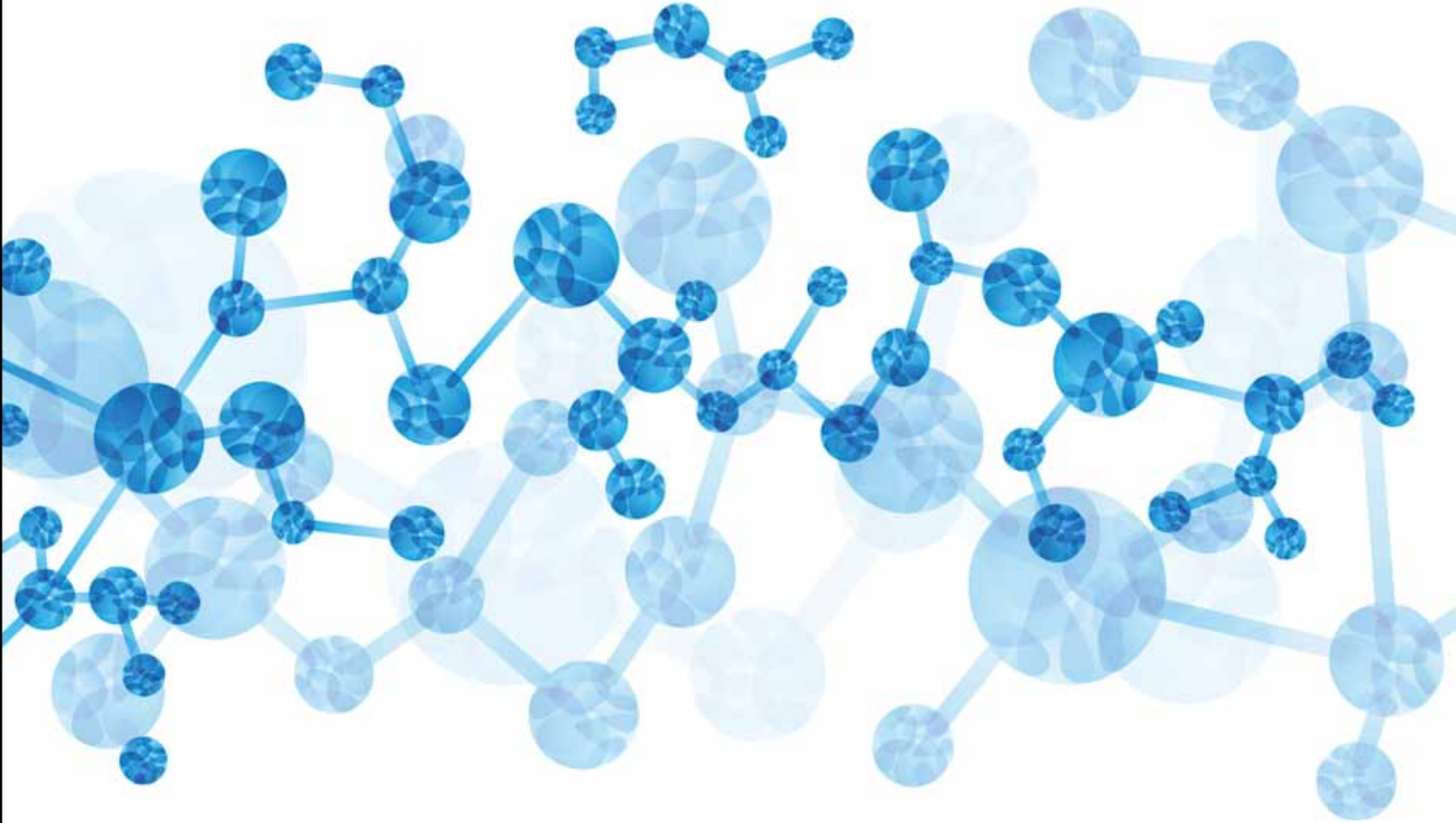


SD

ARALIK
OCAK
ŞUBAT
2013-2014
12 TL
(KDV DAHİL)
KIŞ

29

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. SABAHATTİN AYDIN BİYOHUKUK ÜZERİNE | DOÇ. DR. LÜTFÜ HANOĞLU ÖZGÜR İRADENİN NÖROBİYOLOJİSİ: İLLÜZYON MU, GERÇEK Mİ? | DOÇ. DR. MUSTAFA ÖZTÜRK HORMONLARIN DAVRANIŞLARA ETKİSİ | PROF. DR. GÜRKAN ÖZTÜRK NUTURE VE NATURE (GENETİK VE ÇEVRE) | YRD. DOÇ. DR. MEHMET OZANSOY GENETİK DETERMİNİZM DR. CEYDA GÜVENÇ CİNSEL KİMLİĞE PSİKİYATRİST YAKLAŞIMI | PROF. DR. H.C. HAKAN HAKERİ CİNSİYET DEĞİŞTİRME HUKUKU | DOÇ. DR. FULYA İLÇİN GÖNENÇ GENETİK ANALİZLER VE HUKUKİ SORUNLAR | YRD. DOÇ. DR. MAHMUT TOKAÇ DOĞUM ÖNCESİ TANILAR MODERN ÖJENİYE KAPI MI AÇIYOR? | PROF. DR. FARUK BEŞER ORGAN NAKLİNE İLAHİYATÇI BAKIŞI | NAZİFE ŞİŞMAN SÜTÜN METALAŞMASI: BİYOMEDİKAL/BİYOETİK YAKLAŞIMLAR | PROF. DR. TEVFİK ÖZLÜ YENİ VE HENÜZ ETKİSİ KANITLANMAMIŞ TEDAVİLERE YAKLAŞIM | ORHAN GENCEBAY: DÜNYA ANAVATANIM, ASIL ADIM İNSANDIR; ORHAN DİYORLAR BANA | PROF. DR. HAYDAR SUR SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI BİZE NE SAĞLADI? ELEŞTİRİNİN ELEŞTİRİSİ | PROF. DR. H. ERDAL AKALIN SAĞLIK SİSTEMLERİNİN GELECEĞİ | HÜSEYİN ÇELİK SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN SAĞLIK TURİZMİ ÇALIŞMALARI PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN - OLCAY ÖZEN VAKIF ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ | PROF. DR. HASAN FEVZİ BATIREL MARMARA ÜNİVERSİTESİ-SAĞLIK BAKANLIĞI İŞBİRLİĞİ SONRASI BUGÜNKÜ MANZARA | DR. HÜSNÜ DAĞLI KAMU HASTANELERİ BİRLİKLERİ: DAĞ FARE Mİ DOĞURDU? | YASİN KELEŞ DİJİTAL HASTANEYE İLK ADIM: YEŞİL HASTANE DR. AHMET MURT TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ 3: YÖNETMELİK ÇERÇEVESİNDE ELEŞTİREL BAKIŞ | PROF. DR. NEZİHE KIZILKAYA BEJİ - YRD. DOÇ. DR. EMİNE AKÇİN ŞENYUVA HEMŞİRE VE YARDIMCI HEMŞİRELİK/HASTA BAKIM PERSONELİ EĞİTİMLERİNİN ULUSAL VE ULUSLARARASI DÜZEYDE İRDELENMESİ | DOÇ. DR. YAŞAR KESKİN İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARI | PROF. DR. HÜSREV HATEMİ HIPOKRAT'TAN GÜNÜMÜZE HEKİM DURUŞU | DOÇ. DR. HANEFİ ÖZBEK KLİNİK ARAŞTIRMALAR MEVZUATI DOÇ. DR. TÜRKAN YİĞİTBAŞI PERS KRALİÇESİ ATOSSA İLE GEÇMİŞTEN GELECEĞE KANSERİN YOLCULUĞU | PROF. DR. AKİF TAN NUH TUFANI ARAŞTIRMALARI VE ARKEOLOJİSİ YRD. DOÇ. DR. MAHMUT TOKAÇ VEREM VE SANAT | DR. KADİR DOĞRUEK KARİKATÜR



ARALIK-OCAK-ŞUBAT 2013-2014
KIŞ, SAYI 29
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
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Doç. Dr. Lütfü Hanoğlu
İlker Köse
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Dr. Bülent Özeltay
Doç. Dr. Hanefi Özbek
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Doç. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Recep Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Prof. Dr. Muzaffer Şeker
Prof. Dr. Akif Tan
Doç. Dr. Mustafa Taşdemir
Yrd. Doç. Dr. Mahmut Tokaç
* Soy isimlere göre alfabetik sırayla

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: 0216 681 53 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

Biyoteknolojiden biyohukuka

İnsanoğlunun yeryüzünde toplumsal hayata başlamasından itibaren, ortak hayatı düzenleyecek bir takım kurallar ortaya çıkmaya başlamıştır. Değişik zamanlarda toplumlara yön veren liderler, peygamberler ve dinler, aslında toplumsal düzeni kurmaya, aşırılıkları törpülemeye ve insanlar arasında hak ve adaleti tesis etmeye yönelik emir ve tasarruflar getirmişlerdir. Bununla birlikte, günlük hayatın ihtiyaçlarından kaynaklanan çeşitli örf ve adetler de toplumsal nizamı sağlamaya yardımcı olmuşlardır. İnsanlar çoğalıp, toplumsal düzen karmaşıklaşıp, insanlar arası ilişki ağı genişledikçe, daha önceleri esas olarak sözel aktarıma dayalı olarak geliştirilen ve kuşaktan kuşağa geçen bu kuralların yazılı hale getirilmesinin bir anlamda hukukun doğuşunu ifade ettiğini ileri sürebiliriz.

Dünyadaki ilk yazılı hukuk metinlerinin Hamurabi kanunları olduğu söylenmektedir. O günden günümüze kadar gelen hukuk kuramları ve hukuk düzenleri içinde doğrudan insanın varlığı ve hayatı ile ilgili pek çok kural ortaya çıkmıştır. Ancak insan hayatındaki hızlı değişimler ve hak arayışları, hukukun her devirde yeterliliğinin sorgulanmasına yol açmıştır.

Küreselleşme ortamında genetik ve tıp gibi alanlarda son zamanlarda ortaya çıkan gelişmeler, insan hakları ve halk sağlığı hususlarında birçok fırsat ortaya koyarken, tehditleri de beraberinde getirmiştir. Bilimsel gelişmeler hastalıklara karşı mücadelede önemli araçlar sunarken etik ve politik birçok soruna yol açabilmekte, insanların haklarının korunmasını gerektiren yeni faaliyet alanları doğurmaktadır. Bu yeni alanlardaki ilerlemeler ne yazık ki biyomedikal gelişmelerin çok gerisinde kalmaktadır. Teknolojik gelişmelerin hayata ne denli uygulanabileceğinin sınırlarını sorgulamak bir yana,

hâlihazırda rutine girmiş biyoteknolojilerin doğurduğu sonuçlardan bile insanların haklarını ve toplumun güvenliğini koruyacak sosyal mekanizmalar geliştirebilmiş değiliz. Sahip olduğumuz gelenek birikimleri ve miras aldığımız hukuk düzenleri, bu sorunlara çare olmada artık aciz kalmaktadır.

Farklı hayat telakkilerinin uzlaşabileceği bir evrensel hukuktan söz etmek zordur. Biyoteknolojinin biraz da fütursuzca hayatımıza müdahil olduğu ortamda haklarımızın korunması için arayış içinde olduğumuz hukuk normları ve etik kuralların evrenselliğinden söz etmemiz de o denli zorluk arz etmektedir. İlk bakışta hukuk ile biyolojik bilimleri bir araya getirip biyohukuk adıyla yeni bir düşün alanı oluşturmak ve bu alanda ilerlemeler kaydetmekle oldukça önemli adımlar atılabilirse de hukukun kendisinin tartışılır olduğu bir dünyada yeterince güvenli bir bilim alanına kavuşma hayaline kapılmamalıyız. Tanımı gereği yanlışlanabilir bilgi olmaya mahkûm olan bilimin ürünü olan, sınırları ölçü tanımayan gelişmeleri hayatımıza uygulayarak oluşturduğumuz düzensizlik, bir süre sonra güçlü ve muktedir olanların baskın olduğu bir entropiye yani düzensizlik düzenine kavuşmaktadır. Ne kadar tartışmalı bir hukuktan söz etsek de, bu düzensizlik düzeninde insan haklarının korunacağı bir şekilde hukukumuzu harekete geçirmek, biyolojik bilimlerle hukukun birlikte gelişimini sağlamak zorundayız. Biyohukuk anlayışının bu ihtiyaçtan doğduğunu söylemek yanlış olmaz herhalde.

Bu kavramsallaştırma sürecinde politik ve dini etkiler ile değişik sivil toplum gruplarının baskılarının olmayacağını söylemek zordur; ancak toplumu düzenleme iddiasında olan her kurumun böyle bir oluşum içinde yer alması sağlıklı bir yoldur. Zira biyohukuk kavramı içinde, cinsiyet kimliği tartışmalarından organ nakline, süt annelikten klonlamaya ve üstün ırk (öjeni) tartışmalarına kadar hayatın hemen her alanındaki “normal” ve “anormal” oluşum ve yapıları inceleyen birçok konu gündeme gelmektedir. Günümüzde dillere pelesenk olmuş “hukukun üstünlüğü” kavramı bağlamında, “biyohukukun üstünlüğü” kavramı da bir gün gündemimize gelecek midir? Çok dilli, çok kültürlü, çok dinli, çok görüşlü, bol ideolojili bir toplumda, yeknesak bir biyohukuktan söz etmek doğru olacak mıdır? Bu soruların cevaplarını vermek zordur. Ancak SD’nin bu sayısında yer alan biyohukuk dosyasının böyle bir tartışmaya zemin hazırlayacağı ve altyapısını oluşturmakta önemli bir kilometre taşı olacağı kanısındayız. Bu arada dergimizin böyle bir konuyu gündemine almasında önemli bir rol oynayan Medipol Üniversitesi Biyohukuk Araştırmaları Merkezinin fitili ateşleyen katkısını göz ardı edemeyiz.

SD’nin yeni sayısında biyohukuk dosyası kapsamında hukuk ve tıp mensupları başta olmak üzere ilahiyat ve sosyoloji dünyasından da isimlerin yazıları yer alıyor. Sanatçı Orhan Gencebay ile çok kapsamlı bir röportajın yer aldığı yeni sayımızda yine sağlık politikalarına ilişkin uzman görüşlerine şahit olacaksınız.

İçindekiler

6

BİYOHUKUK ÜZERİNE...
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN



12

ÖZGÜR İRADENİN NÖROBİYOLOJİSİ: İLLÜZYON MU,
GERÇEK Mİ?
DOÇ. DR. LÜTFÜ HANOĞLU

16

HORMONLARIN DAVRANIŞLARA ETKİSİ
DOÇ. DR. MUSTAFA ÖZTÜRK

18

NURTURE VE NATURE (GENETİK VE ÇEVRE)*
PROF. DR. GÜRKAN ÖZTÜRK

22

GENETİK DETERMİNİZM
YRD. DOÇ. DR. MEHMET OZANSOY

24

CİNSEL KİMLİĞE PSİKİYATRİST YAKLAŞIMI
DR. CEYDA GÜVENÇ

28

CİNSİYET DEĞİŞTİRME HUKUKU
PROF. DR. H.C. HAKAN HAKERİ

32

GENETİK ANALİZLER VE HUKUKİ SORUNLAR
DOÇ. DR. FULYA İLÇİN GÖNENÇ

34

DOĞUM ÖNCESİ TANILAR MODERN ÖJENİYE
KAPI MI AÇIYOR?
YRD. DOÇ. DR. MAHMUT TOKAÇ

38

ORGAN NAKLİNE İLAHİYATÇI BAKIŞI
PROF. DR. FARUK BEŞER

40

SÜTÜN METALAŞMASI: BİYOMEDİKAL/BİYOETİK
YAKLAŞIMLAR
NAZİFE ŞİŞMAN



44

YENİ VE HENÜZ ETKİSİ KANITLANMAMIŞ
TEDAVİLERE YAKLAŞIM
PROF. DR. TEV FİK ÖZLÜ

46

"DÜNYA ANAVATANIM, ASIL ADIM İNSANDIR; ORHAN
DİYORLAR BANA"



58

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI BİZE NE SAĞLADI?
ELEŞTİRİNİN ELEŞTİRİSİ
PROF. DR. HAYDAR SUR

62

SAĞLIK SİSTEMLERİNİN GELECEĞİ
PROF. DR. H. ERDAL AKALIN

64

SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN SAĞLIK TURİZMİ
ÇALIŞMALARI
HÜSEYİN ÇELİK

68

VAKIF ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ*
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN - OLCAY ÖZEN



72

MARMARA ÜNİVERSİTESİ-SAĞLIK BAKANLIĞI
İŞBİRLİĞİ SONRASI BUGÜNKÜ MANZARA
PROF. DR. HASAN FEVZİ BATİREL

74

KAMU HASTANELERİ BİRLİKLERİ: DAĞ FARE Mİ
DOĞURDU?
DR. HÜSNÜ DAĞLI

76

DİJİTAL HASTANEYE İLK ADIM: YEŞİL HASTANE
YASİN KELEŞ

80

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ 3: YÖNETMELİK
ÇERÇEVESİNDE ELEŞTİREL BAKIŞ
DR. AHMET MURT

82

HEMŞİRE VE YARDIMCI HEMŞİRELİK/HASTA
BAKIM PERSONELİ EĞİTİMLERİNİN ULUSAL VE
ULUSLARARASI DÜZEYDE İRDELENMESİ
PROF. DR. NEZİHE KIZILKAYA BEJİ - YRD. DOÇ. DR.
EMİNE AKÇİN ŞENYUVA

86

İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİNDE SAĞLIK
ÇALIŞANLARI
DOÇ. DR. YAŞAR KESKİN



90

HİPOKRAT'TAN GÜNÜMÜZE HEKİM DURUŞU
PROF. DR. HÜSREV HATEMİ

92

KLİNİK ARAŞTIRMALAR MEVZUATI
DOÇ. DR. HANEFİ ÖZBEK

94

PERS KRALİÇESİ ATOSSA İLE GEÇMİŞTEN GELECEĞE
KANSERİN YOLCULUĞU
DOÇ. DR. TÜRKAN YİĞİTBAŞI

96

NUH TUFANI ARAŞTIRMALARI VE ARKEOLOJİSİ
PROF. DR. AKİF TAN

98

VEREM VE SANAT
YRD. DOÇ. DR. MAHMUT TOKAÇ



104

KARİKATÜR
DR. KADİR DOĞRUEK

Biyohukuk üzerine...*

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu-Göynük'te doğdu. İlk öğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulu'nda, orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı (1992). 1992-1994 yıllarında Sakarya'da Geyve Devlet Hastanesi'nde uzman doktor olarak çalıştı. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalına Yardımcı Doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003 yılında klinik mikrobiyoloji dalında bilim doktoru oldu. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde çeşitli idari görevlerde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevinde bulundu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Dr. Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Hayat varlığımızın ifadesidir. Kendimiz bizzat hayatla var olduğumuza göre, tüm bilimler hayatın etrafında dğümliyor; bütün nesneler, hatta bütün varlıklar...

Bu yüzden sanki biz biyolojiyi bilimlerin temeli gibi görüp bunun üzerine birçok şeyi kurduğumuzu ima eden bir davranış içindeyiz. Teknolojiyi geliştiriyoruz ama artık biyoteknolojiden bahsediyoruz. Etik, hepimizin günlük hayatında, sosyal ilişkilerinde çok önemli bir yer tutuyor ama biyoetik konusunu bir sonraki merhale gibi ele alıyoruz. Farklı enerji türleri arasında bocalarken, "Acaba biyoenerji konusu, daha temiz bir enerji oluşturur mu?" diye bir arayışa giriyoruz. Tabi bu kadar hayatla bağdaştırdığımız farklı olgularla birlikte, doğrudan hayat bağını kurmada zorlandığımız alanları da biyoloji ile bağdaştırmaya başladık. Biyoekonomiden, biyokapitalden bahsediyor, biyopolitikaları gündeme alıyoruz. Biyoiktidarlardan söz ediliyor dünyada artık. *Biohukuk* kavramı ile yeni bir tartışma açmak da bence önemli bir adımdır.

Hangi dalıyla ilgili olursa olsun bilimdeki her türlü gelişmenin hayata uygulanıp uygulanmayacağı konusu tarih içinde çok tartışılmıştır. Belli özgürlükçü görüşler, "neden olmasın" tartışması yapmışlar. Daha totaliter görüşe sahip olanlar, bu konularda mutlaka bir sınır çizilmesi gerektiği üzerinde durmuşlar. Sol görüşlü bir Alman düşünür, "*Bilimsel bilgi tabiata uygulandığında bilimin gelişmesini sağlar*

ama topluma uygularsanız burjuvazinin ideolojik silahı haline gelebilir." diyor. Toplum insanlardan oluştuğuna göre, eğer bunu insan hayatına uygularsanız ne olur? Böyle bir görüşü benimsiyor değilim ama böyle bir görüşle de olaya yaklaşılabildiğini ifade etmek istiyorum. Bütün bilimsel bilginin topluma uygulanması, hayata uygulanması ne kadar doğru, bu bir tartışma alanı. Eğer bilimsel bilgiyi insana, hayata uygulayabilmeyi mutlak, ölçsüz, sınırsız bir yetki gibi kabul edersek o zaman, "İnsan nedir? Hayat nedir?" sorularına cevap vermemiz gerekiyor.

Tarihte süreç ve disiplinler içinde insan algısı da çok farklıdır. Descartes'ın "homo sapiens"i, klasik ruh ve beden ayırımına sahiptir. Sanayileşme devriminden sonra ise üretim aracı gibi, bir mülk gibi görmeye başlanmış insan. Her iki bakış açısındaki insan kavramına bilimin uygulanması farklı sonuçlar doğuracaktır. Daha geniş çerçevede bakarsak, semavi dinlerin, insanı *emanet* olarak gördüğünü fark ediyoruz. Yani insan, kendi iradesine teslim edilmiş, korumak üzere emanet olarak bırakılmış. Böyle bir insan anlayışında belki daha korumacı bir yaklaşım gerekiyor. Bu açıdan siz insanı nasıl algıyorsanız, bilimin insan üzerinde uygulanmasını da açıkçası bu algıya göre ele almanız kaçınılmazdır. İçinde bulunduğumuz toplulukta her birimizin farklı bir insan algısı olduğunu düşünelim. İnsanı *mülk* gibi gördüğümüzde, tabi ki mülkünüzün üzerinde tasarruf hakkı bize aittir. Ama insanı emanet gibi gördüğünüzde tasarruf hakkını bu denli kendinizde göremezsiniz. "Vücudum benim mülkümdür" dersanız, onu bozma hakkına da sahip olursunuz.

Bugün mesela Batı toplumlarında çok yaygın olan tatuajın temel felsefesi, "Mülkümü istediğim gibi kullanırım" anlayışından kaynaklanıyor. Bu anlayış, bir felsefeye, bir gençlik akımına doğru dönüşebiliyor. Ya da yine mülk olarak düşündüğünüzde, beğenmediğiniz vücut yapılarınızı değiştirme, şekil verme, estetik ameliyat gibi, normal sınırlar içinde kabul edilecek vücut yapılarınızı kendi arzunuz istikametinde değiştirme hakkı elde edersiniz. Bedeninizin üzerinde seçim hakkı kullanırsınız; cinsiyetinizi değiştirmeyi bir hak olarak görürsünüz. Eğer vücudunuz mülkünüz değilse, cinsiyet değiştirmenin bireysel bir hak ve sadece iradeyle verilebilecek bir karar olup olmadığını tartışmak gerekir.

Bugünün kapitalist dünyasında insan, adeta homo sapiens değil, *homo ekonomikus* olarak algılanıyor. İnsana neredeyse tamamen *ekonomik bir değer* gibi bakılmaya başlandı. İzninizle bir örnek vereyim: Mesela dünyadaki istihdam ve kaynak kısıtlılığına bakarak dünyadaki sınırlı kaynakların kalabalık nüfuslarca tüketilmesinin gelecek nesillere zarar verme riski taşıdığı önyargısıyla nüfus azaltıcı yani *antinatalist* politikalar uygulamaya kondu. Bu nüfus azaltıcı biyopolitika, ne gelecek nesillerin yaşama hakkını gözetiyor, ne de insanların üreme hakkına saygı gösteriyor. Ama tartışmaya açtığı konu, bir biyopolitika olarak insanı ekonomik varlık -ancak üretim aracı değil, tüketim aracı olan bir ekonomik varlık- olarak görmekten ibaret. Diğer taraftan, üretim aracına, yani genç nüfusa ihtiyaç olan, ihtiyaç duyan bir ülkedeyseniz, bu sefer politikanız pronatalist, yani nüfus artırıcı yönde oluyor. Bugün nüfus artırıcı politikaları

* 6-8 Eylül tarihlerinde Çanakkale'de düzenlenen Medipol Üniversitesi Milletlerarası Özel Hukuk Perspektifiyle Biohukuk Toplantısında yapılan konuşmanın düzenlenmiş halidir.



Avrupa ülkelerinin çoğu ile İsrail şiddetli bir şekilde uyguluyor. 1965'lerden sonra Türkiye olarak biz Cumhuriyet döneminde 1965'e kadar pronatalist politikalar uyguladık. 65'lerden sonra nüfus azaltıcı antinatalist politikalara geçtik. Şimdi yeni hükümetimiz bu politikalardan vazgeçmiş görünüyor. Gördüğünüz gibi aslında bu politikaları hayata geçiren politikacılar, insan varlığıyla, insan algısı ile bu kadar oynarken ne hukuki ne de etik olarak hiçbirimiz bu konuda bir itiraz yükseltmedik. Aslında bu politikaları da analiz edip bunların etik ve hukuki çerçevesine bakmak lazım diye düşünüyorum.

Bu yaklaşımdan hareketle, eğer insanı *homo ekonomikus* olarak tanımlarsanız, insanı *malîyet etkililik* açısından da değerlendirmeniz gerekmez mi? Araştırmalara göre, bir birey için yapılan sağlık harcamasının çok önemli bir kısmı, hayatının son bir ayında yapılmış. Çoğu zaman hastanelerde, ameliyatlarda ya da yoğun bakımlarda geçen ve sağlık harcamalarının en fazla yapıldığı an. Bu oranın yüzde 30 olduğunu varsayalım. Yüzde 30 harcama ile insanları 1 ay, yüzde 70 harcama ile bir ömür yaşatıyorsunuz. O zaman maliyet etkililik mantığıyla olaya yaklaşırsak, son bir aylık harcamaları yapmayarak toplumun geri kalanını refah içinde yaşatabilir miyiz? Söylediğim size çok dramatik gelebilir, isterseniz başka yönden örnek vererek konuya açıklık

getireyim. Mesela küçük hücreli akciğer kanseri veya pankreas başı kanseri gibi hastalıklarda tıbbi tabirle sürvi dediğimiz beklenen yaşam süresi sınırlıdır. Bu hastaların hastaneye yatıp tedavi edilmesi, ortalama 3 ila 6 aylık ömürlerinde sigorta sistemlerine milyonlarca lira para harcattırır. Bilimsel metotlarla ulaşılmış sürvi rakamları elimizdedir. Böyle bir durumda biz bu hastalıkların teşhisini alan bir hastayı tedavi etmezsek, yüzlerce ekmek bulamayan fakir aileyi, binlerce süt bulamayan bebeği kurtarabiliriz belki. Ben bunu savunuyor değilim. Ama eğer insana ekonomik bir varlık olarak bakarsak bu niye olmasın diyorum? Bunun da hem etik, hem hukuki yönünü tartışmak zorundayız. Görülüyor ki, sadece insanı nasıl tanımladığımız, kendi dünya görüşümüzle nasıl konumlandığımız, bizim hem etik, hem hukuki davranışımızı değiştirebilmektedir.

Vücudumuzu bu ekonomik kavramlar çerçevesinde *mülk* olarak gördüğümüz zaman, şöyle hukuki bir soru aklıma geliyor: Acaba vücudumuzu *miras* bırakabilir miyiz? Bugün belli toplumlar da bedeninin ölüsü, dirisinden daha kıymetlidir. Size çok garip gelebilir ama şu anda Amerika'dan Türkiye'ye 100 bin doların üzerinde bedellerle kadavra ithali yapılıyor. Bazı firmalarca bu fiyatların 10 bin dolarlara kadar düşürüldüğü söyleniyor. Bugün Hindistan veya Somali gibi

İnsanı mülk gibi gördüğümüzde, tabi ki mülkünüzün üzerinde tasarruf hakkı bize aittir. Ama insanı emanet gibi gördüğünüzde tasarruf hakkını bu denli kendinizde göremezsiniz. “Vücudum benim mülkümdür” dersanız, onu bozma hakkına da sahip olursunuz, beğenmediğiniz vücut yapılarınızı değiştirme, şekil verme, estetik ameliyat gibi, normal sınırlar içinde kabul edilecek vücut yapılarınızı kendi arzunuz istikametinde değiştirme hakkı elde edersiniz.



Bilimle uğraşan insanlar sosyal evreni ve insanlar arası ilişkileri görmeyip bilim adına büyük facialara imza atabiliyorlar. Sırf toplumsal olaylarla, toplumsal normlarla uğraşan insanlar bilimdeki bu hızlı gelişmeleri görmüyorlar; toplumu statik kalıplara hapsetmekle meşguller. Aslında iki taraf da doğru yolda değil. Bunun için bu tarafların bir araya gelip neler olduğunu görmesi, neler yapılabileceğini ortaya koyması gerekiyor. İki bilgi düzeyi asimetrik değil, paralel gitmelidir diye düşünüyorum.

Ülkelerde bir kişi canlı olarak vücudunu 100 bin dolara satamaz. Dolayısıyla böyle ekonomik değeri olan bir varlık mülk ise niye miras bırakmayalım? Niye pazarlamayalım? Ya da miras bırakıp pazarlarsak bu etik midir, hukuki midir?

İsterseniz insana bir başka açıdan bakalım. *Yaşama hakkı*, temel insan haklarından biridir. Bu temel insan hakkının toplumların, otoritelerin, devletlerin sorumluluk altına girmesi, 1948 tarihli Evrensel İnsan Hakları Beyannamesinde yer almasından kaynaklanıyor. İnsanın özellikle sağlık hizmeti aldığı dönemdeki hakkı ise, daha yeni hasta hakları kavramı ile 94'ten sonra geliştirilen Amsterdam Bildirgesi ile bizim gündemimize girmiş durumda. Burada ister genel olarak temel yaşama hakkıyla insanı ele alalım, isterseniz özel olarak hasta hakkıyla hastayı ele alalım, amaçlar örtüşmüş durumda. Amaçlanan hem sağlıklı yaşama, hem de sağlık tanımına uygun yaşama değil mi? O zaman, sağlık tanımına uygun yaşamak bireysel hak ise bir insan hakkından vazgeçebilir mi? Ona hakkından vazgeçme hakkı tanınabilir mi? Eğer böyle bir hak tanınabilirse, sağlıklı yaşamak istemeyenlere, ölmek isteyenlere bu izni vermek gerekir. Yok, eğer bunun bir hak olmadığını iddia ediyorsanız, "Sağlıklı yaşama hakkı vazgeçilemez bir haktır; kişi bundan sarfı nazar edemez", diye bir

hüküm koyuyorsanız, o zaman kişinin doğuştan veya sonradan edindiği engellerle yaşaması, kabullenemediği cinsiyetle yaşaması, cinsiyet değiştirmesi sağlıklı bir yaşam mıdır? Bunu tartışmaya açmak gerekir. Ben meslek olarak transseksüel ameliyatlara da ilgilenmiş biriyim. Bunun psikolojik yönünü tahlil edersek farklı sonuçlara ulaşıyoruz. Olaya sadece beden fonksiyonu açısından bakarsanız, ortaya bambaşka bir sonuç çıkıyor. Bu, tamamen, yukarıda da belirttiğim gibi, insana nasıl baktığımızla ilgilidir. Eğer insanın sağlıklı yaşaması tamamen kendi tercihi bırakılmış bir olaysa, o zaman üreme hakkı, gelecek nesillere kendi gücünü ve genetik bilgisini bırakma hakkı sınırsız mı olmalı, sınırlı mı olmalı? Yani mutlak üreme hakkı insanlarda olmalı mı? Eğer mutlak üreme hakkı insanlara hukuki bir hak olarak verilecekse o zaman ülkemizde ve dünyada yürütülen antinatalist politikalar bugüne kadar neden karşı çıkmadık? Bireye bu hakkı veriyorsunuz ama toplumsal bir kırım yapıldığı zaman bu hakkın ihlal edilmesinden hiçbirimiz rahatsız olmuyoruz. Eğer kabul buysa tabii. Son zamanlarda çokça söz edilen mutlak üreme hakkı, bence etik ve hukuki yönden tartışılması gereken bir kavram. Bu hususa tüp bebek çerçevesinde biraz daha detaylı değinmek isterim.

Eğer kişinin sağlıklı yaşama hakkı özgür

iradesine bırakılıyorsa sağlıklı ölme, güzel ölme hakkının da özgür iradesine bırakılması gerektiğine inanırım. Yok, eğer biz insanı mülk olarak, ekonomik varlık olarak kendi bedeni üzerinde tasarruf edebilen, kendini miras bırakabilen bir varlık olarak görmüyorsak, yani bunun dışında bir sınırlama hakkını kendimizde görüyorsak, o zaman ölme hakkını da, yani güzel ölme, ötanazi hakkını da, hukuki olarak sınırlama hakkını da belki kendimizde görebiliriz. Yani olaya yaklaştığımız yere göre farklı bakabiliriz.

Fakültede okuduğum yıllarda Rus işgali esnasında fakülteye Afganistan'dan öğrenci arkadaşlarımız gelmişti. Onlardan Pakistan'ın Peşaver Bölgesinde ondan fazla yabancı hastane olduğunu öğrenmiştim. Bu hastanelerin hepsi karşılıksız, ücretsiz yaralı Afgan mücahitlerini tedavi ediyorlardı. Niye dersiniz? Aslında bunun cevabı çok net. Tıp, özellikle cerrahi alan 2. Dünya Savaşı'ndan sonra büyük ilerlemeler kaydetmiştir. Savaşlar tıbbın gelişmesi için bulunmaz nimettir, tıbbi gelişmelerin pik yaptığı dönemlerdir; sebebi bu. Savaş esnasında elinizde gerçekten denek olarak çaresiz kalmış bedenler vardır. Ne yazık ki, uluslararası hukuk açısından, insan hakları açısından bunların sorgulanması bir yana, bu faaliyetler insani yardım çerçevesinde çok da güzel ambalajlanarak dünyaya

sunulabiliyor. Beden üzerinde başkasının tasarruf hakkı bu kadar serbest olabilir mi? Hele çaresiz kalmış bir insanın üzerinde böyle bir hakkımız olmalı mı? Buna hukuk normlarında nasıl yaklaşmalı? Uluslararası hukukta nasıl bir sınırlama getirilebilir, bilemiyorum.

İnsan bedenine müdahalede belki dış dünyadan çok görülmeyen ve biz tıp mensuplarının da açıkçası çok kabul etmek istemediğimiz bir tehlike daha var; o da tıbbi branşlaşmadır. Nasıl ki, bilimler başta bütüncül olarak başlayıp gittikçe branşlaştıkça birbirinden ayrıldı ve bir araya gelmesinde zorlandığımız alanlar oluştuysa, tıpta branşlaşmalar geliştikçe insanı bir bütün olarak algılayan anlayış yitirildi ve insanı organlardan meydana gelen bir organizma olarak algılamaya doğru itti hepimizi. Dolayısıyla bir nörolog kendine gelen hastayı -her ne kadar kolay kolay itiraf etmese de- öncelikle sinir sisteminden ibaret bir organizma olarak görüyor. Bir kardiyolog için ise kalp ve damar sistemi ön planda. Benim gibi ürologlar insanı nasıl görüyor, onu siz tasavvur edin! Bu değiştiğim hususu rahatlıkla uzman doktor davranışlarında görebilirsiniz. İsterseniz test edin; başım ağrıyor deyin ve bir KBB uzmanına gidin. Hemen iç kulak, orta kulak muayeneleri yapacak, filimler çekecektir. Dâhiliye uzmanına giderseniz öncelikle tansiyonunuzu ölçecektir. Eğer baş ağrısı için başvurduğunuz kişi bir nörolog veya beyin cerrahı ise muhtemelen beyin tomografisi çekilecektir. Mesleki sorumluluk bilinci içinde baş ağrısı yapan beyin tümörünü atlama riskini üzerine alamayacaktır. Branşlaşmanın yanında böyle teşhis atlanması halinde hukuki takibata uğrama korkusu, bizi insanı daha çok parçalamaya, parçalı düşünmeye sevk ediyor. Belki bu hukuki yaklaşımı da sorgulamamız lazım.

Ben de bir tıbbi uzmanlık dalı mensubu olmama rağmen, tıptaki bu aşırı branşlaşmayı, *bedenin bölücü terör örgütleri* diye tanımlıyorum. Nasıl ki bir üniter devleti koruma gayreti gösteriyorsak, benzer tarzda üniter bedeni korumaya yönelik bir tutum geliştirmeliyiz her halde. Aksi takdirde yukarıda sözünü ettiğim insana bakış açısı tartışmalarına dahi girmeden parça parça ediyoruz biz insan denen varlığı. İnsana hangi dünya görüşünden bakarsak bakalım, insanı nasıl görmek istiyorsak görelim ama üniter olarak, bir bütün olarak görmeye ihtiyacımız var. Her şeyden önce insanı "insan" olarak görmemiz lazım.

Dünya Sağlık Örgütü'nün kurulduğu yıllarda (1948) sağlığın tanımı yapılmış ve örgütün anayasasında yer almış. Sağlık mensuplarını hepsinin ezbere bildiği bir tanımdır bu. Kısaca, "fiziksel, sosyal ve ruhsal/zihinsel olarak tam bir

iyilik hali" olarak tanımlanıyor sağlık. Eğer biz hekimler olarak, sağlık mensupları olarak insanın sağlığından sorumluy-sak ya da hukuk insanı olarak insanın sağlıklı yaşam hakkını korumasıyla ilgili normlar, düzenlemeler yapıyorsak, sağlığın tanımını bir bütün olarak görmeli değil miyiz? Psikiyatristleri bir kenara bırakırsak, biz hekimler yıllardır insanların fiziksel iyilik hali ile uğraşıyoruz. Hâlbuki sağlık sadece fiziksel iyilik halinden ibaret değildir. Diğer alanları ciddi olarak ihmal ediyoruz. Sadece biz sağlık çalışanları değil, ülkelerin sağlık sigorta organizasyonları da bu hataya düşüyor. Örneğin Türkiye'de genel sağlık sigortası var; SGK insanları hayat boyu sigortalıyor. İnsanlara bir sosyal güvence veriyor ama sağlık tanımının bütününe vermiyor; evrensel sağlık tanımının sadece üçte birini güvence altına alıyor. Sağlığın tanımına uygun olarak fiziksel iyilikle birlikte ruhsal ve sosyal iyiliği de kapsayan bir sağlık güvencesini üstlenseydi, her halde aktüeryal dengeler bozulurdu. Bence birey olarak bu hakkımızı arayabiliriz. Bu konuya değişimin nedeni, insanı parçalama, bölme girişiminin sadece tıp disiplinleri arasında olmadığını anlatmak içindir.

Şimdiye kadar insana nasıl yaklaşılması gereği üzerinde durdum. Biraz da teknolojinin, bilimin insan üzerine uygulanması örneklerine değineyim. Elde ettiğimiz bütün bilimsel bilgiyi ya da teknolojiyi insan üzerine uygulamak, yani teknolojik mümkünlük aynı zamanda meşruluğu getirir mi? Bu teknolojik mümkünlükler nelerdir? Örneğin bugün biyobankalar var; yumurtaları, kök hücreleri, DNA parçacıklarını, embriyoları bu bankalarda saklıyoruz. Bunlar bir yandan Lucas'ın dediği gibi Kapitalizmin artı değer üretme araçları. Örneğin kök hücreyle ilgili bilgilerimiz henüz kesinleşmemesine rağmen harıl harıl embroner kök hücre yani kordon kanı bankaları kuruldu. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı buna sınırlama getirmek istediğinde, bilime karşı çıkıyor gibi algılandı. Hâlbuki ortada çok ciddi bir istismar alanı var; o hücrelerin ne işe yarayacağı konusunda şu an fazla bir şey bilmiyoruz. Yeterli bilimsel veri yok. Ancak bilimsel veri dediğimiz şeyin tartışmalı olduğunu da gözden kaçırmayalım. Mutlak dediğimiz şey bilimsel olmaz, inanca girer. Lütfen bu tereddüdü de taşıyarak bu konulara bakalım. Ülkemizde kök hücre bankaları sınırlanmış durumda. Sperm ve ovum bankalarına ise izin verilmiyor. Ancak eşlerin kendi rızası ile sperm saklanması izin veriliyor. Dünyada sperm bankacılığının işleyişi şöyle: Toplumda beğenilen karakterler sperm veriyorlar; bunların özellikleri bir veri tabanına yazılıyor. Fiziksel görünüm dışında bazen yetenek, ressam olmak, müzisyen olmak gibi kabiliyetleri de aranan özellikler arasında. Spermilerin kime ait olduğu saklı tutuluyor çünkü

arkasından çıkabilecek bir sürü sorun var. Dolayısıyla bir bölgede uygulama alanlarında sperm bankasını kullandığında, çoğu zaman aynı verici insanların spermeleri kullanılmış oluyor. O toplumda birbirini tanımayan kardeşlerin varlığı gelecekte bir sorun olur mu, bunu tartışmamız gerekiyor. Bunlar sandığınızın çok üzerinde. Bakınız henüz sperm bankacılığının olmadığı yıllarda inseminasyon, yani spermin kadına verilerek çocuk sahibi olması üzerine çalışma yapıyordum. Bundan yaklaşık 25 yıl öncesinden söz ediyorum. Amerika kaynaklı doğrudan taze spermle yapılan donasyonlarda 150 binli rakamlardan söz edilen yayınlar hatırlıyorum. Dipnotunda donör olarak tıp asistanları ve öğrencilerinden yararlandığı belirtiliyor. 3-5 klinikte az sayıda asistan ve öğrencilerin çocukları ile toplumda yeni bir nesil büyüyor. Bu, ayrı bir sorun. Birbirini tanımayan kardeşlerin aynı toplumda yaşaması, çekinik genlerle hastalık taşıması, akraba olduğunu bilmeyen yüzlerce kişinin doğuracağı facialar... Bunlar hem bilimsel, hem hukuki olarak ileride karşımıza çok büyük sorun çıkaracak hususlar. Yumurta bankası henüz yaygın değil çünkü yumurta henüz çok uzun süre saklanamıyor. Sperm bankacılığı ülkemizde yasak ama Kıbrıs'ta serbest. Kıbrıs'ta yumurtaların kimlerden alındığını biliyor musunuz? Kıbrıs üniversitelerinde okuyan öğrencilerden! Yumurta başına 1000-1500 dolar vererek bu yumurtalar satın alınıyor. Öğrenciler için güzel ek gelir. Bizim kanunlarımızda organ ticareti yasaktır ama bir yandan hücre düzeyindeki organlarımızı hatta gelecek nesillerimizi ihraç edebiliyoruz.

Şu anda henüz adı pek telaffuz edilmeyen bir başka banka da, embriyo bankası. Teknolojik mümkünlük beraberinde meşruluğu da getirir mi dedim ya; sperm ve yumurta bankalarını meşru kabul edersek embriyo bankasını neden meşru kabul etmeyelim, ne mahsuru var? Evet, ülkeler bu konuda ciddi kurullar koyup, ciddi düzenlemeler yapıyorlar. Şimdilik embriyo bankacılığı telaffuz edilmiyor ama bu mümkün. Hatta yumurta bankacılığına göre daha kolay çünkü yumurtanın uzun süre dayanmazken, 7-8 günlük bir embriyoyu dondurduğunuzda yıllarca saklayabiliyorsunuz. Ve artık güzel bir anneden ve güçlü bir babadan gelen güçlü bir çocuğu pazarlayabileceksiniz. Bilimsel olarak embriyo bankasının hiçbir engeli yok. Bugün Türkiye'de tüp bebek merkezlerinde embriyo saklanıyor. Bu işin sadece topluma duyurulup pazarlanması yeterlidir.

İnsana zararlı olan biyolojik maddenin bankada saklanması da konunun diğer bir yönü. Bugün dünyadaki biyolojik silahlar bir bakıma biyobankacılık örneğidir. İsterseniz biyobankacılığı yararlı biyobankalar, zararlı biyobankalar olarak

ikiye ayırabilirsiniz. Tabii meşruiyet tartışması bir yana. Yaşadığım bir örneği anlatmak istiyorum: Çiçek hastalığı dünyada eradike edilen yani yok edilen bir hastalıktır, biliyorsunuz. DSÖ'nün tüm ülkelere, "bu ülkede çiçek virüsü kalma-
mıştır" sertifikası verdiği ilk hastalıktır her halde. Ondan sonra çocuk felci için böyle sertifikalar verildi. Ancak son 4-5 yılda dünyada birkaç ülkede çocuk felci görüldü ve tekrar mücadele başlatıldı. Çiçek hastalığı tamamen yok edildikten sonra, olur ki ileride tekrar virüs ortaya çıkar diye aşı yapmak için gerekecek numunenin DSÖ kontrolünde saklanmasına karar verilmişti. Son derece masum bir durum değil mi? Ancak bunun saklandığı yıllar, soğuk savaş dönemi; dünya iki kutba ayrılmış. Bu virüsü en güvenli yerde saklamanız gerekiyor çünkü bu aynı zamanda biyolojik silahtır. Bir kısmı Rusya'da, bir kısmı da Amerika'nın kontrolünde Atlanta'da saklanıyor. Yıllardır bu iki ülkenin dışındaki tüm ülkeler bu numunelerin imhası için talepte bulunuyorlar ama bir türlü yok edilemiyor. DSÖ yönetim kurulunda görev yaptığım 3 yıl boyunca bu konu gündemde olduğu halde bir adım atılmadı. En sonunda DSÖ Başkanı, DNA fragmanlarının bilimsel araştırma amacıyla farklı ülkelere yayıldığını belirterek yok edilemeyeceğini itiraf etmek zorunda kaldı. Şimdi, demek ki ortada bir sorun daha var. Biyobankacılığa izin vermek, vermemek, doğru kabul edip etmemekten daha da önemli olan bunun insanlık için bir felaket olabileceğini ihtimali. Bunu düşünerek nasıl uluslararası bir sınıflama, sınırlama yapmalıyız, onu da tartışmak zorundayız.

İzninizle biraz da tüp bebek konusuna değineyim. Nedir bu tüp bebek? Spermi alıp yumurtanın içine enjekte ederek döllenmesini sağlıyor ve inkübatörde hücrelerin bölünüp embriyoya dönüşmesini bekliyorsunuz. Ondan sonra da doğal üreme organı olan rahim içinde yerleştiriyorsunuz. Aslında yaptığınız, doğal seyrin belli aşamalarına teknolojik müdahalelerden ibaret. Yoksa doğal seyrinde bozulan hiçbir zincir yok. Burası sorun değil ama ortada bir embriyo var elinizde. Başarı yüzdesine bakarak daha fazla embriyo verip başarıya gidilmeye çalışılıyor. Tabi bunun çoğul gebelik gibi bir riski var. Tekil gebelik bebeğinin gelişme şansı daima ikiz gebeliğe göre daha yüksektir. Üçüz de risk çok daha fazladır; dördüz ve beşiz gebeliklerin yaşama şansı yok denecek kadar azdır. Biz aslında bilimsel olarak faydalı bir şey yapalım derken doğacak öteki çocukların hayatını riske eder hale geliyoruz. Onun için de gene bir teknoloji devreye giriyor, birden fazla olan bebekleri öldürmeniz gerekiyor; sayısını bire düşürüyorsunuz. "Emriyo redüksiyonu" deniyor buna, embriyo azaltma. Hukuken embriyoyu öldürme hakkınız var mı, bu hakkı elde ediyorsanız neye dayanarak öldürülecek

embriyoyu seçiyorsunuz? Bir başka sorun, anne, "Ben öldürülmesini istemiyorum. Benim mutlak üreme hakkım var, dokunamazsınız" derse, o zaman da annenin hayatını riske etmiş oluyorsunuz. Hani sağlıklı yaşama hakkı vardı? Sağlıklı yaşama hakkı kişinin tercihi mi, ona dayatılıyor mu? Yani bir teknolojik gelişme, arkasından bir sürü soruna ve soruya neden oluyor.

İsterseniz bu senaryoyu biraz dramatize edeyim. Bir çift doktora gidiyor ve "Biz çocuk sahibi olamıyoruz" diyorlar. Testler yapılıyor, kadında erken menopoz var, yumurtaları yetersiz. Erkeğe bakıyorlar, az sayıda sperm var, onlarda da genetik bozukluk var. Anne adayı erken menopoz olduğu için bir yumurta alıp yumurta donasyonu yapalım diyoruz. Baba adayından ya sperm elde edemiyoruz ya da spermlerinin genetik analizini yapıp bunun sonucunda spermini kullanmaya-
rak sperm donasyonu yapmaya karar veriyoruz. Yumurta ve sperm donasyonu yapıp embriyo oluşturuluyor. Kadının rahmine verilecek ama rahimin hamileliğe uygun olmadığı fark ediliyor. Bunun üzerine bir taşıyıcı anne bulunuyor ve çocuk doğal seyrinde dünyaya getiriliyor. Tabii bu abartılı bir senaryo. Bu çocuğun hukuki bir anne babası, bir taşıyıcı annesi, taşıyıcı annesinden bir üvey babası, bir sperm babası ve onun eşi olan üvey sperm annesi var. Bir yumurta annesi var. Yumurta annesinin eşi olan bir yumurta babası var. Yani çocuğun 4 annesi, 4 babası var. Olsun, ne mahsuru var (!) değil mi? Şimdi burada biyolojik anne baba ve toplumsal anne var. Çocuğun hukuki sahibi olanlar, toplumsal anne babası oluyorlar. Peki, bu çocuğun biyolojik anne babası kim? Spermi veren mi, yumurtayı veren mi, yoksa taşıyan mı? "Genetik şifreler spermden geçiyor, tabi ki spermi ve yumurtayı veren, biyolojik anne babadır" diyebilirsiniz ama hayır, çevre faktörlerini nasıl göz ardı edebilirsiniz? Ayrıca annelik bir fedakârlık ise gerçek fedakârlığı burada kim yaptı?

Eğer annelik bağı fedakârlık ile kuru-
luyorsa burada biyolojik anne, çocuğu taşıyandır. Peki, biyolojik baba kim? Çocuğumun annesine şefkatle yaklaşma hatta âşık olma hakkına sahip görürüm kendimi. Yani bunun içinden hukukun dışında bambaşka problemler de çıkartabiliriz.

Türkiye'de de bilgi edinme yasası var; bir dilekçe yazıp nedenini, niçinini sorma hakkınızı kullanıyorsunuz. Bu konu sizi ilgilendiren bir husus ise, karşınızdaki kurumun o bilgiyi vermeme hakkı yok mevzuatımıza göre. Şimdi diyelim ki, biraz önceki senaryonun kahramanı olan çocuk 18 yaşına bastı ve bir dilekçe ile biyolojik (sperm ve ovum verici) annesini ve babasını öğrenmek

isteğini ilettili. Sperm bankası ve yumurta sağlayan kuruluş güvenilirlik kurallarını, hukuki normlarını gerekçe göstererek bu bilgiyi vermeyi reddedecektir. Bir yandan güvenliği sağlamak için hukuki düzenleme yapıyorsunuz, diğer yandan bir çocuğun en tabi olan hukuki hakkını ihlal edip ona anne ve babasını bildir-
miyorsunuz. Diyelim ki, burada da bir hukuki yol bulduk ve 18 yaşından sonra kendisine bu bilgilerin verilebileceğini karara bağladık. Senaryo bu ya, o spermi veren baba Avrupa'nın en iyi müzisyeniy-
miş, çok da zenginmiş. Hâlbuki şimdiki toplumsal baba fakirin teki. O zaman ben bu çocuğun yerinde olsam, dava açıp miras hakkı talep etmez miyim? Bu sorular bence çok daha fazla artırılabilir. Ben bu noktada sorumu hatırlatıyorum: Bilimsel ve teknolojik mümkünlük, tıbbi davranışımızın, insana müdahalemizin tek gerekçesi olabilir mi?

Klonlama, gen mühendisliği ve genom projesi de ele alınması gereken konular. Mesela genom projesi, sonuçta insanların gen haritasının çıkartılıp bugün için bilinen ve yarın da daha fazla bilinecek olan karakteristik özelliklerin çıkartılması. Şimdilik basında sadece genetik hatalıkların bilinebilirliği söz konusu ediliyor. Daha detaya inersek, mesela suçluluk geni diye bir şey var; homoseksüellik ya da ensest ilişkiye meyilli olma genleri var. Bugün için tanımlanıyor bunlar. Şimdi bir kişiye suçluluk geni var diye rapor verilirse, bu kişi de suç işlerse, bu kişi sizin önünüze geldiğinde hukukçu olarak "fârik ve mümeyyiz" olduğunu kabul edecek misiniz? Görülüyor ki, kişinin genetik bir kaderi var. Kaderinden ötürü siz onu nasıl suçlayabilirsiniz?

Biliyorsunuz bugün bizim sağlıkta çok tartıştığımız konuların arasında hasta mahremiyeti gelmektedir; yani hasta bilgilerin saklanması ve kendisi dışında kimseyle asla paylaşılmaması. Diğer taraftan genom projesi aslında tam bir şeffaflık çıkarıyor ortaya. Var olan hastalığın değil, henüz ortaya çıkmamış hastalığının da bilgisini bize verebiliyor. Hatta henüz işlemediği suçların da bilgisini verebiliyor, "haberiniz olsun, eğer bırakırsanız suç işleyecek" diyor. Dolayısıyla olaya bir de mahremiyet açısından bakmak lazım. Genom projesi eğer kamuya açık bir projeye dönüştürülürse, bugün hasta mahremiyeti için getirilen bütün kurallar çok çağ dışı kalacak. Ama diğer taraftan özellikle sözünü ettiğim hukuki cezai sorumluluk açısından bu insanların hak iddiaları doğacak. "Bu benim genlerimde var" deme hakları olacak. "Bana sormayın, babama ya da anneme sorun bu suçun sorumluluğunu" diyebilececek. Dolayısıyla bu genom projesiyle, genetik şifreyle beraber insan mahremiyetinin yıkıldığını ve mahremiyeti yeniden tartışmamız gerektiğini düşünüyorum.

Eğer genler bir genetik kader çiziyor ise artık insanlarda somatik kimliğin yanında genetik kimliği de sorgulamamız gerekecek. Eğer bunlar doğruysa, bugün psikiyatristlerin kişilerle ilgili kararlarında etkili olan çevre, yetiştirilme faktörleri, psikanalitik teoriler, çocukluğundaki ilişkiler vs. hepsinin yeniden ele alınıp tartışılması gerekir.

Eğer böyle bir kader kimliği varsa yani bir genetik kader, genetik kimlik varsa, kader moderatörlerini de biz icat edebiliyoruz. Bu kaderle oynayabiliyoruz. Bazı genleri çıkarıyoruz, bazı genleri değiştiriyoruz. Daha iyi bir genotip oluşturabiliyoruz. Kötü genleri ayıklayıp yerine daha iyi genler koyabiliyoruz. Zayıf karakteri, bozuk, hastalıklı genleri temizleyebiliyoruz. Bu, zaman zaman üremeyi engellemek şeklinde olabildiği gibi zaman zaman da üremeyi engellemeyip sadece süreç içinde genlerle oynama şeklinde teorik olarak mümkün. Hatta insanın dışında, özellikle bitki düzeyinde şu anda çok rahat uygulanıyor. Hepimiz GDO'lu gıdalarla ilgili haberlerden haberdarızdır. İşte aslında bu dediğimizin uygulanmış hali. GDO'lu gıdaları bu kadar dert ediniyoruz ama GDO'lu insanları hiç dert etmiyoruz. GDO'lu gıdaların yararlı, zararlı, kaliteli, uzun, dayanıklı vs. olduklarını çok tartışıyoruz. Bunları yemeyelim, organik gıda yiyecek diyen akımlar var. Ne demekse organik? Bir tanımı var ama o tanım da çok su götürür. Peki, neden organik insandan bahsetmiyoruz o zaman? Organik gıdamıza bu kadar değer veriyorsak, organik insandan da bahsetmemiz lazım değil mi? Bu görüşlerin çok yeni olduğunu zannetmeyin. Bundan yaklaşık yüz elli yıl önce Amerika'da cumhuriyetin ilk yıllarında, bizim 12 Eylül 80'den tanıdığımız kuralları uygulanıyor. Seçimlerde oy verme mecburiyeti getiriliyor, oy kullanmayanlar hapse atılıyor. Sivil itaatsizlik kavramını belki ilk kullanan Henry David Thoreau, bu kurallara karşı çıkıp Walden denen bir korulukta inzivaya çekilip orada organik bir hayat yaşıyor. Aynı adı taşıyan bir kitabı var; bütün kurallardan, teknolojiyen, bilimsel yaptırımlardan arındırılmış bir hayatın kendince felsefesini oluşturuyor. Aslında tepkisel bir aşırılık bu. Acaba biraz önce sözünü ettiğim karmaşık ilişkilere tepki göstermek de bizi böyle bir aşırılığa götürür mü? Organik gıda derken kendimizi organik hayatla yüz yüze gelmiş görebilir miyiz?

Buradan bir yöne daha bakalım isterseniz. Basitçe GDO dediğimiz bu konuyu geliştirip genetik moderatörleri devreye koyarak, yani genetik müdahaleler yaparak çok daha karmaşık hale getirebilirsiniz. Anormal çıkanları itlaf edebilirsiniz, yani daha önce oluşturduğunuz fetüsleri öldürebilirsiniz. Ya da mükemmel çocuk rüyasına sahip

olabilirsiniz; madem elde bütün araçlar var, bundan sonra neden mükemmel bir çocuk sahibi olmayasınız? İstemediğiniz bütün karakterleri sildirisiniz, istediğiniz bütün özellikleri de ilave ettirisiniz. Böyle bir mükemmel çocuk rüyası, yine mutlak üreme hakkının bir parçasıdır aslında. Mutlak üreme hakkı deyince bir parantez açayım burada. Geçtiğimiz günlerde isimlerini şimdi hatırlayamayacağım iki hanım yurtdışında sperm donasyonu ile çocuk sahibi oldu. Bu da mutlak üreme çerçevesinde haklarıdır. Sınırsız, ölçsüz bir bakışla söylüyorum, yoksa Türkiye Cumhuriyeti hukuk normlarında hakları değildir. Ben merak ediyorum. Onların çocukları kendilerine geldiklerinde, "Babası olarak, baba şefkatinden mahrum olarak beni büyütme hakkını kimden aldın?" diye annelerinden sorma hakkını elde edecekler. Yani donasyonda sadece babaların varlığı değil, yokluğu da sorun. Babasız büyüyen bir çocukla babayla büyüyen çocuk arasında büyümede çok değişken faktörler vardır. Bu imkânı bulamayan mazur görülebilir ama bu imkân bilinçli olarak yok ediliyorsa bunun bir şekilde hukuki olarak sorgulanması da mümkün olabilir. Her neyse, mükemmel çocuk rüyasından bahsediyordum; biraz daha ileri gideyim. Ne demek, mükemmel çocuk rüyası, ırkın mükemmelleştirilmesi değil mi? Liberal öjeni yani. Aslında bilimsel gelişmeler bu kadar yokken, Firavun İsrail oğullarına bunu uygulamış. Hitler soykırımla bunu yapmış. Onları de otoriter öjeniydi. Eğer bilimsel gelişmeler bizi böyle bir yere doğru gidiyorsa bu öjeni kavramına biraz odaklanmalıyız. Hukuki öjeni de var biliyor musunuz? 1995'te Çin'de bir öjeni yasası çıkmış. Bu yasaya göre organ naklinde kullanılmak için mahkûmların organları rızaları dışında alınabiliyormuş. Görüyorsunuz bilimsel gelişmeler bizi bir kısır döngüyle tekrar döndürüp aynı noktaya getirebiliyor.

Bütün bunlardan sonra birkaç alıntıyla son vermek istiyorum. Liberal öjeni ve otoriter öjeniden bahsettim ya, aslında otoriter rejimler felsefi sorunlarını çözmüş görünüyorlar. Sade bir anlayış: Biz biliriz, biz ne dersek o olur; sorun da çözüldü. Görülüyor ki, buradaki sorun aslında liberal yaklaşımda. Bunu söylerken sorunu ve liberal yaklaşımı küçümsüyor değilim. Sorunu üreten liberal yaklaşımsa, çözmesi gereken alan da o alanda olmalı diye düşünüyorum. Otoriter yaklaşım sorun üretmiyor ki çözsün(!) Aslında üretmiyor değil tam tersi yok sayıyor sorunu. Mesela Stalin Rusya'sında bir biyoloji teorisinden bahsediliyor ve bunun dışında kalan bütün deneylere, tezlere, yaklaşımlara yasak getirilebiliyor. Gördüğünüz gibi her şey çok kolay; genetik çalışmaları "genetik adlı burjuva aldatmacası" diyerek ülke genelinde yasaklayabiliyorsunuz. Buna karşı çıkan bilim adamları ölüme mahkûm edilmiş. Bakın sorunu ne kadar kolay çözmüş

(!) Fransız İhtilali rasyonalist ve laik bir ihtilal; bilim adamlarını idama mahkûm eden de ihtilal mahkemeleri. Arkadaşları Lavoisier savunurken, bir bilim adamı olarak önemini vurguladıklarında hâkim, "Cumhuriyetin bilim adamına ihtiyacı yoktur" diye cevap veriyor. Bakın ne kadar kolay bir çözüme ulaşıyor ve sorunu kökten çözebiliyorsunuz (!) Yine Mussolini'nin kitaplara yansımış bir sözü var. Diyor ki, "Bütün dünya bizim görüşlerimizi kabul edecektir. Çünkü herkes görecektir ki çözüm getirmediklerimiz sorun, cevap verilmedik soru ve keşfedilmedik meçhullük bırakmadık". Mao'nun Kızıl Kitabı ile Kaddafi'nin Yeşil Kitabının yaklaşımı da aynı değil mi? İsterseniz bir de kendi içimizden örnek vereyim. Orhan Hançerlioğlu vardı bilirsiniz. Onun Felsefe Sözlüğünden bir örnek vereyim. Marksçı felsefeyi anlatıyor. Diyor ki, "Teorikle pratiği, bütün bilimlerle felsefeyi kaynaştıran ve tek bir bütünsel bilim olarak işleyen dünya görüşü, en doğru ifadeyle Marks bilimidir." Yani diğer bir ifadeyle bütün bilimleri birleştirerek dünyada bir tane bilim varlığından söz ediyor. Başka bir otoriter yaklaşım da, Almanya'da Anadolu Federe Devleti kurduğunu iddia eden Cemalettin Kaplan'dan, onun Türkiye'ye postalanmış dergisinden: "İslam müçtehitleri her meseleyi çözmüşler ve olmuş, olacak, olması muhtemel her hadiseyi hükme bağlamışlardır" diyor. Taha Akyol'dan naklediyorum bunları.

Bütün bu otoriter yaklaşımların arasında biraz bilimle uğraştığınızda, biraz sorguladığınızda binlerce soru akla geliyor. Hangi dünya görüşüyle yaklaşırsanız yaklaşın, bu sorulara bir yerde çözüm getirmek zorundayız. Bunu etik olarak getirmek zorundayız, kendi dünya görüşümüzle getirmek zorundayız, hukuk normlarımızla getirmek zorundayız. Benim aslında burada esas gündeminize getirmek istediğim sonuç cümlesi şu: Bilimle uğraşan insanlar sosyal evreni ve insanlar arası ilişkileri görmeyip bilim adına büyük facialara imza atabiliyorlar. Sırf toplumsal olaylarla, toplumsal normlarla uğraşan insanlar bilimdeki bu hızlı gelişmeleri görmüyorlar; toplumu statik kalıplara hapsedmekle meşguller. Aslında iki taraf da doğru yolda değil. Bunun için bu tarafların bir araya gelip neler olduğunu görmesi, neler yapılabileceğini ortaya koyması gerekiyor. İki bilgi düzeyi asimetrik değil, paralel gitmelidir diye düşünüyorum.

Kaynaklar

Henry David Thoreau: *Walden and other Writings*. Elibron Classics, 2006, www.elibron.com (Erişim tarihi: 10.08.2013)

Nazife Şişman: *Yeni İnsan: Kaderle Tasarım Arasında*. Timaş Yayınları, İstanbul 2012

Taha Akyol: *Bilim ve Yanılgı*. Doğan Kitap, İstanbul 2010

Özgür iradenin nörobiyolojisi: Illüzyon mu, gerçek mi?

Doç. Dr. Lütfü Hanoğlu



1962'de Manisa'da doğdu. 1985'te Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmetini 1985-88 yılları arasında pratisyen hekim olarak Mardin'in Silopi İlçesi'nde yaptı. 1988-92 arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Nöroloji İhtisası yaptı. 1993-2000 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 3. Nöroloji Kliniğinde başasistan olarak çalıştı. 1996'da Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi nöropsikoloji laboratuvarı ve davranış nörolojisi konsültasyon polikliniğini kurdu ve yönetti. 2000 yılından itibaren devlet hizmetinden ayrılarak özel sektörde çalışmaya başladı. Hanoğlu halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Ahlakın ve hukukun üzerinde yükseldiği temel, insanın özgür iradeye sahip olduğu, dolayısıyla eylemlerinin doğuracağı sonuçların sorumluluğuna da sahip olduğu temel postülatı üzerine kuruludur. Bir insan, “farik ve mümeyyiz” değilse yani eyleminin ve sonuçlarının hem “farkında” hem de kararını etki altında kalmadan kendi verebilir değilse cezai ehliyeti ya da hukuksal işlerde tasarruf yetkisi de yoktur. Ancak nörobilimdeki gelişmeler, insanın gerçekten özgür iradeye sahip olup olmadığını sorgulamamıza yol açmış oldu. Hatta insan davranışının bizim vehmettiğimiz bir özgürlüğe hiçbir şekilde sahip olmadığı, biyolojik belirlenimin pek çok farklı düzey ve aşamada; genetik, evrimsel, hormonal, nörokimyasal ve en üst düzeyde de beynin işleyişi bakımından insan davranışını biçimlendirdiği, özgür irade duygusunun sadece bir illüzyon olduğu düşüncesi bilim dünyasında ana akım haline gelmiş oldu. Bu yazının konusu, “özgür irade”nin nörobiyolojisini, nörobilimin bize sunduğu güncel veriler çerçevesinde gözden geçirmek, özgür iradenin bir illüzyonmu yoksa gerçeklik mi olduğu, eğer gerçeklikse biyolojik özelliklerinin neler olduğu ve sınırlarını araştırmaktır.

Özgür irade hakkında şüphelerin ortaya çıkışı

Özgür irade hakkında nörobilim içerisinde şüphelerin ortaya çıkışının iki ana kaynağından bahsedilebilir. Bunlardan

ilki, giderek nörobilimde yerleşmiş hale gelen “bilinç dışı” paradigması ve diğeri, yakın zamanda ortaya çıkan Libet’in deneyi ve onun sonuçlarının yorumu olmuştur.

İnsanın davranışlarını belirleyen nedir? Sağduyumuz buna hemen “bilinçli irademiz” diye cevap veriyor. Ama uzun bir süredir bu konuda bir kuşku oluşmuştur. Acaba davranışlarımızı etkileyen hatta belirleyen şey; bilincinde olmadığımız, bilinçli irademizle karar vermediğimiz etkiler olabilir mi? Bu giriş, aklımıza doğal olarak Freud ve onun ünlü kuramını getiriyor. Pandora’nın kutusunu açan sanki bu ünlü ruhbilimci imiş gibi genel bir intiba olsa da davranışlarımızın bilinç dışı gerekçeleri olabileceği konusundaki düşünceler Platon’a kadar geri götürülebilir. Freud hayatımızın rasyonel idarecileri olmadığımızı, aksine farkında olmadığımız bilinç dışı güçler tarafından kontrol edildiğimizi iddia eder. Kendisi bu biçimde kolektif insanlık egosuna Copernicus ve Darwin’den sonra üçüncü büyük şoku yaşattığını söylemiştir. Copernicus insanlığın evrenin merkezinde olmadığını, Darwin diğer canlılar arasında seçilmiş ayrı bir yerimiz olmadığını, onlarla akraba olduğumuzu, Freud ise mantığın ve aklın hayatımızı yönlendiren en önemli etkenler olmadığını ortaya koymuştur⁽¹⁾

Bilinç dışı işleme, zombiler, otomatlar

Şimdi bilinçaltı/dışına bu kısa girişten yararlanarak “Freudyen devrim”in insan

zihni hakkındaki düşüncelerinin mantıksal sonuçlarını belirlemeye çalışalım. Öncelikle bilincimizin ulaşamadığı alan(lar) var. Burada neler olup bittiğini bilincimizle kavrayıp aydınlatamıyoruz. İkincisi bu bilinç dışı alan davranışlarımızı etkiliyor, hatta aslında davranışlarımızı temelden belirleyen de bu bilinç dışıdır. Üçüncüsü zihnimiz nedensel bir cihaz biçiminde işler ve davranışlarımız her ne kadar kişiye özgü olsa da bu nedensellik zincirinin bir sonucudur. Özgür irade dediğimiz şey bir yanılsamadır. Dolayısıyla aslında “ben” diyerek atıfta bulunduğumuz şey, özne yoktur. Freud’un tarif etmiş olduğu ruhsal “aygıt”ın işlemesi sonucu ortaya çıkan bir “makinedeki hayalet”tir söz konusu olan.⁽²⁾

Zombie teriminin ilk çağrışımı sinema üzerinden olsa da, aslında zihin felsefesinin geliştirdiği bir analogi aynı zamanda. Zihin felsefesinin bir “terim”i olarak, dışardan bakıldığında normal bir insan davranışından ayırt edilemez davranışlar gösteren ancak bir iç hayatı (inner life) olmama durumunu tarif eder.⁽³⁾ “Zombi” fikri, Thomas Huxley’in insanların bilinçli otomatlar olduğu düşüncesine dayanır.⁽⁴⁾ Bu fikre göre tüm niyetler bilinç dışı ve ortaya çıkan etkilere birer tepki biçiminde üretilirler. Ya da davranışlarımız bu biçimde ortaya çıkarlar ve özgür irade bir illüzyondur. Bilinçlilik sadece niyetlerin farkındalığını oluşturur, hiçbir biçimde onun nedeni değildir.

Bu tartışma içerisindeki asıl izlek, bilinç dışı oluşturulmuş kararlar ya da seçenekler arasında bilinçli seçimin bir yeri olup olmadığı hakkındadır. Bilişsel nörobilimin

sahip olduğu bu günkü paradigmanın temel argümanı, bilinçli fikirler bilinçsiz zihinsel işlemlerden gelirler ve asla işlemlerin kendisinin farkında olamayız. Sadece sonucu bilebiliriz. Buna “bilinçsel bilinç dışı” ismi veriliyor. Bu temel yaklaşım, bilincin kendisini paranteze alarak altındaki işlemlerin araştırılmasını hem haklı hem de işe yarar bir yol olarak gösteriyor. Güncel paradigma, bunun sonucunda bilincin kendisinin de nasıl mümkün olabildiğinin anlaşılabilirliğini ummaktadır. Bu yaklaşım; iç gözlem, insanın kendi zihni, ruhsal durumu üzerine düşünme biçimindeki yöntemsel yaklaşımların yani felsefe ve hatta psikolojinin yaklaşımlarının akim kalacağını iddia eder. Ledoux’un da söylediği gibi, psikolojinin zihnin nasıl işlediği ile ilgili pek çok sezgisi olabilir ama sadece kognitif nörobilim, yani beynin işlemleri nasıl yaptığının araştırılması bunlardan hangisinin doğru/geçerli olduğu konusunda hakemlik yapabilir.⁽⁵⁾ Mesulam’a göre de; bütün duysal olayların bilinçlilik tarafından ille de erişilebilir olmaları gerekmez. Duysal yaşantıların bilinçli farkındalığı, dış dünyadan gelen uyarıların bunun için gereken nöronal uygunluğu edinmeye başlar gibi göründükleri 500 ms’lik kortikal cevabın ötesine kadar gecikebilmektedir. Yani yukarıda anlatılan işleme bir zaman almaktadır ve bizim doğrudan sahip olduğumuzu sandığımız zihinsel içerik ya da bilinç, bunun ancak son kısmında dört başı mamur bir biçimde ortaya çıkıyor gibi görünmektedir.⁽⁶⁾

Libet deneyi

Libet 1980’lerde henüz biz bir hareketi yapmaya bilinçli olarak karar verdiğimizizi belirtmeden yaklaşık 500 milisaniye kadar önce beyin kabuğunda “hazırlık potansiyelleri” ismi verilen hareketin hazırlanması ile ilişkili elektriksel bir faaliyetin başlıyor olduğunu gösterdi.⁽⁷⁾ Temel deney seti çok kabaca şu şekilde kurulmuştu: Denek, saat kadranı gibi belirli bir hızda dönen bir kadranı izler, kendi iradesiyle karar verdiğinde parmağını hareket ettirir. Bu esnada beyin kabuğundaki elektriksel aktiviteyi izlemek için saçlı deri üzerinden EEG kayıtları ve parmağının kesin hareket anını belirlemek için parmaktan EMG kayıtları alınır. Ne zaman parmağını hareket ettirmeye karar verdiğini saat kadranı üzerinden söyler. Böylece tam olarak karar anı, parmağın harekete geçme anı ve bunun oluşması için beyinde faaliyetin ortaya çıktığı an ortaya konulmuş olur. Sonuç, yukarıda anlatılan “hazırlık potansiyelleri”nin ortaya konulması olmuştur. Libet bu deneyden yola çıkarak, aslında beyinde hareketin hazırlığının bizim karar verme anımızdan çok önce başladığını, bizim bilincimizin sonradan dönüp bu

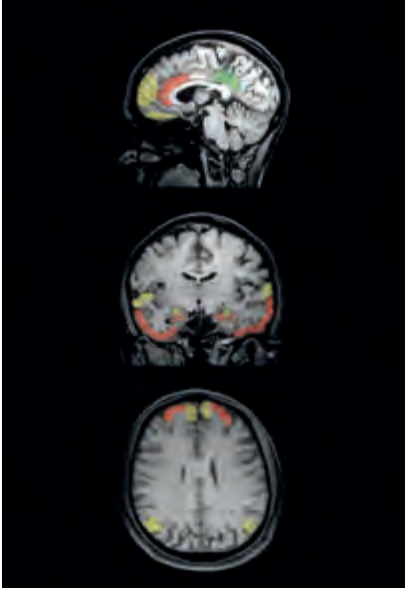


eylemi kendi kararı olarak tanıdığını/benimsediğini söyler. Libet, bu esnada bilincin ancak başlamakta olan/karar verilmiş olan hareketi veto etme hakkının olabileceğini söyler. Sonuçta özgür irade bir yanılsamadır.⁽⁷⁾ Bu sarsıcı deneyler ve üzerinde ortaya çıkan tartışmalar, özgür irade tartışmalarında “yanılsama” yanıllarına büyük bir destek oluşturmuş gibi göründü, ama tabii ki eleştirilerde ortaya çıkmakta gecikmedi.

Libet deneyine yöneltilen eleştiriler

Öncelikle tüm bilinçli hareketlerin özgür iradeyle ortaya çıkmış olmaları gerekmediğini belirtmek gerekir. Örneğin patella refleksinin özgür irade ile ilişkisi yoktur ama kişi bu durumu bilinçli bir biçimde izler/farkındadır. Sonuç olarak özgür irade çalışmalarında kullanılacak bir görevin bilinçli farkındalıkla bilinçli seçim durumunu ayırt edebilmesi gerekir.⁽⁴⁾ Diğer bir eleştiri yöntemselidir, özgür irade ile verilen kararın zamanlamasının bu tür bir düzenele aslında kesin bir biçimde ölçülemeyeceği yönünde itirazlar olmuştur. Yine bazı bilim adamlarına göre, bu tarz çok basit bir motor hareket üzerine oluşturulan deney kurulumu aslında bizim akıl yürütmeler ve seçimler

insanın davranışlarını belirleyen nedir?
Sağduyumuz buna hemen “bilinçli irademiz” diye cevap veriyor. Ama uzun bir süredir bu konuda bir kuşku oluşmuştur. Acaba davranışlarımızı etkileyen hatta belirleyen şey; bilincinde olmadığımız, bilinçli irademizle karar vermediğimiz etkiler olabilir mi?



yolu ile yaptığımız gerçek özgür irade durumları ile aynı değildir, onları temsil etmez.⁽⁴⁾ Ayrıca elektrofizyolojik eleştiriye göre Libet bu deney sırasında sadece beynin motor, yani kasların harekete geçmesi ile ilgili, yani sınırlı bir kısmını gözlemiştir, diğer bölgelerde olanları deney çerçevesinin dışında tutmuştur. Oysa onun saptadığı motor korteksdeki “hazırlık potansiyelleri”nden de önce ortaya çıkan ve aslında beynin hareketle ilişkili olmayan, daha çok karar vermeye ilişkili oldukları bilinen frontal ve singülat bölgelerinde artmış bir faaliyet, daha sonraki çalışmalarda gösterilmiştir.⁽⁶⁾ Bu deneylerde, önce adı geçen karar alma ile ilişkili beyin bölgelerinde özgür irade ile kararın verilmesi, buna eşlik eden veya hemen ardından gelen suplemerter motor alan (SMA) aktivitesi ve çok sonra motor korteks de hazırlık potansiyeli ve bilinçli bildirim ortaya çıkar görünmektedir.

Psikopati ve suça eğilim ile özgür irade ilişkisi

Son zamanlarda özellikle suça yatkınlık, bunun genetik karşılıkları olabilecek mutasyonlar vb. yolu ile insanın davranış örüntüsünün bozulmuş ya da sapmış genetik yapısı ile ilişkilendirilen durumlar saptanmıştır ve bu nedenle bu kişilerin eylemlerinin gerçek faili sayılıp sayılamayacakları sorusu (hatta bazı mahkemelerde) ortaya çıkmıştır. Bu kişiler, ünlü film anti kahramanı Hannibal Lecter gibi aşırı bir şiddet eğilimi göstermekte ve kurbanları için herhangi bir acıma duygusu yaşamamaktadırlar (Resim 1).

Damasio somatik işaretleyici hipotezinde daha önce yaşanmış uyarılar, olaylar ile ilgili olarak ortaya çıkmış duygusal bedensel durumların, daha sonra karar verilmesi gereken benzer bir durumda var olan davranış seçeneklerinden en uygun olanının otomatik ve hızlı bir biçimde

seçilebilmesi için güçlü bir kolaylaştırma oluşturduğunu iddia etmektedir.⁽⁹⁾ Daha sonraki çalışmalarında bu mekanizmayı çalıştıran temel alanlardan ventromedyal prefrontal korteksin işleyişinde ortaya çıkan bozulma nedeniyle karar vermenin bozulduğunu ve antisosyal davranışın ortaya çıktığını ileri sürmüştür.⁽¹⁰⁾ Bu şekilde ahlaki yargının duygulardan soyutlanmış, sadece düşünce süreçleriyle ilişkili bir durum olduğu yargısının yanlışlığı açıkça ortaya çıkmıştır. Tam tersine nörogörüntüleme çalışmaları, ahlaki bir kavram oluşumu esnasında bilişsel süreçlerin yanı sıra onlarla birlikte duygusal mekanizmalarında işler durumda olduklarını göstermektedirler. Sonuç olarak ahlaki bir yargı, bilişsel, yani mantığı üreten ve emosyonel yani duyguları üreten süreçler arasında kompleks bir birlikte çalışma ile ortaya çıkmaktadır.

Raine ve arkadaşları, normal insanlarda ahlaki karar verme esnasında çalışan, aktif olan, bu işten sorumlu beyin bölgelerinin (polar/medial prefrontal korteks, ventral prefrontal korteks, angular girus, amigdala ve posterior singülat) antisosyal, suça eğilimli ve psikopatik kişilerde, bu kez fonksiyonel ya da anatomik patolojinin yani bozulmanın olduğu saptanan beyin alanları ile benzer olduklarını göstermişlerdir. Böylece ahlaki karar verme ile antisosyal davranış ile ilişkili bulunun beyin alanları büyük ölçüde çakışmaktadır (Resim 2). Antisosyallerde muhtemelen öncelikle bozulmuş olan ahlaki emosyonel sistemdir.⁽¹¹⁾

Burada şu soru gündeme gelmektedir: Psikopatlar bilişsel olarak doğru ve yanlış yargılarını ayırt edebilme kapasitesine sahip oldukları için ahlaki olarak aklını kaybetmiş sayılamazlar. Ancak kendi kontrollerinin ötesinde bu durumlarla alakalı duyguları nörobiyolojik olarak yoksa suç davranışı için tümüyle sorumlu sayılabilirler mi? Eğer sayılamazlarsa bizim adalet ve ceza kavramlarımız bu durumda nasıl uygulanacaktır?

Özgür iradeyi bozan “patolojik” durumlar

Bunun dışında da özgür iradeyi bozan/ ortadan kaldıran bazı patolojik durumlar bilinmektedir. Anarşik el sendromu olarak bilinen durumda, Kubrick’in ünlü filmi *Dr. Strangelove* da olduğu gibi, etkilenen elin kişi tarafından kontrolünün kaybolduğu duygusu söz konusudur. Buna karşın hasta elin kendi eli olduğu duygusuna sahiptir (Resim 3). Burada beynin harekete geçirici (suplemerter motor) bölümlerinde hasar söz konusudur.⁽¹²⁾

Yine Parkinson hastalığında hastaların % 5,9 - 13,6’sında dürtü kontrol bozukluğu ortaya çıkmaktadır. Bu bozukluk, daha önce bu tarz bir bozukluğu olmayan

insanlarda, hastalığın ortaya çıktığı ileri yaştan birden başlayan ve kontrol edemedikleri aşırı kumar oynama, aşırı alışveriş etme, yeme, seks davranışları biçiminde ortaya çıkabilmektedir. Başlangıçta bu durum kullanılan dopa arttırıcı ilaçlar ile ilişkilendirilmişse de hastalığın kendi seyri esnasında da ortaya çıkabilmektedir. Bazen derin beyin uyarımı, yani “pil” uygulamalarından sonra bu davranış düzelebilmektedir.⁽¹³⁾

Özgür irade nedensellik ile bağdaşır mı?

Freud’un başlattığı 3. Devrimin sonucunda ve nörobilimin kanıtları marifetiyle bir anda nedensel cihazlara mı dönüşmekteyiz? Eğer zihnimizde her şey nedensel bir biçimde işliyorsa bizi birer birey yapan, öyle hissetmemizi sağlayan tercihlerimiz ne olacak? Mesulam’a göre bu, proses eski deneyimlerin ve o anki bağlaman rehberliğinde işler ve Bayesiyen istatistik teoriye göre kantitatif olarak formüle edilebilir. Yani sinir sistemi zihin içeriğini oluşturacak bir algısal durumu kurgulamak için nedensel mekanizmaların işlediği hesap edilebilir/öngörülebilir bir tarzda çalışmaktadır. Yani gerçekten Freud’un temel savlarının sonuncusu, zihin/beyin işleyişinin nedensel yasalara bağlı, sebep sonuç ilişkisi çerçevesinde gerçekleşen bir doğası olduğu savı doğrulanmakta gibidir. Hatta bunun bir biçimde hesap edilebilir bir doğası olduğu kognitif nörobilimin hiç değilse oldukça etkin bir yorumu tarafından ileri sürülmektedir.

Zeman, nedensellik ve özgür irade ile ilgili şöyle söylüyor: “*Hareketlerimizin nedeni yoksa nedensiz demektir; nedensizse, bu durumda rastgeledir. Rastgele tercih, özgürlük ve sorumluluk konusunda ön görülebilirlik kadar bile vaatkar bir zemin sunmuyor gibi görünüyor. Asıl, hareketlerimizin bir nedenler zincirine bağlı olduğunu reddederken irade özgürlüğünü savunanlar imkânsız bir şeyi istemeye mahkûmmuş gibi görünüyor. Özgürlüğümüz ya bir yanılsamadan ibarettir ya da bir şekilde nedensellik ile bağdaşır*”.⁽¹⁴⁾

Ancak Mesulam, insan sinir sisteminin yapısı her ne kadar nedensel bir işleyişe sahip olsa da; davranışların tasarılarının deneyimle bağlantılı duysal verilerle sınırlı olamamasına (transcendent encoding) ve bir uyarı pek çok yanıtla bağlantılandırılmaya (contingent routing) olanak sağlayacak bir yapısı/doğası olduğu görüşündedir. Bu tek ya da aynı girdiye karşılık çok sayıda çıktı olasılığı, psikolojik olarak seçme deneyimi, karar verme ve özgür irade olarak deneyimlenir. Bu etkinin beyindeki temel organizasyonu frontal loblar üzerindedir.⁽¹⁵⁾ Öyle görünüyor ki



nörobilim bizi Freud'un sözünü ettiği üç devrimin yerleştirmiş olduğu zorunlu gibi görünen noktada belki daha mütevazı ama ayakları daha fazla yere basan bir özgür irade ve bilinç kavramına sahip olabiliriz.⁽²⁾

Birlikte işleyen mekanizmalar

Niyetler, seçimler ve kararlar, hem bilinçli, hem de bilinç dışı mekanizmalarla ortaya çıkabilir, başlatılabilirler. Beyinde içerilen zihin, her iki mekanizmayı ve bunların çeşitli kombinasyonlarını kullanıyor olabilir. Basit, iyi öğrenilmiş, alışkanlık oluşturmuş eylemler bilinç dışı (zombi) mekanizmalarıyla ortaya çıkıyor olabilir. Buna karşın kompleks, yeni ortaya çıkan durumlar hakkındaki eylem "kararı" bilinçli zihinde özgür irade yoluyla yapılandırılıyor, başlatılıyor olmalıdır. Her iki sistem de birbirlerini haberdar eder ve her ne şekilde başlatılmış olsa da eylemlere yardımcı olurlar. Bilinç dışı/refleks başlatılan durumlarda bilinçli mekanizmalar kararı uygulamayı durdurabilir veya bilinçle başlatılan eylemler daha sonraki öğrenme ile ilişkili bilinç dışı otomatik yapılara aktarılırlar. Çoğu durumda bir karar vermek; farklı olasılıkları gözden geçirmek, durumu muhakeme etmek vb. gibi zaman alan ve basit motor bir eyleme indirgenemeyecek bir süreçtir. Dış dünya durumu, içsel gereksinimler, daha önce karşılaşılan durumların rehberliği gibi karmaşıktır ve pek çok beyin yapısının ortak çalışmasını gerektirir.

Dışsal uyaranlar ya da harekete geçiriciler, beyin kabuğunda ve diğer ilgili beyin yapılarında temsiller oluştururlar ve değerlendirilirler. Bu değerlendirilmenin bir sonucu olarak doğrudan ödül ceza sistemi tarafından değerlendirilip doğrudan örtük, (implicit) bilinç dışı bir yanıt oluşturulabildiği gibi, dil sistemi ile de ilişkili içerisinde bilinçli, açık (explicit)

ve çok basamaklı bir değerlendirme ile bir eylem oluşturulabilir.⁽¹⁶⁾

Sonuç

İnsandaki bilinçlilik halinin olmazsa olmaz parçası, onun biyolojik ve ağırlıklı olarak beden/duygu kaynaklı gerçek bir ben'e sahip olmasıdır. Eyleme geçme öncesindeki karar verici mekanizmalar karmaşıktır. Kompleks durumlarda ortaya çıkan kararlar, dilsel yapılar ve beynin geniş alanlarını ilgilendiren karmaşık mekanizmalarla ilişkili, bilinçli ve özgür bir seçimi yansıtan durumlardır. Ancak bir kısım bilinç dışı mekanizmaların eylemlerimizde karar alıcı olarak rolleri vardır. Bu durumlar da bilinç tarafından özgür edim olarak "üstleniliyor" gibi görünmektedir ama bu durumda bile bilinç, son anda veto hakkına, ortaya çıkacak davranışı engelleme yeteneğine sahip görünmektedir. Her iki mekanizma ayrıksı değil, interaktif ve paralel işlemler. Son noktada özgür iradeyi, biyolojik yapının bir devamı/parçası olarak, bir tür nedensellik çerçevesi içerisinde kavramsallaştırmak gerekli ve mümkün gibi görünmektedir.

Kaynaklar

- 1) Freud S. Ruh Çözümlemesine Giriş Konferansları. Payel Yayınları. 1998/İstanbul
- 2) Hanoğlu L. Bilişsel Bilinçaltı, Nedensellik ve Özgür İrade. Başka Dergisi, 2011; 6:10 -21
- 3) Chalmers DJ. "Facing Up to the Problem of Consciousness", Journal of Consciousness Studies, Vol.2, No.3, 1995, ss. 200-219
- 4) Klemm WR. Free will debates: Simple experiments are not so simple. Advances in cognitive psychology. 2010;6: 47 - 65
- 5) LeDoux J. Duygusal Beyin. Pegasus Yayınları İstanbul
- 6) Mesulam MM, "From Sensation to Cognition", Brain, 1998, 121: 1013-1052.

İnsandaki bilinçlilik halinin olmazsa olmaz parçası, onun biyolojik ve ağırlıklı olarak beden/duygu kaynaklı gerçek bir ben'e sahip olmasıdır. Eyleme geçme öncesindeki karar verici mekanizmalar karmaşıktır. Kompleks durumlarda ortaya çıkan kararlar, dilsel yapılar ve beynin geniş alanlarını ilgilendiren karmaşık mekanizmalarla ilişkili, bilinçli ve özgür bir seçimi yansıtan durumlardır. Ancak bir kısım bilinç dışı mekanizmaların eylemlerimizde karar alıcı olarak rolleri vardır.

7) Libet B, Gleason CA, Wright EW, Pearl DK. Time of conscious intention to act in relation to onset of cerebral activity (readiness-potential). The unconscious initiation of a freely voluntary act. Brain. 1983;106:623-42

8) Soon CS, Brass M, Heinze HJ, et al. "Unconscious Determinants of Free Decisions in the Human Brain," Nature Neuroscience. 2008;11:543-545.

9) Damasio AR. Descartes'in yanılgısı. Varlık yayınları İstanbul 1994

10) Bechara A, Damasio H, Tranel D, Damasio AR. Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy. Science. 1997;275(5304):1293-5

11) Raine A, Yang Y. Neural foundations to moral reasoning and antisocial behavior. SCAN 2006; 1: 203-213

12) Moore JW, Fletcher PC. Sense of agency in health and disease: A review of cue integration approaches. Consciousness and Cognition. 2012;21:59-68

13) Leeman RF, Potenza MN. Impulse control disorders in Parkinson's disease: clinical characteristics and implications. Neuropsychiatry. 2011;1(2):133-147

14) Zeman A. Bilinç kullanma klavuzu. Metis Bilim 2006 / İstanbul

15) Mesulam MM, "Representation, inference, and transcendent encoding in neurocognitive networks of the human brain", Annals of Neurology, 2008, 64: 367-378.

16) Rolls ET. Willed action, freewill, and the stochastic neurodynamics of decision-making. Frontiers in Integrative Neuroscience. 2012;6:1-9

Hormonların davranışlara etkisi

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.

İnsanlar hormonların davranışlara etkisini binlerce yıl önce anlamaya başlamışlardı. Dizginlenemeyen bir boğanın kastre edildikten sonra sabana sürülecek kadar ehlileşmesi, erkeklik hormonlarının hayvan davranışlarında ne kadar önemli olduğunun ilk pratik örneğiydi. Saraylardaki harem ağalarının kastre edilmesi de onların cinsel dürtülerini ortadan kaldırıyordu. Testislerin erkeğe, erkek karakteri verdiği elbette biliniyordu ancak bunun kana karışan bir madde ile gerçekleştiği 19. yüzyılın ortalarında Almanya'nın Göttingen Üniversitesi'nden Fizyoloji profesörü A.A. Berthold'un bir deneyi ile anlaşıldı. Berthold, 6 horozu kastre ettikten sonra hayvanlara başka horozlardan aldığı testisleri nakletmişti. Testis nakli yapılan horozlarda, parlak tüylü, büyük ibikli horoz karakterleri korunurken, kastre edilen diğer horozların görüntüsü tavuğa benzemiş. Ancak dikkat çekici bir nokta, testisleri alınan ve sonra karnına başka bir horozun testisi konan horozlar erkek görüntüsünde olsa bile yumurta döleyemiyorlardı. Bu, endokrin organların salgı yeteneklerini gösteren ilk deneydi. Sonraları testislerden salgılanan bu hormon, tanımlanarak testosteron olarak adlandırıldı.

Hayvanlarda kastrasyon deneyleri daha sonra da devam etti ve ilginç bilgilere ulaşıldı. Örneğin doğumdan sonra iki gün içinde kastre edilen erkek fare yavrularına, büyüdükten sonra testosteron verildiğinde erkek karakterleri normal farelerin düzeyine hiçbir zaman erişmiyordu. 2 günden sonra kastre edilenlerde ise erişkin olduklarında testosteron verildiğinde, kastre edilmemiş farelerle davranış ve vücut yapısı olarak farklılık göstermiyorlardı. Bu da doğumdan sonra kritik bir evrede hormon düzeyleri yetersiz olduğunda bunun etkilerinin hayat boyu sürebileceğini gösteriyor.

Sadece yenidoğan döneminde değil, daha anne karnında erken gelişim evrelerinde fetusun karşılaştığı hormonal etkenler karakter gelişiminde önemli rol oynar. Anne karnında yüksek erkeklik hormonlarına maruz kalan dişi yavru, erişkin hayatta daha saldırgan ve erkeksi karakterler göstermektedir. İnsanlarda da anne karnında yüksek erkeklik hormonlarıyla tanışan kadınların daha erkeksi yapıda oldukları, çocuklarına daha az şefkat gösterdiklerine dair çalışmalar mevcuttur. Anne karnında yüksek erkeklik hormonuna maruz kalanlarda el izlerinin sayısında artış ya da dördüncü parmağın ikinci parmağa göre daha uzun olması gibi fenotipik özellikler gösterdiği bilinmektedir. Dördüncü parmağı daha uzun olanlarda erkeksi karakterlerin ve saldırganlığın daha belirgin olduğuna dair çalışmalar da mevcuttur.

Türkiye genelinde 37 cezaevinde 3 bin 152 hükümlü ile yapılan bir anket çalışmasında, hükümlülerin %88,4'ü erkek, %11,6'sı kadın olduğu bildirilmiştir. Tüm dünyada erkeklerin suç işlemeye daha yatkın olduğu bir gerçektir. Hükümlülerde yapılan çalışmalarda şiddet suçu işleyenlerde testosteronun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Cezaevi şartlarında şiddete en eğilimli olanlar yine testosteronu en yüksek olanlardır. Şiddet unsuru içermeyen suçlarda testosteron düzeyi etkili görülmemiştir. Adolesanlar arasında şiddete eğilimli olanlarda testosteron düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Kadınlar arasında da yüksek testosteron düzeyinin saldırganlık ve şiddet suçları ile ilişkisi gösterilmiştir. Testosteron düzeyi en düşük kadınların ise, hapis arkadaşları arasında "sinsi" ve "hilekâr" olarak nitelendirildiği bildirilmiştir. Bu, testosteron düzeyi düşük olanların sosyal ortamda varlıklarını sürdürmek için farklı stratejiler geliştirmesi ile açıklanabilir.

Cana karşı işlenen suçlarda erkekler %29,9 oranında yaralama, %71 oranında ise adam öldürmeden hüküm giyerken, kadınlarda yaralama oranı ise %8,5, öldürme oranı %91,5 oranında bulunmuştur. Kadınlar çok daha az suça bulaşmakla birlikte, cana karşı suçlarda daha ölümcül bir tutum sergilemektedirler. Bununla birlikte şiddet uygulayan eşlerini öldüren kadınların testosteron düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur.

Saldırganlık ve antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda ve aynı suçtan tekrar tekrar hapse girenlerde seks hormon bağlayıcı globulin (SHBG) düzeyleri yüksek bulunmuştur. SHBG, testosteron tarafından baskılanan bir protein olup, artması serbest testosteron düzeyinin azalmasına ve estrojenik aktivitenin artmasına neden olur. Fazladan bir X kromozomu ile seyreden (46XXY) Klinefelter sendromunda testosteron düzeyleri düşük ya da normalken SHBG düzeyleri yüksektir. Klinefelter sendromlulara fazladan bir X kromozomu olmasına karşın suça eğilimin yüksek olduğu bilinmektedir. Klinefelter sendromlulara androjen reseptör geninde CAG tekrar sayısında artış vardır ve androjene karşı kısmi direnç söz konusudur. Testosteron düzeylerinin artması şiddete eğilim oluştururken, testosteron etkisine karşı direnç durumunda da suça eğilim olduğu anlaşılmaktadır.

Klinefelter sendromu 500-1000 doğumda bir görülen bir durumdur. Androjenlerin etkisindeki bir azalmayla Klinefelter sendromunda olduğu gibi kısmi direnç durumu, suça eğilim oluştuyorsa, bu toplumsal açıdan daha önemli bir soruna işaret etmektedir. Plastik katkı maddelerinden tarım ilaçlarına kadar hayatımıza giren yüzlerce kimyasal maddenin estrojenik etkileri mevcuttur. Bu

estrojenik çevresel endokrin bozucular, erkelerde SHBG düzeyinde artışa ve fertilitede düşmeye yol açmaktadır. Bu kimyasalların neden olduğu edinsel androjen direnci, incelendiğinde erkeklerde yaygın tespit edilebilir. Bunun da cinsel ve psikososyal önemli sorunlara kaynak teşkil etmesi mümkündür.

Grup olarak yaşayan hayvanlarda dominant erkeğin testosteron düzeyi genelde itaatkâr erkeklerle göre daha yüksektir. Erkek hayvanların kavgalarında testosteronu yüksek olanların kazanma şansı daha yüksektir. Kavga sonrasında galip gelen erkekte testosteron düzeyi artarken, yenilen erkekte testosteron düzeyi düşmektedir. İnsanlarda da benzer gözlemler yapılmıştır. Rekabet sporlarında kazananlarda testosteronun arttığı, kaybedenlerde ise azaldığı gösterilmiştir. Daha ilginç, spor yapmayan sadece takım tutan bireylerde de takımı galip gelenlerde testosteron düzeyi yükselirken, kaybedenlerde testosteron düzeyi düşmektedir. Hayvanlarda yapılan ilginç bir gözlem de, testosteronu yüksek hayvanların grup liderliğini daha kolay ele geçirmesine rağmen, bu hayvanlar kastre edilse bile grup içindeki konumlarını genellikle koruyabilmektedirler.

Testosteron gibi bir steroid olan, biyolojik ya da psikolojik her türlü stres durumunda yükselen kortizolün de davranışlar üzerinde etkileri vardır. Kortizolün anlık yükselmeleri organizmanın stresle mücadelede gücünü artırmaktayken; kronik glukokortikoid yüksekliği depresyona yol açmaktadır. Hayvanlara kortizol verildiğinde reaksiyon, sosyal duruma göre değişmektedir. Baskın konumdaki hayvana kortizol verildiğinde daha çok saldırganlık gösterirken, itaatkâr konumdaki hayvana kortizol verildiğinde daha da sinik hale gelmektedir. Bu özellik insan toplumlarında da rahatlıkla gözlemlenebilir. Bir ofis ortamında patron strese girdiğinde bunu genellikle öfke olarak yansıtırken, çalışanlar strese girdiğinde öfke gösteremezler. Adölesan suçlularda yapılan çalışmalarda idrar kortizollerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir. Kortizol ile testosteron düzeyleri çoğu zaman ters orantılıdır; kortizol arttığında testosteron baskılanır. Suça ve saldırganlığa eğilimli adölesanlarda kortizolün düşük olması, yüksek testosteronla ilişkili olabilir.

Hayvan deneylerinde saldırganlıkla en iyi korele olan hormon vasopressindir. Vasopressin, diğer adıyla antidiüretik hormon, böbrekten süzülen suyun geri alınmasını sağlayan bir hormondur. Vasopressin hormonu eksildiğinde, günde on litreye varan miktarlarda idrar çıkışına yol açan diabetes insipidus hastalığı ortaya çıkmaktadır. Vasopressinin vücudun su dengesini ayarlamasının yanı sıra çok

önemli davranışsal etkileri mevcuttur. Beyin içine vasopressin enjeksiyonu hayvanlarda saldırgan davranışı tetiklemektedir. Vasopressin antagonisti verilmesi ise saldırganlığı azaltmaktadır. Beyinde vasopressin reseptörünün yoğun olduğu bölgelerde serotoninin reseptörleri de yoğun bulunmaktadır. Serotonin vasopressinin etkilerine karyıt etki göstermektedir. Serotonin düzeyini arttıran ilaçlar, hayvanlarda beyne vasopressin enjeksiyonu ile ortaya çıkan saldırgan davranışları bloke etmektedir. Testosteronun beyinde hem vasopressin düzeyini hem de vasopressin reseptör düzeyini artırıcı etkisi mevcuttur. Bu etki hem çok hızlı görülmekte hem de prenatal/postnatal faktörlerle şekillenmektedir. Anne karnında ya da erken yenidoğan döneminde yüksek androjenle karşılaşan hayvanlarda vasopressin düzeyleri daha yüksek kalmakta ve bu hayvanlar hayat boyu daha agresif yapı sergilemektedirler. Bu hayvanların beyinlerinde vasopressin reseptörü taşıyan sinir hücrelerinin de arttığı gösterilmiştir. Aynı fare türünün saldırgan olan ve uysal olan alt türleri karşılaştırıldığında, saldırgan olanlarda beyinde vasopressin düzeyinin arttığı izlenmektedir. Salırgan farenin yavrusu doğumdan sonra uysal tür bir annenin altına konulduğunda, büyüdüğünde biyolojik anne-babasına göre daha az saldırgan olmakta ve beyinlerinde de vasopressin düzeyi daha düşük bulunmaktadır. Daha mutlu insanların daha az saldırgan olduğu gibi mutsuz insanların da insani ilişkilerde daha agresif tutum sergiledikleri bilinmektedir. Mutluluk veya saldırganlığa eğilim oluşturan bu hormon düzeylerinin ve duyarlılıklarının hem anne karnında hem de erken bebeklik dönemindeki çevresel şartlardan çok etkilendiği anlaşılmaktadır. Bilim bunları göstermeden çok önce de insanlar, bu etkileri en baştan beri gözlemiş, “huydur, çeker” gibi basit bir cümleyle ifade etmişlerdir.

Vasopressin vücutta su tutucu bir hormon olduğundan, susuzluk durumunda yükselmektedir. Ramazan ayında iftara yakın saatlerde insanların çoğunlukla daha sinirli ve tahammülsüz oldukları düşünülürse, bunun altında yatan sebebin açlığa bağlı insülin karşıtı stres hormonlarındaki artışla birlikte vasopressindeki artışın da rol oynadığı düşünülebilir.

Vasopressin, yapısal olarak çok benzeren oksitosinle aynı beyin bölgelerinden salınmaktadır. Oksitosin, doğum eylemi sırasında artmakta, uterusu kasmakta ve doğumu kolaylaştırmaktadır. Doğum eylemi sırasında dölyolunun gerilmesi ya da bebeğin annesini emmesi oksitosini artırmaktadır. Oksitosinin bu rollerinin yanı sıra çok önemli davranış etkileri mevcuttur. Oksitosin aşk ve bağlanma hormonu olarak bilinmektedir. Tek eşli



yaşayan hayvanlarda belinde özellikle hafıza ve ödül merkezlerinde oksitosin reseptörleri yoğun bulunmaktadır. Tek eşli yaşayan hayvanlarda oksitosin etkisi bloke edilirse eşe sadakat kaybolmaktadır. İnsanlarda da oksitosinin aşk ve bağlanmada etkileri gösterilmiştir. Yeni âşık çiftlerle yapılan bir çalışmada, âşıkların kandaki oksitosin düzeyinin tek yaşayanlara göre neredeyse iki kat fazla olduğu bulunmuştur. Aynı çiftlerden 6 ay sonra tekrar oksitosin düzeyi bakıldığında, başlangıç oksitosinleri yüksek olanların birlikteliklerinin devam etmesine karşın, başlangıç oksitosinleri nispeten daha düşük olanların ilişkilerinin ayrılma ile sonuçlandığı görülmüştür. Yeni âşıklarda oksitosin ile birlikte vasopressin de artmaktadır. Oksitosinin anksiyolitik etkileri varken, vasopressinin anksieteyi artırıcı etkileri vardır. İlişkinin ilerleyen aylarında oksitosin düzeyleri yüksek kalırken vasopressin düzeyleri azalmaktadır. Bu da çiftler arasında güven duygusunun artması ve kaygı hissinin azalması ile korele seyretmektedir.

Hayvan davranışlarında hormonlar çok belirleyici durumdadır. İnsanlarda ise, üst benlik gelişmiş olduğundan hormon düzeyleri ya da bir hormona duyarlılık, davranışları doğrudan belirlememekle birlikte, davranışları belirli yönlelere yönlendirme etkisi göstermektedir. İnsan karakteri oluşurken genetik yapının yanı sıra anne karnında ve erken yenidoğan döneminde karşılaşılacak çevresel faktörler belirleyici rol oynamaktadır. Bizi biz yapan, sadece genetiğimiz değil, anne karnından beri yaşadığımız bilinçli - bilinçsiz, duygusal ve kimyasal tecrübelerimizdir.

Nurture ve nature (Genetik ve çevre)*

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 College'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.

Konuşmama başlamadan önce bizi tekrar buraya davet edip geçen senin devamı niteliğindeki bu yılki biyohukuk sohbetlerini düzenlediği için Yücel Hocamıza (Prof. Dr. Yücel Sayman) çok teşekkür etmek istiyorum. Bugün "Nature ve Nurture" diye bir konudan bahsedeceğim. Hepimizin kulak dolgunluğu olduğu için bu yabancı terminolojiyi değiştirmeden kullanıyorum. Ben bir nature ve nurture uzmanı değilim, öncelikle bunu itiraf etmem lazım. Ben bir temel bilimciyim, temel bilimlerde fizyoloji pek çok anabilim dalını doğuran önemli bir anabilim dalıdır. Dolayısıyla biz her şeyden bahsetme yetkisini kendimizde görürüz. Genetikten de, moleküler biyolojiden de... Nature ve nurture'dan da. Bu zamana kadarki akademik birikimimizden gelen birtakım nature-nurture ile ilgili söyleyeceklerimiz var. Onun dışında da tekrar bir literatür taraması yaparak bir şeyler hazırlamaya çalıştım.

Öncelikle tarifine baktığımız zaman neyi anlıyoruz nature ve nurture'dan? Kelimelerin etimolojisine baktığımızda nature tabiat, doğa demek. Nurture ise beslemek, büyütme, neşv-ü nevâ bulmak gibi anlamlara geliyor. İlk defa bu kelimeleri kullanan İngiliz Francis Galton'dur. İngilizce deyim olarak ilk olarak o kullanmaya başlamış. Nature-nurture tartışması, insanın doğumuyla beraber getirdiği bir takım biyolojik

özelliklerin; büyüdüğü ortamla, yaşadığı çevreyle etkileşmesi sonucunda kişide gözlemlenen özelliklerin nasıl oluştuğunun tartışmasıdır. Bizde nature-nurture tartışması çok kültürel. Eskiden beri bunu toplum olarak biliyoruz. Bununla alakalı çok tabir de var. Genetiği önceleyen "Anasına bak kızını al" tabirinden tutun da işte "Falancının kızı alınmaz, falancaya kız verilmez" tabirine kadar hep nature ve nurture tartışması görülebilir. İki tarafta da böyle uç örnekler var. Bir taraftan "Anasına bak kızını al" denmiş, öbür taraftan da "Bataklıkta biten gül koklanmaz." "Bir zalimden bir âlim bir âlimden bir zalim doğar." Bunlar da yine nature'i daha ikinci plana atıp çevreyi öne getiren yaklaşımlar. Belki bunlar pek tartışılmış konular olmamış ama bizim gündemimizde her zaman var olmuş. Bilim tarihi ve felsefeye baktığımız zaman bilim tarihinde çevreci görüşün oldukça yaygın olduğu görülür. Örneğin filozof John Locke'un meşhur "Tabula rasa"sı. Tabula rasa iddiasına göre insanlar boş bir kâğıt gibi doğar. Herkes aynı beyazlıkta, saflıkta ve aynı ön şekilsizlikle dünyaya gelir, bunun üzerine tüm tecrübeler birikerek insanı şekillendirir. Daha iddialı olanlar mevcut, örneğin John Watson'ın çok meşhur bir sözü vardır: "Bana bir düzine eli yüzü düzgün çocuk verin. Ben onlardan istediğimi mühendis, istediğimi doktor, istediğimi tüccar, istediğimi de hırsız ve dilenci yapayım." Bu da çevreyi tamamen öne çıkartan bir yaklaşım. Biraz daha çağdaş bilim insanlarına doğru geldikçe psikolog Donald Hebb'in bir tabirini görüyoruz. Ona "Nature mi, önemli nurture mi?" diye sorduklarında çok güzel bir benzetme yapıyor: "Bir dikdörtgenin alanına uzun

kenarı mı kısa kenarı mı daha çok katkıda bulunur? Buna cevap verin ben de sizin sorunuza cevap vereyim."

Bu dönemin arkasından genomik dönem başlıyor. Özellikle 2000'lerin başlarında insan genomu projesiyle beklentilerin çok yükseldiği, her şeyin çözüleceği umuduna yeltenilen bir dönemde pek çok şey genetiğe bağlanmaya başlıyor ve çevre ikinci planda bırakılıyor. Arkasından genom projesi hiç de umulduğu gibi sihirli bir takım formülleri ya da çözümleri getirmeyince araştırmalar tekrar makul bir tabana oturuyor. Terminoloji kısıtlamamızdan kaynaklanan bir ayrıntıyı burada hatırlatmak istiyorum: Biz genetik ve çevre derken hâlâ genetiği yalnız bırakıyoruz. Genetik hâlâ genler, DNA, kromozomlar vs. olarak düşünülüyor. Ama diğer taraftaki çevreyi açarsak bireylerin yetiştiği aile ortamı, içinde bulunduğu toplum, iklimden tutun da yaşanan bölgenin karayollarına kadarki fiziksel şartlar da çevrenin içinde yer alıyor. Bunun içinde nurture'ı daha iyi tanımlayacak olan beslenme de var. Çevreyi environment gibi basite indirgeyip de bunu sadece fiziksel şartlarla kısıtlayan bir anlayıştan kaçınmak lazım.

Nurture bilimsel manada nasıl analiz edilebilir? Tıbbi biyoloji bilimlerdeki birçok araştırmada olduğu gibi deney hayvanlarında ya da insanlarda bunu çalışmak mümkündür. Özellikle deney hayvanlarında bunu çalışmak oldukça kolaydır. Hayvanların yaşam döngüleri çok daha hızlıdır. Aylar içerisinde birkaç jenerasyon elinizden geçebilir. Yıllar içerisinde birkaç düzine jenerasyonla

İstanbul Medipol Üniversitesi Biohukuk Uygulama ve Araştırma Merkezi tarafından 5-7 Eylül 2013 tarihinde düzenlenen 2. Biohukuk Toplantısı'ndaki konuşması.



çalışabilirsiniz ve bu sayede çok önemli data elde edilebilir. Tabi hayvan çalışmalarından elde edilen bilgileri özellikle kognitif birtakım komponentler içeriyorsa insanlara direkt uygulayabilmek çok mümkün değildir. Genetiğin gerçekten de pek çok bilişsel fonksiyonun altında yatan belirleyici olduğunu gösteren ilk çalışmalar, hayvan çalışmaları olarak Robert Tryon tarafından yapılmıştır. Robert Tryon bir grup sıçanı alıp zekâlarını ölçecek bir takım testlere tabi tutmuş ve sıçanları zeki ve donuk olanlar olmak üzere ikiye ayırmıştır. Ve bunları hep kendi grupları içerisinde üretmeye başlamıştır. Yaklaşık on jenerasyon sonra gerçekten de çok zeki ve çok ahmak iki ayrı sıçan grubu elde etmiştir. Öyle ki zeki sıçan grubunun en geri elemanı ahmak sıçan grubunun en yüksek elemanından daha yüksek performans göstermiştir. Bu, deney hayvanları açısından, o pencereden bakıldığında natüre-nurture tartışması içerisinde genetiği çok öne çıkartan bir kilometre taşı oluşturuyor.

Daha belirleyici, insanlarla daha ilişkili

ve ispata doğrudan götüren çalışmalar ise iki ayrı başlık altında yoğunlaşıyor. Bunlardan birincisi ikizlerle yapılan çalışmalar. Neler yapılabilir, ikizlerle yapılan çalışmalarda? Tek yumurta ikizi olan iki birey kişilik özelliklerinden mental fonksiyonlara kadar pek çok farklı parametreyle karşılaştırılabilir. Bir aile içerisindeki ikizler arasındaki korelasyona bir de ikiz olmayan diğer kardeşler arasındaki benzerlikler karşılaştırılabilir. Her ne kadar diğer kardeşler genetik olarak birbirlerine yakın olsa da ikiz kardeşlerin birbirleriyle yüzde yüz aynı olması, genetiğin getirdiği özellikleri analitik, istatistiksel olarak ortaya koymaya yardımcı oluyor. Bunun bir örneği çalışma, birbirlerinden ayrı düşmüş tek yumurta ikizlerinin yıllar sonra analiz edilmesiyle ortaya konmuştur. Özellikle bebeklik döneminde ayrı ailelere evlatlık verilmiş tek yumurta ikizleri, yıllar sonra bir araya getiriliyor ve karşılaştırılıyor. Böylece çevreyi hemen hemen tamamen değiştirerek genetiği sabit parametre olarak tutarak bir çalışma yapmak mümkün olmuştur. Bir de çift yumurta ikizleriyle yapılan çalışmalar

Bizde natüre-nurture tartışması çok kültürelidir. Genetiği önceleyen “Anasına bak kızını al” tabirinden tutun da “Falancının kızı alınmaz, falancaya kız verilmez” tabirine kadar hep nature ve nurture tartışması görülebilir. İki tarafta da böyle uç örnekler var. Bir taraftan “Anasına bak kızını al” denmiş, öbür taraftan da “Bataklıkta biten gül koklanmaz.”



da vardır ki çift yumurta ikizleri aslında normal kardeşlerden pek farklı değildir. Bu alanda çalışma yapanların amacı, kontrol grubunun karşılaştırılacak bir grup olarak çok daha sağlam olmasıdır.

İkinci başlığa baktığımızda ise evlatlıklarla ilgili yapılmış çalışmaları görüyoruz. Hiçbir genetik benzerlikleri yokken aynı çevreyi paylaşan bireyler söz konusu burada. Bunları karşılaştırdığımızda, korelasyonlarına baktığımızda, bir evlatlık çocukla ailenin diğer çocuğu arasındaki ilişkiyi incelemek çevreyi analiz etmeye imkân tanır.

Özellikleri, kalıtlılabilirlik üzerinden sınıflandırmak mümkündür. Düşük kalıtlılabilirlik, orta kalıtlılabilirlik ve yüksek kalıtlılabilirlik. Düşük kalıtlılabilirlikte dil ve din gösterilmiştir. Şu an bize çok normal gelse de özellikle dil yıllarca çalışılmış bir konudur. Acaba her çocuk doğduğunda her dili öğrenmede aynı kapasiteye sahip midir? Bunun öyle olduğu gösterilmiştir. Hiçbir çocuk bir dil için özel genetik altyapıyla doğmaz, biz dolayısıyla buna düşük kalıtlılabilir bir özellik diyoruz. Din de aynı şeklidir. Doğduğunda çocuk kimden, hangi toplumda doğarsa doğsun her türlü dine karşı açık ve o dini benimsemeye adaydır. Orta kalıtlılabilir özelliklerde de kiloyu görürüz, düşük kalıtlılabilirlikte din vardı ama burada dindarlığı görürüz. Din serbestken dindarlık bir miktar kalıtımla geçebilen bir özellik olarak tanımlanıyor. Yüksek kalıtlılabilir özellikler; kan grubu, göz rengi gibi oldukça fiziksel özelliklerdir.

İkiz çocuklar ve evlatlıklar üzerinde yapılan çalışmalar büyük oranda genetiğin lehine sonuçlar vermiştir. Bu çalışmalardan en meşhuru Minnesota'da oldukça kalabalık grupla çalışan Minnesota grubu hala ikiz toplamaya devam ediyor. Hatta öyle datalardan bahsediyor ki; bu datalar kişisel mahremiyet nedeniyle 2060 yılında ancak açıklanabilecek. Çok parametreye bakılmış bu çalışmalarda. Özetlenecek olursa fiziksel özelliklere bakıldığında boyun %90 oranında genetik bir bağımlılığı olduğu görülmüş. Kardeşler arasında genetik bağımlılık oldukça düşüyor. Kiloya bakıldığında farklı toplumlarda da yaşayıp büyüseler %70'in üzerinde aynı kiloda olma ihtimalleri olduğu bulunuyor. Çok tartışılan bir konu da zekâ. Bununla alakalı çok çalışma var. Hepsi de zekânın kesinlikle çok kuvvetli bir genetik geçişi olduğunu gösteriyor. Zekâda %80'in üstünde bir genetiğe bağımlılık var. Açık görüşlülük, içine kapanıklılık - dışı açıklık özellikleri yine %50'nin üzerinde genetik. Şizofreni maalesef oldukça genetik bağımlılığa sahip. Depresyon ve insanların kendini mutlu hissetmesi, düşünün ikizlerden birisi yüksek bir sosyoekonomik ortamda büyüse, diğeri de aşağı seviye bir sosyal seviyede olsa dahi bunların mutlulukları %50 ihtimalle birbirine benzeyecek diyor bu çalışma. Birtakım yaşam alışkanlıklarıyla ilgili özelliklere bakılmış. Kitap okuma alışkanlıklarını, spora yatkınlıklarını, idam cezasıyla ilgili görüşlerini, politik görüşlerini de hayat görüşlerini de belirleyen bir genetik bağımlılık bulunuyor. Bulmaca çözmeye, organize bir dine sahip olma,

topluluğun önünde konuşabilme ve geleneksel cinsiyet rollerinin benimsenmesi... Cinsiyet rolünün benimsenmesiyle ilgili çevrenin de oldukça büyük etkisi var.

Çok ilginç araştırma sonuçları mevcut. Tek yumurta ikizi olan iki Jim beş haftalıkken birbirlerinden ayrılmışlar. Ohio'da iki ayrı aileye evlatlık verilmişler. 39 yıl sonra bir araya getiriliyorlar ve inceleniyorlar. Bebekleri evlatlık alan iki aile de çocuklara Jim ismini koymuş, ikisi de iki evlilik yapmışlar. İkisinin de ilk eşlerinin adı Linda, ikinci eşlerinin adı Betty. İkisinin de en büyük oğullarının adı James Allan, ikisinin de çocukken köpeği varmış ve adı Toy'muş. İkisi de gramerden nefret ederken matematikten hoşlanırlanmış. İkisi de şerif yardımcılığı, benzincilik yapmış ve aynı fast food restoranında çalışmış. Aynı marka sigara kullanıyorlarmış, ikisi de tırnağını yiyormuş, Florida'da tatillerini geçiriyorlarmış, hobi olarak marangozluk yapıyorlarmış. İkisi de son on yıl içerisinde beş kilo almışlar, aynı dönem içerisinde de kalp krizi geçirmişler vs. Beş altı tane böyle ekstrem örnek var.

Çevrecilerin de güzel çalışmaları var. Çevreciler genetiğin %50 payı varsa, %60 payı varsa gerisinin çevrenin etkisi altında olduğunu söylerler. Ciddi çalışmalardan bir tanesi, bu da ilginç bir çalışma, ikizlerin espri anlayışıyla ilgili yapılmış. İkizlere karikatür gösterilip aynı karikatürlere karşı verdikleri tepkileri gözlenmiş ve büyük bir başarıyla espri anlayışının genetik olmadığı, büyük

Psikolog Donald Hebb'e
"Nature mi, önemli nurture
mi?" diye sorduklarında
çok güzel bir benzetme
yapıyor: "Bir dikdörtgenin
alanına uzun kenarı mı kısa
kenarı mı daha çok katkıda
bulunur? Buna cevap verin
ben de sizin sorunuza
cevap vereyim."



ölçüde çevresel olduğu ispatlanmıştır. Bir başka çalışmada aile içerisinde çocuğun kendinden büyük ablasının ya da abisinin olmasına bağlı olarak maskulin karakterinin gücüne bakılmış. Çocuk tek başına olduğunda yüz üzerinden altmış üçlük bir maskulin karakter geliştirirken, eğer abisi varsa altmış beşe çıkıyor, tersine abları varsa elli dokuza kadar düşüyor. Bu, karakterin aile ortamından abilerden ablalardan etkilendiğini gösterir. Kızlar için de aynı şey geçerli, eğer kızlar tek başınaysa yüzde otuz yedilik bir maskulin karakter, abisi varsa yüzde kırkık, ama ablası varsa tek başına olduğundan daha az bir maskulin karakter gözleniyor.

Dikdörtgene geri dönecek olursak, dikdörtgenimiz vardı. Birazı çevredendi birazı da genetiklendi, klasik olarak eskiden böyle bir ayırım yapmışlar, yarısı çevreye yarısı genetiğe ayrılmış. Bu aslında çok eşitlikçi bir görüştür. Ama şu anki daha kabul gören, geçerli olan çok da sınırları keskin olmayan daha flu, birbiri içerisine geçmiş bir ilişki. Bu daha makul ve daha açıklamaya elverişli bir ilişki. Çünkü artık sadece genetiğin, genomun tek başına denklemin birinci basamağını açıklayamadığı, bu genetiğin ayrıntılanması gerektiği noktasındayız.

Epigenetik dediğimiz bir alan, genetiği kromozomlara sınırlamadan ya da kromozomdaki dizilimlere sınırlamadan öte, daha yüksek üst boyutlara çekti. Artık sahip olduğumuz DNA kodunu değil de bu DNA kodunun ne kadarının açık ne

kadarının kapalı olduğunu konuşuyoruz. Bu çeşitli kimyasal reaksiyonlarla gerçekleşiyor. Klasik Mendel genetiğine göre 46 kromozomumuz vardır. Herkeste aynı genden bir çift bulunur, bunlardan birisi baskın birisi resesiftir. Baskın olan kendi özelliklerini ortaya çıkartır ve bu genler sadece babadan anneden çocuğa geçer diye kabul edilirdi. Ve bunların çevreden de hiçbir şekilde etkilenmeyeceği, çevresel faktörlerin genetiği değiştiremeyeceği gibi bir peşin kabulümüz vardı. Şimdi çevresel faktörlerin pekala genetiği etkileyebildiği, epigenetik olarak kromozomdaki DNA dizilimini değil ama dizilmiş DNA'nın nerelerinin açık nelerinin kapalı olduğunu, dolayısıyla hangi genlerin aktif hangilerinin pasif halde bulunacağını yönettiğini söyleyebiliyoruz. Buna epigenetik denir ve epigenetiğin pek çok hayat tecrübesinden, alışkanlıklardan, çevreden etkilendiğini söylüyoruz. Örneğin sigara, alkol gibi ya da çok masum beslenme alışkanlıkları ve hatta besin maddesine erişim, kıtlık ya da bolluk dönemleri gibi durumsal değişkenler insanların genetiğinde, genomunda epigenetik modifikasyonlar yapar. Bu epigenetik modifikasyonlar diğer nesillerde devam eder. Örneğin bir dönemde bolluktaki bir toplulukta öyle epigenetik modifikasyonlar oluyor ki o dönemden üç jenerasyon sonraki çocuklarda kardiyovasküler hastalık insidansı artıyor. Bu çalışmalarda bundan sonra kötü alışkanlıklarınızı devam ettirirken "Yaptığım zarar kendime, kimse karışmasın" diyemezsiniz, torunlarınızdan çıkabilir. Bir zamanlar bizim

gölüp geçtiğimiz bazı şeyler gerçekten artık biyolojinin laboratuvarına, alanına girmiş konular. Yediklerimizle, içtiklerimizle direkt olarak kendi genetik şifremizi modifiye etme şansımız var. Mikro RNA molekülleri tanımlandı. Bu mikro RNA'lar normal genlerimizin regülasyonunu yapabiliyorlar.

Bir araştırmada Çinlilerin kanında bol miktarda pirinç mikro RNA'sı bulundu. Ve bu pirinç mikro RNA'sının aynı zamanda işlevsel olarak gen regülasyonu da yaptığı bulundu. Bu demek ki direkt olarak çevre bizim genetiğimiz üzerinden bizi etkileyebilir. Çevre dediğimiz genetiğe çok giriyor ve genetiğimiz de çevreye olan cevabımızı çok etkiliyor, ikisi birbirine tamamen geçmiş şekilde. Aslında kavga etmeye gerek yok. Çevrenin nasıl olup da bu kadar % elli, altmış, yetmiş, seksen payı olan genetiğe müdahil olabildiğini izah edebilecek mekanizmalarımız var elimizde. En başta gelen epigenetik, ikincisi mikro RNA'lar. Diğer proteinler için de yediğimiz içtiğimiz için her şey için bunu genişletebilirsiniz. Örneğin ete genişletebilirsiniz yani memelilerin RNA'sının bizim düzenleyici RNA'larının kanımızda olabileceğini ve bizim genetik fonksiyonlarımızı modifiye edebileceğini hayal edebiliriz hiç uzak bir ihtimal değil. O yüzden "nature meets nurture" diyerek bitiriyoruz burada. Artık nature nurture'la tanışıyor, barışıyorlar. Epigenetik ve başka birtakım yaklaşımlarla ikisini bir arada çok kolay izah edebilir hale getiriyoruz.

Genetik determinizm

Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ozansoy



1973'de İstanbul'da doğdu. Lisans, yüksek lisans ve doktora öğrenimini Boğaziçi Üniversitesi Moleküler Biyoloji ve Genetik Bölümü'nde tamamladı. İngiltere'de Imperial College Department of Neurogenetics ve University College London'a bağlı Rita Lila Weston Institute of Neurological Studies'de, ABD'de Johns Hopkins University Department of Neuroscience and Neurogenetics'de ve Fransa'da INSERM Hospital Salpêtrière Paris Department of Neurogenetics'de değişik sürelerde araştırma projeleri yürüttü. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyeliği yapan Ozansoy aynı üniversitede Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür Yardımcılığı görevini de yürütüyor.

Yirminci yüzyılın ortasında DNA'nın yapısının ortaya konması, yaşam bilimlerinde büyük bir adım olurken aynı zamanda halen içinde yaşamakta olduğumuz *genetik çağı* diye tabir edilebilecek bir dönemin de kapısını açmıştır. Kalıtım molekülünün yapısının anlaşılması moleküler biyoloji tekniklerinin ortaya çıkmasını sağlarken, bu tekniklerin araştırma geliştirme faaliyetlerinde uygulama alanı bulması da biyoteknoloji kavramını gündeme getirmiştir.

Bu gelişmelerin yansımaları edebiyat alanında dahi görülmüş ve genellikle bilim kurgu türündeki yapıtlarda distopik bir gelecek portresi çizilmiştir. Bu karanlık gelecek portresinin en önemli arka plan motiflerinden biri de biyoteknoloji ve genetik bilimi olmuştur ve halen de olmaktadır. Tablonun bütününü görebilmek için biraz uzaktan bakıldığında ise karşımıza *genetik determinizm* kavramı çıkmaktadır. Bu kavramla çok yakından bağlantılı bir diğer önemli kavram ise *genetik modifikasyon* kavramıdır ki günümüzde biyoteknoloji yoluyla organizmalar üzerinde yapılan kalıtsal değişiklikleri ifade etmektedir. Organizmaların bütün özelliklerinin genetik materyalleri aracılığıyla belirlendiğini işaret eden genetik determinizm kavramını genetik modifikasyon kavramı ile birlikte incelemekte büyük yarar vardır.

Genetik modifikasyon nedir?

Literatüre bakıldığında genetik modifikasyon kavramının birçok eşanlamlısı olduğunu görebiliriz. Bunlardan bazıları; genetik mühendisliği, genom manipülasyonu, germ hattı mühendisliği, germ hattı terapisi ve germ hattı manipülasyonudur. En genel anlamıyla genetik modifikasyon doğacak çocukta amaçlanan genetik değişimlerin sağlanabilmesi için insan genlerinde yapay değişiklikler oluşturmaktır.

Şu işlemler genetik modifikasyona örnek teşkil edebilir:

- İnsan gametlerindeki, zigottaki ya da erken dönem embriyodaki genlerin ya da DNA dizilerinin insersiyon, delesyon veya transpozisyon ile değiştirilmesi
- İnsan zigotlarına hücre çekirdeği ya da ooplazm transferi
- İnsan gametlerine ya da zigotlarına yapay kromozom transferi.
- Genetik modifikasyon kategorisine alınamayacak işlemlere örnekler ise;
- Yukarıda söz edilen örneklerin sadece araştırma amaçlı yapılması ve kesinlikle genetik olarak değiştirilmiş bir çocuk dünyaya getirmek için yapılmaması
- Embryo seçilimi ve pre-implantasyon diagnozu
- Prenatal testler

Örneklerden de anlaşılacağı üzere genetik modifikasyonun olmazsa olmaz şartı bilerek ve isteyerek genetik olarak değiştirilmiş bir çocuk oluşturmaktır.

Genetik determinizm nedir?

Felsefede *determinizm* kavramı hemen her zaman hür irade ile ilişkilendirilmiş ve bu ekseninde tartışılmıştır. Determinizm bize neden-sonuç zinciri içinde geçmişteki karar ve seçimlerimizin şimdiki seçimlerimizi belirlediğini söyler. Bu tür determinizm *psikolojik determinizm* olarak da adlandırılabilir ve hukuk ve ahlak açısından da derin çıkarımları vardır. Bu açıdan bakıldığında bireylerin mükellef olabilmeleri için hür iradeye sahip olmaları gerektiği, yani seçimlerinde özgür oldukları ön kabulü vardır. Hür irade problemine de genelde üç farklı şekilde yaklaşılabilir: 1) Güçlü determinizm; hür iradeye hiçbir şekilde yer bırakmayan bir yaklaşımdır. 2) İndeterminizm; insan faaliyetlerinin neden-sonuç ilişkilerinden bağımsız olarak iradenin spontan faaliyeti ile ortaya çıkmasıdır. 3) Uyumluluk

(orta yol); bu üçüncü kategoride ise hür irade ve determinizmin uyumlu ve birlikte yaşayabilir iki kavram olduğu öne sürülmektedir. İnsanlar kararlarını dışsal etkiler ve duygusal tepkilerle değil de akıl yürütme ile aldığına buna hür irade ile alınmış kararlar denilebilir.

Genetik determinizme ilişkin sorular ve endişeler psikolojik determinizm tartışmalarını güçlendirmekte ve determinizm açısından önemli bir kavram olan *nedensellik* kavramını öne çıkarmaktadır. Dolayısıyla nedensellik kavramına da kısaca göz atmakta yarar vardır. Bu kavram için ilk söylenebilecek şey olaylar arasında zamansal bir bağ kuran bir kavram olduğudur. Örneğin "Yıldırım düşmesi orman yangınına yol açar" önermesinde orman yangınının olabilmesi için önce yıldırım düşmesi olayının gerçekleşmesinin gerekliliği aşikârdır. Nedensellik ilgili ikinci husus nedensel ilişkilerin hemen her zaman birden fazla faktöre bağlı olduklarıdır. Örnek önermede bu ekstra faktörleri rüzgâr hızı, havanın kuruluk oranı olarak söyleyebiliriz. Üçüncü nokta ise bu tür önermelerin olayları açıklamak ya da öngörde bulunmak için kullanıldıklarıdır. "Sigara içmek akciğer kanserine neden olur" önermesi, sigara içen bir kişinin akciğer kanseri olacağı öngörüsünde bulunmamızı sağlar. Nedensellik ilgili dördüncü ve bu yazının perspektifi açısından belki de en önemli husus ise olaylar arasındaki nedensel bağlantıların deterministik olabileceği kadar olasılıksal da olabileceğidir. "Belli bir yükseklikten bırakılan taş düşer" önermesi tamamen deterministik bir nedensellik içerirken, "Sigara içmek akciğer kanserine neden olur" önermesindeki nedensellik olasılıksal bir nedenselliştir, zira araştırmalar sigara içmenin akciğer kanserine belli bir olasılıkla neden olduğunu göstermektedir ve bu nedensel bağlantıyı değerlendirirken sigara içtikleri halde akciğer kanseri olmayan hatırı sayılı miktarda insanın varlığı da unutulmamalıdır. Dolayısıyla son örnek

önermenin tam formu aslında “sigara içmek akciğer kanseri olma olasılığını arttırır” şeklinde olmalıdır. Deterministik nedensellik biyoloji ve yaşam bilimlerinde pek sık karşılaşılan bir durum değildir ve bu alanlarda olasılıksal nedensellikten bahsetmek daha doğru olacaktır.

Bu düşünsel çerçevede genetik determinizm kavramını ele alacak olursak, karşımıza en genel anlamıyla “genotip fenotipi belirler” önermesi çıkar. Bu önermeyi “genlerimiz özelliklerimizi belirler” şeklinde de okuyabiliriz. Orak hücreli anemi hastalığı bu önermeyi kesinlikle doğrular niteliktedir. Genetik bir hastalık olan orak hücreli anemi de ilgili genin her iki kopyasında da mutasyon olduğu anda birey hasta olmaktadır. Bu anlamda genotip fenotipi tam anlamıyla belirlemektedir. Öte yandan BRCA1 ve BRCA2 mutasyonları ile meme kanseri arasındaki nedensel ilişki biraz daha farklı bir boyuttadır. Genel popülasyonda kadınlarda %13,2 sıklıkla görülen meme kanseri BRCA1 ve BRCA2 mutasyonlarının olması durumunda %85 olasılıkla görülmektedir. İkinci örnek deterministik nedensellikten ziyade olasılıksal nedensellik içermektedir. Bir başka örnek ise APOE4 varyantı taşıyan bireylerin Alzheimer hastalığına yakalanma riskinin yüksek olduğu üzerinedir. Burada da her APOE4 varyantı taşıyan bireyin Alzheimer hastalığına yakalanmadığı sonucu ortaya çıkmakta ve bu varyantın sadece hastalığa yakalanma olasılığını arttırdığı anlaşılmaktadır. Genlerin hangi özelliklerin ortaya çıkmasına hangi olasılıkla neden oldukları üzerine düşünürken üç farklı genetik determinizm kategorisi tanımlanabilir:

1. Güçlü genetik determinizm (GGD): En basit biçimiyle “X geni hemen her zaman Y fenotipinin oluşmasına neden olur” ifade edilebilir. Bu aslında “X’in varlığında Y’nin ortaya çıkma olasılığı %95’den yüksektir” demektir.
2. İlimli genetik determinizm (IGD): “X geni sıklıkla Y fenotipine yol açar” önermesi bu kategoriyi açıklayabilir. Bunu da “X’in varlığında Y’nin ortaya çıkma olasılığı %50’den büyüktür” olarak yorumlayabiliriz.
3. Zayıf genetik determinizm (ZGD): “X geni zaman zaman Y fenotipine yol açar” önermesinin ait olduğu kategoridir. “X’in varlığı Y’nin ortaya çıkma olasılığını arttırır, ancak bu olasılık %50’nin altındadır” olarak da tanımlanabilir.

GGD kategorisine ait durumlar çok sık karşılaşılan olaylardan değildir, fenotipik özelliklerin büyük çoğunluğu ya IGD ya da ZGD kategorisinde yer alırlar. GGD’nin seyrek görülmesinin birkaç sebebi vardır. Birincisi ve belki de en önemlisi genlerin büyük kısmının ifade edilmesinde çevresel etmenlerin oynadığı roldür.

Dolayısıyla bir birey iki metre boyunda olabilecek genetik potansiyele sahip olabilir. Ancak büyüme çağında uygun şekilde beslenmezse bu potansiyeli tam olarak gerçekleştiremez. Bir diğer örnek, alkolizm hastalığına genetik eğilim gösteren bir birey olabilir. Eğer bu birey hiç alkol tüketmezse bu hastalığa da hiç bir zaman yakalanmayacaktır. Genler ile çevresel etmenlerin arasındaki kompleks etkileşimler sık sık görmezden gelinen bir durum olarak karşımıza çıkmakta ve genel olarak yalnızca genotipin fenotipi belirlediği yanılgısına düşülmektedir. GGD’nin seyrek görülmesinin bir diğer sebebi ise birçok fenotipik özelliğin epistatik oluşudur, yani bir fenotipik özellik birden fazla genin aktiviteleri ile belirlenmektedir. Zekâ, kişilik, atletik yetenek gibi karmaşık fenotipik özellikler onlarca hatta yüzlerce genin karşılıklı etkileşimi ile ortaya çıkan özelliklerdir ve her bir genin çevresel faktörlerle olan etkileşimleri de hesaba katıldığında ortaya GGD ile açıklanamayacak kadar karmaşık bir tablo çıkmaktadır. Bu tabloyu biraz daha karmaşıklaştıran üçüncü bir husus da gelişim sürecinin gen ifade düzeylerinde oynadığı roldür. Bunu en iyi tek yumurta ikizleri genel olarak birbirlerine çok benzemelerine rağmen deri pigmentasyonu, yüz şekli, parmak izleri ve dental kayıtlar açısından küçük de olsa farklılıklar göstermektedirler.

Bütün bu unsurlar GGD’nin istisnai de-recede az görülen bir durum olduğunu kanıtlamakta ve gerek görsel gerekse de yazılı medyada sık sık gördüğümüz “obezite geni bulundu” türünden ifadelerin gerçeği ne kadar az yansıttığını ortaya koymaktadır. İnsan davranışlarının genetik temelini araştıran davranışsal genetik disiplindeki ilerlemeler genetik determinizmin psikolojik determinizm açısından ne ölçüde belirleyici olduğu sorularını da beraberinde getirmektedir. Örneğin saldırgan davranışlara neden olduğu bulunan bir genin bir bireydeki varlığı, o bireyin saldırgan davranışlarından sorumlu olmadığı anlamına gelir mi? Böyle bir risk genini taşıyan birey saldırgan davranışlar gösterme yolunu hür iradesi ile seçebilir mi? Dahası bu tür bir gene sahip olan bir birey saldırgan davranışları nedeniyle ahlaki ve hukuki olarak sorumlu kabul edilebilir mi? Davranışsal genetik disiplini bu ve benzeri problemlerin çözümü için çalışmaktadır. Ancak bu araştırmalar esnasında içine düşülen en bariz hata daha önce de açıklandığı üzere psikolojik determinizm ile GGD arasında kurulan korelasyondur ve genetik determinizmi GGD versiyonuna indirgemekten ileri gelmektedir. Bir diğer önemli nokta da determinizm ve fatalizm arasında kurulmaya çalışılan yersiz bağdır ki sonucu genetik fatalizme çıkmaktadır. Eğer fenotipi yalnızca genotip belirliyorsa bireylerin bu fenotipi değiştirmek için

gösterecekleri çaba tamamen boşuna olacak anlamına gelen genetik fatalizm bir önceki durumla aynı hataya düşmekte ve genetik determinizmin sadece GGD kategorisine odaklanmaktadır.

Genetik modifikasyon ve insan özgürlüğü

Genetik modifikasyonun bireyin seçim yapma özgürlüğünü kısıtlayacağına ilişkin savları içeren bu bölümde üç ana noktadan söz edilebilir:

1. **Kukla eleştirisi:** Genetik modifikasyon bireyin özgürce seçim yapma olasılığını ortadan kaldırmakta ve bu da genetik değişimi gerçekleştiren ve uygulayanlara insanların davranışlarına hükmetme gücü vermektedir. Bu sav, açıkça GGD’yi esas almaktadır. Bu savın ana dayanak noktası genetik olarak modifiye edilmiş bireyin bu özelliğini realize etmekten kaçınamayacağı üzerinedir. Örneğin müzik yeteneğini geliştirmek üzere yapılmış genetik bir müdahale sonunda birey bu yeteneğini realize etmek zorundadır. Gerekli eğitimi almasa bile bu yetenek kaçınılmaz bir şekilde ortaya çıkacaktır.

2. **Açık gelecek eleştirisi:** Burada ise uygulanan genetik modifikasyon bireyin gelecekte yapacağı seçimler için seçenek sayısını azaltmakta ve bireyin gelecekteki yaşantısına müdahale etmektedir.

3. **Ebeveyn beklentileri eleştirisi:** Burada ise ebeveynler üstün yetenekli çocuklara sahip olmak adına çocuklarında genetik modifikasyonlar gerçekleştirebilecekler ve çocuklarını da bu potansiyellerini gerçekleştirmek yolunda zorlayacaklardır.

Açıkça görüldüğü üzere bu üç sav da GGD’yi çıkış noktası almakta ve yaşam bilimlerinde büyük oranda karşılaştığımız gerçeğin dışına düşmektedir.

Bu yazıda değinilen kavramlar ve bu kavramlar üzerine gerçekleştirilen tartışmalar, günümüzde çoğunlukla akademik çevrelerde yapılmaktadır. Ancak biyoteknoloji ve genetik mühendisliği tekniklerinin insan hastalıklarının daha ortaya çıkmadan hatta doğum öncesi müdahale ile düzeltilmesi çok yakın bir gelecekte gerçekleşebilecektir. Bir sonraki adım ise genetik olarak hastalıklardan arındırılmış ve fiziksel ya da zihinsel yetenekleri geliştirilmiş bireyler ve toplumlar oluşturmak üzere genetik modifikasyonların uygulanması olabilir. Her durumda genlerin insan özelliklerini belirleyiciliği üzerine yapılan tartışmalar bugün değilse de yarın yasa yapıcıların önüne gelecek ve hukuki düzenlemelerin nasıl gerçekleştirileceği, genetik müdahaleye ne zaman ve ne ölçüde izin verileceği gibi konular toplumun gündemine oturacaktır.

Cinsel kimliğe psikiyatrist yaklaşımı

Dr. Ceyda Güvenç



1969 yılında Antalya'da doğdu. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan (1992) sonra Bolu'da pratisyen hekim olarak mecburi hizmetini tamamladı. 1994'te Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesin psikiyatri biriminde uzmanlık eğitimine başladı. 2001-2013 yılları arasında aynı yerde başasistan olarak görev yaptı. Halen serbest muayenehane hekimi olarak çalışmakta olan Dr. Güvenç, CETAD (Cinsel Eğitim Tedavi Araştırma Derneği) Yönetim Kurulu Üyesidir.

Cinsel kimlik, çağlar boyunca üzerinde tartışılması en zor konu olarak kalmıştır. Zordur, çünkü cinsel kimliğin çeşitli boyutlarını oluşturan bedensel cinsiyet, cinsiyet kimliği ve cinsel yönelimle ilgili terimler çeşitlidir ve ortak dil oluşturulamamıştır. Zordur, çünkü cinsel kimlik deyince akla "ayıp" şeyler gelmektedir. Zordur, çünkü psikiyatristler için farklı cinsel kimliklerin varlığını kabul etmek aynı zamanda toplumda var olan ayrımcılığa karşı bir duruş sergileyebilme

ve stigmatizasyonla mücadeleyi de içermektedir. Peki ya psikiyatristlerin kendi değer yargıları, mitleri, tabuları, içinde yaşadıkları toplumdan bağımsız olarak ele alınabilir mi? Bilmek çok şeyi değiştirir mi? Ya öğrenmek için kendine izin vermek?

Belirsizlik tanımlamalarla başlar. Cinsellikle ilgili ifadelerin hele de cinsel kimlikle ilgili kavramların bilimsel yazında oturmuş, üzerinde uzlaşılmış Türkçe karşılığı yoktur. Batı literatüründe kullanılagelen "sex" ve "gender" ifadeleri

doğru kavramlaştırılmamış, psikiyatride ise biyolojik çalışmaların daha geç ortaya çıkmasının da etkisiyle psikozların etkisinde kalarak tanımlanmıştır. Yakın zamana kadar cinsellikle ilgili bireye ait olan her şeyden; bedensel cinsiyet, cinsiyet kimliği, cinsel yönelim, cinsel davranışlar, cinselliği yaşantılam biçiminden söz edilirken ayırım yapmaksızın "cinsel kimlik" terimi yanlış olarak kullanılagelmıştır. Bu, kısmen psikiyatristlerin cinselliğe bakışının da tabular ve mitler etkisinde kalmasından, kısmen de zaten cinselliği konuşamama halinin



varlığından kaynaklanıyor olabilir. Zaman içinde psikolojik kuramlar farklılaşmış, cinsel pratikler değişmiş ve cinsellikle ilgili biyolojik araştırmalar gelişmiş ancak kavramlarla ilgili belirsizlik devam etmiştir. Tanımlamaların netleşmesi, bu alana ilgili az sayıda araştırmacının çalışmaları ve etkin bir şekilde kimlik ve hak mücadelesi yapan sivil toplum örgütleri ve grupların çalışmaları sonucunda olabilmektedir.

Bedensel cinsiyet (biyolojik cinsiyet): Psikiyatristin bakamadığı alan

Bir kişinin biyolojik veya genetik özelliklerini ifade eden kavram, tüm canlılarda erkek ve dişileri ayırt etme olanağı veren bedensel özelliklerin tümü olarak da tanımlanmaktadır. İnterseks olguları göz ardı edildiğinde en kolay anlaşılabilen kavramdır. İki alt başlıkta incelenmesi uygun bulunmuştur. Genotipik cinsiyet; kişinin genetik yapısının ve kromozom dağılımının hangi cinsiyete denk geldiğinin ifadesidir. Fenotipik cinsiyet ise kişinin fiziksel özelliklerine göre tanımlanır. İnterseks olgularında genotip ile fenotip arasında tutarsızlıklar olabilmekte, bu bireyler aile ve hekimin kararıyla aslında organ tamirlerinin kolaylığına göre daha çok genotipin değil fenotipin belirttiği doğrultuda kadın ya da erkek olarak yetiştirilmekte, ancak erişkin yaşta kimlik disforisi olarak psikiyatristin karşısına gelebilmektedir.

Cinsiyet kimliği (cinsel kimlik): Psikiyatristin bile halen ayarıştıramadığı alan

Kişinin kendi bedeni ve benliğini belli bir cinsiyet içinde algılayışdır. Aslında kişinin kendini kadın ya da erkek olarak değerlendirmesidir. Yakın zamana kadar Türkçe metinlerde “gender identity” kavramının karşılığı olarak “cinsel kimlik” yaygın olarak kullanılmışsa da son birkaç yıldır daha doğru bir çeviri olarak cinsiyet kimliği tercih edilmeye başlanmıştır ki bu durum sözü edilen kavramın biyolojik olarak belirlendiği kabulüne de uygun düşmektedir.

Sıklıkla cinsiyet kimliği bedensel cinsiyetle uyum içinde olur. Olmadığında, yani kişi kendini bedensel cinsiyetine göre karşı cinsiyette algıladığında bu kişiye trans denir. İsimlendirme cinsiyet kimliği üzerinden yapılır, cinsiyet kimliği erkekse trans erkek, kadınsa trans kadından söz edilir. Trans birey bedensel cinsiyetini belirleyen cinsel organlardan, ergenlikle belirginleşen meme, testis büyümesi, tüylenme gibi ikincil cinsiyet özelliklerinden, adet kanaması, gece boşalması gibi fizyolojik süreçlerden, gebelikten rahatsızlık duyar. Çocukluktan itibaren cinsiyet kimliğine uygun giyinmek, davranmak, oynamak istediğinden toplumsal



cinsiyet normlarıyla ilgili sorunlar yaşar. Trans bireylerde beyin psikoterapi veya ilaçlarla bedene uygun hale getirilemez, beden hormon ve cerrahi tedavilerle cinsiyet kimliğine uygun hale getirilmeye çalışılır. Unutulmaması gereken nokta cinsiyet değişimine yönelik girişimler olmasa bile cinsiyet kimliği ile bedensel cinsiyet örtüşmeyen kişinin trans olduğudur. Giderek “transseksüel” terimi yerine “transgender” teriminin kullanımı kabul görmektedir.

Sıklıkla transgenderla karıştırılan bir kavram “transvestizm (crossdressing)”dir. Cinsiyet kimliğiyle doğrudan ilintili olmayan bu kavram diğer cinsiyete ait kıyafet ve dış görünümüne bürünmekten cinsel uyarılma sağlamayı ifade etmektedir.

Transseksüellik ruhsal bozukluklar sınıflandırmasında, DSM-4’te cinsel kimlik bozukluğu kategorisinde değerlendirilmekteyken, DSM-5 de cinsiyet kimliği disforisi (gender dysphoria) ifadesi tercih edilmiş, Türkçe çeviride ise “cinsel

Bebek doğduğunda çocuğun sadece bedensel cinsiyeti belirlidir. Cinsiyet kimliği ve cinsel yönelimi bilinemez, cinsel rol kimliği ise toplum tarafından dayatılmıştır. Aslında cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim de dayatılmıştır. Yıllarca cinsiyet rolü ile cinsiyet kimliği kavramları ayrılaşmamış, bu nedenle “cinsel kimlik bozukluğu” vakaları sözde tedavilere zorlanmıştır.



Ülkemizde cinsellik eğitiminin küçük yaştan itibaren doğru olarak verilmesi sağlanamaz, cinsel hak ve özgürlükler bireye özümsetilemez, ayrımcılıkla mücadelede yol alınamazsa cinsel sağlıktan hiçbir zaman söz edemez durumda olacağız. Ve yine uygun eğitim verilip, temel insan hakları benimsetilemezse heteroseksist toplum yine herkesi heteroseksüel kabul edecek, farklı yönelimleri ya da cinsiyet disforisi olanlar damgalanacak ve biz nefret cinayetlerine seyirci kalmaya devam edeceğiz.

kimliğiinden yakınma, hoşnut olmama" şeklinde yer almıştır. Ruhsal bozukluklar sınıflandırılmasında bu kategorinin yer alması, cinsiyet değiştirme sürecinde psikiyatrinin oynadığı birincil rolle ilgili gözükmetedir.

Cinsiyet rolü: Psikiyatristin gördüğünü anlamlandırabildiği alan

Bir kültürde belli bir cinsiyet için kabul edilen ve geçerli sayılan davranış biçimleridir. Toplumsal cinsiyetin bir parçasıdır ve kişinin kendisini erkek veya kadın konumunda göstermek için yaptığı ve söylediği şeylerin tümü olarak tanımlanmaktadır. Giyim, takı ve süslenme tarzı, saç kesimi, mimikler, konuşma, yürüme biçimi, çocuksa oyun tercihi gibi toplumda yaygın kabul gören cinsiyet özelliklerine göre kişinin "erkeksi" ya da "kadınsı" olması ve davranmasıyla ilgilidir. Bu özellikler yakın çevrede ve toplumda egemen olan cinsiyet rolü kültürüyle şekillenir. İçinde bulunduğumuz kültürde kadın ve erkeğin neler yapıp yapamayacağı, neyin kadına ve erkeğe yakışacağına dair kesin yargılar vardır. Bu yargılar sanılanın aksine, kadını olduğundan daha fazla erkeği sınırlandırmaktadır. Doğum anından itibaren penisi olan "aslan gibi"dir, vajinası olan "nur topu"dur, "hanım kız"dır. Ya o çocuk büyüdüğü "korkusuz, güçlü, saldırgan, avlayan" olmayı beceremez ya da seçmezse? Ya o çocuk hanım hanımcık bir anne, ev kadını olmak yerine taksi şoförü olmayı isterse? En basitinden masallarımız nasıldır? Erkekler ya zorba ya hükmeden kral ya da temiz aşkı, hanım oları arayan prens. Kadınlar bakire, hanım hanımcık ve prenses, evlenmiş olanlarıysa ya ölmüş ya da hem üvey, hem cadı.

Cinsel yönelim: Psikiyatristin bile bakıp bakıp halen kabullenemediği alan

Kişide cinsel duygu, istek ve davranışların belli bir cinsiyete çekimidir. Cinsiyet kimliği kişinin kendini hangi cinsiyetten hissettiği ile ilgiliyken, cinsel yönelim hangi cinsiyete ilgi duyduğu ile ilgilidir. Yönelim kişinin kendi cinsiyet kimliğine yönelik olduğunda eşcinsel, diğer cinsiyet kimliğine yönelik olduğunda heteroseksüel, her iki cinsiyet kimliğine yönelik olduğunda biseksüel olarak isimlendirilir. Eşcinsellik, heteroseksüellik ve biseksüellik hastalık değildir. Psikiyatride ilk sınıflamalarda eşcinsellik bir ruhsal bozukluk olarak sınıflandırılmışsa da, 1974'te Amerikan Psikiyatri Birliğinin kararıyla psikiyatrik tanı sistemlerinden çıkarılmıştır. Ancak bir dönemin etkisi ve homofobi psikiyatristler arasında bile sürmekte, ayrımcılığa ve damgalanmaya karşın daha aktif tutum alması beklenen

ruh sağlığı çalışanlarını bundan alıkoymaktadır.

Cinsel yönelimi belirleyen psikososyal etmenlerle ilgili yaygın inanışlara karşın yapılan bilimsel çalışmalardan bu savları destekleyecek bulgular edinilmemiştir. 19. yüzyılın başlarında eşcinsel erkeklerin genetik olarak kadın oldukları düşünülmüş, kromozomların karyotiplenmesi sonucunda bu düşünce çürütülmüştür. Yine erişkin dönemde seks hormonları ile ilgili bozuklukların cinsel yönelimi etkilediği savından hareketle eşcinsel erkeklere testosteron uygulanmış, testosteron kadına yönelik arzu yerine, hemcinsel yönelik arzuyu arttırınca vazgeçilmiştir. 1980'li yıllardan itibaren doğum öncesi beyin gelişimini etkileyebilecek süreçlerin etkisi, beyinde yapısal ve işlevsel değişiklikler ve genetik çalışmalar ön plana çıkmıştır. Ancak halen ne heteroseksüel ne de eşcinsel yönelimin nedenleri ile ilgili yeterli bilgiye ulaşılamamıştır.

Bilinmesi gereken, cinsel yönelimin her zaman cinsel davranışla belirli olmadığıdır. Birinin heteroseksüel kabul edilmesi için diğer cinsiyetten biriyle cinsel ilişki deneyimi olması gerekmez, kişinin eşcinsel olup olmadığına da eşcinsel ilişki deneyimiyle karar verilmez. Eşcinseller arasında heteroseksüel, heteroseksüeller arasında eşcinsel cinsel deneyim yaşanabilmektedir. Cinsel davranış kesitsel değil yaşamın genelinde değerlendirildiğinde cinsel yönelim ile ilgilidir.

Queer (kuir), önceleri eşcinsellere yönelik aşağılayıcı bir kelime olarak kullanılmışsa da son yıllarda yaygın kullanım alanı bulmuştur. Heteroseksüellik dışında cinsel yönelimleri karşılayacak şekilde kullanılmaktadır.

Cinsel kimlikler: Gelişim süreci

Bebek doğduğunda çocuğun sadece bedensel cinsiyeti belirlidir. Cinsiyet kimliği ve cinsel yönelimi bilinmez, cinsel rol kimliği ise toplum tarafından dayatılmıştır. Aslında cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim de dayatılmıştır. Cinsiyet kimliği doğuştan belirlenip 3 yaşına kadar gelişimini tamamlayacak, çocuğun kadın ya da erkek oluşuna dair farkındalığı oturacak sözel becerisine göre değişen yaşta ifade edilmeye başlanacaktır. Öte yandan çocuk uygun özdeşim imkânlarını bulduğunda çoğunlukla toplumun da beklentileri doğrultusunda kadın ve erkek cinsiyet rollerini benimseyecektir. Yıllarca cinsiyet rolü ile cinsiyet kimliği kavramları ayrılaşmamış, bu nedenle "cinsel kimlik bozukluğu" vakaları kadınsa anne, erkekse baba ya da baba yerine geçen kişilerle özdeşimin arttırılmasını öngören sözde tedavilere

zorlanmıştır. Bunda psikanalizin etkisi büyük olmuştur. Yakın zamana kadar psikanalizin savunduğu durum; cinsiyet kimliğinin de sadece psikolojik bileşeni olduğu, bu durumun oyuncak ve kıyafet seçimiyle bile belirlenebileceği ve erken dönemde farkına varılınca psikolojik tedaviyle “düzeltilebileceği” yolundayken, son yıllarda biyolojik psikiyatrideki gelişmeler ve klinik gözlemler cinsiyet kimliğinin biyolojik olarak belirlendiğini ve değiştirilemeyeceğini ancak erişkin yaşa gelince bedenin cinsiyet kimliğine uygunlaştırılabileceğini saptamış ama alandaki profesyonellerin bakışındaki değişim aynı hızda olamamıştır. Doğru tutum, cinsiyet rollerinin kültürel kabullere uymadığı durumlarda toplumun deyimiyile aile içi özdeşimlerle çalışarak bireyin hayatını kolaylaştırmak olabilir. Ancak cinsiyet kimliği disforisinin varlığında bu durumun disforiyi arttıracak unutulmamalıdır.

Çekirdek cinsel yönelimin ise her birey için yaşamın erken dönemlerinde geliştiği, yaşam boyu sabit olduğu bilinmektedir. Ancak çoğunlukla ergenlik döneminde cinsel ilgi ve uyarılmanın ortaya çıkmasıyla birey heteroseksüel, eşcinsel ya da biseksüel olduğuna dair farkındalık yaşamaktadır. Bazı kişiler daha erken dönemde farkındalık geliştirirken bazılarının ise farkındalık ve kabul süreci çok ileri yaşlara kadar tamamlanamamaktadır.

Toplumun sorunsalı: “Normalleştirmek üzere değiştirmek”, “tek tipleştirmek”

Cinsellikte normal anormal kabulleri olmamalıdır. Bir diğerinin cinsel hak ve özgürlüğünü kısıtlamadıkça tarafların onay verdiği her şey normaldir. Oysa toplumun cinsel kimlikler konusundaki “normal” kavramı çok nettir. XX kromozomla ve dişi genitaliyle doğmuşsan zaten kadın gibi hissedersin, hanım hanım davranırsın, genitallerini gizleyerek yok sayarsın, kadına uygun işlerde çalışırsın, günü gelince aslında ailen isteyince zaten bir erkeğe yakınlık duyarsın, evlenir ve aslan parçaları doğurursun, kız çocukların olursa onları da kendin gibi büyütürsün! XY kromozomla ve erkek genitaliyle doğmuşsan zaten erkek gibi hissedersin, kadına cinsel ilgi duyarsın, üstelik doğduğun andan itibaren kadın seversin, genitalinden gurur duyarsın, güçlü olup hiç ağlamazsın, sanat gibi naif işlerle ilgilenmen onaylanmayacaktır. Erkek işlerinde çalışırsın ve erkek adam olarak erkek çocuk istersin, onları da hiç “ağlamaz” olarak büyütürsün. Bunun dışında davranan, düşünen, duyumsayan bireyler de en iyi ihtimalle hastadırlar, damgalanırlar, tedavi ve değişim için diretilmelidir.

Psikiyatristin sorunsalı: Toplumu kabul için değiştirmek, bireyi geliştirmek

Psikiyatri polikliniklerine başvurularda da toplumun bilgisizliği ve çoğunluktan olmayanla ilgili kaygının etkisi belirgindir. Ebeveynler çocuklarıyla ilgili kaygı, kimi zaman da öfkeyle başvurmakta ve cinsiyet kimliği ve cinsel yönelimleriyle ilgili tedavi, aslında değişim talep etmektedirler. Bazen cinsel yönelimleriyle ilgili karmaşa yaşayan bireyler yardım arayışına girebilmektedir. Cinsiyet disforisi olan hastalarla psikiyatrist çoğu zaman cinsiyet düzenleme operasyonlarına hazırlık aşamasında karşılaşmaktadır. Kimi zaman da toplumda cinsel kimlikleriyle ilgili damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalan bireyler, reaktif gelişmiş olan ruhsal sorunları için destek alma ihtiyacıyla başvurumaktadırlar. Kuşkusuz ki psikiyatristin esas görevi birey ve aileye uygun danışmanlığı verebilmek olmalıdır. Buradaki en büyük sorun bir kısım profesyonelin de farklı cinsel kimliklere saygıyla yaklaşabilmekteki zorluğudur.

Yardım almak için kendileri başvuranlar çoğunlukla farkındalıkları olanlardır, topluma uyum sorunlarının yol açtığı başta depresyon gibi ruhsal yakınmalarına çözüm ararlar. Bazen de cinsel kimliklerle ilgili kavram karmaşası nedeniyle bireyler kendilerini ifade etmekte zorlanırlar. İyi bir öykü alındığında bireyin ne için yardım aradığı anlaşılabilir. Örneğin; psikiyatri polikliniğine, “Ben erkek olmak istiyorum, yardım edin!” diye gelen hastanın;

- 1) Bedensel kimliği hem kadın hem erkek olabilir, interseks açısından araştırılmalıdır. Aslında “Klitorisim büyük, memelerim küçük. Baktım kardeşiminki gibi değil, bir erkek bunu ister mi ki” demektedir.
- 2) Cinsiyet kimliği erkek olabilir. Aslında “Ben kadın bedeni içine hapsolmuş bir erkeğim” demektedir.
- 3) Cinsel rol kimliği ile ilgili toplumla çatışmalı olabilir. Aslında erkek egemen toplumda var olabilmek için “Keşke erkek olsam da babam okutsa, çalışabilsem, annem gibi şiddete uğramasam, annem bile kadın gibi kadın ol diye baskı yapıyor” demektedir.
- 4) Cinsel yönelimi hemcinsine olabilir, toplumun inanışlarının etkisinde ancak erkek olması mümkün olursa bir kadınla yakınlaşabileceğini düşünmektedir. Aslında, “Ben kadını ama kadınlardan hoşlanıyorum, evlendirmek istiyorlar, bir erkekle ne yaparım” demektedir.

Sonuç

Farklı olma hali; hele de bu farklılık üzerinde hiç konuşulmayan, ayıplar ve yasaklarla çevrili bir alan olan cinsellikteyse, kolaylıkla ötekileştirilebilmekte ya da yok sayılmaktadır. Ötekileştirme

maalesef sağlık profesyonelleri arasında da belirgin olabilmektedir. Günümüzde giderek artan sayıda birey, cinsiyet kimliği ya da cinsel yönelimleriyle ilgili kendilerini tanımak ve destek almak için talepte bulunmakta, yine artan sayıda ebeveyn çocuklarıyla ilgili bilgi almak için sağlık profesyonellerine, kimi zaman psikiyatriste başvurmaktadır. Ne yazık ki sağlıkçıların da heteroseksüel olmayanlarla ya da cinsiyet kimliği bedensel kimliğine uygun olmayanlarla ilgili bilgileri sınırlıdır. Öte yandan bir başka ulaşılabilir bilgi kaynağı olan internet ve medya, bu konuda çok “kirlidir”. İnternette farklı cinsel kimliklerle ilgili yanlış bilgi veren kişi ve kurumlar artmakta, değiştirme vaadiyle bireyler ve aileler istismar edilebilmektedir.

Toplumun bilinçlendirilmesine, sağlık çalışanları ve eğitimcilerden başlanmalıdır. Topluma bu alanda yol göstermesi, bilgi aktarması beklenen sağlık çalışanlarının cinsellikle ilgili bilgilerinin artırılması, aslında tabuları ve mitleriyle çalışılması önemli gözükmektedir.

Ülkemizde cinsellik eğitiminin küçük yaştan itibaren doğru olarak verilmesi sağlanamaz, cinsel hak ve özgürlükler bireye özümsetilemez, ayrımcılıkla mücadelede yol alınamazsa cinsel sağlıktan hiçbir zaman söz edemez durumda olacağız. Yine erkekler erkek olarak doğacak, sünnet olup daha bir erkek, askerlikle tastamam erkek olacak. Yine hiç ağlayamayacaklar, yine cinsellikte her şeyi bilen, cinselliği yöneten, sürdüren olacak, yüklenecekler. Kadınlar yine kız olarak doğup adet kanamasıyla “genç kız”, evlenince “çileli kadın” olacaklar. Ve yine “has kadın” olmak cinsellikle ilgili hiçbir şey bilmemeyi gerektirecek. Uygun eğitim verilip, temel insan hakları benimsenilemezse heteroseksist toplum yine herkesi heteroseksüel kabul edecek, farklı yönelimleri ya da cinsiyet disforisi olanlar damgalanacak ve biz nefret cinayetlerine seyirci kalmaya devam edeceğiz.

Son söz olarak cinsellikle ilgili her alanda doğru bilgiyle donatılmış psikiyatrist ve diğer ruh sağlığı çalışanlarının cinsel kimliklere yönelik ayrımcılık ve damgalanma ile aktif mücadelesi ve savunuculuğunun önemli bir adım olacağı görüşündeyim.

Kaynaklar

Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Çev. Ertuğrul Köroğlu, 2013

Koray Başar. Bedensel cinsiyet, Cinsiyet Kimliği, Cinsel Yönelim, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, Bilgilendirme Dosyası-10, 2013

Şahika Yüksel. Farklı Cinsel Kimlikler. İstanbul Üniversitesi Yayınları, 2009

Wilson G, Rahman Q. Born Gay: Psychobiology of sex orientation. London Peter Owen Publisher 2005

Zehra Y Dökmen. Toplumsal cinsiyet; Sosyal Psikolojik Açıklamalar, İstanbul sistem yayıncılık 2006

Cinsiyet değiştirme hukuku

Prof. Dr. H.C. Hakan Hakeri



1966 yılında doğdu. 1987 yılında İstanbul Hukuk Fakültesi'nden mezun oldu. 1996'da Almanya'nın Köln Üniversitesi'nde doktorasını tamamladı. 1996-2005 arasında Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde görev yaptı. 2005'te Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi'ne atandı. 2007'de profesör oldu. Değişik tarihlerde Almanya, Avusturya ve ABD'de konuk öğretim üyesi olarak araştırmalar yaptı. Tıp Hukuku Derneği kurucu başkanı olan Hakeri, aynı zamanda Tıp Hukuku Dergisi Editörüdür. Yayınlamış 12 kitabı ve çok sayıda makalesi vardır. Kitapların 2'si Almanya'da, makalelerin 6'sı Almanya'da, birer makale de İspanya ve İtalya'da yayımlanmıştır.

Cinsiyet değişikliğine ilişkin müdahaleler de bir **tıbbi müdahaledir** ve bu anlamda tıbbi müdahalenin genel koşullarına tabidir.^(1,2) Ancak bu müdahaleler bakımından **endikasyon** şartı yönüyle sıkıntılar vardır.⁽³⁾ Ayrıca yapılan operasyon **kısırlaştırma** niteliğindeyse, Türk Ceza Kanunu kapsamında cezalandırılan bir eylem söz konusu olabilecektir (TCK 101). Bu nedenle, **açık bir kanun hükmüyle** bu tür tıbbi müdahalelere müsaade edilmesinde zorunluluk vardır.⁽⁴⁾ Nitekim kanunumuzda açık hüküm bulunmadığı dönemde **Yargıtay, cinsiyet değişikliği yapılmasının mümkün olmadığını**, zira kişinin vücudu üzerinde tasarruf yetkisinin bulunmadığına karar vermiştir.⁽⁵⁾ Bu kararında Yargıtay psikolojik endikasyonu da kabul etmemiştir.⁽⁶⁾

Öğretide de ameliyatla cinsiyet değiştirilse bile, transseksüelin kimliğinin değişmediği, cinsel kimliğinin devam ettiği, dış görünüşü itibarıyla karşı cinsin görüntüsüne sahip olsa bile o cinsin üreme yeteneğine sahip olmadığı, bu nedenle cinsiyet değişiminin hukuka aykırı olduğu da ileri sürülmüştür.⁽⁷⁾ Keza önceki Medeni Kanunumuza 1988 yılında eklenen hüküm bağlamında, hermafrodit özellikler göstermeyen bir kimse üzerinde yapılacak cinsiyet değişikliğinin bir tıp adamının suç ortaklığına işaret edeceğine dikkat çekilmiştir.⁽⁸⁾

Ülkemizde konu ilk defa **1988 yılında Medeni Kanun'a** yapılan bir ek ile düzenlenmiş, ancak düzenlemenin aşırıya gittiği, çok geniş bir düzenleme olduğu ve tam bir cinsiyet karmaşasına

yol açtığı ifade edilmiştir.^(9, 10) **Yabancı ülkelerde** ise konuya ilişkin düzenlemeler yapıldığını görmekteyiz. İsveç, Almanya ve İtalya'da konuya ilişkin özel kanunlar çıkarılırken, Hollanda'da bizde olduğu gibi Medeni Kanun'a bir ek yapılmakla yetinilmiştir. Avrupa'da cinsiyet değişikliğini düzenleyen beşinci ülke Türkiye olmuştur.⁽¹¹⁾ Almanya'da 1980 yılında çıkarılan Transseksüeller Kanunu konuyu düzenlemektedir. 1988 yılında önceki kanunumuza alınan hükümde bu kanun göz önünde bulundurulmazken, yeni kanunumuzun esas itibarıyla bu kanundaki hükme göre şekillendirildiği anlaşılmaktadır.

İsveç Hukuku'nda 1972 tarihli bir kanunda yine ülkemizdeki düzenlemeye paralel bir hüküm sevk edilmiştir. Buradaki şartlar da Medeni Kanunumuzdaki düzenleme ile Alman Kanunu'ndaki düzenlemelere paraleldir. Orada da Almanya'da olduğu gibi eşcinsellerin cinsiyet değiştiremeyeceği kabul edilmektedir.⁽¹²⁾ Konuyla ilgili olarak İnsan Hakları Avrupa Mahkemesi'nin de kararları bulunmaktadır:

Almanya'da bir kişinin mahkeme sürecinin uzun sürmesini İHAM'a götürmesi üzerine Alman Anayasa Mahkemesi cinsiyet değişikliği üzerine nüfus kaydının da düzeltilmesi gerektiğine ilişkin bir karar vermiş ve bu karar üzerine, Almanya'da kanuni düzenleme yapılmıştır. Yine komisyonunun **Belçikalı** başvuru ile ilgili verdiği 1979 tarihli bir ihlal kararı olduğu aktarılmaktadır.⁽¹³⁾

Daha yeni kararlarda, İHAM, 8.ve 12.maddenin ihlal edildiğine karar vermektedir. **I vs. Birleşik Krallık** kara-

rında başvuru kişinin cinsiyet değişikliği ameliyatı sonrasında kadınlara özgü olan hemşirelik mesleğine kabul edilmemesi 8.maddenin ihlali olarak değerlendirilmiştir.

Kanuni düzenleme

Yeni Medeni Kanunumuzda konu, öncekine nazaran daha ayrıntılı ve sınırlayıcı bir biçimde düzenlenmiştir. **Medeni Kanun'un** 40. maddesine göre, cinsiyetini değiştirmek isteyen transseksüellere, mahkemece izin verilebilir.⁽¹⁴⁾ Bunun için şu şartların gerçekleşmiş olması gerekir.⁽¹⁵⁾

1. Kişi şahsen başvuruda bulunmalıdır.

2. **18 yaşını doldurmuş** olmalıdır.⁽¹⁶⁾ Cinsiyet değişikliği talebinde bulunacakların normal yoldan reşit olması gerekmektedir. Buna karşılık, evlenme veya mahkeme kararıyla reşit sayılanların cinsiyet değiştirmeleri mümkün değildir. Ayrıca başvuran kişinin temyiz yeteneğine de sahip olması gerekir.⁽¹⁷⁾

3. Davacı **evli olmamalıdır**.⁽¹⁸⁾ Evli bir kimsenin cinsiyet değiştirmesinin evlilik ve özellikle de çocuklar üzerindeki muhtemel olumsuz etkisi göz önünde bulundurularak, bu şart ihdas edilmiştir.⁽¹⁹⁾ Evlendikten sonra mahkeme kararı olmaksızın cinsiyet değiştirme halinde ise evlilik kendiliğinden sona ermez. Bu takdirde boşanma davası açılarak boşanmanın sağlanması gerekir.⁽²⁰⁾

4. Ayrıca davacı, **transseksüel** yapıda olup, cinsiyet değişikliğinin ruh sağlığı

açısından zorunluluğunu ve üreme yeteneğinden sürekli biçimde yoksun bulunduğunu bir eğitim ve araştırma hastanesinden alınacak **resmî sağlık kurulu** raporuyla belgelemelidir.⁽²¹⁻²³⁾

Transseksüellik, psikiyatrik literatürde, cinsel kimlik bozuklukları (gen-der identity disorders) veya psikoseksüel bozukluklar (psycho-sexual disorders) olarak görülen psikiyatrik vakalardandır ve “ergenliğe ulaşmış bir kimsenin, belirlenen cinsiyeti ile ilgili olarak ısrarlı rahatsızlığı ve uygunsuzluğu konusundaki duyguları” olarak tanımlanmaktadır.⁽²⁴⁾ Transseksüellerin kendilerini eşcinsel görmediği ve bu tür ilişkilere de karşı oldukları aktarılmaktadır.⁽²⁵⁾

Üreme yeteneğinden yoksun olma şartını doğuştan yoksunluk olarak anlamamak ve daha önce çocuk sahibi olanların cinsiyet değiştirmelerine engel olacak şekilde yorumlamamak gerekir. Aksi takdirde cinsiyet değişikliği önemli ölçüde sınırlanmış olur.⁽²⁶⁾ Bu şartın, ameliyata izin verilmesi için aranması eleştirilerek, örneğin Almanya’da bu şartın nüfus kaydının düzeltilmesi sırasında arandığı, kanunumuzdaki haliyle bu ameliyatın neredeyse hiç bir zaman mümkün olamayacağı ifade edilmektedir.⁽²⁷⁾ Bu düzenleme esasen **endikasyonu esas alan** bir düzenlemedir. Başka ifadeyle tıbbi bir gereklilik aranmaktadır. Bu yolla cinsiyet değişikliği sadece biyolojik açıdan değil, ruhsal açıdan da zorunlu olma koşuluna bağlanmıştır. Bu koşulların gerçekleşip gerçekleşmediğinin gelişigüzel doktor raporlarına bağlanmaması için de uzmanlardan oluşan bir resmi sağlık kurulu raporu alınması öngörülmüştür.⁽²⁸⁾ Rapor zorunluluğu, kişilerin “*ben ruhen erkeğim/kadınım*” gibi gerekçelerle ameliyat yaptırmasının önlenmesini sağlamıştır.⁽²⁹⁾

Kanun, kurul raporu aradığından, tek imzalı doktor yazısı yeterli değildir.⁽³⁰⁾ Bununla beraber kanun, kurulun kaç hekimden ve hangi uzmanlık alanlarından oluşması gerektiğini de düzenlememiştir. Böylece bu husus, tıp bilimine bırakılmış bulunmaktadır. Öğretide ise iki hekimin de vereceği raporun kurul raporu olacağı, ancak bunun kabul edilemeyeceği, özellikle üroloji, jinekoloji, anatomi, cerrahi, endokrinoloji, psikiyatri ve psikoterapi uzmanlarından en az birer kişinin bulunacağı bir sağlık kurulunun rapor düzenlemesi gerektiği de ileri sürülmektedir. Transseksüeller açısından endikasyon daha çok ruhsal endikasyon olduğundan, özellikle psikiyatristin kurulda bulunması zorunluluk arz etmektedir.⁽³¹⁾ Hâkim, rapor açısından belirli kıstaslar koymak konusunda özgürdür. Hâkim, bu rapor ışığında, ameliyatın tek çare olduğu, davacı açısından yararlı olacağı, ameliyatın geçici



bir heves olmadığına kanaat getirerek ameliyata izin vermelidir.⁽³²⁾

Öğretide çifte cinsiyetli kişilerin de bu ameliyatı yaptırmalarının mümkün olduğu, buna karşılık **travestiler** açısından bu hükmün uygulanamayacağı görüşü savunulmaktadır.⁽³³⁾ Yine **eşcinseller** bakımından da cinsiyet değişikliği ameliyatına müsaade edilmemesi gerektiği belirtilmektedir. Zira homoseksüelin doğuştan cinsiyeti belli ve stabil olmasına rağmen, aynı cinsten kimselerle cinsel ilişkiye girmektedir.⁽³⁴⁾ Verilen izne bağlı olarak amaç ve tıbbî yöntemlere uygun bir cinsiyet değiştirme ameliyatı gerçekleştirildiğinin resmî sağlık kurulu raporuyla doğrulanması hâlinde, mahkemece nüfus sicilinde gerekli düzeltmenin yapılmasına karar verilir (MK 40/2).

Görüldüğü üzere, cinsiyet değişikliği kişinin tamamen keyfi olarak yaptırabileceği bir tıbbi müdahale değildir. Bunun için **mahkemeden izin alınması** gerekmektedir. Ayrıca kanun ikili bir düzenleme öngörmüştür. Öncelikle mahkemenin cinsiyet değişikliğine izin vermesi ve sonra da bu izne bağlı olarak yapılan

Cinsiyet değişikliğine ilişkin müdahaleler de bir tıbbi müdahaledir ve bu anlamda tıbbi müdahalenin genel koşullarına tabidir. Ancak bu müdahaleler bakımından endikasyon şartı yönüyle sıkıntılar vardır. Ayrıca yapılan operasyon kısırlaştırma niteliğindeyse, Türk Ceza Kanunu kapsamında cezalandırılan bir eylem söz konusu olabilecektir (TCK 101). Bu nedenle, açık bir kanun hükmüyle bu tür tıbbi müdahalelere müsaade edilmesinde zorunluluk vardır.

Cinsiyet değişikliği kişinin tamamen keyfi olarak yaptırabileceği bir tıbbi müdahale değildir. Bunun için mahkemeden izin alınması gerekmektedir. Ayrıca kanun ikili bir düzenleme öngörmüştür. Öncelikle mahkemenin cinsiyet değişikliğine izin vermesi ve sonra da bu izne bağlı olarak yapılan ameliyat nedeniyle mahkemenin nüfus sicilinde gerekli düzeltme yapılmasına karar vermesi. İzin alınmadan ameliyat yaptırılması halinde ise nüfus kaydının değiştirilmesi mümkün olmayacaktır.

ameliyat nedeniyle mahkemenin nüfus sicilinde gerekli düzeltme yapılmasına karar vermesi (TMK 40/1 ve 2).^(35, 36) İzin alınmadan ameliyat yaptırılması halinde ise nüfus kaydının değiştirilmesi mümkün olmayacaktır.⁽³⁷⁾

“Yargıtay, bir kararında, davacının kadın cinsiyetinden erkek cinsiyetine geçebilmesi için gerekli olan ameliyatlardan birincisini olduğu ancak, kadından erkeğe cinsiyet dönüşümünün ikinci aşama ameliyatı olan hastaya erkek cinsel organın takılması ameliyatının henüz yapılmadığı, bu durumda ancak cinsiyet değişikliğinin ikinci aşamasının yapılıp, gerekli olan sağlık kurulu raporunun sunulması halinde cinsiyet değişikliğinin nüfus siciline işlenmesine karar verilebileceğini belirtmiştir”.⁽³⁸⁾

Burada karşımıza çıkan bir sorun, bu tıbbi müdahalenin Türk vatandaşı olmayan kimselere de yapılıp yapılamayacağıdır. Kanımca, kanun ayrıca bir sınırlama getirmediğinden ameliyatın yabancılara da yapılması mümkündür. Kanunda belirtilen süreç yabancılar açısından da geçerli olacak, mahkeme izin verecek, ancak ameliyat sonrası nüfus kaydına işlenmesi ancak Türk vatandaşları bakımından söz konusu olabilecektir.

Cinsiyet değişikliği askerlik, emeklilik yaşı ve özellikle medeni hukuk başta olmak üzere birçok yönden önemli hukuki sonuçlar doğurmaktadır.⁽³⁹⁾

Kaynaklar

1) Dünyada ilk defa erkek cinsiyet organı çıkarılan ve yerine yapay bir vajına yapılan George adındaki bir hastaya “Christine” adının verilmesi bu ameliyatlara “Christine ameliyatı” denilmesine neden olmuştur. Tibben bu yolu gerçekleştiremeyenlerin ise kendi kendilerini iğdiş etme, penis kesme gibi girişimlerde bulundukları üzücü olaylara rastlanmaktadır”, Güven, Kudret, “Cinsiyet Değişikliği ve Hukuki Sonuçları”, GÜHFD, C.1, S.1, 1997, 47.

2) Bkz., Hakeri, Hakan, Tıp Hukuku, 7. Baskı, Ankara 2013, 275 vd.

3) Nitekim öğretide de önüne gelen ve dileyen herkesin bu müdahaleyi yaptırmasına imkân tanınmaması gerektiği ileri sürülmektedir, Zevkililer, Aydın, “Medeni Kanun ve Cinsiyet Kargaşası”, TBDD 1988, 268.

4) Ülkemizde konuya ilişkin bir kanun hükmü çıkarılmadan önce de cinsiyet değişikliği ameliyatlarının yapıldığı, öğretide aktarılan vakalardan anlaşılmaktadır. Hatta bu vakaların bazılarında, yerel mahkemeler nüfus kaydının düzeltilmesine de karar vermiş, kararlar Yargıtay’a gitmeden kesinleşmiştir, bkz., Öztürel, Adnan, “Transseksüalizm ile Hermafroditizmde Yasal, Tıpsal ve Adli Tıp Problemleri”, Kısım II, AÜHFD 1981, C.38, S.01-04, s. 268. Vakalar için bkz. s. 269 vd.: “İ. İli valiliği 205 sayılı 1980 sayılı yazılıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına başvurulmuş, ilin çeşitli yerlerinde yakalanan, tenasül organlarına, özel uzmanlarca estetik ameliyatla kadın yapılan erkeklerin, mahkemelerce kadın olduklarına karar verildikleri ve bu cinsiyette hüviyet cüzdanı çıkarttıkları, bunların durumlarının yasal olup olmadıkları, zührevi hastalık bakımından ne yapılacağı, nerelerde çalıştırılıp çalıştırılmayacakları ve ameliyat yapmanın veya yaptırmamanın suç teşkil edip etmeyeceğini, bu gibi kişiler, gizli fuhuş yapanlar, genelevde çalışanlar hakkında ne gibi işlem yapılacağı sorulmuştur.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Danışma Kurulu Başkanlığı aşağıdaki mütalâayı vermiştir.

Ameliyatla kadınlaştırılmış kimseler için yasalarımızda özel bir kayda rastlanamamıştır. Dosyada mevcut 6 şahsa ait tutanaklarda bu kişilerin ameliyatla kadın oldukları ve sonradan cinsiyet ve tashihi için mahkemelere müracaat ettikleri ve istekleri yönünden ittihaz olunan kararda aynı zamanda cinsiyetlerine uygun isim aldıkları ifade olunmaktadır. Bu ifadeleri teyit eder mahiyette olup dosyada mevcut E. ilçesi Asliye 2. Hukuk Mahkemesinin Esas 1977/472 ve Karar 1977/443 Dosya Sayılı Karar fotokopisi ile Plastik ve Rekonstrüktif Şirürji Mütahassısı Dr. S.K.E.’nin rapor örneği bu işlem ve ameliyatları yasal ve tıbbi yönden desteklemektedir. Dosyada 2 şahsa ait tutanakla bunların ameliyat oldukları ancak, nüfus kaydı yönünden bir işleme başvuru yapılmadıklarına değinilmektedir. Bir kişi ise kadındır. Ameliyat olmamıştır. İ. İli Genel Kadınlar ve Genelevlerin Tabi olacakları Hükümler ve Fuhuş Yüzünden Bulaşan Zührevi Hastalıklar Mücadele Komisyonu Başkanlığının 20.5.1980 gün ve 180 sayılı kararında bu tür ameliyatları yapmanın ve yaptırmamanın suç teşkil edip etmeyeceği hususundaki endişenin yersiz olduğu, Hermafrodit bir şahısta cinsiyet ameliyatlarının üstün olduğu istikamette bir Cerrahi müdahalenin tabii olacağı, görüşüne varılmış olup, genelevlerde çalışan bu gibi kişilerde Umumi Hıfzıssıhha ve İş Kanunları hükümlerine göre işlem yapılmasının uygun bulunduğu düşünülmektedir”.

5) “Kamuoyunca yakinen tanınan ve sempati de

toplayan bir ses sanatçısının transseksüel olduğunu gösteren bir takım açıklamalar ve gerekçelerle yaptırdığı cinsiyet değiştirme ameliyatından sonra, nüfus kaydında da buna göre cinsiyet değişikliği kaydının yapılmasını dava etmesi üzerine yerel mahkeme bu istemi kabul ederek cinsiyet değişikliğinin nüfus kütüğüne işlenmesine karar vermiştir. Bu karar temyiz edilmiş ve temyiz incelemesini yapan Yargıtay 2. Hukuk Dairesi, sadece üreme organının dış görünümünün ameliyat yolu ile değiştirilmesinin yeterli olmadığını, ayrıca kişinin kendisini ruhsal yönden de gerçekten kadın gibi hissedip etmediğinin hekim raporu ile belirlenmesi gerektiğini, oysa yerel mahkemenin bu hususu gereğince incelemeyeceği gerekçesi ile karar 21.1.1981 günkü karar ile bozmuştur. Bozma üzerine yerel mahkemenin yaptırdığı bilirkişi incelemesi sonunda verilen hekim raporunda, ameliyatta sadece bir vajına deliği açıldığı, oysa kişide, uterus (rahim), yumurtalık ve doğurma yeteneği bulunmadığı, bu nedenle aslında ameliyatla cinsiyetinin de değişmediği, kişinin transseksüel değil, homoseksüel olduğunun kabulü gerektiği belirtilmiş, bu görüşe uyarak nüfus kaydı değişikliğini reddeden yerel mahkemenin kararı, Yargıtay tarafından da onaylanmıştır”, Zevkililer, 276.

6) Adli Tıp raporlarında belirlenen husus, davacının dış görünümü itibarıyla tamamen kadın olduğu, vücudunun kadınlara özgü tüm özellikleri taşıdığı ve kendisini kadın olarak hissettiği davranışlarının da o yolda bulunduğu, geçirdiği ameliyat sonucu erkeklik organının yok edildiği, kadın olarak cinsel ilişkiyi başardığı ve bundan zevk duyduğu homoseksüel yaşantısını bir kaç yıldan beri terk ettiği, bugünkü hali ile kadın olması lazım geldiği merkezindedir. Raporlarda belirlenen hususlar doğuştan erkek olduğu halde, özgür iradesi ile ve operasyonla erkeklik organlarını yok ettiren, psikolojik yönden kendini kadınlığa intibak ettiren ve sun’i yolla da olsa vücudunu kadınlara özgü bir görünüme getiren kişiyi tanımlamaktan ibarettir. Oysa yürürlükte bulunan hukuk kuralları iradi şekilde cinsiyet değişikliğine cevap vermemektedir. Her şeyden önce, böyle bir eylem kişilik hakkı (şahsiyet hakkı) üzerinde tasarruf niteliği tanımaktadır ki, Medeni Kanun’un 23.maddesi buna engeldir.

Zira bir kimsenin kanunda açıkça yer verilmeyen hallerde beden tümlülüğü (ki buna cinsi tamamiyet ve onun idamesi de dâhildir) üzerinde tasarruf etmek hakkı yoktur. O halde serbest irade ile kişi cinsiyetini keyfince değiştiremez. Aksi kabul edilirse iş, kişilik hakkı üzerinde tasarrufla kalmaz, kanuna karşı hilelere kapı aralanmış olur. Sözgelimi eşinden boşanamayan kimse cinsiyetini değiştirerek ve aynı cinsten kişilerin evli olamayacakları kuralına dayanarak evlilik bağına çözüm bulmaya çalışarak sağlama bulur. Bu örneklerle kimsenin olumlu cevap vereceğini sanmıyoruz. Her ne kadar yanlışlığın devamına hukuk ilgisiz kalamaz ise de hukukun öngördüğü husus, çift organlı olarak doğmuş olan (yani hünsa durumunda bulunan) ve zamanla inkişaf eden cinsiyetine göre ameliyatla durumu açıklığa kavuşanların, iş bu gerçek cinsiyetleri ile nüfus kayıtlarındaki çelişkinin düzeltilmesini sağlamaktır. Dosyadaki raporlar olayın gelişimi ve yürürlükteki hukuk karşısında davacı, hangi cinsel duygular içinde bulunursa bulunsun, ne yolda cinsel tatmine ulaşırsa ulaşsın, psikolojik yapısında ne gibi değişiklik meydana gelirse gelsin, özgür iradesi ile yok ettiği cinsiyetine dayanarak karşı cinsten olduğunun tespitini yani cinsiyetinin değiştirilmesini isteyemez.

Davacının, serbest iradesi ile vaki ameliyat yüzünden cinsiyetinin (erkekliğinin) gerektirdiği imkânları yeniden elde edemeyecek duruma gelmiş olması da vermek istediği amaca ulaşmasını haklı kılmaz. Yani kanun, kişilik hakkına bizzat saldıran kimsenin, meydana getirdiği sonuçta hukukta yeri olmayan

bir çare bulmaya mecbur değildir. Herkes yanlış eylemlerinin sonuçlarına katlanmak zorundadır. İşe, duygusal zeminde çözüm aramak doğru olamaz. Çünkü hukuk, hak karşısında ne kadar şefkatli ise hata söz konusu olduğu hallerde de o derece müsamahasızdır. Erkekliğini yitirmiş ve fakat kadın da olamamış bir kimsenin caresizliğine birlikte acınır, ama kanun bir yana itilerek imkân hazırlanamaz. İbraz edilen hukuki mütalaaya gelince bir rapor sonucu itibari ile olması gereken hukuk kuralına aykırılık vermektedir. Oysa mahkemeler mevzu ve mer'i hukuka göre Karar vermekle yükümlüdür. Meğerki Medeni Kanunumuz 1. maddesinde vurgulanan kanun boşluğu mevcut olsun. Oysa olayımızda açık ve kapalı bir kanun boşluğu yoktur. Yani yürürlükteki hukuk, bu konuda hüküm vermeye yeterlidir. Onun için olması gereken hukuku, yürürlükteki hukukun yerine koymak sureti ile karar verilemez. Eğer olması gereken hukuk iddiası kamu yararına ise bunu kanun koyucu ele alıp bir düzenleme yapabilir. Açıklanan gerekçeler karşısında mahkemenin kesin hükme dayalı gerekçesi yerinde değilse de davayı esastan reddetmesi doğrudur. Bu itibarla temyiz itirazlarının tümünün reddi ile hükmün ONANMASINA, aşağıda yazılı onama harcının temyiz edene yükletilmesine, birinci benkte Turgut Kaya Ülkü'nün, ikinci benkte ise Namık Kemal Yalçınkaya'nın muhalefeti ile oyçokluğuyla karar verildi, 2. HD, 27.3.1986, 651/3256.

Bu karar 1988 yılında Medeni Kanun'da yapılan değişikliğin nedeni olmuştur. Yargıtay'ın yaptığı dar yorum kanuna hüküm eklenmesine neden olmuştur, Will/Öztan, 239.

7) Bkz. Güven, 54, dn. 86.

8) Hatemi, Hüseyin/Serozan, Rona, Aile Hukuku, İstanbul 1993, 98.

9) Önceki Medeni Kanunumuzun düzenlemesi şöyleydi (md. 29/2): "Doğumdan sonra meydana gelen cinsiyet değişikliğinin asgari sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde nüfus siciline gerekli düzeltme yapılır. Bu konuda açılacak davalarda cinsiyeti değiştirilen kişi evli ise, eşe de husumet yöneltilir ve aynı mahkeme, varsa ortak çocukların velayetinin kime verileceğini de tayin eder, cinsiyet değişikliği kararının kesinleştiği tarihte, evlilik kendiliğinden son bulur" .

10) Zevkliler, 278. "Öte yandan düzenlemede, "ortak çocukların velayetinin kime verileceğini hakimnin ayrıca belirleyeceğini" kaleme alan Yasakoyucu, çocukların eğitimi ve ruh sağlığı bakımından son derece sakıncalı bir başka kargaşa yaratmıştır. Velayetin hangi tarafa verileceği hakimnin takdirinde olduğuna göre, hakim gerekli görürse, cinsiyet değiştiren tarafa bile velayeti verebilecektir. Böyle bir durumda, yıllarca baba bildikleri ve «baba» diye hitap ettikleri kişiyi karşılarında birden bire karşı cinsten biri olarak gören ve hatta ameliyatla cinsiyet değiştiren kadın olduktan sonra başka erkeklerle intim ilişkilere girdiğini gören çocukların ne gibi uyumsuzluk ve bunalımlar içine düşebileceklerini tahmin etmemek mümkün müdür?"; Zevkliler, 279.

Kanun önerisi mecliste ayrıntılı tartışılmamış, sadece alay konusu edilmiştir:

«Muhafazakâr hükümeti, enflasyon, hürriyet, demokrasi gibi büyük meseleleri tamamladıktan sonra, çok gelişmiş Batı'mn en önemli problemlerinden birini Türk toplumuna getirmiş olmasından dolayı tebrik ederiz», bkz. Will/Öztan, 238.

11) Will, Michael/Öztan, Bilge, "Hukukun Sebebiyet Verdiği Bir Acı –Transseksüellerin Hukuki Durumu–", AÜHFD, 1993, C.43, S.01-04, s. 227, 229.

12) Zevkliler, 275.

13) Ayrıntılar için bkz. Will/Öztan, 265 vd.

14) Önceki Medeni Kanunumuz döneminde daha farklı bir düzenleme vardı. Bu uygulamada kişiler doğrudan cinsiyetlerini değiştirmekte ve cinsiyet değişikliğine ilişkin asgari sağlık raporu ile mahke-

meye başvurarak nüfus sicilinde gerekli düzeltmenin yapılmasını istemekteydiler. Böylece mahkemenin hiç bir takdir yetkisi olmaksızın, hiç bir ön denetim de olmaksızın, cinsiyet değişikliği ameliyatı yapılmakta ve mahkeme bir nevi onay makamı niteliğinde olarak, söz konusu değişikliği nüfusa bildirmek-teydi. Böylece gelişigüzel cinsiyet değişiklikleri yaptırılarak mahkemelerin adeta bir emrivaki ile karşı karşıya bırakıldığı ileri sürülmekteydi, bkz. TMK 40. madde gerekçesi. Öğretide de maddenin bu haliyle mahkemeye bir "oldu-bitti"yi tescil ödevi yüklediği ifade edilmişti, Hatemi/Serozan, 99. Yine bu hükmün mevcut hükümden en önemli farkı da, cinsiyet değişikliğine ilişkin herhangi bir tıbbi kriter de öngörmemiş olmasıydı. Hâlbuki yürürlükteki kanun sağlık raporu düzenleyecek kurulun esas alacağı hususları da düzenlemiş bulunmaktadır.

15) Krş. 2.HD, 04.10.2011, 11100/14833. Önceki Medeni Kanun'un düzenlemesi nedeniyle, bu tür operasyonlara neredeyse hiç sınır getirilmediği, yeni kanunun ise aşırı bir sınırlama getirdiği ileri sürülmektedir, Sağlam, İpek, "Türk Medeni Kanunu Madde 40 Üzerine Bir Değerlendirme", AÜEHFD, C.VIII, S. 3-4 (2004), 466.

16) Alman Transseksüeller Kanunu 25 yaş sınırı öngörmüştü. Ancak Alman Anayasa Mahkemesi bu sınır Anayasa'ya aykırı bularak iptal etmiştir, bkz., BVerfG, 60 123.

17) Akipek, Jale/Akıntürk, Turgut, Türk Medeni Huku-ku, C.1, 6. Baskı, İstanbul 2007, 493; Sağlam, 460.

18) 743 sayılı eski Medeni Kanunumuz evli olanların da cinsiyet değiştirmesine imkân tanımıştı. Buna göre, mahkemenin cinsiyet değişikliğine ilişkin vereceği kararın kesinleşmesiyle beraber evliliğin de kendiliğinden sona ereceği hükme bağlanmıştı. Açılacak davada eşe de husumetin yöneltilmesi gerektiği, mahkemenin varsa ortak çocukların velayetinin kime verileceğini de tayin edeceği maddede açıkça düzenlenmişti (bkz. md. 29/2). Öğretide de evli olmayan kişiler bakımından da bu müdahaleye izin verilmesi gerektiği görüşünü savunan yazarlar bulunmaktadır, Güven, 64.

19) TMK 40.madde gerekçesi.

20) Hatemi, Hüseyin/Kalkan Oğuztürk, Burcu, Kişiler Hukuku, İstanbul 2013, s. 77; öğretide bu takdirde tek çözüm olarak evliliğin yok olarak kabul edilmesi gerektiği de ileri sürülmektedir, Dural, Mustafa/Öğüz, Tufan/Gümüş, Mustafa Alper, Türk Özel Hukuku, C.III, 8. Baskı, İstanbul 2013.

21) Bu ifadenin Alman Transseksüeller Kanunu'ndan alındığı ve yanlış olduğu, doğrusunun "hermafrodit" olması gerektiği, bıçaklı çözümün eşcinsellerde başka sorunlara yol açabileceği hususunda, bkz., Hatemi/Serozan, 104,105; Hatemi/Kalkan Oğuztürk, 76; aksi görüşte, Güven, 49.

22) "Kişinin cinsiyetini belli eden sadece bedeni değil, aynı zamanda ruhudur. Beden ve ruh arasında çatışma çıktığında, bunlardan hangisinin üstün durumda bulunduğunu ve kişiyi erkek veya kadın olarak belirlediğini araştırmak gerekir", Neuchatel Kanton Mahkemesi Kararı, Turan Başara, Gamze, Türk Medeni Kanunu'nun 40. Maddesi Kapsamında Cinsiyet Değişikliği ve Hukuki Sonuçları, TBB, 2012, S. 103, s. 247, dn. 2'den.

23) Alman ve İsveç kanunları başta olmak üzere çoğu Avrupa ülkesi kanunlarında da bu şartın arandığı belirtilmektedir, Güven, 65.

24) Bkz., Güven, 44, 45 ve dn. 49, 50. Konuya ilişkin ayrıntılı tıbbi bilgi için bkz., Öztürel, Adnan, "Transseksüalizm ile Hermafrodizmden Yasal, Tıpsal ve Adli Tıp Problemleri", AÜHFD 1980, C.37, S. 01-04, s. 461 vd; Kısım II, AÜHFD 1981, C.38, S.01-04, s. 253 vd.

Transseksüellikte klinik tanı için şu şartlar aran-maktadır:

a. Kişinin saptanan cinsiyeti (anatomik seks) hakkında sürekli bir rahatsızlık duyması ve bunun kendisine uygun olmadığı duygusunu asması hali aranır. Hastada karşı cinsiyetin kendisini takip ve istila ettiği inancı hakimdir.

b. En az 2 yıl süreli olarak kişinin birincil ve ikincil cinsiyeti karakterlerinden kurtulma ve diğer cinsin cinsiyet karakterlerini kazanma üzerine sürekli kafa yorması ve bu konuda girişimlerde bulunması gerekir.

c. Kişinin erginlik dönemine (puberto) girmiş bulunması şarttır.

d. Fiziksel interseks veya genetik anormalliklerin bulunmaması şartı aranılır.

e. Bu halin şizofreni gibi başka ruhsal bozukluklardan kaynaklanmaması asıldır", Güven, 45. Belirtilim ki, kanunumuz, bazı yabancı kanunların da şart olarak öngörmüş olduğu, belli bir süre transseksüellikte ısrar gibi bir şartı gerekli görmemiştir.

25) Bkz. Zevkliler, 270, dn. 24.

26) Hatemi/Serozan, 100; Güven, 65.

27) Sağlam, 464, 465.

28) TMK 40.madde gerekçesi.

29) Hatemi/Serozan, 102.

30) 2.HD, 06.10.2003, 11898/12737.

31) Zevkliler, 265, 272.

32) Sağlam, 463.

33) Akipek/Akıntürk, 493, 494. Travestilik ile transseksüellik karıştırılmaktadır. Travestilik tanısı için aranan şartlar şunlardır:

"1. En az 6 aylık süre boyunca, heteroseksüel bir erkekte aykırı giyim (cross dressing) ile ilgili tekrarlanan yoğun cinsel dürtülerin ve cinsel yönden uyarıcı fantazilerin olması,

2. Kişinin bu dürtülerine göre davranışı ya da bunlardan dolayı belli bir sıkıntı duyması,

3. Erginlik veya erginlik öncesi cinsel kimlik bozukluğu veya transseksüelliğin tam ölçülerini karşılamaması,

4. Cinsel organlardan kurtulma eğiliminin bulunmaması, tersine genital organlara bir mutluluk aracı olarak bakması şartı aranmaktadır. Transseksüel ise bundan farklı olarak cinsiyet organına nefretle sırtını dönmektedir.

Transvestlik, karşı cinse ait giysileri giymek yada karşı cinsin kimi özelliklerini benimseyerek doyuma ulaşma sapkınlığıdır. Bunlarda karmaşık ve her iki cinse ait özdeşlikler vardır. Girdiği cinsel ilişkide ken-dini bazen kadın, bazen erkek rolünde düşleyebilir. Bunlardan çoğu, eşcinsel değildir", Güven, 46.

34) Güven, 60.

35) Alman Anayasa Mahkemesi, 11.01.2011 tarihli bir kararla, Transseksüeller Kanunu'nun, cinsiyet değişikliği için ameliyatı şart koymasını, aşırı bir gereklilik olarak öngörüp Anayasa'ya aykırı bul-muştur, bkz., http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20110111_1bvr329507.html (ET, 02.12.2013).

36) Gençcan, Ömer Uğur, Türk Medeni Kanunu, 1.C., 2. Baskı, Ankara 2007, s. 398; Turan Başara, 249.

37) Ayan, Serkan, Evlilik Birliğinin Korunması, Ankara 2004, s. 153.

38) Y. 2. HD., 13.02.2006 T., 17485 E., 1343 K., Turan Başara, 256, dn. 27'den.

39) Konu hakkında ayrıntılı bilgi için bkz., Güven, 66 vd.

Genetik analizler ve hukuki sorunlar

Doç. Dr. Fulya İlçin Gönenç



Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nden 1992 yılında mezun oldu. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde yüksek lisans (1996) ve doktorasını tamamlayan (2002) Gönenç, 1993 yılında M.Ü. Hukuk Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak başladığı akademik yaşamını halen olarak aynı yerde sürdürmektedir. Çeşitli üniversitelerde Roma Hukuku, sağlık hukuku ve farklı alanlarda lisans, yüksek lisans ve doktora dersleri vermektedir. Çalıştığı alanlarda ulusal ve uluslararası sempozyumlarda sunumları, makaleleri ve kitapları bulunmaktadır.

Genetik alanında bilimsel ve teknolojik gelişmelerin yarattığı hukuki ve etik sorunlar yeni olmakla birlikte, konunun ilişkin olduğu kavramlara yönelik tartışmaların bir kısmı çok eskilere dayanmaktadır. Bilgiyi üretme yöntemleri ve elde edilen bilginin kullanım amaçları her zaman sorgulanmıştır. Günümüzde hastaların tedavisinde kullanılan pek çok tıbbi uygulamanın, geçmişte etik olmayan deneyimlerin ürünü olduğu bilinen bir gerçektir. Genetik biliminin yeni ilaç hedefi ve keşfinde, tüm insanlığın yararına olan yeni tanı ve tedavi yöntemlerinde büyük gelişmeler kaydetmesi söz konusu olduğu gibi, insan doğasını değiştirmenin etkili bir aracı olarak kullanılabilmesi de mümkündür. Geçmişteki olumsuz örnekler ve uygulamalar sonucunda oluşan etik kaygılar, bir yandan genetik analizlere yönelik olumsuz, kısıtlayıcı bir bakış açısı yaratırken diğer yandan genetiğin tıp bilimine sağlayabileceği her türlü olanağın kısıtlanmaksızın uygulanmasını savunanlar da vardır. Burada yapılması gereken; insanlığın yararı ve esenliği için gerekli olan gelişmeler desteklemek, ancak kapsamının denetimini sağlayacak mekanizmaları oluşturmaktır.

Tıp ve biyoloji alanındaki gelişmelerin, özellikle genetik araştırmaların insan sağlığı bakımından taşıdığı önem tartışılmaz. Bununla birlikte genetik araştırma sonuçlarından beklenen ticari yarar ve maddi menfaatler, genetik analizler konusunda duyulan kaygıları daha da arttırmaktadır. Bu durum, gelişimin

hızını ve kapsamını belirleyecek otorite ve yöntemler konusunda küresel bir dil ve strateji oluşturulmasını, bireyin temel hak ve özgürlüklerinin korunması için uygun hukuki önlemlerin alınmasını zorunlu kılmaktadır.

Genetik analizler sonucunda elde edilen bilgilerin taşıdığı büyük değer yanında, bu bilgilerin kötüye kullanılması olasılığını da göz önünde tutmak gerekir. Biyoloji ve tıp alanında hızla artan gelişmeler; insana hem birey, hem de insan türünün bir üyesi olarak saygı gösterilmesi ihtiyacını ve insan haysiyetini güvence altına almanın önemini bir kez daha göstermiştir. Bu nedenle tüm insanlığı ilgilendiren konularda uluslararası bir uzlaşmanın sağlanması ve temel kriterlerin oluşturulması önemlidir.

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi⁽¹⁾ bu bakış açısıyla biyoloji ve tıptaki ilerlemelerin, şimdiki ve gelecek nesillerin yararı için kullanılması gerektiğini belirterek, biyoloji ve tıbbın yararlarından tüm insanlığın faydalanabilmesi için uluslararası işbirliğine ihtiyaç duyulduğunu açıkça ifade etmiştir. Sözleşmede ayrıca biyoloji ve tıbbın uygulanmasında ortaya çıkan sorunlar ve bunlara verilecek cevaplar üzerinde kamuoyu tartışması açılmasının önemi vurgulanmıştır.

İnsanların hangi hastalıklara yatkın olduğunun belirlenebilmesini, olası fiziksel ve mental bozuklukların doğum öncesinde saptanabilmesini sağlayan, genetik hastalıkların tanı ve tedavisini mümkün kılması beklenen genetik analizler, tüm insanlığın yararına yeni umut

ve olanaklar sağlarken, diğer yandan geleneksel toplumsal değerler, etik ve hukuk açısından çözülmesi gereken pek çok sorunu gündeme taşımaktadır. Konu tıp alanında kalmamakta; toplumsal, ekonomik, dini ve etik boyutlarıyla gündemde yer almakta ve tartışmalara yol açmaktadır. Hukuk, bu gibi olayları hukuki açıdan değerlendirerek, somut ve gerçekçi sonuçlara bağlamak durumundadır.

Artık genetik, hastalıklara tanı koymakla ve potansiyel ebeveynlere doğacak çocuklarının özellikleri hakkında tavsiyelerde bulunmakla kalmayıp, hatalı genlerin düzeltilmesi ve türün doğasının daha da geliştirilmesini mümkün hale getirme becerisine sahiptir.⁽²⁾ Prenatal tanılar bakımından kullanılan teknoloji ile sadece genetik hastalıklar tespit edilmemekte, yardımcı üreme teknikleri ebeveynlere tıbbi olmayan amaçların (cinsiyet seçimi, seçici kürtaj) hatta genetik iyileştirme ve yükseltme olanaklarının da kapılarını açmaktadır. Özellikle genlerimizin davranışlarımızı etkilediği yönündeki araştırmaların, daha önce çevresel yönü ağır bastığı düşünülen bazı zihinsel işlevlerin ve davranış dizgelerinin genetik temelde kazanıldığı konusunda veriler sunması ve bunlara müdahalenin mümkün olabilmesi yeni hukuki ve etik tartışmaları beraberinde getirmiştir. Genetik teknolojilerin yarattığı öjenik tehdit görünümü değiştirmiştir. Siyasal ideolojinin içine işleyen eski öjenik tehdidin yerini, tüketici talebi ve piyasa güçleriyle güdülen yeni öjeni tehditleri almış⁽³⁾ ve üreme otonomisi farklı yönleriyle sorgulanır hale gelmiştir.

Genetik analizlerin muhtemel tehlikeleri tek sorun değildir, mevcut ve hatta yasal düzenlemeler kapsamında gerçekleştirilebilen genetik analizlerden kaynaklanan sorunlar da çözüm beklemekte ve analizler sonucu elde edilen bilgilerin gizliliği konusu ayrı bir tartışmayı gündemde taşımaktadır. Elde edilen bilgilere ilişkin kayıt tutma, bu verilerin korunması ve paylaşılması sorunu önem taşır zira kişilik hakları ile yakın ilişkili olan genetik veriler korunabildiği ölçüde kişilik de korunmuş olacaktır. Tıp hukukunun temel ilkelerinden olan özerklik, kişinin kendi geleceğine ilişkin her türlü karara katılabilme daha açık bir ifadeyle geleceğini belirleyebilme hakkını içerir. Kişinin kendisine ilişkin her türlü bilgiye erişme hakkı olduğu gibi “bilmeme” hakkı olduğu da açıktır.⁽⁴⁾ Genetik analizlerin ortaya koyacağı sonuçları, örneğin kişinin bir hastalık riskini bilmek istememesi bir haktır. Ancak diğer analizlerden farklı olarak, burada elde edilen bilgiler kişinin yakınları, aile bireyleri bakımından da bir veri oluşturmaktadır.⁽⁵⁾ İlgili kişi bakımından gizliliğin korunması gerekliliği karşısında, diğer aile bireylerinden sağlıkları açısından hayati önem taşıyan bu verilerin (örneğin kalıtsal bir hastalık) gizlenmesi ya da bilmeme hakları olmasına rağmen bilginin öğrenilebilmesi hukuki ikilemlere yol açabilecektir.

Genetik analizlerin sağladığı verilerin tıp alanında teşhis ve tedavide kullanımı dışında birçok alanında kullanılabilmesi söz konusudur. Türk Hukukunda genetik analizlerin yapılmasına ilişkin özel bir düzenleme olmamakla birlikte, izin verildiği durumlar vardır. Ceza Muhakemesi Kanunu şüpheli veya sanığın beden muayenesi ve vücudundan örnek alınmasını mümkün kılarken, Türk Medeni Kanunu taraflar ve üçüncü kişilerin soy bağıнын belirlenmesinde zorunlu olan ve sağlıkları yönünden tehlike yaratmayan araştırma ve incelemelere rıza gösterme yükümlülüğünü hüküm altına almıştır. Diğer yandan adli tıpta olay ya da suç mahallinde bırakılan her türlü izin sahibinin tespit edilmesi amacıyla genetik analizler yapılabilmektedir.

“İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi”nde genetik hastalıkları teşhise veya kişinin bir hastalığa neden olan bir geni taşıdığını belirlemeye, genetik bir yatkınlığı veya bir hastalığa eğilimi ortaya çıkarmaya yönelik testlerin, sadece sağlık amaçlarıyla veya sağlık amaçlı bilimsel araştırma için ve uygun genetik danışmada bulunmak şartıyla yapılabileceği düzenlenmiştir (m.12). Aynı bakış açısını Genetik Hastalıklar Tanı Merkezleri Yönetmeliği’nde de görmek mümkündür.⁽⁶⁾ Bununla birlikte, sigorta şirketlerinin sigortalının veya işverenlerin çalışanlarının genetik bilgilerine erişmesinde menfaati olduğu açıktır.

Şirketlerin işe alım, terfi, işten çıkarmada veya sigorta primini düzenlemede bu bilgilerden yararlanmaya istekli oldukları bilinen bir gerçektir. Genellikle kabul edilen sigortacılık sektöründe ve personel alımlarında bu tür analizlerin istenmesinin kişilik haklarına bir aykırılık olduğudur. Sigorta kuruluşlarının, sigorta ilişkisinin kurulması için genetik analizler talep edemeyeceği, sigortanın kurulmasından önce elde edilmiş araştırma sonuçlarının sigortalının riziko grubunun belirlenmesi gibi sınırlı amaçlarla kullanılabileceği kabul edilirken, iş ilişkisinin kurulması ve devamı sırasında da genetik araştırma talep edilemeyeceği, daha önce elde edilen verilerin değerlendirilemeyeceği görüşü hâkimdir. Ancak meslek hastalığı tehlikesi, ağır bir çevre zararı ya da üçüncü kişiler bakımından ağır bir kaza veya sağlık tehlikesi bulunması halinde, ilgilinin onayı ile ve belirli şartlar dâhilinde sadece durumun gerektirdiği bazı analizlerin yapılabileceği kabul edilmektedir.⁽⁷⁾ Konu son derece hassastır, kişiye genetik kalıtımı nedeniyle herhangi bir ayırmacılık uygulanması yasaktır ve bu yasağa aykırılık oluşturabilecek her türlü uygulamanın önlenmesi önemlidir.

Görüldüğü gibi, genetik analizler söz konusu olduğunda, başta hasta bireye odaklanan Hipokratçı anlayış olmak üzere, tıp etiğinin temel ilkeleri yeniden sorgulanır hale gelmiştir. Bununla birlikte, bugün tartışmasız kabul edilen, temel tıbbi etik ilkelerin (yararlılık, adalet ve eşitlik, sır saklama, aydınlatma ve özerkliğe saygı ilkesi) hiç birinden genetik analizler konusunda da vazgeçilemez olduğudur.

Sonuç olarak genetik araştırmalarda temel amaç; hastanın esenliğine hizmet edilmesi yanında, genele uyarlanabilecek yapıda bir bilimsel bilginin elde edilmesi ve her hâlükârda bu bilginin gerekliliği kaçınılmazdır. Bununla birlikte bu bilgiyi elde etmeye yönelik araştırmanın her aşamasının hukuki ve etik standartlarının oluşturulması zorunludur. Günümüzde tıp alanındaki gelişmeler ve uygulamalar, dokunulamaz, değiştirilemez olarak düşünülen insan varlığının oluşumuna müdahaleye izin verebilmekte ve henüz hukuki çözümü olmayan sorunlar giderek artmaktadır. Biyoetiğin diğer alanlarında olduğu gibi genetik analizler konusunda da temel sorun, yerleşmiş değerlerin, alıştığımız bakış açımızın yeni durumlara nasıl adapte edilmesi gerektiğinden çok, tıp bilimindeki gelişmelerin bu değerleri nasıl sarstığını görmek ve tüm sorunları yeni baştan ve yeni bir bakış açısıyla ele almaktır.

Kaynaklar

1) Sözleşme, Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından, “Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanma-

Genetik araştırmalarda temel amaç; hastanın esenliğine hizmet edilmesi yanında, genele uyarlanabilecek yapıda bir bilimsel bilginin elde edilmesidir ve her hâlükârda bu bilginin gerekliliği kaçınılmazdır. Bununla birlikte bu bilgiyi elde etmeye yönelik araştırmanın her aşamasının hukuki ve etik standartlarının oluşturulması zorunludur.

sinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun” adıyla ve 5013 Kanun numarası ve 03.12.2003 tarihinde kabul edilmiştir ve 20 Nisan 2004 tarih ve 25439 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

2) Veatch, R. M. (2010); *Biyoetiğin Temelleri* (çev. Tolga Güven), s. 148.

3) Metin, S. (2010); *Biyo-tıp Etiği ve Hukuk*, s. 239.

4) Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 20’nci maddesinde “Bilgi Verilmesini Yasaklama” başlığını taşıyan düzenleme altında “bilmeme hakkı” hukuki bir temele bağlanmıştır. Hasta Hakları Yönetmeliği md. 20- İlgili mevzuat hükümlerine ve hastalığın mahiyetine göre yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; hasta, sağlık durumu hakkında kendisine veya ailesine veya yakınlarına bilgi verilmemesini isteyebilir.

5) Yıldırım, M. F., “Gen Analizleri ve Kişilik Haklarının Korunması”, *EÜHFD C. IX*, 3-4 (2007), s. 396.

6) Genetik Hastalıklar Tanı Merkezleri Yönetmeliği madde 1- Bu Yönetmeliğin amacı; birey dünyaya gelmeden önce genetik hastalıkların tanısına ve dolayısı ile tedavisine imkân sağlamak üzere, genetik hastalıkların prenatal ve/veya postnatal tanısı için açılacak genetik tanı merkezlerinin anne ve çocuk sağlığı açısından sağlıklı bir şekilde faaliyet göstermesi, denetlenmesi ile bunları işleten kamu kurum ve kuruluşlarının, özel hukuk tüzel kişilerin ve gerçek kişilerin uymakla zorunlu olduğu usul ve esasları düzenlemektir.

7) “An Analysis of The Adequacy of Current Law in Protecting Against Genetic Discrimination in Health Insurance and Employment”, A Report Commissioned by the Secretary’s Advisory Committee on Genetics, Health and Society (2205), s.17. (http://oba.od.nih.gov/oba/sacghs/reports/legal_analysis_May2005.pdf) (Erişim tarihi: 01.10.2013)

Doğum öncesi tanılar modern öjeniye kapı mı açıyor?

Yrd. Doç. Dr. Mahmut Tokaç



1963 yılında Ordu, Ünye'de doğdu. 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'da Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlüğü ile 2009-2013 arasında İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimliği görevlerinde bulundu. Dr. Tokaç halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Başkanı ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Araştırma Merkezi Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Eski Yunancada “iyi” anlamına gelen *eu* ve doğum anlamına gelen *genês* kelimelerinden üretilmiş olan *eugenics* (öjeni); “*doğuştan iyi ve güzel olan*” ya da “*iyi tür*” anlamına gelir ve insan topluluklarının genetik yapılarının kontrollü yönlendirmeyle iyileştirilmesi demektir. Öjeninin tarihi çok eskiye dayanır. Ünlü Yunan filozofu **Platon**, devletin vatandaşların üreme aktivitelerini kontrol etmesi gerektiğini ileri süren ilk düşünürdür. Platon’a göre devlet, insanların üremesini bireylerin sağlıklılıkları ve becerileri gibi bazı değişkenlere göre kontrollü bir piyango ile kararlaştırmalıydı. Bu piyangoda yüksek değerlere sahip olanların üreme şansının fazla olması gerekiyordu. Eski Romalılar da uygun bulmadıkları bebekleri Tiber Nehrinde boğarak öldürürlerdi.

Modern anlamda öjeni kavramı ise ilk olarak, İngiliz bilim adamı Francis Galton (1822 - 1911) tarafından ortaya atılmış olan; sağlıklı ceninleri ayırıp, sağlıklı ceninler yetiştirmenin yollarını arayan bir toplumsal felsefedir. Buna göre insan toplumlarının gen dağılımlarına müdahale ederek istenen bir yönde değiştirilmesi ve bu sayede “üstün ırk” yaratılması amaçlanır.

20. yüzyılın ilk yarısında çok sayıda taraftar toplayan öjeni akımına göre, nasıl sağlıklı hayvanlar birbirleriyle çiftleştirilerek iyi hayvan cinsleri oluşturuluyorsa, bir insan ırkı da ıslah edilebileceği düşünülmekteydi. 1900’lü yılların başlarında Fransız Hükümeti de, psikolog **Alfred Binet**’e zihinsel özrürlü çocukları diğerlerinden ayırma görevi verdi. ABD’li **Henry Fairfield Osborn**, *İnsan Irklarının Evrimi* başlıklı bir makalesinde, “*Ortalama bir zencinin zekâ yaşı, Homo sapiens türüne ait on bir yaşındaki çocuğun zekâsına ancak ulaşabilir.*” diye yazıyordu.

ABD’nin Indiana eyaletinde 1907 yılında kabul edilen bir kanunla zekâ özrürlüler ile sağır ya da körler zorla kısırlaştırılmaya başlanmıştır. Washington ve Kaliforniya eyaletleri 1909’da benzer bir yasayı kabul etmiştir. Virginia eyaletinde ise 1927’den itibaren zekâ özrürlüler kısırlaştırılmışlardır. ABD’nin pek çok eyaletinde 1960’lara kadar yürürlükte kalan bu yasayla 67 bin insanın zorla kısırlaştırıldığı iddia edilmektedir. Kısırlaştırılan bu zekâ özrürlülerin ezici çoğunluğu da beyaz olmayanlardandır.

Öjeniyi Almanya’da ilk benimseyen ve yayan kişi, **Ernst Haeckel**’di. Onun 1919 yılında ölümünden sonra fikirleri Nazilere miras kaldı. Yine Nazilerin öjeni konusun-

da en fazla etkilendiği kişilerden biri olan Alman tarihçi **Heinrich von Treitschke**, beyaz ırkın en üstün ırk olduğunu, sarı ırkın sanatsal yeteneklerden ve siyasal özgürlük anlayışından yoksun bulunduğunu, siyah ırkın ise hayat boyu beyaz ırka hizmet etmek için yaratıldığını savunurdu.

Adolf Hitler iktidara geldikten kısa bir süre sonra, resmi bir öjeni politikası başlattı. Alman toplumu içindeki akıl hastaları, sakatlar, doğuştan körler ve kalıtsal hastalıklara sahip olanlar, özel *sterilizasyon merkezleri*’nde toplandılar. Bu kişilere, Alman ırkının saflığını ve evrimsel ilerleyişini bozan parazitler olarak bakılıyordu. Nitekim bir süre sonra toplumdan soyutlanan bu insanlar, Hitler’den gelen gizli bir talimata dayanılarak öldürülmeye başlandı. Nazi iktidarı boyunca yaklaşık 200 tane *Kalıtım Sağlığı Mahkemesi* kurulmuş ve bu mahkemelerin kararlarıyla yaklaşık 400 bin insan “öjenik sterilizasyon”a maruz kalmıştır.

İtalya’da da **Mussolini** benzeri düşüncelere sahipti. 1935 yılında Etiyopya’yı işgal ederek 1941 yılına kadar 15 bin insanı katletti. Mussolini’ye göre Etiyopyalılar siyah ırktan oldukları için aşağıydılar ve İtalyanlar gibi üstün bir ırk tarafından

yönetilmek onlar için bir şeref olmalıydı.

Ülkemizde de Cumhuriyetin ilk yıllarında **milli ırk ıslahı teorisi** üzerine çok sayıda kitap ve makale yayımlanmış ve bilimsel konferanslar düzenlenmiştir. Bu fikrin önde gelen ideologlarından biri 1924-1930 arasında Adalet Bakanı olarak görev yapan **Mahmut Esat Bozkurt**'tur. Tek partili döneme ait eserleriyle tanınan İsmail Beşikçi'ye göre şu ifadeler ona aittir: *"Türk, bu ülkenin yegâne efendisi, yegâne sahibidir. Saf Türk soyundan olmayanların bu memlekette tek hakları vardır: Hizmetçi ve köle olma hakkı! Dost ve düşman, hatta dağlar bu hakikati böyle bilsinler."* (Cumhuriyet, 19 Eylül 1930)

Üstün ırk yaratma amacının tersine olarak istenmeyen ırkların sistemli bir şekilde yok edilmesi akımına ise **"Negatif Öjeni"** denir. Uluslararası Aile Planlaması Örgütü'nün kurucusu **Margaret Sanger**, 1939'da Harlem'de **"Negro (Zenci) Projesi"** adı altında bir proje başlattı. Bir arkadaşına yazdığı mektupta projenin amacını **"Zenci nüfusu ortadan kaldırmak istiyoruz"** diyerek dile getiriyordu.

Öjeni ve etik

Öjeni, etik anlamda çok ciddi sorunları barındırmaktadır. Çünkü öjenik bir müdahale, insanın "biyey" olmasından ötürü özgür olması gerektiği düşüncesini tamamen ihlal etmektedir. Öjeni ile her ne kadar teorik olarak "üstün ırk"a ulaşılabilir olsa da, herhangi bir insanın diğerine doğuştan gelen ya da evrensel bir üstünlüğü bulunmadığı için, hiçbir insanın diğerinin üreme aktivitesini kısıtlama yetkisi olamaz. Devletler kimi durumda üreme kısıtlaması getirebilir (Çin'de olduğu gibi) ya da üremeyi teşvik edebilir (İsveç'te ya da Cumhuriyetin ilk ve son on yıllarındaki Türkiye'de olduğu gibi). Ama hiçbir zaman devlete, üreme faaliyetlerine öjenik açıdan denetleme yetkisi verilemez. Öjenik düşünceler ırkçılığın körüklenmesi, toplumda engelli veya özel ihtiyaçları olan bireylerin yaşam haklarının ellerinden alınması gibi çok ciddi sorunlara yol açabilecektir.

Genetik

Hamilelik esnasında yapılan testlerle doğacak çocuğun hastalık riski taşıyıp taşımadığının tespit edilmesine **"prenatal tanı"** denir. Eğer bu prenatal tanı testleri sonucunda doğacak çocuğun hastalık riski yüksekse gebelik sonlandırılabilir. Ülkemizde cari olan 2827 Sayılı **Nüfus Planlaması Hakkında Kanun**'a göre **"doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı haller"**de rahim tahliyesine izin verilmektedir. Batı ülkelerinde anensefali gibi ölümcül durumlarda veya ciddi fizik



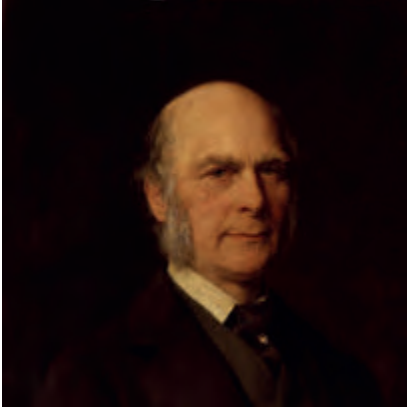
ve zekâ geriliği riski bulunan durumlarda 24 haftaya kadar gebeliği sonlandırmaya müsaade edilmektedir. Burada birçok etik sorunla karşı karşıya kalmaktayız:

Risk yüksekliği ya da **ciddi fizik ve zekâ geriliği riski** nedir? Riskin yüksek olup olmadığının ölçüsü nedir ve buna kim karar verecektir? Aslına bakarsanız risk dediğimiz şey, hastalıklı doğmayan her bebek için %0 iken hastalıklı doğan her bebek için %100 olarak gerçekleşmiş olmuyor mu?

Yaşamla bağdaşmayacak anensefali (beynin olmaması) gibi yaşamla bağdaşmayacak durumlar anlaşılabilirse de yaşamla bağdaştığı halde istenmeyen durumlarda (Down gibi) bebeğin yaşam hakkının elinden alınması ne kadar doğrudur? Bu tür hastaların bakımlarının aileleri ve devlet bütçesi için ağır yük getireceği gibi bir gerekçe ne kadar gerçekçidir? Genetik olarak ileri yaşlarında kronik hastalık riski olan insanların ileride ailelerine ve devlete yük olacakları düşüncesiyle doğumlarına da mı engel olunmalıdır? Bugün tedavisi olmadığı düşünülen bir hastalık için yakın bir gelecekte tedavi şansının olmayacağını kim bilebilir?

Prenatal tanıda kullanılan fetal materyal girişimsel (invazif) yöntemlerle elde edilmektedir ve her girişimsel yöntemde sağlam ceninin kaybedilmesi riski vardır. Bu nedenle girişimsel olmayan (noninvazif) yöntemlerle fetal materyal elde etme çalışmaları hızla devam etmekteyse de henüz yaygın kullanılan yöntemler değildir. Bu itibarla bir risk

Eski Romalılar uygun bulmadıkları bebekleri Tiber Nehrinde boğarak öldürürlerdi. ABD'nin Indiana eyaletinde 1907 yılında kabul edilen bir kanunla zekâ özürlüler, sağır ya da körler zorla kısırlaştırıldı. Almanya'da Adolf Hitler'in kararıyla 400 bin insan "öjenik sterilizasyon"a maruz kaldı. İtalyan Mussolini'ye göre Etiyopyalılar siyah ırktan oldukları için aşağıydılar ve İtalyanlar gibi üstün bir ırk tarafından yönetilmek onlar için bir şeref olmalıydı. Ülkemizde ise bu fikrin önde gelen ideologlarından biri Mahmut Esat Bozkurt'tur.



İngiliz bilim adamı Francis Galton (1822 - 1911), modern anlamda öjeni kavramını ortaya atan ilk kişi olarak tanınıyor.



Hitler ve Mussolini, öjeni konusunda en kötü şöhrete sahip olanların başında geliyor.



1924-1930 arasında Adalet Bakanı olarak görev yapan Mahmut Esat Bozkurt, Cumhuriyetin ilk yıllarında etkili olan milli ırk ıslahı teorisinin önde gelen ideologlarından biriydi.

ihtimaline binaen yapılan girişimsel tanı esnasında ceninin kaybedilmesi durumunda etiğin **zarar vermeme ilkesi** ihlal edilmiş olmayacak mıdır?

Gebeliğin onuncu haftasına kadar isteğe bağlı kürtaj yasal olduğuna göre, prenatal tanı yöntemleri ile onuncu haftadan önce cinsiyet tayin yapılırsa, bu yöntemler istenmeyen cinsin (özellikle kız bebeklerin) yok edilmesi gibi bir duruma yol açar mı? Eğer böyle bir durum gerçekleşirse prenatal tanı yöntemleri bir ayıklama yöntemine dönüşebilir ve **yeni bir öjeni** biçimi olarak karşımıza çıkabilir mi?

Yaşamayı tamamen kendisine bağımlı olsa da, bir başka bireyin (eşin) yardımıyla oluşturabildiği (sperm donasyonu ile olanlar konumuz dışında) ve doğduğunda bir kişilik olacak bir başka canlının yaşamına son verme gibi birden fazla kişinin özerkliğini ilgilendiren bir hususta kadının tek başına karar verme özgürlüğü olmalı mıdır? Tersine durumda ise kadının istemediği bir gebeliği sürdürmeye zorlanması onun özgürlüğünü/özerkliğini ihlal etmeyecek midir?

Ya da tam tersine erkeğin istemediği ama kadının doğurmak istediği durumlarda eşin isteği ne kadar dikkate alınacaktır? Kadın “*benim bedenim, doğuracağım*” diyerek çocuğu doğurur ve sonrasında miras problemi ortaya çıkarsa, erkek ben zaten istememiştim diye mirasından mahrum edebilir mi? Böyle bir durum kötüye kullanmak amacıyla kasten icra edilebilir mi?

Kürtaj ve etik

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'unun 5. maddesine göre gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde **istek üzerine** rahim tahliye edilebilir. Kanundaki “**istek üzerine**” ifadesi bir sonraki maddede “**evli ise eşin rızası**” şartını getirmektedir. Böylece bir özerklik ve özgürlük tartışması başmakta ve temel olarak üç görüş birbiriyle çatışmaktadır:

Birinci görüşe göre: “Çocuğu karnında taşıyan kadın olduğu için karar tamamen kadına ait olmalıdır. **Bu kadının özerkliğinin gereğidir.**” Bu görüşün taraftarları kendilerini, “*Benim bedenim, ister doğururum, ister aldırım. Bu benim özgürlüğümdür.*” şeklinde ifade etmektedirler.

İkinci görüşe göre: “Çocuk kadın ve erkeğin ortak ürünü olduğu için her ikisi birlikte karar vermelidir.” Bu görüşün taraftarlarına göre gebelik ve doğum gibi sorumluluk alanı iki kişiden oluşan bir alanda tüm tıbbi kararlarda her iki tarafın da özerkliğine saygı gösterilmelidir. Bu

görüştekiler eşin rızası için evlilik şartının aranması hususunu da tartışmakta ve evlilik bağı olmayan birlikteliklerde de erkeğin rızasının şart olması gerektiğini ileri sürmektedirler.

Üçüncü görüşe göre: “**Çocuğun yaşam hakkı elinden alınmamalıdır.**” Bu görüşte olanlara göre henüz doğmamış bile olsa cenin canlı bir varlıktır ve kendi hakkında karar veremese de kendisi hakkında karar verenler onun en kutsal hakkı olan yaşam hakkını elinden almamalıdır.

Özerklik ve özgürlük

Özerklik kısaca kişinin kendisi hakkındaki kararları özgürce alabilmesi demektir. Özgürlük sınırsız mıdır? Bir kişinin özgürlüğü başkalarının özgürlüğünü tehdit etmeye başladığı zaman kimin özgürlüğü öncelenmelidir? Bu noktada özgürlük kavramının irdelenmesi gerekiyor. İnsan ıssız bir adada tek başına yaşıyor olsa, bu ada sınırları içinde özgürce hareket edebilir. Ancak adaya ikinci bir kişi geldiğinde, daha önce adada tamamen özgürce hareket eden kişinin özgürlüğü, diğerinin özgürlüğünü ihlal etmeye başladığında sınırlanır. İnsan sayısı daha da arttığında özgürlüklerin alanı daha da azalmaktadır. Cündioğlu bir konferansında özgürlük ve eşitlik için şu şekilde bir karşılaştırma yapmaktadır. “*Eşitlik ve özgürlük birbirini yok eder. Eşitlik olan yerde özgürlük olmaz. Mutlak özgürlüğün olduğu yerde de eşitlik olmaz. Toplum demek yasa demektir, eşitlik demektir. Şehirde (toplum içinde) özgürlük söz konusu değildir, eşitlik ve adalet söz konusudur. Özgürlüğü isteyen kırsala (toplumdan uzağa) çekilmelidir, çünkü özgürlük kırsaldadır.*”

Hayatın başlangıcı

Bireyin özgürlüğünden söz edilirken şu soru karşımıza sıkça çıkmaktadır: Cenin ne zaman birey olarak kabul edilir? Bu konuda da muhtelif görüşler vardır: Birinci grup ceninin birey olarak kabul edilmesinin ve dolayısıyla yaşama hakkının döllenme anından itibaren başladığını savunur. Çünkü Medeni Kanun'a göre “*kişilik, çocuğun sağ olarak tamamıyla doğduğu anda başlar*” ise de (m.28/1), “*hak ehliyeti sağ doğmak koşuluyla ana rahmine düştüğü anda başlar*” (m. 28/2) hükmü gereğince embriyonun bölünmeye başlamasından itibaren cenin canlı bir birey olarak kabul edilmelidir. Embriyo ilk döllenme anından itibaren bölünmeye başlar ve altıncı günde rahim duvarına yapışır. Beş ila sekizinci haftalar arasındaki organogenez döneminde ise artık organlar oluşmaya başlamıştır.

İkinci grup, ceninin yaşam hakkının doğumla başladığını kabul eder. Bu görüşte olanlar doğumdan önceki

Prenatal tanı testleri ile yapılacak genetik analizler sonunda sosyal, dini ve ahlaki yönden kişilik olup olmadığı ya da ruhunun henüz üflenip üflenmediği tartışılabilir da tartışmasız olarak canlı olduğu bilinen bir ceninin hayatına son verip vermeme kararı verileceği için rahim tahliyesi hususunda çok dikkatli davranılması, hastalık ve risk kavramlarının çok iyi izah edilmesi, özerklik ve özgürlük kavramlarının yerli yerinde kullanılması gerekmektedir.

safta ceninin kişiliğe sahip olmayıp annenin bir parçası olduğunu, kişiliğin doğumla başladığını ve kadının kendi bedeni üzerinde karar hakkının daha öncelikli olduğunu düşünürler. Medeni hakların kullanılabilmesinin yegâne şartının sağ ve tam doğum olduğu için sağ doğmadıkça ceninin bir birey olarak kabul edilemeyeceğini kabul ederler.

Üçüncü grup ise çocuğun kişiliğinin doğduktan sonra başlamayacağını, akli olarak düşünmeye başlaması ile kişiliğin başlayacağını iddia eder. Bu görüşte olanlar sadece kürtaja değil doğum sonrasında bile bebeklerin akli olarak düşünme yaşına gelinceye kadar öldürülebileceğini savunur.

Hayatın başlangıcına dair dinlerin görüşü

Hayatın başlangıcı hakkında semavi dinlerin görüşleri farklıdır. Yahudi şeriatına göre fetüs, doğana kadar bir kişi olarak kabul edilmez. Hristiyanlıkta ise ruh üflenmesi sorusunun tam bir cevabı yoktur. Bazıları döllenme anında gerçekleşiyor olabileceğini ileri sürerler. İslam dünyasında ruhun üflenmesinin 120 günde olduğuna dair yaygın bir düşünce olmakla birlikte 40-45 gün olduğuna dair görüşler de vardır.



İslam âlimleri, ruh üflenmeden önceki dönemde kürtaj hakkında farklı görüşler öne sürmekle birlikte yaygın olan görüşe göre, "Sperm rahme yerleştikten sonra ona müdahale etmek caiz değildir. Organları teşekkül etmeye başladıktan sonra yapılacak müdahale ondan daha ağır, ruh üflendikten sonraki müdahale ise ondan da ağır suçtur. Çünkü bunun artık normal bir insanı öldürmek anlamına geldiği konusunda ittifak vardır."

Sonuç

Prenatal tanı testleri ile yapılacak genetik analizler sonunda sosyal, dini ve ahlaki yönden kişilik olup olmadığı ya da ruhunun henüz üflenip üflenmediği tartışılabilir da tartışmasız olarak canlı olduğu bilinen bir ceninin hayatına son verip vermeme kararı verileceği için rahim tahliyesi hususunda çok dikkatli davranılması, hastalık ve risk kavramlarının çok iyi izah edilmesi, özerklik ve özgürlük kavramlarının yerli yerinde kullanılması gerekmektedir. Sonuç olarak prenatal tanı testlerinin kanunlar çerçevesinde ve etik değerler ölçüsünde yapılması ve yeni bir öjeneye dönüşmemesi mutlak şarttır.

Kaynaklar

Akçiçek, Arda; *Faşizmin Kültür Kodları ve Irkçılıkta Bir Uç Nokta: Öjeni, Birikim Dergisi*, <http://www.birikimdergisi.com/birikim/makale.aspx?mid=770>. (Erişim tarihi: 10.12.2013)

Aksoy, Şahin; "Ruhun Üflenme Zamanı ve Bireyin Ortaya Çıkışı", *Hayatın Başlangıcı ve Sonu: Tıbbi,*

Dini ve Etik Sorunlar, İSAR Yayınları, İstanbul, 2013, s: 25-40.

Alp, Osman; *İnsanlarda Genetik Test Yapılarak Hastalıklara Yatkınlık Durumunun Belirlenmesi ve Etik*, <http://www.slideshare.net/aguner/insanlarda-genetik-test-yapilarak-hastalıklara-yatkınlık-durumunun-belirlenmesi-ve-etik>. (Erişim tarihi: 10.12.2013)

Cündioğlu, Düccane; Pera Film'in 14-26 Eylül 2013 tarihlerinde düzenlediği "Akıl Nerede? Sinemada Psikiyatri" film festivali kapsamında 14 Eylül 2013 tarihinde verdiği "Sinemada Psikiyatri" başlıklı konferanstan.

Evrin'in Karanlık Yüzü: Öjeni, <http://evrimagaci.org/makale/189/>. (Erişim tarihi: 10.12.2013)

Kervancıoğlu, Ertan; "Yaşama Başlangıcın Kilometre Taşları", *Hayatın Başlangıcı ve Sonu: Tıbbi, Dini ve Etik Sorunlar*, İSAR Yayınları, İstanbul, 2013, s: 15-24.

Nazi Eugenics, http://en.wikipedia.org/wiki/Nazi_eugenics. (Erişim tarihi: 10.12.2013)

Özkınay, Ferda; *Talasemide Prenatal Tanıda Karşılaşılan Güçlükler ve Prenatal Tanı Yöntemlerinde Gelişmeler*, 5. Uluslararası Talasemi Yazokulu, Antalya, 20-24 Nisan 2008, Bilimsel Kitap, s: 53-60.

Pala, Ali İhsan; "İslam Hukuku Açısından Cenin Hakları", *Hayatın Başlangıcı ve Sonu: Tıbbi, Dini ve Etik Sorunlar*, İSAR Yayınları, İstanbul, 2013, s: 41-98.

Şenel, Alaeddin; *İrk ve Irkçılık Düşüncesi, Bilim ve Sanat Yayınları*, Ankara, 1984, S.67.

Ürem, Müge; *Kadın Vücudu ve Etik Sorunlar, Sağlık Hukuku Makaleleri - II*, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul, 2012, s: 79-102.

Yıldız, Ahmet; *Milli İrk Islahı (Eugenics) Teorisi*, <http://derinsular.com/milli-irk-islahi-eugenics-teorisi-yildiz/>. (Erişim tarihi: 10.12.2013)

Yıldız, Ahmet; "Ne Mutlu Türküm Diyebilene" Türk Ulusal Kimliğinin Etno Seküler Sınırları (1919-1938), İst.-2001

Organ nakline ilahiyatçı bakışı

Prof. Dr. Faruk Beşer



1952'de Trabzon'da doğdu. İmam Hatip Okulunun ardından Erzurum Atatürk Üniversitesi İslami İlimler Fakültesini bitirdi (1978). Aynı Fakültede İslam Hukuku dalında "İslam'da Sosyal Güvenlik" adlı teziyle doktor oldu (1985). Diyanet İşleri Başkanlığı bünyesinde 8 yıl değişik görevler yaptı. Malezya International Islamic University'de iki dönem ders verdi (1993-1994). 1994 yılında Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi'nde göreve başladı. Bir yıl sonra doçent oldu, 2000 yılında da profesörlüğe yükseldi. Misafir Profesör olarak altı ayığına ABD'ye University of Pittsburgh'a gitti (1999-2000). 2005-2006 yıllarında Dubai'de Faculty of Islamic and Arabic Studies'de öğretim üyesi olarak çalıştı. 2012'de Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi'nde göreve başladı. Halen bu görevde bulunmaktadır. 20 kitabı yayımlandı, 600'ü aşkın TV programı yaptı. Halen Yeni Şafak Gazetesinde köşe yazıları yayımlanan Beşer, evlidir ve dört çocuk babasıdır.

Elbette bir ilahiyatçı olarak organ nakli denen tıp teknolojisinin tarihini ve keyfiyetini anlatacak değilim. Anlatmaya çalışacağım şey, meseleye din açısından bakıldığında bizim neler gördüğümüzdür. Bu itibarla vakıya uygun olmayan şeyler de söyleyebilirim.

Yeni bir mesele

Her çeşidiyle organ naklinin hala yeni bir mesele sayılması gerektiğini düşünüyorum. Uzun vadede ortaya çıkacak komplikasyonlarının bütünüyle belli olduğunu söyleyemeyiz. O halde bir hayat iksiri olarak görülmesi için zaman henüz erkendir. Organ naklinde karakter değişimi ve gen transferi ihtimalinden bile söz edilmektedir. En insani diyebileceğimiz yüz naklini gerçekleştiren bilim adamımızın, "Kendime yüz nakli yapılmasını hiç istemezdim" demesi bir şeylere işaret ediyor olsa gerektir.

Dinin yeni meseleleri anlamadaki tavrı

Bilindiği gibi din Allah'ın gönderdiği vahiy yani Kuranı Kerim'dir. Bu vahiy biz Allah Rasulü'nün onu canlı olarak yaşaması demek olan **sünneti** örneği ile anlarız. Sonra içtihat devreye girer. En önemli içtihat şekli kıyastır. Kıyasın farklı çeşitleri ve alt birimleri vardır. Dinî bilgi kaynaklarının hiç biriyle hükmü

anlaşılamayan meselede önce kamunun, sonra da bireyin maslahatı esas alınır. Kıyasla da olsa, lehinde ya da aleyhinde hiçbir hüküm bulunmayan mesele, eğer sağlığı ilgilendiriyorsa, zararlı olması halinde sakıncalı, değilse "eşyada aslolan mubahlıktır" kuralı gereği helal ve meşru kabul edilir. Göreceğimiz üzere organ nakli konusunda kıyasla da olsa kesin bir hükme varabileceğimiz dinî deliller yoktur. O halde dinin genel prensiplerinden hareket etmek zorundayız.

İnsanın değeri ve tedavi

Konu elbette insanın değeriyle yakından ilgilidir. İnsan neden sağlıklı olmalıdır ve neden mümkünse biraz daha yaşatılmaya çalışılmalıdır, sorusunun cevabı konumuz açısından önemlidir. Bilindiği gibi, İslam'a göre insan, yaratılanların en şerefliisidir ve "mükerrer" olarak yaratılmıştır. "Yerde ve gökte olan her şey onun emrine verilmiş, onun için yaratılmıştır". O da Allah'ı tanımak ve O'na kulluk etmek için vardır. Bu itibarla görevini tam yapabilmesi için sağlıklı olması gerekir. Ayrıca insan kendi bedeninin mutlak sahibi değildir. Bedeni ona emanettir, ona iyi bakmalı ve ona hasar vermeden sahibine teslim etmelidir. İnsan kendi hayatına istediği zaman son veremez. İntihar ve intihar sayılan ötenazi haramdır.

"Bir insanı öldürmek bütün insanları öldürmek gibi büyük bir günahdır. Bir

insanı diriltmek/ölümünü engellemek de bütün insanları diriltmiş gibi büyük bir sevaptır" (5/32).

Allah Resulü (SAV) tedaviye sanıldığından da fazla değer vermiştir. Hatta meselenin üzerinde duranlar İslam'da tedavi konusu kadar her çareye müsaade edilen bir başka konunun olmadığını söylerler. Aslında her hastalığın helal bir tedavi yolu vardır. Haramda çare aramamak gerekir. Ama helal olan tedavi yolu bulunamamışsa ortada bir zaruret var demektir ve zaruret gereği her çare meşru olur. Bir taraftan da helal tedavi yöntemlerini aramak hem bir görev hem de bir ibadettir. Ayrıca dinin beş temel gayesinden birinin hayatın/canın korunması olduğu bilinmektedir.

Organ nakline imkân verir gibi görülen deliller

Organ nakli uygulamasına açıkça temel teşkil etmese de, İslam tarihinde konuya ışık tutacak bazı ilginç bilgiler vardır. Mesela Allah Resulü, "*Bir ölünün kemiğini kırmak onu diri iken kırmak gibidir*" der. Bu hadisi şerif ölüden organ alma meselesiyle ilişkilendirilebilir.

Fıkıh kitaplarında *farazi fıkıh* dediğimiz varsayımlar üzerinde durulurken ilginç örnekler zikredilir. Bunlardan biri şudur: Bir yerde mahsur kalan birden çok insan açlıktan ölmek için içlerinden birini kesip yiyemezler. Hatta birisi ölmüş olsa

bile onun etini yemeleri yine caiz olmaz. İnsanın saygınlığı buna manidir.

Diğer yönden İslam'ın "İsar"ı övdüğü de bilinen bir gerçektir. İsar, kendisi muhtaç olsa bile bir müminin kardeşini kendisine tercih etmesidir, fedakârlık demektir. Uhud Savaşında Hz. Peygamberi korumak için onun etrafında canlı kalkan oluşturan en az altı sahabe kendilerini ona yöneltilen oklara hedef yapmış ve âdeta bile şehadeti tercih etmişler ve yaptıkları kınanmamıştır.

Organ naklinin genel olarak hükmü

Konu hakkında 1960'lı yıllardan beri İslam dünyasında pek çok tez ve araştırma yapılmıştır. İslam hukukçuları ya da *"İslam Fıkıh Konseyi"* gibi kuruluşlar tartışmalı oturumlar gerçekleştirmiş, kararlar vermişlerdir. Kararların ortak noktası, detayını biraz sonra göreceğimiz gibi, organ naklinin genel olarak caiz görülmesidir. Bize göre bu cevaza mesnet teşkil eden delillerin en güçlüsü, yukarıda anlamını verdiğimiz ayeti kerimedir: **"Bir insanı öldürmek bütün insanları öldürmek gibi büyük bir günahdır. Bir insanı diriltmek/ölümünü engellemek de bütün insanları diriltmiş gibi büyük bir sevaptır"**. Bu durumda, haramlığının da açık bir delili olmayan organ naklinin bazı istisnalar dışında prensip olarak caiz olduğunu söylemek en isabetli karardır.

Bu cevaz şöyle detaylandırılır:

- Bir insanın kendi organları arasında tedavi amaçlı nakil yapılması caizdir.
- Kendini yenileyen kan, doku ve ilik gibi maddelerin yine tedavi amaçlı olmak üzere bir başkasına verilmesi caizdir.
- Bir parçası verildiğinde kalanı kısmen de olsa görevini yapabilen bir organın, bunu almadığı takdirde bu fonksiyonu bütünüyle yitirecek olan birisine verilmesi caizdir. Böbrek ve kornea nakli böyledir. Çünkü iki böbreği de çürümüş olan birisinin yaşaması mümkün değildir, ama bir böbreğini veren birisi tek böbrekle yaşayabilir, diğer insan da kurtulmuş olur.
- Verildiği takdirde verenin ölümüne sebep olacak bir organın verilmesi, ister kendi rızası ile ister başka bir yolla olsun, caiz değildir. Çünkü bu durum, kendi isteğiyle olması halinde intihar, başka bir yolla olması halinde ise bir cana kıymadır ki, her ikisi de haramdır.
- Ölüme sebep olmasa dahi bir organın verilmesi, verilmemesinden toplamda daha çok zarara sebep oluyorsa bu da caiz değildir. Mesela sadece bir böbreği

sakat olan birisine bir başkasının bir böbreğini vermesi böyledir.

- Ölenin önceden bağışlaması ya da varislerinin veya bunların hiç biri yoksa velayeti sebebiyle yönetimin müsaade etmesi halinde bir ölüden de organ alınabilir. Ancak burada da hayati bir zaruretin bulunmuş olması gerekir. Yani organ alacak olan bunu almadığı takdirde yaşayamayacak durumda olmalıdır. Ancak bazı âlimlerin, velinin velayetine sahip olduğu kişinin aleyhine olacak durumlarda tasarrufunun caiz olmadığı hükmünden hareketle, bizzat kendi izni bulunmayan müteveffadan velisinin izniyle organ alınamayacağı kanaatinde oldukları da bilinmelidir.

- Mahremiyeti ilgilendiren durumlarda, yapılabilmesi mümkünse, mesela cinsel organ ya da rahim nakli caiz görülmemiştir. Ancak diğerleri caiz ise bunu istisna etmenin ikna edici bir delili yoktur.

- Nakli yapılacak organ bir protezle ya da bir başka hayvandan alınabilecek bir organla karşılanabilecekse insandan organ nakli yapılması caiz olmaz. Hayvanlardan da sadece her halükarda pis sayılan domuz istisna edilmiştir.

Bütün bu cevaz hükümleri, zaruretin haramları mubah kılacağı prensibine dayandırılır. Dolayısıyla zaruretin bulunmadığı durumlarda insan organı yedek parça gibi sökülüp bir başkasına takılamaz. Meselenin imanla alakasını kurup gayrimüslimden organ almanın bedene temiz olmayan bir parçanın eklenmesi ya da ona organ vermenin küfrün devamını sağlama anlamına gelmesi gibi faraziyeleri söz konusu edenler de olmuştur. Ancak bunun tutarlı bir izahı yoktur. O halde bir Müslümanın gayrimüslimden organ alması ya da ona organ vermesi diğerinden farklı değildir. Çünkü iman etmeyen, insanın organları değil, kendisidir. Bir gayrimüslime organ vermeyi küfrün devamına yardım gibi düşünmenin de anlamı yoktur. Aksine o insanın yaşamasını sağlayarak, onun iman etme ihtimalini artırma olarak da değerlendirilebilir. Ayrıca hatırlamak gerekir ki, Allah bir canı ölümden kurtarmak suretiyle onu yaşatanın bütün insanları diriltmiş gibi olacağını söylerken Müslüman ya da kâfir ayırımı yapmamıştır.

İnsanın bunca değerli sayılmasına karşılık organlarının nasıl alınabileceği itirazı için denebilir ki, elbette hayatta olan insan ölenden daha değerlidir. Çünkü insanın değeri Allah'a olan kulluğu, yani takvası ile dir. Bu da hayatta iken yapılabilen bir şeydir. Doğrudan İslam'ın temel naslarından alınmış olmasa bile bir içtihat olarak insanın hiçbir organının parayla satılmasının caiz olamayacağı da ittifakla söylenmiştir.

Meselenin ahlaki boyutu

Her şeye rağmen, konunun bütün yönleri hem tıp bilimi hem de İslam fıkıhı açısından sonlandırılmış ve insani temellere oturtulmuş bir konu değildir. Hala pek çok olumsuzluklar, soru işaretleri ve tereddütler taşımaktadır. İşin ciddiye alınması gereken ahlaki komplikasyonları vardır. Ölüden organ alınması ya da organ bağışi durumunda beyin ölümü kararı üç kişinin, aslında belki de bir kişinin, dudakları arasından çıkar. Bunun yüzde bir de olsa hem hata hem de suiistimal ihtimali vardır. Bir insanın hayatı söz konusu olduğunda yüzde bir ihtimal bile çok büyük bir ihtimaldir. Kaldı ki beyin ölümü, tıbbi ölüm ve şer'i ölüm gibi farklı ölümlerden bahsedilmektedir. Bir insan ne zaman ölmüş kabul edilecektir? Bildiğimiz kadarıyla ilgili kesimlerin bu konuda kendi aralarında bir görüş birliği yoktur. Şer'i ölüm, ruhun bedenden ayrılmasıdır ama bunun ne zaman gerçekleştiği de en azından şimdilik belli değildir. Ayrıca organ nakli uygulaması herkesin bildiği gibi, muhtaç durumdaki insanların organlarını satmak zorunda kalmaları ya da bu işin mafyasının oluşması gibi gayriahlaki riskler de taşımaktadır.

Maslahat ve mefseadet prensibi ve sonuç

Böyle kesin naslarla hükmü belli olmayan konularda hüküm vermek için fakihlerin kâr-zarar ya da maslahat-mefseadet hesabı yaptıklarını biliyoruz. Bu da İslam'da bir anlama metodudur. Safi maslahata izin verilir, safi zarar yasaklanır. İkisi birlikte bulunan konularda takdir yapılır ve hangi taraf galipse ona göre hüküm verilir. Aslında İslam bütünüyle maslahatin temininden ibarettir.

Bu durumda günümüzdeki âlimlerin çoğu organ nakli için genel olarak caiz demiş olsalar bile, organ nakli uygulamalarının pek çok çeşidinde tarafsız bir ölçüm yapmak mümkün olabilse nakil yapmanın maslahata daha uygun olmayan sonuçlar da çıkabilir.

O halde şimdilik bu genel cevaz fetvasıyla hareket etmeyi caiz görmekle beraber ihtiyatı elden bırakmamak ve aksi ihtimalleri de sürekli hesaba katmak gerekir diye düşünüyorum. Çünkü insan cansız bir makine değildir ve o sadece fiziki varlığıyla insan değildir. Elbette bu gün bu teknolojiyi uygulayanlar ya da savunanlar da bunun insana bir değer verme ifadesi olduğunu söyleyebilirler. Ama değer ölçümünün keyfiyeti ya da parametreleri önemlidir ve daha değerli olan, her zaman biraz daha fazla yaşamak olmayabilir.

Sütün metalaşması: Biyomedikal/biyoetik yaklaşımlar

Nazife Şişman



Gerede'de doğdu. Boğaziçi Üniversitesi'nde Ekonomi okudu. Sosyolojide lisansüstü çalışmalar yaptı. İngilizceden Türkçeye eserler tercüme etti. Martin Lings'in "Hz. Muhammed'in Hayatı", Seyyid Hüseyin Nasr'ın "İslam Kozmoloji Öğretilerine Giriş" adlı eserleri bunlardan bazılarıdır. Çalışmaları, kimlik siyaseti, kültürel karşılaşmalar, gündelik hayat, tekno-sosyoloji gibi konularda yoğunlaşmaktadır. "Emanetten Mülke: Kadın, Beden, Siyaset", "Küreselleşmenin Pençesi, İslam'ın Peçesi", "Günün Kısa Tarihi", "Başörtüsü: Sınırsız Dünyanın Yeni Sınırı", "Yeni İnsan: Kaderle Tasarım Arasında" yayımlanmış kitaplarından bazılarıdır.

Yeni üreme teknikleri, bir grup becerikli doktorun insanları çocuk sahibi kılması; organ nakli, bir insana hayat bahşeden sihirli parmakların mucizesi; genetik müdahale ise insanı mükemmelleştiren bir sürecin ilk aşaması olarak görülebilir. Aynen geçen yüzyıldaki aşı, antibiyotik vb. örneklerle artık rutinleşen ve insanın yaşam süresini ve kalitesini artıran tedaviler gibi, tıp teknolojisinin insana

sunduğu nimetlerden ibarettir denilebilir bu uygulamalar için de. Eğer öyleyse, organ nakli ve genetik müdahale başta olmak üzere, bu uygulamalar neden etik ve hukuki bir tartışmanın konusu oluyor peki?

Bu soruya cevap vermeye çalıştığımızda önümüze sadece ahlak ve hukuk değil, siyaset ve ekonomi de çıkıyor. Çünkü insanın doğumu, ölümü ve yaşamı ile

ilgili hiç bir uygulama, laboratuvarın ya da hastanenin içinde kalmaz. Hayata dair olduğu için bizatihi insan hayatının bütün veçhelerinin iç içe geçtiği tartışmaların konusu olmak zorundadır. Ama günümüzde bir taraftan hayatın aşırı tıbbileştirilmesi (medicalisation), diğer taraftan teknoloji ve bilimin hâkim söylemi, bu konuları tartışma dışı gerçekliğe sahip bir alanmış gibi sunma eğilimini besliyor.



Son 50 yılın en şaşırtıcı aletlerinden bazıları, tıbbi teknoloji alanında ortaya çıktı: Antibiyotikler, psikolojik ilaçlar ve diğer eczalar, hormon üreten tamamlayıcı teknolojiler, bitkilerde hastalıkları önleyen veya dayanıklılığı artıran gen manipülasyonu, kanser tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar... Bir başka kategorideki biyoteknolojiler ise organ nakli, kan hücresi nakli, piller, ortopedik malzemeler, genetik test, gen tedavisi... Bütün bunları dikkate alınca, hem bedenın teknolojikleşmesi, hem de bütün bunları mümkün kılacak sermaye ve iktisadi ilişkiler konusu, ciddi bir mesele olarak ortaya çıkıyor.

Teknoloji ve bilim arasında yeni bir ortaklık kuruluyor ve bu yeni ortaklık, hem hukuki meşruiyet anlamında kendisine alan açıyor, hem de küresel iktisadi yapının rengine bürünüyor. Teşhis ve tedavi yöntemleri, kök hücreler, dokular, virüsler, aşılar, hatta embriyolar geç kapitalizmin zemininde üretilip pazarlanan birer meta haline gelmiş durumda. İnsan hayatının başlangıcına ve sonuna hükmeden bir takım bilgi ve teknikler nedeniyle beden, sağlık, hastalık, doğum ve ölüm gibi meseleler artık tamamen iktisadi yapının dinamiklerine teslim olmuş durumda. İnsan bedeni ve bedenın parçaları ticarileşirken bu ticaret tamamen küresel şirketler eliyle idare ediliyor.

Bedenın fragmanlaşması, yani başka bedenlerde kullanılabilecek parçalar haline gelmesi, kan ve kan ürünleri ile başlamıştı. Organlar da bu metalaştırmadan nasibini aldı. Yumurta, sperm ve embriyo gibi üreme unsurları bir bedenden ayrı düşünülebilir ve laboratuvarlar, klinikler ve başka bedenler arasında hareket ettirilip transfer edilebilir hale geldi. Günümüzde ise dokular, hücreler ve DNA parçacıkları görüntülenebiliyor, ayrıştırılıp birleştirilebiliyor, "biobank"larda depolanabiliyor, meta olarak alım satımı yapılabiliyor, moleküler manipülasyona tabi tutulmak üzere laboratuvarlar ve araştırma merkezleri arasında dolaşıma sokulabiliyor. Bu durum, söz konusu unsurların belli bir canlı organizmaya ve türe, bir insan tekine aidiyet bağıını ortadan kaldıran bir işlemdir. Canlı unsurlar artık yeni bir dolaşımın içinde yer alıyor: Kişiler arası, coğrafi ve finansal bir dolaşım bu.⁽¹⁾

Bu dolaşımı süt bankaları üzerinden de gözlemlemek mümkün. Süt bankalarının bızatıhi kuruluşu, sütü, anneden ayrı bir madde olarak kabul edişe dayanıyor. Anne sütü bir maddedir, emzirmek ise bir eylem. Esasında anne sütüyle beslemenin biyolojik ve psikolojik faydalarından istifade etmek için hem maddeye hem de eyleme yoğunlaşmak gerekir. Mesela ememeyen prematüre bebeklere biberonla anne sütü verilmesiyle ilgili çalışmalar, anne sütünün materyal



olarak faydaları üzerine yoğunlaşırken, emzirmeyi konu alan çalışmalar bir pratik olarak emzirmenin duygusal ve gelişimsel faydaları üzerinde yoğunlaşır. Süt bankasının arka planındaki yaklaşım, anne sütünün emzirme pratiğinden tamamen kopuk bir şekilde sadece bir materyal olarak içeriğine odaklanır.

Geçtiğimiz aylarda Türkiye'de süt bankası açılması vesilesiyle gündeme gelen tartışmalar, ticarileşme, hukuk, ahlak ve tıbbi söylemin nasıl iç içe geçmiş olduğunu gözlemlememiz açısından çok elverişli bir örnek teşkil ediyor. Bu sebeple bu örnek üzerinden "tıbbi bir uygulama"nın salt bir tıbbi uygulama olmayıp esasında, nasıl da ekonomik, ahlaki ve siyasi bir mesele olduğunu ortaya koymaya çalışacağım.

Anneliğın ve bebek beslemenin tıbbileşmesi

Türkiye'de süt bankası açılması gündeme geldiğinde Sağlık Bakanlığı'nın Diyanet İşleri Başkanlığı'ndan ve diğer dinlerin temsilcilerinden görüş almasını, bazı tıp mensupları hayretle karşılamıştı. Sanki anne sütünün, annenin bedeni dışında da olsa vazgeçilmezliğı ile ilgili vurgu, salt "bilimsel" bir gerçekliğe dayanıyormuş gibi. Ki böyle salt bir gerçeklik söz konusu olabilir mi, o da ayrı bir tartışma konusudur. Din adına konuşan mercilerin, böyle çok boyutlu konularda genel geçer fetvalar yayımlamasının bızatıhi siyasi olduğunu da dikkate almak

Teşhis ve tedavi yöntemleri, kök hücreler, dokular, virüsler, aşılar, hatta embriyolar geç kapitalizmin zemininde üretilip pazarlanan birer meta haline gelmiş durumda. İnsan hayatının başlangıcına ve sonuna hükmeden bir takım bilgi ve teknikler nedeniyle beden, sağlık, hastalık, doğum ve ölüm gibi meseleler artık tamamen iktisadi yapının dinamiklerine teslim olmuş durumda. İnsan bedeni ve bedenın parçaları ticarileşirken bu ticaret tamamen küresel şirketler eliyle idare ediliyor.



Günümüzdeki anne sütü bankası uygulaması, hangi kalkınma planına ilişkindir? Bu soru sorulmazsa, konuyla ilgili dar bir alanda paslaşmaya devam edilir. Bu yüzden küresel iktisadın, canlı parçalarını (kan, doku, hücre, organ, embriyo, sperm, yumurta vb.) metalaştırma sürecine anne sütünü de dâhil eden büyük planı gözler önüne serilmelidir. Sütannelik kurumu yerine; yabancılaştıran, metalaştıran, finansallaştıran “banka” tercihini ancak o zaman “anlamak” mümkün olur.

gerekir. Ama böyle bir görüş istemenin yersiz addedilmesi, bazı meselelerin “tıbbi-bilimsel” adı altında tartışmasız bir zemine ait kabul edilmesiyle alakalı.

Hâlbuki çocukların beslenmesi hem iktisadi ve toplumsal, hem de kültürel ve dini bir meseledir, hep öyle olmuştur. Çocuğun beslenmesi hep kültürel ve dini bir mesele olmuşsa da modern devletin doğuşu ile birlikte bebeklerin nasıl besleneceği ekonomi politiğin konusu olmaya başlar. Çünkü müstakbel vatandaşın sağlığı ve nüfusun biziatihi ulusal bir güç oluşu gibi meseleler modern devletin merkezinde yer alır. İşte bu sebeple bazı tarihi zamanlarda nüfus artış oranını yükseltmek, bebek ölümlerini azaltmak ve toplumu yenilemek için kadınlardan bebeklerini emzirmeleri istenir. Ama bazen de ulus-aşırı şirketlerin baskısı nedeniyle bebeklerini, göğüslerine bastırmaktan vazgeçip biberon aracılığıyla yapay sütler ve mamalarla beslemeye yönlendirilirler. Marilyn Yalom bu siyasetin, nasıl da idari, ekonomik, dini ve sağlıkla ilgili pek çok etkenin tesiri altında şekillendiğini inceler Memenin Tarihi adlı kitabında.⁽²⁾

Yirminci yüzyılın sonlarında kadınlar da bu cinsellik siyasetine dahil olurlar, farklı bir ses olarak. Kimi anneliğin icadı ile anne sütünün fetişleştirilmesi arasında bir bağ kurarak bunun kadınları bedenlerine mahkûm etmeye yaradığını; anneliği yeniden örgütleyerek kadınları kısıtlayıcı politikalara meşruiyet kazandırdığını iddia eder. Kimi ise annelik ve emzirmenin psikodinamikleri ve psikoanalizi üzerinden yeni bir kimlik ve benlik teorisi geliştirmeye girişir.⁽³⁾

Anne sütünün sanki hiç iktisadi bir temeli yokmuş da sadece bebeklerin sağlığını hedefleyen bir düzenlememiş gibi sunulmasına eleştirel yaklaşabilmek ve bu depolama işleminin sosyo-politik ve sosyoekonomik arka planını kavra-

yabilmek için; ilk olarak anneliğin ve bebek beslenmenin tıbbileştirilmesini, ardından 1960'lı ve 70'li yıllardaki yapay mamalar ve biberonla beslenme üzerindeki vurguyu, üçüncü olarak da anne sütünün, emzirme eyleminden ayrıştırılarak metalaştırılma sürecini hatırlamamız gerekiyor.

19. yüzyılda başlasa da yirminci yüzyılda annelik ve bebek büyütme, tıbbileştirmeye maruz kaldı. Artık anneler istedikleri saatte değil, doktorların tavsiyesine göre belirli aralıklarla emzirmeliydiler bebeklerini. Tabii ki bu bilimsel tespitle, kadınların evin dışında çalışma serüveni arasında bir paralellik kurmak zor değil. O dönemde bebek ölümlerini engellemek için imdada çağırılan, bugünkü gibi “doğal olduğu iddia edilen anne sütü” değil, aşılar, hijyen, aralıklı besleme vb. tıbbi yöntemlerdir. Bebeğin beslenmesinin tıbbileştirilmesi, yirminci yüzyıldaki “bilimsel anneliğin” önemli bir parçasını teşkil eder. Bu paradigmadaki kadınlar, doktorların uzmanlığına teslim olmalıydılar; bebeklerini öyle geleneksel yöntemlerdeki gibi gelişi güzel emzirmemelidirler. Bu tıbbileşme, yirminci yüzyılın ikinci yarısında sezaryenle desteklenerek ilerler ve kadınlar çocuk dünyaya getirme ve büyütme sürecindeki otoritelerini kaybederler.

Süt tozu, bebek maması ve yeni babalık

Diğer taraftan 1960'larda ABD'nin desteklediği Barış İçin Gıda Programı, Üçüncü Dünyayı endüstriyel olarak üretilmiş süt tozuyla tanıştırdı. Bu tanışmada iddia şudur: Tekno-bilimsel olarak daha iyi bir şey yok! Uluslararası yardımın ön ayak olduğu paketlenmiş bebek sütü programları 1970'lere kadar sürer. Bu arada Nestle gibi şirketler bebek maması piyasasını geliştirmek için paçaları sıvamıştır bile.

Bebek mamasının pazarlanmasında izlenen stratejiler sonucunda, mesela Brezilya örneğinde emzirme kültürü kısa sürede dağılır.⁽⁴⁾ Nancy Scheper-Huges'un tespitine göre, emzirmeye dair bilginin kaybıyla ilgili ikinci etken (birincisi hazır mamaların piyasaya girişiydi), yoksul kadınların sınırlı geçim tarımından (kentte ev hizmetinin günümüzdeki biçimleri de dahil olmak üzere) gündelik işlere geçmeleri ve girebildikleri işlerde bebeklerini emzirme şansı bulamamalarıdır.

Bu arada gecekondulu yurttaşlarına hizmet veren bakkal rafları, bebekler için “bilimsel” olarak hazırlanmış sütün her türlüyle dolup taşmaktadır. Özellikle babaların babalık davranışları kökten değişim gösterir. Yaratılan maddi/göstergesel ritüellerle ve bebeklerin sütünü

sorumluluk sahibi sevecen annelerin göğüslerinden, şirket ve devlet uyarıları ile dolup taşan ve sorumluluk sahibi sevecen babaların eve getirdiği paketlerle taşıyan pratikler, çok dikkat çekicidir. Brezilya'nın gecekondu mahallelerinde, yani favela'da babanın babalığını tesis eden ve meşrulaştıran sperm değil, "baba sütü"dür artık. Bir babanın çocuğu ve kadını üzerinde hak iddia etmesini sağlayan simgesel alışveriş, bebeğin bir haftalık Nestogeno'sunu (epey değer verilen mavi kutulu bir Nestle ürünü) eve getirmesidir.⁽⁵⁾

Scheper-Huges'un bu sonuçlara vardığı çalışmasının başlangıç noktası, bu gecekondu bölgelerindeki yüksek bebek ölümleridir. Yıllara yayılan uzun süreli istatistik çalışmalar yapar. Sonunda tespiti ilginçtir: Bebek emzirme pratiği bırakıldığı için artmıştır bebek ölümleri. Bebekler ishal olduğu ve susuz kaldığı için hayatlarının ilk yılını dolduramamaktadır. Ve Scheper-Huges, "çocuk ölümünün modernleşmesi" ve "bebek ölümünün rutinleşmesi"⁽⁶⁾ dediği bu durumun, Üçüncü Dünya ülkelerinde uygulanan kalkınma planına içkin olduğunu iddia eder. Yani yapay süt, Donna Harraway'in ifadesiyle "bütün tarihsel/doğal/teknik karmaşıklığı içinde bir üreme teknolojisi"dir.⁽⁷⁾ Üçüncü Dünyaya hayırseverlik etiketi altında pazarlanan bir nüfus politikası aracı olarak bile görülebilir.

Yeni dünya düzeninde yoksul kadınlar neden emzirmeyi bırakmaktadırlar? Bu soruyla birlikte tekno-bilimsel yapıyla işbirliği halindeki sermaye akışının, ebeveynliğin ritüellerini, yani nasıl iyi anne ve iyi baba olunacağına dair tanımları kökten değiştirdiğini dikkate alan cevaplar vermek gerekir. Bu sorulardan yola çıkan Scheper-Huges'un, Brezilya'nın ekonomik mucizesi dahilinde anne sütü, ishal ve aile oluşumuyla ilgili anlattığı çarpıcı öykü, bize bugünkü süt bankası tesisi ile ilgili de isabetli sorular sorma imkanı veriyor.

Günümüzdeki anne sütü bankası uygulaması, hangi kalkınma planına ilişkindir? Bu soru sorulmazsa, konuyla ilgili dar bir alanda paslaşmaya devam edilir. Bu yüzden küresel iktisadın, canlı parçalarını (kan, doku, hücre, organ, embriyo, sperm, yumurta vb.) metalaştırma sürecine anne sütünü de dâhil eden büyük planı gözler önüne serilmelidir. Hem materyal hem de pratik süreç bakımından organik imkânlar sunan sütannelik kurumu yerine; yabancılaştıran, metalaştıran, finansallaştıran "banka" tercihini ancak o zaman "anlamak" mümkün olur.

Ve bu büyük planın görülebilmesi için, kadın bedeni üzerine, çocuk sağlığı üzerine yazılan bilimsel metinlerin "salt bilimsellik" iddiası sorgulanarak

başlanmalı meselenin tartışılmasına. Çünkü "biyomedikal kanıtlara dayanan argümanlar"ın siyasi ve iktisadi hedefleri ve bunların küresel kapitalizme ses ve meşruiyet kazandırarak hikâyeler olduğu ancak böylece fark edilebilir.

Endüstriyel bir ürün olarak anne sütü

Süt bankaları, sütün metalaştığı, anonimleştirildiği, anne kucağından uzaklaşıp laboratuvar ortamında işlem gören bir ürüne dönüştüğü bir sürecin sonucu. Fakat bir dönüşümü tek başına anlamak mümkün değildir. O yüzden başka hangi değişimlerle paralellik arz ettiğini de göz önünde bulundurmak gerekir. Anne sütünün anne kucağından laboratuvar ortamına taşınmasını ve endüstriyel bir ürün olmasını hazırlayan paralel gelişmeleri şöyle sıralamak mümkün:

1. Kadınların çalışma hayatı ve bebeğin beslenme düzeni arasındaki uyum sorunu. Kadınların iş hayatına yoğun katılımı, annenin kendi sütünün ya da "insan sütü" diye tanımlanan ürünün biberonla bebeğe verilmesini gerekli kılmıştır. Bu da anne sütü bankalarının tesisine geçit veren bir gelişmedir.

2. Kan ve hücre ile başlayıp, doku ve organla devam eden bedenin metalaşma sürecine anne sütü de katılmış ve artık adı da yavaş yavaş değişerek "insan sütü"ne dönüşen anne sütü, onu emziren anneden kopartılarak anonim bir nitelik kazanmıştır.

3. Yükselen estetik kaygılar, kadınları meme formlarının bozulmaması için emzirmemeye yöneltirken, medikal argümanlar bebek için en iyi besinin anne sütü olduğunu söylemeye devam ediyor. Bu çatışmayı yenmek için anne sütünün, bir grup yüksek standartlara sahip kadının kullanımına açık, istenildiğinde temin edilebilir, standart bir formunun olması gerekmektedir. Süt bankaları işte bu talebe de karşılık gelir.

4. Eşcinsel eşlerin, evlat edindikleri ya da kiralık annelere doğurttukları çocuklarını, biyomedikal argümanlar gereği anne sütü ile beslemek istedikleri bir sosyo-politik ortam mevcut günümüzde. Nüfus oranı olarak düşük olmasına rağmen toplumsal baskı ve lobi faaliyeti bakımından etkin bir grup oldukları düşünüldüğünde eşcinsellerin bebek bakımı için de sütün emzirme eyleminden kopararak metalaştırılması sürecinde etkin bir talep oluşturdıkları söylenebilir.

Günümüzde anne sütünün, muadili olmayan bir besin olduğuna ve depolanma sürecinin bile nitelik kaybına yol açmadığına dair söyleme

meşruiyet kazandıran şey biyomedikal argümanlardır. Bu argümanlar da bilim-finans-küresel kapitalizm döngüsünde geliyor. Bir organı bir bedenden ayrı düşünen biyoteknolojik yaklaşım, anne sütünü de anne bedeninden ayırıştırıp metalaştırıyor. Laboratuvarlarda pastörize edilerek endüstriyel bir ürüne dönüşüyor anne sütü. Ve bu esnada nasıl bir nitelik kaybı olduğuna dair araştırmalar da fazla gün yüzüne çıkarılmıyor. Böylece bütün doğallık vurgusuna rağmen karşımızda bir ürün olduğu göz ardı edilmiş oluyor.

Bütün yaklaşım farklarına rağmen bu konudaki asıl baskın argüman, sütün bilimsel olarak vazgeçilmezliğinden güç alıyor. Kadın bedeninden çıkan bu harika materyal ve çocuk sağlığı üzerindeki etkilerini konu alan binlerce bilimsel metin var. Buna mukabil, süt ile genetik aktarımın olup olmadığı bilinmediği için mesela süt akrabalığı "bilimsel" olarak temellendirilemiyor. Peki, bu durumda süt akrabalığı ile ilgili hassasiyetlere sahip olanların argümanları "temelsiz" mi kalmış oluyor? Bu soruyla birlikte 'Hayat nedir?' ve 'Hayatı nasıl yaşayacağız?' sorularına bilimin cevap vermesi mümkün müdür?" gibi çok esaslı sorular ve sorunlar dünyasına adım atılmış olur.

Hem tekno-bilimin sınırlarına dair etik ve hukuki tartışmalar, hem de genetik tasarım, biyonik destek, yapay zeka gibi insanın sınırlarını belirsizleştiren ve insanın değişmez bir öz olduğu şeklindeki kadim kabulleri yerle bir eden teknolojilerin ortaya çıkardığı biyoetik ve felsefi konular, çok derinlikli bir ele alışı gerektiriyor. Ama bu yazının çerçevesi daha basit, basit olmasına rağmen aynı oranda da önemli bir noktadan soru sormaya müsait: Biyomedikal kanıtların ardında ekonomik ve siyasi saikler yok mudur? Çağdaş tekno-bilimin bize anlattığı hikâye, küresel sermayeden ne kadar bağımsızdır?

Kaynaklar

1) Nikolas Rose, *Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton and Oxford: Princeton University Press, 2007, s. 15.

2) Marilyn Yalom, *A History of the Breast*. New York: The Ballantine Publishing, 1998.

3) Öm. bkz. Nancy Chodorow, *Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. Los Angeles and Berkeley: University of California Press, 1999.

4) Nancy Scheper-Huges, *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 1992, s. 317.

5) A.g.e., s. 323-5.

6) A.g.e., ss. 268-339.

7) Donna Harraway, "Cenin: Yeni Dünya Düzenindeki Sana Spekulum", içinde: *Başka Yer (Metis Seçkileri)*, ss. 291-350, İstanbul: Metis yayınları, 2010, s. 344.

Yeni ve henüz etkisi kanıtlanmamış tedavilere yaklaşım

Prof. Dr. Tefvik Özlü



Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi tamamladı. Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalının Kurucusu ve Başkanı olan Özlü, halen KTÜ Farabi Hastanesi Başhekimliği ve KTÜ Hasta Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezinin (HAHUM) Müdürlüğünü yürütmektedir. Aynı zamanda Akciğer Sağlığı ve Yoğun Bakım Derneği (ASYOD) ile Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği'nin (HAKSAY) de başkanıdır. Yurt içi ve yurt dışı dergilerde yayınlanmış çok sayıda bilimsel makalesi yanında; akademik ve popüler düzeyde birçok yayınlanmış kitabı olup, Ulusal ve Bölgesel olarak yayınlanan gazetelerde, dergilerde, internet sitelerinde köşe yazıları yazmaktadır. Dr. Özlü evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Hasta ile hekim arasındaki ilişki, hukuki niteliği itibarıyla güven esasına dayalı bir vekâlet sözleşmesi çerçevesinde ele alınır. Bu çerçeveye uymayan hukuki ilişkiler ve tıbbi uygulama örneklerinin de olduğu bir gerçektir. Onlar somut olgu bazında farklı kategorilerde değerlendirilir. Vekâlet ilişkisi, çıktı odaklı değil, süreç odaklıdır. Yani hastaya uygulanan tıbbi işlemlerin nasıl sonuçlandığından çok, neden ve nasıl yapıldığı sorgulanır. **Bir tıbbi müdahaleyi "haksız fiil"den ayıran; hasta için tıbben gerekli/yararlı olması, hastanın aydınlatılmış onamının alınmış olması, geçerli tıbbi kanıtlara, kurallara ve gerekli koşullara uygun yapılması ve yapanın yetkin (tıbben deneyimli, bilgili; hukuken sertifikalı) olmasıdır.** Hekim veya işleme müdahil olan diğer sağlık hizmet sunucuları, bu esaslara uygun olarak gerçekleştirdikleri bir uygulama veya işlem sonrasında hastanın yarar veya zarar görmesinden dolayı sorumlu tutulamazlar. Ancak sonuç hasta yararına olsa hatta hastanın hayatını kurtarmış bile olsa yukarıda sayılan asıl unsurlardan biri eksik ise, o kişi ve uygulama hukuki takibata konu olabilecektir.

Hekimler, hastaları için doğru olanı, gerekli olanı yapmaya odaklanmışlardır. Babacıl (paternalist) hekimlik pratiğinde, hekim hastası için gerekli/yararlı olan

işleme karar verir ve uygular. Bunu yaparken, kendisinin hayat kurtaran ulvi bir görev icra ettiğine inanmaktadır. Bu durumdaki bir hekimi "*hastanızdan aydınlatılmış onam almamışsınız*" diye sorguladığınızda, çoğu kez bunu tolere edemez. Bazen bu hayat kurtarma işinde o kadar gözü pek olabilir ki, tıbben hakkında yeterli kanıt olmayan, yeterince güvenli olmayan işlemleri de "hastası için" yapabilir. Bu aslında hekimin hastasını kurtarmak, onu yaşatmak, onu iyileştirmek amacıyla ne kadar özdeşleştiğini ve adeta bir profesyonel olmanın ötesine geçip; hastasını "oğlu" gibi görerek onun üzerinde tasarrufa kalkıştığını ortaya koyar. Oysa doktrin değişmiş ve "oğlu" bile olsa, kişinin, bir başkası üzerinde hukukun izin vermediği her türlü tasarrufu ciddi suç haline gelmiştir. Ne var ki, özgüveni aşırı yüksek, mistik döneme fikse olmuş "*tannısal hekim*", bunu göz ardı edebilmektedir.

Ama unutmamamız gerekir ki, hekimin karşısında "*Bir Allah, bir de sen*" diyen, kendisini iyileştireceğine umut bağlamış, gözlerinin içine bakan ve kendisinden şifa bekleyen, çaresiz hastası vardır. Bir şey yapamamak kadar bir şey yapamayacağını söylemek de çok zordur, bu durum karşısında. Umudun tükendiği yerde, umut vermenin ne denli zor ve yıpratıcı olduğunu hekim olmayan bilemez. Hekimler, bundan olsa gerek, tıbbın sınırları içinde duramayabilirler.

Aslında dursalardı bilim olmazdı ve tıp gelişmezdi. Hastası karşısında çaresiz kalmayı içine sindiremeyen ve her ne olursa olsun çare olmaya/bulmaya odaklanan hekimler, tıbbın ve bilimin öncüleri olmuşlardır. Ama yukarıda söylediğimiz gibi devran değişmiş, köprülerin altından çok sular akmıştır. İnsan odaklı yeni doktrinde, hukuk bilimsel araştırma ile tıbbi uygulamaları kesin çizgilerle ayırmıştır.

Bir yeni tedavi veya tıbbi işlemin bilimsel araştırma amacıyla yapılması eğer hukukun tanımladığı koşulları karşılıyorsa mümkündür. Ama aynı işlemin bir hastaya rutin tedavi veya tıbbi girişim şeklinde uygulanması ise suç olabilir. Rutinde hekim, hastasına sadece hakkında yeteli bilimsel kanıt bulunan bir girişimi uygulayabilir. Tıbben gerekli olacak (endikasyon), uygulanmasına bir engel (kontrendikasyon) olmayacak, hastaya beklenen yararı yüksek olacak (fayda), olası zarar (yan etki, komplikasyon) riski düşük olacak. Bunlar da bir işlemin tıbbi rutin bir uygulama sayılması için gereken koşulları oluşturur.

Hayat en değerli varlığımızdır. "*Denize düşen yılana sarılır*" derler. Çaresiz kalan hasta, kendisine çare olarak sunulan bir uygulamayı kabullenebilir, onam verebilir. Hastayla hekim arasında ne kadar gayret edilse bile kapatılması imkânsız bir bilgi asimetrisi söz konusudur. Bu nedenle sadece hastanın onam vermiş olması,

Deneme amaçlı bir uygulamadan doğabilecek hukuki davalarda yargıcın, bilirkişilerin nasıl yorumlayacaklarını kestirmek zor. Ama şöyle bir yorum da olasıdır: Eğer rutin ve kanıta dayalı tedaviler/yaklaşımlar sonuç vermiyorsa, tıbben başka seçenek kalmamışsa, hastanın kaybı söz konusu ise, uygulanacak olan yeni yöntem/tedaviden hastanın yarar sağlayacağı kuvvetle umuluyorsa, zarar görme olasılığı kabul edilebilir derecede düşükse ve hastanın aydınlatılmış onamı varsa böyle bir tedavi/girişim kabul edilebilirdir.



o işlemi hukuki yapmaz. Diğer koşulların da tamam olması gerekir.

Hekim kendisini “*her ne koşulda olursa olsun hastasını yaşatmak*” zorunda hissetmektedir. Bu baskı birçok hatalı uygulamalara yol açar. Hekimin ölümüne çare olmadığını, hem kendisinin hem de toplumun kabul etmesi gerekmektedir. Hekim hastalığı ve ölümü yok etmekle değil, elinden geleni yapmakla yükümlüdür. Hekim, hasta karşısında güçlü pozisyonunu sürdürmek için Tanrı rolüne soyunmaktan vazgeçmelidir. Ölüm insanoğlu için değişmez bir yazgıdır. “*Her nefis ölümü tadıcıdır.*” “*Neylersin ölüm herkesin başında*”dır. Hekim, hasta ve hasta yakınları tıbbi yardımın bir sınırının olduğunu kabul etmelidirler. Bu herkes için, inanın hasta için de en iyisidir. Bunlar size tuhaf gelebilir, ama yoğun bakımda yapay solunum cihazına bağlı, beyin fonksiyonları durmuş ve aylarca kalbi atan hastaları görürseniz ne demek istediğimi anlayabilirsiniz. İnsanların ölme hakkı da olmalıdır.

Hekim ve hasta özelinden çıkarsak, hekim araştırmacı kimliğiyle tedavi için

değil, deney için yeni ve henüz etkinliği kanıtlanmamış tedavileri aydınlatılmış onam veren gönüllüler üzerinde, mevcut hukuki mevzuata uygun olarak uygulayabilir. Ancak bu uygulama asıl olarak hastaya yarar sağlaması için değil, bilimsel gelişmeye katkı sunmak içindir. Ama deney koşullarında uygulanabilir olan her işlem/tedavi klinik rutine sokulamaz. Klinik pratik, etkisi kanıtlanmış, güvenli tedaviler üzerinden yürütülmelidir.

Burada kritik soru şudur: Eğer rutin ve kanıta dayalı tedaviler/yaklaşımlar sonuç vermiyorsa ve tıbben başka seçenek kalmamışsa umut vaat eden bir yeni tedavi/yaklaşım etkinliği ve güvenliği hakkında yeterli kanıt olmadan hastaya uygulanabilir mi? Bu soruda kastedilen bir deney değil, deneme uygulamasıdır.

Deneme tedavileri/girişimlerinin kötüye kullanım potansiyeli fazladır. Alışıldık tedavilere kıyasla daha medyatik olan bu girişimler, sadece uygulayıcılarına şöret, perestij ve para kazandırmakla kalmaz; duyan, gören tüm çaresiz hastaların umdu haline gelir. Bu da ciddi bir talep doğurarak, uygulayıcıyı endikasyonu

genişletmeye zorlar. Bu kaygan zemin ise, hastanın yararından çok uygulayıcının veya kurumun/hastanenin tanıtımının, kazancının öne çıkmasına neden olabilir. Kurumlar/kişiler arasında “*madem öyle, işte böyle*” türünden “*bir kola, iki kol; iki kola, iki kol iki bacak*” tarzı trajikomik rekabete neden olabilir. Oysa hiçbir tıbbi girişim, hastanın ihtiyacı ve yararı dışında bir motivasyonla uygulanamaz.

Yukarıdaki sorunun herkesçe kabul edilen bir ortak cevabı yok henüz. Deneme amaçlı bir uygulamadan doğabilecek hukuki davalarda yargıcın, bilirkişilerin nasıl yorumlayacaklarını kestirmek zor. Ama şöyle bir yorum da olasıdır: Eğer rutin ve kanıta dayalı tedaviler/yaklaşımlar sonuç vermiyorsa, tıbben başka seçenek kalmamışsa, hastanın kaybı söz konusu ise, uygulanacak olan yeni yöntem/tedaviden hastanın yarar sağlayacağı kuvvetle umuluyorsa, uygulanacak girişim/tedaviden zarar görme olasılığı kabul edilebilir derecede düşükse ve hastanın aydınlatılmış onamı varsa böyle bir tedavi/girişim kabul edilebilirdir. Umarım şansınız yaver gider ve yargıcınız da böyle düşünür. Yoksa işiniz zor görünüyor!

“Dünya anavatanım, asıl adım insandır; Orhan diyorlar bana”

Doç. Dr. Hanefi Özbek
Yrd. Doç. Dr. Levent Korkut
Ömer Çakkal

Orhan Gencebay günümüz müziğinin zirvesinde olan bir isim. Hem de neredeyse yarım asırdan beri. Hayranlık uyandıran kariyerinde ses sanatçısı, besteci, şair, enstrümanist, aranjör, müzik yapımcısı, müzik direktörü ve film aktörü kimliği ile korsan satışlarla birlikte 300 milyon albüm satışına, binin üzerinde besteye ve 31 sinema filmine imza attı. 1970’lerde Türkiye’nin sosyolojik dönüşümünde onun şarkılarının ayrı bir önemi oldu. Sağ-sol çatışmaları yüzünden insanların birbirini öldürdüğü günlerde yaptığı “Batsın bu dünya” şarkısı dillere pelesenk oldu. Hep

çok çalıştı, daima çok üretti. Şimdi de Akil İnsanlar Projesine destek vererek politik bir çabaya destek verdi. Orhan Gencebay ile değişen Türkiye’yi, Akil İnsanlar’a neden katıldığını ve ağırlıklı olarak Türk Müziğinin dününü ve bugününün konuştu.

“Tüm dünya yalnız Mozart dinlese monotonluk olur”

Türkiye’deki gelişmeleri nasıl görüyorsunuz? Nereden geliyoruz, nereye gidiyoruz?

Aslında kitaplar dolusu anlatmamız gereken bir konu bu. Bunu özetlemek

çok zor. Mümkün olduğu kadar yapmaya çalışırsak, ben kendimi özetleyeyim önce. Bazı sözlerim var benim, kimi beste olmuş kimi olmamış ama önce kendimi anlatmak için bu cümleler söyleyeyim:

*“Bu vatanın çatısı yaşam kadar kutsaldır
Yaradanım yaratmış, dünya anavatandır
Dil din cins ırk ayırmam şu dünya
gurbetinde*

Bana Orhan diyorlar asıl adım insandır.”

Benim bakışım öncelikle budur. Sonra bana sorduklarında idealin nedir? Ben de şunu söylüyorum “Şu dünyada, şu



Fotoğraflar: Mücahit Yapıcı



“TRT aslında konservatuar değil, okul değil, bir ilim irfan yuvası değil. Sadece bir yayın yeri. Var olan değerleri anlatan bir yer. Ona verilen ölçüler var. Ancak onu yapabilir. Fakat TRT öyle yapmadı. TRT sanki okulmuş gibi o kuralları koymak zorunda kaldı. Yoktu çünkü o kuralları koyacak bir merci yoktu o zaman doğru dürüst. Ve TRT buna mecbur kaldı.”

gök kubbe altında, sınırlar olmasa tek bir lisan konuşulsa ne güzel”. İdealim de budur. Bu bir ütopyadır o ayrı konu ama ben bu ideali finale kadar kendimde saklayacağım, söyleyeceğim. Ülkeme gelince... Tabii dünya anavatandır ama doğduğumuz topraklar birinci derecede sahip çıkabileceğimiz ve temiz tutmamız gereken topraklardır. Atatürk de söylemiş zaten, “Yurtta sulh cihanda sulh!” Bunun anlamı; bütün dünya insanları doğdukları toprakları temiz tutarlarsa dünya tertemiz olur. Buna yapmak ne kadar mümkün? Yapabildiğimizce... Ben bu duyguya, bu görüşe de son derece saygılıyım. Bunu da yapmaya çalışıyorum kendimce, ayırım yapmadan. Ama bütün dünyayı temiz tutmaya da gücüm yetmese de kendi ülkemi, kendi toprağımı, doğduğum yeri temiz tutarsam bu da bir şeydir. Ben de doğal içinde bir üniteyim, bir parçayım. Benim bu dünyadaki görevim sanatla ilgilidir. Sanatçı siyasetçi değildir. Siyasiler bir tarafı tutacaklar, herkes o görüşün bayrağı altında, başlığı altında toplanacak; herkes kendine göre programını, projesini yapacak ve belki zaman zaman karşıdakine çok da ters düşebilecek. Görüyoruz, acayip derecede üzülüyoruz tabii onlara da. Ve aslında her şey hizmete dayalı olmasına rağmen bazen bunu aşacak kişiler birbirlerine düşman dahi olabiliyor. Bu çok üzücü. Böyle olacak. Kişiler orada belli bir safın adamı olarak durma durumundadır. Belli bir görüşün altında, -ist veya -izm takıları altında, inandığı veya savunduğu ilkeleri korumaya yönelik hizmetini yapacaktır. Sanat öyle değildir. Sanatın tuttuğu bütün bu görüşlerin temelinde var zaten. Ne diyor? İyilik, güzellik, doğruluk, estetik, adalet... Güzel olan ne varsa yaşamda, bazen güzeli bile karıştırabiliyoruz ama her şeye rağmen güzelin özünü doğalda

bulacağız. Doğalda her şey fevkalade güzeldir. Bozmak bizlere mahsus oluyor. Sanat bu değerleri korumaya yönelik olduğu için siyaset yapmıyor. Belli bir safın insanı değil. Güzelin, doğrunun, iyinin, adaletin... Adalet nedir? Değerlerin yerini bulmasıdır diyor pirimiz. Biz de ona saygı duyuyoruz. Saygı nedir? Bu değerleri bilen kişinin davranış biçimidir saygı da. Saygı da işte budur, bilgidir. Adalet de o değerlerin yerini bulmasıdır. İşte sanat saf bir şekilde bunları anlatmaya çalışıyor. Ben bu ilkeyle, bu doğrularla, bu değerlerle bütünleşerek bestelerimi ürettim. Ben özgürce bunları yapmaya çalışıyorum. Bakıyorum dünyada coğrafyaların farklılıklarından kaynaklanan değişiklikler var tarih boyu. Onlar yıllar içerisinde oluşuyor ve fevkalade güzel değerler yaratıyor. İnsanlar onlarla büyüyor ve onlarla mutlu oluyor. Coğrafyaların farklılığında bir de tabii şey var, yer kabuğunun farklı yapısı var. Tabii ki bu yapılar, elementlerden vesaire hepimizin vücuduna ona göre girerek bizi daha kendimize göre farklı yapıyor ama neticede bir bütünün parçaları olarak ne kadar farklı olacaksak öyle olabiliyor. Ama bunların arasında biz kendimize has üretimler yapıyoruz. Bu üretimler de çağdaşlığa da katkıda bulunabiliyor zaman içerisinde. Sonra en önemlisi evrenselliğe katkıda bulunuyor. Evrensellik, bu katkılarının ve bu oluşan olguların zenginliğiyle daha bütünleşiyor. Ben o değerlerin korunması yanılsayım her şeye rağmen. Onu da zaman zaman şöyle söylüyorum; Mozart dâhidir, İttri dâhidir, Dede dâhidir, Beethoven dâhidir. Ama diyelim bütün dünya yalnızca Mozart dinlese olmaz. Monotonluk olur. Çeşitliliğin zenginliği, güzelliği vardır, etkinliği vardır. Dolayısıyla biz bunları tanımalıyız. Kendi üretimimizde de bu çeşitliliğe sahip olmalıyız. Bunları yapabilmemiz için de özgür olmamız lazım. Özgürlük duyguda ve düşüncede olmalıdır. Düşünce ve duygu özgür olmazsa olmaz. Daha iyi olmaya yönelik, daha zengin olmaya yönelik dağarcığımızda ne varsa, belki şu anda bilmediğimiz o değerler ilerde daha farklı biçimde ortaya çıkacaktır. Onun için özgür olmalıyız, buna saygı duymalıyız. Şimdi şu anda sloganlar ileri demokrasidir, muhafazakâr demokrasidir ama bunu tamamlayacak olan anayasa ona müsaitse bu olacaktır. Anayasa müsait değilse olmayacaktır. Bir de böyle bir değerlendirme var. Yani otorite bir devlet için gereklidir ama o otorite insanların duyguda ve düşüncede özgürlüğünü gönüllerince paylaşarak eşitlikçi bir şekilde yaşamak için müsaitse. Değilse değişmek lazım, insanların mutlu olması lazım. Hayat bir tane... Doğumdan ölüme kadar. Pirimizin dediği gibi doğmayı gördün ya batmayı da göreceksin. Dolayısıyla biz bu iki mesafe arasında bize verilen yetilerle ve elimizde olmayan olgularla beraber yaşadığımız için kader denilen

ihtimaller zincirinin arasında yaşıyoruz. Bing Bang'e göre baktığımızda kesinlikle kaderi doğruladığını görüyoruz. Genetik kodlamanın anlamı kaderdir. Aslında bilimsel bir konudur, Batıl kaderle bizim işimiz yok zaten. Ben hiçbir zaman Batıl kaderi, teslimiyetçi kaderi düşünerek yazmadım zaten. Bu düşünceyle yazdım. Bazı kişiler benim kaderden kastımı farklı değerlendirirse, benim de dağarcığımda olan bilgileri anlatmam lazım. Konudan konuya da gidiyoruz ama...

Levent Korkut: Aslında konudan konuya gittik gibi gözükte ama bir şeye vurgu yaptınız ve o çok önemli galiba. Türkiye'nin son 30-40 yıllık tarihinde bu bahsetmiş olduğunuz birkaç şey var. Onları söylediniz. Yani saygı, özgürlük, insanların özgürlüğünü sağlayacak bir anayasal düzen, adalet ve devlet otoritesiyle vatandaş haklarını dengeleyecek bir sistem. Aslında bunların hepsini söylediniz.

Devlet otoritesi bunları sağlamaya yönelik, korumaya yöneliktir. Daha rahat yaşamaya, o ileri demokrasiyi vatandaşın bulabilmesine yardımcıdır. Engel varsa onu kaldırır. Otoritenin yapacağı işlem budur.

L.K.: 40 yıllık Türkiye'nin tarihinde de zaten bunlar için birçok şey oldu. Yanlış oldu, doğru oldu ama esas hedeflediğimiz şey, birçok kesimin hedeflediği şey... İdeolojiler bence de aslında çok gerekli ama vatandaş bazında bizi ayırmaması gereken şeyler. Aslında hepimizin hedefi, daha eşitlikçi, daha özgürlükçü, daha kendimiz gibi yaşayabileceğimiz; kimsenin bize baskı yapamayacağı bir Türkiye oluşturmak. Zannediyorum bu açıdan Türkiye tarihinin çok önemli bir döneminde yaşadık. Hele siz, daha da...

70'leri yaşadık biz sonuçta. En zor, en kötü yıllardandı 70'ler.

L.K.: 70'lerde tutumunuz ne oldu?

Şimdi 60'lardan itibaren düşünmek gerek. 60'lar çok önemlidir. Bunun nedenini de ben 60'ların patlama yılları olmasına bağlarım. Her konuda değişik olgular oluştu, değişik görüşler oluştu. 60'lı yıllar bütün dünyada patlama yıllarıdır. İkinci Dünya Savaşı'nda savaş sanayinde, savaş yaparken kullanılan ne varsa teknik olarak savaş bitince bu teknolojinin özellikle telsizle ilgili konuların hepsi sivil intikal ediyor. Hoparlörler, mikrofonlar çıkıyor; elektrikli piyanolar çıkıyor. Elektronik her şey çıkıyor, efektler çıkıyor. Ve müziğin içine efekt yerleşmeye başlıyor. Daha evvel bu tarz efektler yok. Efektleri zengin enstrümanlar çıkıyor ve müzik yapanlar bu tekniklerle bütünleşiyorlar ve yeni yapılar çıkıyor, yeni anlayışlar çıkıyor,



Müzikte bu zenginliği görüyoruz. Bu kaçınılmaz bir şey. 50'lerde rock müzik tarzı yaygındı. Rock'ın savunduğu, bir karşılığı da özgürlüktür. Onlar bu yapıları oluştururken kaynak olarak Anglo Sakson halk müziklerinden yararlanıyorlar tabii. Özellikle Avrupa'dan Amerika'ya gidenler arasında Elvis ile falan rock başladı.. Sonra Rolling Stones'lar, Beatles'lar vesaire... Bizde de onların yansıması oldu. Rock bizi de etkiledi. Biz de ona nazire olarak ülkemizde yeni yapılar oluşturmaya başladık.

L. K.: Böyle bir şey vardı değil mi? Türkiye'de de yani İkinci Dünya Savaşı yoktu ama böyle çok çerçevelenmiş bir anlayış vardı. İşte müzik şöyle olacak falan...

Aslında o da vardı ama o da bilimsel değildi.

“TRT, koruyayım derken engelledi”

Bilimsel veya değil, o anlamda değil ama sınırlandıran bir anlayış vardı. Galiba 60'larda sizlerin ortaya çıkması, daha sonra bu arayışların bir belirtisi...

Tabii mesela 68 kuşağı olmasa, ben de onlardanımdır. Oraya gelmek istemiş-tim. 60'larda dünyada böyle patlama yılları diyorum. Düşüncelerin ve bir dolu başlıkların değiştiği yıllardı. Daha zenginleşti, özgürleşti ve özgünleşti her şey. Ve kalıcı da oldular. Daha evvel ne vardı? Klasik 2 temel yapı vardı. Neydi o klasik yapılar? Halk müziği diye tanımlanan bir de sanat müziği diye tanımlanan yapıları. Batıda ağır müzik, ciddi müzik falan diye tanımlanan klasik Batı idi. Ve bu Batıda yeni oluşan, hafif müzik diye adlandırıldığı ve sonra değişik başlıklar; elektronik denildi, metal denildi, underground denildi, hard rock denildi, rock denildi... Her türlü birbirinin içinden doğan, bunlar çeşitli ayrışımara giderek

ayrı karakterler oluşturdular. Bizde bu işte 60'larda başladı. Fakat buna sabit bakan kişiler, özellikle TRT ve çevresi... Ama niye TRT ve çevresi diyorum? TRT'nin Cumhuriyetin yeni kurulduğu tarihten itibaren bir görev yaptığını görüyoruz. TRT aslında konservatuar değil, okul değil, bir ilim irfan yuvası değil. Sadece bir yayın yeri. Var olan değerleri anlatan bir yer. Ona verilen ölçüler var. Ancak onu yapabilir. Fakat TRT öyle yapmadı. TRT sanki okulmuş gibi o kuralları koymak zorunda kaldı. Yoktu çünkü o kuralları koyacak bir merci yoktu o zaman doğru dürüst. Ve TRT buna mecbur kaldı. 1926'da kurulduğu zaman maalesef Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin başlangıçtan itibaren kurgusunda güzel düşünceler olmasına rağmen keşke şun-lar olmayaydı diyeceğimiz bazı olgular var müzikle ilgili olarak. Yani yapılar var. Bu yapılar bizi taşıyamaz veyahut nereye götürebilir gibi sorular soranlar da çok o zamanlar tabii. O da şu, okullarda Türk Müziği öğretilmiyor. Batıya ait değerler öğretiliyor. 1934'te biliyorsunuz radyo-larda yasaklanıyor Türk Müziği. 34-36 sıralarında Batı müziği devlet konservatu-amları kuruluyor, Türk Müziği kurulmuyor. Belediye konservatuarları düzeyinde bir çalışma, mütevazı... Yani ikinci sınıf ola-rak bakılıyor. Böyle olmamalıydı. Yani biz Batılılaşmayı mı çağdaşlaşmayı mı tercih etmeliydik? Şüphesiz çağdaş olmayı! Ben klasik Batıyı da çok seviyorum ama kendi müziğim içerisinde büyüyen biri olarak kendi müziğimin daha iyi olması gerektiğini biliyorum. Çünkü onda o mal-zemenin de olduğunu görüyorum dünya çapında. Ve piyasada o zaman var olan kişiler derinlemesine bilgilerden yoksun olabilirler veyahut da çok değerli kişiler var olsa da onların yerini bulması kolay da değildi tabii. Ortam da müsait değildi. Çünkü savaş yıllarıydı, Türkiye'nin kendi gündemi karmaşıktı, daha biz ümmetlik-ten yeni kurtulmuştuk. Başka bir modern bir dünya devleti olduk gidiyoruz. Kolay değil, bu konuda biraz geç kalmıştık ama gidiyorduk. Tercihlerimizin testlerini

doğru düzgün yapamamıştık. Sonradan ortaya çıktı. 60'larda işte bu pat diye ortaya çıktı. Bütün dünyada bu değişik-likler olurken Türkiye'de bu değişikliklere resmi müzikçiler karşı çıktılar. Bana da o noktada karşı çıktılar işte zaten. En büyük çatışmalar burada başladı. Ben 6-7 yaşımdan itibaren Türk Müziğinde neler olması gerektiği görüşünü, duygusunu hissetmeye başlamıştım. 10 yaşında resmen söylüyordum, bu neden böyle acaba; olmasaydı diyordum. Tepkilerimi o yaşlarda koymaya başlamıştım.

L.K.: Ailenizin bir yönlendirmesi oldu mu orada?

Ailemde babamın sesi çok güzeldi. Ama babam da âlem adamı ya! Eski medreseden de mezun, Cumhuriyet okulunda da okumuş. Eski medreseden yetişenler mutlaka hepsi hafız olmak zorunda. Sistem öyle. Babam da hafızlık yapmıyor da ama okulda okuduğu için hafızları biliyor. Akşamcılığı da vardı, kasideler, ilahiler de okurdu, Türk Sanat Müziği de... Ben babamdan çok dinledim ve çok etkilendim. Beni teşvik etmiştir müziğe. Annemin de sesi güzeldi ama babam teşvik etmiştir. Ayrıca benim içimden de geliyordu. Müziği ben çok seviyordum 6-7 yaşımdan itibaren, kesinlikle yapmalıyım, öğrenmeliyim diyordum. Yaşam içerisinde benim öyle doğal bir kurgum varmış. Sonra 60'larda TRT'ye girdim. Ankara'da da girdim bir sınava, kazandığımı söyle-diler ama imtihan usulsüz dediler. İptal edildi. Sonra İstanbul Radyosuna girdim TRT'nin. Orada da en üst düzeyde başa-rılı olduğumu ifade ettiler. Fakat benim radyodan uzaklaşmam için ellerinden geleni yapıyorlardı. Onu bahane buldum, kaçtım. Ayrıldım. Ve bir gün ileri yıllarda rahmetli Nida Tüfekçi şu şekilde ifade etmişti bir toplulukta, *“Orhan'ı radyodan ben kaçırttım”* dedi. Çok isim vermek istemiyordum ama biri de Cüneyt Orhon'du. O da TRT sanat müziği şefiydi, Nidan Hanım da halk müziği okurdu. İki

de benim bulunmamdan rahatsızdılar. Fakat beni takdir ederken rahatsızdılar. İlginç olan da budur. Çünkü ben onlara göre anarşisttim. Ama ben diyordum ki, bizim mevcut malzememiz harika. Ama onu ileriye götürmek için bizim şunları şunları yapmamız lazım. Ama orada bir statükoculuk, bir kalıplaşma, bir tabulaşma vardı. Onların aşılması gerekiyordu çünkü özgürlük özgürlük olmazsa olmazdı. Düşünce ve duygu kalıplaştırılmamalıdır. Tamamıyla ters düşmemizin nedeni budur. Ben daha ileriye gideyim diyordum, onlar ise mevcudu koruyalım diyorlardı. Bana göre TRT 4 şey yapmalıydı, bir tanesini yapmaya çalışıyordu. Diğer 3 taneyi değil. Bir tanesi mirası korumak, o orijinal hali tabii ki korumalıyız, asli görevlerimizden birisi. Ama o da çok risklidir söyleyeyim, atalarımız gibi çılmak da risklidir. Çünkü hangimiz İttri'yi gördük, hangimiz Dede'yi gördük, hangimiz Sadullah Ağa'yı, Mustafa Çavuş'u gördük? Görmedik! Dolayısıyla biz serbestçe çalışırken yolumuzu daha iyi bulmamız gerekirdi benim derdim tamamen buydu. Bunu anlatamıyordum. Ama radyodan ayrılırken söyledim bunu. *"Ben şu anda sizin sevmediğiniz piyasaya gidiyorum. Türk Müziği bu şekilde katlediliyor"* dedim. Türk Müziğine en büyük zararı bu TRT içindeki kalıplaşma verdi.

4 tane görev diyordum. Birisi dediğim gibi mirası korumak. İkincisi o mirası bugünün dinamiğinin içinde, bugünün değerleriyle, tekniğiyle bütünleşerek taşımak; üçüncüsü mevcut ezgileri mevcut besteleri değil de geçmişinizden yararlanarak yeni ürünler yapmak. Ki ben özellikle ağırlıklı olarak bunun içinde bulunuyorum. Ben böyle üretiyorum, yeni üretim yapıyorum. Alıp da mevcut yapıları bozmuyorum. Dördüncü başlık da bütün dünyada ne yapıyorsa onları da dinlemeliyiz. Çünkü onları da insan yapıyor. İnsana saygımızdan, evrenselliğe, çağdaşlığa saygımızdan dolayı bunların hepsini de dinlemeliyiz, değerlendirmeliyiz ki ilham almalyız. Etkilenebiliriz. Dört başlık bunlardı. Peki, TRT bunun neresindeydi? Bence ilkinin yapmaya çalışıyordu. TRT'ye fazla yükleniyorum; yüklenmiyorum aslında. TRT kendine ait olmayan görevleri yapmak mecburiyetinde kaldığı için bu durumdaydı. Daha sonra okullar açıldı; 1976'da devlet konservatuarı kuruldu. Ama devlet konservatuarının daha iyi olması lazım diye düşünüyorum. Ben bir dolu yerde konferanslar verdim. Üniversitelerde, bazı okullarda, bazı kurumlarda konferanslar verdim. Ama bir yere çağırılmadım, konservatuara! (Gülüyor) Bu komik bir şeydir, aslında bir yürek acısıdır. Oraya beni hiç çağırmadılar. Niye? Ben bu ülkede tanınan, sevilen ve bazı kurallar koymuş biriyim. Onların arasında alt yapı üst yapı sistemlerini değiştiren, teknik olarak orkestraya giriş,

Batı polifonisini kullanırken biz kendimize ait olan müziği keşfedelim diyen, daha iyi nota okumaya teşvik eden, aranjmanları farklı, kendimize göre yazarak insanlara örnek olmuş, bu tür teknik yenilikler yapan biriyiz. Sözlerde de tekerlemelerden faydalanarak konuyu zenginleştirmeye çalışılmasına en çok protestoyu yapan adamım. Bunların hiçbir önemi yok mu Allah aşkına? Bunları anlatmak, konuşmak lazım okullarda.

Hanefi Özbek: Biz Medipol Üniversitesi bünyesinde bir fakülte kuracağız. Orada Türk Müziğiyle ilgili bir bölüm olacak. O zaman sizi oraya şimdiden davet etmiş olalım.

Teşekkür ederim. İşte burada da böyle bir durum var. Şimdi 60'lardan itibaren geliyoruz içinde bulunduğumuz ortama. Efendim, bir müzisyen, bir besteci ne yapar? Duygularını anlatır. Yalnızca aşk şarkısı yapmaz. Bir yandan da çevresiyle ilgilidir. Ben de tabii ki buradan nasibimi aldım. 70'ler kötü yıllardı. 60'ların sonunda üniversitelerde başlayan bazı tatsız olaylar bizi böldü. Bunun daha sonra siyasi olduğunu öğrendik. Dış etkilere dolayı siyasi bir niyet taşıdığını öğrendik bu ayrıcalığın, ayırım yapmak istemenin. Ve sağ-sol olaylarını tanıdık. Sağ-sol olayları birçok yerde ülkemizi adeta ikiye böldü. Öyle böldü ki... Mahalleler kurtarılmış, şehirler kurtarılmış adeta. Şarkılar bile sağcı şarkı, solcu şarkı, türkü falan diye tanımlanmaya başladı. Korkunç bir şey... 1980'de karakola gitmişim, bir olay olmuştu. Daha doğrusu benim büroyu basan iki hanım vardı silahlı. (Gülüyor) Karakola gittik sonra, karakoldan çıktıktan sonra ağladım ben. 12 Eylül öncesiydi. Polisler beni gördüler Orhan Abi dediler, ilgilendiler sağ olsunlar ama. Ben olmasaydım da Hasan, Ayşe olsaydı farklı olacaktı. Polisler Pol-1 Pol-2 diye ikiye ayrılmıştı, devlet iki taneydi orada adeta. Soruyorlardı gelene "Sağcı mısın, solcu musun?" Ona göre bakacak! Böyle bir şeyi düşünmek bile korkunç bir şey, çok üzücü. Bunu görünce ağladım ben, üzüldüm ne hale geldik diye. 70'lerde yoldan geçerken insanlara sorarlardı "Sağcı mısın solcu musun" diye. Bir tane kurşun beynine yiyebilirdi o anda bulunduğunu söylediği yana göre. Beyoğlu'nda bir mağaza sahibini vurmuşlardı, ölmüştü adam. Ertesi gün kapiya bir yazı asılmıştı: "Özür dileriz yanlışlık oldu." Öbür yandakini vuracaklarmış, vuramamışlar. Hatta bizim yanımızda bir işyeri vardı, yanımızdaki iş yerine 8 kişi gelmişti; 3'ü içeri girmişti, 5'i dışarıdaydı. Daha evvel gelmişler söylemişler, haraç almaya. 8 kişi... Vermezsen yayılım ateşine tutacaklar. Bunlar yaşanıyordu. Böyle bir ülke düşünebiliyor musunuz? Onlarca kişi vuruluyor, yaralanıyor ve ölüyordu. En kötü yıllardı.

80'de ihtilal oldu, darbe oldu. Yüzde 96 veya 98 kişi Allah razı olsun dedi darbeyi yapanlara. Can güvenlikleri yoktu çünkü. Yani orada can güvenliğini yerine getiren askerimize herkes şükran duyuyordu. Bunu unutmamak lazım! Biz o hale gelmiştik yani. Sonra askerimizin ne yaptığı ayrı bir konu. Yani yanlış/doğru, onu siyasiler daha iyi değerlendirir ama biz de olayları görerek yorumluyoruz. *Batsın Bu Dünya'yı* ben 75 yılında yaptım. Bizim fiziki olarak yaşadığımız dünyanın batmasını ne kimse ister ne de kimsenin gücü yeter buna. Ben onu, insanların kurmuş olduğu düzeni Batıralım, yenisini kuralım diye yaptım. Çünkü bu insanları mutsuz ediyor, yok ediyordu.

Sözleri de size aitti değil mi?

Evet. Baba, Demirel onu mecliste dinlerlermiş, anlatıyordu... Benim bütün bestelerimi her yerde dinliyor insanlar. Her yerde dinleniyor ama benim tarafsız olduğumu da herkes biliyor. Ben çünkü en başta söyledim, insanım. Ama bu vatanın çatısı yaşam kadar kutsaldır diyen bir insanım aynı zamanda. Yaradanım yaratmış, dünya anavatandır diyorum. İnsanım ama tertemiz olmak için kendi kapımın önünü süpürmeliyim diyen böyle bir görüşteyim. Ve bana 70'lerde her kesimden, görüşten insanlar, gençler geldi. Onlar sol kesimin vurucu timleriydi. Ziyarete geldiler. Ülkücüler geldi. Yine Orhan Abi diye geldi. Akıncılar geldi, yine Orhan Abi diye geldi. Hepsi bana saygıyla, sevgiyle geldiler çünkü dediğim gibi ben belli bir tarafta değildim. İnsandan ve ülkemden yanaydım her zaman, şu anda olduğu gibi. Ve onlarla konuştuk, onlara ben şunu söyledim, hepsine de aynı şeyi söyledim. Siz dedim bir fikri benimsiyorsunuz, bu fikirlerin hepsi insandan çıkma. Hepsi insanın mutluluğuna yönelik temeli oluşturan fikirler. Fakat bana göre, belli bir safın adamı olduğunuz zaman güzel bir şeyi savunurken sizde eksik olan şeyleri de başka kimseler savunabiliyorlar. Bunu mutlaka bilin. Siz sadece söylemlerinizi kendi dediğinize inanan, kendi taifenize anlatabilirsiniz. Eğer karşı taraf da sizi daha iyi anlamaları için bir çabanız varsa, onun anlayacağı şekilde anlatmanız lazım. Nedir? Demek ki anlatım tarzını değiştireceksin, tarzını değiştireceksin. Ama hepsinin bana göre birleşeceği yer insanlık olmalı, ülkemiz olmalı. O zaman baktığınızda belki aynı yerde birleşeceksiniz. Yöntemler farklı ve eksikler var. Bunlara dikkat ediyor musunuz dediğimde bazen haklısınız dediler.

İsterseniz bu temellerin üzerine akıl insanlar meselesini konuşalım. Akıl insanlara neden katıldınız mesela? Ve bundan sonra bizi nasıl bir Türkiye bekliyor?

Ben bir siyasetçi olmadığım için, bir sanatçı olarak ileri demokrasiyi isteyen, eşitlikçi, paylaşımcı demokratik sistemi isteyen bir insan olarak anlatmaya çalışayım. Tüm insanların mutlu olmaya hakkı var diyorum. *Hor Görme Garibi*'de şöyle söylemişim:

*"Madem yaşamaya geldik dünyaya
Benim de her şeyde bir hakkım vardır
Sevmiyorsan hor görme bari
Benim de senin gibi Allah'ım vardır."*

"Ben doğarken ölmüşüm" demiştim. Bunu, içinde bulunduğumuz olumsuz şartlarda geleceğe yönelik nice güzel-likleri yaşamaya imkânı olmayan, olma-yacak bir görünümde olan anlamında söylüyorum. Doğarken ölü doğmuşum... Bunlar protest yapılarıdır. Sonra 78'de:

*Elimde bir kandil dolaşıyorum
Şu bozuk yollarda dertler içinde
Sağımda solumda can verenler var
Her dostun kavgası aynı biçimde*

*Nedir bu kin ne bu nefret
Hiç kalmamış cana kıymet
Parça parça olsan bile
Sabret gönlüm yine sabret*

*Aşkımla ağlar
Ağlar hasret
Dayan gönlüm dayan
Bu acılar biter elbet*

*Sen yarım ben yarım
Birleşmek mümkün değil
Dertlerle tamam olduk
Yaşamak bu değil*

Bu da protest bestelerimden. Sonra sev-giyle ilgili konularda da eşitliği ararken...

*Sevenin halinden sevenler anlar
Gel gör şu halimi bir teselli var
Aramızda başka biri var ise
Tertemiz aşkımla bana geri ver*

Yani söyle demokratça, açık açık hak-kımıza razı oluruz. Zorla beni sevecek değilsin. Şimdi bu duygularla yazmış, çizmiş yüzlerce bestesi olan biri olarak akıl insanlar konusundaki hassasiyetimiz tabii ki büyüktü. Bir gün beni Beşir Atalay Bey aradı. Sanırım herkesi de arayan oydu. Sayın Bakanımız aradı ve dedi ki "Orhan Bey biz sizi akıl adam olarak seçtik. Ülkemiz için, barış için, insanlık için elinizi taşın altına koyar mısınız" dedi. Gerçekten de elini taşın altına koymak-mış. Barış için, insanlık için, ülkemiz için diyor. Dedim ki "Sayın Bakanım, ben Yaratanın yarattığı her güzelliği seven, saygı duyan bir insanım. Ve insanların korunmasından yanayım. İnsanımızı çok seviyorum, ülkemizi çok seviyorum. Barış olmadan da yaşamın olmayacağını bilen biriyim. Hatta bu konuda der ki Ata'mız 'Maksat vatansa gerisi teferruattır'. Biz



bu sözün anlamını da çok iyi biliyoruz. Benim yapabileceğim ne varsa yapmaya hazırım" dedim. Teşekkür etti, telefonu kapadık ve bitti olay; o kadar. Ama arkadan sonra neler söylediler? Güya bizi hükümet yönlendirmiş, Başbakan yönlendirmiş gibi. Böyle bir şey kesinlikle olmamıştır. Olması da mümkün değildi. Öyle bir yönlendirme oradan katıyen gelmedi ve gelmezdi de. Önemli olan bizlerin bu konudaki duyarlılığıydı. Ve sonra ne oldu? Akiller siyasi değildi bana göre. Akiller ne yaptı? Halka gitti. Halkın duygularını, düşüncelerini, görüşlerini not aldı. Bu arada ben birçok program yaptım. Barışın önemini çok iyi biliyorum. Az önce Batsın Bu Dünya'yı söyledim. Ki 38 sene önce yaptım bunu. Barış için... Ve 18 sene evvel "Gelin birlik olalım" dedim. Yarın çok geç olmadan... Bunu 18 sene evvel yaptım. Yeni çıkan bir şey de değil. Her zaman anlattıklarımın hepsinde barışa, insanlığa davet vardır. Bunu vurgulamaya çalıştım. Ben programlar yaptım, Ali Kırca ile bir Siyaset Meydanı yaptık.

L.K.: Üç-dört kez gösterildi değil mi o?

Dokuz defa! Ali'ye dedim ki "Neden programı bu kadar çok gösterdin?", "Çok sevildi, çok isteniyor" dedi. Ve sonra akiller ne iyi yaptı ve halka gitti. Sonra notlar aldı. Yukarılara verildi. Gereken yere verildi. Siyaset bunun neresinde? Siyasetle bunun ne alakası var? Belki de şu ana kadar hiç yapılmamış bir şey yapıldı.

L.K.: Evet, ilk defa!

İlk defa böyle bir şey yapıldı. Barış adına... Ben daha önceki söylemlerimde de çok söylemişim. Barış için her şeyi denemek lazım. Bir de Türkiye şimdiye kadar ilk defa bu kadar kutuplaşmış bir yapıya sahip. Belki de ilk defa böyle çeşitli insan bir arada çalışma fırsatı buldu. Mesela bizim Marmara grubunda 9 kişiydi, 9'u da farklı insan. Türkiye'de böyle ilk kez farklı insanlar bir araya gele-

rek bir ortak amaç için faaliyet yaptı. Hiç siyaset de konuşmadık zaten. Siyasetle ilgili hiçbir şey konuşmadık. Son derece de şerefli, onurlu bir görevdi. Siyasetle hiçbir alakası yoktu. Ülke için, insan için, vatan için, bütünlük için, demokrasi için, adalet için... Böyle bir çalışma ilk defa yapıldı. Ama bunu bazıları farklı yerlere götürdü. Bunu o kişiler de biliyorlar da üstünde durmuyorlar artık.

Akil İnsanlar çalışmalarını tamamladılar. Şimdi devam eden bir süreç var. Siz geleceğin Türkiye'sini nasıl görüyorsunuz? Güneydoğu meselesi ya da Kürt meselesi konuları düşünüldüğünde PKK'nın ya da siyasetteki uzantılarının talepleri düşünüldüğünde siz önümüzdeki on yıl, yirmi yılda nasıl bir Türkiye bekliyorsunuz? İyimser misiniz, karamsar mısınız?

Ben hiçbir zaman kötümser, karamsar değilimdir. Daima pozitif düşünmeye çalışmışımdır. Birçok değişiklikler tarihte böyle yaşanmıştır. Bunlar da aşılabılır diye düşünüyorum. Çünkü biz şu anda bir bütünün parçalarıyız. Diyelim ki, Allah korusun da, bölünme olsa kime ne yarayacak? Ondan başka husumetler de doğar ve maddi manevi her türlü zararı herkes çeker. Ülkemizin menfaati de bizim için son derece önemlidir. Ülkemizin bütünlüğü bizim menfaatimiz içindir. Ama ülkemizde bölünme gibi bir rahatsızlık... Tabii ki onu isteyen kişinin de huzursuzluğu vardır, bizi de huzursuz eder. Ayrıca böyle bir şey Allah korusun olursa ona yaramaz ki diye düşünüyorum. Bu coğrafyada bunlar çok zor şeyler. Bunun ileriye de var. Tatsız şeyler olur o zaman. Olmasın! Biz bir bütünün parçalarıyız. Ben tarihsel baktığımda biraz da farklı değerlendiriyorum olayları. Tarihte binlerce yıllardan beri, bu coğrafyada, bu ülkede yaşayan o kadar çok çeşitli insanlar olmuş ki. Hepsi sağduyuyla yaşamışlar. İnsanlar aynı insan, yönetimler değişmiş. Binlerce yıllardan beri büyük bir tecrübe var. Dünyanın hiçbir yöresinde Türkiye kadar,

“Türk Müziği, Anadolu’nun içinde bulunan, yaşayan bütün insanların, Kürtler’in de hepsini içeren bir bütünlük taşır. Yani Ergenekon da bizim ama İlyada da bizimdir. Dünyada hiçbir yöre Orta Doğu kadar zenginlikler taşımaz. İşte 12 bin yıllık Göbeklitepe, tarih bilgilerimizi alt üst etti. Türk Müziğinin içinde muazzam bir zenginlik var. Batının yanına ve hatta daha ötesine gidebilecek bir malzeme var burada.”

Orta Doğu kadar her şeye sahip; tarihe, kültüre, birlikte yaşamışlığa sahip bir yer yoktur. Çok çeşitli insanlar var. Ama çeşitlilik ayrılık değil. Otuz küsur tane etnik yapı var. Bunlar etnik yapı değil ki... Bunlar kültürle ilgili, yaşamla ilgili farklılıklar. Ama özünde aynı dili konuşan, aynı yerlerle bütünleşen insanlar. İrk konusunda ayrılık kim iddia edebilir ki! Böyle bir şey olabilir mi?

Hitler falan yapmaya çalıştı onu...

Hitler’in öldürdükleri de büyük ölçüde Türkler biliyorsunuz. Türk Yahudileri.

“Türkiye’de her kültür, inandığı değerlerini özgürce yaşamalı”

Bir kardeşlik tesisi sürecindeyiz ve siz ümitlisiniz. Peki, riskler var mı? Nelere dikkat edilmeli? Kırmızı çizgiler olmalı mı? Tehlike nerede başlar? Ne olursa bu kardeşliği tesis edemeyiz?

Bunu hep şöyle ifade ettim ben. Bir kere hepimizin mutlu olması hedef olacağına göre, aramızda dil, din, cins, ırk farklılıkları var. İrk derken o arı şeyi söylemeyelim, kimya ile ilgili olanın üstüne gitmeyelim. Gitmemiz yanlış olur. Kimse de gitmeye niyetli değil bence. Bir kere her farklı cinsin, dili, dini ırkı neyse; onun inandığı, kendi öz değerleri vardır. Bu öz değerlerini yaşaması lazım. Bu coğrafya içerisinde, Türkiye Cumhuriyeti Devleti başlığı içerisinde bu farklılıklar var. Bunları yok edemezsin asla. Böyle bir şeyi kimse zaten istemiyor. O farklılıklara

saygı duyarak hepimizin bütünleşeceği bir sistem olmalıdır. Nedir o? Zaten bizim Türkiye Cumhuriyeti Devletimizin kurgusunda bu var. Türkiye Cumhuriyeti Devleti herkese eşit mesafede bir devlettir. Bu yüzden laikliği kabul etmişiz, herkes özelini yaşasın diye, inancını yaşasın diye. Bu da bunun bir tezahürüdür. Türkiye Cumhuriyeti Devletine vatandaş olmuş olan herkes eşittir. Bu o anlama gelir. Biz bunu daha da geliştirmeliyiz, demin söylediğimiz gibi. Herkesin daha mutlu olabilmesi için, ileri demokrasiyi yaşayabilmesi için yaşamızın da buna göre olması lazım. Devletin bu anlayışa sahip olması lazım, Anayasamızı buna hizmet etmek üzere hazırlamamız lazım. Devletin gücü tamamıyla insanların mutlu olmasına yönelik hizmet yapar anlayışını her maddeye getirmeliyiz. Ama devlet tabii ki kendi varlığını korurken yapar bunu. Nasıl koruyacak zarar vermeden? Ne yapacaksa hukukçularımız burada bunu ifade eden cümlelerle Anayasamızı neticelendirecek.

L.K.: Burada iki temel risk var gibi gözüküyor. Birincisi bizim bu bahsettiğiniz Anayasal yapıyı kuramamamız. Yani o eksikliklerimizi tamir edemememiz.

Neden öyle olsun ki aslında?

L.K.: Yok, risk olarak dedim, illa ki öyle olacak anlamında değil. İkinci olasılık da biz çok güzel bir yapı kurarız, farklılıklar farklılıklarını yaşar bir hale gelir. Fakat ortak kültürel zemini yeterince oluşturamazsa bu kompartmanlaşma sorunlarını aşamayabiliriz. Bu iki riskten bence önemli olan ilkidir. Yani ben Türkiye’deki insanların kompartmanlaşacağını sanmıyorum. Bizim kültürel geleneğimize uygun değildir o. Ben şuna inanıyorum ve o yüzden optimistim, eğer biz devlet düzeni olarak yasalarımızı uygun bir şekilde yaparsak ve eşitlikçi ve özgürlükçü bir havaya sokarsak geri kısmını insanlar halleder gibi geliyor bana. O zaman biz iyi bir yapı kurmalıyız ve en büyük risk de bu yapıyı kuramamak. O zaman siz neden kuramayalım dediniz ya, oradan ben sormak istiyorum. Kurabiliriz diye düşündüğünüze göre optimistsiniz herhalde...

Evet, olmak da zorundayız ayrıca. Bunu kurabilecek yeteneklere de sahibiz. Ben burada bir tek şeyden rahatsızım, farklı siyasi görüşlerin rekabet içine girme isteği düşüncesinden rahatsızım biraz. Neticede, maksat vatansa gerisi teferuattır. Vatan dediğimiz bizim yaşadığımız, doğduğumuz topraklardır. Dünya anavataandır diyoruz ama bir yandan da burayı temiz tutacağız. Biz aynı odakta birleşebiliriz neden birleşmiyoruz ki! İşte onu yakalamak kolay olmasa da yakalayabiliriz diye bir ümidim

var. Bölünmeyi katiyen düşünmüyorum. Üstelik bazı istatistikler var. Bölünme lafını bile düşünmek istemiyorum. Böyle bir şeye de gerek yok. Kolay da olmaz diye düşünüyorum. İstatistikler, uluslararası nüfus etütleri raporları var, internette de görebilirsiniz onları. O raporlarda da büyük çoğunluğun isteği de var. Türkiye’nin yapısına ilişkin bu istatistikler şunu gösteriyor, yüzde 86,21 kişi diyor ki “ben Türk’üm”. Aidiyetini belirtiyor. Yüzde 13,79 değilim diyor. Ama dil olarak yüzde 93 benim anadilim Türkçe diyor. Böyle değerler var bunun içerisinde. O zaman baktığımızda yüzde 86’nın gönlünün kırılması var. Öbür tarafta onların da bu büyük kitleyi de anlaması lazım. Aslında bizim bütünleşeceğimiz Türk başlığı, bu tamamen kültür amaçlıdır. İrk değil artık. Benim her zaman söylediğim bir şey vardır, müzikle de bağlantılıdır bu. Kurtuluş Savaşı’nı yapmışız. Türkiye’nin değerleri artık kalacaktır. Başta da isimdir. Herhalde orada Atatürk ve silah arkadaşları Türkiye’nin adı ne olsun. Daha evvel Osmanlı’ydı. Daha evvel Selçuk’tu, daha evvel Doğu Roma’ydı... O zaman bu ülkenin ismi ne olsun diye düşürdüler. Kemal ülkesi olabilir miydi acaba veyahut da Mustafa olabilir miydi? Sonunda şuna karar verdiler; Türkiye olsun. Neden Türkiye olsun? Çünkü dünya bizi Türkiye olarak tanıyor. Özellikle de Batı Türk bunlar diyor. Ve özellikle İtalyan terimidir Ala Turca biliyorsunuz.

Osmanlı’ya ilk Türk diyenler kimler biliyor musunuz? 1370’li yıllarda bir İngiliz diyor. Yani devlet olarak Türk devleti diyor. Ondan sonra Batı 14-15-16. yüzyılda Osmanlı diyor ama Türk İmparatorluğu olma özelliğini de koruyor. Bu devlete ilk Türk diyenler Batılı aslında.

Türkiye’de ilk ülke ismini koyanlar Kertlerdir, onlar da Galata Kulesi’ni kuranlar yani Galler. Onların müzikleri de Karadeniz’de, Ankara yöresinde onlar da bu şekilde ifade ediyor. Memlûklülerin de ilk kurdıkları devletin adı Memlûk Devleti değil de Türkiye olarak kurulmuştur. Kuranlar da Baybars’tır. Kafkasyalı Çerkezler ve Kürtler vardır arasında. Selahattin Eyyubi için Kürt derler, doğrudur. Bütün çocuklarının adı Türk isimleridir. Çünkü ara boylarının başlarında genellikle Türkler var. Şimdi Türkiye ismini Ala Turca’dan koyuyorlar, Türk tarzı. Batılı bize baktığı zaman, Osmanlı’ya baktığı zaman, Türk tarzı, Müslüman-Türk diye bakıyor. Hâlbuki içimizde her şey var. Türk olmayan da var. Ama Batılı öyle tanıyor, Osmanlı’yı Müslüman-Türk diye tanıyor. Ala Turca diyor. Hristiyan Batıyı tanımlamak için de Ala Frank diyor. Özellikle Levantenlerin tanımında onlar vardır. Ve bu müziğe de yansımıştır. Aslında bu terim İtalyanca olmasına rağmen biz onu Türkçeymiş

gibi kullanıyoruz; alaturka müzik. Türk Müziğine alaturka diyoruz.

Yanlış aslında bizim dememiz...

Yanlış tabii. Batı Türk diyor, Türk tarzı diyor. Bundan daha doğal bir şey olamaz. “Ne mutlu Türküm diyene” derken yeni bir milleti oluşturuyor. Orada bundan dolayı, kültür için denmiş veya o Ari ırk kast edilmiş gibi düşünmemek lazım. Yok, öyle bir şey!

“Türk Müziğinin içinde muazzam bir zenginlik var”

Orhan Bey röportajımızda bir saati geride bıraktık. Güzel bir temel atmış olduk. Bundan sonraki bir saatte daha detaylı olarak müzik konuşmak istiyoruz. Sözü Hanefi Hocama bırakmadan önce şunu sormak istiyorum. Albümlerinizi 300 milyon sattı, 1000'in üzerinde besteniz var. Bu halk nasıl oldu da sizi bu kadar çok sevdi? Bunun sırrı ne?

Hiçbir başarı tesadüfen gelmemiştir. Benim varlığım Türk halk müziğidir, sanat müziğidir. Klasik Batı müziğiyle başladım müziğe, 6 yaşında. Ama gönlüm hep halk müziği ve sanat müziğindeydi. 7 yaşına kadar temel prensipleri öğrendim klasik Batı müziğinde. Notayı öğrendim 6 yaşında. Bir ayda okumaya başlamıştım. Mandolin ve kemanın yararını gördüm sonradan çok. Çok sesliliğin anlamını ilk o yaşlarda duyarak daha farklı değerlendirdim ve Türk Müziğinin içindeki seslerin analizi halinde bizim de kendimize has bir harmonimiz olabileceğinin ısrarındayım. Onu daha da laboratuvara koyup çalışmamız lazım. Türk Müziği, önce nedir? Ne şekilde, nerelerden beslenmiştir? Bunu netleştirip ondan sonra dediğinize cevap vereyim. Bu bilgileri bilmeden bazı başarılarla ulaşılmaz.

Türk Müziği, Anadolu'nun içinde bulunan, yaşayan bütün insanların, Kürtlerin de hepsini içeren bir bütünlük taşıyor. Her ne kadar Orta Asya'dan getirdiğimiz bazı değerler var diye söylesek de yalnız Orta Asya değildir. Yani Ergenekon da bizim ama İlyada da bizimdir. Türk Müziği çok zengin bir yapısalılık içerir. Dünyada hiçbir yöre Orta Doğu kadar zenginlikler taşımaz. Bu hem tarihsel hem de kültürel açıdan böyledir. Dünyanın en zengin yöresidir burası. İşte 12 bin yıllık Göbeklitepe, tarih bilgilerimizi alt üst etti. 8500 yıllık Marmaray kazıları alt üst etti. Çocuklar baba koş diyor ben yine koştum gittim ve gördüm onları. Resimlerini falan da çektim. Marmaray'ın çıkmasıyla Bizans görüşü iflas etti ama bu ayrı bir konu, ona şimdi girmeyeyim. Türk Müziğinin içinde muazzam bir zenginlik var. Özellikle de



Türk Sanat Müziğinin. 1826'ya kadar Enderun'da gelmiş maalesef ondan sonra akademik devamlılık bitmiş, el yordamıyla Cumhuriyet'e girmiştir. Cumhuriyet'te de o değerler gereği gibi ifade edilmediği için bir ciddi okul kurulamamıştır. Sonradan daha ziyade kurulmaya başlamıştır. Türk Müziği kadar zengin ve çeşitli bir yapı dünyada dediğim gibi yoktur. Ama gereği gibi biliniyor ve değerlendiriliyor mu? Hayır! Bunun hem altını üstünü buzdağına benzetiyorum ben. Buzdağının üstteki kısmını görüyor insanlar, altta kalan kitleyi görmüyorlar. Şimdi Türk Müziğinin maalesef üst tarafta kalan kısmı da gereği gibi ortada görülemiyor. İlk iş, seslerimizin analizi. Özellikle makamsal özelliklerin neler olduğunu biliyoruz; onların analizi ve onların içinden doğacak olan birden fazla sesin tınlamasıyla ilgili kendine has akort hatlarının çıkabileceği bir yapı var. Duraklarımız, güçlerimiz ve mobil güçlerimiz bize kendimize has çok sesimizi verebilecek temel kurgular olacak. Ben bunu ısrarla söylüyorum. Henüz yeterince o alışkanlığı edinmedik, çalışmalıyız. Bizdeki makam zenginliği ve çeşitliliği diyebilirim ki Batı sisteminde var olan modülasyonlarla ifade edilemez, o zenginliklerin çok üstündedir. Ve Batının yapısalılığının akort hatlarının çok daha fazlası bizde kurulabilir. Onları kurulum da bizde onlarınkinden daha zengin kurulabilir. Bunun farkında değiliz ama veyahut da az kişi bunun farkında.

H.Ö.: Bir dakika bölebilir miyim? Türk Müziğinde ana dizi meselesi üzerine bir kitap yazdım, yakında basılacak. Biliyorsunuz Batı müziğinde do majör deyince oradan her şeyi çıkarabiliyoruz. Minörler vesaire çıkıyor. Bir yanda da Batı müziğini incelediğimizde, do'dan başlıyorsunuz do'ya kadar geliyorsunuz bitti. Yani yedi tane ses işi bitiriyor.

Beş tane kalıp vardır, bu!

H.Ö.: Mesela bir Kürdi makamını aldığınızda sorun yok, Batı müziği gibi. Ama Saba makamını elinize aldığınızda iş çok değişiyor. Bir kere, karar sesi Dügah (La). Ama oktava çıktığınızda artık bu natürel La olmuyor. Orada hemen iş değişiveriyor. Makamı iki oktavla ancak ifade edebiliyorsunuz. Ben yazdığım kitapta bunu biraz daha geliştirdim ve Saba makamından yola çıkarak, kendini tekrar etmeyen üç buçuk oktavlık bir ses dizisi geliştirdim. Batı müziğinde bir oktav, bizdeki alan üç buçuk oktav.

Bizde daha net kullanılan iki buçuktur. Yegâhta kaba, Dügâhta tiz, Nevaya kadar.

H.Ö.: Ama bu kullanmak için değil. Yani Batı müziğinde do'dan do'ya gittiğinizde ses dizisi tekrara başlıyor bizde ise üç buçuk oktavda. Dolayısıyla yukarıda tiz tiz Neva'ya kadar çıkıyorsunuz aşağıda da kaba Irak'a iniyorsunuz ve sonuçta 3,5 oktavlık bir alana sığdırıyoruz Türk Müziği ses dizisini. İçinde Batı müziğinin de tüm sesleri var, bizim de seslerimiz var, Hint müziğinin de sesleri var. Bu şunu gösteriyor bence, Anadolu'daki müzik bütün dünya müziklerinin sanki temeli gibi. Buradan da devam ettiğimizde, nereden geliyor bu diye, ben en son Sümerlere ulaştım. Sümerlerin başkenti olan Ur Şehri'nde bir kazı yaptılar ve Milattan önce 2800 yılına ait, gümüşten yapılmış bir flüt bulmuşlar. Onun bir benzerini yapıyorlar. Flütten çıkan sesler, do-re-mi-fa diyez-sol-lası. Bizdeki Pençgâh makamı dizisi. Bu dizideki fa dizyezi hiç değiştirmeden diziyi re, mi, fa notaları üzerinden seslendirdiğinizde Batı müziğinin yedi kilise modunu elde ediyorsunuz. Peki,



aynı şeyi Türk Müziği için düşündüğümüzde Pençgâh, Yegâh, Hüseyni, Aşiran hepsi çıkıyor olduğu gibi. Yani köken aynı. Batı müziğinde de köken aynı, bizim müziğimizde de. Bizim şu şansımız var, Batıda sadece 12 tane ses, bizde yerine göre 53...

Bu piyanonun icadından itibaren, 1500'lerden itibaren. Kalıp oluşturmuşlar. Çok sesliliğin temelini o yıllarda, 1500'lerde oluşturmuşlar. Logaritmanın ve piyanonun da icadıyla...

H.Ö.. Piyo sıkıştırıyor ama biraz değil mi, kalıba sokuyor?

Kalıba sokuyor. Polifonik sistemi belli bir kalıba sokmak için şu anki sistemi kuruyorlar. Ondan dolayı öyle oluyor. Daha evvel hep el yordamıyla, borularla kilisede geliyor. Bilahare, Rönesans, Reform döneminden itibaren daha özgürce bakılıyor ve bu şu anki sistem kuruluyor. Bu sistem böyle yapalım daha iyi tınıyor diye konuyor. İfadelerinde bu doğanın sesidir. Her şey doğada var olan seslerdir ama onlar orada tercih ettikleri bir kalıbı oluşturuyorlar. Bu kalıp her şeyi ihtiva eden bir kalıp değil, sadece bir kalıp. Ama güzel bir kalıp, güzel bir sistem oluşturuyorlar. Bu tamam! Ama ben de

her zaman onu şöyle söylerim Batılının gelmiş olduğu polifonik sistem, bu odak bir insanın gelebileceği en muhteşem yerlerden biridir. Ama orası tek değildir. Tek muhteşem yer orası değildir. Oraya gelecek başka muhteşem odaklar da olacaktır. Burada da birinci derecede yapılabilecek olan Türk Müziği içindeki yapıdır, bunu oraya götürmeliyiz. Yani Batının yanına ve hatta daha ötesine gidebilecek bir malzeme var burada.

H.Ö.: Burada şöyle bir şey var aslında. Müzikle siyasetin, sosyolojinin hepsinin birleştiği nokta, Türkiye'nin geleceği açısından da önem taşımakta. Biz, Cumhuriyet tarihinde özellikle, Batılılaşmaya verdiğimiz önemi kendi değerlerimizi evrensel değerlerle nasıl harmanlarız ve nasıl buradan yeni şeyler üretiriz noktasına verememiştir. Ve bizim acilen yapmamız gereken şey üretim, her alanda. Hukukta, sosyolojide, fen alanlarında, müzikte üretim. Müzikte de bu böyle. Batı müziğini Batıya satmak yerine kendi kültürünüzden bir şey getirirseniz oraya onun ilgisini çekecek. Biz bunu yapamadık. Bunu yapabilirsek eğer, müthiş bir katkımız olacak evrensel bilgiye.

Aynen böyle!

H.Ö.: Bu ülkede kendilerini entelektüel olarak gören ve çok baskın olan bir kesim var. Onlardan biri, bir yerde şöyle diyor: "Her ülkenin geleneksel müziği ve halk müziği vardır. Ancak geleneksel müzikle halk müziği konservatuarlarda öğretilmez. Bu tür müzikleri araştıran, inceleyen, tarayan, yaşatan ve arşivleyen enstitüler vardır. Bu enstitüler istenirse üniversite bünyesinde, istenirse bağımsız olarak çalışabilirler. Ama konservatuar kavramıyla ilişkileri olamaz. Konservatuarlar operayı, baleyi, senfoni orkestralarını ve tiyatroyu besler." Devamında şu da söyleniyor, "Biz Batıdan treni aldık, gemiyi aldık, müziği neden almıyoruz?" Şimdi size sormak istiyorum: Bir mühendislik ile bir kültür aynı şey olabilir mi?

L.K.: Ben de bu noktada Türk Hava Yolları'ndan bir örnek vereyim. Business class'ta semaver ikramı başladı. Yani Batı'dan istediğin kadar uçak al, oraya semaveri ancak biz koyabiliriz. Orada ayrılıyorsun işte...

Bazı gerçekleri bilmemiz lazım. Benim karşılaştığım birkaç tane çok sivri olaylar da var da. Time Dergisinin yaptığı bir anketi söyleyeyim önce. Dünya ne dinliyor, onun üzerine bir anket. Bu çok önemli! İnsanlar para verip albümleri aldığı zaman gerçek zevkini ortaya koyuyor. Rusya ne dinliyor? Yüzde 94 kendini dinliyor, yüzde 6 yabancıyı alıyor. Japonya da aynı şekilde. Çin, yüzde 98 kendini dinliyor. Batı; Almanya, Fransa, İngiltere yüzde 40-60 veya 50-50. Amerika'yı katmıyorum, o zaten nevi şahsına münhasır. Kendiyle ilgili. Daha farklı... Türkiye yüzde 94 kendini alıyor yabancıyı. Demek ki dünyadaki bütün ülkeler kendi değerlerini birinci sırada tercih ediyor. Her konuda bu böyledir. Şimdi bakıyoruz radyolarda, televizyonlarda, özelleştirmelerden sonra bazı Dj'ler, program yapımcıları, genelde programlarını Batı sanatçılarına benzeterek yapmaktalar, yayınlamaktalar. Ne oluyor o zaman? Türk Müziğiyle, Türk değerleriyle ilişkili olan yapılar pek kullanılmıyor. Sanat müziğini görüyor musunuz? Neredeyse göremiyorsunuz; TRT haricinde göremiyorsunuz. Bu durum büyük bir zarar veriyor kendi değerlerimize. Biz illa ki tutucu bir şekilde söylemiyoruz, değerleri korumaya yönelik konuşuyoruz burada. Evrenselleşmeyi de koruyacağız, çağdaşlaşmayı da hedefleyeceğiz ya! Batıya saygımız var ama Batının kötü bir kopyası olmak da var. Ama biz kendi doğrultumuzda gerekeni yapmalıyız. Öbür tarafta bir eksiklik de şuradan geliyor; Türk Müziği üreticileri, özellikle sanat müzikçiler bugünün, bu dönemin, nesillerin içinde bulundukları şartları ya anlamıyorlar ya da ilgilenmiyorlar. Bugünün dinamiğinin içerisine girmiyorlar. Bugün iletişimin neler getirdiğini, neleri

bozduğunu vesaire bilmiyorlar ve onlar hala klasik, o eski dönemi yaşıyorlar. O bir misyon tabii ama o misyonu yaşamak için bugün onu yaşatmak lazım. Bu çabayı gösteremiyorlar ve çoğu da bu yeterlilikte değil. O zaman Türk Müziği pek yayınlanmıyor. Benim tespitimdir bu.

“Batının karşısında yegâne alternatif, Orta Doğudur”

H.Ö.: Avrupa’da hangi ülkenin başkentine gitseniz orada filarmoni orkestrası vardır ve kalitelidir. Kendi müziklerinden hiç taviz vermez ve o kurallar çerçevesinde işler o. Batı bunu beceriyor. Serbest bir müzik alanı var ki oluyor. Bu neden yapılamıyor Türkiye’de?

TRT’nin şu anda hizmeti özel kanallardan daha iyi bu bir gerçek. Özenen DJ’ler var ve onlar zaten sevmiyor ki Türk Müziğini. Patron da karışmıyor zaten, birileri kendi bildikleri gibi yapıyorlar. Ama halkın karşısında oldukları için dikkat etmeleri lazım bize ait olan değerlerin yaşamasıyla ilgili. Ben bunu şurada gördüm. 1967’de yılında Köln’de stüdyoda Almanların en büyük şeflerinden birisinin orkestrası var. Ben onlara sazımla Türk müziğinden örnekler verdim, çok hoşlarına gitti. Teklifte de bulundular beraber çalışalım diye, yeni bir sentez yapalım diye. Ben dedim Türkiye’de yapacak şeylerim var, onun için gelemem ama bir gün belki. Öyle kaldı. Orada şunu söylediler, Türkiye’den buraya Batı müziği yapan Türkler geldi ama istifade edemedik dediler. Adam kendisi Batılı, istifade etmesi için en az kendisi gibi olmalı hatta öteye gitmedi. Batıyı yeterince bilmiyorlar dedi adamlar. Bunlar hiçbir zaman entelektüel olamaz. Türk Müziğini de bilmedikleri için onlardan yararlanamadık dediler. Onun dışında Türkiye’de Türk Müziği yapanlar geldi dediler. Onlardan da istifade edemedik çünkü onlar da çok dar bakıyordu dediler. Geniş bakmıyorlardı ve biz onlarla diyalog kuramadık dediler. 10-15 sene önce Atilla Özdemiroğlu aktarmıştı bana, Antalya Altın Portakal Film Festivali’nde bir panel yapmışlar geleceğin dünyasındaki müzikle ilgili görüşler üzerine. Paneli Zülfü Livaneli yönetmiş. Akdeniz ülkelerinden gelenler var, müzikologlar. Baltık’tan, Amerika’dan gelenler var. Finalde hepsinin imza attığı bir karar şu: Geleceğin dünyasında Batının sistematize olmuş değerlerinin karşısında yegâne alternatif kültür Orta Doğu kültürüdür, sonra da Uzak Doğu. Batıdaki sistematize oldu ama buradaki capcanlı duruyor. Ancak biz bunun kıymetini ve anlamını bilmiyoruz.

Kıymetini bilmediğimiz için galiba ilkokulda bugün çocuklara flüt ve mandolinle müzik eğitime başlatılıyor ve ben kendim de dâhil olmak

üzere bu enstrümanlar kendi kültürel formlarımıza uygun olmadığı için daha o yaşta enstrümandan hatta müzikten soğuyoruz. Sizce ilköğretim okullarındaki müzik anlayışında yanlışlıklar yok mu? Yani hangi sazla başlanmalı?

Şimdi bizim enstrümanlarımızın başında halk müziği ve bağlama, başı çekiyor. Ardından da kaval geliyor. Bence zaten demin söylediğim çalışmalarda seslerin analizi bir tanesiydi, diğeri enstrümanlar ve nota okumaydı. Biz 6-7 oktav kullanmıyoruz. Ben bunları bazı arkadaşlarıma anlattım sen ne yaptın diyorlar. Her şeyi değiştiriyorsun diyorlar, ben değiştirmiyorum zenginleştiriyorum. Bir arkadaşım anladı bunu, Bülent. Amerika’da virtüöz. Program yapıyordu, benimle de bir program yaptı. Ona bahsettim. O anladı ve sağ olsun emrine hazırım ne varsa dedi.

H.Ö.: Bir de ritimler var. Sizin ritimlerin çok güzel, çok farklı. Bir de o zenginliğiniz var.

Zenginliğimiz... Dediğim gibi 12 yıllık Göbeklitepe var. Bana göre daha eski. Burada çok önemli zenginlikler var ve bunları gittikçe bulacağız. Bunların seslerini şu anda duymamız her ne kadar mümkün olmasa da onların analizini yaptığımız zaman karşımıza çıkacak ve makamsal özelliklerdeki makamların zenginliği, çeşitliliği bizi oraya götürecek birinci yollardandır. Ritimlerimiz de öyle, son derece zengin bir ritim hazinemiz var. 78 tane usul var.

H.Ö.: Bu konuda bir araştırma yaptım ben efendim, sayıyı arttırdık biraz daha. En son oldu 84. En büyük usul de 124 zamanlı Cihar usulü. Geçenlerde bir üniversitenin açılış dersini yaptım. Konu biraz değişik olsun istedik. Birazcık tıp, biraz müzik, biraz eğitim için karıştırdım. Konu başlığı da “Biraz da Müzik” oldu. Müziğin insan beynine olan etkisi. Müzikle uğraşan insanlarda şöyle bir şey oluyor. Her iki beyin yarım küresini birleştiren Corpus callosum bu kişilerde çok gelişiyor. Yani iki yarım küre birbirleriyle çok iyi iletişim kuruyor. Bu da beynin kapasitesini ebetteki arttıracaktır. Bu yüzden müzik eğitimi aslında bence şart olmalı.

Yani sanatla ilgilenmek özellikle... Belli yere gelen, yöneten kişilerin sanatla çok yakın ilişkisi olduğunu da görüyoruz. İş adamları da buna dâhildir. Krallar, sultanlar ya şairdir ya bestecidir yahut da güzel sanatlarla ilgilidir mutlaka.

H.Ö.: Geçen bir kitap okudum Bağlamada 26 Düzen diye. Bilirsiniz, Niccolo Paganini büyük bir İtalyan keman virtüözüdür. Zorlandığı bir eserde kemanın akordunu değiştiriyor, o şekilde çalıyor. Kemanda akort değişikliğini aklına

getirdiğine göre çok büyük bir deha diye yorumlamışlar. Bizim halkımız bağlamada 26 farklı akort ortaya koymuş. Bu da bu halkın, çok büyük bir dehaya sahip olduklarını gösterir. Yörelere göre bağlama icra teknikleri var. Büyük bir zenginliğe sahibiz en azından bunu bir kayıt adlına alabilsek ne güzel olur.

Yapacağımız çok şey var bu konuda. Bunları kayıt altına almamız.

H.Ö.: Biz bu konuda istiyoruz ki bir fakülte kuralım. Sayın rektörümüz buna çok sıcak bakıyor. Orada tabii ki birçok bölüm olacak ve müzik de olacak. Müzikte iki şey düşünüyoruz. Birisi müzik eğitimi diğeri de müzikoloji. Ritimler, usuller, formlar...

Enstrüman ailelerinin geliştirilmesi! Her bakımdan yapacak çok şey var.

H.Ö.: Bunların hepsini yapmak lazım. En sonunda eserlerimizin yeniden notaya alınması, en düzgün şekliyle okunması gerekiyor. Ayrıca sazlarımızın geliştirilmesi önemli. Bir bağlama için bir kitap yazmaya kalksanız, 50 cildin yeteceğini zannetmiyorum. Ama bir bağlama metodu çıkıyor, 40 sayfa, 50 sayfa...

Benim *Diriliş* diye bir eserim vardı dinlediniz mi bilmiyorum. Ben size onu dinletmek isterim. Orada bilgi de vererek söylemek isterim. Bu, senfoni nitelikli bir eserdir. Burada bu parçaları kullanırken için dombrayı kullandım. Dombra Kazak folk aletidir. Türk aletidir o da. Hayatımda ilk defa çaldım bunu. Çok da güzel. İki telli... Bunun yeni, üç telli bir prototipini oluşturuyoruz şimdi. Üç telli olursa nasıl olur diye. Dombranın telleri misina. Atalar da atkuyruğu falan kullandığı için, ona en yakın olan da misina tınısı. Acaba üç telli dombra olursa nasıl olur diye çalışıyoruz şimdi. İstedikimizi daha elde edemedik. Cihan’la çalışıyoruz. Böyle bir enstrüman oluşturabiliriz, bakıyoruz. Ve dombra kullanıyorum, elektro kullanıyorum, divan sazı kullanıyorum, sonra da akustik saz kullanıyorum. *Diriliş*’in esas adı *Ergenekon*’du ama koymadık onu. (Gülüyor)

Bir ismi daha vardı?

Etrüskler.

Şarkının hikâyesini de anlatabilir misiniz?

Etrüskler, şimdi Kazım Mirşan bilgileridir bunlar. Kazım Mirşan’ı iyi tanırım. 95 yaşında şu anda Bodrum’da, Türkbükü’nde yaşıyor. Dünya tarihini bilen, ama akademinin kabul etmediği bir insandır. Fakat o ölürse belki de ondan sonra

kıymeti anlaşılacak. Dünya tarihini, Türk tarihini ondan daha iyi anlatan biri yoktur. Etrüskler'i ortaya koyan odur. Etrüskler, 3850 yıl evvel İtalya'nın kuzeyinde, Floransa'da Toskana şehrinde kabile kurmuş olan Türklerdir. Kullandıkları alfabe de Türkçe fakat daha farklı. Alfabe, proto Türkçe. Ve Latin alfabesinin temelinde de o olduğunu iddia ediyor ve A harfi Latin alfabesindeki ilk harftir. Orada yerleşiyorlar ve oradaki insanlara uygarlık götürüyorlar. O zaman dünyanın en ileri görüşlerine sahip olan Türkler olarak geçer. Ama asimile oluyorlar. Zaten Türklerin kaderinde bu vardır. Azınlık olarak dünyanın her tarafına gider ve asimile olurlar. Ben o hikâyeyi anlatmaya çalıştım. 2750 yıl evvel Roma şehrinin onlar kuruyor.

Buradan yola çıkarak İtalyanlar aslında Türk'tür diyenler de var...

Bununla ilgili Kazım Hoca'nın bir söylemi var. Bir beyefendi var, 76 yaşındayken, 85 yılında Kazım Bey'le konuşuyorlar. Aynen not edilmiş bu. İtalyanlar anlatıyor ya Türklerin İtalya'ya geldiğini falan. Adam sonunda şunu söylüyor: *"Kazım Bey siz yüzde yüz haklısınız. Ne dersiniz haklısınız. Ama ben maalesef kendi savımı söylemek durumdayım. Yoksa kimse bana saygı duymaz"*. Çünkü o zamana kadar da İtalya'yı anlatan, Etrüsk konusunu işleyen o. Kazım Mirşan tamamıyla tersini söyleyince adamın o zamana kadar yapmış olduğu kariyeri, her şeyi zedeleniyor tabii. Bundan çekindiği için ben bundan dönemem diyor. Ve öyle ayrılıyorlar. Kazım Bey'in durumu bu. Sonra Ferrana Tarih Üniversitesi, Toskana'da 2004 yılında evi arıyor. O zamanki kemik DNA'larına bakıyor. Gerçi onlar fazla bir şey ifade eder mi ayrı konu da yüzde 97 civarında genetik yapıları bizlere uygun çıkıyor. Şimdi hikâyem şu: Dombayla başlayan 35 saniyelik baştaki melodi, Orta Asya'daki Türkleri anlatır. Oradaki garibanı, dağda yaşamaya çalışan kişilerdir. Dua eder. Sonra aynı melodi senfoni olarak girer, uygarlıktır o da, gelişmişliktir. Bu uygarlık Batıya doğru yürümeye başlar. Kafkaslara gelir ve Batıya gider. Batıda artık bilgiyle, savaşılar vesaire gider. Aradan zaman geçiyor. Müslüman olan Türkler 1071'de Malazgirt'le gelirler, Selçuklular, Mevlana derken Osmanlı dönemi gelir. Osmanlı çökmek üzereyken onun küllerinden yeni bir kültür doğar. Baştaki temdir o, uygar temidir. Türkiye Cumhuriyeti Devleti'dir ve o kültür finale doğru gider. Ben Türk kültürünün gelişimini anlatmaya çalıştım. Şimdi izninizle bu bestemi bir dinleyelim... (Besteyi dinliyoruz)

"Türk müzik endüstrisi çöktü!"

Efendim, harika bir beste. Aslında şu ana kadar konuştuğumuz her şeyi 6,5

dakikada özetleyen bir eser olmuş. İzninizle artık bitirelim. 2 saate yakındır hakikaten, çoğu bölümü hikmetli olan çok güzel şeyler dinledik. Üstüne de bu beste her şeyin özeti oldu tekrardan. Bunun üzerine söz söylenmez. Sadece bir soruyla bitirmek istiyorum ben. Tam bunlardan bahsetmişken, bizim derginin de konseptine uygun, 2000 yılında bildiğim kadarıyla bir baypas geçirdiniz. Bugün bir ritim bozukluğu problemi var bildiğim kadarıyla.

Evet.

Formunuzu nasıl koruyorsunuz? Sağlığınız ne durumda? Özel bir takım tedavileriniz, kullandığınız özel bitkiler, çaylar vesaire var mı? Bununla bitirelim efendim.

Şükürler olsun iyiyim. Fakat bypassı kriz geçirmeden olmuş olmam bir kazanım, çok önemli. Benim ritim evvelenden de bozuktur.

H.Ö.: Vardır bunda da bir hikmet.

Hastaneye birlikte gitmiş olsak, acile gitsek benim elektromu çekseler, çeken de genç bir kardiyolog olsa ne yapar biliyor musun? Beni hemen yoğun bakıma yatırır. Çünkü benim ritimim normal değil. Böyle arada bir gittiğimiz oluyor, tanımıyor mesela beni, hemen yüzü değişiyor. Birden sessiz kalıyor falan. Anlıyorum ben, "Rahat ol kardeşim, benim normalim bu" diyorum. Ama bazen tansiyon 24'lere çıkıyor. Babamın da 30'a falan çıkardı. Yani bizim vücudumuz alışkın herhalde genetik olarak, tolere ediyor. Ancak bypass olmama rağmen ritim bozukluğum düzelmedi.

Yeni projeleriniz var mı? Albüm mesela...

Birçok şeyler var. İnşallah yaparız ümidindeyiz. Benim yapmadığım bir şeyi de bana yaptırmaya çalışıyorlar o da ayrı bir konu. Daha ziyade sahneyle falan... Bu yaşta, (Gülerek) 41 yaşında beni sahneye çıkartıyorlar.

(Gülerek) 36'yı bir önceki röportajda.

Şimdi 41 oldu. Öyle bir sahne projesi var. Kitap var sonra, belgesel niteliğinde. Bir de üç-dört tane albüm ihtimali var. Bu albümlerin ikisi yurt dışında dünya starlarıyla olabilir. Böyle bir çalışma var. Onun dışında ben bir Gencebay akademisi kurmaya çalışıyorum, müzik akademisi. Çalışmalarımı daha yoğun bir şekilde ve kalabalık olarak da yapabilmek için. Yalnız bunu 1-2 sene içinde yapmam lazım; çok geciktim. Daha sonra da işte bu araştırmaları yapmak... Yapmazsak gözümüz açık gider.

H.Ö.: Yıllar önce, rahmetli Cinuçen Tanrıkorur Bey...

Allah rahmet eylesin, harika biriydi o.

H.Ö.: Kendisi her şeyi kolay beğenmez, çok zor beğenen bir insandı. Konya'da müzik bölümünü kuruyorlar ve bir gün oradaki bir hoca, ismi lazım değil, derste sizin bahsiniz geçince sizi öğrencilere herhalde biraz kötülemiş. Arabesk müzik falan diye.

Arabesk müzik diye bir terim yoktur aslında.

H.Ö.: Kesinlikle.

Yani Arapvari anlamına gelir. Müzik terminolojisinde böyle bir şey yoktur.

H.Ö.: Sonra Cinuçen Bey bu durumu öğrenmiş. Orada dolaşırken hocayla karşılaşmışlar. Öğrencilerin önünde Orhan Bey hakkında bunları söyleyemezsiniz diyor. Şimdi bakar mısınız nereden nerelere geldik? Artık tezlere konu oluyorsunuz. Ve burada da sizin bağlamayı geçtik çello partinize kadar eğitimde kullanılabileceğini gösteriyor. Bu çok güzel bir aşamadır, gerçekten.

Şu son çaldığımız eseri duydum, hoşuma da gitti. Almanya'da Karen Müzik Akademisi'nde derslere koymuşlar. Birçok makamları kullanıyoruz ya orada. Derslere konu olmuş çünkü içindeki makam farklılıkları, enstrüman farklılıkları ilgi çekmiş. Derslere koymuşlar. Hoşuma gitti. Çünkü pek yapılmadığı için bazı çalışmalar, yapmamız lazım, yapacağız inşallah.

H.Ö.: Şimdi bu eserleri insanlar ancak dinleyerek çalabiliyor, notaları piyasada yok. Öyle bir şey yapsanız, kitaba derleseniz?

İşte bu benim en büyük eksikliğim. Birazı var ama titizlikle benim özellikle yazmam lazım. Ben stüdyoya girerken parti halinde yazıyorum ya, yüzlerce nota yazıyorum. Bunları sonra ihmal ediyoruz. Bu benim ihmalem. Başkasına yaz desem eksik oluyor, mutlaka benim yazmam lazım. Bir notayı, titizlikle yazmak lazım. Yoksa 1-2 saatte yazarım da ama titizlikle yazmak için günde 2 tane yazsan, 500-600 eser yazmak için 2 sene falan lazım. Yani bu zaman meselesi. Başladık da yarım kaldı, 100'e kadarını yazmıştık. Hiç olmazsa onları çıkaralım doğru.

H.Ö.: Çünkü tez yapılacak, yayın yapılacak, notalar elde olsa...

Tabii bu benim ayıbım. Türk müzik endüstrisi çöktü. Bunun öncelikli sebebi korsandı, şimdi de internet. Ben ikinci akıl toplantısında 5-6 tane konu söylemiştim

bir tanesi buydu. "Sayın Başbakanım sektör çöktü" dedim. "Hangi alanda?" dedi. "Üretim alanında" dedim ve bazı rakamlar verdim. Şimdi size de söyleyeyim. Türkiye'de yılda 10-15 milyon Euro telif toplanıyor. Bir yılda bu toplanıyor. Almanya 1 milyar 200 milyon Euro topluyor. Yunanistan 130 milyon Euro topluyor. Amerika 3,5-4,5 milyar dolar topluyor. Oysa telif yaşatandır. Telif olmazsa üretim olmaz. Aynı zamanda fiziki alanlar da çöktü. İnternet olduğu gibi kopya. Fiziki alan çöktü ve camiaya giren para telifi, albümü 60 milyon dolar, 120 milyon TL. Bununla ne olur? Korkunç bir durum. Olması gereken 8-10 milyar TL'dir. Yani 4-5 milyar dolar. Asıl potansiyel budur. Bu olursa müzikalite dünyaya açılır ve her şey olur. Şu anda en kötü dönemini yaşıyoruz. Ben bunu anlatmak istedim, kapıdan çıkarken Başbakana "Tem ümidim sizsiniz" dedim. "Gereken neyse yapalım" dedi. Proje hazırladık. Ben ön ayak oluyorum. Fakat bunu anlayan birkaç kişi ya var ya yok. Eğer bunu yapmazsak Türk Müziği istenilen ivmeyi yapamaz.

Peki, ilerleme kaydedildi mi hazırladığınız projeye ilgili efendim?

Şu anda tutuyorum. Ortamdan dolayı. Sorunlar da çok.

Bandrol çözüm olmuştu tam ama o zaman da internet geldi.

Bandrol hiçbir zaman çözüm olmadı.

Niye?

Onu biz çıkarttık, Özal'a rica etmiştik. Çare olur dedik ama bandrolü de kopya ettiler.

H.Ö.: Mesela ilaçlarla ilgili de bandroleri kopya edebiliyorlardı. En son ilaç takip sistemi geliştirildi, artık kopya edemediler.

Geleceği korumak için sanatı korumak lazım. Sanatı korumak için de sanatçıyı ve üretimi korumak lazım. Türk kültürüne ancak böyle hizmet edebiliriz. Kaldı ki Kültür Bakanlığı, adı Kültür Bakanlığı olduğu halde kültür konularında ne derece çalışıyor? Yasa yapıldı ama beğenmediğimiz bir yasa oldu. Ben bu yasanın böyle çıkmasına razı değilim. Ömer Bey (Bakan Ömer Çelik) bu konuları bilmiyor, ilgilenmiyor da.

H.Ö.: Ben geçenlerde bu konuyu Hüseyin Çelik Bey'le konuştum. Arkadaşımdır, çok sevdiğim bir abimdir.

Ben de çok severim.

H.Ö.: "AK Parti çok şey yaptı ama kültürde neden yapmıyorsunuz, çok

geç kalmadınız mı" dedim. "Haklısınız" dedi. Biraz daha zorlarsak herhalde başlayacak gibi geliyor.

Yok, bunu yapacağız biz. Ben burada birinci derecede bu konuyu ele alıp etkili olmaya çalışacağım. Çünkü bazı konularda söyleye söyleye ben de bir yere götüremiyorum. Dosyayı Başbakanımıza götürmem için de camiadaki arkadaşlarla birlikte olalım diyorum ne anlayan var ne emek veren var! O da ayrı bir sorun! Biz şimdi bir şeyler yazdık. Başlıklar olarak yazdık. Detaya Başbakan isterse inilecek. Başbakana bütün detaylarıyla bir şey vermek olmaz, doğru değil. Neyin ne olacağını çok iyi biliyoruz. Zamanla yapacağız inşallah.

Orhan Bey sizin tarafı da örgütlemek lazım, sanatçıları.

Yok, onlardan ne köy olur ne kasaba olur. Bilmiyorlar ve emek de vermiyorlar. Anlatmak da uzun zaman alır, anlamazlar. Beş on kişi, ya var ya yok.

Türkiye'deki en büyük problem, üretken insan için... Üretim bir dereceye kadar bireysel bir dereceden sonra ekip lazım. Yani lojistiği lazım, hukukunu takip eden lazım. Türkiye'de orada tikanıyor.

Şimdi şöyle bir şey var. Başbakanı burada söylenip de üstüne gidelim dendiği anda ekipler kurulabilir. Çünkü Sayın Başbakan bir gün bana dedi ki, "Birisi CD'yi alınca her türlü hakkı almış olmuyor mu?" dedi. Öyle şey olmaz ki! Dedim, "Olur mu Sayın Başbakanım!". Şimdi ona anlatmak zaman da ister. Başka zaman anlatayım dedim. Yani Başbakan bile bilmiyor bu konuyu kim nereden bilecek?

Bu konuda tabii Amerikalılar çok önde, oralara bakmak lazım.

İngiliz, Fransız, Alman... Fransızlar bir yasa çıkarttı, o uygulanıyor ve yüzde 95-98 netice aldılar. İnternette indirmede para cezası var. Sanatın gelişmesi için bunların korunması lazım. On binin üzerinde üretici var. Bundan 400-500 bin kişi ekmek yiyordur Türkiye'de. Şu anda öyle bir şey yok. Ve gittikçe sürünerek ölüyor insanlar. İnsanlar medyadan 40-50 kişiyi duyuyor, onların da tuzu kuru sanıyor. 40-50 kişi camiada aileleriyle 100 bin kişinin üstünde sanatçı var. Çok büyük sorunlar var ve şu anda çökmüştür açıkçası. Şu anda bunları aşmak lazım da geçen sene bin civarında albüm yapıldı Türkiye'de. 50 tanesine kefil olabilirim belki de bilmiyorum kalan 950'yi. Fransa'da 500 bin tane yapıldı. Bizdeki bin tanenin de yarısından fazlası anonim. Yeni üretim çok düşük... Öyle muhteşem bir zengin malzememiz var ki...

"Türk müzik endüstrisi çöktü.

Türkiye'de yılda 10-15

milyon Euro telif toplanıyor.

Bu rakam Almanya 1 milyar

200 milyon, Yunanistan'da

130 milyon Euro. ABD'de ise

4 milyar dolar. Başbakana

"Tem ümidim sizsiniz"

dedim. "Gereken neyse

yapalım" dedi. Proje

hazırladık, sunacağız."

Giderek de kötüleşti.

Böyle giderse daha da kötüleşecek. İnsanlar bir de şeyi anlamıyor, bir şarkıcı varsa mesela arkasında basgitarcısı var, davulcusu var, bağlamacısı var, kanun çalanı var... Bu adamlar ne yiyecek? Büyük çoğunluğu sefildir. Çok zordur. Mutlaka buradan çıkmamız lazım. Şimdi ben amme hizmeti gibi bir görev hissediyorum. Orhan Baba olarak ben bunu yapmazsam gözüm açık gider diyorum. Biliyoruz çünkü neyin nereden geldiğini. 50 yıldan beri buradayım.

H.Ö.: Bir de böyle bir şey yapılacaksa en uygun hükümet, tek başına hükümet...

Ama hata bizde. Onlar bilmezler bu konuyu. Ben Kadir Topbaş'a anlatmıştım konuyu. "Vay, ben böyle bilmiyordum" dedi. Hüsamettin Özkan'a anlattım, o da çocukluk arkadaşım. "Orhan, sen bunu böyle anlat herkes çok daha iyi anlar. Yerden göğe kadar haklısın böyle şey olur mu" falan dedi. Ben nerede anlattıysam böyle ciddi bu konuyu "Vay canına!" diyorlar. Ama neticeyi getirmek için proje hazırlayıp gitmek ve sunmak...

H.Ö.: Durum çok kötü gözüküyor. Güçlü bir elin müdahalesi gerekiyor.

Başbakanın işte... Kapıdan çıkarken, "Tek ümidim sizsiniz" dedim. "Ben varım" dedi. O denli. Ama biz bir şey götüremedik ki... Ortama baksana.

Ortam seçimlerden sonra düzelir biraz.

Düzelecek, eli mahkûm. Tarihe göre it ürüyor kervan yürüyor.

Çok teşekkür ederiz, çok zamanınızı aldık.

Estağfurullah, çok memnun oldum.

Sağlıkta Dönüşüm Programı bize ne sağladı? Eleştirinin eleştirisi

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi'nde ve 1989'dan 1996'ya kadar İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nde Müdür Yardımcısı olarak görevlendirildi. London School of Hygiene and Tropical Medicine'da Halk Sağlığı Yüksek Lisansı yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden doktora derecesi aldı. 1998'de Halk Sağlığı Doçenti, 2003 yılında Sağlık Yönetimi Profesörü oldu. Halen İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi'nin 28. sayısında Doç. Dr. Bülent Kılıç imzasıyla "Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kapsayıcılık ve eşitlik iddiaları üzerine bir eleştiri" başlıklı bir yazı yayımlandı. Bu yazıda Haziran 2013 tarihinde *The Lancet* Dergisinde çıkan bir yazının eleştirisi yer alıyor. Türkiye'de 2003-2013 yılları arasında SDP (Sağlıkta

Dönüşüm Programı) ile yaşanan bazı gelişmeler *The Lancet* aracılığıyla dünyaya duyurulmak istenmiş, Dr. Kılıç da bu yazıya bir cevap yazmıştır. Eleştirinin özünde derli toplu ve gerçekten her akli başında insanın sorgulaması gereken konular üzerinde yoğunlaşmış olması sevindiricidir. Yedi başlık altında SDP bir bakıma özetlenip sorgulanmış olmaktadır. Ancak tartışmalar, temelinde bazı varsayımlar ile şekillendiğinden,

"kaliteli" de olsa başlangıçta sorgulanması gereken bazı kabullerin zemininden yola çıktığı için bu eleştiri yazısı da "bir eleştiri"yi hak etmiştir.

Dr. Kılıç eleştiri yazısının sonuç bölümünde ilginç bir tespitle bulunarak şunları söylüyor: *"..Yazarların 2 yıl kadar önce BMJ'de yayımlanan benzer bir makaleden (29) daha doyurucu bir makale kaleme aldıklarını ve daha dikkatli bir dil*



Evet, kadının statüsü konusunda birçok eksikliğimiz var ve bunları her platformda ifade etmeliyiz. Ama kadınların sağlık hizmetini kullanmak açısından dünyanın birçok ülkesindeki kadınlara göre “göreceli iyi” olduğu, bu tür eşitsizliklerin on yıllar boyunca sürecektir sistematik çabalarla azala azala eritilebileceği unutulmamalıdır. Yani SDP uygulanmayıp başka bir strateji uygulansa bu sorunlar ülkemizde tamamen kaldırılabilir miydi dersiniz? Her şeyi SDP’ye yüklemek inandırıcı değildir.



kullandıklarını rahatlıkla söyleyebiliriz...” Bahsedilen 2 makalenin yazarlarına bakıldığında; The Lancet’te Haziran 2013 tarihinde yayımlanan makalenin 10 yazarlarını şu şekilde görüyoruz: Atun R, Aydın S., Chacvkrabarty S. vd. British Medical Journal’da yayımlanan Mart 2012 tarihli makalenin yazarları ise Enis Barış, Sabahattin Aydın ve Salih Mollahaliloğlu’dur. Bu 2 makalenin yazarları arasında her 2 yazıda da bulunmuş tek isim Dr. Sabahattin Aydın’dır ve burada dikkatli bir dil kullanmalı, ortak yazara atıf yapılacaksa da diğer yazarları bundan özenle ayırmayı bilmelidir. Toplam 10 yazarlı bir makale ile toplam 3 yazarlı bir makalede 12 ayrı ve 1 aynı isim geçti diye yazarların ilk makalesine göre ikincisi daha dikkatli yazılmıştır gibi bir ifade kullanmak uygun olmaz. Bu ifadenin arka planında bütün bu kişilerin hepsini aynı kafada ve birbirinden farklı düşünce üretmez kimseler olarak gören bir önyargı varsa bu çok üzücü bir durum haline gelir. Yazarlar derken buradaki çoğunluğun bir baskı hatasından ileri geldiğini düşünmek okuyucu açısından daha iyi olabilir.

Belirtilmesi gereken bir husus, ülkenin SDP ile ana finansman modelini vergiye dayalı olmaktan prime dayalı sosyal sigorta modeline dönüştürmüş olduğudur. Zaten öncelerden beri sürüp

giden tartışmalarda sağlık politikalarında uzmanlaşmış bir grup, prime dayalı değil vergiye dayalı finansman, sağlık çalışanlarına sabit maaş şeklinde ödemeler, özel sağlık hizmeti kuruluşları değil kamunun kuruluşlarının hizmeti sürdürmesi, aile hekimliği değil sağlık ocaklarının varlığını sürdürmesi vb. şeklinde sembolleşen bir yapıyı savunmaktaydı. Bu eleştiri yazısı da aynı eksenlerdeki görüşün SDP’ye yönelik bir karşı çıkışı şeklinde ifade edilebilir.

Özellikle sosyal sigorta mantığıyla ana finansman modelini kurmuş ülkelerde bazı dezavantajlar yaşanması kaçınılmazdır, tıpkı vergiye dayalı modelde bazı başka dezavantajlar yaşanacağı gibi. Sosyal sigorta kuruluşlarının prim toplamada yaşayacağı zorluklar, primlerini ödemiş kişilerin başına bir hal geldiğinde ne gibi hizmetlerin verilir nelerin verilmeyeceği, kapsam dışında tutulacak hizmet türleri, hizmeti sunanlara ödeme modelinin seçilmesi, ödemeler yapılmadan önce kontrol mekanizmalarının oluşturulması, vatandaşlara yüklenecek katkı paylarının neleri kapsayacağı ve bunların ne miktarda olacağının hesaplanması gibi teknik sorular gerçekten konunun zorluğunu ortaya koymaya yeter. Zaten dünyada en iyi sistem diye bir şey yoktur. Ülkemizdeki GSS’nin sorunsuz olduğunu söylemek mümkün değildir ama bütün

vatandaşları kapsadığı, kapsamasa bile zaten neredeyse hiçbir yaptırım uygulamadan sistemden yararlanmaya müsaade ettiği bir gerçektir.

Eleştiri yazısında ilk vurgulanan, GSS’nin eşitlik getirmediği ve bizzat kendi eliyle eşitsizlik yarattığı, evrensel sağlık kapsayıcılığını sağlayamadığıdır. GSS bireylerin gelirlerine orantılı bir prim toplamıyor. Çünkü aylık geliri asgari ücretin üçte birinin altında olanlar tam koruma altına alınıyor. Hâlbuki asgari ücretli düzeyi ile bunu üçte birinden fazla (mesela asgari ücretin üçte ikisi) geliri olanlar haksızlığa uğramaktadır deniliyor.

Bu eleştiri, bazı düzeltmelere ihtiyaç duysa bile yetkililer tarafından dikkate alınması gereken bir eleştiridir. Ancak ekleme yapmakta yarar vardır. Bugün ülkemizde 75 milyon kişinin tamamı SGK kapsamındadır ve herkes şu veya bu şekilde bir subvansiyon desteği görmektedir. Zaten 2012 yılında 160 milyar TL (bunun içinde emeklilik ve sağlık birliktedir) ödeme karşılığında kurum yaklaşık 143 milyar TL. prim toplamış durumdadır. GSS primleri emeklilikten ayrılabilse sağlık subvansiyonsuz olarak kendini çekip çevirebilecek gibidir. Emeklilik ödemelerinde ise büyük sıkıntı vardır. Yani zaten herkes bir şekilde sağlık güvencesi kapsamı altındadır.



Ülkemizde hizmetlere erişim sorunu yoktur. Hizmetlere erişimde belki de dünyanın en kolaylık sağlanan ülkesinde yaşamaktayız. Hiçbir sevk zincirinin uygulanmadığı, acil hizmetlerin ve yoğun bakım gerektiren hizmetlerin her yerde (özelde ve kamuda) ücretsiz olarak sağlandığı, bekleme listelerinin eskiden olduğu gibi 15-18 aylarla değil günlerle ifade edildiği, ambulansın bir telefonla ayağınıza geldiği bir ülkede yaşamaktayız.

Aslında GSS'ye buradan yapılması gereken eleştiri 300 TL veya her neyse bunun hane geliri bazından çıkarılıp kişi bazında ifade edilmesine olan ihtiyaçtır. Çünkü haneye gelir getiren kişiler ve hane gelirinden yararlananlar bazında hesaba girmedikçe bu işlerin hakkaniyete uygun hale getirilmesi imkânsızdır. Şimdilerde gelir testi uygulamasıyla yeşil kartı hak edenler ve diğer asgari ücretin altında kalan grubun ayrıştırılması çalışmaları sürmektedir. Asgari ücretten az ama bunun üçte birinden fazla geliri olanların primleri de devlet tarafından SGK'ya ödenmektedir. Bu çalışmaların tam olarak başarıya ulaşması kayıt dışı ekonominin ülkemizdeki gibi yüksek oranlarda gittiği ülkelerde mümkün değildir. Dolayısıyla biz bu konu üstünde daha çok çalışmalar yapmak durumunda kalacağız. Ama Dr. Kılıç'ın eleştirdiği noktalar sadece SGK'nın bugünkü durumunun değil ülkenin gerçeğidir ve vergi bazlı finansmanı benimsemiş olsak da bu sorunları başka fenomenler olarak karşımızda bulacaktık. Gerçi GSS bugün vergiye dayalı ve ödeneklerin çarçur

edildiği modelden çok daha iyisini bize sağlamış durumdadır ama yapılacak en iyi iş GSS'nin gittikçe daha güçlü, primini daha iyi toplayıp ödemelerini zamanında yapan ve subvansiyon noktalarını ve miktarlarını çok iyi kanıtlara dayandırabilen sağlıklı bir aktüeryal dengeye oturtulmasıdır.

İkinci eleştiri konusu asgari ücretin 6,5 katından fazla geliri olanlardan ancak bu tavan kadar prim alınmasıyla ilgilidir. Yani geliri 100.000 TL olan birisinden de ayda en fazla yaklaşık 6.000 TL'nin % 12'si olan 720 TL prim alınmaktadır deniyor. Bu doğrudur bu tartışmalar GSS'nin işleyişi ile ilgili ayrıntılardır ve eğer bir eksiklik varsa düzeltmek, tavanı 6,5 kat yerine 16,5 kat yapmak zor bir iş değildir. Teknik olarak her zaman belirli bir tavan konulması da adaletin bir gereğidir. Aylık geliri 100.000 TL olan birinden her ay 12.000 TL sağlık sigortası primi almak makul bir şey olamaz. Bu spesifik vergi haline gelir ve eşitliği sağlamak yerine belirli kişilere sigorta havuzunun büyük yükünü taşıtmış oluruz. Bu da adalet değildir. Zaten en büyük vergi rekortmenlerinin bile kişisel aylık gelirleri öyle ahım şahım düzeylerde değildir, bütün harcamaları şirket tarafından karşılanır ve mal mülk genellikle şirket üstünedir. Kişisel olarak aylık geliri 50.000 TL'den fazla insan sayısı nedir diye araştırdım ancak bir veriye rastlamadım. Konuştuğum kaynak kişiler de hep sayısı fazla değildir diye cevap verdi. Şu halde bir tavan koymak gerekir ve bu tavanın ne olacağını her zaman tartışıp düzeltebiliriz.

Üçüncü eleştiri konusu 18 yaş üzeri kişilerin ağız diş ve gözlük harcamalarına % 50 katkı istenmesi meselesidir. Dünyada devletçi sistemin kaynak ülkesi sayılan İngiliz NHS'te bile ağız diş hizmetleri kapsam dışı tutuluyor. Küba gibi sosyalist birkaç ülke örneğinde bu hizmetler kapsam içindedir ama bu ülkelerde verilen hizmetlerin kalite (haksızlık etmeyelim belki de lüks dememiz doğru olur) meseleleri ödeme gücü olanların ABD'ye şuraya buraya gitmesiyle sonuçlanmaktadır. Demek ki standart gömlek kişilerin bedenine bir yere kadar uyuyor.

Sağlık harcamaları ve kamunun bunun içindeki payı konusunda Dr. Kılıç'ın eleştirileri belirli kaynaklara dayanmaktadır. Başka belirli kaynaklarda ise bu verilerle uyumlu olmayan rakamlar bildirilmektedir. Bu durumda kime inanacağız? OECD'nin hangi formülle ve neleri kapsayarak hesap yaptığını bilmeden böyle bir tartışmaya girilemez ancak şu bir gerçektir ki son yıllarda ülkemizde kişi başına yıllık sağlık harcamaları 200 \$'lardan 800 \$'lara gelmiştir. Bu iyi midir kötü müdür? Harcamayı doğru yere ve doğru şekilde yaptıysanız iyidir,

değilse kötüdür. Ben sağlık harcamalarının uygun şekilde kişi başına daha fazla yapılmasını arzulamaktayım. Kişi başı yıllık geliri 13 bin \$'ları bulmuş bir ülkede harcamalar da en azından 1.000 \$'ı geçmiş olmalıdır. Uygun harcama derken, bunu kamu-özel payları, cepten yapılan harcamalar ve tedavi hizmetleri ile koruyucu hizmetlere olan harcamaların dengesi başta olmak üzere birçok oranların amaca uygun tutulmasını kastediyoruz. Sağlık Bakanlığı'nın resmi istatistiklerinde kamunun harcamalar içindeki payını 2010 yılından itibaren hep % 80 civarında gördük ki bu aslında finansal sürdürülebilirlik ve vatandaşın güvence altına alınması tartışmalarında iyi gözle bakacağımız bir oran demektir. Hükümeti kamu kaynaklarını çok kullanmıyor diye eleştirmek bence hiç isabetli değildir.

Tartışmanın ilerleyen bölümlerinde harcamaların artmasında harcama kalemlerinin incelenmesi yer alıyor. Sağlık harcamalarında genel olarak en büyük 3 gider kalemi insan kaynağına yapılan ödemeler, ilaç giderleri ve tıbbi cihaz/malzeme giderleridir. Bu durum hiç değişmez. Bizde de, eskiden olduğu gibi şimdi bu 3 gider kalemi ağırlığını sürdürmektedir. Bir yandan sağlık emekçilerinin mutlu olacağı ödemeleri yapalım diyoruz, hizmet kuruluşlarımızda çağın teknolojileri ve teknikleri kullanılsın diyoruz, vatandaş tedaviden yoksun kalmasın, ilaca ve hizmete erişim kolay olsun diyoruz. Bu kalemlerde maliyetler arttı diyeceksek o zaman arzularımızı ve hedeflerimizi gözden geçirmemiz gerekir. Hizmetlerde gelişme olacaksa, bu kalemlere harcama yapmayıp neye harcama yapacağız? Ama ülkemiz için genel ve her zaman başımızın belası olmuş sorunları burada da vurgulamak yerinde olacak. Evet, ülkemizde ilaçların akılcı kullanımını da, teknolojilerin akılcı kullanımını da henüz sağlayamamış durumdayız. Ortada büyük bir pazar söz konusudur ve bu uğurda çok mücadele vermek gerekecektir. Harcama artışlarında rolü olduğu muhakkak bir durum da kişilerin yılda ortalama 8,2 kez hekim muayenesine gitmiş olmasıdır. Hizmetlere yıllarca zor erişmiş ve talepleri baskılanmış bir toplumun sağlık hizmeti kullanımında muayene olma enfasyonunu yaşıyoruz. Bu sadece kolay erişimin bir etkisi midir, yoksa hizmeti tam alamamanın sonucunda hizmeti talepte toplumun ısrarı mıdır o da belli değildir. Gerçek şu ki, sağlık hizmeti kullanım kültürümüzün de yeniden istenen şekilde oluşması için çalışmalar yapılmalıdır. Bunun için özellikle kalitatif ve sosyal bilimler kaynaklı çalışmalara ihtiyacımız vardır. Bu sorunları SDP'nin bir başarısızlığı saymak ancak toplumun hizmetleri gereksiz kullandığı kanıtlanırsa kabul edilebilir. Bunu kanıtlayacak da çürütecek de bir çalışma henüz yapılmamıştır.

Yapılan çalışmaların tamamı hipotetik ve enformasyon sisteminden alınan bilgilerle olsa olsa diyerek sonuca ulaştığımız çalışmalardır. Bir iki küçük yerel örneklemden alınan bilgilerle yürütülmüş tezler de ülkenin tamamını ilgilendirecek sonuçları ortaya koyacak değildir.

Başka bir eleştiri sağlık hizmetlerinin verilmesine yüklenildiği halde toplumda mesela obezite gibi sağlık sorunlarına yönelik çabaların olmadığı yönündedir. Sağlıklı yaşam tarzlarının desteklenmesi, sağlığın geliştirilmesi çalışmaları ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın Stratejik Planı'na girmiş durumdadır. Bununla ilgili illerde yürütülen birçok çalışma var. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun kurulmuş olması burada özellikle övgüye değer bir gelişmedir. Bu çabalar son yıllarda tabii ki artmıştır ama istenilen düzeye henüz gelemediğimizin de belirtilmesinde yarar vardır.

Cinsiyete dayalı hakkaniyetsizlikler ve sosyoekonomik sınıflara göre hakkaniyetsizlikler konusuna da değinmek gerekiyor. Evet, kadının statüsü konusunda birçok eksikliğimiz var ve bunları her platformda ifade etmeliyiz. Ama kadınların sağlık hizmetini kullanmak açısından dünyanın birçok ülkesindeki kadınlara göre "göreceli iyi" olduğu, bu tür eşitsizliklerin on yıllar boyunca sürecektir sistematiği çabalarla azala azala eritilebileceği unutulmamalıdır. Yani SDP uygulanmayıp başka bir strateji uygulanırsa bu sorunlar ülkemizde tamamen kaldırılabiliyor muydu dersiniz? Her şeyi SDP'ye yüklemek inandırıcı değildir. Sosyoekonomik sınıflara göre sağlıkta hakkaniyetsizlikler istisnasız bütün ülkelerin sorunudur ve bunu çözebilecek net bir öneriyi geliştirmiş bir ülke de yoktur. Hakkaniyet tartışmalarında "sosyoekonomik sınıflara göre farklılık günden güne artmaktadır ve bunu yok etmek şöyle dursun, makasın gittikçe açılmasını da önleyemeyeceğiz, ama bari makasın açılan açısını azaltmayı hedefleyelim de bir yerinden başlamış olalım" görüşü Dünya Sağlık Örgütü dahil bütün uluslar arası mercilerin ortak söylemi haline gelmiştir. Böyle bir dünya gerçeğinde 2002 yılına göre tartışmasız olarak söyleyebiliriz ki, hizmetlere erişim ve hizmeti kullanım açısından hakkaniyetsizliğin boyutu çok ama çok azaltılmıştır. Bunun sağlığın gerçek durumuna elbette olumlu katkıları görülecektir. Ancak yine de sadece erişim tartışmasıyla bu derin sorunu geçiştirmek bize yakışmaz.

Bir başka eleştiri, cepten yapılan harcamalar üstüne olmuştur. 2000'li yıllarda vatandaşların cepten yaptıkları harcamalar toplam sağlık harcamaları içinde tahminen (gerçek durumu kimse bilmiyordu, çünkü büyük oranda kayıt

dışı harcamalar yapıyordu) % 35 oranındaydı. Bugünkü durumda gerçek oranı yine tam bilemiyoruz ama kesin olarak söyleyebiliriz ki en azından yarıya indirilmiş durumdadır. Yayımlanmış değişik oranlardan en düşük olan % 27'den düşünsük bile, bugün için yapılan tahminlerin yükseği olan % 17'yi alsak bile gene de % 10 düşürülmüştür. Sağlık Bakanlığı bugün için bu oranı % 11 olarak vermektedir. Cipten yapılan harcamaların azaltılmasında en büyük 2 etkeni düşündüğümüzde bu durum şaşırtıcı değildir. Şaşırtıcı olan bunun azalmaması olurdu. Bu 2 etken; özel kuruluşlarla SGK anlaşması yapılarak buraya bir fark ödeme ile kişilerin gidebilmesi ve bu farkların uzun süre SUT fiyatlarının % 30'undan fazla olmasına izin verilmemesidir. Daha 1 ay önce Sağlık Bakanı artık ihtiyaca hiç cevap veremez olmuş SUT listelerine göre % 200 farka izin verdi. Maliye Bakanlığı SUT fiyatlarını arttırmayınca politika vatandaşın alınacak paranın artırılmasına bağlanmış oldu.

Dr. Kılıç spesifik olarak SDP'nin değil de, ülkenin her zaman sorunu olmuş hizmet içi eğitimler gibi aslında bazen iyi yürüten ama iyileştirme yapmamız gereken faaliyetlerine de değinmiş. Bu eleştirileri önemseyip uygulamaları güçlendirmek gerekmektedir.

Sonsöz

Ülkemizde ilk tartışılması gereken 3 sağlık göstergesinin üçünde de çok sevindirici gelişmeler olmuştur. Doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 75 yılı aşmıştır. Anne ölümlerinde yüz binde 15'lere; bebek ölümlerinde de bize göre binde 8,8; DSÖ'ye göre binde 12 düzeyine gelinmiştir. Sadece bu üçü bile ülkede iyi şeyler olduğunun yeterli kanıtıdır.

Ülkemizde hizmetlere erişim sorunu yoktur. Hizmetlere erişimde belki de dünyanın en kolaylık sağlanan ülkesinde yaşamaktayız. Hiçbir sevk zincirinin uygulanmadığı, acil hizmetlerin ve yoğun bakım gerektiren hizmetlerin her yerde (özelde ve kamuda) ücretsiz olarak sağlandığı, bekleme listelerinin eskiden olduğu gibi 15-18 aylarla değil günlerle ifade edildiği, ambulansın bir telefonla ayağınıza geldiği bir ülkede yaşamaktayız. Bu tatlı bahar ne kadar sürecektir bilmiyoruz ama hizmetlerde kullanıma bir filtre mekanizmasının da uygulanması zamanı gelmiştir.

Sağlık sistemlerinin geleceği

Prof. Dr. H. Erdal Akalın



1970 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. ABD'de Illinois Üniversitesi Hastanesi'nde (Chicago), İç Hastalıkları (1971-1974) ve Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlık Eğitimlerini (1974-1976) tamamladı. 1976 yılında çalışmaya başladığı Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1994 yılına dek Enfeksiyon Hastalıkları Ünitesi Kurucu Başkanlığı ve Dekan Yardımcılığının da aralarında olduğu görevlerde bulundu. 1980 yılında doçent, 1988 yılında da profesör oldu. 1994-2007 arasında bir ilaç şirketinde medikal danışman ve genel müdür yardımcısı olarak, 2007-2009 arasında ise Acıbadem Üniversitesi Rektör Yardımcısı olarak görev yaptı. Çalışma alanları antibiyotik kullanımı, direnç mekanizmaları, hastane enfeksiyonları, sürekli tıp eğitimi, sağlık ekonomisi, sağlık politikaları, sağlıkta kalite ve hasta güvenliğidir. 2008-2010 arasında Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Yönetim Kurulu Başkanı olarak görev yapan Dr. Akalın, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Sağlık, tüm dünyada tartışılan en önemli konulardan biri olmaya devam etmektedir. Başta Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere, pek çok gelişmiş ülkede sağlık hizmetleri tekrar gözden geçirilmekte ve reform çalışmaları yapılmaktadır. Harvard Üniversitesi Sağlık Politikaları Profesörü David Blumenthal'e göre tüm dünyada sağlık sistemlerini zorlayan önemli nedenler bulunmaktadır. Blumenthal bunları global ekonomik zorluklar, yaşlı nüfus ve kronik hastalıklarda artış, hızla ilerleyen biyomedikal teknoloji, artan sağlık hizmeti ihtiyacı ve sağlık sistemlerinin bu zorlamalara ayak uyduramaması şeklinde sıralamaktadır.⁽¹⁾

Benzer engelleri öne süren bir diğer bilim adamı da University of San Francisco (UCSF) Tıp Merkezi Başkanı Dr. Daniel Kraft olmuştur. Dr. Kraft bu zorlayıcı nedenlerin çok önemli sağlık hizmeti uygulamalarını da etkilediğini ve bir dizi uygulamada sorunlar ortaya çıktığını belirtmiştir. Sorunlar yaşanan uygulamalar şu şekilde sıralanmıştır:⁽²⁾

- Klinik uygulamalarda ciddi varyasyonlar (kalite sorunu, maliyeti arttıran bir neden)
- *İnformasyon* ve informasyon teknolojisi kullanımında yetersizlik
- Yaygın, parçalı hizmet sunumu, entegre (bütünsel) hizmet sunumuna direnç
- Uygulamalarda dublikasyon, yaygın defansif tıp uygulamaları ve israf
- *İnnovasyona* adaptasyonda gecikme

Bu görüşler sadece ABD'de değil tüm dünyadaki sağlık sistemleri ile ilgili sorunları gözler önüne sermektedir. Ekonomik sıkıntılar son 2-3 yıldır tüm dünyada yaşanmakta, sağlık hizmetinin maliyeti hem gelişmiş, hem de gelişmekte

olan ülkelerde artmakta, ülkeler sağlık harcamalarını karşılamakta güçlük çekmektedirler. Bu zorlamaların sonucunda da verilen sağlık hizmetinin kalitesinde sorunlar yaşanmakta, erişilebilirlik sorunu gündemden düşmemekte, önemli bir sorun olarak da sağlık harcamalarında israf tartışılmaktadır. Avrupa'daki durumu özetleyen yeni bir rapor University College London (UCL) tarafından yayımlandı. Raporun önemle vurguladığı konular şunlar:⁽³⁾

- Sağlık hizmeti sunumu sadece tıbbi bakım değildir.
- Sağlık hizmetinin kalitesini sürdürebilmek önemli bir sorundur.
- Sağlık hizmetine erişilebilirliğin devamlılığı önemlidir.
- Sağlık harcamalarının yönetimi ciddi bir sorundur.

Sağlık sistemlerinin bu zorlukları aşabilmesi için neler yapılabilir? Her ülkenin üzerinde tartıştığı en önemli konu bu. Toplumun sağlığının geleceğini nasıl güvence altına alabiliriz? Şunu hemen söyleyelim; mucize bir formül yok! Özellikle sağlık harcamalarındaki artışı önlemekte hemen her ülke ciddi sorunlar yaşamakta. Avrupa Birliği'nin bundan sonraki bir kaç 10 yıl için beklenen yıllık büyüme oranı %1-1,5 civarında iken, sağlık harcamalarındaki büyümenin %6-10 arasında olabileceğinden korkulmaktadır. Bu durumda neler önerilmektedir? Tekrar Prof. Blumenthal ve Dr. Kraft'ta kulak verelim. Uygulanabilecek stratejiler olarak önerilenler şunlar:

- Sağlık hizmeti sunucularına yapılan ödemelerin düşürülmesi (sağlık çalışanı, sağlık kurumu gibi)
- Maliyetlerin tüketicieye transferi (katkı payı, cepten ödemelerin arttırılması gibi)
- Sağlık sisteminin performansını iyileştir-

me (high performing healthcare systems, CommonWealth Fund).

Bu stratejiler hem ABD'de, hem de Avrupa'da uygulanmaya başlamış bulunmaktadır. Bazılarının ülkemizde de uygulandığını biliyoruz. En önemlisi olan sağlık sisteminin performansının yükseltilmesi, yani verilen hizmetin kalitesinin ve değerinin yükseltilmesi zaman alacaktır. Ülkemizde de bu konuyu ciddiye alma zamanı gelmiştir.

Başarılı olabilmek için başka neler ön plana getirilmelidir? Öneriler hem sağlık kurumlarına, hem sağlık çalışanlarına, hem de hasta ve toplumun tüm üyelerine yeni sorumluluklar getirmektedir. Bu önerilerin bazıları aşağıdadır:

- Performans değerlendirilmesinde "hacim" (volume) değil, "değer" (value) ön plana alınmalı
- Birinci basamak sağlık hizmetinin ("primary care, general practice" veya aile hekimliği) yeniden yapılandırılması
- **Kalite, koordinasyon ve hasta mutluluğu**
- **Kültür** değişimi (hesap verebilirlik, hasta güvenliği, "high performing healthcare system" olma özellikleri)
- IT (integre elektronik sağlık kayıt sistemleri, "meaningful use" kavramı)
- Hastaya sorumluluk ve hesap verebilirlik kavramları ile yaklaşım, hastayı karar verme sürecinin bir parçası yapmak
- Hekim etkinleştirilmesi
- Sağlıklı olma/kalma kavramı *güçlendirilmeli* ve sağlıklı olanı, hastalık belirtileri *çıkmadan iyileştirmeye çalışılmalı*.

Geleceğin sağlık uygulamalarında öne çıkan uygulamalar neler olacak? Bunları bilmek geleceğe daha iyi hazırlanabilmek için çok önemli. Daha önce bu konuda

yazılan çoğu yazıda sağlık uygulamalarında inovasyon ön plana çıkmakta idi. *Bugün de öyle! Geleceğin en önemli gelişmeleri inovasyona dayanıyor.* Ancak bu gelişmelerin çoğu “disruptive” teknolojiler, yani bildiğimiz hemen her şeyi yerle bir edebilecek teknolojiler! Bunlara belki de “ezber bozan” teknolojiler veya uygulamalar demek daha doğru olabilir. Bu teknolojiler ve uygulamalar arasında önemli olanlar şunlar:

- Dijital tıp uygulamaları
- Robotik cerrahi
- Nano-tıp (nanomedicine)
- Genomiks
- Rejeneratif tıp
- Nörolojik bilimlerdeki yeni uygulamalar,
- Entegre sağlık sistemi.

Bu teknolojilerin bazıları uygulamalara girdi bile. Dijital tıp uygulamaları akıllı telefonlar ile beklenilmedik uygulamaları hayata geçirdi. Prof. Eric Topol ve grubunun San Diego'daki California Üniversitesi'nde kurdukları İnovasyon merkezi bu konuda çok ileri teknolojiler geliştirmekte. Çoğu kronik hastalığın izlenmesi ve yönetimi bu teknolojiler aracılığı ile yapılmakta ve bu uygulamalar yaygınlaşmaktadır. Genomiks özellikle hasta odaklı çalışmalarda hem taramada hem de tedavide önemli bir yer alacak gibi görünmektedir. Robotik cerrahi uygulamaları gittikçe yaygınlaşmaktadır. Ancak bu uygulamaların iyi yönleri olduğu gibi, bazı sorunlarının da olduğu veya olabileceği akıld tutulmalıdır.⁽⁴⁾

Bütün bu gelişmeler sonucunda klinik uygulamalarımızda önemli değişiklikler olacak mı? Evet! Oldukça önemli değişiklikler olacak, hem sağlık kurumlarının yaklaşımlarında, hem de sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarında. İşte bunlardan bazıları:⁽⁵⁾

- Kronik hastalık yönetiminde takım-bazlı yaklaşım
- Akut hizmet sunumunda kademeli yaklaşım (büyük travma, akut kalp krizi, inme merkezleri gibi)
- Yüksek teknolojlili hastaneler (yoğun bakım, ameliyathane, robot ve benzeri uygulamalar), ancak çok yataklı hastaneler değil!
- Hizmet sunumunun delegasyonu (yardımcı hemşire, hekim asistanı gibi)
- Yeni teknoloji kullanımının yaygınlaşması ve farklılaşması (tanı, tedavi ve önleme yöntemleri, maliyet azaltıcı, hasta güvenliği ve kalite yükseltici uygulamalar)
- Hekim otonomisinde azalma-Çalışan, eleman pozisyonu
- E-sağlık uygulamalarının yaygınlaşması (dijital medicine: e-posta, e-reçete, e-sağlık kaydı, tele tıp, tele-tanı)
- Akıllı telefonların tıptaki kullanımı
- “Wireless” tıp (kan basıncı, kan şekeri, eksersiz izlemesi gibi).

Bütün bu öneriler ve uygulamalar klinik uygulamalarda yeni yaklaşımlara yol açacaktır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Avrupa ofisi de bunlara çok benzer önerileri tüm Avrupa ülkeleri için önermiştir. Bu önerilerin bir an önce ülkemizde de benimsenmesini, üzerinde çalışmaların başlatıldığı programların daha geliştirilmesini umut etmekteyiz. WHO-Europe önerileri şöyle:⁽⁶⁾

- Yeni yaklaşımlar
 - Toplumun ve bireyin sağlıklı olması ve idamesi gelişmişlik değerlendirmesinde önemli yer alıyor
 - Paylaşılan, iyi düşünülerek planlanmış sağlık yönetim sistemi
 - Paylaşılan liderlik
- Yeni gelişmeler ve girişimler
 - Teknolojik gelişmeler ve inovasyon
 - Sağlık okuryazarlığı: bilginin paylaşılması ve artırılması, bireyin kendi sağlığının yönetimine katılımı ve hesap verebilirlik
 - Küreselleşme ve şehirleşme sorunlarının çözümü
- Yeni kanıtlar
 - Sağlıklı olma ve sağlığı idame etmenin makroekonomik değerlendirilmesi
 - Sosyal farklılıklar ve sağlıkta eşitlik
 - Genomiks
- Toplumun yeni demografisi
 - Yaşlanan nüfus
 - Tüm dünyada fertilitide azalma
 - Göç.

Son olarak sağlık harcamalarındaki “israf” konusuna değinelim. Özellikle sağlığa ciddi harcamalar yapan ülkeler bu harcamaları nasıl daha verimli bir hale getirebilecekleri ile ilgili araştırma ve çalışmalar yapmaktadır. Bu çalışmaların çoğunda uzun zamandır bilinen, ancak pek de üzerinde durulmayan bir sonuçla karşılaşıldı. Sağlık harcamalarında ciddi bir israf söz konusudur. “Institute of Healthcare Improvement” ve “Centers for Medicare and Medicaid Services” eski başkanı Don Berwick, yakın zamanda yaptığı açıklamalarda sağlık harcamalarının %20 ila %30'unun israf olduğunu ve hastalara hiçbir yararı olmadığını belirtmiştir. Berwick'e göre Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık harcamalarında israfın en önemli nedenleri, hastaların gereksiz yere tedavi edilmesi, hizmet sunumunda koordinasyonun yeterli olmayışı, idari sistemin pahalı ve karmaşık bir yapıya sahip olması, hizmet sunumunda yer alan kuralların karmaşıklığı ve sahtekârlık olarak sıralanmıştır. Bu sistemin en önemli özelliği parça başına ödeme, niceliğin ön plana çıkarılması ve kalitenin önemsenmemesidir. Bizdeki sistem de olumsuz olarak kabul edilen bu sisteme oldukça benzemektedir.⁽⁷⁾

Health Affairs Dergisinin Aralık 2012

sayısında yayınlanan çalışma da, ABD'de sağlık harcamalarının en az üçte birinin boşa yapıldığını, yani israf olduğunu göstermektedir. Bu yaklaşık **700-750 milyar dolar** civarında bir harcamadır. Daha önce Berwick ve Hackbarth tarafından yayınlanan çalışmada israfın en az 476 milyar dolar, en üst düzeyde ise 992 milyar dolar civarında olabileceği iddia edilmiştir. Bu da 2011 harcamalarına göre toplamın %18 ila %37'si arasında değişmektedir.⁽⁸⁾

İsraf konusunun bu kadar ön plana çıkması ile birlikte özellikle uzmanlık dernekleri bir araya gelerek üyelerine ve topluma israfı azaltabilecek veya önleyebilecek önerilerde bulunmaya başladılar. Öncülüğünü “American Board of Internal Medicine Foundation”ının yaptığı ilk büyük eylem “**Choosingwisely**” hareketi!⁽⁹⁾

Sağlık harcamaları her ülkenin, biz de dâhil olmak üzere, çok önemli bir sorunu haline gelmiş bulunmaktadır. Konunun sağlık harcamalarını kısıtlama, verimlilik gibi kavramlardan çok, **israfı önleme, kaliteyi iyileştirme, sunulan sağlık hizmetinin değerini ölçme ve klinik sonuçları değerlendirme yaklaşımlarına yönlendirilmesinde** yarar vardır. Artık volüme dayalı sağlık ödeme sistemlerinden, değere dayalı ödeme sistemlerine geçmeyi tartışma zamanıdır, tüm dünyanın yaptığı gibi!

Bütün bu çalışmalar tüm dünyanın daha sağlıklı bir hale gelebilmek ve sağlığı idame ettirebilmek için ciddi bir uğraş içinde olduğunu göstermektedir. Türkiye'de de bu yönde bazı çalışmalar yapılmaktadır. Bu ve bunlara benzer çalışmalara katılımın artırılması ve paydaşların geniş bir şekilde bir araya getirilerek daha katılımcı kararların alınması, daha iyi sonuçlara ulaşılmasında yardımcı olacaktır.

Kaynaklar

1) David Blumenthal, *Driving Health System Transformation*, The Commonwealth Fund 2011 International Symposium on Health Care Policy, 5 December 2011.

2) Daniel Kraft, UCSF, June 2011.

3) The European Institute. *Future of Healthcare in Europe-Meeting future challenges*. UCL Policy Briefing, January 2012.

4) Eric Topol, *The Creative Destruction of Medicine, How the Digital Revolution will Create Better Health Care*, Basic Books, New York, 2013

5) Stephen Schimpff. *The future of healthcare delivery. Disruptive changes are coming to the delivery of medical care*, 2013.

6) Health 2020: “the New European policy for health and well being”-WHO-Europe 2012.

7) Berwick DM, Hackbarth AD. *Eliminating waste in US health care*. JAMA 2012;307:1513-6.

8) Health Policy Brief: *Reducing Waste in Health Care*. A third or more of what the US spends annually may be wasteful. How much could be paredback—and how—is a key question. *Health Affairs*, December 13, 2012, www.healthaffairs.org (Erişim tarihi: 16.12.2013)

9) www.choosingwisely.org (Erişim tarihi: 16.12.2013)

Sağlık Bakanlığı'nın sağlık turizmi çalışmaları

Hüseyin Çelik



1965 yılında Afyon'da doğdu. İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Kamu Yönetimi lisans eğitiminin ardından (1987), "Avrupa Birliği'nin Ekonomik Yapısı" ve "Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği" yüksek lisansları ile TODAİE "Kamu Yönetimi" uzmanlığı programını tamamladı. DPT 8, 9 ve 10. Kalkınma Planları Sağlık Özel İhtisas Komisyonu üyesidir. 1988-2000 yıllarında SSK Genel Müdürlüğü Teftiş Kurulu Başkanlığında müfettiş olarak görev yaptı. 2000-2013 yılları arasında Acıbadem Sağlık Grubu'nda Satınalma ve Lojistik Direktörlüğü, Pazarlama ve Kurumsal İletişim Direktörlüğü, Adana Hastanesi Direktörlüğü görevlerinde bulundu. Evli ve 2 çocuk babası olan Çelik, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısıdır.

Tüm dünyada sağlık endüstrisinin önemi hızla artarken, global hacminin kimi yayınlarda 40-60 milyar USD aralığında olduğu, kimilerinde de 100 milyar USD'ye ulaştığı belirtilen sağlık turizmi sektörünün yıllık %20 gibi yüksek bir büyüme sergilediği belirtilmektedir. Keza, otoritelerce, dünya nüfusunun %3'lük kesiminin medikal tedaviler (onkolojik tedaviler gibi tıbbi tedaviler, cerrahi işlemler, kaplıca-kür terapileri ve fiziksel rehabilitasyon tedavileri, wellness vb) için başka ülkelere seyahat ettiği ifade edilmektedir. IPK's World Travel Monitor isimli çalışmada sağlık turizmi kapsamında 2011 yılında Avrupa'da 9,4 milyon (740 milyonluk Avrupa nüfusuna oranı %1,3'dür, yine bu değer toplam ülke dışı seyahatlerin %2,4'dür) seyahat gerçekleşmiştir. Ülkemiz için en büyük pazar niteliğindeki Avrupa vatandaşlarının gerçekleştirdikleri tıp turizmi amaçlı seyahatleri son 5 yılda %24 oranlarında artmıştır. (Kaynak: ITB World Travel Trends Report 2012/2013, IPK International)

10. Kalkınma Planı içinde sağlık turizmi 2018 hedefimiz 5,6 milyar USD yabancı hasta geliri olarak açıklanmıştır.

Ülkemizi çevreleyen coğrafya, sağlık turizmi faaliyetlerimiz için önemli bir pazar potansiyeli taşımaktadır. Keza 740 milyon nüfuslu Avrupa kıtası yaşlanmış ve yaşlı nüfus çoğu ülkede %15-20 bandında seyreder olmuş ve hatta bir kısmında %20'nin üzerine çıkmaya başlamıştır.

143 milyon nüfuslu Rusya Federasyonu da 39 olan yaş ortalaması ve %18 olan yaşlı nüfus yüzdesi ile bir başka sağlık hizmetleri arz açığı odağı ve hedef pazar konumundadır. 65 milyon nüfuslu Türkiye Cumhuriyetleri ve 220 milyon nüfuslu Ortadoğu-Kuzey Afrika bloğu tarihi misyon ve mirasımızı, sağlık hizmetleri alanında da ülkemize yüksek bağlılık göstererek canlı tutmaktadırlar. Özellikle tedavilerde ve cerrahi işlemlerde bu iki coğrafi alanın en büyük sağlık hizmet tedarikçisi konumundayız. (Kaynak: Eurostat, European Commission)

Sağlık Bakanlığı faaliyetlerinin dün, bugün ve yarın

2010 yılında, Sağlık Bakanlığı'nda Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü kurulup faaliyetlerine başlamıştır. 2012 yılına gelindiğinde Bakanlığımızın teşkilat kanunuyla (663 s. KHK) Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı kurulmuştur.

Böylece; ülkemizde sağlık turizmi ile ilgili iş ve işlemlerin yapılması, kurumlar arası koordinasyonun sağlanması kanunla Bakanlığımıza görev olarak verilmiştir. Bakanlığımıza bugüne kadar birçok mevzuat çalışmaları yapmıştır ve sağlık turizmi ile ilgili yasal düzenlemeler devam etmektedir. Ayrıca sağlık turizmi ile ilgili birçok araştırma ve incelemeler yapılmış ve bunlar kitaplaştırılarak çeşitli dillerde yayımlanmıştır. 6 dilde, 7 gün 24 saat icra edilen tercümanlık hizmeti dünyaya örnek olacak nitelikte bir çalışma olup tüm yabancı misafirlerin takdirini toplamıştır.

Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, hizmetlerini üç ana grupta sürdürmektedir.

1. Medikal turizm
2. Termal turizm
3. Yaşlı ve engelli turizmi

Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, ülkemiz için büyük önem arz eden Sağlık Serbest Bölgeleri ile ilgili çalışmalarda ve raporlamalarda da katkı sağlamaktadır.

Daire Başkanlığı bugüne kadar;

1) Ayaktan Teşhis ve Tedavi Merkezleri (ATT) ve Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde (ÖHY) yapılan değişiklikler ile konaklama tesislerinde sunulacak sağlık hizmetleri düzenlendi. Klinik konukevi ve geriatrik tedavi merkezlerinin açılabilmesinin önü açıldı. Aynı ilde olmak şartıyla, faaliyette olan bir sağlık kuruluşu konaklama tesisinde şube olarak rehabilitasyon hizmetleri, obezite tedavisi, diyaliz, diyabet tedavisi gibi muhtelif alanlarda poliklinik açabilecek, 500 yatağın üzerindeki otellerde acil sağlık hizmetleri için sağlık üniteleri zorunlu olarak kurulacaktır. Yine aynı şekilde klinik konukevi ve geriatrik tedavi merkezleri aynı ilde şube gibi açılacaktır.

2) 2011/41 sayılı Bakanlığımız genelgesi genişletilerek sağlık turizmi yönergesine dönüştürülmüş ve 24 Temmuz 2013 tarihinde yayımlanmıştır. Bu yönerge ile kamu sağlık kuruluşlarında yabancılara sağlık hizmeti sunumunun usulleri ve ücretlendirmesi düzenlenmiştir. Bu

genelge kapsamında Türk vatandaşların haricindeki yabancılar için ilk defa kara ve hava ambulans nakillerinin ücretlendirilmesi yapılmıştır. Kamu hastanelerinde yurt dışı hasta birimi ve tercümanlık hizmetlerinin düzenlenmesi yapılmıştır.

3) Uluslararası destek birimi (444 47 28) Bakanlığımız bünyesinde 7 gün 24 saat, 6 dilde (Almanca, İngilizce, Arapça, Rusça Farsça ve Fransızca) yabancı hastalara sağlık alanında tercümanlık ve danışmanlık hizmeti vermektedir. Yabancı bir hasta hastaneye başvurduğunda muayene için işlemlerini yaptırırken yanında tercüman yok ise 444 47 28 numaralı hattan tercümanlık hizmeti alabilmektedir. Yine, yabancı hastalar 112 ve 184 numaralı hatları aradıklarında telekonferansla tercümanlık hizmeti verilmektedir. Artık ülkemize gelen 32 milyon yabancı turist ve tedavi amaçlı gelen sağlık turistleri büyük ölçüde kendi dillerinde sağlık hizmeti alabilmektedir. Ülkemiz, kapsamlı ve sürekli verilmekte olan bu yenilikçi hizmet ile dünyada bir ilke imza atmıştır.

4) Sağlık turizminin tanıtımı için hazırlanan web sitesinde de ülkemizin sağlık hizmeti sunumu ve imkânları anlatılmakta, kamu ve özel, ilgili tüm sağlık kuruluşlarının listesi ve iletişim adresleri sunulmaktadır. Ayrıca ülkemizin kültürünü, tarihini ve turizmde ulaştığı noktayı sunan bu web sitesi 4 dilde Almanca, İngilizce, Rusça ve Arapça linklerine sahiptir. www.saglikturizmi.gov.tr ve www.healthtourism.gov.tr web siteleri hizmet vermektedir.

5) Sağlık turizminde tanıtım ve bilgilendirme faaliyetleri: Ülkemizin sağlık turizmi potansiyelini, sağlık kurum ve kuruluşlarını yurtdışına daha etkin tanıtmak için tanıtım genelgesinde değişiklikler yapılmıştır. Buna göre; yurtdışına yönelik olarak, Türkçe dilinde olmamak şartıyla sağlık kuruluşları;

a) Fiyat listelerini web sitesinde yayımlanabilecek

b) Hasta onayını almak şartıyla hasta hikâyelerini metin veya video olarak yayımlayabilecek

c) Sundukları hizmetlere ve hastane çalışanlarına ilişkin bilgileri web sitesinde yayımlayabileceklerdir.

6) Diğer Bakanlıklarla işbirliği içinde yapılan düzenlemeler: Sağlık turizminden elde edilen gelirlerden %50'ye varan vergi indirimi başlatılmıştır. Ayrıca sağlık turizminin yurtdışına tanıtımıyla ilgili finansal destekle ilgili teşvik mevzuatı Ekonomi Bakanlığı'na çıkartılmıştır. Bu kapsamda çok çeşitli yurtdışı gezileri, araştırmalar, analizler ve tanıtımlarla destek verilmektedir.

a) Ekonomi Bakanlığına 2012/4 sayılı

tebliği ile sağlık turizminin yurtdışına tanıtımında finansal destek sağlanmıştır.

b) Maliye Bakanlığınca yayınlanan 6322 sayılı kanunun 9. Maddesiyle sağlık turizminden elde edilen gelirlerden %50 vergi muafiyeti sağlanmıştır.

c) Kültür ve Turizm Bakanlığının termal yatırım planlaması ve yatırım teşvikleri ile ilgili çalışmaları devam etmektedir.

d) Sağlık Serbest Bölgesi ile ilgili yasal düzenleme 663 sayılı KHK'nın 49. Maddesi ile yapılmıştır.

Döviz kazandırıcı hizmet ticaretinin desteklenmesi hakkında tebliğ (Tebliğ No: 2012/4)

1. Rapor giderleri: Sağlık turizmi şirketleri ve sağlık kuruluşları için %60 oranında ve yıllık toplam en fazla 100.000 USD. işbirliği kuruluşları için %70 oranında ve yıllık toplam en fazla 300.000 USD tutarında karşılanır.

2. Hedef ülke destekleri: Getirilen hastaların uçuş giderleri %50 oranında ve toplam tedavi masraflarının %20'sini geçmemek üzere hata başına en fazla 1000 USD düzeyinde karşılanır.

3. Yurtdışı tanıtım desteği: Sağlık turizmi şirketleri ve sağlık kuruluşları için %50 oranında ve yıllık toplam en fazla 300.000 USD. işbirliği kuruluşları için %70 oranında ve yıllık toplam en fazla 500.000 USD tutarında karşılanır.

4. Kongre-konferans katılım desteği: Sağlık kuruluşları, sağlık turizmi şirketleri ve işbirliği kuruluşları için yurtdışı katılım maliyetleri etkinlik başına %70 oranında ve etkinlik başına en fazla 15.000 USD karşılanır.

5. Arama motoru/arama ağı reklamları: %50 oranında ve kuruluş başına yıllık en fazla 100.000 USD tutarında karşılanır.

6. Yurtdışı birimi desteği: Açılan birimlerin kira giderleri 4 yıl süresince karşılanır.

Sağlık turizmi şirketleri ve sağlık kuruluşları her bir birim başına %60 oranında ve yıllık en fazla 200.000 USD. işbirliği kuruluşları her bir birim başına %70 oranında ve yıllık 300.000 USD tutarında desteklenir.

7. Belgelendirme desteği: %50 oranında ve en fazla 500.000 USD tutarında karşılanır.

8. Ticaret heyeti ve alım heyeti destekleri

Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Eylem Planımızda sağlık turizmi



Amaç 4: Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek.

Hedefe Yönelik Stratejiler (2013-2017):

a) Sağlık Turizmi kapsamında tanıtım yapmak ve cazibe oluşturmak

b) Sağlık turizmi kapsamında verilen hizmet sunumunun kalitesini iyileştirmek

c) Sağlık turizmi hizmet kapsamını genişletmek

d) Sağlık turizmi yönetimini iyileştirmek

Onuncu Kalkınma Planımızda (2014-2018) sağlık turizmi

Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı Programın amacı ve kapsamı

Bu programla, Türkiye'nin dünyada yükselen pazar konumunda olduğu medikal turizm, termal turizm ve ileri yaş-engelli turizmi alanlarındaki hizmet kalitesinin yükseltilerek rekabet gücünün artırılması amaçlanmaktadır.

Program hedefleri

- Termal turizmde 100.000 yatak kapasitesinin oluşturulması
- Termal turizmde 1.500.000 (600.000 tedavi amaçlı) yabancı termal turiste hizmet sunulması
- Termal turizmde 3 milyar dolar gelir elde edilmesi
- Medikal turizmde dünyanın ilk 5 destinasyonu içerisinde olunması
- 750.000 medikal yabancı hastanın tedavi edilmesi
- Medikal turizmde 5,6 milyar dolar gelir elde edilmesi
- İleri yaş turizminde 10 bin yatak kapasitesi oluşturulması
- İleri yaş turizminde 150.000 yabancı turistin ülkemizi ziyaret etmesi
- İleri yaş turizminde 750 milyon dolar gelir elde edilmesi

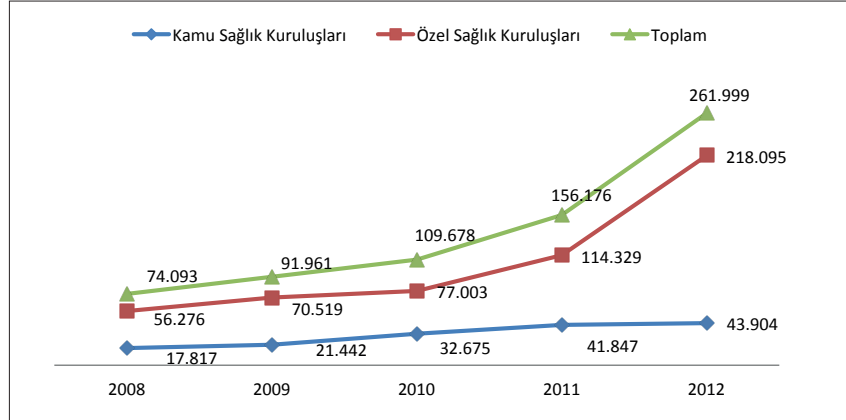
Program bileşenleri

1. Bileşen Sağlık Turizmine Yönelik Kurumsal ve Hukuki Altyapının Geliştirilmesi (Sorumlu kurum: Sağlık Bakanlığı):

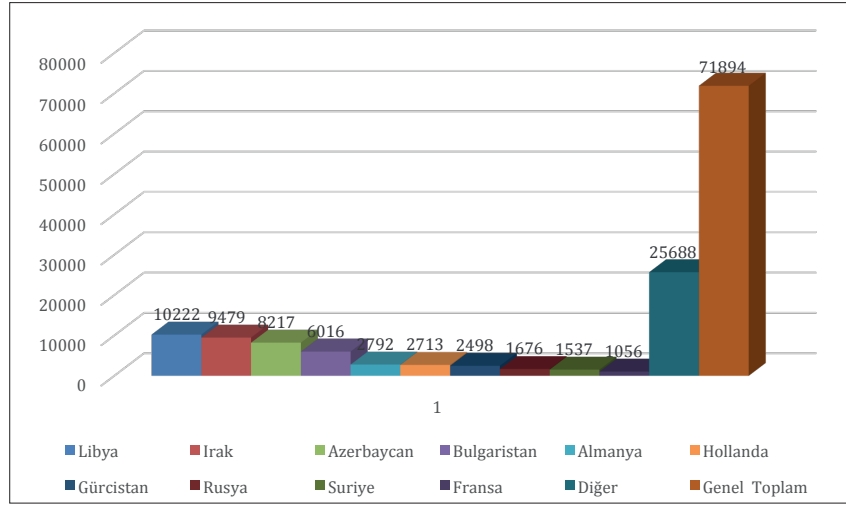
- Hedef ülke, bölge ve branşları dikkate alan bir sağlık turizmi stratejisi ve eylem planı hazırlanması
- Kamu kurumları arasında koordinasyon mekanizmalarının geliştirilmesi, kamu ile özel sektör arasında işbirliğinin güçlendirilmesi
- Fiyat farklılaştırmasına da imkân tanıyan mevzuat altyapısının oluşturulması
- İstatistik altyapısının geliştirilmesi

2. Bileşen Sağlık turizmi alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi (Sorumlu Kurum: Turizm Bakanlığı):

- Termal turizm varlıkları ve medikal turizm altyapısı envanterlerinin hazırlanması
- Hastane, termal otel, ileri yaş ve engelli bakım merkezleri gibi tesislerin sağlık turizminde kullanım imkânlarının artırılması
- Sağlık turizmi kapsamında yatırım ve planlama konusunda destek sağlanması, arazi temini için yeni modellerin oluşturulması



Grafik 1: Yıllara göre Türkiye'de sağlık hizmeti alan uluslararası hasta sayıları (2008-2012)



Grafik 2: Kayıtlarımızda sağlık turizmi hastası sıralamasında (Ocak-Kasım) ilk on ülke

3. Bileşen Sağlık turizmi hizmet kalitesinin artırılması (Sorumlu Kurum: Sağlık Bakanlığı):

- Sağlık turizmi alanında çalışan personelin nitelik ve nicelik olarak geliştirilmesi
- Sağlık turizmine yönelik hizmet ve tesis standartlarının yükseltilmesi
- Konaklama ve diğer yardımcı hizmetler için kolaylaştırıcı mekanizmaların geliştirilmesi

4. Bileşen Sağlık turizmi alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması (Sorumlu kurum: Turizm Bakanlığı):

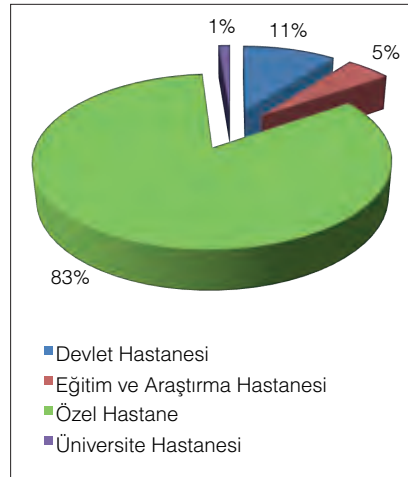
- Hedef ülke ve bölgelerde tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinin artırılması
- Tanıtım ve pazarlama alanında kamu ve özel sektör işbirliklerinin artırılması

Sağlık turizmi istatistikleri

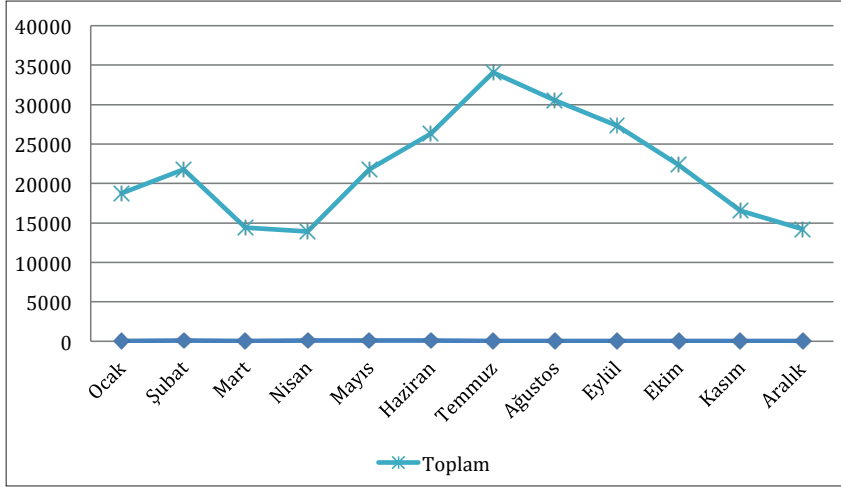
2013 yılına ilişkin raporlamalarımız, kayıt sistemi veri tabanımız, sektörün geri bildirimleri, uluslararası istatistikler ve Bakanlık yönetsel kadro istişareleri ile sağlanması yapılmış çalışmalar olarak hazırlanmakta ve reel duruma en yakın değerlendirmeleri arz etmektedir. Nihai istişarelerde kayıt sistemimiz verileri ve

İlimiz	Sağlık turisti sayısı
İstanbul	33.779
Antalya	6.864
Ankara	5.672
İzmir	4.338

Grafik 3: Sağlık turizminde ilk dört ilimizin kayıtlarımızda 2013 Ocak-Kasım performansları



Grafik 4: Uluslararası hastaların başvurdukları hastane türleri, 2012



Grafik 5: Kayıt sistemimizde bildirilen uluslararası hastaların dağılımı, 2012

tam bildirim durumunda olması beklenen değerler ayrı ayrı irdelenmektedir.

Verilerin HBYS üzerinden daha sistemli bir şekilde toplanması için çalışmalar devam etmektedir. Sağlık kuruluşlarının verileri itina ile tam ve zamanında sisteme girmesi planlamalar ve strateji belirleme faaliyetleri için çok büyük önem arz etmektedir.

2013 yılı Ocak-Kasım arası kayıtlı toplam uluslararası hasta sayısı 240.000'dir. Yılsonu için projeksiyonumuz 270 bin düzeyidir.

Sağlık turizmini krizler nasıl etkiliyor ve fırsatlar nelerdir?

Ekonomik ve siyasi krizler açısından:

Sağlık turizmi, hastanın bireysel tercihiyle dayalı bir hizmet sektörü olup doğası gereği her zaman istikrar ve güven ortamını arar. Bir ülkede kaliteli ve ulaşılabilir sağlık hizmeti yanında güven ortamı da var ise orada sağlık turizmi rahatlıkla gelişir. Türkiye'nin sağlık turizminde hedef ülkeleri çevresindeki ülkelerdir. Rusya (ve BDT), Irak (ve Ortadoğu), Azerbaycan (ve Türki Cumhuriyetler), Avrupa (Doğu Avrupa Bloğu ve İskandinav ülkeleri başta olmak üzere tüm Avrupa), Kuzey Afrika ülkeleri olarak alt pazarlara bölüp, özgün pazarlama stratejileri geliştirerek pazar payımızı artıracığımız yaklaşık 4 saatlik uçuş mesafesindeki çember bize 1,2 milyar nüfuslu bir pazar sunmaktadır.

Ülkemiz on yılı aşkın süredir emsali görülmemiş bir siyasi, ekonomik ve sosyal istikrar içindedir. Lakin çevremizdeki istikrarsızlık ve savaş ortamı Irak, Suriye, Mısır, Libya'daki olaylar, pazarımız konumundaki bu ülkelerden çıkışları doğrudan olumsuz olarak etkilemektedir. İnsanlar çok acil olmayan uluslararası sağlık hizmeti teminini ertelemektedir ya da savaş ortamı sebebiyle bu hizmetlerden tamamen mahrum kalmaktadır.

Savaş yaralanmaları gibi acil durumlarda da ülkemiz sağlık hizmetlerini insanı yardım amacıyla ücretsiz sunmaktadır.

Fırsatlar açısından:

a. Medikal turizm

Avrupa'da sağlık harcamaları her yıl artmaktadır. Çözüm olarak sigorta kapsamı daraltılmakta, ödenekler kısılmaktadır. Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte kronik hastalıkların görülme oranının artmasına rağmen, sağlık kuruluşlarının alt yapı çalışmaları, bu alandaki yatırımları ve bütçeler aynı ölçüde artmamaktadır. Bütün bunların sonucunda hastaların bekleme süreleri artmaktadır. Başta hükümetler olmak üzere uluslararası sigortalar da bu duruma çözüm aramaktadırlar.

En pratik yol olarak sağlık hizmetini ülke dışından satın almayı, yani sorunu sağlık turizmi ile çözmeyi denemektedirler. Aynı zamanda tüm bu ihtiyaçlardan dolayı Avrupa ülkeleri içinde hastaların serbest dolaşımı çalışmaları başlatılmış olup, bu uygulama Ekim 2013'de tüm Avrupa ülkelerinde yürürlüğe girmiştir. Bu gün için bu çalışma sadece Avrupa ülkelerini kapsamaktadır, ne var ki ileriki yıllarda gerekli şartları yerine getiren (başta Türkiye olmak üzere) diğer ülkeler için de geçerli olacaktır. Belirli kriterleri taşıyan ve komisyondan onay alan her sağlık kuruluşu yurtdışından gelen hastaları tedavi edecek ve hastanın sigortasından tedavi bedelini isteyebilecektir. Bakanlığımız, konuyla ilgili çalışmaları başlatmış olup, Avrupa Birliği'nin belirlediği Croos - Border Patient (hastaların serbest dolaşımı için gerekli kriterler) kriterlerin belirlenmiş sağlık kuruluşlarında karşılanması için gerekli çalışmayı yürütecektir.

b. Yaşlı ve engelli turizmi

Avrupa ülkelerinin birçoğunda 65

yaş üstü nüfus %15'in, engelli nüfusu %12'nin üzerindedir. Bu kitlenin bakım masrafları ülkelerin ekonomilerini çok zorlamaktadır. Artık bu grubun bakımları için özellikle iklimi iyi olan güneşli ve turizm imkânları gelişmiş bölgeler aranmaktadır. Bu alanda en güçlü rakibimiz İspanya destinasyonu olmakla beraber çok pahalıdır.

Türkiye, Avrupa kıtasına coğrafi yakınlığı, iklimi, kaliteli ve ekonomik sağlık hizmeti sunumuyla potansiyel bir ülkedir. Ancak yaşlı ve engelli turizmi için altyapı ve mevzuatlarımızın eksiklikleri bir an evvel giderilecektir. Yaşlı ve engelli turizmde gereken yatırımlar yapılır ise yakın gelecekte ekonomimiz büyük bir döviz girdisi daha kazanacaktır. Bunun için yüksek teknoloji teknik alt yapı ve çok sayıda hekime de ihtiyaç yoktur. Daha ziyade eğitilmiş ve kalifiye ara personele ve uygun yatırımlara ihtiyaç vardır.

Vizyonumuz

Sağlık turizmi olgusunda, altyapı uygun şekilde oluşturduktan sonra en önemli konu sürdürülebilirliktir. Bunun için her koşulda kaliteli sağlık hizmeti sunumu, iyi eğitilmiş, kalifiye, donanımlı ve profesyonel insan kaynakları gereklidir. Ülkemizin bu konularda daha organize olması halinde sağlık turizmi potansiyelimizi uluslararası pazarlarda tanıtmak yoluyla hasta sayısı ve döviz bazında 10. Kalkınma Planı hedeflerini gerçekleştirebiliriz. **Çıkabiliriz.**

Türkiye turizminde rekabet daha uygun fiyatlı turizm hizmeti üzerinden yapılmaktadır. Bunun olumsuz sonuçlarına yıllardır katlanılmaktadır. Aynı hatayı sağlık turizminde yapmamalıyız. Uzun vadede uygun fiyat nedeni ile değil kaliteli sağlık hizmeti ile tercih edilen bir ülke olarak anılmak, **ülkemizin** sağlıktaki imajını her daim güçlü kılacaktır. Muhakkak ki, ülke insanına sağlık hizmeti sosyal devlet olmanın gereği olarak sunulur ve hiçbir zaman ticari boyutu düşünülmez. Ancak sağlık turizmi ülkeye döviz girdisi yani hizmet ihracatı için yapılmalıdır ve cari fazlası olan bir ticari alan olarak değerlendirilip önemsenmelidir. Mevcut altyapının haricinde plan dahilinde organize edilen ayrı bir yapı ile sürdürülmelidir.

Son olarak, PPP modeliyle 2017 yılından itibaren hizmet vermeye başlayacak olan şehir hastanelerimiz, sağlık turizmi hizmet sunumunda Bakanlığımızın elini güçlendirecektir. Her biri milyar dolarlık projeler olan şehir hastanelerimizin yatırım geri dönüşlerinin, toplam hasta sayısı ve milliyet çeşitliliği her yıl artmakta olan sağlık turizmimiz sayesinde daha hızlı ve planlı bir biçimde gerçekleşeceğine inanıyoruz.

Vakıf Üniversitesi hastaneleri*

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu-Göynük'te doğdu. İlk öğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulu'nda, orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı (1992). 1992-1994 yıllarında Sakarya'da Geyve Devlet Hastanesi'nde uzman doktor olarak çalıştı. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalına Yardımcı Doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003 yılında klinik mikrobiyoloji dalında bilim doktoru oldu. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde çeşitli idari görevlerde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevinde bulundu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Dr. Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Olca Özgen



1981 yılında Karaman'da doğdu. İlk, orta, lise öğrenimi Karaman'da tamamladı. Anadolu Üniversitesi Fen Fakültesi İstatistik Bölümünden 2005 yılında mezun oldu. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünde Yüksek Lisans yapmaktadır. 2010 yılından bu yana Medipol Üniversitesi Rektörlük Özel Kalemli olarak görev yapmaktadır.

Konumuz olan “vakıf üniversitesi hastanesi” tamlamasının bileşenleri olan vakıf, üniversite ve hastane kelimelerinin her biri, ardında tartışmaya muhtaç kavramlar taşımaktadır. Bizler, Selçuklu ve Osmanlı vakıflarının mirasçıları olarak, vakıf medeniyetinden kaynak alan bir toplumuz. Bu kültürün temelini oluşturan vakıf, kaynaklarını kesinlikle başka alandan elde edip, bu kaynakları belli bir hizmet alanına karşılıksız olarak ya da genel anlayışıyla Allah rızası gözetilerek harcayan müesseseyi ifade etmektedir. Vakfın bu kimliğini koruyabilmesi, hizmet verdiği alanda gelir elde etmeme ilkesine bağlıdır. Dolayısıyla bugün bizim çağdaş vakıflarımızın sözünü ettiğimiz vakıf anlayışıyla alakası olmadığı anlaşılmaktadır. Bir taraftan miras aldığımız vakıf anlayışına dayalı bir müesese hayal ediyor, diğer taraftan vakfımıza gelir sağlamak için hizmet üretmeye çalışıyor ve olmadık piyasa dinamiklerini içselleştirebiliyoruz. Bu eylemlerimizi de vakıf hizmeti olarak tanımlama yanılgısına düşüyoruz. Türkiye’de mevcut Anayasa çerçevesinde kurulmuş olan

vakıf üniversitelerinin sıklıkla vakıf/ özel tartışmasına maruz bırakılması, bu kargaşadan kaynaklanmaktadır. Bu üniversitelerin çoğunda yapıya baktığımızda, özel üniversite şeklinde tanımlamak zorunluluğunu hissediyoruz.

Üniversite de bugünlerde çok konuşulan bir kavram. Zira 500 yıllık üniversite ile beş günlük üniversite, 100 bin öğrenci ile 100 öğrencisi olan üniversite aynı mevzuat ve yaptırımlara tabi tutuluyor. Aynı kanunla, aynı yükseköğretim anlayışıyla yönetilmeye çalışılıyor. Dayanağımız da 1980’li yıllarda üniversitelere haddini bildirmek üzere çıkartıldığına inanılan bir kanundur. Son hükümetler dönemlerinde Yükseköğretim Kanununu değiştirmek için hummalı bir çalışma yürütüldüğü malumdur. Ne var ki, ortada dolaşan taslakların daha mükemmeli yakaladığı şüphelidir. Yeni Yükseköğretim Kanunu tartışmalarıyla beraber üniversitelerin tekrar masanın üzerine yatırıldığı ve üniversite kavramının üzerinde düşünüldüğü bir dönem yaşanmıştır. Üniversiteleri nasıl farklılaştıracağız, bu farklı üniversiteleri nasıl değerlendireceğimiz ciddi tartışma konusu olmuş; tıp fakültesi olan olmayan, büyük küçük, tematik genel, araştırmacı olan ve olmayan gibi birçok alternatif yapı üzerinde fikirler uçuşmuştur. Görülüyor

ki, akademik camianın bütününe ele aldığımızda zihnimizdeki üniversite kavramı da çok net değil; en azından bugünkü tartışmalar böyle bir izlenim doğuruyor.

Eskiden yataklı tedavi kurumu olarak çok basit bir şekilde ifade edilebilen hastane anlayışı, şimdilerde çok daha hızlı bir değişim geçiriyor. Artık yataksız hastaneler, gün hastaneleri ve ev hastaneleri gibi yeni anlayışlardan bahsediliyor. Eskiden prestij ve büyüklük ifade eden yatak sayıları günümüzde maliyet artış unsuru olarak görülüyor. Hasta beklentilerinin karşılanması, hizmet kalite standartları, klinik kalite, verimlilik, sürdürülebilirlik gibi kaygılar hastane hizmetlerinin gündeminden düşmüyor. Özellikle son 10 yıldaki sağlık reformları ile “Nerede duracağız, yeni kural çıkacak mı?” gibi tedirginliklerle hastaneleri yönetiyoruz. Üstelik de hastaneleri hizmet hastanesi, eğitim hastanesi, araştırma hastanesi, üniversite hastanesi şeklinde kategorize ettiğimizde hastane tahayyülümüz biraz daha karmaşıklaşıyor.

Vakıf, üniversite ve hastane olarak hayatımızda anlam bulan bu üç kurumsal yapıyı bir araya getirdiğimiz vakıf üniversite hastaneleri, bugüne değin sorunsuz bir alan gibi görünmektedir.

* SAYED 2012, 4. Ulusal Sağlık Kurultayı konuşmasından derlenmiştir.

Sayıcı az ve bu yüzden ihmal edilmiş, ihmal edilmesiyle bile sağlık sistemimize etki etmemiş bir alanda yer alıyordu bu hastaneler. Türkiye'deki üniversiteler arasında üç beş tane vakıf üniversitesi, onların da birkaç tanesinde az sayıda öğrencisi olan tıp fakültesi ve çok az sayıda hastaneleri vardı; dolayısıyla ihmal edilebiliyordu. Devlet üniversiteleri dikkate alınarak yapılan birçok mevzuat düzenlemesinin göz ardı ettiği, akademik kadro istihdam kurallarının bile tartışılır olduğu vakıf üniversiteleri bir şekilde var olmaya devam ediyor. Sağlık sektöründe kamu özel ayırımına dayalı olarak yapılan birçok düzenlemede vakıf üniversite hastanelerinin yeri müphem kalmaktadır. Vakıf üniversite hastanelerinin sistemdeki yeri konusundaki soruların tam cevabı da yoktur.

Aslında bu kargaşa Anayasadan kaynaklanıyor. Vakıf üniversiteleri, Anayasada, "kamu tüzel kişiliğine haiz yükseköğretim kurumları" olarak tanımlanıyor. Kamu tüzel kişiliğine haiz ise birçok düzenleme de bu kamu anlayışı içerisinde yapılması gerekirken öyle olmuyor. Bugün vakıf üniversitelerinin personel yapılanması İş Kanununa bağlı; istihdam başta olmak üzere birçok husus özel sektörle paralel yapılıyor. Yapılamadığı yerlerde de, özel sektör dinamizmini kullanıp bir şekilde ara formüllerle o hale dönüştürülüyor. Ancak bu yöndeki uygulamaların yürütmesini durduran yargı kararlarının da mevcut olması bir vakıa. Yeni üniversite kavramı tartışılırken vakıf üniversitesi ile özel üniversiteyi eğer ayırabilir, mevzuatlarımıza da bunu yansıtabilirsek belki o zaman vakıf üniversitesi hastanesi ile özel üniversite hastanesini masaya yatırır, daha bir berraklaştırabiliriz. Ama önce, zihnimizdeki anlayış karmaşasını berraklaştırmamız gerekiyor. Şu anda bu ikisinin ayrımını çok iyi bilmiyoruz. Aslında hastanecilikte de, vakıf ile özel olanı ayırabilmiş değiliz. Sağlık Bakanlığının ruhsatlandırma ve denetimde esas aldığı Özel Hastaneler Yönetmeliğinde vakıf hastanesi diye bir ayırım yok, vakıfların kurduğu özel hastane var; ruhsatlandırma tamamen öyle yapılıyor. Yani hastanenin maliki özel kişi ya da vakıf gibi bir tüzel kişi olabilir. Ancak aynı norm ve kurallara tabi; tamamen özel hastane olarak görüyoruz biz onları. Peki, Türkiye'de gerçek vakıf hastaneleri var mı? Evet, kâr etmeyen hatta ettiği zararı başka kaynaklardan sübvans ederek yaşamaya çalışan az sayıda vakıf hastanesi var. En azından azınlık vakıflarının hastanelerinin bir kısmı böyle. Bunları da özel hastane statüsü ile işletmeye çalışıyoruz. Vakıf ve hastane kavramını bir araya getirirken yeni bir tanım yapmamız ve netleşmemiz gerekiyor. Bu konuda sıkıntı çekiyoruz açıkçası.



Vakıf üniversite hastanelerine ilişkin alanın bugüne değin mevzuat, denetim, yaptırım gibi açılardan ihmal edildiğinden söz ettik. Az sayıda olmaları sistem açısından bir sorun oluşturmalarına yol açmış, açıkçası kendileri de bu politikaların dışında kalmaktan rahatsızlık duymamışlardır. Hatta kural ve yaptırımların dışında tutulmak biraz da avantaj olarak görülmüştür. Artık vakıf üniversiteleri, vakıf üniversitesi tıp fakülteleri ve dolayısıyla hastaneleri artıyor. Bu teşvik ve rekabet ortamında belki hızla daha da artacaktır. Sağlık Bakanlığının bu ülkede sağlık personelinin daha fazla yetiştirilmesi, tıp öğrencilerine daha fazla kontenjan açılması taleplerine Yükseköğretim Kurulunun olumlu yaklaşması da bunu ayrıca provake ediyor. Dolayısıyla artık vakıf üniversite hastaneleri ihmal edilebilir olma sınırını geçmiş durumdadır; sistemin bir yerinde yer alma ihtiyacı doğmuştur.

Bu hastanelerin sağlık sisteminde özel hizmet sunucusu yanında mı, kamu hizmet sunucusu yanında mı, yoksa üniversite odaklı eğitim sistemi tarafında mı yer alacakları henüz netleşmiş değildir. Mesela Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) geçenlerde yaptığı bir düzenlemede vakıf üniversite hastanelerinde verilen dış hekimliği hizmetlerini üniversite hastanelerinde verilen hizmetlerden ayrı tuttu. Bir anlamda vakıf üniversitesi

500 yıllık üniversite ile beş günlük üniversite, 100 bin öğrenci ile 100 öğrencisi olan üniversite aynı mevzuat ve yaptırımlara tabi tutuluyor. Aynı kanunla, aynı yükseköğretim anlayışıyla yönetilmeye çalışılıyor. Dayanağımız da 1980'li yıllarda üniversitelere haddini bildirmek üzere çıkartıldığına inanılan bir kanun. Ne var ki, ortada dolaşan taslakların daha mükemmeli yakaladığı şüphelidir.



Bilindiği gibi vakıf üniversitelerinde akademik kadro İş Kanununa göre istihdam ediliyor. Atama süreçleri ise Yükseköğretim Kanununa göre yürütülüyor. Bu iki kanunun çeliştiği yerlerde nasıl davranılacağına cevabı çok açık değil. Kimliğinin net olmadığı, mevzuatın karmaşıklık gösterdiği bir alana idari yargının müdahil olması, düzen değil kaos getirmektedir. Burada son birkaç yıldır yaşadığımız tam-gün kaostan daha büyük bir istihdam kaosu var.

dış hekimliği kliniklerini kamu üniversitelerinden ayrı özel hastane olarak kabul eden bir uygulamaya imza atmış oldu. Belki bu münferit olaylar sistem içinde büyük bir yer tutmuyor, ama temel bakış açısını ortaya koyması açısından önemli olduğunu düşünüyoruz.

Eğitim hastaneleri, yani üniversitelerin hastaneleri zaten bugün çok yoğun tartıştığımız bir alanın konusu. Biz üniversite hastanelerini, bilhassa vakıf üniversite hastanelerini, eğitim için mi açıyoruz, yani eğitim için mi hizmet veriyoruz, yoksa hizmet için mi eğitim veriyoruz? Bu hastaneler gerçekten üniversitelerin hastaneleri mi, yoksa hastanelerin üniversiteleri mi? Bu soruların cevapları henüz net değil kafalarımızda. Özellikle hastane grupları üniversite açmaya başlayınca ve bu üniversiteler de tematik sağlık üniversiteleri olunca, hastanelerin üniversiteleri algısı zihinlerde yer bulmaya başladı. Böyle bir durumda hastanelerin üniversitenin eğitimi için mi var olduğu, yoksa üniversitenin hastanelerinin bir şekilde tanınırlığı ya da başka amaçları için mi var edildiği tartışması vakıf üniversite hastanelerinin daha da kimliksizleşmesine yol açmıştır. Bu yüzden vakıf üniversite hastaneleri ile ilgili ne mevzuat koyucu ne de taraflar net bir tavır ortaya koyabiliyor. Son zamanlarda yoğun tartışmalara sahne olan Yükseköğretim Kanun taslağı sadece hastaneleri değil, vakıf üniversitelerini bile muallak bir yapıya doğru itmekte; devlet üniversiteleriyle entegre etmede tereddüt göstermektedir. Mesela araştırma üniversiteleri diye yeni bir üniversite sınıflaması yaparken vakıf üni-

versitelerini bunun dışında tutmaktadır. Taslak üniversite hastanelerinin yönetim biçimine kısa bir değinme yaparken, vakıf üniversite hastanelerini kapsamın dışında tutmuştur.

Genel sağlık sigortasının uygulandığı ülkemizde artık hiçbir hastane Türkiye sağlık sisteminden bağımsız düşünülemez. Hastane SGK ile sözleşme yapmış olsun ya da olmasın, durum farklı değildir. Dolayısıyla bütün üniversite hastanelerimiz kendilerini Türkiye sağlık sistemi içerisinde konumlandırmalıdır. Vakıf üniversite hastaneleri de, bu kulvarlardan -SGK sözleşmeli veya sözleşmesiz- hangisini seçerlerse seçsinler, Türkiye sağlık sistemi içinde kurallara uymak, o kurallara göre yapılanmak ve buna göre hizmet vermek zorundadırlar. Mevzuata yön verenlerin öncelikle bu hususu göz ardı etmemeleri gerekmektedir. Artık nasıl olsa tartışmalı fakat ihmal edilebilir bir alandır, bunları görmezden gelelim düşüncesini devam ettirmek zordur. Eskiden çok az sayıdaki vakıf üniversite hastanesi bu ihmal edilebilirliği avantaja dönüştürebiliyordu. İşine geldiği yerde kamu kurumu, işine geldiği yerde de özel hizmet sunucusu rolü üstlenebiliyor, hatta eğitim kurumu vasfıyla sağlık sisteminin denetiminin dışında kalabiliyordu. Galiba 2005 yılında Özel Hastaneler Yönetmeliğinde yapılan bir değişiklikle vakıf üniversitesi hastaneleri de yönetmelik kapsamına alındı. Ankara'daki bir vakıf üniversitemizin açığı dava sonucu Danıştay yürütmeyi durdurdu. Belki mevzuat düzenlemesi doğru yerde yapılmamıştı, ancak sonuçta vakıf üniversiteleri hala ne kamunun ne de özel sektörün gereğini



tam olarak yerine getirebilen kurumlar olamadı. Bilindiği gibi vakıf üniversitelerinde akademik kadro İş Kanununa göre istihdam ediliyor. Atama süreçleri ise Yükseköğretim Kanununa göre yürütülüyor. Bu iki kanunun çeliştiği yerlerde nasıl davranılacağına cevabı çok açık değil. Hatta her ne kadar vakıf üniversitelerindeki öğretim üyeleri İş Kanununa göre atanmış olsalar da, bilimsel özerklik iş güvencesini gerekli kıldığından bazı alanlarda İş Kanunu hükümleri uygulanamaz, anlamına gelen yargı kararları bile var. Kimliğinin net olmadığı, mevzuatın karmaşıklık gösterdiği bir alana idari yargının müdahil olması, düzen değil kaos getirmektedir. Burada son birkaç yıldır yaşadığımız tam-gün kaosundan daha büyük bir istihdam kaosu var.

Eğer hadiseye sadece ekonomik sektör olarak bakarsak, vakıf üniversite hastaneleri açısından çok rahatsızlık duyulacak bir durum olmadığını açıkça itiraf edelim. Yok, eğer hadiseyi gerçekten üniversite konsepti içinde eğitim ve araştırma açısından ele alırsak, görünen buğulu havanın gelecek açısından çok da ümit vadettiğini söyleyemeyiz. Süreçte ülkemizde henüz vakıf üniversitelerinin öğrenci kapasitesi içindeki payı çok fazla artmadı ama üniversiteler sayıca hızla çoğaldı. Bu üniversitelerimiz büyüdükçe istihdam alanı olarak, hizmet alanı olarak ve araştırma alanı olarak ülkemizde büyük bir yer edineceklerdir. Her halde mevcut buğulu ortamda bu büyümeyi kolay yönetemeyiz. Özel üniversite, vakıf üniversitesi, devlet üniversitesi, her neyse sınırlarının net olarak çizilmesi ve yükseköğretim mevzuatı içinde yerlerinin belirlenmesi gerekiyor. Bu sınıflardan biri için alınan bir kararın diğerlerini nasıl etkileyeceği iyi görülmelidir. Üniversitelerde tıp fakültelerinin açılması üniversite hastane ihtiyacını doğurduğundan, bu kararların Türk sağlık sisteminden bağımsız olarak alınmasının doğuracağı sonuçlar göz ardı edilmemelidir. Bu son dönemde devlet ve vakıf üniversitelerinde tıp fakültelerinin hızla artışı, hastanecilikte yeni bir ihtiyaç alanı doğurdu. Hem devlette

hem de vakıflarda üniversite yatırımları ile hastane yatırımları paralel gidemedi. Gitmesi de beklenmezdi.

Öğretim üyesi kısıtlılığı ve fiziki mekân yetersizliği bir yana, tıp fakültelerinin açılmasını teşvik eden bir sürü unsur olduğunu biliyoruz. Aynı dinamiklerin eş zamanlı olarak yeni hastaneler açmayı da teşvik ettiği söylenemez. Bu çelişkiyi bertaraf etmek üzere, ayrı dinamiklerle yapılmış yatırımların bir araya getirilmesi fikri önce Sağlık Bakanlığı tarafından öne çıkarıldı; sonra bu yaklaşım Yükseköğretim Kurulu tarafından benimsendi. Böylece mevzuat alt yapısı tartışmalı da olsa, ortak kullanım, işbirliği gibi ifadelerle açıklamaya çalıştığımız farklı üniversite-hastane afilliyeasyon yaklaşımları gündemimize girmiş oldu. Bu ortak kullanım önce devlet üniversiteleri ile devlet hastaneleri arasında gerçekleştirildi. Böylece yeni açılan birçok tıp fakültesi hastane sorununu çözmüş oldu. Daha sonra Yükseköğretim Kurulunun belirlediği esaslar çerçevesinde vakıf üniversiteleri ile özel hastaneler arasında da benzer bir uygulama başladı. Görülüyor ki, Anayasa vakıf üniversitesini kamu tüzel kişisi olarak tanımlamasına rağmen bir şekilde özel yatırım olarak görmeye devam ediyoruz. 1219 sayılı Kanundaki hekimlerin çalışma alanlarını düzenleyen değişiklikte de aynı yaklaşım hâkimdi.

Bu süreçte devlet ve özel ayırımına çok kilitlendiğimiz anlaşılıyor. Bu biraz da bizim devlet anlayışımızdan, kamu hizmeti kabulümüzden, vazgeçemediğimiz hukuk geleneğimizden, kısacası miras aldığımız temel paradigmamızdan kaynaklanmaktadır. Belki ileride yetki ve sorumluluklar açısından kamu ve özel yatırımlardaki ayırımının ortadan kalkması şaşırtıcı olmayacaktır. Bugün gündemimize giren devlet üniversitesi-devlet hastanesi, vakıf üniversitesi-özel hastane işbirlikleri çerçevesi daha da genişleyebilir. Yakın gelecekte devlet üniversitesinin özel hastaneyle, vakıf üniversitesinin devlet hastanesi ve devlet üniversitesi ile işbirliğini esas alan değişikliklere şahit olur muyuz bilmiyoruz.

Bu süreçte devlet ve özel ayırımına çok kilitlendiğimiz anlaşılıyor. Bu biraz da miras aldığımız temel paradigmamızdan kaynaklanmaktadır. Belki ileride yetki ve sorumluluklar açısından kamu ve özel yatırımlardaki ayırımının ortadan kalkması şaşırtıcı olmayacaktır. Yakın gelecekte devlet üniversitesinin özel hastaneyle, vakıf üniversitesinin devlet hastanesi ve devlet üniversitesi ile işbirliğini esas alan değişikliklere şahit olur muyuz bilmiyoruz.

Marmara Üniversitesi-Sağlık Bakanlığı İşbirliği sonrası bugünkü manzara

Prof. Dr. Hasan Fevzi Batirel



1970 yılında İstanbul'da doğdu. Zihnipaşa İlkokulu, Kadıköy Anadolu Lisesi ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni (1994) bitirdi. Göğüs Cerrahisi Uzmanı (1999), Göğüs Cerrahisi Doçenti (2005) ve Göğüs Cerrahisi Profesörü (2010) oldu. 1997'de NATO bursu ile altı ay süreyle Mehmet Öz'ün departmanında araştırmalara katıldı. 1999-2001 yıllarında Brigham and Women's Hospital, Harvard Tıp Fakültesi, Boston'da klinik üst ihtisas doktoru olarak çalıştı. 2008-2009 yılları arasında vekâleten Marmara Üniversite Hastanesi Başhekimliğini yürüttü. 2009-2010'da Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görevlendirme ile klinik şefi olarak çalıştı. Temmuz 2010'da vekâleten, Şubat 2011'de asaleten Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak atandı. Dr. Batirel evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Marmara Üniversitesi ile TC Sağlık Bakanlığı arasında Ağustos 2010'da başlayan işbirliği 4. yılına girdi. Bu süreçte Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi çok sınırlı imkânlarla sahip bir hastaneden, dünya standartlarında bir hastaneye dönüştü. Bu sürece emek veren birçok kişinin aldıkları riskler ve yaşadıkları aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır.

- Eylül 2010 - Pendik Hastanesine taşınmanın başlaması
- Kasım 2010 - İlk poliklinik hizmetinin başlaması ve ameliyathane yapılıması
- 2010-2012 - 40'ın üzerinde kıdemli öğretim üyesinin Marmara'dan emekli olması veya istifası.
- Ocak 2012 - Hastanenin tam kapasite ile çalışmaya başlanması
- 2013 - Kamu Hastane Birliklerine dâhil olma (İstanbul Güney Hastaneler Birliği)
- Mayıs 2013 - Hastanenin aylık ciro olarak Türkiye'de en yüksek ciro yapan Eğitim ve Araştırma Hastanesi olması.
- Ağustos 2013 - Ortak kullanımda 3. yıl.
- Kasım 2013 - Yeni katılan öğretim üyeleri ile Tıp Fakültesi öğretim üyesi sayısının 270'e ulaşması (200'ü klinik branşlarda)

Taşınmak zordur...

Kadıköy Koşuyolu'nda bulunan Üniversite Hastanemizin, 2010 yılının Eylül ayında Sağlık Bakanlığı ile yapılan afiliasyon kapsamında Sağlık Bakanlığı'na ait sağlık tesislerinin üniversite ile ortak kullanımı pro-

tokolü gereğince Pendik ilçesine taşınması 15 gün gibi kısa sürede tamamlanmıştır. Taşınma işlemlerine başlamadan önce ilk olarak hastanemizde yatmakta olan hastaların taburcu işlemleri zamana yayılarak gerçekleştirildi. Tedavileri biten hastaların yerlerine yeni hasta alınmayarak yataklı servislerin boşaltılması sağlandı. Eylül ayı başı itibarıyla poliklinik hizmetleri kapatıldı. Sonrasında da acil hizmetler sonlandırılarak, Eylül 2010 itibarıyla hastanemiz taşınmaya hazır hale getirildi. Taşınma sürecinde ülkemizde profesyonel hastane taşımacılığı yapan bir firma mevcut olmadığı için kendi geliştirdiğimiz yöntemlerle hastanemiz taşındı. Taşınma aşaması genel olarak bölüm bazlı olarak yapıldı. İlgili bilim dallarının poliklinik ve yataklı servisleri aynı anda taşınırken, özellikli birimler tek tek ele alındı. Birim bazlı taşınan bölümler sırasıyla; radyoloji üniteleri, laboratuvarlar, patoloji bölümü, ameliyathane, yoğun bakımlar, depolar ve eczane birimi. Radyoloji cihazlarının özellikle MR ve BT'nin sökülmesi ve yeniden kurulması işlemleri zaman alıcı ve dikkat edilmesi gereken yönlerdendi. Patoloji bölümünün preparat arşivinin, eczane deposunun, tıbbi sarf deposunun, hastane arşivinin taşınması beklenenden daha fazla sayıda nakliyat kamyonu gerektirdi. Sadece kitap, kırtasiye ve evrak gibi malzemelerin kutulanması için büyük boy 5 binden fazla karton koli kullanılması gerekti. Bununla birlikte çalışma amaçlı dondurulmuş serumlar, IVF ünitesinin embriyoları, laboratuvar malzemeleri gibi soğukta saklanması gereken ürünlerin taşınması çok önemliydi ve tek bir serum bile çözülmeden bu taşıma işlemi tamamlandı. Aynı zamanda mikroskoplar, endoskoplar gibi hassas cihazların taşınmasında da dikkatli davranıldı ve sorun

çıkmadan taşındı. Taşınma sırasında bunca malzeme nasıl yerleştirilecek diye düşünmeden de edemedik.

Yaklaşık 70 kamyon seferinden sonra hastanemiz 15 bin m²'lik küçük iki binadan, 120 bin m² kapalı alana sahip 10 katlı yeni binasına kavuştu. Kapalı otopark alanları depo malzemelerinin saklandığı yerler olurken, yeni gelen yüzlerce mobilya kapalı otoparkta kurularak üst katlara çıkarıldı. Bir tır eşyayı boşaltırken, arkasından başka bir tır, içi eşya dolu olarak yanaşıyordu. Sanki dev bir mobilya fabrikasının deposu gibi kutulanmış mobilya malzemeleri, koltuklar, masa, sandalye ile her yer dolup taşmıştı. Hastaneye ait 36 asansör vızır vızır çalışıyor, yeni olduğu için de çizilmemesi için özen gösteriliyordu. Hastaneye onlarca tır malzeme taşıyordu ama hastane hala boş gözüküyordu. İşte o zaman büyük bir hastane binasına taşındığımızı anlamaya başlamıştık. Artık eskisi gibi butik bir hastane değil, büyük bir sağlık merkezi olma yolunda ilerlemeye başlamıştık.

Hastanemiz kuruluş aşamasından sonra 3 yıllık süreç içinde hasta yatak kapasitesi 568'e, ameliyat oda sayısı 22'ye çıkmış, günde 6000-7500 arasında poliklinik hizmeti veren, acil serviste günlük 1000-1500 arası hasta bakan bir hastane haline geldi.

EĞİTİM

Avantajlar

- 2011-2012-2013 - MÜTF Kamu Tıp programları arasında 6., Kamu Üniversiteleri arasında 3. sırada.
- Yeterli öğrenci dinlenme odaları ve klinik eğitim mekânları

- 2011 - UTEAK tarafından akredite edilen İstanbul'daki ilk tıp fakültesi.
- 2012 - Klinik eğitimin yeniden yapılandırılması, stajların kaldırılıp entegre sistem blokların oluşturulması.
- 2012 İlkbahar - TUS tercihlerinde taban puanda Türkiye'deki aynı alandaki tüm programlar arasında Çocuk Cerrahisi AD 1., Dahiliye AD 2.
- 2013 - American Association of Medical Colleges tarafından başlatılan Global Health Learning Opportunities'e dahil olan Türkiye'deki ilk Tıp Fakültesi.
- 2013 Sonbahar - TUS tercihlerinde taban puanda Türkiye'deki aynı alandaki tüm programlar arasında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD 1. (Altunizade'deki eski hastanemizde son dönemde Pediatri alanında Türkiye'deki en düşük taban puanı olan kurumlardan birisiydik ve kazanan asistanlar başlamıyorlardı).
- 2011-2012-2013 - Farklı branşlarda yabancı katılımlı multidisipliner sempozyum ve toplantılar. Dünyanın branşlarında en ünlü hekimlerinin Konferanslar vermek üzere Hastanemizi ziyareti.
- 2013 - UTEAK tarafından ara değerlendirme için ikinci ziyaret.

Dezavantajlar

- İmkanların gittikçe yetersiz hale gelmesi ve diğer personelin eğitim ihtiyacı için imkanların paylaşılma zorunda kalınması.
- Kliniklerin büyüme kaygısı ile ayrı bir eğitim binası planlanması ve klinik-eğitim entegrasyonunun zarar görmesi.

KLINİK HİZMET

Avantajlar:

- İstanbul içinde Kamuda Karaciğer nakli yapılan merkez haline gelinmesi.
- Birçok branşta Türkiye'deki ilk ameliyathane (mesela Minimal İnvaziv Ivor Lewis özofajektomi, Pektus cerrahisi, (kapalı yemek borusu ameliyatı).
- Günlük ortalama 6000 poliklinik - 1000 acil.
- Öğretim üyeleri gelirlerinde artma - Hastanenin gelirlerinin %35'i dağıtılıyor. Ortalama gelir; profesörler 8-14 bin, doçentler 5-10 bin, yardımcı doçentler 3-7 bin TL ek ödeme alıyorlar ve diğer sağlık personeli de tavandan ödeme alıyor.
- Ödemeler her ayın 3. haftası düzenli olarak yatıyor ve bir önceki ay verilen hizmetin karşılığı olarak alınıyor.
- Öğretim üyeleri bizzat poliklinik ve ameliyatlarda yer alıyor ve hizmet veriyorlar. Öğretim üyelerimize internet üzerinden randevu alma imkânı var.
- Hızlı çalışan bir bilgisayar ve PACS sistemi.
- Hizmet alımı olmakla beraber, en son teknoloji cihazlar içeren Radyoloji, Radyoterapi ve Nükleer Tıp Üniteleri.

- Tüm hastanede kablosuz internet hizmeti.

Dezavantajlar

- Klinik hizmetin çok yoğun olması.
- Yetersiz yardımcı personel nedeniyle sekreteryaya işlerinin bir bölümünün doktorlara kalması.
- Gereksiz bazı hasta grubunun hekimlerimizi rahatsız etmesi ve klinik hizmeti aksatması.

ARAŞTIRMA

Avantajlar

- BAPKO fonunda artma. Hastane cirounun yıllık 200 milyona yaklaşması, yıllık BAPKO'ya aktarılan miktarın 5 milyon (%2,5) olmasını sağladı.
- Klinik hasta çeşidinde artma nedeniyle, öğretim üyesi başına düşen yayın sayısında artma.
- BAPKO'ya verilen proje sayısında rekor sayıda artış.
- Klinik çalışmalardan alınan ücretlerin hastane döner sermayesi üzerinden öğretim üyelerine gelir olarak geri dönebilmesi mevzuatta yapılan son değişiklikler ile mümkün hale geldi.
- Öğrenci araştırma kulübünün kurulması, yaz döneminde araştırma stajlarının başlaması, öğrenci klinik ve temel bilimler araştırma ve yayın sayısında artma.

Dezavantajlar

- Klinik yükün fazlalığından araştırmaya zaman ayırmak zor hale geldi.
- Klinik çalışmaların Hastane Birliğinde denetlenmek istenmesi nedeniyle Etik Kurul ile yetki karmaşası.
- Araştırma altyapısının yetersiz kalması, birimlerin meşguliyetlerinin multidisipliner çalışmaları sınırlaması.

YÖNETİM ORGANİZASYONU

Avantajlar

- Başhekimin Tıp Fakültesi öğretim üyesi olması.
- Dekanlık ve Başhekimliğin uyum halinde çalışması ve verimli bir koordinasyon sağlanması.
- Hastane personeli için düzenli hizmet içi eğitimin verilmesi.
- Merkezi ve yüksek miktarda alımlar ve düzenli ödemeler nedeniyle, ihaleden alınan sarf ve alet edevat maliyetlerinin üniversite hastanelerine göre çok daha düşük kalması.
- Sağlık Bakanlığının mali imkanlarından hastanenin faydalanması ve yeni alet edevat, sarf malzemelerinin alınabilmesi.
- SGK incelemelerinde faturalardan sabit bir kesinti oranı.
- Kliniklerde sadece üniversite mensubu

akademik ünvanlı kişilerin yönetici olması ve Sağlık Bakanlığının isteğe bağlı olarak uzman görevlendirmesi.

Dezavantajlar

- Personel dağılım cetvelinin, personel sayısındaki hareketleri sınırlaması.
- Hastanenin Kamu Hastane Birliklerine bağlanması neticesinde idari özgürlüğünün zedelenmesi.
- 40 bin TL üzeri alımların Birliğe, 150 bin TL üzeri alımların Bakanlık izniyle yapılabilmesi, mali özgürlüğü ortadan kaldırmaktadır.
- Kamu Hastane Birliklerinde çeşitli branşlarda atanan koordinatörlerin farklı hastanelerden olması ve Üniversitenin ihtiyacına farklı bir hastaneden karar verilebilmesinin önünün açılması.
- İdari kadro ile Fakülte kadrolarının uyumunun zaman alması.

Geleceğe bakış

TC Sağlık Bakanlığı ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin yapmış olduğu işbirliği kendi özel şartlarına haizdir. Bu nedenle oldukça başarılı olmuş ve her iki kurumun azami oranda fayda gördüğü bir model oluşturulmuştur. Nitekim öğretim üyelerimizin %60'ı ilk başta bu işbirliğine karşı iken, hâlihazırda öğretim üyelerimizin %80'i Üniversitemize ait olan ve 2014 ortasında açılması planlanan Maltepe'deki hastanemizin de afilyasyon modeliyle işletilmesi gerektiğini düşünmektedir.

Bununla beraber modelimizin başarılı olması, her üniversite için doğru bir model olduğunu göstermez. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin bu süreçteki en büyük avantajları, kadrosunu genişletmek ve gençleştirmek, kadrosunun %90'dan fazlasını tam gün çalışır hale getirmek ve çok çalışmak olmuştur. Bunun karşılığı, kıyaslanamayacak bir klinik pratik tecrübesi, akademik prestij ve performans ödemeleri olarak alınmaktadır.

Bu işbirliğinin önündeki en önemli tehlike, Kamu Hastane Birliklerine dâhil olarak idari tasarrufun Üniversite kimliği ve ihtiyaçlarını tam olarak anlayamayan bir yönetimin tarafından yapılar hale gelmesidir. Yine Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi özelinde, içinde bulunduğumuz Hastane Birliğine Fakültemizden bazı öğretim üyelerinin dâhil olması, Birlik yönetimiyle yakın koordinasyon ve karşılıklı anlayış ile bu zorluklar aşılmaktadır.

Her kurum kendine özel şartları değerlendirdikten sonra, büyüme hedefini önüne koyarak çok geniş imkanlara sahip Sağlık Bakanlığı ile işbirliğini düşünebilir. Böyle bir cesareti göstermek için şartların iyi müzakere edilip birlikte çalışma kültürünün içselleştirilmesi gerekir.

Kamu hastaneleri birlikleri: Dağ fare mi doğurdu?

Dr. Hüsnü Dağlı

Sağlık politikalarında son yıllarda ortaya çıkan en önemli gelişmelerden birisi olarak yerinden yönetim ilkesi öne çıkmaktadır. Bu ilke ile kamunun verdiği sağlık hizmetinin daha etkin, verimli ve daha kaliteli hale gelmesi umulmaktadır. Bu süreçte kamu yöneticilerinin daha aktif ve etken olmaları, performans ölçümü yapmaları ve sonuç odaklı çalışmaları hedeflenmektedir. Bu bağlamda 1994 yılında Dünya Bankası tarafından yayımlanan sağlık sektörü modellemesinin temel ilkelerinden birini, sağlık hizmetlerindeki kamu desteğinin, sağlığın desteklenmesi ve hastalıklardan korunma ile sınırlandırılması ile hizmetlerin sunumunun yerel yönetime ve özel sektöre bırakılması oluşturmaktadır. Bu bağlamda, ülkemizde gerçekleştirilen Sağlıkta Dönüşüm programının en önemli unsurlarından biri olarak ortaya çıkan Kamu Hastaneler Birliği'nin hizmet kalitesinin maksimum seviyeye çıkarılması ve kamu kaynaklarının çok daha etkin bir şekilde kullanılmasının amaçlandığı ileri sürülmektedir. Bu konuda, yazılan bazı yazılarda ibret verici ifadeler rastlanmaktadır. Bu ifadelerin gözden geçirilmesi, konunun gerçek boyutunun anlaşılması için önem arz etmektedir.

Bilindiği gibi, Kamu Hastaneler Birliği 663 sayılı kararname uyarınca 2 Kasım 2012 tarihinde kurulmuş ve yukarıda belirtilen ana politikalar çerçevesinde çalışması öngörülmüştür. Geride kalan 1 yıl içinde temel ilkeler bağlamında yapılan işleri ve kat edilen yolu gözden geçirildiği zaman ortaya çıkan tablonun nasıl olduğuna bakmakta fayda vardır. Acaba merkeziyetçilik ne ölçüde ortadan kaldırılmış ve yerinden yönetim ne kadar hayata geçirilebilmiştir? Verimlilik gerçekten artmış mıdır? Çalışan ve hasta memnuniyetinde anlamlı farklar yaratılmış mıdır? Kısacası, atılan taş, ürkütülen kurbağaya değmiş midir?

Programın yürütülmesindeki temel ilkeler

ile atılan adımların ne derecede uyum gösterdiğini bu bakış açısıyla gözden geçirmekte fayda vardır:

a) İnsan merkezilik: Bu ilkenin, "sistemin planlanmasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı hedeflediği" söylenmektedir. Hizmetten faydalanacak bireyi hedef alması gereklidir ancak yeterli değildir. Hizmeti sunan sonunda "insan"dır. Hizmeti sunanın, diğer bir deyişle, çalışanının ihtiyaç, talep ve beklentilerinin de esas alınması gerekmektedir. Nitekim Sağlıkta Dönüşüm Programı bunu ayrı bir başlık altında ele almıştır. Ancak bu hususta başarılı olduğu söylenemez.

b) Sürdürülebilirlik: "Geliştirilecek olan sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi" öngörülmektedir. Yeni sistemin ülkemiz koşullarına ve kaynaklarına uyumlu olduğuna dair yapılmış, teoriler dışında bir fizibilite, etüt veya bilimsel çalışma var mıdır? Geçen 1 yıllık döneme göre, sistemin daha uzun süre aynı şekilde sürdürülmesi düşünülmekte midir?

c) Sürekli kalite gelişimi: "Hep daha iyiyi aramayı, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalardan öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulması" esasına dayandığı söylenen sistemin, yeterli performansı göstermeyen ancak bir şekilde yerinden "alınamayan" kişilerle "hep daha iyiyi" nasıl aradığı ve nasıl değerlendirdiği; cevabı bilinmeyen sorular içinde yer almaktadır.

d) Katılımcılık: Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulması hedeflenmektedir. Oysa gelinen noktada, değişik nedenlerle kişilerin görevden alınmaları, yeni

görevlendirmeler yapılması, yeni sistemlerin yürürlüğe konması gerçekleşmiş, çalışanların bunlara "uyması gerektiği" "nazık" bir dille ifade edilmiştir. Farklı görüşler ileri sürenlere ise "siz bunu bir kere deneyin, beğenmezseniz..." diye başlayan cümleler kurulmuştur. Birçok yerde, katılımcılık, eleştirileri dinleyip yine kendi bildiğini yapma şeklinde tezahür etmiştir.

e) Uzlaşmacılık: Karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışları olarak ifade edilmektedir. Şatafatlı bir kavram olmasına karşılık, pratikte ne kadar kullanıldığı çok su götürür olup, uzlaşma deyince, "Ben isterim, siz uyarınız!" düetinin "uzlaşma" olarak adlandırıldığı görülmektedir. Diyalog yerine monologların sürdürüldüğü gözlenmektedir.

f) Gönüllülük: Sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemi olarak, sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları, gönüllülük olarak adlandırılmaktadır. Yeni dönemde, çalışanlara performans adı altında verilenler dışında teşvik olarak neler önerilmiş, neler verilmiştir? Belli değildir. Zoraki görevlendirmeler, sekreterlerin yapacağı işleri doktorlara yüklemeler, 5 hemşirenin yapacağı işi 1 hemşireye yüklemeler, "gönüllülük" esasına göre yürütülmektedir. Zira kendilerine başka yol bırakılmayan çalışanların "gönüllü" olmaktan başka çaresi kalmamaktadır.

g) Desantralizasyon: Çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. Ancak daha önce Sağlık Bakanlığındaki merkezi yapının yerini şimdi Kamu Hastane Birliği Genel Sekreterlikleri almıştır. Her Genel Sekreterlik küçük bir Bakanlık gibi çalışmaktadır. Hastanelerin kendilerine bırakılan kararlar giderek azalmaktadır.

Laboratuvarlar, ihaleler, poliklinikler, aciller vb. hep bir “merkezden” yönetilmeye çalışılmakta, hastanelerdeki ilgili birimler kapatılarak merkeze bağlanmaktadır. Yani desantralizasyon değil, tam tersine santralizasyon, çok daha koyu bir şekilde tesis edilmiştir.

h) Hizmette rekabet: Farklı hizmet sunucuların yarışmasının sağlanması, rekabeti getirir. Şimdi rekabet belki farklı sekreterlikler arasında olabilecektir. Tek bir merkezden yönetilen, aynı standartlar uygulanan, hepsinin ihalesinin merkezden yapıldığı hastaneler arasında nasıl rekabet olabileceği bilinmemektedir. Aynı teknik direktörün yönettiği 7 takım arasında ne kadar rekabet olursa, burada da o kadar rekabet olabilecektir.

Sağlık hizmetinin yaygınlaştığı ve erişiminin kolay olduğu kesindir. Yaygın ve erişimi kolay sağlık hizmeti, bu hizmeti veren başta hekimlerin eski dokunulmazlıklarını ortadan kaldırmış, hatta bilhassa hekimlerin bakış açısıyla saygınlığının yitirilmesine yol açmıştır. Hekimlerin bu algısı “güler yüzlü sağlık hizmeti” hedefine ulaşmanın önünde büyük bir engeldir. Sağlık personelinin motivasyonunun iyileştirilmesi ve bilgi ve becerilerinin artırılması yalnızca söylemde kalmıştır. Atılan adımlar, yapılan düzenlemeler bu söylemin hayata geçmesini sağlamamıştır. Özellikle eğitim ve araştırma hastanelerinde, yeterli bilimsel ortam henüz oluşturulamamıştır. Yapılan eğitim ve öğretimlerin tek başına bir değer ifade etmediği, “bakılan hastadan elde edilen performansın belirli bir yüzdesi” olarak değerlendirildiği görülmektedir. Mutlak anlamda eğitim ve öğretimle ilgili bir hedefler henüz konamamıştır. Uluslararası indekslere ve yayınlara ulaşmak, hala büyük bir sorundur. Yayın yapmak, eğitim görevlisinin “primer” işi değil, bir “hobi”sidir adeta; yani mesai saatleri dışında, kendi isteğiyle, kendi istirahatinden keserek yaptığı bir faaliyettir. Araştırma için ayrılan bütçeler yetersizdir ve birçok kez kullanılmalarında sorunlar yaşanmaktadır. Kongrelere katılım yeteri kadar teşvik edilmemektedir.

“Performansa dayalı ek ödeme ile sağlık çalışanlarının verimli ve güler yüzlü hizmet sunumu, buna bağlı olarak hasta memnuniyetinin maksimum düzeye çıkarılması, kamu hastanelerinin özerk işletmeler haline getirilmesi, birinci basamak ile diğer hizmetlerde etkin bir sevk zinciri kurulması ve son olarak etkili ve doğru bilgi erişimi için Sağlık Bilgi Sisteminin oluşturulmasının, Programın diğer göz alıcı bileşenlerini oluşturduğu” söylenmektedir. Performansı dayalı ek ödeme sisteminin acilen revize edilmesi gerektiğini herkes söylemektedir. Bu sistemde birçok hatalar, eksiklikler ve adaletsizlikler olduğu kabul edilmektedir.

Yüzleri gülmeyen sağlık çalışanlarının nasıl güler yüzlü hizmet sunacakları bilinmemektedir. Hasta memnuniyeti maksimuma çıksa bile bunun bedelinin ne olduğu ve ne kadar sürdürülebileceği meçhuldür. (burası kalsın FO). Genel sağlık sigortasının hayata geçirilmesi, bu dönüşümün belki de en olumlu tarafıdır.

Yeni program çerçevesinde, “kamu hizmetlerinde yaşanan gecikmeler, hizmetlerin yerel ihtiyaçlara uygun olmaması, merkezi idarenin günlük ve rutin işlerinin hizmet yükünü artırması, dolayısıyla temel fonksiyonlarını yerine getirememesi, merkezden yönetimin idareye katılmaya imkân vermemesi gibi nedenlerle merkezi yönetim anlayışından vazgeçilerek yerinden yönetim hedefine yönelik projeler üretildiği” söylenmektedir. Ancak geline nokta, birçok hizmette hala daha benzer gecikmeler yaşanmakta, yerel ihtiyaçlar yerine global planlamalar yapılmakta, bürokrasi ve evrak işleri eskiye nazaran artarak devam etmekte ve yerel “merkezi” yönetimin hastane idaresinin hemen her tasarrufuna karıştığı görülmektedir. Diğer bir deyişle, yerinden yönetim ilkesi, söylemde kalmış, pratiğe tam olarak yansıyamamıştır.

Kaynakların verimli kullanılması, sağlık giderlerinin azaltılması ve vatandaşlara daha kaliteli hizmet verilmesi hedefine ulaşılabilmesi için, “işletmelerin” zarar görmemesi ilkesi benimsenmiştir. Bazı durumlarda vatandaşlara kaliteli hizmet verilebilmesi, ekonomik açıdan çok “verimli” olmayabilir. Özellikle eğitim ve araştırma hastanelerinin “işletme” mantığı içinde yürütülmesinin birçok sakıncayı içinde barındırdığı kesindir. Buna rağmen, tüm hastaneler için aynı verimlilik kriterlerinin konması ve aynı karnelerin kullanılmasının ne kadar doğru olduğu şüphelidir.

Yeni sistemle getirilen en önemli görev değişikliklerinden biri, başhekimlerin yalnızca hekimlik hizmetlerinden ve tıbbi hizmetlerden sorumlu olmasıdır. Ancak hastane yöneticisi emri altında çalışmaya zorlanan başhekimlerin birçok yetkisi kısıtlanmış, idari tasarruf yapma yetenekleri azaltılmış, hastanede söz sahibi olarak her düzeyde hastane yöneticisi sorumlu tutulmuştur. Hastane yöneticilerinin hekim haricindeki meslek sahiplerinden de olabileceği öngörülmüş olmasına rağmen birçok hastanede, yönetici olarak yine hekimler atanmıştır. Bu durum, yöneticilerle başhekimler arasında yetki karmaşasına neden olmuş, birçok hastanede yönetici, hem yönetici, hem de başhekim yetkilerini kendi elinde toplama gayretine girmiştir. Başhekimlerin akademik ünvanlı hekimlerden seçilmelerine rağmen, yöneticilerin akademik deneyimi olmayan herhangi bir kişi olmaları, akademik yapıyı bozan,

Kamu Hastaneler Birlikleri sonrası yaygın ve erişimi kolay olduğu için de hekimlerin saygınlıkları dibe vurmuştur. Bu yüzden “güler yüzlü sağlık hizmeti” hedefi kâğıt üzerinde kalmış bir hedeftir. Hekimlerin “yüzünün güldüğüne” dair kanıtlanmış bir veri var mıdır? Sağlık personelinin motivasyonunun iyileştirilmesi ve bilgi ve becerilerinin artırılması ise yalnızca söylemde kalmıştır.

hekimler ve akademisyen arasında hususiyet artıran ve gerginlikleri artıran bir yapı ortaya çıkarmıştır. Bu yeni yapı, bilime ve bilim adamlarına saygıyı azaltmış ve birçok bilim insanının hastanelerden ayrılmak zorunda bırakıldığı bir ortam yaratmıştır. Hastanelere ve yöneticilere verilmesi planlanan dönemsel karnelerde, eğitim ve bilimle ilgili parametrelerin yok denecek kadar az olması da bu durumu teyit eder niteliktedir. Ülkenin bilimsel geleceği, hasta memnuniyeti adı altında yok edilmek istenmektedir.

Hastanelerin gereksiz masraflardan kurtarılması, çalışanların verimli bir şekilde çalışması, hasta memnuniyeti sağlanmaya gayret edilirken, en az o kadar da çalışan memnuniyetinin sağlanmaya çalışılması, bu kapsamda uzun vadeli stratejik planların yapılması elzemdir. Bürokrasi, azaltılmak istenirken çoğaltılmamalı, periferdeki yöneticilere “gerçekten” güvenilmeli, hastane yöneticileri “asli” görevlerine yönlendirilmeli ve tıbbi iş ve işlemlere karışmaları -kendileri hekim bile olsalar- kesinlikle önlenmeli, birlikte çalışma kültürü kâğıt üzerinde kalmamalıdır.

İhtiyacımız olan şey “ortak akıl”dır. Bunun da yolu; sürekli istişare, “insana” saygı, bilim adamına güven, gerçek bir desantralizasyon ile sisteme uyum sağlayamayan unsurların ise en kısa zamanda bertaraf edilmesidir. Ancak bu ilkelerin hayata geçirilmesi ile Kamu Hastaneler Birliklerinin “en kısa zamanda arzulanan işlevselliğinin kazandırılması” mümkün olabilecektir.

Dijital hastaneye ilk adım: Yeşil hastane

Yasin Keleş



1979 yılında İstanbul'da doğdu. Şişli Teknik Lisesi Bilgisayar Bölümü'nü ve İstanbul Üniversitesi Mühendislik Fakültesi'ni bitirdi. Beykent Üniversitesinde Sağlık Kurumları İşletmeciliği yüksek lisans programını tamamladı. Turkuaaz, Ünilever ve İstanbul Esnaf Hastanesi'nde bilgi sistemleri bölümlerinde çalıştı. Halen Memorial Sağlık Grubu Bilgi Sistemleri Müdürü olarak görev yapmaktadır. Sağlık Bilişim Derneği Yönetim Kurulu Başkanı olan Keleş, evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Sağlıkta dönüşüm, gelişim ve sağlık geleceğinin şekillenmesi konularının her birisinde, süreçlerin yeniden dizaynı, süreçleri işletebilecek kanunlar ve teknolojinin en büyük yardımcı olarak kullanılması hep gündemde olmuştur. Fakat geçtiğimiz son 10 yılda ülkemiz çok ciddi gelişmelere sahne olmuş ve dünyadaki teknolojik gelişmeleri ilk uygulayan ülkeler arasında görülmeye başlamıştır. Ülkemizde ve dünyada yeni çıkan cihazlar ve gelişen altyapıların ciddi şekilde güçlenmesine olanak sağlayan yeni teknolojiler, kanunları ve süreçleri şekillendirip kamu ve özel kurumların liderlerinin yol haritasını belirlemeye başlamıştır.

Telekom alanında son 10 yılda 56k'lık internet bağlantı hızından 100 Megabayt bağlantı hızına ulaşmayı konuşuyoruz. Türkiye'de geniş bant internet kullanan kullanıcı sayısı 20 milyonu aştı. Bu durum, sağlık sektöründe halka hizmet ulaştırmaya çalışan kurumlar ve bu kurumlara hizmet veren teknoloji ve hizmet firmalarının iş yapış şekillerini ciddi oranda etkilemiştir. Bu etkilenme, yeni iş alanlarının oluşmasına da vesile olmuştur. Bu alanlar; tele-sağlık uygulamaları, uzaktan hastalık yönetimi, evde bakım ve akıllı hasta takip sistemleri gibi birçok alt sektörü oluşturdu. Kablosuz ağ (wireless) ve mobilitenin yaygınlaşması ise i-sağlık, mobil sağlık gibi alanların çıkmasına ve kişiselleşen sağlık hizmetinin gelişmesine olanak sağlamaya başladı. Evde bakım hizmetleri bu sayede çeşitlendi ve yaygınlaşması hızlandı. Bu sektörlerin olgunlaşması ve en önemli sonuç olan sağlık hizmetinin doğru, kaliteli ve hızlı şekilde vatandaşa ulaşılabilirliğinin sağlanması için sağlık bilişimi en büyük ve önemli araçlardan biri haline geldi. Sağlık bilişimi üzerinde yapılan çalışmaların neticesine baktığımızda, hastaya sağladığı faydalar ile birçok konuda büyük mesafeler alınmasına katkıda bulunmuştur. Bu noktada birkaç örnek sayabiliriz:

- Ölüm oranlarında azalma
- Risk bazlı ölüm oranında %7 azalma
- Ortalama teşhis oranında %40 iyileşme
- Hastanelerdeki yatış süresinde %22 azalma
- Kaynakların daha efektif kullanımı ve verimliliğin %60'lara varan oranda artışı

Yukarıda bahsettiğimiz faydaların tamamını sağlık alanındaki kurumların bakanlıktan hastanelere kadar birçok kurumun koordineli çalışması neticesinde ortaya konulmuştur. Sağlık Bilişimine kurumlar açısından baktığımızda; kendilerini önceleri bu konunun bir paydaşı olarak değil yaptırımlar sebebi ile gereği kadar işin içine giren şekilde konumlandırıyorlardı. Fakat son yıllarda sağlık kurumları odağına sağlık bilişimini alarak artık daha büyük hedeflere kilitlenme yolunda ciddi adımlar attı ve atmaya devam etmektedirler. Bu adımları "dijital hastane" başlığı altında 3 noktaya odaklarsak karşımıza "akıllı hastane", "yeşil hastane", "kâğıtsız hastane" alt başlıkları ve hedefleri ortaya koyulmaktadır. Bu farkındalık son birkaç yılda hastanelerin bu alanlardaki başarılı örnek çalışmalar vererek varmak istedikleri bir hedef haline aldı. Bu hedefi somutlaştırmak ve alt kırımlarını oluşturmak adına başlattığımız STK inisiyatifi sayesinde Türkiye'de sağlık bilişimi alanında kongre ve zirveler yaparak konuyu tüm sektörün gündemine taşıdık. Bu yeniliklere üniversitelerimizin desteği ile işin teorik kısmıda eklenmeye başlayınca hedefler daha belirgin bir hal almaya başladı ve pratik kısmına da ışık tutmaya başlandı.

Bu alanda halen başkanlığını sürdürmekte olduğum Sağlık Bilişim Derneği desteği ile düzenlenen ve Türkiye'deki tek sağlık bilişim zirvesi olma özelliğini taşıyan "Sağlık Bilişim Zirvesi" ile beraberinde Türkiye'de ve dünyada ilk defa 50 civarında sağlık sektörüne hizmet eden teknoloji firmasının birlikte kurgulayıp sağlık liderlerine gerçek zamanlı

uygulama ile sundukları Dijital Hastane Platformu bu alanın geleceği hakkında yol göstermektedir.

Aynı zamanda sektördeki kurum ve çalışanların da dijital hastane yolundaki adımlarını desteklemek ve bu alanda onları yüreklendirip örnek kurum ve sağlık alanındaki profesyoneller olarak sektöre sunmak için her yıl "Altın Stetoskop" yarışmasını düzenlemekteyiz. Tüm bunlar, kurumların bu alanın ne kadar önemli olduğunu anlamasına ve kendi kurumlarına olan getirilerini daha net görebilmelerine sebebiyet verip bu alanın gelişmesi için daha fazla insan kaynağı ve teknoloji yatırım bütçesi ayırmasına vesile olmuştur ve olmaya devam etmektedir.

Dijital hastane hedefine nasıl varılır?

Dijital Hastane olma yolunda Türkiye'de yeni bir model oluşturmak adına kamu kuruluşları ve STK'lar olarak çalışmalar yapılmaktadır. Aynı zamanda kamu veya özel sağlık kuruluşlarının da bağımsız olarak farklı ülkelerin güzel uygulamalarını da kısmen örnek aldığını görebiliyoruz. Bu alanda birlikte olup birçok noktadan edindiğimiz bilgi ve deneyimi ortaya koyarak kolektif bir çalışma ile Türkiye'deki standartlar bütünü oluşturmasını sağlayabiliriz. Farklı ülkelerin standartlarını da kısmen ülkemize uyarlayabiliriz. Ülke olarak bu standartları bir yol haritası eşliğinde kurumlarımızın önüne hedefler olarak koyarsak ülke olarak çok hızlı bir ivme kazanabiliriz.

Bu alanda ölçme-değerlendirmeyi ve işin sürekliliğini ancak takip edilebilir belirgin hedefler ve doğru, uygulanabilir standartlar ile sağlayabiliriz. Bu konuda Sağlık Bilişim Derneği olarak çalışmalar yapıp sağlık liderleri ile üzerinde tartışmalar yapıyoruz. ABD ve Avrupa ülkelerinde AMIA, HIMSS vb. derneklerin bu alanda yaptığı çalışmalarını da inceleyerek ülkemize özgü işleyiş ve kurallarla gelişmeleri de ekleyerek bulunduğumuz coğrafyaya

örnek bir standart seti haline getirmeyi amaçlıyoruz. Bu kapsamlı çalışmanın çok daha etkin ve yüksek bir amacı hedeflediğine inanıyorum.

Ülkemizin son on yılda yakalamış olduğu ivme, diğer ülkelerin nezdinde çok itibar görmüş ve birçok alanda yaptıklarımız diğer ülkelere örnek olmuştur. Bu durum aslında kendi içimizde standartların kısmen oluşmasına zemin hazırlamış ve birçok alanda gelişen son teknolojileri ve dünya standartlarına göre iş yapış modellerini doğurmuştur. Dolayısı ile ülkemiz bu yeni düzende diğer ülkelere nazaran birçok alanda çok daha ileriye geçmiştir. Ülkemizde yapılanlar önümüzde iş kalmadı manasına gelmesin aksine bundan sonra yakalanmış olan ivmeyi sürdürmek bunları standartlar ile sürekli kılmak ve artık dünya muvazenesinde bu alanda söz sahibi olup kuralların koyulmasına liderlik etmek bizim ülke olarak vizyonumuz olmalıdır.

Teknolojiyi üreten ülkelerin yanında o teknolojiyi en etkin, verimli, doğru ve en yüksek kapasitede kullananın ülkelerin de o konuda çok ciddi bir söz sahibi olması gerekir diye düşünüyorum. Gerçekten var olan bir ihtiyacı ne kadar giderdiğini onu en iyi kullanan belirleyebilir ve bu alanda yeni gelişmelerin doğmasına vesile olacak olan ise ihtiyacı en çok hissetmiş ve en iyi şekilde tanımlamış olandır. Ülkemizde büyük bir hızla gelişmekte olan sağlık bilişim sektörü ve ortaya koyduğumuz ortak hedef olan dijital hastane konusunda çok daha fazla ayrıntılı düşünmeli ve çok daha fazla emek sarf etmeliyiz. Bunu yaparken Avrupa ve ABD deki STK'ların aksine ülkemizde sadece kâğıtsız hastane hedefi üzerinde değil yeşil, akıllı ve kâğıtsız hastane kavramlarının tamamını kapsayan "dijital hastane" hedefi üzerinde yoğunlaşmalıyız. Dijital hastane olma hedefine varmak için öncelikle kurumlarımızın iyi bir planlama ve en üst düzeyde bu hedefe sahip çıkma ile ciddi bir irade gerekmektedir. Bu yola çıkıldığında ilk başlarda çok hızlı ve güzel kazanımlara sahip olup hemen hedefe vardık hissiyatına kapılabilirsiniz fakat bu yol sürekli gelişmekte olduğu için uzun soluklu bir maraton ama her parkurunda ciddi kazanımları olan sürekli alınması gereken bir yoldur. Bu yazıda dijital hastane olma yolunda ilk olarak yeşil hastane hedefini tanımlayıp bu hedefe nasıl varacağımıza dair bilgiler vereceğim. Takip eden yazılarda da kâğıtsız ve akıllı hastane hedefleri üzerinde durmayı düşünüyorum.

Yeşil hastane

İlk hedefimiz yeşil hastaneler. Çünkü sürdürülebilir bir gelecek için buna ihtiyacımız var. İçinde yaşadığımız bu dünyada kendimiz ve kurumlarımız için ekolojik ve ekonomik uyumu sağlamalıyız. Sürdürülebilir bir dünya ve sürdürülebilir bir sağlık altyapısı kurmanın gerçekten çok

zor olduğu aşikâr. Yeşil hastane konsepti, enerji tasarrufu sağlanması ve karbon gazı emisyonunun azaltılmasından çok daha fazlasını ifade eder. Yeşil hastane konsepti kurumlarımızda verimlilik optimizasyonu gibi çok önemli konuyu sağlamamıza ve kaliteyi artırmamıza yardımcı olacaktır.

Öncelikle bir hastanenin yeşil hastane konseptine dâhil edilebilmesi için gereken standartları inceleyelim. Bu noktada uluslararası alanda kabul görmüş tanımlar şunlardır:

BREEAM nedir? ⁽¹⁾

BRE Environmental Assessment Method (BREEAM) ilk olarak 1990'da İngiltere'de oluşturulan, daha sonra dünyanın birçok ülkesinde ve özellikle Avrupa ülkelerinde benimsenmeye başlanmış bir yeşil bina sertifikasyon sistemidir.

BREEAM Seviyeleri:

Pass ≥30

Good ≥45

Very Good ≥55

Excellent ≥70

Outstanding ≥85

Türkiye'de uygulanabilecek BREEAM sistemleri şunlardır:

BREEAM Europe Commercial / Offices Ticari ve ofis binaları.

BREEAM Europe Commercial / Industrial Endüstriyel yapılar, fabrikalar.

BREEAM Europe Commercial / Retail Alışveriş merkezleri ve mağazalar.

BREEAM International Bespoke Diğer kategorilerde yer almayan, okul, konut vb. yapılar

LEED nedir? ⁽²⁾

LEED, Amerikan Yeşil Binalar Konseyi tarafından geliştirilmiş yeşil bina değerlendirme sistemlerinin genel adıdır. Tüm LEED değerlendirme sistemlerinde, binaların yapım ve/veya kullanımları sırasında, 5 farklı çevresel etki kategorisindeki performansları değerlendirilerek yapılan puanlama sonucunda 4 farklı seviyeden sertifikalanabilmektedir. LEED sertifikası 1998'den beri verilmektedir. İlk çıkarıldığından beri çok sayıda değişikliğe uğramıştır ve halen gelişen teknoloji ve pazar durumuna göre geliştirilmektedir. Şu anda kullanılmakta olan

LEED değerlendirme sistemleri şunlardır:

LEED for New Construction and Major Renovations (NC): Yeni inşa edilecek veya kapsamlı bir tadilatın geçecek ticari ve/veya çok katlı (4-6 katın üzerinde) konut binaları için geliştirilmiş LEED değerlendirme sistemidir. Projenin tasarım ve inşaat aşamaları sertifikalanır, işletme dönemini kapsamaz.

LEED Existing Buildings Operations and Maintenance (EBOM): Mevcut binaların değerlendirildiği LEED sistemidir. Bu

sistem çoğunlukla bakım ve işletme politikaları açısından binayı değerlendirir.

LEED for Core & Shell (CS): Binanın iç mekânlardaki inşaat faaliyetlerinin kiracılara bırakıldığı ticari binaların değerlendirilmesinde kullanılan LEED sistemidir.

LEED for Retail: Bankalar, restoranlar, süpermarketler, perakende mağazalar tek ya da zincir olarak değerlendirilebilmektedir. Mağazanın içinde bulunduğu binanın mülkiyet durumuna göre proje LEED Retail-NC ya da LEED Retail-CI olarak değerlendirilebilir.

LEED for Commercial Interiors (CI): Retail grubu haricinde kalan iç mekan projelerini kapsayan LEED değerlendirme sistemidir. Özellikle core & shell olarak yapılmış binalarda kiralanan ofisler için uygun bir sistemdir. Kolay uygulanması bakımından tercih edilebilir. Başvuru sahibi firmanın binanın tümüne yönelik değişikliklerde söz sahibi olmaması ön şartlar arasındadır.

LEED for Homes: 4 kata kadar olan tüm konut binaları bu sistem ile değerlendirilebilirler. 4-6 kat arası olan konutlar belirli farklılıklarla bu sistem ile değerlendirilirler. ABD dışındaki LEED for Homes projeleri henüz pilot başvuru olarak kabul edilmektedir.

LEED for Schools: K-12 okul binalarının yeni inşaatı ve/veya kapsamlı yenilemeleri için uygun olan değerlendirme sistemidir.

LEED for Healthcare: Hastaneler, klinikler, huzurevleri, tıbbi eğitim ve araştırma merkezleri gibi sağlık yapılarının özellikleri dikkate alınarak geliştirilmiş değerlendirme sistemidir.

LEED for Neighbourhood Development (ND): Binalar yerine mahalleler bir bütün olarak değerlendirilir. Başvuru şartları ve sertifikasyon süreci diğer LEED değerlendirme sistemlerinden oldukça farklıdır.

Yeşil bina ve sertifika sistemleri dün bugünü ve geleceği ⁽³⁾

Günümüzün en büyük problemleri olan küresel ısınma, çevre kirliliği ve doğal kaynakların tüketilmesi gibi sorunlar ile birlikte çevreye duyarlı, ekolojik, sürdürülebilirlik vs. gibi kavramları sıklıkla duyuyoruz. Buna paralel olarak çevre dostu bina yapımına ilgi artmış ve yapılar için çevreye duyarlı alternatiflerden biri olan "yeşil mimari" veya "yeşil bina" kavramı önem kazanmıştır. Temelleri 1851 yılında Londra'da inşa edilen Crystal Palace ile atılmış ve 1970 yılındaki enerji krizi ile öne çıkmış olan yeşil mimari, 1990'lı yılların başında "yeşil binalar" olarak standardizasyona kavuşmuş ve sertifikalandırılmıştır. 1970'de Stockholm Konferansı'nda temelleri atılan sürdürülebilir kalkınma söylemi, 1987'de Birleşmiş Milletler çalışma raporunda ortaya çıktı ve tüm dünyada çevresel

hareketleri etkiledi. Başta Avrupa ülkeleri olmak üzere birçok devlet bu politikaları destekledi. Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Komisyonu'nun 1987 yılı tanımına göre, "İnsanlık, gelecek kuşakların gereksinimlerine cevap verme yeteneğini tehlikeye atmadan, günlük ihtiyaçlarını temin ederek, kalkınmayı sürdürülebilir kılmaya yeteneğine sahiptir."

Günümüzde "sürdürülebilirlik" birçok gelişmiş ülkenin kalkınma planının bir parçası haline gelmiştir. Eski yöntemlerle yapılan her inşaat, doğanın var olan yapısını biraz daha bozmaktadır. Dolayısıyla bugün doğa dostu denilen yapı teknolojisi ve yaklaşımı, yarının standardı olacaktır. Yeşil yapı demek, bina ve kullanıcılarının bina ömrü boyunca; doğaya, iklime ve insan sağlığına verdikleri zararları minimize edecek şekilde bina tasarlamak ve inşa etmek anlamına gelmektedir. Bu, sadece yapı teknolojisini ilgilendiren bir konu değildir. Yeşil bina yapımında alınacak bazı kararlar, yapıların tasarım sürecinin en başında verilmeli ve yeşil bina standartları ile projelendirilmelidir. Tasarımda dikkate alınmayan yeşil bina prensipleri, ileride kullanma maliyetlerini yükseltecektir. Basit ve yenilikçi bir çözümle yapım maliyetleri optimize edilebilir ve sonucunda çevre ile uyumlu bir yapılanma gerçekleştirilebilir.

Yeşil bina, arazi seçiminden başlayarak tüm yaşam döngüsü çerçevesinde değerlendirilmeli, bütüncül ve sosyal sorumluluk anlayışıyla tasarlanmalıdır. İklim verilerine ve o yere has koşullara uygun, ihtiyacı kadar tüketen, yenilenebilir enerji kaynaklarını kullanan, doğal ve atık üretmeyen malzemelerin kullanılmasına katılımı teşvik eden, ekosistemlere duyarlı yapılar olmalıdır. Sürdürülebilirlik daimi olma yeteneği olarak da adlandırılabilir. Bu binaların uygulanmasında ve tasarımı-nda dikkat edilen konular şunlardır:

- Harfiyatın en aza indirilmesi ve atık malzemelerin kullanılmasına yönelik tasarım yapılması
- Yüksek teknoloji
- Doğal ışık ile aydınlatmayı binanın içinde olabildiğince kullanabilecek bir mimari
- Etkili yalıtım sistemleri ile enerji tasarrufunun sağlanması, ses ve ısı yalıtımının oluşturulması
- Bina çevresinde az su tüketen bitki türleri ile peyzaj yapılması
- Yeşil çatı. Çatıya yağın yağmur suyunun tekrar kullanımı
- Atık malzemelerden dönüştürülerek üretilen yapı malzemelerinin kullanılması
- Bina içi hava kalitesi, ısıtma, soğutma ve havalandırma sistemi çözümleri
- Ofislerde harekete duyarlı sensörleri havalandırma ve ışıklandırma
- Güneş kolektörlerinin sıcak su ihtiyacını karşılaması, güneş enerjisinden bina ısıtmasının bir kısmının karşılanması

- Binanın kendi elektriğini üreten sistemlerin kurulması

- Yeraltı ısı kaynağının kullanılması

- Yeşil binalar özel araç kullanımının azalması için mümkün olduğunca metro ve otobüs gibi toplu taşıt araçlarının bulunduğu bölgelere yakın yerlere inşa edilmektedir.

Binaların dünyada enerjinin yaklaşık üçte birini kullanması, ekolojik sorunlarda yapı sektörünün büyük oranda rol oynadığının farkına varılması, yeşil bina gibi oluşumların resmi anlamda çevrenin korunmasını garanti altına alacak çabaları yaygınlaştırdı. Bu çerçevede sertifikasyon sistemleri doğdu. Ülkemizde Türk Standartları Enstitüsü (TSE) ulusal bir sertifika sistemi üzerinde çalışmalar yapıyor. Buna biraz sonra detaylı değineceğim. Fakat başta LEED ve BREEAM olmak üzere değerlendirme sistemleri için sertifika alanında çalışan pek çok şirket ve STK bulunmaktadır.

Binaların çevresel değerlendirme metotları, diğer bir deyişle yeşil bina sertifikaları (LEED, BREEAM ve DGNB gibi sertifikaları), bina bazındaki projelerin çevre üzerindeki etkilerini ve doğal kaynakları korumadaki duyarlılıklarını ortaya çıkarmada ölçülebilir bir referansın olmasına olanak sağlayan bir tür sertifikasyon sürecini içeren derecelendirme sistemleri olarak tanımlamak mümkündür. Uluslararası sertifikalardan bazıları şunlardır:

- BEES (Building for Environmental and Economic Sustainability)
- BREEAM (Building Research Establishment Environmental Assessment Method)
- CASBEE (Japonların devlet destekli oluşturulan sertifikası)
- DGNB (German Sustainable Building Council)
- ECO-QUANTUM (simülasyon bazlı bir model)
- ECOPROFILE (var olan büro binaları için)
- GBC (Green Building Challenge)
- GREENSTAR (LEED ve BREEAM ölçütleri incelenerek, Avustralya Yeşil Bina Konseyi tarafından oluşturuldu)
- LCAid (Yaşam döngüsü analizine dayalı)
- LEED (Leadership in Energy and Environmental Design)
- SBtool (Sustainable Building Tool-Canada).

Ülkemizde mevcut durum ve gelecek öngörülleri

Ülkemizde yeşil bina üretmek isteyen fakat standartların denetimlerini yapmak için astronomik ücretler isteyen yurtdışındaki kuruluşlara karşı bir çözüm arayışı başladı. Bu çözüm arayışı kapsamında çevreci konut üretmek isteyen Türk müteahhitlerin sesini dinleyen TSE, "yeşil bina

sertifikası" verme yolundaki çalışmasını tamamladı. TSE bu sertifikayı "Güvenli Yeşil Bina" olarak hizmete sunacak. TSE Ürün Belgelendirme Merkez Başkanlığı liderliğinde "Güvenli Yeşil Bina Sertifikası" hazırlanmasına TÜGİAD Ankara Şubesi, Maden Tetkik Enstitüsü, İller Bankası, Türkiye Atom Enerjisi Kurumu, TOKİ, Ankara Üniversitesi gibi çok sayıda kuruluş destek verdi.

Yangından engelli dostu yaşama, iç mekân hava kalitesinden hırsızlığa karşı güvenliğe kadar çok sayıda ana başlık altındaki çalışmalarını olgunlaştıran TSE yetkilileri, yurt dışında benzer belgeler veren firmalardan farklı olarak deprem kuşağındaki Türkiye şartlarını dikkate alarak belgeye güvenliği de eklediklerini bildirdiler. Yetkililer yaşam kalitesinin her geçen yıl arttığına işaret ederek artık çevreye duyarlı, geri dönüşümü çok daha fazla, tasarruflu, aynı zamanda sağlıklı binaların ülkemizde de hızla yükseldiğine dikkati çektiler. Yeşil bina sertifikasını TSE'nin vermesi sayesinde hem daha ekonomik belge sahibi olunacak, hem de ciddi miktarda dövizin yurttan kalması sağlanmış olacaktır.

Hâlihazırda yeşil bina konsepti ile ülkemizde çeşitli büyük inşaat şirketlerinin yapmış olduğu örnekler bulunmakta ve yaygınlaşmaya başlamış durumdadır. Yeşil hastane olarak İstanbul ve diğer büyük şehirlerde yapılması düşünülen veya yapılan projelerde kısmen yeşil hastane özellikleri taşıyan hastaneler oluşmuştur. Önümüzdeki dönemde ülkemizde mevcut kamu hastane birliklerindeki fiziksel dönüşüm ve şehir hastanelerinin yeşil hastane konsepti ile yapılacak olması bizler için müthiş bir fırsattır. Bu durum, özel sektör ve mevcut kamu kurumlarını da olumlu yönde motive edip bu alanda büyük bir hareketin başlamasına vesile olacaktır.

Yeşil hastane konseptinin getireceği faydalar

Yeşil bina sertifikasyonu binaların geleneksel binalardan farklı olarak, uyulması zorunlu kanun ve yönetmeliklerin üzerinde bir performans sağlayacak şekilde tasarlanmalarını gerektirir. Bu sayede binalarda kalite, enerji etkinliği, su tasarrufu, çevreye duyarlılık ve iç ortam kalitesi artar. Yeşil bina sertifikasyon sistemi; tasarım ve inşaat sürecinde çeşitli ulusal ve uluslararası standartları eşik değer olarak alır, başvuran binaların bu standartlara göre benzerleriyle karşılaştırılmasına olanak tanır. Böylece sertifikalı bina benzerleri arasında öne çıkar. Uluslararası önem kazanmış olan yeşil bina sertifikaları, binanın uluslararası sertifikalı binalar listelerinde yer alarak tanınmasını, böylece değerinin artmasını sağlar. Bugün pek çok uluslararası şirket, yurt dışı ofislerinin veya mağazalarının sertifikalı binalarda yer almasını tercih etmektedir.

Yeşil bina sertifikasyon sistemleri binanın

çevresel performansını puan sistemiyle değerlendirirken çeşitli hesaplama yöntemleri ve standartlar uygulanır. Böylece bir binadaki iyileştirme ya da tasarım stratejilerinin çevresel ya da ekonomik etkileri farklı açılardan bir bütün olarak baştan ölçülebilir, yapılacak yatırımlar buna göre değerlendirilebilir.

Sağlık alanında detaya inersek, bir sağlık tesisinde kullanılan farklı ısıtma, havalandırma, klima (HVAC) sistemleri ile ilgili kafeterya, hasta odaları, tecrit odası vb. farklı gereksinimler mevcuttur. Bu gereklilikler arasında havanın işlenmesi ve isteğe bağlı sıcaklık, nem ve basınç kontrolü vardır. Örneğin ameliyathanelerde yüksek miktarda şartlandırılmış edilmiş hava dolaşımı gerektirir ve bu durum yüksek enerji tüketimine yol açar. Bu nedenle, kullanılmayan ameliyathanelerde hava akışı önemli ölçüde azaltılmalıdır. Optimum sonuçlar bina otomasyonu ve kontrol sistemine entegre edilmiş olarak otomatik değişim sağlamak üzere hareketi saptayan detektörle elde edilir. Aynı zamanda kayıtlı çalışma saatleri istatistiksel amaçlar için de kullanılabilir.

Bilişim sistemleri açısından bakarsanız fiziksel 200 sunuculuk bir yapıyı, sanallaştırarak kullanarak ve konsolidasyonlar yaparak sadece bir kabin içerisinde 15 sunucu ile yönetebilirsiniz. Aynı zamanda veri merkezinizin altyapısı tamamen yeşil bilişim (Green IT) konsepti ile tamamladığınızda toplamda % 60'lara varan enerji ve CO2 salınımı ile yönetimsel tasarruflar sağlayabilirsiniz. Buna ilaveten 5000 kullanıcısı olan bir büyük hastaneyi düşünün toplamda her bir kullanıcı için vereceğiniz enerji verimliliğine sahip bilgisayarlar ve tıbbi teknoloji alanına giren medikal cihazları düşündüğünüzde yapacağınız yatırım çok kısa sürede kendisini çıkaracağı gibi yeni yatırımlarınız içinde ciddi bir kaynak oluşturacaktır.

Burada gördüğümüz sorun, çok hızlı gelişen bilişim teknolojilerinin çok hızlı ve uyum içerisinde insan hayatını çok daha fazla kolaylaştıracak ve bina yönetimi genelinde birçok alanda tasarruf sağlanmasını sağlayacak şekilde konumlandırılmasındaki gecikmedir. Bu gecikmenin sebeplerine baktığımızda ilk yatırım maliyetlerinin yüksek olması ve birçok mimar ve inşaat mühendisinin bu alanda çok daha az duyarlı olup gelişen teknolojileri yeterince takip etmemesidir. Dolayısı ile yatırım sahibini doğru şekilde bilgilendirilmediği için baştan bu yatırımlara karar verilmesi güç oluyor.

Bilişim dünyasındaki teknolojik gelişmeler ve inovasyonun inşaat sektörüne ve yine üretilen bina ve binalar içerisinde üretilecek hizmetlere uyarlanması zaman alıyor olsa da dünyanın çeşitli ülkelerinde bu konuda başarılı çalışmalar yapılmaktadır. Bunlara bir örnek vermek gerekirse Almanya'da Bremerhaven/Reinkenheide Klinik Merkezi 120 alanda yapmış olduğu bina yönetimi optimizasyonu ile enerji

oranda %25 tasarruf, CO2 emisyonunda 4130/ton azalma tasarrufu sağlamıştır. Bu sayede 26 Haziran 2008'de, Alman Çevre ve Doğa Koruma Cemiyeti tarafından "Enerji Verimliliği Yüksek Hastane" kalite mührü ile ödüllendirilmiştir. (5)

Singapur'da bulunan her biri 16 katlı yaklaşık 50 metre uzunluğundaki süper ağaçların etrafında bitkiler sarmalanarak bir ağaç havası verilmiş ve güneş enerjisinin fotovoltaiik hücreleri sayesinde üzerinde 200'den fazla bitkiyi beslemektedir. Aynı zamanda tuttuğu enerjiyi kendisi gece aydınlatmada kullanabiliyor, gündüzleri de havalandırma amaçlı görev yapıp aynı zamanda yağmur suyunu biriktirerek etrafındaki birçok ağacı ve doğal parkı sulama işlevini de görmektedir. Yapımı ise tamamen geri dönüşümlü malzemeden oluşmaktadır. (4)

Maliyet açısından faydaları

Yatırım ve maliyet açısından bakıldığında da yeşil binalara yapılan yatırımların uzun vadede yatırımcıya geri döndüğünü söyleyebiliriz. 2008 yılında ABD'de yayımlanan sektör raporlarına göre tasarım maliyetlerinde binanın ne kadar yeşil tasarlandığına göre yüzde 1 ile yüzde 20 arası bir artış gözlemlendiği belirtilmiştir. Bir binanın yeşil bina unvanını alması için tasarımı, yapım sistemi ve yapı malzemelerinde seçici davranılması, maliyetlerin artacağını düşündürmektedir. Fakat binanın prestij ve değerinin artması ile enerji tüketimindeki tasarruf göz önüne alındığında artan maliyet karşısında kazandırdıklarıyla önemini yitirir. Özellikle mimari tasarım sürecinde doğru karar ve ilkeler ile bina değeri yükseltilebileceği gibi maliyetler de optimumda tutulabilir. Yeşil binaların giderek önem kazanması ve yaygınlaşması ile tercih edilme önceliği de artacaktır. İlk yapım maliyetlerinin yüzde 5 - 10 arasında artırdığı tahmin edilen yeşil binaların enerji tasarrufunda yüzde 50 - 70'e varan tasarruf sağladığı gözlenmektedir. Uzun dönemde yeşil binalar, işletme maliyetlerinin düşük olması ile önemli kazanımlar sunmaktadır. Yeşil binalar yeşil olmayan binalara göre yaklaşık olarak yüzde 30 veya 50 gibi ciddi oranlarda enerji tasarrufu sağlamaktadır.

Tüm bu saydığımız olumlu özelliklerine rağmen yeşil binalar birçok olumsuz eleştiriye de maruz kalmaktadır. Bu eleştiriler lüks oteller, kumarhaneler vs. ile birlikte kullanılan sürdürülebilirlik kavramının gerçekçi olmadığı ve abartıldığı yönündedir. Ayrıca her yeşil binanın tasarımının göze hoş görünmediği de eleştiriler arasında sayılabilir.

Dijital hastane - yeşil hastane hedefine varmak için uzun bir yolumuz var ama bu yola adım atmış olmamız bile yolu yarılmış olduğumuzu gösterir.

Bu yazının girişinde dijital hastane olma hedefine giden 3 aşamadan bahsettik bunlardan ilki yeşil hastane olmak. Birçok tanım ve gelişmelerden haberdar ettik.

Şimdi bunları çok genel bir yol haritası şeklinde özetlersek dijital hastane olmak için öncelikli hedeflerimiz yeşil hastane, akıllı hastane ve kâğıtsız hastane olmaktadır.

Yeşil hastane olmak için yapmamız gerekenleri özetlersek;

- Öncelikle kurum içerisinde bu vizyonu en üst düzeyde tüm çalışanlara aktarmalısınız.
- Bu vizyonu, misyon olarak kabul edecek kurum içerisinden ve kurum dışından takviye ile (danışmanlık olabilir) bir takım oluşturmalsınız
- Kurum içerisindeki oluşturulan bu takım ile planlamaların yapıp eğitimlerin alınmasını sağlamalısınız.
- Yeni yapılan kurumunuzu yeşil hastane olabilmesi için yeşil bina olarak tasarlamalı veya mevcut olan kurumunuzun yeşil binaya dönüştürmek için yapılacakların listesi çıkarmalısınız.
- Yeşil hastane hedefi için yeşil bina olarak tasarladığınız kurumunuzu tüm yönleri ile check ettirmeli ve yazıda bahsettiğimiz ilgili kurumlar ile irtibata geçerek sürekli denettirmeli ve onaylarını almalısınız.
- Yeşil hastane olmanın ilk kısmı olan yeşil bina tasarımından sonra kullanılacak teknolojik cihazlarında aynı şekilde yeşil enerji kullanan ve yeşil bilişim ürünlerinden oluşmasını sağlamalısınız.
- Sağlık kuruluşu olarak oluşturduğunuz bu yapının bozulmaması için çeşitli indikatörler ile her alanı takip ederek ölçme ve değerlendirme yapmalısınız
- Bu alanda gelişmeleri sürekli takip ederek güncel durumu sorgulamaları sürekliliği sağlamalısınız.
- Kurum genelinde işletme ve toplam sahip olma maliyetlerine sağladığı ciddi oranlardaki tasarrufu sürekli izlemeli ve motivasyon aracı olarak kullanmalısınız.
- Sürekliliği sağladıktan sonra bu alanda kurum içerisinden gelecek önerileri değerlendirmek için kurulacak bir sistem ile çalışanlarında katkısını almalı ve onların sürekli bu işin parçası olmasını sağlamalısınız.

Dijital hastane yolculuğumuzdaki bir sonraki istasyon olan "kâğıtsız hastane" hedefinde buluşmak üzere...

Kaynaklar

- 1) <http://www.ekobina.com.tr/portfolio/breem-sertifikasi-nedir/> (Erişim tarihi: 15.09.2013)
- 2) <http://www.ekobina.com.tr/portfolio/leed-sertifikasi-nedir/> (Erişim tarihi: 15.09.2013)
- 3) http://www.winartproje.com/index.php?option=com_content&view=article&id=179:leedbreem&catid=45:teknik&Itemid=41 (Erişim tarihi: 15.09.2013)
- 4) <http://www.gardensbythebay.com.sg/en/the-gardens/attractions/supertree-grove.html> (Erişim tarihi: 15.09.2013)
- 5) http://www.siemens.com.tr/i/Assets/saglik/yesil_hastaneler/%20References_Reinkenheide_verkl.pdf (Erişim tarihi: 15.09.2013)

Tıpta uzmanlık eğitimi 3: Yönetmelik çerçevesinde eleştirel bakış

Dr. Ahmet Murt



2010 yılında İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2009-2013 yılları arasında faaliyet göstermiş olan Avrupa Birliği destekli MEDINE (Medical Education in Europe) akademik işbirliği projesinde yönetim kurulu üyesi olarak görev yaptı. Halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda asistan doktor olarak görev yapmakta olup aynı zamanda Edinburgh Üniversitesi'nde Tıp Eğitimi yüksek lisansına devam etmektedir. Dr. Murt, mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi ile sağlık hizmeti sunumu ve politikaları arasındaki ilişkiler üzerine çalışmalar yürütmektedir.

Tıpta uzmanlık eğitimi belirli bir sürenin ilgili bölümde geçirilmesi ve tezin yazılmasının ardından tamamlanacak bir dönem olarak kabul etmek yerine

Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği'nde geçtiği şekliyle; "asistanlara eğitim ve öğretim sunulan, araştırma ve uygulama yaptırılan bir süreç" olarak görmek, asistanların beklentilerinin genel olarak karşılanabilmesi için esas başlangıç noktasını teşkil edecektir. Bu sayede, merkezi düzenleyici rolü üstlenmiş Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK)'nun dillendirdiği eğitim merkezli asistanlık, hizmet sunumu odaklı asistanlığın bir adım önüne geçmiş olacaktır. Bunun yapılabilmesi de, tabi ki uzmanlık eğitimi kurumlarında hizmet sunumunun asistana daha az bağımlı şekilde planlanabilmesi ile mümkündür. Ne var ki bu planlama, asistanı hizmet sunumundan tamamen soyutlayacak şekilde olmamalı, sadece zamanının hizmet sunumu ile geri dönüşümsüz işgalinin engellenmesi şeklinde düşünülmelidir. Hizmet sunumu ise eğitimin bir parçası olarak yapılandırılmalıdır. Bunu yapabilmek için de, iş başında öğrenme ve öğretmenin inceliklerinin asistanlar ve eğiticiler tarafından kavranmış olması gerekecektir.

Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği'ne göre, eğitim ve öğretim TUK tarafından belirlenen Çekirdek Eğitim Müfredatını kapsayacak şekilde yapılır. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS), kapsamlı bir

çalışma yürüterek çekirdek müfredatları belirleme sürecine girmiştir. TUKMOS, uzmanlık eğitiminde 7 yetkinlik tanımlamış ve bunları yeterlikler üçgeninde bir araya getirmiştir.

Hizmet Sunumu haricindeki 6 yetkinliğin (öğrenen ve öğreten, iletişim kuran, değer ve sorumluluk sahibi, ekip üyesi, yönetici, sağlık koruyucusu) tüm uzmanlık alanları için benzer konuları içermesi, uzmanlık eğitiminde genel yeterlikler çerçevesinin çizilebilmesini sağlamaktadır. Hizmet sunumu içerisinde klinik ve girişimsel yetkinlikler uzmanlık eğitiminin farklı aşamalarına göre derecelendirilmeli, asistanların kendi başlarına bağımsız yapabilecekleri girişim ve klinik uygulamalar ile gözetim altında sergilemeleri gereken beceriler uygun şekilde sınıflandırılmalıdır. TUKMOS Müfredat Hazırlama Kılavuzu, girişimsel becerileri 4 düzey olarak belirlemiştir. (1. Girişimin nasıl yapıldığı konusunda bilgi sahibi olma, 2. Acil bir durumda, kılavuz ve yönerge eşliğinde veya gözetim ve denetim altında bu girişimi yapabilme, 3. Karmaşık olmayan tipik olgularda girişimi uygulayabilme, 4. Karmaşık olsun olmasın tüm durumlarda girişimi uygulayabilme). Bu düzeylerin, bir uzman hekimin kazanması gereken yetkinlikleri işaret etmesinin yanı sıra farklı kıdemlerdeki asistanlar arasındaki seviye farkının belirlenmesi açısından da yardımcı olabilecek bir rolü vardır.

Çekirdek eğitim müfredatlarının sürekli olarak güncellenmeleri ve

geliştirilmeleri önemli ihtiyaçlardandır. Müfredat, yaşayan bir kavram olarak kabul edilmeli, belirli aralıklarla gözden geçirildiği hissettirilmelidir. Bu süreçte ilgili uzmanlık alanının akademisyenleri ile birlikte asistanların değerlendirmeleri de dâhil edilmelidir. Eğitim kurumlarımız, sadece çekirdek eğitim müfredatı ile yetinmeyecek bir bakış açısına sahip olmalıdır. Kendi özellikleri ve gelenekleri çerçevesinde geniş müfredatlarını oluşturmaları, farklı kültürlere sahip olan eğitim kurumlarımızın birbirini tamamlayan zenginliklerinin belirmesine katkı sağlayacaktır. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği (TUEY) de bu noktadaki hak ve sorumluluğu eğitim kurumlarına bırakmıştır. Bu noktada değinmek gerekir ki, uzmanlık eğitimi müfredatları TUK ve eğitim kurumlarımızın müşterek sorumluluğunda oluşturulmalı ve geliştirilmelidir.

Oluşturulmakta olan uzmanlık eğitimi müfredatları, genel olarak çıktı-temelli olma hedefindedir. Bu tarz bir müfredat yaklaşımının olmazsa olmaz bileşeni, kazandırılması planlanan bilgi, beceri ve yeterliklerin doğru yöntemler kullanılarak değerlendirilebilmesidir. (Biggs, 1996) Uzmanlık Eğitimi, mevcut durumda, belirlenen sürenin tamamlanması ve tezin kabul edilmesinin ardından yapılan yerel bir sınavla değerlendirilmektedir. Bu sınavın, müfredatta belirtilmiş olan tüm öğrenim çıktılarını sorgulayamaması yüksek bir olasılıktır. Bu soruna çözüm olabilecek bir yaklaşım, eğitim sürecine yayılmış yapıcı değerlendirmelerle asistanların gelişimlerinin değerlendiril-

mesidir. Bu değerlendirmeler, not verme veya asistanları derecelendirme amacı taşımamalı, sadece uygun gelişim yönünde teşvik edici olmalıdır.

TUEY’de adı geçen “Uzmanlık Eğitimi Takip Sistemi”, asistanların stres düzeyini artıracak bir sistem olmaktan ziyade, tamamı ile eğitimin kalitesini geliştirmeye yönelik bir araç olarak tasarlanmalıdır. Uzmanlık öğrencilerinin göreve bağlılık, çalışma, araştırma ve yönetme yetenekleri ile mesleki ahlakı hakkında birim sorumluları tarafından ortaya konacak kanaatlerin bu sisteme kayıt olması planlanmaktadır. Bu kayıtlar, asistanların değerlendirilmesi veya onlar hakkında kararlar vermek için değil, eksikleri olan asistanların uygun yöntemlerle geliştirilmesi amacıyla yönelik olarak kullanılmalıdır. Yönetmelikte geçen “iki kez olumsuz kanaat notu alan uzmanlık öğrencisinin biriminin değiştirilmesi” yaklaşımı, bu çerçevede yeniden gözden geçirilmelidir. Öte yandan yönetmelikte, “yeni eğitim biriminde de 2 defa olumsuz kanaat alan öğrencinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişkisi kesilir” denmektedir ki bu durum daha derin bir kargaşa oluşturabilir. Sürekli gelişim için bazı yaptırımların olması gerektiği muhakkaktır. Ancak bu yaptırımlar, farklı durumlar için farklı seçeneklerden oluşabilir. Direkt yönetmelik tarafından ortaya konmuş bu denli ileri düzey bir yaptırım, değerlendirenler açısından da, değerlendirilenler açısından da sorunlar oluşturmaya adaydır.

TUEY, uzmanlık öğrencilerine kurum ve birimlere eğitimin çağdaş standartlarda verilmesinin sağlanmasını isteme hakkı sunmuştur. Buna ek olarak önem taşıyan bir diğer nokta, uzmanlık öğrencilerinin de verilen eğitimi ve eğitim sorumlularını nitelik ve nicelik açısından değerlendirecek uzmanlık eğitimi takip sistemine kaydedecek olmasıdır. Bu husus, oldukça değerli olmakla birlikte eksiktir. Bu eksiklik de merkezi düzenleyici kurullar (TUK, YÖK vs.) tarafından giderilebilir. Eğitimin öncelikli bileşeni olan asistanların değerlendirmeleri, o birim veya kurum için öncelikli göstergeler arasında kabul edilmeli ve bu eğitim kurumlarına hissettirilmelidir. Belirtilen takip sistemi yanında, asistan görüş ve önerilerinin merkezi düzenleyici kurullara direkt olarak ulaşabilmesinin de yöntemleri geliştirilmelidir.

Asistanlar, genelde kurumları ve birimlerinde üstlenmek zorunda kaldıkları rutin işlerden dert yanarlar. TUEY bu konuda da nettir: “Uzmanlık öğrencileri, uzmanlık uygulamasından sayılmayan işlerde görevlendirilemez”. Asistanlar, çalıştıkları birimlerdeki iç huzurun bozulmaması açısından genelde kendilerine yüklenmekte olan ek görevleri de yapmak durumunda

kalmaktadırlar. Yönetmeliğin bu durumu ne kadar engelleyebildiği sorusu üzerine daha fazla düşünmek gerekirken, bu konudaki bilincin daha fazla artırılmasının bir ihtiyaç olduğunun da altını çizmek gerekir.

Yönetmelikte de geçen, uzmanlık öğrencilerinin eğitim sorumlusunun denetim ve gözetiminde hizmet sunumunda yer alması hususunu da atlamamak gerekir. Bu denetim ve gözetimin, kontrol/teftiş olarak algılanmayıp çift yönlü bir iletişim olarak kabul edilmesinin önemine de vurgu yapmak yerinde olacaktır. Doğru ve etkili gözetim sayesinde sağlık hizmeti sunumu, eğitimin en verimli kısımlarından biri haline dönüşebilir. Sağlık hizmeti sunumu etkili gözetim teşkil edilemezse, asistanın eğitiminde kopukluklara sebebiyet vereceği gibi hasta güvenliğini de tehlikeye düşürebilecektir.

Asistanlara yönetmelikçe verilmiş haklardan bir diğeri de, yurt içinde veya dışındaki eğitim kurumlarında en fazla 1 yıla kadar uzmanlık eğitiminden sayılan süreyi geçirebilmeleridir. Gerekli olan bir rotasyon, eğer kurum içinde yapılmıyor ve bu sebeple farklı bir kurumda bulunulmasını gerektiriyorsa, ilgili süre bu 1 yıla dâhil değildir. Asistan, diğer bir değişle adı geçen 1 yılı, akademik kurulların uygun görüşü ve kurum amirlerinin kararı aracılığı ile kendisi inisiyatif alarak, kendi hedefleri çerçevesinde planlayabilir. Kendi kurumunda yapmadığı rotasyonları, farklı bir kurumda yapmak durumunda kalan asistanlar, gidecekleri kurumu kendileri ayarlamak zorunda kalmamalı, bu konuda merkezi düzenleyiciler veya asistanın kadrosunun bulunduğu kurum irade kullanarak gerekli bağlantıları kurmalıdır. Tabi ki, asistanın kendi tercihleri de göz ardı edilmemelidir.

Yönetmeliğe göre, uzmanlık sınavına girilebilmesi için tez hazırlanması zorunluluğu vardır. Bilmekteyiz ki son süreçte merkezi düzenleyiciler nezdinde tezlerin kaldırılması yönünde baskın bir görüş mevcuttur. Bu konuda asistanlar arası yapılan görüş yoklamaları, farklı eğilimler olduğunu göstermiştir. Örneğin İstanbul’daki bir üniversite hastanesindeki asistanların %85’i tezlerin kaldırılmaması gerektiğini, hatta çok disiplinli çalışmalarla her birinin en az 1 yayına dönüşecek ciddiyete kavuşturulması temennisinde bütünüleşirken; farklı şehir ve hastanelerden bir araya getirilen örneklemde tezlerin kaldırılması yönünde fikir beyan eden oran %70’e ulaşmıştır. (Genç Hekim Platformu verileri, 2013) Aslında, bu durumun verdiği mesaj açıktır; asistanlarımız kariyer planlaması ve gelecek beklentisi yönünden yelpazenin farklı noktalarında yer alan bir zenginliğe sahiptir. Bu nedenle bu yöndeki düzen-

leme; tez yazma zorunluluğu kalsın veya tezler kaldırılsın gibi iki seçenekten birine hizmet edecek şekilde değil, isteyen (ve tabi ki buna yönelik gereklilikleri yerine getiren) asistanın tezini yazabileceği şekilde olmalıdır. Uzmanlık eğitimi (mesleki yeterliliğe dayalı) ve doktora eğitimi (bilimsel yeterlilik temelli) birbirinden farklı kavramlar olsa da tıp mesleğinin özelinde çoğu kez bir çatı altında bütünleşmiş olmaları kaçınılmazdır. Bu bir zorunluluk olmasa da önündeki kapılar olabildiğince açık tutulabilmelidir. Uzmanlık eğitimi içerisine tez yazımını dahil etmiş olan farklı ülkelerde yapılmış araştırmalar tezlerin yayımlanma oranının %15-20 arasında olduğunu, SCI kapsamında yayımlanma oranının ise %5-6’larda olduğunu göstermiştir. (Quiroz ve ark, 2010) Ülkemizdeki durumu ortaya koymak adına bu yönde bir çalışmaya ihtiyaç vardır.

Uzmanlık eğitiminin bir diğer önemli unsuru eğiticilerdir. Eğiticilerin, uzmanlık eğitiminin daha etkin bir süreç olarak yapılandırılması için üstlenmeleri gereken bazı roller vardır. Bu roller; küçük veya büyük gruplarda öğretmeyi, klinik ortamları eğitim fırsatı olarak kullanmayı, öğrenme sürecinin doğru planlanmasını, öğrenme kaynaklarının geliştirilmesini, eğitim süreci ile ilgili araştırmalar yapmayı, eğitim teorileri hakkında bilgi sahibi olmayı, etik değerlere bağlılıkla beraber yasal düzenlemelerin bilincinde olmayı, eğitimle ilgili etkinliği kanıtlanmış yöntemler kullanmayı, ülke sağlık sistemindeki veya üniversite ortamındaki yerinin farkında olmayı ve eğitim/öğretim ile ilgili sürekli bir kişisel gelişim içerisinde olmayı içermektedir. (Hesketh ve ark. 2001) Eğiticilerle alakalı asistanlardan alınacak geribildirimler de dikkate alınmalı ve ciddiyetle analiz edilmelidir.

Kaynaklar

Biggs J. *Enhancing Teaching Through Constructive Alignment*. Higher Education 1996; 32(3): 347-364

Hesketh E.A. ve ark. *A framework for developing excellence as a clinical educator*. Medical Education 2001; 35: 555-564

Quirio I.A. ve ark. *Characteristics and Publication Patterns of Theses*. Health Information and Libraries Journal 2010; 27: 148- 154

Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği, 2011.

Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Geliştirme Sistemi. <http://www.tuk.saglik.gov.tr/muf/mufredatindex.html> (Erişim tarihi: 5 Mart 2013)

TUKMOS Çekirdek Müfredat Hazırlama Kılavuzu. 2012

Uzmanlık Eğitimi’nde Standardizasyon Çalıştayı Sonuç Bildirgesi Genç Hekim Platformu 2013 <http://genchekimplatformu.org/tr-tr/?pg=EV&slD=1> (Erişim tarihi: 5 Mart 2013)

Hemşire ve yardımcı hemşirelik/hasta bakım personeli eğitimlerinin ulusal ve uluslararası düzeyde irdelenmesi

Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji



1964'te Diyarbakır'da doğdu. İlk ve orta eğitimini İstanbul'da, lise öğrenimini Kırklareli'de tamamladı. 1985 yılında İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldu. 1987 yılında İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans, 1994 yılında doktora derecesi aldı. Akademik çalışmalarını, 1986-1990 yılları arasında Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda, 1991-1996 yılları arasında ise İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nda sürdürdü. 1999 yılında doçent, 2005'te profesör oldu. Halen Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır. Dr. Beji, evlidir ve iki çocuk annesidir.

Yrd. Doç. Dr. Emine Akçin Şenyuva



1976'da İstanbul'da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini İstanbul'da tamamladı. 1997 yılında İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldu. 2000 yılında İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalında yüksek lisans, 2007 yılında doktora derecesi aldı. 2013'de İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı ve halen bu göreve devam etmektedir. İlgi alanları arasında; hemşirelikte uzaktan eğitim, öğrenme/öğrenim ve bilgi kaynakları, hemşirelik felsefesi, sağlık/hasta eğitimi, hizmet içi eğitim ve eğiticinin eğitimi yer almaktadır. Dr. Şenyuva, evlidir ve bir çocuk annesidir.

Hemşirelik, hem bağımsız hem de işbirliği içinde gerçekleştirdiği rollerle, sağlıklı/hasta birey, aile ve topluma her ortamda sağlık bakımı veren, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalık ve yaralanmalarda sağlık bakımını verebilitasyonu içeren birçok uygulamayı gerçekleştiren profesyonel bir meslek grubudur.^(1, 2) Tüm dünyada, küresel sağlık işgücünün önemli bir bölümünü oluşturan hemşireler, bu rol ve sorumlulukları yerine getirirken, aynı zamanda sağlık bakımı masraflarının azaltılmasına, sağlıklı/hasta birey ve toplum memnuniyetinin artırılmasına da katkı sağlamaktadırlar.^(3- 5)

Günümüzde birçok ülkede özellikle son 20 yılda artan bakım ihtiyacına karşılık hemşire sayısındaki yetersizlik ve düşük

maliyetle bakım hizmeti sağlama ihtiyacı, ara insan gücüne olan gereksinimini doğurmuş ve yardımcı hemşirelik/hasta bakım personellerinin rollerini (associate professional nurses) daha çok gündeme getirmiştir.^(6, 7)

Yardımcı hemşirelik/hasta bakım personelleri yaşlılık, hastalık, yaralanma veya diğer fiziksel ya da ruhsal bozukluklardan dolayı bakıma ihtiyaç duyan kişilere bakım veren ve genellikle, tıp, hemşirelik, ebelik ve sağlık ile ilgili diğer profesyonel meslek mensuplarının denetimi altında görev yapan sağlık çalışanlarıdır.⁽⁷⁻¹³⁾

Hemşirelik eğitimi uluslararası düzeyde incelendiğinde, çoğunlukla 10-12 yıllık eğitimin ardından ortaöğretim üzerine temellendirilmiş 3 veya 4 yıllık yüksek eğitim düzeyinde verilmekte olduğu görülmektedir.^(3,14) Yeni Zellanda, Amerika

Birleşik Devletleri, İngiltere, Avustralya, Kanada gibi birçok ülkede hemşirelik eğitimi, 10-12 yıllık temel eğitimin ardından, 2, 3 veya 4 yıllık yüksek eğitim düzeyinde verilmektedir (3). Mezuniyet sonrasında çalışma alanlarında, kayıtlı/lisanslı hemşireler (RN-Registered Nurse), kayıtlı/lisanslı uygulayıcı hemşireler (RPN-Registered Practical Nurse)ve uygulayıcı hemşireler (NP-Nurse Practitioner) olmak üzere çeşitli adlarla görev yapmaktadırlar. Bunların aralarındaki fark, aldıkları eğitimden ve çalışma sürelerinden kaynaklanmaktadır. Örneğin; RPN'ler 2 ila 3 yıllık hemşirelik eğitimi almışken, RN'ler 4 yıllık hemşirelik lisans diploması almış olan hemşireleri ifade etmektedir. RN'ler daha uzun eğitim aldıkları için temel bilgi ve beceri daha donanımlı oldukları, buna karşın RPN'lerin eğitim süresi daha az olduğu için belli bir alanda uzmanlaşmış olduğu kabul edilmektedir.^(3, 15)



Avrupa Birliği içinde yer alan ülkeler de, Avrupa Birliği (AB) yasasına (1997) bağlı kalarak, hemşirelik okullarına giriş yaşını en az 18 olarak düzenlemişlerdir. Avrupa'da AB direktifleri doğrultusunda, tüm hemşirelik programlarının yüksek eğitim sistemine entegre etme çalışmaları devam etmektedir.^(2, 16-19) Dünya Sağlık Örgütü İkinci Avrupa Hemşirelik ve Ebelik Konferansında yayımlanan Münih Deklerasyonu'nda hemşirelik eğitiminin lisans ve lisansüstü programlarda yürütülmesi öngörülmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı düzeyinde bu toplantıya katılmış ve bildirgeyi imzalamıştır.⁽²⁰⁾

Avrupa Birliği normlarını da temel almak üzere Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) uzman grubu tarafından hazırlanan hemşirelik eğitim stratejileri raporunda, hemşire eğitim programı konusunda benimsenen temel ilkelerden bazıları şunlardır.^(19, 21, 22)

- Hemşirelik okullarına giriş yaşı en az 18 olmalıdır.
- Hemşire okullarına giriş, üniversiteye girişe eşdeğer olmalıdır.
- Eğitim programı üç yıldan az olmalıdır.
- Mezuniyetlerinde üniversite derecesine sahip olmalıdır.
- Tek düzey hemşire olmalıdır.

- Temel eğitim, profesyonel gelişme ve eğitimin temelini oluşturmalı, ileriuygulama/eğitime/uzmanlığa hazırlamalıdır.

Yardımcı hemşirelik/hasta bakım personelleri kapsamında sınıflandırılan sağlık çalışanları (associate professional nurses) incelendiğinde farklı ülkelerde, bakım yardımcısı (nursing assistants/health care assistants, nursing aids) ve lisanslı/sertifikalı uygulama hemşiresi (licensed practical nurse/licensed vocational nurse/enrolled nurse) gibi farklı ünvanlar ile görev yapmakta oldukları görülmektedir.⁽⁷⁻¹³⁾

Bakım yardımcısı kısa süreli, genellikle 1 yılın altında eğitim alan destek personel grubu olarak tanımlanmaktadır. Örneğin, İngiltere'de ve ABD'de hemşire ve diğer sağlık profesyonellerine yardımcı, "sağlık bakım destek elemanları" olarak (nursing assistants/health care assistants, nursing aids) çalışmaktadırlar. Daha çok hastalara yemek verme, banyo yaptıma, yatak yapma, transfer gibi işlere yardımcı sağlık bakım destek elemanlarından genellikle lise eğitimi sonrası görevlendirileceği düzeye uygun 1 yıllık sertifika programları almış olmaları beklenmektedir.^(12, 23, 24)

Lisanslı/sertifikalı uygulama hemşireleri ise, ülkeler arası farklılıklar olmakla bir-

Önümüzdeki 5-10 yıl içerisinde sağlık lisesi ve üniversite mezunu hemşirelerin sayısındaki ciddi artış nedeniyle, istihdam sorunu ortaya çıkacaktır. Daha az maliyetle sağlık hizmeti sunmak isteyen hastaneler lisans mezunu hemşirelere kıyasla bu ara sağlık insan gücünü tercih edeceklerdir. Lisans mezunu hemşireler daha donanımlı olmalarına karşın, istihdam ve ücret konusunda zorluk yaşayacaklardır. İşsizlik ciddi bir problem olarak karşımıza çıkacaktır.

Yurtdışında da başlangıçtayardımcı hemşirelik/hasta bakım personellerinin hemşire açığının kapanmasına yardımcı olabileceği düşünülse de, son yıllarda yapılan araştırmalarda hemşirelik kadrolarına üniversite mezunu hemşire yerine daha düşük eğitimli yardımcı hemşirelik personelinin fazla oranda alınması sonucu pnömoni, üriner sistemenfeksiyonları gibi olumsuz sonuçların arttığı, buna bağlı olarak uzun vadede maliyetin arttığı ve sonuç olarak bakım kalitesinin düştüğüne ilişkin bulgular gittikçe artmaktadır

likte, genellikle lise mezuniyeti sonrası 1-2 yıllık teorik ve uygulamalı eğitim alan yardımcı hemşirelik/hasta bakım personeli grubunu ifade etmektedir. ABD’de ve gelişmiş ülkelerin çoğunda yardımcı hemşirelik personelinin eğitimleri lise sonrası 1-2 yıl iken İsrail ve İzlanda gibi az sayıda ülkede lise düzeyindedir. ABD’de lisanslı/sertifikalı uygulama hemşiresi (licensed practical nurse/licensed vocational nurse) eğitimi için genellikle 18 yaşını doldurma ve lise mezunu olma şartı aranmaktadır. Eğitimleri sonrasında çalışabilmeleri için kayıtlı olacakları bölgede yapılan sınavları geçmek zorundadırlar. Örneğin; ABD’de “National Council Licensure Examination-Practical Nurse” sınavı.⁽²⁵⁻³¹⁾ İngiltere’de ise 1989 yılına kadar iki yıllık hastane temelli eğitim ile ikinci düzey yardımcı hemşire (second level enrolled nurse) ünvanı verilmiş, ancak 1989 yılında bu eğitim durdurulmuş ve hemşirelik eğitimi yüksek eğitimde tek düzey olarak devam etmiştir.⁽⁶⁾

Lisanslı/sertifikalı uygulama hemşireleri, üniversite mezunu bir hemşire gözetimin-

de temel hemşirelik bakımını verme, vital bulgu kontrolü, banyo, kişisel hijyenik uygulamalara yardım, pansuman, steril işlemlere yardım, ilaç uygulama (intra-venöz ilaçlar hariç olabilir) ve anormal bulguların izlenmesi gibi görevler alabilir. Genellikle yaşlı bakım evleri, ayaktan tedavi merkezleri, doktor muayenehaneleri, evde bakım ve hastanelerde çalışmaktadırlar.^(10, 25, 32-34)

Amerika Birleşik Devletleri’nde 2010 yılında 2,8 milyon hemşire ile birlikte 690 bin lisanslı/sertifikalı uygulama hemşiresinin çalıştığı bildirilmiştir.⁽³⁵⁾ Hemşirelik işgücünde yardımcı hemşirelik personeli oranı İngiltere, Kanada, İrlanda, Belçika, Yeni Zelanda, İsviçre, gibi ülkelerde %25’in altında iken Kore, İsveç, Norveç, Hollanda ve Danimarka’da % 50’nin üzerindedir.⁽¹²⁾

Ülkemizde de hemşirelik eğitiminin tarihsel sürecine baktığımızda sağlık liseleri ile başladığını görmekteyiz. İlk hemşirelik okulu 1920 yılında açılan Amiral Bristol Sağlık Lisesi’dir. Ardından 1925 yılında Cumhuriyet döneminin ilk hemşire okulu olan Kızılay Özel Hemşire Okulu kurulmuştur. 1946 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı, bünyesindeki yataklı tedavi kurumlarının ihtiyacını karşılamak üzere hemşire okulları açmıştır. Ortaokul mezunlarını alan bu okulların eğitim süresi 1958 yılına kadar 3 yıl, 1958’den sonra 4 yıl olmuştur. Üniversite düzeyinde hemşirelik eğitimi ise 1955 yılında başlamıştır.^(3, 5, 22) Hemşirelik eğitimi, ülkemizde Hemşirelik Kanunu’nda 2007 yılında yapılan yasal düzenleme ile lisans düzeyinde standardize edilmiş ancak hemşirelik yasasına ilave edilen ek madde ile Sağlık Meslek Liselerine öğrenci alınmaya devam edilmiştir ve halen devam edilmektedir.^(36, 37) Lisans düzeyinde hemşirelik programlarında Avrupa Birliği ülkeleriyle denkliğinin sağlanması için çekirdek müfredat oluşturulmuş ve programlar değişen sağlık sorunlarına yönelik güncellenmiştir. Ayrıca Bologna süreci ile pek çok okulda kredilendirme sistemi ile denklik sağlanması çalışmaları sürdürülmektedir.^(15, 17, 22)

Özetle, ülkemizde hemşirelik eğitimi halen üniversite düzeyinde Hemşirelik Fakülteleri, Hemşirelik Yüksekokulları ve Sağlık Yüksekokulları (SYO); lise düzeyinde Sağlık Meslek Liseleri (SML) ile vermeye devam etmektedir.^(37, 38) Aynı ünvanı kullanan ve aynı görev, yetki ve sorumluluklara sahip olan, fakat eğitim düzeyleri farklı meslek üyelerinin varlığı devam etmektedir. Uygulamada bu durum önemli sorunlar ortaya çıkarmakta, kargaşa yaratmakta, mesleksen birlik sağlanamamaktadır.

Sağlık Bakanlığı ortaya çıkan bu çelişkili ve yasal olarak da tutarsız durumu

ortadan kaldırmak için Sağlık Meslek Lisesi hemşirelik bölümü mezunlarına farklı bir ünvan verilmesi konusunda çalışmalar başlatmıştır. Burada önemli olan, ünvanın ne olacağı ve görev, yetki ve sorumlulukların belirlenmesidir. Yardımcı hemşire/hemşire yardımcısı kavramları üzerinde durulmaktadır. Ancak sağlık bakım destek elemanı/hasta bakım yardımcısı gibi bir ünvanının verilmesinin daha uygun olacağı görüşündeyiz.

Sağlık Meslek Lisesi, hemşirelik bölümüne giren öğrenciler adolesan yaş grubundadır. Bu yaş grubu için hemşirelik eğitimi oldukça ağırdır ve mesleğin getirdiği sorumluluğu alabilecek olgunlukta değildir. Daha önce belirtildiği gibi, yurtdışında da yardımcı hemşirelik/hasta bakım personellerinin eğitimi 18 yaş üzerinde yapılmaktadır.

Ayrıca ülkemizde böyle bir ara insan gücü planlanması ve istihdamlarına ilişkin çalışmaların yapılması gerekmektedir. Bu ara insan gücünün düşük ücretlerle hemşire kadrolarına alınmasına, hemşirelik işlevlerinin tümüyle görevlendirilmelerine engelleyecek önlemlerin de alınması gerekmektedir. 2013-2014 eğitim öğretim yılında üniversitelerdeki hemşirelik bölümlerinin kontenjanlarında yüksek oranda artırılmıştır.^(39, 40) Çok yönlü ve sosyal boyutları da olan hemşire yetersizliği sorununun sadece öğrenci kontenjanlarının artırılması ile çözümlenemeyeceği bir gerçektir. Bu nedenle, hemşirelik okullarına plansız ve kontrolsüz öğrenci alınmaya devam edilmesi ve lise düzeyinde eğitimin sürdürülmesi “eğitim kalitesini düşürmek, ülke gereksiniminden daha fazla sayıda hemşire olması” gibi hem toplumun hem de hemşirelerin zarar göreceği sonuçlar doğuracaktır. Önümüzdeki 5-10 yıl içerisinde sağlık lisesi ve üniversite mezunu hemşirelerin sayısındaki ciddi artış nedeniyle, istihdam sorunu ortaya çıkacaktır. Daha az maliyetle sağlık hizmeti sunmak isteyen hastaneler lisans mezunu hemşirelere kıyasla bu ara sağlık insan gücünü tercih edeceklerdir. Lisans mezunu hemşireler daha donanımlı olmalarına karşın, istihdam ve ücret konusunda zorluk yaşayacaklardır. İşsizlik ciddi bir problem olarak karşımıza çıkacaktır.

Yurtdışında da başlangıçtayardımcı hemşirelik/hasta bakım personellerinin hemşire açığının kapanmasına yardımcı olabileceği düşünülse de, son yıllarda yapılan araştırmalarda hemşirelik kadrolarına üniversite mezunu hemşire yerine daha düşük eğitimli yardımcı hemşirelik personelinin fazla oranda alınması sonucu pnömoni, üriner sistemenfeksiyonları gibi olumsuz sonuçların arttığı, buna bağlı olarak uzun vadede maliyetin arttığı ve sonuç olarak bakım kalitesinin düştü-

ğüne ilişkin bulgular gittikçe artmaktadır. (7, 27, 41) Ayrıca üniversite mezunu hemşirelerin bazı görevlerini yardımcı hemşirelik/ hasta bakım personellerine devrederek görevlendirmesi bir yandan hemşirenin yükünü azaltırken diğer yandan bu süreçte iletişim, sorumluluk ve yetkinlik ile ilgili sorunların ortaya çıkmasına yol açtığı bildirilmektedir. (6, 33, 42)

Hemşirelik mesleğinin toplum tarafından benimsenmesinde, verilen hizmetin kalitesi önemlidir. Hizmetin kalitesi, eğitimin kalitesinden ayrı düşünülemez. İyi eğitim alan hemşirelerin sağlıklı/hasta birey ve ailesine kaliteli ve güvenli bakım vermesi, tüm sağlık sisteminin sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir. Bu nedenle mesleğin güçlendirilmesinde, mesleki eğitimin nitelik ve düzeyinin yükseltilmesi, değişen şartlara ve durumlara göre eğitim almaları ve kendi eğitimlerini bu yönde geliştirmeleri önceliklidir. (3-5)

Sağlık alanındaki gelişmeler, kaliteli bakım gereksinimi, hemşirelerin yüksek öğrenimli olmasını zorunlu kılmaktadır. Hemşirelik işgücünde yardımcı hemşirelik/ hasta bakım personelleri oranının da sınırlı tutulmasını gerektirmektedir.

Kaynaklar

1. International Council of Nurses (2010). Definition of Nursing. <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>. (Erişim tarihi: 15.09.2013)
2. Kızılkaya, N. & Güngör, İ. (2013). Dünden Bugüne Hemşirelik Eğitimi. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 27: 14-17.
3. Pearson, A. & Peels, S. (2001). A global view of nursing in the new millennium_4: The education of nurses. *Int J Nurs Pract.*, 7 (4): 15-19.
4. Pearson, A. & Peels, S. (2002a). Advanced practice in nursing: International perspective. *Int J Nurs Pract.*, 8 (2): 1-4.
5. Temel, A.B. (2011). Küreselleşme ve hemşirelik eğitiminde uluslararasılaşma. *DEUHYO ED*, 4(3): 144-150.
6. Francis, B. & Humphreys, J. (1999). Enrolled nurses and the professionalisation of nursing: a comparison of nurse education and skill-mix in Australia and the UK. *Int J Nurs Stud.*, 36 (2): 127-35.
7. Stanton, M.W. & Rutherford, M.K. (2004). Hospital nurse staffing and quality of care. *AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality-Research in Action 2004*. <http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/services/nursestaffing/nursestaff.pdf> (Erişim tarihi: 9.11.2013)
8. Balestat, G. (2011). Doctors and Nurses by Categories. Meeting of OECD Health Data National Correspondents. 3-4 October 2011. <http://www.oecd.org/els/health-systems/48831193.pdf> (Erişim tarihi: 9.11.2013)
9. National Association for Practical Nurse Education and Service (2007). Standards of Practice and Educational Competencies of Graduates of Practical/Vocational Nursing Programs. http://napnes.org/drupal-7.4/sites/default/files/pdf/standards/standards_read_only.pdf (Erişim tarihi: 9.11.2013)
10. Nursing Council of New Zealand (2011). Guideline: responsibilities for direction and delegation of care to enrolled nurses. <http://nursingcouncil.org.nz/Media/Files/Guideline-Responsibilities-for-direction-and-delegation-of-care-to-enrolled-nurses> (Erişim tarihi: 9.11.2013)
11. National Federation of Licensed Practical Nurses- NFLPN (2003). Nursing Practice Standards For The Licensed Practical/Vocational Nurse. <http://www.nflpn.org/practice-standards4web.pdf> (Erişim tarihi: 9.11.2013)
12. Simoens, S., Villeneuve, M. & Hurst, J. (2005). Tackling Nurse Shortages in OECD Countries. OECD Health Working Papers No. 19 Directorate For Employment, Labour And Social Affairs Delsa/ Elsa/Wd/Hea. <http://www.oecd.org/health/health-systems/34571365.pdf> (Erişim tarihi: 15.09.2013)
13. Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması - ISCO (2008). Kod:3221 Hemşirelik yardımcı profesyonelleri. <http://tuikapp.tuik.gov.tr/DIESS/SiniflamaSatirListeAction> (Erişim tarihi: 9.11.2013)
14. Büscher, A., Sivertsen, B. & White, J. (2009). Nurses and Midwives: A Force for Health. Survey on the Situation of Nursing and Midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization 2009. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/114157/E93980.pdf (Erişim tarihi: 9.11.2013)
15. Pearson, A. & Peels, S. (2002b). The nurse practitioner. *Int J Nurs Pract.*, 8 (4): 5-9.
16. Ergöl Ş. (2011). Türkiye’de Yükseköğretimde Hemşirelik Eğitimi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 1(3): 152-155.
17. Fleming, V. (2002). Scoping study in Nursing in Kosovo. Final report to European Agency for Reconstruction.
18. Reforms in Nursing Education across Western Europe. EHMA Annual Conference Barcelona (2005). Perrenoud, B., FORESO. Spitzer, A, University of Haifa, University of Lausanne, FORES.
19. Topuksak, B. & Kublay, G. (2010). Florence Nightingale’den günümüze hemşirelik eğitiminde neler değişti? Avrupa ve Türkiye’de Modern Hemşirelik Eğitimi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, 298-305.
20. Second WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe (2000). <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/munich-declaration-nurses-and-midwives-a-force-for-health> (Erişim tarihi: 25.11.2013)
21. Avrupa Birliği ve Hemşireler. www.avrupa.info.tr. (Erişim tarihi: 15.09.2013)
22. Kocaman, G. (2004). Türkiye’de hemşirelik eğitim sorunları ve çözüm arayışları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, Özel Baskı, 119-150.
23. Nalls, N. (2013). Certified Nursing Assistant: How to Become a Nurse Assistant. http://education-portal.com/articles/Certified_Nurses_Assistant_How_to_Become_a_Nurse_Assistant.html (Erişim tarihi: 9.11.2013)
24. National Health Service Careers. Health care assistant. <http://www.nhs.uk/explore-by-career/wider-healthcare-team/careers-in-the-wider-healthcare-team/clinical-support-staff/healthcare-assistant/> (Erişim tarihi: 9.11.2013)
25. Bentham, P. (2013). Licensed Practical Nurse Programs with Course Information. http://education-portal.com/licensed_practical_nurse_programs.html (Erişim tarihi: 9.11.2013)
26. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Occupational Outlook Handbook, 2012-13 Edition, Licensed Practical and Licensed Vocational Nurses. <http://www.bls.gov/ooh/Healthcare/Licensed-practical-and-licensed-vocational-nurses.htm>. (Erişim tarihi: 9.11.2013)
27. Corazzini, K.N., Anderson, R.A., Mueller, C., Thorpe, J.M. & McConnell, E.S. (2013). Licensed practical nurse scope of practice and quality of nursing home care. *Nurs Res*, 62 (5): 315-24.
28. LPN Requirements – Licensed Practical Nurse. <http://www.licensedpracticalnurse.net/lpn-requirements/> (Erişim tarihi: 9.11.2013)
29. New Jersey Board of Nursing Laws (2011). <http://www.state.nj.us/ps/ca/laws/nursinglaws.pdf> (Erişim tarihi: 9.11.2013)
30. OECD Health Data (2013). Definitions, Sources and Methods. Associate professional nurses. <http://stats.oecd.org/fileview2.aspx?IDFile=9c9fcb46-a511-44ff-8b91-f13673ba4106> (Erişim tarihi: 9.11.2013)
31. Vocational Nursing Practice Act (2011). Board of Vocational Nursing and Psychiatric Technicians in California. <http://www.bvnpt.ca.gov/pdf/vnregs.pdf> (Erişim tarihi: 9.11.2013)
32. Los Angeles Harbor College Transition: LPN to RN... Is it the right decision for everyone? <http://www.lahc.edu/classes/nursing/LVN%20vs%20RN%20program.pdf> (Erişim tarihi: 9.11.2013)
33. McInnis, L.A. & Parsons, L.C. (2009). Thoughtful nursing practice: reflections on nurse delegation decision-making. *Nurs Clin North Am.*, 44 (4): 461-70.
34. Skillman, S.M., Andrilla, C.H., Patterson, D.G., Tieman, L. & Doescher, M.P. (2010). The licensed practical nurse workforce in the United States: one state’s experience. *Cah Sociol Demogr Med.*, 50 (2): 179-212.
35. Health Resources and Services Administration Bureau of Health Professions (2013). The U.S. Nursing Workforce: Trends in Supply and Education. National Center for Health Workforce Analysis April 2013. <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/nursingworkforce/nursingworkforcefullreport.pdf> (Erişim tarihi: 9.11.2013)
36. Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (2007). <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011.02.20110205-11.htm>. (Erişim tarihi: 15.09.2013)
37. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Karamame İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Karamamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (2012). Resmi Gazete: 17.7.2012 – 28351.
38. Ulusoy, F. (1998). Türkiye’de Hemşirelik Eğitiminin Tarihsel Süreci. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1): 1-8.
39. Milli Eğitim Bakanlığı (2013). <http://mtegm.meb.gov.tr/TR/okullar.asp?PAGE=Liste>. (Erişim tarihi: 01.05.2013)
40. ÖSYS-Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Sistemi (2012). Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu, Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi 2012. <http://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2012/OSYS/2012OSYSKONTKILAVUZ.pdf> (Erişim tarihi: 15.09.2013)
41. Steinbrook, R. (2002). Nursing in the crossfire. *N Engl J Med.*, 346 (22): 1757-66
42. Shaffer, L.M., Johnson, K. & Guinn, C. (2010). Remedying role confusion: Differentiating RN and LPN roles. *American Nurse Education Today*, 5 (3): 61-63.

İşçi sağlığı ve iş güvenliğinde sağlık çalışanları

Doç. Dr. Yaşar Keskin



1983'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1996 yılında Marmara Üniversitesi'nde Halk Sağlığı Doktorasını tamamladı. Aynı üniversitede 1997'de öğretim görevlisi, 1999'da yardımcı doçent, 2008 yılında ise doçent unvanlarını aldı. Halen Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü iş sağlığını, "Bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerini sürdürme ve daha üst düzeylere çıkarma çalışmalarıdır" şeklinde tanımlamaktadır. Bu bağlamda çalışanların sağlığını geliştirmede ve üst düzeye çıkarmada sağlık çalışanlarına önemli görevler yüklenmektedir. Çalışma ortamından kaynaklanan meslek hastalıklarını, mesleki kanserleri ve iş kazalarını önlemek için iş yerlerine iş yeri hekimi ile yardımcı sağlık personeli bulundurma zorunluluğu getirilmiştir. İşyerlerinde istihdam edilmesi zorunlu sağlık personellerini iş sağlığı ve iş güvenliği sağlamada önemli sorumlu-

luklar beklemektedir. Yeni uygulamaya konulan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile 20 Temmuz 2013 tarihinde ile yürürlüğe giren İş yeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre iş yerlerinden iş yeri hekimi ve yardımcı sağlık personeli bulundurma zorunluluğu getirilerek ve önemli yetkiler vererek çalışanların sağlığını geliştirme, mesleki hastalık ve kanser risklerini azaltmak hedeflenmiştir.

Yeni yönetmeliğe göre, iş yeri hekimliği eğitim programını tamamlayan ve eğitim sonunda Bakanlıkça yapılacak veya yaptırılacak iş yeri hekimliği sınavında başarılı olan hekimlere genel müdürlükçe

iş yeri hekimliği belgesi verilmektedir. İş yeri hekimliği belgesi olmadan iş yeri hekimi olarak görev yapılamamaktadır. İş yeri hekimliği belgesi alanlar tüm iş yerlerinde çalışabilmektedirler. Aynı belge ile çok tehlikeli, tehlikeli ve az tehlikeli iş kollarında iş yeri hekimi olarak görev almanın birtakım sakıncaları olabilmektedir. Aynı iş yerlerinde iş güvenliği uzmanı olarak çalışanlar üç iş kolunda da çalışmamaktadırlar. İş güvenliği uzmanı olarak önce C belgesi alarak az tehlikeli işkollarında görev almakta sonra tehlikeli ve çok tehlikeli iş yerlerinde çalışma hakkı elde etmektedirler. İş yeri hekimlerine de buna benzer bir uygulama getirilebilir. Tecrübe kazanmış ya da gerekli eğitimlerden geçirilmiş



İş yeri hekiminin görevleri arasında iş yerinde poliklinik hizmeti yapmak bulunmamaktadır. Ancak şu anki uygulamalarda ise işveren tarafından iş yeri hekiminden öncelikli olarak poliklinik hizmeti beklenmektedir. Yönetmeliklerden doğacak sorumluluk ve cezai uygulamalar ise poliklinik hizmeti dışındaki uygulamalardan olmaktadır. Ayrıca buna ilave olarak görev tanımı içinde olmamasına rağmen yapılan poliklinik uygulaması sonucu da tıbbi hata oluşabilmekte yine hekim cezai işlem görmektedir. Bu çelişkili durumun Bakanlıkça düzeltilmesi gerekmektedir.



hekimlerin tehlikeli ve çok tehlikeli iş kollarında görev alması sağlanmalıdır. İş yeri ortamını bilmeden ve tıp fakültelerinden tedavi hekimlik uygulamaları öğrenerek yetiştirilen hekimlerin bu tür sorumluluk altına sokulmaları ileride ciddi sorunlar yaratacaktır. İşçi sağlığı, iş güvenliğini sağlamada sağlık çalışanlarından çok önemli görevler beklenmektedir. Ayrıca hekimlere çok fazla sorumluluk verilerek ileride ağır tazminat davaları ile karşı karşıya kalmalarına neden olunacaktır. Bundan dolayı tecrübe kazandıktan ve gerekli eğitimlerden geçirildikten sonra sorumlulukların artırılması daha sağlıklı olacaktır.

İş yeri hekiminin görevleri yönetmelikte de tanımlandığı gibi koruyucu halk sağlığı uygulamaları üzerinedir. Bu görevler aşağıda belirtilmiştir.

- Risk analizi yapmak
- İşçi sağlığı ve iş güvenliği kurulunda görev almak
- Tespit ve öneri defterine iş güvenliği

uzmanı ile birlikte eksikleri belirtmek

- İlk yardım ve kurtarma organizasyonu
- Acil tedavi görevi
- Bağışıklama
- Kreş ve çocuk bakım yerleri denetimleri
- Araştırma-inceleme
- İşe giriş muayeneleri
- Uygun işe yerleştirme

• Periyodik sağlık muayeneleri: Az tehlikeli sınıftaki iş yerlerinde en geç beş yılda bir, tehlikeli sınıftaki iş yerlerinde en geç üç yılda bir, çok tehlikeli sınıftaki iş yerlerinde en geç yılda bir defa olmak üzere periyodik muayene tekrarlanır. Ancak iş yeri hekiminin gerek görmesi halinde bu süreler kısaltılır. Kişi işten ayrıldıktan sonra en az 10 yıl saklanması yasal olarak zorunludur. Mesleki kanserler ve akciğer hastalıkları gibi yükümlülük süresi çok uzun olan meslek hastalıkları söz konusu olduğunda bu süre 40 yıla çıkmaktadır.

- İşe dönüş muayeneleri

- Danışmanlık

- İnceleme
- Denetleme

• Eğitimler: İş yeri hekiminin en önemli görevlerinden biri de eğitim hizmetleridir. Bunlar meslek hastalıkları, iş kazaları, bulaşıcı hastalıklar, olağan dışı durumlar, iş yerinde riskler, ergonomi, zehirlenmeler, koruyucu hekimlik, beslenme, temizlik ve hijyen, ilk yardım, kimyasallar, kanserojenler ve mutajenlerin sağlık etkileri üzerine olmalıdır.

- Kayıt tutma ve raporlama: Yıllık çalışma planı, yıllık faaliyet raporu, meslek hastalıkları ve iş kazaları.

- Yıllık çalışma planı

Yukarıda da belirtildiği gibi iş yeri hekiminin görevleri arasında iş yerinde poliklinik hizmeti yapmak bulunmamaktadır. Ancak şu anki uygulamalarda ise işveren tarafından iş yeri hekiminden öncelikli olarak poliklinik hizmeti beklenmektedir. Yönetmeliklerden doğacak sorumluluk ve cezai uygulamalar ise poliklinik hizmeti dışındaki uygulamalardan olmaktadır.



Önemli görevlerin yerine getirilmesi konusunda sıkıntılar olmaktadır. Öncelikle ücretlendirme konusunda işverene bağımlı olan bir iş yeri hekiminin bağımsızlığından ne kadar söz edilebilir, bu durumun sorgulanması gerekmektedir. İş geçici olarak durdurmak ve iş yerinde önerilenleri yapmayan bir işvereni Bakanlık birimlerine ihbar etmek, ücretini işverenden alan bir hekim tarafından uygulanabilir olmaktan uzaktır.

Ayrıca buna ilave olarak görev tanımı içinde olmamasına rağmen yapılan poliklinik uygulaması sonucu da tıbbi hata oluşabilmekte yine hekim cezai işlem görmektedir. Bu çelişkili durumun Bakanlıkça düzeltilmesi gerekmektedir. Bunun da kesin yolu iş yeri hekiminin yazdığı reçetelerin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmemesidir. Bu şekilde iş yeri hekimi tedavi hekimlik hizmeti yerine asli görevi olan koruyucu hekimlik hizmetlerine yoğunlaşacaktır.

Yönetmeliklerde de belirtildiği gibi iş yeri hekimine önemli yetkiler verilmiştir. İşverene yazılı olarak bildirilen iş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili alınması gereken tedbirlerden hayati tehlike arz edenlerin, iş yeri hekimi tarafından belirlenecek makul bir süre içinde işveren tarafından yerine getirilmemesi hâlinde, bu hususu iş yerinin bağlı bulunduğu çalışma ve iş kurumu il müdürlüğüne bildirmesi gerekmektedir. İş yerinde belirlendiği hayati tehlikenin ciddi ve önlenemez olması ve bu hususun acil müdahale gerektirmesi halinde işin durdurulması için işverene başvurmaktadır. Görevi gereği iş yerinin bütün bölümlerinde iş sağlığı ve güvenliği konusunda inceleme ve araştırma yapmak, gerekli bilgi ve belgelere ulaşmak ve çalışanlarla görüşmek şeklinde özetlenebilir.

Bu önemli görevlerin yerine getirilmesi konusunda sıkıntılar olmaktadır. Öncelikle ücretlendirme konusunda işverene ba-

ğımlı olan bir iş yeri hekiminin bağımsızlığından ne kadar söz edilebilir, bu durumun sorgulanması gerekmektedir. İş geçici olarak durdurmak ve iş yerinde önerilenleri yapmayan bir işvereni Bakanlık birimlerine ihbar etmek, ücretini işverenden alan bir hekim tarafından uygulanabilir olmaktan uzaktır. Dolayısıyla bu uygulamaların uygulanabilirliği tekrar sorgulanmalı ve düzeltilme yoluna gidilmelidir. Bu ise Bakanlık tarafından oluşturulacak bir havuz sistemine işveren tarafından çalıştırıldığı işçi sayısı üzerinden belirlenen bir birim üzerinden iş yeri hekimliği ve iş güvenliği uzmanlığı ücreti ödemesi şeklinde yapılabilir. İşveren tarafından yatırılan ücretler, Bakanlık tarafından iş yeri hekiminin ve iş güvenliği uzmanının hesabına aktarılabilir. Bu uygulama sonrası iş yeri hekimleri daha rahat bir çalışma ortamı bulabilecekler ve yukarıda kendilerinden beklenen hizmetleri daha bağımsız bir şekilde yapabileceklerdir.

İş yeri hekimleri, Yönetmelikte belirtilen görevlerini yaparken işin normal akışını mümkün olduğu kadar aksatmamak ve verimli bir çalışma ortamının sağlanmasına katkıda bulunmak, işverenin ve iş yerinin meslek sırları, ekonomik ve ticari durumları hakkındaki bilgileri ile çalışanın kişisel sağlık dosyasındaki bilgileri gizli tutmakla yükümlüdürler. İş yeri hekimleri, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin yürütülmesindeki ihmallerinden dolayı, hizmet sundukları işverene karşı sorumlu-

dur. Çalışanın ölümü veya maluliyetiyle sonuçlanacak şekilde vücut bütünlüğünün bozulmasına neden olan iş kazası veya meslek hastalığının meydana gelmesinde ihmali tespit edilen iş yeri hekiminin yetki belgesinin geçerliliği altı ay süreyle askıya alınır. Bu konudaki ihmalin tespitinde kesinleşmiş yargı kararı, malullüğün belirlenmesinde ise 31.5.2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 25'inci maddesindeki kriterler esas alınır. İş yeri hekimi, meslek hastalığı ön tanısı koyduğu vakaları, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularına sevk eder.

İş yeri hekimlerine meslek hastalığı konusunda daha fazla sorumluluk verilmesi gerekmektedir. Meslek hastalıklarını önleme konusunda önemli görevleri olan hekimlerin tanı koymada da sorumluluk almaları sağlanmalıdır. Gelişmiş ülkelerde dahi çalışanların binde dördü meslek hastalığına yakalanabilmektedirler. Ülkemizin gelişmiş ülkeler düzeyinde olduğunu varsaydığımızda bile yılda 40 bin meslek hastalığı tanısı konması beklenilmelidir. Hâlbuki geçen yılki meslek hastalığı tanısı 1000'li seviyelerde kalmıştır. Olması gereken rakamların 80 binler olduğu tahmin edilmektedir. Meslek hastalığı tanısı koymada iş yeri hekimleri ve diğer hekimlerin bilgi eksikliği ve sorumluluk alma becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Meslek hastalıkları hastanelerinin azlığı ayrı bir sorun teşkil etmektedir. Ülkemizde sadece üç tane meslek hastalıkları hastanesi bulunmaktadır. İstanbul, Ankara ve Zonguldak'ta bulunan bu hastaneler ihtiyacı karşılamaktan uzaktır. Yeni uygulamaya konulan tıp fakültelerinin meslek hastalığı tanı birimi kurma yetkilendirilmesi maalesef aktif uygulamaya geçmemiştir. Bu uygulamanın hızlandırılarak pratik hayata geçirilmesi ve tıp fakültelerinin sorumluluk almaları sağlanmalıdır.

İş yeri hekimleri, Yönetmelikte belirtilen görevlerini yerine getirmek için aşağıda belirtilen sürelerde görev yaparlar: Az tehlikeli sınıfta yer alanlarda çalışan başına ayda en az 4 dakika, tehlikeli sınıfta yer alanlarda çalışan başına ayda en az 6 dakika, çok tehlikeli sınıfta yer alanlarda, çalışan başına ayda en az 8 dakika zaman ayrılmalıdır. Az tehlikeli sınıfta yer alan 2000 ve daha fazla çalışan olan iş yerlerinde her 2000 çalışan için tam gün çalışacak en az bir iş yeri hekimi görevlendirilir. Tehlikeli sınıfta yer alan 1500 ve daha fazla çalışan olan iş yerlerinde her 1500 çalışan için tam gün çalışacak en az bir iş yeri hekimi görevlendirilir. Çok tehlikeli sınıfta yer alan 1000 ve daha fazla çalışan olan iş yerlerinde her 1000 çalışan için tam gün çalışacak en az bir iş yeri hekimi görevlendirilir. İş yeri hekimleri aylık 180

saat ve 37 saat mesai olmak üzere 217 saat çalışabilirler.

Son çıkan yönetmeliğe göre iş yeri hekimlerinin iş yerlerinde geçireceği zaman kısalmıştır. Yukarıda belirtilen görevlerin yapılması için iş yerinde geçirilmesi gereken zaman çok daha fazla olmalıdır. İş yeri hekim sayısının yetersiz olması böyle bir uygulama ile giderilmeye çalışılmıştır. Fakat bu uygulama ile hekimlere daha fazla sorumluluk yüklenmektedir. Bu da sağlıklı ve başarılı iş yeri hekimlik hizmetlerini uygulama sıkıntısı getirecektir. İş yeri hekim sayısı yeterli düzeye getirilerek ve iş yerinde geçirilecek zaman artırılarak kaliteli koruyucu sağlık hizmeti sunumu beklemek daha gerçekçi olacaktır.

İşverence diğer sağlık personeli olarak görevlendirilecekler, yeni yönetmeliğe göre geçerli diğer sağlık personeli belgesine sahip olmak zorundadır. Tam süreli iş yeri hekimi görevlendirilen iş yerlerinde, diğer sağlık personeli görevlendirilmesi zorunlu değildir.

Diğer sağlık personeli, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde görevlendirilmek üzere Bakanlıkça belgelendirilmiş hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni ve çevre sağlığı teknisyeni diplomasına sahip olan kişiler ile Bakanlıkça verilen iş yeri hemşireliği belgesine sahip kişileri kapsamaktadır, diğer sağlık personeli eğitim programını tamamlayan ve eğitim sonunda Bakanlıkça yapılacak veya yapılacağı diğer sağlık personeli sınavında başarılı olanlara, iş sağlığı veya iş sağlığı ve güvenliği programlarında lisansüstü eğitimini tamamlayanlara Genel Müdürlük ve bağlı birimlerinde 5 yıl fiilen çalışmış olanlara, istekleri halinde Genel Müdürlükçe verilir.

Diğer sağlık personeli iş yeri hekimi ile birlikte çalışır. Diğer sağlık personelinin görevleri yeni yönetmelikte; İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin planlanması, değerlendirilmesi, izlenmesi ve yönlendirilmesinde iş yeri hekimi ile birlikte çalışmak, veri toplamak ve gerekli kayıtları tutmak, çalışanların sağlık ve çalışma öykülerini işe giriş/periodyk muayene formuna yazmak ve iş yeri hekimi tarafından yapılan muayene sırasında hekime yardımcı olmak, özel politika gerektiren grupların takip edilmesi ve gerekli sağlık muayenelerinin yaptırılmasını sağlamak, ilk yardım hizmetlerinin organizasyonu ve yürütümünde iş yeri hekimi ile birlikte çalışmak, çalışanların sağlık eğitiminde görev almak, iş yeri bina ve eklentilerinin genel hijyen şartlarının sürekli izlenip denetlenmesinde iş yeri hekimiyle birlikte çalışmak, iş yeri hekimince verilecek iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili diğer görevleri yürütmek, iş yerinde görevli çalışan temsilcisi ve destek elemanlarının çalışmalarına

destek sağlamak ve bu kişilerle işbirliği yapmak olarak tanımlanmıştır.

İş yerinde görevli diğer sağlık personeli, bu Yönetmelikte belirtilen görevlerini yaparken, işin normal akışını mümkün olduğu kadar aksatmamak ve verimli bir çalışma ortamının sağlanmasına katkıda bulunmak, işverenin ve iş yerinin meslek sırları, ekonomik ve ticari durumları hakkındaki bilgiler ile çalışanın kişisel sağlık dosyasındaki bilgileri gizli tutmakla yükümlüdürler. İş yerinde görevli diğer sağlık personeli, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin yürütülmesindeki ihmallerinden dolayı, hizmet sundukları işverene karşı sorumludurlar. Diğer sağlık personeli, görevlendirildiği iş yerinde iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin tespit ve tavsiyelerini iş yeri hekimine iletmekle yükümlüdür.

Yukarıda da belirtildiği gibi yardımcı sağlık personellerine önemli görevler yüklenilmiştir. Bu personellerin yeterli ve ciddi bir eğitimden geçirilerek iş yeri ortamında çalışmaları sağlanmalıdır.

Sonuç olarak 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile 20 Temmuz 2013 tarihinde ile yürürlüğe giren İş Yeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik hükümleri sağlık çalışanlarına önemli sorumluluklar ve görevler yüklenmektedir. Çıkarılan kanun ve yönetmelikler bazı eksikliklerine rağmen yeterlidir. Ancak ileride olumsuz durumlarla karşılaşmamak için hekim ve yardımcı sağlık personellerinin bunun bilincinde olmaları gerekmektedir. Verilecek eğitimlerin bu yönde planlanması ve uygulamaya konulması sağlanmalıdır.

Kaynaklar

Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği. Güler Ç, Akın L (Editörler). Halk Sağlığı. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006.

Bilir N, Yıldız AN. Meslek Hastalıkları Kavramı. www.medinfo.hacettepe.edu.tr. (21.08.2012)

Bilir N. İş Sağlığı ve Güvenliğinde Çağdaş Bir Yaklaşım: Risk Değerlendirilmesi ve Risk Yönetimi. İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi 2005; 5(25): 9-11.

Keleş R. İş Güvenliği Sağlamada 5 S Yaklaşımı. İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi 2005; 5(25): 23-24.

www.alomaliye.com/is-sagligi-ve-guvenligi-kanunu-mevzuati (Erişim tarihi: 15.08.2013)

www.ankarameslek Hastanesi.gov.tr (Erişim tarihi: 14.08.2013)

www.csgeb.gov.tr (Erişim tarihi: 16.08.2013)

www.isggm.calisma.gov.tr (Erişim tarihi: 10.08.2013)

www.isguygulama.com/mev/isguygulama (Erişim tarihi: 17.08.2013)

www.resmigazete.gov.tr (Erişim tarihi: 12.08.2013)

www.sgk.gov.tr (Erişim tarihi: 11.08.2013)

Yeşiltepe N. SSK Meslek Hastalıkları Hastaneleri. www.ttb.org (Erişim tarihi: 10.08.2013)

Hipokrat'tan günümüze hekim duruşu

Prof. Dr. Hüsrev Hatemi



1939 yılında İstanbul'da doğdu. Talatpaşa İlkokulu, Şişli Ortaokulu, İstanbul Beyoğlu Atatürk Lisesi'ni ve İstanbul Tıp Fakültesi'ni (1962) bitirdi. İç Hastalıkları Uzmanı (1966), İç Hastalıkları Doçenti (1971), Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Uzmanı (1972), İç Hastalıkları Profesörü (1978) oldu. İç Hastalıkları görevine ek olarak Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı görevini üstlendi (1982-1986). Halen Alman Hastanesi'nde görev yapmaktadır. Çeşitli tıp dergilerde yazarlık ve editörlük görevleri üstlenen Hatemi'nin deneme ve şiir kitapları vardır. 1963 yılında Dr. Sezer Göze (Prof. Dr. Sezer Hatemi) ile evlenen Hatemi'nin biri kendisi gibi iç hastalıkları uzmanı olan iki çocuğu vardır.

Eski Mısır'da, Çin'de, Hintlilerde ve İran Uygarlığında hekimlik muhakkak ki Hipokrat'tan önce de vardı. Fakat sihir ve büyü ile ilgiyi kesmiş olan tıp biliminin (aynı zamanda tıp mesleğinin) bilinen ilk büyüğü, tarihi bir kişilik olarak Hipokrat'tır. Hipokrat, hayranlık uyandıracak kadar iyi bir gözlemci ve hayranlık uyandıracak kadar dürüsttür. Anamnezleri, sonu ölüm ile de bitse değiştirmes. Reklam yapmayı düşünmez. Sadece "hastayı kaybettik, hasta öldü" der. Hipokrat'a göre hekimlik; hastayı ağrılarından kurtarmak, şiddetli hastalıkların şiddetini hafifleterek hastanın ömrünü uzatmağa çalışmaktır.

Hipokrat ve etik

Günümüzde küçük değişikliklerle kabul edilmiş olan "Tıp Yemini, Diploma Yemini" gibi metinlerin başlatıcısı Hipokrat yemini. Ancak gerektiği kadar uzun olan bu kısa metinde, bütün insanlara eşit muamele, meslektaş dayanışması, insana saygı gibi temel kuralların hiçbirini ihmal edilmemiştir.

Sonraki dönemler

Roma tıbbı da Hipokrat hekimliği temeli üstünde gelişmiştir. İslam öncesi İran'dan, maalesef çok az yazılı belge kaldığından, Roma ile komşuluk ilişkileri içinde olan İran'ın hekimliğinde Hipokrat örneklerine rastlanıp rastlanmadığını bilmiyoruz. Fakat İslam hekimliği, Hipokrat hekimliğinin geliştirilmiş bir benzeridir.

İslam uygarlığında hekim duruşu

İslam hekimliği, bütün dönemlerinde Hipokrat ve Galenos'u unutmamış, sadece adlarını anmakla yetinmeyip Hekim Bukrat (Hipokrat) ve Hekim Galenos (Calinus)'dan çeviriler yapmışlardır. İslam hekimliğinin büyüklüğü ise El-Razi, İbn-i Sina, Abdüllatif el-Bağdadî gibi isimlerdir.

Türkiye'de hekim duruşu

Anadolu'ya giren Selçuklular, İran ile aynı uygarlığı paylaşıyorlardı. Bu sebeple de bir bunalım dönemi geçirmeden İslam hekimliğini uygulamaya devam ettiler. Süryani hekimler, Rum hekimler, Ermeni ve Musevi hekimler, Müslüman hekimlerle birlikte aynı tıp bilgisine bağlı olduklarının bilincinde olarak yaşadılar.

Yeniçağ Avrupa'sı

Rönesans ve sonrasında 19. yüzyıla kadar Avrupa'da hekimler, eski filozof veya bilge imajlarından biraz kaybederek, bu kaybı, "bilgin" imajı ile doldurmağa çalışmışlardır. Mikroskopun keşfedilmesi, disseksiyon çalışmaları ile anatominin gelişmesi, biyokimya ve bakteriyolojinin gelişmesi, bu imajın doğmasına ve sürdürülmesine yardım etmiştir.

Osmanlı Devleti

Avrupa'da 15. yüzyıl sonlarında başlayan "skolastik hekimlikten kurtulma"

hareketlerine, Osmanlı hekimleri uymayı istememişlerdir. Avrupa'da Kilise ve devlet otoritesi iki ayrı otorite olduğundan, bunlardan birini seçmek çok riskli de olsa mümkündü. Osmanlı Devleti'nde Halife ve Şeyhülislam şahsında, her iki otorite birleştikten bunlardan biri ile çatışmaya girmek, her iki otorite ile çatışmak sayılırdı. Bu da, riskin daha büyüklüğü demektir. 1830'lu yıllara kadar Osmanlı Devleti'nde hekimliğin duraklama sebebi budur. Fakat bu şartlar bile Harvey'in büyük dolaşım keşfinin, 100 yıl gecikme ile de olsa bir kitapçık şeklinde saraya sunulmasına engel olmamıştır.

Bu sebeple 15'inci, 16'ncı, 17'nci ve 18'inci yüzyılların Osmanlı Devleti'nde hekimlik, kendi içinde ve kendi mensupları için yine bir bilim dalı gibi görülürken, yöneticiler ve halkın gözünde bir hizmet sektörü halini almıştı. Hekimler bilge de bilgin de olmayıp bir zanaatkâr (artisan) gibi görüldüler şurasını tekrarlayalım ki gerçek hekimler yine kendilerine saygıyı kaybetmemişlerdi. Onları zanaatkâr gibi görenler, yöneticiler ve hekim olmayanlardı.

Beylikler devri ile Kanuni dönemi arasında medreseler, matematik, fizik, tıp, felsefe, din bilimlerini birlikte öğreten, dolayısıyla Biruni, Farabi, İbn-i Sina'nın aldığı eğitime benzer eğitim almış mezunlar yetiştirirken, 16'ncı yüzyıl biterken medreselerden fizik, matematik kalkmış gibiydi. Bu gerilik, 150-200 yıl kadar sürdü. 18. yüzyılın ikinci yarısında, Suphizâde Abdülaziz Efendi ve Vesim

Abbas Efendi gibi kendi gayretleriyle hem kendilerine hem mesleğe saygınlık kazandıran hekimler görüldü.

18'inci yüzyılın ikinci yarısında mühendisaneler kurulmuş ve 150-200 yıl boyunca matematik, geometri ve fizik öğretim ve öğrenimini ihmal etmenin acı sonuçları üzerinde mühendis mektebi mezunları, kendini yetiştirmiş aydınlar demek olan "Nizam-ı Cedid" çiler düşünmeye başlamışlardı.

19'uncu yüzyıl başında, yine kendi gayretiyle Batıdan getirdiği çağının tıp kitaplarını inceleyerek kendisini yetiştirmiş olan Şanizade Ataullah, çok değerli bir Türk hekimidir.

19'uncu yüzyıl

19'uncu yüzyılda Mekteb-i Tıbbiye'nin açılması, Osmanlı Devleti'nin hekimlerini, 15. yüzyıldaki konumlarına "geri yükledi". Mekteb-i Tıbbiye mezunları, Avrupa ülkeleri hekimleriyle aynı yöntemlerle eğitildiğinden; artık bir Türk hekimi için Hekimbaşı Salih Efendi, Abdülhak Hamid'in babası Hayrullah Efendi'nin, Tıbbiye hocası Bernard'dan bir farkı yoktu. Bernard'a bir Müslüman hekime gösterilen saygı gösteriliyordu. 19. yüzyıl, çok büyük keşifler yılıdır. Organik kimya, biyokimya, fizyoloji, modern cerrahi, mikrobiyoloji 19. yüzyılda sağlanan gelişmelerdir. Ayrıca, 19. yüzyıl sonlarında işçi sağlığı, koruyucu hekimlik, adli tıp konularının da büyük gelişmeler kaydettiğini görüyoruz. 19. yüzyılın ikinci yarısı ile 20. yüzyıl arasında hekimliğin ve hekimlerin saygınlığı doruğuna ulaşarak, 20'nci yüzyıl ikinci yarısında grafiğinin inişi başladı. Cumhuriyet dönemi hekimliğe olumlu bakışa arttırıcı bir etki yapmış, fakat 2. Dünya Savaşı'nın bitiminden sonra devam eden bu olumlu katkı, 1970'li yıllardan sonra iniş kaydetmeğe başlamıştır.

21. yüzyıl Türkiye'sinde durum

Hekimlik ırklar ve milletler üstü bir meslektir. Fakat Pasteur'un dediği gibi "*Hekimliğin vatani yoksa da, hekimlerin vatani vardır*". Şu halde hekimlerin ve hekimliğin duruşunu incelerken bifokal gözlük camı kullanır gibi hareket etmeliyiz. Yani hem uluslar ve ülkeler üstü olan mesleğimize bakış için uzak gözlük camı ile hem de ülkemizin sorunları, geleceğimiz, Türkiye hekimlerinin hakları ve görevleri görüş açısından yakın cam ile bakmalıyız. Her iki bakışın da önemi vardır.

Hekimlik mesleği açısından

Bütün mesleklerde, özellikle bu meslek yükseköğretim görme karşılığı elde ediliyorsa, bir üstünlük ve kendini yük-

sek görme yönü vardır ve bu doğaldır. Hukukçular, fizikçiler, felsefeciler ve filologlar diplomaları ile öğünsünler. Bu bizi ilgilendirmez. Ancak hiçbir mesleğin diğerine, "Benim mesleğim seninkinden üstündür" deme hakkı yoktur. Bu, yersiz bir davranıştır. Bu bakımdan, ben hekimliğimle övebilirim. Diğer meslekler de övünsünler, onların da haklarıdır.

Hekimliğin övgüye değer yönleri

Hekimlik, insan dertlerini ve acılarını gidermek, insan ömrünü uzatmak, toplum bireylerinin sağlık koşullarını iyileştirmek gibi amaçlar olan bir meslektir. Bu bakımdan övgülere layıktır. Fakat tıp diploması almakla bu övgülere layık olunmaz. Diploma, sadece mesleği uygulama yetkisi verir. Övgüye layık olmak, özen ve dikkat göstererek bilgi ile etik ilkelerini bir arada düşünmekle kazanılır. İnsanları sevmek, eşduyum (empati) yeteneğinin gelişmiş olması, kendine ve başkalarına saygı göstermek, canlıların yaratıcısı değil yardımcısı olduğunun bilincinde olmak, kendi dini inancı varsa mesleğini kullanarak bunu başkalarına telkin etmeğe çalışmamak, kendisinin dini inancı yoksa kendisini materyalizm misyonu gibi görmemek, inanç sahipleri ile alay etmemek, bütün bu olumlu özellikleri kendisinde yerleşmiş bulmuyorsa yerleştirmeğe çalışmak da hekimliğin övgüye değer yönlerindendir.

Güncel durum(umuz)

Hekimlik en saygın dönemini, bütün dünyada olduğu gibi bizde de 1880-1980 arasında yaşadı. Buna sebep, bilimsel tıbbın büyük başarılarıdır. Bizde, buna ek olarak Cumhuriyetin sağladığı olumlu gelişmeleri, tıp kongreleri, cerrahi girişimler, sıtma ve verem savaşı gibi etkenler sayılabilir. 1980'den sonra hekimlik bazı itibar (saygınlık) kayıplarına uğradı. Bizde, saygınlık kazanma hızı ne kadar belirgin olduysa saygınlık kaybetme hızı da maalesef o kadar belirgin oldu.

Hekim, kendisine nasıl bakmalı?

Tıp mesleği; fizyoloji, biyoloji, psikoloji, mikrobiyoloji, genetik, biyokimya, biyoistatistik, farmakoloji ve daha birçok bilimin verileri üzerinde yükselen bir sanat, bir meslektir. Bir mimar, "Ben geometri bilgisi ile yeterli kadar ilgili değilim, tanınmış bir ressam da değilim, o halde neyim ben? Bana mimar filan demeyin" dememelidir, bu gereksiz bir özeleştirmedir. "Mert adamlık" sayılmaz, bu hareket. Gereksiz bir özeleştirmedir, o kadar.

Aynı şekilde bir hekim de, "Benim mesleğime yüce meslek demeyin, ben muslukçu veya marangoz gibi bir sanatkârim" derse, lüzumsuz bir tevazunun içinde olur. Yazık ki böyle

sözler, devrimcilik gösterisi uğruna 40 yıl kadar önce, bizzat bazı hekimlerce söylendi. Bir hekim, böyle sözleri kendi iç dünyasında, gururunu tamponlamak için söyleyebilir. Fakat bu sözleri yüksek sesle söylerse, gurursuz ve alçakgönüllü meslektaşlarını incitmiş olur.

Hekimin kendine bakışı

Halkımızın, "Sen ağa, ben ağa, inekleri kim sağa?" şeklinde bir güzel sözü vardır. Hekimlikte "ağa" gibi görülen bir öğretim üyesi, kendi âleminde şöyle düşünmelidir: "İşini tam anlamıyla yapan bir pratisyenin veya aile hekiminin benden ne farkı var? İşini yapmak asıl amaç olduğuna göre, benimle onun arasında bir değer farkı yok. O ücra bir kasabada çalışmasaydı, orada çalışan ben olabilirdim. Şu halde ben ona teşekkür borçluyum."

Ne yazık ki son yıllarda birtakım şarlatanlara gösterilen itibarın dörtte biri bile, gerçek hekimlere gösterilmiyor. Bir orman memuruna, "Aman ormancı, canım ormancı" diye sızıldanan halkımız, doktora gelince "ulan doktor" demeyi ve şiddet uygulamayı bir gelenek, bir folklor unsuru saymaya başladı. Doğru olan, hekime de, ormancıya da, temizlik işçisine de insana yakışır saygıyı göstermek ve onlardan da aynı saygıyı görmektir. Ülkemizde 90'lı yılların ikinci yarısında beslenme, vitaminoloji, herbalizm gibi konular, Sağlık Bakanlığı'nın kontrolünden alınarak Tarım Bakanlığı kontrolüne verildi. İşte o yıldan itibaren, hekimliğin ve okuyarak bir şey öğrenmenin ve diploma almanın itibarı dibe vurdu. Hekimler "biçare" gibi, artistik bakan, "klark çeken" tipler hekim gibi görülmeye başlandı. Oysaki herbalizm, insan beslenmesi, vitaminoloji, akupunktur da tıp mesleğinin konularıdır. Tıp bir hizmet sektörü değil, bilime dayanan onurlu bir meslektir. Öğretmenlik nasıl sadece eğitim hizmetçiliği değilse, tıp da sağlık hizmetçiliği değildir.

Son söz

André Malraux, "*Kültür miras kalmaz, kazanılır*" özdeyişini söylemiştir. Tıp kültürü (tıp mesleği); kazanılması amaçlanan, uğrunda çaba harcamak gereken, bir dinamik varlıktır. Kazanılmağa çalışılır, sürdürülmeğe ve yaşatılmaya çalışılır. Diploma almak için sabahladığımız öğrencilik yıllarından bize sürekli bir miras kalmaz. Tıp ahlaki ise, evrensel insanlık niteliklerinin tıp mesleğine uyarlanmış şeklidir. İnananlar için Yaratıcı'nın toplumun denetiminde, başka türlü inanmak isteyenler için de bireyin ve toplumun denetimindedir.

Klinik Araştırmalar Mevzuatı

Doç. Dr. Hanefi Özbek



1965'te Sivas'ta doğdu. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi (1991). Van Kapalı Cezaevi'ne tabip olarak atandı (1991). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık-Kültür ve Spor Dairesi Başkanlığı tabip kadrosuna naklen geçti (1993). Van Türk Musiki Derneği'ni kurdu (1993). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Müzik Eğitimi Bölümü'nü kuruluşunda görev aldı (1994). Farmakoloji ve Toksikoloji doktorasının ardından (1998) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yardımcı doçent doktor olarak göreve başladı (1998). Sağlık Bakanlığı'na İlaç ve Eczacılık Genel Müdür Yardımcısı olarak geçti (2008). Tıp Farmakoloji alanında doçent unvanını aldı (2011). Bir dönem Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdür Yardımcısı olarak görev yapan Özbek, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyesi ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nun Müdürüdür. Dr. Özbek, evli ve iki çocuk babasıdır.

Klinik araştırma, ilgili yönetmelikte, "bir veya birden fazla araştırma ürününün klinik, farmakolojik veya diğer farmakodinamik etkilerini ortaya çıkarmak ya da doğrulamak; advers olay veya reaksiyonlarını tanımlamak; emilim, dağılım, metabolizma ve atılımını tespit etmek; güvenilirliğini ve etkililiğini araştırmak amacıyla insanlar üzerinde yürütülen çalışmalar" olarak tanımlanmaktadır. Türkiye'de klinik araştırmalar ile ilgili mevzuat, esas itibarıyla 1993 yılında yayınlanan ilk yönetmelikle birlikte kamuoyunun gündemine girmiştir. Bugün klinik araştırmalar mevzuatı denildiğinde akla gelecek tüm materyal aşağıda maddeler halinde verilmiştir:

- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası
- Uluslararası Sözleşmeler
- Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
- Türk Ceza Kanunu,
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu
- Yönetmelikler
- Kılavuzlar.

Yukarıda sayılan bu materyalin ilgili kısımları bundan sonraki bölümlerde sırayla ele alınmıştır. Mevzuatla ilgili açıklamalar italik olarak yazılmıştır.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası

I. Kişinin dokunulmazlığı, maddî ve manevî varlığı

MADDE 17- Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz.

Bilgilendirilmiş gönüllü oluru alınması, yani klinik araştırmaya katılacak olan gönüllülere araştırma sırasında uygulanacak her şeyin detaylı bir açıklaması

ve bunun gönüllü veya vasisi tarafından şahitler huzurunda imzalanması zorunluluğu Anayasa'nın bu maddesine istinaden yerine getirilmektedir.

Uluslararası sözleşmeler

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun" adıyla ve 5013 Kanun numarası ve 03.12.2003 tarihinde kabul edilmiş, 20 Nisan 2004 tarih ve 25439 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu sözleşmenin ilgili kısımları aşağıda verilmiştir.

Madde 15 - Biyoloji ve tıp alanında bilimsel araştırma, bu Sözleşme hükümlerine ve insan varlığının korunmasını güvence altına alan diğer yasal hükümlere bağlı kalmak kaydıyla, serbestçe yapılabilir.

Madde 16. (Üzerinde araştırma yapılan kişilerin korunması ile ilgili madde)

Madde 17. (Araştırmaya muvafakat etme yeteneği olmayan kişilerin korunması ile ilgili madde)

Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun-1928

1219 Kanun numarası, 14.04.1928 tarih ve 863 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu Kanunun klinik araştırmalarla ilgili kısımları aşağıda verilmiştir.

Madde 70 - Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahti hacirde ise veli veya vasisinin evvelinde muvafakatını alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri olması lazımdır. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.)

Türk Ceza Kanunu

5237 Kanun numarası, 12.10.2004 tarih ve 25611 sayılı Resmi Gazete'de yayımlana-

rak yürürlüğe girmiştir. Klinik araştırmalarla ilgili cezai müeyyideleri içermektedir.

İnsan üzerinde deney

MADDE 90. - (1) İnsan üzerinde bilimsel bir deney yapan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) İnsan üzerinde yapılan rızaya dayalı bilimsel deneyin ceza sorumluluğunu gerektirmemesi için;

- a) Deneyle ilgili olarak yetkili kurul veya makamlardan gerekli iznin alınmış olması,
- b) Deneyin öncelikle insan dışı deney ortamında veya yeterli sayıda hayvan üzerinde yapılmış olması,
- c) İnsan dışı deney ortamında veya hayvanlar üzerinde yapılan deneyler sonucunda ulaşılan bilimsel verilerin, varılmak istenen hedefe ulaşmak açısından bunların insan üzerinde de yapılmasını gerekli kılması,
- d) Deneyin, insan sağlığı üzerinde öngörülebilir zararlı ve kalıcı bir etki bırakmaması,
- e) Deney sırasında kişiye insan onuruyla bağdaşmayacak ölçüde acı verici yöntemlerin uygulanmaması,
- f) Deneyle varılmak istenen amacın, bunun kişiye yüklediği külfete ve kişinin sağlığı üzerindeki tehlikeye göre daha ağır basması,
- g) Deneyin mahiyet ve sonuçları hakkında yeterli bilgilendirmeye dayalı olarak açıklanan rızanın yazılı olması ve herhangi bir menfaat teminine bağlı bulunmaması gerekir.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

Klinik araştırmalara etik yönden onay verecek "klinik araştırma etik kurullarının" yasal bir dayanağı bulunmadığı gerekçesiyle yaşanan bir süreçten sonra torba yasa içerisinde 2011 yılında Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Ek maddede Klinik Araştırma Etik Kurulları, Klinik Araştırmalar Danışma Kurulu, klinik araştırmaların yapılacağı yerler, klinik araştırmalara ve-

rilecek Bakanlık izni, klinik araştırmalarla ilgili Yönetmelik çıkarma gibi hususlar ele alınmıştır.

Ek Madde 10- (Ek:6.4.2011-6225/8 md.) Herhangi bir tedavi yöntemi veya araçlarının veya ruhsat veya izin alınmış olsa dahi ilaç ve terkipleri, geleneksel bitkisel tıbbi ürünler ile tıbbi cihazların bilimsel araştırma amacıyla insanlar üzerinde kullanılabilmesi için, Sağlık Bakanlığının izin alınmasının yanında;

a) Araştırmanın, öncelikle insan dışı deney ortamında veya yeterli sayıda hayvan üzerinde yapılmış olması,

b) İnsan dışı deney ortamında veya hayvanlar üzerinde yapılan deneyler sonucunda ulaşılan bilimsel verilerin, varılmak istenen hedefe ulaşmak açısından bunların insan üzerinde de yapılmasını gerekli kılması,

c) Araştırmanın, insan sağlığı üzerinde öngörülebilir zararlı ve kalıcı bir etki bırakmaması,

ç) Araştırma sırasında kişiye insan onuruyla bağdaşmayacak ölçüde acı verici yöntemlerin uygulanmaması,

d) Araştırmayla varılmak istenen amacın, bunun kişiye yüklediği külfete ve kişinin sağlığı üzerindeki tehlikeye göre daha ağır basması,

e) Üzerinde araştırma yapılacak ilgilinin, araştırmanın mahiyet ve sonuçları hakkında yeterli bilgilendirmeye dayalı olarak yazılı rızasının olması ve bu rızanın herhangi bir menfaat teminine bağlı bulunmaması,

f) Yapılacak araştırmayı ilgili etik kurulun uygun görmesi şarttır.

Belirtilen araştırmalar, üzerinde araştırma yapılacak kimselerin emniyetini sağlamaya ve araştırmanın sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesine, takibine ve gereğinde acil müdahale yapılabilmesine elverişli ve araştırmanın vasfına uygun personel, teçhizat ve laboratuvar imkânlarına sahip olan üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, üniversitelere bağlı onaylanmış araştırma-geliştirme merkezleri, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi ve Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından yapılabilir.

Bu araştırmalarda, bireyin hakları ve sağlığının korunması her şeyin üstünde tutulur.

Üzerinde araştırma yapılacak veya yapılan gönüllü, muvafakatini araştırmanın her aşamasında ve hiçbir şarta bağlı olmaksızın geri alabilir.

Sigorta teminatı dışında, gönüllülerin araştırmaya iştiraki veya devamının sağlanması için gönüllüye herhangi bir ikna edici teşvik veya malî teklifte bulunulamaz. Ancak, gönüllülerin araştırmaya iştiraki ile ortaya çıkacak masraflar ile sağlıklı gönüllülerin çalışma günü kaybindan doğan gelir azalması araştırma bütçesinde belirtilir ve bu bütçeden karşılanır.

Araştırma sonucunda elde edilecek

bilgilerin yayımlanması durumunda gönüllünün kimlik bilgileri açıklanamaz.

Sağlık Bakanlığı, araştırmanın yürütülmesi sırasında araştırmaya izin verilirken mevcut şartlardan birinin ortadan kalktığını tespit ederse klinik araştırmayı derhal durdurur. Bu şartların belirlenen süre içerisinde yerine getirilmemesi veya yerine getirilmesinin mümkün olmadığına anlaşılmaması veya gönüllü sağlığının tehlikeye girmesi hallerinde doğrudan araştırma sonlandırılır.

Sağlık Bakanlığınca, insanlar üzerinde gerçekleştirilecek klinik araştırmalara katılacak gönüllülerin hakları, sağlık güvenliği ve esenliğinin korunmasını sağlamak ve klinik araştırmaları etik yönden değerlendirmek amacıyla etik kurullar; klinik araştırmalarla ilgili konularda Bakanlığa görüş bildirmek üzere Klinik Araştırmalar Danışma Kurulu teşkil olunur.

Etik kurullar, en az biri sağlık mesleği mensubu olmayan kişi ve biri de hukukçu olmak kaydıyla ve üyelerinin çoğunluğu doktora veya tıpta uzmanlık seviyesinde eğitimli sağlık mesleği mensubu olacak şekilde, en az yedi ve en çok 15 üyeden oluşturulur. Etik kurul üyelerinin görev süresi iki yıldır. Mazeretsiz olarak üst üste üç toplantıya veya aralıklı olarak beş toplantıya katılmayan üyelerin üyeliği düşer.

Klinik Araştırmalar Danışma Kurulu ise; Sağlık Bakanlığı Müsteşarı veya uygun göreceği bir Müsteşar yardımcısının başkanlığında tıbbin cerrahi, dahili ve temel bilimlerinden Bakanlıkça seçilen uzmanlığını almış veya doktorasını yapmış üçer kişi, birer klinik psikolog ve ilahiyatçı ile Bakanlık 1. Hukuk Müşaviri veya görevlendireceği bir hukuk müşavirinden oluşur. Kurul ilk toplantısında kendi üyeleri arasından bir başkan vekili seçer. İhtiyaç duyulması halinde Kurul ilgili uzmanlardan görüş alabilir veya Kurula davet ederek dinleyebilir. Seçilen üyelerin görev süresi iki yıl olup, görev süresi dolan üyeler yeniden seçilebilir. Mazeretsiz olarak üst üste üç toplantıya veya aralıklı olarak beş toplantıya katılmayan üyelerin üyeliği düşer.

Etik kurullar ve Klinik Araştırmalar Danışma Kurulu, üye tam sayısının üçte iki çoğunluğu ile toplanır ve üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar alır.

İnsanlar üzerinde bilimsel araştırma yapılmasına dair usul ve esaslar, Klinik Araştırmalar Danışma Kurulunun ve klinik araştırma alanlarına göre etik kurulların teşkili, görevleri, çalışma usul ve esasları Sağlık Bakanlığınca çıkartılacak yönetmelikle tespit olunur.

Yönetmelikler

Klinik araştırmalar ile ilgili ilk yönetmelik, Dr. Ziya Özel'in Nerium oleander (zakkum) bitkisinden elde ettiği ekstre ile bazı kanser hastalarını tedavi ettiğinin basın yoluyla duyurulması sonucu, mevzuattaki boşluğu doldurmak amacıyla hazırlanmış ve 1993

yılında Resmî Gazete'de yayımlanmıştır. 2000'li yıllara girildiğinde Avrupa Birliği'ne uyum süreci başlamış ve hâlihazırdaki Yönetmelik ihtiyacı karşılayamaz olmuştur. Bu nedenle AB ile uyumu sağlayacak şekilde 2008 yılında yeni bir yönetmelik yayımlanmıştır. Bazı çevrelerin girişimleri sonucu bu yönetmelik Danıştay'da dava konusu olmuştur. Dört yıllık zorlu bir süreçten sonra 2011'de yayımlanan 6225 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile süreç sonlandırılmış ve aynı yıl yeni bir klinik araştırmalar yönetmeliği yayımlanmıştır. En son 2013 yılında bu yönetmelik yenilenmiştir (Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, 13 Nisan 2013 tarih ve 28617 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanmıştır).

Klinik araştırmalar yalnızca ilaç ve bitkisel ürünlerle yapılan çalışmalar olmayıp tıbbi cihaz klinik araştırmaları, yeni bir ameliyat yönteminin denenmesi gibi araştırmalar da bu kapsama girmektedir. İlaç dışındaki bu klinik araştırmalar için de ayrıca birer Yönetmelik hazırlamak gerekmektedir.

Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik'te aşağıdaki konular işlenmiştir:

- Araştırmaya iştirak edecek gönüllülerin korunması, sigortalanması, araştırma için olur alınması; çocuklar, hamileler ve kısıtlıların klinik araştırmalara iştiraki,
- Klinik Araştırmalar Etik kurullarının yapısı, çalışma usul ve esasları ile görevleri,
- Klinik Araştırmalar Danışma Kurulu'nun yapısı, çalışma usul ve esasları ile görevleri,
- Araştırmaların yürütülmesi ile ilgili esaslar,
- Araştırma ürünleri,
- Advers olayların ve ciddi advers etkilerin bildirimi.

Kılavuzlar

Yönetmelikte detaylandırılması gereken bazı konular kılavuzlarda daha geniş bir şekilde ele alınmıştır. Kılavuzlara Yönetmeliğin bazı bölümlerinin bir çeşit şerhi de denilebilir. Sağlık Bakanlığı klinik araştırmalarla ilgili çok sayıda kılavuz yayınlamıştır. Bazı Kılavuz örnekleri aşağıda verilmiştir:

- İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu,
- Pediatrik Popülasyonda Yürütülen Klinik Araştırmalarda Etik Yaklaşımlara İlişkin Kılavuz,
- İlaçlarla Yapılan Gözlemsel Çalışmalar Kılavuzu,
- Klinik Araştırmalarda Bakanlığa Başvuru Şekline İlişkin Kılavuz,
- Klinik Araştırmalarda Etik Kurula Başvuru Şekline İlişkin Kılavuz,
- Klinik Araştırmalarda Sigorta Teminatı Hakkında Kılavuz,
- İyi İmalat Uygulamaları (GMP) Kılavuzu,
- Klinik İlaç Araştırmalarında Meydana Gelen Advers Olay/Reaksiyon Raporlarının Toplanması, Doğrulması ve Sunulmasına İlişkin Kılavuz,
- Bağımsız Veri İzleme Komitelerine İlişkin Kılavuz.

Pers Kraliçesi Atossa ile geçmişten geleceğe kanserin yolculuğu

Doç. Dr. Türkan Yiğitbaşı



1988 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Biyokimya ve klinik biyokimya uzmanlık eğitimini 1994 yılında tamamladı. Kayseri'de Analiz Tanı Merkezi'nde, ABD'de Baylor College of Medicine'de ve İzmir'de Bölge Hıfzıssıhha Enstitüsü ile Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde klinik laboratuvar direktörü, araştırmacı ve öğretim üyesi olarak çalıştı. Dr. Yiğitbaşı halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Bu yazının konusu; belgelerle ortaya çıktığı 5 bin yıl önce-sinden günümüze kanseri tedavi etmek, kontrol altına almak ve yenmek için yapılan farklı tedavi metotlarını Pers Kraliçesi Atossa'nın hikâyesi eşliğinde yaşamak ve hastalığın geleceğini beraberce düşünmemizi sağlamaktır. Günümüzde biliyoruz ki; kanser, tek bir hücrenin kontrolsüz büyüüp çoğalması sonucu gelişen bir hastalıktır. Bu kurlsız hücre büyümesi, organları istila edip dokuları yok ederek tümörler oluştururlar. DNA değişimleri yani mutasyonlar, sınırsız hücre çoğalmasını tetikleyen genleri seçici biçimde etkileyebilir. Normal hücrede hücre bölünmesi ve ölümü, güçlü genetik devrelerce düzenlenirken kanser hücrelerinde bu devrelerde kopmalar görülebilir.

Normal şartlarda hücre bölünmesi; büyümemizi, uyum sağlamamızı, onarım yapmamızı, sonuçta yaşamımızı mümkün kılar. Engellenemeyen hücre çoğalması ise, biz ölürken kanser hücresinin büyümesini, onarım yapmasını uyum sağlamasını dolayısıyla yaşamını sağlar. Başka bir açıdan bakarsak, kanser; çoğalması engellenemeyen kanser hücresi ile vücut hücrelerinin veya vücudumuzda var olan diğer mikroorganizmaların aynı ortamda var olma savaşı olarak tanımlanabilir mi? İnsan vücudunun, yaklaşık 1014 mikroorganizma ve 1013 memeli hücrelerinden oluşan karmaşık bir yapıdan oluştuğu bilinmektedir. Deri ve mukozal yüzeylerde yaşayan bakteri sayısının insanın kendi hücrelerinden daha fazla olduğu bilgisiyse bakıldığında, insan vücudunun bir tür bakteri ve insan hücresi karışımından ibaret olduğu düşüncesi kanser ve bakteriler başlığının önemli olduğu düşüncesini oluşturmaktadır.

Bakterileri unutup, kanseri malign ve

normal hücrelerin savaşı olarak ele aldığımızda, normal büyüme ile malign hücre büyümesi o kadar iç içe geçmiş durumdadır ki bunları ayırmak tedavinin önündeki en büyük engeli oluşturur. Malign hücrelerdeki mutasyonları engelleyebilsedik ya da mutasyona uğramış hücreyi ortadan kaldırılsedik belki kanserle savaşta daha başarılı olacaktık.

Tarihsel sürecin en başından baktığımızda; kanserle ilgili ilk kanıtlar M.Ö. 3 bin yılına, Mısır'daki Edwin Smith papirüslerine ve Mısır'da bulunan mumyalara dayanır. Eski Mısır'daki insan mumyalarında, kemik tümörleri, kemik erozyonuna yol açmış baş boyun kanserleri ve ülsere meme kanseri olduğu düşünülen 8 vakaya rastlanmış ve tedavinin kanserli dokuyu yakarak yapıldığı bildirilmiştir.

M.Ö. 300 yılına gelindiğinde kanser teriminin ilk defa, tıbbın babası olarak tanımlanan Hipokrat tarafından, organizmanın şifa bulmayan yeni yapılanmaları için kullanıldığı görülür. Vücut yüzeyinde büyüyen ve genellikle ülsere olan, kırmızı, ağrılı, sıcak, diğerlerinden farklı karakterde olan şişliklere Hipokrat, "karkinos" ya da "karkinoma", ondan 500 yıl sonra Galen ise yengece benzettiği görünümü nedeniyle "kanser" adını verdi.

M.Ö. 450'ye gelindiğinde Herodot, birden bire tuhaf bir hastalığa yakalanan Pers Kraliçesi Atossa'dan söz eder. Atossa, memesinde kanayan bir yumru olduğunu fark eder. Bu, olasılıkla enflamatuvar (yangılı) kötü huylu bir meme kanseridir. Atossa, Democedes adındaki Yunanlı kölesi tarafından tümörün alınmasına izin verir. Atossa'nın ne zaman ve nasıl öldüğünü tarih kitapları yazmıyor ama kölesine olan minnet duygusunu ödemek için Yunanistan'a bir sefer yapılmasını sağladığı biliniyor. Bu nedenle bu ame-

liyattan sonra bir süre daha yaşadığını tahmin edebiliyoruz.

Columbia Üniversitesi Tıp Merkezinde medikal onkolog olarak çalışan Sidhartha Mukherjee'nin 2011 yılında Pulitzer ödülü alan kitabı, Atossa'nın öyküsünden bahseder; "Atossa tümörü ile beraber tarih çizgisi boyunca seyahat etse idi nelerle karşılaşacaktı, hangi tedavileri alacaktı, ne kadar yaşayacaktı?" sorularının cevabını arar.

Hikâyeye Atossa'nın yaşadığı çağdan da daha eskiye giderek başlarsak, M.Ö. 2500 yılında Mısır'da İmhotep'in kliniğinde Atossa'nın bir tanısı var. Ancak İmhotep alçak gönüllülük ile tedavisi yok diyor ve vakayı noktılıyor. M.Ö. 450 yılında de kendi çağında Atossa mastektomisinin en ilkel şekline kendi sarayında yine kendisinin karar verdiğini biliyoruz.

Aradan bin yıl geçiyor. Ortaçağ cerrahları Atossa'nın hastalığı hakkında çok bilgi sahibi olmasalar da bıçakları ile yontmaya çalışıyorlar kanseri. Kimi tedavi olarak kurbağa kanı, kurşun levhalar, keçi dışkısı, kutsal su yengeç merhemi, yakıcı kimyasallar, menekşe yaprağı öneriyor. Kimi kanserin açılıp yara haline gelmesi durumunda kurşun dioksit ve civa sülfür'ün yaraya sürülmesini tavsiye ediyor.

Kanser yapan bazı maddelerin olduğu 1771 yılına kadar bilinmiyordu. Percival Pott'un Londralı ocak süpürücülerinde yüksek oranda skrotum ve deri kanseri görülmesinin nedenini kuruma bağlaması, ilk defa kanserojen maddelerin hastalığa neden olduğu düşüncesini oluşturdu. 1778'e gelindiğinde meşhur cerrah John Hunter Londra'daki kliniğinde, bölgesel meme kanseri ve yaygın meme kanseri olarak, meme kanserlerinde ilk evrelemeyi yaptı ve tedavi seçeneği olarak, bölgesel

meme kanseri için lokal ameliyat, yaygın meme kanseri için uzaktan tedaviyi önerdi. Tedavide lenf bezlerinin çıkarılması yine Hunter ile beraber başladı.

Kanser nedeninin neoplastik bir proliferasyon olduğu düşüncesi ancak 19. yüzyılda modern mikroskopun kullanılmaya başlaması ile oluştu. 19. yüzyıla kadar hastalıkların, sert organların kıvam ve elastikiyetinin bozulması (soliter patoloji) ya da vücuttaki sıvılar arasındaki dengesizlik (humoral patoloji) sonucu meydana geldiğine inanılmaktaydı.

19. yüzyılın başlamasıyla, kanser etyolojisini ortaya koymaya çalışan çalışmalar hız kazandı. Bakterioloji alanındaki gelişmelerin bir sonucu olarak kanser enfeksiyöz hastalıklar grubu arasına sokulmaya çalışıldı. İlk olarak Borrel, 1903 yılında kanserin viral kökenli olabileceği fikrini ortaya attı. Ellerman ve Bank, 1909 yılında lösemnin tavuklar arasında bulaşıcı olduğunu gösterdiler. Dr. Klara Fonti, kanser etkeninin virüs olduğu düşüncesinden yola çıkarak 1952 yılında meme kanseri olan bir hastanın kanserli memesinin üzerinden aldığı salgıyı kendi memesine sürerek kanser oluşturdu.

Kanser etyolojisine yönelik araştırmaların artması, hastalığın tedavisinde yeni arayışlara neden oldu.1950'li yıllarda çeşitli bitkilerin kanser tedavisinde etkili olduğu haberleri basında sıkça yer almaya başladı. 1952 yılında, kansere virüsün neden olduğu düşüncesinden yola çıkarak kanser virüsünün daha kuvvetli bir virüs kullanılarak tedavi edilebileceği düşüncesi ortaya atıldı. 1954'te, Sentetik olarak üretilen puromisin adlı antibiyotikğin hayvan deneylerinde meme kanseri üzerinde etkili olduğu gösterildi.

1959'da Dr. Pierre Grobon, kanser hücrelerinde şeker fazlalığı olduğunu, diyabetli hastaların hücrelerinde ise yeteri kadar şeker olmadığını ve diyabetliler hastalarda kanser oluşumunun az olduğunu gözlemlemesi üzerine, suni yolla diyabet oluşturulmasını önerdi. Kanser hücrelerinde şeker birikimini önlemek amacıyla deney hayvanlarında alloxane kullanarak suni diyabet oluşturan Dr. Grobon olumlu sonuçlar aldı.

1961 yılında kanserden korunmak için insanlar üzerinde ilk aşı denemeleri yapıldı.1964'te Dr. Voeber, tümörün sıcaktan zarar gördüğü düşüncesinden yola çıkarak kanserli uzvun 43-44 °C sıcak su ile teması sonucunda tümörün büyümesinin engellendiğini ileri sürdü.

Kanser etyolojisindeki çalışmalardaki bunca yol alınmasına rağmen, eğer Atossa bu yüzyılda yaşamış olsaydı, William Halsted'in Baltimore'daki kliniğinde uyguladığı radikal mastektomi ile tedavi olmak zorunda kalacaktı. Artık uygulanmayan bu tedavi şeklinde, meme ile beraber derin göğüs kasları, koltukaltı ve köprücük kemiginin altındaki derin lenf bezleri çıkarılıyordu.

19. yüzyıla gelindiğinde radyoterapinin keşfi ile tümör hücresinin bölgesel olarak öldürülmesine başlandı. Günümüzde lösemi ve birçok kanser tedavisinde kullanılan kemoterapinin bulunuşu 1940'lı yılların başında gerçekleşti. Artık tedavide 3 strateji vardı: Tümörü cerrahi müdahale ile çıkarmak, radyasyonla yakmak ya da kemoterapi ile hücreleri öldürmek. 1950'lerde yeni bir cerrahlar kuşağı bu yöntemleri bir arada ve daha ılımlı ölçülerde kullanmaya başladılar. Atossa 1950'de yaşasaydı radikal mastektomi yerine basit mastektomi, sonra da ışın tedavisi ve kemoterapi alacaktı muhtemelen.

1970'lerde artık yeni tedavi stratejileri oluşturulmuş durumda. Atossa önce ameliyat oluyor. Sonra Atossa'nın tümörü östrojen reseptörleri açısından pozitif sonuç verdiğinden, tedavisine östrojen karşıtı ilaç tamoksifen ekleniyor.

1986'da tümör büyümesini uyaran bir protein yani Her-2 (epidermal growth factor receptor 2) pozitifliği de artık tedavilerde dikkate alınıyor. Sadece meme kanserinde değil birçok kanserde kanser hücrelerinde görülen gen mutasyonları sonucu HER 2 proteininin artışı gözleniyor. Trastuzumab, Her-2 pozitif kanser hücrelerini hedefleyen ve kanserin tekrar etme riskini azaltan yeni ilacımız. Böylece ameliyat, ışın tedavisi, destekleyici kemoterapi ve tamoksifenden oluşan tedaviler zincirine hedefli tedavi yani Trastuzumab ekleniyor.

Atossa, M.Ö 450 yerine 1986'da yaşasaydı kaderi ne kadar değişecekti? Bunu bilmemiz mümkün olmasa da cerrahi, kemoterapi, ışın tedavisi, hormon tedavisi ve hedefli tedavinin sağ kalım sürecine 17-30 yıl arasında bir katkı sağladığını söyleyebiliriz.

Sorduğumuz sorular arasındaki zaman hızla daralıyor. Atossa 1986 yerine 1990'ların başında yaşasa idi, yani sadece dört yıl sonra yeni bir soru sorulacaktı? BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinde mutasyon taşıyor olabilir mi? Bu gen ürünü insanda DNA hasarlarını onarmaktadır. İnsan genomunu koruyan bakıcı "caretaker" genlerden biridir. Eğer bu genimiz hasar görürse, DNA oluşan hasarlar onarılamaz ve kanser riski artar. Böylece Atossa'nın genom dizilimi ortaya çıkarılıyor Evet mutasyon gerçekten var. Atossa yoğun bir tarama programına alınıyor. Kendisi ile beraber 2 kızına da MRI yapılıyor ve tedavi önerileri sunuluyor. Atossa günümüzde yaşıyor olsa idi, Atossa'nın kızları ve meme kanseri olma ihtimaline karşı iki memesini de aldırın Angelina Jolie belki de aynı kaderi paylaşıyor olacaktı.

Peki, Atossa meme kanseri tanısı ile 2050 yılında bir onkoloji kliniğine gelse neler olabilir? Olasılıkla, her bir gendeki her bir mutasyon saptanmış, kanserin gelişimine ve kalıcılığına katkıda bulunan tüm yollar belirlenmiş, kanserin ameliyattan sonra nüks etmesini engellemek üzere bu yollar için hedef tedaviler belirlenmiş olurdu. Belki de ömür boyu kullanacağı

mutasyona uğramış hücreleri yok edecek kişiye özel bir reçete veriliirdi kendisine. Ancak tüm bu varsayımlar yeni baştan yazıldığında, Atossa'nın tümöründe östrojen reseptörü ve Her-2 negatif olup standart kemoterapiye cevapsız kalsaydı, Atossa'nın hayatta kalma şansı 250 yıl öncesinden daha farklı olmayacaktı. Ya da Atossa daha şanslı olup meme kanseri yerine Hodkin tanısı alsa idi yaşamı 40 yıl daha uzayabilirdi. Ya da Atossa, meme kanseri yerine safra kesesi veya pankreas kanseri olsaydı, hayatta kalma süresi yüzyıllar içinde sadece bir kaç ay artış ile sınırlı kalacaktı.

Sonuç olarak; 5000 yıllık kanser tarihinde, kanserin tanımının yapılması için yüzyıllarca süren morfolojik ve histolojik araştırmalar yapıldı. Sonrasında hastalığın etyolojisine ilişkin teoriler üretildi. Kanser tedavisinde kullanılan cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi yöntemlerinin hiçbirisi ideal yöntem olamadı. Tümör çıkarılsa ya da radyoterapi ile yok edilse bile bütün kanserli hücrelerin temizlendiğinden emin olmak olanaklı değildi. Kemoterapi ise sadece kanser hücrelerinin değil sağlam hücrelerin de bölünmesini durduğundan işlem bütün hücrelere zarar vermekteydi.

Gelinen noktada anlaşıldı ki kanser dediğimiz, tek bir hastalık değil. Her kanser türünde ve her hastada tedavi ve yaklaşım farklı olmalı. Geçmişten günümüze bu yazı ile beraber yaptığımız yolculukta, 19. yüzyıldan sonra kanserle ilgili gelişmelerin etkileyici olduğuna şahit olduk. Ancak kanserle ilgili yapılan çalışmaların sonuna yaklaştığımızı söylemek, her şeye rağmen zor görünüyor.

Kaynaklar

American Society of Clinical Oncology, <http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/thehistory>. (Erişim tarihi:02.11.2013)

Atıcı E. *Tıp Tarihinde Kanser ve Lösemi Türk Onkoloji Dergisi* 2007;22(4):197-204.

Bange, J; Zwick E, Ullrich A, *Molecular targets for breast cancer therapy and prevention. Nature Medicine*,2001;7 (5): 548–552.

Baylav N. *Fatih Sultan Mehmed devrinde telif, tercemeye istinsah edilen tıbbi eserleri ile ilaçlar. İstanbul: Türkiye Tıbbi Müstahzarat Lab Derneği Yayınları. No: 1; 1953, 21-2.*

Ceyhan N, Aliç H, *Bağırsak Mikroflorası ve Probiyotikler Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi* 2012;5 (1): 107-113

Hamblin T. *Historical aspects of chronic lymphocytic leukaemia. Br J Haematol* 2000;111(4):1023-34.

<http://www.mayoclinic.com/health/breast-cancer/AN00495/> (Erişim tarihi: 04.11.2013)

Hudis, CA, *Trastuzumab--mechanism of action and use in clinical practice. N Engl J Med*.2007;357 (1): 39–51.

Mukherjee, S. *The Emperor of All Maladies: A Biography of Cancer*.New York:Scribner;2010.

Sigerist HE. *The historical development of the pathology and therapy of cancer. In: Marti-Ibanez F, editor.On the history of medicine. New York: MD Publications Inc; 1960, 59-65.*

Nuh Tufanı araştırmaları ve arkeolojisi

Prof. Dr. Akif Tan



1961'de Ankara'da doğdu. 1985 yılında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1990'da GATA Genel Cerrahi AB Dalı'nda uzmanlık eğitimi aldı. 1996 yılında GATA Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı'nda yardımcı doçent olarak göreve başladı. 2002 yılında doçent oldu ve 2004 yılında Kıdemli Albay olarak emekliye ayrıldı. Uzun yıllar Özel İstanbul Medipol Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde görev yapan Tan, geçtiğimiz yıl İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi dalında profesör kadrosuna atandı. Dr. Tan evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

İnsanlık tarihinde, belki dünyanın tamamında belki de sadece bir bölgesinde ama insanlığın tamamını temsil edecek bir yerde meydana gelen büyük bir su baskını olduğunu (tufan), Hz.

Nuh tarafından inşa edilen bir gemiyle insan ve hayvanların korunduğunu, hem Kuran-ı Kerim'de ki ayetlerden hem de İncil ve Tevrat'taki anlatımlardan herkes ya duymuştur ya da bilir. Bu tufanın ne zaman gerçekleştiği, hangi topraklarda yaşandığı ise çeşitli arkeolojik araştırmalarla anlaşılmaya çalışılmaktadır. Tufan denince akla hemen gemi, içindekiler ve geminin yanaştığı dağ gelse de bu çalışmalar ateşleyen bilgi ve bulgulara göz atmak, insanların neden bu kadar etkilediğini de anlamamıza yardımcı olabilir.

Tufan olayının araştırılması ve önemsenmesi ile ilgili çalışmalar, 18. yüzyıl başlarında birkaç maceraperest İngiliz araştırmacıyla başlamaktadır. 1835 te Bombay'daki alayına gitmekte olan **H.C. Rawlinson**, sayman ve çevirmen olarak görevliken İran'da Hemedan yakınlarında büyük bir düzlüğün tam ortasındaki heybetli bir tepe ve üzerinde, kocaman kaya üzerine yazılmış, Kral I. Darius'un mezarı için oraya konmuş yazıtları görmesiyle başladı diyebiliriz. Bu yazılar kuneifor yazılar olup üç dilde yazılmış olsa ve birçok araştırmacı tarafından kopyalansa da henüz çözülmemişti. İşte Rawlinson 25 yaşın heyecanı ve bu farklı dilleri öğrenme çabası ile yazıtları kopyaladı ve Persepolis'e 50 km mesafedeki bu henüz keşfedilmemiş hazine üzerine çalışmaya başladı. Rawlinson, bilinen Babil ve Elam dillerinin yanı sıra üçüncü dilinde eski Pers (daha sonra Asurca olarak belirlenecek) dili olduğunu çözecek ve şifrelerinin çeşitli toplantılarda açıklayacak, bu nedenle de "çivi yazısını ilk çözen kişi" olarak tarihteki yerini alacaktı.

1857'de Asurcanın eski Persepolis dı-

şında Behistun kayası üzerindeki yazılar dışında da özellikle Mezopotamya'ya ait belgelerde okunup anlaşılmaya başlandığının basında yer bulması üzerine Londra'daki Royal Asiatic Society, içlerinde Rawlinson'un da bulunduğu 4 dilbilimciye bir yazıyı çözmeleri için gönderdi. Bu yazı Ninova Kazıları sırasında bulunan, eski Asur kralı I. Tiglatplaser'e ait, kralın zaferlerini anlatan sekizgen prizma şeklindeki bir sütun üzerindeki yazıların kopyasıydı ve yazarlardan birbirleri ile hiç görüşmeden özgün olarak bu yazıyı çözmeleri istenmişti. Birkaç ay sonra her bir yazar yaptığı çeviriyi gönderdiğinde; hakemler, sözcüklerin anlamlarıyla okunuşların örtüştüğünü görerek yarım yüzyıllık deneme, araştırma ve tereddütlerden sonra nihayet Persepolis Yazıtlarında alınan mucizevi sonuçla birlikte, Mezopotamya'ya özgü çivi yazısının gizemi ortaya çıkartılmış ve Asurca öğrenilmiş, anlaşılmıştı.

Uzun ve zor çalışmalardan sonra çivi yazısı çözülmüş, Asurca açıklanmıştı. Bu hikâyeye şimdi bir başka İngiliz **Henry Layard** da Musul'dan dahil olacaktı. Bir yazı uzmanı ve arkeolog olan ve İstanbul'da İngiliz Büyükelçiliği de yapmış olan Layard, Ortadoğu'da birçok kazı çalışmaları yürütmüş, birçok antik eseri İngiltere'ye götürüp sergilenmesini sağlamıştı. Bunlardan biri de Ninova'da yürüttüğü kazı çalışmalarıydı. Bu kazılarda, Senahrib Saray Kalıntıları'nda, Asur'un ünlü kralı Asurbanipal'in yaklaşık 25.000 kil tablettten oluşan, dünyanın ilk muhteşem kütüphanesi bulunmuş ve kırılmamış tabletler çıkartılarak British Museum'un yolunu tutmuştu.

Ve sonunda bu çalışmalar meyvesini veriyor yani British Museum'da Ninova Yazıtlarının incelenmesinde ateşli, meraklı bir araştırmacı George Smith, Kaldeli çivi yazıcılarının, yazıtlarını sabırla birleştirerek okumaya başlıyordu. Smith, tabletleri ve parçalarını mitolojik

ve mitsel bir koleksiyonda arşivlemeye başladı. Yaklaşık 12 tablettten oluşan ve daha sonra "Gılgamış Destanı" adıyla ünlenecek olan eski Sümer hikâyesi yavaş yavaş belirmeye başlamışken birden K 63 no'lu tablette (kırık bir tabletti); "tekne, dağların üzerinde karaya oturdu..." satırlarıyla karşılaştığında artık Smith'in aklında tufan hikâyesinin eski bir versiyonu ile karşı karşıya olduğu canlanmış ve büyük bir heyecan içerisinde koridora çıkarak arkadaşlarını çağırmıştı. George Smith, 1872 aralığında elindeki tabletler arasında tufan hikâyesini okuduğunu, bunun "kutsal kitap"ta yer alan ve daha yakın bir tarihte yazılmış olan hikâyeyi kapsadığını bildirdiğinde, İngiliz Entelektüelleri ve Arkeoloji Derneğince, bir anda kutsal kitabın basit fakat çok eskilere dayanan "dünyanın ilk ve en eski kitabı" olma ayrıcalığı sona erdi, kutsal kitabı kendisinden önce ve sonra var olan, edebi ve ruhani bir geleneğe dahil etti. Kutsal kitap, artık uzun bir zincirin sadece bir halkasıydı ve bunun incelenmesi, diğer tüm yazılı eserlerde olduğu gibi tarih ve tarihi yöntemlere bağlıydı.

George Smith gelecek kuşaklara insanlık tarihini öncesi ve sonrası diye ikiye ayıracak bir gerçekliği miras bırakmış, tufan gerçeğinin araştırılması ve fiziksel kanıtların derlenmesi gereğini vurgulamış ve Batı dünyasında tufan anlayışının netleşmesini sağlamıştı. Bu da 19. yüzyıl başlarında bir başka meraklı arkeolog, bir rahibin oğlu Charles Leonard Wooley'in Ortadoğu araştırmalarına ve Mezopotamya Kazılarına başlamasına sebep olmuştu. Sir Leonard Wooley, 1922-1929 yılları arasında, Mezopotamya'nın antik şehirlerinden Ur'da uzun kazılar yaptı. Wooley ve ekibi MÖ. 4. bin yılından kalma kral mezarlarını ortaya çıkardılar. Mezopotamya tarihinin öğrenilmesinde dönüm noktası olan bu çalışmalar sırasında arkeolojik değeri çok yüksek kap, kaçak, miğfer, silah vs. yanında tufandan önceki

kralların listesini ihtiva eden kil tabletler de bulundu. Ne var ki 12 metre daha derine inildiğinde izler tamamen kesilmişti. Bu arada toprağın yapısı incelendiğinde tuhaf bir şeyle karşılaşıldı. Zemin tamamen balçıkla kaplıydı fakat bu kadar derinlikte saf balçığın ne işi vardı? Üstelik kazı çukurunun dibi, denizden çok uzakta ve nehir seviyesinden de bir kaç metre daha yukarıdaydı. Balçığın sebebi ve kapladığı sahayı öğrenebilmek için civar bölgelerde bir dizi kazı daha yapıldı. İlk çukurdan 300 metre uzakta açılan ikinci çukurda da aynı sonuç elde edildi. Wooley, bu sefer de yüksekçe bir tepeyi kazdırdı. Sonuç değişmemişti. Böylece balçık yığılmasının ancak çok kuvvetli bir su baskını yani tufanın eseri olabileceğine dair rapor hazırlandı. Rapor, tüm dünyada büyük yankı uyandırdı. Wooley'in Tekvin'deki tufanın birikintisi olduğunu varsaydığı bu tabakanın bulunuşu hem kamuoyunu, hem din adamlarını heyecanlandırmıştı. Basında, sinemalarda yoğun bir haber olma dönemi yaşandı, *Kaldelilerin Uru* adlı kitap, arkeoloji alanında basılmış en çok okunan kitap oldu.

Daha sonra bu çalışmalara Amerikalı ve Alman bilim adamları da katıldı. Tufanın izlerini taşıyan bir başka Mezopotamya şehri ise Sümerlilerin Kiş şehridir. Eski Sümer kayıtlarında, bu şehir "büyük tufan"dan sonra başa geçen ilk hanedanlığın başkenti" olarak nitelendirilmektedir. Günümüzde Tel El-Fara olarak adlandırılan Güney Mezopotamya'daki Şuruppak kenti de Tufan'ın açık izlerini taşımaktadır. Bu kentteki arkeolojik çalışmalar 1920-1930 yılları arasında Pennsylvania Üniversitesinden Erich Schmidt tarafından yürütüldü. Kazılarda MÖ 3000-2000 yılları arasında var olan bir uygarlığın doğuşu ve gelişmesi değişik tabakalarda rahatlıkla izlenebiliyordu. Çivi yazılı kayıtlardan anlaşılan oydu ki, bu bölgede MÖ 3000'li yıllarda, kültürel olarak oldukça gelişmiş bir halk yaşıyordu.

Asıl önemli nokta ise, bu şehirde de MÖ 3000-2900 yılları civarında büyük bir sel felaketinin gerçekleştiğinin anlaşılmasıydı. Schmidt'in çalışmalarını anlatan Mallovan şöyle diyor: "*Schmidt, 4-5 metre derinlikte kil ve kum karışımı sarı topraktan bir tabakaya erişti (bu tabaka selle beraber oluşmuştu). Bu tabaka, höyük kesitine göre ova seviyesine yakın bir düzeyde yer alıyordu ve höyüğün her yerinde izlenebiliyordu...*" Cemdet Nasr dönemini Eski Krallık döneminden ayıran kil ve kum karışımı tabakayı Schmidt "tamamen nehir kökenli bir kum" olarak tanımlayarak Nuh Tufanı ile ilişkilendirdi. Kısacası Şuruppak kentinde yapılan kazılarda da yaklaşık MÖ 3000-2900 yıllarına rastgelen bir selin kalıntıları ortaya çıkartılmıştı. Diğer şehirlerle beraber Şuruppak kenti de muhtemelen tufandan etkilenmişti.

Birbirinden ve tufan bölgesinden hem

coğrafi hem kültürel olarak bu kadar uzak kültürlerde, tufanla ilgili bu denli detaylı ve birbiriyle uyumlu bilgi nasıl yerleşmiş olabilir? Sorunun cevabı açıktır: Eski dönemlerde birbirleriyle ilişki kurmuş olmaları imkânsız olan bu toplumların yazıtlarında aynı olaydan bahsedilmesi, aslında bu insanların bir ilahi kaynaktan bilgi aldıklarını gösteren açık bir kanıt durumundadır. Görünen odur ki, tarihin en büyük helak olaylarından biri olan tufan, farklı uygarlıklara gönderilen birçok peygamberler tarafından ibret için anlatılmış ve bu şekilde tufanla ilgili bilgiler çeşitli kültürlerle yerleşmiştir.

Meydana geldiği yeri ve meydana gelişini anlamak için arkeolojik verilere bakarak birçok düşünce geliştirilmiştir. Bilindiği gibi Dicle ve Fırat nehirleri Mezopotamya'yı boydan boya kesmektedir. Anlaşılan odur ki, olay anında, bu iki nehir ve irili ufaklı bütün su kaynakları taşmış, bunlar yağmur sularıyla birleşerek büyük bir su baskını oluşturmuşlardır. Kuran'da olay şöyle anlatılır: "*Biz de 'bardaktan boşanırcasına akan' bir su ile göğün kapılarını açtık. Yeri de coşkun kaynaklar halinde fişkırttık. Derken su, takdir edilmiş bir işe karşı birleşti*". Aslında felâketin gerçekleşmesine neden olan öğeler tek tek ele alındığında hepsi gayet doğal olaylardır. Tüm bu olayların aynı anda olması ve Hz. Nuh'un da kavmini böyle bir felaket için uyarması, olayın mucizevi yönünü oluşturur.

Yapılan çalışmalar sonucu elde edilen ipuçları değerlendirildiğinde, tufanın oluştuğu alanın tüm Mezopotamya ovasını kapladığını görülmektedir. Tufanın izlerini taşıyan Ur, Uruk, Şuruppak ve Kiş şehirleri dizilimini incelediğimiz zaman bunların bir hat üzerinde yer aldığını görürüz. Tufan, bu dört şehri ve çevresini etkilemiş olmalıdır. Ayrıca MÖ 3000'li yıllarda Mezopotamya ovasının coğrafi yapısının günümüzdekinden daha farklı olduğunu söylemek gerekir. O devirlerde Fırat nehrinin yatağı, bugünküne göre daha doğuda bulunmaktaydı. Bu akış rotası da Ur, Uruk, Şuruppak ve Kiş'ten geçen bir hatta denk geliyordu. Kuran'da belirtilen "yeryüzü ve gökyüzü pınarları"nın açılmasıyla, anlaşıldığına göre Fırat nehri taşmış ve yukarıda belirtilen bu dört şehri yerle bir ederek yayılmıştı.

Nuh Tufanı insanlık tarihinde çeşitli kültür ve yörelere göre detayda çeşitlilikler gösterse de, genel olarak derin izler bırakmış, insanlığı etkilemiş bir tarihi hadisedir. Tufan olayı, Tevrat ve İncil'in dışında, Sümer, Asur-Babil kayıtlarında, Yunan efsanelerinde, Hindistan'da Satapatha, Brahmana ve Mahabharata destanlarında, İngiltere'nin Galler yöresinde anlatılan bazı efsanelerde, İskandinav Edna efsanelerinde, Litvanya efsanelerinde ve hatta Çin kaynaklı öykülerde birbirine çok benzer şekillerde anlatılır. Eski Yunanlılarda bu

söylencenin Fenikelilerce aktarıldığı ağırlık kazanmıştır. Sümerlerde Zisudra olan kahaman, Babil versiyonun da Utnapiştimdır.

18. yüzyılda arkeolojinin de, yazı biliminin de daha yeni olması nedeniyle hem bilim dallarının genişlemesinde hem de insanlığın hazinelerinin farkına varmasında tufan olayının öğrenilmesine ait çalışmalar ve sonuçları önemli bir yer tutar. Hatta günümüzde tufan olayının en gerçekçi ve en detaylı anlatımının Kuran-ı Kerim'de olması nedeniyle bu konulardaki araştırmalarda da birçok araştırmacı için Kuran'daki tufan kıtası, tam bir kaynak olmaya başlamıştır. Bir zamanlar sadece eski ve yeni ahitte bulunduğu zannedilen bu gizemli olayın arkeoloji sayesinde hem nerelerde geçmiş olduğu, hem de hangi tarihlerde meydana geldiği hakkında ciddi bilgilere ulaşılmıştır. Bu bilgilerle kıtasın insanlıkça taşıdığı derslerin anlaşılması da daha rasyonel olacaktır. Yine insanlığın birçok antik kayıtlarla açıklanmaya çalışılan Hz. Nuh'un gemisinin nerede olduğuna ilişkin merakı hayli yaygın olup birçok popüler kişi ve araştırmacı ile de bu konu güncelliğini korumaya devam etmektedir.

Nuh Tufanı ve Nuh'un gemisi ile ilgili, antik kaynaklardan bugüne kadar gelen görüşlerden bazıları şöyledir: "MÖ 5. yüzyıldan kalan el yazması Sarmatian Belgelerinde Nuh'un gemisinin Asur'un kuzeyindeki dağlarda yer aldığı bildiriliyor. MÖ 5. yüzyıldan kalan Babil'deki işgalden dönen Yahudiler için yazılan Aramice Söylenceleri'nde Nuh'un gemisinin Urartu Bölgesi olduğu ifade ediliyor. MÖ 275'de Kildanilerin en büyük rahibi ve tarihçisi olan Berossus'un diğer yazarlar tarafından aktarılan bilgilerinde, Nuh'un gemisinin Anadolu'nun kuzeyinde yer aldığı söyleniyor. MS 75 Roma egemenliği altında yaşamış bir Yahudi olan Josephus ise Nuh'un gemisinin yeri olarak Anadolu'nun kuzeyini gösteriyor. 180'li yıllarda Nuh'un gemisi ile ilgili bilgi veren Theophilus, geminin Arap Dağları'nda olduğunu belirtiyor. 3. yüzyılda Nuh Tufanı hakkında kısa bilgiler veren Eusebios, geminin yerinin Van Gölü'nün güneyi olduğunu belirtirken, tarihçi Faustus, Suriye İncil'inden hareketle gemi kalıntısının Anadolu'da Mardin'in Nusaybin ilçesi yakınındaki Cudi Dağı'nda olduğunu bildiriyor. Aynı zamanda, 10. yüzyılda Nuh Tufanı hakkında bilgi veren El-Mesudi de Nuh'un gemisinin Cudi Dağı'nda olduğunu belirtiyor. 12. yüzyılda Benjamin Tudela, Ağrı bölgesine yapmış olduğu 2 günlük gezi notlarında Nuh'un gemisinin burada olduğunu kaydetmiş.

Nuh'un gemisi için Ağrı Dağı'na yapılan tırmanışları ve araştırmaları günümüzde medyanın bile ne kadar hevesle takip ettiğini hatırlarsak, daha Nuh Tufanı üzerine insanlığın ilgisinin süreceğini, araştırmalarla zaman zaman şaşırtıcı bulguların ortaya çıkabileceğini söylemek mümkündür.

Verem ve sanat

Yrd. Doç. Dr. Mahmut Tokaç



1963 yılında Ordu, Ünye'de doğdu. 1979'da Ünye Lisesi'nden, 1985'te iÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2000 yılında iÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü'nde doktorasını tamamladı. 2002 – 2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003 – 2009'da Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlüğü ile 2009-2013 arasında İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimliği görevlerinde bulundu. Dr. Tokaç halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Başkanı ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Araştırma Merkezi Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Bazı hastalıklar vardır ki birçok sanat eserine esin kaynağı olmuştur. Sanatta en yoğun kullanılan hastalıklardan biri de veremdir. Roman, hikâye, şiir, şarkı, türkü, tiyatro ve sinemada veremle sıkça karşılaşırız. O dönemleri yaşamamış genç kuşaklar için belki tuhaf bile gelecektir ama bir zamanlar verem romantizmle özdeşti. Sanatçılar adeta kendilerini vereme yakalanma ve ölme zorunluluğu altında hissediyorlardı. Sanatçılar, yazarlar, ressamlar romantizm uğruna zayıflayarak, kan kusarak, zorla nefes almaya çalışarak ölüme gitmeyi bir moda olarak görmekteydiler.

Verem ve romantizm ilişkisinin kökeni, antik çağa uzanan bir fikir olan dört sıvı teorisine dayanır. Hipokrat'tan başlayıp Galen'le devam eden, neredeyse bin yıl kabul gören teorideki dört sıvıdan biri olan “kara safra” melankolik insana aitti ve melankoli, sanatçı hastalığıydı. Dolayısıyla veremli yani melankolik karakter; duyarlı, yaratıcı ve naif olmak durumundaydı.

Sanatçıların bir kısmı kendisi vereme yakalanmış, bir kısmı ise sevdiklerini vereme kurban vermişlerdir. Bu durum onların sanatına da yansımıştır. Bunun en ilginç örneklerinden biri, İngiliz şair John Keats'dir. Hem sevdiklerini veremden kaybetmiş, hem de kendisi veremden ölmüştür. Veremin tesiri şiirlerine yansdığı gibi, aşkı ve hastalığı bir filme de konu olmuştur.

John Keats (31 Ekim 1795- 23 Şubat 1821) 14 yaşındayken annesini veremden kaybetti. Kendisi de vereme yakalandı. Sanatının zirvesindeyken birden içine kapanık ve karamsar bir kişiliğe büründü.

1818'de ise kendisine bakan kardeşi Tom'u da veremden kaybetti. Hastalığı arttı, parasal sorunlar yaşamaya başladı ve parasızlık yüzünden ne tedavi görebildi ne de evlenebildi. 3 Şubat 1820'de ilk kez kan kustu ve zamanla veremi ölümcül bir noktaya geldi. 23 Şubat 1821'de henüz 25 yaşındayken öldü. Ömrünün sonlarına doğru, daha çok ölüm temalı şiirler yazdı. En meşhur şiirlerinden *Ode To A Nightingale*'in bir bölümünde şöyle demektedir:

*Karanlıkta kulak kabarttım; yıllar yılı,
Yarı yarıya aşığım gamsız ölüme.
Ölçülü biçili kafiyelerle ona hitap ederim
tatlı tatlı,
Sessiz nefesimi alıp havaya karıştırırsın
diye.
Şimdi ölmek sanki her zamankinden
daha yerinde,
Gece yarısı son bulmak acıdan ırak,
Sen ruhunu dışarıya saçarken bir umut
Böyle coşku içinde!
İstedğin şarkıyı söyle, nafile bendeki
bu iki kulak
Senin dokunaklı ağıtına olur tabut.
Keats, Kara Dumanlar Kaplamışsa Düz-
lüklerimizi başlıklı şiirini ise şöyle bitirir:
Tatlı Sappho'nun yanakları,
Bir uyuyan bebeğin nefesi,
Yavaşça dökülür saatin içinden
Kum, bir orman deresi ve
Bir şairin son nefesi.*

Yine bir başka şiirinde de; “Gençlik solar, hayalet gibi zayıflar ve ölür” der.

Birçok şiirini adadığı Fanny Brawne'a olan şiirsel aşkı; ödüllü yönetmen Jane Champion tarafından senaryolaştırılarak

yine Fanny için yazdığı *Bright Star* (*Parlak Yıldız*) şiiri ile aynı adla filme konu edildi. Filmin sonunda Keats'in ölüm haberini alan Fanny'nin alacakaranlık ayazında yürürken dudaklarından Keats'in *Bright Star* şiirinin dizeleri dökülür.

*Parlak yıldız, olabilsem
Senin kadar sabit bir ışık
Yalnız kalmadan gecenin
Tepesinde asılı ve görkemli
Seyretsem ebedi gözkapaklarım aralık
Doğanın sabırlı, uykusuz münzevisi
misali,
Akan suları rahipler gibi
Vazife başında artırırken insan kıyılarını
çepeçevre...
Ya da baksam kardan maskeye dağ-
larda...
Ve fundalıklarda yumuşacık düşen
birdenbire...
Yok, ama kalsam yine sabit, yine de-
ğişmez
Güzel sevgilimin tomurcuklanmış göğ-
süne yaslanmışken...
Hissetsem ebediyen inip kalkışını nefes
nefes...
Tatlı bir huzursuzluk içinde uyanık
ebediyen.
Hep, hep duyayım o usulca aldığı nefesi
biteviye
Ve ebediyen yaşayayım ya da bayılayım
ölesiye...*

Keats gibi birçok sanatçı vereme yakalanmış ya da yakınları veremden ölmüştür.

Jane Eyre'in yazarı, Charlotte Brontë, iki kardeşini de vereme kurban verdikten sonra 1855'de kendisi de veremden

öldü. Fransız yazar ve filozof Albert Camus (1913 - 1960) ciddi verem atakları nedeniyle Cezayir Üniversitesi'ni terk etmek zorunda kaldı. Ancak veremden değil bir trafik kazasında öldü. Kendisi de bir doktor olan ve veremden ölen Anton Pavlovich Çehov (1860-1904), genç yaşta yakalandığı ölümcül hastalığın da etkisiyle bütün öykülerini üstü kapalı da olsa kötümser bir bakış ile yazdı. Moskova Tıp Fakültesi'nde 1884'te tıp eğitimini tamamladığı yıl doktorluğa başladıysa da, lise ve üniversite yılları boyunca yazdığı hikâyeleriyle kabul gördüğü edebiyat dünyasını tercih etti. Aynı yıllarda onu ölüme götürecek vereme de yakalanmıştı...

Fransız yazar Moliere, oğlunun ölümünden sorumlu tuttuğu hekimlerden, onların bilgisizliği ve ukalılıklarını hicveden beş oyun yazdı. 1673'te yazdığı *Hastalık Hastası* isimli oyunun dördüncü temsilinde birden kan kusmaya başladı ve birkaç saat içinde veremden öldü.

Honoré de Balzac, Maksim Gorki, Voltaire, Jean-Jacques Rousseau, John Ruskin, Guy de Maupassant, George Orwell ve Jorge Luis Borges ile besteciler Frédéric Chopin, Niccolò Paganini ve Felix Mendelssohn diğer veremli sanatçılardandır. Cahit Sıtkı Tarancı, Peyami Safa, Ömer Bedrettin Uşaklı, Rıfat Ilgaz, Mahmut Yesari, Aclan Sayılğan, Memet Fuat, Muzaffer Tayyip Uslu ve Rüstü Onur ise Türk Edebiyatında hayatının bir döneminde vereme yakalanmış sanatçılarımızdandır ve bazıları vereme yenilmiştir.

Bir insanın verem olduğunu öğrenmesinin, yüzüne karşı ölüm hükmünün okunmasıyla bir tutulduğu günlerde; veremli kişilerin yakalandıkları hastalığın kendilerinden hatta öldükten sonra bile çocuklarından saklanması çok yaygındı. Ünlü yazar Franz Kafka, kaldığı senatordumda veremden ölmeden iki ay önce Nisan 1924'de şöyle yazmıştı: *"Sohbet ederken hiçbir şey öğrendiğim yok, çünkü verem üstüne konuşurken herkeste bir çekingenlik, kaçamak davranışlar ve donuk bakışlar ortaya çıkmakta."*

Sanatı veremden etkilenenler

Ressam Ferdinand Hodler'in (1853-1918) babası ve 2 kardeşi veremden hayatını kaybetti. Hodler'in annesi, ikinci evliliğini bir ressam yaptı ama annesi de Hodler 14 yaşındayken verem sebebiyle vefat etti. Annesinin ikinci eşi dolayısıyla ressamlığa adım attı. Sevdığı kadını ise kanserden kaybetti. Resimlerinde verem ve diğer hastalıkların etkisi görüldü. Edvard Munch, 1868 yılında beş yaşındayken annesini, 1877'de ise ablasını verem nedeniyle kaybetti. Munch'u bu iki ölüm çok etkiledi ve resim



Alice Neel'in T.B. Harlem Tablosu

teknikğine etki yaptı. Modeli Elizabeth Siddal ile İtalyan asıllı İngiliz ressam Dante Gabriel Rossetti (1828-1882) tanıştığında Siddal veremdi. 1860'ta evlendiler ama Siddal'ın hastalığı arttı, acısını dindirmek için içtiği afyon alkol karışımından öldü. Kocasının değil arkadaşları Millias'ın yaptığı Ophelia resmi ile bilinir. Alice Neel, 1940'larda yaptığı T.B. Harlem tablosunda; sevgilisi Jose Santiago'nun iki yıl önce Porto Rico'dan New York'un İspanyol Harlem semtine taşınan 24 yaşındaki kardeşi Carlos Negron'un o yıllarda yapıldığı şekliyle göğüs kafesinin açılarak vereminin tedavi edildiği anı resmetmiştir.

James Tissot, 1836 yılında doğduğu Fransa'dan 1871 yılında Londra'ya gelir. Burada Isaac Newton'un eski eşi Kathleen Newton ile tanışır. Tissot'un büyük aşkı olmakla birlikte resimlerinde çok fazla yer verdiği, güzel bir model olan Kathleen, akciğer veremine yakalanmış ve 28 yaşında yaşamını yitirmiştir. Bu kayıp Tissot'u derinden etkiler, yeniden Paris'e dönmesine sebep olur. Bundan böyle ölümüne dek geçen 17 yılı çok dindar biri olarak yaşamış ve resimlerinde yalnızca dini figürlere yer vermiştir. Bestekâr Hacı Arif Bey, karısı Zülf-i Nigâr hanımın vereme yakalanıp sararıp solması ve günden güne erimesi üzerine güftesi Namık Kemal'e ait olan Segâh makamındaki meşhur şarkısını bestelemiştir.

Kendisi de bir doktor olan ve veremden ölen Anton Çehov, genç yaşta yakalandığı ölümcül hastalığın da etkisiyle bütün öykülerini üstü kapalı da olsa kötümser bir bakış ile yazdı. Fransız yazar Moliere, oğlunun ölümünden sorumlu tuttuğu hekimlerden, onların bilgisizliği ve ukalılıklarını hicveden beş oyun yazdı. 1673'te yazdığı *Hastalık Hastası* isimli oyunun dördüncü temsilinde birden kan kusmaya başladı ve birkaç saat içinde veremden öldü.



Franz Kafka verem nedeniyle ölen sanatçılardan biridir.

*Olmaz ilaç sine-i sâd pâreme
Çâre bulunmaz bilirim, yâreme
Baksa tabîbân-ı cihan, çareme
Çâre bulunmaz bilirim, yâreme*

Zülf-i Nigâr hanımın veremden vefatı üzerine yaşadığı acı ile Recaizade Mahmut Ekrem'in mersiye olarak yazdığı şiiri Saba makamında bestelemiştir.

*Nigâh-ı mestine canlar dayanmaz
Uyanmaz uykudan canan, uyanmaz
Bu naz u işveden asla usanmaz
Sabah olduğuna guya, inanmaz
Uyanmaz uykudan canan, uyanmaz*

Şair Abdülhak Hâmid Tarhan'ın eşi Fatma Hanım veremdir ve hastalık üçüncü devresindedir. Hindistan'dan deniz yoluyla gelirken Beyrut'a gelince Fatma Hanım kötüleşir ve orada ölür. Hâmid, her gün Fatma Hanım'ın mezarını ziyaret eder; geceleri de bir bodrum katında meşhur şiiri Makber'i yazar.

*Eyvah! Ne yer ne yar kaldı
Gönlüm dolu ah u zar kaldı
Şimdi buradaydı gitti elden
Gitti ebede, gelip ezelden
Ben gittim, o hak-sar kaldı
Bir guşede tarumar kaldı
Baki o enis-i diiden eyvah
Beyrut'ta bir mezar kaldı.
Bildir bana nerde, nerde Yarab?
Kim attı beni bu derde Yarab?
Nerde arayayım o dil rübayı
Kimden sorayım bi-nevayı?
Derler ki unut o aşnayı*

*Gitti tutarak reh-i bekayı
Sığsın mı hayale bu hakikat?
Görsün mü gözüm bu macerayı?
Sür'atle nasıl da değişti halim
Almaz bunu havsalam, hayalim
Çık Fatıma! Lahdden kıyam et
Yadımdaki haline devam et
Ketmetme bu razı, söyle bir söz
Ben isterim, ah, öyle bir söz
Güller gibi meyl-i ibtisam et
Dağ-ı dile çare bul, meram et
Bir tatlı bakışla, bir gülüşle
Eyyamı hayatımı tamam et
Makber mi nedir şu gördüğüm yer?
Ya böyle reva mı ey cay-ı dilber?*

Romanlarda verem

Thomas Mann'ın *Büyülü Dağ* adlı romanında Hamburglu genç gemi mühendisi Hans Castrop, üç haftalığına kuzenini ziyarete gittiği bir İsviçre sanatoryumunda kendisinin de tedaviye ihtiyacı olduğunu sevinerek öğrenerek 7 yıl kalır. Bu süre içinde doktorlar ve hastaların dünyasını yaşayarak tanır. Thomas Mann, aslında kendi deneyimini anlattığı bu eserinde, roman sanatının bütün inceliklerini kullanmış ve ironik üslubu ile hastalığı hakkında hiç bilgi vermemiştir. Erich Maria Remarque, *Üç Yoldaş* (Drei Kameraden) adlı sinemaya da uyarlanan eserinde; üç arkadaşın Pat'in vereme yakalanışını ve İsviçre'de sanatoryumda yatışını, politik anlatımla ve şiirsel dille kaleme almıştır.

Yaşar Kemal'in *Hüyükteki Nar Ağacı* romanında; Memet ve arkadaşları verem salgını olduğunu bile bile, ölmeyi göze alarak para kazanmak için Çukurova'ya gitmekte direktmeleri anlatılır. Romanda yoksulluğa vurgu yapılarak "Ölüm yokluktan iyi. Sıtma yokluktan iyi. Verem yokluktan iyi." şeklinde bir replik yer almaktadır.

Alexandre Dumas-Fils'in gençliğinde yaşadığı bir aşk hikâyesinden esinlenerek 1848'de yazdığı *Kamelyalı Kadın* romanında, gerçek aşkın peşine düşen veremli bir fahişe olan Marguerite Gautier'nin yaşadığı dramı anlatılıyor. Marguerite, Armand Duval'e âşık olduktan sonra fahişelik yaşamına son veriyor ve güzel bir gelecek düşünüyor. Ancak baba George Duval bu beraberliğe izin vermiyor. Veremli ve mağrur Marguerite, sevgilisinden ayrılıyor ama kısa bir süre sonra hayata veda ediyor.

Verem, 100 yılı aşkın bir süre, ölüme anlam katmanın yollarından biri sayılmıştı. Nitekim XIX. yüzyıl edebiyatı özellikle genç insanların veremden korkup ürkmediği, ölümü huzur içinde karşılayan

tiplerle doludur. Dostoyevski'nin *Suç ve Ceza*'sındaki Katerina Ivanovna, Victor Hugo'nun *Sefiller*'inde romanın önemli karakterlerinden Fantin, Harriet Beecher Stowe'un ünlü romanı *Tom Amca'nın Kulubesi*'ndeki küçük Eva, Charles Dickens'in *Nicholas Nickleby*'sindeki Smike veya yine Dickens'in romanı *Dombey ve Oğlu*'ndaki oğul Paul gibi.

Sinemada verem

Yeşilçam'ın siyah-beyazlı günlerinden bu güne, filmlere en çok konu olan hastalıktır verem. Melek Özman'ın yönettiği '70 80 90, *Masum, Küstah, Fettan*' isimli belgesel filmde; "Yeşilçam filmlerinde hanımefendiler genelde iftiraya maruz kalıyor, elleriyle yüzlerini kapatıp hıçkırıklar içerisinde ağlarken evden kovuluyor. Masum oldukları ortaya çıkana kadar da ya verem oluyor ya da ölüyorlar." denmektedir.

Bahsi geçen filmlerden en meşhuru, başrolünde Sadri Alışık'ın yer aldığı ve tüm kopyalarının bir yangında yok olması nedeniyle günümüze hiçbir kopyası ulaşmamış olan 1959 yapımı Metin Erksan imzalı *Hicran Yarısı* adlı filmidir. Filmde iki arkadaşıyla bir gece-konduda yaşayan sokak şarkıcısı Ali ve sevdiği kız, evlenmeye karar verirler. Ancak Ali'yi seven ve kendisini meşhur edeceğini söyleyen zengin bir dul, Ali'nin kendisiyle ilgilenmemesi üzerine intihar eder. Ali, katil olarak tutuklanır. Sevdiği kız ise maddi zorluklar nedeniyle mahallenin kasabıyla evlenir. Kadın, verem olduğu için kasap kocasından boşanır ve denize atlayarak intihara teşebbüs eder ancak çevredekilerce kurtarılarak Heybeliada'da sanatoryuma yatırılır. Suçsuz olduğu anlaşılan Ali de tahliye olur. Arkadaşları ile İstanbul'u karış karış arayarak kadını bulurlar ve iki sevgili birbirine kavuşur...

Filiz Akın ve Kartal Tibet'in başrollerini paylaştıkları 1970 yapımı *Beyaz Güller* filminde de birbirini seven ama kızın babası razı olmadığı için kaçan iki genç, bir köye sığınır. Kızın ailesi kızlarını almak için köye gelirlerse de köylüler onları köye sokmazlar. Genç kız veremdir. Çam havası olan bir yere gitmeleri önerilirse de köyden dışarı çıkmaları halinde babasının adamları tarafından sevdiğinin öldürüleceğini bilen kız köyde kalmayı ister ve çamı köye getirmesini söyler. Genç adam uzaklardan bir çam bulur ama çam orada tutmaz ve kız veremden ölür.

Bir başka filmde ise (*Boş Çerçeve*) erkek veremdir ve sevgilisinden saklar. Kıza onu sevmediğini söyler ve uzaklaşır. Hasta olduğunu ve bu yüzden öyle söylediğini sonradan öğrenen kız, onu aramaya gider ama bulduğunda

ölmüştür. Kız da orada intihar eder...

Yakın dönemde de verem konusunu işleyen filmler yapılmış ve halen yapılmaya devam etmektedir. Özcan Alper'in yönettiği *Sonbahar* filminde Yusuf, 1997'de, 22 yaşında girdiği cezaevinden 10 yıl sonra çıkıp köyüne gelir. Aslında iki yıl daha yatması gerekirken geçirdiği ağır hastalık yüzünden çok az ömrünün kaldığının anlaşılması üzerine serbest bırakılır. Yakalandığı verem hastalığı akciğerlerini iyice zayıflatmıştır. Bir de F Tipi hapisane sistemine karşı yapılan ölüm orucu eylemlerine katılması, sağlığını iyice kötüleştirmiştir. Doktor durumunu kendisine açıklayıp yazdığı raporla bırakılmasını sağlar. Yusuf'u, cezaevinden çıkıp geldiği köyünde bir tek yaşlı ve hasta annesi beklemektedir. Annesi ağır hastadır. Artık tek düşüncesi, huzur içinde ölmeden önce Yusuf'u evlendirmektir. Yusuf birkaç ay sonra öleceğini kimseye söyleyemez. Bir gece karşısına meyhanede konsomatris olarak çalışan Gürcü kızı Elka çıkar. Kısa bir süre sonra da birbirlerine aşık olurlar. Son birkaç ayını yaşamakta olan Yusuf için bu aşk, melankolisini arttıran umutsuz bir durumdur. Sonbaharın kendini yavaş yavaş kışa teslim ettiği bir gecede, Yusuf annesinin kendisi için çalma teklifini geri çeviremez ve yıllar sonra bir enstrüman yeniden hayat bulurken, o bütün vadinin bembeyaz bir kefene büründüğü gün toprağa verilir. Tulumun sesi bir annenin oğluna yaktığı ağıda eşlik eder. 6 Haziran 2008 tarihinde 15. Altın Koza Film Festivali kapsamında ilk kez izleyici karşısına çıkan film, Ulusal Uzun Metrajlı Film Yarışması bölümünde En İyi Film seçilmiştir.

II. Dünya Savaşı döneminde Zonguldak'ta yaşayan ve genç yaşta veremden ölen şairler Rüştü Onur ve Muzaffer Tayyip Uslu'nun yaşam öykülerinin anlatıldığı, başrollerini Kıvanç Tatlıtuğ ve Mert Fırat'ın paylaştığı *Kelebeğin Rüyası* filmi geçtiğimiz aylarda sinemalarda oynadı. Yılmaz Erdoğan, yönetmenliğin yanı sıra filmde oyunculuk da yapıyor. Erdoğan'ın filmde canlandığı karakter, o dönemde şairlerin Mehmet Çelikel Lisesi'nde edebiyat öğretmeni olan Behçet Necatigil'dir.

Veremin sonucu her zaman kötü olmayabiliyor. Örneğin **yönetmenliğini Ben Sombogaart**'ın yaptığı, Tessa de Loo'nun yazdığı aynı adlı epik romandan uyarlanan **İkiz Kız Kardeşler** (*Twin Sisters*) filmi, 1925 Köln'ünü konu alır. Filmde anne-babalarının kaybıyla ortada kalan ikiz kız kardeşlerden veremli olanı, hali vakti yerinde, kültürlü Hollanda'da yaşayan bir akraba himayesine alırken; sağlıklı olanı bir Alman çiftçi ailesi olan akrabaları çiftlikte çalıştırmak için yanlarına alır. Veremli olan Lotte, özenli bir bakımla sağlığına kavuşup sevgi dolu

ortamda her imkâna sahip olarak narin bir şekilde büyütülürken, sağlıklı olan Anna acımasız koşullarda, her türlü işe koşturularak, okula gitmesine bile izin verilmeyerek zorlu bir şekilde yetişir.

Tiyatro ve operada verem

Verdi'nin *La Traviata* operası 1853 yılında ilk kez Roma'da sahnelerdi. Alexandre Dumas-Fils'in *Kamelyalı Kadın* romanından uyarlanan opera, gerçek aşkın peşine düşen veremli fahişe Marguerite Gautier'nin yaşadığı dramı konu almaktadır. Operada Marguerite Gautier karakteri Violetta ismiyle canlandırılmaktadır. Violetta son sahnede beyaz bir yatakta kanlar içinde veremden ölür.

Şiirlerde verem

"Veremli şiirler"den ilk akla geleni, Faruk Nafiz Çamlıbel'in *Han Duvarları*'dır. Buradaki bir hanın duvarına yazılı dörtlükte adı geçen Maraşlı Şeyhoğlu Satılmış'ın derdi veremdir:

*Garibim namıma Kerem diyorlar
Aslı'mı el almış haram diyorlar
Hastayım derdime verem diyorlar
Maraşlı Şeyhoğlu Satılmış'ım ben.*

Hayatı, *Kelebeğin Rüyası* adlı filme konu olan ve veremden ölmüş şair Muzaffer Tayyip Uslu da *Kan* adlı şiirinde şöyle yazar:

*Önce öksürüverdim
Öksürüverdim hafiften
Derken ağzımdan kan geldi
Bir ikindi üstü durup dururken
Meseleyi o saat anladım
Anladım ama, iş işten geçmiş ola
Şöyle bir etrafıma baktım
Baktım ki yaşamak güzeldi hala
Mesela gökyüzü
Maviydi alabildiğince
İnsanlar dalıp gitmişti
Kendi âlemine...*

Veremi nedeniyle birçok defalar sanatoryumda yatmak zorunda kalan Rifat Ilgaz, *Sanatoryumda bir doktor konferans verdi* adını taşıyan şiirini şöyle bitirir:

*Sanmayın şifası yok bu hastalığın
Tıbbın elinden ne kurtulur
İniyor ak gömlekle hekim kürsüden
Alkışlanır böyle vadedenler
Biz sadece öksürüyoruz...*

İsmet Özel *Dişlerimiz Arasındaki Ceset* başlıklı şiirinde veremi, bir kapitalizm eleştirisi için kullanır:

Şair Abdülhak Hâmid

Tarhan'ın eşi Fatma Hanım

veremdir ve hastalık

üçüncü devresindedir.

Hindistan'dan deniz yoluyla

gelirken Beyrut'a gelince

Fatma Hanım kötüleşir ve

orada ölür. Hâmid, her gün

Fatma Hanım'ın mezarını

ziyaret eder; geceleri de bir

bodrum katında meşhur şiiri

Makber'i yazar.

Safrazla kesemizi birleştiren anatomi bilgisi

Hadım tarih, kundakçı matematik, geri kafalı gramer

*Evet, bunlar gizlice örgütlenerek alnımıza
Verem Olmak Üretimi Düşürür ibaresini
çizer*

Özel, gene Münacaat'ında "Ölmedim, bir gençlik ölümü saklı kaldı bende" diyerek genç ölümlerinden bahseder.

Şarkı ve türkülerde verem

Türkülerde genellikle aşığına erişemeyen gençlerin derdinden verem oluşu anlatılır. İçinde verem sözü geçmese de hikâyesinde veremli bir genç olan içli bir Yozgat türküsü vardır. Bir genç askerde verem olur ve hava değişimi için memleketine, yani Yozgat Akdağmadeni'ne gönderilir. Hasta çocuk, beşik kertmesi olan kızı deliler gibi sevmekte, ancak ailesi, kızlarını bu gence göstermek istememektedirler. Hasta genç tedavi için İstanbul'a gönderilir ve bir sanatoryuma yatırılır. Penceresinden gördüğü bir incir ağacından aldığı ilhamla bu türküyü yakar. Genç asker, veremden ölür ve cenazesi de İstanbul'da kalır.

*Hastane önünde incir ağacı
Doktor bulamadı bana ilacı
Baştıbip geliyor zehirden acı
Garip kaldım yüreğime dert oldu
Mezarımı kazın bayıra düze
Benden selam söyleyin sevdiğim kıza
Başına koysun, karalar bağlasın
Gurbet elde kaldım diye ağlasın...*

Tenekeci Mahmut (Güzelgöz) Usta'nın derlediği Urfa türküsü, *Hayatları Değirmi* (*Aman Eşref*) her ne kadar zengin bir ailenin kızı ile fakir Eşref'in kaçmaya



Yılmaz Erdoğan imzalı Kelebeğin Rüyası adlı film, geçtiğimiz aylarda sinemalarda oynadı.

kalkmaları üzerine kızın ağabeyleri tarafından vurularak öldürülmelerini konu alsada içinde “seni sevdim seveli oldum yürek veremi” denerek sevdadan verem olduğu da anlaşılmaktadır.

Hayatları değil mi
Şu gelen yar değil mi
Sakıplardan üç güzel
Biri Eşref değil mi
Aman Eşref canım Eşref
Uykudan uyarttın beni
Kana boyattın beni
Gele mi yar gele mi
Yar yanıma gele mi
Seni sevdim seveli
Oldum yürek veremi
Aman Eşref canım Eşref
Uykudan uyarttın beni
Kana boyattın beni
Hayatlarında durdum
Aradım yarı buldum
Eğildim ki öpeyim
Yarı uykuda buldum

Bir Gaziantep türküsünde ise Ermeni kızına aşık olan genç, hem aşkından verem olmuştur ve hem de sevdiğine kavuşamamıştır.

Bahçelerde mor meni
Verem ettin sen beni
Ya sen İslam ol Ahcık
Ya ben olam Ermeni...
Ben sana yandım gelin
Yanağı allı gelin
Gaziantep yolunda
Öldürdün beni gelin

Bahçelerde meleme
Yar göğsün düğmeleme
Ölürsem kanlım sensin
Gözlerin sürmeleme
Bahçelerde saz olur
Gül açılır yaz olur
Ben yarime gül demem
Gülün ömrü az olur
Ben sana yandım gelin
Yanağı allı gelin
Gaziantep yolunda
Öldürdün beni gelin

Aşkına karşılık alamadığı sevgilisi ellerle gezen ve bu yüzden verem olan bir gencin türküsü de vardır:

Et aldım direminen (Beri bak yavrum beri bak)
Öldürdün verem inen (Dön biraz da bana bak)
Nasıl verem olmayım (Beri bak yavrum beri bak)
Gezersin ellerinen (Dön biraz da bana bak)
Kaşların ince mince (Beri bak yavrum beri bak)
Ölürüm görmeyince (Dön biraz da bana bak)
Seni bana vermezler (Beri bak yavrum beri bak)
Düşmanlar ölmeyince (Dön biraz da bana bak)

Merhum Neşet Ertaş da Aradım Derdime Çare adlı türküsünde aşk yüzünden genç yaşında vereme tutulduğunu anlatır:

Aradım derdime çare mi buldun

Bu sevda elinden sararıp soldum
Sefil Mecnun gibi Leyla'dan oldum
Derdimi ellere diye mi bildim
Ağladı gözlerim güle mi bildim
Tutuldu vereme bu genç yaşımda
Zalım kader gezerimş peşimde
Dertli diye ayırdılar eşimden
Almayın yarimi diye mi bildim
Ağladı gözlerim güle mi bildim

Yine Neşet Ertaş Usta Anam Aplar Baş Ucumda türküsünde “Bu dert beni yiye yiye bitirir” derken veremi tarif eder:

Anam ağlar başucumda oturur
Derdim elli iken yüze yetirir
Bu dert beni yiye yiye bitirir
El Çek tabip el çek benim yaramdan
Ölürüm gurtulmam ben bu yaramdan

Ali Aksoy'un Verem Eyler başlıklı türküsü de yârin verem ettiğinden dert yanar.

Uzaklarda ne işlerin var
Kolay dolmaz bil ki yerin yar
Senden ayrılık zulüm olsa da
Yeter senin gülüşlerin yar
Mavi reyhan gülüşü güzel
Sarmaşıklar sarışı güzel
Sanki yeni oğmuşum gibi
Yüreğimin vuruşu güzel
Yârim kaşlarını kalem eyler
Yazar hayatımı elem eyler
Hele öfkelenip kızmayadursun
Delirtir, çıldırtır, verem eyler
Hele ceylan bakışlı güzel
Mor menekşe kokulu güzel

Gece rengi saçlarına
Papatyalar takışlı güzel
Hemen küser darılır yar
Her sözünden kırılır yar
Neyledim de gittin ellere
Şimdi elden sorulur yar

Cevdet Bağca'nın *Verem Olsam* türküsünde de yine aşk derdiyle verem olmaktan bahsedilir:

Derdinden verem olsam
Tutuşsam kerem olsam
Sürmem seni tenime
Yarama merhem olsan
Kurumuş yaprak olsam
Bi çorak toprak olsam
İçmem bir yudum senden
Kerbelâ'da su olsan

Malatya'nın Akçadağ'a bağlı Ören Kasabasında genç yaşta veremden ölen gelin için söylenen Örenli Gelin Ağırda ise şöyledir:

Akçadağ Köyüne Ören diyorlar
Senin bu derdine verem diyorlar
Örenli gelin, veremli gelin
Ören'e vardım da örene benzer
Yıkılmış evleri de virana benzer
Ören'li gelin, veremli gelin

Bir de çokça versiyonu bulunan, başında kısa aralıklarla öksürük efekti gelen *Veremli Kız* türküleri vardır:

On beş yaşında bir melek
Veremli bir sarı çiçek
Geldi anlattı derdini
Yüreğim hep yanık yanık
Her gün doktor gelir gider
Herkes onu merak eder
Gelme doktor gelme doktor
Bu derdime çare yoktur
Doktor der ki veremli kız
Yaprak dökümünü bekler
İğne iplik verin bana
Çıkayım şu ağaçlara
Siz de yardım edin bana
Dikelim şu yaprakları
İğne iplik bulamadım
Ben gençliğime doyamadım
Annem ağlar için için
Ben bilirim kimin için
Ko ağlasın annem babam
Şu benim gençliğim için
Pencerede yeşil perde
Nasıl düştüm ben bu derde
Ben bu dertten ölür isem

Nasıl yatarım kara yerde
Pencereden kar geliyor
Yorgan döşek dar geliyor
Açtım yorganı baktım
Veremli kız can veriyor

Müdür Beyin Yeşil Kürkü diye başlayan Tokat türküsü ile *Ne Durursun Oralarda* diye başlayan Ordu türküsündeki ortak nakarat da “*Verem oldum ölüyorum*” denmektedir.

Yanma da güzelim yanıyom ben
Mendilli sallı geliyom ben
Bir güzelin uğruna da (yoluna da)
Verem de oldum ölüyom ben

Ahmet Kaya'nın yorumladığı Ataol Behramoğlu'nun *Bu dert beni verem eder* şiiri de vardır:

Eğri büğrü bakar oldum
Şaşkın oldum, sakar oldum
İkide bir yüreğimi dağa taşar diker oldum
Şunca yıldır karanlıkta göz kırpmaktan bıkar oldum
Benim annem şeker annem gençlik elden gitti gider
Gece gündüz dolaşırım tenhalarda menhalarda
Benim annem güzel annem beni beni beni koyver
Sağ yanımda bir sızı var sol yanımda dağlar duman
Altı patlar, altı patlak bu dert beni bu dert beni verem eder
Dama çıktım damdan düştüm
Kılıç kestim rakı içtim
Şahin oldum, keloğlanın külahını kaptım kaçtım
Yare ağlar, güler uçtum
Yarı yolda yorgun düştüm
Benim annem kadın annem bu nasıl iş bana de hele
Gece gündüz düşünürüm tenhalarda menhalarda
Aman annem güzel annem beni beni beni koyver
Sağ yanımda bir sızı var sol yanımda yandım allah
Altı patlar altı patlak bu dert beni bu dert beni adam eder

Güftesi Necdet Rüştü Efe'ye ait bir Sadettin Kaynak şarkısı, *Batan gün kana benziyor*'da aşıkların verem olacağı söylenmektedir:

Batan gün kana benziyor
Yaralı cana benziyor
Ah ediyor bir gül için
Şu bülbül bana benziyor

Vah benim garip gönlüm
Gece kapladı her yeri
Keder sardı dereleri
Düşman değil sevda açtı
Bağrımdaki yareleri
Vah benim garip gönlüm
Rahatça bir dem olaydı
Yarama merhem olaydı
Kurtulurdu daha çabuk
Aşıklar verem olaydı
Vah benim garip gönlüm

Söz ve müziği Ali Kızıltuğ'a ait Sabahat Akkiraz'ın seslendirdiği *Değirmen (Yar orada kanser oldu ben burada verem)* türküsünde de kanser ve verem birlikte anılır:

Değirmenim terse döndü bu sene
Bulgura mı yanam ben una mı yanam
Yar orada kanser oldu ben burada verem
Ben bana mı yanam ona mı yanam
Sadık yarım deyip beni aldattın
Gözlerimden kanlı yaşlar çağlattın
kendine kar yağdı bana dolular attın
Ben bana mı yanam ona mı yanam
Kızıltuğum dert bürüdü sinemi
Çekmeyen anlamaz kardeş ölem mi
Kendi Aslı'yı geçti ben de Kerem'i
Ben bana mı yanam ona mı yanam

Kaynaklar

Ahmet Rasim Küçükusta, *Çare Bulunmaz Bilirim Yareme*, Yayın tarihi: 20 Ocak 2010, <http://www.ahmetrasimkucukusta.com/2010/01/20/yazilar/tip-yazilari/tuberkuloz/cale-bulunmaz-bilirim-yareme/> (Erişim tarihi: 22.12.2012)

Faik Çelik, *Verem ve Edebiyat*, <http://www.mev-simsiz.net/Yazdir/4820/> (Erişim tarihi: 22.12.2012)

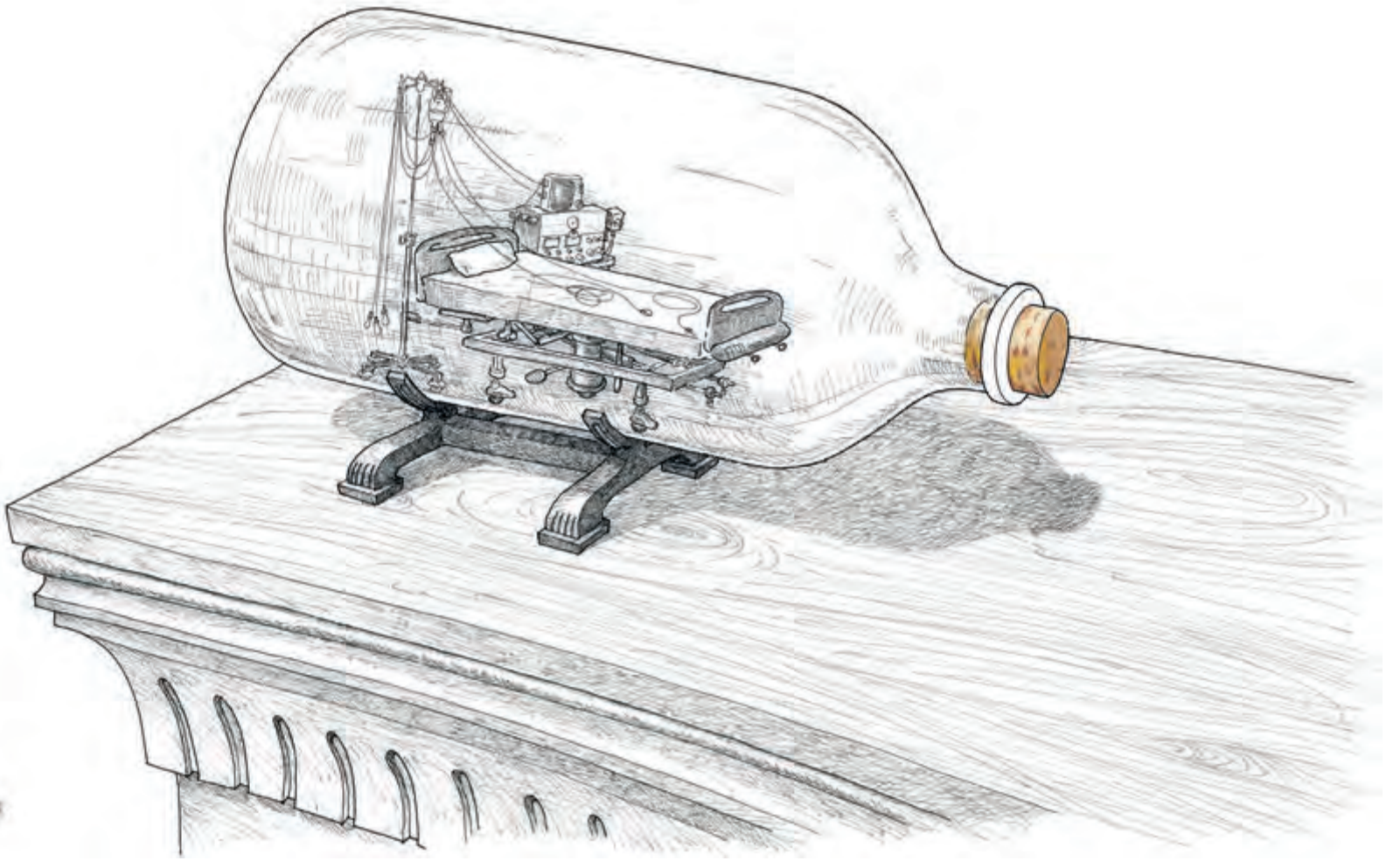
<http://www.beyazperde.com/filmler/film-207945/> (Erişim tarihi: 22.12.2012)

<http://www.posta.com.tr/PostaKamaval/YazarHaber-Detay/Guzel-oldugunuz-kadar-kustahsiniz-da---.htm?ArticleID=61199> (Erişim tarihi: 22.12.2012)

http://tr.wikipedia.org/wiki/Verem_vakalar%C4%B1n%C4%B1_listesi (Erişim tarihi: 22.12.2012)

Salih Turan, Abuzer Akbıyık, Osman Güzelgöz, *Şarkılarda Sağlık & Sağlıkla İlgili Şarkılar*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2011

Sait Eğrilmez, Salih Turan, Osman Güzelgöz, *Türkülerde Hekimlik & Sağlıkla İlgili Türküler*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2010



Karikatür: Dr. Kadir Doğruer