyebilir. Kürtajların %2,8'inde perforasyon şüphesi olmaktadır ancak yapılan bir çalışmada gerçek oranların %15'ler civarında olduğu laparoskopik olarak tesbit edilmiştir. Perforasyon vakalarının bir kısmı fark edilmemekte, daha sonra uzun dönem komplikasyonlara neden olmaktadır.

İnfeksiyon: kürtaj esnasında kullanılan aletlerle mikroplu bir bölge olan vajinadan steril bir bölge olan endometriuma mikrop bulaşır. Endometriten yaygın pelvik inflamatuvar hastalığa kadar değişik enfeksiyonlar ortaya çıkabilir. Sepsisten kısırlığa kadar ağır tablolar görülebilir. Kürtajların %27'sinde kısa veya uzun süreli enfeksiyonların ortaya çıktığı tesbit edilmiştir.

Yapışıklık (asherman sendromu): kürtaj sırasında endometrium (rahim içini döşeyen epitel katmanı) fazla kazınırsa tekrar gelişemez ve açık bir yara haline gelir. İyileşme sürecinde rahmin karşı duvarına değdiği yerlerde lokal yapışmalar olur. Bu durum hem adet kanamasını çok azaltır, hem de bir gebelik oluşunca onun rahim içine yerleşmesine engel olur. 2000 kürtajdan 1'inde görülmektedir.

İnfertilite (kısırlık): kürtaj sonucunda oluşan enfeksiyonlar tüplerin tıkanmasına ve deformasyonuna sebep olabilir. Döllenmenin olduğu organ olan tüpler hasarlandığında yumurta ve spermilerin taşınması, döllenmesi bozulur, böylece bir gebeliğin oluşması mümkün olmayabilir. Ayrıca tüplerdeki hasar dış gebeliğe de sebep olabilir. Bunun yanında rahim içinde oluşan yapışıklıklar da embriyonun rahime yerleşmesine engel olarak kısırlığa yol açabilir. Kürtaj olanların %3-4'ünde görülmektedir.

Psikolojik komplikasyonlar: Kürtajdan sonraki birkaç hafta içinde yapılan çalışmalarda %40-60'ında negatif reaksiyonlar tespit edilmiştir. Kadınların %55'inde suçluluk duygusu, %44'ünde sinirlilik hali, %36'sında uyku bozuklukları, %31'inde pişmanlık hissi, %11'inde psikolojik ilaç kullanımı bildirilmiştir. Kürtaj sonrasındaki 90 gün içinde ciddi psikolojik hastalık için hospitalizasyon oranı normale nazaran %160 artmıştır.

Kürtaj sonrası görüşülen kadınlarda 100'den fazla majör reaksiyon bildirilmiştir. En sık görülenleri depresyon, değersizlik hissi, kendine zarar verme davranışları, uyku bozuklukları, hafıza kaybı, cinsel fonksiyon bozuklukları, evlilik sorunları, kişilik değişimleri, anksiyete, suçluluk hissi, şiddete eğilim, ağlama nöbetleri, konsantre olmama, hayattan zevk alamama, sonraki çocuklara bağlanamamadır.

Kaynaklar

"Abortion in Hawaii", *Family Planning Perspectives* (Winter 1973) 5(1):Table 8.

Ashton,"They Psychosocial Outcome of Induced Abortion", *British Journal of Ob&Gyn.* (1980),vol.87,p1115-1122.

Clark SL, Hankins GDV, Dudley DA et al. Amniotic fluid embolism: analysis of the national registry. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 1158-1169

Fried G, Östlund E, Ullberg C et al. Somatic complications and contraceptive techniques following legal abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989; 68: 515-521

Hâkim-Elahi E, Tovel HMM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: A report of 170,000 cases. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 129-135

Hâkim-Elahi E. Postabortal amenorrhea due to cervical stenosis. *Obstet Gynecol* 1976; 48: 723-724

Hern WM. Serial multiple laminaria and adjunctive urea in late outpatient dilation and evacuation abortion. *Obstet Gynecol* 1984; 63: 543-549

Hodari AA, Peralta J, Quiroga PJ et al. Dilatation and curettage for second-trimester abortions. *Am J Obstet Gynecol* 1977; 127: 850-854

Jacot FRM, Poulin C, Bilodeau AP et al. A five-year experience with second-trimester induced abortions: no increase in complication rate as compared to the first trimester. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 633-637

Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during first trimester abortions. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 406-408

Kafrissen ME, Barke MW, Workman P et al. Coagulopathy and induced abortion methods: rates and relative risks. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 147: 344-345

Lichtenberg ES. Disseminated intravascular coagulopathy (DIC) in abortion practice: diagnosis and treatment. Scientific paper presented at National Abortion Federation conference. New Orleans, LA: April 1995

Pahl IR, Lundy LE. Experience with midtrimester abortion. *Obstet Gynecol* 1979; 53: 587-591

Reardon, *Aborted Women-Silent No More*, (Chicago: Loyola University Press, 1987).

Reardon,"Criteria for the Identification of High Risk Abortion Patients: Analysis of An In-Depth Survey of 100 Aborted Women", Presented at the 1987 Paper Session of the Association for Interdisciplinary Research, Denver.

Stallworthy, "Legal Abortion, A Critical Assessment of Its Risks", *The Lancet* (December 4, 1971) pp1245-1249.

Wilke, *Handbook on Abortion*, (Cincinnati, Hayes Publishing Co., 1979).

Wynn and Wynn, "Some Consequences of Induced Abortion to Children Born Subsequently", *British Medical Journal* (March 3, 1973), and Foundation for Education and Research in Child Bearing (London, 1972).

İsteğe bağlı sezaryen: Hak mı, haksızlık mı?

Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. 1985 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yaptı. 2005 yılından beri Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Klinik Şef olarak yürüttüğü görevine başhekim olarak devam etmektedir. 9 kitapta editörlük yapan Dr. Ovalı'nın ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanmış 200'den fazla makalesi mevcuttur.

Dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de sezaryenle doğum oranlarının giderek artması, birçok tartışmayı beraberinde getirmiştir. Sezaryen oranları, ABD'de % 36, İngiltere'de ise % 29'lar civarındadır. Ülkemizde bazı bölgelerde ve bazı hastanelerde % 45'lere kadar uzanmaktadır. Bebeğin "normal dışı" yollarla dünyaya getirilişi, yüzyıllardan beri uygulanan bir yöntem olmasına rağmen, hala daha "normal doğumun" alternatifi olan "anormal" bir doğum şekli olarak kabul edilmektedir. Annenin veya bebeğin hayatının riske girdiği durumlarda sezaryenin yapılması gerektiği hatta yapılmadığı zaman suçlu duruma düşüleceği genellikle kabul görür. Mahkemelerce adli tıpa yansıtılan yüzlerce dosyada, sakat kalan, spastik olarak hayata devam eden veya ölen çocuklarda ne için zamanında sezaryen yapılmadığı ve normal doğum gerçekleştirildiği sorulmakta, sağlık personeli suçlanmakta ve astronomik tazminatlar istenmektedir. Hangi endikasyonlarda, ne zaman sezaryen yapılacağı konusu, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarını ilgilendirmesine rağmen, bu konu toplumsal, politik ve magazinsel bir boyut da kazanmıştır. Başka bir tıbbi müdahalenin bu kadar yaygın bir popülerlik kazanması çok olağan değildir. Örneğin benzer bir tartışma, kolon kanserlerinin laparoskopik mi yoksa açık cerrahi ile mi yapılmasının daha uygun olduğu konusunda yapılmamaktadır. Şeker hastalığının tedavisinde hangi ilacın daha uygun olduğu konusunda siyasilerden herhangi bir mesaj gelmemektedir. Bu yönde yapılan propagandalar o kadar etkili olmaktadır ki bazen tıbbi

endikasyon nedeniyle sezaryen gerektiği durumlarda bile anne veya aile sezaryeni kabul etmemekte ve normal vajinal doğum için ısrarcı olmaktadır. Böyle bir durumda asfiktik bir çocuk doğduğu ve ilerde spastik olduğu takdirde veya annenin rahmi zarar gördüğü ve annenin hayatı tehlikeye girdiği zaman sorumlusu kim olacaktır/olmalıdır?

Sezaryen, birkaç nedenle yapılmaktadır:

Acil: Anne veya fetüsün yaşamını tehdit eden durum varlığında

Çabuk: Anne veya fetüsün yaşamını acilen tehdit etmeyen bozulmalarda

Planlı: Anne veya fetüsün yaşamını tehdit etmeyen bozulmalarda, erken doğum gerektiğinde

Elektif: Tıbbi olarak endikasyonu olan ancak anne veya doktorun programına göre zamanlaması belirlenen durumlarda

Perimortem: Annenin aktif resüsitasyonunun yapıldığı durumlarda anne veya fetüsü kurmak için,

Postmortem: Anne öldükten sonra, fetüsü kurtarmak için.

İlk doğumun sezaryenle veya daha sonraki doğumların sezaryenle gerçekleştirilmesi de (mükerrer sezaryenler) elektif sezaryenler kapsamında yer alır. Herhangi bir nedenle, ilk kez sezaryen yapıldıktan sonra, diğer doğumların da sezaryen ile yapılması hemen hemen genel bir uygulamadır. Sezaryenle doğumdan sonra normal doğumun yaptırılması teorik olarak mümkün olmakla beraber, pratikte çok fazla uygulanan bir yöntem değildir, ancak nadiren yapılmaktadır. İlk sezaryenden sonra vajinal doğum 1985'lerde % 5 iken

1996'da % 30'lara yaklaşmış, risklerin öne çıkması ile birlikte 2004' te tekrar % 9,2'ye düşmüştür. Buna paralel olarak mükerrer sezaryen oranı % 91'lere çıkmıştır. İlk kez yapılan sezaryenlerin ise bir kısmı, tıbbi endikasyonlar ile yapılırken, bir kısmı da annenin veya hekimin isteği ile yapılabilmektedir. Endikasyon dışı sezaryeni etkileyen faktörler arasında hekimin yönlendirmesi, doğum "korkusu" ve annenin isteği yer almaktadır. Elektif sezaryenin, doğum yöntemlerindeki ilerlemelerin son noktası olduğu, temiz, hızlı ve kolay olduğu ve bebek için daha güvenli olduğu yönünde oluşmuş bazı kanaatler bulunmaktadır. Son yıllarda sezaryen oranlarında görülen artışın en önemli nedeninin bu tip, isteği bağlı sezaryenler nedeniyle gerçekleştiğine inanılmaktadır. Kadınların giderek daha geç yaşlarda çocuk sahibi olmaları da burada bir etken olarak öne çıkmaktadır. ABD'de yapılan bir araştırmada, kadın doğum hekimlerinin % 50'sinin annenin sezaryen hakkı olduğuna inandığı ortaya çıkmıştır. Ancak gerek yurtdışında, gerekse ülkemizde bu şekilde annenin isteğine bağlı sezaryen oranının ne olduğu tam olarak bilinmemektedir. Zira özellikle geri ödeme kurumlarının, isteğe bağlı sezaryen ücretlerini ödememesinden dolayı, birçok olguda sezaryenin tıbbi nedenlerle yapıldığı kaydedilmektedir. Yani burada yasaya karşı bir hile söz konusudur. Öncelikle, bu şekilde isteğe bağlı sezaryenlerin hangi oranlarda yapıldığına dair ciddi bir epidemiyolojik çalışmanın yapılmasına ihtiyaç vardır. Sıklığı belli olmayan bir müdahalenin hangi oranlarda düşürüleceğine nasıl karar verilecektir? 1990'lı yıllarda yapılan bir çalışmada, isteğe bağlı sezaryenlerin tüm olguların ancak % 4'ü olduğu öne

sürülmüştür. Ancak gerek sağlık personeli, gerekse anneler bu konuda açık sözlü olmadıkları için gerçek rakamlara ulaşmanın zor olduğunu da kabul etmek gerekir. Birçok tıbbi kayıta, “anne isteği” diye bir kavram bulunmadığı için, bu tip sezaryenleri “endike olmayan sezaryen” olarak tanımlamak daha doğrudur. Tüm sezaryenler göz önüne alındığında, 1996-2003 yılları arasında ABD’de tüm yaş gruplarında, tüm ırklarda, tüm gebelik haftalarında ve eğitimi ne olursa olsun tüm kadınlar arasında sezaryen oranlarının arttığı gözlenmiştir. Bu artışta, doktorların etkisinin ne olduğu konusunda net bir bilgi yoktur. Normal doğumun saatler süren bir süreç olmasına karşılık, sezaryen doğumun birkaç saatlik bir zaman diliminde yer alması, bazı doktorların bu yöntemi tercih etmesinde ve gebeleri yönlendirmesinde bir etmen olabilir. Burada, medikolegal açıdan defansif tıp uygulamalarının öncelenmesi önemli bir neden olarak öne çıkmakta, tahmin edildiğinin aksine maddi kaygılar daha az rol oynamaktadır. Brezilya’da yapılan çalışmada, primipar annelerin % 80’i doğumdan bir ay öncesine kadar normal doğum düşünürken % 50’si sonuçta sezaryen olmuştur. Burada annenin isteğinin tek başına önemli olmadığı ve annelerin doktoruyla birlikte karar verdikleri görülmüştür. Ayrıca son ana kadar normal doğumun beklendiği ve istendiği bazı durumlarda umulmadık gelişmelerin ortaya çıkması sezaryeni zorunlu hale getirebilmektedir.

Sezaryenin en önemli istenmeyen etkileri olarak, maternal mortalitenin artması, cerrahi komplikasyonlar ve sezaryen ile en fazla 4 doğumun yaptırılabilmesi öne sürülür. Cerrahi komplikasyonlar ve maternal mortalitenin artması ile ilgili çalışmaların büyük bir kısmı 1980’li yıllarda, cerrahi tekniklerin nispeten gelişmemiş olduğu yıllara aittir. Bildirilen mortaliteler, elektif ve acil sezaryen ayrımı yapılmaksızın tüm sezaryenleri kapsamaktadır. İlişkilendirilen mortaliteler ise, sezaryenin kendisinden çok daha önce var olan ve sezaryen yapılmasına neden olan hastalıklar ile ilgili olabilir. Primer elektif sezaryenin maternal mortalitesini hesaplarken, vajinal doğum kararının olası komplikasyonları ile karşılaştırma yapılmalıdır. Çünkü acil sezaryende mortalite riski daha fazladır ve elektif sezaryen ile bu mortalitenin daha azaltılabilmesi mümkündür. Annelerdeki total morbidite oranları planlı vajinal doğumlarda % 8-23 arasında iken, planlı sezaryenlerde % 12-28 arasında değişmektedir. Yara enfeksiyonları ve puerperal ateş vajinal doğumlarda daha sık görülürken erken postpartum kanama sezaryenlerde daha sıktır. Transfüzyon ihtiyacı, hematoma boşaltılması ihtiyacı ve intraoperatif travma ise her iki durumda da benzer sıklıkta ortaya çıkmaktadır.



Doğumun “normal” yoldan gerçekleşmesi, komplikasyon ve sekel olmayacağı anlamını taşımaz. Normal doğumlar sonrasında pelvik taban rahatsızlıkları, inkontinanslar, yırtılmalar görülebilir ve uzun dönemde kadınların sağlığını olumsuz etkileyebilir. Çoğu kez üriner inkontinans bildirilmez ve “normal” olarak kabul edilebilir. Postpartum 3. ayda üriner inkontinans oranı sezaryen sonrasında % 16 iken, vajinal doğumlar sonrasında % 30’dur. 1. yılda stres inkontinans oranı sezaryenlerde 10,6 iken, vajinal doğumlarda % 23,1’dir. Orta ve ağır üriner inkontinans, sezaryenle doğuranlarda 2,2 kat daha azdır. Sezaryen olanlarda ileride pelvik taban cerrahisi geçirme oranı 6 kat daha azdır. Bu nedenle, elektif sezaryenler ile normal doğumları karşılaştırırken ve hangisinin daha “iyi” olduğuna karar verirken, uzun dönemdeki uterus rüptürü ve plasental bozukluklar gibi riskleri ve komplikasyonları da karşılaştırmakta fayda vardır.

Annelerin neden sezaryen istediği hakkında yeterli bilgi ve rapor olmadığı gibi artan sezaryen oranlarının annenin isteğiyle olduğuna dair de yeterli kanıt yoktur. Esas sorun, hastaların seçiminin etik yönü değil, elektif sezaryenin fayda ve zararları hakkında yeterli kanıt bulunmamasıdır. Yine de isteğe bağlı sezaryeni tercih eden kadınlara, hem normal doğumun hem de sezaryenle doğumun hem anneye, hem de bebeğe olası riskleri ve faydaları hakkında yeterli aydınlatıcı bilgi verilmeli ve tercihlerini buna göre yapmaları sağlanmalıdır. Bu arada, annenin de otonomisi ve tercih hakkına sahip olduğu unutulmamalı ve verdiği kararlara saygı duyulmalıdır. Ancak bu durum, tıbbın temel ilkesi olan “önce zararlı olma” ilkesini ihlal etmemelidir. O zaman, baştaki soruyu tekrar sormakta fayda vardır: İsteğe bağlı sezaryen hak mıdır yoksa anne ve/veya bebeğe haksızlık mıdır?

Kaynaklar

- Bettes BA, Coleman VH, zinberg S, Spong CY, Portnoy B, DeVoto e, Schulkin J. Cesarean delivery onmaternal request: obstetrician-gynecologists' knowledge, perception, and practice patterns. *Obstet Gynecol* 2007; 109: 57-66
- Bettioli H, Barbieri MA, DaSilva AA, rona RJ. Consumer demand for cesarean sections in Brazil. Demand is affected by mothers' perception of good health care. *BMJ* 2002; 325:335
- Coleman VH, Lawrence H, Schulkin J. Rising cesarean delivery rate: the impact of delivery on maternal request. *Obstet Gynecol Surv* 2009; 64: 115-9
- Gamble J, Creedy DK, McCourt C, Weaver J, Beake S. A critique of the literature on women's request for cesarean section. *Birth* 2007; 34: 331-40
- Menacker F, Declercq E, Macdorman MF. Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology. *Semin Perinatol* 2006; 30: 235-41
- Miesnik SR, Reale BJ. A review of issues surrounding medically elective cesarean delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007; 36: 605-15
- Minkoff H. The ethics of cesarean section by choice. *Semin Perinatol* 2006; 30: 309-313
- Richter HE. Cesarean delivery on maternal request versus planned vaginal delivery: impact on development of pelvic organ prolapse. *Semin Perinatol* 2006; 30: 272-75
- Richter HE. Cesarean delivery on maternal request versus planned vaginal delivery: impact on development of pelvic organ prolapse. *Semin Perinatol* 2006; 30: 272-5
- Sinha A, Bewley S, McIntosh T. Myth: Babies would choose prelabour caesarean section. *Sem Fetal Neonatal Med* 2011; 35: 1-7
- Steele A, Leong GC, barr S, McLennan M. Elective primary cesarean section: weighing the risks and benefits. *Mo Med* 2009; 106: 229-33
- Vadnais M, Sachs B. Maternal mortality with cesarean delivery: A literature review. *Semin Perinatol* 2006; 30: 242-246
- Wax JR. Maternal request cesarean versus planned spontaneous vaginal delivery: maternal morbidity and short term outcomes. *Semin Perinatol* 2006; 30: 247-52
- Weaver JJ, Statham H, Richards M. Are there unnecessary cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical conditions. *Birth* 2007; 34: 32-41

Kürtaj yapmama hakkı

Dr. Rabiye Babaloğlu



1961 yılında İstanbul'da doğdu. Ankara Fen Lisesi ve İÜ İstanbul Tıp Fakültesi'ni derece ile bitirdi (1984). Mecburi hizmet sonrası İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı (1991) oldu. 1992-2000 yıllarında Bezm-i Âlem Valide Sultan Vakıf Gureba Hastanesi eğitim kadrosunda görev aldı. Yerli ve yabancı bilimsel yayınları yanında Canlıyım Geliyorum isiminde kitabı yayımlandı. Çeşitli ulusal ve uluslararası sivil toplum kuruluşlarında da hizmet vermektedir. Halen TDV 29 Mayıs Hastanesi Tüp Bebek Ünitesinde ve muayenehanesinde görev yapmaktadır. Dr. Babaloğlu evlidir ve üç çocuk annesidir.

Bir gebeliğin isteğe bağlı olarak sonlandırılmasını amaçlayan kürtaj işlemi kendi içinde birçok sorunu barındırırken, kürtaj işlemi yapacak sağlık personelinin durumu da artık ayrı bir tartışma konusu olarak tüm dünyada çeşitli derecelerde ele alınmaktadır. Düşünce, vicdan, din özgürlüğü gibi haklar, temel insan haklarındandır. Bu haklar ışığında yapılacak işlerin değerlendirilmesi ve pratiğe dökülmesi de, çeşitli sonuçlar doğurmaktadır.

Dini, etik ve ahlaki değerlerin oluşturduğu kişiye özgü vicdani yapı, kişinin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu yapıya karşı yapılan saldırılar, eylemler, kişinin, suçluluk ve utanç duymasına, kendisine saygısını kaybetmesine, kişiliğinin zedelenmesine yol açabilmekte ve kişinin genel yapısına zarar verecek boyuta gelebilmektedir.

Kürtaj; ahlaki, insan hakları ve dini yönleriyle çeşitli tartışmalara konu olmuştur ve olmaktadır. Yaşama hakkı olan bir canlının hayatına son verilmesi işlemi bu yönleriyle işlemi gerçekleştiren kişi üzerine çeşitli derecelerde etkili olmaktadır. İşlemi sadece teknik, medikal bir işlem olarak değerlendirmek, kadına yardım etme şeklinde değerlendirmek ile savunmasız bir canlının ölümüne neden olan bir işlem olarak değerlendirmek arasında işlemi yapan kişiye getirdiği yük, etkilenim farklı olacaktır. Dolayısıyla bu işlemi yapmak istemeyen kişilerin olması da kaçınılmazdır.

Kürtaj yapan sağlıkçıların sayısının yıllara göre gittikçe azaldığı Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada,

1800 kadın-doğum uzmanının mail yoluyla yapılan sorgulamasında, günlük pratiklerinde kürtaj için başvuran olup olmadığı ve kürtaj yapıp yapmadıkları sorgulanmıştır. Hekimlerin %97'si kürtaj isteği ile gelen hastaları olduğunu söylemişlerdir ama sadece %14'ü bu işlemi yaptıklarını belirtmişlerdir.⁽¹⁾

Diğer bir araştırmada; kadın doğum hekimlerinin, kürtaj yapmama hakkına dair görüşleri sorulmuş ve bu sorgulamada, hekimlerin tutum ve davranışları, bir takım tabloları oluşturularak görüşler alınmaya çalışılmıştır.⁽¹⁾ 1800 hekimden 1154'ünün cevap verdikleri bu çalışmada, hekimlerin %43'ü kürtaj yapmama hakkını uygun bulmuştur. Kürtaj yapmama nedenlerini açıklamak ya da açıklamamak ve hastayı başka bir yere refere edip etmemek gibi, hekimlerin tutum ve davranış tablolarına karşı yorumlar değişmiştir ve cevaplayanların dini yönlerinin kuvvet dereceleri de cevapları etkilemiştir.⁽²⁾

"Kürtaj yapmama hakkı" tüm dünyada uygun görülmeyle birlikte, bu hakkın kullanılmasının sağlık sistemine ve hastalara zarar vermeyecek şekilde düzenlemelerin yapılması gereği de vurgulanmaktadır. Kürtajın yasal olarak serbest bırakıldığı toplumlarda bu hakkını kullanmak isteyen kadının karşısında, kürtaj yapmama hakkını kullanmak isteyen hekim olduğunda neler olacaktır? Kürtaj olmak isteyen kadının talebinin karşılanması için ne gibi düzenlemeler yapılmalıdır?

Kürtaj yapmama hakkını gerekçelendiren ve bunu uygun dille kürtaj isteği ile gelen kadına anlatan hekim, kimi zaman hastanın kürtaj yaptıрма isteğinden

vazgeçmesini sağlayabilmektedir. Bu seçeneği kabul etmeyen kadın için alternatif sunulması kürtaj yapmayan hekim tarafından yapılmalı mıdır, bu da ayrı bir sorudur. Kürtaj yapmama yanında yönlendirme yapmak ta istenmeyebilir. Tek hekimin bulunduğu, alternatif sunulacak imkân olmayan yerlerde, bu işi yapmak istemeyen sağlık çalışanının hukuki durumu ne olacaktır? İnsan yaşamını korumak üzere bu mesleğe atılmış hekim ikilemde kaldığı gibi, insan sağlığını ve yaşam hakkını garanti altına alması gereken devletlerin ve kanun yapıcıların da önemli bir açmazıdır. Kimin yaşamasına ve yaşatılmasına, kimin ölmesine ve öldürülmesine karar verilecektir ve kim karar verecektir?

Eğitim sürecinde olan bir hekimin kürtaj konusunda zorlama altında olması da ayrı bir perdedir. Aile planlaması klinikleri olan, yasal kürtaja müsaade edilmiş bir ortamda eğitim alan bir hekim, istemediği halde kürtaj işlemine zorlanabilmektedir. Şahsen, uzmanlık eğitimi seçerken bu işlemin sınırlı olarak uygulandığı, asistanların kürtaj yapmaya zorlanmadığı bir klinikte ihtisasımı yapabilmek için özel gayret göstermişim. İşlemin yapılmasını izlemek bile yeterince etkilemekteydi. Ultrasonun yeterli kullanıma girmediği bu dönemlerde, işlemin tam yapılıp yapılmadığını anlamak için uterus kavitesinden çıkarılan fetüse ait parçalar bir araya getirilip kontrol edilirdi!

Yine yapılan sınırlı bir çalışmada, 4 ayrı eğitim merkezinden uzmanlık eğitimi almış kadın doğum hekimlerinin asistanlık tecrübeleri sorgulandığında, kürtaj eğitimi öncesi yapılan işlemi çeşitli boyutlarıyla inceleyen bilgilendirmenin

Şahsen, uzmanlık eğitimimi seçerken bu işlemin sınırlı olarak uygulandığı, asistanların kürtaj yapmaya zorlanmadığı bir klinikte ihtisasımı yapabilmek için özel gayret göstermiştim. İşlemin yapılmasını izlemek bile yeterince etkilemekteydi. Ultrasonun yeterli kullanıma girmediği bu dönemlerde, işlemin tam yapılıp yapılmadığını anlamak için uterus kavitesinden çıkarılan fetüse ait parçalar bir araya getirilip kontrol edilirdi!



ve sonucunda kürtaj yapmama hakkı olduğu bildirilen hekimlerin, durumu daha iyi değerlendirdikleri ve paylaşımları görülmüştür.⁽³⁾

Fetal anomalilerde gebeliğin sonlandırılması irdelenmesi gereken diğer bir husustur. Ailenin rızası alınarak yapılan tahliye işlemleri genellikle ileri gebelik haftasında olmakta, canlı bir fetüsün zorla doğurtulması işlemi yapılmaktadır. Ayrıca yaşamla bağdaşabilecek anomaliler için tahliye yapılmasının da tartışılması gerekir. İleri gebelik haftasında canlı olduğu bilinen, kimi zaman da canlı doğan korunmasız bir fetüsün ölüme terk edilmesi işlemini yapmak bir hekim için ne kadar zordur! Gebeliğini sonlandırmak istemeyen, anomali bebek taşıyan aileye verilecek bakım da burada önemli olmaktadır. Bu gebeliklerin takibini ve doğumunu üstlenmek istemeyen hekim ya da kurumların durumunu da doğum esnasında ve doğduktan sonra meydana gelebilen özürlülerle birlikte tartışmak gerekir. Doğan bebeğin bakım ve idamesinin sağlanması ile beraber anne ve ailenin ekonomik, sosyal ve psikolojik açıdan desteklenmesi konusunda devlete ve özelde topluma düşen sorumluluklar neler olacaktır?

Kürtaj yapmak istememek, bir birey olarak hekimin en doğal hakkı olmalıdır. Bu hakkın kullanılması ve hasta hayatının riske atılmaması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Dünyadaki köklü kurumların

(FIGO-ACOG) geçirdikleri uygulama evreleri gözden geçirilebilir. Birleşmiş Milletler'in "Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi" (CEDAW) kararlarında da sağlık personelinin kürtaj yapmama hakkı belirtilip buna göre gerekli yönlendirilmelerin yapılması vurgulanmaktadır.^(4, 5) Fetüs haklarının insan hakları içinde netleşmediği, kadın bedeninin bir meta olarak öne çıkarıldığı, emanet kavramının önemini kaybettiği bir düzende yapılacak düzenlemelerin sağlığı da sorgulanmalıdır.

Din ve vicdan hürriyetine sahip olduğumuzu düşünerek 25-27 Şubat 2011 tarihlerinde düzenlenen 1. Türkiye Çocuk Hakları Kongresi'nde Prof. Dr. Cemal Ağırman'ın sunduğu tebliğin son cümleleri ile yazımı tamamlamak istiyorum: "Ana rahmindeki cenin aşılandığı andan itibaren insan olmaya aday bir canlıdır. Hayatı bir durum söz konusu olmaksızın onu öldürmek yetişkin bir insanı öldürmekle eş değerdir. Bir evladınızın dokuz aylık bir uykuya daldığını ya da dokuz ayın sonunda ancak kavuşabileceğiniz uzak bir yerde bir bakıcıya emanet edildiğini düşünün, ona sadece dokuz ay sonra kavuşacak olmanız, onu bir evlat olarak bağrınıza basmanız bir engel teşkil eder mi? Veya ona dokuz ay sonra ulaşmanız onu öldürmek için bir gerekçe olabilir mi? Kürtajın vahametini anlayabilmek için, aşılanmış bir yumurtayı, dokuz ay sonra karşınıza çıkıp size gülümseyecek bir evladınız olarak düşünmeniz kâfidir!

Hiçbir otorite canı öldürme yasağını ihlâl edemez. Can alma cana denk bir mazeret olmadıkça meşru kabul edilemez. Basit bir empati ile söylemek gerekirse bizlere de kürtaj uygulanmış olsaydı bugün hayatta olmayacaktık. Hepiniz çok değerlisiniz ve bu topluma belki de hayatı yararlar sağlamaktasınız. Keyfi bir kararlar ve basit sebeplerle hiç kimse bunları heba edemez".⁽⁶⁾

Kaynaklar

1) Stulberg DB et al. Abortion provision among practicing obstetrician-gynecologist. *Obstet Gynecol*. 2011 ; 118(3):609-14

2) Rasinski KA et al. Obstetrician-Gynecologists' opinions about conscientious refusal of a request for abortion: results from a national vignette experiment. *J Med Ethics*, 2011 (12):711-4

3) Freedman L et al. Obstetrician-Gynecologist experiences with abortion training: Physician insights from a qualitative study. *Contraception*, 2010-81(6):525-30.

4) The limits of conscientious refusal in reproductive medicine. ACOG Committee Opinion. Number 385, 2007, reaffirmed 2010.

5) Dorothy S. Abortion and human rights. *Best Pract. Res. Clin Obstet Gynecol*. 2010:633-646

6) Ağırman C. Çocuğun yaşama hakkı çerçevesinde dini ve ahlaki açıdan kürtaj. <http://agirman.wordpress.com>

Özel hastanelerde sezaryenin yüksek olma nedenleri

Dr. Reşat Bahat



1964 yılında Giresun'da doğdu. İlk ve orta öğretimini Giresun'da tamamladıktan sonra İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu (1988). İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Kadın Doğum Asistanlığı, 1993 yılından itibaren Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlığı, 1994 yılından itibaren ise özel sağlık işletmeciliği yapan Dr. Bahat, Özel Batı Bahat Hastanesi'nde Başhekimlik ve Kadın Doğum Uzmanlığı yapmaktadır. 2008 yılından beri Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği'nin (OHSAD) Genel Başkanlığını yürüten Bahat, evlidir ve 2 erkek çocuğu babasıdır.

Anne veya bebek hayatının tehlikeye girmesi halinde hayat kurtarıcı olan sezaryen operasyonu son zamanlarda alternatif bir doğum şeklini almıştır. Şöyle ki; Türkiye'de yapılan doğumların hemen hemen yarıya yakını sezaryen ile sonuçlanmaktadır. Sezaryen oranı dünyanın birçok ülkesinde bu oranlara çok yakındır.

Ülkemizdeki sezaryen istatistiklerinin sürekli artıyor olması Sağlık Bakanlığı'nın dikkatini çekmiştir. Aslında bundan önce ödeyici kurum olan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun da dikkatini çekmiş olmalı ki normal doğuma 400 TL öderken sezaryene 450 TL ödeyerek bu önemli operasyonu yapanları adeta düşük fiyatla cezalandırmıştır. Sezaryenin isteğe bağlı olarak yapılıp yapılmaması konusu dünyada hala sosyal ve tıbbi açıdan tartışılan bir durumdur. Tıbbi tekniklerin çok ileri düzeyde olması, anestezi ve kullanılan tıbbi malzemelerin kalitesinin çok iyi olması nedeniyle çok risksiz bir operasyon haline gelmiş olmasına rağmen yine de endikasyonsuz dediğimiz sebepsiz sezaryenin, doktor tarafından hastaya tavsiye ediliyor olması kanaatimizce çok da şık değildir.

Görece olarak özel hastanelerdeki sezaryen oranlarının yüksek olması,

kamuyu, özel hastaneleri keyfi sezaryen konusunda disiplinize etmeye itmiş, Sosyal Güvenlik Kurumu isteğe bağlı sezaryenleri normal doğum olarak dahi ödemeyeceğini bildirdiği gibi Sağlık Bakanlığı da sebepsiz sezaryenlere yasak getirmiştir.

Kamuda ve özel hastanelerde yüksek oranda olduğu ifade edilen sezaryen operasyonunun özel sektördeki başlıca sebepleri şunlardır:

- 1- Eski sezaryen olan hastaların tekrar sezaryen için gelmesi, sezaryen doğum sonrası normal doğum risklerinin hasta ve hasta yakınlarına yapılan aydınlatma sonrası kabul görmemesi
- 2- Tüp bebek ve yaşlı anneler
- 3- Gebelik riskini sonlandırmak için tüplerini de sezaryenle bağlatmak isteyenler
- 4- Hastanın doktorunu ısrarla doğumda istemesi ve doktorun bu talebi her zaman karşılayamıyor olması
- 5- Özellikle 15 Şubat 2008'den itibaren Kadın Doğum kadrosu alamayan özel hastane ve tıp merkezlerinin uzman sayısındaki eksiklik
- 6- Hastayı takip edecek yeterli ve eğitilmiş ebeyi üretemeyen sağlık eğitim sistemi
- 7- Doktorun komplikasyondan ve yargılanmaktan korkup hastaların sezaryen baskılarına maruz kalması

8- Hasta sahiplerinin hastaların doğum eylemindeki ağrılarını problemmiş gibi algılayıp doğumun uzaması halinde hekimle ebeler üzerinde kurduğu baskı

9- Hastaların doğru ya da yanlış bilgiye, daha doğrusu bilgi kirliliğine kontrol-süzce ulaşması ve sonrasında hastanın gelişen yersiz korkuları sebebiyle normal doğum eylemini kabul etmemesi

10- Maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeyi azaltma çabası

11- Fetal iyilik halini değerlendirmede kullanılan teknolojinin (doppler, NST, biyofizik profil vb.) gelişmesi

12- Beslenme bozukluğu, aşırı obezite ve sistemik hastalıkları olan riskli gebelerin artması.

Yukarıda bahsi geçen "kazanca yönelik sezaryen" yapma isteğinin son 3 yıldır geçerli olduğuna inanmıyoruz. Çünkü hastanelerin ve hekimlerin sectio ve normal doğum için talep ettikleri ücret hemen hemen aynı olup, kazanç oranı da hem hastane hem doktor için normal doğumda daha yüksektir.

Özel sektöre yeterli doktor, ebe, hemşire, teknisyen verilmesi durumunda mesai dışı hizmetin kalitesi artacağı için, normal doğum oranlarının da artacağına inanıyoruz.



Özellikle 3'ten fazla çocuk isteyen ailelere normal doğum konusunda ekstra efor gösterilmesi gerektiğine inanıyoruz. Ancak hekimlerin, hastanelerin, ebelerin ve tüm sağlık çalışanlarının ensesinde bir kılıç gibi duran “kusursuz sorumlulukla yargılanıyor olma” sanırım sezaryene kolay karar verilmesindeki en önemli unsurdur.

Sezaryen oranları konusunda tedbirler alınmasını siyasetin istemesini saygıyla karşılıyoruz. Ancak kısa, orta ve uzun dönemde mükerrer sezaryenlerin yarattığı problemlerden daha fazlasını bebek ve annelerdeki komplikasyonlarla kıyaslamakta ve birkaç yıl sonra neyi doğru yapıp neyi yanlış yaptığımızı konuşmakta fayda vardır sanırız.

İstatistiki verilerin özellikle özel hastaneler aleyhine yanlış yorumlandığını da düşünmekteyiz. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)-2003 ve TNSA-2008 verileri kıyaslandığında sezaryen oranlarında artış görülmektedir. Ancak özel hastaneciliğin çok da yaygın olmadığı TNSA-1993 ve TNSA-2003 arasında yapılan çalışmalarda bile neredeyse 2,5 katlık bir artışın olduğunu görüyoruz. O zaman sadece özel hastaneleri sezaryen oranındaki artıştan sorumlu tutmak çok açık olarak yanlıştır. Yine TNSA-2008 raporuna bakıldığında coğrafi bölgeler kıyaslandığında özel hastanelerin

yoğunlukta olduğu İstanbul'da %49,1 iken, Doğu Anadolu Bölgesi hariç özel hastanelerin yoğun olmadığı diğer tüm bölgelerde sezaryen oranları %36,2-%54,4 arası değişmektedir. Dolayısıyla kamuoyuna bu verilerin yanlış aktarıldığını görüyoruz.

Aynı zamanda “doğum öncesi bakım”ın artışı sanıldığına aksine sezaryen oranlarını artırmaktadır. Sezaryen ile yapılan doğumlar, Doğu bölgesi (yüzde 16) hariç tüm bölgelerde yüzde 40 ve üzeridir. Sezaryen ile doğum hızı, eğitim ve refah düzeyi ile birlikte artmaktadır. En yüksek eğitim ve refah düzeyinde yüzde 60 veya üzeri olan sezaryen oranı, en düşük eğitim ve refah düzeyinde sezaryenle gerçekleşen doğumların üç katından daha fazladır.

Ne kadar yasak getirilirse getirilsin sonuçta hasta ile hekim 24 saat baş başadır. En hızlı ve en doğru kararı yine hastanın başındaki hekimin vereceğine inanıyoruz. Sorumluluk da, varsa vebali de hekime ait bir durumdur. Neticede sezaryen sebeplerinin bir kısmı çok muallaktır ve adeta konu Allah ile doktor arasında olan bir durumdur.

Sağlıklı anneler, sağlıklı bebekler, mutlu babalar ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi en büyük temennimizdir.

“Kazanca yönelik sezaryen” yapma isteğinin son 3 yıldır geçerli olduğuna inanmıyoruz. Çünkü hastanelerin ve hekimlerin normal doğum için talep ettikleri ücret hemen hemen aynı olup, kazanç oranı da hem hastane hem doktor için normal doğumda daha yüksektir. Hekimlerin, hastanelerin, ebelerin ve tüm sağlık çalışanlarının ensesinde bir kılıç gibi duran “kusursuz sorumlulukla yargılanıyor olma” sanırım sezaryene kolay karar verilmesindeki en önemli unsurdur.

Ebelerin sezaryen doğuma bakışı

Yrd. Doç. Dr. Nazan Karahan



1975 yılında Giresun'da doğdu. Giresun Sağlık Meslek Lisesi Ebelik Bölümünün ardından Marmara Üniversitesi İstanbul Zeynep Kamil Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünden mezun oldu (1999). Aynı yerde Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında yüksek lisans ve doktora programlarını tamamladı. Mesleğe başladığı Giresun'un çeşitli ilçelerinde servis hemşireliği ve köy ebeliği yaptı. Halen Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda Yardımcı Doçent ve Ebelik Bölüm Başkanı olarak görev yapmaktadır. Evli ve 2 çocuk annesi olan Karahan, aynı zamanda Ebeler Derneği Başkanı'dır.

Dr. Asibe Özkan



1980 yılında Tekirdağ'da doğdu. Zeynep Kamil Sağlık Meslek Lisesi Ebelik Bölümünün ardından Marmara Üniversitesi İstanbul Zeynep Kamil Sağlık Yüksekokulu'ndan mezun oldu (2002) Aynı yerde Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında yüksek lisans ve doktora programlarını tamamladı. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde süpervizör hemşire ve başhemşire yardımcısı olarak çalıştı. Halen Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Başhemşire Yardımcısı olarak görev yapan Özkan, aynı zamanda Ebeler Derneği Başkan Yardımcısı'dır.

Gebelik; hastalık ve sağlık arasındaki çizgiyi daraltan, hormonal, fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin yaşandığı kadın yaşamının normal fizyolojik bir evresidir. Anne ve bebek için mucizevi bir yaşam deneyimi olan bu dönemde, sunulacak tüm hizmetler, kişinin sağlık durumunun geleceğini belirler. Anne ve bebeğin, hizmet sunumu nedeniyle zarar görmesi kabul edilemez bir durumdur. Bu dönemde, eldeki en iyi kanıtlara dayalı hizmet ve bakımın sunulması esastır.

“Abdominal uterin insizyondan, ölü veya canlı bir fetüsün doğurtulması” olarak tanımlanan sezaryen, tıbbi teknolojilerin gelişimi ile beraber en güvenli şekilde

uygulanan major operasyonlardan biri olmuştur. Her ne kadar en güvenli operasyonlardan biri olsa da, sezaryen doğumlarda major bir cerrahi için geçerli her türlü komplikasyon ortaya çıkabilmektedir. Sezaryen oranındaki artış, komplikasyon görülme sıklığında da artışa neden olmaktadır. Hiçbir başka neden olmasa da, sezaryen endikasyonları ve abdominal doğumun kendine has artmış risklerinden ötürü, vajinal doğuma göre maternal mortalite 2-3 kat, maternal morbidite 5-10 kat artarken, perinatal morbidite de başta iatrojenik prematürite ve solunum yolu hastalıkları olmak üzere artmıştır. Ülkemizde çeşitli yayınlarda sezaryene bağlı maternal morbidite %15,2, maternal mortalite % 0-4.82 olarak bildirilmektedir.

Tıbbi endikasyonlarının yanı sıra günümüzde, paritenin giderek azalması, ilk gebelik yaşının yükselmesi, fetüsün daha ayrıntılı incelenebilir hale gelmesi, forseps ve vakum ekstraksiyon gibi girişimlere eğilimin azalması, sağlıkta yaşanan değişim, hasta hakları, malpraktis davaları, zayıflatılan ebeler sistemi sezaryen doğum oranını arttıran başlıca nedenler olarak sıralanabilir. İlk gebeliklerde sezaryen artışına bağlı olarak tekrarlayan sezaryen oranı da artmakta, dolayısıyla sezaryen doğum oranı Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerilerini aşmakta ve uyarı sinyali vermektedir.

Sezaryen doğum, popüler bir tartışma konusudur. Bugüne kadar hiçbir cerrahi veya medikal prosedür hakkında hem



bilim hem de medya alanında bu kadar tartışma yaşanmamış olması yukarıdaki endikasyonlarla açıklanabilir. Bir tarafta sağlıklı bir anne ve yenidoğan hedefi, diğer tarafta gereksiz doğum müdahaleleri, doğum medikalizasyonu ve doğal doğum olayının yaşanmamasına bağlı psikolojik bozukluklar ve hem birey hem de toplum için söz konusu olan ciddi boyuttaki parasal sorunlar tartışmaların odağını oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra, malpraktis baskısı doğum şekli konusunda doğru karar verme zorluğu yaratmaktadır.

Dünya ülkelerinin çoğunda DSÖ'nün önerdiği % 15'lik sezaryen doğum oranı aşılmıştır. Bununla birlikte ülkemiz, giderek artan ve % 54'ü bulan sezaryen doğum oranı ile en yüksek ülkeler arasında anılmaktadır. Sezaryen doğum oranlarımızdaki bu artışın ülkemize özgü nedenlerini iyi kalitede bilimsel çalışmalarla ortaya koymak ve en doğru doğum yönetimini sağlamak önemli bir konudur.

Bu noktada dikkat çeken bir konu, sezaryen doğum oranlarının yüksek olduğu İtalya, Brezilya, Şili gibi ülkelerdeki **ebelik sisteminin yetersizliği**dir. Öte yandan sosyoekonomik ve eğitim düzeyi yüksek olan, normal gebelik ve doğumların yönetiminin ebelere bırakıldığı, riskli gebelik ve doğumlarda hekime etkin

ve zamanında yönlendirme yapılarak iyi bir ekip çalışmasının sergilendiği, Hollanda, Belçika, Danimarka, İsveç, Norveç, Finlandiya, Yeni Zelanda gibi ülkelerde sezaryen doğum oranları istikrarlı ve düşük bir düzeyde (% 12-16) devam etmektedir.

Sezaryen doğum nedenlerini inceleyen pek çok araştırmada, endikasyonlar ve diğer faktörlerin yanı sıra; **gebe isteği** önemli bir yer tutmakta ve bu istek çoğunlukla doğurma korkusu ve sezaryen doğumun daha sağlıklı olduğu düşüncesinden kaynaklanmaktadır. Bu noktada; gebelerin gebelik, doğum ve doğum sonu dönem konusunda eğitilmesi, egzersiz, gevşeme ve nefes teknikleri ile uygulamalı olarak doğuma hazırlanması ve gene doğumun doğal ve fizyolojik bir süreç olduğu algısının oluşturulması, kadınların normal doğuma yönlendirilmesinde etkili olacaktır. Ayrıca gebelik ve doğum konusunda gebe ve ailesinin nitelikli bir eğitim almış olması, kadın doğum hekimi üzerindeki doğum şekli baskısını azaltacak bir durumdur. Bu konuda yürütülecek tüm çalışmalarda amaç, daha az sezaryen daha çok vajinal doğum değil, **en doğru gebe izlemi, en doğru eylem yönetimi ve doğum sürecini hizmet alan ve hizmeti sağlayanın memnuniyetini** gözetenek sunabilmek olmalıdır.

Sezaryen doğum oranlarının yüksek olduğu İtalya, Brezilya, Şili gibi ülkelerde ebelik sistemi yetersizdir. Öte yandan sosyoekonomik ve eğitim düzeyi yüksek olan, normal gebelik ve doğumların yönetiminin ebelere bırakıldığı Hollanda, Belçika, Danimarka, İsveç, Norveç, Finlandiya, Yeni Zelanda gibi ülkelerde sezaryen doğum oranları istikrarlı ve düşük bir düzeyde (% 12-16) devam etmektedir.



Sonuç olarak, tüm dünyada sezaryen doğum oranları artmakla birlikte ülkemizdeki artış dramatik bir hal almıştır. Bu noktada amaç, daha az sezaryen, daha çok vajinal doğum değil, en doğru gebe izlemi, en doğru eylem yönetimi ve doğum sürecini hizmet alan ve sunanın memnuniyetini gözeterek sunabilmek olmalıdır. Ebelik sistemi ve eğitimin güçlendirilmesi, bu amaca hizmet edecek en etkin araçlardan biridir.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists tarafından hazırlanan sezaryen raporunda (NICE, Clinical Guideline 132, 2011) doğum öncesi nitelikli bir eğitim, doğumda aynı kişi tarafından sürekli destek verilmesi, eylem takibinde partograf kullanımı, normal doğum medikalizasyonu azaltma ve düşük riskli gebelerin ebelerle doğum yapmasının, güvenli bir biçimde sezaryen doğumların azaltacağı belirtilmektedir.

Literatürde ebelerin yönetimindeki doğumlarda, sezaryen doğum, oksitosin uygulama, doğumda analjezi ve anestezi ve girişimli doğum oranlarını istatistiksel olarak anlamlı derece düşük bulunduğunu gösteren çalışmalar vardır. Yapılan bir metanalizde, herhangi bir riski bulunmayan ebelerin yönetimdeki doğumlarda; sezaryen doğum, narkotik analjezi, amniotomi ve fetal monitorizasyon uygulamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Gebeliği süresince kaliteli bir ebelik bakımı sağlandığında; antenatal dönemde hastaneye yatma, travay indüksiyonu, travayda analjezi ve anestezi alımının azaldığı, sezaryen doğum–acil sezaryen doğum oranlarında azalma olduğu, ağrıyla baş etmede nonfarmakolojik yöntemlerin daha fazla kullanıldığı, spontan doğum oranlarının arttığı iyi kalitede çalışmalarla kanıtlanmıştır (Leslie Storton, 2007).

Ayrıca DSÖ, UNICEF ve Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (ICM); anne ve bebek yaşamının korunması ve güçlendirilmesi, sezaryen doğumların azaltılması için ebelik mesleğinin önemine dikkat çekmektedir. Görülmektedir ki, uluslararası organizasyonlar, tüm başarılı ülke modelleri ve/veya programların ortak teması, sezaryen oranının azaltılması için **ebelerin ve ebelik modelinin güçlendirilmesi** yönündedir.

Ülkemizde bir taraftan sezaryen doğum oranı artarken, diğer yandan ebelerin giderek işlevsizleştiği, sağlık sistemi içinde değersizleştiği gerçeği göz ardı edilmektedir. Bu durum, geçmiş insanlık tarihi kadar eski ve sunduğu hizmet kalitesi ile ulusal sağlık göstergelerini yükseltebilme gücüne sahip ebelik mesleğinin ülkemiz sağlık sistemi içinde kaybettiği özerkliği geri kazanmasının gereğini gözler önüne sermektedir. 48 bin ebe nüfusumuzu kadınlarımız ve çocuklarımızın sağlığını destekleyecek şekilde eğitmemiz, planlamamız ve yeniden yapılandırmamız **toplumsal bir borçtur**. Çünkü bu kadar büyük bir ebelik popülasyonu, şu anda ne yazık ki ana-çocuk sağlığına çok küçük katkılar sağlayabilmektedir.

Ebeler Derneği tarafından geliştirilerek Sağlık Bakanlığı'na sunulan, "**Ulusal Ebelik Hizmet Modeli**"nin temel amacı,

ebelik bakım çıktıları iyi olan ülke modellerinden yola çıkarak ülkemiz sağlık sistemine uygun, toplumsal beklentilere cevap verebilen, mesleki memnuniyet ve bağlılığı yükselten, güvenli, verimli ve etkin bir sistem oluşturabilmektir.

Gelişmiş ülkelerin tümünde ebelerin; **antenatal, innatal, postnatal süreçleri yönettiği, riskleri tanıladığı, tanıladığı riskleri yönlendirme yetkisine sahip olduğu, normal gebelikleri takip ettiği ve normal doğumları yaptırdığı, ayrıca sağlıklı yenidoğan muayenesini, izlemine yapabildiği**, anne ve bebekte saptadığı her türlü riskli durumda erken dönemde hekime yönlendirme yaptığı görülmektedir. Öte yandan ekibin değerli bir üyesi olarak yüksek bir sosyal statü ve ekonomik güçle çalışan ebeler, tüm ülkelerde halk sağlığının yükseltilmesi için **saha ziyaretleri** yapmakta, Fransa, İsveç, Hollanda, Yeni Zelanda, Birleşik Krallık ve Kanada'da sertifikalandırılarak reçete yazabilmekte, temel obstetrik ultrasonografi uygulayabilmektedir.

Ayrıca doğum öncesi, doğum esnası ve doğum sonrası dönemlerde aynı ebe veya az sayıda ebe grubu (<5) tarafından hizmet sunulması anlamına gelen **ebelik hizmetlerinde süreklilik** de önemli bir konudur. Ebenin hizmet sunumunun devamlılığı sayesinde **doğumda malpraktis** davalarının azalması mümkün olabilir. Hizmetin sürekli sunulduğu ve ebelik eğitiminin doğrudan girişle yapıldığı Yeni Zelanda, Kanada ve Hollanda'da gebelik ve doğumla ilgili malpraktis davalarının daha düşük sayıda olması dikkat çekicidir.

Ulusal Ebelik Hizmet Modelinde, aile sağlığı merkezlerinde ataması Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan, bulunduğu bölgenin çocuk ve kadın popülasyonuna göre büyüklüklerde ebe ekipleri (aile ebeleri) oluşturulması, bu ekiplerin kadrolarının hastanelere bağlı olması ve bir tarafı ile hastaneye bağlı olan ebenin izlediği gebenin doğumunu hastanede yaptırma ve bilgilerini hizmet içi eğitimler yoluyla güncelleme olanağı bulması önerilmektedir. Normal gebelik ve doğumların sorumluluğunun ebelere bırakılmasının önerildiği bu sistemde, risk tanılama becerileri güçlendirilmiş ebelerin, gebede riskli bir durum saptadığında kadın doğum hekimine, bebekte risk saptadığında çocuk hekimine ve genel bir sağlık sorunu saptadığında aile hekimine yönlendirme yaparak hizmetlerini yürütmesi planlanmıştır. Ulusal Ebelik Hizmet Modelinde, değinilen önemli bazı noktalar; doğumla ilgili hastanelerin tüm birimlerine ağırlıklı olarak ebe istihdam edilmesi, ebelik hizmetlerinin yönetiminin ebeler tarafından yürütülmesi, ebelerin mesleğe özgü sertifika programlarıyla güçlendirilmesi ve uzmanlaşması ve

ebelik eğitimin güçlendirilmesidir. Tüm bunlar gebelik doğum ve yenidoğanla ilgili hizmetlerin nitelik ve kalitesini artıracak gibi, ebelerin motivasyonunu yükseltecek ve hizmet sunumunu olumlu etkileyecektir. Bu sistemin işlerlik kazanması, ancak ebelik ile ilgili köklü yasal düzenlemelerin yapılması ile mümkün olabilir.

Sonuç olarak, tüm dünyada sezaryen doğum oranları artmakla birlikte ülkemizdeki artış dramatik bir hal almıştır. Öte yandan normal doğumların medikalizasyonu ve gereksiz doğum müdahaleleri de tartışılması gereken bir başka önemli konudur. Bu noktada amaç, daha az sezaryen, daha çok vajinal doğum değil, en doğru gebe izlemi, en doğru eylem yönetimi ve doğum sürecini hizmet alan ve sunanın memnuniyetini gözeterek sunabilmek olmalıdır. Ebelik sistemi ve eğitimin güçlendirilmesi, bu amaca hizmet edecek en etkin araçlardan biridir.

Kaynaklar

Davis LG, Riedmann GL, Sapiro M, Minogue JP, Kazer RR. (1994). Cesarean section rates in low-risk private patients managed by certified nurse-midwives and obstetricians. *J Nurse Midwifery*. Mar-Apr;39(2):91-7.

Emons JK, Luiten MJ. *Midwifery in Europe An inventory in fifteen EU-member states*. The European Midwives Liaison Committee (EMLC)

Euro-Peristat, 2008. OECD Health Data source program, 2010.

Hodnett ED. (2008). WITHDRAWN: Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. Oct 8;(4):CD000062

Janssen PA, Ryan EM, Etches DJ, Klein MC, Reime B. (2007). Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. *Birth*, un;34(2):140-7

Kateman H, Herschderfer K. *Multidisciplinary collaborative primary maternity care project: current practice in Europe and Australia. A descriptive study*. Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project 2005.

Kleiverda G, Steen AM, Anderson I, Treffers PE, Everaerd W. Place of Delivery in the Netherlands: actual location of confinement. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1991;39:139-46.

Leslie SM, Storton S. (2007). *The Coalition for Improving maternity Services: Evidence Basis for the ten steps of mother-friendly Care Step One*. The Journal Of Perinatal Education, 16(1). Supplement

Lynch B (2005) *Midwifery in the 21st Century: The Politics of Economics Medicine, and Health*. Journal of Midwifery & Women's Health, Volume 50, No. 1, January/February

Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM, FIGO. Geneva; 2004.

Malott MA, Davis NB, McDonald H, Hutton E. *Midwifery Care in Eight Industrialized Countries: How Does Canadian Midwifery Compare?*. OCTOBER JOGC 2009: 974-979.

Maternity Services Review 2009. Improving maternity services in Australia: the report of the

Maternity Services Review. Health Insite, Government of Australia Department of Health and Ageing. Available at: http://www.healthinsite.gov.au/news/improving_maternity_services_in_Australia. Accessed June 11, 2009. (Erişim tarihi: 20.07.2012)

Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project. Final Report. Toronto; 2006.

NICE clinical guideline 132, Caesarean section, 2011

Weaver, J.J., Statham, H., Richards, M. (2007). Are There "Unnecessary" Cesarean Sections? Perceptions of Women and Obstetricians About Cesarean Sections for Nonclinical Indications. *The Birth*. 34(1): 32-41

Kadın ruh sağlığı, sezaryen ve kürtaj

Prof. Dr. Mustafa Bilici



1965 yılında doğdu. İlk ve ortaokulu Adana'da tamamladı. 1990 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olarak hekim oldu. 1995 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde psikiyatri uzmanı oldu. 2000 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde psikiyatri doçenti oldu. 2003-2005 yılları arasında İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde çalıştı. 2005'te Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine Eğitim Hastanesi'ne dönüşüm amacıyla kurucu başhekim olarak atandı. Geçtiğimiz Haziran ayına kadar bu görevi sürdüren Dr. Bilici, Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı'na geçerek akademik hayata döndü. Biyolojik psikiyatri alanında çalışan Dr. Bilici'nin çeşitli bilimsel dergilerde yayınlanmış 40 civarında makalesi bulunuyor. Dr. Bilici evli ve 3 çocuk babasıdır.

Kadın ruh sağlığı konusu son yıllarda psikiyatri içinde neredeyse bir alt disiplin olacak kadar gelişme eğilimi göstermiştir. Kadınlara özgü birçok ruhsal rahatsızlığın tanımlanması, araştırma bulgularının artması ve tedavi seçeneklerinin çeşitlenmesi, bu gelişimde önemli olmuştur. Konuyla ilgili gelişmeler iki kolda ilerlemektedir. Kollardan biri nörobilim, diğeri klinik bilimler şeklinde özetlenebilir. Nörobilimle ilgili kaynaklar incelendiğinde, mesele kadın beyni ile erkek beyni arasındaki farklılıklara kadar uzanmaktadır. Klinik araştırmalar ise kadın ve erkek arasındaki anatomik ve fizyolojik farklılıkların ruhsal hastalıklarla ilişkisi konusunda yapılan çalışmalardan elde edilen bilgileri içermektedir. Klinik araştırmalara psikiyatrik incelemelerden gelen veriler ruhsal hastalıkların kadınlara has özelliklerini ve tedavi farklılıklarını ortaya koyarak kadın ruh sağlığı konusunun genişlemesinde büyük katkı sağlamıştır.

Kadınların âdet görmesi, gebe kalması, doğum yapması ve emzirmesi gibi birçok fizyolojik hadise ruhsal durumla yakından ilişkilidir. Bilindiği gibi bu dönemlerin kendine özgü, fizyolojik, psikolojik ve psikiyatrik özellikleri söz konusudur. Bu özellikler kültür ve antropoloji ile de ilişkilidir, ancak konunun bu yönü ilginç bir şekilde dışı olduğu için geçiyoruz.

Âdet düzensizlikleri ve adet öncesi ruhsal gerginlikler "premenstrüel disforik bozukluk (PMDB)" adında bir ruhsal hastalığın tanımlanması ve tedavi edilmesi ile

psikiyatrinin konusu olmuştur. Bilindiği gibi bu hastalıktan muzdarip kadınlarda adetten önceki 1-2 haftalık dönemde gerginlik, sıkıntı, ağrı, keyifsizlik, sinirlilik ve isteksizlik gibi depresyon ve anksiyete belirtileri gözlenmektedir. Âdetin başlaması ile bu belirtilerin azalması ve âdet öncesi dönemde tekrarlaması tipiktir. Hormonal nedenlerin yanında ruhsal sebeplerin de hastalıkla ilişkili olabileceği bilinmektedir. Bu hastalıkların tedavisinde genellikle antidepressan ilaçlar ve psikoterapi etkilidir.

Cinsel kimliğin algılanması ve kabul edilmesi süreci kadınlar arasında farklılık göstermektedir. Bu süreçte yaşanan sorunların kadın cinsel kimliğini kabul etmede bir takım zorluklar oluşturacağı bilinmektedir. Homoseksüellik, kadın cinsel kimliğinden rahatsızlık duymak, erkek gibi davranmak ve kadın cinsiyetinin değiştirilmesini istemek gibi pek çok durum psikiyatrinin konusu içine girmektedir. Bu durumların ortaya çıkmasında daha ziyade psikoseksüel gelişim sorunları yol açmaktadır. Bu tür rahatsızlıkların tedavisinde psikoterapi esastır. Bazı vakalarda heyet kararı ile cinsiyet değiştirme ameliyatları yararlı olabilmektedir.

Taciz ve tecavüz, kadınların başına gelen ve kadın ruh sağlığını bozan en önemli olaylardır. Tacizcinin yakın biri olması ve olay sırasında fiziksel güç kullanılması ruhsal bir rahatsızlığın ortaya çıkma ihtimalini artırmaktadır. Kadınların, erkeklerin çeşitli düzeylerde cinsel saldırılarına maruz kalmaları ruh

sağlığı üzerinde yıkıcı sonuçlar ortaya çıkarabilir. Özellikle savaş ve benzeri zor durumlarda kadınlara yönelik cinsel saldırıların sıklığının arttığı bilinmektedir. Bosna'da Sırpların saldırıları sonucu binlerce kadının tecavüze uğradığı, pek çoğunun hamile kaldığı ve doğum yaptığı bilinmektedir. Cinsel saldırılar sonucunda post-travmatik stres bozukluğu şeklinde ortaya çıkabilecek ruhsal bozukluklar kadınları bir ömür boyu etkileyecek sonuçlara yol açabilir. Ayrıca tecavüze uğramış kadınların toplum içindeki konumlarının bozulması da çeşitli ruhsal hastalıkların tetiklenmesine yol açabilir. Tecavüz mağduru kadınların tedavisinde psikotrop ilaçlar ve psikososyal tedaviler uygulanmaktadır.

Bedensel olgunluğun gerçekleşmesine karşın ruhsal olgunluğun bir evlilik ilişkisini kaldıramayacağı düzeyde olan kadınların evlilikleri ruhsal hayatı ciddi bir biçimde bozabilir. Bazı ailelerde sosyoekonomik sebeplerden ötürü kız çocuklarının tam olarak ruhsal olgunluğa erişmeden evlendirilmesi, bu kızlarda depresif mizaçlı uyum sorunları başta olmak üzere pek çok hastalığın ortaya çıkmasına sebep olabilir. Bu kadınların tedavisinde psikotrop ilaçlar ve psikososyal tedaviler birlikte uygulanmalıdır.

Ülkemizde de sıklıkla müşahade edilen bir kızın arzusu dışında kaçırılarak cinsel ilişkiye zorlanması en büyük ruhsal travmalardan biridir. Bu durum ruhsal olgunluk gelişmeden yaşanmışsa ruhsal travma daha da şiddetli olarak algılanabilir. Bu durum yukarıda bah-





Evlenmenin ve ardından gebe kalmanın ağırlığı altında akıl hastalığı alevlenen, tecavüz edildiği için ailesi ve toplum tarafından kendisi fahişe, bebeği piç diye yaftalanan; beden ve ruh sağlığı gebeliğe uygun olmadığı için hastalanan ve istemediği bir adamın bebeğini gönülsüzce taşıyan kadınların nasıl bir haleti ruhiye içinde olacaklarını tahmin etmek zor değil.

sedilen tecavüz sonucu gelişen ruhsal bozukluk tablolarına yol açabilir. Gönüllü kaçmalarda ise aile büyüklerinin kızlarını evlatlıktan reddetmesi gibi bir takım olaylar ruh sağlığını bozucu etki gösterebilir. Bu kadınların tedavisinde daha ziyade psikososyal tedaviler uygulanmalıdır.

Evlilik ilişkileri birçok kadının ruhsal durumunu yakından etkilemektedir. Evlilik ilişkisinde yaşanan sorunlar kadınların erkeklere göre daha fazla etkilenmesine yol açabilir. Kültürel çatışma, dayak, kötü muamele, kayıncılık ve diğer aile büyükleri ile yaşanan gerginlikler kadınlarda değişik türde ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasına yol açabilir. Bu hastalıkların tedavisinde vakaya göre psikotrop ilaçlar ve/veya psikososyal tedaviler uygulanabilir.

Kadınların çalışmak durumunda olmasıyla ilişkili sorunlar ruh sağlığını bozabilir. Birçok kadın bir taraftan çalışıp aile bütçesine katkı sağlarken diğer taraftan ev işlerini ve çocuk bakımını büyük ölçüde tek başına yapmanın zorluğuna katlanmak durumunda kalmaktadır. Çalışan ve aynı zamanda ev işlerini yürüten kadınlar erkeklere göre iki misli yük kaldırmak durumunda kalmaktadır. Bu durum birçok kadının ruhsal yapısını olumsuz yönde etkilemekte; depresyon, yaygın anksiyete

bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve boşanma gibi çeşitli hastalıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir. Bu durumların tedavisinde vakaya göre psikososyal tedaviler ve/veya bazen psikotrop ilaçlar uygulanabilir.

Cinsel ilişkinin algılanması ve gerçekleştirilmesi ile ilgili kadınlara özgü bir takım bozukluklar söz konusudur. Bu bozukluklardan en bilineni vajinismustur. Cinsel ilişkinin gerçekleşmesini ciddi bir biçimde bozan bu hastalık pek çok çiftin evlilik hayatını olumsuz yönde etkilemektedir. Sebepleri çok karmaşık ve belirsiz olan bu hastalığın tedavisinde psikoterapiler kullanılmaktadır.

Gebe kalamamanın ve invitro fertilizasyonun ruhsal yönleri ile ilgili birçok çalışma mevcuttur. Gebe kalamamanın yükü toplumumuzda genellikle kadınlara yüklenme eğilimindedir. Bu durum, gebe kalamayan pek çok kadının ağır bir stres altında kalmasına ve ruhsal rahatsızlıklara dirençsiz kalmasına yol açabilir. Herhangi bir anatomik ya da hormonal anormalliği olmadığı halde pek çok kadının gebe kalamadığı bilinmektedir. Bu kadınların gebe kalamaması ile kişilik özellikleri ve bazı ruhsal belirtilere sahip olmaları arasında bir ilişki olabileceği belirtilmiştir. İnvitro fertilizasyon işlemleri

pek çok kadının ruhsal yaşantısını altüst edebilir. Bu durumlarda genellikle psiko-sosyal tedaviler önerilmektedir.

Gebelik kadın ruh sağlığını etkileyen en önemli süreçlerden biridir. İsteyerek, arzu ederek bir bebeği dünyaya getirmeye karar vermekle istemeden gebe kalma arasında ortaya çıkabilecek ruhsal bulgular açısından büyük farklılıklar vardır. Bu iki durumu örnekler üzerinden izah etmeye çalışalım.

Aşkla başlayan bir birliktelik sonucu eşlerin gönülden arzulayarak bir bebek sahibi olmak istediklerini düşünelim. Bir bebek sahibi olma konusunda ruhsal bulgunluğa erişmiş bu çift, her şeyden evvel bir bebeğin bakım ve büyüülmesi ile ilgili her türlü tedbiri alacaktır. Ayrıca sosyoekonomik olarak gerekli şartların oluşmasını sağlamışlardır. Bu şerait içinde kadının hamile kalması başta kadın olmak üzere eşleri ve konuyla ilgili herkesi memnun edecektir. Kadın anne, erkek baba, kardeşler ağabey ya da abla, yaşlılar büyükanne ve büyükbaba, yakınlar amca, teyze ve hala olacak olmanın heyecanını yaşayacaktır. Kadının hamilelik süreci yakın tıbbi kontrollerle ilerleyecek ve en uygun ortamda doğum hadisesi gerçekleşecektir. Doğumdan sonraki lohusalık süreci sosyal destek sayesinde rahatlıkla atlatılacaktır.

Şimdi de istenmeyen bir evlilik, tecavüz ya da ruhsal olarak eşlerin kendilerini hazır hissetmeden kazara oluşan gebelikleri düşünelim. Akıl hastası olduğu halde hastalığına iyi gelir denerek evlendirilen kadınların, çocuk yaşta kendisi gözetime muhtaç bir haldeyken evlendirilen kızların, zorlanarak ya da kandırılarak gebe bırakılan genç kızların ve kendi sağlığını riske atan kadınların gebe kaldığını göz önüne getirin. Yukarıda tanımladığımız gebe ile bu gebenin ruhsal durumunu mukayese ettiğimizde arada dağlar kadar farklar olduğunu görürüz. Böyle bir gebenin çocuk sahibi olmasının yol açacağı biyopsikososyal hadiseleri tasavvur etmeye çalışın. Evlenmenin ve ardından gebe kalmanın ağırlığı altında akıl hastalığı alevlenen, tecavüz edildiği için ailesi ve toplum tarafından kendisi fahişe, bebeği piç diye yaftalanan; beden ve ruh sağlığı gebeliğe uygun olmadığı için hastalanan ve istemediği bir adamın bebeğini gönülsüzce taşıyan kadınların nasıl bir haleti ruhiye içinde olacaklarını tahmin etmek zor değil.

Yukarda tasvir ettiğimiz aşk gebeliğinin kürtajla sonlanması beklenebilir mi? Bu sorunun açıkça absürt olduğu hemen anlaşılacaktır. Aşkla başlayan uygun şartlar içinde gerçekleşen bir gebelikte kürtajın aynı cümle içinde bulunması mantık ilkelerine terstir. Hâsılı, söylemek istediğim şey şudur: Makul bir gebeliğin

kürtajla sonlanması mümkün değildir. Tersinden söylersek bir gebelik kürtajla sonlandırılmak isteniyorsa sürecin bir ya da birkaç yerinde bir sorun var demektir. Şimdi kürete edilmek istenen bir gebeliğin gelişim sürecindeki sorunları tespit etmeden ve anlamadan doğrudan kürtaja karşı çıkmak ancak ideolojik gerekçelerle anlamlandırılabilir. Geldiğimiz bu noktada kürtaja karşı çıkmakla ideolojik gerekçeler arasındaki bağlantıyı bir kez daha vurgulamak gerekmektedir. Yani hiç kimse kürtajın kötü ve bilim dışı olduğunu mantıklı bir şekilde izah edemez. Kürtaj karşıtlarının eninde sonunda geleceği yer, ceninin bir ruhu ve canı olduğu ve her can gibi bu ceninin de henüz dünyaya gelmemiş olsa bile yaşamasının kutsal olduğudur. Kürtaj karşıtlarına göre ceninin hayatı ebeveynine bırakılamayacak kadar kutsaldır. Şu sorulara kürtaj karşıtlarının vereceği mantıklı cevaplar yoktur: Ceninin bir ruhu olduğu ne malum? Ceninin hayatı üzerinde ebeveyni söz sahibi değilse başka kim ya da kurum söz sahibi olabilir? Ceninin hayatı neye göre kutsaldır, kutsal derken ne kastediyorsunuz?

Gelelim meselenin diğer kısmına, yani kürtajı savunanlara. Bu kesime göre meselenin özünde kadın bedeninin tek sorumlusunun kendisi olduğu görüşü bulunur. Kadın isterse gebe kalır, isterse görüşünü değiştirip kürtaj olabilir, isterse de doğum yapabilir. Peki, mesele bu kadar basit mi? İnsan kendi bedenine sebepsiz yere bir çizik bile atsa bilimsel olarak kolaylıkla bir psikiyatrik hastalıktan bahsedilirken, kendi bedeni olmayan, sırf kendi bedeni içinde gelişiyor diye bir başka beden üzerinde hoyratça nasıl hüküm sahibi olabilir? Üstelik daha tek hücreli iken bile kanlı canlı olan ve bilimsel olarak bir organizma kabul edilen bir başka bedenin yaşama hakkı annesi bile olsa nasıl bir başka kişinin iki dudağı arasına terk edilebilir? Kürtajı savunanların kahir ekseriyetinin idama karşı çıkması trajik bir çelişki gibi görünüyor.

Görüldüğü gibi kürtaj taraftarları da karşıtları da başkasını mantıklı bir şekilde ikna etmekten uzak görünüyor. Her iki taraf da kendi kişisel görüşlerini genelleyerek herkesi kapsayan bir neticeye varmaya çalışıyor. Bir kör dövüşüdür sürüyor. Bana göre kürtaja tamamen karşı çıkmakla büsbütün taraftar olmak arasında mantıken bir fark yok. İşin doğrusu kürtaj “belirli durumlarda” yapılabilir ve bunun bir zamanı olmamalıdır. Mesele belirli durumların neler olduğuna ve bu durumları kimin tespit edeceğine karar vermektir. Bu karar verildikten sonra kürtaj bu kararlar doğrultusunda pekâlâ yapılabilir. Bana göre bu karar, o toplumu temsil

eden bir kurumca görevlendirilen bir heyet tarafından verilebilir. Sonuçta ortak akıl şöyle bir sonuca varabilir: zihinsel özürülü bir kızın tecavüz sonrası hamile kalması durumunda kızın vasilerinin de uygun bulmaları durumunda kürtaj yapılabilir. Sarhoş babası tarafından ensest bir ilişki sonucu hamile kalan bir kız yine bu kararlar doğrultusunda kürtaj olabilmelidir. Örnekleri çoğaltmak mümkündür. Peki, hiçbir düzenleme olmaksızın sırf kadın istiyor diye kürtaj olabilmeli mi? Benim şahsi fikrim, yukarıdaki heyetin tanımlamadığı durumlarda sırf kadın uygun buluyor diye kürtajın yapılamaması yönündedir.

Kürtaj tartışmalarını geçtikten sonra gelelim doğum şeklinin ruhsal durumla ilişkisine. İşin doğrusu hem vajinal doğumun hem de sezaryenin annenin ruh sağlığı üzerine olumlu ve olumsuz etkisi olduğunu bildiren bilimsel çalışmalar mevcuttur. Bazı çalışmalarda vajinal doğumun anne-bebek ilişkisi, emzirme ve postpartum depresyondan koruma üzerinde olumlu etkisi bildirilirken, başka çalışmalarda sezaryenin olumlu etkileri bildirilmektedir. Doğum şeklinin nasıl olması gerektiği konusu kürtaj kadar karmaşık değildir. Peki, o zaman doğum şekli konusunda kopartılan bunca fırtınanın arkasında ne var? Bence arkaplanda ekonomik gerekçeler var. Vajinal doğum ile sezaryenin maliyetleri arasında büyük fark var. Devlet tüm sağlık hizmetlerini sunma gibi tuhaf bir role soyununca ister istemez masrafları kısmanın yolunu arayacaktır. Bu arayış sonunda, doğal olarak ucuz olan tedavi yöntemleri tercih edilecektir. Siz bakmayın resmi ağızların vajinal doğumun nimetlerini sıralamasına. Yukarda da bahsettiğim gibi iki yöntem arasında ruh sağlığı açısından önemli bir fark yok. Devlet dürüstçe şunu çıkıp söylese daha tutarlı olacaktır: sağlık harcamaları şişti, o nedenle artık kaldıramıyoruz, bundan böyle sezaryen olmak isteyenler parasını kendisi ödeyecektir.

Sezaryen konusunda şahsi görüşüm şu: kadın, tercihen eşinin de desteklemesi durumunda doktorunun da kabul etmesi ile zorunlu bir tıbbi endikasyon olmadan sezaryen olabilmelidir. Bu durumda masrafları kendisinin karşılayacağını da unutmamalıdır. Çünkü sırf kendi istiyor diye kamu kaynaklarından bir kuruş dahi harcanamaz.

Sonuç olarak kürtaj konusu doğumun nasıl yapılması gerektiği konusuna göre çok daha önemli ve karmaşıktır. Çünkü kürtaj konusunda hem tarafların sayısı daha fazla hem de işin içine çeşitli otoritelerin girmesi daha sık gözlenmektedir. Oysa sezaryen basit düzenlemelerle kolaylıkla halledilebilir gibi gözükmemektedir.

Sezaryen, kürtaj ve normal doğumla ilgili Adli Tıp'taki dava konuları

Dr. A. Sadi Çağdır



1960 yılında İzmir'de doğdu. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1983 yılında mezun oldu. Mecburi hizmetini Hizan ve Bitlis'te yaptı. 1990-1993 yılları arasında Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu İzmir Adli Tıp Grup Başkanlığı'nda çalıştı. 1996 yılında Adli Tıp uzmanı oldu. 1994 yılından itibaren yeniden yüzlendirme ve adli osteoloji konularında çalıştı. 1997- 2000 yılları arasında Adli Tıp Kurumu Başkan Yardımcılığı, 2004-2009 yılları arasında 3. İhtisas Kurulu üyesi, 2009-2011 yılları arasında 1. İhtisas Kurulu Başkanlığı görevlerinde bulundu. Halen 2011 yılında atandığı Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu Başkanlığı görevini sürdürmektedir.

Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı



1959 yılında Rize'de doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Samsun'da tamamladı. 1982 yılında İstanbul Üniversitesi Edirne Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Üroloji uzmanlığının ardından (1988) 1993 yılında doçent, 1999'da profesör oldu. Vakıf Gureba Hastanesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalıştı. Tıp fakültesi dekanlığı ve başhekimlik yaptı. Halen üroloji klinik şefliği ve Adli Tıp Kurumu üyeliğinin yanında Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği Başkanlığını görevlerini yürütmektedir.

Günümüzde doktorlara karşı açılan davalardaki hızlı artış, sağlık sistemi ve sağlık çalışanları açısından endişe kaynağı haline gelmiştir. Sağlık mensupları içinde *tıbbi kötü uygulama davası* açılan en büyük grup kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarıdır. Kadın hastalıkları ve doğum dalının özelliği ve bu dalın hastanın yaşamındaki rolü nedeniyle hekimin bu uzmanlık dalındaki sorumluluğu çok yüksek düzeydedir. Doğumla ilgili olarak meydana gelen beklenmeyen bir sonuç, son derece ağır bir olay olarak kabul edilir. Toplumdaki beklentiler ve doğum olayına karşı duygusal yaklaşım, hekimin meydana gelebilecek istenmeyen bir olay durumunda sorumluluk riskini daha da artırır. Bu risk değerlendirilirken göz önünde bulundurulması gereken önemli bir nokta, hastanın hekimden ve hekimin uyguladığı girişimlerden beklentilerinin

ne ölçüde karşılandığıdır. Bu beklentiler, hastaya uygulanan bakım, girişimin hasta üzerinde yarattığı etkiler, hastanede kalış süresi ve hasta-hekim ilişkileri gibi konuları da kapsar. ABD'de yapılan bir çalışmada gebelik süreci ve doğumla ilgili hastaların sadece % 37'lik bir bölümünün gebelik ve doğum esnasında bakımla ilgili beklentilerinin tam anlamıyla yerine getirildiğine inandıklarını göstermektedir. Hastaların yarısından çoğu ise hekim ile aralarında iletişim sorunları bulunduğunu söylemektedir. Bu sorunlar arasında hekimin hastasıyla yeterli süre ilgilenmemesi, gebeliğin seyri hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması ve hekimin gebenin korkularına ve endişelerine yeterli duyarlılıkla yaklaşmaması konuları sayılabilir. Hastaya gerekli duyarlı yaklaşımın gösterilmesi, anlayacağı bir dille hastalık, gerekli girişimler ve tedavi şansı ile ilgili tüm bilgilerin verilmesi, dava açılmasını büyük ölçüde engelleyebilir. Hekim-hasta ilişkisi ne kadar iyi olursa

olsun, kadın için felaket niteliğinde olan sonuçların ortaya çıkması, sıklıkla davanın açılmasına gerekçe oluşturabilir. Örneğin ileri derecede beyin hasarı bulunan bir çocuğun annesi temelde hekimle olan ilişkisi ne kadar olumlu olursa olsun, böyle bir çocuğun sürekli bakımı için gerekli olan büyük boyutlardaki masrafların karşılanmasına yönelik olarak hekim hakkında tazminat davası açabilir.

Kadın-doğum hekimlerinin sıklıkla dava açılması durumu ile karşı karşıya kalmaları, tıbbın diğer alanlarında önemsiz sayılabilecek komplikasyonların bile, bu özel uzmanlık alanında felaket sayılabilecek sonuçlara yol açabilmesiyle ilgilidir. Böyle bir istenmeyen durum ortaya çıktığında hekimin zaman geçirmeden bir uzmana danışması, istenmeyen sonuçları hafifletecek önlemler alması ve komplikasyonun nedenini saptamaya çalışması gerekir. İstenmeyen sonucun hekimin ihmeline bağlı olmadığı sap-



Doğumla ilgili dava nedenlerinden başlıcası, doğum için yanlış yöntem tercih edildiği iddiasıdır. Çoğunlukla sezaryen tercih edilmemesi nedeniyle dava açılmaktadır. Gebelik sırasında yapılacak testler ve incelemeler konusunda hasta bilgilendirilmelidir. Üçlü test yapılmayan bir gebenin Down sendromlu çocuk doğurması durumunda hekimin bu testten kendisine bahsetmediğini iddia edip hekime dava açması sıklıkla görülen bir durumdur.

tanırsa, hastalara yapılacak aydınlatıcı açıklamaların kabul görmesi daha kolay olur. Komplikasyon gelişen hastada komplikasyona yönelik tedavilerin titizlikle uygulanması, gerekli konsültasyonların zamanında yapılması gerekmektedir. Tıbbi kötü uygulama davalarında özellikle gebelik ve doğumla ilgili alanlarda çok yüksek tazminat talepleri olmaktadır. Hekimler, dava konuları ve bunlara karşı alınacak önlemleri bildikleri zaman kendilerini daha güçlü savunabilirler.

Gebelik ve doğum ile ilgili dava nedenleri

Gebelik ve doğum, anne ve çocuğu olmak üzere iki bireyi ilgilendirdiğinden özel bir duruma sahiptir. Tüm aile, doğum olayını heyecanla beklemekte, doğacak sağlıklı çocuğun hayalini kurmaktadır. Bu beklentinin herhangi bir şekilde zedelenmesi, anne veya çocukta istenmeyen bir durum meydana gelmesi kabullenilir bir durum olarak görülmemektedir. Hekim-hasta ilişkisi, başlangıçtan itibaren sağlam temellere dayandırılmışsa, istenmeyen durumlara yönelik yaklaşımlar daha sağlıklı ve yararlı olacaktır. Hastalara daha fazla zaman ayrılması ve süreçte hastaya bilgi verilmesi, birçok davanın açılmasının önüne geçebilir. Doğum hekimliğinde zamanın çoğunlukla dar olması, acil durumların sıklığı, hekim-hasta ilişkile-

rinde aksamaya neden olabilecek başlıca faktörlerdir. Hastanın aydınlatılmış onamının alınması ve kayıtların ayrıntılı olarak tutulması, hekimin hiçbir zaman ihmâl etmemesi gereken hususlardır. Tıbben komplikasyon olarak kabul edilen birçok davada davacılar durumun komplikasyon olduğunu kabul etmekte ancak kendilerine bu konuda gerekli ve yeterli bilgi verilmediğini iddia etmektedir. Daha da şaşırtıcı olan durum, prenatal dönemde hekimin yaptığı tetkiklerde herhangi bir anomaliyi saptamamış olmasına yönelik açılan davalardır. Bu tür vakaların birçoğunda tıbbi tahliye endikasyonu bulunmamaktadır. Anomalinin veya kongenital bir sendromun meydana gelmesinde hekimin hiçbir etkisi olmamasına rağmen, hekim, bu durumu fark etmemiş olması nedeniyle suçlanmaktadır. Günümüzde birçok hastanede gebelik süresince sorun çıkma riski bulunan hastalar için doğum öncesi bakım üniteleri bulunmaktadır. Gebelik ve doğumla ilgili başlıca şikâyet nedenleri gebeliğin saptanması aşamasından doğumun gerçekleşip çocuğun dünyaya gelmesine kadar olan süreçte meydana gelen durumlar olsa da bazen doğumdan çok sonra tespit edilen mental retardasyon serebral palsi gibi patolojiler nedeniyle doğum hekimi suçlanabilir.

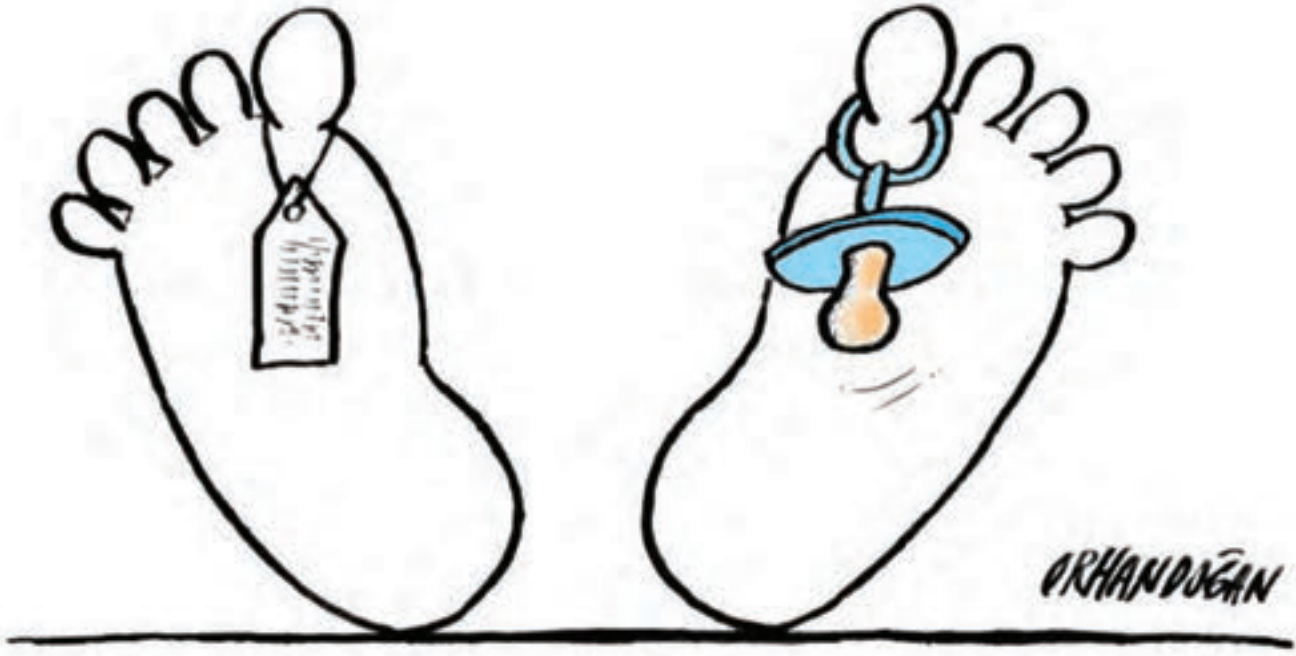
Doğum öncesi başlıca dava konuları:

Doğum öncesi dava konuları gebeliğin saptanıp saptanmaması ile başlar. Adli Tıp Kurumu'na gönderilen birçok olguda kişiler gebeliklerinin saptanmaması nedeniyle istemedikleri çocuğu doğurdular, gebe olduklarını bilmeyerek ilaç kullandıkları, radyasyona maruz kaldıklarını belirterek şikâyetçi olmuşlardır. Dış gebelik durumunun fark edilmemesi de başlıca dava konularından biridir. Gebelik testlerinin uygun zamanda yapılmaması ya da hatalı sonuçlar, gebeliğin fark edilmemesine yol açabilir. Bir vakada davacı, gebeliğinin hekim tarafından saptanmadığını, kendisinin daha sonra gebe olduğunu bilmediğinden başka bir rahatsızlığı için film çektiğini, röntgen ışınlarına maruz kaldığını ve çocuğuna zarar gelmiştir düşüncesiyle kürtaj olduğunu belirterek hekime karşı dava açmıştır. Gebeliğin tespitinden sonra gebe takiplerinin zamanında ve uygun bir şekilde yapılması gerekmektedir. Takiplerin zamanında yapılmasından hekim kadar gebe de sorumludur. Hekim takiple ilgili iddialara maruz kaldığında, kendini savunabilmek için, randevu tarihlerini, kişinin gelip gelmediğini, yapılan işlemleri dikkatli bir şekilde kayıt altına almalıdır. Gebelik sırasında yapılacak testler ve incelemeler konusunda hasta bilgilendirilmelidir. Üçlü test yapılmayan bir gebenin Down sendromlu çocuk

doğurması durumunda hekimin bu testten kendisine bahsetmediğini iddia edip hekime dava açması sıklıkla görülen bir durumdur. Ya da üçlü testte risk görülmeyen bir gebe, Down sendromlu çocuk doğurduğunda hekimi amniyosentezden bahsetmediği gerekçesiyle suçlayabilir. Gebelik süresince yapılan tetkiklerden ultrason incelemeleri de dava konusu olabilmektedir. Ekstremité anomalilerinin, organ anomalilerinin, bazı sendromların ultrason incelemelerinde görülememesi ve bu arazlarla çocukların doğması aileler tarafından şikâyet konusu edilmektedir. Bu anomalili çocukların bir kısmı doğduktan sonra ölmekte, bazıları uzun ameliyat ve tedavi süreçlerinden geçmekte, bazıları da el ve ayak parmakları eksiklikleri gibi durumlara sahip olup bu eksiklikleri ile hayatlarını sürdürmektedirler. Aileler bu durumlarda *"Bu arızalar saptansaydı kürtaj ile bu çocuğun doğmasını önleyecektik"* veya *"Bize söylenseydi kendimizi psikolojik olarak bu duruma hazırlardık"* savıyla hekim hakkında dava açmaktadırlar. Bu konu, etik olarak çok tartışılacak bir husustur. Gebelik kontrollerinde amniyon mayı azlığının veya bebekteki gelişme geriliğinin fark edilmemesi de dava konusu olabilmektedir. Doğumla ilgili dava nedenlerinden başlıcası, doğum için yanlış yöntem tercih edildiği iddiasıdır. Çoğunlukla sezaryen tercih edilmemesi nedeniyle dava açılmaktadır. Bu davalar özellikle çocukta meydana gelebilecek serebral palsi, brakial pleksus hasarı veya annede meydana gelebilecek perine hasarları, atoni, histerektomi gibi durumlarda ortaya çıkmaktadır. İri bir bebeğin intrauterin olarak fark edilmemesi ve normal doğumda anne veya çocukta meydana gelen bir zarar nedeniyle açılmış birçok dava bulunmaktadır.

Kürtaj, sezaryen ve normal doğumlarda mevcut sorunlar

Kürtaj ile ilgili kanun maddesinde, *"Gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir. Gebelik süresi, on haftadan fazla ise rahim ancak gebelik annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde doğum ve kadın hastalıkları uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile tahliye edilir."* ifadesi mevcuttur. Kanunda, isteğe bağlı kürtajın, gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar yapılabileceğinin belirtilmesi, hekim için gebeliğin on haftalıktan fazla olmadığını delillendirmesi yükümlülüğü getirir. Ayrıca kanunda belirtilen izin ve prosedürlerin yapılmaması hekimi



suçlu duruma düşürebilir. Bir olguda, ayrı yaşayan baba, karısının kendinden izinsiz kürtaj yaptırdığı gerekçesiyle davacı olmuştur. Bu tür bir olguda kürtajın yasal sınırlar içinde yapılıp yapılmadığı hususunun irdeleneceği açıktır. Başka bir olguda ise kadın, kayınvalidesi ve kocası tarafından zorla kürtaj yaptırıldığı iddiası ile şikâyetle bulunmuştur. Burada gerekli onamların alınıp alınmadığı önemli olmakla birlikte gebelik on aydan daha büyük ise kanunsuz yapılmış bir işlem söz konusudur. Rıza ile yapılan yasal kürtajlarda başka bir dava konusu, yapılan işlemin gebeliği sonlandıramaması ve yasal süre geçtikten sonra kürtaj yapılmadığından bebeğin doğması ve annenin istemediği bir çocuk doğurmak zorunda kalma iddiası ile dava açmasıdır. Kürtaj konusunda bu belirtilen durumlar, kanunla belirtilen hususların irdelenmesidir. Kürtajın etik ve tıbbi zararı olup olmadığı boyutu burada ele alınmamıştır. Ayrıca hekim açısından, yasal isteğe bağlı kürtajı reddetme özgürlüğü olup olmadığı da tartışılacak başka bir konudur.

Kanunda belirtilen, “gebelik süresi, on haftadan fazla ise rahim ancak gebelik annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde” ibaresi de tartışmaya açık bir konudur. Öncelikle sürede üst sınır belirtilmemesi, uygulamada karışıklıklara neden olmaktadır. Doğuma yakın canlı bir bebeğin yaşamına son verilmesi, çok tartışılacak bir konudur. “Annenin hayatını tehdit etme” durumu daha objektif olmakla beraber “doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyet” ifadesi çok esnek ve suistimale açıktır. Aileler, en küçük bir ekstremite anomalisi veya tıbben kolayca düzeltililebilecek bir arızayı doğum öncesi görmediği için hekimi dava etmektedir. Anomalilerin genelde 20 haftadan sonra ultrasonla belirlenebildiği de düşünülürse sorunun büyüklüğü de daha iyi anlaşılabilir.

Doğumun sezaryenle veya normal olarak gerçekleştirilmesi de dava konusu olabilir. Halen isteğe bağlı sezaryeni önleyici herhangi bir mevzuat yoktur. Ancak sezaryen ücretinin normal doğumdan fazla olması nedeniyle sosyal güvenlik kuruluşları, sigortalar, hastanın kendisi bu durumu dava konusu yapabilir. Bilirkişiden sezaryenin gerekli olup olmadığı konusunda görüş alınabilir. Günümüzde ise daha çok sezaryen seçeneğinin niye kullanılmadığı konusunda dava açılmaktadır. Özellikle normal doğum uygulanmış anne ve çocukta meydana gelen zararlar sonrası sezaryen yapılması dava konusu olmaktadır. Bu durum hekimler üzerinde baskı oluşturmakta ve hekimler riske girmekten kaçınmaktadır.

Sonuç

Diğer uzmanlık dallarından farklı olarak kadın doğum hekiminin yapacağı işlemlerle ilgili özel kanunları ve yönetmelikleri olup özel bir durumu olduğu açıktır. Kadın doğum hekiminin ilgili mevzuatı çok iyi bilmesi gerekmektedir. Diğer taraftan Sosyal Güvenlik Kurumu ve sigorta şirketleri tarafından hekim tarafından yapılmış olan kürtaj, sezaryen gibi tıbbi işlemlerin endikasyonu olup olmadığı giderek artan bir şekilde sorgulanacaktır. Kadın doğum hekimisi öncelikle yaptığı her işlemi titizlikle kayıt altına almalı, her tıbbi işlemin hem kabul görmüş tıp kurallarına hem de yürürlükteki mevzuata uygun olmasına dikkat etmelidir. Hekimlere karşı açılan davalarda yıllar bazında artış olduğu bir gerçektir. Hekim hasta ilişkilerinin düzgünlüğü, sağlık politikalarında yapılacak olumlu değişiklikler, uzmanlık derneklerinin hasta bakım standartlarını belirlemesi hekimlere karşı açılan davaları bir ölçüde azaltmaya yarayabilir. Aksi takdirde hekimlerin çekinik tıp uygulamasını tercih etmeleri hem hastalar hem de ülkemizdeki genel sağlık hizmetleri açısından iyi olmayacaktır.

Hekimlere karşı açılan davalarda yıllar bazında artış olduğu bir gerçektir. Hekim hasta ilişkilerinin düzgünlüğü, sağlık politikalarında yapılacak olumlu değişiklikler, uzmanlık derneklerinin hasta bakım standartlarını belirlemesi hekimlere karşı açılan davaları bir ölçüde azaltmaya yarayabilir. Aksi takdirde hekimlerin çekinik tıp uygulamasını tercih etmeleri hem hastalar hem de ülkemizdeki genel sağlık hizmetleri açısından iyi olmayacaktır.

Kaynaklar

- Anderson, M: Medico-Legal Problemsin Gynaecology. In Lewis T.L.T. Chamberlain, G.V:P (Editors): Gynaecology by Ten Teachers, Edward Arnold, London, Auckland,1990.
- Çağdır S., Cin Ö., Soysal Z., Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanının Mesleki Sorumluluğu; (içinde) Soysal Z. (ed) Adli Obstetrik ve Jinekoloji Adli Tıp Kurumu Yayınları-9, İstanbul 2003.
- Saydam O., Soysal Z., Çağdır S., Obstetrik ve Jinekoloji İle İlgili Dava Konuları (içinde) Soysal Z. (ed) Adli Obstetrik ve Jinekoloji Adli Tıp Kurumu Yayınları-9, İstanbul 2003.

Sosyolog Nazife Şişman: Hastalık ve ölüm modern hayatın görüntüsünü bozuyor

Röportaj: Doç. Dr. Lütfü Hanoğlu - Ömer Çakkal

Tıp teknolojisi alanında son yıllarda baş döndürücü bir ilerlemeler var. Sperm bankası, tüp bebek, ötanazi, geliştirilmiş yoğun bakımlar, kürtaj, sezaryen gibi uygulamalar bizi şu iddialı düşünceye sevk ediyor: artık insan adeta doğumu ve ölümü kontrol eder hale geldi! Doğumdan ölüme hayatın her alanında tıbbi teknolojinin uzmanlığına emanetiz. Organ, doku ve kan nakli; antibiyotikler, psikolojik ilaçlar, gen tedavisi, yapay organlar... Bir de gelecekte hayatımıza girmesi beklenenler var: İnsan, hayvan ve bitki genlerinin karışımından oluşturulacak hibrid canlılar! Bugün biyoteknoloji ve gen mühendisliği, insanı bir makine haline getirme yolunda. Biyoteknoloji sadece bilimin konusu olarak gündemde tutulsa da aslında disiplinler arası, çok yönlü bir mesele olarak karşımızda duruyor. Bu geniş alanda dinin, felsefenin ve diğer sosyal bilimlerin söyleyeceği çok şey var. Ancak özellikle de ülkemizin de içinde olduğu İslam coğrafyasında pek de söz söyleyen kimse yok. Sosyolog Nazife Şişman *Yeni İnsan: Kaderle Tasarım Arasında* gibi iddialı bir isim verdiği kitabında bu tartışmalara kapı aralıyor. Tıpta teknolojinin kullanımını geçen sayısında ele alan, bu sayısında ise kürtaj ve sezaryeni masaya yatıran SD için Nazife Şişman ile konuşmak şart olmuştu. Lütfü Hanoğlu Hocamızla birlikte İstanbul Medipol Üniversitesi'nde ağırladığımız Şişman'la zihnimizi açan bir söyleşi yaptık.

“İnsanın tasarımına doğru giden bir yaklaşım var”

İsterseniz şununla başlayalım: bu konuyu seçerken şahsi motivasyonunuz ne oldu?

Sosyoloji çalışırken kendimi feminizm hareketleri, kadın meselelerini incelerken buldum. Çünkü çağdaş kültürü anlamaya çalışan herkesin irtibat kurması gereken bir alan bu. Yıllar içindeki çalışmalarım beni kadın bedeni ve beden sosyolojisine yöneltti. Kadın kimliği, gender (toplumsal cinsiyet), feminist teori ve pratiği çalışırken, beden sosyolojisi ile temas kaçınılmazdı. Çünkü feminizm, bir cinsellik siyaseti. Dolayısıyla beden siyaseti içerisinde yol alan bir stratejiye ve kavramsal çerçeveye sahip. Kürtaj tartışmalarında da gündeme gelen “bedenimiz bizimdir” söylemi, bedenimizin bizim olup olmadığı konusu, bu konuya tarih içindeki yaklaşım, bu konuda Müslümanların yaklaşımları, bedeninin emanet olması anlayışından mülk oluşuna doğru ilerleyen bir süreçte yoğunlaştı çalışmalarım. İnsan bedeni üzerindeki tahakkümün çağdaş siyaset ve ekonomi içindeki yerini görünce doğal olarak bu konuya yoğunlaştım.

Kitabınızın adı oldukça iddialı. Neslimiz artık farklı bir formatla mı çoğalıyor?

Kitabın adının özellikle imajlı olmasını ve metafor barındırmasını tercih ettim.

“Hayatın tıbbileştirilmesi ve sağlık fetişizmi” bir taraftan, genetik bilgilenme diğer taraftan dünyanın eskisi gibi görülmediği bir bakış açısı sunuyor. Peki, bireylerin kimlik kurgularında, ölüme ve hayata bakışlarında yeni teknolojiler nasıl bir etkiye sahip? Bu sorudan yola çıktım. Yeni tıp teknolojisiyle muhatap olan, protezlerle ve organlarla bedeni sürekli takviye eden bir yaklaşım hâkim günümüzde. İnsanın tasarımına doğru giden bir yaklaşım var. Tabi bir de daha klasik bir yaklaşım var. Kader inancından hareket eden, sağlığı bir imtihan olarak gören, tevekküle dayalı yaklaşım. Bir sarkaç gibi düşünürsek kitap bu iki arada nerede durduğumuzu sorgulamaya çalışıyor.

“Türk halkı tıba iman derecesinde bağlı”

Sizce nerede duruyor? Şu anda Türkiye'deki toplum bu sarkacın neresinde duruyor?

Bu konuda genel bir şey söylemek zor. Bu, katmanlı bir durum arz ediyor. Ama ben halk düzeyinde tıba iman derecesinde bir bağlılık gözlemliyorum. Özellikle orta yaş ve orta sınıfta aşırı bir doktora güven var. Öte taraftan alternatif tedavilerle vesaire değişen yeni bir tıp kültürü de var. Tıp kültürü insanların hayatında çok ciddi bir yer tutuyor. Bireyler için sağlıklı olmak artık bir hayat tarzı. Modern sağlık anlayışında sağlıklı olmak kişinin kendi belirlediği bir durum



olarak görülüyor. Yani eğer kişi kendine bakarsa, egzersiz yaparsa, sağlıklı beslenirse, zamanında kontrollerini yaptırırsa problem olmayacak. Kişi hastaysa bu onun sorumluluğu. Demek ki kendine bakmamış. Böyle bir genel yaklaşım var. Bu yaklaşımın hâkimiyeti altında kalan insanlarda da sağlıklı olabilmek ve kalabilmek için aşırı bir çaba görülüyor.

O zaman tıbbın ürettiği yeni teknolojileri mesela bu doğurganlık alanında veya bir biçimde ölüme yaklaşan dönemde sonuna kadar kullanmak da bu anlayışın bir uzantısı oluyor değil mi?

Evet. Hayatın başlangıcında da sonunda da tıbbi müdahalede bir sınır görülüyor.

Geleneksel yaklaşımımızla bu nasıl bağdaşıyor, insan zihninde ve toplum zihninde? Birbirleri ile örtüşüyor mu yoksa çatışan sorunlu noktalar var mı? Toplum bu çatışma noktalarını nasıl yaşıyor? Uzlaşmayla mı?

Evet, herkes mutlaka birtakım uzlaşı noktaları buluyordur ama ben çelişkiler görüyorum. Mesela Anadolu kültüründe çocuk sahibi olmamak özellikle kadınların üzerinde büyük bir baskıdır. Bunu kabul ediyoruz. Ama sonuçta tevekkül devreye girmelidir, çünkü bunun Allah'ın takdiri olduğuna inanılır. Günümüzdeyse insanın kısırlık durumunu mutlak olarak yenebileceği anlayışı hâkim. İnsanın çocuk sahibi olma konusundaki gayretinde sınır ortadan kalkmış durumda. Yani eğer bir insan çocuk sahibi olmak istiyorsa olur, deniyor.

O zaman sizce sınırı kaybettik.

Evet.

Ama temel yaklaşımlarımız yerinde duruyor. Peki, bilim ve teknolojinin kendine has bir ilerleyişi var. Batı kaynaklı olmasını da göz önünde bulunduralım. Yani bizim kontrolümüzde ilerlemiyor. Bir şey keşfedilecekse bu bir şekilde keşfedilir, siz bunu engellemezsiniz. Şimdi biz bu durumda ne yapacağız? Kendi geleneğimizin kuralları ışığında yeni ortaya çıkan yöntemlerle ilgili kendi bakış açımızdan yeni bir po-

zison mu belirleyeceğiz yoksa sizin söylediklerinizden de anladığım üzere şimdi yaptığımız gibi yeni duruma uyum sağlayacak birtakım zihinsel mekanizmalar mı geliştireceğiz?

Benim böyle şümulü bir soruya cevap vermem tabii ki mümkün değil. Kitabımda da zaten sorular soruyorum. Benim gördüğüm kadarıyla bizim şöyle genel bir yaklaşımımız var. *"Bizim medeniyetimiz şöyledir", "biz insanı şöyle görürüz", "bize göre hayat böyledir"* diyoruz. Böyle büyük cümleleri sarf ediyoruz. Ama gündelik hayata baktığımızda tamamen modern bilimin insana sunduğu yeniliklerle uzlaşmalar yaptığımızı görüyorum. Buralarda çelişkiler olduğunu çoğu zaman fark etmiyoruz. Mesela, ölümü, tedavi edilebilecek bir hastalık olarak kabul etmenin akidevi sonuçlarını düşünmemiz gerektiğine dikkat çekmeye çalışıyorum. Yani önce doğru soruları soralım, durum tespiti yapalım diyorum.

"Tüp bebek, üremeye cinsellik arasındaki bağı koparttı"

Bilimi ve teknolojiyi oluştururken ya da bunların sonuçlarına maruz kalırken toplumu yönlendirici sorumluluğun temelde kime ait olduğunu düşünüyorsunuz? Doktorlar mı, bilim adamları mı? Din âlimleri/ilahiyatçılar mı? Yoksa entelektüellerin mi?

Sorumluluk ortaklaşa paylaşılmalı. Tüm bunları tartışmaya açan multidisipliner bir yaklaşıma ihtiyacımız var. Başlangıç için en azından bir tartışma ortamının oluşması gerekiyor. Olmakta olana şüpheyle yaklaşan, "nereye gidiyoruz" sorusunu kendisine ciddi bir şekilde soran bir grup bilim adamının olması gerekiyor.

Teorik şablonlarımız var ama pratikte daha çok uzlaşma yoluna gidiyoruz diyorsunuz. Bir sınır varsa fark etmiyoruz ve onu aşıyoruz. Bununla ilgili bir farkındalık, bir duyarlılık var mı?

Toplumumuzda geniş bir duyarlılık olduğunu söyleyemem. Örneğin ben kitabı henüz yayımlamadan önce bu konuyu çalışırken bir felsefe profesörü *"Şu aralar ne çalışıyorsun?"* diye sorduğunda

biyoteknolojinin hayatımız üzerinde nasıl bir etkisi olduğu üzerinde çalıştığımı söyledim. Adeta abesle iştigal ettiğim şeklinde bir imada bulundu. Biyoteknoloji dediğimde bilimkurgu filmlerinde karşılaştığımız, yaşanan hayatla çok da irtibatı olmayan tahayyüli bir gelecek üzerine kafa yorduğumu düşünmesinin de etkisiyle böyle bir tepki verdiğini düşünüyorum. Kaldı ki ben tahayyüli bile olsa bu konular üzerine kafa yormanın da anlamlı olduğunu düşünüyorum. O açıdan genel bir duyarlılık olduğunu düşünmüyorum.

Şimdi bir takım vakıflar mesela tıp fakültesinde ya da pozitif bilim alanında okuyan çok başarılı bir kısım öğrencileri alıp, onlara Arapça, geleneğimizin temel dinamiklerini kavrayabilecekleri klasik medrese eğitimi verme çabası içerisinde. Yani eskiden olduğu gibi bütün bilimlerin tek bir insanda toplanması bir çözüm olabilir mi?

Bu, ideal noktada bir çözüm olabilir. Biraz önce söylediğim multidisipliner, yani istişari grupların olması, her mesleken temsilcilerin istişareleri ile ilerleyen bir yapı da çok anlamlı. Tabii ki tüm o ilmin bir zihinde toplanması daha etkin bir çözüm gibi geliyor bana. Ama bu kadar uzmanlaşmanın olduğu bir dönemde bu mümkün mü, o konuda endişeliyim. Hepimiz tek taraflı, sadece bir alana yoğunlaşan bir eğitim sistemi içinden geldik. Bilimlerin felsefe ile bağı kopuk, ilahiyat eğitiminin felsefe ile bağı kopuk, sosyal bilimlerin felsefe ve din ile bağı kopuk. Türk toplumu üzerine çalışan ama Türk toplumunun inancı hakkında temel bilgilerden yoksun akademisyenler var. Mesela Cuma namazının cemaatle kılındığını bilmeyen bir siyaset bilimi profesörü, *"Türkiye'de din algısı"* üzerine bir çalışma yapıyor ve orada *"Toplu namaz kılıyorlar"* gibi ifadeler kullanıyor. Getirdiğiniz öneri güzel, ama bugünün çağdaş sorunlarına Gazali'de cevap bulamayabilirsiniz.

"Laboratuvarı üreme, insan neslinin çoğalmasında teknik bir süreç haline getirir"

İnsan "tasarlanabilir bir varlığa" dönüştüğünde bizi bazı sonuçların

“Bahsettiğiniz örnekte kayıvalide kendi torununu taşıyacak. Peki, bu çocuk bu durumda kimin çocuğu sayılacak? Süt emzirmek bile bu kadar önemliyken, süt insanı kardeş yaparken bu konularda hassasiyet gösterilmemesi beni şaşırtıyor. Doğacak çocuk genetik annesinin nesi olacak? Kardeşi mi çocuğu mu? Nesep; din, can, akıl, mal ile birlikte İslam’da korunması gereken beş şey arasında zikredilir.”

beklediğini ifade ediyorsunuz. Kitabınızda tüp bebek, organ nakli, sezaryen, kürtaj, ötanazi, klonlama, genetik manipülasyon, hayvan insan genlerinin karışımından oluşan hibrid varlıklar gibi uygulamaları tartışıyorsunuz. Ve “İnsanın laboratuvarında tasarlanan bir varlığa dönüşmesi iktisadi ve sosyal sonuçlara gebe.” diyorsunuz. Söyleyin lütfen, ne gibi sonuçlara gebe?

Saydıklarınızdan bir kısmı henüz uygulanmadığı için afaki sayılabilir. Ama mesela yaygın olarak kullanılan tüp bebek uygulamasının kültürel ve iktisadi sonuçları üzerinden diğerlerinin sonuçlarını da görebiliriz. Mesela insanın üremesi, çoğalması için cinselliğe ihtiyacın ortadan kalkması cinselliği, aileyi, kadın-erkek ilişkilerini nasıl etkileyecek? Bu soruyu sormuyoruz. Biliyorsunuz, tüp bebek uygulaması, üremeye cinsellik arasındaki bağı koparttı. Artık ikisi bir arada olmak zorunda değil. İlginçtir, Weber sanayi devriminin başlarında aile ile üretimin birbirinden boşandığını söylüyordu. Çünkü daha önceleri aile bir üretim merkeziydi. Evde üretim, aile bazında üretim söz konusu idi. Ancak üretim fabrikaya taşındığında üretim ile aile arasında bir boşanma yaşandı. Bu çok ciddi sonuçları olan bir değişimdi ve aile yapısı, kadın-erkek ilişkileri, çocuk yetiştirme metotları, bireyin nasıl yetişeceği gibi bir sürü şeyi etkiledi. Benzer ve belki daha keskin sonuçları olacak bir başka gelişme ise üreme ile cinsellik, üreme ile aile arasındaki bağı kopmasıdır. Bunun üzerinde

düşünmemiz gerekmiyor mu? İnsanların çocuk sahibi olmayı istemeleri çok doğal. Ancak üremenin laboratuvarında ve insan kontrolünde olması, insan neslinin çoğalmasının teknik bir süreç haline gelmesi demektir. Artık biz üreme değil de bu eyleme üretim diyebiliriz. Üretim dendiği andan itibaren de bu üretim sürecini kontrol eden birileri olacak. Mesela liberaller diyor ki, genetik müdahalelerle daha mükemmel çocuklar imal etme sürecini anne-babalar yönetsin. Belli iktidar grupları, teknokratlar da bu süreci kontrol edebilir. Yani insan hayatı tamamen teknokratik bir yönetimin konusu haline gelebilir. Mesela İsyan filminde işlendiği gibi duygunun olmadığı bir dünya tasarlayabilir bazı iktidar odakları.

Teknolojinin yönettiği bu süreçler artık kitapların, filmlerin konusu değil. Ülkemizde de örnekleri günbegün yaşıyoruz. Bir örnek üzerinden ilerleyebiliriz. Yeni evli. Genç bir hanım. İlk bebeği. Gebeliği kötü bir şekilde sonuçlanıyor. Rahminin de alınması lazım geliyor. Artık bir daha çocuk sahibi olamayacak. Annesi oldukça genç. “Ben taşıyıcı anne olabilirim” diyor. Çünkü çocuk sahibi olmazlarsa bu evliliğin sürmeyeceğini düşünüyor. Şimdi bu örnek toplumumuzun zorlamaları ve teknolojinin bir araya gelişi ile ortaya çıkan bir durum.

Benzer başka örnekler de var. Ülkemizde tüp bebek uygulamalarında sperm ile yumurta sahibinin nikâh bağı ile bağlı olmaları zorunluluğu var. Ama hemen yanı başımızdaki Kıbrıs’a, Yunanistan’a gidildiğinde orada böyle bir şart yok. Ve ben oraya giden muhafazakâr, mütedeyyin çiftlerin olduğunu doktor arkadaşlardan bizzat duydum. Tıbbi prosedürün ne olduğu hakkında yeterince bilgileri yok. Sadece bir aşı gibi bir tedavi olduğunu düşünüyor aile belki de. “Doktorlar ne yaparsa yapacak onlara teslim olduk” gibi bir gerekçeyle bilmezden gelerek bir meşrulaştırma söz konusu. Sizin bahsettiğiniz örnekte de kayıvalide kendi torununu taşıyacak. Peki, bu çocuk bu durumda kimin çocuğu sayılacak? Süt emzirmek bile bu kadar önemliyken, süt insanı kardeş yaparken bu konularda hassasiyet gösterilmemesi beni şaşırtıyor. Doğacak çocuk genetik annesinin nesi olacak? Kardeşi mi çocuğu mu? Nesep; din, can, akıl, mal ile birlikte İslam’da korunması gereken beş şey arasında zikredilir.

“Yeni doğum uygulamaları nesebi bozabilir”

Bu durum nesebi bozar mı?

Bilmiyorum, bu soruya benim cevap vermem uygun değil. Ama sıkıntılı bir durum olduğu da muhakkak. Ben bu

konularda bu kadar tıp teknolojisine teslim olan yaklaşımı eleştiriyorum.

Günümüz tıp teknolojisi babayı da kapının dışına itebiliyor. Oyuncu Münir Özkul’un kızı Güner Özkul ve gene oyuncu Leyla Kömürcü, sperm bankasından satın aldığı sperm ile hamile kalıp çocuk sahibi oldular. İleride bunların da bazı sonuçları görülecektir değil mi?

Sonuçlar Amerika ve Avrupa’da görülmeye başlandı zaten. Çocuklar internet siteleri ve dernekler kurup “*Babamızı istiyoruz*” kampanyaları düzenliyorlar. Babasız yetişen çocuklar meselesine girerseniz orası ayrı bir dünya. Orada babası ölen, babasız doğan çocuklar da var. Benim asıl dikkat çekmek istediğim şey, meselenin haklar söylemi üzerinden ilerlemesi ve bir insanın mutlak üreme hakkı olduğu varsayımı.

Bu dediğiniz haklar meselesinin, ileri yaşlar için de insanın mümkün olduğu kadar ölmemeye çalışması şeklinde bir tezahürü de oluyor mu?

Tabi, aynı şey söz konusu. Bu durum, doğumda ve ölümden insan kontrolünün aşırı derecede artması, insanın bu süreçleri kontrol altına alması gerektiği şeklindeki yaklaşımla alakalı. Aslında ne kadar kontrol altına aldığı da tartışılır. Zira tüm bu süreçleri kontrol altında tutan bir teknokrasi var ama bireysel olarak bakıldığında da böyle bir iddia var. İnsanın uzun yaşama isteği, ölümsüzlüğü araması kadim bir arzu. Gılgamış Destanı’nda var, ölümsüzlük iksiri Lokman Hekim’de var. Ama günümüzde bir takım insanların uzun ömür hatta ölümsüzlüğü temin edecek teknolojileri satın alabilir olması söz konusu. Peki, bu nasıl bir gelecek tasavvuruna yol açıyor? Dünyevi çerçevedeki ahlaki ve adaletle ilgili sorunlar bir tarafa uhrevi tasavvur nasıl değişiyor? Bu soruları metafizik bir endişe olarak muhafaza etmek gerektiğini düşünüyorum.

Bu durumun sosyolojik yansımaları da olabilir mi? İleri hastalık durumlarında hastanın kendisinde büyük bir korku, ailede endişe ile geçen, yoğun bakımlarda ilerleyen bir dönem bu. Artık mutlak bir son da görüldüğü halde hastayı biraz daha yaşatmak adına bir hastanenin yoğun bakım servisine emanet etmediğinde sanki aile de üzerine düşen sorumluluğu yerine getirmemiş gibi hissediyor sanki...

Hasta yakınları üzerinde böyle bir baskı var. Öte yandan ölümü bekleyen hastanın başında beklemek yerine onu bir hastanenin yoğun bakımına yatırmak ailenin bir konfora ulaşmasını da sağlıyor. Yani hasta o acılı süreci gözlerden

uzak yaşamış oluyor. Modern hayatta hastalığın ve ölümün kabul edilebilir bir yanı yok. Bunlar görüntüyü bozan, şıklığı, estetiği, yaşama sevincini bozan şeyler. Ölüm ve hastalık modern hayatın akışını bozan unsurlar olarak görülüyor. Yok edilmesi gereken, eğer edilemiyorsa gözlerden uzak tutulması gereken unsurlar olarak görülüyor.

Tüp bebeği, sperm bankasını ve demanslı hastalar konusunu konuştuk. Sezaryen ve kürtajı da konuşmak istiyoruz ama oraya dönmeyen önce ötenaziye de konuşalım istiyoruz. Ötenazi de ölümün kontrol edilmesi. Bunun da bazı sosyolojik gerekçeleri ve sonuçları var. Ötenaziye Türk toplumunun nasıl baktığı ile ilgili neler söylersiniz?

Tıbbi tedavinin ölüm sürecini uzatması gerçeğini görmeden ötenaziye doğru bir şekilde değerlendiremeyiz. Ötenazi, tıp teknolojisinin kendi içinden çıkmış bir sorun. Mesela makinaya bağlı bir yaşam gibi bir seçenek olmasa fişi çekme sorunu da olmayacaktı diye düşünüyorum.

Türk toplumu ötenazi istiyor mu?

Toplumumuzda ötenazi ile ilgili yaygın bir talep olduğunu sanmıyorum.

Teknolojinin kendi içinde etkileşimleri noktasına geldik. Demin verdiğim örnekteki hanıma, bir rahim nakli yapılması gibi bir seçenek de var. Böyle bir şey ne kadar doğru? Diyanet organ nakline olur veriyor. Yasalar da olur veriyor. Ancak yasalarımıza göre net bir ölüm tanımı yok. Diyanete sorduğunuzda onlar topu doktorlara atıyorlar. Ne dersiniz, yine sosyolojik olarak ortalık karışık galiba?

İlahiyatın ve hukukun da devrede olduğu bir tartışma platformunun oluşturulması lazım. Kalu Bela'dan beri Müslümanız diyoruz. Yani ruhlarımız yarattığı andan itibaren. Peki, bedenlerimiz sonradan ayrı mı yaratılmış? Şöyle düşünüyoruz: beden bir kılıf, bir kap. Onun içine ruh giriyor. Ölümle birlikte çıkıyor. Beden bir et yığını. Onun bir anlamı yok. Böyle mi görmeliyiz? Acaba bizim inancımızda bedenle ruh arasındaki irtibat nasıl? Acaba her ruh o beden için yaratılmıyor mu? Bedenin yaptıkları ruha mertebe kazandırıyor, eğer, ruhla beden arasındaki irtibatın Kartezyen felsefedeki zihin/beden ikiliğinden farklı ele alınması gerektiğini düşünüyorum. Ama bu konudaki düşüncelerin olgunlaştırılması, dini ve felsefi derinlik kazandırılması gerekiyor.

İsterseniz tekrar kürtaj ve sezaryene dönelim. Bunların toplumumuzda ne gibi sosyolojik alt yapıları var?

Kürtaj toplumumuzda bir doğum kontrol yöntemi olarak görülüyor. Bir nevi istenmeyen kazaların bertaraf edilmesi olarak uygulanıyor. Feminist harekette kürtaj hakkı, "bedenimiz bizindir" sloganı ile ortaya çıkmış ve seçme hakkı üzerinden ilerlemiştir. Kürtaj, kadının bedeniyle ilgili kararların kontrolünü elinde tutmasının bir simgesi haline gelmiştir. Sezaryen meselesinde de bir kontrolü elinde tutma iddiası var var. Doğum anını kontrol etmek. Acı çekmemek isteği de bir etken. Bir de birkaç kadın doğumcu arkadaşım kadınlarda gözlemledikleri pelvis daralmasından söz ettiler. Bu söylediğim bir istatistik sonucu değil ama yaşam tarzı ile alakalı bir durum olabilir diye düşünüyorum. Yere oturmamak, hiç çömelmemek, kız çocuklara bebeklikte kundak ve ara bezi bağlamamak. Anadolu'da böyle bir gelenek var, kız çocuklarının bebek bezleri çok geniş olur. Sezaryenin artışı konuşurken bunu da göz önüne almalıyız. Yine tüp bebeğin nedenlerinden biri de erkekte sperm azalması. Kadınlarda yumurtlama olmasına rağmen hamile kalamama gibi bir problem var. Bu durum stresle bağlantılı görülebilir. Yani sadece modern insanın kontrol etme isteğinden ibaret değil mesele. Modern yaşamın getirdiği bir takım reel sorunlar da var bu teknolojileri kullanmayı gerektiren.

"Tıbbın iktisadi bir yapı, bir endüstri olduğunu gözden geçiriyoruz"

Burada izniniz olursa bilim ve teknolojiye neyin yön vereceğini de konuşalım. "Teknolojiye sadece bilimsel merak ya da maddi hırs yol gösterirse sonumuz kıyamet olur" demişsiniz. Teknolojiye yolunu kim göstermeli?

Bilimsel merak neyse de hırs dediğimiz şeyin doğrudan şu anki kapitalist sistemle ilgili olduğunu düşünüyorum. Tıbbi ve genetik araştırmalara ilaç sanayii yön veriyor, finanse ediyor. Baktığınızda kapitalizmin temel felsefesi üzerinde ilerlendiğini görüyorsunuz. İnsanlar hastalanmasınlar, daha sağlıklı olsunlar, daha mutlu yaşasınlar gibi bir hedefe yönelik değil. Doğrudan iktisadi gereklerden hareket eden kuruluşlar bunlar. Burada bilimkurguya atıfta bulunacağım: daha fazla kazanmak için spekülasyon bir virüs üretmek, sonra da o virüsü yok etmek için aşı üretilip satmak... Hatırlayacaksınız domuz gribi vakasında da konuşuldu. Bunları şehir efsanesi gibi görebilirsiniz, ama mümkün olmayacak şeyler değil. Tıp dediğimizde insanlarda sadece insanları iyileştiren, onlara iyi bir hayat sunan bir yapıymış gibi görüyoruz. Tıba iktisadi bir yapı, bir endüstri olarak bakmıyoruz. Öyle baktığımızda iyi niyet, hoşgörü gibi kavramların dışında birtakım hesap, kitap meselelerinin olduğunu görebiliriz. Sonuç olarak iktisadi hırs bu meselelere

yön veriyorsa ki öyle, o zaman tıba, ilaçlara biraz daha temkinli yaklaşmamız gerekmiyor mu?

Endüstrinin çok büyük baskısının olduğu, bu baskının bazen abuk sabuk şeylere yol açtığı doğru. Meselenin bu yönü de var ama öte yandan da zaman içindeki gelişime bakıldığında işte insan ömrü uzadı, insanın temel bazı hastalıkları ile ilgili ölüm oranları düşmüş oldu. Demek istediğim hükümetlerin politikaları da var. Gidişatı sadece endüstri belirlemiyor. İkisinin arasında bir etkileşimin olduğunu hesaba katmak gerekir.

Mutlaka doğru. Hükümetler bu yapının dışında değil. Uluslararası ilaç sanayii ile işbirliği yapan, ekonomisini bu işbirliğine dayandıran ülkeler de var. Mesela Hindistan ilaç sanayiinin ve genetik araştırmaların periferisi olmuş durumda. Bu araştırmaların kobayları Hindistan'da, tüketicileri Amerika'da. Bunları da görmek zorundayız.

Önemli olan şu: tüm bunları görüyorsen sonuçta biz hangi pozisyonda olacağız? Sadece bir tür uzlaşmayla, elimiz böğrümüzde mi bekleyeceğiz? Bilimi ve siyaseti belirleyecek güçte değiliz. Biz ne yaparsak yapalım gidişat devam mı edecek?

Bütün bunları konuşunca çok ümitsiz bir tablo çıkıyor ortaya. Bireysel çözümlerden de bir sonuç çıkmıyor. Hâlbuki sorumluluktan kaçmıyorsak eğer insandan ümidi de kesmemeliyiz. Çünkü ümitsizlik sorumluluktan kaçışa bir kılıf olabiliyor bazen. Çünkü gelişmeler yeni fırsatları da beraberinde getirir her zaman. Küresel kapitalizmde iktidarın bir merkezi yok. İktidar bugün küresel sermaye. İktidarın merkezi olmadığı gibi muhalefetin de merkezi yok. Yeni birliktelikler, dayanışmalar için fırsatlar da söz konusu yeni küresel sistem içinde. Bu sebeple yeni fırsatları yaratmamız, var olanları değerlendirmemiz gerekiyor. En başta interdisipliner işbirliği kanalları açık olmalı. İslam dünyasında böyle bir fırsatı değerlendirdiğimizde entelektüel bir canlanma da olabilir. Liberal etik bilhassa biyoteknoloji konusunda tıkanmış durumda. İnsanın kutsiyetinden, insanın doğasından bahsedilemeyen bir vasatta teknolojiye teslim olmak tabii ki kaçınılmaz görünüyor. Bu açıdan dinin, özellikle biyoteknoloji ve etik alanındaki tartışmalara dâhil olması gerekiyor. Müslümanlar olarak bu konuda söyleyebileceğimiz şeyler var. Ama bunun için de bir birikim ve donanım gerekiyor. Hamasi bir yaklaşım, birkaç kalıp cümle tabii ki yeterli değil, anlamlı da değil.

Sağlıkta şiddet ve hekim güvenliği

Prof. Dr. Mustafa Altındış



1966 yılında Konya'da doğdu. Selçuk Üniversitesi (SÜ) Tıp Fakültesi'nden 1989'da mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Anabilim Dalında doktora eğitimini tamamladı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKÜ) Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalına kurucu öğretim üyesi olarak atandı. 2002 yılında Viroloji Bilim Doktoru, 2005 yılında Klinik Mikrobiyoloji Doçenti oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. 1 yıl kadar görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals'de laboratuvar kalite sistemlerini inceledi, moleküler viroloji referans laboratuvarında çalıştı. Mayıs 2011'de profesörlük kadrosuna atanan Dr. Altındış, halen AKÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji AD Başkanlığı ve AKÜ Atatürk Sağlık Hizmetleri MYO Müdürlüğü görevlerini sürdürmektedir. Eurorotanet projesi Türkiye koordinatörüdür.

Sağlık çalışanı ya da hasta/hasta yakını olarak ülkemizde uygulanmakta olan sağlıkta dönüşüm programının nihai hedefleri ve beklenen/beklenmeyen komplikasyonları ile ilgili bir fikrimiz var mı? Uzun soluklu sağlık politikaları yaparken sadece halkın -şimdilik- memnuniyeti bir kriter olabilir mi? Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre; hasta memnuniyet oranı 2003'te % 57.05'den 2010'da % 70.15'e yükselmiş; buna karşın doktorların hastalara davranışında sorun olduğunu düşünenlerin oranı % 63.55'ten % 25.10'a düşmüştür. Araştırmalarda kullanılan yöntem, soruların içeriği, nasıl sorulduğu ve örneklem seçimi gibi konular sonuçları tartışılır kılarsa da vatandaşın doktora (hocalara değil) ve sağlık hizmetlerine daha kolay ulaştığı, testlerini hızlı sonuçlandırdığı, raporlarını kolayca aldığı, acil hizmetlerinden de göreceli memnun olduklarını görmemek mümkün değildir. **Memnuniyet artmış**, ankete göre hekim davranışları düzelmiş (!) **ama sağlık çalışanlarına şiddet tırmanmıştır**. Peki, sistemden, anlaşılmamış ve anlatılmamış, katılsız değişimden sağlık çalışanları memnun mu?

"Sağlıkta dönüşüm" sonrası sağlık çalışanlarının iş yüklerinin çok arttığı, hasta ve hasta yakınlarının şiddetine daha fazla maruz kaldıklarına dair yakındıkları görülmektedir. **Tek taraflı rölâtif memnuniyetin** uzun soluklu olması pek mümkün gibi gözükmemektedir. Bir sendikanın Bursa Şube Başkanlığı'nın

Nisan 2012'de 1202 kişi üzerinde yaptırdığı "Sağlık Çalışanları Memnuniyet Anketi"ne göre; sağlık çalışanlarının yükünün çok arttığı, ödenen ücretlerin çok yetersiz olduğu, %43'ünün bu mesleği seçmiş olmaktan pişman olduğu, %71'inin çocuklarını sağlıkçı yapmak istemediği, dahası %68,5'nin şiddete maruz kalınmaması için gerekli düzenlemelerin Sağlık Bakanlığı tarafından yeterince yapılmadığını düşündükleri görülmüştür. Sağlıkta dönüşüm, taraflara bütün yönleri ile anlatılmamış, anlaşılma- mış, uzlaşılma- mış ve değişim sürecinde en etkin olması beklenen sağlık çalışanları konuya dâhil edilmemiş, dayatma ve emri vakilerle sağlık çalışanı hoşnutluğu ciddi anlamda göz ardı edilmiş, bununla da yetinilmemiş, gerekçeleri ile değişimi eleştiren, gittiği yeri göremeyen ya da çok iyi görerek kaygılarını dile getiren sağlıkçılar otorite tarafından halka şikâyet edilmiş, olay sadece "ekonomik kaygılar" gibi netameli konuya indirgenerek toplumun hekimlere inancı, meslek grubuna saygısı yok edilmiş, bu durum hasta hekim ilişkilerine ve dolayısı ile de tedavi etkinliğine olumsuz yansımıştır.

Hasta güvenliği tamam (!) sırada hekim güvenliği...

Hasta güvenliğini sağlamada eğitimler, kontroller, bilgi kayıt sistemleri yararlı olurken hızla yerleştirilmekte olan malpraktis yasa uygulamaları da ciddi yaptırım nedeni olmuştur. Bir dönem tahterevallinin havadaki kısmında hekimler bulunmaktaydı. Biz o kuşağın son dalgalarını kısmen

gördük. Tasvip edilmez etik dışı olayları işittik, nadirattan olaylardı ama bu olumsuzluklar genel olarak hekimlerin tamamına mal edilebilirdi. Örneğin bıçak parası, muayenehaneye uğramadan hastaneye yatırılmaması gibi etik dışı kural dışı hareketler bir dönem hekim tanımlarına damgasını vurmuştu. Şimdi ise tahterevallinin havadaki kısmında hastalar var gibi. Sağlık otoritesi sağlıkta dönüşümün başarı göstergelerinden birisini de hekimleri hizaya(!) getirmek gibi algılatmış, zaman zaman sağlık çalışanlarını halka da şikâyet ederek buradaki düzenlemelerden bonus toplanmaya çalışmıştır.

Şiddete zemin hazırlayan, şiddeti körükleyen davranışlar

Genel olarak toplumda yükselen bir cinnet hali mevcut ve yerine göre öğretmen de taksici de bundan payına düşeni alırken sağlıkta şiddeti körükleyen unsurlarla şiddet uygulayana yaptırımsızlığın faturası git gide ağırlaşmaktadır. Sağlık ve eğitim, siyaset kurumunun üzerinde polemik yapamayacağı bir alan olmalıdır. Sağlıkta sistemik arızaları eleştirmek gerekirken, kişilerin ve tekil olayların gündem yapılması hasta ile doktor arasında şüphe bulutlarını artırmakta ve taraf haline getirmektedir. Doktoru, gözünde dolar işaretleri dönen para sayma makinesi gibi tasvir etmeler devam ettikçe güven bunalımı daha da artacaktır. Hâlbuki her şey bir yana tedavinin başarısı hekime güvenmek ve tedavinin bir parçası olmaktan geçiyor. Güven ve saygı ilişkisinin zede-



Sağlıkta dönüşüm,
tarafra bütün yönleri ile
anlatılmamış, gerekçeleri
ile bazı açılardan değişimi
eleştiren sağlıkçılar otorite
tarafından halka şikâyet
edilmiş, olay sadece
“ekonomik kaygılar”
gibi netameli konuya
indirgenerek toplumun
hekimlere olan saygısı
yok edilmiştir. Sağlık
çalışanlarının bir yandan
hayat kurtaran bir hizmet
sunarken kendi can
güvenliğinden endişe duyar
hale gelmesi hekimleri/
sağlık çalışanlarını
mesleklerini uygulamaktan
soğutup defansif tıp
uygulayıcıları haline
getirecektir.

lenmesinde payı olan bir diğer etken de **medya**. Toplumsal hafızada tortu bırakan haberlerin, sağlık camiasına karşı şiddeti tetiklediği söylenebilir. Bir diğer suçlu da **meslek odaları**. Sloganik yaklaşım belki marjinal taraftan hoşuna gidiyor olabilir ama siyasetle müzakere zeminini yok ettiği için sorunlar katlanarak büyüyor. Konunun diğer bir boyutu **güvenlik**. Hastanelere giriş çıkışlar yeterince kontrol altında değil. Özel güvenlik elemanları çoğu kez yetersiz kalıyor. Bilhassa acil servislerde hızlı müdahale bekleyen hastaların durumunu riske atan saldırılar yaşanıyor. Kamu güvenliği ve sağlığını tehdit ettiği gerekçesiyle söz konusu mekânlarda gerçekleşen cebir ve şiddet farklı değerlendirilmelidir. Bugüne kadar Sağlık Bakanlığı’nın açıklamalarıyla “istedikleri zaman istedikleri doktora muayene olabilecekleri ve ücretsiz tedavi edilebilecekleri” beklentisi içine sokulan vatandaşlar, bu beklentilerinin karşılanmamasından ve sağlık alanındaki her türlü olumsuzluktan hekimleri sorumlu tutmaktadırlar. Tüm bunların yanı sıra “hasta hakları”nı arama, hekime şiddetle mi başlamalıdır? Hekimleri ve hastaları karşı karşıya getiren hasta hakları veya hekim hakları gibi kavramlar yerine belki

“sağlık hakkı” önerisini değerlendirmek anlamlı olacaktır. “**Paran kadar sağlık**”, hem vatandaşı hem de hekimi tüketen bir olguya dönüşmüş durumdadır. Dileyen hasta, dilediği kuruma başvurabilmektedir ancak bunu ancak para ödeyerek yapabilmektedir. Sonuçta “paran kadar sağlık”, hekime yönelik sözel ve fiziksel şiddet üreten bir mekanizmaya dönüşmüş durumdadır. Bu olgu kabul edilmediği sürece bu hastalık tedavi edilemeyecektir. Sağlık çalışanlarının bir yandan hayat kurtaran bir hizmet sunarken kendi can güvenliğinden endişe duyar hale gelmesi hekimleri/sağlık çalışanlarını mesleklerini uygulamaktan soğutup defansif tıp uygulayıcıları haline getirecektir.

Şimdi önceliğimiz, gündemi uzun süre işgal edecek gibi görünen “**hekim güvenliği**”. Sağlık sistemlerinin irdelenerek örneklenmeye çalışıldığı ülkelerde hekim/sağlık çalışanına sözlü/fiili şiddet çok ciddi cezalar ile yanıtlanmaktadır. Amerika’da bir kere hekimi ile tartışan hasta daha sonraki muayeneye polis nezaretinde getiriliyor. İngiltere’de de durum farklı değil. Hasta hiç bir şekilde hekim ile tartışmaz. En ufak bir sorunda hasta hakları birimine gider, müracaatını yapar ve varsa hakkını arar. Sistem böyle işlemektedir. Kimse usulsüz rapor, reçete vs. isteyemez, istediği ilacı yazdıramaz. Sistem hastayı koruduğu kadar sağlık çalışanını da korur. Gelişmiş dünyada da hekime şiddet olmaktadır ama cezası ağırdır ve olaylar münferittir. O dünyada sağlıktaki olumsuzlukların faturası hekime kesilmez, sağlık otoritesine kesilir, bunlar ile hükümetler yıkılır ya da kurulur. Yani halk sağlıktaki sorunlarda suçluyu hekim gibi görmez. İngiltere’de günlerce aile hekiminden randevu için sıra bekler, MR için, patoloji raporu için aylarca sıra bekler ama hastane koridorunda, “*Adam olun laan*” diye bağırır. Bizdeki bu görüntüler, ülke gelişmişliğini farklı ölçütler ile yeniden değerlendirmeyi gerekli kılıyor.

Sağlıkta şiddet; nereye kadar?

Dr. Ersin Arslan’ın öldürülmesiyle bir kez daha medyaya gelen hekime şiddet/cinayet vakaları, o dönemin en sıcak haberlerini oluşturdu, günlerin hızla gündemi eritmesi sonrasında konuda aynı hızla soğudu, ama sağlıkta şiddet artarak devam etti. Doktor cinayetlerinin 1 Ocak-20 Nisan 2012 tarihleri arasındaki medya yansımalarını araştıran Medya Takip Merkezi (MTM), çıkan sonucu geçen yılın aynı dönemine göre yaklaşık 2 katı fazla olduğunu bildirmiştir.

Sağlık çalışanlarına şiddetin azaltılmasında yapılanlar ve öneriler

Sağlık Bakanlığı, sağlık çalışanlarının

güvenli ortamlarda ve yüksek motivasyonla çalışmasının sağlanması amacıyla sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik aşağıdaki temel düzenlemeleri içeren Çalışan Güvenliği Genelgesi’ni 14 Mayıs 2012’de yayınlarak kurumlara düzenleme emri göndermiştir. Bu doğrultuda:

- 1) Çalışan güvenliği komitesinin kurulması,
 - 2) Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
 - 3) Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması,
 - 4) Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,
 - 5) Çalışanlara yönelik şiddetin önlenmesi için düzenleme yapılması,
 - 6) Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik program hazırlanması,
 - 7) Beyaz kod uygulamasına geçilmesi,
 - 8) Çalışanlara, çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi.
- a) Çalışma ortamından kaynaklanan risklerin bertaraf edilmesi,
 - b) Şiddet ve iletişim konularını da kapsayacak şekilde risk değerlendirmesi ve tedbirlerin alınması.
 - c) “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” ile acil servisler başta olmak üzere riskli alanlarda güvenlik tedbirleri artırılarak, genel kolluk ve özel güvenlik personeliyle güvenlik kamerası bulundurulmasının sağlanmasını gerekli kılmıştır.

Yanı sıra Bakanlığın “Şiddete Sıfır Tolerans” kampanyası ve tabip odalarının “İhbar hattı” da olayın sıcaklığını koruma ve kamuoyu oluşmasını sağlamada önemli roller üstlenmiştir. Günümüze gelindiğinde, çalışana şiddeti önlemek için daha ciddi bir “irade” olduğu açıktır. Olayın sadece hekime şiddet gibi algılanması ve meslektaşlarımız ve meslek odaların olaya duygusal yaklaşımı çözümsüzlüğü körükleyebilir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin; sağlık sisteminin neden olduğu şiddet, hasta haklarının neden olduğu şiddet, medyanın neden olduğu şiddet, hekimlerden kaynaklanan şiddet şeklinde sıralanması çözüm üretmede kolaylık sağlayacaktır.

Sağlıkta şiddetin önlenmesi ile ilgili ilk yapılacaklar:

1. İletişim becerileri eğitimi
2. Hizmet sunumunun talebi karşılayacak düzeye getirilmesi
3. Hukuki desteğin verilmesi
4. Güvenlik önlemlerinin etkinleştirilmesi
5. Kamuoyunun doğru bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi,

Hekime şiddetin Dr. Ersin Aslan cinayeti dönemindeki 10 günlük bilançosu (12-23 Nisan 2012) (basından):

12 Nisan 2012: İstanbul'da Haseki Hastanesi'nde güvenlik güçlerinin gözetimi altında olan bir tutuklu, kendisini muayene eden hekime kesici bir aletle saldırıda bulundu.

17 Nisan 2012: Gaziantep'teki menfur saldırıda Dr. Ersin Arslan hayatını kaybetti.

17 Nisan 2012: İzmir'de Baki Uzun Hastanesi'nde acil serviste 46 yaşındaki yakınlarını kalp krizi nedeniyle kaybeden kalabalık bir grup, acil hekimi başta olmak üzere üç hastane çalışanını darp etti. Üstelik saldırıya uğrayan hekim, hastasını kalp masajı ile iki kez hayata döndürmüş, üçüncüyü başaramamıştı.

19 Nisan 2012: İstanbul Tıp Fakültesi'nde Göğüs Cerrahisi Kliniği'nde görevli Prof. Dr. Alper Toker, hasta yakınlarınca darp edildi.

19 Nisan 2012: Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bir milletvekili, hastanenin acil servisinde görevli Dr. Oğuz Eroğlu'na "eşini ayakta beklettiği ve kendisini tanımadığı" gerekçesiyle tekme tokat saldırdı.

20 Nisan 2012: İstanbul Beyoğlu ve Küçükçekmece'de iki ayrı 112 acil sağlık ekibine hasta yakınlarınca taşlı sopalı saldırılar gerçekleştirildi.

21 Nisan 2012: İzmir'de gece 01.45 sularında Basmene Şifa Hastanesi'nde başka bir darp olayı yaşandı. Bu kez gerekçe, "yeşil alan" uygulaması idi.

22 Nisan 2012: İzmir Can Tıp Merkezi'nde bir kadın hekim hasta ve hasta yakınlarının sözel saldırısına uğradı. Hekim, kendini poliklinik odasına kilitleyerek fiziksel saldırı riskini azalttı. Bu sırada saldırgan hasta yakınları, dışarıda "Size az bile yapıyorlar; sizi öldürmek de dövmek de bir hak" diye bağırıyorlardı.

23 Nisan 2012: İzmir'de Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 112 Acil Serviste görevli hekim ve sağlık çalışanlarına sözlü, bir hemşireye de fiziksel saldırıda bulundu.

Daha sonraki aylarda da şiddet hız kesmedi. Sağlık Bakanlığı Çalışan Güvenliği Genelgesi'nin yayın tarihinden günümüze(yaklaşık 3 ay) sağlık çalışanlarına yönelik 50'den fazla saldırı gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Bu saldırılardan 17'sinin öldürücü olabilecek nitelikte silahlı saldırı; sekizinin bıçakla, ikisinin sopayla, birisinin ise tabancayla gerçekleştirilmesi de dikkat çekicidir. Türk Tabipler Birliği'nin ihbar hattına gelen verilerden oluşturulan TTB Şiddet Anketi İstatistikleri incelendiğinde; Mayıs (20), Haziran (27) ve Temmuz (11) aylarında da sözlü tehdit (küfür, hakaret, yüksek ses vb.), tehdit edici vücut hareketi (el, göz vb.), aşağılayıcı davranışlar (saygısızlık, kapı çarpmak vb.), fiziksel şiddet (darp, dayak vb.), cinsel taciz gibi hekime yönelik şiddetin devam ettiği gözlenmiştir.

ve "doktorlar" tarafı olarak meselenin ele alınması hiç doğru değildir. Bunların biri diğerinden farklı değildir ve taraf olarak anılması da uygunsuzdur. Hekimler de hasta olur ve bir diğer meslektaşına gider. Hasta tedaviye dâhil olmalı, hekimine inanmalı, güvenmeli, saygı duymalıdır. Hekimde saygı duyulmayacak hiçbir fiil içinde bulunmamalı, etik ve moral değerlere bağlı olmalıdır. Sağlıkta dönüşümde nasıl hekimler işe -ikna edilerek- dâhil edilmediler ve başarı hakkıyla sağlanamadı ise, aynı sonucun tekrarlanmaması için hekim haklarını sağlamada hasta ve yakınlarının katkısı alınmalıdır. Sağlık otoriteleri, çalışan hoşnutluğu ve motivasyonu üzerine ciddi bir şekilde kafa yormalıdır. Sağlık Bakanlığı, "müşteri memnuniyeti" sübjektif pazarlama uygulamasını daha farklı değerlendirmeli, çalışan motivasyonu ile beraber, iş mükemmelliğine yönelik modellerin uygulanmasına geçmelidir. Sağlık çalışanlarıyla hastalar hizmet ailesinin bir parçası olmalıdır. Sağlık hizmetleri kalitesinin artırılmasında hasta memnuniyeti odaklılık öncelikli olarak vizyon değil sağlık müşterilerinin iyileşme sürecinin kısılması ve yaşam kalitelerinin artırılmalarına yönelik bir misyon olmalıdır.

Doktorlar da kendilerini doğru ifade etmenin yolları üzerinde düşünmelidir. Meslek odalarının ideolojik yaklaşımı en çok hekimlere rahatsızlık vermektedir. Son olarak hepimiz şunu kabul etmeliyiz: tıp, bir sonuç değil bir çabadır. Sağlık personelinin iyi niyetli çabası ne yazık ki yetmiyor. Bunu baştan kabullenirsek istemediğimiz sonuçlara tahammül kolaylaşır.

Kaynaklar

Barbarosoğlu F, Doktorların Korkusu Hepimizin Korkusu, 23.04.2012 günü Yeni Şafak'taki köşe yazısı.

<http://www.medimagazin.com.tr/authors/ibrahim-ersoy/tr-siddette-cozum-icin-baslangic-onerisi-72-1-3144.html> (Erişim tarihi: 07.05.2012)

<http://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-doktora-siddetin-orani-mediyada-dartti-676-584-11564.html> (Erişim tarihi: 07.05.2012)

<http://www.sagliksen.org.tr/index.php?p=10632&l=1> (Erişim tarihi: 07.05.2012)

Korucu B, Doktoru Kim Öldürdü?, 20.04.2012 günü Zaman'daki köşe yazısı.

Ozcan NK, Bilgin H. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematik Derleme Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011;31(6):1442-56.

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15642/calisan-guvenligi-genelgesi.html>(Erişim tarihi: 07.08.2012)

<http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/guncel/tr-saglik-calisanlarina-11i-oldurucu-50-saldiri-1-11-45210.html>(Erişim tarihi: 07.08.2012)

http://www.ttb.org.tr/siddet/index.php?option=com_content&view=article&id=200:ttb-siddet-anketi-statistikleri-(Erişim tarihi: 07.08.2012)

6. Şiddete karşı caydırıcı yasal önlemlerin alınması

7. Yazılı ve sözlü medyanın doğru haber yapmasının sağlanması

Bu maddelere ilaveten hekime stresle başa çıkma yöntemleri öğretilmeli, hekimlere hastalara yaklaşım ve açıklayıcı olmaları konusunda çalışmalar yapılmalı, şiddet uzmanlarınca geniş çaplı araştırmalarla ele alınmalı, görev tanımları net olmalı, iş yüküyle orantılı personel çalıştırılmalı, şiddet uygulayanlar paraya çevrilemeyen hapis cezası ile cezalandırılmalı(hakim-savcılara karşı olduğu gibi), hastaları bilgilendirme çalışmaları yapmalı, hastanelerde daha fazla sosyal hizmet uzmanı bulunmalı, sağlık çalışanlarına insan ve hasta hakları ile ilgili eğitimler verilmeli, sağlık birimlerinde "POLİS" statüsünde yetkili ve yeterli güvenlik elemanları

bulundurulmalı, şiddete uğrayana çok yönlü rehabilitasyon verilmeli, sağlıkçıların çalışma alanları riski azaltacak şekilde yeniden düzenlenmeli, sağlıkta şiddet yapanların sağlık güvencesi iptal edilmeli, acil birimlerde acil hastayı iyi seçmeli ve istismarı önlemeli, uygun zaman ayrılarak hasta /hasta yakını bilgilendirilmeli, hasta kabul randevularına kesinlikle uyulmalı, örnek dava sonuçlarının sağlık kurumlarında poster yapılmalı, mahremiyete saygı gösterilmeli, nitelikli çalışılmalı ve bütün emeğin karşılığı burada beklenmemelidir.

Şu an gündemde olan sadece "hukuki tedbirler"dir ve bunlarda kısa sürede soruna çözüm olamayacaktır. Bakanlıkça çıkarılan ilgili Tebliğ'in maddeleri ve Genelge'nin tüm unsurları ile yaşama geçmesi gerekmektedir. Birde sorun kimlikler üzerinden değerlendirerek çözmeye çalışılmamalıdır. "Hasta yakınları"

Türkiye'deki hastaneler sağlık turizmine ne kadar hazır?

Medine Budak



Ankara Üniversitesi Hemşirelik Okulu ve İşletme bölümlerini bitirdi. Acıbadem Sağlık Grubunda Kalite Uzmanlığı ve Hasta Güvenliği Koordinatörlüğü, ardından Özel Sema Hastanesinde Kalite Yöneticiliği yaptı. Bu süreçte JCI Akreditasyonu sürecini yürüttü. Boston'da, Harvard Medical International'da ilaç güvenliği, kalite ve hasta güvenliği konularında gözlem programlarına katıldı. Sağlıkta kalite, sağlık turizmi, hastane yönetimi ve sağlık yatırımı danışmanlığı konularında uzmanlığı bulunan Budak, halen Kozyatağı Central Hospital'de Performans Geliştirme Müdürü olarak görev yapmaktadır ve İcra Kurulu üyesidir.

Sağlık turizmi, bütün hastanelerin pay almak istediği büyük bir pasta olarak iştah kabartıyor. Çevremdeki hemen hemen herkesin dilinde "sağlık turizmi", gerek bireysel gerekse kurumsal olarak bu işle meşgul olma çabasında olduklarını görüyorum. Bunlar ülkemiz adına güzel gelişmeler. Türkiye'de hizmet kalitesi yüksek olan onlarca hastane varken neden bu imkânlardan yabancı hastalar faydalanmasın ve ülkemize getirisi olmasın? İyi, güzel de, peki hastalar neden

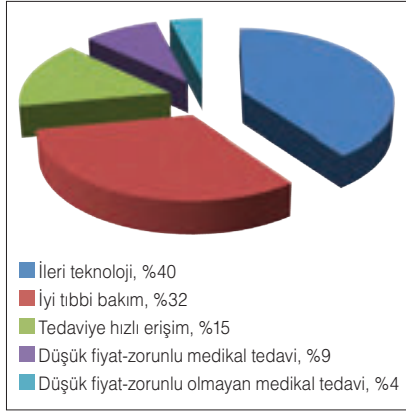
yurtdışını tercih eder, hiç düşündünüz mü? Bu konuyla yakından ilgilenmeden önce altta yatan en önemli sebebin "daha ekonomik hizmet almak" olduğunu sanırdım. İncelediğim istatistikler ve yaptığım yurtdışı seyahatleri ve görüşmeleri, bu konuda bir miktar da olsa yanıldığımı gösterdi. Tek veya öncelikli neden kesinlikle ekonomik nedenler değil. Mayıs 2008'te yapılan bir çalışmaya göre, hastalar en çok ileri tıp teknolojisi, iyi bir tıbbi bakım ve beklemeden tedavi olabildikleri için yurtdışında tedaviyi tercih ediyorlar (Bkz. Grafik 1).

Bir adım öncesine gidecek olursak; peki hastalar yurtdışında tedavi görmeyi ne kadar istiyor? 2008 yılında Amerika'da yapılan bir çalışmaya göre, ankete katılanların %27'si, "*tedavi görmek için yurtdışına çıkabilirim*" derken; tıbbi kalitenin ABD'den daha iyi olması ya da %50'den fazla tasarruf etme imkânının olması durumunda bu oran %39 oluyor. Yurtdışında tedavi görenlerin oranı ise %3. Yani, pastada büyük bir dilim halen bekliyor.

Hastalar, bir ülkeye seyahat etmeden ve



Grafik 1: Medikal turizm tercih nedenleri



Grafik 2: Sağlık turizmi fırsatları

Tedavi sonuçlarının daha iyi olduğunu bilirim ve maliyetler çok yüksek olmasaydı bakım/tedavi almak için kendi toplumum ya da yerel alanlar dışına çıkmayı düşünürdüm.	%88
Tıbbi kalitenin ABD'e eşit ya da ABD'den daha fazla olduğundan eminsem veya %50 ve daha fazla oranda tasarruf edebilirim, yabancı bir ülkede efektif bir ameliyatımı yaptırmayı düşünürdüm.	%39
Tedavi görmek için bulunduğum topluluk dışına seyahat ederim.	%12
Tedavi görmek için bulunduğum topluluk dışına seyahat edebilirim.	%38
Tedavi görmek için ABD dışına seyahat ettim.	%3
Tedavi görmek için ABD dışına seyahat edebilirim.	%27

hastane seçmeden önce bazı kriterleri mutlaka sorguluyorlar. Eğer bunları bilirsek, kurumumuzu sağlık turizmine uygun hale getirebiliriz diye düşünüyorum.

- Hastane, uluslararası bir kurum tarafından akredite edilmiş mi?
- Hastanenin, uluslararası bir işbirliği ya da afiliasyonu var mı?
- Gidilecek olan ülke/şehir/bölgenin güvenliği yeterli mi?
- Sağlık çalışanlarının niteliği uygun mu? Yabancı dil biliyor mu, kalifiye mi?
- Uluslararası hasta departmanı var mı ve her istediğinde (7/24) destek alabiliyor mu?
- Hastane tam donanımlı mı? Laboratuvar, görüntüleme ve rehabilitasyon hizmetleri verebiliyor mu?

- Referansı var mı? Sosyal medyada hasta deneyimleri ve hastane ile ilgili görüntüler paylaşılmış mı?

Hastalar bu soruların cevaplarını ararken biz sağlık kurumu yöneticileri olarak "hasta memnuniyetini" sağlayabilmek için **sağlık turizmi adına neler yapabileceğimize** bir bakalım:

Doğru bilgiye erişim: Çeşitli alanlarda tedaviyle ilgili bilgi araştırırken çoğu hastalar doğru bilgiye erişmekte zorlanırlar. İnternette yer alan bilgiler çoğu zaman eksik olduğu için hastalara güven telkin etmiyor. İnternet sayfanızda ya da sosyal medyada bilgilerinizi olabildiğince açık ve net paylaşmak, hastaların geldiklerinde hayal kırıklığı yaşamamaları adına oldukça önemlidir.

Pre-post op bakım problemleri: Preoperatif dönemde hastayı olabildiğince tıbbi açıdan değerlendirmeye çalışın. Örneğin bir hastanız kıtalararası seyahat edecekse, ameliyat öncesinde mutlaka kan şekerinin regüle edilmiş olmasının önemli olduğunu paylaşın. Kan şekerinin yüksek olması, hastanın ameliyatının ileri bir tarihe alınması ve gereksiz yere para-zaman harcamış olması anlamına gelir. Yine postoperatif dönemde emboli ya da ödem gibi durumlardan dolayı uzun süreli seyahat engeli olacaksa, hasta bu konuda da bilgilendirilmelidir.

Dil ve kültürel engeller: Yabancı bir hasta için 7/24 hizmet verebilecek kadroya sahip olmalısınız. Aksi halde sürecin başından bitimine kadar hastanız sizi ya da siz hastanızı yanlış anlamış olabilirsiniz.

Kalite standartlarının yapılandırılması: Uluslararası standartların uygulanıyor olması ve hastanenin uluslararası bir belgeye sahip olması oldukça önemli konulardandır. Bir otele giderken 5 yıldız bize neyi ifade ediyorsa, sağlıkta da akreditasyon gibi sistemler hastaların tercihlerini etkiliyor. Uluslararası bir arenada rol almak istiyorsak, kalite belgelendirme konusunu göz ardı etmemeliyiz.

Enfeksiyon kontrolü ile başa çıkma: Uluslararası seyahatlerde enfeksiyon kontrolü oldukça önemli maddelerdendir. Hasta kaynaklı enfeksiyon konusunda tedbirli olmalıyız.

Yasal sorunlar: Bir hasta, herhangi bir komplikasyondan dolayı hastaneyi ya da doktoru dava etmek isteyebilir. Hastanın haklarının neler olduğu konusunda yeterli bilgilendirme sağlamak gerekir.

Hatalı fiyatlandırma: Hastalar, medikal tedavi için anlaşma yaptıklarında genellikle kapsamında ne olduğunu çok detaylı sorgulamazlar. Ekstra bir fiyat çıkmaması için her şeyi doğru fiyatlan-

İstanbul'da sağlık turizmiyle ilgilenen çeşitli büyüklükteki hastanelerle temasa geçerek kendimce bir değerlendirme yapmaya çalıştığımda, bir elin parmağını geçmeyecek sayıda hastanenin tam donanımlı olduğunu tespit etmiş olmam, bu alanda daha yapacak çok şeyimizin olduğunu gösteriyor. Sağlık turizmi için tercih edilen bir kurum olmak istiyorsak bu konuyu ciddiye almalı ve alt yapımızı uygun hale getirmeliyiz.

dirmek oldukça önemli bir konudur. Tatil, otel, uçak, tedavi vb.

Doktor/cerrah yetkinliği: Hastalar, geldikleri doktorun yetkinliklerini uluslararası boyutta araştıracakları bir veri tabanı olmadığı için sadece karşılıklı güven ve referansa dayalı bir sonuç üzerine doktora gelirler. Gerçekten işinde yetkin olup olmadıklarını ya da lisanslı olup olmadıklarını bilemezler. Burada sorumluluk, sağlık kuruluşlarının üzerindedir.

Deneyim ve koordinasyon eksikliği: Sağlık turizmi, iyi bir koordinasyon ve altyapı gerektirir. Bir hastanın oteli, uçağı, medikal tedavisi, seyahati vb. senkronize bir şekilde organize edilebilmelidir. Buradan kaynaklanacak herhangi bir eksiklik, sağlık kurumunun eksikliği olarak algılanacaktır.

Etik konular: Sağlık kurumunda, bilimsel dayanağı olmayan ve hasta güvenliğini tehdit eden herhangi bir işlem yapılmasına müsaade edilmemelidir.

İstanbul'da sağlık turizmiyle ilgilenen çeşitli büyüklükteki hastanelerle temasa geçerek kendimce bir değerlendirme yapmaya çalıştığımda, bir elin parmağını geçmeyecek sayıda hastanenin tam donanımlı olduğunu tespit etmiş olmam, bu alanda daha yapacak çok şeyimizin olduğunu gösteriyor. Sağlık turizmi için tercih edilen bir kurum olmak istiyorsak bu konuyu ciddiye almalı ve alt yapımızı uygun hale getirmeliyiz.

Türkiye’de evde bakım hizmetleri organizasyonu için bir model önerisi

Gülay Ekinci



1978 yılında Frankfurt’ta doğdu. 2011 yılında İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde yüksek lisans yaptı. İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan Ekinci, evlidir ve bir çocuk annesidir.

Prof. Dr. Haydar Sur



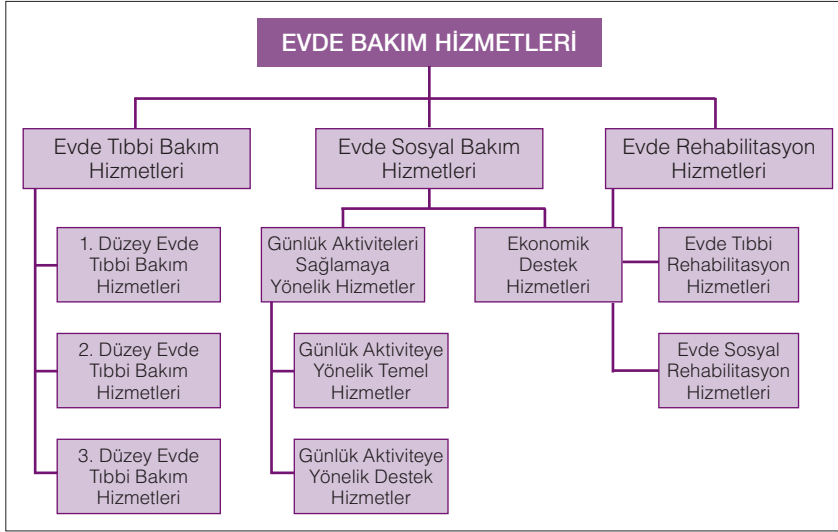
1986 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi’nden mezun oldu. Ardından İngiltere’de Halk Sağlığı alanında yüksek lisans yaptı. İstanbul Üniversitesi’nde doktor (1996), Marmara Üniversitesi’nde doçent (1998) ve profesör (2004) oldu. İstanbul ve Muş’ta Sağlık Müdür Yardımcılığı yaptı, Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı’nda üst düzey yöneticilik görevlerinde bulundu. Halen İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı olan Dr. Sur’un akademik ilgi alanları sağlık yönetimi, hastane yönetimi, sağlık politikaları, sağlık sistemleri, epidemiyoloji ve biyoistatistiktir.

Küreselleşme, dünya genelinde toplumların ekonomik, siyasi ve toplumsal alanlarında köklü değişiklikler ortaya çıkarmış; bu durum kamu hizmetlerinin yönetiminde değişimlere neden olmuştur. Temel kamu hizmetlerinden olan sağlık hizmetlerinin yönetimi de bu durumdan etkilenmiş

ve yeni kavramlar sağlık sistemimiz içinde telaffuz edilmeye başlanmıştır. Bu kavramlardan biri olan evde bakım hizmetleri de ülkemizde farklı sektörlerin farklı bakış açılarıyla ele aldıkları ve kendi sistemlerine ait mevzuatlar çerçevesinde yürütmeye çalıştıkları yeni bir sağlık yönetim modeli olarak değerlendirilebilir. Ancak hizmet sunumunun farklı kurumlar

tarafından yürütülmeye çalışılması, beraberinde birçok sorun getirmektedir. Bu sorunlardan en önemlisi, gerçek hizmet ihtiyacı sahibinin hizmetten etkin bir şekilde yararlanamayışı; diğeri ise kaynak kullanımında israfın bulunmasıdır. Bu çalışmanın amacı; evde bakım hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin sağlığını korumak, yükseltmek,





Şekil 1: Evde bakım hizmetlerinin bakım ihtiyacına göre sınıflandırması

yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla tıbbi, sosyal ve rehabilite edici bakım hizmetlerinin bireyin yaşadığı ortamda verilmesi, kaynakların etkili bir şekilde kullanımının sağlanması için günümüz için olduğu kadar gelecekte de ihtiyaçları karşılayabilecek esneklikte bir evde bakım model önerisi sunmaktır.

Evde bakım hizmeti; birey ve çevresinin (hasta, özürlü, yaşlı, bebeklik, doğum) sağlık düzeyini iyileştirmek ve yükseltmek için gereksinim duyulan sağlık ve sosyal hizmetlerin gerekli hizmet ve donanım kullanılarak (araç, gereç) ev ortamında sağlanması şeklinde tanımlanabilen bir bakım sistemidir. Modelimizde evde bakım hizmetinin türü hizmet sunumunda kullanılan kaynaklar bakımından üç ana başlıkta sınıflandırılmış; sınıflandırma ise hizmetin gerektirdiği emek faktörünün uzmanlık düzeyi ve ileri teknolojik ürünlerin kullanım durumuna göre yapılmıştır (Şekil1).

Evde tıbbi bakım hizmeti

Evde tıbbi bakım hizmeti, bireyin sağlık düzeyini iyileştirmek ve geliştirmek için ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin ev ortamında gerekli donanımla sunulmasıdır. Uygulama; bireyin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonunu içerir. Evde tıbbi bakım hizmetleri ile ilgili yapılan çalışmalarda evde ikinci ve üçüncü düzey tıbbi bakım hizmetleri maliyetinin hastane hizmet maliyetlerinden önemli ölçüde düşük olduğu bulunmuştur. Bunun temel nedeni evde tıbbi bakım hizmetlerinin daha az yatırım gerektirmesi, daha az personel ile sunulması, hastane hizmeti maliyetlerinin yüksek olmasıdır. Evde tıbbi bakım hizmetleri yüksek teknolojiye dayalı emek yoğun hizmet grubundandır. Evde tıbbi bakım hizmeti, hizmetin kapsamı ve yoğunluğu da dikkate alınarak üç düzeyde sınıflandırılabilir.

Birinci düzey evde tıbbi bakım hizmeti: Bireyin birinci basamak sağlık hizmetleri içindeki teşhis ve tedavisinin sağlandığı, koruyucu sağlık hizmeti odaklı hizmet türüdür. Birinci düzey evde tıbbi bakım hizmeti, tıbbi bilginin daha az kullanıldığı ve genelde teknoloji gerektirmeyen; bakımın tek uzmanlı ya da uzman olmayan kişilerle de (hasta yakını, bakım görevlileri vb.) yürütülebildiği hizmet türüdür. Hizmet sunumunda hasta ön plandadır. Bu kapsamda sunulabilecek hizmetler:

- Loğusa ev ziyaretleri
- Yenidoğanın evde ziyareti
- Evde uygulanabilen enjeksiyonlar
- Evde basit pansuman uygulaması (sünnet pansumanı gibi...)

İkinci düzey evde tıbbi bakım hizmeti: Bireyin ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri içindeki teşhis ve tedavisinin profesyonel bir ekip ve hasta yakınlarının katılımı ile ev ortamında sağlandığı hizmetlerdir. İkinci düzey evde tıbbi bakım hizmeti, tıbbi bilgi gerektiren ancak teknolojinin daha az kullanıldığı, bakım da tek uzmanlı grup çalışması şeklinde yürütülen hizmet türüdür. Hizmet sunumunda hasta ve sağlık ekibi ön plandadır. Bu kapsamda sunulabilecek hizmetler:

- Nekahet dönemi bakım ve tedavilerinin evde sürdürülmesi
- Evde doğum uygulaması hizmeti
- Tıbbi rehabilitasyon gerektiren hasta bakımı vb.

Üçüncü düzey evde tıbbi bakım hizmeti: Bireyin ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri içindeki teşhis, tedavisinin profesyonel bir ekip ile hasta yakınlarının katılımının da sağlanarak ev yada ev kabul edilebilen bir kurum ortamında yürütüldüğü hizmetlerdir. Üçüncü düzey evde tıbbi bakım hizmetinin ikinci düzey evde tıbbi bakım hizmetinden farkı; uygulamada yoğun bilgi gerektirmesi, yüksek

Evde tıbbi bakım hizmeti; bireyin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonunu içerir.

Evde ikinci ve üçüncü düzey tıbbi bakım hizmetleri maliyetinin hastane hizmet maliyetlerinden önemli ölçüde düşük olduğu bulunmuştur. Bunun temel nedeni evde tıbbi bakım hizmetlerinin daha az yatırım gerektirmesi, daha az personel ile sunulması, hastane hizmeti maliyetlerinin yüksek olmasıdır.

tıbbi teknolojilerin kullanılması, tedavi ve bakımın çok uzmanlı ekip çalışması şeklinde yürütülmesidir. Bu kapsamda sunulabilecek hizmetler:

- Evde diyaliz uygulaması (hemodializ-periton dializ vb.)
- Terminal dönem hasta bakım hizmeti
- Palyatif bakım hizmeti

Evde sosyal bakım hizmeti

Evde sosyal bakım hizmetleri; kişiye yönelik olarak tıbbi bakım özelliği sergilemeyen, hastalık ve özürlü bakımı dışında bireyin sosyal yaşamdan koparılmadan günlük ihtiyaçlarının karşılanması, yaşam ortamının iyileştirilmesi, birey ve ailesinin yaşam kalitesinin iyileştirilip geliştirilmesine yönelik faaliyetler bütünüdür. Sosyal bakım hizmetleri, teknik olarak ADLs (Activities of Daily Living) olarak adlandırılan yemek yeme, banyo, tuvalet, giyinme, soyunma, hareket etme gibi günlük yaşam aktivitelerini sağlamaya yönelik temel hizmetler ile IADLs (Instrumental Activities of Daily Living) olarak adlandırılan ev işleri, yemek yapma, alışverişe gitme gibi günlük yaşam aktivitelerini sağlamaya yönelik yardımcı hizmet desteğini içermektedir (Seyyar. A, Öz.CS, 2011). Evde sosyal bakıma verilecek en çarpıcı örnek, engelli bir çocuğun yaşlıları ile birlikte sürdürmesi gereken ancak olanakları doğrultusunda alamadığı eğitim ihtiyacını evinde ev öğretmenleri aracılığıyla gidermesidir. Bu nedenle evde sosyal bakım hizmeti

gereksinim duyan birey ile normal birey arasında fırsat eşitliği yaratma açısından da ayrıca önem arz etmektedir. Yine yaşlılıktan kaynaklanan yetersizlik nedeniyle tek başına temel ihtiyaçlarını gideremeyen bireyin günlük yaşam aktivitelerini sağlamaya yönelik temel ve destek hizmetleri (banyo, traş, ev düzeni gibi...) bu hizmet kapsamında değerlendirilebilir. Evde sosyal bakım hizmeti kapsamında değerlendirilen ve sosyal güvence-gelir durumu değerlendirilmesine göre ekonomik destek ihtiyacı olduğuna karar verilen bireye yönelik yapılan aynı (giyecek-yiyecek-ilaç yardımı vb.) ya da maddi desteklerde evde sosyal bakım hizmetinin diğer bir türüdür.

Evde rehabilitasyon hizmeti

Rehabilitasyon, bedenlen ya da ruhen engelli olarak kalan kişilerin başkalarına bağımlı olmadan yaşamlarını sürdürmeleri amacıyla yapılan çalışmalar bütünüdür. Rehabilitasyon hizmetlerinin evde sosyal bakım hizmeti ile evde tıbbi bakım hizmetini birarada bulundurma olasılığının yüksek olması, rehabilitasyon hizmetinin toplumun geneline daha fazla açık olması ve hizmet sunumunun sosyal ya da tıbbi evde bakım hizmetlerine göre kaynaklar açısından daha esnek olması nedeniyle sınıflandırma da ayrı ele alınmıştır. Bu hizmetler iki grupta incelenir:

Evde tıbbi rehabilitasyon hizmeti: Kişideki bedensel engellerin tıbbi müdahaleler ile düzeltilmeye çalışılmasıdır. Bu kapsamda sunulabilecek hizmetler:

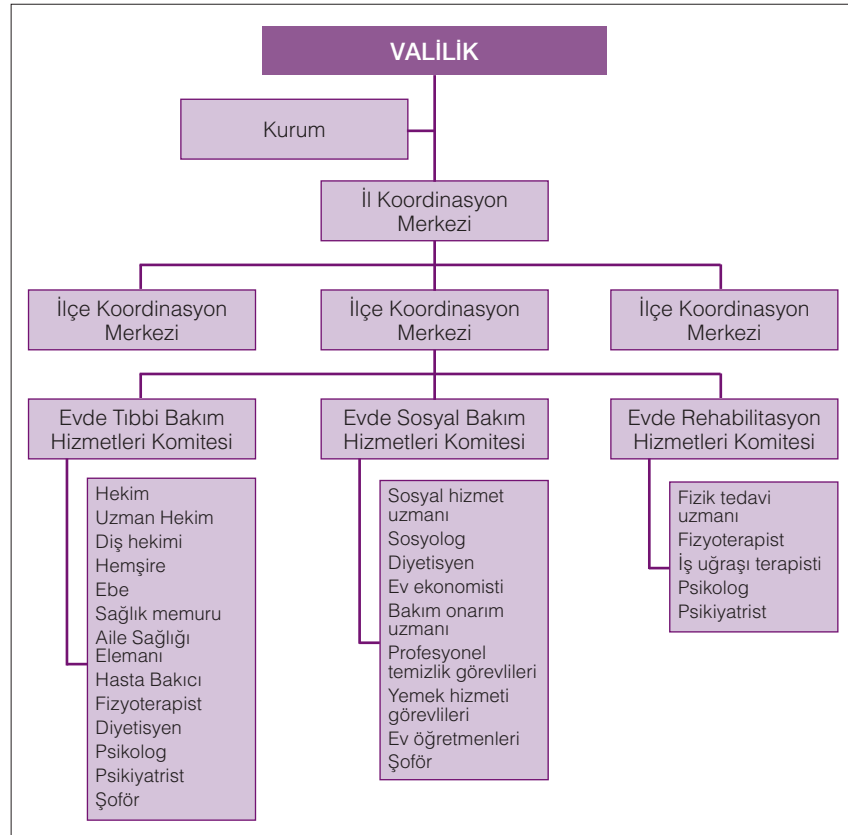
- Pediatrik rehabilitasyon
- Ortopedik rehabilitasyon
- Nörolojik rehabilitasyon
- Psikoterapi ve aile terapisi (vb.)

Evde sosyal rehabilitasyon hizmeti: Engellerinden dolayı çalışamayan kişilere başvurabilecekleri doğrultuda iş bulma, iş öğretme ve işe uyum sağlama çalışmalarının yanı sıra bireyin ihtiyaç duyduğu sosyal faaliyetlerin de gerçekleştirilmesine yönelik faaliyetlerdir.

- Evde eğitim hizmeti
- Evde özel uğraşı-hobi hizmeti
- İşaret dili/Mors alfabesinin öğretimi vb.

Hizmetin teşkilatlanması

Model ile etkin ve verimli bir evde bakım hizmeti sunumu için hizmet organizasyonunun tek bir merkezden sektörler arası işbirliğinin sağlanarak eşgüdümlü bir şekilde yürütülmesi; sektörler arası işbirliğinin sağlanmasında karar mekanizmasının yaptırımı açısından hizmet organizasyonunun valilik bünyesinde oluşturulacak "Evde Bakım Hizmeti İl Koordinasyon Merkezi" aracılığıyla



sağlanması önerilmektedir. Valilikçe oluşturulan il koordinasyon merkezi; hizmetin yürütülmesini ilçelerde ilçe koordinasyon merkezleri aracılığıyla sağlayacak, ilçe koordinasyon merkezleri çalışmalarını merkeze bağlı olarak ilçe toplum sağlığı merkezi, sağlık grup başkanlıkları, ilçe milli eğitim müdürlüğü, sosyal hizmetler, yerel yönetim kuruluşları, özel evde bakım hizmeti kuruluşları ile kamu yataklı tedavi kurumları, ağız diş sağlığı merkezleri, gönüllü kurum ve kuruluşların evde bakım hizmeti birimleri ile koordinasyonu sağlayarak yürütecektir.

Model ile hizmetin tek bir merkezden eşgüdümlü şekilde yürütülmesini sağlayacak şekilde hizmet sınıflandırmasında yer alan paydaş kuru/m/luşlara ait mevzuatların ortak bir havuzda toplanarak evde bakım hizmetlerine ait tek bir / birincil mevzuatın (kanun/yönetmelik) oluşturulması ve kendisine bağlı oluşturulacak yan mevzuatlarla yürütülmesi önem arz etmektedir.

Evde bakım hizmetleri finansmanı

Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin farklı kuru/m/luşlar tarafından yürütülmeye çalışılması, evde bakım hizmeti finansmanın da birbirinden bağımsız yöntemlerle karşılanmaya çalışıldığı göstermektedir. Modelimiz gereği etkin bir evde bakım hizmeti finansmanı sağlanması için evde bakım hizmetleri bütçesinin tek bir merkezin kontrolünde yürütülmesi önerilmektedir. Ancak hizmet sunumunun ülkemizde yeni yeni yapılan-

maya başlanması ve modelimizde hizmet sunulması planlanan birey sayısı hakkında net veriler bulunmadığından, evde bakım hizmetleri bütçesi hesaplanırken farklı kurumlar tarafından hizmet sunul/anması planlanmış nüfus ve harcama tutarı hesaplanmış ve tahmini evde bakım hizmetleri bütçesi oluşturulmaya çalışılmıştır.

Evde bakım hizmetleri gider bütçesi (2011 yılı için hesaplanan tahmini bütçe):

Evde bakım hizmetleri gider bütçesi; evde sosyal bakım hizmetleri (özürlülük ve yaşlılık) ve evde tıbbi bakım hizmetleri olmak üzere iki kategoride hesaplanmaya çalışılmış ve sonuca % 10 yönetim gideri eklenerek oluşturulmaya çalışılmış ve Tablo: 1'de açıklanmıştır.

Evde sosyal bakım hizmetleri gideri (tahmini): Evde sosyal bakım hizmetleri, yaşlılık ve SHÇEK tarafından evde bakım verilen ve verilmesi planlanan sayısal değerler üzerinden hesaplanmıştır.

Diğer (yaşlılık): DSÖ tarafından "geçmiş dönemlere göre fiziksel mental yetersizliklerin belirginleştiği dönem" olarak tanımlanan yaşlılık dönemi; 45-59 yaş arası orta yaş, 60-74 yaş arası yaşlılık, 75-89 yaş arası ileri yaşlılık, 90 ve üstü ise ihtiyarlık olarak 3 döneme ayrılmıştır. Bu çalışmada evde sosyal bakım hizmetine ihtiyaç duyabilecek grup olarak ileri yaşlılık döneminde yer alan 85 yaş ve üzeri nüfus ele alınmıştır.

TÜİK tarafından 2010 ADNK verilerine göre hazırlanan yaş grubu ve cinsiyete göre nüfusa bakıldığında ülkemizde 2010 yılı itibarıyla 85 yaş ve üzeri nüfus 317.312 kişi olarak bulunmuştur. SHÇEK tarafından hazırlanan 2010-2014 Stratejik Planında 2011 yılı içinde bakım verilmesi gereken yaşlı nüfus sayısı 2000 olarak belirlenmiş ve bütçesi 4.379.509,50 TL olarak ayrılmıştır. 2011 yılı yaşlı kişi başı bakım ücreti 2.189,7548 TL olarak bulunmuştur. Evde sosyal bakım hizmeti alması gerektiği düşünülen yaşlı nüfus sayısının 2011 yılı yaşlı kişi başı bakım ücreti çarpımı sonucu yaşlılar için evde sosyal bakım hizmetinin bütçesi 317.312 x 2.189,7548 = 694.835.475,097 TL olarak bulunmuştur.

SHÇEK (Özürlülük): SHÇEK Bakım Hizmetleri Stratejisi Eylem Planı 2011-2013 verilerinde 2009 yılında 210.320 özürlüye evde bakım verilmesini planlanmış ve 2010-2014 Stratejik Planı hazırlanırken 2009 özürlü evde bakım hizmeti alanların sayısı 200.000 şeklinde belirtilmiştir. SHÇEK tarafından her iki dönemde hazırlanan planlardaki hedef nüfus ile ulaşılan nüfus sayısı birbiri ile uyumlu olduğundan, çalışmada SHÇEK tarafından 2011 yılı hizmet götürülmesi hedeflenen nüfus 255.000 kişi ve bütçesi de 1.843.950.954,95 TL olarak kullanılmıştır. Toplamda evde sosyal bakım hizmeti alması gereken kişi sayısı 572.312 kişi ve evde sosyal bakım hizmetleri gider bütçesi de 2.538.786.430,05 TL olarak bulunmuştur.

Evde tıbbi bakım hizmetleri gideri (tahmini): Evde tıbbi bakım hizmetlerinin gider hesaplamasında Bakanlığımız Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 31.10.2011 tarihli “*Evde Sağlık Hizmetleri Türkiye Raporunda*” yer alan veriler fiyatlandırılmaya çalışılmış ve tahmini gideri yaklaşık 120.246.592,97 TL olarak bulunmuş; toplamda evde tıbbi bakım hizmeti alması gereken kişi sayısı da tabloda yer alan 104.991 kişi olarak değerlendirilmiştir.

Evde bakım hizmetleri gelir bütçesi (2011 yılı için hesaplanan tahmini bütçe):

Evde bakım hizmetlerine gelir bütçesi açısından baktığımızda Sağlık Bakanlığı ile SHÇEK'in 2011 yılı bütçelerinde evde bakım hizmetleri için hesaplanan toplam 2.924.936.325,32 TL giderin 1.964.197.547,92 TL karşılığıının olduğu görülmekte; kalan 960.738.777,4 TL bölümünün de Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü ile Milli Eğitim Bakanlığının da yer aldığı paydaş kurumların bütçelerinden evde bakım hizmetleri gelir bütçesine yapılacak bütçe transferi

Tablo 1: Evde bakım hizmetleri gider bütçesi (2011 yılı için hesaplanan tahmini bütçe)

Kurum	Kişi Sayısı	Harcama Tutarı
SHÇEK (Özürlülük)	255.000	1.843.950.954,95 TL
Sağlık Bakanlığı	104.991	120.246.592,97 TL
Diğer (Yaşlılık)	317.312	694.835.475,10 TL
Toplam	677.303	2.924.936.325,32 TL*

*Toplamı 2.659.033.023,02 TL olan Evde Bakım Hizmetleri Harcama Tutarına %10 Yönetim Gideri eklenerek bulunan tutardır.

Tablo 2. Evde bakım hizmetleri hizmet kalite standartları soru dağılımı tablosu

Evde Bakım Hizmetleri Hizmet Kalite Standartları (EBHKS)			Ana sorular	Alt başlık soruları	Puan dağılımı
1	Kurumsal hizmetler		15 Adet	43 adet	86
2	Destek hizmetleri yönetimi	Mutfak hizmetleri	4 Adet	10 adet	20
		Çamaşırhane hizmetleri	2 adet	4 adet	10
3	Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi		3 Adet	6 adet	14
4	Birey/hasta ve çalışan güvenliği		11 Adet	21 adet	42
5	Evde tıbbi bakım hizmetleri yönetimi		32 Adet	100 adet	212
6	Evde sosyal bakım hizmetleri yönetimi		7 Adet	25 adet	52
7	Evde rehabilitasyon hizmetleri yönetimi	Evde tıbbi rehabilitasyon hizmetleri	5 Adet	16 adet	34
		Evde sosyal rehabilitasyon hizmetleri	7 Adet	15 adet	30
Toplam			86 adet	240 adet	500

ile karşılanabileceği düşünülmektedir. Sonuç olarak sürdürülebilir etkin bir evde bakım hizmeti finansmanının sağlanması için hizmet organizasyonu sağlanırken hizmet sunumunda rol alan kamu/m/luşlara ait bütçenin tek bir havuzda toplanması, hizmetin sosyal güvenlik sistemine entegre edilmesi, sosyal güvenlik dışında kalanların ise evde bakımla ilgili oluşturulacak fonlar aracılığıyla hizmet finansmanının devamlılığın sağlanması önem arz etmektedir.

Evde bakım hizmetleri hizmet kalite standartları

“Evde Bakım Hizmetlerinin Hizmet Kalite Standartları” ülkemiz için yeni bir bakım modeli olan evde bakım hizmetlerine bir değer katmak, geliştirmek, kaynakların etkin ve verimlilik esaslarına göre yönetilmesinde rehberlik yapmak amacıyla hazırlanmıştır. EBHKS Form ölçeğinde yedi bölüm, bölümlerin toplamı olan 86 adet ana soru ve 240 alt başlıktan oluşmaktadır. Tüm sorular toplam 500 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Bazı alt başlıklar örnek amacıyla verilmiş olup; hizmetin gerektirdiği alanlara yönelik

değerlendirme sorularının geliştirilmesi önerilmektedir.

Kaynaklar

Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü www.bumko.gov.tr/TR/Genel/dg.ashx?DIL=1...15229...xls, (Erişim tarihi: 20.09.2011)

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Türkiye, 31.10.2011 tarihli raporu

SHÇEK Bakım Hizmetleri Stratejisi Eylem Planı 2011-2013 (19.01.2011-27820 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.)

SHÇEK Stratejik Plan Rapor 2010-2014, Ankara 2009

Seyyar. A, Öz. CS, <http://www.yerelsiyaset.com/v4/sayfalar.php?goster=ayrinti&id=1202> (Erişim tarihi: 20.09.2011)

Kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunumunda "F Klavye" gerçeği

Aytül Nurdan Yavuz Yılmaz



Anadolu Üniversitesi'nde iktisat lisansını tamamladıktan sonra (1993) İstanbul Üniversitesi'nde pedagojik formasyon eğitimi aldı. Uzun yıllar özel sektörde yöneticilikte bulundu. Farklı üniversitelerde ders verdi. Eylül 2011 tarihinden beri Acibadem Üniversitesi'nde Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Program Danışmanı ve öğretim görevlisi olarak görev yapmaktadır.

Yrd. Doç. Dr. Gülfer Bektaş



İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun olduktan sonra (1988) hastane ve sağlık kuruluşları yönetimi yüksek lisans ve doktora programlarını tamamladı. MÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde 2003 - 2011 yılları arasında öğretim üyeliği yaptı. Sağlık Bakanlığı Ebelik-Hemşirelik Danışma Kurulu Üyeliği ile Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı "Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik" Özel İhtisas Komisyonu Üyeliği'nde bulundu. Halen Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanlığı yapmaktadır.

Yrd. Doç. Dr. Hakan Özveri



İstanbul Atatürk Fen Lisesi'nden mezun oldu. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ndeki lisans eğitiminin ardından (1991) üroloji uzmanlığını tamamladı. Halen Acibadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesidir. Aynı zamanda Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik bölümünde program başkanıdır.

Doç. Dr. Arzu İrban



İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İngilizce Tıp Bölümü'nden mezun olduktan sonra (1996) anestezi ve reanimasyon uzmanlığını tamamladı. Marmara Üniversitesi Nörolojik Bilimler Enstitüsü'nde Anestezi ve Reanimasyon Klinik sorumlusu olarak çalıştı. Ocak 2010'da Anestezi Doçenti olduktan sonra Mart 2011'de Avrupa Anestezi ve Yoğun Bakım Boardu (DESA)'nu aldı. Nisan 2011'de Sağlık Bakanlığı'ndan Algoloji Uzmanlığını aldı. 30'u SCI dergilerde yayınlanmış nörolojik ve ağrı üzerine olmak üzere 50'den fazla makalesi bulunmaktadır. Halen, Acibadem Üniversitesi'nde öğretim üyesi olarak çalışmakta ve 14 SCI dergide hakemlik yapmaktadır.

Günümüzdeki rekabet ortamında gelişime ve değişime ayak uydurmak, sektörde kalıcı olarak, sürdürülebilir büyümeyi devam ettirmek ve lider olabilmek için bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeyi ve değişimi takip etmek yeterli değildir. Yaşadığımız bilgi çağında, gelişmiş teknolojileri ve bunlara uygun kurulmuş sistemleri, bilgi ve becerisiyle kullanacak olan nitelikli insan kaynağı en önemli faktördür. İşletmelerden, donanımlı yöneticiler ve çalışanlar olmadan yeterli verim alınamaz. Teknolojik gelişmeler onları kullanabilecek donanıma sahip eleman

ihtiyacını da beraberinde getirmektedir. Bilgi çağında; bilginin hızlı, eksiksiz, doğru olarak elde edilmesi ve işlenmesi, sentezlenmesi nitelikli elemanlar sayesinde gerçekleşir. Gelişmiş toplumlar, yatırımda öncelik sırasını insanın gelişimine vermişlerdir. Geleceğe dönük bilginin işlenmesi açısından bu yatırım çok önemlidir.

Sağlıklı olmak, toplumda yaşayan tüm bireylerin vazgeçilmez hakkıdır. Hastanelerde sağlık hizmetlerinin aksaması hasta memnuniyetini yakından ilgilendirmektedir.⁽¹⁾ Toplumların, gelir ve yaşam düzeylerinin yükseltilmesi sağlıklı bireylerin varlığı ile mümkündür.⁽²⁾

Sağlıklı insanlardan oluşan toplumlarda kişilerin etkinliği ve verimliliği de artmaktadır. Günümüz işletmelerinde önemli başarı ölçütlerinden biri verimliliğidir.⁽³⁾ Verimlilik, işletmenin üretim sürecinde girdiler oluşturarak (işgücü, sermaye, malzeme, takım, enerji, bilgi vb.) kaynakların etkin bir biçimde kullanımı ile hedeflenen çıktıyı sağlama durumudur.⁽⁴⁾ Sağlık hizmeti veren kurumlar; kaliteyi ve verimliliği artırmak, maliyetleri düşürmek, yönetsel açıdan denetim, planlama ve üretim ihtiyaçlarını belirlemek adına bilgisayar tabanlı bilgi sistemlerine yönelmektedirler. Modern bilgi ve iletişim teknolojileri, sağlık hizmetlerinin niteliğini, etkinliğini ve verimliliğini büyük ölçüde

artırabilmekte, bu hizmetleri standartlaştırmış, ölçülebilir ve karşılaştırılabilir biçimde vermeyi sağlayabilmektedirler.⁽⁵⁾

Tıp bilişimi hastaların bakımlarının ve tedavilerinin belirlenmesi, seçilmesi ve geliştirilmesini ve bilginin oluşturulması, biçimlendirilmesi, paylaşılması ve uygulanmasını, rasyonel biçimde inceleyen disiplindir. Tıp bilişimi, sağlık kurumlarının oluşturulması ve işletilmelerinin organizasyonunu da inceleyen ve yönlendiren bir disiplin olarak da tanımlanmaktadır.⁽⁵⁾ Sağlık kurumlarında, verilerin kullanımı ve bilgiye dönüştürülmesinde yoğun olarak bilgisayar teknolojilerinden yararlanılmaktadır. Bilgisayar otomasyonu, tıbbi ve finansal hizmetle ilgili çok miktardaki verinin bilgisayara dayalı bir enformasyon sistemi ile kayıt altına alınıp, işlenmiş bilgiye dönüştürüldüğü ve yine yönetim karar desteği ile tıbbi hizmetler için kullanılan bir hastane otomasyon sistemini kapsamaktadır.⁽⁶⁾ Sağlık kurumlarında uygulanmakta olan otomasyon çalışmaları başlangıçta evrak işlerinin azaltılması, nakit akışının ve yönetsel kararların iyileştirilmesini amaçlarken; zamanla ilgi alanı değişerek, hastanın tüm yaşamı boyunca tutulan her türlü bilgileri “Bilgisayar Tabanlı Hasta Kayıt Sistemleri” (BHKS) içerisine entegre edilmiştir. Hasta kayıtları, bir hastanın sağlık durumu ile ilgili temel bilgi deposudur ve bir şekilde sağlık hizmeti sunan veya alan herkesi yakından ilgilendirmektedir. Bu nedenle hastaya ait tüm verilere gereksinim duyulan her yerde, elektronik olarak erişilebilmesi amaçlanmaktadır.⁽⁷⁾ Gerekliğinde hızlı ve etkin bir tedavi görmek, tüm bireylerin en doğal beklentisidir. Bireylerin giderek daha bilgili, yüksek beklentili ve hareketli olduğu, kurumların ise giderek uzmanlaştığı bir ortamda, çeşitli basamaklardaki bakım hizmetlerinin entegre ve sürekli bir hizmetler bütünü olarak alınabilmesi de günümüz toplumlarının öncelikli talepleri arasındadır. Bireylerin daha sağlıklı kılınmaları veya hastaların daha iyi tedavi ve bakım görmeleri ancak yetkili sağlık çalışanlarının doğru ve eksiksiz sağlık bilgilerine gereken yerde ve gereken zamanda ulaşabilmeleri ile mümkündür.⁽⁵⁾ BHKS alanındaki gelişmelerin, sunulan sağlık hizmeti kalitesinin iyileştirilmesine büyük katkıları olmaktadır. Hasta kayıtlarının başlıca üç açıdan sağlık hizmetlerine katkısı vardır.⁽⁸⁾

- Sağlık personelinin verilere erişimini kolaylaştırarak sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırmaya yardımcı olur.
- Sunulan sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi için, klinik verilere elektronik ortamda erişime olanak vererek araştırma kolaylıkları sağlar.
- Personelin üretkenliğini iyileştirerek, hastane verimliliğini artırmakta ve maliyetleri düşürmektedir.

Hastanelerde bilgisayar destekli yönetim sistemlerinin kurulması; gerek tıbbi bilgi sistemlerinin, gerekse yönetsel bilgi sistemlerinin daha iyi organizasyonunu sağlamaktadır.⁽¹⁾ Hastanelerde bilgisayar sistemlerine geçmenin, hizmetlerin hızlandırılarak kalitenin yükseltilmesi, zamandan tasarruf edilmesi ve bilgiye eksiksiz ve anında ulaşma gibi etkileri de yadsınamaz. Bilgisayar sistemlerinin kullanımı sırasında, donanım ve yazılım kadar insan faktörünün de önemli bir bileşen olduğu görülmektedir.⁽¹⁾ Sağlık alanında artan bilginin depolanma, çoğaltılma ve üretilme ortamlarının -artan bilginin kâğıt üzerinde tutulmasının imkânsız hale dönüşmesiyle birlikte- bilişim teknolojileri üzerinde olması kaçınılmazdır. Sağlık ve tıp bilgisi öyle bir hızla artmaktadır ki, yeni bilgi işleme yöntemleri ve bilişim teknolojileri kullanmadan eski ve yeni bilgileri takip etmek, depolamak, düzenlemek ve istediğimiz bilgiye ulaşmak olası görünmemektedir. Bilişim teknolojilerinin sistematik kullanımı ile sağlık hizmetinin kalitesi artacaktır. Sağlık ve tıp bilişimi alanında kaliteli eğitimin öneminin anlaşılması sonucu ise, tüm dünyada iyi eğitim almış sağlık çalışanlarının etkisiyle sağlık hizmetinin niteliğinin ve verimliliğinin artması beklenmektedir.⁽⁹⁾

Günümüzde tıbbi kayıtları tutacak, arşivleyecek ve gerekli durumlarda kullanıcının hizmetine sunacak kişilerde, özel beceri ve yetenekleri geliştiren eğitim almış olma şartı aranmaktadır. Tıbbi sekreterler, sağlık kuruluşlarının birçok bölümlerinde görev almaktadırlar. Sağlık hizmetine duyulan ihtiyacın artması, kayıt işlemleri ve doküman yükünü de beraberinde getirmektedir.⁽¹⁰⁾ Sağlık hizmetinde veri ve bilgilerin işlenmesinin gerekliliği, kurumların yönetilmesinin ve hastaya yaklaşımın başarılı olması için kaliteli verinin önemi, kurumsal bilgi stratejisi ve eğitilmiş personelin gerekliliğini doğurmaktadır. Sağlık hizmeti veren kuruluşların artmasıyla birlikte, bu hizmete harcanan para miktarı artmış ve buna karşılık hastaların beklediği hizmeti alamaması, onları kaliteli hizmet arayışına itmiştir. Doğru teşhis, doğru tedavi, beklemeksizin ve güler yüzlü hizmet, temiz hastane, ferah bir ortam, uygun fiyat, vb. gibi hasta memnuniyetine dönük faaliyetlerin bütünü, sağlıkta kalitenin unsurları olarak değerlendirilebilir.⁽¹¹⁾ Konya ilinde, “yatakla tedavi kurumları” unvanına sahip 10 sağlık organizasyonunda yapılan “Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği”nden, çarpıcı sonuçlar çıkmıştır. Genel olarak hastanede verilen sağlık hizmetleri dikkate alındığında hizmet alınan hastanenin tekrar tercih edilme ve başkalarına tavsiye etme durumunda, “kayıt işlemlerinin kolay ve hızlı gerçekleşmesi” faaliyetlerinden

Sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumlarında “on parmak klavye tekniği” ve Türk diline uygunluğu nedeniyle sağladığı katma değerle F Klavye kullanımına önem verilmelidir. Sağlık kurumlarında on parmakla yazma ve kullanma yönteminin yaygınlaşmasıyla beraber hasta kayıt ve muayene gibi özellikle yazı ve veri giriş işlerindeki zaman ve emek kaybı büyük oranlarda azalacaktır.

memnun kalmadıkları görülmektedir. Son yıllarda sağlık sektöründe özellikle kayıt işlemlerinde yaygın bir biçimde kullanılan bilişim sistemlerine rağmen hastaların kayıt işlemlerinin kolay ve hızlı gerçekleşmediğini düşünmeleri anlamlıdır ve önemle dikkate alınmalıdır. Özellikle özel hastanelerde acil hizmet talep eden hastaların sağlık güvenceleri ile ilgili işlemlerin tamamlandıktan sonra ilgilenildiği konusunda önemli şikâyetlerle karşılaşmıştır. Bilişim sistemleri, altyapısını etkin bir biçimde yapılandırdığı halde, muayene olabilmek için beklenen süre, laboratuvar ve kayıt işlemlerinden kaynaklanan memnuniyetsizliği giderme konusunda hastanelerin yöntem değişikliğine gitmeleri zorunludur.⁽¹²⁾ Bilişim teknolojilerinin bu kadar geliştiği ve her tür sektöre bir katma değer kattığı bir çağda, hastaların rutin kayıt işlemleri için bekletilmesi, teknik hizmet kalitesi algılamasını olumsuz olarak etkilemektedir. Bilgiyi toplama, saklama, işleme, yeni bilgiler üretme ve üretilen bu bilginin paylaşımında büyük bir hız ve kolaylık sağlayan bilgisayar teknolojilerinde, veri girişini sağlayan en önemli öge “klavye”dir. Klavyenin etkili ve doğru biçimde kullanılması “on parmak yazı yazma tekniği” ile mümkündür. Bu yöntem, kişisel verimliliği büyük ölçüde arttırdığı gibi, buna bağlı olarak toplumsal verimliliğin artmasında da olumlu yönde katkıları olacaktır.⁽¹³⁾ “On parmak”la hızlı yazı yazabilmek için öncelikle dilimize uygun tasarlanmış olan, standart Türk Klavyesi (F Klavye) kullanımı tercih edilmelidir.⁽¹⁴⁾

Klavye

Klavye; üzerinde harf, rakam ve sembollerin bulunduğu, veri girmek için kullanılan tuşlar topluluğudur. Dünyada, klavyelerin oluşturulması konusunda bir standart bulunmamakta ve değişik dilleri konuşan toplumların ses, hece ve harf ayrıcalıklarına göre düzenlenmiş farklı klavyeler kullanılmaktadır. Ülkemizde iki tip klavye kullanılmaktadır. "F Klavye" ve "Türkçe-Qwerty (Q) Klavye".

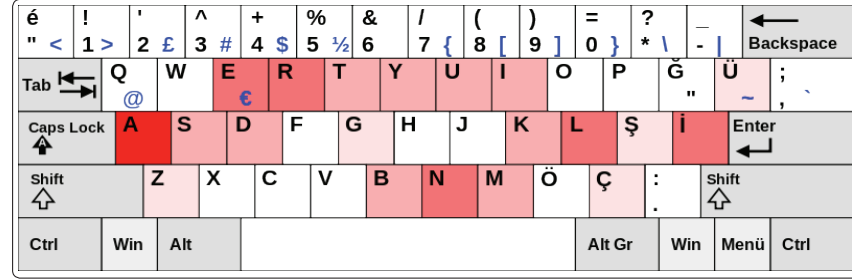
Q Klavye, ne İngilizce ne de başka bir dile uygun olarak geliştirilmiştir. Daktilografi makinelerinin icadı ile çabuk yazabilen ve herkesin kolay okuyabileceği standart yazıların yazılması amaçlanmaktaydı. Daktilonun mucidi olan Christopher Sholes,⁽¹⁵⁾ 1874 yılında makineyi icat ettiğinde, o zamanki klavye düzeni alfabetik sırayla dizilidir. Patent alarak ilk çalışan örnekleri ortaya koyduğunda, cihazın tasarımından kaynaklanan mekanik bir sorun ortaya çıkar.⁽¹⁶⁾ Basma hızı iyi ayarlanmadığı zaman, harflerin üzerinde bulunduğu kollar aynı anda havalanır ve birbirine takılır ve ne kadar hızlı yazmaya çalışılırsa, takılma yüzdesi daha da artar. Özellikle, peş peşe gelen ve aynı elin kullanıldığı durumlarda sorun daha fazla olur. Sholes,⁽¹⁵⁾ teknik olarak aşamadığı bu sorunu en aza indirmek için, kullanıcının hızlı yazmasını engellemek için yollarını arar, bunun için de harflerin yerlerini olabildiğince karıştırarak, İngilizcede en çok kullanılan harfleri, parmakların en zor ulaşabileceği yerlere yerleştirmeyi uygun görür. Q Klavye adı verilen harf dizilimi bu şekilde ortaya çıkar (Şekil 1). On parmakla bakmadan yazma tekniğinin bilinmediği zamanlarda, klavye düzeni çok önem arz etmediğinden sürekli yazma sırasında en çok kullanılan harflerin birbirine takılmasını önlemek için birbirinden aralıklarla konulması, dağıtılması yoluyla sorun çözülmüş görünüyordu.

On parmakla bakmadan yazma tekniğinin gelişmesiyle birlikte, Q Klavyenin bu rastgele harf dizilimi İngilizce yazımı zorlaştırdığından İngilizceye uygun bir standart geliştirmek için Washington State Üniversitesinden Prof. Dr. August Dvorak,⁽¹⁷⁾ 1932 yılında İngilizcede çok kullanılan harflerin klavyenin en kolay ulaşılabilir yeri olan orta sırasına toplandığı bir klavye dizilimi önerir. Maliyet ve mevcut alışkanlıklar sebebiyle bu dizilim hayata geçemez. (Şekil 2).

F Klavye

Uluslararası Bilgi İşlem Federasyonu (INTERSTENO) Onursal Başkanı İhsan Yener, bilimsel temellere dayalı standart bir Türk Klavyesi geliştirilmesinin zorunluluğuna inanmış ve bu konuda 1946'dan itibaren çeşitli çalışmalar yapmıştır. 1955

Şekil 1: Qwerty (Q) Klavye



Şekil 2: Dvorak Klavyesi



Şekil 3: F Klavye



Şekil 4: F Klavyede parmakların yerleşimi



yılı itibarıyla de kendisinin başkanlığında, uzmanlardan oluşan bir komisyon ile birlikte; Türk Dil Kurumu sözlüğündeki toplam 30 bin kök kelimenin içinde hangi harften kaçar tane bulunduğunu tespit edip, istatistik haline getirmiştir (Tablo 1).⁽¹⁸⁾

Daha sonra eklentilerin kullanılması oranlarını da inceleyerek, parmakların fiziki güçleri ve hareket yetenekleri de değerlendirilerek, sol ele % 49, sağ ele % 51 oranında olacak şekilde Türkçe sözlerde çok sık kullanılan seslerin karşılığı olan harfler F Klavyede en kolay ulaşılacak yerlere serpiştirilmiştir. Bu düzenleme ile Türkçenin fonetik (harflerin ses değerleri) özelliğine de uygunluk bakımından, sesli harflerin yazılması sol ele bırakılmıştır. Parmaklara düşen yük oranları parmakların fiziki gücüne ve hareket yeteneğine uygun olarak saptan-

mış, gerçek yük klavyenin orta sırasına verilmiştir. Türkçede harflerin kullanılması oranları, ünlü-ünsüz ses ilişkileri, hece ve söz yapısı, parmakların kuvvet, yetenek ve işlevlikleri göz önünde bulundurularak üretilen F Klavye, bu özellikleri bakımından Türkçeye çok uygundur.⁽¹⁹⁾ Tanış'ın⁽²⁰⁾ yaptığı bir araştırmada; parmakların fiziksel güçleri ve hareket özellikleri göz önüne alınarak oluşturulan klavye daha başarılı olduğu vurgulanmaktadır. Bu bilimsel dizin, 20 Ekim 1955 tarihinde Standart Türk Klavyesi olarak resmen onaylanmıştır. 1963 yılında Gümrükler Kanunu, yurtdışından yapılacak ithalatta F Klavyeyi mecburi standart olarak kabul etmiştir.⁽²¹⁾

1955 yılında, kullanılmakta olan klavyelerin verimsizliği görünerek yapılan çalışmalar sonucu ortaya çıkan F Klavye şu özelliklere sahiptir:

Tablo 1: Otuz bin Türkçe kelimenin ölçüt alındığı bir değerlendirme

A Harfi	26.323	E Harfi	16.308
K Harfi	13.542	İ Harfi	13.384
M Harfi	11.263	L Harfi	10.496
T Harfi	9.669	R Harfi	8.698

Tablo 2: F Klavye – Q Klavye karşılaştırması

	1955- F Klavye	1996- F Klavye	1996- Q Klavye
Üst Sıra	% 24.1	% 33.58	% 37.84
Temel Sıra	% 63,9	% 53.08	% 39.83
Alt Sıra	% 12.0	%13.34	% 22.33

Tablo 3: Ellerin yük oranı

	1955- F Klavye	1996- F Klavye	1996- Q Klavye
Sol El	% 49	% 41.30	% 42.78
Sağ El	% 51	% 58,70	% 57.22

- Parmaklar üst sıraya, alt sıraya göre daha rahat ulaştığından, yoğunluğu çok olan harfler temel sıra, üst sıra, alt sıra biçiminde,
- Türkçe sözcük yazımındaki bir sesli, bir sessiz bağlantısı göz önünde tutularak her iki elin parmaklarının birbiri arkasına sıra ile kullanılması olanağını vermek için bütün sesliler bir elde toplanmıştır. Az geçen sessizler de sol ele alınmıştır.
- Sağ el, sol ele oranla daha güçlü olduğundan, en çok kullanılan sessiz harfler sağ ele,
- Parmaklara düşen yük oranları, parmakların fiziki güçleri ve hareket yetenekleri göz önünde tutularak düzenlenmiştir.
- İşaret parmağı, serçe parmağına göre daha güçlü olduğundan, sık kullanılan harfler işaret parmağından serçe parmağa doğru sıralanmıştır.
- Bir el ile arka arkaya iki harfin yazılması oranı %10'dur.
- Bir parmak ile birbiri arkasına vurma oranı %1'dir.
- Verim artışı % 60'dır.
- Türkçedeki 29 bin 934 sözcükteki 183 bin 596 harf tasnif edilerek hazırlanmıştır.

1955 yılında kısıtlı imkânlarla yapılan araştırma ve istatistiklerin, bilgisayar ortamında yeniden yapılandırılarak daha geniş bir araştırma yapıp arada ne tür farkların olduğu ve F Klavyenin ne kadar bilimsel olduğunu tespit etmek üzere, 1996 yılında Doç. Dr. Işık Şifa Üstüner ve Güven Tanış'ın⁽²⁰⁾ yapmış olduğu ve 1996 Bilişim Fuarında bildiri olarak sunulan çalışmada; o yıllarda yapılan çalışmanın baştan savma olmadığı ve ne kadar bilimsel olduğu açıklanmıştır. Buna göre; 1955 yılında Türkçede geçen 29 bin 934 sözcükteki, 183 bin 596

harfin yüzde olarak yinelenme oranları ve 1996 yılında Türkçede geçen 250 bin 148 sözcükteki, 1 milyon 396 bin 651 harfin yüzde olarak yinelenme oranları karşılaştırılmış ve ilk yapılan çalışmanın ne kadar bilimsel olduğu kanıtlanmıştır (Tablo 2 ve 3).

Yapılan bir araştırmaya göre; F Klavyeyi 10 parmak yazan bir Türk ile Q Klavyeyi 10 parmak yazan Amerikalılara aynı İngilizce metin verildiğinde, Amerikalılar dakikada 32-35 sözcük yazarken; Türklerin 72 sözcük yazdıkları görülmüştür. Bu da F Klavyeyi, sadece Türkçe klavye olduğu için değil, bilimsel bir klavye olduğu için tercih edilmeli gerçeğini ortaya koymaktadır. Temmuz 2011'de Paris'te yapılan "Dünya Bilgisayar Klavye Şampiyonalarında", 30 dakikalık sürat şampiyonasında bir Türk genci, bir dakikada net 139 sözcük yazarak dünya şampiyonu olmuş ve yıllardır alınan şampiyonluklara bir yenisini daha eklemiştir. Türk dilinin fonetik özelliğine dayanarak, on parmakla yazma yöntemi için çok verimli bir standart Türk klavyesi var olduğu halde, Q Klavyeyi dünya standardı zanneden kullanıcılar, bilgisayar kullanımındaki verimsizliğin en büyük etkeni olmaktadır.⁽²²⁾

Sonuç

Sağlık kurumlarında verilerin kullanımı ve bilgiye dönüştürülmesinde yoğun olarak bilgisayar teknolojisinden yararlanılmakta ve sağlık hizmeti kalitesinin iyileştirilmesine çok büyük katkılar sağlanmaktadır. Sağlık personeli yetiştiren tüm eğitim kurumlarında içerik ve sunumu nitelikli "tıp bilişimi" dersleri müfredatta yer almalıdır. Bu müfredatta yer alacak olan bilgisayar okur-yazarlığı dersinin faydaları nedeniyle "on parmak klavye tekniği" ile başlaması ve Türk diline uygunluğu nedeniyle sağladığı katma değerle F Klavye kullanımı ile bu eğitimin gerçekleştirilmesi daha uygundur. Sağlık kurumlarında on parmakla klavyeye bakmadan yazma ve kullanma yönteminin yaygınlaşmasıyla beraber hasta kayıt ve muayene gibi özellikle yazı ve veri giriş işlerindeki zaman ve emek kaybı büyük oranlarda azalacak, bu da hasta memnuniyetinde artışa neden olurken, kurumların tekrar tercih edilmelerine olumlu katkılar sağlayacaktır.

Kaynaklar

- 1) Koç E, Yıldırım P. Hastane Yönetim Sistemlerinde Bilgisayar Teknolojisi Kullanımına Yönelik Bir Araştırma. Okan Üniversitesi, İstanbul, 2011, s.1.
- 2) Özcan İ. Bilgisayar Destekli Hastane Yönetim Bilgi Sistemleri ve Örnek Olaylar. Marmara Üniversitesi, İstanbul, 1993, ss.1-5.
- 3) Erden S, Gönen Y.Ö, Öztürk F.Ü. İş görenleri Motive Eden Faktörlerin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması. Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Örneği, 7. Ulusal Büro Yönetimi ve Sekreterlik Kong-

resi Kitabı, Trabzon, 2008, ss.169-187.

4) Çakmak V, Çöğürçü İ, Duman H, Delen F. Yöneticilerin Büro Personeli olarak Çalışanlardan Beklentileri Üzerine Bir Araştırma. Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi, KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 13(20): 2011, ss.65-73.

5) Musoğlu E, Kitapçı M.T, Çalıkoğlu T. İkibinli Yıllar Türkiye'sinde Sağlıkta Bilgi Stratejileri. TÜBİTAK, Ankara, 2001, s.6.

6) Oben K. Hastane Otomasyonu. Modern Hastane Yönetimi, İstanbul, 1998, s.15.

7) Alpkoçak A. Bilgisayar Tabanlı Hasta Kayıt Sistemleri ve İnternet. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2009.

8) Richard S. Dick, Elaine B. Steen and Don E. Detmer. The Computer-based Patient Record: An Essential Technology for Health Care. National Academic Press, Washington D.C. 1997.

9) Saka O, Gülkesen K.H. Tıp Bilişimi Eğitimi. Akdeniz Üniversitesi, TÜBİTAK, Ankara, 2001 s.91.

10) Yılmaz A, Bektaş G, İrbán A. Sağlık Hizmetlerinde Tıbbi Dokümantasyon Ve Tıbbi Sekreterlik Mesleğinin Gelişimi ve Eğitimine Genel Bir Bakış. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012, (Baskıda).

11) Morgil O, Küçükçirkin M. TOBB'ın Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı: 1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1995.

12) Zerenler M, Öğüt A. Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Konya, 2007, s.18. s:5

13) Ünlü A. 26 Saatte On Parmak Öğreniyorum. Yelken Basım Yayın, Temmuz 2011, s.5.

14) Öztoprak M.T, Koç Ö. Klavye Teknikleri. Seçkin Yayıncılık, İstanbul, 2007, s.5.

15) <http://www.wikipedia.org/wiki/qklavye> (Erişim tarihi: 27.01.2012 00.33).

16) Bengü S. Özel Eğitimde F Klavyenin Önemi. <http://www.rehabilitasyon.com> .(Erişim tarihi: 24.01.2012)

17) Muhit E.O. F Klavyenin Tarihi. Pusula Dergisi, Deniz Harp Okulu, S.69, 2011.

18) Gönüllü H. F Klavyenin Öyküsü. Hürriyet, 30.11.2005.

19) Akalın Ş.H. Q Klavye Sorunu ve Bilgisayarlarda Türkçe Karakterler. Çukurova Üniversitesi Türkoloji Araştırmaları Merkezi, Türk Dili Dergisi, S.616, Nisan 2003, ss.353-356.

20) Tanış G. Klavye Teknikleri. Ankara, 2009, s.4.

21) "Bilgisayar Klavyesinin Teknik ve Bilimsel olarak F Klavye ile Bakmadan On Parmakla Kullanılması ile İlgili Rapor" Bilimsel Çalışma. İletişim ve Gelişmeler Destekleme Demeği, İn-tersteno Türk Grubu Başkanlığı, İstanbul, 2009, <http://www.intersteno.org> (Erişim tarihi:27.01.2012).

22) Sadi G. Bilgisayarda Hızlı Yazma Tekniği: F Klavye. Avcıol Basım Yayımları, 2011.

Prof. Dr. Yusuf Ziya Özcan: Polonya'da tek pervaneli tayyarelerle uçup stres atacağım

Röportaj: Ömer Çakkal

YÖK'ün eski Başkanı Prof. Dr. Yusuf Ziya Özcan, sıra dışı tarzı ve reformları ile yükseköğrenim yaşamımızda iz bıraktı. Liberal, özgürlükçü ve açık sözlü tavırları ile dikkat çeken Özcan; kontenjanları artırdı, üniversiteler arasında işbirliğine yönelik adımlar attı, başörtüsünden ötürü okul kapılarından çevrilen öğrencilerin önünü açtı, meslek liseleri ve imam hatiplere yönelik katsayı probleminin aşılmasında rol oynadı. Demeçleri zaman zaman tartışıldı. Motor üstündeki, tayyare koltuğundaki fotoğrafları ilgiyle izlendi. Geçtiğimiz yılın sonunda görevini Prof. Dr. Gökhan Çetinsaya'ya devretti. O günden beri ne yapacağı merakla beklenen Özcan'ın Polonya'ya büyükelçi olarak atandığı haberi geldi. Gitmeden önce

Haziran ayında kendisiyle buluşup Türk yükseköğrenimindeki mevcut fotoğrafı konuştuk. Biraz da motor, hayvan, tayyare tutkusunu ve sağlığını...

“Şehir ve üniversite, Yale ve Oxford’un kuruluşundan beri çatışmış”

Dünyada yeni dönemdeki üniversite algısı ve işleyişi ve geçmişle farklılıkları hakkında neler söylersiniz?

Üniversite, tarihi itibarıyla birkaç farklı misyon üstlenmiştir. Başlarda tamamen bilginin bilenlerce bilmeyenlere aktarıldığı bir müessese idi. Ta eski Yunanda ve Aristo döneminde böyle idi. Hoca, öğrencilerini alır, bahçe gibi bir yerde

yeşillikler arasında bildiklerini onlara naklederdi. Bilgi alanların sayısının çok arttığı Orta Çağ sonrasında ise bilginin nakli gruplarca yapıldı. Yani bir grup öğretmen, bir grup öğrenciye bilgiyi aktarmaya başladı. Bilimin gelişmesi ile birlikte üniversiteler yalnızca bilginin aktarıldığı değil üretildiği yerler olmaya başladılar. Daha önceden bilginin üretilmesi işi tek tek fertlerin üzerinde ilerlerken kurumsal bir hüviyet kazandı.

Üniversitenin bir şehre, bir bölgeye, bir ülkeye katkıları nelerdir?

Şehir ve üniversite arasında tarih boyunca her zaman güzel ve hoş ilişkiler olmamış. İlk çağlardan beri şehir ve üniversite arasında çatışmalar çıkmıştır. Çünkü bir mekânda oturanlar; o mekâna dışardan







“Şehir ve üniversite arasında tarih boyunca her zaman güzel ve hoş ilişkiler olmamış. Bu durum Oxford’da bile kargaşaya neden olmuş. Mesela Yale Üniversitesi’nin Rektörü, bulundukları yerdeki papazın yetersiz olduğunu söyleyip ayinlerini üniversite içinde yapmak istiyor. Bu durum dindar halkı çok rahatsız ediyor. Halk şehirde ne zaman bir öğrenci görse yakalayıp dövmeye, öğrenciler ise halka ait binaları yakmaya başlıyorlar.”

gelip oranın imkânlarını kullanan ve kendi değerleri ile hiçbir ortaklığı olmayan hatta bazen kendi dilini bile kullanmayan -eskiden biliyorsunuz eğitim Latince oluyordu- insanlardan pek hoşlanmazlar. Giyimleri farklı, yedikleri farklı, konuşmaları, hayata bakışları farklı iki grup var. O yüzden daima mekânda oturanlar ile o mekâna eğitim için gelenler arasında tarih boyunca bir sürtüşme olmuştur. Pek de öyle “*Bunlar bilim yapıyorlar, hoş gelmişler safa getirmişler*” durumu yok yani. Ama sonradan üniversitenin eğitim yanında hizmet ayağına toplumun ihtiyacı olduğu anlaşılıyor ve şehirle üniversitenin ilişkisi düzelmeye başlıyor. YÖK Başkanlığım döneminde bunun üzerinde durmaya çalıştım: Üniversiteler çevrelerine yardımcı olmalı, çevresini kalkındırmalı. Geçmişte üniversitelerimiz bulundukları yer ve oranın sorunlarından çok uzak kaldılar ve bir anlamda misyonlarını tamamladılar.

Anadolu’da bazı şehirlerde özellikle muhafazakâr reflekslerle üniversite kuruluşuna karşı “Ahlakımız bozulacak” türünden refleksler gelişebiliyor. Ben buna 90’ların sonunda memleketim Çorum’da tanık olmuştum. Şehir ahalisi adeta akademiye tırnaklarını çıkartabiliyor değil mi?

E tabi, bu dediğiniz Batı’da yaşayanların bizdeki versiyonlarından biri. Şehirde yaşayanlar, üniversite kurulduğunda düzenlerinin bozulacağından endişe ediyorlar. Nitekim de öyle oluyor. Her birinin değerleri, duygu-düşüncesi birbirinden farklı öğrenciler sinemaya gidiyor, barlara gitmek istiyor. Hâlbuki

orada yaşayanların bu gibi yerler hakkında bilgisi olmayabiliyor. Giyimleri farklı olabiliyor. Mesela mini giyinebiliyorlar. Şehir halkının geleneklerine, dini anlayışlarına ters gelebiliyor. Bu öğrenciler şehir içinde bazı semtlerde daha rahat hareket ederken bazı semtlerde o kadar özgür hissetmeyebiliyorlar. Gazetelerde de okuyorsunuz, mesela Ramazan gününde çocuk oruç tutmuyor diye halk onu çevirip dövebiliyor. Ama yıllar içinde şehirli halk, üniversitenin oluşturduğu alt kültürü tolere edecektir, ediyor da.

Bu ilişki, “Efeköy entelköye karşı” filmindeki gibi dönüyor yani... (Kahkahalar)

Aynen, ona benzer bir ilişki. Ben bunu geriye doğru biraz araştırdım, bu durum Oxford’da bile kargaşaya neden olmuş. Mesela Yale Üniversitesi’nin Rektörü, bulundukları yerdeki papazın yetersiz olduğunu söyleyip ayinlerini üniversite içinde yapmak istiyor. Bu durum dindar halkı çok rahatsız ediyor ve halkla din adamları bir tarafta üniversite hocaları ve öğrencileri öteki tarafta ölümlerle sonuçlanan çatışmalar yaşanıyor. Olay öyle münakaşa ile bitmiyor yani. Halk şehirde ne zaman bir öğrenci görse yakalayıp dövmeye, öğrenciler ise halka ait binaları yakmaya başlıyorlar. Yani üniversite ile şehrin ilişkisinin tarihi hiç de öyle ılıman ve güzel değil.

“Sağlık Bakanımız üniversitelere büyük zarar verdi!”

Hocam izin verirseniz sizinle yük-

seköğrenim hayatımıza dair bazı konuları konuşmak istiyorum. Zor bir dönemde Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Başkanlığı yaptınız. Göreve geldiğinizde Türk yükseköğretiminin en zayıf hususları ve güçlü yönleri nelerdi? Bu konularda Başkanlığınız döneminde neler yaptınız?

Zayıf yönleri, üniversitelerin halkın ihtiyaçlarına duyarsızlığı, yıllar yılı lise kontenjanları artarken üniversite kontenjanlarının yerinde kalması, üniversitelerin ve fakültelerin aralarındaki iletişim ve inovasyon eksiklikleri, duyduğumda beni sinirlendiren ve insanlık onuruna aykırı bulduğum başörtüsü sorunu, teknik liselere uygulanan katsayı sorunu, öğrenciler ve hocalar için lisan öğretiminde eksikler gibi meseleler vardı. Biz bu sorunların üzerine gittik. Geldiğimizde ilk olarak kontenjanları artırdık. Yıllar önce 1000 öğrenci kabul eden hukuk gibi bölümler 200'e kadar düşürülmüş. Kaliteli öğrenci yetiştirme adı altında kontenjanları herkese değil daha seçkin, elit bir kitle ile sınırlama politikası uygulandı. 20 yılda 26 tane yeni tıp fakültesi açıldı ama kontenjan sadece 18 arttı. Ne yapıldı, her yeni fakülte açıldığında sayı düşürüldüğü için böyle oldu. Benim dönemimde 8500'e kadar yükselttik. Şimdi düşürüldüğünü duydum, çok da üzüldüm. Yılda 10 bin doktor yetiştirmemiz lazım ki hekim ihtiyacımızı karşılayabilelim. ÖYP Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı'nın yapısını güncelledik. Eskiden Anadolu'da bir üniversiteden mezun başarı ile mezun bir çocuk ODTÜ'de asistan olamazdı. Önünde büyük duvarlar vardı. Şimdi o engeller kalktı.

Öğretim üyeliğinin cazibesi ve özlük hakları konusunda ne durumdayız; neler yapılması gerekir?

Orada iç açıcı bir manzara yok. Bana "Nerede başarısız oldunuz?" diye sorarsanız, "Özlük hakları konusunda" diye cevap veririm. Beceremedik, başarılı olamadık. Bu alanda maaş en önemli konu. 10-15 yıl önce gelirleri bizimle aynı olan meslek grupları bugün bize 1000-1500 lira fark atmış durumda. Mesela hâkim ve savcılar bu grupta. Genç akademisyenlere yeteri kadar para vermezseniz onlar akademide kalmıyorlar. Bu da başarılı, kabiliyetli genç akademisyenlerin akademiden uzaklaşmasına neden oluyor. Bu da akademik yaşamın gelecek 20 yılını karartacak bir husus. Başbakanımız ile de bu konuları istişare ettik. Yeni YÖK Başkanımız bu konuda biraz daha bastırışa sanıyorum daha iyi kazanımlar sağlanacaktır.

Başbakan, kabine hem üniversitelerimiz hem özlük hakları konusunda ne düşünüyorlardı?

Başbakanımız bizim bir dediğimizi iki etmedi. Kontenjanların artırılması, bunun yanında personel alımları noktasında büyük destek verdi. Ama tabi atılması gereken adımlar var.

Yükseköğretimde akademik yapıda istenen piramit yapı yani az profesör, biraz daha fazla doçent, çok daha fazla yardımcı doçent ve uzman piramidi bugün neredeyse tersine dönmüş durumda. Bunun ortadan kaldırılması için neler yapılmalıdır?

Bizde öyle tam bir piramit yok. 14 bin kadar profesör, 7 bin kadar doçent, 26 bin kadar yardımcı doçent var ama dediğiniz genel olarak doğru. Bizdeki yapı oldukça garip. Öğrenci kontenjanında olduğu gibi hesapsızlık nedeniyle bu sonuç çıktı. Şimdi sağ olsun Başbakanımız sayıyı artırdı, sadece öğretim üyesi yetiştirmek amacıyla ÖYP Programına 3 bin 500 kadar öğrenci alabiliyoruz. Milli Eğitim Bakanlığımız ile birlikte 5 yılda 5000 sloganı ile öğrencileri yurtdışındaki master ve doktora programlarına yol-luyoruz. 65 yaşını geçip emekliye sevk edilmiş hocalarımızı yeni bir üniversite kadrosunda 72 yaşına kadar istihdam ediyoruz. Böyle çalışmalarımız var ama tabi eksiklerimiz de çok.

"Bu dönemde ihtisas yapmış hiçbir doktora kendimi göstermem; çünkü eğitimleri tam değil!"

Her zaman vurgulandığı gibi üniversitelerin üç önemli görevi var: Eğitim-öğretim, araştırma ve hizmet. Bugün üniversiteler en çok sağlık alanında hizmet veriyor. Sağlık hizmetinin kalitesini yükseltme açısından tıp ve diş hekimliği hastanelerinde sizin döneminizde ne gibi gelişmeler oldu? Hangi sorunlarla karşılaştınız?

Bu noktada bir yanlış var. Sağlık Bakanlığımız, tıp fakültesi hastanelerimizi maalesef sadece klinik hizmeti veren merkezler olarak görüyor. Oysa bu, üniversitelerin yaptığı üç şeyden sadece biri. Sizin de söylediğiniz gibi hizmet, araştırma-geliştirme ve eğitim-öğretim görevimiz var. Sağlık Bakanımız son yıllarda müthiş hizmetler yaptı. Artık herkesin sağlığa ulaşımı çok kolay. Ama bunu yaparken üniversitelere büyük zarar verdi. Tam Gün Yasası'nda ısrar etmesi nedeniyle 1000'in üzerinde öğretim üyesi üniversiteye veda etti. Bu 1000 rakamı küçümseiyor ama bu 1000 kişi üniversitelerimizde en başarılı, en kabiliyetli kesimi oluşturuyordu.

Deniyor ki, "onlar zaten yoklardı. Hasta üniversite hastanesinde hocaya ulaşamıyordu, muayenehanedeydi."

"Bana "Nerede başarısız oldunuz?" diye sorarsanız, "Özlük hakları konusunda"

diye cevap veririm.

Beceremedik, başarılı

olamadık. Bu alanda maaş

en önemli konu. 10-15 yıl

önce gelirleri bizimle aynı

olan meslek grupları bugün

bize 1000-1500 lira fark

atmış durumda. Mesela

hâkim ve savcılar bu grupta.

Genç akademisyenlere

yeteri kadar para

vermezseniz onlar

akademide kalmıyorlar."

Hayır, onlar üniversitede idi. Başbakanımızın ameliyatını yapan doktor, Sağlık Bakanlığımızın politikaları yüzünden üniversiteyi terk etmiş ama ihtiyaç duyulduğunda gelip o ameliyatı gerçekleştirmiştir. Antalya'da rahim ve yüz nakilleri ile adından sıkça söz ettiren Ömer Özkan isimli profesör arkadaşımız, gene bu politikalar yüzünden üniversiteden ayrılmış ama o güzel ameliyatlarını üniversiteye gelip yapan bir insandır. Yani birikimli hocalar üniversiteyi terk ediyorlar. Şunu anlatamadık: Türkiye'de 15 milyon insan sigorta primi öderken siz 75 milyona bedava sağlık hizmeti veremezsiniz. Bu konuda Sağlık Bakanımız ile anlaşamadık. Üniversite hastanesinde alınan hizmet karşılığı ödenen her 100 liranın 15-20 lirası hocaya gidiyor, kalanı üniversite bütçesine kalıyordu. Bu paranın bir kısmıyla araştırma-geliştirme faaliyetleri yürütülüyordu. Yeni sistemde 9'da üniversiteye gelen hoca kapısını kilitliyor, 5'e kadar gazete mi okuyor, akademik çalışmasını mı yürütüyor bilmiyoruz. Hasta bakmıyor, öğrencisine ameliyathanede ameliyat nasıl yapılır göstermiyor. Ben şahsen bu dönemde ihtisas yapmış hiçbir doktora artık kendimi göstermem; çünkü bunların eğitiminin tam olduğu kanaatinde değilim! En kabiliyetli hocalar üniversiteleri terk etmiş durumda. Bu yeni politikanın en büyük zararı tıp öğretimine oldu. Tıp eğitimi tamamen zafiyete uğradı. Akademik çalışmalara bakılırsa da bu sene, geçen seneden daha geriye düştük.

“Sağlık Bakanımız son yıllarda müthiş hizmetler yaptı. Ama bunu yaparken üniversitelere büyük zarar verdi. Tam Gün Yasası’nda ısrar etmesi nedeniyle 1000’in üzerinde öğretim üyesi üniversiteye veda etti. Şahsen ben bu dönemde ihtisas yapmış hiçbir doktora artık kendimi göstermem. Çünkü bunların eğitiminin tam olduğu kanaatinde değilim. Çünkü en kabiliyetli hocalar üniversiteleri terk etmiş durumda. Bu yeni politikanın en büyük zararı tıp öğretimine oldu. Tıp eğitimi tamamen zafiyete uğradı.”

“Öğretim üyelerine olan güvensizlik, akademiye rencide etti”

Tam günle ilgili tartışmaların ötesinde büyük resme baktığınızda akademinin sağlıktaki genel reformlar karşısındaki tutumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Sağlıktaki gelişmeleri herkes gibi akademisyenler de takdir etti. Herkese ücretsiz tedavi imkânı çok ulvi bir amaç. Ama Sağlık Bakanımız devlette, üniversitede çalışan doktoru mesai saatinde hastanede tutmak isterken bunu çok yanlış bir yolla yaptı. Biz bir program geliştirip dışarıdan hastasının üniversiteye gelişini engelleyebildik. Bunu basit bir şekilde yapabiliydik. Tabi öğretim üyelerine olan bu güvensizlik akademiye rencide etti. Tıptaki bazı hocalarımız Sağlık Bakanlığı’na biraz kırgın. İnşallah aradaki sorunlar düzeltilir. Hatta bugünlerde sorunun çözümü için bir düzenleme hazırlığı içinde olduğunu da duydum.

Nasıl bir düzenleme? Tam gün konusunda mı?

Evet, tam gün konusunda.

Lisans döneminde yabancı dille yükseköğretim konusu tartışılıyor. Yabancı dilde eğitimin, o vakte kadar dil öğrenememiş lisans öğrencilerine dil öğretmek için bir araç olarak görülmesi ne kadar doğru bir yaklaşım?

Bu, birçok yöntemden biri. Bence doğru olan lisans eğitiminden önce ciddi bir lisans eğitimi verilmesi, eğitimin ise Türkçe devam etmesidir. Ama kaynaklarınız yabancı dilde olabilir. Öbürü de yapılıyor ama ODTÜ’de, Boğaziçi’nde falan. Çok mahzurlu da değil. Ama bence doğru olan 1-2 yıllık bir dil hazırlık eğitimi, ardından ise Türkçe eğitim. Ki bilim dili olarak Türkçe de gelişsin. Ama bence biz bilimsel çalışmalarda iyi olmadıktan sonra, mesela şu telefonu icat etmedikten, bir araba üretmedikten sonra yabancıların kullandığı terminolojiyi kullanmaya mecbur kalmaya devam ederiz. Onlar direksiyon diyor biz de diyoruz. Onlar debriyaj diyorlar biz de diyoruz. Çünkü onlar yarattı, kavramları da onlar belirledi. Biz ancak kendimiz bir şeyler üreterek Türkçeyi bilim dili haline getirebiliriz.

“İsteseydim Kemal Gürüz gibi baskıcı olabilirdim”

Bugün YÖK gibi bir kuruma ihtiyaç var mı?

Bence var.

Ama başkan olduğunuzda “Elimde olsa YÖK’ü kaldırımdım” demişsiniz...

Esasında tam olarak öyle demedim. O, gazeteci arkadaşların çarpıtması. Ben, YÖK’ün yetkilerinin azaltılması gerektiğini söylemiştim. YÖK hâlihazırda çok büyük yetkililere sahip. Yani krallık gibi bir şey diyebilirsiniz.

Başkanlığınız döneminde yasa yapıcılara “Bizim yetkilerimizi azaltın” dediniz mi?

Yok. Öyle yapmak mümkün değil. Daha büyük dertlere yol açıyor. Bir örnekle açıklayacak olursam şöyle yapılabilir: YÖK, üniversiteden gelen rektör seçimi sonucunu aynen koruyup Cumhurbaşkanına gönderebilir. Öteki türlü YÖK’ün bu yetkilerinden vazgeçmesi için bir sürü iş, bir sürü mevzuat değişikliği gerekiyor. Örneğin ben kendi dönemimde bana verilen tüm hakları kullanma, baskıcı bir yönetim sergileme yoluna girmemeye gayret ettim. Eğer isteseydim Kemal Gürüz gibi de yapabiliirdim, ama yapmadım. Bizim dönemimizde üniversiteler daha rahat etti. Kılık kıyafet konusunda da öyle oldu. Daha önce bir yazı ile üniversiteye başörtüsü ile girmek yasaklanırken biz İstanbul Üniversitesi’nde tıpta bir öğrencinin dersten atılması sonrası bir yazı ile kılık kıyafetinden ötürü kimsenin dersten

atılamayacağını bildirdik ve çözümün yolu ilk orada açıldı.

Süreç orada mı başladı?

Tabi tabi. Meselenin çıkışı odur.

“Bugün görevde olsaydım Milli Eğitim Bakanı’na muhalefet ederdim”

Hocam yükseköğretim, istihdam politikalarına göre dizayn edilmeli midir? Neden?

Üniversitenin böyle bir görevi yok. Örneğin güncel bir konudan söz edecek olursak, “İstihdam edemiyoruz. Artık öğretmen yetiştirmeyelim” deme gibi bir lüksümüz yok. Kim öğretmen olmak istiyorsa o olabilmelidir. Bugünlerde Milli Eğitim Bakanımızın yapmaya çalıştığı şey biraz zorlama. Bu, başka bir yoldan halledilmeli. Başka yerlere kanallandırmak, lise çağılarından başlamak. Şimdi 320 bin aday var diye “Eğitim fakültelerinin yarısını kapatıyorum, fen-edebiyatlara da formasyon vermiyorum” demek, bu bölümlere çok önceden kanallandırmış öğrencilere çok büyük haksızlık olabilir. Örneğin bir dalda öğretmen adayı fazlası varsa bu kişiler uzaktan eğitim de olabilir, ek bir eğitim ile müsait dallara yönlendirilebilir.

Bunda haklı olabilirsiniz de konuşmanızın başında “Bir üniversite bulunduğu şehrin ihtiyaçlarına göre müfredatını yoğunlaştırdıkça daha yararlı olabilir” demiştiniz. Bir yerde bor çıkıyorsa ona yakın okulda bor mühendisleri yetiştirilmeli vs. Ne oldu, yükseköğretim istihdam politikasına göre düzenlenmiş oldu...

Ama benim söylemeye çalıştığım öğretim hakkıyla ilgili konu. Biz başta eğitim fakültesinin sayısını ülkenin ihtiyaçlarına göre ayarlayacaktık. 320 bin kişi öğretmen olarak atanmak için bekliyor. Öğretmen olmak isteyen birinin bu isteğini yok edemezsiniz. Ha başka bir yere yönlendirebiliyorsanız bunu yapın. Tabi bunu lise ve öncesinde yapmanız lazım. Ha şimdi karar verip 4 yıl sonra uygulamaya koyabilirsiniz bunu. En azından üniversiteye başlayan kişinin hakkını teslim etmiş olursunuz.

Siz bugün YÖK Başkanı olsaydınız Milli Eğitim Bakanı’na muhalefet eder miydiniz?

Tabi.

Şimdiki ediyor mu?

Onu bilmiyorum. Ama ben en azından şunu söyledim: İçeridekileri en azından

kurtaralım. Her ne tasarlayacaksak henüz üniversite sınavına girmemiş olanlar için tasarlayalım.

Hocam düzenleme zaten böyle değil mi?

Başta böyle değildi, şu anda buraya gelindi.

O zaman şimdi sıkıntı yok...

Şimdi sıkıntı yok ama şimdiden ilan edilmeli. *“4 yıl sonra eğitim fakültelerinin yarısını kapatacağız, fen-edebiyatlara da formasyon vermeyeceğiz”* denmeli.

Sorun ülkemizde her şeyin bir anda ve tepeden inme uygulanması kültürümüzden kaynaklanıyor sanırım...

Plansızlıktan kaynaklanıyor. Yıllar önce ülkemizin ihtiyaçları dikkate alınarak eğitim fakülteleriyle ilgili bir plan yapılmış olsaydı bugün ne o çocuklar o duruma gelecekti ne de biz böyle bir zor durumda kalacaktık.

“Üniversitelerimiz arasında çok büyük kalite farkı var”

Erasmus, Farabi gibi projeler üniversitelere gerçek manada katkıda bulundu mu?

Tabi tabi. Farabi özellikle, öğrencilere çok faydalı oldu. Batıdan Doğuya, Doğudan Batıya öğrenci gidiş-gelişleri oldu. Şimdi başlanacak olan Mevlana programı ile Türkiye'deki bir üniversite dışarıdan bir üniversite ile protokol yaparsa biz hem giden öğrencinin masraflarını karşılayacağız hem de gelen öğrencinin yol masrafı hariç kalacak yer ve yiyecek-içecek masraflarını karşılayacağız. Türk üniversiteleri dışarıdan çok daha fazla öğrenci çekebilecek cazibeye sahip. YÖS sınavını kaldırarak bunun önünü açtık. O sınav, öğrenciye *“Gelme”* demekle aynı şeydi. Artık o sıkıntı kalktı. Göreve başladığımda Türkiye'deki yabancı öğrenci sayısı 16 bindi, 4 yıl sonra 26 bin oldu. YÖK'teki arkadaşlar inşallah bunun üzerinde çalışma yaparlarsa bir dahaki sene 50 bin olur ve sonraki yıllarda katlanarak artar.

Bir idareci olarak değil de bir sosyolog olarak üniversitelerimizi, öğrencilerimizi, hocalarımızı tahlil edebilir misiniz?

Böyle bir tahlil yapabilmek için bir değerlendirme sistemine ihtiyaç var. Mevcut sistem buna uygun değil. Üniversiteleri başarılarına göre sıralayan listelerin ne kadar doğruyu yansıttığı tartışılır. Örneğin *“Ülkenizde Nobel alan yazar sayısı kaçtır?”* diye bir şey var ki, orada eğitimden çok siyasi birtakım

konular giriyor. Bazen bunların bazı ülkeleri geride bırakmak için özellikle yapıldığını düşünüyorum. Biz değerlendirmemizi kendimiz yapabilmeliyiz. Genç bir ülkeyiz. Modern anlamda ilk üniversitemizi 1930'dan sonra kurmuşuz. Hâlbuki üniversiteleri 13. asra ve daha öncesine dayanan ülkeler var. Biz şükürler olsun ki 80 yılda çok hızlı hareket ederek bu seviyelere geldik. Tabi ki sorunlar, eksikler var. Bir defa üniversitelerimiz arasında çok büyük kalite farklılıkları var. Bu farkın kapanması için tedbirler almalıyız. Tarihi 50 yılı geçen üniversitelerimiz, yurtdışındaki ilk 100'e giren üniversitelerle benzer kalitede bir eğitim verebiliyorlar. Ama yeni kurulan üniversitelerin daha alacak çok yolları var.

Kısa bir sürede çok fazla üniversite kurulması yanlış mı oldu?

Hayır, bugünün büyük üniversiteleri de yola barakalarda çıktı. Bunlar normal. Bir üniversitenin 5-10 yıl içinde hemen çok iyi duruma gelmesini bekleyemeyiz. YÖK Kanununda gerekli değişikliği yapıp 20 yıldan daha genç üniversitelerle köklü üniversiteleri ayırıp buna göre düzenleme yapmakta fayda var. Ülkemizin avantajları da var. Hükümetimizin üniversitelere büyük desteği var. Tüm dünyada kriz nedeniyle üniversitelere ayrılan kaynaklar kısılrken ülkemizde artırıldı. Bu, çok takdir edilmiyor ama çok müstesna bir şey. Amerika'da, Avrupa'da üniversiteler çok zor durumda ama hükümetimiz geçen seneye nazaran bu sene üniversite bütçesini müthiş bir şekilde artırdı. Talebelerimizin mobiliteye katılım ve lisan konusunda eksikleri olduğunu düşünüyorum. Erasmus ve YÖK'ün hazırladığı Mevlana Programları bu eksikleri giderecektir.

“Polonya elçiliği Cumhurbaşkanımızın takdiri”

Hocam gelelim sefirlik meselesine. YÖK Başkanlığınız esnasında yükseköğretimde ciddi reformlar yaptınız. Polonya elçiliği de nereden çıktı?

Cumhurbaşkanımızın takdiri bu yönde oldu. Gazeteler, Köşke danışman olacağımı yazdılar. Bu, herhalde gazeteci arkadaşların iyi niyeti idi. Merkez Bankası ve TMSF Başkanlarının oraya gideceğimi ardından benim de oraya gideceğimi düşündüler ama Cumhurbaşkanımız bana *“Büyükelçi olun”* dediler.

Büyükelçilik yapmak düşündüğünüz bir şey mi idi?

Çok aklıma gelen bir şey değildi ama yapamayacağım bir şey de değil.

Polonya'da sizi nasıl bir hayat bekliyor?

Valla çok çalışacağım bir hayat bekliyor. Orada da YÖK'e olduğu gibi boş durmayacağım.

Başbakan Erdoğan'ın monşer çıkışı hakkında siz ne düşünüyorsunuz?

Kesinlikle öyle olmayacağımız belli. Dışişlerinde yıllar içinde gelişmiş bir kültür var. Siz ona öyle diyebilirsiniz. Ben öyle demiyorum. Ama ben daima halka çok yakın, onların içinde ve hizmetinde olacağım.

Kişisel sağlığınız ne durumda? Diyetiniz nasıl gidiyor? Spor yapıyor musunuz?

Sağlığım iyi, ciddi bir problemim yok. Hatta YÖK Başkanlığım sırasında kullandığım yüksek tansiyon ve şeker hapımı artık kullanmıyorum. Vücudumda kızarıklıklar vardı, onlar da geçmeye başladı.

Pilotluk eğitiminiz ne durumda?

Sertifika almama birkaç günüm kaldı.

Bir planınız var mı?

Polonya'da birazcık uçmayı düşünüyorum. Araştırdım, uçuş kulüpleri var. Onlara üye olabiliyor ve ardından da saatine para ödeyerek uçabiliyorsunuz. Tek pervanelilerle uçabiliyorum. Saati 80 Euro imiş. Arada bir uçup stres atmamak niyetim var.

YÖK'ün bahçesinde hayvanlar için bir yaşam alanı kurduysunuz, doğru mu?

YÖK'ün 2-3 tane güzel bahçesi var. Önde olan bahçede böyle bir alan kurduk. Bulabildiğimiz hayvanları tavuk, horoz, keklik, tavus kuşu, köpekleri getirdik. İstedim ki YÖK'te benimle çalışan insanların ve ailelerinin hem hayvan sevgileri artsın hem de bir piknik ortamı içinde hafta sonları, birlikte güzel vakit geçirebilelim istedim. Pazar günü YÖK'e hiç uğramayan memurlar YÖK'e gelmeye başladı.

Hocam Sağlık Bakanı'nı tam günden ötürü eleştirirken siz personelinize tam hafta mesai yaptırıyormuşsunuz ama... (Kahkahalar)

Yok, öyle bir amacım yoktu. Hakikaten amaç, çocukların hayvanlarla yakınlaşmasıydı. Benim küçük oğlum köpeklerden korkardı. Köpek yavrularıyla oynaya oynaya artık köpeklerden korkmuyor.

Son soru: motorunuz ne oldu?

3 tane vardı. Birini sattım. Son kalanı oğluma bırakıyorum. Ama Polonya'da bir tane alacağım.

Özel hastanelerinin puanlandırılması ve çelişkiler

Ümit Şahin



1965 yılında Samsun'da doğdu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulunu (1987) ve Eskişehir Anadolu Üniversitesi Hastane Yönetimi Yüksek Lisansını tamamladı (1998). Çeşitli sağlık kurumlarında yönetici olarak çalıştı. Sağlık hizmetlerinde kalite ve yönetim konularında kitapları olan Şahin, halen serbest Yönetim Danışmanı olarak çalışmaktadır.

Bilindiği üzere 2011 yılı özel hastanelerin alabilecekleri ilave ücret ile ilgili puanlandırma SGK tarafından 29.12.2011 tarihinde <http://www.sgk.gov.tr> adresinde yayımlanmış ve özellikle de Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan ve uygulanmakta olan HKS yönünden sektörde oldukça önemli bir hayal kırıklığı yaratmıştır. Bu durum, özellikle puanlandırma sistematğine Sağlık Ba-

kanlığı HKS puanlandırması yönünden bakan özel hastanelerde bu çalışmayı yürüten kalite bölümlerini oldukça önemli bir sıkıntıya düşürmüştür. Özel Hastanelerin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönergenin (31.10.2011) incelenmesi daha net bir bakış sağlayacaktır.

Puanlandırma yönergesi, aşağıdaki alanlarda toplam 1000 puandan oluşmakta ve bu puan içerisinde HKS puanlandırması ise 250 puan ile toplam puan içerisinde % 25'lik bir puan dilimini ifade etmektedir. Değerlendirmeye esas faktörler ve puanları aşağıdaki gibidir:

- a) Hizmet kalite standartları (250 puan)
- b) Hastane hizmet dilim endeksi (550 puan),
- c) Kapasite (100 puan)
- ç) Çalışan hakları ve hukuki sorumluluklar (100 puan)

Hastane hizmet dilim endeksi (550 puan): Hastanelerinin gerçekleştirmiş oldukları her bir işlemin, ülke genelinde diğer tesislere kıyasla hangi yüzdellik dilimde olduğu hesaplanır. İşlemlerin yüzdellik dilimleri, SUT işlem puanı ile ağırlıklandırılarak toplanması sonucunda hastane hizmet dilim endeksi bulunur.

Günlük prime esas kazanç tutarı (toplam 80 puan); yıllık toplam prime esas kazanç tutarı / yıllık toplam prim ödeme gün sa-

yısı formülünden hesaplanarak bulunur. Hastaneler günlük prime esas kazanç tutarına göre 0 ile 80 puan arasında değerlendirilirler.

Personel devir hızı (toplam 20 puan): "personel devir hızı = işten çıkanlar / ortalama personel sayısı x 100" formülünden hesaplanır. (Ortalama personel sayısı = (dönem başı çalışan sayısı + dönem sonu çalışan sayısı) / 2). Personel devir hızına göre; hastaneler yüzdellik dilimlerine göre 0 ile 20 puan arasında değerlendirilirler. Bu bağlamda yukarıdaki puanlandırma tablosu incelendiğinde HKS kriterlerinin tamamını karşılayan bir hastane 250 puan olsa bile ondan çok daha düşük bir puan alan hastanenin çok daha gerisinde bir puan aralığına düşmesine neden olmaktadır. Olayı somutlaştıracak olursak; yukarıda tanımlandığı gibi hastane hizmet dilim endeksi bölümünden alınacak puan hastanenin bulundurduğu branş sayısı ve bu branş sayısındaki hekim sayısına göre belirlenmektedir. Doğal olarak bu ana başlıkta yer alan 550 ve yine aşağıda incelenen kapasite ana başlığından alınabilecek toplam 650 puan niceliksel yani sayısal verilere göre oluşmakta ve kalite yani nitelik değerlendirmesini kapsamamaktadır. Bu puanlandırma hastanenin sunmuş olduğu hizmetin kalitesinden ziyade hastanenin mimari yapısının büyüklüğüne göre belirlenmiş bir kriterdir. Örneğin HKS kriterleri

Puanlandırma: Özel hastanelerin Özel Hastanelerin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönerge (son değişiklik:31.10.2011) esas alınarak puanlandırılmasıdır.

Puanlandırma yönergesi: Özel Hastanelerin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönerge (son değişiklik: 31.10.2011)

HKS ve HKS puanlandırması: Özel Hastanelerin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönergenin Hizmet Kalite Standartları (250 puan) başlıklı maddesinde tanımlandığı şekli ile Sağlık Bakanlığı tarafından puanlandırılmasıdır. Bu puanlandırma sonuçları SGK tarafından yapılacak toplam 1000 puanlık değerlendirmeye toplam 250 puan katkı sağlamaktadır. (% 25)

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SB: Sağlık Bakanlığı

Tablo 1: Kapasite (Toplam 100 Puan)

Toplam yatak sayısı		Yoğun bakım yatak sayısı		Yatak başına düşen kapalı alan		Ameliyathane oda sayısı		Yatak başına düşen hemşire sayısı	
Kriter	Puan	Kriter	Puan	Kriter	Puan	Kriter	Puan	Kriter	Puan
0-25 Yatak	4	0-5 Yatak	4	0-49 m ²	6	1 Oda	1	1, 0,2	5
26-49 Yatak	8	6-9 Yatak	8	50-74 m ²	10	2 Oda	2	0,21- 0,30	10
50-74 Yatak	12	10-14 I Yatak	12	75-99 m ²	16	3 Oda	4	0,31-0,40	12
75-99 Yatak	16	15-19 Yatak	16	100 -149 m ²	20	4 Oda	6	0,41 – 0,50	15
100 ve Üzeri	20	20 ve Üzeri	20	150 m ² Üzeri	30	5 ve Üzeri	8	0,51 Ve Üzeri	22

yönünden bakıldığında HKS içerisinde yer alan ameliyathane ve sterilizasyon başlıklarının toplam puanı 510'dur (ameliyathane 340 ve sterilizasyon 170 olmak üzere). HKS toplam puanı 8.210 olduğuna göre bu kriterlerin tamamından alınacak puan % 5,1 ve $250 \times 5,1 = 12,75$ puandır. Bu bağlamda ameliyathane ve sterilizasyon kriterlerini tamamen karşılayan ve bir ameliyathanesi olan bir hastane toplamda $12,75 + 1 = 13,75$ puan alabileceken 5 ameliyathanesi olan ve Ameliyathane Ve Sterilizasyon kriterlerinin hiçbirini karşılamayan bir hastanede $0 + 8 = 8$ Puan alacaktır. Aynı oranlar yatak sayısı; yoğun bakım yatak sayısı ve diğer kapasite kriterleri içinde geçerlidir.

2011 Puanlandırma sonuçlarına sağlıklı olarak bakabilmek için özel hastanelerin son on yıl içerisindeki sayı ve yatak kapasitelerine bakmanın yararlı olduğu düşünülmektedir (Tablo 2).

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistikleri Yıllığı (2010)ve Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi (Haziran 2011)

**2011 rakamları Haziran 2011 dönemine kadarki rakamları içermektedir.*

Tablo 2 incelendiğinde 2007 yılında mevcut özel hastane sayısı 365 ve ortalama yatak kapasiteleri ise 48'dir.2008 yılında özel hastane sayısı 400 ulaşmış ve bu yıl içinde sisteme giren özel hastane sayısı 35 ve yatak sayısı ise 3 bin 541'dir. 2008'de açılan 35 hastanenin ortalama yatak kapasitesi 101'dir.

Aynı şekilde 2009-2010 ve 2011 yıllarına baktığımızda;

- 2009 yılında açılan özel hastane sayısı 50 ve ortalama yatak kapasiteleri 85,
- 2010 yılında açılan özel hastane sayısı 39 ve ortalama yatak kapasiteleri 74,
- 2011 yılında açılan özel hastane sayısı 10 ve ortalama yatak kapasiteleri 264'dür.
- 2010 ve 2011 yıllarına birlikte baktığımızda açılan özel hastane sayısı 49 ve hizmete giren yatak sayısı ise 5 bin 525 ve ortalama yatak kapasitesi ise 113'dür. Yani 2010 ve 2011 yıllarının toplam yatak sayısı artış oranı % 22'dir.

• 2010 ve 2011 yılında ortalama 113 yatak kapasitesi ile sektöre giren hastanelerin sektördeki mevcut niceliksel ortalamaları artırdığı görülmektedir. Doğal olarak bu durum niceliksel yapıya dayalı puanlandırma skalasının niceliksel ortalamasını yükseltmiş ve tıpkı bir çan eğrisi mantığı ile daha küçük niceliksel sonuçlara sahip hastanelerin puanlandırmadaki kategorilerini aşağıya çekmişlerdir.

Sonuç

Özetle puanlandırma yönteminde kullanılan kriterlerden % 25'i HKS kriterlerini içerirken % 75'i niceliksel kriterleri içeren ve hastanenin branş sayısı ve toplam branş hekimi ve onların MEDULAYA fatura ettikleri işlemleri baz alan kriterlerden oluşmaktadır.

Bu bağlamda;

1. Puanlandırma sonuçları mutlaka tüm bileşenleri ile birlikte en azından sadece hastane bazında paylaşılmalıdır. Aksi durum;

1.1. Puanlandırma sonuçlarının dört ana başlık altında her bir hastane açısından açıklanmaması, sektörde oldukça önemli soru işaretlerine neden olmaktadır.

1.2. Gerek SGK gerekse de SB özel hastanelerin her bir ana kriter başlığında hangi puanı aldıklarını açıklamaları, kurumların en azından güçlü ve zayıf noktalarını belirleyebilmeleri ve zayıf noktalarını geliştirebilmeleri açısından oldukça önemli katkı sağlayacaktır. Çünkü her değerlendirme, özellikle HKS değerlendirmesinin amacı, değerlendirilen kurumun güçlü ve zayıf noktalarının tespitidir. Bu amacın gerçekleşmesi ise ancak değerlendirilen kuruma güçlü ve zayıf noktalarının deklare edilmesidir. Ters durum tıpkı bir hekimin hastayı muayene ettikten sonra sen hastasın ama boş ver tanını, tetkik sonuçlarını ve tedavini sadece sen hastasın kendini nasıl iyileştirirsen iyileştir demesi gibi bir durumu ifade etmektedir.

2. Puanlandırma yönergesi sunulan hizmetin kalitesini daha ön plana çıkaracak şekilde revize edilmeli ve HKS ağırlığı en azından % 50 oranına çıkarılmalıdır.

Tablo 2: Yıllara göre özel hastane ve yatak sayıları

Yıllar	Hastane sayısı	Yatak sayısı	Ortalama yatak
2002	270	13.192	49
2006	331	15.416	47
2007	365	17.397	48
2008	400	20.938	52
2009	450	25.178	56
2010	489	28.063	57
2011*	499	30.703	62

Puanlandırma sonuçlarının dört ana başlık altında her bir hastane açısından açıklanmaması, sektörde oldukça önemli soru işaretlerine neden olmaktadır. Gerek SGK gerekse de SB özel hastanelerin her bir ana kriter başlığında hangi puanı aldıklarını açıklamaları, kurumların en azından güçlü ve zayıf noktalarını belirleyebilmeleri ve zayıf noktalarını geliştirebilmeleri açısından oldukça önemli katkı sağlayacaktır.

Sağlık turizminde termal su güvenliği

Prof. Dr. Mustafa Altındış



1966 yılında Konya'da doğdu. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1989'da mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Anabilim Dalında doktora eğitimini tamamladı, Başhekim Yardımcılığı görevi yaptı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKÜ) Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalına kurucu öğretim üyesi olarak atandı. 2002 yılında Viroloji Bilim Doktoru, 2005 yılında Klinik Mikrobiyoloji Doçenti oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. 1 yıl kadar görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals'de laboratuvar kalite sistemlerini inceledi, moleküler viroloji referans laboratuvarında çalıştı. Mayıs 2011'de profesörlük kadrosuna atanan Dr. Altındış, halen AKÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji AD Başkanlığı ve AKÜ Atatürk Sağlık Hizmetleri MYO Müdürlüğü görevlerini sürdürmektedir.

Jeotermal (jeo-yer, termal-ısı) yer kabuğunun çeşitli derinliklerinde birikmiş ısının oluşturduğu, kimyasallar içeren sıcak su, buhar ve gazlardır. Jeotermal enerji de bu jeotermal kaynaklardan ve bunların oluşturduğu enerjiden doğrudan veya dolaylı yollardan faydalanmayı kapsamaktadır. Kaplıcalarda bu jeotermal sular kullanılmaktadır. Termomineral sular kaynaklarında temizdir. Çünkü oluşumları sırasında süzülerek yer altına inerler ve kaynaklarındaki sıcaklık mikroorganizmaların yaşaması için uygun değildir. Kaynağından çıktığı andan itibaren soğutulurak 70°C ile 40°C arası kullanıma sunulan termal sular mikroorganizmaların üremesi için kısmen elverişli hale gelmektedir.

Termal su kaynaklarında, termal suyun bileşimine ve sıcaklıklarına göre farklı mikroorganizmaların geliştiği gözlenmektedir. Bu gelişen mikroorganizmaların insan sağlığına ve çevreye olumsuz etkiler yapmakta olduğu bilinmektedir. Ayrıca termal havuzlar için, banyo yapan bir birey ön temizliğe rağmen havuz suyuna bir takım organik ve inorganik maddeler bırakabilmektedir. Havuzu kullanan her kişi havuz suyuna 20-100 milyon canlı bakteri bırakmaktadır. Termal havuzda 20 dk. kalan bir kişinin yaklaşık 0,5 litre ter ve bununla beraber birçok minerali havuza bıraktığı bilinmektedir.

Termal su sıcaklıkları için bir genelleme yapılacak olursa 30-45°C gibi bir kullanım aralığı bildirilmektedir. Bazı patojen bakteriler ve dışkı kaynaklı koliformlar bakteriler, termotoleran olup 44-45°C'de bile fermentasyon yeteneklerini kulla-

arak hayatta kalabilirler. Örneğin, *E. coli* dışkı orijinli olup, insan ve hayvan feçesinde çok yüksek sayılarda bulunur ve termal sulara yaşayıp çoğalabilir. Termal suların kullanıldığı SPA, kaplıca ve termal banyolar; foliküler dermatit, deri iltihabı gibi cilt enfeksiyonları, kulak ve göz enfeksiyonları, cilt tahrişi, solunum yolu, genitoüriner sistem ve gastrointestinal sistem enfeksiyonları gibi hastalıkların oluşmalarına neden olabilmektedir.

Su ile ilişkili hastalıklar ve bakteriyel etkenler

- Botulizm: *Clostridium botulinum*,
- Campilobacteriosis: *Campylobacter jejuni*, *C. fetus*
- Kolera: *Vibrio cholera*
- Diğer vibriolar: *V. vulnificus*, *V. alginolyticus* ve *V. parahaemolyticus*
- E. coli enfeksiyonları: *Escherichia coli*
- Mycobacterium enfeksiyonları: *M. marinum*
- Basilli dizanteri: *Shigella dysenteriae* ve diğer *Shigella* türleri
- Tifoid ateş: *Salmonella typhi*
- Salmonellozis: Diğer *Salmonella* türleri
- Legionellozis: *Legionella pneumophila*
- Leptospirozis: *Leptospira* türleri
- *Pseudomonas*, *Flavobacterium*, *Acinetobacter*, *Klebsiella*, *Serratia*, *Aeromonas*, *Plesiomonas* gibi mikroorganizmalardır.

Su ilişkili viral etkenler

- Adenovirus enfeksiyonları
- Gastroenteritler: Astrovirus, Calicivirus,

- Enterovirus, Adenovirus, Rotavirus,
- SARS (Severe Acute Respiratory Syndrom): Coronavirus
- Hepatit A
- Hepatit E
- Poliomyelit: Poliovirus
- Polyomavirus enfeksiyonları: JC ve BK virusleridir.

En sık havuz ishali nedenleri

1. *Cryptosporidium parvum*
2. *Giardia lamblia*
3. *Shigella* spp. (*S. flexneri*, *S. dysenteriae* type 1)
4. *Escherichia coli* O157:H gibi mikroorganizmalardır.

İshalli bir hasta yüzme ortamına "kaza" ile ya da farkında olmadan dışkı kaçır- sa, 0,14 gramlık bir dışkı miktarı bile, yüzme ortamını tamamen kontamine etmeye yeterlidir. İnsanlar ishal iken, dışkıları milyonlarca mikroorganizmayı barındırmaktadır. Dolayısıyla, ishalli kişiler yüzerken çok rahatlıkla yüzme ortamlarını kontamine edebilirler. Bu kontaminasyon, yüzme havuzları ya da su parkları gibi sınırlı ortamlarda çok daha riskli olarak ortaya çıkmaktadır. Yüzme ortamları kontamine olmuş ise, söz konusu ortamlarda yüzen diğer sağlıklı insanlar su yutmaları sonucunda çok kolaylıkla hastalanabilirler.

Bu aşamada alınması gereken önlemler:

- İshalli iken havuza girmemeli



- Özellikle bez kullanan çocuklar havuzlara sokulmamalı
- Su yutmamaya çalışılmalı
- Havuza girmeden önce ve sonra duş alınmalı, tuvalet, bebek bezi değişimi vb. işler sonrasında eller mutlaka yıkanmalı
- Bebek bezleri havuz kenarında değil, tuvalette değiştirilmeli
- Bebeklerin popoları temizlenirken itinalı davranılmalı, muhakkak sabun ile yıkanmalı

Kaplıcalar özellikle su sıcaklığının mikroorganizmalar için daha elverişli üreme ortamı sağlaması, sıcaklık derecesi yüksek suların deri hassasiyetini arttırması, dolayısıyla enfeksiyonlar için uygun ortam oluşması söz konusudur.

Havuz sularının bakteriyolojik özellikleri

Suyun bakteriyolojik kalitesi, dezenfeksiyonun etkisine ve havuza giren kişi sayısına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. İşletme izninin verilmesinde ve aylık kontrollerde kullanılacak mikrobiyolojik parametreler;

- Havuz kenarlarının yüzeyinde, duş alınan yerlerin yüzeyinde ve soyunma odalarının yüzeyinde *Pseudomonas* ve *Candida* etkenleri izole edildiği belirtilmiştir.
- Havuzların yüzey tabakaları, proteinler ve çözünmemiş maddelerden dolayı suyun derin tabakalarına göre binlerce kez daha yüksek oranda bakteri içerir. Enfeksiyon taşınmasında bu yüzey tabakası çok önemli rol oynar. Bu nedenle yüzey tabakası en kısa yoldan yenilenecek temizlenmeli ve sık aralıklarla akıtılmalıdır.
- Hijyenik açıdan güvenilir bir su kalitesi için uygun bir havuz akış diyagramına gerek vardır, bunu en iyi sağlayan sistem ise vertikal akış diyagramıdır.

Vertikal akış diyagramında; su dipten ve yanlardan doldurulmalı, gene dipten ve yanlardan boşaltılmalıdır. Böylece bu akış diyagramı ile havuzda ölü bölge kalmamaktadır. Ayrıca üstten taşımayla su tazelenmelidir. Genel kullanımlı havuzlarda suyun tüm havuz kenarından taşırılması esasına dayanan taşmalı sistem kullanılmaktadır. Su yüzeyindeki kirlilik en kısa ve en hızlı olarak uzaklaştırılır ve bu sistem havuzun daha büyük ve estetik görünmesini sağlamaktadır.

Termal tedavi havuzu kuralları

(Kaplıcalar yönetmeliği–R.G 9.12.2004 / 25665).

- Havuz suyu kullanıcı başına saatte 1500 ml yenilenecek biçimde havuza verilir.
- Havuza girmeden duş ve ayak dezenfeksiyon kanalından geçilmesi sağlanır.
- Havuzun doldurulmasında, havuz içinde hareketsiz su bölgelerinin oluşmasını önleyecek şekilde bir doldurma ve taşıma sistemi kullanılır.

Termal sularla özellikle *Legionella*, *E.coli*, *P.aeruginosa*, *S.aureus*, *Salmonella*, *Proteus*, *Aeromonas*, Fekal streptokoklar gibi bakteriler enfeksiyon etkeni olarak saptanabilir.

Suların bakteriyolojik açıdan değerlendirilmesinde doğru örnek alınması oldukça önemlidir:

1. Alınan örnekte fekal kirlenmenin indikatörleri aranmalıdır.

2. Bulunanların başında *E. coli* gelir.
3. Ek olarak diğer fekal koliformlar, fekal streptokoklar aranır.
4. Pozitif bulgu her zaman fekal kirlenmeyi gösterir.
5. *P. aeruginosa*, sıklıkla insan feçesinde bulunur, ancak sayıca koliformlardan daha azdır.
6. Genellikle koliform bakterilerle birlikte gösterilir.
7. *P. aeruginosa*, araştırılması da suyun hijyenik kalitesinin tayininde kullanılır.

Termal sular ve virüsler

Termal sularla virüsler açısından da riskler vardır. Norovirus için yapılan çalışmalarda bu virüsün 60 °C'ye kadar stabilitesini muhafaza ettiği ortaya konmuştur. Fekal örnekler 45 -70°C arasında stabilite bakımından incelenmiş ve Hepatit E Virüsünün(HEV) de stabilitesini koruduğu ve hücre kültür sistemleri ile üretilbildiği gösterilmiştir. Hepatit A Virüsün HEV'e göre daha stabil olduğu vurgulanmıştır. Benzer çalışmalar ile ve enfekte hastane çamaşırlarının yıkama sularından alınan örneklerde de rotavirüs RNA'sı Nested PCR yöntemi

Toplam koliform bakteriler	100 ml.de, 36 °C'de (0 olmalı)
E.coli	100 ml.de, 36 °C'de (0 olmalı)
Pseudomonas aeruginosa	100 ml.de, (0 olmalı)
Toplam Koloni Sayısı	1 ml.de 20±2°C'de 72 saat: 0- 30 koloni/ ml ve 35 ±2°C'de 48 saatte limit değer:0-5 koloni/ml
Fekal Koliform (ısıya dayanıklı koliform)	100 ml.de, (0 olmalı)
Fekal Streptokoklar (D grubu streptokoklar)	100 ml de (0 olmalı)
Sülfid redükte eden sporlu anaeroblar	50 ml de (0 olmalı)

Tablo 1: SPA, kaplıca ve termal banyolar ile ilgili potansiyel sağlık riskleri

Oluşan sağlık etkileri	Muhtemel etken mikroorganizma	Enfeksiyon hazırlayan faktörler
Foliküler dermatit, farklı deri enfeksiyonları	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> ...	-Yüksek sayıda mikroorganizma -Uzun maruziyet süresi ve yüksek sıcaklık
Cilt, Kulak ve göz enfeksiyonları	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>B. cepacia</i> , <i>Mycobacterium marinum</i> , Papilloma virusları, <i>Acanthamoeba</i> ...	-Açık yara -Spa ve kaplıca çevresi malzemeleri -Daha önceden oluşmuş bağışıklık hasarı ya da deri lezyonları
Cilt tahrişi	Kloraminler	-Yetersiz tahliye sıklığı -Düşük klor dezenfektan seviyeleri
Solunum Enfeksiyonu	<i>Legionella</i> , <i>Pseudomonas</i> spp. <i>Enterobacteriaceae</i> , aerobik amipler, adenovirüsler	-Kirliliği su aerosollerinin saçılması -Kötü dezenfeksiyon uygulanması -Başın havuza daldırılması -Önceden gelen solunum rahatsızlığı
Genitoüriner enfeksiyon	<i>Pseudomonas</i> spp. <i>Enterobacteriaceae</i> , <i>Trichomonas</i> , mayalar ve mantarlar	-Spa ve Kaplıca suyuna fazla maruz kalma -Kullanıcı uygulamaları
Gastrointestinal enfeksiyonlar	<i>Giardia</i> , <i>Cryptosporidium</i> , <i>Enterobakter</i> , <i>Klebsiella</i> , <i>Yersinia</i> ...	-Su yutma -Suyun fekal kirliliği
Isı baskısı (hipertermi)	Uzun süre suda kalma	-Yüksek sıcaklık(40°C den fazla) -Uzun maruziyet süresi -Stres ve kalp sağlığı

Tablo 2: Termal ve diğer sularda bulunabilen muhtemel bakterilerin karşılaştırılması

	Termal sular	İçme suları	Havuz suyu giriş	Havuz suyu çıkış	Deniz suyu	Göl, gölet	Nehir suyu	Baraj suyu	Akarsu	Termal jakuzi suyu
<i>E. coli</i>	X	X		X	X	X	X	X	X	X
<i>P. aeruginosa</i>	X	X		X	X					X
<i>S. aureus</i>	X		X	X						X
<i>Salmonella</i>							X		X	X
<i>Shigella</i>							X		X	
<i>Vibrio cholerae</i>							X			
<i>Klebsiella</i>								X		
<i>Proteus</i>				X				X		X
<i>Aeromonas</i>	X			X						X
Fekal streptokoklar	X	X		X		X	X	X	X	X

Tablo 3: SPA, kaplıca, sıcak banyolarda *Legionella* pn. varlığında alınacak kontrol stratejileri

Sayı/litre	Yorum
<10 ²	Kontrol altında
≥10 ² ile ≤10 ³	Yeniden numune alın ve gözetim altında tutun. Tahliye, temizleme ve dezenfeksiyon yapın
>10 ³	Havuzu kapatın; SPA havuzunu 50 ppm serbest klor ile 1 saat sirkülasyonda şok dezenfekte edin

aracılığı ile gösterilmiştir. Termal sulara virüsler enfekte kişiler aracılığı ile bulaştırılabilir. Yoğun kontaminasyon sonrası termal sular viral enfeksiyonlar için riskli hale gelebilir. Termal alanları kullanan kişilerde termal su ilişkili viral hepatit ve gastroenterit epidemileri görülebilir.

Legionella pnomonisi

Legionella pneumophila, ilk defa 1976 yılında bir otel salgınında tanımlanmıştır. *Legionella* bakterisi termal sularda bulunabilen, özellikle suların vaporeze/aerosolize olduğu yerlerde insanlara solunum yolu ile bulaşabilen ve "yaz pnomonisi" denen hastalığı yapan dolayısıyla termal turizmi olumsuz etkileyebilen bir patojendir. *Legionella* dışında nadiren bazı mikroorganizmalarda bu ısılarda yaşayabilir.

Lejyoner hastalığı ya da Lejyonelloz; *Legionella* türü bakterilerin sebep olduğu akciğer enfeksiyonuna(pnmoni) verilen isimdir. Hastalık; hafif öksürük ve ateş gibi bulgulardan, solunum yetmezliği, bilinç durumunda değişiklik ve birden fazla organdaki yetmezliğe kadar geniş bir yelpazede karşımıza çıkabilir.

Elli yaş üstü ve erkek olmak, sigara kullanmak (< 1 paket/gün), kronik tıkanmalı akciğer hastalığının (KOAH) var olması, alkol kullanmak, bağışıklık sistemini baskılayan herhangi bir hastalığı olmak ya da immün süpresyona neden olacak ilaç kullanmak ya da kanser tedavisi görmek hastalık için risk faktörlerini oluşturmaktadır. Hastalığın erken devresinde ateş, halsizlik, kas ağrısı, iştahsızlık ve baş ağrısı bulguları mevcuttur. Ateş hemen her hastada vardır ve % 20'sinde 40°C'nin üstündedir. Hastaların % 80'inde öksürük vardır ve %10 olguda balgamda kan görülür. Olguların % 25-40'ında sulu ishal, bulantı, kusma ve karın ağrısı da eşlik eden diğer belirtiler olarak karşımıza çıkabilir. *Legionella* cinsi bakteriler nehir, göl, diğer doğal su kaynakları ve insan eliyle oluşturulmuş su dağıtım sistemlerinde (klimalarda, nemlendiricilerde, kaplıcalarda, vd.) bulunurlar, 20-50°C'deki sıcak su sistemlerinde kolonize olurlar. Ayrıca duş başlıkları ve sıcak su muslukları, su tesisatında yaygın şekilde bulunabilen biofilm katmanları, hastanelerdeki solunum terapi ekipmanları bu bakteriler için potansiyel rezervuardır.

Legionellalar otel su sistemlerinde nerelere yerleşir?

- Tesisatta suyun durgun olduğu kısımlara
- Biyofilm katmanlarının içine
- Tankların dip sedimentine
- Musluk ve duş başlıklarında kireç/kalker/biyofilm katmanlarına

- Sıcak-soğuk su tanklarına
- Musluklar-duş başlıklarına
- Tesisat borularına
- Air-conditioner sistemin soğutma kulelerine
- Vantilatörvenebulizörlere(hastanelerde)
- Sprey nemlendircilere (manav-çiçek reyonlarında)
- Buz makinelerine
- Dekoratif havuz ve fiskiyelere.

Bina su sistemlerinde Legionella sp. kolonizasyon kontrol stratejileri

Fiziksel önlemler: Fiziki koşulları bakterinin yaşam sınırları dışına çıkarmaya yönelik önlemler

- Temizlik
- Sıcak su ısılarının yükseltilmesi (termal eradikasyon /ısıtma-boşaltma-yıkama/ heat and flush)

Kimyasal önlemler: Bakterinin canlılık ve üremesini engeleyici ajan kullanımı

- Hiperklorinasyon
- Metal iyonizasyonu
- Ozonizasyon

İyi teknik bakım sistemin bakteri için cazibesini ortadan kaldıran önlemler

- Ölü boşluk oluşumlarının giderilmesi
- Kireçlenme ve sediment birikiminin engelleyici tedbirler
- Eskime, korozyon v.b. sorunların zamanında tespiti ve tadilatı

Su sistemlerinin içinde bulunan bakteri ve protozoonlar, Legionella bakterilerinin çoğalmasını kolaylaştırabilir. Otellerde ve diğer tesislerde bulunan hava soğutma sistemlerindeki mikroplu sular vasıtasıyla enfeksiyonun yayılmasını takiben salgınlar ortaya çıkar. Hastalıktan ideal korunma yöntemi Legionella'nın kolonize olduğu su kaynağını bulmak ve mikroorganizmayı burada yok etmektir. Termal otellerde yılda bir kez en az 10 uç noktadan (musluk, duş başlığı, vb.) ve tüm sıcak su tanklarından su numuneleri alınarak test edilmelidir.

Legionella kolonizasyonu saptandığında;

- Su sıcaklığı 70-80°C'ye çıkarılıp tüm musluklardan akıtılmalıdır (yayılmayı kontrol etmek açısından uygun, ancak kalıcı değildir),
- 2-6 ppm konsantrasyonda hiperklorinasyon yapılmalıdır (su sistemine zarar verebilir) ya da,
- Bakır-gümüş iyonlama yöntemi uygulanmalıdır (pahalı fakat kalıcı bir yöntemdir).

Sulardan Leginella analizi için numune alma:

- Sıcak, soğuk su tanklarının tümü
- Air-conditioning sistem soğutma kulelerinin tümü
- Otel (veya hastane) binasının tüm katlarının en az birer odasının duş başlıkları ve lavabo muslukları
- Varsa Türk Hamamı
- Binaya giren şebeke suyunun deposu; varsa artezyen kuyusu ve deposu

Numune alma yöntemleri:

Musluktan numune alma: En az 30 saniye tazyikli su akıtılır. Numune steril bir şişeye taşınılmadan alınır.

Yüzme sularından numune alma: Şişe kıydan en az 1 m mesafeden ağzı aşağıda olacak şekilde, 30-40 cm derinliğe daldırılır ve ileri doğru çekilerek doldurulur. Şişenin hacminin onda birine denk gelecek şekilde hava hacmi bırakılmalıdır.

Sıcak su tanklarından su numunesi alınması:

- a) Tahliye musluğu açıldığında hemen 1L su doldurulur ve üzerindeki etikete su tankının adı ile birlikte "1.numune" ibaresi yazılır.
- b) Su, 45 saniye kadar tahliye muslугundan tazyikli olarak akmaya bırakılır.
- c) Aynı musluktan ikinci bir 1L'lik örnek daha alınır ve üzerine su tankının adı ile birlikte "2.numune" ibaresi yazılır. Numunelerin ölçülen ısı dereceleri veya tankın ısı göstergesinden okunan sıcaklık ta kaydedilmelidir.

Lavabo musluklarından ve duş başlıklarından su numunesi alınması: Musluk açılarak 1L su numune şişesine doldurulmalıdır.

Air-conditioning soğutma kulesinden su numunesi alınması: Soğutma kulesi içinden su numunesi alınması.

Numunelerin taşınması

Numunelerin en kısa sürede laboratuvara, 5Co± 3Co'de buzdolabı veya buz akülü izoterm kaplarda ışıktan korunarak 6-8 saat içerisinde ulaştırılması gerekmektedir. Numune alma ve analiz arasındaki süre 12 saati geçmemelidir.

Sonuç

Otellerde Legionella riskinin azaltılması için şunlara dikkat edilmelidir:

1. Bir personel Legionella kontrolünden sorumlu olarak görevlendirilmeli, eğitim alması sağlanmalı.

2. Sıcak su daima sıcak ve devir daimde (50°C-60°C), Soğuk su daima soğuk tutulmalı: 25°C'nin altında

3. Odalar boşsa bütün musluklar ve duşlar haftada en az bir kez birkaç dakika akıtılmalı (odaya girişte de).

4. Duş başlıkları ve muslukları paslanmamalı,

5. İklimlendirme soğutma kuleleri ve bunlarla ilgili boru sistemleri yılda en az iki kere; su ısıtıcıları (kaloriferler) yılda bir kere temizlenmeli ve dezenfekte edilmeli,

6. Her yıl sezon başlamadan önce sıcak su sistemi yüksek seviyedeki klor ile (50mg/l) 2-4 saat boyunca dezenfekte edilmeli, bütün su filtreleri düzenli olarak her 1-3 ayda bir temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.

7. Su depoları, soğutma kuleleri ve borular ayda bir, soğuk su tankları yılda bir kere teftiş edilmeli ve eğer bir kirlilik içeriyorlarsa temizlenerek 50 mg/L klorla dezenfekte edilmelidir.

8. Sistem modifikasyonlarının ya da yeni eklentilerin kesintiler ya da kör noktalar oluşturmamasına dikkat edilmelidir.

9. Kaplıca havuzu veya jakuzi varsa aşağıdaki koşullar mutlaka sağlanmalıdır:

- 2-3mg/L klorla muamele edilmeli ve bu seviye günde en az 3 kez kontrol edilmelidir.
- Her gün suyun en azından yarısı değiştirilmelidir.
- Bütün sistem haftada bir kez temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.

Kaynaklar

Anonym. WHO Guidelines for Drinking-Water Quality. 2nd Edition, WHO Geneva, 1993

Esrey SA, Feacham RG, Hughes JM. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: improving water supplies and excreta disposal facilities. Bulletin WHO, 1985; 63 (4): 757-72.

<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/3651640.stm> (Erişim tarihi: 25.07.2012)

http://www.accepta.com/industry_water_treatment/legionnaires-disease-spas.asp (Erişim tarihi: 25.07.2012)

<http://www.hse.gov.uk/pubns/spalegion.pdf> (Erişim tarihi: 25.07.2012)

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-520/kaplicalar-yonetmeligi.html> (Erişim tarihi: 25.07.2012)

Margolin AB. Control of microorganisms in source water and drinking water. In: Hurst CJ, Knudsen GR, McInerney MJ, Stetzenbach LD, Walter MV (Eds.) Manual of Environmental Microbiology. 2nd Ed. ASM Press, 2002: pp. 195-201

Moore AC, Herwaldt BL, Craun GF, Calderon RL, Highsmith AK, Juranek DD. Surveillance for waterborne disease outbreaks – United States, 1991-1992. MMWR 1993; 42 (SS-5): 1-22

Hemşehrilik bilinci içinde halk sağlığı ve çevre yaklaşımı

Prof. Dr. Çağatay Güler



1951 yılında doğdu. 1975 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Fizyoloji ihtisasının ardından Etimesgut Bölge Hastanesi Başhekimliğine atandı. Ardından halk sağlığı ihtisası yaptı. 1989'da halk sağlığı doçenti, 1996'da profesörü oldu. Nevşehir'in Gül Şehir İlçesinde Sağlık Grup Başkanı ve Ordu Sağlık Müdürü olarak görev yaptı. Halen Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi olan Dr. Güler'in şiir ve öykü kitapları vardır.

Hızlı kentleşme süreci, örgütlenme yetersizlikleri, kaynak kısıtlılıkları, kentlilik bilincinin kentleşme sürecine uygun hızda gelişmemesi gibi etmenler kentleşmenin önemli çevre ve çevre sağlığı sorunlarına neden olmaktadır.⁽¹⁻³⁾ Çevresel yararlarla ilgili bilinç ve algılama sosyal yararlanma ile yakından ilişkilidir. Bunun psikolojik ve sosyal dinamiklerine yönelik çalışmaların ağırlık kazanması konunun önemini göstermektedir. Kentlerin doğal özellikleri insan sağlığı, iyiliği ve yaşam kalitesi ile yakından ilişkili bir durumdur.⁽¹⁻³⁾ Nüfusu belli bir büyüklüğü ve yoğunluğu aşan, ekonomisi tarım dışı uygulamalarda yoğunlaşan, kendi nüfusuna ve etkisi alanındaki toplumlara da hizmet sağlayan yerleşim bölgelerine kent denmektedir.⁽⁴⁾ Kentler megapol veya metropol olarak ayrılabilir. Kentsel çekirdeğin çevresindeki yarı kentsel bölgeler, daha sonra bu bölgelerin kentleşmesi, sonra tekrar yarı kentsel ve gecekondu bölgelerinin oluşması biçiminde halkasal büyüyen kentler için kullanılan bir terimdir. Metropol ise ana kentin çevresinde geniş alanlar ve bu alanlardan toplu taşıma sistemleriyle kolayca ulaşılabilen uydu bölgelerden oluşur.⁽⁴⁾ Uygulanması en zor programlardan birisi kent planlarıdır. Gelişmekte olan ülkelerde en çok gözden geçirilen ve en çok istismar edilen planlardan birisi kent planlarıdır. Kent planlarının uygulama dışı kalması kentleşme alt yapısının, yollar, trafik, resmi kurum

ve kuruluşların yerleşimi, kamuya açık binaların yapı özellikleri, yeşil alanlar, mesire alanları, bedensel etkinlik için gerekli bisiklet yolları, yürüme alanları, kapalı salonların yapımı ve yerleşimi dâhil önemli bopyutta aksamamasına neden olmaktadır.⁽¹⁻⁵⁾ Kentte kamuya açılacak yerlerin ve yapıların önceden planlanmamış olması, daha sonradan bulunan yere kurulması hem bina standardını, hem ulaşım durumunu etkilemektedir. Çoğu tesis daha yapıldığında kentin büyük bir kesimi için ulaşılmaz nitelikte olmaktadır. Ulaşılmazlık sayısı ve boyut yetersizliği, ulaşım zorlukları, bunlardan yararlanma gereksiniminin duyulmaması, yararlanma maliyetleri dâhil birçok faktörden kaynaklanmaktadır.⁽¹⁻⁵⁾

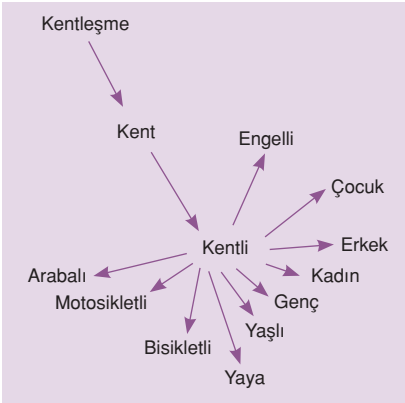
Yerel yönetimler kentlerin alt yapısının oluşturulması, gelişme planlarının yapılması, hizmetlerin sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Burada iki grup "toplum kesimi" ya da ayrı bir "toplum grubu" değil "gelişme evresidir". Bunlar çocuklar ve yaşlılardır. Çevre sağlığı sorunlarının değerlendirilmesinde bu iki grubun toplum yaşamında bir evre olduğu, bu evrelerdeki etkilenimin daha sonraki evrelerin sorunlarını etkileyeceği göz önüne alınmalıdır.⁽¹⁻⁴⁾ Kent planlamacıları kentin yayalara ait olduğu esastan hareket ettiğinde zorunlu olarak ergonomik özelliklere daha büyük önem vermektedir. Uyarı ve işaretlerin kolay görülmesi (trafik işaretleri dâhil), alarmların kolay duyulabilmesi, aydınlatma, yokuş bölgelerdeki merdiven özellikleri,

yaşlılarla ilgili düzenlemeler, sakatlara uygun hale getirme, oyun alanları; park, bahçe ve mesire alanları ile ilgili düzenlemelerde göz önüne alınan kurallar örnek verilebilir.⁽⁶⁻⁹⁾ Kentte yaşayanların temiz hava, etkin atık toplanması, güvenli enerji sağlanması, ulaşım ve iletim beklentileri giderek artmaktadır (Şekil 2). Bunların sağlanabilmesi yol, kanalizasyon, boru döşenmesi, enerji santralleri ve kabloların döşenmesini gerektirmektedir. Bütün bunların kent yaşamını en az etkileyecek, kent standardını yükseltecek, kentliye zarar vermeyecek standartlarda sağlanması zorunludur. Günümüzde ağaçlandırma ve yeşil alanların düzenlenmesi daha çok üzerinde durulan bir beklenti haline geldiğinden birçok mühendislik disipliniyle konuyla ilgili özelleşmeler ortaya çıkmaktadır.^(2, 3, 10-14)

Ayrıca kentin iki temel alt yapısının göz önüne alınması şarttır: Gri alt yapı ve yeşil alt yapı. Kent planlamasında "yeşil alt yapı" olarak tanımlanan özellikler giderek daha değerli hale gelmiştir. Yeşil alt yapı, kent yerleşim alanındaki doğal toplulukların ve özellik taşıyan doğal niteliklerin korunması anlamına gelmektedir. Kentler ekosistemleri adeta istila etmektedir. Asya ve Afrika'da hızla devleşen kıyı kentlerinin oluşmasına yol açmıştır.^(15, 16) Ekosistemlerin sürdürülebilir gelişme ve verimlilik açısından değerleri çok yüksektir. Bu konularda tek bir kentsel yerleşim alanının korunması yetmeyeceği için giderek kentleşme sürecine katılan tüm komşu bölgelerin



Şekil 1: Değişik toplum kesimlerinin kentle ilgili beklentileri farklıdır.



Şekil 2: Kentte yaşayanların temiz hava, etkin atık toplama, güvenli enerji sağlanması, ulaşım ve iletişim beklentileri giderek artmaktadır.



özellikleri dikkatle değerlendirilmelidir. Kentleşme çok büyük endemik bitki ve hayvan topluluklarının yok olmasına yol açmaktadır. Buna en güzel örnek kuşlardır. Birçok kentleşme bölgesi kuşların konaklama ve yaşama alanlarının ortadan kalkmasına neden olmuştur.^(1, 4)

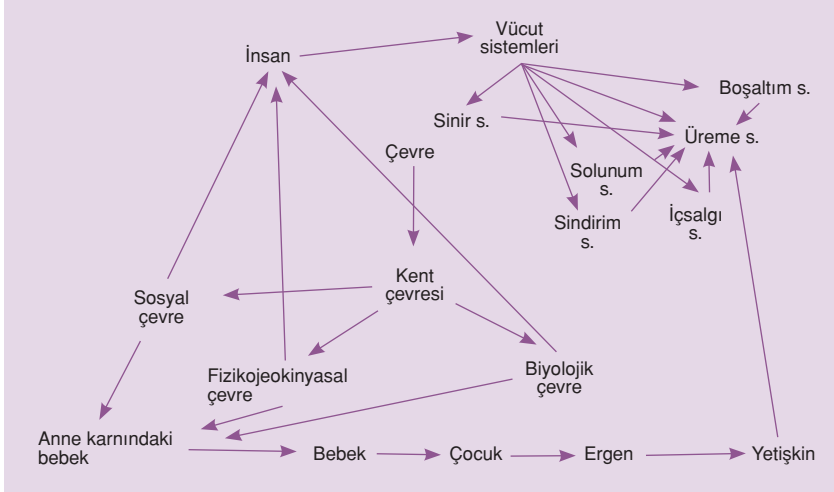
Kent planlamasında “yeşil alt yapı” olarak tanımlanan özellik daha değerli hale gelir. Kent yerleşim alanındaki doğal yaşama birliklerinin ve özellik taşıyan doğal niteliklerin korunması anlamına gelmektedir.⁽¹²⁾ Bunların sürdürülebilir gelişme ve verimlilik açısından değerleri çok yüksektir. Bu konularda tek bir kentsel yerleşim alanının korunması yetmeyeceği için giderek kentleşme sürecine katılan komşu tüm bölgelerin dikkatle değerlendirilmesi zorunlu hale gelmektedir. Kentleşme çok büyük endemik bitki ve hayvan topluluklarının yok olmasına yol açmaktadır. Buna en güzel örnek kuşlardır, birçok kentleşme bölgesi kuşların konaklama ve yaşama alanlarının ortan kalkmasına neden olmaktadır. Bu durum tek bir kuş türünün bile mücadele edilmesi gereken zararlı konumuna gelmesi, birçok ekolojik bağlantının kopması sonucu vermektedir.^(10, 11, 13, 14, 17) Sözelimi kente sadece güvercinlerin çoğalmasına elverişli ortam, diğer kuş türlerinin yok olması sonucunu verir.

Kent altyapı sistemlerinin birçok özelliğinin anlaşılabilmesi, kentli beklentilerine yanıt vermesi, kent yaşamının getirebileceği özel kriz ve yüklenmelerin doğurabileceği sorunların öngörülmesi ve önlemlerinin alınabilmesi için ergonomi ilkelerinin uygulanması gerekir. Standart bir kentli tipinden ya da “kullanıcıdan” söz edilmesi mümkün değildir. Toplu taşıma araçları dâhil kentleşmenin bütün sistemler planlanırken, yapılar, yollar sadece sağlıklı yetişkinlere değil çocuk, yaşlı, sakat, hamile birçok değişik risk grubu göz önüne alınmalıdır. Kentte yaşayan herkes toplu taşıma araçlarına

binmeli, gideceği yönü önceden görebilmeli, duraklarla ilgili olarak önceden bilgilendirilmelidir. Bir sakatın evinden çıkıp herhangi bir resmi işlemi başkalarına yük olmadan tamamlayabileceği bir tasarım zorunludur. Kent alt yapısına uyamayanın yarımsız evden çıkamayacağı bir gelişme sağlıklı bir gelişmedir. Kaldırım yükseklikleri, okul yerleşimleri, sokak aydınlanma yetersizlikleri söz konusu risk gruplarının sorunlarını daha da ağırlaştırır.^(3, 4, 10, 11, 13, 14, 17)

Kentlerde kişi başına düşen milli gelirin kırsal kesimden daha yüksek olması, iş bulma, sosyal güvence, eğitim, sağlık ve kültürel alanlarda örgütlenme etkinliği ve olanakların fazlalığı nedeniyle önemli bir çekim alanı oluşturmaktadır. Artan nüfus birçok çevre sağlığı sorununu da birlikte getirmektedir.⁽¹⁰⁾ Giderek artan nüfus arazi değerini artırmakta fizik yapısı yetersiz, afetlerden kolay etkilenebilen bir yapılaşma süreci ortaya çıkarmaktadır. Konu alanları daralırken, eşyalar ve yerleşim düzen yetersizlikleri konut içi yaşama alanının daha da daraltmaktadır. Sanitasyon alt yapısı çoğu kez hiç değerlendirilmemektedir.^(1, 4) Giderek kalabalıklaşan kentlerde güvenlik sorunları çıkmakta, suç oranı artmakta, çocuk oyun alanları, toplumun mesire alanları kısıtlanmaktadır. Toplu taşıma ve ulaşım ile ilgili yetersizlikler sürmektedir. Biyoterörizm başta olmak üzere birçok yeni sağlık ve güvenlik riskleri ortaya çıkmaktadır. Yerel yönetimlerin bu konulardaki deneyimi yeterli değildir. Gelişmekte olan ülkelerde en büyük tehlikelerden birisi önceden planlanan sistemli bir yaklaşımın olamamasıdır. Genel eğilim herhangi bir sorun çıktıktan

Şekil 3: Belediyeler hemşerilerin çevresel etkilenimini en aza indirecek temel alt yapı sorunlarını çözerken bireysel etkilenimin tüm bileşenlerini göz önüne almalıdır.



Tablo: Sağlıklı ve sağlıksız toplumların belirli özellikleri şöyle sıralanmaktadır⁽²⁴⁾

Sağlıklı	Sağlıksız
Olumlu düşünme	Olumsuz düşünme
İşbirliği	Kişisel çatışmalar
Birleşme çabası	Bölünme çabası
Problemleri çözme	Çözümde zıtlasma, çözüm savaşları
Geniş toplum ilgisi	Sınırlı ilgi
Görüş birliği oluşturma	Kutuplaşma
Karşılıklı dayanışma	Dar görüşlülük
Tolerans ve saygı	Aşağılama
Güven	Eğilim ve isteklere (güdülere) kuşkucu yaklaşım
Madde politikası	Kişilik politikası
Fikirleri tartışma	Kişileri tartışma
Problem çözücülük	Engelleyicilik ve yakınmacılık
Uzlaşma	Kin gütmeye
Bireysel sorumluluk	Önce ben
Yenilenme	Tutuculuk
Geleceğe odaklanma	Geçmişte direnme
Dinleme	Saldırma
Toplum tartışmaları	Monologculuk
Çeşitlilik	Dışlama
Kazan-kazan çözümleri	Kazan-kaybet çözümleri
Hemşerilik	Bencilik
Güçlendirilmiş, canlı hemşeri	İgisiz, duyarsız hemşeri
Sabır	Asabiyet
Yatıştırıcı	Ayrılmaları derinleştirici
Paylaşma eğilimi	Kendine saklama eğilimi
"Yapabiliriz"	"Boşa çaba", "Bir şey çıkmaz"

sonra eldeki kaynakların seferber edilmesi şeklinde olmaktadır. Bu yaklaşım, koruyucu hekimlik açısından en büyük tehlikelerden biridir. Kitlesele sağlık sorunları çıktıktan sonra birincil koruma hatta çoğu kez ikincil koruma uygulamaları mümkün olamayacaktır. Üçüncül koruma uygulamaları ise ekonomik ve alt yapı

yetersizlikleri nedeniyle etkili olamayacak ya da çok az yarar sağlayabilecektir.^{1,4)}

Toplum bireyleri birçok sosyal sorunun çözümünü yerel yönetimlerden beklemektedir. Başta çocuklar olmak üzere özelliği olan hemşeri gruplarına sağlıklı çevre koşullarının alt yapısını oluşturmak

ve sağlamak, çocukların gelişimlerinin her döneminde gerekli olan alt yapıyı sağlamak belediyelerin temel görevleri arasındadır. Sözgelimi çocuğun sosyalleştiği dönemlerden başlayarak yetişkin oluncaya kadar gerçek bir kentlilik bilinci kazanmasında belediyelerin sağladığı ya da sağlamadığı alt yapı ve olanakların önemli rol oynar.⁽¹¹⁾

Belediyeler gerek tüketici gerekse üreticiyi, temel toplum sağlığı konusunda, bilinçli tüketim ve sağlığa uygun ürün konusunda bilinçlendirmek zorundadır. Bu durumda sorumlu personelin eğitime ağırlık verilmelidir. Gerekli alt yapı sağlanmadan yapılacak eğitim istenen olumlu katkıyı sağlamayacaktır. Kent çevre sağlığı alt yapısı önemli toplum sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasını engelleyecek en önemli müdahalelerden biridir. Gıda üretiminden tüketiciye ulaşmasına kadar yapılacak denetimler, gıda dağıtımının etkinliği, değişik gelir düzeyindeki toplum kesimlerinin temel besin öğelerine ulaşımını sağlayacak alt yapı ve olanakları sağlamak belediyelerin görevleri arasındadır.

Şekil 3'te sunulan bağlantılar göz önüne alındığında kırsal, kentsel, yarıkentsel ve gecekondu yerleşim yerlerinin çevre ile ilişkisinde ağırlık doğal kaynak kullanımındadır.^(18, 19)

Sağlıklı ve güvenli yapılaşma, etkin bir teknik örgütlenme ve sistemli denetim gerektirir. Afetlere hazırlık, afet alt yapısının oluşturulması ve planlaması, gerekli araç parkının hazırlanması, çevreye yönelik şiddetin önlenmesi, kurtarma ve güvenlik alt yapısının sağlanması önceden etkin bir planlama ve hazırlık yapılmasını gerektiren durumlar arasındadır. Bütün bu nedenlerle Cumhuriyetimizin ilk yasalarından başlayarak belediyelere önemli sorumluluklar yüklenmiştir.⁽²⁰⁾ Birçok yasa, tüzük ve yönetmelik yerel yönetimlere önemli toplum sağlığı görevleri verir^(20, 21) Belediyeler bir sağlık hizmet sistemi kurmak bir yana yasanın kendilerine yüklediği sağlık hizmet yükümlülüklerini tam anlamıyla yerine getirecek personel standardından yoksun durumdadır. Belediyeler sağlık konusunda seçmen talebinin yarattığı baskının altında tedavi hizmetlerine ağırlık verme zorunda kalmaktadırlar. Koruyucu hekimlikle ilgili hizmet ve yatırımların sonucunun hemen alınmaması, bu konuda kentli duyarlılığı ve talebinin az olması koruyucu hekimlikle ilgili uygulamaların göz ardı edilmesi sonucunu vermektedir. Koruyucu hekimlikle ilgili yetersizliğin yol açtığı durumlardan belediyeler kendilerini sorumlu görmemektedir. Belediye kadrolarında çalışan karar verici düzeydeki personel, koruyucu hekimlik uygulamaları hakkında yeterli bilgi sahibi değildir.

Bu durum, yeterli kaynak ayrılmasını da engellemektedir. Bazı koruyucu hekimlik uygulamaları kentli desteğini ve kentlilik bilincini gerektirmektedir. Buna, katı atıkları örnek verebiliriz. Kentlilik bilincine sahip bir toplum olmadan katı atık sorununun gerçek anlamda çözülebilmesi mümkün değildir. Çünkü çoğu kişi çöp sorununu atıkların kendi kapısından uzaklaştırılması olarak görmektedir. Atıkların evde aylararak teslimi, poşette toplanan çöplerin istenilen saatte dışarı çıkarılması gibi konular kentlilerin katkısı olmadan çözülemez.

Bir diğer sorun, canlıkiran (biosit) püskürtülmesidir. Çoğu belediye, etkisiz olduğunu bilindiği halde kentli baskısıyla canlıkiran püskürtmeyi sürdürmektedir. Özellikle yaz aylarında çok büyük bir canlıkiran kirliliği yaratılmaktadır. Tedavi hizmetleri, ilaç talebiyle birlikte olduğundan belediye bütçelerine önemli bir yük getirmektedir. Kalıcı bir sağlık örgütlenmesi ve sistemi söz konusu olmadığından gezici poliklinik hizmeti vermek isteyen belediyeler sadece reçete yazıp bırakan, herhangi bir kayıt ve izleme sistemi kurmayan yaklaşımlar benimsemektedir. Bu tip uygulamaların toplum sağlığına önemli bir katkısı bulunmamaktadır. Ülke sağlık sisteminin somutlaşmamış olması, kentsel ve yarı kentsel bölgelerin sağlık hizmet talebinin farklılığı ve risk yaklaşımı gerektirmesi sistem kurulmasını engelleyen en önemli uygulamalardır. Sağlıkta hakkaniyeti sağlayabilmenin temel yolu olan risk yaklaşımı yani gereksinimi fazla olana daha fazla hizmet zorunluluğu tam kavranabilmiş değildir.⁽⁴⁾

Belediye kadrolarında yeterince halk sağlığı uzmanları bulunmamaktadır. Bulunan halk sağlığı uzmanlarının yetki sorunu bulunmaktadır. Halk sağlığı uzmanlarının eksikliği koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğini azaltmaktadır. Belediyelerin sağlık hizmeti olarak sunduğu birçok uygulama hizmet ikilemi, personel ve bütçe savurganlığına yol açmaktadır. Gelişmiş ülkelerin sağlığı geliştirme uygulamalarına öncelik vermeye başlamasıyla ortaya çıkan kavramlardan biri de sağlıklı kentler kavramıdır. 21 Kasım 1986'da Ottawa'da toplanan "sağlığı geliştirme" konulu ilk uluslararası konferans 2000'li yıllarda "herkes için sağlık" hedefine ulaşma eyleminin şartlarını sunmuştur.⁽²²⁾

Sağlığı geliştirme "insanları sağlıklıları üzerinde kontrol gücüne sahip olma ve sağlıklarını geliştirmeye muktedir kılma sürecidir". Bu şarta göre "Tam olarak fiziksel, akli ve sosyal anlamda iyi olma durumunu sağlayabilmek için, birey veya topluluk, isteklerinin farkına varabilmeli, isteklerini tanımlayabilmeli, çevreyi değiştirebilmeli ve çevreyle uyum sağ-

layabilmelidir. Sonuçta, sağlık, hayatın hedefi değil, günlük hayatın kaynağını oluşturur. Sağlık fiziksel kapasiteler kadar, sosyal ve kişisel kaynakları da vurgulayan pozitif bir kavramdır. Sonuç olarak sağlığı geliştirme, yalnızca sağlık sektörüne ait bir sorumluluk değildir aynı zamanda sağlıklı yaşam biçiminden gönence doğru gelişen bir süreçtir"

Temel hedef sağlıklı toplum yaratmaktır. Sürdürülebilir toplumların genel ilkeleri beş genel alana ayrılabilir:⁽²³⁾

- Toplumlarda insanların gereksinimlerinin karşılanması.
- Toplumun refahını artırarak ve anlamlı iş sağlama süreciyle yerel ekonominin geliştirilmesi ve yaşama koşullarının iyileştirilmesi
- Güvenli, temiz ve ekolojik olarak sürdürülebilir bir fizikojeokimyasal çevre sağlamak.
- Kendilerini etkileyen kararlara mümkün olduğunca fazla kentlinin katılmasını sağlayacak yapılanma ve örgütlenme ile etkin hemşeriliğin sağlanması.
- Çeşitlilik, kapsayıcılık, komşuluk, bölgenin kültürel ve doğal tarihiyle bütünleşmesine dayanan bir toplum kültürü oluşturmak.

"Sağlıklı" ve "sağlıksız" toplumlar arasındaki farklar tabloda özetlenmiştir (24).

"Sağlıklı kentler hareketi"; toplum sağlığı görevlileri, seçilmiş yerel yöneticiler, yerel yönetim görevlileri ve her türlü toplumsal grupların yaşama koşullarını yükseltmeye yönelik kolektif çalışmalarını kapsayan eşgüdümlü bir programdır. Dikkat edilirse sağlıklı toplum özellikleri gerçek hemşerilik bilincini de yansıtmaktadır. Bu durumda etkin sağlığı geliştirme uygulamalarıyla hemşerilik bilinci oluşturmalı, seçmenler seçtiği kişileri halk sağlığı ve çevre sağlığı yaklaşımlarına ağırlık vererek seçmelidir.

Kaynaklar

- 1) Güler, Ç. , Çocuk çevre ve çevre sağlığı, içinde Enver Hasanoğlu, Ruhan düşünsel, Aysun Bildirici (Editörler), Temel Pediatri, , (145-172), Türkiye Milli Pediatri Demeği, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2010.
- 2) Güler, Ç. Çocuk, Çevre ve Çevre Kirliliği; Katkı, Pediatri Dergisi, Çevre ve Çocuk I, 30, 3, 279-362, Mayıs-Haziran 2008.
- 3) Güler, Ç. Çevre Kirliliği ve çocuk, Özgür Doruk Güler Çevre Dizisi No. 3, Yazıt Yayıncılık, Ankara, 2008.
- 4) Güler, Ç. Sağlıklı kentler, Özgür Doruk Güler Çevre Dizisi No. 56, Yazıt Yayıncılık, Ankara, 2011.
- 5) Çobanoğlu Z, Kent ve Çevre, Tıbbi Dokümantasyon Merkezi, Toplum Sağlığı Dizisi:16, ISBN 975-7431-15-X, Ankara, 1996.
- 6) Güler, Ç. , Oğur, R. , Vaizoğlu, S. A. , Tekbaş, Ö. F. Kent Ergonomisi, Sağlık Boyutuyla Ergonomi, (Ed. Ç. Güler), Palme Yayınevi, Ankara, 2004.

7) Güler, Ç. , Ergonomiye Giriş, Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No. 45, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1997.

8) Güler, Ç. , Vaizoğlu, S. A. , Tekbaş, Ö. F. ;Temel ergonomi kavramları, Mesleki Sağlık ve güvenlik dergisi, ISSN 15513 1302-48-41, 3, 22-26, Temmuz 2000.

9) Güler et al; Ergonomiye Giriş (Ders Notları), Ankara Tabip Odası; Ankara, 2001.

10) Güler. Ç. , Çobanoğlu, Z, Kentleşme ve Çevre Sağlığı, Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No:26, TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, ISBN 975-7572-27-6, Ankara, 1994

11) Güler, Ç. , Kent, Belediye ve Halk Sağlığı, Belediye Halk Sağlığı Hizmetleri, Hacettepe Üniversitesi-Keçiören Belediyesi, Belediyecilik ve Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezi, Yayın No. 9. Ankara, 2004. "

12) Wolf, K. L., Ergonomics of the City: Green Infrastructure and Social Benefits. In C. Kollin (ed.), Engineering Green: Proceedings of the 11th National Urban Forest Conference. Washington D. C. : American Forests, 2003.

13) Güler, Ç. , Çobanoğlu, Z. , Çevre Sağlığı Boyutlarıyla Habitat II ve Kent Çevresi, Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No. 42, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1997.

14) Güler, Ç. , Kent Ergonomisi; Hacettepe Üniversitesi-Keçiören Belediyesi Türk Belediyecilik Sempozyumu (Sağlıklı Modern Kentleşme), 13-14 Aralık 2003. Kitabı, 111-121, Ankara, 2003.

15) Güler, Ç, Ekosistemler ve Sağlık, Özgür Doruk Güler Çevre Dizisi No. 55, Yazıt Yayıncılık, Ankara, 2010.

16) Moeller, D. W. , Environmental Health, Harvard University Press, London, 2005.

17) Güler, Ç. , Kent, Kentli, Belediye ve Halk Sağlığı; Sorunlar ve Güçlükler, II. Türk Belediyecilik Sempozyumu Kitabı, , HÜ-Keçiören Belediyesi, 36-69, Ankara, 2005.

18) 16. Birley, M. H. , Lock, K. , Health and periurban Resouce production, <http://www.globetree.org/jackfoo/icibs/birley/paper.htm>, 3. 6. 2011. (Erişim tarihi: 27.05.2012)

19) Birley, M. H. and K. Lock, A Review of the Health Impacts Of Peri-Urban Natural Resource Development. Natural Resources International, Chatam, 1997.

20) Çobanoğlu, Z. , Belediye Zabıtası Mevzuatı ve uygulamaları, Belediye Zabıta Hizmetleri, Hacettepe Üniversitesi Keçiören Belediyesi, Belediyecilik ve Halk Sağlığı Eğitim-araştırma Merkezi, Yayın No. 8, (40-105), Ankara 2004.

21) Vaizoğlu, S. A. , Belediye Hizmetlerinde Denetim, Belediye Zabıta Hizmetleri, Hacettepe Üniversitesi Keçiören Belediyesi, Belediyecilik ve Halk Sağlığı Eğitim-araştırma Merkezi, Yayın No. 8, (106-112), Ankara 2004.

22) Ottawa Charter For Health Promotion, First International Conference

On Health Promotion; Ottawa, Canada, 17-21 November 1986

23) Nozick, M., Healthy Cities, healthy Communities, 32, 3, May 1998.

24) Adams, B. , Building Healthy Communities, Pew Partnership for Civic change, 145-c Endam Drive, Charlottesville, VA 22903, 2004.

Tıp eğitimi: Uzmanlık eğitimi-

Dr. Ahmet Murt



1986 yılında İskenderun'da doğdu. 2010 yılında İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2009 yılından bu yana Avrupa Birliği destekli MEDINE (Medical Education in Europe) akademik işbirliği projesinin yönetim kurulu üyesidir. Halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda asistan doktor olarak görev yapan Dr. Murt aynı zamanda Edinburgh Üniversitesi'nde Tıp Eğitimi yüksek lisansına devam etmektedir.

Tıpta ve diş hekimliğinde uzmanlık yönetmeliğine göre; uzmanlık öğrencisi, "uzmanlık ana veya yan dallarından birinde uzman olarak yetiştirilmek amacıyla, eğitim ve öğrenim gören, araştırma ve uygulama yapan tabip" olarak tanımlanmış durumdadır. Yönetmelikteki bu tanıma uygunluk gösteren uzmanlık programlarımız ne yazık ki oldukça az sayıda kalmaktadır. Bu uygunsuzluğunun geri planında yatan

öncelikli sebep toplumun sağlık hizmeti gereksinimlerindeki dinamik değişiklikler nedeniyle asistanların daha sıklıkla hizmet sunumunda kullanılmak durumunda olmalarıdır.

Mezuniyet öncesi eğitim son yıllarda etraflica tartışılabilirken, bu konuda mesleğin genelinde artmakta olan bilgiler ve düşünceler birikimi uzmanlık eğitimi de bu verimli tartışmaların içine çekecektir. Bir süredir hayalini kurduğumuz mezuni-

yet öncesi ve sonrası eğitim süreçlerinin birbirini bütünler şekilde planlanabilmesi belki de o zaman hayat bulacaktır. Ülkemiz bu bütünlüğü sağlayabildiğinde, hizmet sunumu noktasındaki yüksek kaliteli iş gücüne eğitim ortamlarındaki verimliliği ekleyebilecek ve dünya tıp eğitimi liginde daha geçerli bir cazibe merkezi olabilecektir.

Uzmanlık eğitimi süreci tartışılırken, programa seçim kriterleri, programın



fiziksel ve akademik alt yapı koşulları, uzmanlık öğrencilerinin özlük hakları, ülkenin sağlıkta insan gücü ve istihdam politikaları gibi birbirini de etkilemekte olan farklı faktörler bu tartışmaya konu olacak olsa da uzmanlık eğitimi ile alakalı olan bu ilk yazımızda sürecin sadece eğitim teorileri ile bağlantılı kısımlarını tartışmaya açmaktayız.

Uzmanlık eğitimi sürecindeki yeni eğilim; daha kısa süreler içerisinde daha iyi eğitim ortamlarının sağlanabilmesi olmuştur. Bu hedefin gerçekçi olabilmesi eğitim programlarının daha etkin yapılandırılabilmesi ile mümkün olacaktır. Çünkü, biyo-moleküler ve teknolojik tıbbın sürekli gelişimi, asistanların bir klinik ortamda(veya rotasyonda) belirli bir süre bulunmalarının onların yeterli eğitimi almalarını kendiliğinden sağlayacağı anlayışını alaşağı etmiştir. Klinik pratik, günümüz gereksinimlerine uygun şekilde planlanmalı ve yapılandırılmalıdır. Ülkemiz şartları dahilinde uzman hekimlerden beklentiler ortaya konmalı ve yeniden yapılandırma bu çerçevede düşünülmelidir. Günümüz toplumunun ihtiyacı olan farklı yetkinliklerle donanmış hekimlerin yetiştirilebilmesi için çıktı temelli eğitim gündeme gelmiştir. Kanada'da 2005 yılında güncellenmiş olan CanMEDS projesi hekimlerin sahip olması gereken genel yeterlikleri belirleyen bir proje olma özelliği taşımasından dolayı incelenmesi önerilen bir çalışmadır. Burada hekimlerin kendi tıbbi alanlarında uzman olmaları merkezi bir rol olarak belirlenmişken, profesyonellik, iletişimci ve işbirlikçilik, sağlık savunuculuğu, yöneticilik ve akademik yeterlilik gibi yandaş ve tamamlayıcı özelliklere dikkat çekilmiştir.(Şekil) Bu projenin benzerlerinden ayrılmasını sağlayan bir diğer yönü, hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası eğitime dayanak oluşturan yapısıdır. Bu sayede tıp eğitimine bütünsel bakış açısı sağlanabilmektedir. CanMEDS, Kanada'da şekillenen bir çalışma olsa da farklı kıta ve bölgelerdeki birçok yeniden yapılandırma süreci için örnek teşkil etmiştir. Örneğin, Danimarka uzmanlık öğrencilerini eğitim süreci içerisinde değerlendirdiği mekanizmasını CanMEDS'i temel alarak oluşturmuştur. (The Danish National Board of Health, 2000)

Eğitim programlarının düzenlenmesi veya yeniden yapılandırılması öncelikle öğretim üyelerinin bu yöndeki pozitif eğilimlerini ve yüksek motivasyonlarını gerektirmektedir. Yapılacak olan düzenlemeler uzmanlık öğrencileri ile alakalı olduğu ve en çok onları etkileyeceği için, planlama ve uygulama süreçlerine onların da aktif katılımlarının sağlanması gerekliliğini özellikle belirtmek gerekir. Asistanların, düzenlemelerin sebeplerini ve atılan adımların altında yatan teorik önermeleri bilmeleri sürecin rasgele ge-

lişmediğini hissetmelerini sağlayacaktır. Bu hissiyat yeniden yapılanma sürecinin asistanlar tarafından sahiplenilmesine aracılık edecektir. Sürecin başarılı olabilmesinin bir diğer gereksinimi de liderliği üstlenen öğretim üyelerine duyulacak güvendir. İlginç bir saptama ise yenilenme sürecindeki kaotik ortamlarda asistanların kendi aralarında durum değerlendirmesi yapmak için toplanmalarının stres düzeyini artırarak aralarından bazılarını olumsuz etkileyebildiğidir. (Korndorffer JR, 2011)

Uzmanlık eğitimi, uygun bilgi ve becerilerle donatılmış tıp öğrencilerinin ilgili alanda yetkin hekimlere dönüşecekleri bir süreçtir. Bu nedenle klinik deneyimlerin ekspertiz ölçülerinde birikime dönüşecek şekilde yapılandırılması gerekir. Uzmanlık eğitimlerine yeni başlayan asistanlar karşılaştıkları klinik tablolarla alakalı kurdukları hipotezleri tümden genlimci yaklaşımla değerlendirecek anlamlı bilgilere ulaşmaya çalışırlar. Kıdem sahibi olanlar için ise durum biraz daha farklıdır; onlar birikimlerdeki hastalık özellikleri sayesinde karşılaştıkları tabloyu uygun hastalık sunumu ile eşleştirirler. Kliniklerin verimli birer eğitim ortamı olarak yapılandırılabilmesi tecrübe düzeyi farklılığından kaynaklanan bu iki yaklaşımın birbiri ile tartışılabilmesinin sağlanması ile daha mümkün olacaktır. Bu tartışmalar da akademisyenlerin gözetiminde ve yönlendiriciliğinde yapılandırılmalıdır.

Asistanlık dönemini gerçekten bir eğitim dönemi olarak ele almanın gerekliliğini her ortamda vurgulamak gerekir. Asistan her aşamada uygun zorlukta bir klinik uygulama ile karşılaştırmalıdır. Zorluk seviyesi, onun birikimlerini azami düzeyde kullanabilmesini gerekli kılacak ama asla bıkkın hissetmesine müsaade etmeyecek şekilde planlanmalıdır. Asistanın belirlenmiş olan zorluk seviyesi ile başa çıkabilecek şekilde donatıldığından emin olunmalıdır. Asistana eğitim sorumlusu/sorumluları tarafından devamlı ve periyodik geribildirimler sağlanmalı ve kazanması beklenen her yeni becerinin mükemmele ulaşana kadar tekrar edebilmesi garantiye alınmalıdır. Bu öğrenme çemberi ancak ince ayarı dikkatli verilmiş bir eğitim programı ile sağlanabilir.

Her seviyedeki uzmanlık öğrencisi için karşılaşılabilecek optimal mesleksi deneyimlerin gerek bölgesel gerekse kurumsal şartlar gözetilerek belirlenmesi oldukça karmaşık ama gerekli bir iştir. Bunu yapabilmenin kolaylaşması için öncelikle bütünsel olarak asistanlardan beklenen performans kriterleri ortaya konması, sonrasında bunların farklı seviyelere uygun dağılımının yapılması yolu seçilebilir. Asistan karneleri, uzmanlık öğrencilerinin süreç içerisindeki gelişimlerinin izlenmesine ve onların



Şekil 1: CanMEDS uzman hekim yeterlikler çerçevesi

kendi öz değerlendirmelerini yapabilmelerine yardımcı olabilir. Özellikle kıdemsiz asistanların yeni bir klinik tablo ile karşılaştıklarında bazı araştırmalar yapma ihtiyaçları doğmaktadır ki bu ihtiyaç zaman planlaması yapılırken eğitim sorumluları tarafından göz önünde bulundurulmalıdır.

Uzmanlık eğitimi sürecinde sıkça kullanılmakta olan didaktik programlar (seminerler, dersler, olgu sunumları vb.) için yenilikler düşünülmeli ve metodolojik olarak yelpaze genişletilmelidir. Asistanların klinik ortamlarda kayıt altına alındıkları ve sonrasında bu kayıtların öğretim üyeleri tarafından izlenmesinin sağlandığı bir çalışmada asistanların yaptıkları hataların %68'inin öğretim üyeleri tarafından fark edilemediği gösterilmiştir. (Noel ve ark. 1992) Asistanlar için planlanmış etkili eğitim programı aslında bölümdeki her kademedeki doktorun daha mükemmele ulaşabilmesine aracılık edecektir.

Asistanların öğrenme süreçleriyle öğrenmenin olduğu çalışma ortamı birbirinden bağımsız değildir. Illeris'in tanımladığı olduğu iş başında öğrenme modelinde kişisel öğrenim ihtiyaçları, fiziksel öğrenme ortamı ve sosyokültürel faktörler birbirlerinden etkilenmekte olan saç ayakları olarak tanımlanmıştır. (Illeris, 2004) Burada kurumlar için önem taşıyan nokta şudur ki, fiziksel alt yapı kadar kurumun öğrenme (ve öğretme) geleneği de mesleksi öğrenmeyi şekillendirmektedir.

Eğitim sürecinde atlanmaması gereken bir diğer boyut, kazanılan bilgi ve becerilerin nasıl ve ne zaman değerlendirileceğidir. Mevcut uygulamada yer alan, uzmanlık eğitiminin sonunda yapılan bir sınavla uzmanlığını tamamlayan hekimin yeterliklerinin kurum içinde oluşturulan bir komisyonca değerlendirilmesidir. Aslında; eğitimin sürekliliği içerisinde uygun dönemlere yerleştirilmiş değerlendirmeler yapılması fayda sağlayabilir.

Özellikle klinik eğitimde sürekliliğin sağlanabilmesi için, uzmanlık eğitimi süreci içerisinde mutlaka kazanılması gereken bazı yetkinliklerin mezuniyet öncesinden itibaren gündemde tutulması faydalı olur. Bu sayede yeni mezunların eğitim sistemi içerisinde sağlık sistemine olan geçişleri de daha iyi yönetilmiş olacaktır. Eğitim kurumlarımızda kalite güvencesi yönetmelikte geçen bu kapsam baz alınarak akademik topluluğun, sağlık sisteminin ve düzenleyici otoritenin müşterek sorumluluğunda sağlanmalıdır.



Yalnız, bu değerlendirmeler öğrenmeyi tetikleyecek faaliyetler olarak planlanmalı, geleneksel sınav düşüncesiyle oluşturulmamalıdır. Eğitim süreci içerisinde uygun değerlendirmelerin yapılması, eğitim programının amaç ve hedeflerinin asistanlar tarafından farkında olunmasına da aracılık edecektir. Öte yandan uzmanlık eğitiminin teorik ve pratik boyutları arasında oluşması muhtemel boşluklar da bu sayede kapanacaktır. Yine bu değerlendirmeler sayesinde, eğitim programına adaptasyonda sorunlar yaşamakta olan asistanlar belirlenebilecek ve onları kazanabilmek için gerekli iyileştirmeler planlanabilecektir. Yapılan araştırmalar eğitim programı süreci içerisine serpiştirilmiş değerlendirme yöntemlerinin öğrenmeyi ve öğretmeyi daha verimli kıldığını göstermiştir. (Ringsted, 2004) Genelde göz ardı edilen, ancak eğitimsel önemi oldukça büyük olan bir başka konu, uzmanlık öğrencilerinin gelişimlerinin süreç içerisinde etkin değerlendirilmesidir. Bunun için her uzmanlık öğrencisinden sorumlu bir 'mentor' belirlenmesi uygun olacaktır. Tıp'ta uzmanlık eğitimi yönetmeliğinde; *'eğitim kurumlarındaki birim sorumluları tarafından, her uzmanlık öğrencisine göreve başlamasını takiben bir rehber eğitim sorumlusu tayin edilir...'* ibaresi mevcuttur. (Madde 25/1) Belki de, bu rehber eğitim sorumlusunun görev

tanımı bahsettiğimiz boşluğu dolduracak şekilde oluşturulmalıdır.

Düzenli eğitim ortamlarında öğrenme verimliliğini arttıran 2 model olarak kognitif çıraklık ve pratik grupları tanımlanmıştır. (Hansman, 2001) Kognitif çıraklık akademik ortamlarda sıkça kullanılmıştır. Burada, eğiticinin direktif verir rolü kademeli olarak azalırken, öğrenen yeni beceriler kazanarak gelişir. Pratik gruplarında ise kendiliğinden oluşan gruplar birbirleri ile etkileşimde bulunarak birbirlerinden öğrenirler. Yeni başlayanlar öncelikle bu grupları gözler, sonrasında sürece katılıp kendileri de paylaşımda bulunurlar. Gruplar arası paylaşımın dezavantajı, kişisel öğrenim ihtiyaçlarına kimi zaman cevap veremeyecek olmasıdır. Ayrıca, klinik eğitim ortamları düzenli olmak yerine genelde kaotik ortamlardır. Kaotik ortamların verimli olabilmesi ise hem saygı duyulan öncü bireylerin varlığına hem de yüksek seviyeli takım çalışmasının ve paylaşımların oluşturulabilmesine bağlıdır. (Goldman, 2009)

Asistanların, eğitim programlarından en yüksek verimle faydalanabilmeleri bazı yandaş yeterliklere sahip olmaları ile de ilgilidir. Örneğin, iş yoğunluğu ile karşılaşması muhtemel olan uzmanlık öğrencisi profesyonel görevlerini etkin

bir şekilde öncelik sırasına koyabilmelidir. Ancak bu sayede zamanını doğru planlayarak eğitsel çıkarımlar yapabilecektir. Bıkınlıkların önüne geçebilmek için asistan, kendi sağlığı ile alakalı ihtiyaçlarının farkında olmalıdır.

Asistanlar, bir kliniğin çalışanlarını delege edebilme yetisini kazanırken, iletişim becerileri ve insan ilişkilerinde doğru yöntemleri kullanabilecek şekilde yetiştirilmelidir. Çalıştıkları kurumlardaki birbirine bağımlı süreçlerin nasıl yönetildiğinin farkında olmaları organizasyon becerilerinin gelişmesini sağlayabilir. Günümüz sağlık hizmeti sunumu ortamında asistanların kendi eğitimleri ile alakalı sorumluluk almaları da gerekmektedir. Bunun doğru yapılabilmesi ise asistanların uygun öz değerlendirme yöntemlerini kullanabilmeleri ön koşulunu taşıyacaktır. Uzmanlık eğitimi asistanlara bu becerileri doğru zamanda kazandıracak şekilde planlanıyor olmalıdır.

Özellikle klinik eğitimde sürekliliğin sağlanabilmesi için, uzmanlık eğitimi süreci içerisinde mutlaka kazanılması gereken bazı yetkinliklerin mezuniyet öncesinden itibaren gündemde tutulması faydalı olur. Bu sayede yeni mezunların eğitim sistemi içerisinde sağlık sistemine olan geçişleri de daha iyi yönetilmiş olacaktır. Benzer



Şekil 2: Miller'in Pramidi

yetkinliklerin farklı kademelerdeki hekimlere kazandırılması sürecinde Miller'in piramidi (Şekil) yol gösterici olabilir.

Tıpta uzmanlık eğitimi yönetmeliğinin 24.Maddesi'ne göre uzmanlık öğrencilerinin eğitim ve öğretimi Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) tarafından belirlenen çekirdek eğitim müfredatını kapsayacak şekilde yapılır. Bu kapsamda önem taşıyan birkaç bileşen bulunmaktadır. Bunlardan öncelikli olanı, TUK'un çekirdek eğitim programlarını belirlemesi sürecinin nasıl yapılandırıldığıdır. TUK, özellikle son dönemde uzmanlık programlarının öncelikle eğitime ilgili gereksinimlerine odaklanmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra Yüksek Öğretim Kurulu'nun da TUK'ta temsil ediliyor olması eğitim ögesine verilen değeri artırmaktadır. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Sistemi (TUKMOS) kapsamında ana ve yan dal uzmanlık programları için komisyonlar oluşturulmuş olup bu komisyonlar eğitim hedef, amaç ve içeriklerinin belirlenmesi için etkin çalışmalar yürütmektedirler. Eğitime öncelik verildiğinin bir diğer göstergesi, ilgili kriterlere uymayan kurumlardaki asistanların farklı kurumlara atanarak oralarda eğitimlerini tamamlamalarının sağlanıyor olmasıdır. TUK, eğitimi öncelik olarak belirlemişken, bu konuda görüş ve önerilerini iletmesi beklenen paydaşlar ki bunlar meslek odaları ve üniversiteleri içermektedir, çalışmalarını bilimsel yöntem ve gerçeklikten uzaklaşmadan yapmalıdırlar. Zincirin son ayağı ve uygulayıcısı konumundaki eğitim kurumlarının (tıp fakülteleri ve eğitim/araştırma hastaneleri) çekirdek programın uygulanması sürecinde

ihtiyaç duydukları desteği alabilmeleri de sağlanmalıdır. Uzmanlık eğitimi; tıp fakülteleri, sağlık bakanlığı, sağlık sistemi ve tıp mesleği arasındaki çok yönlü ortaklıkla yürütülmektedir ki beklenen üstün başarının sağlanması karşılıklı saygı, iletişim ve işbirlikleriyle mümkün olabilecektir.(AMSE,2009) TUK, bu iletişim ve işbirliği için bir fırsat olarak görülmelidir. Güncel asistan görüşlerinin de TUK'a ulaşabilmesinin direkt yolları oluşturulmalıdır.

Uzmanlık öğrencilerinin hak ve sorumlulukları kapsamında yönetmeliğin 26.Maddesi'nde; *uzmanlık öğrencisinin kurum ve birimlerde eğitimin çağdaş standartlarda verilmesinin sağlanmasını isteme hakkı vardır* denmektedir. Asistanların bu haklarını en doğru şekilde kullanabilmeleri için öz değerlendirmelelerini yapabilmeleri ve kendi eğitimleri için inisiyatif alabilecek donanıma sahip olmaları gerekecektir. Asistanların, kanıta dayalı klinik pratiğin esaslarını ve gelişimini daha iyi anlayabilmeleri için araştırma eğitimi müfredatlara dahil edilmelidir. Bu eğitimlerin belirli bir sistemi olmalı ve uygun fonlar ayrılmalıdır. PhD programlarının uzmanlık eğitimi içerisine entegre edilmesi akademik gelişim için geçirilen toplam süreleri azaltmakla kalmayacak kalite gelişimine de yardımcı olacaktır.

Uzmanlık eğitimi verecek olan kurumlar TUK tarafından belirlenen nitelik ve standartlara uymak zorundadırlar. Yönetmeliğin 11.Maddesi'nde bu uygunluğun 5 yılda bir denetleneyeceği belirtilmektedir. Eğitim kurumlarımızda kalite güvencesi

yönetmelikte geçen bu kapsam baz alınarak akademik topluluğun, sağlık sisteminin ve düzenleyici otoritenin müşterek sorumluluğunda sağlanmalıdır.

Kaynaklar

Associaton of Medical Schools in Europe (2009) , Zagreb declaration on The Role of theMedical School in Postgraduate Education.

Frank, JR. (Ed). (2005) The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better Standards. Better Physicians. Better Care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada

Goldman E, Plack M, Roche C, Smith J, Turley C. (2009) Learning in a Chaotic Environment, Journal of Workplace Learning, 21; 7: 555-74

Hafler J, Connors KM, Volkan K, Bernstein HH. (2005) Developing and Evaluating a Residents' Curriculum, Medical Teacher, 27(3): 276-282

Hansman C. (2001) Contextbasedadultlearning, New DirectionsforAdultandContiuing Education,89: 43-51

Illeris K. (2004) A model for learning in working life. Journal of Workplace Learning, 16(8): 431-441

Komdorffer JR, Slakey DP. (2011) Effect of Structuring Clinical Services Based onResidentEducationalObjectives, J AmericanCollege of Surgeons ; 212: 696-702

Lillevang G, Bugge L, Beck H, Joost-Rethans J. (2009) Evaluation of a National Process of Reforming Curricula in Postgraduate Medical Education, Medical Teacher, 31: 260 – 266

Miller GE. The assessment of clinical skills/ compeence/performance. Academic Medicine 1990; 65: 563-67

Murt A. Tıp Eğitimi: Ölçme ve Değerlendirme–Becerilerin Değerlendirilmesi. Sağlık Kültürü ve Tıp Düşüncesi Dergisi, 20. sayı

National Board of Health (2001) Guidelines for curriculum of specialist education, (Copenhagen)

Noel GL, Herbers JE, Caplov MP, Cooper GS, Pangaro LN, Harvey J. (1992) How well do internal-medicinefacultymembersevaluatetheclinicalskills of residents? AnnInternMed 117:757-765

Öztürk R. (2006) Ülkemizde Tıp Eğitimine Genel Bir Bakış. Sağlık Kültürü ve Tıp Düşüncesi Dergisi

Ringsted C, Henriksen H, Skaarup M, Van der Vleuten CPM.(2004)Educational impact of in-trainingassessment (ITA) in postgraduatemedical-education: a qualitativestudyof an ITA programme in actualpractice, MedicalEducation ;38: 767-777

Ringsted C, Ostergaard D, Scherpbier A. (2003) Embracing the new paradigm of assessment in residency training: an assessment programme for first-year residency training in anaesthesiology, Medical Teacher ; 25(1): 54 -62

Stahmer S, Kuhn G. (2010) Optimizing Resident Training, Academic Emergency Medicine ; 17: 78 -86

T.C. Resmi Gazete (2009) Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği

www.tuk.saglik.gov.tr Tıpta Uzmanlık Kurulu (Erişim tarihi: 03.08.2012)

Yüksek Öğretim Kurulu (2010) Türkiye'de Sağlık Eğitim ve Sağlık İnsan gücü Durum Raporu (Ankara)

Aydınlatılmış onam

Adnan Üçcan



Libya'da doğdu, orta ve lise öğrenimini Fransa'da Lycée International'da aldı. Lisans eğitimini Strazburg ve Galatasaray Üniversitesi Hukuk Fakültelerinde tamamladı (2004). Uluslararası ticaret hukuku dalındaki yüksek lisans eğitiminin ardından uluslararası bir hukuk firmasının İstanbul ve Paris bürolarında çalıştı. Ortağı olduğu uluslararası bir danışmanlık şirketinde Avrupa ve Afrika ülkeleri ile çalıştı. Çalışma alanları birleşme ve devralmalar, ortak girişimler ve rekabet hukukudur. Sağlık hukuku alanında da uzman danışmanlık hizmeti vermekte ve bu çerçevede hastane, dernek ve doktor avukatlığı yapmaktadır.

Sağlık hukuku; sağlık personelinin mesleklerini icra ederken karşılaştığı malpraktis (tıbbi hata) iddialarının yanı sıra idari problemler (atama, nöbet vb), hasta ile ilişkilerden kaynaklanan uyuşmazlıklar (hakaret, fiili saldırı vb.), hizmet sözleşmelerinizden kaynaklanan uyuşmazlıklar olmak üzere çok geniş bir alanı kapsamaktadır. Bu alan dâhilinde detayı pek bilinmeyen aydınlatılmış onam, özü itibarı ile hastanın bilgilendirilmesi ve bilgilendirme çerçevesinde kendisine uygulanacak tedaviye onay vermesi anlamına gelmektedir. Aydınlatılmış onamın alınması, tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluğunun ilk ve en temel şartıdır. Bu sebeple hâlihazır durumda sağlık hukuku uyuşmazlıklarının büyük çoğunluğu aydınlatılmanın doğru yapılmasından, onamın hukuka uygun biçimde alınmamasından veya hata ile alınan onamın hukuka uygun şekilde sürelere muhafaza edilmemesinden kaynaklanmaktadır.

Tıbbî müdahaleler; hekimler tarafından hastalıkların teşhisi, tedavisi veya önlenmesi amaçlarına yönelik olarak gerçekleştirilen faaliyetler olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi müdahale kavramı; kişinin mevcut fiziksel rahatsızlığının giderilmesinden rahatsızlığının önlenmesine ve kimi zaman da estetik amaçlı bir talebinin giderilmesine kadar her türlü girişimi içine alan geniş bir yelpazedir. Hekimler "tıbbi müdahale" kapsamında kişinin vücut bütünlüğüne müdahalede bulunurlar. Bir kişinin vücut bütünlüğüne dokunulması, Anayasa ve diğer kanunlar çerçevesinde istisnai haller dışında hukuka aykırı kabul edilmiştir. Zira Anayasanın 17/II. maddesinde, kişinin vücut bütünlüğü ve sağlığı üzerindeki haklarının temel haklardan biri olduğu belirtilerek, tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı ve rızası olmaksızın bilimsel ve tıbbî deneylere tabi tutulamayacağı hükmüne bağlanmıştır. Bu düzenlemenin yanı sıra konu Borçlar Kanunu'nda da ele alınmış ve 46 ile 47. maddelerde vücut bütünlüğüne yönelmiş fiillerden doğan maddi ve manevi zararlara

karşı tazminata dayalı bir koruma sağlanmıştır. İşte bu noktada hekimlerce kişilerin vücut bütünlüğüne yönelik girişimlerinin hukuka uygun hale getirilmesi gerekliliği karşımıza çıkmaktadır.

1. Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu

1.1. Medeni Kanunun 24. maddesinin 2. fıkrasında kişilik haklarına yapılan müdahalenin hukuka uygun kıldığı haller Bunları sıralamak gerekirse;

- Daha üstün nitelikte kamusal yarar (Örneğin salgın bir hastalığın yayılmasını önlemek için kişilerin rızası alınmadan da aşı yapılabilecektir),
- Daha üstün nitelikteki özel yarar (Örneğin meşru müdafaa hali kapsamında kalmak üzere 3. kişilerin vücut bütünlüğüne müdahale edilmesi hukuka uygun kabul edilebilecektir.)
- Kanunun verdiği yetkinin kullanılması,
- Kişilik haklarına müdahalede bulunan kişinin rızası.

Hekimlerin gerçekleştirmekte oldukları tıbbi müdahaleleri hukuka uygun kılmaları için uygulamada en çok başvurdukları yol, hastanın rızasının alınması olmaktadır. Ancak hukuka uygunluk için yalnızca rıza alınması yeterli olmayıp aynı zamanda alınan rızanın hukuka uygun bir rıza olması koşulu aranmaktadır. Hastanın rızasının hukuka geçerli kabul edilen bir rıza olabilmesi için aranan şartlar aşağıda belirtilmektedir. Tüm bu şartların tam anlaşılabilmesi için her birini ayrıntıları ile irdelemek uygun olacaktır.

1.1. Hastanın temyiz kudreti

Hastanın vermiş olduğu rızanın geçerli olabilmesi için hastanın reşit ve akıl sağlığının yerinde olması gerekmektedir. Hukukumuzda reşit olmayan kişilere ilişkin rıza velilerinden alınmakta olup temyiz kudreti bulunmayan reşit kimseler hakkında ise rızaya yetkili kişiler vasileri olmaktadır. Bunun yanı sıra kimi zaman kişilerde geçici süreli temyiz kudreti

kayıpları oluşabilmektedir. Örneğin alkol almış ve karar verme yetisini kaybetmiş birinden tıbbi müdahaleye ilişkin alınmış rıza hukuka geçersiz kabul edilmektedir. Bu gibi durumlarda kişide söz konusu tıbbi müdahalenin gerçekleştirilmemesi kişinin hayatını ve/veya organlarından birini kaybetmesine neden olabilecek derecede önemli değilse ertelenmeli ve gerçekleştirilmemelidir.

1.2. Hastanın iradesinin sakatlanmaması

Rızanın geçerli olması için gerekli ikinci koşul ise hastanın iradesinin sakatlanmamış olmasıdır. Bu koşul çerçevesinde hekimler hastanın rızasını belirtirken hatalı bir karar vermesini engelleyecek gereklilikleri yerine getirmelidir. Bu da hastanın yapılacak müdahaleye ilişkin açık bir biçimde bilgilendirilmesi ve aydınlatılması ile olacaktır. Hukuka geçerli bir aydınlatmanın ne şekilde yapılması ve hangi hususları içermesi gerektiği aşağıda ayrıca aktarılmıştır.

1.3. Rızanın hukuka ve ahlaka aykırı olmaması

Son olarak, hastanın vermiş olduğu rızanın hukuka ve ahlâka da aykırı olmaması gerekmektedir. Bir örnek vermek gerekirse, Türk Hukukuna göre ötenazi yasak olduğundan hastanın kendisine uygulanacak ötenaziye rıza vermiş olması hekim tarafından yapılan müdahaleyi hukuka uygun kılmayacaktır. Bu durumda hastanın rızası, kişinin hukuka vazgeçemeyeceği haklardan olan yaşam hakkını ortadan kaldırmaya yönelik olduğundan hukuka aykırı olarak kabul edilecektir. Eğer tıbbî müdahale tanıya (teşhise) yönelik ise ve hayati bir tehlike arz etmiyor ise, aydınlatma yükümlülüğü daha kapsamlı ve ayrıntılı bilgiler içermeli, hekim hastayı her türlü komplikasyon ve ihtimalle karşı uyarmalıdır. Estetik operasyonlar açısından hekimin, her türlü komplikasyon hakkında hastayı bilgilendirmesi gerekir. Tıbbi müdahalenin aciliyeti ölçüsünde aydınlatma yükümlülüğünün kapsamı daralmış, tıbbi müdahale nedeniyle vuku bulan riskin artması oranında aydınlatmanın kapsamı da genişlemiştir olur.

2. Geçerli aydınlatmanın koşulları

Dünya Tabipler Birliği tarafından 1981 yılında yayımlanan Lizbon Bildirgesinde “Hasta, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkına sahiptir.” (M.3), 1994 Amsterdam Bildirgesinde de “Hasta, tıbbi girişimi reddetme veya durdurma hakkına sahiptir.” (M.3.2) denmektedir. 01.08.1998 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin 5. maddesinin (d) bendine göre, “acil durumlar dışında kişinin rızası alınmadan vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz”. Ayrıca, (e) bendinde de, “hiç kimsenin rızası alınmadan ve Sağlık Bakanlığı’nın izni olmaksızın tıbbî araştırmalara tâbi tutulamayacağı” belirtilmektedir.

2.1. Hasta Hakları Yönetmeliği 15. maddesi

“Hastanın sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahip olduğu” belirtilmektedir. Bu çerçevede hukuken hekimlerin her türlü tıbbi müdahale öncesi hastanın rızasını ve onamını alması ve hastayı müdahale ve komplikasyonlara ilişkin aydınlatması gerekmektedir. Aydınlatmanın kapsamına ise hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konuları girmektedir.

Dünyada yerleşik hukuk ve tıp uygulamasına göre aydınlatmanın tıbbi müdahaleden en geç bir gün önce yapılması gerekmektedir. Kapsamlı ve riski yüksek tıbbi müdahalelerde bu süre daha da uzatılmalıdır. Eğer hasta reşit değil veya hukuken kısıtlı ise de veli ya da vasisinin aydınlatılması gerekmektedir. Aydınlatılmış onam hem hasta hem de hekim açısından büyük önem taşımaktadır. Bu sürecin doğru ve titizlikle yürütülmesi gerekmektedir. Peki, acil müdahale gerektiren bazı kardiyolojik vakalarda bu şekilde bir aydınlatılmış onam alma fırsatı olmadığında ne yapılacaktır? Acil bir hasta geldiğinde müdahalede bulunmak için illa ki onam alınması beklenmeli midir? Acil müdahale gerektiren hallerle ilgili olarak Türkiye’nin de taraf olduğu uluslararası bir anlaşma olan İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, 9 Aralık 2003 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin 8. maddesi gereği “Acil bir durum nedeniyle, uygun muvafakatin alınamaması halinde, ilgili bireyin sağlığı için, tıbbi bakımdan gerekli olan herhangi bir müdahale derhal yapılabilir.” Ancak hastanın durumunun

aciliyeti son bulduğunda onamın tamamlanması ve hastaya onam formunun müdahaleden sonra da olsa imzalatılması önerilmektedir.

2.2 Yargıtay’ın pozisyonu

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi’nin vermiş olduğu karar, hekimlerimizin onam formu hususundaki hassasiyetlerini arttırması gereğini doğurduğunu göstermektedir. Karar ile hastasına gerekli bilgilendirmelerde bulunmuş olsa dahi bunu kayıt altına almadığı ve kanıtlamadığı için hakkında dava açılmış bir hekim 125 bin TL tazminata mahkûm edilmiştir. Yargıtay’ın kararına konu olay ve işleyen hukuki süreç şöyle gelişmiştir: Dava, ameliyat sonrası ses kısıklığının oluşması nedeniyle 2003 yılında açılıyor. Gelen bütün bilirkişi raporları hekimin bu konuda bir kusurunun olmadığı yönünde düzenleniyor. Mahkeme, 2007 yılında, hekim her ne kadar kusurlu değilse de; “Ameliyat yönünde rıza alınmasına rağmen hastanın, ameliyatın yapılması esnasında ve sonrasında meydana gelecek komplikasyonlara ilişkin bilgilendirilmediği, buna ilişkin aydınlatılmış bilgi rızası (onamı) bulunmadığı” gerekçesiyle hekimin tazminat ödemesi gerektiğine hükmediyor. Bu karar Yargıtay tarafından onanmış ve hekim faiziyle birlikte 125 bin TL tazminat ödeme cezasına mahkûm edilmiştir.

Yargıtay kararlarına ilişkin ek uygulamalara misal vermek gerekirse; Yargıtay 13.H.D.,E.K.2007/2942-6736,T.15.5.2007 sayılı kararında “....Tıbbî müdahalelerde de bu genel kuraldan ayrılmamak gerekir, Tıbbî müdahaleler ve hekimin girişeceği diğer eylemler kişinin sağlığını vücut bütünlüğünü ilgilendirdiği muhtemel tehlikeleri meydana getirici nitelikte olduğu için, bunların gerçekleştirilmesine karar vermek yetkisi hekime değil, müdahalelere maruz kalacak kişiye aittir. Yalnız bu rızanın hukuken geçerli olabilmesi için kişinin, sağlık durumunu, yapılacak müdahaleyi ve etkileri ile sonuçlarını bilmesi gerekir...” demiştir.

Başka bir kararında Yargıtay 4. Hukuk Dairesi, E:1976/6297 dairesi “Velinin rızasının bulunduğu kabul edilse dahi az yukarıda açıklanan şekilde muayenenin muhtemel sonuçları, riski davacıya bildirilmemiştir. Bu yönün ispatı davalı doktora düşer. Çünkü bu tür muayenelerde bazen kızlık zarının bozulabileceği tıbbî adli raporunda açıklanmıştır. Diğer bir deyimle bu muayene sonunda her halde kızlık zarının bozulacağı tıbben kabul edilmemiştir. O halde nadiren de olsa bu böyle bir sonucun yani riskin meydana geleceği açık olarak davacıya bildirilmeliydi. Olayımızda davalı hekim, aydınlatma görevini yerine getirdiğini, bütün veri ve sonuçları tıp bilimine uygun olarak davacının anlayacağı biçimde bildirdiğini iddia ve ispat etmediğine göre meydana gelen ve Tük Ceza Kanunu’nda da mayubiyet (ayıplılık durumu, kusurlanma) olarak nitelenen zararlı sonuçtan sorumludur. Olayın özelliği davacının bu

riski bilmesi gerektiği sonucunu kabule de olanak verilmemektedir.....” şeklinde hüküm kurmuştur.

Sonuç

Bu çerçevede hukuken hekimlerin her türlü tıbbi müdahale öncesi hastanın rızasını ve onamını alması ve hastayı müdahale ve komplikasyonlara ilişkin aydınlatması gerekmektedir. Aydınlatmanın kapsamına ise hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konuları girmektedir. Aydınlatmanın, hastanın tıbbi müdahalenin gerek ve sonuçlarını anlayabileceği makul süre öncesi yapılması esastır. Örneğin ölüm riski olan bir operasyona ilişkin bilgilendirmenin en az birkaç hafta önce hastaya aktarılması, hastanın riski alıp almayacağına karar verebilmesi için uygun sürenin kendisine tanınması gereklidir. Bu kadar risk içermeyen diğer tedaviler için ise bilgilendirmenin tıbbi müdahaleden en geç bir gün önce yapılması gerektiği söylenebilecektir. Eğer hasta küçük yaşta veya kısıtlı ise velisi veya vasisinin aydınlatılması gerekmektedir.

Kararda önemle üzerinde durulması gereken bir diğer husus ise karşımıza, Yargıtay’ın, hekimin hastasını sözlü olarak aydınlatmış olmasını yeterli görmemesi olarak çıkmaktadır. Yargıtay, aydınlatmanın ispat açısından yazılı olması gerektiği yönünde hüküm tesis etmiştir. Hekimlerimizin aydınlatma hususunda dikkat etmesi gereken bir diğer konu ise matbu formlarla ve sadece imzalatma suretiyle yapılan aydınlatmanın tek başına geçersiz olduğudur. Zira aydınlatmanın hastanın anlayabileceği şekilde yapıldığının kanıtlanamadığı hallerde iş bu matbu formların varlığı aydınlatmanın yapıldığı anlamını taşımayabilecektir.

Kaynaklar

Çilingiroğlu, Cüneyt: Tıbbî Müdahaleye Rıza, İstanbul -1993

Deryal, Yahya, Yrd. Doç. Dr: Hekimin Hukuki Sorumlulukları

Droit Medical revue: www.droit-medical.com (Erişim tarihi: 04.12.2011)

Hakeri H: Tıp Hukuku, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2007.

Kıcalıoğlu, Mustafa: Doktorların ve Hastanelerin Tıbbi Müdahaleden Kaynaklanan Hukuki Sorumlulukları, 2011

Ozanoğlu, Hasan Seçkin: Hekimlerin Hastalarını Aydınlatma Yükümlülüğü, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, c.52, s.3, Ankara-2003, s.64.

Savaş, Halide: Tıbbi Müdahale Hataları, 2011

Türkmen, Ali: Hasta ve Hekim Hukuku, 2010

Yılmaz, Battal: Hekimin Hukuki Sorumluluğu, 2010

Osmanlıdan günümüze eczane sayısının sınırlandırılması meselesi

Dr. Mahmut Tokaç



1963 Ordu, Ünye doğumludur. 1979'da Ünye Lisesi'nden, 1985'te İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2000 yılında İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü'nde doktorasını tamamladı. 2002 – 2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003 – 2009 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlük yaptı. Halen İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimisi olan Tokaç, aynı zamanda İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim görevlisidir.

Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun ile Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 17 Mayıs 2012 tarihinde TBMM Genel Kurulunda kabul edildi ve 31 Mayıs 2012 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girdi. Buna göre bir ilçede açılacak eczane sayısında 3500 kişiye bir eczane olacak şekilde sınırlama getirilmiş oldu. Bu vesile ile Osmanlıdan beri tartışılan bu konuyu tarihi bir bakış açısıyla ele alalım istedik.

İlk eczaneler

Osmanlı Devletinde bugünkü anlamda ilk eczaneler olan “eczacı dükkânları” 18. yüzyılın ortalarından itibaren açılmaya başlamıştır. Kesin açılış tarihi bilinen ilk eczane, 1757 yılında Bahçekapı semtinde açılmış olan “İki Kapılı Eczâhâne”dir. Bu yıllarda eczane açmak isteyen kişilere “Eczacı Ustası Unvanı” (Maître en Pharmacie) veya “Eczacı Dükkânı Açma İzinname” (Tezkire, Permis d'exercice) Hekimbaşı tarafından yapılan basit bir sınav sonucunda veriliyordu. Mekteb-i Tıbbiye açıldıktan sonra bu yetkiler, 1840 yılında “Meclis-i Tıbbiye-i Şâhâne” (Conseil Impérial de Médecine) kuruluna bırakılmıştır. Bu kurul eczacılar ile ilgili her konuda yetkili bulunuyordu.

İlk sınırlama: “eczacı gedığı”

1830'lu yıllara kadar İstanbul'daki eczaneler pratik olarak yetişmiş veya dış ülkelerden eczacılık diploması almış

kişiler tarafından açılıyordu. Şehirdeki eczane adedini sınırlayan bir hüküm bulunmuyordu. 1831 yılında Beyoğlu semtinde çıkan bir yangın sonunda “eczane sayısının 25 ile sınırlandırılmasını içeren” bir Padişah fermanı çıkmış ve böylece bölgede “gedik” usulü uygulanmaya başlamıştır. Yani bu bölgede eczane sahibi olabilmek için burada eczanesi bulunan bir şahıstan veya eczane sahibinin varislerinden eczane açma hakkının satın alınması gerekiyordu. Zamanla bu ruhsat devretme yöntemi bütün İstanbul'a yayılmış ve çok yüksek bedeller istenmeye başlamıştır. Gedik uygulaması, hakları ve alınacak harçlar 1853 tarihli “Nizamnâme-i Eczâciyân der Memâlik-i Osmâniye” ile düzenlenmiş, ayrıca gedik hakkı eczacının mirasçılarına da tanınmıştır. Genç eczacılar gedik uygulamasından şikâyet ediyorlar ve istedikleri yerde eczane açabilmeleri için sınırlamanın kaldırılmasını istiyorlardı.

Sınırlamayı kaldıran ilk nizamname

22 Recep 1277/2 Şubat 1861 tarihinde yürürlüğe giren “Beledî İspençiyarlık San'atının İcrasına Dair Nizamname” ile ilk defa eczacılık bağımsız bir sanat ve meslek olarak resmen kabul edilmiştir. Bu Nizamname; eczacı dükkânlarının ancak diplomalı eczacılar tarafından açılacağı (Madde 1), eczacı dükkânı adedinde bir sınırlama olmadığı (Madde 4) ve bir eczacının ancak bir eczacı dükkânı açabileceği (Madde 7) gibi 1853 tarihli Nizamnameden farklı hükümler getirmiştir. Bu Nizamnamenin 1, 4 ve

6. maddeleri eczacılar arasında uzun süre tartışılmıştır. Tartışmalardan bazıları şöyledir:

- “1. Madde tam olarak uygulanacak olsa bütün aktarların kapatılması gerekecektir. Çünkü bunları işletenler eczacı diplomasına sahip bulunmadıkları halde her türlü ilacı satmaktadırlar.

- Eczanelerin serbestçe açılmasına müsaade eden 4. madde memleket şartlarına uygun değildir. Eczane sınırlamasının bulunmaması eczane adedinin çok artmasına, bunun sonucu olarak da haksız rekabete, ilaç kalitesinin düşmesine ve eczanelerin giderek mali yönden güçsüzleşmesine neden olacaktır.

- 6. Madde ile belirtilen husus, yani eczane açmak için eczacıdan kendine ait bir sermaye ve kendi malı olan alet ve edevat istenmesi de memleket şartları ile bağdaşmamaktadır. Eczacı başkasının sermayesi ile de eczane açabilmelidir.

- 6. Maddede öngörülen konu, bugün de birçok şikâyetler ve kovuşturmalar ile ilgili olan, “muvazaa” meselesi ile ilgilidir. Bütün gayretlere karşılık 1861 yılından beri bu meselenin halledilememiş olması dikkat çekici olup, bizzat eczacıların bu konuda gereği kadar dikkatli davranmalarından ve karşılaştıkları mali sorunları çözememelerinden kaynaklanmaktadır.”

Bu Nizamname yayımlandıktan kısa bir süre sonra bazı eski eczane sahipleri yeni açılan eczaneler nedeniyle yaşayamaz hale geldiklerini ileri sürerek, eczacı dükkânı adedini serbest bırakan hükme karşı çıkarak bu uygulamanın kaldırılması için uzun süre mücadele etmişlerse de hiçbir başarı elde edememişlerdir.



Serbestlikle mücadelede ilk oluşum: Dersaadet Eczacı Cemiyeti

1879 yılında kurulan Dersaadet Eczacı Cemiyeti (Société de Pharmacie de Constantinople–Cemiyet-i Eczacıyan der Asitane-i Aliyye)’nin amaçları şu şekilde idi:

- 1- Eczacılar ve eczanelerin çalışmalarını düzenleyecek bir kanun çıkartılması
- 2- İlaç fiyatlarında görülen karmaşayı önlemek için bir “ilaç tarifesi”nin yürürlüğe konulması
- 3- Eczane adedinin sınırlandırılması
- 4- Eczanelerin dışında ilaç satışının yasaklanması
- 5- Osmanlı İmparatorluğu sınırları içinde geçerli olacak bir “kodeks” yayınlanması

Cemiyet bu amaçlarından hiçbirisini gerçekleştirememiş ve 1908 senesinde **Osmanlı Eczacı İttihad Cemiyeti**’ne dönüşmüştür.

19. yüzyıl sonlarında durum

1890’lı yıllarda İstanbul’da 260, Anadolu’da ise 100 kadar eczacı dükkânı bulunuyordu. Bu tarihlerde İstanbul, çağdaş eczacı eczaneleri, zengin ecza depoları ve tıbbi müstahzar yapım laboratuvarları ile Osmanlı eczacılığının merkezi durumunda idi. O dönemde eczacıların yayın organı olan Revue Médico-Pharmaceutique’e göre; “19. yüzyıl sonlarında İstanbul’da eczane adedinin çoğalması birçok sorunlar yaratmıştır. Eczacılar geçimlerini sağlama için aralarında şiddetli bir rekabete girişmişlerdir. Bu rekabet ve kazanç hırsı ilaçların reçetelere uygun olmayan bir şekilde hazırlanmasına kadar varmıştır. Reçetede bulunan ipeka şurubu yerine kusturucu tartar ile ilacı hazırlamak, krezot ve diğer maddeleri taşıyan bir ilacı yalnız krezot ile yapmak, kinin taşıyan ilaçta kinin miktarını yarı yarıya azaltmak gibi haller sık rastlanır bir duruma gelmiştir.” Mali yönden güçsüz duruma düşen

Osmanlı Devletinde kesin açılış tarihi bilinen ilk eczane, 1757 yılında Bahçekapı semtinde açılmış olan “İki Kapılı Eczâhâne”dir. 1830’lu yıllara kadar şehirdeki eczane adedini sınırlayan bir hüküm bulunmuyordu. 1831 yılında Beyoğlu semtinde çıkan bir yangın sonunda “eczane sayısının 25 ile sınırlandırılmasını içeren” bir Padişah fermanı çıkmış ve böylece bölgede “gedik” usulü uygulanmaya başlamıştır. Yani bu bölgede eczane sahibi olabilmek için burada eczanesi bulunan bir şahıstan veya eczane sahibinin varislerinden eczane açma hakkının satın alınması gerekiyordu.

eczanelerde ilaç yapımı için yeterli drog, ecza ve alet bulunduramaz hale gelmeleri üzerine 1894 yılında eczanelerde bulundurulması gereken drog, galenik preparat, kimyasal madde, müstahzar ilaç, alet ve edevatın cins ve miktarlarını gösteren bir liste yayımlanmıştır.

Cumhuriyet döneminde durum

Eczacıların yayın organı Türk Eczacı Alemi’ne göre Cumhuriyet döneminin ilk yıllarında eczaneler yalnız büyük şehirlerde toplanmış olup bazı il ve birçok ilçede eczane bulunmuyordu. 1924 yılında İstanbul’da 300 kadar eczane (1927’de İstanbul’un nüfusu 690 bin 857 kişidir) vardı. Bunların durumu, zamanın Sağlık Bakanlığı müfettişi Ecz. İ. H. Yeşilyurt tarafından şöyle belirtilmektedir: “İstanbul ve çevresinde bulunan eczanelerin sayısı 300 kadar olup bazı bölgelerde birbirine sıkışık olduğu gibi, alışverişleri kıt ve dükkânları da hemen hemen boş bir vaziyette ve mali bakımdan da acınacak

halde idiler.” Baylav’a göre bu duruma çare bulmak, eczacıları ve eczaneleri mali bakımdan kuvvetlendirmek ve halk sağlığına yardım eden kurumlar haline getirmek için 1927 yılında Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun çıkartılmıştır. Baylav’a göre bu duruma çare bulmak, eczacıları ve eczaneleri mali bakımdan kuvvetlendirmek ve halk sağlığına yardım eden kurumlar haline getirmek için 1927 yılında eczane sayısı sınırlandırılmıştır.

964 sayılı Kanun

964 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun 24 Ocak 1927 günü yapılan oylama ile kabul edilmiş ve 6 Temmuz 1927 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu Kanunun kısıtlamaya ilişkin maddeleri şöyledir:

- *“Madde 18- Bir mahalde bulunan eczanelerin adedi o mahallin nüfusuna göre tesbit olunur.*
- *Madde 19- Nüfusu on binden aşağı olan kasabalar ve kariyelerde veya şehir ve kasabalar hududu içinde bulunmakla beraber şehir ve kasabalardan müstakil veya müfrez olarak bulunan mahallerde bir eczane açmağa müsaade olunup, nüfusu on binden yukarı olan mahallerde her on bin nüfusa kadar bir eczane açılabilir...”*

964 sayılı Kanun’un sonuçları

10 bin kişiye bir eczane olacak şekilde sınırlama hükümlerini içeren ve 24 Ocak 1927 günü kabul edilip 6 Temmuz 1927 tarihinde yürürlüğe giren 964 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun’un 8 Mayıs 1928 tarihinde uygulanmaya başlanması ile İstanbul’da 90 eczane kapatıldı, 18 eczanenin yeri değiştirildi. Bazıları bu Kanunun eczacılığın düzene konması ve kalkınması yönünden büyük yarar sağladığını iddia etseler ya da kapatılan eczanelerin eczacılık diploması bulunmayanlar ile gayrimüslim azınlıkların işlettiği eczaneler olduğu gibi bir savunma yapılsa da uygulamadan rahatsızlık duyan bazı eczacılar da eczane sınırlamasında bazı haksızlık ve yanlışlıkların yapıldığını gazetelerde yazmaya başlamışlar ve hatta yayınlanan bir broşür ile Türkiye Büyük Millet Meclisi’ne bile başvurmışlardır.

964 sayılı Kanun taraftarlarının görüşleri

“964 sayılı Kanun ile eczanelerin amaç ve işlevleri yeniden düzenlenerek, halka daha iyi hizmet verebilecek, maddi yönden kuvvetli eczanelerin ortaya çıkması sağlanmaya çalışılmıştır. Nitekim Kanunun yürürlüğe girmesiyle, eczanede bulunması icap eden serum, ilaç, müstahzarat ve diğer maddelerin asgarî miktarları tespit edilmiş ve bunların

bulundurulması mecburi hale getirilmiştir. Şehir ve kasabalarda açılacak eczaneler için gerekli sermaye ve kredi miktarını da tayin eden Kanunla, eczanelere gece nöbetleri, belirli bir kâr oranı ile çalışma mecburiyeti, bulunduğu yeri terk edememe gibi ağır mükellefiyetler getirilmiştir. Bu sorumluluklara karşılık olarak da, bulundukları bölgede nüfusa göre eczane sayıları sınırlandırılarak, eczanelerin belirli bir maddi gelire sahip olmaları sağlanmıştır.”

964 Sayılı Kanun’dan beklenen neticelerin başında, büyük oranda gayrimüslimlerin elinde olan ecza ticareti ve eczane işletmeciliğinin Türkleşmesi, Türklerin bu meslekte ağırlık kazanmasını sağlamaktı. Bu konuda Türk Eczacılar Cemiyeti Başkanı Hasan Derman şunları ifade etmektedir: *“Cumhuriyete kadar meslekte nasılsa yer almış, yerli elemanların sarf ettiği bütün gayretlere rağmen, gerek ecza ticareti kısmında, gerekse eczane alanında kapitülasyonların yerleştiği gayri millî ve hatta gayri meslekî anâsırı kökleme mümkün olmamıştı. O günün bilançosunda görüleceği üzere, drogistik % 5-10 istisnası ile tamamen, eczanelerin mühim bir kısmı da bu toprak ve meslekle ilgisi olmayan ellerde idi. Hele yerli tıbbi müstahzarlarla millî laboratuvarların varlığı, bir özenişi tatmin eden numuneciklerden farksızdı. Kaldı ki mevcutların da bünyesi zayıf, sıska ve çelimsizdi. Adeta yıkılmaya ve abanmaya hazırı. Eczacı ise, kendi toprağında yabancı ecza tacirinin esiri ve onun ondalıkçı satıcısı idi”.*

“Kapitülasyonların tazyikiyle meslek bünyesinde meydana gelmiş olan ehliyetsiz, gayri millî ve hatta meslekten olmayan müesseseler ve elemanların tasfiye edilmesi” amacıyla çıkarılan Kanunun 1. maddesinde yer alan, Türkiye Cumhuriyeti dahilinde eczane açabilmek için Tıp Fakültesi Eczacı Mektebinden mezun olmak ve Türk bulunmak şartı, Türk eczacılara çalışma sahası hazırlanmıştır.

Eczacı Fuat Mehmet (Mirel) sınırlama kararının çok olumlu sonuçlar getirdiğini şöyle açıklamaktadır: *“Halkın her türlü ilaç ihtiyacını bugünkü tebabetin istediği safiyette temin edebilecek ve bütün edviye ve echize ile mücehhez eczaneler teessüs etmiştir. Eczacılık sanayinin teessüsüne vesile olmuş ve olacaktır; nitekim son iki sene zarfında birçok ilaç ihtiyacımız için Avrupa’ya müracaattan varesten bırakacak muntazam laboratuvarlar, tıbbi pamuk fabrikası teessüs etmiş ve İstanbul Eczacıları Cemiyeti tarafından da bütün galenik müstahzarlarımızı ihzar edecek bir anonim şirket teşekkül etmek üzeredir. Bu suretle senevî yüzbinlerce lira memleket dahilinde kalmakta ve binlerce kişi geçinmektedir. Eczane sahiplerinin biraz daha refaha nail olması daha itina ile çalışmalarına,*

eczanelerinde şayanı itimat ve sanata vakıf müstahdemler bulundurmalarına ve binnetice sıhhati umumiyeye hizmet etmektedir. İstanbul’da tahditten sonra, eczanelerde yaptırılan ilaçlar hakkında en ufak bir şikayet vaki olmamıştır.”

964 sayılı Kanun karşıtlarının görüşleri

İstanbul’dan Veziroğlu Ömer Aziz, Mağdur Eczacıların İstirhamı başlıklı broşüründe, *“Muhterem vekillerimiz; Büyük Millet Meclisi’ne takdim eylediğimiz bu arıza, “Eczacılar ve Eczahaneler Kanunu”nun tatbikatında yapılan yolsuzluklar neticesi vatandaşlarımızın ne derece perişan ve mağdur olduğunu delail ve vesaiyle isbat eylemektedir.”* demekte ve 1927 yılında çıkarılan Kanun gereğince, İstanbul’da kapatılan veya nakledilen eczanelerle yeni açılan eczanelerin sahipleri, faaliyet gösterdikleri bölge ve kuruluş tarihleri hakkında ayrıntılı bilgi vermektedir.

İzmir’den ise Kimyager Abdüsselam, Büyük Millet Meclisi Azasına ithafen yazdığı Eczacılar ve Eczahaneler Kanunu Hakkında Düşünceler başlıklı broşüründe; *“Memleketimizde eczacı mektebi layikiyle (?) taazzuv etmeden otuz sene evvel eczacı diploması alan üç dört tane ihtiyar eczacı eski kazançlarını bu meslekten temin edemez bir hale geldiler. Çünkü yeni yetişen gençler daha faal ve daha malumatlı idi. Eczacılar açlıktan ölüyor diye sıhhiye vekâletinden eczahanelerin tahdidini istediler. Bunu sıhhiye vekâletinden isterken kâh milliyet kisvesine bürünerek Rum ve Ermenilerin eczanelerini kapatalım dediler, kâh bir takım küçük eczahaneler var bunların çoğunda istenilen ilaç bulunmuyor sermayesi az olanlar çalışmasını dediler. Ve nihayet vatanın, milletin menafî hilafına olarak muvakkat de olsa bir nevi inhisar vaziyeti husule getirmeye muvaffak oldular. Bu kanunda menafî-i umumiyeye hizmet eden maddelerin temin ettiği faideler yerine on bin nüfusa bir eczahane bırakılması hakkındaki ondokuzuncu madde halen ve atıyen zararlar verecektir. Bu madde say ve ameli teşvik eden, hayatını namuskarane kazanmak için icra-yı sanat etmeyi serbest tutan Teşkilatı Esasiye Kanunumuzla hal-i tearizdedir. Eczacıların bir kısmının eczahaneleri tahdide tabi tutulduğundan eczacı mektebine bu sene hiç talip çıkmadı, eczacı mektebi tabiatıyla seddedilmiş oldu. İleride Avrupa’dan eczacı celp edilmek iktiza edecektir.”* demektedir.

Şehsuvaroğlu, bu Kanun’la eczacıların Anadolu şehir ve kasabalarına dağılacığı umulsa da kanun zoruyla bu dağılmanın sağlanamayacağını, devlete ait 3 adet eczacı fakültesine ilaveten 7 adet de özel yüksekokul açılmasıyla belki kısa zamanda Anadolu’da eczanesiz şehir ve kasaba kalmayacağı, fakat pek yakında

eczacı işsizliğinin başlayacağını belirttikten sonra; “*Bizce mesleğin yarını ancak fakülteleri takviye etmek, özel okulları ise kısa zamanda kapatmakla emniyet altına alınabilir.*” demektedir.

Eczane sayılarının sınırlandırılmasına ilişkin yasanın kalkması gerektiğini savunanlar, bu yasa ile istenilen neticeye ulaşılamadığını, eczane açma hakkının binlerce liraya devredilerek haksız kazançlara yol açtığını, yüksek paralarla eczane alanların sermayelerini kısa bir zamanda yerine koymak için fazla kazanmak yoluna gittiklerini, eczane sayılarının sınırlandırılmasının rekabeti önlediğini ve bu nedenle fiyatların yükselmesine sebep olduğunu, mezun olan eczacıların işyeri açamadıklarını ve işe giremediklerini ileri sürerek 964 Sayılı Kanun nedeniyle 700 eczacının işsiz kaldığını, diploma sahibi olan eczacının eczane açmasının engellendiğini ve bunun da antidemokratik olduğunu iddia etmişlerdir.

964 sayılı Kanun ek

(5320 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanuna Bir Madde Eklenmesi Hakkında Kanun) 1948 yılı sonlarında 964 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanun'un bazı maddelerinin değiştirilmesi gündeme gelmiştir. Eczanesi olmayan il ve ilçelerde eczane açılmasını teşvik etmek amacıyla çıkarılan 964 sayılı Kanun'dan beklenen sonuç alınamamış, İstanbul'da 150, İzmir'de 45 eczane bulunmasına rağmen 5 il ve 276 ilçede eczane açılmamıştır. Aralık 1948'de Bakanlar Kurulu'na sunulan yasa tasarısında eczanesi bulunmayan il ve ilçelerde 5 yıl boyunca eczane işleten eczacılara istedikleri yerde eczane açma hakkı verilmesi gündeme gelmiştir. Hazırlanan Kanun tasarısı Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde 7 Ocak 1949 tarihinde kabul edilmiş, 11 Şubat 1949 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Ek madde şu şekildedir: “*Eczanesi bulunmayan il ve ilçelerde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca kabul edilecek bucaklarda, eczane açarak beş yıl müddetle müstemirren (devamlı) çalışıp, yapılacak teftişlerde iyi sicil almış olan eczane sahiplerinin, mevcut tahdide bakılmaksızın arzu ettikleri il veya ilçelerde eczane açmalarına Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından müsaade verilir.*”

Zamanla 964 sayılı Kanun'un eczane sınırlandırılması ile ilgili maddelerinden yakınmalar başlamış, genç eczacıların istedikleri yerde eczane açamadıkları, şehirlerdeki eczane adedinin yeterli olmadığı, evvelce açılmış eczanelerin korunduğu, sınırlama maddelerinin antidemokratik olduğu gibi iddialar ortaya atılmış ve 1951-1953 yıllarında bu konuda eczacılar, basın, eczacı dernekleri, halk ve milletvekilleri arasında geniş tartışmalar olmuştur.

Karşıt / taraftar eczacıların kuruluşları

Sınırlamanın karşısındaki eczacılar Türkiye Eczacıları Yardımlaşma Derneği, sınırlamaya taraftar olan eczacılar ise Türkiye Eczacıları Cemiyeti çatıları altında organize olmuşlardı. 1950 yılında Demokrat Parti'nin iktidara gelmesi ve antidemokratik kanunların değiştirilmesine yönelik adımlar eczacıları harekete geçirmiş, (Eczacı Remzi Kocaer'in girişimi ile) Türkiye Eczacıları Yardımlaşma Derneği kurulmuştur. Bu derneğin kuruluş gayesi eczane tahdidinin kaldırılması idi.

Türkiye Eczacıları Yardımlaşma Derneği'nin görüşleri:

- 1- Yürürlükte olan yasa, Anadolu'yu eczane kavuşturma amacıyla başarıya ulaşamamıştır.
- 2- Eczane sınırlandırması ile ilgili hükümlerin kaldırılması, Anadolu'daki eczane miktarının artmasını sağlayacaktır.
- 3- Kanun'un eczane sınırlandırılması ile ilgili hükümleri, demokratik anlayış ve sosyal adalet ilkelerine uygun değildir.

1950 yılında eczane sınırlamasını kaldırmak amacıyla kurulan dernek, çalışmalarıyla eczanelerin yıllarında tahdidine yol açan 964 sayılı Kanunu yürürlükten kaldıran 1953 yılında 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanun'un neşrini sağlamakla artık ödevinin bittiğine inanmış ve kendisini feshetmiştir.

Türkiye Eczacıları Cemiyeti'nin görüşleri:

- 1- Sınırlamanın kaldırılması eczacılığın geleceğini tehlikeye atar.
- 2- Sınırlamanın kaldırılması, yeni mezun ve parası olmayan eczacıları başkalarının oyuncağı yapar.
- 3- Sınırlama kalkarsa eczaneler büyük şehirlerde toplanır.

H. Derman, Cemiyetin yayın organı Farmakoloğ'da; “*Emek mahsülü olan ve mesleği huzur, istikrar ve emniyete kavuşturulan mevzuatımızı, daha verimli, daha faydalı ve daha kamil bir hale getirmeye çalışılacağına, yıkılması hedeflendi. Aca-ba mesleği daha cazip kılan hükümleri, tatbikat ve tecrübelerden faydalanarak ıslah etmek mümkün iken neden kaldırmak istemekteyiz ve bu temayüllerin amilleri nelerdir?*” diye sormaktadır. Eczacı Arif Neşet Usman da “*Anadolu'da 250 kazada ve 3 vilayet merkezinde eczane yoktur. Mesele eczane açmak ve eczacılık yapmak davası değildir. İstanbul, İzmir, Ankara ve Adana'da icrayı ticaret etmektir. Her mektebi bitiren kendi sermayesi olmazsa nasıl eczane kuracak? Bu takdirde*

Tablo 1: Eczacı sınırlamasının 180 yıllık tarihi

1831-1861	Sınırlama	30 yıl
1861-1927	Serbest	66 yıl
1927-1953	Sınırlama	26 yıl
1953-2012	Serbest	59 yıl
2012-	Sınırlama	?

Tablo 2: Türkiye nüfusu ve eczane sayılarının yıllara göre dağılımı

Yıllar	Türkiye nüfusu	Yılbaşında mevcut olanlar	Yıl içinde açılanlar	Yıl içinde kapananlar
1922	-	431	79	3
1923	-	507	141	33
1924	-	615	84	49
1925	-	650	75	38
1926	-	687	37	56
1927	13.648.000	668	43	38
1928	13.939.000	673	-	224
1929	14.237.000	449	7	1
1930	14.540.000	455	18	14
1931	14.850.000	459	22	8
1932	15.167.000	473	4	7
1933	19.490.000	476	12	9
1934	15.821.000	477	11	10
1935	16.158.000	478	1	8
1936	16.434.000	471	7	10
1937	16.725.000	468	33	-
1938	17.016.000	501	6	11
1939	17.517.000	496	1	15
1940	17.821.000	482	-	21
1941	18.110.000	461	3	4
1942	18.203.000	460	4	-
1943	18.396.000	464	10	-
1944	18.592.000	474	13	4
1945	18.790.000	483	19	7
1946	19.203.000	495	29	-
1947	19.625.000	524	29	-
1948	20.056.000	553	32	18
1949	20.497.000	585	14	-

diploma, sermayenin balık yemi olacak!” diye yakınmaktadır.

TBMM'de 6197 müzakereleri

6197 sayılı Kanun'un TBMM'deki tartışmalarında iki esas konu ön plana geçmektedir:

- 1- Teşkilatı Esasiye (Anayasaya) aykırılık,
- 2- Antidemokratiklik.

Bu müzakerelerde “*Tahdit hükümleri memleketimizde faydeli olmaktan ziyade zararlı neticeler tevhit etmiş, birçok suistimallere yol açmıştır.*”

“*Tahdit eczanesi olanlar lehine ve olmayanlar aleyhine bir (gedik) mahiyeti arzeden imtiyazlar husule getirmiştir.*” şeklinde tespitlerde de bulunulmuştur.

“*Tahdit rekabeti tamamen önlediği için meslekte alakasızlığı ve fiyatlarda insafsız hadlara varan yükselmeyi intaç etmiştir.*”

“*Filhakika birçok eczanelerin tamamen*

Tablo 3: 1949-1959 yılları arasında il ve ilçelerdeki eczanelerin mevcudu

İller	Eczanesi olmayan ilçelerin sayısı (1949)	Eczanesi sayısının yıllara göre dağılımı			
		1949	1953	1955	1959
Adana	5	15	26	33	41
Afyon	-	7	8	9	10
Ağrı	5	1	1	1	1
Amasya	1	4	6	6	6
Ankara	8	24	41	63	89
Antalya	7	5	9	9	11
Aydın	2	10	12	18	18
Balıkesir	5	16	22	23	27
Bilecik	3	2	4	5	4
Bingöl	5	-	-	-	-
Bitlis	4	1	1	1	1
Bolu	4	4	7	8	9
Burdur	3	2	2	4	5
Bursa	2	18	26	31	36
Çanakkale	7	8	10	9	9
Çankırı	4	2	2	2	4
Çorum	4	1	3	5	4
Denizli	1	8	11	11	11
Diyarbakır	8	4	7	8	8
Edirne	3	6	7	9	10
Elazığ	6	3	3	5	5
Erzincan	4	3	2	2	2
Erzurum	7	3	5	5	4
Eskişehir	1	10	12	13	19
Gaziantep	2	11	14	16	18
Giresun	4	5	5	4	4
Gümüşhane	3	2	1	2	3
Hakkâri	4	-	-	-	-
Hatay	3	9	10	15	17
İçel	2	9	12	17	21
İstanbul	1	156	162	266	348
İzmir	2	43	67	89	108
İsparta	3	6	7	6	7
Kars	7	4	6	6	6
Kastamonu	6	7	6	7	7
Kayseri	5	5	10	13	13
Kırklareli	2	4	6	7	7
Kırşehir	4	3	3	-	2
Kocaeli	2	13	22	15	16
Konya	9	13	20	32	29
Kütahya	-	7	9	7	8
Malatya	7	6	8	6	7
Manisa	3	16	18	22	22
Maraş	5	2	4	6	5
Mardin	9	2	2	2	2
Muğla	5	5	6	9	9
Muş	3	1	1	1	1
Niğde	-	5	7	6	6
Ordu	3	4	4	5	7
Rize	3	2	2	2	4
Samsun	4	11	12	13	18
Siirt	9	2	2	3	2
Sinop	-	4	3	4	4
Sivas	5	9	6	8	7
Tekirdağ	3	5	9	10	10
Tokat	3	8	10	9	9
Trabzon	5	4	5	5	7
Tunceli	8	-	-	-	-
Urfa	6	3	6	4	6
Van	7	1	1	2	2
Yozgat	5	3	5	5	3
Zonguldak	2	11	14	14	11
Toplam	253	558	712	918	1090



Fransisken Heyeti'nin Gaziantep'te açtığı eczane, yıl 1865.

kalfalar eline kaldığı, eczacı olan asıl sahiplerinin eczaneye uğramaya dahi lüzum görmedikleri sık rastlanan bir vakıadır.”

“Bu sahadaki rekabeti tehlikeli göstermek ve rekabetin reçetelerin tahrifi gibi bir netice tevhit edeceğine iddia etmek yerinde bir mülâhaza olamaz.”

“Tahdidin büyük merkezlerde toplanmayı önlediği ve bilhassa iyi şartlı olmıyan yerlerde eczane açılmasını sağladığı iddiası memleket hakikatlerine uymamaktadır.”

6197 sayılı Kanun çıktıktan sonra

Eczacılar Cemiyeti Başkanı Mahmut Cevat Pelin; “Kanun, Resmi Gazete ile ilan ettirilmiştir; fakat biz henüz teksir ettirip üyelerimize gönderemedik. Arkadaşlarımızın kanun hakkında ne düşündüğünü bilmiyorum. Ben şahsen yeni kanunla eskisi arasında fark görmüyorum, yeni kanun tahdidi kaldırmıştır.” “Tahdidin kalkmış olması da bizim için bir şey ifade etmez; yalnız kaza ve nahiyeerde eczacı kalmayacağını zannediyorum. Zira küçük yerlerdeki eczacılar tahdit kalkınca şehirlere hücum edeceklerdir. Tabii temennim düşündüğümün yanlış çıkmasıdır.” demektedir.

Türkiye Eczacıları Cemiyeti'nden Türk Eczacıları Birliği'ne

Sınırlama hükmünün kaldırılmasına karşı olan Türkiye Eczacıları Cemiyeti, 25.01.1956 tarihli ve 6643 sayılı Kanun'la (02.02.1956 tarihli 9223 sayılı Resmi Gazete) Türk Eczacıları Birliği'ne dönüşmüş eczane sınırlamasının tekrar getirilmesi hedefini devam ettirmiştir. 1995'de Mehmet Domaç'ın TEB Başkanı olması ile birlikte eczane sınırlaması konusu yeniden gündeme gelmiştir. Mehmet

Domaç, TEB Başkanlığının her döneminde bu konuda girişimler yapmıştır. Bu girişimler sonucu Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün 27.05.1996 tarihli çağırısı üzerine TEB 29-30. Dönem Merkez Heyeti ile Genel Müdürlükte bir toplantı yapılmış ve burada 6197 sayılı Kanun değişikliği konusunda ilkeler belirlenmiştir. Toplantının ardından TEB tarafından oluşturulan komisyon bir çalışma yapmış ve TEB tarafından 65 maddelik bir taslak oluşturulmuştur. 2003 yılından itibaren bu konuda daha yoğunlaşarak Sağlık Bakanlığı ile uzun müzakerelerde bulunmuştur. 2007'de Sağlık Bakanlığı tarafından sınırlama içeren Kanun değişikliği taslağı hazırlanarak Başbakanlığa gönderildi. Ancak dönemin Başbakanlık Müsteşarı Ömer Dinçer başkanlığında Başbakanlıkta yapılan toplantılarda Rekabet Kurumu ve TOBB temsilcileri sınırlama hükmünün rekabete aykırı olduğu gerekçesiyle taslaktan çıkartılmasını istemişlerdi. Mehmet Domaç'ın bu madde olmayacaksa taslağın tümünün geri çekilmesini istemesi üzerine taslak üzerinde yeniden müzakerelerin devamı kararı alınmıştı. Temmuz 2007'de yapılan Genel Seçimlerde tartışmanın baş aktörleri olan Ömer Dinçer ve Mehmet Domaç milletvekili oldular. Seçim sonrası prosedür gereği hükümet istifa edip yeni hükümet kurulduğundan Başbakanlıkta bekleyen kanun taslakları iade edildi. TEB'in yeni başkanı Erdoğan Çolak, Mehmet Domaç'ın bıraktığı yerden çabalarını devam ettirirken, Mehmet Domaç da TBMM'den konuyu takip etti.

2012 sınırlaması

17 Mayıs 2012 tarihinde sınırlamayı içeren kanun değişikliği TBMM'de kabul edildi. Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun

Tarihten bu güne eczane sayıları

İstanbul'da 1868 yılında 60 kadar eczane bulunuyordu. Bunlardan 15 kadarı Beyoğlu (Pera) ve 10 kadarı Üsküdar bölgesinde idi. 1892'de ise İstanbul'daki eczacı dükkanı sayısı 267'ye ulaşmıştı. Bu dönemde İstanbul nüfusu 800 bin civarında olduğuna göre yaklaşık 3 bin kişiye bir eczane düşmektedir. [Baytop (2000), 46-47'de 1890'da 265 eczane var. 1885 sayımına göre İstanbul'un nüfusu 873 bin 565 kişidir. Buna göre bu dönemde yaklaşık 3 bin 300 kişiye bir eczane düşmektedir. 10 yıl sonra 1990'larda 217'ye düşmüştür.] Bugün (1995) İstanbul'da 3 bin 250 eczane bulunmaktadır. Nüfusu 7 milyon 300 bin (1990 sayımı) olduğuna göre, 2 bin 250 kişiye bir eczane düşmektedir. Bu sonuç bize, son 100 yıl içinde, eczane/nüfus arasındaki oranda büyük bir değişiklik olmadığını göstermektedir. [Baytop, (1995), 13] Cumhuriyetten bu güne eczane sayılarında yaşanan değişim tablolarda gösterilmiştir.

ile Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 31 Mayıs 2012 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girdi. Bu Kanun hazırlanırken 1927 yılında yapılan hata yapılmadı. Halen eczacı olanlarla eczacılık fakültelerinde okuyan veya yılsonuna kadar okuma hakkını kazanacak olanların kısıtlamadan etkilenmemeleri hükme bağlandı ve birer sefer olmak üzere eczane açma, nakil ve devir hakkı verildi.

Sonuç

Mevcut durumda şimdilik herkes memnun gözüküyor. Bir süre de belki kimseden ses çıkmayacak. Ama tarih tekerrür edecek ve ufaktan itirazlar duyulmaya başlayacak. Öncelikle 2012 yılından sonra eczacılık fakültelerinde okumaya hak kazananlar: “*Biz neden eczane açamıyoruz?*” demeye başlayacaklar. Zaman ilerledikçe itirazlar daha belirginleşecek ve belki de sınırlamayı kaldırmayı amaçlayan dernekler kurulmaya başlayacak. İstanbul başta olmak üzere büyük şehirlerdeki eczacılar bir süre sonra ilçeler arası nakil problemleri yaşamaya başlayacaklar. Bir eczacı çeşitli sebeplerle eczanesini ilçe sınırları dolayısıyla diğer ilçede kalan karşı sokağa nakletmek istese ilçe değiştiği için sınırlama ile karşı karşıya kalacaktır. Aile Hekimliği Sistemi dolayısıyla mekân değişimleri kolaylaştığından eczane yeri değişimleri de sıklıkla yaşanabilmektedir. Bu durum aile hekimliği merkezlerine reçete yönünden bağımlı olan eczacıları aile hekimleri ile etik dışı ilişkilere zorlayabilecektir. Sınırlama eczacılık fakültelerinin puanlarında ciddi düşüşlere sebep olacaktır. Eczacılık mesleğini tercih edenler daha az başarılı öğrenciler olacaktır. Bu durum eczacılık mesleğinin geleceğini olumsuz etkileyebilecektir.

Tablo 4: İllere göre eczane sayıları ve eczane başına düşen kişi sayısı (2011)

İl	Eczane sayısı (2011)	Nüfus (2010)	Bir eczaneye düşen nüfus
Adana	634	2.085.225	3.289
Adıyaman	128	590.935	4.617
Atıonkarahisar	223	697.559	3.128
Ağrı	58	542.022	9.345
Aksaray	119	377.505	3.172
Amasya	106	334.786	3.158
Ankara	1.979	4.771.716	2.411
Antalya	947	1.978.333	2.089
Ardahan	16	105.454	6.591
Artvin	39	164.759	4.225
Aydın	424	989.862	2.335
Balıkesir	431	1.152.323	2.674
Bartın	64	187.758	2.934
Batman	112	510.200	4.555
Bayburt	16	74.412	4.651
Bilecik	52	225.381	4.334
Bingöl	38	255.170	6.715
Bitlis	43	328.767	7.646
Bolu	96	271.208	2.825
Burdur	109	258.868	2.375
Bursa	810	2.605.495	3.217
Çanakkale	163	490.397	3.009
Çankırı	55	179.067	3.256
Çorum	147	535.405	3.642
Denizli	385	931.823	2.420
Diyarbakır	316	1.528.958	4.838
Düzce	90	338.188	3.758
Edirne	147	390.428	2.656
Elazığ	151	552.646	3.660
Erzincan	51	224.949	4.411
Erzurum	151	769.085	5.093
Eskişehir	314	764.584	2.435
Gaziantep	422	1.700.763	4.030
Giresun	135	419.256	3.106
Gümüşhane	29	129.618	4.470
Hakkâri	20	251.302	12.565
Hatay	443	1.480.571	3.342
İğdır	40	184.418	4.610
Isparta	179	448.298	2.504
İstanbul	5.169	13.255.685	2.564

Kaynaklar

Baytop, T.; *Türk Eczacılık Tarihi, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1985.*

Baytop, T.; *Eczahane'den Eczane'ye, Bayer İlaç, İstanbul, 1995.*

Baytop, T.; *Türk Eczacılık Tarihi Araştırmaları, Abdi İbrahim İlaç San. ve Tic. A.Ş., İstanbul, 2000.*

Şehsuvaroğlu, BN.; *Eczacılık Tarihi Dersleri, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1979.*

Baylav, N.; *Eczacılık Tarihi, Yörük Matbaası, İstanbul, 1968.*

Karayaman, M.; *Türkiye'de Eczane Sayılarının Sınırlandırılmasına İlişkin Düzenlemeler ve Sonuçları, Osmanlı Bilimi Araştırmaları X/1, (2008), s.115-135.*

Kimyager Abdüsselam Eczacılar ve Eczahaneler Kanunu Hakkında Düşünceler, Büyük Millet Meclisi Azasına İthaf, Bilgi Matbaası-İzmir, 1928.

Çizmecioğlu, B.; 6197'nin Serüveni, TEB Haberler, Temmuz-Ağustos 2006, s.14-15.

Tokaç, M; *Gedğimiz Hayırlı Olsun, (Elektronik*

Izmir	1.754	3.948.848	2.251
Kahramanmaraş	250	1.044.816	4.179
Karabük	82	227.610	2.776
Karaman	93	232.633	2.501
Kars	48	301.766	6.287
Kastamonu	114	361.222	3.169
Kayseri	415	1.234.651	2.975
Kırıkkale	88	276.647	3.144
Kırklareli	129	332.791	2.580
Kırşehir	76	221.876	2.919
Kilis	32	123.135	3.848
Kocaeli	424	1.560.138	3.680
Konya	717	2.013.845	2.809
Kütahya	158	590.496	3.737
Malatya	194	740.643	3.818
Manisa	456	1.379.484	3.025
Mardin	127	744.606	5.863
Mersin	548	1.647.899	3.007
Muğla	402	817.503	2.034
Muş	44	406.886	9.247
Nevşehir	102	282.337	2.768
Niğde	96	337.931	3.520
Ordu	223	719.183	3.225
Osmaniye	146	479.221	3.282
Rize	94	319.637	3.400
Sakarya	258	872.872	3.383
Samsun	402	1.252.693	3.116
Siirt	56	300.695	5.370
Sinop	69	202.740	2.938
Sivas	160	642.224	4.014
Şanlıurfa	340	1.663.371	4.892
Şırnak	45	430.109	9.558
Tekirdağ	256	798.109	3.118
Tokat	177	617.802	3.490
Trabzon	281	763.714	2.718
Tunceli	12	76.699	6.392
Uşak	109	338.019	3.101
Van	129	1.035.418	8.026
Yalova	82	203.741	2.485
Yozgat	108	476.096	4.408
Zonguldak	164	619.703	3.779
Toplam	24.311	73.722.988	3.032

makale), İVEK Derneği web sitesi, 18.05.2012. <http://www.ivek.org.tr/gedimiz-hayirli-olsun-40yy.htm> (Erişim tarihi: 25.07.2012)

Tokaç, M; *Belediye Otobüsü Sendromu, (Elektronik makale), İVEK Derneği web sitesi, 31.05.2012. http://www.ivek.org.tr/belediye-otobusu-sendromu-43yy.htm* (Erişim tarihi: 25.07.2012)

* * *

Tablo 2 kaynak: Türkiye Cumhuriyeti 1939-1940 İstatistik Yıllığı, Ankara, Başvekâlet İstatistik Umum Müdürlüğü, 1941, s.108; Türkiye Cumhuriyeti 1950 İstatistik Yıllığı, Ankara, Başbakanlık İstatistik Genel Müdürlüğü, 1950, s.71; Türkiye Cumhuriyeti 1959 İstatistik Yıllığı, Ankara, Başbakanlık İstatistik Genel Müdürlüğü, 1959, s.34. [Karayaman, 122.]

Tablo 3 kaynak: Remzi Kocaer, Türkiye Eczacılar Almanağı, İstanbul 1949, s.150-174; Türkiye Cumhuriyeti 1959 İstatistik Yıllığı, Başbakanlık İstatistik Genel Müdürlüğü, Ankara 1959, s.116-128.'den Karayaman, 131-133.

Tablo 4 kaynak: Eczane sayıları Sağlık Bakanlığı 2011 sonu İTİS verilerinden, nüfus rakamları TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sisteminden alınmıştır.

ANNNEEE...!?

Ben kimin çocuğuyum..
Senin mi, babamın mı,
yoksa ülkenin mi...???



Karikatür: Dr. Kadir Doğruer