

SD

MART
NİSAN
MAYIS
2014
12 TL
(KDV DAHİL)
İLKBAHAR

30

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 OECD 2013 VERİLERİ PENCERESİNDEN TÜRKİYE'NİN SAĞLIK DURUMU | **PROF. DR. HASAN YAZICI** SAĞLIKTA DÖNÜŞÜMÜN TALİHSİZ BİR SAVUNMASI: R. ATUN VE ARKADAŞLARI LANCET, 2013 YAZISI VE İZLEYEN TARTIŞMA | **DR. HASAN GÜLER - DR. DİLEK TARHAN - DR. ABDULLAH ÖZTÜRK - DR. MEHMET DEMİR** ŞEHİR HASTANELERİNDE KALİTE YÖNETİMİ VE SAĞLIK KAMPÜSLERİ PROJESİ | **PROF. DR. NİHAT TOSUN** ESKİ HASTANELER, MODERN ŞEHİR HASTANELERİNDE BİRLEŞTİRİLECEK **PROF. DR. TANER DEMİNER** ÜLKEMİZDE SAĞLIK POLİTİKALARINA BİR BAKIŞ | **DR. YUSUF İZZETTİN GÜVEN** ACİL NÖBETLERİ BAĞLAMINDA TÜRKİYE'NİN SAĞLIK SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ | **YRD. DOÇ. DR. HARUN KIRILMAZ** HASTA HAKLARINDA GELİNER NOKTA: HASTA HAKLARI VERSUS ÇALIŞAN HAKLARI | **TARIK KARAKUŞ** SAĞLIKTA "FRANCHISING" OLUR MU? | **DR. ÖMER ATAÇ - DR. A. ALP AKER** AŞI KARŞITLIĞI | **DR. EDA AYPAR - DOÇ. DR. MESUT SANCAR - PROF. DR. FİKRET VEHBİ İZZETTİN** ECZACILIKTA YENİ DÖNEM: KLİNİK ECZACILIK VE SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ YERİ | **DOÇ. DR. HANEFİ ÖZBEK** PLASEBO | **PROF. DR. S. YAVUZ SANİSOĞLU - YRD. DOÇ. DR. SELCEN YÜKSEL** SAĞLIKTA UZAKTAN EĞİTİM: MEVCUT DURUM VE GELECEK ÖNGÖRÜLERİ | **PROF. DR. AYTEKİN OĞUZ - DR. ÖZGE TELCİ ÇAKLILI** TIP EĞİTİMİNDE MENTORLUĞUN ÖNEMİ | **PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ** SAĞLIK PERSONELİ İÇİN SÜREKLİ MESLEKİ GELİŞİM MODELLERİ | **DR. AHMET MURT ÖRTÜK** (SAKLI) MÜFREDAT: BİR ENGEL VEYA BİR FIRSAT | AKTARIMLI TIPTA UZMANLIK: YENİ BİR NESİL İÇİN DİSİPLİNLER ARASI EĞİTİM (ÇEVİRİ) | **PROF. DR. ŞİNASİ ÖZSOYLU** BENİ GELİŞMEYE ZORLAYAN ASİSTANLARIMA VE ÖĞRENCİLERİME MÜTEŞEKKİRİM | **PROF. DR. KAZIM BEŞİRLİ** TIPTA SOSYAL BİLİMLER VE KÜLTÜREL DEĞERLER | **BAYRAM DEMİR** SAĞLIK PERSONELİNE YÖNELİK ŞİDDET DURACAK MI? | **DR. NAZAN ERENOĞLU SON** BEDEN HAKKINDA GÜNCEL TARTIŞMALAR | **DR. BÜLENT ÖZALTAY - DR. M. ALPERTUNGA KARA** HELSİNKİ BİLDİRGESİ (2013) ÜZERİNE | **PROF. DR. AKİF TAN** EVRİM DENİNCE NE ANLIYORUZ? **DOÇ. DR. ARZU KİHTİR** SAĞLIK KURUMLARINDA İLETİŞİM VE EMPATİ | **PROF. DR. AYTEN ALTINTAŞ** TIBBİYELİLERİN ÖZGÜRLÜK MÜCADELESİ VE TIP BAYRAMI KUTLAMALARI **YRD. DOÇ. DR. MAHMUT TOKAÇ** RADYODA ÖNCÜ BİR SAĞLIK PROGRAMI: BİR NEFES SİHHAT | **DR. MURAT SALİM TOKAÇ** PORTRÉ: DR. SUPHİ ZÜHDÜ EZGİ **PROF. DR. SEFA SAYGILI** **PROF. DR. AYHAN SONGAR** İÇİN... | **DR. ORHAN DOĞAN** KARİKATÜR



MART-NİSAN-MAYIS 2014
İLKBAHAR, SAYI 30
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 Öztay
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

Bilim kültür ve düşünce ortaklığı

Leonardo da Vinci, ressamlığının, heykeltiliğinin, mimarlığının ve mühendisliğinin yanı sıra zaman zaman yaptığı bir dizi bilimsel araştırmaları da not defterine düzenli kaydedirdi. Bir keresinde Milano'da çalışırken köylüler ona Parma ve Piacenza dağlarında buldukları bir torba deniz canlısı kabuğu ve mercan getirdiler. Leonardo'nun onların anlamı üzerinde yaklaşık 25 yıl boyunca kafa yorduğu anlaşılıyor. Not defterleri onun gidip oraları gördüğünü açıkça ortaya koymaktadır. Dahası, çağının birçok düşünüründen farklı olarak Leonardo'nun onları hayvan kalıntılarına benzeyen taşlar değil, deniz yaratıklarının kalıntıları olduğundan kuşku duymadığını anlatıyor. Leonardo deniz kabuklarının o dağlara nasıl geldiğini öğrenmek istedi ve kendince cevabını buldu: o bölge bir zamanlar deniz kenarındaydı ve bir nedenle bu deniz kabukluları oraya gelmişti. Gerçekten bir Nuh tufanı olup olmadığını ve fosilleri oraya getirenin tufan olup olmadığını sorguladığını öğreniyoruz. Leonardo'nun bunlara kafa yorması, karanlık bir dünyada çabalayan incelikli bir bilimsel düş gücü olduğunu ortaya koyuyor. Gördüğü yaratıkların soyları tükenmiş mi, yoksa varlıkları hala süregelen türler mi olduğunu Leonardo'ya söyleyecek bir deniz canlıları kataloğu yoktu. Gördüklerini anlamasına yardımcı olacak eski çağ denizlerinin haritalarının olduğu da kuşkuluydu. Dolayısıyla fiziksel kanıtlardan çok düş gücü, bu çağda bilimin önünü açan araçlardan biriydi.

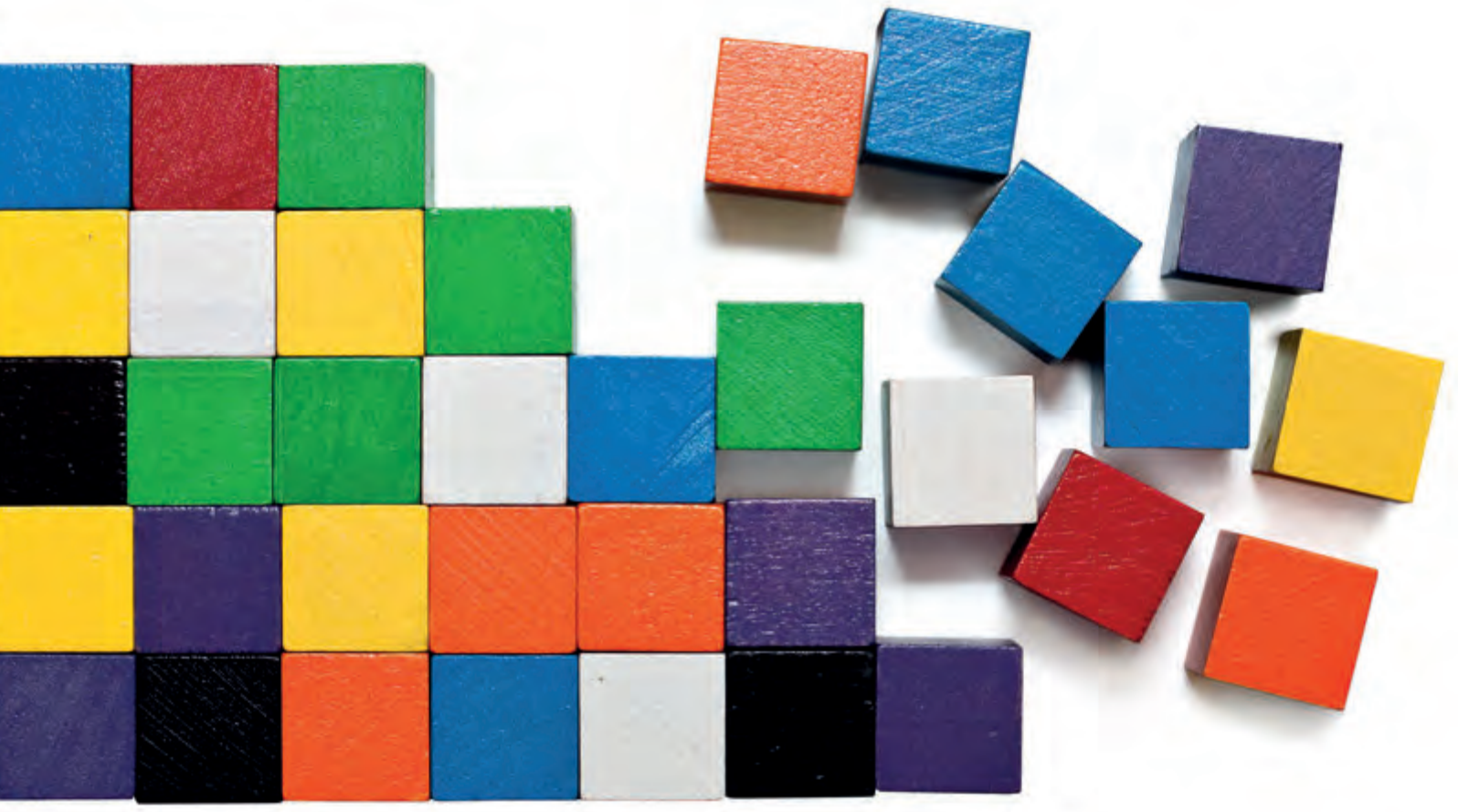
Bilindiği gibi Ivan Petrovich Pavlov, daha çok otomatik diz sıçraması davranışı anlamına gelen Pavlovyan terimiyle ve şartlı refleks terimiyle bilinir. Oysa Pavlov'un çalışmaları tek bir adla ifade edilemeyecek ölçüde önemlidir. 1924'te 75 yaşındayken verdiği bir dizi konferansı içeren ünlü kitabı

“şartlı refleksler” 1926’da yayınlandığında beynin fiziksel işleyişini anlamaya yönelik onlarca yıllık deneysel gözlemleri özetliyordu. Gözlemler derleyen başkaları gibi Pavlov da gözlemlerini kategorilere ayırma yanlısıydı ve özellikle anlamının çoğu kez kategoriler oluşturmakla başladığına vurgu yapıyordu. Enteresan olan Pavlov’ un refleksler kitabı ve çalışmalarını başlatan düşünce kıvılcımının Descartes’in “sinirsel refleks” kavramı olmasıdır. Özetlersek, bir iç veya dış uyarı, sinir alıcılarından birine rastlar ve sinirsel bir itime neden olur, bu sinirsel itim sinir lifleri üzerinden merkezi sinir sistemine iletilir. Orada mevcut sinirsel bağlantılar yardımıyla geriye yönelik sinir lifleriyle hedef organa iletilen yeni bir itime yol açar ve o organdaki hücrelerde özel bir etkinliği başlatır. Tıpkı neden-sonuç ilişkisi gibi...

Bu anlayışa göre insanların ve hayvanlardaki sinirsel faaliyetlerin temelini oluşturan şeyler refleks kümeleridir. O nedenle organizmanın temel reflekslerini bütün ayrıntılarıyla incelemek hayatı anlamakta bize yol gösterir. Refleks kümelerini beslenme, korunma, cinsellik, ana babalık, sosyal gibi başlıklar altında sınıflandırmanın tümüyle yeterli olmadığı, bu konuda daha detaylı sınıflamalar gerektiği bilinmektedir. Sıklıkla göz ardı edilen reflekslerden biri olan sorgulayıcı refleks dikkat çekmek isteriz. Bu reflekslerdir ki insanlar ve hayvanlar çevrelerindeki en ufak değişikliğe hemen tepki verirler; duyu organlarında akis bulan etkeni inceden inceye araştırırlar. İnsanlarda bu refleksin en üst derecesine meraklılık diyebiliriz.

Merak bilimsel yöntemin atasıdır; onun sayesinde çevremizde olup bitenler hakkında bilgi ediniriz; böylece gerçeği ve doğru yolu bulmayı umut edebiliriz. Ancak bu insanı anlamamız için yeterli değildir. İnsanı refleksler yumağından kurtaran düş ve düşünce gibi güçleri göz ardı edemeyiz. Bu gücü oluşturan içgüdüsel önyargılar ve bilinçaltı motivasyon kuramları hayatımıza gerçek bir zenginlik ve genişlik sağlamaktadır.

Yukarıda sözü edilen bilim serüvenleri gibi sekiz yıldır okuyucularıyla buluşan Sağlı Kültürü ve Tıp Dergisinin sayfalarını dolduran düşüncelerin yansıtıldığı bilim yazılarının da aynı zamanda edebi bir metin kadar çekici ve okunmaya değer oluşunu hatırlamakta fayda vardır. Bu yazılar, aktardığı temel bilginin yanı sıra, yazarlarının hayal gücüyle konuyu renkli ve canlı bir biçimde okura sunma gayretindedir. Amaç, okuru bu yazıların eşliğinde entelektüel bir iletişim içinde düşünmeye sevk etmektir. Şayet hayatımızda bu tür okumalar azalmışsa, bilim çevrelerinin etkili bir dil kullanmadığını, ya da okuyucunun bu entelektüel iletişime yeterince önem vermediğini söyleyebiliriz. Bunun böyle olmadığına eminiz. Zira tüm eksikliklerimize, kusurlarımıza rağmen, 8 yıldır hiç ara vermeden okuyucumuzu SD ile buluşturmayı başarmış bulunuyoruz. Bilim, kültür ve düşünceye odaklı yaklaşık üç bin sayfalık ortak mülkümüz var. Yazdıkça okunan, okudukça paylaşılan, paylaşıldıkça ortak olunan bir birikim bu. Ortak mülkümüz. Erişilmemiş bilgiyi yitik malımız olarak gördüğümüze göre eriştiğimize ortak olmak hakkımız değil mi?



İçindekiler

6

OECD 2013 VERİLERİ PENCERESİNDEN TÜRKİYE'NİN SAĞLIK DURUMU
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

10

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜMÜN TALİHSİZ BİR SAVUNMASI:
R. ATUN VE ARKADAŞLARI LANCET, 2013 YAZISI VE İZLEYEN TARTIŞMA
PROF. DR. HASAN YAZICI

14

ŞEHİR HASTANELERİNDE KALİTE YÖNETİMİ VE SAĞLIK KAMPÜSLERİ PROJESİ
DR. HASAN GÜLER - DR. DİLEK TARHAN
DR. ABDULLAH ÖZTÜRK - DR. MEHMET DEMİR

18

PROF. DR. NİHAT TOSUN:
ESKİ HASTANELER, MODERN ŞEHİR
HASTANELERİNDE BİRLEŞTİRİLECEK



24

ÜLKEMİZDE SAĞLIK POLİTİKALARINA BİR BAKIŞ
PROF. DR. TANER DEMİRER



28

ACİL NÖBETLERİ BAĞLAMINDA TÜRKİYE'NİN SAĞLIK SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
DR. YUSUF İZZETTİN GÜVEN

34

HASTA HAKLARINDA GELİNEREN NOKTA:
HASTA HAKLARI VERSUS ÇALIŞAN HAKLARI
YRD. DOÇ. DR. HARUN KIRILMAZ

40

SAĞLIKTA "FRANCHISING" OLUR MU?
TARIK KARAKUŞ

42

AŞI KARŞITLIĞI
DR. ÖMER ATAÇ - DR. A. ALP AKER

48

ECZAÇILIKTA YENİ DÖNEM: KLİNİK ECZACILIK
VE SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ YERİ
DR. EDA AYPAR - DOÇ. DR. MESUT SANCAR
PROF. DR. FİKRET VEHBİ İZZETTİN

52

PLASEBO
DOÇ. DR. HANEFİ ÖZBEK

54

SAĞLIKTA UZAKTAN EĞİTİM: MEVCUT DURUM
VE GELECEK ÖNGÖRÜLERİ
PROF. DR. S. YAVUZ SANİSOĞLU
YRD. DOÇ. DR. SELCEN YÜKSEL

56

TIP EĞİTİMİNDE MENTÖRLÜĞÜN ÖNEMİ
PROF. DR. AYTEKİN OĞUZ - DR. ÖZGE TELCİ ÇAKLILI



60

SAĞLIK PERSONELİ İÇİN SÜREKLİ MESLEKİ
GELİŞİM MODELLERİ
PROF. DR. MUSTAFA ALTINDİŞ

64

ÖRTÜK (SAKLI) MÜFFREDAT:
BİR ENGEL VEYA BİR FIRSAT
DR. AHMET MURT

68

AKTARIMLI TIPTA UZMANLIK: YENİ BİR NESİL İÇİN
DİSİPLİNLER ARASI EĞİTİM (ÇEVİRİ)

70

PROF. DR. ŞİNASI ÖZSOYLU:
BENİ GELİŞMEYE ZORLAYAN ASİSTANLARIMA
VE ÖĞRENCİLERİME MÜTEŞEKKİRİM



76

TIPTA SOSYAL BİLİMLER VE KÜLTÜREL DEĞERLER
PROF. DR. KAZIM BEŞİRLİ

80

SAĞLIK PERSONELİNE YÖNELİK
ŞİDDET DURACAK MI?
BAYRAM DEMİR

82

BEDEN HAKKINDA GÜNCEL TARTIŞMALAR
DR. NAZAN ERENOĞLU SON



88

HELSİNKİ BİLDİRGESİ (2013) ÜZERİNE
DR. BÜLENT ÖZALTAY - DR. M. ALPERTUNGA KARA

90

EVİRİM DENİNCE NE ANLIYORUZ?
PROF. DR. AKİF TAN

92

SAĞLIK KURUMLARINDA İLETİŞİM VE EMPATİ
DOÇ. DR. ARZU KİHTİR

94

TIBBİYELİLERİN ÖZGÜRLÜK MÜCADELESİ
VE TIP BAYRAMI KUTLAMALARI
PROF. DR. AYTEN ALTINTAŞ



98

RADYODA ÖNCÜ BİR SAĞLIK PROGRAMI:
BİR NEFES SIHHAT
YRD. DOÇ. DR. MAHMUT TOKAÇ

100

PORTRE: DR. SUPHİ ZÜHDÜ EZGİ
DR. MURAT SALİM TOKAÇ

102

PROF. DR. AYHAN SONGAR İÇİN...
PROF. DR. SEFA SAYGILI

104

KARIKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

OECD 2013 verileri penceresinden Türkiye'nin sağlık durumu

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.

Kapsamlı bir istatistik yıllığı olan OECD Sağlık İstatistikleri 2013 (eski adıyla OECD Sağlık Verileri 2013) yayımlandı. Bilindiği gibi OECD veri tabanı; tarım, ekonomi, eğitim, enerji, çevre, sağlık, endüstri, bilgi ve iletişim, uluslararası ticaret, iş gücü, nüfus vergiler, kamu harcamaları ve AR-GE gibi farklı alanlardaki durumu gösteren 100'den fazla indikatörün yer aldığı önemli bir uluslararası kaynaktır. Sağlık istatistikleri, araştırmacı ve politika yapıcılara sağlık durumu ve sağlık sistemleri açısından ülkeler arasında karşılaştırma imkânı veren bilinen en kapsamlı araçlardan biridir. Bu yazının amacı, sözünü ettiğim kaynaktan hareketle yayımlanan son uluslararası veriler penceresinden Türkiye sağlığına bakmaya çalışmaktır. Özgün bir çalışma olmayıp bir anlamda mevcut verileri anlamaya çalışmaktan ibaret bir çabanın sonucudur. Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye'nin kendi yayımladıkları veriler bu çalışmanın konusu dışındadır.

Geniş kapsamlı istatistik verilerinin toplanması, doğrulanması, yayımlanması ve uluslararası kuruluşlar nezdinde kabul görüp veri tabanlarında yer alması, uzunca bir sürecin eseridir. Veri toplama yöntemi, özellikle saha araştırmaları, anketler, kayıtların belli merkezlerde toplanarak konsolide edilmesi, analizi ve yorumlanması sürecin tabi olduğu zaman aralığını etkileyen önemli faktörlerdir. Bazı veriler saha araştırmaları yoluyla ve belli aralıklarla

yapıldığından ancak birkaç yılda bir veri tabanlarında güncellenebilmektedir. Ayrıca farklı ülkelerin bu anlamda kapasite ve yetenekleri aynı olmadığı için ülkelerin karşılaştırmasında her zaman aynı zaman dilimindeki verilere ulaşmak mümkün olmamaktadır. Bu yüzden en güncel tablolarda bile "mümkün olan son veri" olarak bazen yıllar öncesine ait veriler yer alabilmektedir. Bu duruma dayalı olarak bazı verilerin yanında elde edildiği yıl da verilmiştir. Karşılaştırmalarda bu hususun dikkate alınması gerektiğine işaret etmek isterim.

Son yıllarda, hayat şartlarının iyileşmesi, halk sağlığı hizmetlerinin gelişmesi ve sağlık hizmetlerindeki ilerlemelere paralel olarak OECD ülkelerinde doğumda beklenen hayat süresinde önemli bir artış gözlenmektedir. Bu ülkeler arasında Türkiye 1960'dan sonra en fazla iyileşme gösteren ülkelerden biri olmuş ve beklenen hayat düzeyinde 25 yıla varan artış gerçekleştirmiştir. Ne var ki, bu artış dahi henüz bizi arzu edilen düzeye çıkaramamıştır. Türkiye'de 2012 yılında doğumda beklenen hayat süresi 74,6 yıldır. 80 olan OECD ortalamasının altında olup hala bu ülkeler arasında en düşüklerden biridir. 1960'ta ortalamanın 20 yıl altında iken bugün 5 yıl altında kalmıştır. Beklenen hayat süresi kadınlarda 77,2, erkeklerde ise 72 yıldır. OECD ortalaması kadınlarda 83, erkeklerde 77 yıldır.

Her zaman tam bir paralellik arz etmese

de, beklenen hayat süresinin uzunluğu, kişi başı sağlık harcamalarının artışı ile de ilişkilidir. Yani sağlık harcamalarımızın artışını ve özellikle önümüzdeki yıllarda beklenen artışları bu açıdan da değerlendirmekte yarar var.

Sağlık durumunun önemli göstergelerinden biri olan yenidoğan ölüm oranları Türkiye'de 60'lı yıllarda 1.000 canlı doğumda 190 idi. 2002'de 31,5 iken istikrarlı bir şekilde azalmaya devam ederek 2005'de 21,3 ve 2011 yılında 7,7 oldu. Buna rağmen 4,1 olan OECD ortalamasının hala üzerinde olduğunu unutmamak gerekir. Meksika'dan (13,6) sonra en yüksek yenidoğan ölüm oranına sahip ülke Türkiye'dir. Amerika 1.000 canlı doğumda 6,2 ölüm oranıyla Türkiye'ye en yakın değere sahip ülkedir.

Türkiye'de toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı % 6,1'dir (2008). Ülkemizde sağlık harcaması % 9,5 (2011) olan OECD ortalamasının ve % 9,0 olan Avrupa Birliği (EU 27) ortalamasının bir hayli altında gerçekleşmiştir. Hesaplama yöntemi farklılığından dolayı Meksika'yı istisna kabul edersek Türkiye, Estonya ile birlikte sağlığa en düşük oranda harcama yapan OECD ülkesidir. Verilere göre, OECD dışı ülkelere mesela Rusya Federasyonu (% 5,1), Çin (% 5,1), Hindistan (% 4,1), ve Endonezya (% 2,6) gibi ülkeler GSYİH'ya oranla Türkiye'den daha düşük oranda harcama yapmaktadır.

Kişi başı yıllık sağlık harcamasında OECD ortalaması satın alama paritesine göre 3.268 (2008) dolar iken, Türkiye kişi başı 906 dolar (2008) harcama ile en az harcama yapan ülke durumundadır. Aynı yıl bir tek Meksika 892 dolar harcamayla Türkiye'nin altında görülmekte ise de, hesaplama metodolojisi farklılığına dikkat çekilmiştir. Henüz Türkiye verileri yayımlanmamış olsa da, yayımlanan veriler arasında 2010 sonrası en düşük kişi başı sağlık harcaması 1.302 dolarla Estonya'da gerçekleşmiştir.

Sağlık harcamalarının ülkenin gelirine paralel olarak arttığı bilinmektedir. Türkiye OECD ülkeleri arasında en düşük GYİH'ya sahip ülke olduğuna göre (Türkiye 13.563 dolar / OECD ortalaması 31.553 dolar) kişi başı sağlık harcamasının da 3.339 dolar (2011) olan OECD ortalamasının yanında 906 dolar gibi düşük olması şaşırtıcı değildir.

Bu arada Amerika'nın kişi başı sağlık harcamasının 8.502 dolara (2011) ulaştığını hatırlatalım. Diğer bir deyişle Amerika'da yılda bir kişiye harcanan para ile Türkiye'de 8 kişi sağlık hizmeti almaktadır. Amerika Birleşik Devletleri ekonomisine oranla en fazla sağlık harcaması yapan ülke konumundadır. Toplam sağlık harcaması GSYİH'nın % 17,7'sini (2011) bulmaktadır. Amerika'yı % 11,9 ile Hollanda takip etmektedir.

Sağlığa ayrılan paranın kaynağı açısından bakıldığında, OECD ülkelerinde Şili, Meksika ve Amerika dışında kamu sağlık harcamaları ön planda gelmektedir. Sağlık harcamaları içinde kamunun payı OECD ortalamasında % 72'dir (2011). Türkiye'de 2000 yılında % 63 olan kamu kaynaklı sağlık harcaması % 73 (2008) olmuş ve OECD ortalamasının az da olsa üzerine çıkmıştır. Kamu sağlık harcamasının yüksekliği ülkenin uyguladığı sosyal sağlık politikası ile yakından ilişkilidir. İskandinav ülkeleri, Avusturya, Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya, Çek Cumhuriyeti ve İzlanda gibi ülkelerde kamu sağlık harcamasının oranı Türkiye'den daha yüksektir. Diğer taraftan Şili (% 46,9), Meksika (% 47,3) ve Amerika (% 47,8) kamu sağlık harcaması oranı en düşük olan ülkelerdir.

Sağlık sektörü teknoloji ve bilgi yoğunluklu bir hizmet alanıdır. Yatırım kadar, hatta daha fazla iyi eğitilmiş insan kaynağına ihtiyaç duyar. Sağlık insan kaynağı açısından dikkat çekici bir durum söz konusudur. Türkiye'de son yıllarda doktor ve hemşire sayılarında önemli artışlar olmakla birlikte ülkemiz kişi başı doktor sıralamasında OECD ülkeleri arasında sondan ikincidir. 2011'de 1.000 kişiye 1,7 doktor düşmektedir. Aynı yıl OECD ortalaması 3,1 olduğuna göre, doktor yoğunluğunun neredeyse yarısı düzeyinde olduğu görülmektedir. Genel doktor sayısı



içinde uzman doktor sayısının gittikçe artmaktadır. İrlanda, Norveç ve Portekiz dışında uzman hekim sayıları pratisyen hekim sayısından fazladır. Bu durum pratisyen hekime dayalı sağlık hizmet modellerinden uzaklaşılmakta olduğunu göstermektedir. Klasik birinci basamak hekimliğinin yerini uzman hekime dayalı aile hekimliği almakta, ya da hekim temelli birinci basamak sağlık hizmeti diğer sağlık meslekleri yönünde farklılaşmaktadır.

Doktor kaynağının geleceğe yönelik yönetilebilmesi verilen eğitim kapasitesine bağlıdır. Ülkeler tıp eğitiminde kapasite artırarak veya kapasiteyi sınırlayarak bu süreci yönetmeye çalışmaktadır. 2010 yılında 100.000 kişi başına en fazla doktor mezun veren ülkeler Avusturya (22), İrlanda (17), Danimarka (16), Yunanistan ve Çek Cumhuriyetidir (14). Bu arada İrlanda ve Çek Cumhuriyeti gibi ülkelerde bu öğrencilerin önemli bir kısmının yabancı öğrenci olduğunu ve mezun olunca ülkelere döndüğünü hatırlamak yarar var. İsrail (4), Şili (5), Japonya (6) ve Fransa (6) 100.000 nüfus başına en az mezun veren ülkelerdir. 2010 yılı OECD ortalaması 100.000 kişi başına 10 mezundur. Türkiye ise yaklaşık 7 mezun vermektedir. Yılda 7.500 mezun verdiğimizde OECD ortalaması

Türkiye 1960'dan sonra en fazla iyileşme gösteren ülkelerden biri olmuş ve beklenen hayat düzeyinde 25 yıla varan artış gerçekleştirmiştir. Ne var ki, bu artış dahi henüz bizi arzu edilen düzeye çıkaramamıştır. Türkiye'de 2012 yılında doğumda beklenen hayat süresi 74,6 yıldır. 80 olan OECD ortalamasının altında olup hala bu ülkeler arasında en düşüklerden biridir. Beklenen hayat süresi kadınlarda 77,2, erkeklerde ise 72 yıldır. OECD ortalama süreleri ise kadınlarda 83, erkeklerde 77 yıldır.

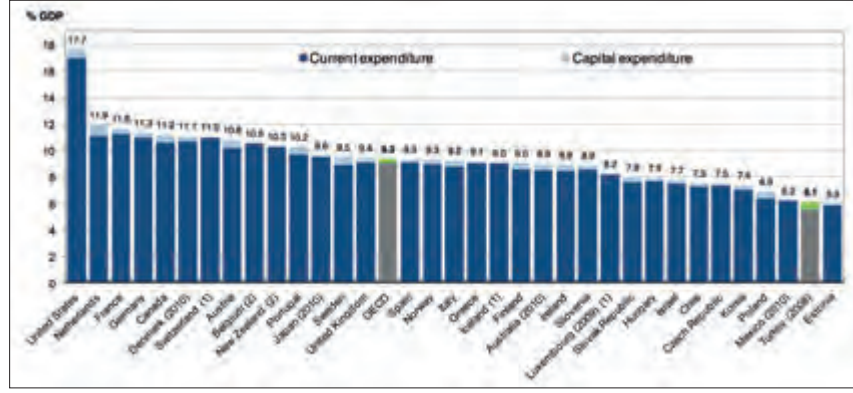
yakalanmış olacaktır. Eğer mevcut ÖSYM kontenjanları devam eder ve yılda 12.000 mezun verirse Danimarka'yı yakalamış oluruz. Bu sürecin sağlık politikası, yatırım planlamaları ve alt yapı yatırımları ile birlikte dikkatli bir şekilde ve amaca yönelik olarak yönetilmesi gerektiğine dikkat çekmek isterim.

Şili, Türkiye, Meksika ve Yunanistan kişi başına en az hemşire sayısına sahip OECD ülkelerini oluşturmaktadır. 2011'de ülkemizde 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı 1,7'dir ki, bu aynı yıl OECD ortalaması olan 8,7'nin çok altında kalmaktadır. Listenin başında yer alan İsviçre ve Danimarka'da 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı 15'i aşmaktadır. Bu arada OECD dışında öne çıkan Hindistan, Endonezya ve Brezilya gibi ülkelerde 1.000 kişi başına düşen hemşire sayısının birden az olduğunu hatırlatmakta yarar var.

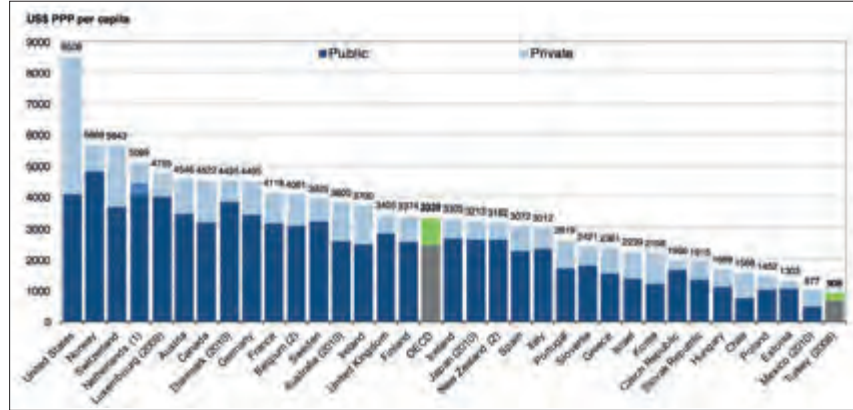
Türkiye, Şili ve İtalya'da doktor başına bir hemşire düşmektedir. Yunanistan'da ise birden bile azdır. İtalya ve Yunanistan'da bu oranın düşük olmasının hemşire azlığının yanında doktor fazlalığından olduğunu unutmamak lazım. OECD ülkelerinde oran, ortalama 2,8'dir. Finlandiya, Japonya, Danimarka, Kanada ve Amerika gibi ülkelerde ise doktor başına 4'ten fazla hemşire düşmektedir.

Yüz bin kişi başına yıllık hemşire mezun sayısı Türkiye'de 10'un altında kalmaktadır. Bu haliyle OECD içinde nüfus başına en az hemşire yetiştiren ülke olduğumuz anlaşıyor. Ancak son yıllarda hemşirelik kontenjanlarının sınırları zorlayarak artırıldığını biliyoruz. Eğer yılda 30.000 civarında hemşire yetiştirebilirsek OECD ortalaması olan 100.000 kişi başına 40 hemşireye ulaşmış oluruz. Hemşire konusunda başı çeken ülkelere İtalya ve Danimarka'da 100.000 kişiye 80 civarında, Kore'de ise daha fazla hemşire mezun verilmektedir.

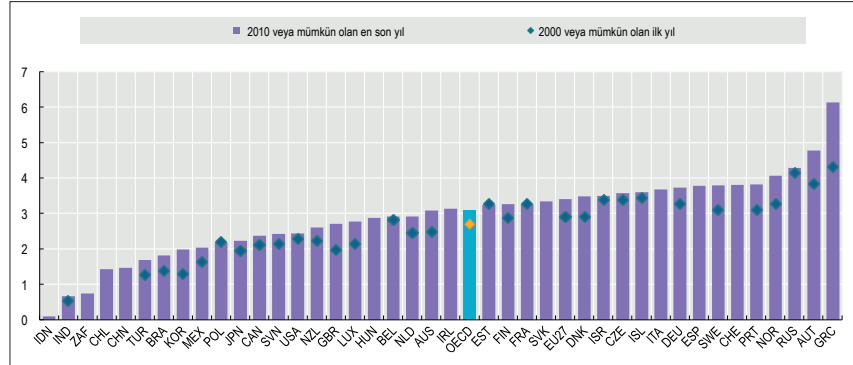
Nüfus başına düşen yatak sayısı hastane hizmetlerinin kapasitesini gösteren bir ölçüt olarak kullanılmaktadır. Türkiye'de 2011 de 1.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı 2,5'dir. Bu rakam 4,8 olan OECD ortalamasının neredeyse yarısıdır. Trende baktığımızda gelişmiş ülkelerde nüfus başına düşen yatak sayısı oldukça yüksek olmaya devam etmektedir. Bin kişi başına 13,4 yatak sayısı Japonya başı çekmektedir. OECD ülkeleri arasında Türkiye'den daha düşük yatak kapasitesine sahip tek ülke Şili'dir. Görülüyor ki, sağlık hizmetinde maliyetleri düşürmeye yönelik kısa yatışlı veya ayakta hizmetlere doğru bir eğilim olmakla birlikte, nüfusun yaşlanması, kronik hastalıkların artması gibi faktörler yatak ihtiyacının azalmasına değil, artmasına yol açmaktadır. Ülkemizde bu yüzden önümüzdeki yıllarda yatak sayısının ihtiyacı karşılamada yetersiz ka-



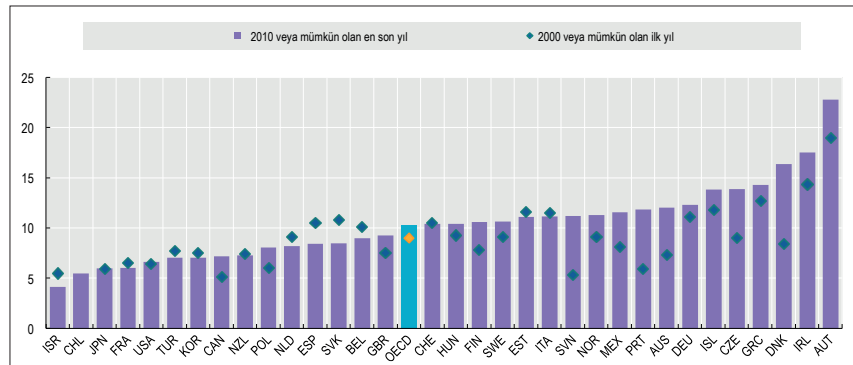
Grafik 1: Sağlık harcamasının GSMH'ye oranı, OECD ülkeleri 2011



Grafik 2: Kişi başı sağlık harcaması, kamu ve özel sektör harcamaları, OECD ülkeleri 2011



Grafik 3: 1000 kişiye düşen doktor sayısı



Grafik 4: 100 bin kişi başına düşen doktor mezunu sayısı

lacağını var saymak yanlış olmayacaktır. Bu açıdan bakıldığında gelecek yıllarda ülkemizde yeni yapılacak hastanelerin boş kalmayacağını öngörebiliriz.

Bütün OECD ülkelerinde kronik hastalık risk faktörleri olarak tütün kullanımı ve şişmanlık iki önemli sorun olarak öne

çıkılmaktadır. Türkiye'de tütünle mücadele politikalarının etkisi görülmüş ve 15 yaşının üstündeki erişkinlerde günlük içicilerin oranı 1989'da % 43,6 iken 2006'da % 33,4'e, 2008'de % 27,4'e 2010'da 25,4'e ve nihayet 2012'de 23,8'e (tahmini) gerilemiştir. Ancak bu oran hala % 20 civarında olan OECD ortalamasının üzerinde bir

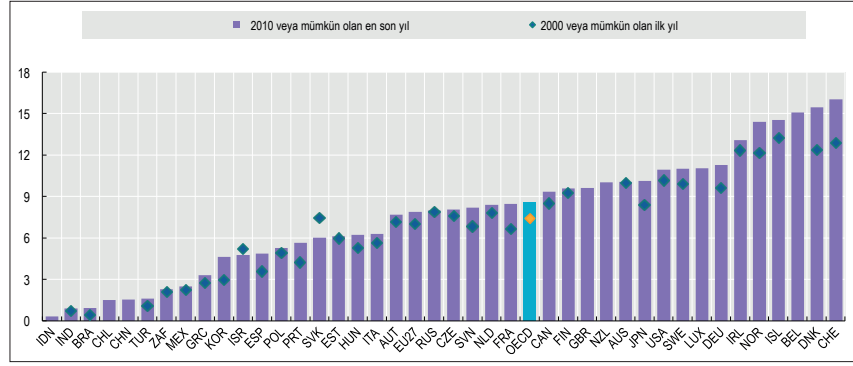
değeri ifade etmektedir. Türkiye'ye en yakın ülkeler İtalya (% 22), Kore (% 23,2) ve İspanya'dır (% 23,9). İsveç, İzlanda ve Amerika % 15 in altında erişkin günlük içici oranıyla tütün kullanımı en az olan ülkelerdir.

Diğer taraftan OECD ülkelerinde nüfusun yarıdan fazlasının (% 53) fazla kilolu veya obez olduğu bilinmektedir. Türkiye'de erişkinlerde obezite oranı % 16,9 olarak bildirilmiştir. OECD ortalaması ise % 17,8'dir. Bu durumda Türkiye kısmen avantajlı görünmektedir. Türkiye ile birlikte Şili ve Meksika'da kadınlarda obezite oranının erkeklere göre daha fazla oluşu oldukça dikkat çekici bir durumdur. Obez nüfus oranı bakımından Amerika % 35,9 oranıyla başı çekmektedir. Obezite oranlarının artışı ve bağlı olarak artan kronik hastalıklar ile sağlık harcamalarının artışı arasında da bir ilişki bulunduğunu hatırlatmak isterim.

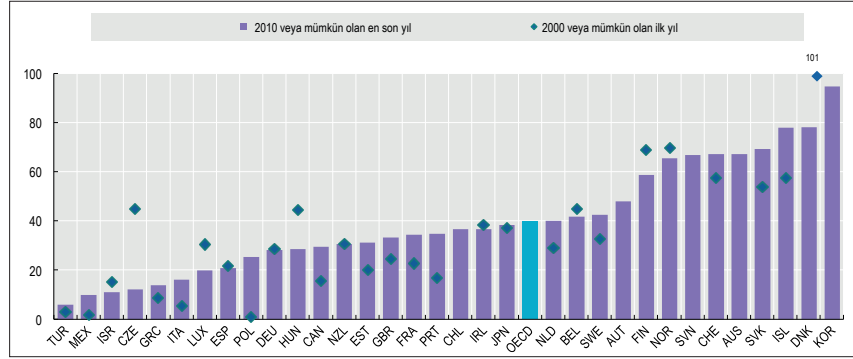
OECD ülkelerinde erişkin nüfus başına yıllık alkol tüketimi ortalama 9,5 litredir. Avusturya, Kore ve Fransa yıllık 12 litrenin üzerinde tüketimle başı çekmektedir. İki litrenin altında tüketimle Türkiye en az alkol tüketen OECD ülkesidir. Türkiye'nin ardından İsrail gelmektedir. Dini inancın bu tüketim miktarına oldukça etkili olduğu anlaşılmaktadır. Halk sağlığında bu faktörün önemli bir araç olduğunu unutmamak gerekir.

Gerekli ya da gereksiz olduğu tartışması bir yana, sağlık hizmetlerinde teknoloji ağırlıklı tanı araçları kullanımına bir örnek olması açısından MRI tetkik sayıları Türkiye açısından dikkat çekici bir sonuç vermektedir. 1.000 kişi başına yılda 102,7 tetkikle Amerika en fazla MRI tetkiki yapılan ülkedir. Hemen ardından 1.000 kişi başına 97,4 tetkik sayısı Türkiye gelmektedir. Avusturya, İsveç, İsviçre ve İngiltere gibi ülkelerden bu konuda veri alınamamış olması karşılaştırmalı yorumun tam sağlıklı olamayacağına işaret etmektedir. Ancak İsrail ve Polonya gibi ülkelerde yıllık tetkik sayısının 20'nin altında olması bu husus üzerinde önemle durulması gerektiğine işaret etmektedir.

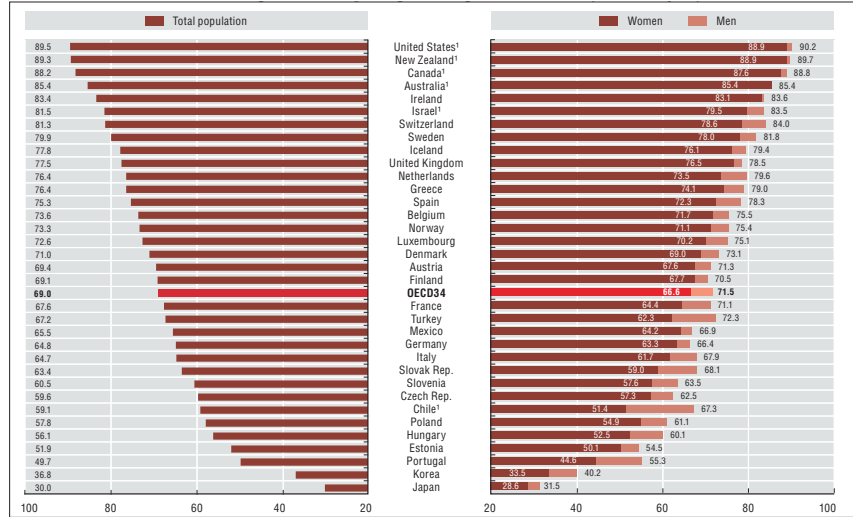
Sağlık durumu sorulduğunda Türkiye'de insanların % 67'si iyi durumda olduklarını beyan etmişlerdir. Halkın sağlık konusundaki olumlu algı düzeyi, % 69 olan OECD ortalamasına bir hayli yaklaşmış durumdadır. Bu soruya verilen cevap oldukça subjektif bir sonuç ifade etse de, insanların sağlık hizmetini talep etme göstergesi olması bakımından önemli bir ölçüt olarak kabul edilmektedir. Bu hususta cinsiyete bağlı algı farklılığı oldukça belirgindir. OECD ülkelerinde sağlık durumunun iyi olduğunu ifade eden erkek oranı % 71, kadın oranı % 66'dır. Türkiye'de ise memnuniyet erkeklerde %72, kadınlarda % 62 tespit



Grafik 5: 1000 kişiye düşen hemşire sayısı



Grafik 6: 100 bin kişi başına düşen hemşire mezu sayısı



Grafik 7: Sağlıklı olduğunu beyan eden erişkinlerin yüzdesi, 2011 veya en yakın yıl

edilmiştir. Yani cinsiyet farkı kadınlar aleyhine OECD ortalamasından çok daha belirgin durumdadır. Sağlık durumunun iyi olduğu beyanının en yüksek olduğu ülkeler Amerika (% 89,5), Yeni Zelanda (% 89,3), Kanada (%88,2) ve Avusturalya'dır (% 85,4). Olumu alginın en düşük olduğu ülkeler ise Japonya (% 30), Kore (% 36,8) ve Portekiz (% 48,7). Oldukça subjektif olan bu gösterge muhtemelen eğitimden ekonomiye, iklimden kültüre, coğrafyadan demografiye ve sosyal olaylara kadar birçok sağlık dışı faktörün etkisi altındadır.

Aslında sağlık göstergelerini değerlendirirken bu tür çoklu etkenlerin dikkate alınması gereklidir. Tek başına sağlık hizmetlerinin ve belki daha geniş anlamda sağlık sektörünün, ya da organize haliyle sağlık sisteminin bir toplumun sağlık düzeyini değiştirebilme gücüne sahip

olduğunu söylemek zordur. Sağlık politika yöneticilerinin toplum liderliği, bu açıdan önem kazanmaktadır. Topluma etkili bütün dinamiklerin sağlık için seferber olmasıyla sonuç alınabilir. Bu yüzdendir ki, Dünya Sağlık Örgütü'nün "herkes için sağlık" (health for all) sloganı, "sağlık için herkes" (all for health) ibaresiyle tamamlanmaktadır.

Kaynaklar

OECD Better Life Index www.oecdbetterlifeindex.org/countries/turkey/ (Erişim tarihi: 10.03.2014)

OECD Health Data 2013 <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm> (Erişim tarihi: 10.03.2014)

OECD Factbook 2013, Economic, Environmental and Social Statistics DOI : 10.1787/factbook-2013-en

www.oecd.org/turkey/ (Erişim tarihi: 10.03.2014)

Sağlıkta Dönüşümün talihsiz bir savunması: R. Atun ve arkadaşları Lancet, 2013 yazısı ve izleyen tartışma

Prof. Dr. Hasan Yazıcı



1945 yılında İstanbul'da doğdu. Robert Koleji'nin ardından İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu (1969). ABD'de Nebraska ve Creighton Üniversitelerinde iç hastalıkları uzmanlık ve romatoloji yan dal eğitimi aldı, ilgili board sınavlarını verdi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde doçent (1978) ve profesör (1988) oldu. 2012 yılında emekliye ayrıldı. Çok sayıda bilimsel makale, derleme ve kitaplara katkısı vardır. Başta Bilim Akademisi Derneği, Avrupa Bilimler Akademisi, Amerikan Romatoloji Koleji ve Avrupa Romatizmayla Savaş Ligi olmak üzere birçok ulusal ve uluslararası bilimsel dernek ve kuruluşu üyedir. TÜBİTAK Bilim Ödülü (1993), Sedat Simavi Ödülü (2002), İstanbul Tabip Odası Araştırma Ödülü (2008), Avrupa Romatizmayla Savaş Ligi Üstün Hizmet Ödülü (2012) ve Bayındır Tıp Hizmet Ödülü (2013) almıştır. Halen serbest hekimlik, İstanbul Üniversitesi Etik Kurulu Başkanlığı ve LER (Letter to Editor, Rheumatology) adlı internet dergisinin editörlüğünü yapmaktadır. Bilimsel ana uğraş alanları Behçet hastalığı, klinik araştırma metodolojisi ve bilim etiğidir.

Yazının amacı, ünlü Lancet Dergisinin 6 Temmuz 2013 tarihli sayısında çıkan Rifat Atun ve arkadaşlarının yazdığı "Türkiye'de herkesi kapsayan sağlık güvencesi: Eşitliğin yaygınlaştırılması" başlıklı makalenin⁽¹⁾ (bundan böyle Atun ve ark. makalesi) şekil ve içeriğini kritik olarak yeniden gözden geçirip irdelemek. Bu irdelemeyi yaparken, doğal olarak söz konusu makaleyle ilgili aynı derginin 4 Ocak 2014 sayısında çıkan eleştirilere⁽²⁻⁹⁾ ve yanıtlara da⁽¹⁰⁾ göndermeler yapacağım.

"Önce makalenin çok kısa bir özetini yapayım. "2003 yılında başlatılmış olan Sağlıkta Dönüşüm projesi uluslararası düzeyde de büyük beğeni kazanmış önemli bir sağlık reformudur. Yasalaştığı 2003' den buyana ülkemizde bebek ölümleri, 5 yaş altı çocuk ölümleri ve anne ölümleri gibi evrensel sağlık parametrelerinde önemli düzelmeler gerçekleşmiştir. Bunlara koşut, sağlık hizmetlerinden memnuniyet de gittikçe artmaktadır."

Şekil açısından değerlendirme

Atun ve ark. makalesi her şeyden önce şekil yönünden bilimsel bir araştırma makalesi olmayıp bir "okuru ikna" makalesidir. Gördüğüm kadarıyla ana amacı bilimsel yöntemlerle toplanmış verileri ve onlardan çıkarılmış sonuçları okuyucunun eleştiri ve tartışmasına açmak, tartışma ve eleştiri yoluyla gerçeğe daha yaklaşmak değildir. Yapılmak istenen yazarlarının inandığı ve dergi editörünün kuvvetle desteklediği bir yorumun doğruluğuna okuyucuyu ikna etmektir.

Yazar listesi tümüyle amaca uygun olup yazarların hemen hepsi Sağlıkta Dönüşüm içinde aktif görev almışlardır. Makalenin son yazarı, Sağlıkta Dönüşümün mimarı olarak kabul edilen bir önceki Sağlık Bakanımız Sayın Prof. Recep Akdağ'dır. Böyle oluşmuş bir yazar listesinin bilimsel çabanın en önemli ögesi olan "kendini yanlışlama" kuralına uyması gerçekten zor olur.

Nitekim eldeki makalenin nicelik ve niteliği

bu düşüncemi tamamen doğrulamaktadır. Aktun ve ark. makalesinin çıktığı derginin aynı sayısında makale içeriği ve/veya yazarlarını öven üç ayrı yazı daha bulunmaktadır. Bu yazılardan iki tanesi derginin editörü olan R. Horton tarafından kaleme alınmıştır. Yazılardan birinde⁽¹¹⁾ editör, Gezi olayları sırasında İstanbul'dadır ve olayların bastırılması için hükümete şu öneride bulunur: "Eski Sağlık Bakanınız sağlık reformunu halkın beklentilerini gerçekleştirerek başardı. Onu örnek alın. Şimdiki çalkantıdan siz de ancak halkınızın beklentilerine her konuda cevap vermeye çalışarak çıkabilirsiniz." der. Editör ikinci yazısında ise (12) özetle "Türkiye'nin sağlık reformu dünyaya örnek olmalı" demektedir. Lancet bununla da yetinmez; aynı sayıda söz konusu makalenin birinci yazarıyla ilgili de, bu sefer editör dışında kaleme alınmış bir methiye makalesi bulunmaktadır (13). Bütün bunlar Atun ve ark. makalesine neden "ikna makalesi" dediğimi açıklar yöndedir.

Editör Horton, yazılarından bir tanesine Atun ve ark. makalesinin bağımsız eş-

değerlendirmeden geçtiğinden bahisle başlıyor.⁽¹²⁾ Editörün Atun ve ark. makalesinin yayımından evvelki aylarda ülkemizi 2 kez ziyaret ettiğini öğrendim. Editör bu ziyaretler sırasında Sağlık Bakanlığı yetkilileriyle de toplantılar yapmış. Benim şekil açısından merak ettiğim bu ziyaret sırasında Atun ve ark. makalesi acaba hangi aşamadaydı? Hepsinden öte, bir "ikna makalesi"nin eşdeğerlendirmesi nasıl yapılır, gerçekten merak ediyorum.

İçerik açısından

İçerik açısından değerlendirmeyi olabildiğince Atun ve ark. makalesinin önemli bir kısmını oluşturan retorikten (ana amacı gerçekleri dile getirmekten çok, dinleyiciyi/okuyucuyu ikna etmek olan, konuşma veya yazı) arındırılmış olarak yapmaya çalışacağım. Önde gelerek irdelenmek istediğim 2003 Sağlıkta Dönüşüm Projesinin, eldeki makalenin yazarlarınca kuvvetle savunulduğu üzere, ülkemizde bebek ölümleri ve benzer evrensel sağlık ölçütlerinde önemli ve olumlu değişiklikler yaptığı varsayımının ne ölçüde savunulabilir olduğu. Burada önemli iki noktayı vurgulamak gerekiyor:

- 1) Atun ve ark makalelerinde ulusal ve uluslararası değişik veri kaynaklarından yararlanmışlardır. Bazı durumlarda bu kaynaklara ait verilerle, yazarların savundukları arasında önemli ayrımlar vardır.
- 2) Makalede birçok karşılaştırma 1990 ile 2008/2010 yıllarındaki sağlık göstergeleri arasında yapılmıştır. Böyle bir kıyaslama doğal olarak uygun olmayıp esas yapılması gereken 2003 evveli ve sonrasını kıyaslamaktır.

Yenidoğan ölümleri

Atun ve ark. yıllar içinde yenidoğan ölümlerini (bebeğin doğumdan sonra 4 hafta içinde ölümü) sadece ulusal verileri kullanmışlardır. Kullanılan veri kaynağı Hacettepe Üniversitesi'nin 1968 yılından beri sürdürdüğü taramalardır. Bu kaynak Atun ve ark makalesinin 6. Tablosunda, aynı yazının eklerine, *Turkish Demographic and Health Survey, 1993, 1998, 2003 ve 2008* olarak gönderme yaparak belirtilmiştir. Doğrudan söz konusu 6. tablodan yararlanarak bu yazı için hazırladığım Tablo 1'de 1000 canlı doğum için yeni doğan ölümlerinin yıllar içinde nasıl değiştiği görülmektedir.

Tablo 1'de Δt olarak verdiğim 2003'ten evvel geçen 10 yıl ile 2003 sonrası geçen 5 yıl arasında yıl sayısı düzeltilmiş olan (2003 evveli 10, 2003 sonrası için 5 yıl) yıl başına düşen ölümcüllükteki azalma hızıdır. Görüldüğü üzere bu devreler için azalma hızı kırsal kesimde 2003 öncesi 0.66/yıl iken 2003 sonrası 5.03 e çıkmış, aynı azalma hızı şehirlerde ise 1.15 ten 0.40/yıla inmiştir. Özellikle son



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

	<5 yaş †			Bebek †			Yeni doğan †		
	1993	2003	2008	1993	2003	2008	1993	2003	2008
Şehirler	44.4	26.9	18.0	40.3	22.8	16.3	27.0	15.5	13.3
Kırsal	63.9	45.8	20.7	58.9	38.9	17.4	27.3	20.7	13.2
Δt	1993 - 2003	2003 - 2008		1993 - 2003	2003 - 2008		1993 - 2003	2003 - 2008	
Şehirler	1.75	1.78		1.75	1.30		1.15	0.40	
Kırsal	1.81	5.03		2.00	4.30		0.66	1.50	

Tablo 1: 2003'ten Evvel ve Sonra 5 Yaş Altı, Bebek Ve Yeni Doğan Ölümleri (Tablo Atun ve Ark. Makalesinin 6. Tablosundan Derlenmiş)

yıllarda ülkemizde şehirlerde oturanların oranının kırsal kesime göre belirgin olarak arttığı göz önüne alınırsa Atun ve arkadaşlarının sunduğu verilere göre yeni doğan ölümlerindeki düşüş hızı 2003'ten sonra kesinlikle artmıştır sonucuna kolay varılamaz.

Buna ek olarak her ne kadar Atun ve ark. makalelerinde yenidoğan ölümleri için yurt dışı kaynakları hiç kullanmamışlarsa da aşağıda göreceğimiz gibi yazarların 5 yaş altı ve bebek ölümleri için kullandığı Dünya Sağlık Örgütü kaynağında⁽¹⁴⁾ - ancak kırsal kesim ve şehirler arasında bir ayırım yapmadan- yenidoğan ölümleriyle ilgili girdiler de vardır. Söz konusu kaynaktan derlediğim Tablo 2 bu verileri göstermektedir.

Bu basit tabloda 1990 ile 2000 arasında yenidoğan ölümlerindeki azalma hızı "x", 2000 ile 2012 arasındaki azalma hızı ise "y" olarak gösterilmektedir. Yenidoğan ölümlerinde 1990 ile 2000 arasında azalma hızı $41-26/10 = 1.50$; 2000 ile

	<5 yaş †	Bebek †	Yeni doğan †
1990	102	76	41
1995	74	58	33
2000	52	42	26
2005	31	26	17
2010	20	18	12
2012	18	16	11
1990-2000 (x)	4.00	3.40	1.50
2000-2012 (y)	2.83	2.17	1.25

Tablo 2: 2005'ten Evvel ve Sonra 5 Yaş Altı, Bebek ve Yenidoğan Ölümleri (14. kaynaktan derlenmiş)

2012 arasındaki hız ise $26-11/12=1.25$ dir. İki hız arasında en azından önemli bir fark olmayıp hatta bir miktar 2000 öncesi lehine bir durum olduğu görülmektedir. Hepsinden öte dikkat edilecek olursa tablo hazırlanırken, kolaylık açısından 2000-2003 arası azalma Sağlıkta Dönüşüm etkisi içine alınmış ve buna rağmen bu sonuç ortaya çıkmıştır.

Tablo 1 ve 2 yakından incelendiğinde, veri sunulan yıllar tam tamına örtüşmese de arada önemli farklar olduğu görülecektir. Örneğin yenidoğan ölümü Tablo 1’de gerek kırsal kesim gerekse de şehirler için 1993 de 27 iken Tablo 2’de aynı sayı, kırsal kesim ve şehir farkı gözetmeksizin, 1995 yılında hala 33’tür.

Bebek ve 5 yaş altı ölümleri

Atun ve ark. makalesinde Sağlıkta Dönüşümün bebek (1 yaş altı çocuk) ve 5 yaş altı ölümlerinde de önemli azalmalara neden olduğu belirtilmektedir. Yazarlar söz konusu azalmaları vurgulamakta kaynak olarak kullandıkları Dünya Sağlık Örgütü verilerinden⁽¹⁴⁾ konuyla ilgili iki grafik de üretmişlerdir (Atun ve ark. Şekil 5). Bu grafiklere göre ülkemizde gerek 1990-2000 gerekse de 2000-2010 arasında her iki parametrede görülen % azalma bebek ölümleri için diğer tüm E7 (“emerging”, yani ekonomileri hızla gelişmekte olan, aralarında Türkiye’nin de bulunduğu 7 ülke) ülkelerine göre daha fazla, 5 yaş altı ölümler için ise 5 E7 ülkesinden daha fazla ve biriyle aynıdır.

Ancak mutlak sayıları vermeden yüzdeleri kıyaslamak bir yandan çok yanıltıcı olur, bir yandan da aynı grafiklerin Sağlıkta Dönüşümün ne getirip götürdüğünü irdelemekte pek anlamları da yoktur. Daha evvel de vurguladığım üzere konuyla ilgili somut olarak bakılması gereken ülkemiz için 2003 evveli ve sonrası söz konusu iki parametrede ne değişiklik olduğudur. Yukarıda yeni doğan ölümleri için verdiğim Tablo 2’de UNICEF verilerine göre bu parametrelerle ilgili girdiler de vardır. Bu tablodan da görüldüğü gibi 2000 sonrasında ne 5 yaş altı ne de bebek ölümlerinde anlamlı azalma hızı artması görülmektedir. Hatta bir hız azalmasından dahi bahsedilebilir.

5 yaş altı ve bebek ölümlerine HÜ verilerine göre baktığımızda ise (Tablo 1 - kaynağı için bak Atun ve ark, Tablo 6) bu kez farklı bir resim karşımıza çıkmaktadır. HÜ kaynaklarına göre kırsal kesimde, gerek yenidoğan ölümlerinde gerekse de 5 yaş altı ve bebek ölümlerinde 2003 sonrası hızı artmış bir azalma vardır. Ancak aynı şey şehirler için pek söylenemez ve bu yazarlar tarafından belirtilmemektedir.

Atun ve ark. yazısında bebek ölümleriyle ilgili okuyucuyu yanıltacak önemli bir nokta daha Pala tarafından dile getirilendir.⁽⁸⁾ Atun ve arkadaşları yazılarında bebek ölümleriyle ilgili Sağlık Bakanlığı’na ait 7.7/103 girdisiyle UNICEF’e ait (Atun ve ark. makalesi, 19. kaynak) 12.0/103 girdisini kabaca birbirine yakın diye yorumlamışlardır. Pala da bu yorumu editöre mektubunda⁽⁹⁾ kuşkusuz benim de katıldığım, ağır bir şekilde eleştirmiştir. Bu

önemli eleştiriye Atun ve arkadaşlarından bir yanıt gelmemiştir.⁽¹⁰⁾

5 yaş öncesi, bebek ve yenidoğan ölümlerinin iki ayrı kaynağa göre aynı grafikler üzerinde gösterilmesi

Şekil 1, 2 ve 3’te yukarıda 1 ve 2. Tablolarda yılbaşına ölümcüllükte azalma hızı olarak irdelediğim verileri bir kez de grafik olarak gösterdim. Grafiklerde kırmızı çizgiler Dünya Sağlık Örgütü verilerini⁽¹⁴⁾ mavi ve yeşil çizgiler ise Atun ve arkadaşları makalesinin 6. tablosundaki Hacettepe Üniversitesi verilerini göstermektedir. Sağlıkta Dönüşümün başlangıcı olan 2003 yılı ayrıca belirtilmiştir.

Bu grafiklerden de anlaşıldığı gibi Sağlıkta Dönüşümün söz konusu sağlık göstergelerine olumlu bir etki yaptığını destekler yönde elde henüz veri yoktur.

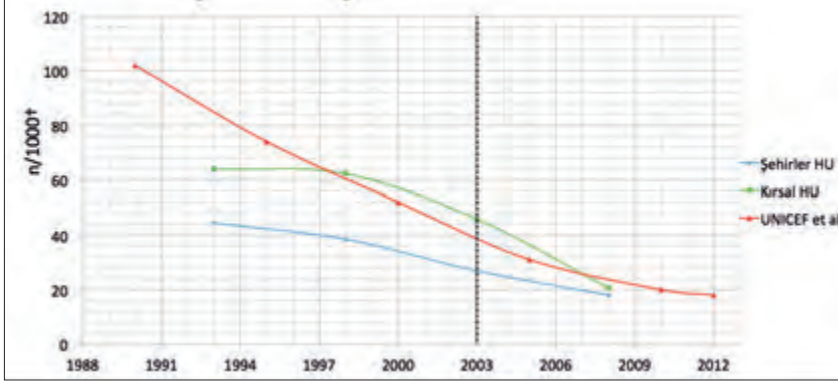
Anne ölümleri: Söz konusu parametre (gebelik veya doğumdan sonraki 42 gün içerisinde annenin gebelik veya doğumla ilgili ölümü) genellikle 100.000 doğuma düşen anne ölümüyle belirtilir. Atun ve ark. makalesi bu konuda hem Birleşmiş Milletler kuruluşları hem de Sağlık Bakanlığı verilerini kullanmıştır. Girdiler ve kaynaklar makalede bulunmaktadır ve benim şimdi vereceğim girdiler doğrudan makaleden alınmıştır. Birleşmiş Milletler verilerine göre ülkemizde anne ölümü 2000 yılında 39.0/105 iken 2010 yılında bu oran 20.0/105’a düşmüştür. Aynı konuda kullanılan Sağlık Bakanlığı verilerine göre ise durum değişiktir. Bu kaynak anne ölümlerini 2003 yılı için 61.0/105 ve 2011 için 15,5 /105 vermektedir. Diğer bir deyişle Birleşmiş Milletler kaynağı anne ölümünde 10 yılda azalışı %50 ye yakın gösterirken Sağlık Bakanlığı verileri aynı azalmayı 8 yıl içinde % 75 dolayında vermektedir. Yazarların bu iki veri kaynağının istatistiklerini de birbirine “kabaca yakın” olarak yorumlamaları üzücüdür.

Atun ve ark. makalesinde Sağlıkta Dönüşümün anne ölümlerini nasıl olumlu etkilediğini kanıtlamak için yazarlar için özel hazırlanmış grafikte (Atun ve ark. makalesi, Şekil 4) çeşitli ülkelerde 1990-2000 arasındaki görülen anne ölümleri aynı ülkelerde 2000-2010 arasında gözlenenleri kıyaslanmaktadır. Verilerin kaynağı Dünya Sağlık Örgütü’dür.⁽¹⁵⁾ Yazarların verdiği söz konusu grafikler Dünya Sağlık Örgütü’nün kaynağında olmayıp yazarlar tarafından yüzdeler bazında hazırlanmıştır ve bunlara göre ülkemizde anne ölümlerinde 1990-2000 yılları arasında %41,8 bir azalma vardır. Hâlbuki aynı oran 2010-2010 %48,7’ye yükselmiştir. Bu yükseliş geri kalan 6, E7 ülkesinin (aralarında Türkiye’nin de olduğu ekonomileri gelişmekte olan, *emerging*, ülkeler) hepsinden daha fazladır.

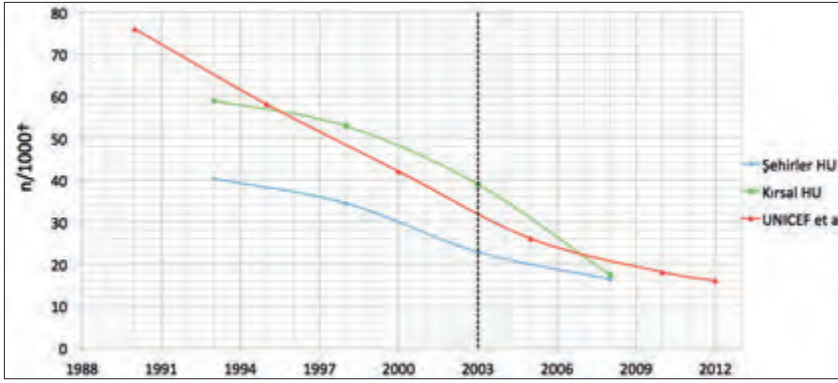
Şimdi aynı grafiğin anlattıklarını bu kez yüzdeler değil de mutlak sayılar üzerinden irdeleyelim. İlginç olarak bu girdilerin Türkiye için olanları Atun ve ark. makalesinde de verilmiştir. Bunlara göre 1990 yılında Türkiye de anne ölümü 67.0/105 iken bu oran 2000 yılında (yukarıda da verdiğimiz gibi) 39.0/105 2010 yılında ise 20.0/105 olmuştur. Diğer bir deyişle anne ölümündeki mutlak azalma 1990-2000 arasında 38.0/105 iken aynı azalma 2000-2010 arasında ancak 19.0/105 dir. Yukarıda 5 yaş altı ve bebek ölümlerinde de vurguladığım gibi okuyucuyu ikna için verileri, mutlak sayılar yerine yüzdelerle vermek yanıltıcıdır. Biraz daha açayım. Atun ve ark. makalesinde anne ölümlerinin mutlak sayıları yazı içinde verilmekle beraber ilgili grafikte (1. Kaynak, Şekil bu sayılar yoktur, sadece yüzdeler vardır. Bu da çok yanıltıcıdır. 1000 den 500 e azalmak da 10 dan 5 e azalmak da %50 azalmadır. Bütün bunlardan öte Atun ve ark. makalesinin anne ölümleri için verdiği kaynağın bir cetvelinde (Annex 2, 15.kaynak) ülkemiz, değil 2003’den, 1990’dan bu yana anne ölümlerinin *azalmak yoluna girdiği bile kuşkulu* ülkeler arasına konmuştur. Atun ve ark. alıntı yaptıkları kaynağın bu önemli yorumuna da itibar etmemişlerdir.

Sağlık hizmetlerinde özelleştirme: Atun ve ark. ları yazısına önemli bir eleştiri Aktan ve ark ile Civaner’den gelmiş, söz konusu yazarlar Sağlıkta Dönüşümün sağlık hizmetlerinde özel sektörün ağırlığının giderek artmasına neden olduğunu belirtmişlerdir.^(2,3) Atun ve ark. ise buna yanıt vermişler ve söz konusu eleştiriyle ilgili elde kanıt olmadığını söylemişlerdir.⁽¹⁰⁾ Hâlbuki Atun ve ark. kendi yazılarında ülke çapında özel hastane yatağı sayısının 1990’la 2011 arasında 10 kat arttığını ve bu artışın büyük kısmının 2005 ten sonra olduğunu açık olarak belirtmektedirler.

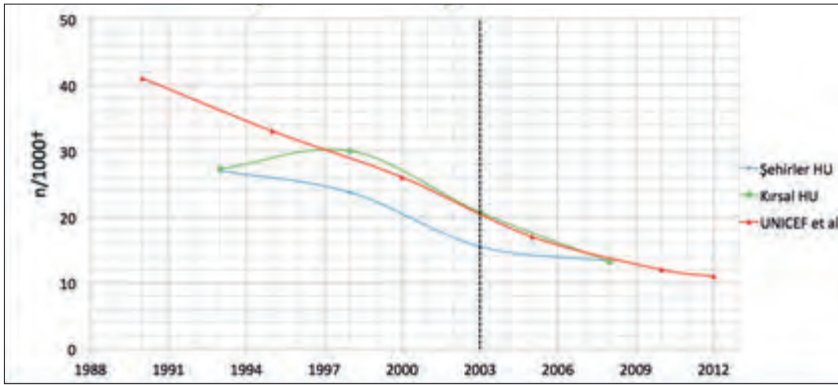
Toplum veya hasta memnuniyeti: Atun ve ark makalesine göre, 2003’ten bu yana halkımız kendisine verilen sağlık hizmetlerinden çok hızla artan bir oranda memnundur. Öyle ki, TÜİK verilerine göre, 2003 bu memnuniyet oranı %39,5 iken 2011 yılında aynı oran %75,9 olmuştur. Ancak burada altı çizilmesi gereken, bu verilerin genel toplum memnuniyetiyle ilgili olup hasta memnuniyetini ne oranda yansıttığının pek açık olmamasıdır. Sorulması gereken, acaba ağır koroner arter hastaları, kanserliler, ağır diyabetliler ve böbrek diyalizinde olanlar da Sağlıkta Dönüşümünden memnun mudurlar? Bundan da daha önemlisi Sağlıkta Dönüşümle acaba ilaç kullanması gerekip de kullanmayan hipertansiyonlu veya glokomlu sayısı azalmış mıdır? Sağlık Bakanlığı bir süredir hasta memnuniyet anketleri yapmaktadır. Bu anketlerin nasıl doldurulacaklarına ait olan Bakanlık kılavuzunda,⁽¹⁶⁾ “Terminal hastalar, akıl



Grafik 1: 5 Yaş Altı Ölümleri



Grafik 2: Bebek Ölümleri



Grafik 3: Yeni Doğan Ölümleri

hastaları ve böbrek diyalizinde olanlar bu anketleri doldurmayacaktır” diye yazmakta ancak Bakanlık terminal hasta veya akıl hastasından ne kastedildiğini söz konusu kılavuzda belirtmemektedir. Keza herhangi bir anketi uygulamakta en önemli bilimsel öğe olan “rastgele örnekleme”, kılavuzu hazırlayanların aklına gelmemiş olsa gerekir.

Sağlıkta Dönüşümün önemli bir kısıtlamasının özellikle toplumlar yaşlandıkça çok önemli bir sorun olan kronik hastalıklara bir cevap aramaması olduğunu Atun ve ark. yazılarında belirtmektedirler. Ancak Sağlıkta Dönüşümün eleştirilen, yine çok önemli ve bir yerde toplumu yanıltıcı boyutu gereksiz sağlık hizmetleridir. Bu önemli kısıtlamayı Aktan ve ark. yanında,⁽²⁾ Pala da editöre mektubunda belirtmiştir.⁽⁶⁾ Mektuplara verilen yanıtta⁽⁶⁾ ülkemizi bir yıl içinde toplam nüfusundan fazla hastane acili başvurusu yapılan bir coğrafya

garabetine sokmuş olan gereksiz sağlık hizmetlerinden hiç bahis yoktur.

Sonuç

Özetle gerek şekil gerekse de içerik açısından Atun ve ark. yazısı sorunlu bir yazıdır. Bebek, yenidoğan veya anne ölümü gibi en temel sağlık ölçütlerinin aritmetik bir yansızlıkla değerlendirilmemesi yanında ulusal ve uluslararası kaynaklardaki önemli farkların yazarlar tarafından göz ardı edilebilmesi, bir “okuru ikna” makalesi olarak nitelendirdiğim bu yazıyı, ikna edici olmaktan uzaklaştırmaktadır.

Burada dile getirmem gereken diğer önemli bir nokta Sağlıkta Dönüşüm veya benzeri bir sağlık reformunun sosyal, ekonomik ve hepsinden öte insani yönlerden savunmasını yapmanın ancak saygıyla karşılanabileceği gerçeğidir.

Ancak bu savunmada verileri doğru değerlendirmemek yanıltıcı ve hepsinden öte, savunulmak istenen kavramlara, yapılmak istenen reforma da bir yerde büyük haksızlık oluşturur.

Son olarak belirtmek istediğim ise 200 yıla yakın bir süredir tıp biliminin en önemli kaynaklarından biri olmuş olan Lancet dergisinin, açıklamaya çalıştığım bu nesnellığe ayrı düşünce övünerek aracılık etmesinin en azından hayret uyandırıcı oluşudur.

Teşekkür: Yazımın hazırlanmasında yardımcı olan oğlum Dr. Yusuf Yazıcı'ya teşekkür ederim.

Kaynaklar

- 1) Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, Nazlıoğlu S, Özgülcü S, Aydoğan U, Ayar B, Dilmen U, Akdağ R. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *Lancet*. 2013;382:65-99.
- 2) Aktan AO, Pala K, İlhan B. Health-care reform in Turkey: far from perfect. *Lancet*. 2014;383:25-6.
- 3) Civaner MM. Health-care reform in Turkey: far from perfect. *Lancet*. 2014;383:26.
- 4) Aksakoglu G. Health-care reform in Turkey: far from perfect. *Lancet*. 2014;383:26-27.
- 5) Hamzaoglu O. Health-care reform in Turkey: far from perfect. *Lancet*. 2014;383:27.
- 6) Yavuz C, Eskiocak M. Health-care reform in Turkey: far from perfect. *Lancet*. 2014;383:27-28.
- 7) Tanik FA. Health-care reform in Turkey: far from perfect. *Lancet*. 2014;383:28.
- 8) Pala K. Health-care reform in Turkey: far from perfect. *Lancet*. 2014; 383:28.
- 9) Kilic B. Health-care reform in Turkey: far from perfect. *Lancet*. 2014;383:27-28.
- 10) Atun R, Aydın S, Aran M, Gürol I, Chakraborty S, Akdağ R. Health-care reform in Turkey: far from perfect - Authors' reply. *Lancet*. 2014; 383:e1.
- 11) Horton R. Offline: The Turkish paradox. *Lancet*. 2013;382:12.
- 12) Horton R Lo S. Turkey's democratic transition to universal health coverage. *Lancet*. 2013;382:3.
- 13) Holmes D. Rifat Atun: looking at the bigger picture. *Lancet*. 2013;382:19.
- 14) World Health Organization. Global Health Observatory Repository. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.ChildMort-1?lang=en> (Erişim tarihi: 19 Şubat 2014)
- 15) World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990-2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank Estimates. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shareddocuments/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1pdf (Erişim tarihi: 20 Şubat 2014)
- 16) Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Kalite Başkanlığı http://www.saglikaktuel.com/d/file/0501memnuniyet_anketleri_uygulama_rehberi_2012.pdf (Erişim tarihi: 20 Şubat 2014)

Şehir hastanelerinde kalite yönetimi ve sağlık kampüsleri projesi

Dr. Hasan Güler



Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 2006 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatında çalışmaya başladı. Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı görevinin ardından Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünde performansa dayalı ek ödeme sistemi, SUT, TİG ve sağlıkta kalite ve akreditasyondan sorumlu Genel Müdür Yardımcılığı görevinde bulundu. 2012 yılından bu yana Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde; Kalite ve Akreditasyon Klinik Kalite, Teşhis İlişkili Gruplar (TİG), Bilgi Sistemleri, İstatistik ve Analiz Daire Başkanlıklarından sorumlu Genel Müdür Yardımcısı olarak görevine devam etmektedir. Performansa dayalı ek ödeme sistemi, sağlık ekonomisi, geri ödeme politikaları, SUT, sağlıkta kalite ve akreditasyon, hasta-çalışan güvenliği ve sağlıkta indikatör yönetimi konularında çalışan Güler, evli ve bir kız çocuk babasıdır.

Dr. Dilek Tarhan



Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji bölümünde uzmanlık eğitimi tamamladı. 2008 yılında Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığında göreve başlayan Tarhan, halen Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığında uzman hekim olarak görevini yürütmektedir. Evli ve iki kız çocuğu annesi olan Tarhan, sağlıkta kalite ve akreditasyon, hasta güvenliği, klinik laboratuvarlarda kalite yönetimi, sağlık indikatörleri gibi konularda çalışma yapmaktadır.

Dr. Abdullah Öztürk



Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Sağlık ocağı hekimliği, acil ve koroner yoğun bakım hekimliği, il sağlık müdür yardımcılığı, hemodiyaliz sorumlu hekimliği, hasta hakları il koordinatörlüğü, performans ve kalite temsilciliği görevlerinde bulundu. 2009 yılından buyana Bakanlık Merkez Teşkilatında görev aldı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığını yürüttü. Halen Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı görevini yürütmektedir. Sağlık yönetimi, sağlıkta kalite ve akreditasyon, hasta-çalışan güvenliği, klinik kalite ve sağlık politikaları, diyaliz ve yoğun bakım hekimliği gibi konulara ilgi duyan Öztürk, evli ve 3 çocuk babasıdır.

Dr. Mehmet Demir



Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Mediko-sosyal merkezinde pratisyen hekim olarak çalıştı. Aynı üniversitede anatomi dersi verdi. Daha sonra çeşitli tarihlerde sağlık ocağı sorumlu tabipliği, il sağlık müdür yardımcılığı, hastane başhekimliği ve Sağlık Bakanlığında Bakan danışmanlığı ve genel müdürlük görevlerinde bulundu. Özel sağlık sektöründe kuruculuk ve yöneticilik yaptı. Halen Sağlık Bakanlığı Sağlık Politikaları Kurulu Üyesi olarak görev yapmaktadır. Sağlık politikası ve ekonomisi ile sağlıkta performans yönetimi, verimlilik, ödeme sistemleri, kalite geliştirme, hasta güvenliği ve genel sağlık sigortası konularına ilgi duymaktadır. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın yürütülmesinde aktif olarak görev almış olan Demir'in kitap ve çok sayıda yayımlanmış makalesi mevcuttur. Demir, evlidir ve bir çocuk babasıdır.

Sağlık kampüsleri projesinin esası dünyada da yaygın olarak kullanılan kamu-özel ortaklığı modeline dayanmaktadır. Kamu-özel ortaklığında amaç, kamunun sahip olduğu veya kamunun işlettiği sağlık yapılarının kapasitelerini, fonksiyonlarını güçlendirmek, bu kurumları daha çağdaş sağlık tesisleri haline getirmek ve bu arada kamunun kaynaklarıyla

birlikte, özel sektörün kaynaklarını da toplumun hizmetine sunmaktır. Bu model birçok ülke, özellikle İngiltere, İspanya ve İtalya'da yaygın olmak üzere diğer Avrupa ülkelerinde ve Avustralya, Kanada gibi ülkelerde de gittikçe yaygınlaşan bir oranda kullanılmaktadır.

Sağlık kampüsleri; bünyesinde farklı alanlarda uzmanlaşmış ihtisas hastaneleri, Ar-Ge laboratuvarları ve merkezleri,

teknopark, sosyal tesisler, otel, alışveriş merkezi, konaklama ve açık alan kullanımlarını bir bütün olarak barındıran sağlık kompleksleridir. Tıbbi tedavi ve araştırma ihtiyacının birlikte yürütülmesi gereksinimi, yetişmiş uzmanların zamanlarını daha verimli kullanma ihtiyacı, hastaların ve hasta yakınlarının daha kaliteli ortamlarda hizmet alma talepleri ve buna eklenebilecek bilimsel, sosyal, moral değerlerin yükseltilmesi ihtiyacı



gibi faktörler, bu tip tesislerin yapılması için en önemli gerekçelerdendir.

Ülkemizde **şehir hastaneleri** olarak adlandırılan **sağlık kampüsleri projeleri** büyük bir ivmeyle sürdürülmektedir. İçinde kadın doğum, çocuk, ortopedi, kalp damar, onkoloji, rehabilitasyon, psikiyatri gibi özel dal hastaneleri ile diğer genel hastanelerin yer aldığı sağlık kampüsleri il/bölge ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak üzere 1000 ila 4000 yataklı dev kampüsler şeklinde organize edilmiştir. Sağlık kampüslerinin yapım işleri dışında, tıbbi donanımının sağlanması ile tıbbi hizmetler dışındaki hizmetlerin ve alanların da işletilmesi, gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine yaptırılabilir.

Böylece sağlık kurumları, sağlık yöneticileri ve hizmet sunan sağlık profesyonelleri, ana hizmetleri olan tedavi ve bakım hizmetlerine odaklanma fırsatı yakalamış olacaktır. Bu hizmetler dışında kalan sağlık destek hizmetleri ile kampüse gelen çalışanların, hastaların, hasta yakınlarının ve diğer kullanıcıların ihtiyaç ve beklentilerini karşılayan faaliyetler de özel sektör tarafından verilecektir. Bu çerçevede, özel sektörün tecrübe ve uzmanlığı bu alana odaklanacaktır.

Yukarıda bahsedilenler dikkate alınarak kalite perspektifinden sağlık kampüslerine bakıldığında sağlık sektörü için güçlü bir yapı olarak görülebileceği ve bu yapının kendi içinde önemli fırsatları barındırdığı söylenebilir. Çünkü öncelikle sağlık kurumlarının fiziki yapılarının asgari değil, azami ölçüde iyi düzeye getirilmesi bile tek başına sağlık hizmet kalitesinin geliştirilebilmesi için önemli bir fırsat olarak değerlendirilebilir. Ülkemizde eski tarihli ve fiziki yetersizlikleri bulunan çok sayıda hastane bulunmaktadır. Bu hastaneler arasında, gerek insan kaynakları gerekse tıbbi donanım açısından üst düzeyde hizmet sunum kapasitesine sahip olduğu halde fiziksel yetersizlikler

nedeniyle istedikleri ölçüde hizmet veremeyen kurumlar da yer almaktadır. Bu bağlamda değerlendirildiğinde, şehir hastanelerinin kurumsal boyutunun önemi ortaya çıkmaktadır.

Bireysel açıdan baktığımızda ise; sağlık profesyonellerinin ve hizmet sunucularının, bu kurumsal yapı içinde, uzman oldukları alana daha iyi odaklanabilmeleri ile birlikte hizmet kalitesinin artması için önemli bir fırsatın ortaya çıkacağı aşikârdır. Bu şekilde, daha kaliteli sunulan tıbbi hizmetler, yanında diğer destek hizmetlerinin de yine işin uzmanlarınca verilmesi memnuniyeti artıracak ve vatandaşımızın hak ettiği hizmet düzeylerine ulaşmasını sağlayacaktır.

Hastanelerin aynı yerleşke içinde bulunması; yönetim anlayışının kalite açısından da standartlaşması beklentisini oluşturmaktadır. Bu standardizasyon, hastane hizmet kullanıcıları için beklenmeyen ya da arzulanan durumlarla karşılaşma olasılığını azaltacağından hasta güvenliği ve memnuniyetinin sağlanması açısından sağlam bir alt yapı oluşturacaktır.

Şehir hastanelerinde iyi bir yönetim alt yapısı oluşturmak

Sağlık hizmetlerinde iyi bir yönetim alt yapısı ile hedefleri belirlenmiş ve uygulanan bir kalite sisteminin varlığı iyi hizmet çıktısının birinci şartıdır. Şehir hastanelerinde iyi bir yönetim alt yapısını oluşturan parametreler aşağıdaki maddeler ile ele alınabilir:

- Organizasyon Yapısı
- Kalite Yönetimi
- İnsan Kaynakları Yönetimi
- Finans Yönetimi
- Fiziki Yapı ve Teknoloji Yönetimi
- Paydaş Yönetimi
- Performans Ölçümü
- Denetleme

Kalite perspektifinden sağlık kampüslerine bakıldığında sağlık sektörü için güçlü bir yapı olarak görülebileceği ve bu yapının kendi içinde önemli fırsatları barındırdığı söylenebilir. Çünkü öncelikle sağlık kurumlarının fiziki yapılarının asgari değil, azami ölçüde iyi düzeye getirilmesi bile tek başına sağlık hizmet kalitesinin geliştirilebilmesi için önemli bir fırsat olarak değerlendirilebilir.

Bu parametreler; sağlık kurumu yönetiminde bir bütün olarak ele alınması gereken, birbirini tamamlayan, sürdürülebilir bir kalite düzeyi ve sürekli iyileşme için temel teşkil eden kavramlardır. Sağlık kurumlarının bu unsurları en üst seviyede temsil eden bir kurgu içinde yönetilmelerini sağlayacak bir yapılanmaya kavuşması, sağlık sisteminin temel politikaları arasında yer almaktadır. Aşağıda bu parametrelerin yönetimine yönelik kritik noktalara kısaca değinilmektedir:

- Kurumsal amaçlara ulaşmak için görev, yetki, sorumluluk ve yükümlülüklerin tanımlanması, hastane işleyişinde sürekliliğinin sağlanması, hastane iş akışının belirlenmiş bir **organizasyon yapısı** içinde yürütülmesi ve denetlenmesi sağlanması gerekmektedir.



Şehir hastanelerinde farklı alanlarda olsa da sağlık hizmeti sunan bir çok hastanenin ortak bir paydada bir araya gelmesinin oluşturacağı sinerji ile öğrenme süreçlerinin olumlu yönde bir ivme kazanacağı öngörülebilir. Organizasyonların birbirlerinden etkilenme ve öğrenme sistemi içinde hareket etmesi, sağlık göstergelerinin sürekli iyileşmesini sağlayan ve kalite kültürü bakış açısı ile şekillenen olumlu bir iklim ortaya konmasını sağlayacaktır. Sağlıkta kalite standartlarının önemli bir boyutu olan indikatör yönetimi boyutu, bu konuda hastanelere hem rehberlik edecek hem de rekabet unsuru olabilecektir.

Kalite yönetimi çerçevesinden şehir hastaneleri

Görüldüğü gibi sağlık kurumları çok yönlü ve kompleks bir yönetim anlayışının benimsenmesini zorunlu kılmaktadır. Aslında kalite yönetiminin tüm unsurlarını bütünü ile ele almak ve uygulamak, bu çok yönlü yönetim ihtiyacının gereksinimlerinin karşılanmasını sağlayacaktır. Çünkü kalite yönetimi; organizasyon yapısının temel politika ve hedefler doğrultusunda belirlenmesinden insan kaynakları yönetimine, kurum performansının izlenmesinden finans yönetimine kadar tüm unsurlar için bir üst çatı niteliğindedir. Dolayısıyla iyi bir yönetim süreci için kalite yönetiminin vazgeçilmez önemine vurgu yapmamız yerinde olacaktır.

Yönetim süreçlerinin, en başından sağlıklı temeller üzerine oturması için şehir hastanelerinde, bu bağlamda rehberliğe ihtiyaç duyulacaktır. Bakan-

- **Kalite yönetimi;** tüm parametrelerin ortak hedef ve stratejik bakış açısı doğrultusunda ele alınması ve koordinasyonunu sağlayan kilit noktada yer almaktadır. Sağlık kurumlarında, üst yönetimden bölüm çalışanlarına kadar hastanedeki tüm personelin kalite iyileştirme çalışmalarındaki rol ve sorumlulukları tanımlanarak kalite yönetim yapılanması oluşturulmalı, bu yapı çerçevesinde kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu ile kalitenin sürekli iyileştirilmesi sağlanmalıdır.

- Çalışma yaşamının iyileştirilmesi, çalışanları tehdit eden güvenlik risklerinin belirlenmesi ve ortadan kaldırılmasının sağlanması amacı ile **insan kaynaklarının** etkin ve verimli şekilde yönetilmesi gerekmektedir.

- Sağlık tesisleri, finansal açıdan çağdaş bir işletme yönetimi anlayışı ile ele alınması gereken kurumlardır. Bu nedenle, **finans yönetimine** yönelik planlı ve profesyonel bir yaklaşım ortaya konmalı, kanıta dayalı maliyet etkinlik çalışmaları desteğinde kaynakların etkin ve verimli şekilde kullanımı sağlanmalıdır.

- Sağlık tesisinde, hasta ve çalışanlar için sürekli, güvenli ve kolay ulaşılabilir nitelikte hizmet sunumu için gerekli **fiziki ve teknolojik altyapı** oluşturulmalıdır.

- Çağdaş yönetim anlayışları, iç ve dış

paydaşların beklenti, ihtiyaç ve algılarının kurum lehine yönetilmesinin önemini vurgulamaktadır. Elde edilen başarıların doğru şekilde lanse edilmesinin, başarı düzeyinin sürdürülmesi ve artırılmasına olumlu etki ettiği bilinmektedir. Bunun yanında kurumda gelişen bir takım sorunların profesyonel bir şekilde ele alındığı ve sistemin sürekli iyileşmeye odaklanan bir yapıda yönetildiği algısı da, kurumun kriz zamanlarını en az zarar ile atlattığını sağlamaktadır. Dolayısı ile tüm hizmet sunum süreçlerini kapsayacak şekilde, **iç ve dış paydaşların yönetimine** yönelik olarak belli kurallar çerçevesinde uygulanan ve kurum itibarını gözeterek sürdürülen bir iletişim süreci planlanmalı ve uygulanmalıdır.

- İdari, finansal ve tıbbi süreçler başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik tüm süreçleri izlemek, sorunları zamanında belirleyerek düzeltmek ve kalite iyileştirmeye yönelik müdahalelerin yapılmasını sağlamak amacı ile kurumda **performansın ölçülmesi ve izlenmesine** ilişkin bir sistem oluşturulmalıdır.

- Kurumun tüm fonksiyonlarına yönelik **iç ve dış denetimin**, aktif ve etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi için planlama yapılmalı ve plan dâhilinde uygulamalar gerçekleştirilmelidir. Denetim sonuçları sistemin iyileştirilmesi yönünde değerlendirilmeli, bireysel hatalar yerine sisteme yönelik sorunlar üzerinde odaklanılmalıdır.

lğımızda kalite alanında bugüne kadar gerçekleştirilen çalışmalar kapsamında oluşan kapasitenin, şehir hastaneleri yöneticilerine rehberlik edebileceği kanaatindeyiz.

Sağlıkta Dönüşüm Programının “sağlık hizmetlerinde sürekli kalite gelişimini sağlamak” hedefi çerçevesinde 2003 yılından bugüne kadar Bakanlığımızca yapılan çalışmalarla ülkemize özgü ulusal bir kalite sistemi ortaya konmuş, sağlık hizmetine erişim, hizmet alt yapısı, süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sistemi hayata geçirilmiştir. Ülkemize özgü bu kalite yapılanması çerçevesinde geliştirilen Sağlıkta Kalite Standartları ve birlikte yayımlanan rehberler, sağlık hizmeti sunanlara uygulamalarında yol göstermek misyonuna sahip olduğu gibi, bu uygulamaların yerinde değerlendirilmesi aşamasında da bir çizelge fonksiyonu görmektedir. Sağlıkta Kalite Standartları yapısına bakıldığında, ağırlığın yaklaşık %75 oranda Sağlık Hizmetleri Yönetimi üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Sağlıkta Kalite Standartları sağlık hizmetlerinde fiziki yapının niteliğini, hasta-çalışan güvenliği ve memnuniyeti kapsamında sınırlı bir şekilde ele almakta, esas olarak hizmet süreçlerinin kalitesinin iyileştirilmesi ve etkin bir sağlık yönetimi yapısının oluşturulmasına odaklanmaktadır.

Sağlık Bakanlığınca “nitelikli sağlık hizmeti sunumu için kalite ve akreditasyon” hedefi çerçevesinde yapılan çalışmalar hızla sürdürülmektedir. Türkiye’de Sağlıkta Akreditasyon Sisteminin oluşturulması kapsamında “Sağlıkta Akreditasyon Standartları” Bakanlığımızca oluşturulmuş ve Aralık 2013 itibari ile de uluslararası bir kuruluş olan akreditörlerin akreditörü niteliğindeki ISQua tarafından akredite edilmiştir. Sağlıkta Akreditasyon Sistemi, Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) esas alınarak sağlık kurumlarının gönüllülük esaslı ile başvuracakları ve başarı durumlarına göre belgelendirilecekleri bir sistemdir. Kalite çalışmaları ile belirlenen minimum düzeyin üzerine çıkmayı hedefleyen, kendi farkını ortaya koymak ve yaptığı bu çalışmaların ulusal ve uluslararası arenada görünür olmasını isteyen kurumlar için önemli bir fırsat olarak ortaya çıkmaktadır.

Kalite ve akreditasyon çalışmaları aynı zamanda, kurumlarda ve sağlık çalışanlarında motivasyonu ve inovasyonu teşvik edecek, sürekli iyileştirme ve kalite kültürünün yerleşmesine zemin hazırlayacak bir unsurdur.

Ülkemizde sağlık alanında lider kurumlar yaratmak ve kurumlar arası rekabetin geliştirilmesini de akreditasyon çalışmalarının bir diğer yararı olarak ifade etmek mümkündür.

Kalite ve akreditasyon faaliyetleri çerçevesinden değerlendirildiğinde şehir hastaneleri, iyi organize edilmiş tıbbi süreçleri, diğer tüm destek hizmetleri, uygun fiziki şartları ve donanımı ile daha rekabetçi bir yaklaşıma dâhil olabileceklerdir. Dolayısıyla kaliteli hizmet sunma adına şehir hastanelerinin maksimum düzeyde gayret gösterecekleri beklenmektedir.

Şehir hastanelerinde ölçüm kültürünün geliştirilmesi

Kalite yönetiminde kararlar, kanıta (veriye) dayalı olmak durumundadır. Yani hizmetin kalitesini, verimliliğini, etkinliğini, sonuçlarını izlemek, hesap verebilirlik, ileriye dönük politikalar oluşturmak, planlama ve karşılaştırma yapabilmek; ölçmek ve ölçüm sonuçlarını değerlendirmekle mümkün olacaktır. Görülüyor ki; kalite ve ölçüm kültürü birbirinden ayrılmaz iki unsurdur. Ölçüm kültürü ciddi bir öğrenme süreci gerektirmektedir. Şehir hastanelerine bu açıdan bakıldığında, farklı alanlarda olsa da sağlık hizmeti sunan bir çok hastanenin ortak bir paydada bir araya gelmesinin oluşturacağı sinerji ile öğrenme süreçlerinin olumlu yönde bir ivme kazanacağı öngörülebilir. Organizasyonların birbirlerinden etkilenme ve öğrenme sistemi içinde hareket etmesi, sağlık göstergelerinin sürekli iyileşmesini sağlayan ve kalite kültürü bakış açısı ile şekillenen olumlu bir iklim ortaya konmasını sağlayacaktır. Sağlıkta kalite standartlarının önemli bir boyutu olan indikatör yönetimi boyutu, bu konuda hastanelere hem rehberlik edecek hem de rekabet unsuru olabilecektir. Benzer şekilde sağlıkta akreditasyon standartlarında 7 boyuttan biri olarak yer bulan “Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme” başlığı da, kurumsal olarak belirlenecek göstergelerin yanında, bir kısmı zorunlu bir kısmı opsiyonel olmak üzere toplam 142 gösterge ile kurumların ölçerek izleme ve izleyerek iyileştirme felsefesini kazanmalarını sağlayacaktır.

Bakanlığımız tarafından Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi (SİYÖS) adı ile oluşturulan ve yakın bir gelecekte tüm kurumlarımızı kapsamaması hedeflenen bilgi yönetim sisteminin, tüm sağlık kurumlarımız ile birlikte şehir hastanelerine de ışık tutacak bir araç olacağı düşünülmektedir. Söz konusu sistem bir anlamda ulusal bir indikatör takip sistemidir ve birlikte öğrenme, bilgi ve tecrübe paylaşımı ile sürekli iyileştirme için ölçüm kültürünün geliştirilmesini amaçlamaktadır.

Elbette kalite çalışmalarının durağan olmadığı, iç ve dış çevre koşullarına göre dinamik bir şekilde hasta ve/veya çalışan güvenliği faaliyetleri kapsamında geliştirileceği ve genişletileceği aşikârdır. Bu bağlamda özellikle sağlıkta indikatör yönetimi üzerine oluşturulacak sistem başta olmak üzere geliştirilecek standartlar ve yakın zamanda ortaya konacak olan akreditasyon programı ile kalite açısından mevcut durum çok daha yukarı çekilmeye çalışılacaktır. Bu açıdan da değerlendirildiğinde beşeri ve beşeri olmayan tüm kaynaklarıyla şehir hastanelerini kalite açısından yukarıya taşımak gerçekleştirilebilir bir hedef olarak düşünülmektedir.

Sonuç olarak kamu ve özel sektör işbirliği ile hizmetlerin profesyonel eller aracılığıyla yürütülmesi ve fiziksel imkânların (bina ve donanım açısından) son teknolojik gelişmelere uygun yapılması ve aynı kampüs içinde tüm hizmetlerin sunulmasının en başta sağlık hizmet kalitesinin artması şeklinde yansımaları beklenmektedir. Burada önemli olan nokta, ileri düzeyde gelişmiş fiziki yapıların sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesi için bir fırsat olarak değerlendirilmesi, ancak bunun yanında kalite yönetimi bakış açısı ile süreçlerin ve yapının iyi yönetilmesinin hasta ve çalışan güvenliği ve memnuniyetinin temel şartları olduğunun unutulmaması gerektiğidir. Son teknolojik alt yapıların kullanıldığı, kompleks ve modern bir yapıya sahip şehir hastanelerinde süreçlerin iyi planlanması ve yönetilmesinin, hizmetin çıktılarının kaliteli olmasını büyük bir oranda garanti edebileceğini söylemek mümkündür. Bunu mümkün kılabilmek ve şehir hastanelerinde kaliteyi sağlamak için en önemli araç olarak karşımıza, Bakanlığımızın kalite ve akreditasyon alanında yaptığı çalışmalar çıkmaktadır. Bakanlığın kalite ve akreditasyon çalışmalarından elde ettiği tecrübe ve sistematığın şehir hastanelerinin yönetim anlayışına ve süreç yönetimine aktarılması, bu kurumlarda kaliteli bir hizmeti yakalamakla birlikte başarı düzeyinin maksimize edilmesine büyük bir katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu.

Beylik, U., Önder, Ö., Güler, H. ve Öztürk, A., 3. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, s.454 – 475, 2011.

Hastane Hizmet Kalite Standartları Rehberi, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011.

Tosun, N., (2008), “Kamu ve Özel Sektör Ortaklığı ile Sağlık Kentleri Dönemi Başlatılıyor”, İkinci, O.Ş.,(Ed.), Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi.

www.kalite.saglik.gov.tr (Erişim tarihi: 13.01.2014)

Prof. Dr. Nihat Tosun: Eski hastaneler, modern şehir hastanelerinde birleştirilecek

SD

AK Parti Hükümetleri döneminde son 12 yılda uygulanan politikalar, sağlıkta köklü değişimleri beraberinde getirdi. Başbakan Tayyip Erdoğan'ın uzun bir zamandır dile getirdiği şehir hastaneleri projesi, Sağlıkta Değişim Programının son adımı olarak dikkat çekiyor. Hastanelerin kapasiteleriyle ilgili rakamlar büyük ilgi görüyor. Ancak bu dev şehir hastaneleri hangi finansmanla yapılacak, dünyada benzerleri var mı, ihalesi nasıl gerçekleştirilecek, mimarisini kim hazırladı, vatandaşlar hizmet alırken ek ücret ödeyecek mi ve en önemlisi böylesi dev hastanelerin insan kaynağı nasıl sağlanacak? Şehir hastaneleri ile ilgili aklımızdaki tüm soruları Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Nihat Tosun'a sorduk.

“Vatandaş devlette nasılsa şehir hastanesinde de öyle hizmet alacak”

Sayın Müsteşar, Şehir hastanesi” kavram olarak neyi ifade ediyor? Eskiden ilçe, il ve bölge hastaneleri vardı. Bu sınıflamanın içinde bir yapılanma mı? Yoksa “hastane şehirleri” gibi başka bir organizasyondan mı söz ediyoruz?

Cumhuriyet tarihimize baktığımızda önce “memleket hastaneleri” sonra “numune hastaneleri” gibi kavramlar vardı. Bugünün “şehir hastanesi” kavramı ile bir şehrin sağlık hizmetlerinin entegre olarak sürdürüldüğü, o şehrin sağlık alanındaki en önemli destinasyonu olduğu yeri kastediyoruz. Bu nedenledir ki şehir hastanelerinin yerini seçerken ulaşım

açısından, yerleştiği alanın büyüklüğü, gelişme açıklığı, altyapısı açısından şehrin bugününe ve yarına hitap eden sağlık alanındaki hizmetleri entegre bir şekilde verilecek bir yer olarak tanımlıyoruz. Bundan sonra bir şehirde birkaç tane hastane de olsa, şehir hastanesi dediğimiz zaman orada o şehirde alınabilecek sağlık hizmetlerinin tamamının alındığı bir hastaneyi anlıyoruz.

Son 10 yıla damgasını vuran Sağlıkta Dönüşüm Programının ilke ve hedefleriyle, kurulmakta olan bu hastanelerin ilişkisi nedir? Her vatandaş bu hastanelerden her hangi bir ek ücret ödmeden hizmet alabilecek mi?

Sorunun ikinci kısmından cevap vermeye başlarsak her vatandaş şu anda kamu hastanelerine gittiğinde hangi haklarla



hizmet alıyorsa, şehir hastanelerine gittiği zaman da aynı şekilde hizmet alacaktır. Yani şehir hastanesi olmayan bir kamu hastanesinde hangi ücreti ödüyor veya ödemiyorsa bu hakların aynısı şehir hastanelerinde de geçerli olacaktır. Sağlıkta bu güne kadarki başarıların kaynağı olan Sağlıkta Dönüşüm Programını birkaç aşama halinde alabiliriz. Bir tanesi sağlıkta problemlerin gerçek anlamda ortaya konulmasıdır. Bu hem 12 yıl önceki Sağlıkta Dönüşüm Programının başlangıç aşamasında idi, hem de süreç içerisinde halen devamlı dinamik tutulan bir konudur. Daha sonraki aşama mevcut hastanelerimizle sistemsel olarak iyileştirmeye en hızlı hizmeti nasıl sunabiliriz yönünde sistem revizyonu ve rehabilitasyonu idi. Bu da acil, orta ve uzun dönem çalışması şeklinde yürütüldü. Burada da başlangıçta hastaların öncelikle erişilebilirliği ele alındı. Erişilebilirlikten maksadımızı birkaç başlık altında özetleyebiliriz. İlki hastaların hastanelere fiziki olarak ulaşabilmeleri yani ulaşım sorununun halledilmesi idi. İkincisi teknik olarak, mevzuat olarak ulaşabilmesi idi. Farklı kurumlara bağlı hastanelerin bir araya getirilerek tek çatı altında toplanması, erişilebilirliğin teknik, yani mevzuat olarak sağlanması idi. Bir diğeri de yapısal olarak, yani fiziki bina anlamında erişilebilirlik idi. Bir kere hastaneye gidiyorsunuz ama hastanenin bina özellikleri size hizmet verme imkânını yeterince sunamıyordu. Yani fiziki olarak o hastanelerde alabileceğiniz sağlık hizmetini, o hastanedeki nitelikli odası, girişi, poliklinik genişliği, ulaşılabilir sağlık hizmetini bekleme ve alma esnasındaki haklar çerçevesinde düşündüğümüzde fiziki olarak erişilebilirlikti. Bir diğeri, teknolojik olarak erişilebilirlik. Yani hastaneye gidiyorsunuz ancak ihtiyacınız olan tıbbi cihaz ve enstrümanların olmaması nedeniyle bir başka hastaneye sevk olabilmesi veya özel bir merkeze gitme zorunluluğu veya hiç birisinde de bulamama ihtimali ile erişilebilirliğin olmayışı. Bir dördüncüsü de insan kaynakları itibarıyla erişilebilirlik. Yani hastanede 5 tane doktorunuz var ama sadece bir yerde hasta bakılıyor. Diğerlerine o gün ulaşamıyorsunuz. Fiziki olarak alt yapı hazırlandığında bütün hekimlere, hekim seçme hakkını kullanarak erişebiliyorsunuz. Yani erişilebilirlik çerçevesinde fiziki erişilebilirlik, teknolojik erişilebilirlik, insan kaynağı olarak erişilebilirlik, mevzuat olarak erişilebilirlik gibi durumlar olduğu gibi sosyal olarak da erişilebilirlik var, parasını verseniz de erişememek o anlama geliyor. Doğrusu erişilebilirlik Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli kavramı. Hasta erişebildiği zaman, erişilebilir olduğunuz zaman hizmeti alır.

Bu temel kavram ve biraz önce söylediğim aşamaların önemli bir aşaması; bütün bu problemlerin, teknolojinin, fiziksel erişimin, hukuksal olanı büyük



oranda gerçekleştirildi. Bunlara ek olarak nitelikli hasta odalarının olması ve yeterli, ihtiyaç duyulan kadar insan kaynağının oluşumu halen devam eden bir süreç. İşte bütün bunların bir arada oluşabileceği alanlara sağlık kompleksleri ve şehir hastaneleri diyoruz. Bunlar bu ihtiyaca cevap verebilecek, cevap verecek bir çalışmanın ürünü de aslında.

“Tıbbi personel ve sağlık hizmeti bizden, lojistik yatırımcıdan”

Bu projeleri yatırım, finansman ve idame açısından ele alırsak nasıl bir model oluşturuluyor? Dünyada (ABD, Kanada, AB ülkeleri, diğer) başka örnekleri var mı? Varsa bu modellerin güçlü ve zayıf yönleri nelerdir? İlgili sisteme hangi eleştiriler yapılmaktadır? Yapılan eleştirileri dikkate aldınız mı?

Bu bir finansman modelidir. Şehir hastanelerini kamu özel işbirliği modeli ile yapmayı planladık. Burada özel sektörün finansman ve yatırım gücünden faydalanıyoruz. Kamu araziye gösteriyor, iki veya üç aşamalı bir ihale sonucunda ihaleyi kazanan yatırımcı grup finansmanını,

“Şehir hastanelerini kamu-özel işbirliği modeli ile yapmayı planladık. Burada özel sektörün finansman ve yatırım gücünden faydalanıyoruz. Projede hekimlik, hemşirelik gibi tıbbi hizmetleri Bakanlık veriyor, diğer tıbbi destek ve otelcilik gibi lojistik hizmetleri de yatırımcı grup sağlıyor. Bunlar yatırımcıya yıllık taksitler halinde kiralama bedeli olarak ödeniyor.”

kredisini buluyor. Kendisine tarif edilen ve kendisinin çizdiği uygulama projesini hayata geçiriyor, projede hekimlik, hemşirelik gibi tıbbi hizmetleri Bakanlık veriyor, diğer tıbbi destek ve otelcilik gibi lojistik hizmetleri de yatırımcı grup sağlıyor. Bunlar yatırımcıyı yıllık taksitler halinde kiralama bedeli olarak ödeniyor. Bu model ilk defa Türkiye'nin bulduğu bir model değil. Belki 20 yıldan uzun süredir dünyada denenilen, uygulanan, dezavantajlı kısımlarının bilindiği, bunların azaltılmaya çalışıldığı bir model. Bu Avrupa'da en fazla İtalya, İspanya ve İngiltere'de mevcut. Ancak bütün Avrupa Birliği ülkelerinde yaygın olarak kullanılmaya başlandı, gittikçe de yaygınlaşıyor. Dünyada da en fazla Kanada ve Avustralya olmak üzere diğer bazı ülkelerde de uygulanan bir model. Bu modelin çok önemli bir avantajı Avrupa Birliği'nin Maastricht kriterlerine göre, bu modelle yapılan yatırımların borcunun ülkenin borç stokunda gözükmemesi. Dolayısıyla ülkelerin borçluluk oranları düşüyor, bu da ekonomiye pozitif bir etki sağlıyor. Bu model Avrupa Birliği'nin de, ekonomi çevrelerinin de teşvik etmiş olduğu bir model. Bu yatırımcının finansmanı sadece kendisinin sağlaması değil, %20 öz kaynak kullanması, kalan %80'ini de başka fonlardan kredi sağlayarak yaptığı bir model. Bu model kendisine göre avantaj ve dezavantajları taşıyor. Avantaj ve dezavantajlar, güçlü ve zayıf yönleri olarak algılanıyor. Bunun güçlü yanlarından birisi bu modelle yapılan yatırımların ülkenin borç stokunda görünmemesi, dolayısıyla ülkeleri ekonomik olarak güçlü gösteriyor. Bir diğer avantaj, sadece Türkiye'de değil, diğer ülkelerde de klasik yöntemle yapılan işlerde yatırımcı inşaatını yapıyor, sonra buradan ayrılırken yatırımı teslim ediyor. Sonraki süreçte kamu bu yatırımın idamesi için, bakım, onarım da dâhil olmak üzere sorumluluğu üzerine alıyor. Bu modelde ise yatırımcı kendi yaptığı inşaatın, yani yatırımının teknik ve hizmet anlamındaki idamesini, yatırım boyunca, 15 yılsa 15 yıl, 25 yılsa 25 yıl yatırım boyunca tamamen kendisi sağlıyor. Özel sektörün esnekliği burada da devreye giriyor. Bu bir anlamda da paranız olmadan işlemlerin gerçekleştirilmesi ve bunun uzun zamana yayılarak geri ödenmesi anlamı da taşıyor.

Burada dezavantaj olarak, verilen kiralat kümülatif toplandığında karşılaşılan ciddi rakam olarak algılanması bir faktör. Ayrıca yatırımın finanse edenler tarafından istenilen pek çok hususu oluyor. Yatırım süresince finansmanın bir maliyeti var, sigortası var. Bunların hepsini üst üste koyunca 25 yıl üzerinden büyük bir yekûn gibi karşılanıyor, yani pahalı gibi bir algı oluşturuyor. Ama bununla birlikte bizim klasik yöntemle yaptırıp teslim aldığımızda da, sonraki yıllarda en büyük masrafımız kullanımla ilgili, binanın idamesi ile ilgili tadilat, onarım, bakım gibi hizmetlere çok ciddi paralar ayırıyoruz ve ciddi riskleri

kamu olarak üstleniyor ve bunun bedelini de ödüyoruz. Bazı çalışmalara göre yılda %2, bazı çalışmalara göre de 25 yılda %40'a varan ekstra masraflar oluyor. Kamu özel işbirliğinde ise özel sektöre devredilen bu riskler %10 artı bir bedele mal oluyor. Asıl fark orada ortaya çıkıyor.

Bunları karşılaştırdığımızda siz bugün ihtiyacınız olan hastanelere bugün kavuşuyorsunuz, klasik yöntemle bıraktığınızda 25 yılda tamamlayabileceğiniz işlere bugünden sahip oluyorsunuz. Bunun bir finansman bedeli var ve bu bedeli de ödüyorsunuz. Önemli olan süreç içerisinde, başlangıçtan 25 yılın sonuna kadar oluşabilecek problemleri ve çözüm yollarını öngörüp, sözleşme ve eklerinde net olarak belirtebilmek. Bu da aslında risklerden bir tanesidir. Bunu yapabildiğiniz ölçüde başarılı olunuyor.

“Şehir hastanelerini kamu-özel işbirliği ile yapacağız”

Nasıl bir ihale yöntemi uygulanıyor? Yükleniciler böyle projelerin altından kalkabilecek kapasite ve tecrübede mi? Nasıl tedbir alınıyor?

Bir önceki sorunuzun cevabında bahsettiğim kamu-özel işbirliği ihale yöntemi, bir finansman yöntemi olarak kullanılıyor. Bunun ihalesi üç aşamalı. Öncelikle birinci aşamada ön yeterlilik ihalesi dediğimiz yapılacak olan işin mahiyetine göre bir ön yeterlilik isteniyor. Bu ilan ediliyor, herkes müracaat ediyor ve müracaat edenler arasında daha önce ilan edilmiş yeterlilik şartlarını geçebilenler ihaleye giriyorlar. Bu ön yeterlilik aşamasını geçip ihaleye girmiş olanlara bir elektronik veri odacığı üzerinden tüm dokümanlar açılıyor, bunlar bin sayfayı geçen dokümanlar. Bütün yatırımcılar bu dokümanları okuyorlar. Dokümanlara ait bir teklif yapıyorlar. Burada teklif iki parçalı, ilki fiyat teklifi, ikincisi teknik olarak dokümanlarda anlatılanların karşılanabilirliği ile ilgili mimari bir proje çalışması. Bu çalışmalar yapıldıktan sonra teklifleri teknik ekip değerlendiriyor ve puanlandırıyor. Daha önce ihale dokümanında tekliflerin hangi şartlara göre puanlanacağı da belirtiliyor. O belirtilen hususlara göre yatırımcılar tekliflerini hazırlıyorlar, eğer yarışa girenlerin sayısı belli bir sayının üzerindeyse, mesela beşin üzerindeyse daha önce ilanda belirtilmek kaydıyla en yüksek puan alan ilk beş kişi son fiyat yarışına girecek diye ilan edilmiş oluyor. Tabii ki bu ihalede önceden belirtilmek şartıyla daha fazla sayıda da olabilir. Bu beş yatırımcı fiyat konusunda yarıştırılıyor. İkinci aşamada yatırımcılardan da teknik anlamda teklifler gelebiliyor. İdare teknik anlamda gelen tekliflerin de avantaj ve dezavantajlarını masaya yatırıyor, kendi çalıştığı ve sonra gelen tekliflerle en ideal projeyi yakalamış oluyor. Nihai

teklifte, son proje üzerinde ihalede belirtilen sayıdaki yatırımcı yarışmış oluyor. Bu aşamada açık ihale usulüyle turlarla indirim yapılmasına geçiliyor. İndirimden sonra belli bir fiyata gelinmiş oluyor. Sonra idare bu fiyatta son geline nokta bakıyor. Kendisinin fizibilite çalışmasına inen bir teklif ise idare bu teklifi verene ihaleyi bırakıyor. Ancak son geline fiyat fizibilitede belirlenen noktaya gelmemişse bu sefer ihale komisyonu en düşük fiyatı veren ile pazarlığa başlıyor. O zaman herkesin kapasiteleri ortaya konulup gerçek fiyat ortaya çıkartılmaya çalışılıyor. Eğer rakam fizibilite rakamının çok üzerinde kalmışsa ihale komisyonu ihaleyi vermeme yetkisine de sahip.

Bu ihaleye giren yatırımcıların hepsi daha başlangıçta, belli ön yeterlilikten geçtiği için buna kapasitesi yetenler girebiliyor. Yatırımcılar konsorsiyum olduğu için, her katılımcı istenilen yeterlilik şartlarını taşımak durumunda. Sonraki aşamada ise finans bulup bulamama yatırımcının sorumluluğunda. Tabii ki bu süreçte ve başlangıçta projelerin kredibl olması için idare kendi şartlarını ona göre belirlemeye çalışıyor.

Kamu ve özel sektör ilişkisi, hak ve yükümlülükleri nelerdir? Şehir hastaneleri ne kadar bir kamu borcuna yol açmaktadır? Özel sektöre kira dışında (görüntüleme, laboratuvar, bilgi işlem, güvenlik, temizlik, yemekhane) ek bir ödeme yapılacaktır? Yapılacaksa ne kadar?

Burada kirada üç parametre söz konusudur. Birincisi binanın sabit gideri, kendi inşaat maliyetinin ödenmesi. İkincisi binanın idamesi için binanın bakım, onarım, çevre hizmetleri için P1 adını verdiğimiz hizmetler için ödenen bir bedel. Bunun ikisi yatırımcı firma tarafından karşılanması zorunlu olan hususlar. Üçüncüsü ise P2 dediğimiz şu anda da hastanelerimizde yaygın olarak uygulamakta olduğumuz otelcilik, lojistik ve tıbbi destek hizmetlerinin hizmet ihaleleri. Bunlar başlangıçta da, sonraki dönemde de beş yılda bir pazar testi ile yenileniyor. İçerideki yatırımcı veya başka birisi tarafından yüklenilebiliyor.

“Şehir hastaneleri mevcut insan kaynağı ile hizmet verecek”

Bu hastanelerin sağlıkta planlamada yeri nedir? Toplam yatak sayısında ek olarak ne kadar artış sağlayacaktır? Artan yatak sayısı kadar mevcut hastanelerde bir azalma olacak mıdır? Şehir hastaneleri nedeniyle kapatılan hastane olacak mıdır?

Bütün planlamalar dün olduğu gibi Sağlık Bakanlığı ve Kalkınma Bakanlığı ile birlikte yapılmaktadır. Buradaki



planlama şöyle yapılmaktadır: 2002 yılından itibaren ülkemizdeki hastane yatağı envanterimiz belirlenmiştir. Bu envanterin özellikleri de belirlenmiştir. Türkiye Cumhuriyeti bütün hastane yatakları nitelikli yatak dediğimiz bir, iki veya en fazla üç yataktan müteşekkil odalarda, her yatak odasının içinde tuvaleti ve banyosu olacak diye basitçe tanımladığımız şekilde olacaktır kararını almıştır. Bu uygulamaya geçilirken iki aşama oldu: Birincisi mevcut hastanelerimizin yataklarını bu hale çevirmek. Eğer mevcut hastanemizin nitelikli olmayan yataklarını nitelikli hale çevirirken mimari ve teknik olarak yapabilmek mümkünse, kendi yerinde yenileme olarak yatakları nitelikli hale getirmekten bahsediyoruz. İkincisi eğer teknik olarak bir hastanenin yatakları her odaya tuvalet, banyo sistemi çekilebilecek, odalara bir, iki veya üç kişiliğe daraltılabilecek şekilde ise, koridorlar, asansörler buna izin verebilecek şekilde ve diğer teknik hususlar, tavan yüksekliği de dahil olmak üzere müsaitse bunlar yenilendi. Bunun mümkün olamadığı çeşitli durumlar var. Bina depreme dayanıklı olmayabilir veya bina ekonomik ömrünü tamamlamış olabilir veya zaten mimari uygulama projesi buna izin vermeyebilir. Yatakları nitelikli hale getirirken oluşacak maliyet binanın kendi değerinin çok büyük bir kısmına da denk gelebilir. Bu durumda teknik olarak binanın nitelikli yatak dönüşümüne uygun olmayacağı kanaatine varılır. O zaman bu hastanelerin yerine yenisinin yapılması planlanmıştır. Zaten bizim ülkemizde yatak sayımızda çok

ciddi ve büyük açık olmasa da eksiklik vardı. Bir ülkenin hasta yatak sayısı 10 bin nüfusa düşen yatak sayısı ile ifade edilir. Bu rakam gelişmiş ülkelerde 40'ın üzerindedir. Bizim ülkemizde de 2013 itibarıyla Sağlık Bakanlığı'nda 20'dir, özel sektörle birlikte 26'dır. Bizim hedefimiz bunu 31'e çıkarmaktır, Sağlık Bakanlığı olarak 25'e çıkarmaktır. Bu aradaki farklar yeni yatak yapma ihtiyacımızı göstermektedir. Bir de biraz önce tanımladığım, yenilenemeyecek, nitelikli yatak haline getirilemeyecek hasta yataklarının yeniden yapılanması gereği ortaya çıkar, bu nedenle çok ciddi bir yatak açığı ortaya çıkmış oluyor. Aslında yatak açığı çok fazla değil, 2013 rakamı ile 35 bin yatak, ancak yenilenecek yatakları hesaba kattığımızda ciddi bir açık ortaya çıkıyor. Bugün itibarıyla mevcut yatak sayımızın %37'sini 2002'den itibaren nitelikli hale getirdik. Geriye %63'ümüz kaldı. İşte bunun büyük bir kısmını yeniden yapma olarak ele aldığımızda ve diğer 35 bin yatağı eklediğimizde önümüze önemli bir yekûn ortaya çıkmış oluyor. Kamu-özel işbirliği ile bu yekûnun %60'ını yapacağız, diğerini klasik genel bütçe imkânları ile yapma olanağımız var. Yeni yatak dediğimiz bu hastanelerimizi yaptıktan sonra rehabilite edemeyeceğimiz hastaneleri kapatacağız ama yerlerine yeni yatakları yapmış olacağız. Kapatılan hastaneler bu yeni hastanelere taşınacak. Zaten bu yeni hastaneler Hazine'nin, yani kamunun malı olduğu için Hazine, eski hastanelerimizi bu yeni hastanelerimizin finansmanında kullanmak üzere değerlendirecektir.

“Bu modelin çok önemli bir avantajı Avrupa Birliği'nin Maastricht kriterlerine göre, bu modelle yapılan yatırımların borcunun ülkenin borç stokunda gözükmemesi. Dolayısıyla ülkelerin borçluluk oranları düşüyor, bu da ekonomiye pozitif bir etki sağlıyor. Dezavantaj olarak, verilen kiralar kümülatif toplandığında karşılaşılan ciddi rakam olarak algılanması bir faktör. Yatırım süresince finansmanın bir maliyeti var, sigortası var. Bunların hepsini üst üste koyunca 25 yıl üzerinden büyük bir yekûn gibi karşılanıyor, yani pahalı gibi bir algı oluşturuyor.”



Bunları karşılaştırdığımızda siz bugün ihtiyacınız olan hastanelere bugün kavuşuyorsunuz, klasik yönteme bıraktığınızda 25 yılda tamamlayabileceğiniz işlere bugünden sahip oluyorsunuz. Bunun bir finansman bedeli var ve bu bedeli de ödüyorsunuz. Önemli olan süreç içerisinde, başlangıçtan 25 yılın sonuna kadar oluşabilecek problemleri ve çözüm yollarını öngörüp, sözleşme ve eklerinde net olarak belirtebilmek.

Sağlıkta yetişmiş insan kaynağı sıkıntısı çekildiğine göre bu hastaneler kiminle hizmet verecektir?

Bu hastanelerimiz biraz önce bahsettiğim üzere mevcut insan kaynakları ile hizmet verecektir. Yani eski hastaneler oraya personeli ile taşınacaktır. Eğer yeni yatak kapasitesi artışı olursa zaten ülkemizde sisteme her yıl 5 bin doktor, 10 - 20 bin sağlık personeli katılmaktadır, bunlar vasıtasıyla hizmet açığı tamamlanacaktır.

“Hastaneciliği Bakanlık, eğitimi üniversiteler yapsın istiyoruz”

Ülkemizde hastaneler sayı ve kalitesinde son yıllarda belirgin bir artış olmuştur. Şehir hastaneleri ile bu daha ileri taşınacaktır. Böylesine kapsamlı yatırımların tıp ve diğer sağlık meslekleri eğitimindeki rolü ne olacaktır? Bugünkü eğitim hastaneleri bunların neresinde yer alacaktır? Üniversite ve özellikle tıp fakülteleri ile bir ilişkisi olacak mıdır? Olacaksa hangi çerçevede ve nasıl olacak? Bu arada parantez içinde şunu da sormak isteriz: Birlikte yürütülmesi gereken faaliyetlerde bir sorun yaşanmış görülmektedir. Ülkemizde -sayısı her an artmakta olan- güncel verilerle 73'ü aktif 86 tıp fakültesi, 59'u aktif 72 eğitim araştırma hastanesi var. Dünya örneklerine göre en fazla “tıp eğitim kurumu” olan ülke durumundayız. Bir tıp fakültesinde en az 100-130 öğretim üyesi olması gerekirken, bunun çok altında öğretim üyesine sahip tıp fakülteleri söz konusu. Uzmanlık eğitimi bazı alanlarda sadece bir baş asistanın olduğu birimler söz konusu. Bu kadar fazla kurumda yeterli kalitede eğitim vermek mümkün müdür? Yeni açılan tıp fakülteleri ve eğitim-araştırma hastaneleri konusundaki fikriniz nedir? Ülkemizde mezuniyet öncesi tıp eğitiminin ve uzmanlık eğitiminin kalitesinin bugünü ve yarını için neler düşünüyorsunuz? Asıl önceliğin sağlık insan gücü yetiştirilmesine verilmesi gerekmez mi? En azından hastaneler ve diğer sağlık hizmet kurumlarının sayı ve kalitesindeki artışla uyum içinde sağlık insan gücü kalitesine önem vermek gerekmez mi?

Bu uzun ve detaylı bir soruya cevap vermeye çalışayım. Hastanelerimizin nitelikli yatak anlamında kalitesindeki artış bir gerçektir. Bu, ülkemizin ekonomik durumu ile paralel olarak devam etmektedir. Şehir hastaneleri ile de özellikle sadece bugünün değil, önümüzdeki 20, 30 hatta 50 yılın hastanelerinin yapılması söz konusu olduğundan, bu hastaneler daha sonraki yıllardaki teknolojik ve diğer gelişmelere hizmet verebilecek ve ayak uydurabilecek bir mimaride ve mantıkta olmak durumundadır. Bu açıdan da bugün için ihtiyacın biraz

ötesinde sayılabilecek bir nitelik sağlamak durumundayız. Çünkü hastane bugünlük değil, binanın yatırım ömrü 25 yıl olsa da en az 50 yıllık süreç için bir bina yapıyoruz, ciddi bir kaynak harcıyoruz. O zaman da niteliğinin üst düzeyde olması gerekir. Bu hastanelerimiz bu anlamda hem fiziki anlamda geniş ve nitelikli olması, hem de yüksek teknoloji ve insan kaynağı ile donanmış olması sebebiyle eğitim verilebilmesi için bir alt yapıdır. Üniversitelerimizle afiliye olarak, afiliye veya ilişkili bir hastane hizmetinde hem tıp fakülteleri için, hem de sağlık personeli yetiştiren diğer fakülteler için eğitim verilme alanı olabilir. Dünyanın birçok ülkesinde tıp fakülteleri, ağırlıklı olarak tıp eğitimi yapmakta, bu tür hastanelerle afiliye olarak çalışabilmektedir. Eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitim, üniversite hastanelerinde eğitim konusu her zaman tartışılabilir. Her zaman çok fazla öğretim üyesi, çok iyi eğitim anlamına gelmiyor. Bunun ülkemizde örneklerini görüyoruz. Ama şu bir gerçektir ki henüz eğitici vasfını kazanmış birinin şümülü geniş, detaylı, engin bir eğitim vermesini beklemek de akılcı değil. Ama bu ikisinin de arasını bulabilmek açısından Tıpta Uzmanlık Kurulu dediğimiz kurulun görevleri arasında sayılan çalışmaları yapmak, bunun kararlarına göre hareket etmek doğru bir davranıştır. Uzun döneme baktığımızda ülkemizde hem Sağlık Bakanlığı'nın hem de üniversitelerin ayrı ayrı eğitim kurumlarının olmasının doğru olmayacağını söyleyebiliriz. Bizim de son yıllarda dillendirdiğimiz şekliyle hastanecilikte hizmeti ağırlıklı Sağlık Bakanlığı'nın yapması, eğitimin ise tamamen üniversiteye devredilmesi doğru bir harekettir. Bunun için de üniversitelerin önce bunu kabul etmesi, Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin bu yönde altyapı çalışmalarını tamamlaması gerekmektedir. Tamamlandıktan sonra bu mümkün olabilecektir. Burada esas alınacak prensip, hastaneciliğin farklı bir işletmecilik olup ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığının yönetim kapasitesinden faydalanılması, eğitimin ise üniversitelerin görev alanına bırakılmasıdır, bu şekilde çok yol alınabilir. Bu daha önceki yıllarda hayal gibi görünürken bu birliktelik, bu görev dağılımı uzak olmayan bir gelecekte gerçek olabilir. Bir başka husus üniversitelerin eğitim yapıyoruz gerekçesiyle sağlık hizmetinden uzak kalınamayacağı, sağlık hizmeti veren yerlerin de eğitimi görmezlikten gelemeyeceği gerçeğidir. Sağlıkla ilgili eğitim, sağlık hizmeti ile bir bütündür. Yani hastanın olmadığı bir yerde sağlıkla ilgili bir eğitimden söz edemeyiz. Bu açıdan herkesi kendi konumuna oturup düşünmemiz gerekir. O zaman biz hizmetimizde başarılı oluruz. Zaten gerek hastane tarafı, gerek üniversite tarafı hem hizmetin bedelinin hem de eğitimin bedelinin paylaşımı ile ilgili de

bu gerçekleri dikkate alarak kararlarını verdiklerinde kanaatimce en doğru kararı vermiş olacaklar, en doğru yolu bulmuş olacaklardır. Mutlaka ki, insan gücünü yetiştirmek çok öncelikli bir iştir. Ama bir yerde bir hasta varken “*Dur, ben şu adamı yetiştireyim, sonra sana baksın*” şeklinde düşünemeyiz. Burada da bir paralellik söz konusu olacak. Hem hizmet vereceğiz, hem de insan gücünü yetiştireceğiz. Ülkemizin genç bir nüfusu olması hasebiyle yetişecek insan gücü olarak da insan kaynağımız var. Öğretim üyesi sayımız da az değil, o halde bunun dengeli dağılımını da sağlayacak yolları mutlaka bulmalıyız. Peki, eğitim verilecek alan var mı? Evet, Sağlık Bakanlığı’nın çok ciddi hastaneleri var ve bunların pek çoğu da fiziki anlamda nitelikli ve eğitim verilebilecek kapasitede. O halde biz bunları verimli halde kullanabilecek durumda olmak zorundayız. Yani üniversiteler, farklı üniversitelerdeki öğretim üyesi denge-sizliğini dengelemek durumunda, Sağlık Bakanlığı da kendine eğitim ve araştırma hastanesi açıyorum diye eğitimcisiiz klinikler oluşturup asistan yetiştirmeye teşebbüs etmemeli. Bu gerçeklerden daha uzak olan yerlerde yine Tıpta Uzmanlık Kurulunun müdahalesi ile gerçek anlamda eğitim verilebilecek standartlar ortaya konularak eğitimde standart birliğini sağlamak durumundayız. Bunu beraber yürüteceğimiz bir çalışma olarak görmek lazım.

“Bakanlığın 25 yılda yapabileceği şehir hastanelerini, bu şekilde hemen yapacağız”

Anlaşıldığı kadarıyla çok sayıda hastanenin bir arada entegre yapılanmasından söz ediliyor. Bu hastane gruplarının yönetim biçimi nasıl olacak? Kamu Hastane Birlikleri ile ilişkisi nasıl kurulacak? Bu hastaneler üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezlerini nasıl etkileyecek? Bu hastanelerin ortak kullanım ve işbirliği kapsamında olması düşünüyor mu?

Biraz önceki cevabımızda bunlara büyük ölçüde cevap verdik. Elbette bu hastanelerde arzu edilen o bölgedeki üniversitelerle ortak kullanım ve işbirliği içinde kullanılmalıdır. Kamu kaynağının en verimli şekilde kullanılması, hem de eğitimin hizmetine verilmesi en doğru şekildir.

İlaç, aşı, cihaz, araç, gereç ve sağlık hizmetinde kullanılan malzemeler çok ağırlıklı olarak ithal edilmektedir. Üretim ve temel sağlık araştırmaları alanına şehir hastaneleri kadar önem veriliyor mu? Veriliyorsa bunun somut örnekleri nelerdir? Ülke olarak, ileri sağlık araştırmaları ve üretim için bir “Milli Sağlık Kurumu” kurulması konu-

sunda yapılmakta olan veya planlanmış bir faaliyet var mıdır?

Bahsedilen ilaç, aşı, tıbbi cihaz, araç ve gereçlerde ülkemizin ithal ağırlıklı çalıştığı bir gerçek. Bu konuda genel bilinenin aksine bazı rakamları vermek gerekiyor. Bugün ülkemizde yerli üretimin ihtiyacı karşılama oranı %15’ler civarındadır. Ama burada enteresan birkaç şeyi söyleyeyim. Bu rakam en iyi düzeyde Japonya’dadır ve %30 ile 35 arasındadır. Daha sonra Avrupa ülkelerinde %20 ile 30 arasındadır. Yani bu çok gelişmiş olarak zannettiğimiz ülkeler de kendi sağlıkla ilgili araç ve gereçlerin ancak bu kadarını kendileri temin edebiliyorlar. Bu neden böyle? Bu dünya ticaretinde globalleşmenin bir sonucu. Ama ülkemiz için %15 oranını düşük kabul ediyoruz ve bunu yükseltmenin doğru olduğunu düşünüyoruz. Bakanlığımızın Sağlık Politikaları Kurulu ve İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu var. İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu bu politikaları uygulamaya geçirmekten sorumlu, Sağlık Politikaları Kurulu da, bu ve benzeri konularla ilgili politikaları oluşturacak çalışmaları yapmakla sorumlu. Yani Kasım 2012’de yayınlanan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı Teşkilat Kanunuyla aslında buna yönelik yapımız oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı tek başına bu konuyu hayata geçirmede başarılı olabilir mi? Sonuçta Sağlık Bakanlığı bir hizmet kurumudur. Bu konu ile ilgili devletin diğer kurumları var. Sanayi Bakanlığı, Ekonomi Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜBİTAK, üniversitelerin her birisi bahsedilen bu yerli üretimde rol alabilecek kuruluşlar, ama en önemlisi özel sektör. Biz biliyoruz ki çok değil on yıl öncesine kadar özel sektör bu konuya çok az eğilmişti. Ama bugün tıbbi cihaz sektörü başta olmak üzere ilaç ve aşı sektöründe üreticiler bu konuya daha fazla eğilmeye başlamışlardır ve bu konudaki gelişmeler her yıl gözle görülür bir şekilde artmaktadır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı’nın katkısı ne olabilir? Sağlık Bakanlığı off-set denilen satın alma sistemini kendi kanunlarına koyarak böyle bir satın alma modelini geliştirmiştir, bu da Türkiye’de üretimi teşvik eden bir sistemdir. Bir diğer katkı da 2013 Mart ayında çıkan 6428 sayılı Kamu Özel İşbirliği Kanunumuzda şehir hastanelerinin tıbbi cihazının en az %20’sinin yerli olması şartı getirilmiş olmasıdır. Dolayısıyla burada Sağlık Bakanlığı icracı bir Bakanlık olarak bu konudaki teşvik görevini yerine getirmiştir. Ekonomi Bakanlığı, Sanayi Bakanlığı ve TÜBİTAK’la beraber bu konu ile ilgili ortak çalışmalara devam etmektedir.

Ülkemizde hastaneler vd. sağlık kurumlarının mimarisi konusunda ilgili alanların da katılarak hazırlandığı “standartların” mevcut durumu nedir? Örneğin hastanelerin iklimlendirilmesi ve havalandırılması konusunda ge-

“Her zaman çok fazla öğretim üyesi, çok iyi eğitim anlamına gelmiyor. Eğitici vasfını kazanmış birinin şümulü geniş, detaylı, engin bir eğitim vermesini beklemek de akılcı değil. Mutlaka ki, insan gücünü yetiştirmek çok öncelikli bir iştir. Ama bir yerde bir hasta varken “*Dur, ben şu adamı yetiştireyim, sonra sana baksın*” şeklinde düşünemeyiz. Burada da bir paralellik söz konusu olacak. Hem hizmet vereceğiz, hem de insan gücünü yetiştireceğiz.”

İşmiş ülkelerde yıllardır uygulanan yapım ve bakım konusunda standartlar vardır? İklimlendirme ve havalandırma konusunda şehir hastanelerinde hangi ölçütler esas alınacaktır?

Ülkemizde önemli bir sıkıntı, dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi sağlık yapılarının mimarisinde hem tasarım hem de uygulama standartlarıdır. Sağlık yapılarının mimarisi aslında mimarlık alanının en karmaşık konularından birisidir. Bu nedenle mimarların çoğu bu yöne tevessül etmemekte, daha kolay projelerle daha iyi gelir elde etme veya daha büyük görsel yapılar oluşturmaya çalışmaktadırlar. Sağlık alanına yönelenler ise daha azdır, çünkü sağlık alanı zordur, meşakkatlidir, çizmesi, uygulaması ve kontrolü açısından bakıldığında daha zahmetli bir iştir, dolayısıyla daha pahalı da olan bir iştir. Fakat başlangıçtaki şehir hastanelerinin planlanmasında veya Sağlıkta Dönüşüm Programının başlangıç aşamalarında da bu alanda büyük çalışmalar yapılmış, dünyanın gelişmiş ülkelerindeki, özellikle Avrupa Birliğindeki standartlar, Amerikan, Avustralya ve Kanada standartları üzerinde çalışılarak Türkiye’nin bu konudaki hastane mimarisi standartları geliştirilmiştir. Şehir hastanelerimizde de, klasik yöntemle inşa edilen binalarımızda da buna büyük oranda dikkat etmekteyiz. Hem mimarlarımız ve hem de teknik proje çizenlere bu standartları uygulamaya çalışmaktayız. Bu nedenle de bu projelerimizde önümüzdeki 50 yılda gelecek yeni teknolojilere ve yeni ihtiyaçlara ayak uydurabilecek standartları istemekteyiz.

Ülkemizde sağlık politikalarına bir bakış

Prof. Dr. Taner Demirel



1984 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1987-1997 yılları arasında ABD'de eğitim gördü. İç hastalıkları ihtisasını Wisconsin Tıp Fakültesinde, Tıbbi Onkoloji, Hematoloji ve Kemik İliği Transplantasyonu ihtisaslarını ise Washington Üniversitesine bağlı Fred Hutchinson Kaner Merkezinde yaptı ve kendisine bu enstitüde "Outstanding Clinical Research" ödülü verildi. Ülkemizde Sağlık Bakanlığına bağlı ilk kemik iliği transplant merkezini Ekim 1999'da Ankara Numune Hastanesinde kurmuş ve Ekim 2001 yılına kadar bu ünitenin direktörlüğünü yapmıştır. Dr. Demirel, TÜBA ve Avrupa Bilimler Akademisi Asli Üyesi, Dünya Akademiler Birliği Seçici Kurul üyesidir.

Sağlık problemleri bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de sık sık gündemin ön sıralarında yer almaktadır. Dünyada tanımlanmış ve uygulanmakta olan ideal bir sağlık mevzuatı olmamakla birlikte gelişmiş Batı toplumlarında ve ülkemizde problem teşkil eden birçok konular çözülmüştür. Bilindiği üzere ABD'de milli gelirin yaklaşık %18'i, Fransa ve Almanya'da %13'ü sağlığa ayrılmaktadır. OECD ülkelerinde bu rakamın ortalaması %11 dolayında iken ülkemizde %6-7 dolayındadır. Ülkemizde bu rakamın bildirilenin üzerinde olabileceğini, kayıt problemleri nedeni ile beklenenden düşük olduğunu ve %9-10 dolayında gerçekleştiğini tahmin ediyoruz. Türkiye'de kişi başına sağlık harcaması 300-350 USD dolayında olup OECD 2000 yılı verilerine göre bu rakam ABD'de 23 kat, Japonya'da 14 kat ve Almanya'da bizden 12 kat fazladır. Sonuç olarak son 10 yıldaki artışa rağmen yine de sağlığa az harcayan bir ülkeyiz. Bilindiği gibi Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile son 10 yılda ülkemiz sağlık ve sağlık hizmetleri konusunda çok büyük aşamalar kaydetmiştir. Bu dönemde yapılan önemli hizmet ve uygulamaları şu şekilde sayabiliriz:

- 1) SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri
- 2) Sağlık harcamalarında KDV'nin %8'e indirilmesi
- 3) SSK, Bağ-Kur ve yeşil kartlıların serbest eczanelerden ilaç alabilmelerinin sağlanması

4) SSK, Bağ-Kur ve yeşil kartlıların istedikleri sağlık kurumuna başvurabilmelerinin önünün açılmış olması

4) Bütün sigorta kurumlarının tek ve modern bir sosyal güvenlik kurumu (SGK) altında toplanması

5) Her vatandaşımıza TC Kimlik numarası verilmesi

6) Özellikle yeni ilaç fiyatlandırılmalarında, ilgili ilacın Avrupa Birliği ülkelerinden en düşük fiyatlı 2 ülkenin ortalaması baz alınarak tespit edilmesi suretiyle ilaç fiyatlarında efektif bir indirimin sağlanmış olması

7) Sağlık kurumlarının ülke genelinde gerek alt yapı gerekse de alet ve eğitimli personel yönünden hızla modernize edilmesi ve bu şekilde tüm vatandaşlarımızın etkin ve çağdaş bir sağlık hizmeti almalarının sağlanmış olması

8) Tüp bebek, organ ve doku nakli uygulamaları gibi inovatif tedavilerin desteklenmesi ve önünün açılmış olması

9) TUBİTAK'ın sağlık alanında son yıllarda yüklü maddi destekli büyük çağrı programları uygulamaya başlaması

10) Kök hücre transplantasyonu tedavilerinde ülkemizde son 10 yılda önemli bir ilerleme kaydedilmiş olması. (Sağlık Bakanlığına kayıtlı toplam 59 kök hücre nakli merkezi olup bunların 41'i erişkin, 18'i pediatrik kök hücre nakil ünitesidir. Ülkemizde 2012 yılında toplam 2590 kök hücre nakli yapılmış olup bu nakillerin < %15'i akraba dışıdır. Toplam 59 nakil ünitesinin 36'sı üniversitelerde, 18'i özel sağlık kuruluşlarında ve 5 tanesi ise

Sağlık Bakanlığımıza bağlı hastanelerde faaliyet göstermektedir. Özellikle SGK paket ödeme programının uygulamaya girmesi ile birlikte son birkaç yıl da özel sağlık kuruluşlarındaki transplant ünitelerinin sayılarında hızlı bir artış görülmektedir. Son 10 yılda ülkemizde kök hücre transplant yatak sayılarında da ciddi bir artış gözlenmekte olup 2004 yılında toplam yatak sayısı 113 iken 2008'de bu sayı 206 ya 2013'de ise 509'a ulaşmıştır. 2000 yılında ülkemizde yapılan toplam kök hücre nakli sayısı 293 iken bu sayı hemen hemen 10 kat üzerinde bir artışla 2012 yılında 2592'ye ulaşmıştır. Allojeneik (kardeş ya da akrabadan) nakiller 2008'de 390 iken 2012'de 881'e yükselmiştir. Aynı dönemde akraba dışı allojeneik nakil sayıları 26'dan 162'ye ulaşmıştır.)

Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında gerçekleştirilen bu hizmet ve uygulamalar ülkemiz sağlığına pozitif anlamda önemli bir ivme kazandırmakla birlikte hala çözülmesi gereken bazı problemler mevcuttur. Sağlık oldukça dinamik bir konu olup her zaman bir takım problemlerin ortaya çıkması, gerek ülkemizde gerekse de gelişmiş Batı ülkelerinde olağan bir durumdur. Bu yazımızda sağlıkta problem teşkil eden ve aşağıda verilen bazı konulara odaklanıp bunlara güncel çözüm önerileri getirmeye çalışarak bu sorunların çözümüne ilişkin görüş ve yaklaşımları burada ortaya koymaya çalışacağız. Ülkemiz sağlığında öncelikle çözülmesi gereken 9 önemli konu aşağıda verilmiştir:



1) Kişi başına düşen doktor sayısının bölgelere göre dağılımındaki dengesizliğin düzeltilmesi

2) Hasta ve hasta sahipleri üzerinde büyük bir yük teşkil eden kan ve kan ürünleri ile ilgili problemlerin ortadan kaldırılması

3) Her ilimizde modern anlamda acil yardım ekiplerinin oluşturulması ve ayrıca her üniversite ve eğitim hastanesinde acil tıp ana bilim dalı kurulmasının zorunlu kılınması

4) Ulusal Kansere Enstitüsü'nün Kurulması ve kanser tedavisinde uluslararası standartların yakalanması

5) Yaşlı ve yatalak hastaların bakımı için büyük ve orta büyüklükteki illerde bir merkez (Hospice Care) kurulması

6) Büyükşehirlerde Sağlık Bakanlığı idaresinde merkezi kalite kontrol laboratuvarlarının kurulması

7) Yardımcı sağlık personellerinin istihdamının artırılması ile sağlık hizmetlerinde kalitenin yükseltilmesi

8) Orfan (öksüz) hastalık ve orfan ilaç komisyonlarının aktif hale getirilmesi

9) Sağlık turizminin geliştirilmesi

1) Kişi başına düşen doktor sayısının bölgelere göre dağılımındaki dengesizliğin düzeltilmesi

Ülkemizde yeterli sayıda tıp fakültesi vardır. Hala 50'nin üzerinde tıp fakültesi mevcut olup bu fakültelerin çoğunda alt yapı, temel tıp eğitimi, akademik kadrolar ve uygulamalı eğitimde ciddi yetersizlikler vardır. Bundan sonra yeni tıp fakülteleri açmak yerine mevcut tıp fakültelerinde daha kaliteli eğitim, öğretim ve sağlık hizmeti sunulmasının sağlanması temel hedef olmalıdır. Yeni tıp fakülteleri açılrsa bile bu fakültelerde öğrenci yetiştirmek yerine sadece mezuniyet sonrası eğitime yönelmesi çok büyük önem arz etmektedir. Doktorun sayısından çok kalitesinin önemli olduğunu hiçbir zaman göz ardı etmemek gerekmektedir.

Ülkemizde son yıllarda kişi başına düşen doktor sayısı artmış olmakla birlikte hala bölgesel dağılımda ciddi dengesizlikler vardır. Doktorlarımızın büyük çoğunluğu ülkemizin batı kesiminde çalışmakta ve doğu bölgesinde sıkıntı çekilmektedir. Doğu bölgesine tayin edilen

Yeni tıp fakülteleri açılrsa bile bu fakültelerde öğrenci yetiştirmek yerine sadece mezuniyet sonrası eğitime (Post-graduate medical school) yönelmesi çok büyük önem arz etmektedir. Doktorun sayısından çok kalitesinin önemli olduğunu hiçbir zaman göz ardı etmemek gerekmektedir. Bir başka sorun olarak ülkemizde son yıllarda kişi başına düşen doktor sayısı artmış olmakla birlikte hala bölgesel dağılımda (Regional Distribution) ciddi dengesizlikler vardır...



Sağlık Bakanlığı İhtisas Tüzüğünde gerekli değişiklikler yapılarak Acil Yardım ve Acil Servis İhtisası yaygınlaştırılmalıdır. Büyükşehirler ve önemli turizm merkezlerinin yakınında helikopterli kurtarma ekipleri arttırılmalıdır. Ana yollarda acil yardım istasyonlarının kurulmalı ve kaza anında hemen müdahale imkânı sağlanmalıdır. Ayrıca Ulusal Kansere Enstitüsünün kurulmasına da ihtiyaç vardır.

doktorlar bir yolunu bulup batıya geri dönmektedirler. Doktor dağılımındaki dengesizliği önlemek, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde yeterli sayıda doktor bulundurabilmek için mahrumiyet bölgelerinde çalışan pratisyen doktorlara çalıştıkları yıl başına TUS sınavında 1 puan verilmesi ve bu puanların toplamının 4'ü geçmemesi (Raporlu süreler bu kapsamın dışında tutulmalıdır) özendirici bir yöntem olabilir. Üniversitelerde yardımcı doçent ve doçent, devlet hastanelerinde şef muavini, şef ve doçent olmak isteyenlere mahrumiyet bölgesinde 2 yıl çalışmış olmak koşulunun getirilmesi de çok pratik bir yöntem olarak kullanılabilir. (Yine raporlu süreler bu sürenin dışında tutulmalıdır). Ayrıca mahrumiyet bölgelerinde görev yapan pratisyen, uzman doktor ve yardımcı sağlık personellerine dolgun ve tatminkâr maaş ödenmesi hedeflenmelidir.

2) Hasta ve hasta sahipleri üzerinde önemli bir yük teşkil eden kan ve kan ürünleri ile ilgili problemlerin ortadan kaldırılması

Bugün vatandaşlarımızın hastanelerde yaşadıkları en büyük problem kan ve kan ürünlerinin sağlanması konusudur. Bugün ülkemizde birkaç büyük hastane ve fakülte dışında kan ve kan ürünü temini oldukça zordur. Vatandaşımız hastaneye gittiğinde ameliyat için gerekli olan kan ve kan ürünleri kendisinden istenmektedir. Bu konunun çözülmesi için ABD, İngiltere, Almanya ve diğer Batı toplumlarında olduğu gibi bölgesel kan merkezlerinin kurulması gerekmektedir. ABD'de 10 dolayında bölgesel kan merkezi bulunmakta ve bu merkezler bütün ülkenin kan ve kan ürünleri ihtiyacını karşılamaktadırlar. Ülkemizde de her bölgeye bir olmak üzere en az 7 adet bölgesel kan merkezinin kurulmasına ihtiyaç vardır. Bu merkezlerin gerek Avrupa Birliği gerekse de ABD'deki yüksek standartlara sahip olan mükemmeliyet merkezleri gibi olması gerekmektedir. ABD'deki model esas alınarak kurulacak bu merkezlerde her türlü teknoloji mevcut olmalı ve kan ürünleri hazır bulundurulacak hasta ve hastanelerin hizmetine sunulmalıdır. Böylece vatandaşlarımızın kan ve kan ürünleri ile uğraşmaları tamamen ortadan kalkacaktır. Ayrıca bu merkezlerde kan ve kan ürünü vericilerinin kayıt ve sağlık takipleri bilgisayar ortamında çok dikkatle yapılarak bulaşıcı hastalıkların önlenmesi temel hedef olmalıdır. Bir hepatit ülkesi olan Türkiye'mizde bunun ne kadar önem arz ettiğini burada vurgulamak istiyoruz. Kurulacak bu merkezlere çağdaş ulaşım araçları ve ayrıca 1 adet helikopter temini gereklidir. Bu merkezlerdeki helikopterler gerekirse kazalara müdahale eden yardım ekiplerine de tahsis edilebilmelidir.

3) Her ilimizde modern anlamda acil yardım ekiplerinin oluşturulması ve ayrıca her üniversite ve eğitim hastanesinde acil tıp ana bilim dalı kurulmasının zorunlu kılınması

Acil yardım ve kurtarma konusunda ülkemiz Batı toplumlarından geridedir. Hastalara ya da yaralıları kaza ortamında ilk yapılacak müdahaleler, yaralıların kaza ortamından nasıl alınacağı, nasıl transport yapılacağı gibi konular henüz az bilinmekte ve bu nedenlerle her yıl birçok insanımız sakat kalmakta ya da ölmektedir. Bu sorunun çözümü için Sağlık Bakanlığı İhtisas Tüzüğünde gerekli değişiklikler yapılarak *Acil Yardım ve Acil Servis İhtisası* yaygınlaştırılmalı, fakültelerimizin ve Bakanlığa bağlı eğitim hastanelerimizin acil servislerinde bu ihtisas yaygın olarak verilmelidir.

Bilindiği üzere ülkemizde meydana gelen kazaların çoğunda kazazede vatandaşımız asıl hasarı yanlış yöntemlerin uygulanması nedeni ile transport sırasında almaktadır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığımız tarafından oluşturulacak bir bilimsel komisyonla kazazede vatandaşlarımızın kaza alanından nasıl alınıp transport edileceğine dair bilimsel yöntem ve esaslar açık olarak tespit edilmelidir. Bu konuya ilişkin eğitim olanakları hızla sağlanarak yetişmiş ekipler oluşturulması yoluna gidilmelidir. Ayrıca büyükşehirler ve önemli turizm merkezlerinin yakınında helikopterli kurtarma ekipleri arttırılmalıdır. Daha önemlisi ve çok elzem bir ihtiyaç olan, ana yollarda acil yardım istasyonlarının kurulması ve kaza anında hemen müdahale imkânı sağlanmasıdır. Acil yardım konusunda en önemli hedef, tüm sağlık ve yardımcı sağlık personelinin ilk yardım konusunda eğitimlerinin sağlanması ve bunun halka yaygınlaştırılması ile her evde ilk yardım bilen bir bireye sahip olmak olmalıdır.

4) Ulusal Kansere Enstitüsünün kurulması ve kanser tedavisinde uluslararası standartların yakalanması

Sağlık Bakanlığının kontrolünde üniversitelerle bağlantılı modern teknoloji ve kadro ile donatılmış bir ulusal kanser enstitüsünün kurulmasına ihtiyaç vardır. Dünyanın birçok önde gelen ülkesinde bu enstitüler var olup kanser hastalarının tedavileri, takipleri, yeni araştırmaların yapılması, tedavilerin standardize edilmesi ve kanserle ilgili sağlık politikalarının tek elden yürütülmesi gibi konular bu enstitü tarafından yapılmalıdır. Bu enstitüye atanacak başkanların liyakat esas alınarak Sağlık Bakanının teklifi ile Başbakan ve Cumhurbaşkanı'nın onaylanması uygun bir yaklaşım olacaktır. Böyle bir enstitünün

kurulması ile ülkemiz bilim adamlarının gerek ulusal gerekse de uluslararası bilimsel fonlardan ve kuruluşlardan daha çok destek almaları sağlanabilir.

Çok daha önemli ve elzem olan bir husus, her bölgeye tam teşekküllü bir kanser teşhis ve tedavi merkezinin kurulmasıdır. Bu şekilde Avrupa Birliği standartlarında yer alan kanser teşhis ve tedavileri ile ilgili mükemmeliyet merkezlerinin 7 bölgemizde hizmet vermesi sağlanmalıdır. Bu merkezler kurulacak olan ulusal kanser enstitüsüne bağlı olarak faaliyet gösterebilirler. Bölgesel kanser merkezlerinde teşhis, kemoterapi ve radyoterapi olmak üzere kanserle ilgili bütün modern tedavi metotları vatandaşlarımızın hizmetine sunulabilir. Bu şekilde büyük şehirlerde oluşan yığılmalar ve hastane kuyrukları da önemli ölçüde azaltılmış olacaktır.

5) Yataklak ve yaşlı hastaların bakımı için büyük ve orta büyüklükteki illerimizde mükemmeliyet merkezi niteliği taşıyan merkezler kurulması

Bilindiği üzere ülkemizde yataklak ve yaşlı hastaların bakımı için yapılmış özel donanım ve personeli olan merkezler mevcut değildir. Bu nedenle kaza sonrası sakatlık, felç ve yaşlıların hastalıkları (parkinson, alzheimer ve bunama) gibi problemlerde hizmet verecek bu tür merkezlerin büyük ve orta büyüklükteki illerimize kurulması çok elzem bir hizmettir. Yataklak ve yaşlı hasta bakımı çok zor bir durum olup böyle hastaları olan aileler büyük bir sosyal, psikolojik ve ekonomik yükün altındadırlar. ABD'nin her eyaletinde bu tür merkezler mevcut olup yataklak ve yaşlı hastaların bu merkezlerde takip ve tedavilerini üstlenen nörolog, psikiyatri, fizik tedavi uzmanları ve yara bakımından sorumlu cerrahlar çalışmaktadırlar. Bu nedenle sağlık bakanlığımızın bu konuya öncelik verip hemen fizibilite çalışmalarını başlatarak bu özel donanımlı merkezlerin kurulması ve hizmete açılmasını sağlaması gerekmektedir.

6) Büyük şehirlerde Sağlık Bakanlığı idaresinde merkezi kalite kontrol laboratuvarlarının kurulması

Sağlık Bakanlığının kontrolünde üniversiteler ve eğitim hastaneleri ile işbirliği içinde çalışacak, ileri teknolojiye sahip bir ulusal kalite kontrol laboratuvarı kurulmalıdır. Bu merkez, mevcut Hıfzıssıhha Başkanlığı içinde bir birim olarak şekillendirilebilir. Tüm üniversite hastaneleri, eğitim hastaneleri ve devlet hastanelerine ait biyokimya, mikrobiyoloji, hematoloji ve patoloji laboratuvarları ile özel laboratuvarların internal ve eksternal

kalite kontrollerinin sağlanması rahatlıkla bu merkezden yapılabilir. Çok önemli ve hayati öneme haiz olan ithal kan ve plazma ürünlerinin hem etkinlikleri hem de viral ve bakteriyolojik tetkikleri yine bu merkezde etkin bir şekilde yapılabilir. Günümüzde birçok hastane laboratuvarları ile özel laboratuvarların çoğunun yurt dışına bağımlı ve oldukça pahalı cihazları ve kitleri kullandıkları ve kalite kontrolünde referans bir merkeze ihtiyaç duydukları net bir gerçektir. Böyle bir merkezin kontrolü altında kurulacak bir teknoloji merkezi tarafından bu kitlerin ve otoantikörlerin üretilmesi yanı sıra laboratuvarların kalite kontrollerinin sağlanması ile ciddi bir döviz tasarrufu da sağlanacaktır.

Ülkemizde gerek iç piyasada üretilen gerekse de dışarıdan ithal edilen önemli ilaçların biyo-eşdeğerlilik ve etkinliklerinin değerlendirilmesi için yeterli referans merkezler bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığımızın böyle referans merkezlerin kurulması yolunda çalışmaları başlatması gerekmektedir. Bu merkezi kalite kontrol laboratuvarının en önemli işlevlerinden biriside ilaçların biyo-eşdeğerlilik ve etkinliklerinin efektif bir şekilde değerlendirilmesi ve uygun ilaçların ülkemizde ruhsatlandırılması olacaktır. Bu merkezlerin Ortadoğu, Balkanlar ve Orta Asya cumhuriyetleri içinde bir referans noktası olması amaçlanmalıdır.

7) Yardımcı sağlık personelinin istihdamı ve durumlarının iyileştirilmesi

Günümüzde yardımcı sağlık personeli okullarından mezun olmuş işsizler ordusu ortaya çıkmış olup bunların uygun bir şekilde istihdamında sorunlar yaşanmaktadır. Bu grupta ebe, acil tıp teknisyeni, anestezi teknisyeni, sağlık memurları ve tıbbi sekreterler bulunmaktadır. Bu personelin gerek özel gerekse de resmi kuruluşlarda istihdam edilmesi için gerekli koşullar sağlanmalıdır. Serbest eczaneler, ecza depoları, sağlık kabinleri, özel poliklinikler ve merkezlere yeni alınacak elemanların bu grup içinde seçilmesi için şartlar sağlanmalıdır. Daha önemlisi; yardımcı sağlık personeli yetiştiren okullara alınacak öğrencilerin sayıları her branşta ihtiyaca göre ayarlanmalıdır.

8) Orfan (öksüz) hastalık ve orfan ilaç komisyonlarının aktif hale getirilmesi

Sağlık Bakanlığımızca yaklaşık 2 yıl önce orfan ilaçlar için bir değerlendirme komisyonu oluşturulmaya başlanmakla birlikte henüz aktif çalışmalar başlatılamamıştır. Özellikle ülkemizde orfan dediğimiz az rastlanan hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların hızla has-

talarımızın kullanımına sunulması önem arz etmektedir. Aynı şekilde piyasada az bulunan, ucuz olduğu için firmalar tarafından üretimine sıcak bakılmayan orfan ilaçlarında seri üretimlerinin sağlanması ve hastaların bu ilaçlara kolay bir şekilde ulaşabilmeleri için Sağlık Bakanlığımızın aktif çaba sarf etmesi önem arz etmektedir.

9) Sağlık turizminin geliştirilmesi

Bugün bütün dünyada sağlık turizmi önemli bir konu olup birçok ülke sağlık turizminden gelir elde etme yönünde çalışmalar yapmaktadır. Gerek gelişmiş tıbbi teknolojileri gerekse de coğrafi konumu itibarı ile ülkemizin önümüzdeki yıllarda sağlık turizmi yönünden bir cazibe merkezi haline gelmesi beklenmektedir. Sağlık turizminin özendirilmesi ve teşviki ile Orta Asya, Kafkasya ve Arap ülkelerinden rahatlıkla hasta akışı sağlanabilir. Bugün bütün dünyada önemli sağlık merkezleri sağlık turizminde kalp cerrahisi, kök hücre tedavileri, rejeneratif tıp, organ nakilleri ve tüp bebek uygulamaları gibi inovatif tedavilere ağırlık vermektedirler. Ülkemizde bu tedavilerin başarı ile uygulanmaları nedeni ile sağlık turizmindeki pastadan ülkemizin de önemli bir pay almasının sağlanması yolunda daha etkin çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Sonuç ve öneriler

- 1) Büyük ve orta büyüklükteki illerimize yataklak, felçli ve yaşlı hastaların bakımı için mükemmeliyet merkezi niteliği taşıyan modern bir rehabilitasyon merkezi (hospice care) kurulmalıdır.
- 2) Ulusal Kanser Enstitüsü kurulmalı ve kanser tedavisinde uluslararası standartlar yakalanmalıdır.
- 3) Her bölgeye bir adet tam teşekküllü, Avrupa Birliği standartlarında mükemmeliyet merkezi niteliği taşıyan kanser teşhis ve tedavi merkezi kurulmalıdır.
- 4) Her bölgeye modern anlamda bir adet bölgesel kan merkezi kurularak hasta vatandaşlarımızın kan ve kan ürünleri ihtiyacı karşılanmalıdır.
- 5) Büyükşehirlerde Sağlık Bakanlığı idaresinde merkezi kalite kontrol laboratuvarları kurulmalıdır.
- 6) Sağlık turizmi özendirilmeli ve desteklenmelidir.

Kaynaklar

Baldomero H, Gratwohl M, Gratwohl A et al. The EBMT activity survey 2009: Trends over the past 5 years. *Bone Marrow Transplant* 2011, 46, pp 485-501.

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012.

World Health Statistics. World Health Organization- WHO 2013.

Acil nöbetleri bağlamında Türkiye'nin sağlık sorunları ve çözüm önerileri

Dr. Yusuf İzzettin Güven



Akdeniz Üniversitesi Antalya Tıp Fakültesi'nden 1988 yılında mezun oldu. 1988-1989 yılları arasında Sağlık Ocağı hekimliği, 1989-1991 yılları arasında Acil Servis hekimliği, 1991-1992 yılları arasında Köy Hizmetleri Kurumu işyeri hekimliği yaptı. 1992-2004 yılları arasında özel sektörde çeşitli poliklinik, tıp merkezi ve hastanelerde yöneticilik ve hekimlik, 2004-2008 yılları arasında ise özel poliklinik işletmeciliği yaptı. 2010 yılında İstanbul Aile Hekimliğine geçtiğinden beri aile hekimi olarak İstanbul Ümraniye'de görev yapmaktadır. Aynı tarih itibari ile İSTAHED (İstanbul Aile Hekimliği Derneği) Hukuk Komisyon Başkanlığı, Teşkilatlanma Sorumlusu ve AHEF (Aile Hekimliği Federasyonu) Hukuk Komisyon Başkan Yardımcılığı görevlerini yürütmektedir.

Türk sağlık sistemi ciddi bir işletme sıkıntısı yaşamaktadır. Toplumda çok yüksek düzeylere çıkartılan sağlık hizmetlerinden memnuniyet durumu, yaşanan bu sıkıntılar yüzünden sürdürülebilirliğini yitirmekte, aynı zamanda kamu üzerine çok ciddi sosyoekonomik yükler getirmektedir. Bugün ne yazık ki vatandaşlar tamamen disiplinsiz bir şekilde istedikleri birime istedikleri şekilde giderek her türlü sağlık hizmetini talep edebilmektedir. Ne yazık ki vatandaş açısından beğeni alan bu durum, orta ve uzun vadede sürdürülebilir değildir. Hatta birey ve toplum sağlığı için de birçok sıkıntıyı beraberinde getirmektedir.

Bu duruma mani olmak için her ne kadar bazı katkı bedelleri vb. uygulamalar konmuş olsa da siyasi iradenin halkın tepkisi nedeniyle tam olarak arkasında duramaması, bürokrasinin sahip çıkmaması ve de gerekli alt yapının hazırlanarak vatandaşın planlı bir şekilde yönlendirilebileceği alternatif kanalların temin edilmemesi sonucunda doğal olarak pek bir işe yaramamıştır.

Nitekim geçmişe göre verilen hizmetlerin hem nitelik olarak hem de nicelik olarak artması ve hizmetlere

ulaşılabilirliğin kolaylaştırılması ve her türlü sağlık hizmetinin bir hak olduğu bilincinin toplumda yaygınlaştırılması ile artan talebi karşılayacak alt yapının hem fiziki hem de insan gücü olarak yeteri kadar temin edilememesine bir de işletme hataları eklenince sistem tıkanma noktasına gelmiştir.

Halen sistemde iş yükü analizi ya da verimlilik çalışmaları profesyonel anlamda kullanılmadığı için sistemdeki arızaların tespiti ve düzeltilmesi yanlışlar yapılagelmektedir. Örneğin performans sisteminin hastaneye ne kazandırdığı, hastaya ölçülebilir nasıl bir iyilik durumu sağladığı, doktorun veriminin ne olduğu, potansiyel yapabilecekleri ile yaptıklarının ne olduğu gibi hususlar sayısal parametrelerle ortaya konulabilmiş değildir. Bu örnek, aile hekimliği için de, 112 sistemi için de, acil servisler için de kendine özgü değerlerle sorgulanabilir.

Sisteme noktasal bakışla iyi çalışan ve döner sermayeye yüksek katkılar sağlayan hastanenin kâr ettiği, aile hekimleri üzerinden ucuz ve kolay ulaşılabilir muayene hizmeti ile maliyetlerin azaltıldığı, düşürülen ilaç maliyetleri ile kâr edilebildiği düşünülebilir. Oysa sağlık sistemleri birbirleri ile etkileşim içerisindedir ve resmin bütününe ba-

kılmadan değerlendirilmesi mümkün değildir. Örneğin döner sermaye üzerinden daha önce ayda 1-2 defa istenen tetkiklerin performans sistemi ile birlikte aynı hastanede aynı doktor ve hasta sayısı ile birlikte 100'lere çıkması, döner sermaye ve performans açısından korkunç bir değişime neden olmaktadır. Bu noktada hastane çok kâr etmektedir, doktor yüksek döner sermaye ile ücretini artırmaktadır, ufak bir şikâyeti neticesi tüm tetkikleri istenen ve Check-up'tan geçen hasta memnundur. Ama "Tüm bu yapılanların faturası kime çıkmaktadır? Acaba kaynak israfı mı yapılmaktadır? Endikasyon harici ne kadar tetkik istenmektedir? Bu tür işlemler yüzünden gerçekten bu hizmetlerden faydalanmak zorunda olanlar sıkıntı çekiyorlar mı?" gibi uç sorularla işleyişin en uç kısımlarına kadar sorgulanması ve toplam maliyetlerin ülkenin genel sağlık politikaları üzerinden yansımalarını dikkate alarak yapılması gerekmektedir.

İlaç maliyetlerinde de aynı şekilde düşünlürse fiyatların % 70'e varan oranlarda düşmesi çok önemli bir gelişmedir ama bununla birlikte gerekli planlama yapılarak yeterli eğitim ve basamaklar arasında senkronizasyon sağlanmadan kolay ulaşılabilir hale getirilen sağlık hizmetleri ile birlikte ilaca ulaşılabilirlik kontrolsüz bir şekilde artarak, gereksiz





Karikatür: Dr. Orhan Doğan

Türk sağlık sistemi ciddi bir işletme sıkıntısı yaşamaktadır. Toplumda çok yüksek düzeylere çıkartılan sağlık hizmetlerinden memnuniyet durumu, yaşanan bu sıkıntılar yüzünden sürdürülebilirliğini yitirmekte, aynı zamanda kamu üzerine çok ciddi sosyoekonomik yükler getirmektedir.

ilaç kullanımı ve ilaç israfı arttığı için sağlık sistemine toplam ilaç maliyetleri yük olarak dönerken bundan daha da önemlisi toplumun geleceği açısından ciddi sağlık riskleri oluşturmaktadır.

Esasen Sağlıkta Dönüşüm Projesinin ana gövdesini oluşturan aile hekimliği, bağımsız birimler olarak yeterli alt yapı planlaması ve diğer basamaklar ile gerekli işbirliği sağlanmadan işletmeye alınarak poliklinikte tercih edilmekten öte kötüye kullanılır hale gelmiştir. Öncelikli işi olması gereken koruyucu-önleyici hekimlik yerine hasta memnuniyetini arttıracak poliklinik sayısının artması olarak sisteme noktasal bakışla katkı sağlamıştır. Ama genel bakışla asıl yapılması gereken koruyucu-önleyici hekimlik kapsamındaki işlemler tedavi edici hizmetlerin çok altındadır. Bu vesileyle hem gereksiz ve boşuna kullanılan poliklinik yükünün getirdiği artmış ilaç maliyetleri ve önlenebilecek iken ya da erken teşhisle düşük maliyetlerle çözülebilecek sağlık problemlerine yönelik tarama programları yapılamadığından, önlenemeyen hastalıkların getirdiği tedavi masrafları ve kaybedilen iş yükü değerleri genel bakışla daha ağır basmaktadır.

Gündemde öne çıkan sorun: Acil servisler

Bugün özellikle acil servisler için -belki de daha fazla göz önünde olduklarından dolayı- yaşanan sıkıntılar konusunda içinden çıkılmaz şekilde bir toplumsal kanaat oluşmuştur. Büyük zorluklar, yoğun emek ve fedakârlıkla elde edilen toplumsal memnuniyet, bu haliyle sürdürülemez bir sürece doğru gitmektedir. Çok yoğun hasta baskısı altında buralarda hizmet sunmada ciddi sıkıntılar ortaya çıkmaya başlamış, çalışan personelde tükenmişlik sendromu gelişirken hizmet talep edenlerde ise memnuniyetsizlik had safhaya ulaşmıştır. Çeşitli kurum ve kuruluşların yaptığı tespitlerde başvuruların ancak %30'unun acil hasta tanımına uyduğu belirtilmektedir. Bu şekilde bir yapının, hiçbir şekilde sürdürülemeyeceği aşikârdır.

Ağırlıklı tespit, total hastaların en az %50-60'ının aslında birinci basamak hastası olduğu ve olağan seyrinde normal mesai saatlerinde aile hekimlerine başvurdıkları takdirde bunların büyük çoğunluğunun gerekli ve yeterli sağlık hizmeti alabileceken çeşitli nedenlerle mesai sonrası acil servislerin tercih ettikleri şeklindedir. Burada elbette eğitimsizlik sebeplerden bir tanesidir. Ama farklı sosyal ve idari sebepler de göz ardı edilmemelidir.

Mevcut durumda acil servisler herhangi bir katkı bedeli almazken tüm diğer birimler belli ölçülerde katkı payları talep etmektedirler. Ayrıca acil servislerde önceden randevu almak vb. zahmetli(!) uygulamalar olmadığı gibi oradan hemen her uzmanlık alanından hekimlere ulaşabilmekte, her türlü tahlil, tetkik ve görüntüleme herhangi bir uzun zamanlı sırada beklemeden elde edilebilmektedir. Mesai saatleri içerisinde ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmetlerine ulaşmak için randevu almadaki zorluklar, buralarda da yine birinci basamaktan alınması gereken hizmetlerin talep edilmesi neticesinde oluşan yoğunluk, toplumda yaratılan büyük binada uzman hekimler ya da akademisyenlerden alınacak sağlık hizmetinin daha kaliteli olacağı konusundaki algı gibi faktörler kişileri hastanelere yönlendirirken en açık nokta olan acillere talebi arttırmaktadır. Ülkemizde anne babanın işte olması ya da işyerlerinden sağlık hizmeti için bile izin almada zorlukların yaşanması, kadınların eşleri ya da babaları, erkek kardeşleri, oğulları gelmeden hekime gidememeleri gibi sosyal gerekçelerde geçerliliğini halen devam ettirmektedir. Yine büyük şehirlerde trafik vb. problemlerde bu duruma katkı sağlamaktadır.

Yaşanan bu sorunlara çözüm amacı ile çok çeşitli uygulamalar hayata ko-

nulmaya çalışılmaktadır. Ne yazık ki bu uygulamaların çoğunluğu sorunun asıl kaynağının tespiti ve sebepleri ortadan kaldırmaya yönelik olmaktan çok, günü kurtarmaya ve su yüzüne çıkan bölümlere geçici müdahaleler şeklinde olmaktadır. Teşhis, gelen başvuruların sayısı ile hizmet vermeye çalışan sağlık personelinin sayısal karşılaştırılmasındaki dengesizlik olunca da çözüm doğal olarak acillerdeki çalışan sağlık personelin sayısının artırılması ve fiziki mekânların büyütülmesi şeklinde gelişmektedir. Bu şekilde ortaya bir kısır döngü çıkmakta ve acillerde verilen hizmet niceliksel olarak arttırılarak talep karşılandıkça vatandaşın acil servislere yönelimi artmakta ve sürekli ihtiyacı büyümektedir. Ülkede yeterli hekim bulunmadığından buralara aktarılabilecek hekim bulunamaz hale gelince de hekim stokunun en büyük bölümünü oluşturan aile hekimleri bu süreçte herkesin ilk aklına gelen grup olmakta ve her konunun çözümünde olduğu gibi bu konuda da en önce başvuru alanlar haline gelmektedirler. En son önümüze gelen çözüm; tıkanan acil servislerin sorununun oralardaki hekim sayısının artırılması ile çözülebileceği varsayımından yola çıkılarak acillere aile hekimlerinin ek mesailerle nöbetçi olarak görevlendirilmeleridir. Bu; hem hukuki, hem sosyal, hem de idari açıdan uygulanabilir bir yöntem değildir. Ama çok daha önemlisi bu haliyle uygulama zorlansa bile hiçbir soruna çözüm değildir. Çünkü teşhis yanlıştır. Acil servisler sağlık personeli yetersizliğinden değil, acil olmayan ve aslında normal şartlarda olağan mesai saatleri içerisinde birinci ve ikinci ya da üçüncü basamak polikliniklerde hizmet alması gereken kişilerin buralar yerine acillerden bu hizmeti talep etmeleri ve işin garibi buralardan bu hizmeti alabilmeleri ya da aldıklarını zannetmeleridir.

Bu durumda ile Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) mesai sonrası nöbetçi Aile Hekimi ve aile sağlığı elemanı bulundurmak yoluyla çözüm oluşturmayacaktır. Çünkü sorunun büyük bölümü aile hekimine ulaşamamaktan kaynaklı değildir. ASM'lerde nöbet tutulması halinde bile hem alt yapı yetersizliği hem kişilerin kendilerini acil zannetmeleri hem de mevcut alışkanlıklar nedeni ile yine acil servislere gitmeyi tercih edeceklerdir. Mevcut duruma çözüm getirmek yerine böyle bir uygulama ASM'lerin güvenlik vb. sorunları ile giderlerinin artırılması, ilave mesai zorlamaları vb. nedenlerle personelde motivasyon kayıpları gibi ilave sorunlar yaratmaktan başkaca bir işe yaramayacaktır.

Temel sorun, basamaklı sağlık sisteminin işletilememesi

Bugün ülkemiz sağlık sisteminin temel

sorunu, basamaklı sağlık sistemin işletilememesidir. Hastaların dağılımlarının incelenmesi halinde ortaya çıkan tablonun gösterdiği, acil servislere gelen kişilerin en az %50'si birinci basamak poliklinik hastalarıdır. Bu tercihlerin elbette birçok sebebi vardır. Bu sebeplerin haklılığı tartışılabilirse bile ortadaki toplumsal talep göz ardı edilebilecek sınırları çoktan aşmış ve bir gerçeklik haline dönüşmüştür.

Bu soruna çözüm üretebilmek için geçmişte ve halen esnek mesai uygulamaları ile Aile Hekimliği Birimlerinin (AHB) klasik mesai sonrasında da hizmet vermeleri denenmiş ama uygulamadan beklenen sonuçlar elde edilemediği gibi güvenlik vb. ilave birçok yeni sorunu gündeme eklemiştir. Burada üstüne basarak belirtmek gerekir ki bütün haklı ve makul gerekçelere rağmen acil servislere oluşan talep patlaması bir gerçekliktir ve en azından halk ve sistem bu konuda yeterli eğitim ve bilinç düzeyine ulaşınca kadar bu talep karşılanmalıdır. Fakat bu talep karşılanırken sürekli yapılan bir hata tekrar edilerek hastalara acil servislere istenen hizmeti vermeye devam edip alışkanlıkları pekiştirmek yerine, işin doğrusunu yani talep edilen hizmetin muhatabı olan birimlerin özellikle de burada ağırlıklı grubu teşkil eden birinci basamak hizmetini acil servislere triajı yapılarak ayrıştırılan kişilere acil servislere fiziki olarak yakın fakat tamamen farklı kendi koşullarında yapılandırılmış birinci basamak birimlerinde gerekli hizmetin verilmesi şeklinde sağlanmalıdır.

Bu çerçevede öncelikle sürekli hizmet konusunda kapısı çalınan ve ilave yükler verilirken gelir kayıpları ile cezalandırılan, idari açıdan sürekli ve manasız denetimler ve uygulamalarla biktırılarak hiç bitmeyen mevzuat değişiklikleri ile şaşkına çevrilerek motivasyonları kaybettirilen aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının yeniden motivasyonları sağlanmalıdır. Bu gün ülkemizde Kamu Hastaneler Birliği ile ikinci basamağın Üniversiteler, YÖK vb. yapılar ile 3. basamağın amiyane tabiri ile sahipleri varken ne yazık ki birinci basamak sahipsiz kalmıştır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) bu ihtiyacı karşılamaktan çok uzaktır ki zaten kurgulanmada bundan çok birinci basamağın denetlenmesi üzerinedir.

Birinci Basamak Birliği

Ülkemizde öncelikle acilen Birinci Basamak Birliği (BBB) kurulmalıdır. Bu birlik, sahadaki aktif çalışan aile hekimleri ve ASE'lerin serbest iradeleri ile seçecekleri temsilcileri ile THSK ve SGK'nın atanacak temsilcilerinden oluşmalıdır. Atanacak olanlar, seçilecek olanlara asla çoğunluk oluşturmadan kurulacak bu yapı, ilçe ve iller ile bölgeler bazında teşkilatlanmalı

Esasen Sağlıkta Dönüşüm Projesinin ana gövdesini oluşturan aile hekimliği kötüye kullanılır hale gelmiştir. Öncelikli işi olması gereken koruyucu-önleyici hekimlik yerine hasta memnuniyetini arttıracak poliklinik sayısının artması olarak sisteme noktasal bakışla katkı sağlamıştır.

ve merkezde ana yapı oluşturulmalıdır. Bu birliğe Kamu Hastaneler Birliği ve hatta üniversitelerin acil servislerinde tahsis edilecek alanlarda, acil servislere triajı yapılarak acil olmadığı kanaatine varılan birinci basamak hastaları yönlendirilmelidir. Bu şekilde kişilerin kendi kendilerine acil olup olmadıkları kararını vermelerinin yaratacağı sorunlar da ortadan kalkacağı gibi aynı zamanda ülkede mevcut kurulu sağlık yatırımlarının etkili kullanılması da sağlanarak ülke ekonomisine yeni yükler getirmek yerine tam aksine ekonomide tasarruf imkânı sağlanmış olacaktır. Yapılacak tek yeni yatırım, hazır binalarda ya da onların hemen bitişiğinde bahçelerinde BBB için ilave poliklinik alanları hazırlamak olacaktır. Bu durumda mevcut hastanelerin tüm alt yapılarını ortak kullanıma açarak hem zamandan hem de milli servetten tasarruf sağlanmış olacaktır.

Bu hastalardan mesai içinde AHB'lere başvurdukları takdirde hiçbir ücret alınmazken mesai sonrası buralara başvurumaları halinde belli bir ücret alınarak kişilerin bu kanalı sürekli kullanmaları zaman içerisinde engellenmeleridir. Bu, aynı zamanda toplumdaki adalet duygusuna da katkıda bulunacaktır. Ayrıca kimsenin acil hastalardan para alınıyor diyemeyeceği bir şekilde gerekli ayırım yapıldığından, siyasilerin toplumsal memnuniyet anlamında çok da sıkıntı çekecekleri bir tepki oluşmayacaktır.

Bu birimlerde aile hekimleri ve ASE'leri bir takım olarak tamamen aile hekimlerinin gönüllülük esasına göre görevlendirilmelidirler. Bu listelere yine BBB bünyesinde yer alacak olan Toplum Sağlığı Merkezleri ve diğer idari birimlerde görev yapan hekim ve ASE'ler de gönüllülük çerçevesinde dahil edilmelidirler.

Şu anda ülkenin hekim ve yardımcı sağlık personeli insan kaynağı son derece yetersizdir. Mevcut eğitim sü-

Sorunları halının altına
süpürerek gidermiş
olamayacağımız
gerçeğini de göz önünde
bulundurarak sağlık
sistemindeki tüm konuların
birbirleri ile ilintili olduğu
birinci ile evde sağlık
hizmetleri konusuna
sistemsal bakış açısı ile
kalıcı çözümler üretmek,
hem en ekonomik hem
de en hızlı ve doğru
yaklaşım olacaktır. Artık bu
ülkede sorunları önümüze
çıktıkça değil de önceden
planlayarak bütüncül
yapıları içerisinde çözmeyi
öğrenmeliyiz.

reçleri göz önünde bulundurulduğunda bu yetersizliğin yakın zamanlarda telafisi de mümkün görünmemektedir. Sonuçta bu ülkede sağlık hizmetini mevcut insan kaynağı ile yürütmek zorundayız. Eldeki personelin motivasyonu, verimlilik sağlanması açısından son derece önem arz etmektedir. Her şeyden öte, söz konusu olan bir beyinsel faaliyet olup kanaat hizmetidir. Hizmeti vereceklerin isteksizliği hem verimsizliği hem de malpraktisi doğuracaktır.

Hali hazırda ülkemizde legal ya da illegal şekillerde hekimler ve yardımcı sağlık personeli birden fazla işyerinde sağlık hizmeti sunmak durumunda kalmaktadırlar. Ekonomik sebeplerle çoğunluğu da illegal bir şekilde özel sektörde nöbetler tutmak zorunda kalan ve çeşitli sıkıntılara göğüs germek durumunda olan hekim ve yardımcı sağlık personelinin bu gerekliliklerini legal bir şekilde kendi istekleri çerçevesinde kendi işlerine odaklanarak yapmalarının sağlanması, kısıtlı insan gücünden ülkenin maksimum ölçüde faydalanması açısından da büyük fayda sağlayacaktır. Bu mesai sonrası çalışma merkezlerinde yeterli tıbbi sekreter bulundurulmalı, bu konuda da gerekirse ASM'lerde çalışan personelden isteklilere ücreti mukabili mesai imkânı verilmelidir. Hastaneler, bu merkezlerin gerekli tetkik ve tahlil

isteklerini kendi bünyelerinde bedeli karşılığında karşılayarak hizmetin kalitesine katkı sağlamalıdır. Bu işlemler için belirli oranlarda hasta katkıları alınmalıdır. Gerekli konsültasyon vb. 2.basamak sağlık hizmeti yine hastaneler tarafından acil servise verilen çerçevede temin edilmeli, ertesi güne bırakılabilecek olanların sevkleri gerçekleştirilebilmelidir. Sistem muhakkak Aile Hekimliği Bilgi Yönetim Sistemine (AHBS) entegre edilerek hastanın aile hekiminin ertesi gün hastasına yapılan müdahaleyi, tetkik sonuçları ile teşhis ve tedaviyi görmesi sağlanmalı bu şekilde gerekli takipleri yapması sağlanmalıdır. Bu birimlerde mesai saat 18.00 ile sabah 06.00 sırasında uygulanarak istekli personelin kendi birimlerinde verdikleri hizmetin aksamamasına dikkat edilmelidir.

Anılan birimlerde kişilerden alınacak katkı bedelleri bir döner sermaye de toplanarak buralarda hizmet verecek personele dağıtılmalıdır. Bu bedeller asla ülke gerçekleri içerisinde bugün özel sektörde bu personelin nöbet tuttuğunda aldığından daha az olmamalı ki çalışacak sağlık personel açısından cazibe yaratılarak motivasyon sağlanmalı, dolayısı ile verimliliğe katkı oluşturulmalıdır. Bütün bu işlemlerle bu birimlerin sevk ve idaresi tamamen BBB tarafından yürütülerek çalışanların adalet ve güven duyguları sarsılmadan sisteme destekleri maksimum düzeyde sağlanmalıdır. Bu birimlerde verilecek hizmet kesinlikle birinci basamak sağlık hizmeti olmalıdır. Asla diğer basamak sağlık hizmetlerinin asiste edilmesi şekline dönüştürülmemelidir. Unutulmamalıdır ki Birinci Basamak Sağlık hizmetleri tam ve uygun olarak verildiği sürece diğer basamakların iş yükü zaten azaltılmış olacaktır.

Birimlerin güvenliği hastane bünyelerinde hastane güvenlik birimleri tarafından sağlanarak personelin kaygı duyması engellenmelidir. Yine buralarda görev yapacak personelin yemek vs. türü lojistik desteği hastaneler birliği tarafından sağlanmalıdır. Bu birimlerde sadece acillere başvuran kişilerden yapılan ayrımla gelen hastalar değil normal mesai içinde aşılama vs. koruyucu hizmetlere ulaşmakta zorluk çeken ailelerinde faydalanması sağlanmalıdır. Bu tür hastaları diğerlerinden ayırmak için bu şekilde talepleri olanların kendi aile hekimleri ile temasa geçmeleri ve onun sevk ile mesai sonrası başvuruları halinde katkı bedelleri asgari düzeye getirilerek desteklenmelidir.

Buraları kendi bünyesinin bir parçası olarak değerlendirecek aile hekimlerinin bazı imkânlarla (tahlil, tetkik, konsültan vs) daha kolay ulaşmaları sağlanarak hastanelerin yükünün daha büyük

oranlarda birinci basamak tarafından alınması sağlanabilir. Çünkü bu sayede aile hekimleri, hastanelerde kaybolup gittikleri ya da asla kendisine geri dönüş olmadığından hatta daha da kötüsü gönderdiği hastalarına kendisini kötüleyerek geri gönderen bir İkinci basamak sistemi nedeni ile asla iletişim kurmadığı / kurmadığı bu yüzden de hastaların kendi kendilerine sistemler içinde gezindiği, sahipsizliğin yarattığı sorunlar nedeni ile zamanında konulamayan teşhislerin, doğru düzgün uygulanamayan tedavilerin maliyetlerini de büyük ölçüde ülkenin sırtından alabileceklerdir.

Birinci basamağın ikinci basamağı ile üçüncü basamağın ikinci basamağı ayrımı

Bu durum, ileride birinci basamağın ikinci basamağı ile üçüncü basamağın ikinci basamağı ayrımına da alt yapı hazırlayacaktır. Mevcut durumda esasen kamu ekonomisi ve basamaklı sağlık sisteminin sağlıklı işlemesi için gerekli olan basamaklar arası iletişim ne yazık ki uygulanan performans sistemi vb. gerekçelerle etik dışı rekabete yol açmaktadır. Birinci basamaktan sevk edilen hastalar ikinci ve üçüncü basamak tarafından asla geri bildirim sağlanmadan hatta kendilerine sevk yapan hekimi ne yazık ki kötüleyerek hatta aşağılayarak iletişimsiz bir şekilde hizmet verilmekte, en azından bu algı nedeni ile sevk mekanizması asla çalışmamaktadır. Oysa birinci basamak kendi ikinci basamağına sahip olursa çok daha efektif ve verimli bir çalışma sağlanarak hem birinci basamağın kalitesi arttırılırken hem de işin doğası gereği basamaklar arasında oluşan rekabet ortamı koruyucu hekimlik ve tedavi aşamasında sorun olmaktan çıkartılabilir.

Bu birimler gerekli araç ve gereç desteği ile belediyelerden finansmanı sağlanarak belli bir bedel karşılığında defin ve Adli nöbetler konusunda da hizmet verebilirler. Yalnız bu konuda muhakkak gerekli eğitim ve sürekli Adli Tıp Kurumunca sağlanacak danışman, konsültan destekleri oluşturulmalıdır. Bu şekilde hem hizmetin görülmesi sağlanacak hem de bu hizmeti gören personelin güvenlik teknik alt yapı, bilimsel destek vb. ihtiyaçları da temin edilmiş olacaktır.

Ayrıca bu hizmetleri birer angarya olarak değil de birinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde yönetimine katıldıkları, gönüllülük kuralı çerçevesinde çalışabildikleri teknik, güvenlik, bilimsel desteklerin sağlandığı bir yapıda bedelini alarak verebildikleri için personelin motivasyon sorunları da asgariye inerken ülkenin kısıtlı insan kaynağından maksimum faydalanması da sağlanabilecektir. Birinci basamak

sağlık hizmetlerinde görev yapan personelin diğer basamakların payandası olmaları garabeti de ortadan kalkarak sağlık sistemi içerisinde taşlar yerine oturtulmuş olacaktır.

Evde sağlık hizmetleri

Evde sağlık hizmetleri mevcut durumda ülkemizde büyük bir ihtiyacı gidermek için kurulmuş çok önemli işlevsel özellikleri içeren bir yapı olmalarına rağmen ne yazık ki tamamen hastaneler bünyesinde sığıntı durumunda olan, hastanelerde stepne niyetine kullanılan personelinin motivasyonunu kaybettiği bütün bu işletme hataları yüzünden ne ikinci basamakla ne de birinci basamakla entegrasyonu sağlanamamış yapılar halindedirler. Oysa özel eğitim ve alt yapı isteyen bu birimler gerekli entegrasyon sağlanarak işlevsellik kazandırılmış olsa hem sağlık sistemi üzerinde çok büyük bir yükü taşıyacaklar hem de sosyal bir sorunu, kanayan bir yarayı gidereceklerdir. Evde sağlık hizmetlerinin BBB bünyesinde yer almaları sağlanarak bunlara kendi hizmet alanlarına özel alt yapı kurulmalı, aile hekimleri ile iletişimleri kuvvetlendirilmeli, iş tanımları tam olarak yapılarak işlevsellikleri ve verimlilikleri temin edilmelidir.

Bu birimlerde görev yapan meslektaşlarımızın en büyük sıkıntılarından biri de; hastanelerde görev yapan uzman veya asistan meslektaşlarımızın bu tür hastaları birer angarya olarak görmeleri hatta hukuki açıdan problem olarak önlerine çıkabilecek potansiyel taşımaları nedeni ile uzak durmaya çalışmalarıdır. Hastanelerdeki meslektaşlarımız çoğu zaman göremedikleri bu hastaların rapor, tıbbi teşhis ve tedavileri vb. konularda isteksiz ve tedirgindirler. Oysa birinci basamağın ikinci basamağı ile üçüncü basamağın ikinci basamağı ayrıştırılarak bu birimler BBB içerisinde yer alırsa, diğer birçok hizmet gibi bu hizmette çok daha verimli halde sunulabilir.

Birinci basamağın ikinci basamağı bünyesinde oluşturulacak uzman klinisyen alt yapı bu türlü hizmetlerde de görev alarak, hastane ortamı dışı hizmet verme alışkanlığının olmaması, performans uygulamasında diğer hizmetlerin daha yüksek getirilerinin olması, bu tür hastalarda iyileşme vs. konularında yeterli mesleki tatmin sağlanamaması vb. birçok nedenden dolayı mevcut sistemde kendilerini üçüncü basamağa daha yakın gören klinisyenlerin isteksiz ve motivasyonsuz yaklaşımlarına göre kendi işleri olarak görecekları bu tür hizmetlerde çok daha yüksek verim elde edilebileceklerdir. Bu sistemin sahadaki tespit ve denetimleri aile hekimleri tarafından yapılarak bazı hukuki düzenlemelerle bu tür hastalar

için SGK'nın sağlayacağı ilaç ve tıbbi malzeme temininin kolaylaştırılması, belediyelerin vereceği evde bakım hizmetlerinin birleştirilmesi neticesinde ciddi bir toplumsal sağlık ve sosyal sorun büyük ölçüde giderilmiş olacaktır.

Burada kritik yaklaşım farklılığı, bu hastaların asıl hekiminin aile hekimleri olmasıdır. Aile hekimlerinin üzerlerindeki gereksiz yükler alınarak gerçekte olması gereken işlevselliklerine ulaşmaları sağlanırsa bu tür hastalara en yakınlarında olmaları ve devamlılıkları sayesinde en iyi hizmet koordinasyonunun aile hekimlerince sağlanması doğaldır. Bu çerçevede BBB yapısı içerisinde oluşturulacak bir koordinasyon merkezi tarafından aile hekiminden gelecek bakım ve sağlık desteği taleplerinin evde bakım ve evde sağlık hizmetleri birimlerince karşılanması sağlanarak hem hastaların ihtiyacı maksimum verimlilik ve ekonomi ile sağlanacak hem de aile hekimleri mesleki ve hukuki usulsüz talepler karşısında zor durumda kalmayacaklardır.

Bu şekilde sorunu bir bütünün parçası olarak çözmek yerine, eldeki en büyük hekim ve yardımcı sağlık personeli stoku olan aile hekimliğine ilave iş aktarımı şeklinde bir yaklaşım kolaycılığı sadece günü kurtarmaya yönelik bir caba olmaktan öteye geçmeyecektir. Sorunları halının altına süpürerek gidermiş olmayacağımız gerçeğini de göz önünde bulundurarak sağlık sistemindeki tüm konuların birbirleri ile ilintili olduğu bilinci ile evde sağlık hizmetleri konusuna sistemsel bakış açısı ile kalıcı çözümler üretmek, hem en ekonomik hem de en hızlı ve doğru yaklaşım olacaktır.

Aile Hekimliği Akademisi

Bütün bu birimlerin bilimsel ve eğitimsel tarafları kurulacak "Aile Hekimliği Akademisi" tarafından yapılarak aynı zamanda personelin hizmet içi eğitimleri ile gündemde sürekli yer tutan yasal mevzuatta da hayatiyet bulan sistemdeki mevcut pratisyen hekimlerin uzmanlık eğitimlerinin pratik çalışma alanları olarak AHB'ler ile birlikte kullanılabileceklerdir.

Bütün bu eğitim süreçlerinin tek bir yapı Aile Hekimliği Akademisi tarafından yapılması, esasen diğer kliniklerin her birinden azıcık öğrenme şeklinde yürütülen Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitimlerinin de gerçekten birinci basamak eğitimi şeklinde yürütülmesine, mevcut ASM'lerle birlikte fiziki alt yapının kurulmasını da sağlayacaktır. Bu çerçevede birinci basamağın kaliteli hizmet sunması ile sürdürülebilirliği konularında kazanımlar sağlanacağı gibi aynı zamanda evrensel anlamda birinci basamağa bilimsel katkıları da ülkemizden sağlanmış olacaktır.

Esasen diğer uzmanlık alanlarından tamamen farklı bir yapısı olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili verilecek eğitimin klasik uzmanlık eğitimi çerçevesinde yürütülmesi olası değildir. Her şeyden önce birinci basamağın eğitiminin her branştan azıcık eğitim şeklinde düşünülmesi temel hatadır. Aile hekimliği içeriği açısından hasta olmadan önceki dönemleri de kapsadığından günlük hayat içerisinde asıl eğitimini sahada hastanelerin dışında yürütmek durumundadır. Bakış açısı, hasta olduktan sonra tedavi etmek değil de, hasta olunmasını önlemek olan bir disiplinin hastanelerde hastalar içinde her branştan azıcık bilgi verilerek her konuda bilgi sahibi yapılacakları iddiası ile bir programa tabi tutulmaları ana fikre aykırıdır.

Aile hekimliği eğitimi koruyucu hekimlik felsefesi temelinde sahada sağlam insanları da kapsayacak şekilde dünya örneklerini de dikkate alarak tamamen ayrı bir bünyede kendine özel programlar hazırlanarak teorik ve pratik uygulamalarla yürütülmelidir. Bütün bu süreç asla saha pratiğinden ayrı düşünülmeden sürekli işbirliği ve birliktelik halinde organize edilmelidir. Yetiştirilecek aile hekimleri ileride yapacakları işe uygun ortamlarda tamamen aile hekimi bakış açısı ile ve pratik uygulamaları ile bu programları tamamlayarak uzman olduklarında hastanelerde 2. ve 3. basamak hekimi olarak değil saha da aile hekimi olarak çalışmak felsefesi ile tercihlerini belirlemeli eğitimlerini tamamlamalıdır.

Böylece aile hekimliği asistanları asla işleri olmayan, felsefesi farklı acil servis veya klinik branşlarda nöbet dolgusu olarak çalışarak aslında kesinlikle o çalıştıkları birimlerin hastası olmadıkları için sürekli birer enjeksiyon ya da sevk belgesi ile yollamak zorunda kaldıkları birinci basamak hastaları yerine kendi işleri olan ve çözüm getirdikleri birinci basamak sağlık sorunları ile uğraşarak gerçekte olmaları gereken şekilde bir geleceğe yönelik eğitim sürecini tamamlamış olacaklardır.

Bu tür bir eğitim alt yapısı sadece yeni yetişecek aile hekimlerinin ve ASE'lerin değil, aynı zamanda sistem içinde bulunan personelin de idame eğitimlerine büyük ölçüde katkı sağlayacak ve hizmetin bilimselliğini ve güncelliğini arttırarak kalitesini yükseltecek önümüzdeki dönemlerde büyük birer sorun olarak gündemimizi meşgul edecek malpraktis konusunda da olumlu katkı sağlayacaktır. Artık bu ülkede sorunları önümüze çıktıkça değil de önceden planlayarak bütüncül yapıları içerisinde çözmeyi öğrenmeliyiz.

Hasta haklarında geline nokta: Hasta hakları versus çalışan hakları

Yrd. Doç. Dr. Harun Kırılmaz



1978 yılında Konya'da doğdu. İlk ve orta öğretimini Konya'da tamamladı. 2000 yılında Selçuk Üniversitesi Kamu Yönetimi Bölümü'nden mezun oldu. 2012 yılında Sakarya Üniversitesi Kamu Yönetimi Anabilim Dalında doktorasını tamamladı. 2001-2012 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'nda çeşitli kademelerde görev yaptıktan sonra, 2012 yılında Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümüne Yardımcı Doçent olarak atandı.

İnsan haklarının bir uzantısı olan hasta hakları, insan haklarının sağlık hizmetlerine uygulanması olarak değerlendirilebilir. Hasta hakları, kaynağını uluslararası insan hakları belgeleri ve sözleşmelerinden almaktadır. Hasta hakları, kişinin devletten ve toplumdan hem sürekli iyilik halinin sağlanmasını hem de hastalandığında tedavisinin sağlanmasını isteme hakkı olan "sağlık hakkı"nın tamamlayıcı unsurlarındandır.

İnsan odaklı sağlık hizmeti sunumunda önemli bir bileşen olan hasta hakları kavramının, sağlık sisteminin bir sonucu olarak 1970'li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ortaya çıktığı görülmektedir. Dünya Tıp Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşların etkisiyle hasta hakları ile ilgili düzenlemeler ve uygulamalar farklı ülkelere yayılmış, aynı zamanda sağlık kurumlarının ve vatandaşların bu konuda farkındalık düzeyleri artmıştır. Türkiye'de ise 1998 yılında "Hasta Hakları Yönetmeliği"nin yürürlüğe girmesine kadar çeşitli düzenlemeler yapılmakla birlikte, hasta haklarını sistematik olarak ele alan ve geniş kapsamlı yasal ve organizasyonel çalışmalar hayata geçirilememiştir. Bu açıdan Hasta Hakları Yönetmeliği, Türkiye'de hasta hakları alanında bir milat kabul edilmektedir.

Bu çalışmada hasta hakları kavramının ortaya çıkışı, bu alandaki düzenlemeler ve uygulamalar hakkında bilgi verilmeye çalışılmıştır. Dünyada hasta hakları kavramının ortaya çıkışı ve bu alanda uluslararası kuruluşlar tarafından yayınlanan bildirgelerden Amerikan Hastaneler Birliği tarafından ilen edilen "Hasta Hakları Beyannamesi"nden bahsedilmiş ve Türkiye'de "Hasta Hakları Yönetmeliği" öncesi ve sonrasında hasta hakları alanında uygulamalar incelenmiştir. Son olarak, 2011 yılında yürürlüğe giren ve Sağlık Bakanlığı ile bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenleyen Kanun Hükmünde Kararnamede hasta hakları ile ilgili düzenlemelere değinilerek, bu konuda geline nokta tartışılmaya çalışılmıştır.

1. Dünyada hasta haklarının gelişimi

Sağlık hakkından yararlanmak isteyen hastalar, sağlık hizmeti veren kurum ya da kişilere başvurmaktadırlar. Sağlık sisteminin karmaşıklığı, sağlık hizmetlerinin pahalı olması, hastanın başvurduğu kişi veya kurum karşısında daha zayıf bir konumda olması nedenlerine bağlı olarak, hastaların insan haklarına uygun hizmet almaları güçleşmektedir. Hasta-

ların insan haklarına uygun koşullarda sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamak amacıyla, insan haklarının sağlık alanına uyarlanması gündeme gelmiştir. Bu amaçla insan hakları, hastalar özelinde değerlendirilerek hasta hakları kavramı tartışılmaya başlanmıştır.

Hasta hakları ile ilgili ilk çalışmaların ABD'de başladığı kabul edilmektedir. Sağlık sistemi içinde hastanelerin ağırlığının artması ile birlikte, hasta haklarından daha çok söz edildiği görülmektedir. ABD'de 1970'li yılların başında mahkeme kararlarında hekim-hasta ilişkisinin bir iş ilişkisi olmadığı, güvene dayanan bir ilişki türü olduğuna değinilmiştir. Buna göre hasta hekimden yardım talep eder; hekim bu talebi karşılamak amacıyla gerçekleştirdiği faaliyetler sırasında bazı sorumlulukları da üstlenmektedir. Bu sorumlulukların içinde hekimin tıbbi müdahaleden önce yarar ve sakıncaları konusunda hastayı bilgilendirmesi vardır. Hasta bu bilgilendirme sonucunda müdahaleyi onaylarsa tıbbi müdahalenin gerçekleştirilebileceği ifade edilmiştir. Böylelikle "bilgilendirilmiş/aydınlatılmış onam hakkı" yargı kararlarında yer almaya başlamıştır.

Aynı yıllarda ABD'de hastanelerle ilgili standartlar gözden geçirilmeye başlan-



Yaklaşık yarım asırlık bir geçmişe sahip olan hasta hakları uygulamalarının, günümüzde dünyada ve Türkiye’de belli bir noktaya geldiği görülmektedir. İnsan odaklı kamu hizmeti anlayışının benimsenmesi, sağlık hizmetlerinde paradigma değişimi, teknolojik gelişmeler, eğitim düzeyinin artması, hekim-hasta arasındaki bilgi asimetrisinin hasta lehine değişime uğraması, kamu ve özel sağlık sektörünün gelişmesi gibi faktörler hasta haklarının önem kazanmasında ve yerleşmesinde etkili oldu.

mıştır. Bu çalışmalar çerçevesinde ele alınan konular arasında hasta hakları doğrudan yer almasa da gizlilik, bilgilendirme, aydınlatılmış onam, hastaların eşit ve insancıl tedavi edilmeleri gibi konulara da yer verilmiştir. Bu süreçte Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospital Association) 1973 yılında “Hasta Hakları Beyannamesi”ni (A Patient’s Bill of Rights) yayınlamıştır. Amerikan Hastaneler Birliği’nin ilan ettiği hasta hakları şöyle özetlenebilir:

- Hasta, tedavisi ve bakımı süresince “saygı görme” hakkına sahiptir.
- Hasta hekiminden hastalığı ile ilgili tanı, tedavi ve hastalığının aşamaları ile ilgili güncel bilgileri, anlayacağı bir dille alma hakkında sahiptir. Bu bilgilerin hastaya verilmesinin tıbbi açıdan önerilmediği durumlarda gerekli bilgiler hasta adına yetkili olan bir kişiye verilmelidir. Hasta kendi tedavisi ve bakımını düzenleyen hekimin adını bilme hakkına sahiptir.
- Hasta herhangi bir tedavi ve/veya yöneme başlanmadan önce hekiminden gerekli olan bilgiyi aldıktan sonra aydınlatılmış onamını verme hakkına sahiptir. Acil durumlar hariç, hastanın tedavisi veya bakımının anlamlı alternatifleri olması durumunda veya hastanın tıbbi alternatifler konusunda bilgi istemedi durumunda hastanın bu bilgilere ulaşma

hakkı vardır. Hastanın aynı zamanda bu tedavi veya yöntemlerden sorumlu olan kişilerin isimlerini bilme hakkı vardır.

- Hasta yasaların izin verdiği oranda tedaviyi reddetme hakkına sahiptir. Hasta bu tutumunun tıbbi sonuçları hakkında bilgilendirilmelidir.
- Hasta tıbbi bakım sürecindeki konuların mahremiyet olarak değerlendirilmesi hakkına sahiptir. Olgu tartışması, konsültasyon, muayene ve tedaviler gizli tutulmalıdır. Hastanın bakımı ile doğrudan ilgili olmayan kişilerin bu süreçte bulunmaları hastanın iznine bağlıdır.
- Hasta kendi bakımı ile ilgili tüm iletişim ve belgelerin gizli tutulmasını bekleme hakkına sahiptir.
- Hastanın, hastanenin olanakları ölçüsünde, talep ettiği hizmetlerin karşılanmasını bekleme hakkına sahiptir. Hastane, olgunun aciliyet göstermesi durumunda olguyu değerlendirmeli, gerekli hizmeti vermeli ve/veya başka bir hastaneye sevkini yapmalıdır. Hasta, tıbben uygun olması durumunda, alternatiflerin ve sevkini, gerekliliği konusunda tam olarak aydınlatıldıktan ve açıklama yapıldıktan sonra başka bir hastaneye sevk edilebilir. Hastanın sevk edileceği hastanenin, önceden sevkini kabul etmesi gerekir.
- Hasta kendi tıbbi bakımını ilgilendirmesi nedeniyle, mevcut hastane ile diğer hastane arasında kurulan her türlü ilişki ile ilgili bilgiyi elde etme hakkına sahiptir. Hasta kendi tedavisini ilgilendirmesi nedeniyle, ilgili hastanedeki meslektaşlar arası kurulan ilişkilerde bu bireylerin isimlerini öğrenme hakkına sahiptir.
- Hastanede hastanın tedavisi veya bakımının etkileneceği konularda insan üzerinde araştırma uygulanıyor veya bununla ilgisi bulunuyorsa, hasta bu konuda öneri alma hakkına sahiptir. Hastanın klinik araştırmalara katılmayı reddetme hakkı vardır.
- Hastaların, tıbbi bakımlarının sürekliliğini bekleme hakları vardır. Hastalar, hekimlerin muayene saatlerini ve ne zaman nerede bulunacaklarını önceden bilme hakkına sahiptir. Hastanın, hekimi tarafından bilgilendirileceği bir işleyişin hastane tarafından sağlanmasını bekleme hakkı vardır.
- Hasta, faturasını inceleme ve bu konuda açıklama yapılmasını isteme hakkına sahiptir.
- Hasta, kendisine uygulanacak hastane kurallarını ve düzenlemelerini bilme hakkına sahiptir.

Hasta hakları ile ilgili yayınlanan ilk belge olan Hasta Hakları Beyannamesi, ABD kapsamında olmasına rağmen günümüzde kabul edilen değerlere yer vermesi nedeniyle hasta hakları konusunda önemli bir belgedir. 12

maddeden oluşan bu beyanname kısa kararlar içermesine rağmen hasta hakları ile ilgili temel kavramları gündeme getirmesi nedeniyle hasta hakları ile ilgili önemli bir aşamadır.

Hasta hakları ile ilgili çalışmalar ABD ile sınırlı kalmamış, 1975 yılında Avrupa Konseyi Parlamenterler Asamblesi hasta hakları ile ilgili öneriler taslağı hazırlamıştır. Daha çok yaşamlarının son döneminde olan hastalar ile ilgili olan bu taslakta hastaların acılarının giderilmesi ve ölüm sürecindeki hastaların bu sürece hazırlanması önerilmiştir. Ayrıca hastaların talep etmesi halinde hastalıkları ve tedavileri hakkında tam olarak aydınlatılmaları, hastaneye girerken rutin uygulamalar, yöntemler ve hastanenin sahip olduğu cihazlar hakkında bilgilendirilmelerinin gerekliliği vurgulanmıştır. Bu raporun açıklayıcı metninde temel haklar, hastanelerin daha insancıl ve hastaların onurlarına daha fazla saygı gösterilmesini güvence altına alan kurumlar olarak tanınmasını ve hastaların özgürlük hakları, bireysel onur, bilgilendirme hakkı, uygun tedavi hakkı ve acı çekmeme hakkının tanınmasını gündeme getirmiştir. 1976 yılında bir öneri olarak resmileşen bu belge aynı zamanda Avrupa’da “ölümün tanımlanması” konusunda da bir kriter oluşturmuştur.

Avrupa Konseyi’nin daha sonra yayınladığı belgelerde de doğrudan ya da dolaylı olarak hasta hakları ile ilgili maddelere yer verilmiştir. 1997 yılında tıbbi verilerin korunması konusundaki öneri (Recommendation on the Protection of Medical Data) üye ülkelere hastaların mahremiyet hakları, doğmamış çocuklara ait veriler ile genetik verilerin elde edilmesi, hasta verilerinin güvenliğinin sağlanması, onam gibi konularda standartların çerçevesini çizmiştir.

Hasta hakları ile ilgili bu gelişmelerin ardından uluslararası platformlarda da hasta hakları konusunda bildirimler yayımlanmıştır:

- Dünya Tıp Birliği’nin 1981’de Portekiz’de gerçekleştirdiği 34. Genel Kurulu’nda benimsediği “Lizbon Bildirgesi”,
- Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi’nin 1994’te Amsterdam’da gerçekleştirdiği toplantıda kabul edilen “Avrupa’da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi” (Amsterdam Bildirgesi),
- Dünya Tıp Birliği’nin 1995’te Bali’de gerçekleştirdiği toplantıda kabul edilen “Lizbon Bildirgesi II”

Bu belgeler ele alındığında, hasta haklarının gelişimi sürecinde Dünya Sağlık Örgütü’nün ve Dünya Tıp Birliği’nin önemli katkılar sağladığı görülmektedir.



2. Türkiye’de hasta haklarının gelişimi

1970’li yıllarda ABD’de gündeme gelen hasta hakları, 1980’li yılların sonunda Türkiye’de de tartışılmaya başlanmıştır. Ancak Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sağlık hizmetlerini düzenlemek üzere yürürlüğe giren yasal düzenlemelerde temel insan hakları çerçevesinde bazı hasta haklarına da yer verildiği görülmektedir. İlgili yasal düzenlemelerde yer alan hükümlerin bazıları doğrudan hasta hakkı olarak belirtilmesi de “hastanın özel yaşamına saygı”, “hastanın bilgilendirildikten sonra tıbbi müdahaleyi kabul veya ret hakkı”, “herkesin eşit şekilde sağlık hizmetinden yararlanma hakkı”, “sağlık hizmetlerine erişim hakkı” gibi temel hasta haklarına yer verilmiştir.

1998 yılında yürürlüğe giren “Hasta Hakları Yönetmeliği” öncesinde hasta hakları konusunda sistematik ve kurumsal çalışmalar yaygın olmamakla birlikte, anayasa başta olmak üzere çeşitli yasa ve alt mevzuatta dolaylı da olsa birtakım düzenlemelerin yer aldığı görülmektedir. Söz konusu düzenlemelerin yer aldığı mevzuat kronolojik olarak şu şekilde sıralanabilir:

- Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı icrasına Dair Kanun
- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
- Tıbbi Deontoloji Tüzüğü
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

- Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname
- Nüfus Planlaması Hakkında Kanun
- Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
- Sağlık Hizmet Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekim Seçmesine ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname

1928 tarihli “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı icrasına Dair Kanun”da, sağlık hizmetlerinin verilmesinde görev alan kişilerin mesleklerini yürütme koşulları ve sahip olmaları gereken özellikler ile ilgili hükümler yer almakta, hekimlerin tıbbi müdahaleden önce hastanın onamını almaları zorunluluğu getiren hüküm bulunmaktadır. Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık sorunları ile mücadele amacıyla 1930 yılında çıkarılan “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu”yla sağlık hizmetleri devlete bir kamu görevi olarak verilmiş ve bu kanunla herkese sağlıklı yaşama ve sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı tanınmıştır.

1960 yılında yürürlüğe giren “Tıbbi Deontoloji Tüzüğü”nde temel hasta haklarını sağlayıcı yönde hükümler bulunmaktadır.

Hasta hakları konusunda belli bir mesafe alınmakla birlikte, konunun temel aktörlerinden biri olan sağlık çalışanlarının hakları konusunun ikinci planda kaldığı ve bu durumun hasta hakları uygulamalarını dolaylı olarak olumsuz şekilde etkilediği düşünülmektedir.

Hasta hakları ve çalışan haklarını birbirinden ayrı düşünmemek gerektiği ve çalışan haklarının dolaylı olarak hasta haklarını olumlu yönde etkileyeceği ortadadır. Hâlihazırda hasta haklarında belli bir noktaya gelinmekle birlikte, çalışan haklarına verilecek önemle birlikte daha üst seviyelere gelineceğini söylemek mümkündür.

Hekimlerin uymakla yükümlü oldukları kuralların belirlendiği bu tüzüğün bazı maddeleri doğrudan hasta hakları ile ilgilidir. 1961 yılında yürürlüğe giren “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”un amacında “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dâhilinde sosyalleştirilecektir” ibaresine yer verilmiştir. Herkesin sağlık hizmetinden eşit bir şekilde yararlanmasını ve herkese sağlık hizmetlerine erişim hakkının sağlanmasını hüküm altına alan bu kanunu da hasta hakları çerçevesinde değerlendirmek mümkündür.

1961 Anayasası sosyal devlet ilkesini kabul etmiş ve bu çerçevede sağlık hakkını bütün vatandaşlara tanımıştır: “Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir. Devlet, yoksul veya dar geliri ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirler alır.” Bu madde ile sağlık hakkının temini devlete bir görev olarak yüklenmiştir. Sağlık hizmetlerinin anayasal bir düzenleme ile devlete bir ödev olarak yüklenmiş, herkese eşit ve adaletli bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanma imkânının sağlanması amaçlanmıştır.

1979 tarihinde yürürlüğe giren “Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun” bilgilendirilmiş onam üzerinde önemle durmuştur. Kişiden onamın alınması sırasında hastanın bilgilendirilmesi gereği açıkça düzenlenmiştir. Organ verecek kişinin onamının alınması şekil şartına bağlanmış, yazılı ve imzalı belge

yanında iki şahidin bulunması da şart koşulmuştur.

1982 Anayasası’nın yaşama hakkını düzenleyen, “Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.” hükmü, kişinin vücut bütünlüğünü güvence altına alırken kişinin tıbbi deneylere tabi tutulabilmesi için onamının alınmasının da şart olduğu, onamı dışında tıbbi deneylere tabi tutulamayacağını açıkça belirtmiştir.

1961 Anayasası gibi sosyal devlet ilkesini benimseyen 1982 Anayasası da sağlık hakkını tanımıştır. 1982 Anayasası’nın 56. maddesi; “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.” ifadesiyle sağlık hizmetlerini devlete bir ödev olarak yüklemiştir.

1983 yılında yürürlüğe giren “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”, herkese sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için gerekli planlamanın sağlanmasını amaçlamakta olup, bu düzenleme vatandaşların sağlık hizmetlerine erişebilmesi hakkının sağlanması bakımından önemli bir düzenlemedir.

1983 yılında yürürlüğe giren “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun”da ise tıbbi müdahalelerde hastanın onamının alınması konusu üzerinde ayrıca durulmuştur. Söz konusu düzenlemede kişinin onamının alınmayacağı bazı durumlar belirtilerek onam almadan yapılabilecek işlemler sınırlandırılmıştır. Kürtaj ve sterilizasyon girişimlerinde kişinin onamının alınmasının gerekliliği özellikle vurgulanmıştır.

Hekim seçme hakkının kullanılabilmesi için hastanelerdeki poliklinik oda sayılarının artırılması amacıyla “Hekim Seçme Uygulaması” çalışmaları ise 2004 yılında başlatılmıştır. Bu kapsamda 8 Eylül 2004 tarihinde 2004/117 sayılı “Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi” yayımlanmıştır. Bu kapsamda ilgili Genelgede belirtilen şartları sağlayan hastaneler “Hekim Seçme Hakkı Logosunu” hastanelerine asmaya başlamışlardır. Mayıs 2005’te Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönet-

meliğine “Yataklı tedavi kurumlarında mevcut her klinisyen uzmanın poliklinik hizmeti vermesine yönelik düzenleme yapılarak hastaların hekim seçmesine imkân sağlanır.” maddesi eklenmiştir.

Hastaların sağlık hizmeti alacağı veya almakta olduğu hekimi serbestçe seçmesine, değiştirmesine, sağlık kurumlarındaki hekimlerin buna uygun poliklinik hizmeti vermesine yönelik tedbirlerin alınmasına ve bu amaçla gerekli hizmet, fizik ve personel altyapısının oluşturulmasına ilişkin usul ve esasları belirlemek amacıyla 17 Ekim 2007 tarihinde 9379 Sayılı Makam Oluruyla “Sağlık Hizmet Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekim Seçmesine ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge” yayımlanmıştır.

2011 yılında yürürlüğe giren ve Sağlık Bakanlığı ile bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenleyen Kanun Hükmünde Kararnamede Sağlık Bakanlığının görevinin; herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamak olduğu belirtilmiş, sağlık hizmetlerinin ülke genelinde eşit sunumunun sağlanması ile ilgili olarak Bakanlığın sağlık sistemini yöneteceği ve politikaları belirleyeceği ifade edilmiştir.

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede hasta hakları ile ilgili olarak aşağıdaki düzenlemelerin yer aldığı görülmektedir:

- “Hasta hakları ile hasta ve çalışan güvenliğine yönelik düzenleme yapılması”
- “Sağlık meslek mensuplarının meslekî yeterlilik ve etik eğitimi ile hasta hakları eğitimine tâbi tutulması”
- “Hasta hakları uygulamalarına veya etik ilkelere aykırı davranışı sebebiyle ikiden fazla yazılı ikaz edilen veya ilgili mevzuatına göre disiplin cezası uygulanan sağlık meslek mensubunun hasta hakları veya etik ilkeler eğitim programına tâbi tutulması”
- “Sağlık kuruluşlarında hasta haklarına, hasta ve çalışanların sağlığına ve güvenliğine yönelik iyileştirme çalışmaları yapılması”
- “Hasta hakları, hasta ve çalışan memnuniyeti ve hastaların sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesi, tıp ve kamu görevlileri etik ilkelerinin uygulanması”

3. Hasta hakları yönetmeliği

1998 yılında yürürlüğe giren “Hasta Hakları Yönetmeliği” hasta haklarını somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında

sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır.

Söz konusu Yönetmelikte hasta hakları altı ana başlık altında ele alınmıştır:

- Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı
- Sağlık Durumu ile İlgili Bilgi Alma Hakkı
- Hasta Haklarının Korunması
- Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası
- Tıbbi Araştırmalar
- Diğer Haklar (Güvenliğin sağlanması, dini vecibeleri yerine getirebilme, insani değerlere saygı gösterilmesi, ziyaret, refakatçi bulundurma)

Sonuç

Yaklaşık yarım asırlık bir geçmişe sahip olan hasta hakları uygulamalarının, günümüzde dünyada ve Türkiye’de belli bir noktaya geldiği görülmektedir. İnsan odaklı kamu hizmeti anlayışının benimsenmesi, sağlık hizmetlerinde paradigma değişimi, teknolojik gelişmeler, eğitim düzeyinin artması, hekim-hasta arasındaki bilgi asimetrisinin hasta lehine değişime uğraması, kamu ve özel sağlık sektörünün gelişmesi gibi faktörlerin hasta haklarının önem kazanmasında ve yerleşmesinde etkili olduğu düşünülmektedir. Kuşkusuz sağlık yöneticilerinin ve sağlık çalışanlarının bu konuda daha bilinçli olmaları da, sağlık hizmeti sunumunda hasta haklarının ön plana çıkmasını sağlamaktadır. Benzer şekilde hasta ve hasta yakınlarının sağlık hizmetlerinde edilgen konumdan etken konuma geçmeleri ve söz sahibi olmaları da, hasta hakları konusunda farkındalık kazanmalarında etkili olmuştur. Gerek sağlık yöneticileri ve sağlık personelinin sağlık hizmetleri sunumunda zihniyet değişiminin, gerekse de vatandaşların sağlık hizmetlerinden faydalanmasında bakış açısı değişiminin hasta haklarının ön plana çıkmasında rol oynadığını söylemek mümkündür.

Hasta hakları konusunda belli bir mesafe alınmakla birlikte, konunun temel aktörlerinden biri olan sağlık çalışanlarının hakları konusunun ikinci planda kaldığı ve bu durumun hasta hakları uygulamalarını dolaylı olarak olumsuz şekilde etkilediği düşünülmektedir. Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişim konusunda atılan adımlar vatandaşların memnuniyetini olumlu yönde etkilemiş ve hasta odaklı sağlık hizmeti anlayışının yerleşmesini sağlamıştır. Ancak hasta odaklı sağlık hizmeti iklimi, beraberinde sağlık çalışanları açısından birtakım

problemleri de getirmiştir. Nitekim ağır çalışma koşulları, Hasta Hakları Birimi, SABİM veya BİMER’e yapılan şikâyetler, hasta ve hasta yakınları ile yaşanan çatışma, hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan şiddet olayları sağlık çalışanlarının motivasyonunu ve kurumsal bağlılığını olumsuz yönde etkilediği gibi dolaylı olarak hasta haklarına da zarar vermektedir.

Beyaz Kod, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi, Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi gibi Sağlık Bakanlığı tarafından son dönemde hayata geçirilen düzenleme ve uygulamaların, sağlık çalışanı haklarının kurumsallaşmasını sağlayacağı ve zaman içinde kayda değer iyileşmelerin görüleceği düşünülmektedir. Sonuç olarak; hasta hakları ve çalışan haklarını birbirinden ayrı düşünmemek gerektiği ve çalışan haklarının dolaylı olarak hasta haklarını olumlu yönde etkileyeceği ortadadır. Hâlihazırda hasta haklarında belli bir noktaya gelinmekle birlikte, çalışan haklarına verilecek önemle birlikte daha üst seviyelere gelineceğini söylemek mümkündür.

Kaynaklar

Angell, Marcia (2000), “Patients’ Rights Bills and Other Futile Gestures”, *The New England Journal of Medicine*, Vol 342, No 22, p. 1663-1664.

Alan, Sultan ve Erbay, Hasan (2011), “Tıp Etiği Açısından Ambulans Hizmetlerinde Hasta Mahremiyeti”, *Akademik Acil Tıp Dergisi*, Vol 10, No 1, s. 33-38.

Annas, George J. (2004), *The Rights of Patients*, 3rd Edition, NYU Press, New York.

Annas, George J. (1998), “A National Bill of Patients’ Rights”, *The New England Journal of Medicine*, Vol 338, No 10, p. 695-699.

Annas, George J. (1978), “Patients’ Rights Movement”, Editor: W. T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, Vol 3, p. 1201-1203, The Free Press, New York.

Aydemir, İshak ve Özhan, Ali (2011), “Hasta Hakları Uygulamalarının Hasta ve Yakınları Tarafından Değerlendirilmesi”, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, Cilt 22, Sayı 1, s. 85-104.

Aydin, Nizamettin (2008), “Hasta Haklarının Hukuki Boyutu ve Korunma Yolları”, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı 22, s. 297-326.

Çakmakçı, Metin ve Akalın, H. Erdal (2011), *Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.

Çobanoğlu, Nesrin (2009), *Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği*, Eflatun Yayınevi, Ankara.

Er, Ünal (2008), *Sağlık Hukuku*, Savaş Yayınevi, Ankara.

Ersoy, Nermin (2012), “Tıp’ta Mahremiyet: Kapsamı ve İstisnaları”, Editör: Nazmi Zengin, *Sağlık Çalışanı - Hasta İlişkisinde Güncel Konular*, s. 19-30, Kardelen Yayınları, Konya.

Görkey, Şefik (2002), “Hasta Hakları”, Editörler: Hüsrev Hatemi ve Hanzade Doğan, *Medikal Etik, Tıp Organizasyonunda Etik ve Hukuk*, s. 100-126, Yüce Yayınları, İstanbul.

Güler, Mustafa (2001), *Hekimler ve Tabip Odası*

Yöneticileri İçin Mevzuat, 3. Baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.

Günay, Osman; Naçar, Melis; Horoz, Duygu; Özdemir, Murat; Çıtlı, Rıza; Mutlu, Şule; Borlu, Arda ve Akpınar, Fatma (2007), “Erciyes Üniversitesi Hastanesinde Yatan Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeyi”, *Erciyes Tıp Dergisi*, Cilt 29, Sayı 4, s. 303-311.

Hakeri, Hakan (2013), *Tıp Hukuku*, 7. Baskı, Seçkin Yayınları, Ankara.

Hakeri, Hakan; Ünver, Yener ve Yenerer Çakmut, Özlem (2010), *Tıp / Sağlık Hukuku Mevzuatı*, Seçkin Yayınları, Ankara.

Hatun, Şükrü (1995), *Hasta Hakları Temel Belgeler*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.

Kalender, Ahmet ve Uludağ, Ayhan (2004), “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesinde Doktor-Hasta İlişkisinin Rolü”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 37, Sayı 4, s. 117-132.

Kıdık, Levent Bekir ve Keskinöğlü, Pembe (2008), “İzmir İlindeki Devlet Hastanelerine Hasta Hakları Başvurularının Değerlendirilmesi”, *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, Cilt 18, Sayı 3, s. 140-146.

Kılıç, Mineş ve Avdal, Elif Ünsal (2011), “Güncel Tıp Etiğinin Felsefi Temelleri Üzerine Bir Deneme”, *Kaygı/ Uludağ Üniversitesi Felsefe Dergisi*, Sayı 17, s. 175-184.

Oğuz, N. Yasemin (1997), “Hasta Hakları Alanındaki Gelişmeler ve Değişmeler”, *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, Cilt 5, Sayı 2, s. 50-55.

Özer, Ali ve Günay, Osman (2007), “Kayseri İl Merkezinde Çalışan Hekimlerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeyleri”, *Erciyes Tıp Dergisi*, Cilt 29, Sayı 1, s. 56-63.

Sert, Gürkan (2004), *Hasta Hakları*, Babil Yayınları, İstanbul.

Sütlaş, Mustafa (2000), *Hasta ve Hasta Yakını Hakları*, Berdan Matbaası, İstanbul.

Teke, Abdülkadir; Uçar, Muharrem; Demir, Cesim; Çelen, Özay ve Karaalp, Turgut (2007), “Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi”, *Türk Silahlı Kuvvetleri Korumucu Hekimlik Bülteni*, Cilt 6, Sayı 4, s. 259-266.

Turla, Ahmet; Karaarslan Şirin, Emine ve Köprülü, Hülya (2006), “Tıbbi Uygulama Hataları (Malpraktis)”, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, Cilt 7, Sayı 3, s. 223-229.

Tümer, Ali Rıza; Karacaçoğlu, Emre ve Akçan, Ramazan (2011), “Cerrahide Aydınlatılmış Onam İle İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri”, *Ulusal Cerrahi Dergisi*, Cilt 27, Sayı 4, s. 191-197.

Uludağ, Ayhan (2011), “Hastane Hasta Hakları Kurullarının İletişim Sorunu İçerikli Başvurulara Bakışı: Konya Hastaneleri Örneği”, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, Cilt 31, Sayı 3, s. 653-63.

Uludağ, Ayhan (2008), *Sağlık Hizmetlerinde Halkla İlişkiler ve Hastayla Etkili İletişim*, Tablet Yayınları, Konya.

Üçışık, H. Fehim (2012), *Sağlık Hukuku*, 3. Baskı, Ötüken Neşriyat Yayınları, İstanbul.

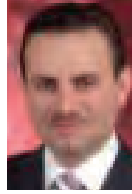
Yüksel, Canan (2012), “Etik ve Felsefi Açısından Hasta-Hekim İlişkisi”, Editör: Nazmi Zengin, *Sağlık Çalışanı - Hasta İlişkisinde Güncel Konular*, s. 7-18, Kardelen Yayınları, Konya.

Yürümez, Yusuf; Çevik, Talip; Yavuz, Yücel (2010), “Hasta Haklarını Biliyor muyuz?”, *Akademik Acil Tıp Dergisi*, Cilt 9, Sayı 2, s. 67-71.

Zengin, Nazmi (2010), “Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Sayı 1, s. 44-52.

Sağlıkta “franchising” olur mu?

Tarık Karakuş



1976 yılında İstanbul'da doğdu. Trakya Üniversitesi Bilgisayar Programcılığı Bölümünden mezun oldu (1996). Belediye otomasyonu yapan bir firmada bilgisayar donanımı ile başladığı çalışma hayatına sağlık otomasyonunda yazılım analizi ile devam etti. Şu anda iş geliştirme ve analiz biriminde tıbbi hizmetlerin gruplandırılması eşleştirilmesi, buna bağlı kayıp kaçakların ve faturalama eksikliklerinin önüne geçilmesi için çalışmalar yapmaktadır. Halen Medipol Mega Hastaneler Kompleksi İş Geliştirme ve Analiz Yöneticisi olarak görev yapan Karakuş, evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Franchise veya “franchising”; bir sistem veya markanın imtiyaz hakkı sahibinin, belirli süre, koşul ve sınırlar içinde, işin yönetim ve organizasyonuna ilişkin sürekli disiplin ve destek sağlayarak belirli bir bedel karşılığında, bağımsız yatırımcılara sistem ve markasını kullandırmasına dayanan, uzun vadeli ve sürekli bir iş ilişkisidir. Farklı ülkelerin tarihinde franchise benzer uygulamalardan bahsedilmekle birlikte bu konuda, kaynaklarda ortak olarak zikredilen örnek Albert Singer'in kurduğu Singer Sewing Machine Company şirketi ile 1851'de yaptığı franchise'dir. Modern Franchise 1960 sonrasında ivme kazanmıştır. Franchise'da sektöre göre cihaz, üretim tekniği, çalışma prensipleri, yönetim modeli vb. konular ön plana çıkabilmektedir. Günümüzde gelişen ve değişen teknoloji ile yapının temel taşlarından biri de bilgilerin kayıt altına alındığı yazılımdır. İyi bir yazılım, kullanıcılara düşen pek çok görevi yerine getirebilir, işleri kolaylaştırabilir, kullanıcılara bağlı kayıp kaçakları önleyebilir. Çok sayıda personelin istihdam edilmesi ile yapılan işler iyi bir yazılımla, az kişiyle, çok daha az hata payı ile ve hızla gerçekleştirilebilir.

Nereden çıktı bu franchise?

Ülkemizde sağlık yatırımları son yıllarda ciddi bir artış göstermektedir. Sağlık Bakanlığı ve TÜİK verilerine göre 2002 yılında 295 Milyon Dolar olan sağlık yatırımları 2012 yılında 1 Milyar 966 Milyon Dolar'a yükseldi. Yıllara ve sektörlere

göre hastane sayılarına baktığımızda 2002'de 271 olan özel hastane sayısı 2012 yılında 541 adede ulaşmıştır. Yıllara ve sektörlere göre özel hastanelere yapılan müracaat sayılarına baktığımızda ise 2002 yılında 5.697.170 olan müracaat sayısı 2012 yılında 66.562.098 olarak gerçekleşmiştir. Ülkemizde sağlık hizmeti alan yabancı hastaların dağılımına baktığımızda 2008'de 74.093 olan yabancı hasta sayısı 2011'de 156.176 olarak gerçekleşmiştir. Özel hastanelere müracaat eden yabancı hasta sayısının 114.329 olduğu ve ciddi bir paya sahip olduğu görülmektedir. Sağlık yatırımlarını, ülkemizdeki özel hastaneciliğin gelişimini inceledikten sonra hastane kurup işleten yatırımcıların yaşadıkları sorunların birkaçına değinmek istiyorum.

Hastanecilik; tıp, bilişim, finans, sağlık muhasebesi, otelcilik, mühendislik gibi alanların bir arada ve koordineli şekilde verdiği hizmetlerden meydana gelmektedir. Yatırımcılarımız bu alanlardan bir veya birkaçında yetersiz kaldıklarında, sağlık tesisini işletmekte ve ayakta tutmakta sıkıntıya düşmektedirler. Önceleri hastanesini veya ruhsatını devrederek yatırımlarını başka alanlara kaydıran yatırımcılar, 11 Temmuz 2013 Tarihli ve 28704 Sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Öngören Madde 22'de yer alan “Özel hastaneler, 31.12.2013 tarihi bitimine kadar, uzman kadroları ile planlama kapsamındaki merkezleri başka özel hastaneye devredebilir veya özel hastaneler kendi aralarında karşılıklı olarak uzmanlık dalı değişimi

yapabilirler. Ancak başka bir ildeki özel hastaneye kadro devri ve karşılıklı olarak uzmanlık dalı değişimi, Planlama ve İstihdam Komisyonunun görüşü alınarak Bakanlıkça uygun bulunması halinde yapılabilir. Kadro devri iş ve işlemleri, müdürlükçe Sağlık Kuruluşları Yönetim Sistemi üzerinden sonuçlandırılır ve Genel Müdürlüğe bildirilir. 31.12.2013 tarihinden sonra planlama kapsamındaki merkezlerin devri ile kadro devri ve değişimi yapılamaz. Devir alınan kadrolar sebebiyle ünite, birim, yatak artırımı ile planlama kapsamındaki cihaz ilavesi hakkı elde edilmiş ise bu kadroların 31.12.2013 tarihine kadar yeniden devri halinde, hastane bu kadrolardan doğan haklarından vazgeçmiş sayılır ve bu haklar düşer.” kararı ile devir ve satış yapamayacaklardır.

Sağlıkta franchise olur mu?

Bildiğiniz gibi sağlık sektörü, hizmet sektörüdür. Hizmetlerin, hekimden temizlik personeline kadar iyi şekilde verilmesi ile hasta memnuniyeti sağlanabilir. Hasta memnuniyetinin sağlanamadığı bir kurumda iyi bir sistemin de pek bir anlamı kalmaz. Hasta memnuniyetinin sağlanabildiği bir kurumda sistemin ideal bir şekilde işletilebilmesi için işin önemli bir bölümü yazılıma düşüyor. Sağlıkta sahada verilen hizmetlerin masa başında kaybedilmemesi, doğru ve eksiksiz faturalanabilmesi için iyi bir tıbbi hizmet listesi ve kuralara uygun faturalama önem kazanıyor. Faturalama birimlerinde bu iş, personelin bilgi tecrübe ve dikkati

ile yapılıyor. Ancak şu bir gerçek ki insan kaynağına bağlı olan bu işlerde ciddi kayıp kaçaklar olabilmekte, kamu ile çalışan sağlık kuruluşları zaman zaman ceza ödeyebilmekte.

Bu olumsuzlukları yazılım ile aşabilir miyiz?

İyi bir tıbbi hizmet listesi ile işe başlamak lazımdır. İyi bir tıbbi hizmet listesi oluşturulduktan sonra faturalama kuralları sisteme uygulanmalıdır. Kuralların uygulanması ile personellerinin mevzuatı bilmelerine büyük oranda gerek kalmayacaktır. Personel sayısı ve faturalama süreleri bugün ihtiyaç duyulandan daha az olacaktır. Hizmet kuralları işletilmeye başlandıktan sonraki adım, otomatik faturalamadır. Kurallara uymayan herhangi bir durumun olmadığı hasta müracaatları otomatik olarak sistem tarafından fatura edilecektir. Faturalama kuralları sistemin imkân verdiği ölçüde otomatize edilecektir.

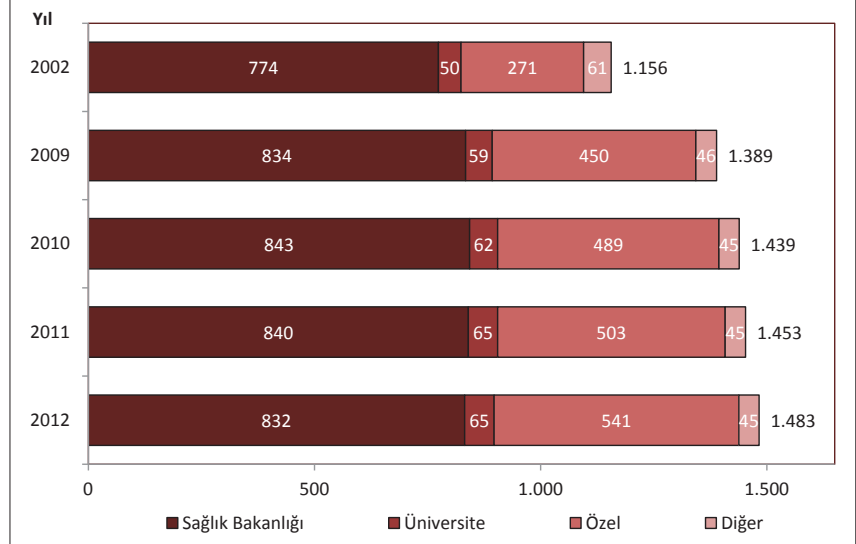
Otomatik faturalamadan sonraki adım merkezi faturalamadır. Franchise modelinde her bir birimde fatura merkezi kurulması yerine merkez de tek bir fatura merkezi kurulacaktır. Şubelerde, hekimlerle, ilgili birim ve kişilerle iletişim için temsilci olarak az sayıda faturalama uzmanı bulundurulacaktır. Buraya kadar temas ettiğimiz konular ciroların ortalama %85'lik kısmını oluşturan hizmetler ile ilgili idi. Kalan %15'lik kısım olan ilaç ve malzeme yönetimi ile ilgili yapılacak olan önemli bir çalışma da merkezi satın alma & stok yönetimidir.

Hastaneler tıbbi sarfları, ilaçları, dış hizmet alımlarını, bireysel olarak gerçekleştirdiğinde az sayıda alım yaptıklarından bu alımlarda düşük fiyat avantajı elde edememektedir. Merkezi yapı ile tüm hastanelerin ihtiyaçları tek merkezden giderildiğinde, alımlarda ciddi fiyat avantajı elde edilebilecektir.

Ülkemizde hastane işletmeciliğinde uzman olmuş sağlık kuruluşlarının bilgi ve deneyimlerini franchise ile diğer yatırımcılarla paylaşmaları hem yatırımcılara önemli katkılar sağlayacak, hem franchise veren sağlık kuruluşu sahiplerine ekonomik katkı sağlayacaktır. Hepsinden önemlisi ülkemizdeki özel sağlık hizmetlerinin gelişimine önemli katkılar sağlayacaktır. Bugün inşaat sektöründe gerçekleşen yurtdışı atılımları franchise ile yarın sağlık alanında gerçekleşebilecektir. Başarılı bir sağlık kuruluşu ya da grubusanız; sektörün gelişimine ivme kazandırmak, ülkeye, topluma ve hatta bölge ülkelerine katkıda bulunmak, bilgi ve birikimlerinizi farklı bir şekilde kazanıma dönüştürmek adına sağlıkta franchise neden olmasın?

Yıllar	Ünit	GSYİH	Cari Sağlık Harcaması	Cari Sağlık Harcamasının GSYİH'a Oranı (%)	Yatırım Harcaması	Yatırım Harcamasının GSYİH'a Oranı (%)	Toplam Sağlık Harcaması (Cari+Yatırım)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'a Oranı (%)
2002	Milyon ₺	350.476	18.331		443		18.774	
	Milyon ABD \$	233.651	12.221	5,2	295	0,1	12.516	5,4
	Milyon SGP ABD \$	584.127	30.552		738		31.290	
2012	Milyon ₺	1.415.786	72.820		3.538		76.358	
	Milyon ABD \$	786.548	40.456	5,1	1.966	0,3	42.421	5,4
	Milyon SGP ABD \$	1.361.333	70.019		3.402		73.421	

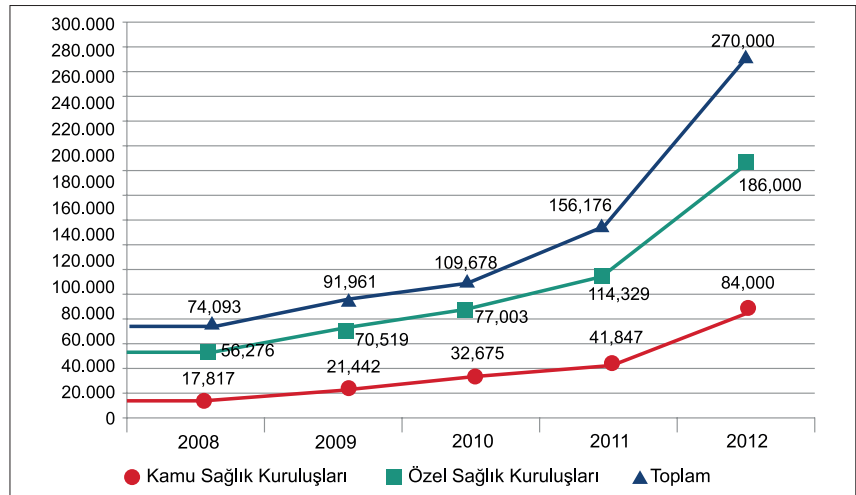
Tablo 1: Türkiye'de yıllara göre cari, yatırım ve toplam sağlık harcaması



Tablo 2: Türkiye'de yıllara ve sektörlere göre hastane sayısı

	2002	2009	2010	2011	2012
Sağlık Bakanlığı	109.793.128	228.279.139	235.172.924	254.342.943	260.974.401
Üniversite	8.823.361	19.364.865	20.098.754	24.437.107	27.080.436
Özel	5.697.170	47.618.186	47.712.540	59.069.486	66.582.098
Toplam	124.313.659	295.262.190	302.984.218	337.849.536	354.636.935

Tablo 3: Türkiye'de yıllara ve sektörlere göre hastanelere müracaat sayısı



Grafik: Türkiye'de yıllar itibarıyla sağlık hizmeti alan hastaların dağılımı

Kaynaklar

<http://franchises.about.com/od/franchisebasics/a/history.htm> (Erişim tarihi: 09.12.2013)

<http://saglik.gov.tr/TR/dosya/1-87578/h/istaturk2012.pdf> (Erişim tarihi: 09.12.2013)

<http://www.franchise.com.tr> (Erişim tarihi: 09.12.2013)

<http://www.resmigazete.gov.tr> (Erişim tarihi: 09.12.2013)

<http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/belge/1-13785/istatistikler.html> (Erişim tarihi: 09.12.2013)

www.tuik.gov.tr/Start.do (Erişim tarihi: 09.12.2013)

Aşı karşıtlığı

Dr. Ömer Ataç



1988 yılında Beypazarı'nda doğdu. 2005 yılında İstanbul Atatürk Fen Lisesi, 2012 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Aynı yıl İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde göreve başladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda doktora eğitimini sürdürmektedir. Halen İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Strateji Birimi'nde çalışmaktadır.

Dr. A. Alp Aker



1966 yılında İstanbul'da doğdu. 1985 yılında Galatasaray Lisesi, 1992 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Halk Sağlığı uzmanlığı eğitimini Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yaptı (1999). Turgut Yayıncılık, Medical Tribune Gazetesi ve Vademecum İlaç Rehberi medikal editörlüğünde bulundu. Halen İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde müdür yardımcısı olarak görev yapmaktadır.

Teknolojik yeniliklerin özellikle iletişim alanında baş dönürücü bir hızda seyretmesi ve bilgiye ulaşmanın kolay olması sonucunda doğru kabul edilen birçok bilgi sorgulanmaya başlanmıştır. Koruyucu hekimliğin öneminin ülkemizde ve dünyada artmasına paralel olarak, bu bağlamda genel kabul görmüş uygulamaların mutlak doğruluğu da tartışılır bir hal almıştır. Aslında bu tartışma ve sorgulamalar uygun bir metodolojiyle gerçekleştirildiğinde, doğru bilgiye ulaşmak ve insanlığa faydalı üretimler yapmak adına büyük önem arz etmektedir. Burada dikkat edilmesi gereken husus, bilgi kirliliğinin had safhada olduğu günümüzde doğru bilgiyi ayırt edebilmektir. Bu kirlilik içerisinde bilgiye şüpheyle yaklaşmak elzemdir, fakat şüpheye delil getiremediğimiz hallerde, dar çerçevede "inanmaya" devam ettiğimizde, şüpheli bakış artık yerini komplo teorilerine bırakmış demektir.

Enfeksiyon hastalıklarıyla mücadelede aşıların en etkili koruma yöntemi olduğu, tıp dünyasında uzun zamandır ve yadsınamaz bir gerçek olarak kabul edilmektedir. Edward Jenner 1796 yılında çiçek aşısını ürettiğinde, açmış olduğu yoldan bilim dünyasının ilerleyerek milyonlarca insanın hayatının kurtulmasına vesile olacağını tahmin etmiş miydi bilinmez. Ancak aşı karşıtlığı daha o zamanlarda gündeme gelmişti.

Birçok hastalığın ortadan kalkmasında ve geçmişte yaşanan salgınların tekrarlanmamasında aşıların katkısı yadsınamaz. Örnek üzerinden gitmek gerekirse, geçmişte çok can yakan fakat artık dünya üzerinden silinmiş olan çiçek hastalığını incelemek uygun olacaktır. 1966 yılında 50'den fazla ülkede yaklaşık 15 milyon çiçek hastası bulunmaktaydı ve hastalıktan ölen kişi sayısı yılda 1,5 milyon ila 2 milyon arasında değişmekteydi. Boston'da son görülen salgında 1596 vaka bildirilmiş ve 270 ölüm görülmüştür. Hal böyleyken, 1966 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından başlatılan çiçek hastalığına karşı aşı kampanyası neticesinde, 8 Mayıs 1980 tarihinde çiçek hastalığının eradike edildiği ilan edildi ve dünya üzerinde yeni vaka bildirimi olmadı. UNICEF'in ilk olarak

1996 yılında yayınladığı hesaplama göre, eğer çiçek aşısı bulunmasaydı, o tarihe kadar dünyada yaklaşık 5 milyon kişi bu hastalıktan hayatını kaybedecekti. Aynı tabloda aşı ile önlenebilen diğer hastalıklar için UNICEF'in hesaplamaları şu şekildedir:

Tablodaki veriler, her hastalığın aşılama yapılmadığında sahip olduğu ölüm oranının tüm nüfusa genellenmesiyle elde edilmiş. Her ne kadar aynı hesaplamalar son dönemde yapılmamış olsa da, sadece buradaki oranlar bile, aşıların etkililiği konusunda bize fikir vermektedir.

Yine tablodan gidersek, çocuk felci için de benzer bir durumu görmekteyiz. 1988 yılında DSÖ tarafından başlatılan

Tablo: Aşı ile önlenebilen hastalıklar

	Tahmin edilen yıllık ölüm	Engellenen ölüm	Meydana gelen ölüm	Engellenen ölüm (%)
Çiçek hastalığı	5 milyon	5 milyon	-	100
Difteri	260.000	223.000	37.000	86
Boğmaca	990.000	630.000	360.000	64
Kızamık	2.7 milyon	1.6 milyon	1.1 milyon	60
Yenidoğan tetanosu	1.2 milyon	0.7 milyon	0.5 milyon	58
Hepatit B	1.2 milyon	0.4 milyon	0.8 milyon	33
Tüberküloz	3.2 milyon	0.2 milyon	3 milyon	6
Çocuk felci	640.000	550.000	90.000	86
Toplam	15.190.000	9.303.000	5.887.000	61



Kâr/zarar ilişkisini yeterli görmeyen grupların temel itiraz noktaları, aşılardan kaynaklanan yan etkiler ve aşıların içerdiği maddelerin uzun dönemde vücutta yapması olası tahribatlara dair duyulan endişedir. Genel bir kaide olarak, büyük iyiliklere sebep olacak adımlar atılırken bazı küçük zararlar göze alınmalıdır.

eradikasyon (ortadan kaldırma) programı ile dünyada ve ülkemizde aşılamaya faaliyetlerine hız verildi. Ülkemizde son vaka, 26 Kasım 1998'de görüldü ve Türkiye'nin de içinde bulunduğu Avrupa Bölgesinde polionun eradike edildiği ilan edildi. Bu süreç, DSÖ tarafından 21 Haziran 2002'de Türkiye'ye verilen, "Polio'dan Arındırılmış Bölge" sertifikası ile belgelendirilmiştir. Bir başka deyişle, artık çocuklarımız küçük yaşta çocuk felcine bağlı olarak koltuk değneğine mahkûm değiller.

Aşıların piyasaya sürülme süreci

Aşıların üretilip piyasaya sürülme sürecindeki ciddi kontrol mekanizmalarını küçümsemek gerekir. Aşılar da diğer farmasötik ürünler gibi, önce laboratuvar ortamında sonra da hayvanlar üzerinde yoğun güvenlik ve etkinlik değerlendirmelerinden geçirilir. İnsanlar üzerindeki çalışmalara gelince, Faz 1 çalışmalarda 20 ile 100 arasında değişen sayıda gönüllü üzerinde çalışılır ve ciddi yan etkilere odaklanılır. Faz 2'de uygun dozun ayarlanması üzerine yoğunlaşılır ve yüzlerce gönüllü ile çalışılır. Bu evre birkaç aydan 3 yıla kadar değişen sürelerle yayılır. Faz 3 çalışmaları ise birkaç yıl sürer, birkaç bin gönüllüye gerek duyulur. Kontrollü deneyler yapılır, bazı gönüllülere aynı hastalığa karşı hali hazırda bulunan aşı uygulanır ve üzerinde çalışılan aşıyla yan etkileri açısından kıyaslanır. Eğer Faz 3'te yapılan çalışmalarda aşının güvenli olduğuna dair sonuçlar elde edilirse, üretici firma Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi'ne (FDA) lisans başvurusu yapar. FDA bütün süreci en başından itibaren detaylı bir şekilde inceler. Lisans alan aşı piyasaya sürüldükten sonra da takip devam eder. Çünkü klinik fazlar ne kadar geniş tutulursa tutulsun, en doğru bilgiye saha uygulamaları sırasında ulaşılabilecektir. Faz

4 aşaması da burada başlar. On binlerce gönüllüden aşının uzun dönem etkileri ve Faz 3'te cevaplanmayan soru işaretleri için geri bildirim istenir. 2001 yılında Klinik Bağışıklama Güvenli Değerlendirme (Clinical Immunization Safety Assessment) ağı kurularak aşı reaksiyonlarının birebir hasta düzeyinde değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca CDC (Amerikan Hastalık Kontrol Merkezleri) ve FDA tarafından desteklenen Aşı Yan Etki Raporlama Sistemi (The Vaccine Adverse Event Reporting System) ile yan etkilerin bildirimi sağlanmıştır. Bu sisteme her yıl 28.000 giriş yapılmakta olup, bu girişler içerisinde hem aşıya bağlı yan etkiler hem de aşı uygulama dönemiyle eş zamanlı görülen fakat incelemeler sonucunda aşıyla ilgili bulunmayan yan etkiler de bulunmaktadır. Sayıca yüksek gelebilen bu rakam aslında ABD'de yılda yapılan 10 milyon aşı içerisinde 2,8/1000 gibi bir orandadır. Kurumlar ve firmalar arasındaki ilişkilere dair spekülasyonlar olsa da, sistemin işleyişindeki kurallar gayet sıkı olarak belirlenmiştir. Uygulamadaki yansımalarına bakacak olursak, mesela 1998'de ABD'de piyasaya sürülen Rotavirus aşısı neredeyse bir yıl sonra, gösterdiği yan etkilerden dolayı piyasadan toplatılmıştır.

Bir başka örnek, 1999'dan itibaren FDA'nın, piyasaya sürülebilmesi için, ağır bir metal olan cıvanın aşılarından çıkartılmasını mecbur kılmasıdır. Üstelik cıvanın otizme neden olduğunu iddia eden Andrew Wakefield'in çalışmalarıyla ilgili skandallar ortaya çıkmış ve aşılardaki cıva dozunun toksik olmadığı gösterilmiş olsa da, sırf dedikodular yüzünden aşılamaya oranları azalmasın diye cıvanın çıkartılması uygun görülmüştür.

Hastalıkların engellenmesinde aşılamaya çalışmalarının sağladığı faydalar bu minvalde iken, aşıya itiraz edenlerin argümanlarını da değerlendirmekte fayda var. Aşı karşıtlarını kabaca 3 grupta inceleyebiliriz.

- Kâr/zarar ilişkisini yeterli görmeyenler
- Risk altında olmadığını düşündüğü için ihtiyaç hissetmeyenler
- Dini, felsefi veya komplo temelli gerekçelerle itiraz edenler

1) Kar/zarar ilişkisini yeterli görmeyenler

Kâr/zarar ilişkisini yeterli görmeyen grupların temel itiraz noktaları, aşıdan kaynaklanan yan etkiler ve aşıların içerdiği maddelerin uzun dönemde vücutta yapması olası tahribatlara dair duyulan endişedir. Genel bir kaide olarak, büyük iyiliklere sebep olacak adımlar atılırken bazı küçük zararlar göze alınmalıdır. Günümüzde eradike edildiğinden bahsettiğimiz çiçek hastalığını

önlemeye yönelik aşının yan etkilerinin görülme oranı, 1-2/1.000.000'dir. Yani %30 öldürücü olan bir hastalık için yapılan aşının yan etki gösterme ihtimali, hastalığın öldürücü olması ihtimalinden 300.000 kat daha azdır. Aşı sayesinde hayatı kurtulan insan sayısı göz önüne alındığında, ödenen bedelin önemsiz ve yakın olduğu söylenebilir.

KKK aşısı için de benzer bir durum söz konusudur. KKK aşısına bağlı Subakut Sklerozan Panensefalit veya alerji görülme oranı 1/1.000.000 iken, kızamık hastalığına yakalanan her 1000 kişiden 60'ı pnömoni, 1'i ensefalit, 2'si ise ölümle karşılaşmaktadır. Öte yandan, bir çocukluk çağı hastalığı olarak bildiğimiz kızamıkçık hastalığını gebeliğinde geçiren bir annenin ise doğacak çocuğunda %25 ihtimalle konjenital anomali olacaktır.

Aşı içeriğindeki maddelere ilişkin itirazlar

Aşı içeriğinden kaynaklanan itirazlara bakacak olursak, "Sola dosis facit venenum." (Bir maddeyi zehir yapan yalnızca onun dozudur.) Paracelsus'a ait olan bu ifade aslında durumu çok net bir şekilde ifade etmektedir. Sadece aşılar değil, hayatımızda tükettiğimiz birçok maddeyi uygun miktarda almazsak vücudumuza zarar vereceği aşikârdır. Aşılar için de aynı durum söz konusudur. CDC'nin yayınladığı bilgilerden yola çıkarak, belli başlı aşıların içerisinde bulunan maddeleri şöyle sıralayabiliriz:

BCG (verem aşısı): Gliserin, asparajin, sitrik asit, potasyum fosfat, magnezyum sülfat, demir amonyum sitrat, laktoz.

KKK (Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak): Vitaminler, aminoasitler, sukroz, sodyum fosfat, glutamat, rekombinant insan albümini, neomisin, sorbitol, hidrolize jelatin, civciv embriyo hücre kültürü.

DaBT (difteri, boğmaca, tetanoz): Formaldehid, glutaraldehid, alüminyum hidroksit, polysorbat 80.

Hepatit B: Alüminyum hidroksit, maya proteini, fosfat nötrleyiciler, Pnömonokok Casamino asitleri, maya, amonyum sülfat, polisorbat 80, süksinat nötrleyici, alüminyum fosfat.

Yukarıda saydığımız maddelerden bazılarını değinecek olursak;

Alüminyum: Aşının etkinliğini ve aşıya vücudun verdiği yanıtı artırır. Alüminyum tuzları 70 yıldan uzun süredir aşılarla güvenle kullanılmaktadır. Günlük hayatta ise alüminyum, farkında olmadan az miktarlarda besinlerle ve su ile vücuda alınmaktadır. Aşı sonucu oluşan ve delto-id biyopsilerinde gözlenen lezyonların bir

patoloji olarak değerlendirilemeyeceği kabul edilmiştir.

Formaldehid: Enerji üretmek amacıyla vücudumuzda zaten yapılır. Aşının kontamine olmasını engellemek amacıyla, virüs ve bakterilerin öldürülmesi için kullanılır. Aşı üretimi son aşamaya geldiğinde aşidan uzaklaştırılır. Aşı içerisinde az miktarda kalsa bile bu oran, FDA'nın besinlerle alınabilecek formaldehit üst sınırının oldukça altındadır.

Glutamat: Aşının, fiziksel etkenlere karşı dayanıklılık kazanması için kullanılır. Besinlerin tadını arttırmak için de kullanılır. Ayrıca birçok hazır gıdanın içinde de bulunur.

Magnezyum sülfat: Kalsiyum metabolizmasında önemli yere sahiptir. %70'i kemiklerde depo edilir. Sinir iletimine de katkı sağlar. Başlıca, tahıl ve baklagillerde, kuruyemişlerde, et ve sütte bulunur. Ayrıca hamilelerde düşük tehdidini önlemede de faydalıdır.

Tiomersal: Aşı karşıtları tarafından en çok itiraz edilen maddedir. Cıva içeren tiomersal vücuttan hızla atılan etil merküre metabolize olmaktadır. Çoklu dozlu flakon aşılarla eklenen tiomersalin vücutta birikmediği gösterilmiştir. Andrew Wakefield adlı bir doktor, 1998 yılında yaptığı açıklamada KKK aşısının sindirim sistemi sorunlarına ve otizme neden olduğu iddiasını ortaya atmış, bu durumdan da tiomersali sorumlu tutmuştur. Konuyla ilgili çalışması Lancet'te yayımlanmıştır. Ancak çalışmanın eksik yanları bulunmaktaydı. Ayda 50.000 kişinin aşılandığı İngiltere'de sadece 12 çocuk üzerinde yapılmıştı. Kontrol gurubu mevcut değildi. Ayrıca 2004 yılında Sunday Times muhabiri Brian Deer'in ortaya çıkardığı kayıtlara göre, Wakefield'in aşı üreticilerine dava açan gruplardan maddi yardımlar aldığı saptandı. 2004 yılında ortaya çıkan bu durum sonucunda Wakefield'in 12 kişilik ekibinden 10 doktor ekipten ayrıldıklarını ilan ettiler. 2010 yılında Lancet makaleyi yayından çektiğini açıkladı. Birleşik Krallık Tıp Konseyi 24 Mayıs 2010 tarihinde Wakefield'in "Doktor" unvanının geri alındığını açıkladı.

Bu çalışmanın sonuçlarını geçersiz kılan başka bir bulgu da, Danimarka'da yapılan ve 1991-1998 yıllarında doğmuş olan 500.000 çocuğu kapsayan bir çalışmada, tiyomersal içermeyen aşı uygulanmış çocuklarda otizm insidansında azalma olmadığının gösterilmesi olmuştur.

2) Risk altında olmadığını düşünenler

Bazı ebeveynler, ortak yaşadığı alanları

paylaştığı diğer çocukların aşı olmaları sayesinde, çocuklarının da hastalıktan uzak kalacağına inanmaktadırlar. Fakat çoğu ebeveynin bu fikri benimsemesi halinde bir toplumdaki aşıların sayısının büyük ölçüde azalacağı düşünüldüğünde bu argüman yetersiz kalmaktadır. Bu grubun yanında, bulaşma ihtimalini özne kriterlere dayanarak zayıf gördüğü hastalıkların aşılarını olmayanlar da ayrı bir problemdir.

İlginç bir şekilde, 1970'lerde difteri aşısının yan etkilerine yönelik yapılan propagandalar sonucunda Japonya, İrlanda, Almanya, Avusturya gibi ülkelerde aşılama oranlarının düşmesinin sonucunda difteri vakaları 10-100 kat artış göstermiştir. Hatta aşı programına devam eden ve bu ülkelerle komşu olan ülkelerde bile vaka artışı gözlemlenmiştir. Benzer bir durum, 1994'te Fransa'da yaşanmıştır. Aşılama çalışmalarının otoimmün hastalık riskini arttırdığı iddialarının yarattığı hava sonucunda, hükümet adolesan grupta aşılamaı durdurmuştur. Yeterli kanıt üretilemeyince aşılama çalışmaları tekrar başlamış, ancak aşılarla ilgili eskisi gibi olmamıştır.

3) Dini, felsefi veya komplo teorisi temelli gerekçelerle itiraz edenler

"Aşıların içeriğinde domuz ürünleri gibi helal olmayan ürünler de bulunmaktadır." Bu ifadeyle son günlerde sık sık karşılaşır olduk. Aşı içeriklerinin analizleri yapılarak bu konudaki şüpheler kolaylıkla izale edilebilir. Öte yandan, kimi aşılarla stabilizör olarak domuz jelatini kullanımı konusunda İslam âlimlerinin açıklamaları bulunmaktadır. Dinen mubah olmayan herhangi bir maddenin aşılarla veya diğer farmakolojik ürünlere katılmış olması konusunda endişe duyanlara; 1995 yılında Kuveyt'te Tıbbi Bilimler İslam Örgütü'nce (Islamic Organization for Medical Sciences) düzenlenen ve "Yiyeceklerde ve ilaçlarda fikhî olarak haram veya necis kabul edilen maddeler" konulu seminerde varılan kararın duyurulduğu Dünya Sağlık Örgütü mektubunu hatırlatmak yeterli olacaktır: "Bir maddenin farklı özellikleri olan bir başka madde haline geçmesi anlamına gelen dönüşüm (transformation), fikhî olarak saf olmayan veya temiz ortamlarda bulunmayan maddelerin saf maddelere dönüşmesi ve yasaklanmış maddelerin meşru ve izin verilir maddelere değişimidir. Buna göre, fikhîen necis bir hayvanın kemik, deri ve tendonlarından dönüşümle elde edilen jelatinin yenmesi mubahtır."

Bu paralelde sık duyduğumuz bir başka cümle de, "Gizli düşmanlarımız, aşılar vasıtasıyla vücudumuza mutajen maddeler vererek neslimizi bozmak istiyorlar." olmuştur. Bu iddiaya karşı,

Tarihin eski devirlerinden beri, birçok farklı inanca göre hastalıklar Tanrı/ Tanrılar tarafından kişiyi cezalandırmak için gönderilen, beden ve ruhun arınması için acı çekilmesinin gerekli olduğu bir durum olarak kabul edilmiştir. Hatta bazı inanışlarda hastalıkları önlemenin Tanrı'ya karşı gelmekle aynı manaya geldiği vurgulanmıştır. Edward Jenner'in ilk aşığı ürettiği dönemde de E. Massey adlı bir din adamı, bu bağlamda aşılama faaliyetlerini şeytana uymak şeklinde tanımlamıştı.

"Hangi düşman, hangi maddeyi, hangi amaçla" sorularını sorduğumuzda, somut bir cevap verilemeyen bir komplo teorisinden başka bir şey olmadığını görüyoruz. Acaba bu çabalar nasıl bir neticeye sebep olmuş ve bize nasıl zarar vermiştir? Bu kişiler, yukarıda saydığımız 3 grup içerisinde ikna edilmesi en zor gruptur. Çünkü bu gruba dâhil insanlar bilimsel, objektif veriler yerine ön yargılarla hareket etmektedir. Aynı zamanda fikri temelleri de en eski gruptur.

Tarihin eski devirlerinden beri, birçok farklı inanca göre hastalıklar Tanrı/ Tanrılar tarafından kişiyi cezalandırmak için gönderilen, beden ve ruhun arınması için acı çekilmesinin gerekli olduğu bir durum olarak kabul edilmiştir. Hatta bazı inanışlarda hastalıkları önlemenin Tanrı'ya karşı gelmekle aynı manaya geldiği vurgulanmıştır. Edward Jenner'in ilk aşığı ürettiği dönemde de E. Massey adlı bir din adamı, bu bağlamda aşılama faaliyetlerini şeytana uymak şeklinde tanımlamıştı. Günümüze gelindiğinde, bu fikri temel daha modern bir yapıya kavuşmuştur. İnternet üzerinden insanlara erişimin çok kolay olması sebebiyle, binlerce site üzerinden aşı karşıtlığı propagandası yaygınlaşmış ve rağbet görmüştür.

Kızamık aşısı bulunmasaydı DSÖ'nün tahminlerine göre dünyada yılda 2,7 milyon kişi kızamık hastalığı yüzünden ölmüş olacaktı. Tetanoz aşısıyla aşılanmayan gebeler sebebiyle, dünya genelinde her yıl 300.000 yeni doğan ve 30.000 anne hayatını kaybetmektedir. Aşırı destekleyen veya aşırı itiraz eden söylemler her daim var olacaktır Önyargı veya ön kabuller yerine objektif verilerle hareket etmek elzemdir.

Aşı hakkında doğru bilinen yanlışlar

Yanlış: "Tehdit altında olmadığımız hastalıklara karşı aşı olmaya gerek yok."

Doğru: Küreselleşen dünyada ülkeler arası seyahatler bu kadar sıklaşmışken, başka ülkelerde görülen hastalıklar açısından da risk altındayız. Difteri, menenjit buna verilebilecek örneklerdir.

Yanlış: "Aşıların yan etkileri çok tehlikelidir."

Doğru: Yazıda da bahsettiğimiz gibi zarar ilişkisi açısından terazinin kefi, aşı uygulanması tarafına ağır basmaktadır. Yapılan bilimsel çalışmalara göre aşıların sahip oldukları yan etkilerin şiddeti ve sıklıkları, hastalığın ortaya çıkması durumunda görüleceklerle karşılaştırıldığında çok hafif kalmaktadır.

Yanlış: "Aynı anda birden fazla aşı uygulamak bağışıklık sistemine zarar verir."

Doğru: Günlük hayatta maruz kaldığımız antijenlere kıyasla bu sayı çok düşüktür. Aşıların birlikte yapılması, uygulama kolaylığı yanında, uygulanan kişiler için de takvime uyumu artırmaktadır.

Yanlış: "En sağlam bağışıklık, hastalığı geçirerek kazanılır."

Doğru: Yukarıdaki bilgi kısmen doğrudur. Bu sebeple aşılar var olan mikroplar içerisinde ağır, hatta ölümcül seyreden hastalıklara yol açanlara karşı üretilmektedir. Kızamık hastalığında 1/1000 olan ensefalit riski, aşı ile olan 1/1.000.000

riske göre 1000 kat daha yüksektir.

Yanlış: "Aşılar kısırlık yapar."

Doğru: Bunu iddia eden kişiler bilimsel dayanak veya yaşanmış örnek göstermek mecburiyetindedir. Basit bir yaklaşımla, eğer aşılar kısırlık yapsaydı, ilk aşının üretildiği tarihten günümüze kadar olan süreçte, özellikle de aşı uygulamalarının yaygın olduğu gelişmiş ülkelerde, nüfus çok daha az olacak ve kısırlık ciddi bir evrensel problem olarak dünya gündeminde çok daha fazla yer işgal edecekti. Öte yandan aşılarla bağlı olarak bebek ölümlerinin azalması ve erişkin yaşa ulaşan çocuk sayısının artması, aileleri daha az sayıda çocuk sahibi olmaya itiyor olabilir. Kısırlık yaptığı iddiası HPV aşısı için ortaya atılmış ve aşının içerdiği polisorbata 80 maddesine bağlı olduğu iddia edilmiştir. Ancak aşının içerdiği dozlardaki polisorbata 80 yardımcı maddesinin kısırlık yaptığına dair bir bulgu bulunmamaktadır. Yapılan klinik çalışmalarda kısırlık nedenleri şöyle sıralanmıştır.

- Varikozel
- Enfeksiyon
- Tümör
- İnmemiş testis
- Hormonal bozukluklar
- Kromozomal defektler
- Spermi kanalı problemleri
- Bazı ilaçlar
- Çevresel faktörler

Görüldüğü üzere kanıtlamış veya şüpheli kısırlık nedenleri arasında aşılar geçmemektedir.

Aşılamaya çalışmalarını durdursak ne olur?

CDC, var olan aşılamaya çalışmaları durdurulduğunda yaşanabilecek olası durumları ABD özelinde şu şekilde sıralamıştır:

Polio: Her yıl çocuk felcinin neden olacağı akut paraliz ve ardından gelişecek kalıcı fiziksel engellilik sonucu ölüme kadar giden bir sürecin gözleneceği yaklaşık 20.000 çocuk hasta ortaya çıkacaktır.

Kızamık: Kızamık aşısı keşfedilmeden önce, neredeyse herkes hastalığı yakalanmaktaydı ve ABD'de yılda ortalama 450 kızamığa bağlı ölüm görülmekteydi. Kızamık hastalarının %20'sinin, başta zatürre olmak üzere hastalığa eklenen komplikasyonlar nedeniyle hastaneye yatırılmak zorunda kaldığı göz önüne alınırsa, getireceği külfet had safhada olacaktır. Ayrıca DSÖ'nün tahminlerine göre dünyada yılda 2,7 milyon kişi kızamık hastalığı yüzünden ölmüş olacaktı.

Haemophilus influenzae tip B (Hib): Aşısı üretilmeden önce çocuklarda bakteriyel menenjitin en sık nedeniydi. Yılda 20.000 invazif olgu görülmekteydi. Hib sebebiyle yılda 600 çocuk hayata veda etmekteydi. 1987'de konjüğe Hib aşısının üretilmesiyle beraber Hib insidansı %95 azalmıştır. 1994-1998 yılları arasında yılda sadece 10 ölüm görülmüştür.

Kızamıkçık: Gebelerde ve bu gebelerden doğan çocuklarda ciddi bir risk faktörüdür. ABD'de 1964-1965'te, rutin aşılamaya geçilmeden önce, 20.000 bebek konjenital rubella sendromu ile doğmuştur. Buna ilaveten, 2100 neonatal ölüm ve 11.250 düşük hadisesi yaşanmıştır. Bu 20.000 bebekten 11.600'ü işitme kaybı, 3.580'i görme kaybı ve 1.800'ü mental retardasyon yaşamıştır. Rubella aşısının yaygınlaşmasıyla beraber, 2000 yılında sadece 6 konjenital rubella sendromu vakası görülmüştür.

Hepatit B: Dünyada 2 milyardan fazla insan hayatlarının bir döneminde bu virüsle karşılaşmaktadır. 350 milyon kişi hayat boyu bu virüsü taşımakta ve bunların 1 milyonu her yıl karaciğer hastalığı veya karaciğer kanseri sebebiyle hayata veda etmektedir. Özellikle çocuk yaşlarda virüse yakalanan kişilerin %25'i yetişkin hayatlarında karaciğer hastalığından vefat etmektedir. Aşılamalar sonrasında, 1980'lerde yılda 450.000 olan yeni enfeksiyon sayısı 1999'da 80.000'e gerilemiştir.

Difteri: 1920'lerde çocuklarda hastalık ve ölüm sebepleri arasında ilk sıradaydı. ABD'de 1921 yılında 206.000 vaka ve 15.520 ölüm kaydedilmişti. 1923 yılında aşının üretilmesiyle beraber vaka sayısında azalmalar yaşanmıştır. Son 10 yılda görülen vaka sayısı sadece 5'tir. SSCB topraklarında dağılma sürecinde başlayan difteri epidemisinde, aşılamaya çalışmaları yetersiz kaldığından, 1990-1999 yılları arasında 150.000 vaka görülmüş ve 5.000'i ölümlerle sonuçlanmıştır.

Tetanoz: Tetanosun seyri %20 ölümlerle neticelenmektedir. Kas spazmları sonucunda larenksin kapanması, nefes ve beslenme problemlerine yol açmaktadır. Tetanoz aşısıyla aşılanmayan gebeler sebebiyle, dünya genelinde her yıl 300.000 yeni doğan ve 30.000 anne hayatını kaybetmektedir.

Kabakulak: Aşı üretilmeden önce çocuklar arasında sağırliğin bir numaralı nedeni olarak görülmekteydi. Her 20.000 vakada 1 çocuk sağır kalmaktaydı. Ayrıca kabakulak ensefaliti ABD'de viral ensefalite en sık yol açan sebepti. İlk trimesterde kabakulağa yakalanan gebelerde düşük oranı yüksek seviyelerdeydi ve aşı öncesinde yılda 300.000 vaka ortaya çıkmaktaydı. 1967'de aşının

üretilemesiyle beraber vaka sayısı hızla azalmış, 1987'de 12.848, 2001'e gelindiğinde ise sadece 266 vaka bildirilmiştir.

Sosyal medyada aşı karşıtlığı

Son yıllarda internet ve özellikle de gelişen sosyal medya kullanımı yoluyla aşı karşıtı görüşlerin hızla yayıldığı gözlenmektedir. Artık internete erişimi olan herkes görüşlerini yayımlayabilmektedir. Yine, özellikle sağlıkla ilgili konularda internet, bilgi ve görüş edinmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Bilimsel görünümlü kimi yönlendirici mesajlar zihinlerde soru işaretlerinin doğmasına neden olmakta, aşıyla önlenabilir hastalıklar ve aşıların yan etkileriyle ilgili risk algısında değişikliklere neden olarak çok sayıda kişinin aşılamaya dair kararını olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Çoğu hükümetin benimsediği, bu gibi yayınları görmezlikten gelme ve kaale almama yaklaşımı giderek büyüyen bu sorunun çözümüne yardımcı olmamaktadır. Aşılamaya karşı manipülasyonlarla ilgili UNICEF'in Doğu Avrupa'da yaptığı bir çalışmada, blog, forum ve sosyal medyanın yaygın olarak kullanıldığı gösterilmiştir. Çalışmada, aşı karşıtı argümanları yaymada en sık blogların kullanıldığı gösterilirken, argümanların dile göre farklılık gösterdiği, İngilizce yayınlarda en sık komplo teorileri ve dini/etik kaygılara yer verilirken, Rusça yayınlarda dini/etik kaygıların, Lehçe yayınlarda ise aşıların yan etkileri ve içerdikleri toksik maddelere yer aldığı bildirilmiştir. Bütün bunların sonucunda, bebek ve çocukları aşılamaya çalışan sağlık çalışanları; yanlış bilgilendirilmiş, öfkeli aşı karşıtı anne babalarla muhatap olmakta, devletler önlenemez eski hastalıklara bağlı salgınlara karşılaşmaktadır. Hükümetler, uluslararası örgütler ve özellikle tıp camiasının, "online" kökenli bu argümanların saptanması ve daha etkili iletişim stratejileri benimsenmesi türünden karşı önlemler almak için güçlerini birleştirmesi gerektirmektedir.

Aşı yaptırmamak kişisel bir hak mıdır?

Başka bir tartışma da aşının zorla yaptırılıp yaptırılamayacağı üzerinedir. Bir yandan kişinin kendisi ve çocukları hakkında karar verme yetkisine sahip olması, diğer yandan ise aşı yapılmadığında toplumu tehdit eden bir durumun giderek daha tehlikeli bir hal alması söz konusudur. Cevaplanması gereken, "Özgürlük, ama nereye kadar?" sorusudur. Çünkü aşı olmayı reddeden ve sonrasında kendisine hastalık bulaşan birisinin toplum içerisinde serbestçe hareket etmesi -toplu taşıma araçları, okul, işyeri hastane vs.- başta insandan insana solunum yoluyla kolayca bulaşan hastalıklarla olmak üzere, bu alanlardaki

masum ve hastalığı açık kişiler için bir tehdit oluşturmaktadır.

Bireysel özgürlükler açısından yapılan değerlendirmelerde üst sıralarda yer alan bir ülke olan ABD'de kızamık hastalığıyla olan mücadelede ilginç devlet politikaları uygulanmıştır. Ülke genelinde 1960'larda başlayan kızamık mücadelesinin sonuçlarını gösteren bir çalışmada, okul öncesi dönemde aşılanmanın zorunlu olduğu eyaletlerde kızamık vakalarının sayısı diğer eyaletlere oranla %50 az olmuştur. 2000'li yıllardan itibaren ise ABD'nin tüm eyaletlerinde okula başvurmadan önce difteri, tetanos, çocuk felci, hemofilus influenza, kızamık ve kızamıkçık aşılarının yapılmış olması mecbur tutulmuştur. Yani aşı yaptırmayan çocuklar okula kayıt yaptıramamaktaydı. Lakin ilerleyen yıllarda, özellikle immün yetmezlikli çocukların bazı aşılarından muaf tutulması gibi esneklikler, eyaletler düzeyindeki bazı değişikliklerle birlikte sisteme ilave edilmiştir.

Sonuç

Aşı konusu bireyin hem kendisini hem de yaşadığı toplumu doğrudan etkileyen bir durum olarak güncelliğini koruyacaktır. Aşı, birçok değişkenin ve görüşün bir arada değerlendirilmesiyle karar verilmesi gereken bir olaydır. Hem uygulayıcılar hem de bireyler açısından bilimsel verilere dayanarak bilgilendirme faaliyetleri yürütülmelidir. Aşırı destekleyen veya aşırı itiraz eden söylemler her daim var olacaktır. Önemli olan, doğru bilgiye ulaşabilmek için bu süreçlerin uygun şekilde yönetilmesidir. Önyargı veya ön kabuller yerine objektif verilerle hareket etmek elzemdir. Bugüne kadar yapılan bilimsel çalışmalar gösteriyor ki aşılamaya çalışmaları toplum sağlığını korumak açısından etkili ve güvenilir bir araç olmuştur. Aşılamaya çalışmalarının tarihten günümüze kadar olan seyrine bakıldığında, fayda tarafının çok ağır bastığı görülmektedir.

Kaynaklar

BADUR S. Aşı Karşıtı Gruplar ve Aşılamaya Karşı Yapılan Haksız Suçlamalar. ANKEM Derg 2011; 25(Ek 2):82-86.

CDC. What Would Happen If We Stopped Vaccinations? www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/whatifstop.htm (Erişim tarihi: 25.02.2014)

CDC. Timeline: Thimerosal in Vaccines (1999-2010) www.cdc.gov/vaccinesafety/concerns/thimerosal/thimerosal_timeline.html (Erişim tarihi: 12.02.2014)

CEYHAN M. Aşı Tarihi, Güncel Aşılamaya, Ed. Salman N., s. 613 İstanbul 2008.

CGDEV. Eradicating Smallpox www.cgdev.org/doc/millions/MS_case_1.pdf (Erişim tarihi: 10.02.2014)

COOPER LZ ve ark. Protecting Public Trust In Immunization. Pediatrics. 2008 Jul;122(1): 14953.

COOPER LZ. Victims of Our Own Success: Will

Immunization Remain the Paradigm of Effective Prevention? Grantmakers In Health, 118, 1999 Aug;(4).

COŞKUN A, BUZGAN T. Türkiye'de Aşılamaya. Sağlıkta Nabız Dergisi 2009; Cilt:6 Sayı: 23.

Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. The Pink Book: Course Textbook 12th Edition, Second Printing Chapter 4 Vaccine Safety (May 2012).

FDA. Common Ingredients in U.S. Licensed Vaccines www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/SafetyAvailability/VaccineSafety/ucm187810.htm (Erişim tarihi: 10.02.2014).

GANGAROSA EJ ve ark. JAMA 351:356 1998.

GÖKMEN T. Aşı ve İlaçlar. www.talhagokmen.com/2014/02/02/asi-ve-ilaclar-turkish-only/ (Erişim tarihi: 22.02.2014)

HALL A ve ark. Vaccine 17:2473 1999.

HALSEY NA ve ark. Ped Infect Dis J 1999;18:23.

HINMAN AR ve ark. Childhood immunization: laws that work., J Law Med Ethics. 2002 Fall; 30(3 Suppl):1227.

MAYO CLINIC. Causes of Male Infertility. www.mayoclinic.org/diseases-conditions/male-infertility/basics/causes/con-20033113 (Erişim tarihi: 26.02.2014).

MICHAEL R, ALBERT MD, KRISTEN MD, OST-HEIMER MA, BREMAN J., The Last Smallpox Epidemic in Boston and the Vaccination Controversy, 1901-1903. www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200102013440511 (Erişim tarihi: 09.02.2014).

MONTEYNE P ve ark. Vaccine 18:1994 2000.

NCIRS, National Center for Immunisation Research and Surveillance. Fact Sheet: Quadrivalent HPV vaccine, Frequently asked questions. www.ncirs.edu.au/immunisation/fact-sheets/hpv-quadrivalent-fact-sheet.pdf (Erişim tarihi: 3.2.2014).

ÖZEN M, DOĞAN N. Aşı Hastalık İlişkisi: Söylenti mi, Gerçek mi? Klinik Gelişim Dergisi Cilt: 25 Sayı: 1 2012.

SHOENFELD Y ve ark. J Autoimmun 13:1 2000.

TOSTI ME ve ark. Ital J Gastroenterol Hepatol 31:388 1999.

TOTAN S. Aşı Olmak ya da Olmamak İşte Bütün Mesele Bu www.kadingozu.com/asiolmakyada-olmamakistebutunmeselebu4kisim (Erişim Tarihi: 19.02.2014).

UNICEF. Tracking anti-vaccine sentiment in Eastern European social media networks 2013. http://www.unicef.org/ceecis/Tracking_anti-vaccine_sentiment_in_Eastern_European_social_media_networks.pdf (Erişim tarihi: 19.2.2014).

UNICEF. Vaccines bring 7 diseases under control www.unicef.org/pon96/hevaccin.htm (Erişim tarihi: 19.02.2014).

WHO Regional Office for Eastern Mediterranean. Dear Doctor Letter. 17 July 2001. http://www.immunize.org/concerns/porcine.pdf (Erişim tarihi: 2.3.2014).

YILDIRIM İ. Dünyada ve Türkiye'de Aşı Tarihçesi. The History of Vaccination; in Turkey and in the World. Çocuk Enfeksiyon Dergisi 2008; 2(Sup 1):12.

Eczacılıkta yeni dönem: Klinik eczacılık ve sağlık sistemindeki yeri

Dr. Eda Aypar



1978 yılında İstanbul'da doğdu. 2000 yılında Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden mezun oldu. 2009-2013 yılları arasında Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nda çalıştı. Halen Kıbrıs Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Eczacılık Anabilim Dalı'nda doktora eğitimine devam etmekte ve Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Erişkin Hematoloji Kliniği'nde eczacı olarak görev yapmaktadır.

Doç. Dr. Mesut Sancar



1992 yılında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden mezun oldu. Klinik Eczacılık Derneği'nin kurucu üyeleri arasında yer aldı. Halen Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Klinik Eczacılık Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi ve Dekan Yardımcısıdır. Çalışma alanları farmakoekonomi, farmasötik bakım, hasta eğitimi ve izlemi, klinik eczacılık uygulamalarıdır.

Prof. Dr. Fikret Vehbi İzzettin



1973 yılında Bağdat Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden mezun oldu. 1988 yılında doçent, 1994 yılında profesörlük oldu. 1998 yılında Klinik Eczacılık Derneği'nin kurulmasına öncülük etti ve bugüne kadar dernek başkanlık görevini sürdürdü. 1991 yılında göreve başladığı Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde halen Klinik Eczacılık Anabilim Dalı Başkanlığı görevini sürdürmektedir. Başlıca araştırma alanları farmasötik bakım, klinik eczacılık eğitimi ve hizmetleri, farmakoterapi, farmakokinetik, farmakoekonomi, ilaç toksisitesi, formülasyondur.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1960'lı yıllarda, Avrupa'da ise 1980'li yıllarda uygulanmaya başlanan klinik eczacılık, hasta odaklı eczacılık olup, American College of Clinical Pharmacy (ACCP) tarafından "Eczacıların ilaç tedavilerini optimize ederek, sağlığı, iyilik halini (refahı) geliştirerek ve hastalıklardan korunmayı sağlayarak hasta bakımını sağladıkları sağlık bilimidir"⁽¹⁾ şeklinde, Avrupa Klinik Eczacılık Derneği (ESCP) tarafından ise, "Klinik eczacının tıbbi ürün ve cihazların akılcı ve uygun kullanımını geliştirme ve yayma aktivitelerini ve hizmetlerini tanımlayan sağlık uzmanlığıdır"⁽²⁾ şeklinde tanımlanmıştır. Klinik eczacılık, sadece hastanelerde verilen bir hizmet olmayıp aynı zamanda serbest eczanelerde, bakım evlerinde, evde bakım hizmetleri çerçevesinde, kliniklerde, kısacası ilaç

reçetelenen ve kullanılan tüm alanlarda verilebilen bir hizmettir.⁽²⁾

Farmasötik bakım Hepler ve Strand tarafından "hastaların yaşam kalitesini artıracak terapötik sonuçlara ulaşılmasında eczacının aldığı mesleki sorumluluk"⁽³⁾ olarak tanımlanmış olup yine Hepler tarafından 2004 yılında klinik eczacılık ve farmasötik bakımın bir bütün olduğuna vurgu yapılmıştır.⁽⁴⁾ Kısacası farmasötik bakımın olabilmesinin şartı olarak klinik eczacılığın gerekliliğinden bahsedilmiştir.

ACCP'ye göre, klinik eczacılar hasta için reçete edilen ilaçların, hastaya olası yararının sağlanmasında hekimler, diğer sağlık profesyonelleri ve hastalar ile doğrudan temas halinde çalışırlar, hastanın sağlık sorunlarını değerlendirirler, hastanın kullanmakta olduğu ilaçların hastanın gereksinimlerini ve tedavi hedeflerini optimum düzeyde karşılayıp karşılamadığını değerlendirirler, hastanın tedavisini uygunluk ve etkililik yönünden değerlendirirler, uygun bir tedavi ile çözümlenebilecek veya iyiye gidebilecek tedavi edilmemiş sağlık sorunlarını tanımlarlar, hastanın kullanmakta olduğu ilaçların hastanın sağlığı üzerine etkilerini belirlemek üzere hasta takibi yaparlar, hastaya ilaç kullanımı konusunda bilgi verirler, hastanın ihtiyaçlarına en uygun ve tedavi hedeflerine ulaşılmasında etkin katkı sağlayacak ilaçların seçiminde hekim ve diğer sağlık profesyonellerine danışmanlık hizmeti sunarlar, egzersiz, diyet, immunizasyon gibi konularda hastanın eğitiminde diğer sağlık mesleği mensuplarına destek verirler, hastayı gerektiğinde hekim veya diğer sağlık profesyonellerine yönlendirirler.⁽⁵⁾



Klinik eczacılar, klinik eczacılığın doğuş yeri olarak kabul edilen Amerika Birleşik Devletleri'nde 6 yıllık eczacılık eğitimi sonucu *Pharm.D* derecesi ile mezun olurlar. Özellikle hastanelerde ve serbest eczanelerde çalışan bu klinik eczacılar isterlerse daha sonra farklı konularda uzmanlaşabilmektedirler. Bu uzmanlık alanlarına örnek olarak, yoğun bakım, kardiyoloji, psikiyatri, geriatri, nükleer eczacılık, onkoloji, transplantasyon, nütisyon destek, pediatri verilebilir.⁽⁶⁾

Avrupa'daki örneklerle bakıldığında ise 5 yıllık eczacılık eğitimi sonrası klinik eczacılık master ve doktora programlarının olduğu görülmektedir.⁽⁷⁾ Ayrıca birçok Avrupa ülkesinde, Ortadoğu, Afrika ve Uzakdoğu ülkelerinde de klinik eczacılık ders ve konularına lisans eğitiminde yer verildiği görülmektedir.^(8,9)

Ülkemizde bu alanda ilk somut adımların

atıldığı Marmara Üniversitesi'nde 1991 yılından bu yana devam eden Klinik Farmasi Yüksek Lisans Programı ve 1996 yılında açılan Klinik Farmasi Doktora Programı lisansüstü eğitimin ülkemizdeki ilk örnekleridir. Bu programlara hem yurtiçinden hem de yurtdışından gittikçe artan bir talep bulunmaktadır. Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde Farmakoloji Anabilim Dalı'na bağlı olarak 1995 yılında kurulan Klinik Eczacılık Bilim Dalı'nda uzun yıllar uygulamalı lisans ve lisansüstü dersler verilmiş ve bu alana özgü araştırmalar yapılmıştır. 1994 yılından itibaren Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde vermeye başlanan Klinik Eczacılık dersi, 1997 yılında Ankara Üniversitesi bünyesinde açılan disiplinlerarası yüksek lisans programı, klinik eczacılığın ülkemizdeki tarihçesinde önemli yer tutmuşlardır. 2013 yılında Üniversitelerarası Kurulun onayıyla anabilim dalı olması kabul

Avrupa'daki örneklerle bakıldığında ise 5 yıllık eczacılık eğitimi sonrası klinik eczacılık master ve doktora programlarının olduğu görülmektedir. Ayrıca birçok Avrupa ülkesinde, Ortadoğu, Afrika ve Uzakdoğu ülkelerinde de klinik eczacılık ders ve konularına lisans eğitiminde yer verildiği görülmektedir.



Özetlemek gerekirse, klinik eczacılık hizmetleri günümüzde birçok ülkede farklı uzmanlık alanlarında uygulanmakta ve toplum sağlığına, ülke ekonomisine katkısını gösteren birçok çalışma yapılmaktadır. Ülkemizde de 1991 yılından beri sürdürülen çabaların son yıllardaki gelişmelerle daha fazla ivme kazanacağına inanmaktayız.

edilmiş ve Hacettepe Üniversitesi, Marmara Üniversitesi ve İnönü Üniversitesi Eczacılık Fakültelerinde Klinik Eczacılık Anabilim Dalı kurulmuştur.

Klinik eczacılığın sağlık çıktılarına ve farmakoekonomiye katkısını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Örnek vermek gerekirse, 2013 yılında yayınlanan meta analizde geriatrik hasta popülasyonunda eczacı girişimlerinin terapötik, güvenlik, hastanede yatış ve uyuncu ile ilgili çıktıları olumlu yönde katkısı olduğu ifade edilmiş ve geriatrik hasta popülasyonunun bakımında ekibe eczacıların da katılmasının gerekliliğine işaret edilmiştir.⁽¹⁰⁾

Klinik eczacılık uygulamalarının hastaların ilaç bilgisinin, tedaviye uyuncunun geliştirilmesindeki ve ilaca bağlı problemlerin önlenmesindeki önemini vurgulayan ve klinik eczacılık uygulamalarının katkısına işaret eden pek çok çalışma

mevcuttur.⁽¹¹⁻²³⁾ Örneğin klinik eczacılık hizmeti alan renal transplant hastalarının immunsupresif tedaviye uyuncunun standart bakım alan hastalardan daha iyi olduğu gösterilmiştir.⁽¹¹⁾ Allojeneik kök hücre nakli olan hastalarda ve kök hücre nakli ünitesindeki ayaktan hastalarda ilaç uyuncunun daha iyi bir seviyeye getirilmesi ve ilaç tedavisinin daha iyi yönetilmesinde,⁽¹⁵⁾ allojeneik kök hücre nakli olmuş hastalarda ilaçlı tedavinin güvenliliğinin artırılmasına eczacıların katkısı olduğu⁽¹⁶⁾ gösterilmiştir. Bir diğer çalışmada ise transplantasyon ekibinde yer alan klinik eczacının, ilaç seçiminde, advers etkilerin fark edilmesinde ve hastaların tedavi çıktılarında katkısı gösterilmiştir.⁽¹⁷⁾

İspanya'da 6 ay süreyle bir hastanede verilen farmasötik bakım hizmetleri değerlendirilmiş ve bu süre içinde antibiyotik veya tromboembolik profilaksi, aminoglikozidler ve vankomisin ile ilgili verilmiş yolu, duplikasyon ve doz ayarlanması gibi önerilerin %88,8'i kabul edilmiştir.%79'unu antibiyotik profilaksisinin oluşturduğu toplam 129.058 Euro tasarruf sağlanmıştır.⁽¹⁸⁾

Klinik eczacılık hizmetlerinin ekonomik yönden değerlendirilmesine yönelik 1988-1995 yılları arasında yapılmış çalışmaların bir arada sunulduğu makalede toplam 104 yayın incelenmiştir. Bu çalışmaların %89'unun pozitif ekonomik faydalar gösterdiği ve 7 çalışmada bakılan maliyet/kar oranının 1.08:1 -75.84:1 olduğu saptanmıştır.⁽¹⁹⁾

Aynı grup tarafından 1996-2000 yılları arasındaki çalışmaların ele alındığı bir diğer makalede ise toplam 59 yayın incelenmiştir. %52'si hastanelerde, %41'i de serbest eczane ve kliniklerde yapılmış olan çalışmaların %85'inde pozitif ekonomik sonuçlar elde edilmiştir. 16 çalışmada bakılan maliyet/kar oranı 1.7:1 -17.1:1 bulunmuştur (ort. 5.54:1).⁽²⁰⁾

Pediyatrik hematoloji-onkoloji ayaktan tedavi kliniğinde, klinik eczacılık hizmetinin oluşturulmasının, bakımın devamlılığı ve tedavi optimizasyonu için önemli olduğu gösterilmiştir.⁽²¹⁾ Dört farklı ülkede pediyatrik yoğun bakım ve pediyatrik kardiyoloji kliniğinde yatan hastalarda, eczacıların, hasta ve diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği halinde çalışmasının ilaç ilişkili problemlerin belirlenmesi ve çözülmesinde yararlı olduğunu gösterilmiştir.⁽²²⁾

Ülkemizde klinik eczacıların tedavi uyuncuna katkılarını gösteren çalışmalardan birinde İstanbul'da 8 eczanede 43 tip 2 diyabet hastasına klinik eczacı tarafından verilen 3 aylık farmasötik bakım hizmetinin sonuçları değerlendirilmiştir. 3 ay boyunca 6 eczane ziyaretinden oluşan izlem kapsamında hastaların açlık

kan glukozu değerleri ortalama %23 azalmış, hedeflenen kan glukozu değerlerine ulaşabilen hasta sayısı %16.3'ten %39.5'e çıkmıştır. Sistolik ve diastolik kan basıncı değerleri de düşen hastalarda hedeflenen kan basıncı değerine ulaşmış hasta sayısı %30.2'den %51.2'ye yükselmiştir.⁽²³⁾ Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Klinik Eczacılık Bilim Dalı'nda yürütülmüş bir çok çalışmada hipertansiyon, hiperlipidemi, tüberküloz, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi kronik hastaların klinik eczacı tarafından eğitilmesinin hasta uyuncuna sağladığı katkı gösterilmiş, onkoloji ünitesinde klinik eczacılık hizmetlerinin yerleştirilmesi sağlanmış, geriatrik hastalarda ilaç uyuncunun artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır.

Başta Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere olmak üzere dünyanın birçok ülkesinde klinik eczacıların gün geçtikçe daha fazla sayıda hizmet ürettikleri bilinmektedir. Ülkemizde de şu ana kadar çoğunluğu Marmara Üniversitesi'nde yüksek lisansını tamamlamış 100'den fazla klinik eczacı, ya kendi eczanelelerinde hasta odaklı eczacılık hizmetleri üretmeye devam etmekte ya da hastanelerde görev yapmaktadırlar. Ülkemizde lisansüstü eğitimlerin yanı sıra, daha fazla sayıda mezun eczacının klinik eczacılık ve farmasötik bakım gibi hasta odaklı eczacılık uygulamalarıyla tanışmasını sağlamak üzere Türk Eczacıları Birliği Eczacılık Akademisi tarafından yaygın sürekli eğitim programları yürütülmektedir. 1998 yılında kurulan Klinik Eczacılık Derneği de belli aralıklarla, zaman zaman Eczacı Odalarının da desteğiyle meslek içi eğitim programları düzenlemektedir. Dernek, 2005 ve 2013 yıllarında iki ulusal, 2007 yılında da bir uluslararası klinik eczacılık kongresinin düzenlemesine katkı sunmuştur. Ayrıca 1996 yılından bu yana Avrupa Klinik Eczacılık Derneği ile yakın işbirliği yapılmış, kongrelerde ve eğitim komisyonunda aktif görevler üstlenilmiştir. Eczacılık mesleğinin uygulama alanı içerisinde önemi ve yeri her geçen gün artan klinik eczacılık, Tüm Kamu Eczacıları Derneği'nin (TÜKED) 2012 yılında gerçekleştirdiği Ulusal Kamu Eczacıları Kongresi'nde ve Türk Eczacıları Birliği tarafından yapılan Türkiye Eczacılık Kongrelerinde de farklı konularıyla yer almıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın yaklaşık 5 yıl önce klinik eczacılık kadroları ilan etmiş olması da önemli bir gelişmedir. 06/10/2011 tarihli ve 8685 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konan "Hastane Hizmet Kalite Standartları, Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Kılavuz"da da ekibe "varsa bir klinik eczacı"nın dahil edilmesi belirtilmiştir.⁽²⁴⁾ 13/04/2013 tarih ve 28617 sayılı Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelikte klinik araştırmalar etik kurul yapısında

"varsa klinik eczacı" ifadesi yer almıştır.⁽²⁴⁾ Son yıllarda eczacıların onkoloji ve nutrisyon alanlarında daha aktif yer almaları konusunda gelişmeler olduğu bilinmektedir. Bu alanlarda eczacının geleneksel görevleri olan ilaç hazırlama, karıştırma, geçimsizlik kontrolü, stabilite, sterilite vb teknik işlerin yanı sıra bu hastaların eğitimi, tedavi uyuncunun artırılması, yan etki ve ilaç etkileşim kontrolü, danışmanlık hasta izlemi, destekleyici tedaviler gibi klinik görevlerinin olduğu da unutulmamalıdır. Özetlemek gerekirse, klinik eczacılık hizmetleri günümüzde birçok ülkede farklı uzmanlık alanlarında uygulanmakta ve toplum sağlığına, ülke ekonomisine katkısını gösteren birçok çalışma yapılmaktadır. Ülkemizde de 1991 yılından beri sürdürülen çabaların son yıllardaki gelişmelerle daha fazla ivme kazanacağına inanmaktayız.

Kaynaklar

- 1) <http://www.accp.com/about/clinicalPharmacy-Defined.aspx> Erişim tarihi: 22/02/2014
- 2) http://www.escpweb.org/cms/Clinical_pharmacy (Erişim tarihi:22/02/2014)
- 3) Hepler C.D., Strand L.M. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. Am J Hosp Pharm. 1990;47:533-43.
- 4) Hepler C.D. Clinical pharmacy, pharmaceutical care, and the quality of drug therapy. Review Pharmacotherapy. 2004;24:1491-8..
- 5) <http://www.accp.com/about/clinicalpharmacists.aspx>. (Erişim tarihi: 24/02/2014)
- 6) <http://www.accp.com/stunet/compass/residency.aspx#specialty> (Erişim tarihi: 25/02/2014)
- 7) Sancar, M. & Izzettin, F. V. Avrupa'da Klinik Eczacılık ve Farmasötik Bakım. Hedef Sağlık. 2006; 1(27): 24-26.
- 8) Sancar, M. & Ünsalan, S. Eczacılık Eğitimi. Sağlıkta Nabız. 2005; 17(4): 46-47.
- 9) Izzettin, F. V. & Sancar, M. Dünyada Eczacılık Eğitimi. Hedef Sağlık. 2001; 1(5): 12-15.
- 10) Lee J.K., Slack M.K., Martin J., Ehrman C., Chisholm-Burns M. Geriatric Patient Care by U.S. Pharmacists in Healthcare Teams: Systematic Review and Meta-Analyses. JAGS 2013; 61: 1119-1127
- 11) Chisholm MA, Mulloy LL, Jagadeesan M, DiPiro JT. Impact of Clinical Pharmacy Services on Renal Transplant Patients' Compliance with Immunosuppressive Medications. Clin Transplant 2001; 15: 330-336
- 12) Okuyan B., Sancar M., Izzettin F.V. Assessment of Medication Knowledge and Adherence Among Patients Under Oral Chronic Medication Treatment in Community Pharmacy Settings. Pharmacoeconomics and Drug Safety 2013; 22: 209-214
- 13) Stermer G., Lemmens-Gruber R. Clinical Pharmacy Services and Solid Organ Transplantation: a Literature Review. Pharm World Sci. 2010; 32:7-18
- 14) Harrison J.J., Wang J., Cervenka J., Jackson L., Munyal D., Hamandi B., Chemenko S., Dorosz J., Chaparro C., Singer L.G., Pilot Study of a Pharmaceutical Care Intervention in an Outpatient lung Transplant Service. Clin. Transplant. 2012; 26: E149-157
- 15) Chieng R., Coutsouvelis J., Poole S., Dooley

M.J., Booth D., Wei A. Improving the transition of highly complex patients into the community: impact of a pharmacist in an allogeneic stem cell transplant (SCT) outpatient clinic. Support Care Cancer. 2013; 21:3491-5

16) Ho L., Akada K., Messner H., Kuruvilla J., Wright J., Seki J.T. Pharmacist's Role in Improving Medication Safety for Patients in an Allogeneic Hematopoietic Cell Transplant Ambulatory Clinic. JCPH 2013; 66: 110-117

17) Wang H.Y., Chan A.L.F., Chen M.T., Liao C.H., Tian Y.F. Effects of Pharmaceutical Care Intervention by Clinical Pharmacists in Renal Transplant Clinics. Transplantation Proceedings 2008; 40: 2319-2323

18) Galindo C, Olivé M, Lacasa C, Martínez J, Roure C, Lladó M, Romero I, Vilà A. Pharmaceutical care: pharmacy involvement in prescribing in an acute-care hospital. Pharm World Sci. 2003;25: 56-64

19) Schumock GT, Meek PD, Ploetz PA, Vermeulen LC. Economic evaluations of clinical pharmacy services--1988-1995. The Publications Committee of the American College of Clinical Pharmacy. Pharmacotherapy 1996;16: 1188-1208

20) Schumock GT, Butler MG, Meek PD, Vermeulen LC, Arondekar BV, Bauman JL; 2002 Task Force on Economic Evaluation of Clinical Pharmacy Services of the American College of Clinical Pharmacy. Evidence of the Economic Benefit of Clinical Pharmacy Services: 1996-2000. Pharmacotherapy 2003;23: 113-132

21) Tuffala H.W., Abdelhadi O., Omar S.A. Clinical Pharmacy Services in the Outpatient Pediatric Oncology Clinics at a Comprehensive Cancer Center. Int. J. Clin. Pharm. 2012; 34: 27-31

22) Prot-Labarthe S., Di Paolo E.R., Lavoie A., Quennery S., Bussi  res J.F., Brion F., Bourdon O. Pediatric drug-related problems: A Multicenter Study in Four French-speaking Countries. Int. J. Clin. Pharm. 2013; 35: 251-259

23) Turnacılar M, Sancar M, Apikoglu-Rabus S, Hursitoglu M, Izzettin F.V. Improvement of Diabetes Indices of Care by a Short Pharmaceutical Care Program. Pharm World Sci. 2009;31:689-95.

24) <http://www.ieg.gov.tr/> (Erişim tarihi: 28/02/2014)

Plasebo

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). Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyesi ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nun Müdürüdür. Dr. Özbek, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Plasebo, sözlükte “memnuniyet, hoşnutluk, hoşnut edeceğim, memnun edeceğim” şeklinde tanımlanmaktadır. Farmakolojik yönden plasebo, herhangi bir etkisi olmayan (inert), ancak hastaya “ilaç olduğu izlenimi verilerek” (ilaç niyetiyle, ilaç beklentisiyle) uygulandığında yaklaşık % 30-35'lere varan bir düzeltici etkisi olduğu iddia edilen madde anlamında kullanılmaktadır. Plaseboya pek de olumlu bakmayan çevrelerde ise plasebo “içi boş” olarak adlandırılmaktadır.

Plasebo kullanımı sonucu veya herhangi bir tıbbi girişime bağlı olmadan görülen etki ise “plasebo etkisi” olarak tanımlanmaktadır. Plasebo etkisinin mekanizması/ mekanizmaları henüz net bir şekilde tanımlanamamıştır. Plasebo etkisi, hastanın iyileşmeye şartlanmış olması, buna inanması ile açıklanmakta, ancak çeşitli faktörlerden etkilenebileceği de kabul edilmektedir. Örneğin renk, koku (hastanın sevdiği renk ve/veya kokudaki plasebo daha etkili), boyut (plasebonun büyük olanı küçük olanından daha etkili), ilacın markası, farmasötik şekil (enjeksiyonla verilen plasebo ağızdan verileden daha etkili), fiyat (pahalı plasebo ucuz plasebodan daha etkili), uygulayan kişi (hekimin uyguladığı plasebo başka birinin uyguladığından daha etkili), plaseboyu veren hasta ile kurduğu iletişim-etkileşim (hekimin ilgisi, samimiyeti, güvendirici olması)

gibi. Plasebonun % 30-35'lere varan bir düzeltici etki göstermesine karşılık ilaçların plasebodan 1,3 kez daha fazla etkili olduğu belirtilmektedir. Bu durumda ilaç etkisinin önemli bir kısmını plasebo etkisinin oluşturduğu şeklinde bir anlam çıkarmak mümkündür.

Plasebo, günümüzde daha çok tıp ve klinik farmakoloji alanında kullanılmakta olup, kontrollü ilaç araştırmalarında “bir kontrol grubu” ve “bu gruba verilen madde” olarak algılanmaktadır. Daha açık söylemek gerekirse plasebo, araştırılan ilaca ait etkinin plasebo etkisinden istatistiksel olarak daha güçlü olup olmadığının ortaya konulabilmesi için “etkisiz olduğu bilinen bir madde (plasebo) ve bu maddenin verildiği çalışma grubu (plasebo grubu)” olarak tanımlanmaktadır.

Tıptaki gelişmelerin tarihi süreci incelemek gerekirse, cerrahi tedavilerin önemli bir kısmı hariç kalan tüm tedavilerin bir çeşit “plasebo ile tedavi” olduğu söylenebilir. Örneğin diş ağrısı için kurt kemiklerinin, köpek ısırgısı için taze idrar ve külün yara üzerine sürülmesinin, erizipel, kas erimesi, inme, infertilite, kolera ve vebanın tedavisi için ökseotunun iyi geldiğine inanılması gibi. Bugünkü bilgilere göre, Eski Çin'de tedavi amacıyla kullanılan 2 bin kadar ilacın tamamının hastalığı tedavi edici herhangi etkiye sahip olmadığı artık bilinmektedir. Ancak etkisi olmayan bu kadar ilaca rağmen

insanların birçoğunun bu tedavilerle nasıl iyileşebildiğine de henüz doyurucu bir cevap verilebilmiş değildir.

Bazı ilaçlar uzun süre kullanıldıklarında etkilerine karşı tolerans gelişmektedir. Örneğin uzun süre morfin kullanan bir hastada zamanla morfinin etkisine karşı tolerans gelişir ve aynı güçte etki elde edebilmek için daha yüksek dozda morfin vermek gerekir. İşte plasebo etkisine de zamanla tolerans gelişmekte ve daha yüksek dozda (miktar) plasebo vermek gerekmektedir. Plasebo bu yönüyle de birçok ilacın çizdiği profile benzer bir profil çizmektedir.

Plasebonun bilimsel anlamda tıpta kullanımının XVII. yüzyılda başladığı söylenebilir. Lind 1747'de, portakal ve limon suyunun skorbüt hastalarında etkili olduğunu göstermek amacıyla bir hastaya deniz suyu (etkisi olmayan tedavi), diğerine ise portakal suyu ve limon (etkili tedavi) vererek ilk kez kontrol ilacını kullanmıştır. 1932'de ise Paul Martini, ilaçların etkililiğini gösterebilmek için çift-kör çalışmalarda etkisiz ilaç (plasebo) kullanılması gerekliliğini belirtmiştir.

Klinik farmakoloji (ilaç araştırmaları) araştırmalarında plasebo kullanımı, yeni ilaçların nonspesifik etkilerinin kontrolünü sağlamak, tedavinin etkinliğini ölçmek, gönüllü (denek) ve araştırmacının (hekim) önyargısını ortadan kaldırmak

gibi amaçlar için yapılmaktadır. Ayrıca plasebo, hastalığın doğal seyrine bağlı olan değişimlerle, ilaç etkisine bağlı olan değişimlerin birbirinden ayırt edilmesi amacıyla da hizmet etmektedir.

Plasebo etkisinin erkek ve kadın cinsiyete göre değişmediği yönünde bilgiler mevcuttur. Bazı durumlarda plasebo etkisinin oldukça yüksek oranlarda olumlu bir etkiye sahip olduğu görülmektedir (bronşial astımda % 66, *Herpes simplex* enfeksiyonlarında % 80). Özellikle psikiyatri hastalarında plasebo etkisinin daha anlamlı ve özel olduğu da belirtilmektedir. Psikiyatri hastalarının durumu, telkine yatkınlığı gibi sebeplerin bunda rol oynayabileceği düşünülebilir. Plasebo, örneğin akut şizofrenide bazı ilaçlardan daha etkili bulunurken, buna karşılık obsesif kompulsif bozuklukta plasebo etkisi yok denecek kadar düşük saptanmıştır. Obsesif kompulsif bozukluğa sahip hastaların plasebo etkisine olan direnci henüz açıklanamamaktadır.

Plasebo kullanımına bağlı olarak, sıklığı % 2-50 arasında değişebilen “yan etkiler”in de görülebildiği bildirilmektedir. Plasebo kullanımı sırasında görülen ve istenmeyen (advers) etkilere ve yan etkilere “nosebo etki” denmektedir. Nosebo sözlükte “zarar vereceğim” şeklinde açıklanmaktadır. Nosebo etkiler baş ağrısından kulak çınlamasına, bulantı hissinden bilinç bulanıklığına, aşırı terlemeden kaşıntıya kadar oldukça geniş bir yelpaze oluşturmakta ve ilaç yan etkilerinden pek de farklı gözükmemektedir. Bu durumda “ilaç yan etkisi”nin ne kadarının aslında “plasebo yan etkisi” olduğu sorusu akla gelmektedir. Nosebo etki görülme sıklığının sağlıklı ve hasta kişiler arasında bir farkının olmadığı yönünde veriler vardır.

Plaseboların etkili olduklarının kanıtlandığı bazı psikiyatrik hastalıklarda, verilen ilaç tedavisinin yeterince etkinlik sağlayamadığı ve pahalı olması halinde, tedavi amacıyla plaseboların bu ilaçların yerine kullanılabileceği tartışılmaktadır. Bu bağlamda konvansiyonel tedaviler dışında kalan pek çok tedavi metodunun hastaların tedavi edilmesi yönünden tekrar gözden geçirilmesi yararlı olabilir. Örneğin homeopatik ilaçlar için plasebo etkisinin önemi araştırılabilir. Çünkü homeopatik ilaçların farmakolojik olarak herhangi bir etkisi yoktur. Homeopati için hazırlanan ilaç o kadar çok seyreltilir ki, homeopati ilacının bir tek dozunda ilaca ait bir adet molekül bulunması ihtimali milyonda birdir. Buna rağmen hastaların birçoğunun bu tedaviden fayda görebildiği bildirilmektedir. Plasebo etkisinin mekanizmasını veya mekanizmalarını açıklamak için animizm, telkin ve şartlanma gibi faktörler ileri sürülmektedir.

Animizm (canlandırmacılık): Her nesnenin bir ruh tarafından yönetildiğini kabul eden bir felsefe sistemidir. Eski çağlardan beri bitkiler ve hayvansal maddeler, hastalıkları iyileştirmek için kullanılmıştır. Bu kullanım sırasında iyileşme meydana gelmiş ise, bu iyileşme kullanılan maddenin gücüne bağlanmıştır. Bu durum genel bir kabul gördüğünde ise ilaç olarak kullanılan madde artık sihirli olarak kabul edilmekte ve bu etkisiz (inert) madde farmakolojik olarak etkili bulunabilmektedir.

Telkin (ikna etme, bir duyguyu, bir düşünceyi aşılama): Plasebo etkisinin önemli bir kısmının telkinle yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Hastanın güvendiği, inandığı kişi tarafından ilacın (veya plasebonun) hastaya iyi geleceği söylenip hasta buna ikna edilirse (telkin) hastaların büyük bir kısmının tedavi yönünden buna olumlu cevap verdikleri bilinmektedir. Bu durum hem plasebo hem de ilaçlar için geçerlidir.

Şartlanma: Aspirin'in baş ağrısını geçirdiğini bilen hasta, aslında zaman içinde hem görerek hem de uygulayarak edindiği bu bilgi ile Aspirin'in ağrı kesici etkisine şartlanmaktadır. Bu durumda kişiye Aspirin yerine plasebo verilse bile baş ağrısı geçebilmektedir.

Plasebo, günümüzde ilaç klinik araştırmalarında oldukça önemli bir madde olarak yerini hâlâ korumaktadır. Bir klinik araştırmada bazı durumlar hariç plasebo kontrol grubu kullanmak zorurudur. Hastaya plasebo vermek, sonuçları itibarıyla hastayı tedavisiz bırakmak sayılır ve bu nedenle etik bakımdan önemli bir durum olarak kabul edilmektedir. Tedavi edilmediğinde (örneğin plasebo verildiğinde) hastanın durumunun tehlikeye gireceği çalışmalarda plasebo kontrol grubu kullanmanın etik olmadığı yönünde genel bir kabul bulunmaktadır. Helsinki Bildirgesi'nin 2002 revizyonunda klinik araştırmalarda plasebo kullanımı aşağıdaki şartlarda etik sayılmıştır:

a) Zorlayıcı ve bilimsel bakımdan sağlam metodolojik nedenlerle, plasebo kullanışının, tanısal veya terapötik bir yöntemin etkililiğini ve güvenliliğini saptamak için gerekli olması veya

b) Profilaktik, tanısal ya da terapötik yöntemin minör bir durum için araştırılmakta olduğu durumlarda plasebo alan hastaların ciddi ya da geri dönüşsüz zarar riskine maruz kalmaması.

Plasebo kontrol grubunun yardımı ile ilaç etkisi plasebo etkisinden ayrılmakta ve ilacın gerçekten etkili olup olmadığı konusunda daha sağlıklı bir fikir edinilebilmektedir. Plasebo kontrol grubunun kullanılmadığı araştırmalarda

ise plasebo yerine araştırılan hastalıkta etkisi iyi bilinen bir ilaç kullanılır ve bu ilaç ile araştırılan yeni ilaç etki yönünden karşılaştırılır.

Ortodoks bilim anlayışında, ilaç olduğu bilimsel araştırmalar sonucu kabul edilmiş bir maddenin farmakolojik etkilerinden bahsedebilirken; ilaç olmadığı bilinen bir plasebonun farmakolojik etkilerinden bu bilim anlayışı ile bahsedebilmek pek de mümkün değildir. Dolayısıyla % 30-35'lik (istatistiksel olarak anlamlı) bir etkiye sahip olduğu kabul edilen plasebonun böyle bir anlayışla ele alınmasının pek de doğru olamayacağı açıktır.

Bazı hastalıkların ve bazı hastaların plasebo etkiye daha yatkın olduğu bilinmektedir. Plasebo etkisini değiştirebilen faktörler de göz önüne alındığında “iyileşme beklentisi, hoşnutluk” gibi kavramların daha farklı bakış açıları ile yeniden ele alınıp plasebo etkisinin gereken yerlerde tedaviye destek amacıyla veya yeri geldiğinde tedavi amacıyla kullanılabilmesi, hastalıkların tedavisi için kullanılan enstrümanlara bir miktar daha zenginlik katacağı görülmektedir. Bu durum, akılcı ilaç kullanımı yönünden irdelenebileceği gibi gerek ilaç yan etkilerinden kaçınma, gerekse geri ödeme kurumlarının harcamalarını azaltma hususlarında da bir seçenek olarak ele alınabilir.

Kaynaklar

C. Göker, A. Yılmaz, H. Kumbasar. Plasebo etkili midir? Etik midir? Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2009;19(2): 183-92.

E. Göka. Plasebo Kavramı ve Plasebo Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13(1):58-64.

F. C. Tolunay. Plasebonun klinik farmakolojisi. Türkiye Klinikleri, 1985;5(1):17-9.

H. V. Acar. Akupunktur Çalışmalarındaki Plasebo Sorunu ve Yayın Kalitesini Artırma Girişimleri. J Clin Anal Med 2012;3(3): 364-9.

Ö. N. Erdoğan. Sağlık hizmetlerinin konusu: “Plasebo ve plasebo etkiler”. Ankara Ecz. Fak. Dergisi 2003;31(4):273-84.

P Lichtenberg, U Heresco-Levy, U Nitzan. The ethics of the placebo in clinical practice. J Med Ethics 2004;30:551-4.

S. Rajagopal. The placebo effect. Psychiatric Bulletin, 2006;30:185-8.

S.O. Kayaalp, İ. Kanzik, M. Melli, Ş. Oktay, H. Özbek, D. Aydınkaraçaloğlu. Klinik Farmakolojinin Esasları ve Temel Düzenlemeler, 5. Baskı, Pelikan Yayıncılık, 2013.

T. S. Özkan. Geleneksel tıpta iyileşmenin inanç boyutu üzerine kuramsal yaklaşımlar: psikosomatik tıp, plasebo etkisi ve kuantum iyileşme. Millî Folklor, 2012;24(95):307-14.

Sağlıkta uzaktan eğitim: Mevcut durum ve gelecek öngörüler

Prof. Dr. S. Yavuz Sanisoğlu



1983 yılında İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde doktorasını tamamladı. 2007 yılında doçent ve 2013'te profesör oldu. Türk Silahlı Kuvvetlerinden 2006 yılında emekli olduktan sonra 2011 yılına kadar Sağlık Bakanlığı'nda Dünya Bankası danışmanı olarak çalıştı. 2011 yılında geçtiği Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nde Genel Sekreterlik yaptı. Halen aynı üniversitede Rektör yardımcısı olarak görev yapmaktadır. Biyoistatistik, araştırma yöntemleri, ulusal ve uluslararası projeler ilgi konuları arasındadır.

Yrd. Doç. Dr. Selcen Yüksel



2004 yılında Fırat Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Matematik Bölümünden mezun oldu. 2012 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde doktorasını tamamladı. Halen Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nde öğretim üyesi olarak görev yapan Yüksel'in çalışma alanları istatistik, biyoistatistik, maliyet-etkililik ve karar analizi, karma rasch analizidir.

Uzaktan eğitim, öğrenci ile eğiticinin fiziksel olarak aynı ortamda olmaması durumunda kullanılan eğitim teknolojilerinden biridir. Uzaktan eğitim ile eğiticiler ve öğrenciler asenkron uzaktan eğitim (kendi seçtiği zamanlarda basılı veya elektronik ortamların el değiştirmesi), senkron uzaktan eğitim (eş zamanlı iletişim sağlayan teknolojiler ile etkileşim) veya sanal uzaktan eğitim (sanal sınıflarda verilen eğitim) yöntemlerinden uygun ve mümkün olanını kullanarak eğitim çalışmalarını yürütebilirler.⁽¹⁾

Uzaktan eğitim, kırsal alandaki öğrencilere eğitim erişimi sağlamak, öğrencilerin yer değişikliğinden kaynaklı maaş kaybı yaşamaları veya aile hayatlarının negatif olarak etkilemelerini engelleyerek derslerini tamamlamalarını sağlamak ve kitlelere kaliteli eğitim vermek için bir yol olarak düşünülmüştür.⁽²⁾ Gelişmekte olan ülkelerde uzaktan eğitimin yaygınlaşmasındaki en büyük etken, geleneksel eğitimi geliştirmek için kısıtlı kaynakların bulunmasıdır. Aşırı kalabalık, yetersiz fonlar, yüksek maliyetler, zayıf altyapılar ve daha fazla öğrenci çekmek için düşük

kapasiteye sahip olmaları nedeniyle geleneksel eğitim kurumlarında üniversite eğitimi veya ek olarak sürekli eğitim almak kolay değildir. Bu yüzden gelişmekte olan ülkeler, eğitim talebinde bulunan kitlelere daha ucuz bir yoldan eğitim sunabilmek için öncelikli olarak uzaktan eğitimi tercih etmektedir.⁽³⁾ Tanzanya, sağlıkta insan araştırmaları üzerine kısıtlılıklar yaşayan ve sağlık çalışanlarının sayısını ve yetenek düzeylerini arttırmak için uzaktan eğitimi etkin olarak kullanan ülkeler içinde örnek olarak verilebilir.⁽⁴⁾

Sağlıkta uzaktan eğitim

Uzaktan eğitim, sağlık ve tıp eğitimine yönelik 1960'lardan beri kullanılmaktadır. Eğitimin hedefleri, tıp eğitimi alan öğrencilere sağlık hizmetleri yönetimi gibi özel konuların öğretilmesinden, hemşirelerin tüberküloz hastalığı ile başa çıkma konusunda eğitilmesine kadar geniş bir çerçeveye sahip olsa da bugüne kadar bu alanında gerçekleştirilen uzaktan eğitimlerin çoğu, sağlık öğrenimi ve eğitiminin kısıtlı bir alanında toplanmıştır. Uzaktan eğitimin şimdiki kadar, sağlık sektörü çalışanlarının çeşitli ve acil ihtiyaçlarını karşılamak için,

programların ve derslerin basit farkındalık programlarından epidemiyoloji ve sağlık ekonomisindeki daha kompleks beceri odaklı derslere kadar, ihtiyaç tabanlı fonksiyonel alanları kapsayacak şekilde düzenlenmiştir.⁽⁵⁾ Uzaktan eğitim programları, özel klinik süreçler söz konusu olduğunda uygulama bakımından daha zordur. Bu durumda, klinik becerilerin kazandırılması için, uzaktan eğitim programının teorik derslerinin bitimine veya derslerin arasına uygulama dersleri serpiştirilebilir.⁽⁶⁾ Bu problemin bir başka çözümü de ders videolarının eklenmesidir. Ancak bu, öğrenciler eğitim alırken uygulama süreçlerinin ihtiyacını azaltmayacaktır.⁽⁷⁾ Bir çalışmada, klinik eğitimi içermeyen uzaktan eğitime katılan hemşirelerin, klinik eğitimi içeren ilk uzaktan eğitimlerini daha zorlayıcı, iş yükünü daha ağır bulduklarını göstermiştir.⁽⁸⁾ Sağlık bilimleri hayat ve ölüm ile ilgilendiği ve bu yüzden bilgi odaklılıktan daha çok beceri odaklı olduğu için sağlık alanındaki uzaktan eğitim programının temel eğitimde yer almasının uygun olmadığı öngörülmektedir. Bazı araştırmacılar, uzaktan eğitimin sağlık personellerinin hizmet içi eğitimleri için daha uygun olduğunu düşünmektedir.⁽⁵⁾

Türkiye'deki bazı üniversitelerin sağlık alanında uzaktan eğitim veren programları aşağıda sıralanmıştır:

1. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Aile Hekimliği Uzaktan Eğitim Programı
2. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ürün Tanıtım Elemanları Yeterlilik Eğitimi Programı
3. Atatürk Üniversitesi Uzaktan Eğitim Hemşirelik Lisans Tamamlama Programı
4. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Uzaktan Eğitim Ebelik Lisans Tamamlama Programı
5. İnönü Üniversitesi Uzaktan Eğitim Sağlık Lisans Tamamlama Programı
6. İnönü Üniversitesi Uzaktan Eğitim Halk Sağlığı Hemşireliği Tezsiz Yüksek Lisans Programı
7. İnönü Üniversitesi Uzaktan Eğitim Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezsiz Yüksek Lisans Programı
8. İnönü Üniversitesi Uzaktan Sağlık Kurumları İşletmeciliği Tezsiz Yüksek Lisans Programı
9. Dokuz Eylül Üniversitesi Uzaktan Eğitim İş Sağlığı Hemşireliği Tezsiz Yüksek Lisans Programı
10. Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Sağlık Kurumları Tezsiz Yüksek Lisans Programı
11. Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Sosyal Hizmet Tezsiz Yüksek Lisans Programı

Bu programların tümü, ülkemizde sağlık sektörünün düzenlenmesi ve geliştirilmesi amacıyla tasarlanmış ve yürütülmektedir. Bu programlarda ilgilenilen toplum, tıp, halk sağlığı, hemşirelik veya yardımcı sağlık personeli (bir diploma veya lisans için okuyan) öğrencileri ile çalışan veya eğitim alan sağlık sektörü personellerinden oluşmaktadır. Ayrıca her programın yapısı, uzaktan eğitim programı olma kriteri ile uyumludur. Bu uzaktan eğitim programlarını değerlendirmek için son test, akılda tutma, uzaktan eğitime yönelik tutum, maliyet-etkililik, öğrenmeye harcanan süre, beceri performansı ile ölçülen genel başarı değerleri değerlendirme kriterleri olarak alınmaktadır.

Sağlık alanında eğitim söz konusu olduğunda ilk akla gelen eğitimlerin tıp, hemşirelik, beslenme ve diyetetik gibi lisans eğitimleri olmasından dolayı bu alanlardaki eğitimlere de örnek vermek yararlı olacaktır. Bu eğitimlerin tamamının uzaktan eğitim yöntemiyle verilmesi günümüz şartlarında teknolojik olarak mümkün olsa da, eğitim yöntemleri açısından yüz yüze eğitim yöntemine göre "yaparak öğrenme" boyutunu karşılamamaktadır. Bununla birlikte özellikle yukarıda bahsettiğimiz fakülte veya bölümlerde okutulmakta olan Türkçe, Türk İnkılap Tarihi gibi sözel ağırlıklı derslerin uzaktan eğitim

yöntemiyle senkron veya asenkron olarak verilmesi hem dersliklerin etkin olarak kullanılmasına katkı sağlamakta hem de öğretim elemanlarının, öğrencilerin hatırı sayılır büyüklükte zamandan tasarruf etmelerini sağlayacaktır. Benzer yarar, özellikle uygulama gerektirmeyen bütün diğer dersler veya konuların uzaktan eğitim yöntemiyle öğrencilere aktarılmasıyla elde edilebilir.

Gelecek öngörülleri

Uzaktan eğitim, kırsal bölgede sağlık hizmeti verenler ve öğrenciler için erişimi arttırmanın bir yolu olarak da görülmektedir. Tüm sağlık gelişmelerinin neredeyse %50 ile %60'lık bölümü başkentlerde olması ulaşılabilir sağlık eğitimi seçeneklerinin yetersizliğinin bir göstergesidir. Bu durum, gelir seviyesi düşük birçok ülkenin sağlık eğitimi durumunu tanımlamayaabilir. Uzaktan eğitimin avantajı, şehir merkezlerinden uzak yerlerde yaşayan bireylere erişmek için tasarlanmış olmasıdır. Bunun gibi, uzaktan eğitim, yabancı dilde eğitim veren sağlık sektörü uzmanlarının beyin göçünü engellemek için bir yol olarak da görülmektedir. Ayrıca, kültürel sebeplerden dolayı ya da çocuk bakma zorunlulukları nedeniyle eğitim alamayan kadınlara eğitim imkânı sağlamanın da bir yoludur.

Kaliteli bir organizasyon, çalışanlarının kurumun amaç ve felsefesini paylaşması, meslekleri ile ilgili bir anlayışa sahip olmaları ve işlerini doğru yapmaları için özel süreçleri öğrenmelerini amaçlayan sürekli bir eğitim programlarına katılmaları ve çalışanlara yeni iş kollarının öğretilmesini amaçlayan mesleki eğitim programları düzenlenmesi, günümüz kalite hareketinin felsefi temelleridir. Kaliteyi artırma seçeneklerinin arasında, eğitim tamamlandığında öğrenme çıktılarının değerlendirilmesi de yer alır. Kaliteli bir organizasyonun amacı iyi eğitimli ve yetkili çalışanlara sahip olmaktır; fakat geleneksek eğitim birçok sınırlılıklara sahiptir. Örneğin; eğitim, özellikle de ofis dışı eğitim çalışanların işlerinin aksamasına neden olur. Ayrıca eğitim sürecinde edinilen bilgi ve becerilerin iş yerinde uygulanabilir olmaması da mümkündür. Bir başka sınırlılık ise, eğitim yerlerinin genellikle gerçek çalışma ortamlarını yansıtmamasıdır. Bu gibi durumlarda, verilen eğitim kalite seviyesinin artması yerine düşmesine neden olabilir.⁽⁹⁾ Sağlık kuruluşları, süreklilik, etkililik ve teknik yeterlilik gibi sağlık alanı kalite ilkelerine değinen alternatif eğitim yaklaşımları aramaktadır.⁽¹⁰⁾ Uzaktan eğitim, sağlık sektörü çalışanları için kullanıldığında, istenilen zaman ve mekânda eğitim imkânı verdiği için sağlık hizmetinin aksaklığa uğramasını azaltır veya bu aksaklıkları ortadan kaldırır. Böylece

süreklilik ilkesi de korunmuş olur. Eğitim alan kişiler kendi öğrenme tempolarına göre eğitimde vakit harcayacakları için, eğitimde geçirilen süre özellikle hızlı öğrenme becerisine sahip öğrenciler için azalacaktır. Bunun yanında öğrenme zorluğu çeken öğrenciler de daha fazla tekrar edebilme fırsatına sahip olacaklardır. Doğru bir şekilde tasarlandığında uzaktan eğitim, içinde gömülü olan performans değerlendirmesi ile etkililik ve teknik yeterlilik ilkelerini de sağlamış olur.

Son yıllarda logaritmik bir şekilde gelişmenin olduğu teknolojinin, içinde bulunduğumuz dönemde ve gelecekte uzaktan eğitimin de bu gelişmelere paralel bir gelişmesini sağlayacağı beklenmektedir. Bilgi üretiminin, paylaşımının yaygınlaşma açısından göstermiş olduğu performans da göz önüne alındığında, gelecekte dersliklerde, belli zaman dilimleri içine sıkıştırılmış derslerden oluşan eğitimlerin yerini tamamen sanal ortamlarda yapılacak uzaktan eğitimlerin alması artık hayal olarak değerlendirilmemelidir.

Kaynaklar

- 1) Mattheos, N., Schitteck, M., Attström, R., Lyon H.C. 2001. Distance learning in academic health education Eur J Dent Educ 2001; 5: 67-76
- 2) Ludlow, B.L. 1994. A comparison of traditional and distance education models. Proceedings of the Annual National Conference of the American Council on Rural Special Education, Austin, TX.
- 3) Perraton, H. 2000b. Open and Distance Learning in Developing Countries. London: Routledge.
- 4) Nartker, A., Stevens, L., Shumays, A., Kalowela, M., Kisimbo, D., Potter, K., 2010. Increasing health worker capacity through distance learning: a comprehensive review of programmes in Tanzania Human Resources for Health 2 8:30
- 5) Dutta, P.K., T.K. Jena, and S.K. Panda. 1996. A plea for health manpower training through distance education. Medical Education Online [serial online] 1:8. Available from: URL <http://www.Med-Ed-Online.org>.
- 6) Long, P., and N. Kiplinger. 1999. Making it Happen: Using Distance Learning to Improve Reproductive Health Provider Performance. Chapel Hill, NC: INTRAH.
- 7) Lejarraga, H., M.L. Ageitos, A. Galli, and C. Castro. 1998. A countrywide programme of continuing professional development in Argentina. Archives of Disease in Childhood 78:562-566.
- 8) Blakeley, J.A., and J. Curran-Smith. 1998. Teaching community health nursing by distance methods: Development, process, and evaluation. Journal of Continuing Education in Nursing 29 (4): 148-153.
- 9) Bradley, J., P. F. Lynam, J.C. Dwyer, and G.E. Wambwa. 1998. Whole-site Training: A New Approach to the Organization of Training. AVSC Working Paper #11. New York: AVSC.
- 10) DiPrete Brown, L., L.M. Franco, N. Rafeh, and T. Hatzell. 1998. Quality Assurance of Healthcare in Developing Countries (2nd ed.). Bethesda, MD: Quality Assurance Project for the United States Agency for International Development.

Tıp eğitiminde mentorluğun önemi

Prof. Dr. Aytekin Oğuz



1956 yılında Nevşehir'de doğdu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1978 yılında mezun oldu. İç hastalıkları uzmanlık eğitimini 1982'de Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı. 1988'de klinik şef yardımcısı, 1991'de doçent, 1993'de klinik şefi, 1997 yılında profesör oldu. Ocak 2012'den beri İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi ve Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları eğitim görevlisi olarak çalışmaktadır. Metabolik Sendrom Derneği, Kardiyometabolik Sağlık Vakfı ve Güncel Tıp Derneği Başkanı olan Oğuz, metabolik sendrom, obezite, diyabet, hipertansiyon, dislipidemi ve ateroskleroz alanlarında klinik ve epidemiyolojik çalışmalar yürütmektedir.

Dr. Özge Telci Çaklılı



1984 yılında İstanbul'da doğdu. İlköğretimi Şişli Terakki Lisesi'nde, orta ve liseyi eğitimini Koç Özel Lisesi'nde tamamladı. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2009 yılında mezun oldu. Halen İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde iç hastalıkları uzmanlık eğitimi sürdürmektedir.

Mentor, hikmet sahibi danışman veya denetmen anlamına gelmektedir. Mentor ismi tarihte ilk defa Homeros'un Odysseus şiirinde, Odysseus'un oğlu Telemachus'a yol gösteren karakter olarak belirtilmiştir. Günümüzde mentor, kıdemsiz meslektaşına yol gösteren, yardımcı olan ve uyaran anlamında kullanılmaktadır. Türkçede "rehber", "danışman", "akıl hocası" olarak da kullanımı vardır. Son yıllarda mentor sözü sadece kariyere yardımcı olan biri izlenimini verse de aslında mentorluk bunlardan öte bir kavramdır. Mentorluk tanımlaması içinde hikmetli danışmanlık, karşılıklı saygı, sorumluluk, talim, terbiye ve rehberlik kavramları bir arada bulunur.

Mentorun yol-yöntem gösterdiği kişiye "mentee" (menti) denir. Mentinin Türkçe karşılığı olarak "talip" kullanılabilir. Mentordan, mentiyi olduğu gibi, yargılamadan kabul etmesi, ona rol modeli olması, danışmanlık yapması ve dostluğunu sunması beklenmektedir. Mentor-menti ilişkisi asla anne baba-çocuk bağının yeni bir şekli gibi oluşmamalıdır. Bunun yerine, daha yaşlı kardeş veya arkadaşın

daha genç kardeş veya arkadaş ile geliştirildiği ilişkiye benzerdir.

Kaç çeşit mentorluk vardır?

1. Geleneksel mentorluk: Mentorluğun en temel ve en eski formudur. Özellikle bilim ve sanat alanında daha sık rastlanan bu tür ilişkide, mentor, kariyerine yardımcı olmak istediği, potansiyeli olan, kendini çalışma arkadaşları arasında ön plana çıkarabilmiş bir menti seçerek ona kariyerinde yardımcı olur. Bu tür bir ilişkinin en önemli özelliği ve belki de dezavantajı "elitist" bir doğasının olmasıdır. Mentorun seçim yaparken "yetenekli" olana yönelmesi, diğer adayların geri planda kalmasına yol açabilir.

2. Profesyonel mentorluk: Özellikle ticari kurumlarda çok sık görülen bu mentorluk türünde, üst düzey yöneticiler çalışanların gelişimi için profesyonel mentorluğu destekler. Kurumun çalışma düzeni içerisinde olması zorunlu bir süreç değildir, gönüllü olarak katılmak isteyenlerle bu tarz bir ilişki yürür.

3. Resmi mentorluk: Son yüzyılda giderek yaygınlaşan bu mentorluk türü,

profesyonel mentorluğun bir adım ilerisidir. Kurum içerisinde mentorluk zorunlu hale gelir. Özellikle yeni başlayanların eğitim sürecinin ana elementlerinden birini oluşturur. Mentor ve menti ilişkisi kurum tarafından sürekli izlenir.

Tek kişinin mentorluğu modeline son zamanlarda alternatif öneriler de getirilmiştir. Eş zamanlı (mozaik) mentorluk modelinde, farklı mentorlar yol gösterdikleri kişiye kariyerinin değişik yönleri açısından ve hatta kişisel ve sosyal yaşamlarının çeşitli noktalarında yardımcı olurlar. Örneğin, bir mentor, mentiye kurumun genel ortamını, mesleki ilişkileri ve işleyişi anlaması konusunda yardımcı olurken, ikinci bir mentor tamamen profesyonel kariyerine yardım edebilir ve üçüncüsü meslektaşları ile sosyal aktivitelere girmesine destek olabilir.

İyi bir mentor nasıl bulunur?

Öncelikle aranması gereken dört temel özellik; mentorun saygın, güvenilir, başarılı ve erişilebilir olmasıdır. Talipler güvendikleri, hoşlandıkları, saygı duydukları ve gereksinim duyduklarında



kolayca erişebilecekleri bir kişi aramalıdır. En iyi mentor, en ünlü veya en önde gelen kıdemli öğretim üyesidir diye düşünülmemelidir. Hatta bu tür mentor adayları, genellikle mentiye ayırmaları gereken zamanı bulamayacak kişilerdir.

İyi mentorlar, mentiye saygı duyan, öğreten, yararlı geri bildirimlerde bulunan ve mentinin kendisine kolayca ulaşmasını mümkün kılan kişilerdir. Mentorle ilgili temel olumsuz nitelikler ise istismar, şeffaf olmama ve güvenilmezliktir. Kötü mentor, mentinin potansiyelini yanlış yorumlar, uygun mesleki ve kişisel sınırları tanımlayamaz ve hatta mentinin çalışma ve eserlerinden haksız kredi sağlamaya kalkar. Kötü mentorun diğer nitelikleri arasında uygunsuz övgü veya eleştirilerde bulunma, mentinin görüşlerini dikkate almama ve etik olmayan, nadir de olsa rastlanılabilen ahlak dışı diğer davranış türleri vardır. Mentor bulmanın tek tip bir yöntemi yoktur. Sıklıkla, mentor -menti ilişkisi bir kıdemli-kıdemsiz veya hoca-öğrenci bağı olarak başlar ve zaman içinde bir mentorluk ilişkisine dönüşür.

Mentor bulmak ne gibi yararlar sağlar?

Mentor - menti ilişkisi karşılıklı kazanımları getirir. Mentorun katkıları, desteği ve yol göstericiliği ile kendine olan güveni artan menti, mesleğinde gelişim ve kariyerinde ilerleme şansı elde ederken, hataları ile ilgili geri bildirim aldıkça da olgunlaşır. Elbette bu ilişkiden tek yarar gören menti

değildir. Mentorun da bu ilişki sayesinde kendisini geliştirme gayreti, mesleki şevki ve özgüveni artar, çalışmalarında yardımcı olacak birisini bulmuş olur.

Mentorluk görevini üstlenen birinin dikkat etmesi gereken unsurlar nelerdir?

Mentor, mentinin mesleki başarısı için oldukça önemli bir rol üstlendiğinin farkında olmalıdır. Öncelikle bunun için kesin bir zaman ayırması gerektiğini bilmeli ve bunu taahhüt etmelidir. Ayırdığı bu zaman içerisinde dikkatli bir dinleme, iyi bir iletişim ve tutarlı bir davranış göstermelidir. Bazı mentilerle saatler süren görüşmeler yapmak gerekirken, bazıları için daha kısa zamanlar da yeterlidir. Mentor ve menti eğer haftada bir veya iki saat bir araya geliyorlarsa bu oldukça yeterli bir süredir.

İyi bir mentor, karşısındaki kişiye yol göstermeden önce onu tanımaya çalışır. En iyi tavsiyeler bu ortamda hazırlanır. Kişiye “ne olmak istiyorsun” sorusundan ziyade “neler yapmaktan hoşlanıyorsun” veya “vaktini nasıl geçirmek istersin” gibi sorular sorarak belki de mentinin kendisinin bile farkında olmadığı cevaplara ulaşmayı sağlar. Böylece menti daha doğru yönlendirilebilir.

Her ilişkide olduğu gibi bu ilişkide de dürüstlük çok önemlidir. Mentor, mentinin dürüstçe isteklerini söyleebilmesini sağlayacak ortamı ve güveni

Öncelikle aranması gereken dört temel özellik; mentorun saygın, güvenilir, başarılı ve erişilebilir olmasıdır.

Talipler güvendikleri, hoşlandıkları, saygı duydukları ve gereksinim duyduklarında kolayca erişebilecekleri bir kişi aramalıdır. En iyi mentor, en ünlü veya en önde gelen kıdemli öğretim üyesidir diye düşünülmemelidir. Hatta bu tür mentor adayları, genellikle mentiye ayırmaları gereken zamanı bulamayacak kişilerdir.



Her ilişkide olduğu gibi menti - mentor ilişkisinde de sorun olabilecek bazı durumlar vardır. Örneğin mentinin kendini bu ilişkiye fazlaca kaptırıp esas görevlerini ihmal etmesi, karar verirken mentoruna bağlı kalması, gerçekçi olmayan beklentilerin içine girmesi gibi sorunlar ilişkinin çözülmesine yol açabilir. Benzer durumlar mentor için de geçerlidir. Mentiye yeterli zaman ayıramama, mentor olarak yetersiz kalma veya bu baskıyı kaldıramama, mentiden hazzetmeme gibi sorunlar ilişkide kopmalara neden olabilir.

sağlamalıdır. Menti mentorun duymak istediklerini değil kendisinin dile getirmek istediklerini söylemelidir. Menti, mentorun verdiği tavsiyenin dışında bir yol izlemiş olduğunda bunu dürüst bir şekilde ifade edebilir. Mentor buna üzülmemelidir, tam tersine ilişkinin sağlığı açısından şeffaflık ve dürüstlüğün önemini ve değerini vurgulamalıdır.

Mentorluk kolay değildir. Bazen menti kendisi için muhtemelen yanlış olan bir karar verir ve bu kararın arkasında durmak ister. Bu durumda mentor katı bir "hayır" demek yerine, bu seçimi değerlendirmeli, gerekirse bu fikirden geri dönme şansının olduğunu her zaman belirtmeli ama ilişkinin bütünlüğü açısından "yanlış yapıyorsun" gibi cümlelerden kaçınmalıdır. Eleştiriler mentiye psikolojik zarar verecek şekilde yapılmamalıdır. İyi bir mentorun olumlu nitelikleri arasında güvenilirlik ve dürüstlük yanında emosyonel zekâ da gereklidir.

Zamanla, ortak yapılan işlerden kimin ne kadar kredi sağladığı da önem kazanır. Örneğin ortak yapılan bir çalışmanın yayınında hem mentinin hem de mentorun isminin geçmesi doğaldır. Fakat mentinin yeterli emeğinin olmadığı bir çalışmada sırf aralarındaki ilişkiden ötürü mentinin de yazarlar arasında gösterilmesi uygun olmaz. Böyle bir durumda yanlışlıkları ve alınganlıkları engellemek adına hem "uluslararası yazarlık kriterleri" kullanı-

labilir, hem de daha yayın aşamasına gelmeden yazıda kimin ne şekilde yer alacağına karar verilebilir.

Bir mentor, mentiye yalnızca kendi kurumunda iken değil daha sonraki mesleki hayatında da destek olur ve sorunları çözme konusunda yardım eder. Hatta mentor, mentinin iş bulmasına da yardımcı olmalıdır. Son olarak mentor, menti için mesleki ve kişisel anlamda rol modeli olmalıdır. Zamanı gelince artık mentinin mentorundan bağımsız projelere imza atması beklenmelidir. Özellikle beraber yapılan belirli sayıda çalışmadan sonra mentinin kendi başına yoluna devam etmesi gereklidir. Bu ayrılık mentinin bundan böyle mentordan tavsiye almayacağı anlamına gelmemektedir.

Mentor ilişkisinden doğabilecek sıkıntılar nelerdir?

Her ilişkide olduğu gibi menti - mentor ilişkisinde de sorun olabilecek bazı durumlar vardır. Örneğin mentinin kendini bu ilişkiye fazlaca kaptırıp esas görevlerini ihmal etmesi, karar verirken mentoruna bağlı kalması, gerçekçi olmayan beklentilerin içine girmesi gibi sorunlar ilişkinin çözülmesine yol açabilir. Benzer durumlar mentor için de geçerlidir. Mentiye yeterli zaman ayıramama, mentor olarak yetersiz kalma veya bu baskıyı kaldıramama,

mentiden hazzetmeme gibi sorunlar ilişkide kopmalara neden olabilir.

Mentorun zorlanacağı bir başka konu da ilişkinin boyutudur. Birlikte vakit geçirip ortak deneyimler yaşadıkça menti ile mentor gitgide bir "arkadaşlık" yakınlığı kurmaya başlayabilir ki bu, ilişkinin devamlılığı açısından uygunsuzdur. Mentorun her zaman menti ile arasındaki mesafeye dikkat etmesi gerekir. Bazen ilişkide tekrarlayan tatsızlıklar yaşanabilir. Kişisel farklılıklara dayanan bu sorunlar çözülmezse mentinin de mentorun da iyiliği için en doğrusu ilişkiyi bitirmektir.

Mentiler için öneriler

(Mentor ve mentiler için öneriler Amerikan Kalp Cemiyeti "The AHA Mentoring Handbook"tan alınmıştır.)

- Kendinizi tanıyın. Kendi kişiliğinizi ve mizacınızı anlayın ve meslektaşınızı mutlu edebileceği halde sizi mutlu edemeyecek şeyleri anlayın. Sizden beklendiğini düşündüğünüz şeyler nedeniyle bir kariyer yoluna yönelmeyin. Sizi motive eden ve sabahları sizi kaldıran şey üzerinde düşünün ve daha sonra bundan ipucu çıkarın.
- Kariyer hedefleriniz hakkında açık olun. İstedığınız şeyi nasıl talep edeceğinizi ve ne zaman hayır diyeceğinizi bilmeniz gerekir.
- Mentorunuza saygı duyun.
- Mentorunuz veya mentorunuzun ekibi hakkında dedikodu yapmayın. Sadakat gösterin. Mahremiyeti koruyun.
- Uygun şekilde davranın. Bazı mentor-menti ilişkileri uzun süreli arkadaşlıklara dönüşse de, çoğunlukla bu ilişki profesyonel ilişkidir.
- Sorumlu hareket edin. Mentorunuzun onun ekibinde bulunduğunuz için gurur duymasını sağlayın.
- Hazırlıklı gelin. Mentorunuz ile karşılaştığınızda onun ve sizin zamanınızın kısıtlı olduğunu unutmayın ve zamanın birlikte iyi harcadığına emin olun.
- Dakik olun. Kısıtlı zamanı karşınızdakini bekleterek geçirmeyin
- Öğrenmeye yönelik samimi bir isteklilik gösterin. Silik olmaktan kaçınin.
- Eleştiriye açık olun. Onaylanmadığınızda yüzünüzü asmayın.
- Çok çalışın. İşinizde titiz olun.
- Mümkün olan en iyi eğitimi alın.
- Sözel ve yazılı iletişim becerilerinizi geliştirin.
- Güçlü ve zayıf yanlarınızı bilin.
- Esnek ve yenilikçi olun. Planlar değişebilir ve yol haritalarında bazen sapma olabilir. Uyum sağlayın ve yeni bir fırsatı değerlendirmekten korkmayın.
- Sınırlarınızı bilin. Her şeyi iyi bilmenin

ve iyi yapmanın olanaksız olduğunu anlayın. Kariyeriniz için neyin önemli olduğuna karar verin ve bunu iyi yapın. Bazı sorumlulukları devredin ve belli şeyleri bırakmanız gerekebileceğinin farkında olun.

- Odaklanın, odaklanın, odaklanın. Zamanınızı akıllıca yönetin. Verimli ve iyi organize olun.
 - Etrafınızda bir destek sistemi oluşturun. Bu destek sistemi yalnızca mentorunuzu değil, ayrıca diğer personeli de içerir. Bu kişiler yaşamınızı çok kolaylaştırabilir. Diğerlerinden izole olarak başarılı bir karakter geliştiremezsiniz.
 - Gönüllü olun: Yerel ve ulusal profesyonel kuruluşlarla ilişki kurun. Yalnızca kendi uzmanlığınızda değil; tıbbın diğer alanlarında da kıdemli üyelerin sizi görmesini ve bilmesini sağlayın.
 - Kuruluşunuzun kültür ve yapısını mümkün olduğu kadar erken anlayın. Mevcut kariyer gelişimi seçeneklerini, kurumunuzdaki terfi kriterlerini ve kariyer veya terfiye ilişkin hakkınızdaki kararları alacak temel kişileri bilin. Kurumunuzda görülebilir liderlik rolleri alın.
 - Bölüm başkanınızla ilişki kurun. Diğerlerini yabancılaştırmadan kendinizi nasıl öne çıkaracağınızı öğrenin. Bölüm başkanınızın başarılarınız, son zamanlarda aldığınız burslar, son çalışma ve yayınlarınız hakkında bilgi sahibi olmasını sağlayın.
 - İnisiyatif alın. Mentorunuzun size yardımcı olması için fırsatlar yaratın. Ondan kariyer başarılarınıza katkıda bulunacak özgül fırsatlar için düşünülmenize yardımcı olmasını isteyin.
 - Sözlerinizin takipçisi olun. Size emanet edilen işleri iyi bir şekilde tamamlayın. Yaptığınız işin en yüksek kalitede olduğundan emin olun.
 - İşiniz hakkında sağlıklı bir perspektifiniz olsun. Ara sıra eğlenin ve boş zamanınız olsun. Bu bitip tükenmenizi önleyecektir. Rahat ve mutlu bir zihin yeni fikirlere en açık zihindir.
 - Son olarak, kendi kariyerinizin sorumluluğunu alın. Mentorunuz yalnızca yol gösterebilir. Son kararları sizin vermeniz gerekecektir ve son eylemler sizin sorumluluğunuzdadır.
- ## Mentorlara öneriler
- Mentiye saygı duyun, onu çocuk gibi görmeyin.
 - Mentinin görüşlerini dinleyin. Sıklıkla hayal gücü yüksek yaratıcı fikirler kıdemsiz meslektaşlardan gelir.
 - Sorumlu davranın. Eylemlerinizin metninin akademik kariyerini yok edebileceğini unutmayın.
 - Mentinin kimliği, kültürü ve inançları ilgili duyarlılığına saygı gösterin.
 - Menti ile açık veya gizli cinsel etkile-

şimlerden kuvvetle kaçınin.

- Mentinin uzun dönemli hedeflerini gözden geçirin ve ona hedefleri veya becerileri için uygun kariyer planı geliştirmede yardımcı olun.
- Mentiye çok sayıda kurulda görev almak gibi aşırı kurumsal taleplere karşı korumaya yardımcı olun.
- Mentinin kurumsal ve profesyonel politika sularında güvenli seyretmesine yardımcı olun.
- Mentinin iş çevresinin olumsuz özel-liklerini aşması konusunda ilham verin.
- Mentiye etkin sözel ve yazılı iletişim becerileri geliştirmesinde yardımcı olun.
- Mentiye mesleki ve kişisel esneklik ve akışkanlığını sürdürmeye zorlayın.
- Olabildiğince profesyonel olması konusunda mentiyeye ilham verin ve onu zorlayın.
- Mentiye, uygun bir profesyonel iş bulma konusunda yardımcı olun.
- Son olarak, mentinin başarılarına sevinin. Bu zaferler sizin mertebenizi yükseltecektir. Unutmayın, öğretim daha çok bir grup faaliyetidir, oysa rehberlik ferdidir.

Kaynaklar

American Heart Association. (2012). *The AHA Mentoring Handbook*. Lippincott Williams & Wilkins.

Centering On Mentoring (2006) *Presidential Task Force American Psychological Association. Introduction to Mentoring A Guide for Mentors and Mentees*. www.apa.org/education/grad/intro-mentoring.pdf

Collins E. 360-Degree Mentoring. *Harvard Business Publishing Newsletters*. (2008) Mar 01. U0803B-HCB-ENG

Detsky, A. S., & Baerlocher, M. O. (2007). *Academic mentoring. How to give it and how to get it*. JAMA, 297(19), 2134-2136.

DuBois, D. L., Portillo, N., Rhodes, J. E., Silverthorn, N., & Valentine, J. C. (2011). *How effective are mentoring programs for youth? A systematic assessment of the evidence*. *Psychological Science in the Public Interest*, 12(2), 57-91.

Ehrich, Lisa Catherine and Hansford, Brian (1999) *Mentoring: Pros and cons for HRM*. *Asia Pacific Journal of Human Resources* 37(3):92-107

Frei et al. *BMC Medical Education* (2010), 10:32 <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/10/32>

Jones, K. W., Hardcastle, V., & Agnich, L. (2007). *A guide to mentoring*. Lexington: University of Kentucky.

Roberts, A. (1999). *Homer's mentor: Duties fulfilled or misconstrued*. *History of Education Journal*, 39(4), 81-90.

Rose, G. L., Rukstalis, M. R., & Schuckit, M. A. (2005). *Informal mentoring between faculty and medical students*. *Academic medicine*, 80(4), 344-348.

Small, S.A. (2008). *What research tells us about effective youth mentoring programs. What Works, Wisconsin Fact Sheet*. Madison, WI: University of Wisconsin-Madison/Extension

Sağlık personeli için sürekli mesleki gelişim modelleri

Prof. Dr. Mustafa Altındış



1966 yılında Konya'da doğdu. Selçuk Üniversitesi (SÜ) Tıp Fakültesi'nden 1989'da mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Anabilim Dalında doktora eğitimini tamamladı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKÜ) Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalına kurucu öğretim üyesi olarak atandı. 2002 yılında Viroloji Bilim Doktoru, 2005 yılında Klinik Mikrobiyoloji Doçenti oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Bir yıl kadar görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals'de laboratuvar kalite sistemlerini inceledi, moleküler viroloji referans laboratuvarında çalıştı. Mayıs 2011'de AKU Tıp Fakültesinde profesörlük kadrosuna atanan Dr. Altındış, Haziran 2013 tarihinden itibaren Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji AD Başkanlığı görevine atanmış olup halen Eurorotanet Projesi Türkiye Koordinatörlüğü yanı sıra 2 ayrı TUBİTAK projesini de yürütmektedir.

Teknoloji ve endüstride yaşanan hızlı değişim, tıp bilişimini sağlık sektörünün merkezine taşıyor. Hasta odaklı bir değişimin yaşandığı sektörde tıp bilişimi, verimliliği artırıp hataları en az indirgerken internet teknolojileri de kronik hastalıkların bakımı konusunda önemli rol üstleniyor. Karar destek sistemleri ve sağlık enformasyon yönetiminin önem kazanmaya başladığı sektörde, sistemlerin başarısı da mesleklerini icra şekli değişmeye başlayan sağlık personelinin uyumu ve eğitiminden geçiyor.

Sağlık eğitimindeki geleneksel öğretim yöntemlerinin, kavram ve becerileri aktarmada yetersiz kalması yeni model arayışlarını da beraberinde getirmiştir. Günümüzde bazı tıp fakülteleri "eğitim ve kurslar", "olgular üzerinde küçük gruplar hâlinde tartışmalar", "genel klinik eğitim ve uygulamaları" ve "probleme dayalı öğrenme" gibi geleneksel yöntemleri "sanal durumlar ve simülasyonlar", "online" ders gibi yenilikçi yöntemlerle harmanlama yoluna gitmişlerdir. Tıp alanındaki bilgi ve birikimler olağanüstü hızda artmaktadır. Bu nedenle sağlık eğitiminde ezber yerine internet tabanlı eğitime yer verilmelidir. Örneğin; orto-

pedinin artroskopik diz ameliyatlarının anlaşılmasının ve eğitiminin bazı animasyonlar ve simülasyonlarla daha kolay yapılır hâle geldiği bildirilmiştir. Elbette bu uygulamaların öncesinde eğitim ve öğretim sisteminde köklü değişiklikler ve ciddi ön hazırlıklar yapılmalıdır (ders notları ve ders videoları sanal ortama aktarılmalı, üç boyutlu materyaller kullanılmalı ve nitelikli bilgi bankaları kurulmalı).

Sağlık personeli eğitimi, mezuniyet öncesi eğitim (fakülte ve yüksekokullarda verilen lisans eğitimi), mezuniyet sonrası eğitim (yüksek lisans, doktora, uzmanlık eğitimi vs.) ve sürekli sağlık eğitimi (mesleğin uygulandığı sürece alınan) şeklinde üçe ayırmak gerekmektedir. İlk iki eğitim verilmekte, yani belirli kurallar ve modellerle önceden belirlenerek eğitim alacak kişiye verilmekte, sonuncusu yani sürekli tıp eğitimi (STE) ise eğiticinin istemi doğrultusunda farklı formatlarda (kurs, kongre, sertifika programları, internet üzerinden e-eğitim vb.) alınmaktadır.

Sürekli mesleki gelişim

Sağlıkta mezuniyet sonrası eğitim, sürekli tıp ya da yeni adı ile sürekli mesleki gelişim (SMG) eğitimi, sağlığın geliştirilmesi

için önemli bir stratejik destek sürecidir. SMG temel tıp eğitimini ve mezuniyet sonrası eğitimini tamamlamış olan doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının, bütün meslek yaşamları boyunca devam edecek olan eğitim sürecini tanımlar. Ancak SMG yalnızca tıp eğitimi kapsamındaki konu ve etkinlikleri değil, bunun daha ötesindeki etkinlikleri de içerir. Bu nedenle SMG her sağlık çalışanı için mesleki bir zorunluluk olduğu gibi sağlık hizmetinin niteliğinin artırılması için de bir ön şarttır. Daha önce kullanılan sürekli tıp eğitimi (STE) terimi, sürekli mesleki gelişim terimiyle yer değiştirmiştir. Bu yeni terim hem tıp eğitiminin mezuniyet sonrası fazında daha geniş bir kapsamı yansıtır hem de SMG ile ilgili sorumluluğu sağlık çalışanına bırakır. SMG, sürekli tıp eğitimi ve sürekli mesleki eğitimin bir bileşimidir, didaktik öğrenmenin ötesinde, kişinin kendinin yönetiminde öğrenmesi ve kişisel gelişimini, örgütsel ve sistem faktörlerinin göz önünde bulundurulduğu bir ortamda sağlama-sıdır. SMG kişinin kendisinin yönettiği öğrenme süreci, profesyonel farkındalık, olayların içinde öğrenmeyi geliştirme, çok disiplinli, birden fazla düzeyde, öğrenme gereksinimleri belirlenmiş kişi ve organizasyonlarla ve yeni şeyler öğrenmeye odaklı profesyonel yaklaşımı kapsar. Üstelik SMG, hasta, toplum ve

sağlık yöneticileri için çok geniş bir şeffaflık sunar. Bu açıdan akademik ve dışsal olmaktan çok, içsel, katılımcı işbirliğine açık bir yapısı vardır.

Hayat boyu eğitim modeli olarak sürekli mesleki gelişim

Hekimlerin SMG hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını inceleyen çalışmalar; aile hekimlerin davranış değiştirmede sürekli tıp eğitiminin rolüne yönelik algıları değerlendirildiğinde, bir tek etkinlikten çok; sürekli tıp eğitimi kaynaklarından okuma, internet, uzman mektupları, meslektaşlarla görüşme, geri bildirimler ve geleneksel toplantılardan öğrenmenin daha etkili davranış değiştiriciler olduğu vurgulanmaktadır. Hemşireler üzerinde yapılan niteliksel bir araştırmada ise SMG için olumlu bir algı olduğu gözlenmiş ve SMG'nin yöneticilerin liderlik stilleri üzerine de etkili olduğu saptanmıştır. Liderin değişime açıklığı hemşirenin etkinliklerini yansıtabilmesi bir SMG başarısı olarak ön plana çıkmaktadır.

Sürekli mesleki gelişimde içerik ne olmalı?

Gerek mezuniyet öncesi ve gerekse mezuniyet sonrası tıp eğitim müfredatının yenilenme gereksinimi açıktır. 21. yüzyılda kronik hastalıklar ve kanser olguları artacak olup müfredatın bu yönden zenginleşmesi gerekmektedir. Ayrıca tıpta bilginin yarılanma süresinin ortalama 3,5 yıl olduğunu düşünürse bu değişim ve güncelleme gerekliliği kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. Eğitimde yeni teknolojilere ilişkin bilgiler vermek yetmez, birinci basamak sağlık hizmetini bilgili ve bilinçli bir şekilde uygulayacak kişilerin yetişmesine yönelik uygulama hedefleri de vermek gerekmektedir.

Sürekli mesleki gelişim eğitimi planlamasında gelecekte personel sayısı

Planlamalara göre; sağlıkta insan gücü eksikliğini kapatmak amacıyla tıp fakültesi kontenjanı 4.500'den 7.500'e çıkmıştır. Bu sayıyı 10 bine, hemşirelik kontenjanını ise 20 bine çıkacak gibi planlanmaktadır. Günümüzde 120 bin olan hekim sayısının Sağlık Otoritesi ve planlayıcıları tarafından 2015'te 130 bine, 2019'da 155 bine, 2023'te 200 bine ulaşması hedeflenmektedir. Benzer bir çalışma ile halen 163 bin olan ebe/hemşire sayısının ise 2015'te 238 bine, 2019'da 310 bine, 2023'te 400 bine ulaşması beklenmektedir. Toplamda 650 bin olan sağlık sektöründe çalışan sayısını da 2015'te 715 bine, 2019'da 853 bine, 2023'te yaklaşık 1 milyon 100 binlere ulaşacağı öngörülmektedir. Avrupa Birliği normlarına yönelik personel sayısı

hesaplamaları ve hedef koymalarda, yükseköğrenim otoritelerinin de (MEB ve YÖK) paralel olarak eğitimde kalite, standartlar ve akreditasyon ile planlama ve yaptırımlarının olması gerektiği açıktır.

Mezuniyet sonrası eğitimde köşe taşları

1. Göreve göre özelleştirilmiş eğitim modelleri sunulmalı

Başta hekimler olmak üzere iş yapış şekilleri değişmeye başlayan sağlık çalışanlarının değişimin liderleri olarak etkin rol alması gerektiği ve sektörün bu değişim liderlerini eğitmesinin şart olduğu açıktır. Eğitim noktasında tedarikçisinden analizcisine, hemşiresinden hekimine ve evde bakım verenine kadar her aşamadaki sağlık personeli için özelleştirilmiş eğitim modelleri hazırlanması ve bu modelin doğru kurgulanması gerekmektedir.

2. Sağlık enformasyon yönetimi profesyonelleri yetiştirilmeli

Türkiye için oldukça yeni bir konu olan 'sağlık enformasyon yönetimi' alanında yol kat etmiş ülkelerden örnekler alınarak e-sağlık uygulamaları için gerekli olan "sağlık enformasyon direktörü" diye anılan bir meslek grubunun yetiştirilmesi gerekmektedir.

3. Sağlık çalışanları bilişime yaklaştırılmalı
Karar destek sistemlerine katkı sağlayan hastane otomasyon yazılımlarının başarısının büyük oranda kullanıcıların bilişim ile yakınlıklarına bağlı olduğu bilinmektedir. İstenen sistemler oluştursun bile sistemlerin son kullanıcı olan hekim ve hemşirelerin doğru kullanımı ölçüsünde sonuç verdiği de açıktır. Dünyadaki e-sağlık projelerinde hekim ve hemşirelerin bilişim yeteneklerinin yetersiz kalabildiği, sistemlerin başarılı olmasında yüzde 70 son kullanıcı uyumu, yüzde 13 organizasyonel yapı, yüzde 1'lik bir oranda da program kaynaklı sorunlar bildirilmektedir. Sağlık çalışanlarının bilişime daha yakın olmalarının sağlanması ve teknoloji kullanımı konusunda performans sistemi oluşturularak desteklenmesi ve özendirilmesi gerekebilecektir.

Sürekli mesleki gelişim eğitiminde standardizasyon ve akreditasyon

Akreditasyonun amacı, tüm alanlarda mezuniyet sonrası eğitimlerin ülkemiz için belirlenen asgari standartların karşılanmasını garanti altına almak ve çalışanların özgün koşullarını da göz önünde bulundurarak sürekli gelişimi özendirmeektir. Sağlık eğitiminde akreditasyon için ön koşullardan en önemlisi ulusal standartların belirlenmesidir. Bu

Mezuniyet öncesi ve sonrası sağlık eğitimi içeriği, ülkenin konumuna ve koşullarına göre kesinlikle yeniden ele alınmalı, öğrencilerin klinikle tanışması daha erken yıllara çekilmeli, ancak bu uygulama temel bilgiler almadan da yapılmamalıdır. Sağlık eğitiminde insanın odaklandığı, mekanik olmayan bir eğitim modeli uygulanması beklenmektedir. Bunun için de tıp-sanat-felsefe kesişmesinden yararlanılmalıdır.

standartlar aynı zamanda fakültelerin eğitim programlarına yönelik gözden geçirme ve iyileştirme çalışmalarında bir kılavuz olarak işlev görecektir. Uzmanlık dernekleri, Sağlık Bakanlığı ile birlikte mezuniyet sonrası sürekli mesleki gelişim konularına rehberlik edebilirler.

Sürekli mesleki gelişim yönteminde model arayışı; e-öğrenme

E-öğrenme sağlık profesyonellerinin eğitiminin yeni ve değişen yüzüdür. Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler sağlık profesyonellerinin sürekli eğitiminde yapısal değişiminin olmasına yardım etmektedir. E-öğrenme farklı coğrafi bölgelerde rotasyon sistemi ile çalışan sağlık profesyonellerine asenkronize öğrenme imkânı sağladığı için, sağlık çalışanlarının kariyer gelişiminde çeşitli imkânlar sağlamaktadır.

Sağlık alanında sunulan hizmetler açısından dünyada son yıllarda birçok olumlu gelişme yaşanmaktadır. Biyoteknolojideki gelişmeler ile daha tanı olanaklarına, multidisipliner ekip çalışmasının yerleşmesi ile daha etkin hasta yönetimine, iletişim ve enformasyon teknolojisinin gelişmesi ile yeni tedavi yöntemlerinin bilgisine daha çabuk ulaşabilmektedir. Bu bağlamda hekimlerin sürekli tıp eğitimi (STE) ve sürekli mesleki gelişimlerinde (SMG) yeni yaklaşımlara gereksinim doğmaktadır. Elektronik-öğrenme (e-öğrenme) bu gereksinime karşılık vermeye çalışan

yeni yönelimlerden biridir. Tüm dünyada e- öğrenmeye karşı giderek artan bir ilgi söz konusudur.

Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde, uzmanlık eğitiminde ve özellikle sürekli mesleki eğitimde e-öğrenme yaygın olarak kullanılmaktadır.

E-öğrenme, bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak desteklenen, çağdaş bir öğretim yöntemidir. Kullanılan elektronik teknoloji, bilgisayar tabanlı eğitimde kullanılan teknolojiye göre daha kapsamlıdır. E-öğrenme, “online” öğrenmeye kıyasla daha kapsamlı bir “web” tabanlı öğrenme ortamıdır. E-öğrenme programının amacı, tutarlı bir kullanıcı arayüzü üzerinden katılımcıların/öğrencilerin eğitim materyallerini bütün yönleri ile ele alabilmelerini sağlayan “sanal öğrenme ortamı” oluşturmak, bazen de yönetilen bilgi sistemi ile kombine edilerek “yönetilen öğrenme ortamı” oluşturmaktır.

Neden e- öğrenme?

E-öğrenme, dünya çapında özellikle yükseköğretimde yaygın olarak kullanılan bir eğitim yöntemi haline gelmiş durumdadır. Birçok üniversitede “online” öğrenci desteği/danışma, kütüphane kaynaklarına ulaşım ve kitap satışı hizmetleri bulunmaktadır. ABD e-öğrenmeye günümüzde öncülük eden ülkeler arasında olup yükseköğretim kurumlarında yaklaşık 4.5 milyon öğrenci “online” eğitime katılmakta ve yarısından fazlası en az 1 adet “online” kurs almaktadır. İngiltere’de sağlık alanında pek çok kurum ve kuruluş adeta sayısız e-öğrenme materyalleri üretmiş durumdadır. İngiltere’de tekrarlar ve maliyet açısından, e-öğrenmede merkezi bir organizasyonla standartların belirlenmesi, yeniliklerin ve materyallerin paylaşımı ve tekrar kullanımı gibi ilkelerle büyük bir işbirliği önermişlerdir. Tıp eğitimi camiasının önde gelen isimlerinden Harden, tıp alanında e-öğrenmenin geçici bir heves olmadığı, yalnızca bilgi aktarımı değil etkin bir öğrenme ortamı olduğu ve öğrencilerin izole olmadan tam aksine “online” grupların üyesi olarak birlikte öğrenme deneyimi yaşadıklarını öne sürmüştür.

Tıpta uzmanlık eğitiminde e-öğrenme yaygın olarak kullanılmaktadır. Çok sayıda basit ya da kapsamlı, çok çeşitli e-öğrenme materyali uzmanlık eğitiminde kullanılmaktadır. Özellikle acil tıp alanında oldukça başarılı örnekler geliştirilmiştir. Uzmanlık eğitiminin yoğun çalışma temposu ve sık nöbetlerin getirdiği zaman kısıtı, bilgi ve beceri geliştirme için e-öğrenme, haftanın 7 günü 24 saat her yerde kullanılabilecek bir fırsattır.

Örnek e-öğrenme portalları

“British Medical Journal” grubu tarafından hazırlanmış bulunan “BMJ learning” web sitesi (<http://group.bmj.com/products/learning>) tüm hekimlere bazı modüller ücretsiz bir kısmı ise 7-10 Sterlin gibi ücret karşılığında e-öğrenme olanakları sunmaktadır.

ABD’de “Medscape” web sitesi (<http://www.medscape.com>) çok gelişmiş bir örnektir. Bu sitede tüm branşlar için ayrı ayrı e-makaleler, e-derlemeler, e- olgu sunumları mevcuttur. Bu e-modüller ülkenin STE kredi sistemi ile ilişkilendirilmiş olup, modüle giren sağlık çalışanı, eğitim sonunda STE kredi puanı kazanmaktadır. Burada modüller ücretsiz olup endüstri sponsorluğu mevcuttur.

Sponsorlar ve modülü hazırlayan eğiticiler hakkında kullanıcıya ayrıntılı bilgi verilmekte ve “conflict of interest” (çıkar çatışması) açıklaması her modülde yapılmaktadır. Avrupa’da bir üniversitenin yayını olan ve cerrahi ameliyat tekniklerini öğretmek üzere kurgulanmış “websurg” sitesi (www.websurg.com) olağanüstü başarılı bir modeldir.

Endüstri destekli “Clinical Care Options Oncology” web sitesi de (<http://www.clinicaloptions.com>) özellikle onkoloji alanındaki yenilikleri duyurmak üzere tasarlanmıştır. ABD’nde Çocuk Cerrahisi alanında hizmet veren “Pedialink” web sitesi başlı başına mükemmel bir e-öğrenme portalıdır.

E- öğrenme ile ilgili değerlendirme

Düz metin katkılı resim, animasyon, ses ve görüntü kaydı, “online” tartışma teknikleri kullanılmalıdır. Otomatik geribildirimlerle kendini değerlendirme çok yararlı olmaktadır. E- öğrenme rahat ve güvenli bir probleme dayalı öğrenme topluluğu oluşturmaktadır. Başarılı bir e-öğrenmenin ana göstergesi eğitim görenlerin “web” alanını ne kadar kullandıklarıdır.

E-öğrenme ortamının öğrenim özellikleri: E-öğrenme, uzaktan ve kendi kendine öğrenme için uygun bir yöntemdir. Yüz yüze eğitime bir alternatif değil, aksine onu tamamlayıcı, destekleyici ve geliştirici bir öğretim yöntemidir. Yüz yüze öğretim yöntemleri ile birlikte kullanıldığında öğrenimin etkinliğini daha da artırır. E-öğrenme için iki temel yaklaşım vardır:

Senkronize oturum: Tüm katılımcıların aynı anda katıldığı, bazen bir eğitmen tarafından kolaylaştırılmış oturumlardır. Süreç ve tempo bu eğitmen tarafından yönetilir.

Asenkronize oturum: Burada katılımcı/ öğrenci kendi kendini yönetir ve temposunu kendisi belirler.

E- öğrenmede Avantajlar

Geleneksel yöntemlere karşı en önemli avantajı, değişen tıp gereksinmelerine hızlıca uyum sağlayabilmesi ve maliyeti büyük oranda azaltmasıdır.

- E-öğrenme ortamı;
- Taşınabilir ve farklı lokalizasyonlardan ulaşılabilir olması,
- Çeşitli karmaşık görüntüleri kullanabilmesi,
- Simülasyonlarla eğitimin desteklenebilmesi,
- Kullanıcının kendi kendini değerlendirebilmesine olanak vermesi,
- Asistanlar için çekirdek müfredat programı ile ilişkilendirilebilmesi,
- Bireysel SMG programlarını desteklemesi, sertifikasyon olanak vermesi,
- Sağlık çalışanları ve toplumun eğitimi-nde kullanılabilmesi bakımından avantajlı bir öğrenme yöntemidir.

Özel geliştirilmiş e-öğrenme sistemleri, kullanıcıya erişim avantajı ve güvenilir kaynak olma olanağını sunar. E-öğrenme yöntemi, hem hareketli hem de durağan görüntüler üzerinden öğretme olanağına sahiptir. E-öğrenme yönteminde kompleks üç boyutlu görüntüler ve animasyonlar kullanılabilir.

Kendi kendini değerlendirme ve geribildirim sağlama elektronik ortama özgü eşsiz bir özelliktir. Özellikle geri bildirimde şunlar dikkate alınmalıdır:

- Geribildirim e-öğrenme hazırlayıcıları için çok değerlidir.
- Kendi kendini değerlendirilebilme kişisel kılavuzluk için değerlidir.
- Zorunlu ve tatmin edici bir değerlendirme kısmı e-öğrenme paket programının bir parçası olarak oluşturulabilir. E-öğrenmede öğrencinin aldığı not, öğrenci tüm eğitim içeriği üzerinden değerlendirildiği için daha gerçekçi bir nottur.

E- öğrenme için bir diğer standart uygulama alanı SMG materyallerinin hazırlanmasıdır. Farklı seviyelerdeki farklı kişiler için farklı menüler oluşturularak, kişisel bir SMG programı planlanması daha kolay hale getirilebilir.

Pek çok SMG programı, uzmanlık dernekleri tarafından düzenlenen toplantılarla gerçekleştirilmektedir. Pratikte çoğu hekim için SMG programlarına katılmak ve belgelendirilmek bu toplantılara bilfiil katılmak yoluyla olabilmektedir. Oysa bu

toplantılara düzenli olarak katılabilmek hiç kolay değildir. E-öğrenme bu konuda kullanıcıya önemli bir fırsat yaratmaktadır.

Ayrıca çağımızdaki sağlık uygulamalarında hekim kendi uzmanlık alanlarının dışındaki alanlardan bilgiye ulaşma ihtiyacını sık sık duymaktadır.

Birçok eğitim programı hekimleri belli bir müfredata dayanarak eğitir. E-öğrenmede yeni öğrenme seviyelerine ulaşıldıkça konular kişiye daha derin bir şekilde yeniden verilir. Bu yaklaşıma "spiral öğrenme" denir. Farklı aşamadaki hekimler için ancak özel bir seviyeye ulaşıldığında bir sonraki öğrenmeye geçme şeklinde bir yaklaşımla, yeterli ve aynı zamanda gereksiz bilgilerle yüklenilmemiş bir çalışma ortamına olanak sağlanmış olur. Multidisipliner yaklaşımla sayesinde herkes kendisini ilgilendiren kısımda ilerleme olanağı bulur.

E- öğrenmeye ait dezavantajlar ve sorunlu konular

- Bilginin doğruluk ve kalite teminatı,
- Uygulamalarının ve içeriğinin "update" edilmesi,
- Hastaların anonimliği ve aydınlatılmış hasta onamının sağlanması,
- Bilginin güvenliği,
- Materyalin mülkiyeti, entellektüel ürünlerin hakları ve telifi,
- Uygulamaları geliştirme ve sürdürme kaynakları,
- Elektronik ortamdan öğrenmeye fazla itimat edilerek klasik öğrenme yöntemlerinin göz ardı edilmesi.

E-öğrenmede asıl zor olanın ilk materyalin hazırlanması değil bu materyalin güncel tutulabilmesidir. Özellikle bu güncelleme konusunda hazırlayıcıları daha ilgilili kılmak zor olmaktadır.

E- öğrenmenin ortaya çıkışı ile fikri mülkiyet hakları ve telif konularında çözülmemiş pek çok sorun olduğu görülmüştür. Örneğin; Görüntülerin gerçek sahibinin kim olduğu tartışılmaktadır.

E- öğrenme ile ilgili en önemli risklerden biri de elektronik öğrenmeye fazla itimat edilmesidir.

"E-öğrenme doğrudan klinik uygulamanın ya da klinik eğitimin yerini alamaz". E-öğrenme, tüm öğrenme alanı için mutlak gerekli ve en iyi ortam değildir. Denenmiş geleneksel mevcut yöntemlerin yerini aldığı ya da onların değerini azalttığı düşünülmemelidir.

- *Klasik dersler*; seçilen sözcükler, kullanılan görseller, animasyonlar, vücut dili ve kişisel fikirlerle gerçek bir multi-modal

aktarımdır. Başarılı eğitmenler, her zaman kendi deneyimlerinden özel bir şeyler aktarırlar. Klasik "textbook"ların yeri doldurulamaz. Konferanslara katılmak çok değerli insani ilişkilerin kurulmasına ya da geliştirilmesine olanak sağlar.

E- öğrenme modülleri:

E-makale/E-derleme/E-olgu : "Okudum öğrendim" ilkesine göre çalışan yeni bilginin ilgili kişiye en hızlı ulaşmasını sağlayan modüllerdir. Burada yeni yayınlanan bir makale/derleme/olgu, bir e modüle dönüştürülür ve bazı interaktif özellikler kazandırılarak kullanıcıya ulaştırılır.

E-ameliyat : "Gördüm öğrendim" ilkesine göre çalışan ameliyat kliplerini pek çok diğer eğitim materyali ile birlikte sunan, duraklatma, büyüme, yeniden oynatma gibi olanaklar içeren modüllerdir.

Sonuç: Sağlıkta uzaktan eğitimin kullanımı hızla artacak

Bilgisayarların sayısı artıkça, boyutları küçüldükçe, fiyatları ucuzladıkça ve internet erişimi yaşamın her alanında yaygınlaştıkça, E- öğrenme ortamına ulaşılabilirlik, neredeyse her yerden olanaklı hale gelecektir. Dünyada yaygın biçimde kullanılan e-öğrenme ülkemizde de tüm sağlık alanında mezuniyet sonrası sürekli mesleki gelişim gereksinimlerine yanıt verebilecek yeni ve önemli bir eğitim açılımıdır. Bilgisayar ve network kullanımındaki temel beceriler, gelecekteki tıbbi müfredatın bir parçası hâline de gelecektir. Web tabanlı eğitim, tıp eğitiminde lisans, yüksek lisans ve sürekli mesleki gelişim dâhil bütün eğitim süreçlerinde yararlı olmakta ve çeşitli seviyedeki öğrenci grupları için eş zamanlı eğitim sağlamaktadır. Sağlıkta uzaktan eğitimin muhtemel gereksinim ve çıktıları şunlar olacaktır; Tıp eğitiminde bilişimin geliştirmesi ve entegrasyonu, ilgili herkese ve taraflara esnek e-öğrenme altyapısı oluşturulması, Akademianın dijital okuryazarlık becerisini iyileştirmesi, Öğrenci ve öğretim elemanlarına yönelik yüksek eğitim standartları sağlanması, Sağlık personelinin "yaşam boyu öğrenme" kültürüne katkıda bulunması.

Unutulmaması gereken bir konu; gerek örgün ve gerekse uzaktan, sağlık eğitiminde model kadar müfredatında önemli olduğudur. Mezuniyet öncesi ve sonrası sağlık eğitimi içeriği, ülkenin konumuna ve koşullarına göre kesinlikle yeniden ele alınmalı, öğrencilerin klinikle tanışması daha erken yıllara çekilmeli, ancak bu uygulama temel bilgiler almadan da yapılmamalıdır. Aranan eğitim modelleri, temel olarak sağlık hizmetine yönelik tıp eğitimi programları, araştırmaya yönelik

tıp eğitimi ve öğrenime odaklı tıp eğitimi programlarını birlikte ve dengeli olarak içermelidir. Daha sonra mezuniyet sonrası ve SMG konuları mezuniyet öncesi yeni modelin sonuçlarına göre yeniden yapılandırılabilir. Sağlık eğitiminde insanın odaklandığı, mekanik olmayan bir eğitim modeli uygulanması beklenmektedir. Bunun için de tıp-sanat-felsefe kesişmesinden yararlanılmalıdır.

Kaynaklar

Academy of Medical Royal Colleges. Development of e-learning for Doctors. Report by the Academy of Medical Royal Colleges. London; 2007 Sept. <http://www.aomrc.org.uk/aomrc/admin/reports/docs/Elearning.pdf>

Akdag R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010)

Barbara R. Heller, Marla T. Oros, and Jane Dumey-Crowley; The Future of Nursing Education: Ten Trends to Watch; <http://www.nln.org/nlnjournal/infotrends.htm> (Erişim tarihi: 08.12.2013)

Davies D. E-learning. In: Dent JA, Harden RM, eds. A practical guide for medical teachers. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone, 2005:221.

Gokbel H. Tıp Eğitiminde uzaktan eğitim. Medimagazin <http://www.medimagazin.com.tr/authors/hakki-gokbel/tr-tip-egitiminde-uzaktan-egitim-72-103-3532.html> (Erişim tarihi: 08.12.2013)

Harden RM. Myths and e-learning. Med Teach 2002;24 (5) :469-72.

Harden RM. Trends and the future of postgraduate medical education. Emerg M J, 2006;23 (10):788-802.

Hobma, Sjoerd O.; Ram, Paul M.; van Merode, Frits; van der Vleuten, Cees P. M.; Grol, Richard P. T. M. Quality in Primary Care. 2004, Vol. 12 Issue 4, p271-278. 8p.

[http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_\(2003_2011\).pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_(2003_2011).pdf) (Erişim tarihi: 08.12.2013)

<http://www.bthaber.com/saglik-egitiminde-model-arayisi/> (Erişim tarihi: 08.12.2013)

[http://www.e-lfh.org.uk/home/\(E-learning+for+healthcare+in+UK\)](http://www.e-lfh.org.uk/home/(E-learning+for+healthcare+in+UK)) (Erişim tarihi: 08.12.2013)

Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, et al. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. Med Teach 2005;27 (1) :10-28.

Mumcu G, Köksal L, Şişman N, Çatar Ö. Continuing Medical Education and E-Learning for Health Professionals. MÜSBED 2011;1(1):74-78.

Seyhan Hıdıroğlu, ark. Bir tıp fakültesindeki öğretim üyesi, uzman ve asistan doktorların sürekli mesleki gelişim kavramına bakış açılarının değerlendirilmesi. Mamara Medical Journal 2010;23(3):360-368

Terzi C. Elektronik Öğrenme <http://sneg.turkcer.org.tr/eogrenme-nedir.pdf> (Erişim tarihi: 10.12.2013)

Örtük (saklı) müfredat: Bir engel veya bir fırsat

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 ve 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 yürütmekte olup Dünya Genç Hekimler Birliği (Junior Doctors Network) 2013/14 Genel Sekreteridir.

Fakültelerimizde sunduğumuz mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitimler için müfredatın resmi olan ve olmayan iki boyutunun olduğu öne sürülür¹. Resmi müfredat ile kastedilen, öğretimin esas kısmını oluşturan; planlı içerik, öğretme ve değerlendirme metotları ile birlikte amfilerden laboratuvarlara kadar fakültemizin tanımlanmış her eğitim ortamında öğrencilere sunacağımızı vaat ettiğimiz kayıtlı bileşendir. Müfredatın bu boyutu ile ilgili her türlü bilgi öğrencilerle gerek basılı materyaller, gerekse de web tabanlı sistemler aracılığı ile paylaşılmaktadır. Resmi müfredat sayesinde öğrenciler ne zaman, nerede, neyi öğrenmek üzere bulunacaklarını bilirler.

Resmi olmayan müfredat ise öğreten (Akademisyen, uzman, asistan veya diğer sağlık personeli) ile öğrenciler arasında önceden tanımlanmamış bir zamanda geçen anlık, rastlantısal ve fırsatçı olarak gerçekleşen öğretim sürecini tanımlar. Resmi olmayan müfredatın tıp eğitiminde en sık yer aldığı ortamlar kliniklerdir. Ayrıca; öğretim üyesinin odaları, koridor veya merdivenler gibi öğretim üyeleri ile öğrenenlerin karşılaştığı fakülte içerisindeki sayısız mekânda resmi olmayan müfredat kapsamında eğitim/öğretim gerçekleşebilmektedir. Bu mekânlar kurumlar özelinde çeşitlilik ve farklılık göstermektedir. Resmi olmayan müfredat, öğrencilerin kendi kendilerine bireysel veya grup halinde inisiyatif alarak geliştirdikleri becerileri

de içerebilir. Belki, öğrenci kulüplerini de resmi olmayan müfredat çerçevesindeki rolleri kapsamında değerlendirmek gerekir. Tüm bu bileşenler, öğrencilerin aldıkları yoğun resmi müfredatın yanında beceri, davranış ve tutumlarını şekillendirmelerine yardımcı olur. Herhangi bir yerde tanımlanmamış olması nedeniyle göz ardı edilebilen resmi olmayan müfredat kavramı, fakültelerde eğitim/öğretimi planlayan kurullarca dikkate alınmalı ve resmi müfredatı tamamlayıcı olabilmesi sağlanmalıdır.

Aslında özellikle son yıllarda giderek artan sıklıkta analiz edilmeye çalışılan bir üçüncü boyuttan da bahsedilmektedir. Bu boyuta saklı müfredat dense de alternatif terminoloji üzerine fikirler geliştirilmektedir (gizli müfredat, örtük müfredat gibi). Gizli ve saklı kelimeleri farklı çağrışımlar yapabileceğinden bu yazıda 'örtük müfredat' terimi tercih edilmiştir. Bu tercihin sebebi, örtük müfredatın kendisini saklama veya gizleme gibi bir hedefi olmamasıdır. Müfredatın bu boyutu, kurumların ideolojik ve bilinçaltı davranış biçimleri ile ilgilidir. Örtük müfredat ile yazılı bilgiler olması bir yana, ipuçlarına ulaşmak bile bazen oldukça zordur. Kimsenin bahsetmediği bileşenleri ve çoğu zaman farkında bile olmadığımız paydaşları içerir. Örtük müfredat kimi zaman kurumsal hiyerarşide rol alan insanlarla kimi zaman da oluşturulmuş olan sistemin etkileri ile varlığını devam ettirir. Kavramsal olarak John Dewey'in ortaya attığı eğitim ortamlarındaki "collateral learning"²e kadar

dayandırılabilir. Örtük müfredat, bir terim olarak (hidden curriculum)³ ilk kez Philip Jackson tarafından kullanılmıştır.

Sosyal ve kültürel değerlerle kabulleri ve beklentileri kapsayan, yazılı olmayan yoğun kurallar silsilesini içeren örtük müfredat, kurumlarımızın uzun yıllar içerisinde oluşturdukları kültürü simgeler. Bu kültür, öğrencilerin (mezuniyet öncesi ve sonrası) davranışlarını o kadar fazla etkiler ki en az resmi müfredat kadar önem taşır. Tıp eğitiminde örtük müfredat kavramı ilk kez 1994'te Hafferty ve Franks tarafından kullanılmıştır⁴. Ondan sonraki yayınların oldukça büyük bir kısmı resmi müfredat ile örtük müfredatın birbiri ile uyumsuzluğu üzerine olmuştur.

Örtük müfredat sadece mezuniyet öncesi eğitimde değil, uzmanlık eğitiminde ve eğitim sürecinin farklı aşamasındaki her hekimin sürekli eğitiminde de etkilidir. Bölüm içi uygulamalar, çalışanların birbirleriyle ilişkileri, bölümler arası iletişim ve kurumsal kararlar örtük müfredatı şekillendiren alt başlıklar olarak kabul edilebilir. Örneğin değiştirilen ders programı, değişen ders saatleri veya sınav zamanlarının yanında bu programı takip edenlere dolaylı olarak bazı mesajlar verir. İşin ilginç kısmı, bu mesaj farklı bileşenler veya kişiler tarafından genelde farklı algılanır. Konulara verilen önem dereceleri ve ders içerikleri anlaşılan bu mesajdan etkilenebilir. Müfredat değişikliği ile çoğu kez hedeflenen farklı hatta kimi zaman ona tamamen karşı çıkarımlar yapılagelmiştir. Bir diğer



örnek olarak kurumsal bir kararla yaptırılan yeni bir binayı ve ona verilen ismi düşünelim. Belki çok önemli bir ihtiyaca hizmet edecek yeni bir binanın, yapılma zamanı; yapıldığı yer veya taşıdığı isim binanın işlevinin önüne geçerek kimi zaman daha fazla sahiplenilmesine kimi zamansa eleştirilmesine neden olabilecektir. Olumlu tesir edecek adımları atarak bir fırsata dönüştürülebilecek bu etkiler, üzerinde yeteri kadar düşünülmediğinde çok önemli bir girişimin atıl kalmasına neden olarak kurumsal bir kaybı simgeleyebilecektir.

Öğrencilerin eğitiminde, örtük müfredatın bileşenlerinden en önde geleni öğretim üyelerinin rol-model olma özellikleridir. Farklı kademelerden öğrenenler; öğretim üyelerinin davranış ve yaklaşımlarından etkilenip onlar gibi davranırlar. Rol modellik kavramı olumlu yönde olduğu kadar olumsuz yönde de etkileyici olabilir. Bu nedenle öğrenenlerin ihtiyaç duyduğu rol modellerin özellikleri üzerine de sürekli düşünüyör olabilmemiz gerekir. İyi bir rol model; iletişime açık, öğrenmeye/öğretmeye meraklı, değerleri olan, düşündüklerini öğrencisi ile uygun şekilde paylaşan, öğrenen merkezli eğitimi hedefleyen, vakaları öğrencisi ile tartışmak için zaman ayıran, kendi

kişisel ve profesyonel gelişimini sürekli devam ettiren, beraber çalışıklarına saygı göstererek onlarla empati kurabilen, çalışma kültürünün ve değerler sisteminin gelişmesi için mücadele eden öğretim üyesidir⁵. Bazı kıdemli hocaların bu özelliklere rutinin yoğunluğu içerisinde dikkat edemeyişleri stresli bir çalışma ortamını beraberinde getirerek özellikle genç hekimlerde ve öğrencilerde kafa karışıklıkları oluşturabilmektedir⁶. Buna benzer durumlar mükemmelliği kültür haline getirmiş kurumlarda dahi yaşanabilir. Önemli olan yaşanan her bir olayı öğrenme aracı görerek sebepleri ortaya koymak ve benzerlerinin gelecekte tekrar yaşanmasının önünde durabilmektir. Öğrencilerin rol model olarak kabul ettikleri hocalarına yönelik yaptığı değerlendirmelerin burada büyük katkısı olmaktadır⁷.

Örtük müfredatın ikinci önemli bileşeni zaman fonksiyonudur⁸. Öğretim üyelerinin hangi işe ne kadar zaman ayırdıkları öğrenenlere, çoğu kez farkında olmadan, bir mesaj iletir. Örneğin kliniğinde öğrencilerle birlikte hasta görmesi için ayrılan vakitte öğrencileri ile direkt bir arada olmayan öğretim üyesi, öğrencilerinin bu pratiği fazla önemsememelerine neden olur. Uzmanlık eğitiminde, bölümler

Aslında örtük müfredatın anlaşılması bazı öğretim üyelerini bu yönde duyarlı hale getirerek bölüm içerisinde veya kurum genelinde atılan her adımda bir meta-mesaj (ima, altta yatan başka neden) aramalarına sebebiyet verebilir. Yine de bu kavramların bilincinde olunması, karar vericilerin kurumsal algıyı yönetebilmeleri açısından önemlidir. Bu sayede, moral bozukluklarının ve üretkenlikteki düşüşlerin önüne geçilebilecektir.



Öğrencilerin, asistanların, öğretim üyelerinin ve kurumlarımızın işleyişinde oldukça önemli bir yere sahip olan örtük müfredatın varlığının bilincinde olmak, değerli bir başlangıç olacaktır. Bu kavram bazen sürekli gelişim bir engel olsa da içeriği uygun yapılandırıldığında kaçırılmaması gereken bir fırsat halini alır. Bir fırsat olarak değerlendirebilmek için, tüm bileşenlerin birbirlerini doğru anladıkları bir ortamın tesis edilmesi ön koşullardan biridir.

arası iletişimde veya kurum içi hiyerarşik ilişkilerde uygun zamanın ayrılması ise bazı başlıkların yeterince derinleştirilememesine neden olur. Salt uygun zamanın ayrılması nedeniyle yarıda kalmış projelerimizi düşündüğümüzde bu etkinin sonuçlarını daha somut olarak anlayabiliriz.

Eğitim kurumlarında eğitime ayrılan zaman, araştırmaya veya direkt hasta bakımına ayrılan zamana göre hep geri planda tutulmuştur⁹. Bu, sadece ülkemize özgü bir sorun değildir. Adından sıkça bahsedilen birçok Batı kurumunda durum bundan farksızdır. Bunun yanında öğrenenlerin bilmedikleri veya eksik oldukları başlıklarda 'küçük düşürülmesi' geleneği de küresel bir alışkanlık olarak devam etmektedir. İngiltere'deki baskın sağlık hizmeti sunucusu NHS (National Health Service) 'küçük düşürmeye sıfır tolerans' politikasını öğretim üyelerinin kontratlarına dâhil etmiş ve yaşanan olayların gizliliğin korunduğu bir sistemle rapor edilmesi için mekanizmalar geliştirmiştir⁹. Öğrenenlere saygı duyulan ve onların küçük düşürülmedikleri bir ortamın eğitim / öğretimin verimliliğini artıracığı öne sürülmektedir.

Örtük müfredatta üçüncü bileşen olarak öğretim üyeleri arası ve kurumsal hiyerarşik ilişkilerden bahsedilebilir¹⁰. Bu yönüyle örtük müfredat sadece öğrenciler için değil, kurumun tüm

bileşenleri için geçerli olduğunu bir defa daha hatırlatır. Örneğin, öğretim üyelerinin araştırmaları için ayrılmış sözde izole zaman diliminde hasta bakımı ile ilgili bir konuda klinikten çağrılmaları onların bu yöndeki konsantrasyonlarını bozacak ve bu zaman dilimine yönelik algıyı olumsuz etkileyecektir. Aslında örtük müfredatın anlaşılması bazı öğretim üyelerini bu yönde duyarlı hale getirerek bölüm içerisinde veya kurum genelinde atılan her adımda bir meta-mesaj (ima, altta yatan başka neden) aramalarına sebebiyet verebilir. Yine de bu kavramların bilincinde olunması, karar vericilerin kurumsal algıyı yönetebilmeleri açısından önemlidir. Bu sayede, moral bozukluklarının ve üretkenlikteki düşüşlerin önüne geçilebilecektir.

Tıp eğitiminde öğretme ve öğrenme, içinde bulunulan duruma ve ortama bağlıdır. Kurumsal olarak öğretim üyelerinin öğretme becerilerinin gelişmesine yönelik ne kadar girişimde bulunulsa da öğretim üyelerinin öğrencileri ile geçirdikleri zamanın yeteri kadar önemsenmemesi eğitimde istenen verimliliğin yakalanmasına engel olacaktır. Eğitime yönelik uygulamaların özellikle kıdemli öğretim üyelerince sahiplenilmesi onların etkinliğini arttıracaktır. Örneğin bir bölümde uygulanmaya başlanan dergi kulübü toplantılarına kıdemli öğretim üyelerinin gelmemesi bir süre sonra genç öğretim üyelerinin katılım ve katkısını azaltarak

bir süre sonra uygulamanın iptaline kadar gidebilecek boş vermişliklere sebep olabilecektir. Öğrenciler için örtük müfredatın esas bileşeni nasıl öğretim üyelerinin (ve asistanlarının) davranış biçimi (rol model) ise, öğretim üyeleri için örtük müfredatın esas bileşeni kurumsal kararlar (kadroların tahsisi, ücret politikası) ve kıdemli öğretim üyelerinin tutumlarıdır¹⁰.

Öğrenciler üzerinde etkili olan öğretim üyelerinin davranış biçimlerinin birincil olarak kurumsal işleyişten etkilendiğinden hareketle, kurumsal işleyişe yönelik 4 bileşeni¹¹ (Kurum politikaları, değerlendirme, kaynakların dağıtılması, kurumsal jargon) incelemek yerinde olur:

Kurum politikalarının geliştirilmesi: Kurumsal işleyişin çerçevesini belirleyen unsurdur. Kurumun web sayfasında, tanıtıcı broşürlerinde veya her kademedeki çalışanlarına ilettiği rehberlerinde yer alır. Kurumun neleri önemseydiğini bazen direkt bazen dolaylı olarak anlatır. Bu şekilde kurum içerisindeki herkes üzerinde yüksek tesir gücü olan bir gündem oluşturabilmektedir. Örneğin, bir tıp fakültesi TUS'taki başarısı ile ilgili bilgiyi, adı geçen bu dokümanlarda sürekli olarak paylaştığında, öğretim üyelerinin öğrencilerin TUS başarısına odaklı bir yaklaşım sergilemesi dolaylı olarak sağlanmış olur. Akademik atama kriterleri veya verdiği ödülleri promosyonların dağıtım şekilleri çalışanların hangi başlıklara daha fazla önem vermeleri gerektiği mesajını onlara iletir. Bu özellikleri ile kurumsal politikalar, kurumların işleyişinde en öncelikli ve en güçlü araçtır.

Değerlendirme: Bu başlık, gerek öğrencilerin ve asistanların değerlendirilmesi, gerekse de her bir bölümün değerlendirilmesini içerir. Öğrenci ve asistanların nasıl değerlendirildikleri sınavların yapılaş biçimleri ile ilgilidir. Yöntem ve içerik, konuların önemlerine göre konumlandırılmasına sebebiyet vererek önceliklerin oluşmasını sağlayacaktır. Bölümlerin değerlendirilmesinde, kurumun bölümleri hangi parametreleri kullanarak karşılaştırdığı bölüm içi kararların şekillenmesine aracılık eder. Örneğin, kârlılık üzerinden yapılacak bir karşılaştırma bölümlere maliyet etkin hareket etmeleri için verilen bir mesaj olacaktır. Bölümlerin öncelikleri kurumun o dönem için geliştirdiği değerlendirme kriterlerine göre değişiklik gösterecektir.

Kaynakların dağıtılması: Burada bahsedilen kaynak esas olarak maddi kaynak olmakla birlikte onun eş değeri olabilecek insan gücü, cihaz temini veya fiziki koşulların iyileştirilmesini içerebilir. Kurumun ödenekleri bölümlere veya öğretim üyelerine nasıl dağıttığı önem verilecek konuların altını çizen



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

bir unsurdur. Örneğin yayın sayısı veya kalitesine yönelik verilen teşvikler öğretim üyelerini bu yönde çalışmaya motive edecektir. Veya yenilikçi girişimlerin uygun insan gücü ve fiziki koşullar sağlanarak desteklenmesi bölümleri bu alanda teşvik edecektir. Kurumlar neye daha fazla kaynak ayırıyorsa bölümler o yönde kendilerini geliştireceklerdir. Bu yönden bakıldığında, kaynakların dağıtım kriterleri bir diğer önemli yönlendiricidir.

Kurumsal jargon: Yetki sahiplerinin kullanmaya başladığı yeni terimler, bölümlerin ve öğretim üyelerinin davranış eğilimlerini etkileyecektir. Örneğin, 'maliyet etkinlik', 'bütünleşik kalite', 'akreditasyon', 'standardizasyon' veya 'performans' gibi kavramlar hiçbir yerde yazmadan veya bu yönde bir karar alınmadan tıp fakültesinin bir şirket gibi işlemeye başlamasını sağlayacaktır. Kurum yöneticileri kullandıkları yeni kavramlar ve terminoloji ile kurum genelindeki eğilimleri değiştirebilme deneyimini yaşayacaklardır.

Öğrencilerin, asistanların, öğretim üyelerinin ve kurumlarımızın işleyişinde oldukça önemli bir yere sahip olan örtük müfredatın varlığının bilincinde olmak, değerli bir başlangıç olacaktır. Bu kavram bazen sürekli gelişim bir engel olsa da içeriği uygun yapılandırıldığında kaçırılmaması gereken bir fırsat halini alır. Bir fırsat olarak değerlendirebilmek için, tüm bileşenlerin birbirlerini doğru anladıkları bir ortamın tesis edilmesi ön koşullardan biridir.

Kaynaklar

- 1) Pinar WF. *Understanding Curriculum*. New York, NY: Peter Lang; 1995
- 2) Dewey J. *Experience and Education*. New York, NY: Macmillan; 1938
- 3) Jackson P. *Life in Classrooms*. New York, NY: Holt, Rinehart & Winston; 1974
- 4) Hafferty FW, Franks R. *The hidden curriculum, ethics teaching and the structure of medical education*. *Academic Medicine*. 1994; 69: 861-871
- 5) Byszewski A, Handelman W, McGuinty C, Moineau G. *Wanted role-models – medical students' perceptions of professionalism*. *BMC Medical Education*. 2012; 12:115
- 6) Paice E, Heard S. *How important are role models in making good doctors?* *BMJ* 2002;325:707
- 7) Miller OK, Vu R, Holtman MC, Clyman SG, Inui TS. *Medical Students' Professionalism Narratives: A Window on the Informal and Hidden Curriculum*. *Academic Medicine*. 2010; 85: 124-133
- 8) Wear D, Skillicorn J. *Hidden in Plain Sight: The Formal, Informal and Hidden Curricula of a Psychiatry Clerkship*. *Academic Medicine*. 2009; 84: 451-458
- 9) Lempp H, Seale C. *The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching*. *BMJ* 2004; 329: 770-773
- 10) Hafler J, Ownby AR, Thompson BM, Fasser CE, Grigsby K, Haidet P, Kahn MJ, Hafferty FW. *Decoding the Learning Environment of Medical Education: A Hidden Curriculum Perspective for Faculty Development*. *Academic Medicine*. 2011; 86: 440-444
- 11) Hafferty FW. *Beyond Curriculum Reform: Confronting Medicine's Hidden Curriculum*. *Academic Medicine*. 1998;73: 403-407

Aktarımlı tıpta uzmanlık: Yeni bir nesil için disiplinler arası eğitim

Kyle Kurpinski¹, Terry Johnson¹, Sanjay Kumar¹, Tejal Desai², Song Li¹

Çeviri: Esra Yalçın³ ve Büşra Aydoğdu³

Aktarımlı tıp (Translational Medicine) ya da aktarımlı bilim, bilimsel araştırma sonuçlarını yeni tanı araçları, ilaçlar, müdahale yöntemleri, sağlık politikaları ve eğitime dönüştürerek birey ve toplumun sağlığını iyileştirmeyi esas alan bir disiplindir. Konuyla ilgili Science Translational Medicine dergisinin 8 Ocak 2014 tarihli sayısında yayınlanan makalenin kısmi çevirisini ilginize sunuyoruz.

Ekonomik ve erişimi kolay sağlık hizmetleri, başarılı ve üretken bir toplumun inşası için zorunludur. Buna rağmen tedavinin masraflarının yüksek oluşu bu zorunluluğun fark edilmesinin önünde bir engel teşkil etmektedir. Yüksek kalitede sağlık hizmetlerinin dünya genelinde ekonomik olarak verilebilmesi sadece bilim, teknoloji, siyaset ve tıbbi hizmetlerdeki gelişmelere değil, teknolojik buluşların daha etkili bir şekilde bu sisteme uyarlanmasına da büyük ölçüde bağlıdır.

Laboratuvar tezgâhıyla hasta yatağı arasındaki boşluğu doldurmak için girişimcilerin ürün geliştirilmesi, pazarlama stratejileri, maliyet/geri ödeme düzenlemeleri ile ilgili konulara odaklanması gerekmektedir. Bu bağlamda

yeni nesil bilim adamlarına, hekimlere ve yöneticilere aktarımlı tıp sürecini tümüyle yönetebilme yeteneklerinin öğretildiği bir lisansüstü program paha biçilmez değere sahiptir. Bu insanlar disiplinler arası bir mecrada laboratuvarla hasta yatağı arasındaki boşluğu çok daha etkin olarak doldurabilirler. Bu bağlamda California Üniversitesi Berkeley ile San Francisco'nun ortak olarak yürüttüğü aktarımlı tıp yüksek lisans programını irdeleyeceğiz.

Özgün beceri grubu

Biyomedikal ve mühendislik bilimlerinde üst düzey eğitimde genel başarı ürününden daha çok yayın ve patent kriterleri üzerinden değerlendirilmektedir. Fakat laboratuvar çalışmalarında kaydedilen ve hastaya tedavide ilerleme öngören bir gelişmenin insan sağlığı üzerinde önemli ölçüde etkisi olması durumunda bilimsel platformdan ürün platformuna taşınması gerekmektedir. Bu aktarım sürecinin temel olarak dayandığı maddi kaynaklar bilimsel araştırmalara destek olan kaynaklardan oldukça farklılık gösterip iş dünyası, yönetim, tasarım, düzenleme ve klinik zorluklarla ilgilenebilmek için farklı bir takım kabiliyetler/beceriler gerektirmektedir. Bu beceri eğitimlerinin birçoğu, mevcut eğitim programlarında ya hiç yoktur ya da yeterince vurgulanmaz.

Örneğin klinik ihtiyaç durumlarının çabuk farkına varabilen bir araştırmacı hekim, tasarım tecrübesinden yararlanmak için bir mühendise müracaat edebildiği gibi yeni bir tıbbi sensör geliştirmiş bir mühendis de FDA onayı sürecinde rehberlik

için bir uzmana ihtiyaç duyabilir. Doktora veya master derecesine sahip biri Ar-Ge çalışmalarının araştırma temelli kısmını başarıyla koterabilirken, aktarımlı sürecin yasal düzenlemeler maliyet analizi ve klinik denemeler gibi süreçlerinde gerektiği kadar yetkin olmayabilir.

Yeni teknolojilerin pazarlanması söz konusu olduğunda, MBA derecesine sahip uzmanlar finansal ve işletme süreçlerini başarılı ölçüde yönetme becerilerine sahip olmalarına rağmen ürün özellikleri, FDA yasal prosedürlerin takibi, özel pazarlama koşulları, sağlık sigortası ve geri ödeme konularında karşılaşılan zorluklar hakkında tecrübeye sahip değildirler. Aktarımlı tıp, bu karmaşık konumda etkin olarak çalışabilecek liderlerin eğitimi için tasarlanmış bir program olmalıdır. Yeni bir tıbbi araştırmacı kuşağına, aktarımlı tıptaki temel zorlukları fark etme, kabul etme ve etkin şekilde araştırma yöntemleri öğretilmelidir. Lisansüstü eğitimdeki tecrübelerimiz aktarımlı tıptaki yeni öğrenim fırsatlarıyla geleneksel araştırma odaklı programlar arasında karşılaştırma yapabilmemizi mümkün kılmaktadır.

Öğrenci grupları

Mezuniyet sonrası aktarımlı tıp eğitimi, bir yüksek lisans programı olabileceği gibi alternatif bir uzmanlık eğitimi de olabilir (klinikisyenler/ işletme yöneticileri için sertifikalı veya uzmanlık programları gibi). Bu programlara, mühendislik, fizik, hukuk, işletme, eczacılık ve tıp gibi çeşitli altyapılara sahip kişilerin katılımının teşvik edilmesine ihtiyaç vardır. Bunun yanında sanayiden, klinik eğitim ve

¹ Department of Bioengineering, University of California, Berkeley, CA 94720-1762, USA.

² Department of Bioengineering and Therapeutic Sciences, University of California, San Francisco, 94143-0912, USA.

³ İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

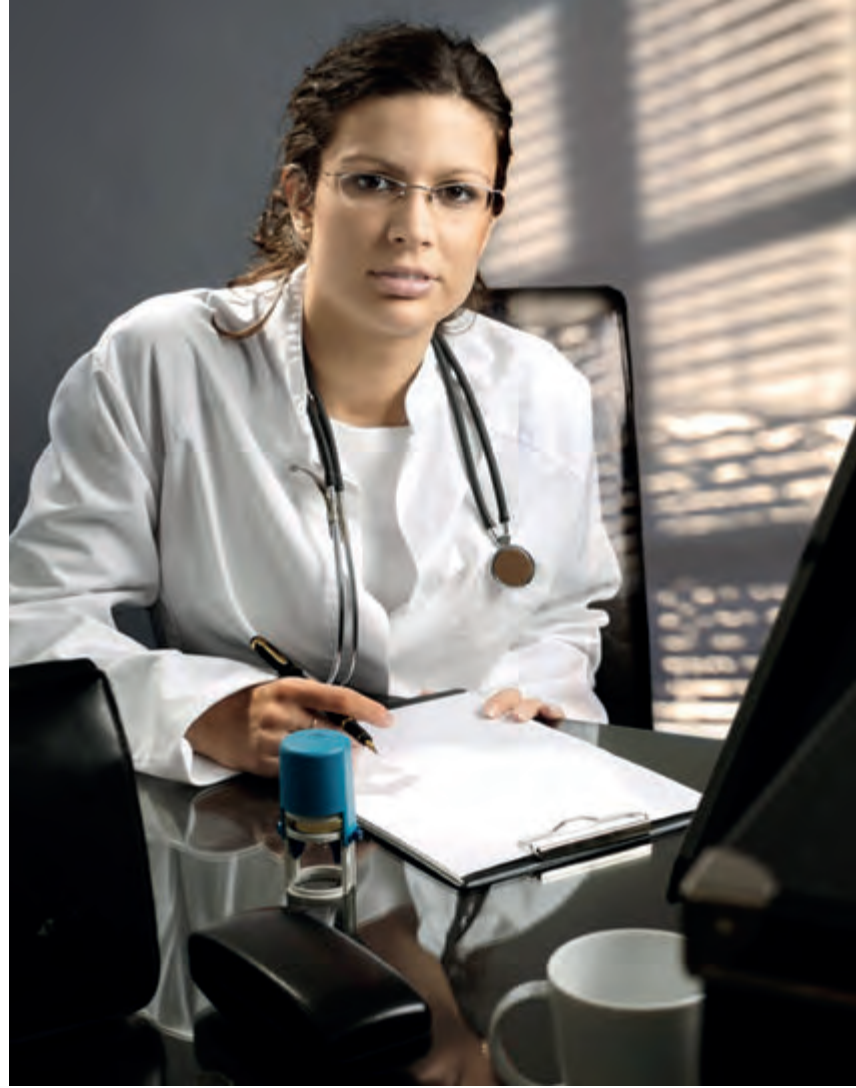
uygulama alanından ya da doğrudan lisans öğrencilerinden gelenler olmalıdır. Bu disiplinlerin ve deneyimlerin birlikte eritildiği potada aktarımlı tıp uzmanlarının yetiştirilmesi mümkün olacaktır.

UC Berkeley ve UCSF 2010 yılında, Grove Vakfı'nın katkıları ile bir yıllık ortak bir MTM (Master in Translational Medicine) programı açmıştır. Programa başvuranlar çoğunlukla biyomedikal mühendisliği mezunları olmakla beraber diğer mühendislik, biyoloji, eczacılık ve tıbbi bilimlerden gelen öğrenciler de bulunmaktadır. Genel olarak programa başvuranlar tıbbi teknolojiye ortak bir ilgi duyuyor ve spesifik olarak yeni tıbbi gelişimleri, uygulamalı klinik çözümlere uyarılma stratejilerini öğrenmek istiyorlar. Her ne kadar MTM programı, akademisyenlere ve işletme mezunları gibi farklı alan eğitime sahip kişilere de ileri seviyede uzmanlık eğitimi verse de, programın asıl amacı endüstriyel kariyer planlayanlar için derece verip, bu farklı disiplinlerden gelen uzmanların işbirliği içinde çalışmalarını mümkün kılmaktır. Böylelikle spesifik bir alana odaklanmayıp aktarımlı tıba geniş ölçekte anlaşılır bir bakış açısı kazandırarak, tıbbi yeniliklere öncülük edecek araştırmacıların yetiştirilmesi hızlandırılacaktır.

Eğitim programı

Aktarımlı tıbbin çok yönlü bir alan olduğu göz ardı edilemeyecek bir gerçek olmasına rağmen eğitim süreci temel olarak üç alan üzerinde odaklanmıştır; biyomedikal teknolojiler, klinik konular, liderlik ve teknoloji yönetimi. "Biyomedikal teknoloji" kısmı, klinik ihtiyaçlara yeni teknolojik çözümler getirmekle ilgilidir; çünkü ihtiyaç halindeki hastaya sunulacak tıbbi bir yeniliğin sunulmadan önce iyi tasarlanmış ve yapılandırılmış olması gerekir. Teknolojinin desteği olmadan aktarımlı süreçte aşama kaydetmek mümkün olamaz, bu nedenle teknolojiyi ilerletebilecek ve kliniğe uyarlayabilecek altyapı, eğitimin bu ayağıyla verilmektedir. "Klinik konular" bileşeni ise FDA düzenlemeleri, sağlık hizmeti finansı, geri ödeme sistemleri ve klinik denemelerin planlanması gibi konularla muhatap olduklarında ortada duran sorun ve ihtiyaçları nasıl tespit edeceklerinin öğretilmesinde oldukça hayattır. Bu hususlar aktarımlı tıp alanını net bir şekilde tıp dışı paralel endüstrilerden ayırmaktadır. Teknoloji ne kadar devrim niteliğinde olursa olsun, klinik ve mevzuat unsurları gözetenmeden geliştirilen her hangi bir tıbbi ürün başarısızlığa mahkumdur.

Diğer taraftan ise mevzuatla uyumlu yeni teknolojiler de yönetim zafiyeti ya da iş adamı yaklaşımının eksikliği yüzünden piyasada başarısız olmaktan kurtulama-



yabilir. Bu nedenle MTM müfredatının "liderlik" bileşeni bu eğitimsel boşluğu doldurmakta olup başarılı ürün geliştirmek için hayattır. Öğrencileri yeni tıbbi teknolojileri teknolojik olduğu kadar ticari olarak da analiz etmek üzere eğitmekle aktarımdaki başarı şansları arttırılacaktır. Riski azaltmanın yollarının tespiti ve başarısızlıkları iyileştirme için fırsat gözüyle bakmayı öğrenme de bu eğitim bileşeninin önemli parçalarıdır.

Bu üç eğitim bileşeninin yeni teknolojilerle ilgili gerçek hayata ait projelerde bir araya getirilmesi ve öğrencilerin bu projelerde iş birliği yapması ile en etkin hale geldiklerini düşünüyoruz. MTM programında projeler aralarında öğretim üyeleri, klinik araştırmacılar ve sanayi ortaklarının bulunduğu farklı proje liderleri tarafından ortaya konur. Her proje klinik bir ihtiyacı karşılamaya yöneliktir, yeni bir tıbbi teknolojiye sahiptir ve ilk icat aşamasını geçmiştir. Her proje müstakildir, proje liderleri projenin o yılki hedeflerini tanımlamada akademisyenlerle birlikte çalışırlar ve tüm projelerin uzun dönemli tek bir hedefi vardır: bir tıbbi yenilik ortaya koymak ve bunu klinik kullanıma aktarmak.

Geçmiş gruptaki öğrenciler aldıkları eğitimle piyasa değerlendirmesi, mevzuata uygunlaştırma stratejileri geliştirilmesi, fikri mülkiyet işlemleri, prelinik denemelerin tasarımı ve oturtulması ya da bir cihazın doğrulama testlerinin yapılması gibi faaliyetleri yürüttüler. Öğrenciler proje çalışmalarını müfre-

dattaki derslerle entegre ederek bir aktarım işleminin değişik bölümlerinin yeni bir tıbbi ürünün ortaya çıkmasını nasıl etkilediğini birinci elden tecrübe ettiler.

İlgili programlar

Birleşik Devletler'de başka kurumlarca sunulan MTM programının ruhuna uygun çok sayıda başka eğitim programları bulunmaktadır. Bunlar ya mesleki sertifika ya da yüksek lisans programları ve teknolojik yenilik, tasarım ve ürün geliştirmeyi konu ediniyorlar. Örneğin Georgia Teknoloji Enstitüsü bir "Biyomedikal Yenilik ve Gelişme Yüksek Lisansı", UC Can Diego "Tıbbi Cihaz Mühendisliği İleri Araştırmalar Yüksek Lisansı", John Hopkins Üniversitesi ise "Biyomühendislikte Yenilik ve Tasarım Yüksek Lisansı" dereceleri vermektedir. Diğer bazı programlar sağlık teknoloji yönetimi ve ticarileştirilmesi ile ilgili kapsamlı müfredata sahiptir. Örneğin Case Western Reserve Üniversitesi Aktarımlı Sağlık Teknolojisi ağırlıklı bir "Biyomedikal Mühendislik Yüksek Lisansı" vermektedir.

Bu tür programların gerçek verimliliği, eğitimi aldıktan sonra iş sahasında aktif rol almaya başlayan mezun sayısı arttıkça daha güçlü bir şekilde görülecektir. Bunun yanı sıra mezunların uzun vadeli geri bildirimleri, aktarımlı tıptaki bu eğitim stratejisinin daha büyük ölçekli yararlarının belirlenmesinde önemli bir rol oynayacaktır.

Prof. Dr. Şinasi Özsoylu: Beni geliştirmeye zorlayan asistanlarıma ve öğrencilerime müteşekkirim

Ömer Çakkal

Türkiye’de pediatri alanının duayenlerinden Prof. Dr. Şinasi Özsoylu bugün 87 yaşında. Ülkemize bilhassa pediatrik hematoloji alanında yıllarca hizmet eden, suni mamanın el üstünde tutulduğu 60’larda bir avuç bilim insanı ile birlikte anne sütü mücadelesi veren, Türk yükseköğrenim tarihinde adı altın harflerle yazılı bir büyük öncü olan Prof. Dr. İhsan Doğramacı ile uzun yıllar birlikte çalışan ve yaşadıklarını “İhsan Doğramacı 40 Yıl” adlı bir kitapta anlatan Şinasi Hoca ile SD Dergisi için bir röportaj yaptık. Hacettepe Üniversitesinin Beytepe Kampüsünde bize kabul eden Prof. Özsoylu, papyonu, fötr şapkası, bastonu, zarafet dolu tavırlarıyla bizi kendisine hayran bıraktı. Özsoylu’nun öylesine kibar, öylesine beyefendi bir üslubu var ki tasviri zor. Hekimliği çok önemsiyor; empatiyi, iyi insan olmayı, bildiklerimizi kritize etmenin gereğini altını kalın harflerle çiziyor; şükür ve selamı dilinden düşürmüyor.

“Tıp, duraksamadan koşulması gereken bir yoldur”

Öncelikle Prof. Dr. Şinasi Özsoylu’yu sizin ağzınızdan dinlemek istiyoruz. Aileniz, çocukluğunuz, eğitimleriniz, akademik yaşamınızı ve şu anda ne yaptığınızı anlatabilir misiniz?

Efendim ben Tekel memuru Ahmet Fazıl Bey ile Azime Hanım’ın 3. çocuğu olarak 29 Ağustos 1927’de Erzurum’da dünyaya

gelmişim. Babamın memuriyeti sırasında Doğunun farklı yerlerinde bulundum. İlkokula o zaman Kars’ın kazası olan Çıldır’da başladım. 3 derslikli, 5 sınıflı bu okulun öğretmenlerinin üzerimde büyük etkisi oldu. Tebeşiri dahi olmayan bir okulda hiç şikâyet etmeden eğitim verdiler. Fakirlik çoktu. Arkadaşlarımın bir kısmı köylerden geliyorlardı. Yarım saat, bir saat karda yürüyüp gelenler vardı. Sonra rahmetli babam Mersin, Tarsus’a vazifelendirilmesinden dolayı eğitimime orada devam ettim. Ortayı Tarsus’ta, liseyi ise Adana’da parasız yatılı okudum. Devlete, anama, babama olan borcumu ne kadar gayret etsem ödeyemem. İmtihanlarımı başarıyla verdiğim için İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesine parasız yatılı olarak alındım. Yurt, insanı eğiten bir yerd. Arkadaşlarımın birçoğu başarılı öğrencilerdi, birbirimize faydamız oldu. 1951 yılının 30 Nisanında arkadaşlarımdan 2 ay evvel fakülteden mezun olup iç hastalıklarına asistan oldum. Ardından mecburi hizmet için Van’ın Başkale’ne gittim. Tabi ki birtakım ideallerim vardı, acele ediyordum. Hâlbuki bilinenlerin bir kısmının doğru olmadığını henüz bilmiyordum. Tecrübelerim, bilmediğim çok şey olduğunu, bildiğim sandıklarımın bazılarının yanlış olduğunu zamanla öğretti. Halen de gayem daha çok şey öğrenmek. Mecburi hizmetin ardından Ankara’ya döndüğümde rahmetli İhsan Doğramacı Bey, bugün İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi olarak bilinen zamanın Hacettepe Çocuk Hastanesini kurmaya

çalışıyordu. Çok iyi niyetli, yetişmemiz için elinden gelen yapan biriydi. Herkes onu üniversiteler kuran başarılı bir işadamı, başarılı bir üniversite yöneticisi, başarılı bir bilim adamı olarak görüyor. Bunlar doğrudur. Ancak Doğramacı bunların yanında o biz genç akademisyenlere rol model olmak, önümüzü açmak, bilinenlerin yanlışlarını yakalayıp bilim üretmek için fırsatlar ortaya çıkarmak istiyordu. Son yılım başasistan olarak geçti. 7 gün 24 saat görev yapıyordum. Bunun bana çok faydası oldu. Yatan tüm hastaları biliyordum. Çok kısa süre zarfında bilinenlerin çok fazla doğru olmayabileceğini gördüm, yeni şeyler üretmem, olaylara farklı gözle bakmam gerektiğini öğrendim. O zamana kadar ülkemizde ful time yoktu. 1956 senesinde ful time sözünü ilk kez rahmetli Hoca Bey’den, Doğramacı Hocadan işittim. Başasistanlığım bittikten sonra Amerika’ya gittim. Oradaki düzeni öğrendim. Herkesin daha başarılı olmak için yorulmak bilmez bir şekilde azmini gördükten sonra tıbbın duraksamadan koşulması gereken bir yol olduğunu anladım. Oradaki eğitimim ve öğretimim sırasında biyokimya bilgilerimin yeterli olmadığını anladım ve 1 yıl kadar o alanda eğitime devam ettim. Ardından da pediatrik hematoloji alanında çalıştım. 1963 yılında Türkiye’ye döndüm. Ankara Üniversitesi’nde 1964’te doçent oldum, ardından Hacettepe Üniversitesi kuruldu ve ben de orada 1969 yılında profesör oldum. 1971 yılında 2 yıllığına tekrar Amerika’ya gitme fırsatım oldu. 1973’te





“Bilgi önemli ve gereklidir ancak yeterli değildir. Acaba daha iyisini nasıl yapabiliriz diye düşündüm ve asistanlarımla öğrencilerimin bu noktada çok büyük faydasını gördüm. Benim ufku açtılar ve beni gelişmeye zorladılar. Bana öğretenlere şükran borçlu olduğum kadar öğrenmeme ve öğrendiklerimim düzeltmeme yardımcı olan asistanlarıma, öğrencilerime ve arkadaşlarıma çok müteşekkirim.”

Ülkemize döndüm ve hizmete başladım. Bilimsel veriler neredeyse 2 yılda bir değiştiğine göre daima saplantı yerine şüpheci olmam gerektiğini öğrendim. Tıpta kritik düşünce, kritik okuma, kritik yargılama esastır. Eğer bilinenleri öğrenmekle uğraşırsam ömrüm boşa geçmiş demektir. Kritik öğrenme içerisinde öğrencilerimin sorduğu soruların ve arkadaşlarımla önemli yeri olduğunu söylemeliyim. Tıpta davranış esastır. Bilgi önemli ve gereklidir ancak yeterli değildir. Acaba daha iyisini nasıl yapabiliriz diye düşündüm ve asistanlarımla öğrencilerimin bu noktada çok büyük faydasını gördüm. Benim ufku açtılar ve beni gelişmeye zorladılar. Bana öğretenlere şükran borçlu olduğum kadar öğrenmeme ve öğrendiklerimim düzeltmeme yardımcı olan asistanlarıma, öğrencilerime ve arkadaşlarıma çok müteşekkirim. Esas olanın zulmetten şikâyet etmek yerine ışık yakmak olduğunu anlayınca ışık yakmayı, ışığın elden ele geçmesi için gayret etmeye çalışmasını ve İhsan Doğramacı'dan başlayan meşaleyi yurdun dört bir yanına götürmek gerektiği fikrini hep taşıdım.

Peki, Hacettepe'de göreve devam edip orada mı emekli oldunuz?

Evet. 1994'te yaş haddinden emekli oluncaya kadar Hacettepe'de çalıştım. Sonrasında o zamanki Fatih, şimdiki adıyla Turgut Özal Üniversitesi'ne geçtim. Benim öğrencim şimdi Sağlık Bakanlığı bürokratlarından Uğur Dilmen Bey orada dekanı. Çok iyi bir insan, çok çalışkan,

çok büyük gayreti olan biriydi. 2005 yılına kadar 11 yıl orada devam ettim. 2005'te sağlığım biraz bozuldu. Ara vermedim fakat artık paralı hizmet vermemem gerektiğini anladım, orada gönüllü hizmet vermeye devam ettim. Halen de devam ediyorum. Kendilerine çok müteşekkirim ki Cumartesi günü gittiğimde boş olan bir odada çalışmama müsaade ettiler. Halen de ediyorlar. Buraya gelen öğrencilerle sohbetlerde bulunuyoruz. Bilimin gelişmesi için, olaylara bakış açımızı güncellemek için birbirimize yardım ediyoruz. Bazen toplantılarımıza başka hocalar da geliyorlar. Bu yaptığımız, bilginin aktarımından ziyade, bilginin kullanılmasında dikkat edilmesi gereken şeylerin üzerinde duruyoruz.

“Bilinenleri öğrenmekle uğraşırsanız ömrünüz boşa geçmiş demektir”

Çok teşekkür ederiz hocam. Şimdi izniniz olursa yılların imbiğinden süzdüğünüz tecrübelerinizi dinlemek üzere birkaç soru soracağım. Okuyan, öğrenen, öğretene paylaştan, selam veren, hal hatır soran bir beyefendi olarak anlatıyorlar sizi. Siz bu yorumlara ne dersiniz?

Bunlar için çok teşekkür ederim. Böyle görünüyorsam, bu benim istediğim şeye yaklaştığım anlamına geliyordur. Arabamın üstünde bir yazı var; “Bugün karşılaştığınız herkesi lütfen sevgiyle selamlar mısınız?” diyor. Ülkeyi ve insanları

sevmenin, yapılanlara önem vermenin ve herkesi kucaklamanın esas olduğuna inanıyorum. Kimseyi dışlamadan, her fikre saygılı olarak, onu benimsemesem de ondan bir şey öğrenmeye çalışarak yaşamımı sürdürüyorum. Hep birbirimizi hoşgörüle karşılamalı, yardım etmeyi esas almalı, böbürlenmeden ve kendini beğenmeden daha iyiye doğru gitmeliyiz. Ülkemizin gelişmesi için el ele vermemiz gerektiğini düşünüyorum. Kimse kimseye çelme takmamalı. Birbirimize destek olmalıyız. Hepimizin bir bütünün parçaları olduğunu düşünüyorum.

Hocam sizce eğitim nedir, iyi bir eğitim nasıl olmalıdır?

Bir defa eğitimle öğretimi karıştırmamak lazımdır. Öğretimde bilinenleri ezberlersiniz ve kendinizi bir şey sanırsınız. Eğitimde öğrenirken kendinizi kritize eder ve kendinizi düzeltirken davranışlarınıza önem verirsiniz. Davranışı iyi olmayan bir hekimin bilgisi çok iyi olsa da çok fazla yardımcı olacağına inanmıyorum. 18 Ağustos 1950 senesinde kütüphanede çalışırken aklıma bir şey geldi: “Nasıl hekim olmak gerekir?” diye düşünürken defterime şunları yazmışım: Bilgili, yardımsever, toleranslı, ilgili, hoşgörülü, anlayışlı, vefalı, fedakâr, iyi insan olaya gayret eden ve üstüne başına, giyimine dikkat eden biri olmalı. Bir hastayı muayene ederken bir hekime yakışan bir davranış ve kıyafet ile karşılamak gerektiğini düşünüyorum.

“Ne kadar hasta baktığın değil, seni geçen kaç kişi yetiştirdiğin önemlidir” tezine katılır mısınız?

Efendim her ikisi de önemlidir ve birbiriyle iç içedir. Gördüğüm hasta, kendimin veya öğrencimin eğitimi için faydalı ise çok önemlidir. Yani hastayı sadece bir gelir kaynağı olarak değil, bundan ne öğrenebilirim diye yaklaşırsan eğitimin bir parçası olur. Pratikte hastalarımız bizi daima eğitendir ve hiçbir hasta diğerinin aynısı değildir. Her seferinde farklı olanı görebilmek için dikkatli bakmamız gereklidir. İnternet ortamında bilgiye ulaşmak çok kolay hatta çok erken gerçekleşmektedir. Tek taraflı eğitim yoktur, eğitim iki taraflıdır ve bunu da yaşı yoktur. Çünkü ilmin bir sonu yok.

Bundan beş yıl kadar önce SD Dergisi için kendisiyle röportaj yapmaktan büyük memnuniyet duyduğum Prof. Dr. Hüsrev Hatemi bu kez dergimizin son sayısına “Hekim Duruşu” başlığıyla bir makale yazdı. Ben bu makalenin paralelinde size sormak istiyorum; iyi hekim nedir, iyi bir hekim nasıl olmalıdır?

Hüsrev Bey çok iyi düşünen, farklı düşünen bir insan. Yazısını henüz görmedim.

Muhakkak ki öğreneceğim çok şey var. Benim yaklaşımı sorduğunuz zaman hekim ile doktoru ayırmak isterim. Hekim, hikmet sahibidir. Doktor ise tıp fakültesi mezunu veya bir konuda doktora yapmış insandır. Bunlar diplomayı öne çıkartır. Hekimlikte diplomanın değil, insanlığın öne çıkması lazım. Hikmet sahibi olan hekim olayları yorumlarken farklı davranır. İyi hekim olabilmek için iyi insan olmak şarttır. Hekim iyi insan olmalıdır ki iyi hekim olmaktan zevk alabilsin. Hastasına “*Al, bu reçeteyi git*” diyen kişi doktordur. Günümüz tıbbında farmakolojiyi öne çıkartan bir anlayış hâkim ama aslında alternatif tıbbın da, tıbbın bir parçası olduğuna inanıyorum. Bu, farklı bir yöntem değil ki. Oysa hastama reçete yazarken onunla sohbetim, ona hastalığını anlatmam da bir alternatif tıptır ve bugünkü ortodoks tıbbın yaygınlaşmasını sağlamaktadır. Öyleyse buna alternatif tıp demeyeyim; bu komplementer tıptır yani tamamlayıcı tıptır. Komplementer tıpta farmakoloji ve tıbbi bilgilerimizin yanında hastanın psikolojik ihtiyaçları gidermek de bir tıp yaklaşımıdır.

Neden ortodoks tıp kelimesini tercih ettiniz?

Efendim şu anda ortodoks tıp uygulanıyor da onun için. Esasında tıp demek isterdim. Bugün daha çok “Al, bu reçeteyi git” anlayışı var ve o nedenle ortodoks tıp diyoruz. Hâlbuki reçeteyi ona vermekten çok onun itimadını kazanmak, onu bu reçeteden ve tedaviden fayda göreceğine ikna etmektir ki bu tamamlayıcı tıptır. Bugünkü anlayışın maddeden biraz daha ileriye gelmesi lazımdır.

“İnsana biyolojinin penceresinden baktığımda Allah’ı görüyorum”

Az önce yemek yerken bir şey dediniz: “İnsana biyolojinin penceresinden baktığımda Allah’ı görüyorum.” Ne demek istediniz hocam, açabilir misiniz?

Hay hay. Efendim ben çocukluğumda Çıldır’da ineklerimizi gece otlatmaya götürdüğümde gökyüzüne bakıp yıldızları takip ederdim. Kayan yıldızların birbirlerine çarpmadığını düşünerek hayranlık duyardım. Bu hayranlığım halen devam ediyor ama şimdi daha büyük bir hayranlığım var. Hücreye baktığım zaman organellerin çalışmasını, enzimlerin aktivitelerini, sitokinlerin yardımlarını ve bunların arasındaki koordinasyonu, kooperasyonu gördüğüm zaman, bir enzim ya da sitokinin yalnızca bir iş yapmadığını, birden fazla iş yaptığını, her seferinde bir yapıyı tamamladıklarını gördüğümde büyük bir hayranlık duyuyorum ve bunun hepsini Allah’ın

“Ülkeyi ve insanları sevmenin, yapılanlara önem vermenin ve herkesi kucaklamanın esas olduğuna inanıyorum. Kimseyi dışlamadan, her fikre saygılı olarak, onu benimsemesem de ondan bir şey öğrenmeye çalışarak yaşamımı sürdürüyorum. Hep birbirimizi hoşgörüle karşılamalı, yardım etmeyi esas almalı, böbürlenmeden ve kendini beğenmeden daha iyiye doğru gitmeliyiz. Kimse kimseye çelme takmamalı. Hepimizin bir bütünün parçaları olduğunu düşünüyorum.”

kudreti olarak görüyorum. Yalnızca kan pıhtılaşmasını incelemem dahi, bu işin ne kadar büyük bir kudretin göstergesi olduğunu anlamama yeterli. Biyolojide nereye baksam Allah’ın kudretini görüyorum. Fakülteleyen gözün görmesini, içten gelenlerin çaprazlaşmasını ve optik siniri gördüğüm zaman Allah’ın kudreti karşısında gene büyük bir hayranlık duymuştum. Beynin arkasına bunlarla nakledilip retinadaki hayalin benim görmemi sağlamasını büyük bir kudretin parçası olarak görmüştüm. Ama şu anda hücreyi incelediğim zaman hayranlığım kat kat artmış ve bunların hikmetini anlamayacağımı da bilerek büyük kudrete daha fazla bağlanmam ve ondan daha fazla yardım dilemem gerektiğini anlamış durumdayım. Bana ait olmayan bir sözü burada nakletmek istiyorum: Doktorlar yahut hekimler az sayıda hastayı iyi derler. Çoğuna yardım ederler. Ama hepsine ümit vermediler” diyordu. Ben de bu söze katılıyorum. Sahtekârlık, yalancılık olmamak kaydıyla bizler ümit vermekte yarışmalıyız. Ümit vermek bir hastaya en büyük yardımımızdır. Öbürleri ikinci, üçüncü derecededir.

Çok teşekkür ederiz. Söyledikleriniz SD’de hep yazıp konuştuğumuz, tartıştığımız, çok duygudaşlık kurduğumuz şeyler bir tarafla. Bir tarafla ise ufkumuzu genişleten, kalbimizi genişleten, bize yepyeni kapılar açan şeyler.

“Çocukluğumda Çıldır’da ineklerimizi gece otlatmaya götürdüğümde gökyüzüne bakıp yıldızları takip ederdim. Kayan yıldızların birbirlerine çarpmadığını düşünerek hayranlık duyardım. Bu hayranlığım halen devam ediyor ama şimdi daha büyük bir hayranlığım var. Hücreye baktığım zaman organellerin çalışmasını, enzimlerin aktivitelerini, sitokinlerin yardımlarını ve bunların arasındaki koordinasyonu gördüğüm zaman Allah’ın kudreti karşısında hayran oluyorum. İnsana biyolojinin penceresinden baktığımda Allah’ı görüyorum.”

Şimdi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nden Prof. Dr. Recep Öztürk’ün Hocanızın hürmetleri eşliğinde size yöneltmemi istediği birkaç soru var; onları size arz etmek istiyorum. Anne sevgisi konusuna çok önem verdiğinizi ifade ettiler. Bir de annenizin önerilerinden biri, “Güneş üzerine doğmanın” sözünün hayatınızdaki yeri üzerinde durmak istiyorum.

Efendim biraz önce anama, babama, devlime borcumu ödeyemem demiştim. Rahmetli babamın da üzerimde büyük önemi var ama esas annemin etkisi daha büyük. Annem okuma yazma bilmeyen bir kadındı. Ben okuma yazma bilmeyenlere cahil denmesine çok üzülüyör ve kızıyorum. Annemin olayları yorumlaması çok farklıydı. Bana yaptığı uyarıların çok büyük faydasını gördüm. Anne, sütüyle beslerken göğüslerinden yavrularına sevgiyi de aktarıyor. Anne sütünün önemini maalesef uzun yıllar anlayamamıştım. Bu noktada tıptaki yanlışlarımızdan birine işaret etmek isterim: Anne sütüyle beslenen bebekler ayda yaklaşık 500 gram alırlar, hâlbuki suni beslenenler 1500, bazen 2000 gram alırlar dediğim, objektif olduğunu zannettiğim bir devir vardı. Ülke olarak o devirlerden geçtik. Sonra gördüm ki

o hızlı büyüme fizyolojiye uymayan ve abartılı olarak vücudu yoran, diyabete, kalp hastalıklarına, karaciğer yağlanmasına neden oluyormuş. Buradan şunu ifade etmek istiyorum: Bize bilimsel ve objektif kriterlerle hazırlanmış olarak sunulan bilgilerin; yalnız o anı değil geleceği de dikkate alarak değerlendirilmesi gerekiyor.

Anne sütü mücadelenizi zaten soracaktım ama söyledikleriniz vesile oldu. Anne sütünün önemini biz gençler çok iyi biliyoruz. Ben genç bir kardeşiniz olarak anne sütü yerine suni mamanın tercih edilmesini anlamakta güçlük çekiyorum. Suni mamanın tercih edildiği bu politika hangi yıllarda uygulandı?

1955-1970 arasında uygulandı. Hala maalesef bunu söyleyip uygulamayan pek çok insan var. “Annenin emzirmesi gereksizdir, çocuk doğar doğmaz mama yesin, daha faydalıdır, daha çabuk kilo alır” diyorlardı. Buram buram yağ sağlık işareti olarak görülüyordu. İşte bu objektif meselesine dikkat etmek lazım. Ağırılığı dikkate alırsanız evet mama tercihi doğrudur ancak fizyolojiyi dikkate aldığınızda doğru sanılanın yanlış olduğu ortaya çıkar. O zamanlar üniversitelerin politikası bu yöndeydi. Bunun için özel bir gayret vardı. Sadece birkaç kişi aman yapmayın diyordu. Ve en nihayet o da bize Batıdan geldikten sonra anladık ki anne sütü yalnız beslenme ve kalori olarak değil sevgi ve şefkat olarak, fizyolojinin devamını sağlayan bir ürün olarak bize gerekliliymiş.

Peki. Annenizin “Güneş üstüne doğmanın” sözünden anlıyorum ki, siz çok uzun zamandır sabah çok erken saatte uyanıyorsunuz ve gününüz ok verimli, çok bereketli geçiyor.

Öyleydi. Rahmetli anam bunu söylerken birtakım hormonların ayarlanmasını bilmiyordu. Zaten o tarihlerde kimse bilmiyordu. Ama sonra gördük ki bütün canlılar güneşe göre ayarlanmış durumda. Melatonin hormonunun güneş ışığı ile ilişkisi bizim fizyolojimizi, hormonlarımızı, tüm hayatımızı düzenliyor. Rahmetli anam bana o sözü derken, melatonin hormonunun nelere kadar olduğunu bilmiyordu. Annem cahil değildi, okumamıştı. Okumuş ile okumamış ayırır, cahil ile âlim ayırır. Okumuş olanlar öğrensinler, araştırınsınlar, gelişsinler fakat kimseyi küçümsemesinler. Herkes insan olarak saygıya layıktır.

“Yeni açılan fakülteler birbirleriyle yarıştırmalı”

Hocam izninizle ülkemizde tıp eğitiminin kalitesi hakkında bir soru yöneltmek istiyorum. Şayet rakam güncelse 86 tıp fakültesi, 60 civarında

eğitim-araştırma hastanesi sayısı çok yüksel değil mi? Bu kadar fazla sayıda kurumda kaliteli bir tıp eğitimi verilmesi ne derece mümkün? Yeni açılan tıp fakülteleri hakkında düşünceniz nedir?

Ben yapılanları hep teşvik etmek isterim. Biraz yandan çarklı bir cevap olacak ama efendim ben hayatım boyunca sporla fazla ilgilenemedim ama İstanbul’da okurken yurttan olmam dolayısıyla bazı takımların isimlerini sıklıkla duyuyordum. Anadolu takımlarının isimleri pek zikredilmiyordu. Tabi kısa bir süre sonra Trabzonspor, Eskişehirspor, Bursaspor gibi takımlar çıkıp birdenbire büyük kulüpleri ekarte edebildiler. Fırsat verin ki gelişme olsun. Şimdi öyle bir fırsat verelim ki gelişme olsun. Bugün, dünden çok farklı. Bugün artık bilime ulaşmak için çok kolay yollar var. Bilgisayar başta olmak üzere çok yeni teknolojiler var. Bu yeni dünyanın tabi ki dezavantajları var ama avantajları da çok. Yeni açılan tıp fakültelerinin daha çok doktor yetiştirmenin ötesinde daha çok krizite eden, kritik düşünebilen insanları yetiştirmesi lazım. Ben, yeni açılan fakültelerin çeşitli politikalar takip edilerek birbirleriyle yarıştırmaları gerekliliğini düşünüyorum. Birbirinin kopyası olan tıp fakültelerini bir gelişme olarak görmüyorum ama mevcut oturmuş fakültelere dışarıdan kan gelmesi gerektiğini düşünüyorum. Bir yerden mezun olmuş bir öğrencinin emekli oluncaya dek aynı okulda görev yapmasının da sakıncaları olduğunu düşünüyorum. Birbirimizi beğenmemek yerinde birbirimizi beğenerek, besleyerek, destek olarak bu işi başarmamız lazım. Bir şeyi yapmaya başlamadan önce düzeltmezsiniz. Evvela yapmaya başlamanız gerekir. Mükemmele ulaşmak zaman alır. Bugün artık ülkemiz çok daha fazlayı yapmaya başladı. “O da bir şey mi?” demenin yanlış olduğunu düşünüyorum. Hepsi bir değerdir.

Yaklaşık yarım asır süren akademik yaşamınızda bine yakın makaleniz yayımlandı. Üniversitede halen süren Cumartesi buluşmalarınızda da öğrencilerle makale okumaları yaptığınızı işittim. Bu noktada sormak isterim; ülkemizde tıp yayıncılığında dünden bugüne gözlemleriniz neler?

Efendim benim şu ana dek 940 yayınım var. 200’den fazlasını emekli olduktan sonra yazdım. Rakamları bunun için verdim: Bilime hizmet bir gayedir. İlle profesör olmak, doçent olmak yahut paye almak için yazmak gerekmez. Sadece akademik basamakları atlamak için makale yazılmamalı, yazım hayatı bilime hizmet için devam etmelidir. Bir de bizim inancımızda çok güzel bir şey var; bilim beşikten mezara kadardır. Mezara kadar gayret etmemiz lazım. Ancak bu şekilde ülkemiz başarılı olacaktır. Daha iyisini



yapın, ben alkışlayayım ama yapıncaya kadar siz de beni küçümsemeyin.

“Hocabey idealizmini hiç kaybetmedi, gençleri hep yukarıya taşıdı”

Hocam çok teşekkür ediyorum. Röportajımızın son bölümünde yakınında bulunmuş biri olmanız hasebiyle merhum İhsan Doğramacı Hocayı sizden dinlemek istiyoruz...

Efendim çok teşekkür ederim. Ona olan şükranlarımı dile getirmek için bana bu fırsatı verdiğiniz için çok teşekkür ederim. Ben kendisiyle 1955 yılında tanıştım. O zaman genç bir doçentti. Bense 28 yaşında bir asistan. Ankara Üniversitesi'nde farklı düşünceleriyle ve başarısıyla tanınan biriydi. Onu tanımak istiyordum. O sırada patolojide çalışıyor, doku kültürü yapıyordum. Bir Cuma günü tanıştık. Onunla yıllarca çalıştık. Hep aynı fikirde olmadık ama onun toleransı yardımseverliği, hoşgörüsü, ilgisi ve hizmet aşkı farklıydı. Eskiden tabir vardı: “Hocalar aşağıdayken hep şikâyet ederler fakat yukarı çıktıktan sonra merdiveni çekerler” denirdi. İhsan Doğramacı Bey merdiveni çekmek şöyle dursun, merdivenin yanında durup elini vererek durmadan yukarıya gençleri çıkarttı, yükseltti. Çok gayretli, çok yönlüydü. Enternasyonal bir insandı. 1976 yılında Hacettepe'den emekli oldu. Beni kendisini yerine anabilim dalı başkanı yaptı. Onun geniş yetenekleri karşısında yerine gelen kimsenin şanssız olduğunu, sönük kalacağını biliyordum. Hastaya saygıyla yaklaşımı, özverisi, Allah vergisi üstün yönleri vardı. Üniversiteler, hastaneler kuran bu bey, aynı zamanda iyi hekim, iyi

araştırmacı yetiştirmek için büyük teşvik içinde oldu. Kendisini saygıyla, minnetle anıyorum. Büyük bir örnek, büyük bir önderdi. Memleketimiz için çok büyük hizmetler yaptı. Üniversiteler kurdu ama ondan daha çok tabuları değiştirdi. Hiç şikâyet etmedi, hep gayret etti. Doçent oluncaya kadar çok büyük fikirleri olan pek çok hocanın, doçent olduktan sonra o ideallerini unuttuklarını gördüm. Ama İhsan Doğramacı Bey hiç unutmadı. Her insanın hatası olur, hatasız insan olmaz. Fakat gördüğüm kadarıyla bizim bir yanımız da, insanları güzel taraflarıyla görmek yerine ufacık da olsa bir hatasını görmeye çalışmak şeklinde. Zannediyorum buna çok büyük dikkat etmeye çalışmalıyız. Korkum şu: Hiçbir iş yapmazsanız hiç hatanız da olmaz, böylece insanları hiç iş yapmayan bir hale getirebilirsiniz. Hâlbuki işi yapanı takdir etmek ve daha iyinin yollarına işaret etmek gerekir.

Bir yerde okudum; “Hatalarımdan öğrendiklerimden” başlıklı bir konuşma yapmışsınız. Bir de ben SD okuru için sormak isterim; hatalarınızdan ne öğrendiniz?

Çok şey! En başta Başkale'de mecburi hizmetimi yaparken C vitamini hakkında bildiklerimin doğru olmadığını öğrendiğim gibi hayatım boyunca bildiğim pek çok şeyin eksik ya da değişebilir olduğunu öğrendim. Anne sütü hakkında bildiklerimi değiştirmek için mücadele ettim. Ben de başlarda suni beslenmeyi önerenlerdendim. Sonra anne sütünün büyük önemini anlayınca, kendimi güncelledim. Hatalarım çok oldu. Hatasız kul olmaz fakat hatasından ders çıkartmayan kul örnek olamaz.

“Yeni açılan tıp fakültelerinin daha çok doktor yetiştirmenin ötesinde daha çok krizite eden, kritik düşünebilen insanları yetiştirmesi lazım. Fakültelerin birbirleriyle yarıştırılması gerekir. Birbirinin kopyası olan tıp fakültelerini bir gelişme olarak görmüyorum ama mevcut oturmuş fakültelere dışarıdan kan gelmesi gerekir. Bir yerden mezun olmuş bir öğrencinin emekli oluncaya dek aynı okulda görev yapmasının da sakıncaları olduğunu düşünüyorum.”

Tıpta sosyal bilimler ve kültürel değerler

Prof. Dr. Kazım Beşirli



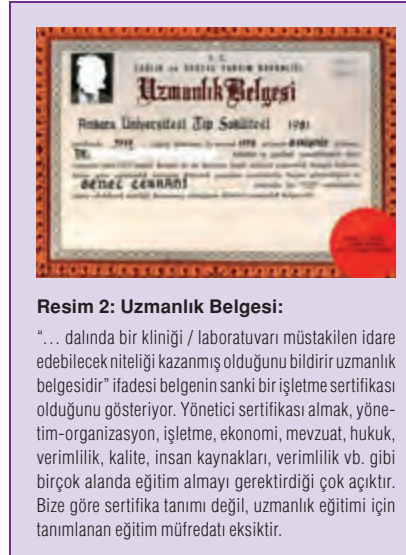
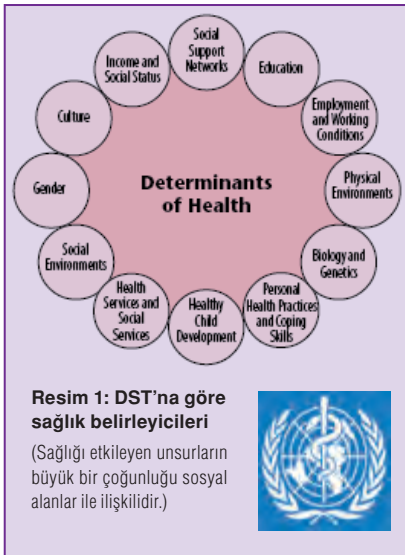
1961 yılında Espiye/Giresun'da doğdu. 1985'de Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Çanakkale Devlet Hastanesi Acil Servisindeki mecburi hizmetinin ardından, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Kalp ve Damar Cerrahisi ihtisası yaparak 1993'de uzman oldu. Aynı klinikte çalışmalarına devam ederek 2007'de doçent ve 2014'de profesör oldu. Halen aynı fakültede öğretim üyesi olarak çalışmaktadır. Kalp ve damar cerrahisi ile ilişkili ulusal ve uluslararası dernek ve kuruluşlara üyedir. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetiminde yüksek lisans yapmıştır. Ana uğraş alanı kalp ve damar cerrahisi yanında, tıpta sosyal bilimler, tıp eğitimi ve tıbbi illüstrasyon ilgilendiği alanlardır.

Dünya Sağlık Teşkilatı'nın (DST) tanımına göre; "Sağlık: insanın biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır." Bu tariften de anlaşılacağı ve herkesin malumu olduğu üzere, sağlık açısından insan, biyolojik olduğu kadar psiko-sosyal bir varlıktır. DST'na göre sağlığı belirleyen unsurlardan ancak dörtte biri biyolojik kökenli, diğerleri ise sosyal ve insani/beşeri (humaniter) alanlar ile ilgilidir (Resim 1). Bu vesile ile şunu da vurgulamak gerekir ki; Dünya

Sağlık Teşkilatı geleceğin doktorlarını temelde şu beşeri bilimlerle -dolayısı ile sosyal bilimlerle- ilişkili özelliklerde tanımlamıştır; *yönetici, toplum lideri, iletişimci, karar verici, hizmet sunucu* (Tablo 1). Bütün bunlar, dünya sağlık otoritesi tarafından sağlık için teknik tıp bilimleri ile beşeri/sosyal bilimlerin birlikte düşünülmesi gerektiği gerçeğini göstermektedir. Dolayısı ile sağlık hizmeti sunucuları, birey olarak hasta ile veya sağlık hizmeti sunum sürecinin gerektirdiği şekilde toplum ile ilişkilerinde sosyal boyutu da mutlaka dikkate

almalıdır. Kaldı ki *"insanlar yaptıkları her şeyi sahip oldukları zihniyet/mantallite ile yaparlar. Zihniyet oluşturma ise sosyal bilimlerin konusu"* olduğundan, özelde hekimler, genelde tüm sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunumunu hangi zihniyetle yaptıklarını bilmeleri veya yapmaları gerektiği konusunda fikir ve bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Bu da bize "sağlıkçı"ların sosyal bilimler ile ilgilenmesi gerektiğine işaret etmektedir. Zaten *"21. yüzyılın sosyal bilimler yüzyılı"* olduğu söylenmektedir. 19. ve 20. yüzyılda sanayideki dev gelişmelerin getirdiği





"Endüstri bağımlı" bir tıp fotoğrafı ve algısı bazı eleştiriler almıştır. Prof. Dr. Muammer Bilge, Hücre Bilimi adlı kitabında bu eleştirel yaklaşımı özetle şu şekilde ifade etmektedir:

"Biz bir bakıma karaciğer hücrelerini çok iyi öğrendik ama karaciğeri unuttuk. Karaciğeri çok iyi öğrendik ama insanı unuttuk. İnsanı çok iyi öğrendik ama insanlığı unuttuk."

üretim ve endüstrinin belirleyici rolüne karşılık, 21. yüzyıl "hizmet sektörü"nün birincil ve belirleyiciliğine şahit olacaktır.

Biz bu yazıda sağlık hizmeti sunumunda sosyal bilimlerin, modern tıp uygulamalarını iyileştirici etkisi olduğu tespitini yapmak, sağlık hizmeti sunucuları için sosyal ve beşeri bilimlerin önemine dikkat çekmek istiyor, bu bağlamda kültürel değerlerimizin sosyal bilimlere ışığında sağlık uygulamalarına katkısına

işaret etmek istiyoruz. Zaten Türkiye'de tıpta uzmanlık belgesi, bir tıp dalında sadece biyomoleküler teknik bilgi-beceri yeterliliğini gösteren bir belge değil, bir klinik veya laboratuvar dalda birim yöneticiliğinde de yeterlilik beliren bir belgedir. (Resim 2). Uzmanlık Belge'sinde "Dr..... başarı gösterdiği ve dalında bir kliniği/laboratuvarı müstakilen idare edebilecek niteliği kazanmış olduğunu bildirir uzmanlık belgesidir" denmektedir. Bu belge aslında bir işletme belgesidir ve

Tablo 1: DST'na göre geleceğin doktorları:

Dünya Sağlık Teşkilatı geleceğin doktorları için şu özellikleri tanımlamıştır:

1. Hastayı, hem bireyin hem de ailenin ve toplumun bir üyesi olarak bütüncül bir şekilde gören bir hizmet sunucu,
2. Sunduğu hizmeti geliştirirken uygulanacak teknolojinin etik ve maliyet etkin olanını seçmede bir karar verici,
3. Bireylere ve gruplara kendi sağlıklarını değiştirme ve korumalarında güç veren bir iletişimci,
4. Birlikte çalıştığı insanların güvenini kazanarak bireyin ve toplumun sağlık gereksinimlerini uzlaştıran ve toplum yararına girişim yapan bir toplum lideri,
5. Sağlık verilerinin uygun kullanımını geliştirerek hastaların ve toplumun gereksinimlerini karşılamak için sağlık uygulamalarının içinden ve dışından organizasyonlarla ve bireylerle uyumlu çalışabilen bir yönetici.

Tablo 2: Androgojinin temel prensipleri

Erişkinler:

1. Bilgiye ihtiyaçları olduğunu düşündüklerinde en iyi öğrenirler
2. Neden öğrenmesi gerektiğini anlamamış veya bu bilginin nerede işe yarayacağını bilmiyorsa ona yeni bir şeyler öğretmek zordur.
3. Yeni bilgi veya becerilerin geçmişteki tecrübeleri ile irtibatlandırılmasını isterler.
4. Daha çok şimdiki zamana odaklanmış durumdadırlar.
5. Öğrenme konusunda yaşam merkezli bir yaklaşım içindedirler.
6. Nelerin öğrenmeye motive ettiği bilinmelidir.

içini dolduracak gerekli ve yeterli sosyal bilim alanlarında da eğitim verildiğini ifade etmektedir. Tıpta sosyal bilimlere ait bu önemlilik, bir süredir tıp bilimi eğitimcilerinin ve uygulayıcılarının gündemindedir. Nitekim ABD tıp fakültelerinde beşeri bilimler (humanities) ile ilgili bölümler oluşmaya başlamıştır. Bu cümleden olarak: "Pennsylvania State University College of Medicine'da 1967 yılında "Department of Humanities" kurulması, beşeri bilimlerin tıp fakültelerinde bir bölüm olarak açılmasının ilk örneğini oluşturmuştur. "Society for Health and Human Values" kurulması ile 1969 yılında bu alandaki ilk kurum oluşturulmuştur. 1984 yılında yapılan bir araştırmaya göre; ABD tıp fakültelerinde dekanlığa bağlı ya da ayrı enstitüler şeklinde çok sayıda tıpta beşeri bilimler (medical humanities) programları oluşturulduğu ve hatta şu 4 tıp fakültesinde; Pennsylvania State University College of Medicine, Wright State University School of Medicine, Southern Illinois University School of Medicine, ve University of Nebraska School of Medicine de bu yapılanmanın anabilim dalı şeklinde olduğu tespit edilmiştir (Resim 3). Yıllar içinde anabilim dalı tarzındaki yapılanmaların sayısı hızla artmıştır.

Sağlık hizmeti sunumunda biyomoleküler teknik tıp bilgi ve becerisinin biyoteknolojik muhteşem başarısına rağmen, insani/beşeri tarafı ihmal etmesi veya yeterince önemseyip önceleyememesi, hekimlik uygulamasının sadece "mühendistik" teknik bir uygulama olmaması, sanat/zanaat tarafının da olması ve en azından insani başka beklentilerin teknik gelişmeler tarafından karşılanamaması

durumu, modern tıp uygulamalarının eleştirilmesine neden olmuştur. Ayrıca "endüstri bağımlı" bir tıp fotoğrafı ve algısı oluşması, bu eleştirel yaklaşıma katkı sunmuştur. Prof. Dr. Muammer Bilge, Hücre Bilimi adlı kitabında bu eleştirel yaklaşımı özetle şu şekilde ifade etmektedir: "*Biz bir bakıma karaciğer hücrelerini çok iyi öğrendik ama karaciğeri unuttuk. Karaciğeri çok iyi öğrendik ama insanı unuttuk. İnsanı çok iyi öğrendik ama insanlığı unuttuk.*" Harvard Tıp Fakültesi ve Massachusetts Teknoloji Enstitüsü öğretim üyesi Prof. Dr. Nelson Kiang, bir çalışmada New York'da doktorların ücret politikasını protesto yapmak için uyguladıkları 10 gün boyunca işe gitmeme grevi neticesinde şehirde ölüm oranlarının düşmesi üzerine "*hekimler insan sağlığına ne kadar faydalı?*" sorusunu sorarak eleştirel yaklaşımını ifade etmektedir. Ayrıca gittikçe artan bir şekilde, modern tıp uygulamaları "*hastayı az dinleyip az muayene eden, ancak çok tetkik isteyip çok tedavi veren*" olmakla yargılanmaktadır. Artık modern tıpta "*human touch*" (insani temas) eksikliği daha çok miktarda eleştiri konusu olmaktadır.

Sosyal bilimlerin insanlığa katkılarının tıp uygulamalarında kullanılması, bunun formal eğitimin bir parçası ve standart tıp uygulamasının tamamlayıcı unsuru olarak pratiğe konulması; kuşkusuz sağlık uygulamalarını daha rafine ve kaliteli ve insanların beşeri, psikososyal beklentilerine daha fazla cevap verebilen hale getirecektir. Teknolojiye sanatkârane katkının insanlığa büyük bir hizmetle sonuçlanabileceğine Steve Jobs ve Mac/Apple iyi bir örnektir:

Sosyal bilimlerin insanlığa katkılarının tıp uygulamalarında kullanılması, bunun formal eğitimin bir parçası ve standart tıp uygulamasının tamamlayıcı unsuru olarak pratiğe konulması; kuşkusuz sağlık uygulamalarını daha rafine ve kaliteli ve insanların beşeri, psikososyal beklentilerine daha fazla cevap verebilen hale getirecektir.

Stanford Üniversitesi açılış konuşmasında ifade ettiğine göre; Mac tasarımı ve Apple'ın doğmasına neden olan husus, Steve Jobs'ın "kaligrafı" eğitimi almış olması ile bu eğitimin kazanımlarının ve kaligrafiye ait estetik unsurların bilgisayar teknolojisine uygulaması olmuştur. Steve Jobs da biyografisinde "*teknoloji ile beşeri bilimlerin kesiştiği noktada yaşamayı seviyorum*" diyerek sahip olduğu zihniyeti/mantaliyeti ifade etmektedir. Kanaatimce bu zihniyetin sağlık uygulayıcılarında da gelişmesi, sağlık hizmeti memnuniyetini, etkinliğini ve başarısını öngöremediğimiz ölçüde artıracaktır. Çünkü sosyal bilimler ve beşeri/insani değerler, insanın sağlıktan beklentisinin şekillenmesinde ve sağlık anlayışında anahtar bir rol oynamaktadır. Bu nedenle tıpta beşeri/insani bilimler, sağlık çalışanlarına tıbbın insani yönüne ait bakış açısı kazandırmakta, sosyal ve beşeri bilimlerdeki bakış açılarıyla sağlıkta hizmet alma ve sunma anlayışlarını irdeleyerek, tıbbın insani boyutunu ortaya çıkarmaktadır.

Beşeri bilimler (tarih, din, edebiyat, felsefe, etik, vb.), sosyal bilimler (antropoloji, sosyoloji, psikoloji, androgoji, ekonomi, yönetim, iletişim, kültürel çalışmalar, vb.) ve sanat (edebiyat, tiyatro, müzik, görsel sanatlar, vb.) ve bunların ürettikleri bilgi ve uygulamalardan hâsıl olan kazanımların tıp eğitimi ve pratiğine yansıtılması, disiplinler arası bir yaklaşımla yapılmak durumundadır. Genelde sağlık hizmeti sunumunda "maestro" rolü oynayan "hekim"in bu zihniyette olması çok çok önemlidir.

Sosyal bilimlerin modern tıp uygulama-

malarına olan iyileştirici katkısı, -sağlık antropolojisinin de ilgi alanına giren bir husus olan- bize ait kültürel değerlerin de öne çıkarılması ve pratikte işlerlik kazandırılması ile daha da artacaktır. Belki evrensel tıbbi teknik bilgi ile yerel kültürel değerlerin faydacılık amaçlı optimal harmanlanması ile daha rafine bir sağlık hizmeti sunumu mümkün olacaktır. Çünkü “*global düşün, lokal davran*” aforizmasının birçok sektörde sağlaması yapılmıştır.

Birkaç örnek ile bu konuyu kısaca izaha kavuşturabiliriz: Hasta hakkı kavramının, güncel sağlık hizmetinde mediko-legal, etik ve humaniter estetik ve gereklilik açısından ihmal edilemez olduğu bir gerçektir. Bizim kültürümüzdeki “*kul hakkı*” inanişinin tıp pratiğine izdüşümü olarak kabul edilir ise şüphesiz ilgililer tarafından içselleştirilmesi ve uygulamaların yaygınlaşması daha da kolay olacaktır. Hasta-hekim iletişiminde, iletişim becerilerine ait bilimsel ve teknik bilgi-becerinin yanında geleneksel “*adab-ı muaşeret*” kültürümüzün de önemli ölçüde katkısı olabileceğini ihmal etmemek gerekmektedir. Kültürümüzdeki “*acıkmadan yeme, doymadan kalk*” aforizması, güncel toplum sağlığı sorunu ile sonuçlanan kötü beslenme konusunda, hasta eğitimine katkısı olabileceğini göz ardı edemeyiz. Androgoji (erişkin eğitimi) dinamiklerinin ve prensiplerinin hekimler tarafından bilinip uygulanması, “*hasta eğitime*” şüphesiz tahminimizden daha fazla olumlu etkisi olacaktır (Tablo 2). Hasta eğitiminin tedavi uyumuna ve başarısına katkısı, koruyucu hekimlik uygulamalarına pozitif etkisi ve “*hayat tarzı*” üzerinden sağlıklı yaşam çıktısı konusundaki faydaları tartışılmaz olarak herkes tarafından kabul edilmektedir. İyi klinik uygulamaların önemli teknik unsurlarından “konsültasyon” ile, geleneksel “*istişare*” kültürü arasında bir analogi kurmak, bu konudaki pratiğin sağlıkçılarda daha etkin bir tutum haline gelmesine neden olacaktır. Bir diğer husus; geleneksel tıp uygulamalarımızın, modern tıp uygulamaları açısından sorun olmayan, bilakis ilave fayda sağlayan taraflarının belirlenip öne çıkarılması -tamamlayıcı tıp- konusudur. Bu konuda, *halk tıbbi* veya dini tıp (*Tıbb-ı Nebevi*) uygulamaları olarak toplumdaki kabul edilirliğinden yararlanılması, gereksiz ilaç kullanımını, gereksiz sağlık hizmeti talebini vb. azaltarak sosyal güvenlik kurumu üzerindeki maliyet baskısını bir miktar azaltabilir. Tıbbi etik konusu ise, sadece felsefi bir ilmi müzakere olarak algılanmak ve sunulmak yerine, kültürel olarak *ahlak* ve *vicdan* uygulamaları olarak benimsetilmesi, şüphesiz tıp pratiğine birçok estetik ve insani katkılar sunacaktır. Rasyonel tıp uygulamalarının yaygınlaşması, hekimlik tarzı haline dönüşmesi için, akılcı tetkik istemek ve akılcı tedavi düzenlemek veya akılcı ilaç

kullanımı gibi alanlarda neden toplumda var olan kültürel değer olarak “*israf haramdır*” inanişinden yararlanılmasın? Tıp tarihinden haberdar olmak kültürel kimlik ve özgüven açısından birçok fayda sağlayacaktır. Örneğin 1539 tarihinde Antep şehrinde hekimlerin hastadan muvafakat almalarının mahkemede hâkim huzurunda yapıldığının, bu sözleşmede tedavi ücret ve miktarının zikrediliyor olduğunun bilinmesi, kanaatimce hastadan bilgilendirilmiş onam -*muvafakat*- alma konusunda sağlıkçıların daha da titizlenmesine katkı sağlayacaktır.

Son söz

Sosyal bilimler ve kültürel değerlerimiz, tıp eğitim ve pratiği içinde -optimal harmanlama ile- daha fazla olması gerektiğini ifade etmek istiyoruz. Bu görüş ilk defa zikredilen, marjinal bir yaklaşım değildir. Özellikle ABD tıp pratiğinde “tıpta beşeri bilimler/medical humanities” in gittikçe daha da artan oranlarda görüldüğünü izlemekteyiz. Bu yaklaşımın eğitim ve pratik tıp uygulamalarında etkin bir şekilde var olması durumunda, sağlık hizmeti sunumunda kayda değer oranda iyileşmeler olacağı kanaatindeyiz. Bu bir zihniyet/mantallite değişimi gerektirdiğinden ne tür zorluklar içerdiğinin bilincinde olarak, tıp eğitimcilerinin ve sağlık siyaseti tanımlayıcılarının uzun nefesli bir yola çıkmak durumunda olduğu gerektiğini ifade etmek isteriz. Biyomoleküler teknik tıp müfredatının ezici büyüklüğünün zihinlerde ve zaman yönetiminde başka kavramlara yer bırakmayan işgal edici genişliğine karşı, zihniyet değişim sürecinde de sosyal bilimlere olan ihtiyacımızı ayrıca vurgulamak isterim.

Kaynaklar

Doç. Dr. Melih Elçin. Tıbbi farklı açılardan görülebilmek: Tıpta insan bilimleri, Hacettepe derg. 39:55-9, 2008

Henry M. Sayre, Ilora G Finlay. Medical Humanities, BMJ Books, London, 2001

http://en.wikipedia.org/wiki/Nelson_Kiang Nelson Yuan-Sheng Kiang is founder and former director of the Eaton-Peabody Laboratory of Auditory Physiology at the Massachusetts Eye and Ear Infirmary and professor emeritus of Otolaryngology and Laryngology at the Harvard Medical School and also professor emeritus at the Massachusetts Institute of Technology. He is also emeritus in Neurology at the Massachusetts General Hospital and a trustee of the Massachusetts Eye and Ear Infirmary. (Erişim 23.2.2014)

http://icthe.unibir.org/Nelson_Kiang, Harvard Medical School, Boston: “Rethinking Medical Education” ICTHE 2013, The 3rd International Congress on Trends in Higher Education: “Innovative and Entrepreneurial University” Fatih University, Istanbul, Turkey, May 31- June 01, 2013. (Erişim 23.2.2014)

<http://www.aile.net/sunum/makaleler/HalkEgitimi.doc> (Erişim tarihi: 23.2.2014)

Walter Isaacson, Steve Jobs. Domingo yayınları, İstanbul, 2011



http://www.yeniekonomi.com/kisakisa/word/steve_jobs.doc (Erişim tarihi: 23.2.2014)

Prof. Dr. Alpaslan Açıkgenç. Sosyal Bilimler ve Toplum, Reflections derg., 9:10-13, 2001,

Prof. Dr. Ahmet Akgündüz. Belgeler Gerçekleri Konuşuyor 1, OSAV, İstanbul, 2007

Prof. Dr. Martyn Evans. Medicine, philosophy, and the medical humanities, Br J Gen Pract, 52:447-9, 2002

Prof. Dr. Muammer Bilge. Hücre Bilimi, Ar yayınları, İstanbul, 1978

Prof. Dr. Zekeriya Aktürk. Nedeni ve Nasılıyla Sağlık Eğitimi

Sağlık personeline yönelik şiddet duracak mı?

Bayram Demir



1975 yılında doğdu. 1993'de Sağlık Bakanlığı'nda göreve başladı. Farklı tarihlerde il sağlık müdür yardımcılığı ve SB Merkez Teşkilatı Daire Başkan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. Çalışma alanları sağlık sosyolojisi, sağlık kuruluşlarında kalite uygulamaları ve sağlık işletmeciliği konularıdır. Halen Batman Kamu Hastaneleri Birliği İdari Hizmetler Başkanı olan Demir, evlidir ve üç çocuk babasıdır.

Günümüz Türkiye'sinde ve hatta dünyada hastanelerdeki şiddet veya hasta, hasta yakınları, sağlık personeli tartışmalarının sıklıkla gündemde yer almasındaki en büyük etken, hiç kuşkusuz geleneksel medya ve internet medyadaki gelişmelerle paralellik göstermektedir. İnternet ve diğer iletişim olanakları ile yaşanan olayların görsel olarak paylaşılması veya çeşitli sosyal medya araçları ile dolaşıma sokulması kitlesel bir duyarlılık oluşturabilmektedir. Hastanelerden hizmet alan hastaların, personelin veya bir hasta yakınının yaşanan arbedeleri cep telefonu ile kaydederek basınla paylaşması neticesinde mevcut yaşanmış şiddet tüm halkı ilgilendiren bir olay haline gelmektedir.

Şiddet insan hayatının her döneminde kendine yer bulmasına rağmen dünya, bunu insanlığın bir parçası olarak kabul etmek zorunda değildir. Ancak şu da bir gerçek ki her yıl 1,5 milyona yakın insan öldürülmek suretiyle bu dünyadan göç etmektedir. Ayrıca şiddet, 15-44 yaş arası insanların ölüm sebepleri arasında en önde gelmektedir. Bunu önleyebilen herhangi bir mekanizma da bugüne değin bulunmuş değildir.

İlk defa 1864 yılındaki Cenevre Antlaşmasıyla savaşan taraflar, savaş sırasında sağlık personeline doğrudan saldırı olmayacağı konusunda bir diğerine garanti vermişti. Ancak savaşta bile saldırmazlık sınırları içinde yer alan sağlık kuruluşlarının personeli hizmet sunduğu hastaların bir kısmının saldırısına uğramaktan kurtulamıyor. İşyerlerinde yaşanan şiddet ve saldırganlık olaylarının büyük çoğunluğu da sağlık tesislerinde yaşanmaktadır.

Tarih boyunca şiddetin çeşitli gerekçe-

lerle uygulandığına şahit olunmuştur. Bu gerekçeler, ganimet elde etme, prestij kazanma, işgal, fetih ve benzeri bir çok hususu içermektedir. Dolayısıyla şiddetin ölçeği ve türü paylaşılamayan nesne veya durumun kendisine göre değişebilmektedir. Gençler arası şiddet, aile içi şiddet, silahlı şiddet veya savaş... Geride bırakılan tarihsel dönemler de dahil olmak üzere şiddet uygulanması hiçbir zaman tarih sahnesinden eksik olmamıştır. Öte yandan, şiddet, tarih yazıcılarının nerede konumlandığına bağlı olarak farklı adlandırılır olmuştur. Örneğin, büyük devletlerin tarihinde savaş/şiddet tanımı tarihi yazanın bulunduğu konuma göre fetih, zafer veya barbarlık olarak adlandırılmıştır. Dolayısıyla, tarihin ilk topluluklarından günümüz modern toplumlarına uzanan skalada şiddetin eksik olmadığını söyleyebiliriz.

WHO (Dünya Sağlık Örgütü) 49. Dünya Sağlık Asamblesi 1996 yılında "şiddet"i dünya genelinde temel ve büyüyen bir halk sağlığı problemi olarak ilan etti. WHO yaptığı "şiddet" tanımı ise, kendi dışında bir kişi veya gruba karşı fiziksel güç veya kuvvet kullanımını öne çıkartmaktadır. Dolayısıyla şiddet olgusu kendi başına güç kavramıyla beraber kullanılır olmuştur. Güç kullanımı ise asimetrik bir etkileşimden tezahür etmektedir. Bu tanımın önemli olmasına karşın "şiddet kullanımının" kültürel karşılığının ihmal edilmesi dikkat çekmektedir. Çünkü tanımı kategorize edilen "şiddet" davranışı onu uygulayan kişi veya grup tarafından şiddet olarak görülmeyebilmektedir. Bu yönüyle iki taraflı bir süreç konusu olduğundan şiddeti uygulayan ve ona maruz kalanlar açısından ele alınması gereken temel bir olgu karşımızda durmaktadır.

Şiddeti önleme ve onunla mücadele yolunda da çeşitli adımlar atılmaktadır. Bu adımlar şiddeti önlemeye yeter mi bi-

linmez ancak, sağlık personeline yönelik ortaya çıkan şiddet davranışının ayrıca cezalandırılacak olması Türkiye için yeni bir yaklaşımdır. Kanunların suçu önlemeye yönelik etkileri konusunda Türkiye'de cezaevlerinde şiddet nedeniyle yatmakta olan kişi sayıları bize kanunların şiddetin nasıl cezalandırıldığını göstermektedir. Adam öldürme: 27.700, Yaralama: 13.103, Adam öldürmeye teşebbüs: 2.114, Gasp: 15.958. Bu sayılar kendi içinde de alt türlerine ayrılabilir. Buradan bir kez daha anlıyoruz ki; kanun, şiddeti önleyen değil, şiddet uygulamanın cezasını tanımlayan bir enstrümandır.

Ülkemizde 2013 yılında TCK'ya eklenen yeni maddelere göre sağlığına şiddet uygulanması cezai müeyyide öngören bir durum haline gelmiştir. Böylece şiddetin cezası ve etkileri de uzun vadede yeterli düzeyde analiz edilebilecektir. Bu çerçevede, bir kez daha bu şiddetin kavramsal düzeyde tasnifi ve nedenleri üzerine eğilmek gerekmektedir.

Çok basit düzeyde ve de kavramsal olarak şiddet, üç şekilde tezahür etmektedir. a) kişinin kendisine yönelik şiddet: intihar veya intihar girişimleri buna örnektir. b) Kişilerarası şiddet: iki veya daha fazla kişi arasında yaşanan ve kişilerin birbirini tanıma zorunluluğu bulunmayan şiddet türüdür. c) Kollektif şiddet: Gruplar arası yaşanan şiddet türüdür.

Sağlık sektörü özelinden bizi ilgilendiren ise, "kişilerarası şiddet"tir. Sağlık personeline yönelik uygulanan şiddet türü "kişilerarası şiddet" türü içinde değerlendirilmektedir. Bu şiddet türü son yıllarda ülkemiz gündeminin ön sıralarda yer alan bir konu olagelmıştır. Hizmetin niteliğine binaen kitle iletişim araçlarında da önemli bir yer tutmuştur.

Google arama motoruna "doktoru

dövdüler” şeklinde anahtar kelime girilince 178.000, “doktora şiddet” yazınca 768.000 sonuç çıkmaktadır. Bu noktada, “küresel halk sağlığı problemi” tespitiyle başlayan WHO (Dünya Sağlık Örgütü’nün) yaklaşımına hak vermemek elde değil. Kısa bir taramayla, konuyla ilgili çeşitli haberler incelendiğinde ise;

a) “**Hasta yakınları doktoru öldüresiye dövdüler:** Doğum yaptıktan sonra yaşamını yitiren 22 yaşındaki’ın yakınları tarafından saldırıya uğrayarak dövülen ve hayati tehlikesi bulunan doğum uzmanı doktor X, yoğun bakımda tutulurken,”

b) “**Soruyu beğenmeyip doktoru dövdüler!** Antalya Manavgat’ta hasta yakınları bir doktoru darp etti, bir acil tıp teknikerinin ise boğazını sıktı.”

c) “**Yedi aylık hamile doktoru dövdüler:** Elazığ’da bir hasta yakını, 7 aylık hamile kadın doğum uzmanı X’i döverek, karnına tekme attı.”

d) “**Doktoru ve hemşireyi tekme tokat dövdü!** Hastanede dayak kamerada! Doktor ve hemşireyi tekme tokat dövdü! Adana’da, özel bir hastanede 51 yaşındaki X, kendisini beklettiği iddiasıyla doktor ile hemşireyi oğlu M. ile birlikte dövdü. Doktorun omuzu çıktı. Hasta baba ile oğlu gözaltına alındı.”

Benzer durumlar yurtdışında da yaşanmaktadır.

e) Johns Hopkins hastanesinde bir cerrah, hasta yakını tarafından vuruldu...

f) New York’ta bir hastanede hasta yakını kırık sandalye bacağıyla hemşireyi dövdü...

g) Psikiyatri bölümünde görevli personel ölümcül bir saldırıya maruz kaldı...

Bu haberlerin ortak özelliği; sağlık personelinin hastaya hizmet sunduktan veya hizmet sunumu esnasından hasta veya yakınından şiddet görmesidir. Bu durumun patolojik bir özellik taşıdığı muhakkak zira kendisine hizmet sunmak için görevi başında bekleyen bu meslek erbaplarına şiddet uygulamanın hiçbir rasyoneli bulunmamaktadır. Dolayısıyla sağlık tanımının sadece hasta için değil onunla birlikte bulunan hasta yakınlarını da içine alacak şekilde bir yeniden tanımlama yoluna gidilmesi de düşünülmelidir.

Bir başka bakış açısından, hasta ile birlikte sağlık kurumlarına giden yakınlarının bu şiddete başvurmaları “haklı” çıkaracak bir nedenin bulunduğu ortaya konabilir mi? Bugüne değin saldırganların konuya ilişkin ortaya koydukları yaklaşımlar bunu destekler niteliktedir. Hasta veya yakını için kendi durumunda değişiklik oluşturmayan sağlık hizmeti, gerilim kaynağı olabilmektedir. Bu duruma rağmen sağlık personeli ile iletişime devamı halinde de öncelikle sözel şiddet daha sonra da fiziksel şiddet olayları yaşanmaktadır.

Diğer bir önemli husus, hasta yakınının hizmet sunum süreçlerinin tümüne tanıklık etmesi ve de bu hizmetlerde adeta yardımcı bir sağlık personeli veya hasta bakıcı personel gibi hizmet sunumunun bir parçası haline geldiği durumlarda gerilim ve akabinde çatışma kaçınılmaz hale gelmektedir.

Sağlık kurumlarında yukarıda yer verilen ve benzer diğer şiddet olayları/çatışmalar büyük ölçüde acil servislerde ve yoğun bakım ünitelerinde yaşanmaktadır. Bu nedenle, hastaneler söz konusu birimlerde güvenlik personeli istihdamını artırmaktadırlar. Özellikle acil servis personeli hasta ve yakını ile doğrudan iletişimde olduğundan olası bir şiddet olayına maruziyet oranı artmaktadır.

Şiddet olayı, açık bir çatışma olgusu olarak değerlendirilmelidir. Çünkü hasta/ hasta yakını ile sağlık personeli arasında yaşanan sorun bir çatışma türüdür. Bu durumda yapılacak sağlıklı bir değerlendirme, hasta/hasta yakını ve sağlıkçı personelin etkileşim sürecinde ortaya çıkan olumsuzlukların, çatışmaların doğru analiz edilmesini sağlamalıdır. Gazete haberleri ve diğer yayınlar incelendiğinde hasta ve/veya yakınları ile sağlık personeli arasında yaşanan bu şiddet/ çatışma türünün “gerçekçi olmayan” bir çatışma olduğu yolunda kuvvetli kanıtlar bulunmaktadır. Bu çatışma türü, çıkar, değer ve algı temelli anlaşmazlıkların dışında kalan ve daha çok tarafların iletişimde kullandıkları dil ve mekândan kaynaklanan anlaşmazlıklardır.

Birinci elden yapılan gözlemlerde hasta yakınlarının ciddi serzenişlerinin temelinde kendisine yeterli zaman ayrılmadığı argümanı öne çıkmaktadır. Hekimin ve de sağlık personelinin kısa zaman dilimi içinde başvuran hastaların tümüne bakma baskısı mevcut hastalar ile sorun yaşamasının ana sebeplerinden birisi gibi görünmektedir. Hastalar veya yakınları ile etkili bir iletişim kurulamaması, hastalığın oluşturduğu stresi azaltacak bilgi ve moral desteğinin yetersiz gelmesi de sebeplerden biridir.

Sonuç ve öneriler

Ülkemizde ve gerekse dünyada sağlık kuruluşlarında şiddeti sona erdirmenin tek ve kesin bir yolu bulunmamaktadır. Çatışma sosyal ilişkilen bizatihi doğasında yer alan bir husus olmasından dolayı bunun neticesinde ortaya çıkabilecek bir şiddet olayı da tabiatı itibarıyla kaçınılmaz olabilecektir. Kaçınılmaz olan çatışma olgusunu yönetmek ve baş edilebilir düzeyde tutmak gerekmektedir. Bu nedenle şiddeti veya saldırıları azaltmak için kısa, orta ve uzun vadede etkili olabilecek projeler üretilmelidir. Sağlık tesislerinde hasta penceresinden gecikme, hatalar ve çok beklemek gibi mağduriyet olarak adlandırılacak durumları azaltacak

önlemler geliştirilmelidir. Acil servisler hasta ve yakınlarını mağdur etmeyecek etkili bir triyaj sistemi uygulanmalıdır. Hasta yakınlarının tanı ve tedavi sürecinde yükünü azaltacak şekilde “hastaya yardımcı personel” istihdamının özellikle devlet hastanelerinde artırılması sağlanmalıdır. Çünkü hasta yakınları için, hastasından kaynaklı moral bozukluğu ve de gerilim yanında tanı, tedavi süreçlerine işgücünden yararlanılan adeta bir eleman gibi birinci elden tanıklık gerilim sebebi olmaktadır. Özellikle acil servislerde bu niteliğe haiz personel sayısının başvuruda bulunan hastalardan kendi işlemlerini yardım almadan sonuçlandırma imkânı bulunmayanların oranı dikkate alınarak istihdamı artırılmalıdır. Maliyet baskısı ve şiddet olgusu arasındaki tercih şiddeti azaltmak için maliyete katlanmak yönünde olmalıdır. Sosyal güvenlik kuruluşlarının bu maliyetin yükünü paylaşmaları sağlanmalıdır. Acil servis hizmetlerine ödeme noktasında bu yönde hükümler getirilebilir. Hasta ve yakını, hastalık hakkında yeterli ve zamanında, doğru bir şekilde bilgilendirilmelidir. Hasta yakınları için imkânları artırılmış bekleme alanları oluşturulmalıdır. Fiziksel çatışma yaşanması ihtimaline karşı yeterli sayıda güvenlik görevlisi istihdamı sağlanmalıdır. Poliklinik ve acil servislerin büyüklüğüne bağlı olarak güvenlik görevlisi sayısı belirlenmelidir. Sağlık personelinin eğitim programına kişilerarası ilişkiler ve iletişim dersi konulmalıdır. Halen çalışanların ise, hizmet içi eğitimlerle hasta ve yakınları ile iletişim konusunda eğitime alınması sağlanmalıdır. Hasta ve yakınları ile doğrudan iletişimde bulunan hiçbir meslek grubu bu eğitimlerden muaf tutulmamalıdır. Güvenlik ve diğer yardımcı hizmetlerle (temizlik vb.) görevli personeller de verdikleri hizmete uygun eğitime alınmalıdır. Özellikle sağlık personeline, acil servise başvuran hastaların yakını başta olmak üzere öfkeli insanların yönetimine dair eğitimler verilmelidir. Hastalara hak ve sorumluluklarını da içerecek şekilde şiddet konusunda kamu spotları hazırlanmalıdır. Hastane idareleri özellikle acil servislerde sağlık personeli başına düşen hasta sayısını azaltmak yönünde adımlar atmalıdır. Burada görevlendirilen sağlık personeli ve bakılan hasta sayısında optimum düzey tutturulmalıdır.

Kaynaklar

Demir Bayram, Demir Mehmet, (2010) “Hastanelerde Gerilim/Çatışma/Şiddet Ve Çözüm Yolları” Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi.

Gates, D.M. (2004), *The Epidemic of Violence Against Healthcare Workers*, *Occup Environ Med*, 61:649–650.

WHO, (2002), “*World Report on Violence and Health*”, Geneva.

WHO, (2010) “*Violence Prevention the Evidence*”, Geneva.

www.yeniyaklasimlar.org/m.aspx?id=5157 (Erişim tarihi: 15.03.2014)

Beden hakkında güncel tartışmalar

Dr. Nazan Erenoğlu Son



1969 yılında Muş'ta doğdu. Eskişehir Atatürk Lisesi'nin ardından Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünden 1986'da mezun oldu. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi'nde Tıp tarihi ve etik doktorasını tamamladı. Halen aynı üniversitenin hastanesinde görev yapan Son, üniversitenin bazı bölümlerinde beslenme derslerini vermektedir. Bilimsel ana uğraş alanları diyabetli hastalarda karbonhidrat sayım yöntemi, obezite, obezlerin beden algıları ve yaşam kalitelerinin etik yönünün irdelenmesidir. Dr. Son evlidir ve 2 çocuk annesidir.

Günümüzde her toplumda insan bedeninin “fiziksel” ya da “biçimsel” boyutunun yanı sıra, sosyal bir gerçekliği de bulunmaktadır. Bu sosyal boyut içinde kişiler taşıdıkları bedenlerinden ötürü “güzel ya da çirkin”, “iyi ya da kötü”, “kısa ya da uzun”, “zayıf ya da şişman” gibi etiketlenmelere maruz kalmaktadır. Bedene verilen bu notların neye göre verildiği, kime ve neye göre güzel olduğu, kime ve neye göre çirkin olduğu, hangi kavramın doğru ya da yanlış olduğu tartışmalıdır. Bu tartışmalar günümüzden önce başlamış ve görsellik ile de ilgili bazı kavramlar geliştirilmiştir. Beden'in tarihi her ne kadar 17. ve 18. yüzyıla, özellikle sosyoloji içindeki yeri, 1980'lere götürülse de, beden tarihi insanlık tarihi kadar eski ve önemlidir.⁽¹⁾ Aslında insanoğlunun var olduğu günden beri kendini bilme-tanıma çabası, yaşam süreçlerini sorgulaması, kendini farklı bir yerde konumlandırmasını beraberinde getirmiştir.^(1,2)

İnsanı, evreni, doğayı sorgulama, tanıma çabaları ile birlikte ruh beden ayrımı gibi düalist bir yaklaşım ortaya çıkmıştır. Tartışmanın merkezinde yer alan klasik felsefe, beden ve ruh ayrımında, ruhtan yana tavır koymuş, bedeni sadece ruhun taşıyıcısı, ruhun hapishanesi olarak görmüştür.⁽¹⁾ Bu düşünce yeniçağ felsefesinin kurucusu olan Descartes ile daha da pekişir. Descartes, akıl-beden düalizminde akla öncelik tanır. Böylece

“insanlık” doğayı egemenlik altına alma yetisi olan akılla tanımlanır. İnsanı tanımlayan eşit bir noktaya getiren akıl-insansalken, beden hayvansaldır.⁽²⁻⁴⁾

Ruh-beden ikiliği düşünce tarihi boyunca çok farklı şekillerde ele alınmış ve tartışılmıştır. Bu ikilik kimi zaman ruh- beden, kimi zaman akıl-beden olarak sürdürülmüştür.⁽²⁾ Düşünce tarihi içinde ruh-beden ayrımında ruhtan yana konulan tavır Platona kadar uzanmaktadır. Eski çağ Filozoflarından Platon idealizm düşüncesi ile düşünceyi merkeze koyarak varlığın kendisini arka plana iter. İdealizm; geniş anlamda her türlü varlığı düşüncenin ürünü ya da düşüncenin kendisi sayan bütün öğretileri kapsar. Platon'a göre ruh ölümsüzdür ve idealar dünyasından gelerek bedenle birleşir, böylelikle asıl yurduna kavuşmuş olur. İdealar dünyasında ruh merkezi bir yer tutar, beden ise sadece bu yeri pekiştirmeye yarayan araçtır.⁽¹⁾

Aristoteles Platon'un düalizmine karşı çıkarak, ruhu bedenın bir etkinliği, biçimleyici ilkesi olarak görür. Ona göre “ruh yaşayan bir varlığın formu olması anlamında tözdür ki o potansiyel olarak yaşama sahiptir ve töz bu anlamda aktivitedir. Ruh o zaman, hâlihazırda tanımlamış olduğumuz anlamda bedenın aktivitesidir. Kuşkusuz bir forma sahip olması gerekir”.^(1,5) Aristoteles bu düşüncesi ile ruhun tamamıyla madde dışı olduğunu savunan düşünceleri eleştirir. Ruh maddeden koparıp açıklamaz.

Bedenın bir aktivitesi olan ruh, bir forma sahip olmadan gelişemez.⁽⁵⁾

Platon idealizm düşüncesi ile düşünceyi merkeze alır, varlığın kendisini geri planda konular. Platon'a göre ruh ölümsüzdür. İdealar dünyasından gelip bedenle birleşir.⁽⁶⁾

Ortaçağ düşünürlerinden Büyük Gregorius'a göre beden “ruhun şu iğrenç giysisi” idi. Beden yok olur, ölür, ama ruh her zaman varlığını sonsuza dek korur.⁽¹⁾ Saint Louis Jonville ise beden hakkında görüşünü şöyle dile getirmiş; “insan öldüğünde şu beden cüzzamından kurtulur”.⁽¹⁾ Ortaçağ düşünürlerine göre; bedensel gereksinimler yok sayılmış, beden ruhun taşıyıcısı, ölümlü bir nesne olarak kabul görmüştür.⁽¹⁾

Ruh beden ikiliği 17. yüzyılda Descartes'in felsefesiyle daha belirgin ve önemli hal alır. Descartes'in düalist yaklaşımında, akıl bedenden önce gelir. Varlığın kanıtı düşüncedir. Düşünürseniz var olabilirsiniz. Beden ve ruh iki ayrı tözdür. Ruh maddi olmayan düşünen bir töz iken, beden ise, enliliği, uzunluğu, derinliği, olan ve maddi bir tözdür. Descartes, ruh ile bedenın birlikteliğini ikisinin bütünleşmesi olarak değil de, iki ayrı şeyin bir arada çalışması ve birbirini etkilemesi olarak anlar. Bedeni bir makineye olarak tanımlamaktadır. Etten ve kemikten yapılmış bir makinedir beden.⁽³⁾ Spinoza ise Descartes'in çoklu töz anlayışına; ruh ve beden tözüne karşı

Bireylere medya aracılığıyla gösterilen bir takım idealler, örnekler, modeller vardır. Kitlesel bir psikoza dönüşen incelik saplantısı, bronz ten, pürüzsüz cilt ya da eğlence endüstrisinin yıldızlarına benzeme arzuları tüketim toplumunun ideal bedenine bakarak üretilmektedir.



Görselliğin oldukça ön plana çıktığı bu zamanlarda, beden artık pazarlanabilir bir şeydir ve beden üzerinden arzularımızı satın alırız. Aynı zamanda bir imajlar toplumu olan tüketim toplumunda, estetik olanla gündelik olan arasındaki sınırların belirsizleşmesine neden olan imajlar, aynı zamanda arzuların üretilmesi ve diri tutulması işlevini görmektedir. Tüketim toplumunda en güzel tüketim nesnesi “beden” olmuştur. Beden şık bir ambalaj kâğıdıdır, her dem taze kalması, ölümsüz olması beklenen soyut bir yüzeydir.

çıkararak, tek bir tözün varlığından söz eder. Ruh ve beden iki ayrı töz değil aynı tözdür. Ruh ve beden aynı şeyin iki farklı görünüşünden başka bir şey değildir. Töz sonsuz ve bağımsız olmalıdır.⁽¹⁾

Aynı dönemde yaşayan birçok düşünüründe beden ve ruh ayrımı konusunda farklı ifadeleri olmuştur. Beden ve ruh tartışmalarında belli zamanlarda çok büyük fikir ayrılıkları ve tartışmalar yaşanmıştır. En belirgin ayrım kartezyen düşüncenin hâkim olduğu 17. yüzyılda yaşanmıştır. Aydınlanma düşüncesi de bedeni düalist yaklaşım içinde ele almış onu aklın karşısında ötekileştirmiştir.⁽⁷⁾ Aklın egemenliğini doğanın karşısına oturtan aydınlanma, bedeni nesneleştirerek insanı da bu süreçte özne olarak kurmaya çalışmıştır. Aydınlanmanın kartezyen yapısı başta fenomenolojik yaklaşım olmak üzere birçok post yapısalcı düşünür tarafından eleştirilmiş ve böylelikle beden farklı disiplinlerce tartışmaya açılmıştır. Bu disiplinlerden biri de sosyolojidir.⁽⁸⁾

Kartezyen düşünce ışığında süre gelen akıl-beden, beden-ruh tartışmasında ruha ayrı bir önem atfedilmesi ve bu önemin uzun süre varlığını sürdürmesi

bedenin ikincil konuma itilmesine yol açmıştır. Beden şu an var olan ama her an yok olacak maddi bir nesne olarak görülürken, ruh hiç yok olmayacak yok olsa bile başka bir yerde varlığını sürdürmeye devam edecek ölümsüz dünyanın maddi olmayan yönü olarak görülmektedir.^(1,9)

Aydınlatma felsefesinin temelinde yer alan kartezyen düşünce ise, akıl merkezli özelliği ile doğanın karşısında aklın egemenliğini kurar, böylece beden ile akıl arasındaki ayrım belirginleşir. Bu katı ayrım sadece beden ile akıl arasında değil; “insan ile doğa,” “özne ile nesne” arasında da görülür.⁽¹⁾

Fenomenolojik yaklaşım, felsefe tarihinde uzunca bir süre yer işgal eden bu beden ve ruh kartezyen düalizmine karşı ciddi eleştiriler getirir. Phenomen Sözcüğü Yunancadan “görünüm” anlamından alınmıştır.⁽¹⁾ Alm. Phaenomenologie, Fr. phenomenologie, İng. Phenomenology.⁽¹⁰⁾ The Encyclopedia of Sociology fenomenolojiyi: “birey ve onun bilinçli deneyimleri ile başlayan ve daha önceden var olan kabuller, ön yargılar ve felsefi dogmalardan kaçınmaya çalışan bir yöntem” olarak tanımlar.^(1,10)

Fenomenolojik yaklaşımı benimseyen ve temsil eden düşünürler, Husserl, Schultz, Scheler, Ponty, Sartre, ve Heidegger’dir. Fenomenolojik yaklaşımın kurucularından olan Husserl’e göre Fenomenoloji ya da görüngübilim felsefeyi metafizik öğelerden kurtararak, kesin bir bilim seviyesine erdirmiş ve böylece tıkanmış olan felsefeye yeni bir başlangıç yapmak iddiasıyla ortaya çıkmıştır.⁽¹¹⁾ Husserl’in en ünlü sloganı “şeylere dönelim” çağrısıdır. Bu düşüncesi ile Husserl, nesnelere yönelen anlayışın terk edilerek, bilinç alanına yönelmeyi önerir. Fenomenolojik yaklaşım her türlü metafizik somut yaşantıya önem verir. Böylelikle akıl-beden ya da ruh-beden karşıtlığı çerçevesinde süren soyut, metafizik tartışmaları da aşarak bedene farklı anlamalar yükler.⁽¹⁾ Kısacası fenomenolojik yaklaşım yaşayan bedene yönelir ve beden ruh karşıtlığını eleştirir. Fenomenolojik yaklaşımda nesnel dış dünya, bedeninin eylemleri ve muhtemel eylem potansiyeliyle bağlantılı olarak ele alınır.⁽⁹⁾

Fenomenolojide karşımıza, biri fiziki diğeri ise yaşayan olmak üzere iki farklı beden çıkar. Kartezyen anlayış, bedeni fiziki nesneler arasında bir nesne olarak görmekteyken, Fenomenolojinin önde gelen temsilcilerinden biri olan Merleau-Ponty için beden, sadece dünyada bir nesne olarak ele alınmaz. O “dünyanın” sayesinde var olduğu şeydir.^(1, 7, 8) Beden fizyolojik olarak tanımlandığı gibi organlardan oluşan bir nesne, bir mekanizma

değildir. Yani beden basit bir nesne değildir. Çünkü “nesneler parçaların birbirinin dışında bir varoluştur”.

Ponty’e göre insan aynı anda hem düşünen bedensel ben, hem de düşünen öznedir. Varlık hem düşünceden hem de bedenden oluşur. Düşünce hiçbir zaman bedenden kopmamıştır. Çünkü Ponty’nin düşüncesinde bedenli varoluş vardır. Tin (ruh) beden ilişkisinin ele alındığı bu var oluş düşüncesinde tinin egemenliği yıkılmıştır. Ancak beden de tinin yerini almaz. “Tin bir bedeni vardır ve beden bir tini vardır”, “Bedensel varoluş, varoluşun olmazsa olmaz bileşenidir.”⁽⁷⁾

Merleau-Ponty’nin insan zihnindeki bedenselliğin altını çizen beden-özne felsefesidir. Merleau-Ponty, yeni düşünme yolları peşinde koşarak özgün bir içerik kazandırdığı beden-özneyi, Kartezyen öznenin karşısına çıkarmaktadır.⁽⁹⁾ Fenomenolojik yaklaşım yaşayan bedene yönelir ve beden ruh karşıtlığını eleştirir. Fenomenolojik yaklaşımda nesnel dış dünya, bedeninin eylemleri ve muhtemel eylem potansiyeliyle bağlantılı olarak ele alınır.⁽¹⁾

1789 Fransız Devrimi ve Avrupa’da sanayi devriminin ortaya çıkmasına paralel olarak sosyoloji de bir bilim dalı olarak gelişmeye başlamış, dönemin sorunlarına ışık tutmaya çalışmıştır. Klasik sosyolojide önemli yer tutan Comte, Durkheim, Marx, Simmel, Weber gibi dönemin düşünürleri, bu süreçte hızla değişen kültürel, siyasal, ekonomik, teknolojik ve toplumsal değerleri çözümlemeye yönelmiştir. “Düşünürlerin ortak teması toplumların modern öncesi aşamadan modern aşamaya geçişidir.”⁽¹⁾

Bu süreç ve devamında sosyolojik anlamda pek çok sosyal konuyla ilgilenebilmesine rağmen beden ve bedene bakış satır aralarına sıkışmıştır.

Klasik sosyoloji; doğal bilimlere karşı gösterdiği tavrını zedelemeyecek şekilde varlığını kabul ettiği bedene ‘görünmez’ bir nitelik atfetmiştir; beden vardır ama görünmemektedir.⁽¹⁾ Döneme ait pek çok düşünür, yazılarında beden konusuna direkt yer vermemekle birlikte daha çok din ve insanın doğasına ilişkin açıklamalarında insan bedenine göndermelerde bulunmuştur. Beden konusunun sosyoloji içinde yer edinmesi için 1980’leri beklemek gerekmiştir.⁽¹²⁾

1980’lerden sonra gelişen beden sosyolojisi temel olarak insanın vücut gelişiminin toplumsal doğası, vücutun toplumsal olarak üretilmesi, vücutun toplumsal temsili ve dile getirmeleri ve vücut, toplum ve kültür arasındaki karmaşık ilişkileri incelemektedir. Bedenin sadece biyolojik bir süreçten ibaret

olmadığı, toplumsal etmenler tarafından şekillendiği düşüncesinin yaygınlaşması, bedenin sosyoloji içinde bir alan olarak güçlenmesine neden olmuştur.⁽¹³⁾ Artık beden ne sadece biyolojiye, ne tıbbı konu olmuş ne de felsefi zeminde ruhun karşısında yer almıştır. Beden toplum-salın içinde şekillenen çok önemli bir olguya dönüşmüştür.⁽¹⁾

Kartezyen düşünce çerçevesinde sürekli aşağılanan ve yok sayılan, satır aralarında işlenen, ihmal edilen beden, sosyoloji içinde farklı bir disiplin olarak ele alınmaya ve 1980'lerden sonra sosyolojinin bir alt dalı olarak tartışılmaya başlanılmıştır. Beden aynı zamanda çok farklı disiplinlerin, farklı alanların konusu olmaktadır. Beden en çok diyet, güzellik, estetik cerrahi, magazin, spor, vücut geliştirme, cinsellik, cezalandırma, sağlık, eğitim vs. gibi başlıklar altında karşımıza çıkan bir konu olmuştur.⁽¹⁾

Beden sosyolojisi her geçen gün önem kazanan bir alan olmakla beraber, her geçen günde farklı bir boyutla tartışılmaktadır. Peki, nedir bu beden sosyolojisi? İnceleme alanı nedir? Ve son yıllarda neden bu kadar önem kazanmaya başlamıştır? İlk olarak bu sorulara yanıt aramak bedenin tarihi gelişiminin irdelenmesi bağlamında önemlidir.

Giddens'a göre yeme bozukluklarının yaygınlaşması, toplumsal etmenlerin yaşamlarımızın üzerindeki etkisinin artması bedene olan ilginin göstergesidir. Beden sosyolojisi diye bilinen alan, bedenin toplumsal etmenler tarafından nasıl etkilendiğini incelemektedir. Düşünür'e göre insanlar olarak bizler, bedensel varlıklarız- hepimizin bir bedeni var. Beden yalnızca bizim olan bir şey olmadığı gibi toplumun dışında var olan, yalnızca fiziksel bir şey de değildir.⁽¹⁾

Bedenlerimiz, bizim toplumsal deneyimlerimizden olduğu kadar bizim ait olduğumuz grubun normları ve değerleri tarafından da derinlemesine etkilenirler. Sosyologlar, toplum yaşamı ile beden arasındaki bağlantıların yapısının ciddiyetini ancak çok yakın zamanlarda kavramaya başlamışlardır. Öyle ki çoğunlukla ruh kavramının gölgesinde kaldığını ve ancak modernlikle bedenin ruhun gölgesinden çıkarak gerçeklik, imge ve gösterge olarak kendini ortaya koyduğu söylenebilir.⁽¹⁴⁾

Giddens düşünceleriyle bedene toplumsal bir nitelik atfeder ve onu sosyolojik bir perspektif içine yerleştirir. Bedeni salt fiziksel bir süreç olmaktan çıkarır, bedenin biyolojik yönü kadar toplumsal yönünü de vurgular. Wallace ve Wolf'a göre sosyologların beden konusuna giderek artan ilgilerinin nedeni, kamuda fiziksel sağlık ve iyilik alanına duyulan



yaygın ve artmakta olan meraktır.⁽¹⁾

Yirminci yüzyılın son zamanlarında diyet besinler, plastik cerrahi ve sağlık kulüplerine ilginin hızla büyümesi bedenin artan öneminden ileri gelmektedir. Bu bağlamda bedene artan ilgiyi, Batı toplumunda artan obezite ve popüler kültürün medya aracılığıyla dayattığı kusursuz beden yaratma çabası ve bu anlayışın toplumun büyük kesimlerince kabul görmesine bağlamak yanlış olmaz.⁽¹⁾

Nazlı'ya göre bedene artan ilginin temelinde, gelişen kapitalizmin, toplumsal platformdaki görünüşleri önemli bir rol oynamaktadır. Modern endüstri toplumlarından postendüstriyel toplumlara geçişle birlikte üretimin kol işgücünden beynsel işgücüne kayması, bunun sonucu olarak hizmet sektörünün ön plana çıkması, boş zamanın artması, postendüstriyel toplumla beraber yeni bir tüketim kültürünün ortaya çıkması, kitle iletişim araçlarının hem tüketim

kültürünün yaygınlaşmasında hem de bu kültür içinde bedenin önemli bir tüketim nesnesi haline getirilmesinde önemli bir rol oynaması, bedenin popüler kültür içinde ayrı bir alan oluşturmaya, toplum yapısında meydana gelen değişimler ve hancı bir toplum anlayışına dayanan değerlerin ön plana çıkması, 1960'lerden sonra kadın ve eşcinsel hareketlerinin bedene ayrı bir vurgu yapması, artan yaşlı nüfus ve bunun da beraberinde yeni ekonomik ve sosyal düzenlemeleri getirmesi, ortaya çıkan yeni hastalık tipleri ve bu hastalık tiplerinde hem biyolojik hem psikolojik süreçlerin rol oynaması, son yıllarda biyoteknolojilerin gelişmesiyle birlikte, klonlama, organ nakli, doping gibi etiğe de konu olan tartışmaların yaygınlaşması, plastik cerrahinin gelişmesi ve bu cerrahlere talebin artması gibi çok farklı nitelikte faktörlerin payı büyüktür.⁽¹⁾

Dünya hızlı bir postmodernizasyon sürecine girmiş; yakın geçmişte ütopya olanlar düşünüyü ortadan kaldırarak onu hem gündelik hale getirmiş hem de bireyi



İdeal bedene ulaşma duygusuyla organ nakilleri, estetik ameliyatlar, plastik cerrahi girişimleri, kozmetik sektöründe yeni buluşlar, pek çok medikal veya cerrahi uygulamaları beraberinde getirmiştir. Bu pazarda yer alan bazı uygulamaların veya uygulanma şeklinin etik olup olmaması ya da kişiye zarar vermeme ilkesine bağlı kalınması bazen göz ardı edilebilmektedir.

onun içine taşımıştır. Postmodernlik; üretimi bir toplumsal düzenden yeniden üretimi bir toplumsal düzene geçilmesinde, yeni teknoloji ve enformasyon biçimlerinin merkezi rol oynamasıdır. Postmodern süreç; postmodern kültür ve postmodern toplumlarının oluşumunu sağlamıştır. Bireyler her şeye çok daha kolay ulaşır duruma gelmiştir. Yani ileri teknoloji ve hızlı değişim toplumları oluşmuştur.⁽¹⁵⁾ Postendüstriyel topluma geçişle birlikte bedenin de nasıl bir bombardimana tutulduğu belirgin olarak görülmektedir. Özellikle Batıda artan obezite popüler kültürün kusursuz beden yaratma dayatması bu konuyu canlı tutmaktadır.⁽¹⁶⁾

Globalleşen dünyada üretim toplumundan-tüketim toplumuna dönüşüm yaşanırken insan ve insan bedenide bu durumundan nasibini almakta ve malzeme olmaktadır.⁽¹⁶⁾ Öyle ki postmodern toplulukta bedenini yüzeyine yazılan kültürel göstergeler ilksel toplulukların üyelerinin bedenlerinde oluşturdukları izlerden tamamen farklıdır. İlksel bedenin

izleri tinsellik, su, toprak, doğa iken postmodern canlının teninde kopuk, soyut, ticari göstergeler izlenmektedir.⁽¹⁶⁾ Postmodern toplumun ideal bedeni genç, esnek, bronzlaşmış, sıkı tenli, hijyenik, formda bir bedendir.⁽¹⁶⁾

Beden sosyolojisinin gelişimine katkıda bulunan önemli düşüncülerden bir diğeri ise Bourdieu'dur. Habitus kavramıyla sınıflar arası beden algısının nasıl değiştiğinin bir analizini sunarak, bedeni sosyal sermaye, kültürel sermaye ve ekonomik sermaye arasında farklı bir sermaye türü olarak sunar. Böylece beden başta sosyoloji olmak üzere birçok disiplinin ilgi odağı haline gelmekte, disiplinler arası bir çalışma alanı olarak karşımıza çıkmaktadır.⁽¹⁾

Beden sosyolojisinin gelişmesinde kuşkusuz hem sosyal hem de felsefi bakış açılarının önemi yadsınamaz. 1980'lerden sonra gelişen beden sosyolojisi bedeni sadece biyolojik bir süreçten ibaret olmadığını, toplumsal etmenler tarafından şekillendirildiğine

dikkat çeker. Bu gelişmede, bedeni dış dünyaya ait gören, ruhu ise bu dışsal dünyada merkeze koyan, onu yücelten bakış açılarının önemini yitirmesinin payı büyüktür. Beden felsefeden sosyolojinin içine bir geçiş yapar ve sosyokültürel bir zeminde toplumsalın içinde tartışılır. Değişen ekonomik ve sosyal örgütlenmeler bu alanın önemini artırır. Yeni toplum tipinde beden önemli bir araç ve aracı haline gelir. Çünkü beden aracılığıyla yeni kimlikler, yeni tüketim kalıpları, yeni güzellik idealleri, yeni imajlar, yeni iktidar tipleri inşa edilir. Böylelikle beden “modern” dünyanın bir projesi haline gelir.⁽¹⁾

Kimliklerin ve farklılıkların yaratılmasında ise tüketim nesnelerinin başat bir rolü vardır. Modern toplumun bireyleri, bedenlerini de, tükettikleri mallar, hizmetler veya kültür ürünleri gibi kendileri hakkında enformasyon yaymak, prestij sağlamak, kimlik ve yaşam tarzlarını inşa etmek için kullanılmaktadırlar. İnsanlar ait oldukları sınıftan, aileden, oturdukları semtten, kullandıkları otomobilden, taraftarı oldukları futbol takımından, sevdikleri müzik türünden önce bedenleriyle ve bedenleriyle görünürler. Ancak tüketim malları ve hizmetlerinin üzerlerinden edinilen prestij açısından kendi aralarında oluşan hiyerarşik sıralamayı oluşturan, yani hangi mal ve hizmetlerin simgesel değerinin daha fazla, hangilerininse daha az olduğunu belirleyen bireylerin bizzat kendileri olmadığı gibi, bedenlerin değeri de bireyler tarafından değil, tüketim toplumu tarafından belirlenmektedir.⁽¹⁷⁾

Bu konuda bireylere medya aracılığıyla gösterilen bir takım idealler, örnekler, modeller vardır. Kitlesel bir psikoza dönüşen incelik saplantısı, bronz ten, pürüzsüz cilt ya da eğlence endüstrisinin yıldızlarına benzeme arzuları tüketim toplumunun ideal bedenine bakarak üretilmektedir. İnsanların solaryum, güzellik ve spor salonlarına gitmeleri, estetik operasyonlardan geçmeleri, egzersiz ve diyet yapmalarının nedenlerinden biri de söz konusu ideal bedene sahip olma arzudur denebilir. Bedenin rasyonalizasyonu estetiği de bu noktada birbirine karışmaktadır. Sözgelimi egzersizin sağlıklı yaşam gibi rasyonel bir amacı olduğu ortadadır, ama bazen başkası tarafından/başkasının bakışı tarafından- beğenilmek gibi hazzı bir güdüyle yapılmadığı da iddia edilemez.^(18, 19)

Kurumsal yapılanmalarda yine beden ön plandadır. Sistem aynı zamanda bedeni farklı şekillerde de kullanır. Görseelliğin oldukça ön plana çıktığı bu zamanlarda, beden artık pazarlanabilir bir şeydir ve beden üzerinden arzularımızı satın alırız. Beden tüketim toplumunun yükselen değeridir. Çünkü tüketim toplumunun

aynı zamanda bir imajlar toplumu olduğu ve bu imajların aşırı-üretimini kitleleri tüketim nesnelerine yönelik arzu yatırımı yapmaya teşvik etmektedir. Bir tüketim toplumunda, estetik olanla gündelik olan arasındaki sınırların belirsizleşmesine neden olan imajlar, aynı zamanda arzuların üretilmesi ve diri tutulması işlevini görmektedir.^(17, 20) Tüketim toplumunda en güzel tüketim nesnesi “beden” olmuştur.⁽¹⁶⁾ Şık bir ambalaj kâğıdıdır, her dem taze kalması, ölümsüz olması beklenen soyut bir yüzeydir.⁽⁴⁾ Görüldüğü gibi beden ile olan ilişkimiz yüzyıllar boyunca değişmiştir. Günümüzde postmodern toplumda etikle de yakından ilişkili bedene ilişkin yaşanan tartışmaların büyüyerek devam etmektedir.

İdeal bedene ulaşma duygusuyla organ nakilleri, estetik ameliyatlar, plastik cerrahi girişimleri, kozmetik sektöründe yeni buluşlar, pek çok medikal veya cerrahi uygulamaları beraberinde getirmiştir. Bu pazarda yer alan bazı uygulamaların veya uygulanma şeklinin etik olup olmaması ya da kişiye zarar vermeme ilkesine bağlı kalınması bazen göz ardı edilebilmektedir.⁽³⁾ Plastik cerrahi, estetik cerrahi, organ aktarımları, doping uygulamaları, yeni zayıflatma yöntemleri yükselen değerler olarak yerlerini almıştır. Yani sıra bazı uygulamaların ihtiyaç mı yoksa kişisel haz mı olduğu tartışmalıdır.^(17, 19) Günümüzde bedenin ne’liği etik boyutta pek çok tartışmayı beraberinde getirerek devam edecek gözükmektedir.

Kaynaklar

- 1) Timurturkan M.G., *Felsefi Bedenden Sosyolojik Bedene. ETHOS: Felsefe ve Toplumsal Bilimlerde Diyaloglar*. 2008, Temmuz, Sayı:1,4. s. 2-15.
- 2) Evren N., *İnsan Bedeni. Felsefe Ekibi Dergisi*. 2009;12, s.9. http://www.felsefeekibi.com/dergi12/s12_y13.html (Erişim tarihi: 22.10.2012)
- 3) Yaşayan G., *Beden: Estetikten Arzuya. Felsefe Ekibi Dergisi*. 2009;12, s.4. http://www.felsefeekibi.com/dergi12/s12_y9.html (Erişim tarihi: 22.10.2012)
- 4) Çubukçu Y., *Şık Bir Ambalaj Kağıdı Olarak İnsan Derisi. Felsefe Ekibi Dergisi*. 2009;12, s.4. http://www.felsefeekibi.com/dergi12/s12_y6.html (Erişim tarihi: 22.10.2012)
- 5) Derbender, F., *Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Felsefe Anabilim Dalı, Sistematiği Felsefe ve Mantık Bilim Dalı*, 2007, Denizli.
- 6) <http://www.jewishencyclopedia.com/articles/8092-immortality-of-the-soul> (Erişim tarihi: 12.07.2012)
- 7) *Felsefe Ekibi. Felsefe Ekibi Dergisi*. 2009;12, s.4. http://www.felsefeekibi.com/dergi12/s12_y3.html (Erişim tarihi: 22.10.2012)
- 8) http://www.academia.edu/1831332/Bedenin_Sifresi_Iktidar_Direnişi_ve_Bedensellik (Erişim tarihi: 22.09.2012)
- 9) Derekö, A., *Merleau-Ponty’de kartezyen özne*

Plastik cerrahi, estetik cerrahi, organ aktarımları, doping uygulamaları, yeni zayıflatma yöntemleri yükselen değerler olarak yerlerini almıştır. Yani sıra bazı uygulamaların ihtiyaç mı yoksa kişisel haz mı olduğu tartışmalıdır. Günümüzde bedenin ne’liği etik boyutta pek çok tartışmayı beraberinde getirerek devam edecek gözükmektedir.

eleştirisi ve tensel özne. Doktora Tezi. 2011, Ankara.

10) <http://psikolojikdanisma.net/fenomenolojik.htm> (Erişim tarihi: 08.10.2012)

11) <http://tr.wikipedia.org/wiki/Fenomenoloji> (Erişim tarihi: 15.10.2012)

12) *Felsefe Ekibi. Üst Modernite Kavramlar. Postendüstriyel Toplum, Postmodernlik, Postmodernleşme. Felsefe Ekibi Dergisi*. 2005;2, s.15. http://www.felsefeekibi.com/dergi2/s2_y4.html (Erişim tarihi: 22.10.2012)

13) Maurice Merleau-Ponty (Algılanan Dünya). *Dışardan Görünen İnsan. Felsefe Ekibi Dergisi*. 2009;12, s.5. http://www.felsefeekibi.com/dergi12/s12_y5.html (Erişim tarihi: 22.10.2012)

14) Özudoğru Ş., Yaşayan G., *Beden Üzerine Söyleşi. Felsefe Ekibi Dergisi*. 2010; 12, s.5. http://www.felsefeekibi.com/dergi12/s10_y1.html (Erişim tarihi: 22.10.2012)

15) Yapıcı M., *Tüketirken Tükene Yaşamlar, Felsefe Ekibi Dergisi*. 2008; 10, s.15. http://www.felsefeekibi.com/dergi10/s2_y3.html (Erişim tarihi: 26.10.2012)

16) *Felsefe Ekibi. En Güzel Tüketim Nesnesi: Beden. Felsefe Ekibi Dergisi*. 2008; 10, s.15. http://www.felsefeekibi.com/dergi10/s10_y7.html (Erişim tarihi: 22.10.2012)

17) Işıkdöğün, O., *Görsel Kültürde bir Tüketim Nesnesi Olarak Beden: Video Klipler Örneği. Y.L.Tezi*. 2007, Ankara.

18) <http://johannesbrug.blogspot.com/2008/02/ethics-of-obesity-prevention.html>, (Erişim tarihi: 06.05.2012)

19) <http://healthbeat.areavoices.com/2010/04/27/obesity-where-ethics-and-policy-collide/>, (Erişim tarihi: 25.04.2012)

20) Baldwin, T., *Association For the Study of Obesity. Programme and Speakers Summaries. Inequalities, Ethics and Obesity. The Kennedy Lecture Theatre Institute of Child Health*. 2009, London.

Helsinki Bildirgesi (2013) üzerine

Dr. Bülent Özaltay



1962 yılında İstanbul'da doğdu. 1980'de İstanbul Erkek Lisesi'nden, 1986'da İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İstanbul Haseki Hastanesi'nde Aile Hekimliği ihtisası (1987-90), İstanbul Tıp Fakültesi'nde Deontoloji ve Tıp Tarihi ihtisası (1994-1996) yaptı. Halen İstanbul Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı'nda görev yapmaktadır.

Dr. M. Alpertunga Kara



1995 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1997-98 arasında İstanbul Tıp Fakültesi'nde Deontoloji ve Tıp Tarihi, 2009-13 arasında İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Aile Hekimliği uzmanlık eğitimlerini tamamladı. Halen Erzincan Kemaliye Devlet Hastanesi'nde Başhekim olarak görev yapmaktadır.

İlk versiyonu, Haziran 1964'te gerçekleştirilen 18. DTB (Dünya Tabipler Birliği - World Medical Association) Genel Kurulu'nda kabul edilen ve toplantının yapıldığı şehrin ismiyle anılan Helsinki Bildirgesi, insanlar üzerinde yapılacak tıbbi araştırmalara ilişkin etik ilkeleri içerir. İçeriği itibarıyla araştırma etiğinin köşe taşlarından biri olarak kabul edilen metin, hukuki bağlayıcılığı genel kabul görmemekle birlikte zaman içerisinde birçok ülkenin iç hukukunun bir parçası haline gelmiş, en azından insanlar üzerinde yürütülen deneysel çalışmalara ilişkin yerel yasal düzenlemeler için kılavuz işlevi görmüştür. Helsinki Bildirgesi, bu özelliklerine ve DTB'nin en sık atıfta bulunulan belgelerinden biri olmasına mukabil, üzerinde çokça tartışılan ve hatta muhtelif yönlerine muhtelif gerekçelerle itiraz edilen bir belge olma niteliğine de sahiptir.^{1,2} Belki de bu nedenle 1964'deki ilk versiyonundan bu yana yedi kez güncellenmiş (revize edilmiş) ve iki kez de şerh düşülerek düzeltme yoluna gidilmiştir. Bu süreçte bildirge, ilk versiyonunun kısalığına oranla hatırı sayılır uzunluğa sahip bir metin haline dönüşmüştür.

Son revizyona uzanan süreç 2008 tarihli bir önceki revizyon sonrasında başlamıştı. Bildirgedeki plasebo kontrollü çalışmalara ilişkin hükümlerin tartışmalara ve itirazlara yol açması nedeniyle özel bir çalışma grubu oluşturulması kararlaştırılmış ve bu çerçevede 2010 ve 2011 yıllarında iki konferans düzenlenmişti. Çalışmalarını sürdüren grup, bildirgenin tamamına ilişkin bir revizyon sürecinin başlatılmasını da önermiş ve kendi ifadeleriyle "şeffaf bir tartışma süreci"ne ön ayak olmuştu. Söz konusu süreç, birliğin tüm üyeleri ile uluslararası organizasyonlar ve grupların

katılımının sağlanmasıyla yürütülmeye çalışılmıştı. Bu amaçla Rotterdam, Cape Town ve Tokyo'da düzenlenen toplantılarda konular tartışılmış ve Nisan 2013'te ilk taslak hazırlanmıştı. Taslak yaklaşık iki ay süre kamuoyunun tartışma ve değerlendirmesine sunulmuş, nihayet Ağustos ayında Washington'daki konferansta son halini almıştı. Ekim 2013'te DTB'nin Fortaleza'da (Brezilya) toplanan 64. Genel Kurulu'nda da görüşülen taslak küçük değişiklikler ile kabul edildi. Böylece Helsinki Bildirgesi'nin yeni sürümü (8.0) yürürlüğe girmiş oldu.³

Bildirge metniyle bu kadar sık oynanması ve değişikliğe gidilmesi, eskiden beri eleştiri konusu olagelmıştır. Sık revizyonlar, bir görüşe göre hazırlık aşamasındaki özensizliği göstermekte ve sonuçta belgenin meşruiyetine hanel getirmektedir. Plasebo kullanılması ve araştırma sonrası erişim gibi hususlarda bazı hükümler getirmek, izleyen birkaç sene içerisinde ise bu hükümleri revize ederek gevşetmek, ilk başta vazedilen hükümlerin hatalı olduğunun itirafı olarak görülmektedir. Bildirge metninin çelişkili ve muğlak ifadeler barındırdığı, ayrıca bu tür bildirgelerin temel etik ilkeleri belirlemesi gerektiği, etik ilkelerin de bu kadar sıklıkla değişmeyeceği şeklindeki eleştiriler de mevcuttur. Tüm bu hususlar, belgeye ihtiyatla yaklaşılmasına, ciddiyetinden şüphe duyulmasına neden olmaktadır.⁴

Bildirgenin son versiyonu radikal değişiklikler içermiyor. Belki de kolaylıkla fark edilebilir olmasından dolayı en önemli sayılabilecek değişiklik muhteva ile değil, belgenin biçimi/yapısı ile ilgili olanıdır. Daha önceki versiyonlarda metnin farklı yerlerinde yer alan ancak birbirleriyle ilişkili olan maddeler ve hükümler (bilgilendiril-

miş olur, etik kurullar, hassas gruplar vb) 2013 metninde bir araya getirilmiş ve ara başlıklar altında derlenmiş. Bu değişikliklerle metne kolay okunabilirlik özelliği katılmış ve metin daha kullanışlı bir biçim kazanmış.⁴⁻⁶ Buna mukabil bu derleme metni gereksiz tekrarlardan kurtaramamış.

Metnin dilinde kelime ve ifadelerle sınırlı bazı değişiklikler yapılmış. Örneğin, "should" yerine "must" kullanılması yoluyla yapılan bazı ifade değişiklikleri mevcut. Bu muhtemelen yükümlülükleri (zorunluluğu) güçlendirmeyi amaçlıyor. Ancak bunun pratikte karşılığının ne olacağı ya da olması gerektiği yeterince açık değil.

Ayrıca bazı maddelerde "ehil", diğer bir ifadeyle "farik ve mümeyyiz" (competent) ifadesi, "bilgilendirilmiş olur verme ehliyetine sahip" (capable of giving informed consent) şeklinde değiştirilmiş. Benzer şekilde "ehil olmayan" (incompetent) ifadesi "bilgilendirilmiş olur verme ehliyetine sahip olmayan" (incapable of giving informed consent) halini almış. Kimi maddelerdeki topluluk (community/communities) kelimeleri de grup (group/groups) kelimesi ile değiştirilmiş. Bu değişikliklerin metnin muhtevasına ilişkin bir öneme sahip olduğunu söylemek güç; muhtemelen üslupla ilgili bir tasarruf.

2013 metniyle etik kurulların araştırmaların izlenmesi konusundaki rolleri pekiştirilmiş. Yeni metinde araştırmacının tamamlanmasından sonra araştırmacıların etik kurula araştırma sonuçlarına ilişkin rapor sunmaları yükümlülüğü getirilmiş (md.23). Ayrıca etik kurulun çalışma prensiplerine yeni metinde şeffaflık ve kalifiye (duly qualified) olmaları hükmü de eklenmiş (md.23).⁷ Buna mukabil, kalifiye olma özelliğinin mesleki yeterlilikle mi, etik

konulardaki yeterlilikle mi yoksa her ikisiyle de mi ilgili olduğu açık değil.⁶

Önceki metinde tıbbi araştırmaları yürüten kişiler tanımlanırken kullanılan “uygun bilimsel tahsil ve niteliklere” sahip olma şartı (md.16)⁸ yeni metinde “uygun etik ve bilimsel eğitim, tahsil ve niteliklere” sahip olmak (md.12)⁷ olarak düzenlenmiş. Böylece, araştırmacıların sahip olması beklenen “etik eğitimin kapsamı ve niteliği” şeklinde yeni bir tartışma konusu ihdas edilmiş.

Kimi değişiklikler, 2013 metniyle gönüllülerin korunmasına yönelik önlemlerin artırıldığı intibahı uyandırıyor. Örneğin hassas (vulnerable) gruplar üzerinde yapılacak çalışmaların şartlarına “araştırmanın hassas olmayan (non-vulnerable) bir grupta yürütülmesinin mümkün olmaması” hükmü de ilave edilmiş (md.20).⁷ Metnin bu bölümü, hassas grup tanımının açık olmadığı, kimlerin bu tanıma girdiğinin belli olmadığı şeklinde bir eleştiriye maruz kalsa da⁶, bu grupları tanımlamanın ve bir liste oluşturma metni uzatmasının yanı sıra hazırlanacak listenin hiçbir zaman eksiksiz olamayacağı nedeniyle sorunlu olacağı da açıktır. Dolayısıyla, bu hususta ayrıntıya girilmemiş olması makul ve mazur görülebilir.

Helsinki Bildirgesi’nde ilk kez yer alan bir diğer hükümle, araştırmaya katılan gönüllülerin uğrayabilecekleri zararların telafi edilebilmesi için gerekli önlemlerin alınması yükümlülüğü getiriliyor: “Araştırmaya katılmaları nedeniyle zarar gören gönüllülerin uygun şekilde tazmin ve tedavi edilmelerini güvence altına alacak önlemler alınmalıdır (md.15)”.⁷ Ancak sadece araştırma (research) tabirinin kullanılmış olması, bu hükmü her türlü araştırmaya şamil kılıyor. Bu genellemenin, ülkemizde olduğu gibi faz IV ilaç çalışmalarında bile bu şartı aramayan düzenlemelere sahip ülkelerde birçok araştırma için (girişimsel olmayan araştırmalar da dâhil olmak üzere) sıkıntı doğurması beklenilebilir.

Araştırmaya katılan gönüllülerin, araştırma ile faydalı olduğu anlaşılan imkânlarla çalışma sonrasında ulaşımı meselesi revizyon sürecinde tartışmalara neden olmuştu.³ 2008 metninden farklı olarak 2013’de kabul edilen yeni metinde destekleyiciler, araştırmacılar ve hükümetlerin zikredilmesiyle bu hususta yükümlü olanların belirlenmesinin olumlu bir gelişme olduğu söylenebilir: “Destekleyici, araştırmacı ve ev sahibi ülke hükümetleri, çalışmada yararlı olduğu belirlenen müdahalelere ihtiyaç duymaya devam eden tüm katılımcılar için çalışma sonrasında erişim için sağlanacak imkânları klinik çalışma başlamadan önce belirlemelidir (md.34).”⁷ Ancak, 2008 metninde kullanılan “çalışmada yararlı olarak tanımlanan yöntemler veya diğer uygun tedavi ve yararlar” ifadesi (md.34)⁸ 2013 metninde “çalışmada yararlı olduğu belirlenen müdahaleler” şeklinde değişti-

rilmiş, dolayısıyla yükümlülüğün kapsamı katılımcıların (gönüllülerin) aleyhine olacak şekilde daraltılmış.

Yeni metinde, insan gönüllülerin yer aldığı tüm araştırma çalışmalarının (research study involving human subjects) kamuya açık, erişilebilir bir veritabanına kaydedilmesi zorunlu kınıyor (md.35).⁷ Bu yükümlülük 2008 metninde klinik çalışmalar (clinical trial) ile sınırlanmıştı (md.19).⁸ Bu değişiklik sonrasında, erişilebilir veritabanına kaydedilme zorunluluğu olmayan bir çalışmadan söz edebilmek neredeyse mümkün değildir.

2008 metninde koleksiyon materyalleri ve kayıtlı veriler üzerinde yapılacak çalışmaları düzenleyen maddede yer alan “kime ait olduğu bilinen/belirlenebilen beşeri materyal ve veriler” ifadesi (md.25)⁸ küçük bir ilaveyle yeni metinde “biyobankalar ve benzeri depolama birimlerindeki gibi kime ait olduğu bilinen/belirlenebilen beşeri materyal ve veriler” (md.32)⁷ şeklinde almış. Bu ilave muhtemelen ifadeyi netleştirme amacıyla yapılmış, ancak sonuçta maddenin düzenlediği materyallerin belirli birimlerdeki ile sınırlandırıldığı biçiminde de yorumlanabilir. Diğer bir ifade ile, biyobankalar ve benzeri depolama birimleri dışında bulunan ilgili materyal ve verilerin kapsam dışı kaldığı da iddia edilebilir.

Araştırma sonuçlarının yayınlanması hususundaki etik yükümlülüklerin “yazarlar, editörler ve yayıncılar”a ait olduğunu belirten maddeye (md.30)⁸ 2013 metninde “araştırmacılar ve destekleyiciler” de ilave edilmiş ve yükümlülük yayımlamanın (publication) dışında diğer yayma ve paylaşım yollarını da (publication and dissemination) kapsayacak şekilde genişletilmiş (md.36).⁷ Araştırma sonuçlarının doğru ve eksiksiz olarak iletilmesi daha önce yazarların sorumluluğunda iken yeni metinde bu sorumluluk tüm araştırmacılara yüklenmiş.

Plasebo kontrollü çalışmalar ile ilgili maddeler, Helsinki Bildirgesi’nin en tartışmalı unsuru olagelmıştır. Daha önce plasebo kontrollü çalışmalar, araştırılan konuda kanıtlanmış bir tedavi prosedürünün bulunmadığı koşullarla sınırlandırılmış, ancak daha sonraki düzeltmeler ve 2008 metniyle bu kısıtlama genişletilerek “İkna edici ve bilimsel olarak geçerli nedenlerden ötürü bir yöntemin etkinliği veya güvenliliğini tespit etmek için plasebo kullanımının gerekli olması ve plasebo alan veya tedavi edilmeyen hastaların herhangi bir ciddi veya geri dönüşü olmayan zarara uğrama riski olmaması” (md.32) şeklinde ifade edilen koşullarda da plasebo kontrollü çalışma yapılmasına izin verilmişti.⁸ Ancak plasebo dışında, araştırma ürünüyle (yöntemiyle) yapılacak diğer karşılaştırmalarda bilinen en iyi yöntemin kullanılması şartı mevcuttu.⁸ Revizyon sürecindeki tüm tartışmalara rağmen 2013 metninde plasebo konusunda bir değişiklik yok. Buna mukabil yeni bir yöntemin, kullanılmakta olan ve

kanıtlanmış en iyi yöntemle kıyaslanması şartı gevşetilerek, araştırmalarda kanıtlanmış en etkili yöntem yerine daha az etkili diğer yöntemlerin kullanılabilmesinin önü açılmış (md.33).⁷

Araştırmaya katılan gönüllülerini daha fazla koruma adına yapılan düzenlemelere ve “should” yerine “must” ifadesini kullanarak zorunluluğu güçlendiren ifadelere mukabil, yeni metinde yapılan bir değişiklik gönüllülerin korunmasında bir gevşeme olarak değerlendirilebilir. 2008 metninde, saptanan risklerin yarardan daha fazla olduğu ya da pozitif ve yararlı sonuçlara ilişkin kesin kanıtların varlığı durumlarında “çalışmanın sonlandırılması” zorunluluğu (md.20)⁸ yeni metinde gevşetilmiş ve söz konusu koşullarda hekimlerin “araştırmaya devam etmek, araştırmada değişiklik yapmak ya da araştırmayı durdurmak” seçeneklerini değerlendirmeleri gerektiği (md.18) şeklinde yeniden düzenlenmiş.⁷

Revizyon sürecindeki tartışmalara rağmen, Helsinki Bildirgesi’nin gereksiz tekrarlardan, kimi muğlak tanım ve ifadelerden, barındırdığı çelişkilerden kurtarıldığını söylemek mümkün değil. Örneğin, hekimin yalnızca hastanın yararına göre davranması gerektiği (md.3), tıbbi araştırmanın hedefinin hiçbir zaman araştırma gönüllülerinin hak ve menfaatlerinin önüne geçemeyeceği (md.8) gibi hükümlerle, hasta gönüllülere plasebo verilmesine imkân tanıyan hükümlerin nasıl bağdaştırılabileceği açıklamaya muhtaç bir husus. Farklı önceliklere sahip ülke temsilcilerinin, grupların, organizasyonların müdahil oldukları, hatta farklı çıkar gruplarının etkisine de açık olan böyle bir metnin itiraza mahal kalmayacak şekilde yazılması de beklenemezdi zaten. Görünen o ki, Helsinki Bildirgesi önümüzdeki yıllarda da tartışılmayı ve revize edilmeyi sürdürecektir.

Kaynaklar

- 1) Millum J, Wendler D, Emanuel EJ. The 50th Anniversary of the Declaration of Helsinki: Progress but Many Remaining Challenges. *JAMA* 2013; 310: 2143-4.
- 2) Krockenberger K, Bruns I, Ziegler A. Die 7. Revision der Deklaration von Helsinki: mehr als nur eine Empfehlung? *Dtsch med Wochenschr* 2014; 139(08): 367-8.
- 3) Parsa-Parsi R, Wiesing U. Deklaration von Helsinki: Weltweite Bedeutung. *Dtsch Arztebl* 2013; 110(50): A2414-6.
- 4) Emanuel EJ. Reconsidering the Declaration of Helsinki. *Lancet*. 2013; 381:1532-3.
- 5) Ndebele P. The Declaration of Helsinki, 50 Years Later. *JAMA* 2013; 310: 2145-6.
- 6) Muthuswamy V. The new 2013 seventh version of the Declaration of Helsinki - more old wine in a new bottle? *Indian J Med Ethics*. 2014; 11(1): 2-4.
- 7) WMA Declaration of Helsinki, 2013. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> (Erişim tarihi: 27.02.2014)
- 8) WMA Declaration of Helsinki, 2008. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf> (Erişim tarihi: 27.02.2014)

Evrim denince ne anlıyoruz?

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.

İnsanın kendini ve kökenini arayışının bir sonucu olarak ortaya çıkmış olan 19. yüzyıldaki insanın biyolojik evrimi ile ilgili ciddi tartışmalar, günümüzde de Darwincilik, Yaratılışa karşı olma veya dine bilimsel karşı çıkma gibi bir anlayışın savunulması ya da böyle anlaşarak yaşam biçimi haline dönüşürülmesi gibi bir anlam ifade ettiği için tüm hızıyla devam etmektedir. Türkiye de dâhil birçok ülkede oldukça yaygın ve hâretli bir tarzda süren evrim tartışmaları sanıldığı kadar aksine insanlığının binlerce yıldır süren en eski tartışmalarından da biridir.

İnsan, insan olarak ortaya çıktığından bu yana çevresinde olan biteni hep merak etti ve nedenini öğrenmeye çalıştı. Gözlediği doğa olaylarının yanı sıra özellikle hayatın ve kendisinin kökenini hep sorguladı. Önce doğayla sonra toplumla sonra da kendisi ile hep bir mücadele içinde oldu. Bu sorgulama ve mücadele etme süreçlerinde antik dönemden bu yana her toplulukta, kültürde kendine özgü bir yaratılış hikâyesi ya da söylencesi oluştu. Avusturalya'dan Afrika'ya, Asya'dan Avrupa'ya dek dünyanın dört bir yanında insan topluluklarının bulunduğu her yerde böyle binlerce hikâye, söylence ortaya çıktı; on binlerce yıl içerisinde değişime uğrayıp birbirinden etkilendi. Sonuçta giderek belli başlı temel yaratılış özellikleri içeren ama hepsi de birbirinden farklı Avusturalya Aborjinlerinin, Amerika yerlilerinin, Çin, Japon, Hint

uygarlıklarının, Kuzey Avrupa, Afrika ya da özellikle Mezopotamya uygarlıklarının hikâyeleri ortaya çıktı.

Aklımızda evrim düşüncesiyle tarih içinde şöyle bir gezintiye çıktığımızda binlerce yıl önce yaşamış birçok kültürde, doğadaki canlılığın evrimsel açıklamalarının yapılmaya çalışıldığını görürüz. Özellikle Antik Yunan'da 2500 yıl önce felsefecilerin Charles Darwin'in evrim kuramından çok da farklı olmayan evrim kavramları geliştirmiş olduklarını bulabiliriz. İlk evrim fikri, Miletli filozof Anaksimandros tarafından ortaya atıldı. Filozof, yaşamın suda başladığını ve canlıların çok daha sonra sudan karaya geçtiklerini, karada geliştiklerini ve insanın da böylece geliştiğini söylüyordu. Arkasından Empedokles, Darwin'in doğal seçim yasasına çok benzeyen bir teoriyi savundu. Bu filozofları gene evrimci söylemleriyle Lössippus, Demokritos ve Epikuros takip etti. Daha sonra materyalist atomcu doğa felsefecileri doğanın, insanın, yaşamın ve dünyanın herhangi bir doğaüstü güç ve kutsal bir müdahale olmadan uzun bir zaman diliminde ortaya çıktığını dillendirmeye başladı. Elbette bu ilk evrimsel düşünceler ve açıklamalar, evrim karşıtı görüşleri de getirdi. Aristo, Plato ve Cicero gibi antik dönemin evrim karşıtı filozoflarının kitaplarında aslında günümüzdeki Darwinizm karşıtı söylemlerdeki argümanların benzerlerinin olduğunu görebiliriz.

Antik dönemi bu tartışmalarla geçirerek Ortaçağ'a geldiğimizde dünyada bilimsel ve filozofik tartışmalarda İslam dünyasının ciddi bir ağırlığı olduğunu görürüz ama aynı tartışmaların günümüzdeki kadar ideolojik olmasa da bu coğrafyada da boy gösterdiğini fark ederiz. Evrimci görüşler, Arap - İslam dünyasında belli bir ön yargı olmaksızın antik dünya çevirileri ile birlikte hızla taraftar bulmuştur. İslam dünyasının ilk biyolog felsefecilerinden El-Cahız, hayvanlar üzerine verdiği eserlerde evrime özellikle çok yer verirken; İbn-i Miskeveyh, El-Biruni, Alhazen, Nasır Tusi ve İbn-i Haldun gibi İslam coğrafyasının ünlü âlim ve düşünürleri de evrim kavramını benimsemiş ve geliştirmeye de çalışmışlardır.

Ortaçağın sonlarındaki Kilise baskısıyla Batıda evrimci ve doğacı görüşler unutulmaya başlanmışken girilen Rönesans'la birlikte tekrar entelektüel bir heyecanla kilisenin zorlama doğa ve tarih görüşünün dışına çıkılabileceği anlayışı 18 ve 19. yüzyıldaki keşifler çağına kadar insanlığı taşıdı. Charles Darwin kendi evrim kuramını ortaya atıp "türlerin kökeni"ni yayımladığında, artık ortam bu tartışmalarda evrimin daha ağır bastığı bir yola girmişti. Bu tarihte sadece evrim kuramını hazırlayan koşullar olgunlaşmamış, aynı zamanda kuramın kendisi de daha önceki evrim kuramları ve temel hatlarıyla belirmiş, evrimci dünya görüşü doğa ve toplum bilimlerinin temel omurgası haline gelmişti. Bu

nedenle binlerce yıldır insanlık tarihinde sakin, basit tartışmalar, farklı açıklama ve söylemler olarak gördüğümüz evrimcilik, artık köklü izah tarzı, ortaya koyduğu deliller ve birikimlerin getirdiği sarsıcı etkisiyle evrimciliği doruk noktasına taşımış oldu.

Charles Darwin'in Beagle seyahati sonrası edindiği görüşleri ve yıllarca yazışmalardan sonra toparlayıp kanıtlarıyla sunduğu ama yayımlamak için bazı çekincelerden dolayı 20 yıl beklediği "türlerin kökeni" yayımlanır yayımlanmaz çok büyük ilgi gördü. Sadece bilim çevreleri tarafından değil, kilise ve dindar insanlar tarafından da hemen alınıp tartışılmaya başlandı. Uzun yıllar popüleritesini koruyan ve daha çok din-bilim arasında bir çatışma olarak gelişen tartışmalar, bilim çevrelerinde hızla taraftar bulup kabullendi ve toplumda çeşitli kesimlerde devam eden tartışmalar bilim çevrelerinde genellikle bitmiş oldu. Toplumda evrime karşı; akıllı tasarımcılık, evrimsel yaratışçılık, teistik evrimcilik, agnostik evrimcilik, materyalist evrimcilik gibi çeşitli ara görüşler hala daha tartışılma da kuramın yanında ya da karşısında olanlar bulunsada bilim çevrelerinde 19. yüzyıl sonu itibarıyla hâkim görüş, insan ve canlıların evrim teorisiyle izah edilmesi olarak belirginleşti.

Her ne kadar evrimci düşüncenin bilhassa Darwin sonrasında dine kaşı olmak şeklinde algılanması Kilise öğretileri hatta İncil'in insanın, evrenin, dünyanın yaratılışı hakkındaki çelişkileri nedeniyle bilimsel veriler karşısında ve gerçek sorulara yeterli cevapları vermeyişi ise de bu tarihten itibaren bilim çevreleri tarafından bilhassa kiliseye karşı daha çok bir özgürlük alanı arayışı olarak kullanılmıştır. Bu nedenle de günümüzde tüm dünyada daha çok okul eğitimi ve müfredatının tartışmalarında kendini göstermektedir. Aynı dönemlerde benzer tartışmaları da beraberinde getiren Freud, Marx gibi filozof araştırmacıların teorilerine bağlı akımların bir sona ulaşmış olmasına rağmen Darwin'in evrim teorisine bağlı tartışmalar hala devam etmektedir. Darwin' in yeni bir biyolojik kavrayış ortaya koyması, türlerin transmutasyonunu doğal bir görünüm olarak açıklaması, aynı yıllara denk gelen jeolojik tanımlama ve sistematoloji ortaya koymasıyla örtüşmesi, paleontolojik gelişmelerle fosillerin farklı katmanlarda bulunmaya başlaması, fosil kayıtlarında ve yaşayan canlılardaki çeşitliliğin teorisinin karanlık köşelerine hala kanıt taşıyor olması nedeniyle tartışmaları devam ettireceğini de göstermektedir.

Aradan geçen bunca zamanın ardından dünyada evrim teorisine genel olarak bakış açısı ne durumdadır, insanların bu tartışmaları algılayışı zaman içinde

nereye gelmiştir diye sorgularsak yapılan son yıllardaki bazı analitik çalışmalardan bahsetmek gerekir. Bu nedenle yapılan anketlerde, 2005 yılında 34 Avrupa ülkesini ve Amerika ile Türkiye'yi kapsayan çalışmalar hayli ilginç sonuçlar göstermiştir. Bu araştırmada İzlanda, Danimarka, İsveç gibi kuzey Avrupa ülkelerinde % 80 gibi evrim teorisini kabul etme oranı gösterirken bu oranlar İsviçre, Polonya, Portekiz gibi Avrupa ülkelerinde % 50'ye düşmüş, en az kabul oranının görüldüğü Amerika ve Türkiye'de %25 oranları görülmüştür. Kabul oranının düşüklüğü noktasında bu iki ülke birbirine hayli benzer olsa da aslında çok farklı yerel nedenlerden dolayı bir evrim karşıtlığı olduğu söylenebilir. Türkiye'de bu karşıtlık, Müslüman bir ülke olmasının, geleneksel toplum anlayışında evrimin bir materyalizm olarak veya dinsizlik gibi algılanmasının en sık nedeni olduğu söylenebilir. Avrupa ve Amerika'yı kapsayan araştırmalarda (2002- 2003) "Evrim kesinlikle yanlış veya kesinlikle doğru" yanıtlarının araştırılmasında 9 Avrupa ülkesine göre Amerika'da "kesinlikle yanlış" oranı farklı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Yine anket çalışmalarının verilerinden hareket edersek, halkın "evrim veya yaratılışçılık konusunda, "Kim tarafından bilgilendirilmek daha güvenilirdir?" sorusuna cevapta, "Bilim insanı" cevabının öne çıkması önemli olduğu gibi, bilim insanları arasında yapılan çok uluslu analizlerde evrimci görüşün çarpıcı bir farkla önde olduğu görülmektedir. Yine evrimcilik ile dindarlığın karşıtlığına göre yapılan analiz çalışmalarında, dindarlığın geleneksel göstergeleri bakımından akademisyenlerin, toplumun geneline göre çok daha az dindar olduğu fakat dindar ailelerde yetişenlerin akademisyen olduktan sonra daha da dindar olma eğilimi gösterdiği izlenmiştir.

Bu analizlerde 19. yüzyıldan sonra Protestanlığı ve Katolikliği ile öne çıkan Amerika'daki ve Müslüman bir ülke olarak Türkiye'deki evrim teorisi karşıtlığı öne çıkmaktadır. Türkiye'de Darwinizm tartışılmadan toplum tarafından reddedilirken bilim çevrelerince kabul edilerek okul eğitiminde müfredata alınmış ve bu haliyle Amerika'da ciddi eğitim merkezli tartışmalara neden olmuştur.

"Türlerin kökeni"nin ABD'de yayımlanmasıyla birlikte toplumda ve bilim çevrelerinde genel bir kabul görmesiyle okullarda da biyoloji derslerine girmeye başlamış, bu da toplumda bir karşıtlık doğurmaya başlamıştır. Hatta Darwin'in Alman militer milliyetçiliğini körüklediğine dair ciddi iddialar ortaya atılmıştır. Bu nedenle önce okullarda evrimin öğretilmesine bir karşı çıkış geliştirse de, 1930'dan beri kitaplardan dışlanan evrim konusu 1960'larda ders kitaplarına

Belki de bu konudaki tartışmaları ideolojik ve dini algılamaların dışında tutarak Darwin öncesi dönemdeki halinde saf bir kendi kökenini arayışın bilimsel ve teolojik yolu olarak görmek, tartışmaları verimli bir noktaya taşıyabilir.

tekrar girmeye başlamış; böylece toplumu meşgul edip tartıştıracak bir sıra hukuksal davalar ortaya çıkmıştır. Evrimin popülerleşmesini sağlayan ünlü Oxford tartışması gibi Amerika'da da evrimin eğitimdeki yerini sorgulayan, 1968 de Arkansas, 1971'de Kurtzman, 1982'de Mc Lean ve 1987'de Aguillard davalarıyla bu çatışmalar ve karşı davalarla toplum tartıştırılmıştır. Sonunda hukuksal davaların bir çözüm olmayacağı anlayışı ile Amerika'da 20. yüzyılda Henry Morris'in başını çektiği "yaratılış bilimi" ile evrime bir cevap verme gereği duyulmuştur. Evrimdeki başlangıç, süreçler ve zamanla ilişkinin açıklanmasına, bilim ve teolojinin kullanılmasıyla hem yaradılışın zamanı ve sürecin, tufan üzerinden izah edilmesiyle bir karşılık verilerek ve daha çok bilim çevrelerine odaklanarak yazılan "yaratılış tufanı" adlı eserle bir karşı duruş sergilenmek istenmiştir. Böylece günümüzde Amerika'da okullarda evrimin, yaratılışçılığın ve akıllı tasarımların anlatımının hemen hemen eşit şekilde anlatıldığı bir eğitime gelinmiştir.

Amerika'da toplumun evrimi tartışma süreçlerinden de rahatça görülebileceği gibi tüm dünyada hala daha evrimin toplumlarca kavranması ve yaşanmasında ciddi farklılıklar, bazen sert karşı çıkışlar ve bazen tartışmasız kabullenmeler olabilirken eğitimde evim kendisine kalıcı bir yer bulmuş, bilim dünyasında ağırlığını oturtmuş, eğitim süreçlerinde ise hala tartışılmaya devam edilmektedir. Belki de bu konudaki tartışmaları ideolojik ve dini algılamaların dışında tutarak Darwin öncesi dönemdeki halinde saf bir kendi kökenini arayışın bilimsel ve teolojik yolu olarak görmek, bu tartışmaları verimli bir noktaya taşıyabilir.

Sağlık kurumlarında iletişim ve empati

Doç. Dr. Arzu Kihtr



1992 yılında İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi'nden mezun oldu. 1995'te araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladığı İstanbul Üniversitesi'nde 2006 yılında doçent, 2012 yılında profesör oldu. Halen İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Gazetecilik Bölüm Başkanlığını yürütmekte olup İletişim Sosyolojisi Anabilim Dalı'nda öğretim üyesidir. Çalışma alanları; iletişim becerileri, medya-demokrasi-siyaset ve medya etkileridir.

Tüm insan iletişiminin temeli olarak kabul ettiğimiz kişilerarası iletişim; gerek özel yaşamımızda gerek iş ve sosyal yaşamımızda çok önemli bir yere sahiptir. Etkili iletişim becerileri üzerine inşa edilmiş insan ilişkileri, başarılı bir kariyere ulaşma, yönetme, liderlik etme ve diğer insanlarla çalışmada mutlaka gereklidir. Sağlık kurumlarında iletişim; sağlık personeli ile hasta ve hasta yakını arasında kurulacak iletişimde aktarılacak bilgi, duygu ve düşüncelerin karşılıklı olarak doğru anlaşılmasını sağlayan bir süreçtir.

Sağlık kurumlarında tarafların sağlıklı insan ilişkileri içinde olması ve kurumda empatinin gerçek anlamda var olabilmesi için bazı gerçekliklerin var olması gerekir. Her şeyden önce kurum personeli varlık nedenlerini bilmelidir. Hastalar, sağlık kurumlarının ve personelinin varlık nedenleridir. Sadece sağlık kurumlarında değil, her kurumda insana ve insan ilişkilerine verilen değer, kurumları daha iyi yere taşır, kurumsal imaj açısından çok olumlu bir etki yaratır. Kurumların personele karşı geliştirdikleri sağlıklı iletişim ve empati ile verdikleri değer, kurum personelinin de hastalara aynı yaklaşım içinde değer vermesini beraberinde getirir. Sağlık kurumlarında verilen hizmetin kaliteli olabilmesi için, söz konusu kurumlarda görev yapan ve sürece önderlik edip süreci yürütecek personelin, hastalarla kurulacak iletişimde önemli bir sorumluluk içinde olduklarını bilmeleri gerekir. Buna göre; hastalarla empatik ilişki kurmak ve güvenilirlik inşa etmek ön plana çıkmaktadır.

Gerçekleştirilen çalışmalar, sağlık personeli ile hastalar arasında etkili iletişim becerileri geliştirmenin hastalar üzerinde çok olumlu etkiler yarattığını gözler önüne sermektedir. Bir ekip çalışması olan sağlık hizmeti verilirken; sadece fiziksel rahatsızlık değil, hasta ve yakınları ile kurulacak etkili iletişim de dikkate alınmalıdır. İletişim süreci içerisinde zaman zaman iletişimi

olumsuz yönde etkileyen etkenler yüzünden sorunlar yaşanmakla birlikte, bu iletişimin iyileştirilmesi yönünde, empatik yaklaşım sergilemek çok önemlidir. Sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile kuracakları etkili iletişim, hastanın yerine kendilerini koymak kaydıyla kuracakları empati, kurulacak ilişkide güvenin oluşmasında etkili olacaktır. Bu noktada, sağlık çalışanlarının eğitim öğretim sürecinde etkili iletişim eğitimi almış olmaları ve hizmet içi eğitimlerde söz konusu alanda gelişimlerinin sağlanması önemlidir. SD'nin önceki sayılarında yayımlanan yazılarımızda da ele aldığımız üzere kısaca hatırlanacak olursa; empati kurma, tüm canlılar içerisinde sadece insanların başarabileceği bir iletişim becerisidir. Empati kavramı, bir insanın kendisini, iletişim içinde olduğu kişinin yerine koyarak onun duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması ve daha sonra kendi yerine geçerek bu durumu karşısındakine iletmesidir. Diğer bir deyişle; gerçek anlamda bir empati yapabilmek için bir insanın kendisini karşısındaki insanın yerine koyması, olaylara onun bakış açısıyla bakması ve o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması yeterli değildir. Empatinin en önemli ve tamamlayıcı noktası bu durumun karşısındaki kişiye iletilmesidir. Her insan hem kendisini hem de çevresini, kendine özgü bir biçimde algılar; diğer bir deyişle her insan dünyaya kendine özgü bir tarzla bakar. Bu noktadan hareketle, empati kurarken olaylara kendi gözlerimizle değil karşımızdaki kişinin gözleriyle bakmaya çabalamamız, adeta kısa bir süre için o kişinin bedenine girmemiz ve oymuşuz gibi düşünmeye ve hissetmeye çalışmamız ve son aşamada da kendi yerimize geçmemiz gereklidir. Ters durumda empati gerçekleşmiş olmamaktadır.

Karşımızdaki kişiye onu anladığımızı iletmenin, empatik tepki vermenin başlıca iki yöntemi vardır. Bunlardan biri, karşımızdaki kişiyi anladığımızı ona kelimelerle ifade etmek, ikincisi ise sözel olmayan

iletişim yöntemi ile diğer bir deyişle beden dilimizi kullanarak onu anladığımızı belirtmek. Aslında en etkili olan, bu iki yöntemi birlikte kullanmaktır. Empati sahibi kişi, başkalarının duygularıyla tanışık ve barışıktır, duygusal ipuçlarına duyarlıdır ve iyi dinler, duyarlı davranır ve başkalarının bakış açısını anlar, başka insanların ihtiyaç ve duygularını anlayarak onlara yardımcı olur. İletişim becerilerinin temelinde yer alan empatik yaklaşımla, iletişime girdiğimiz kişinin bakış açısını ve duygusal durumunu anlamak iş süreçleri açısından da önem taşımaktadır. Yüksek duygusal zekânın, diğer bir deyişle empatik yaklaşımın iş ortamındaki etkileşimin kalitesini artırdığı kabul edilmektedir.

Empatinin kökeni öz bilingtir; duygularımıza açık olduğumuz ölçüde, hisleri okuyabilmeyi başarabiliriz. Kendilerinin duyguları, hissettikleri karşısında doğru tanımlama yapamayan aleksitimikler (duygu dilsizi), karşısındaki kişiler hislerini onlarla paylaştığında da aynı şekilde bir karmaşa yaşarlar. Başkalarının içinde bulundukları duygu durumunu, ne hissettiğini gözlemleyememek, sezememek, duygusal zekâ bakımından büyük bir eksiklik ifade etmekle birlikte, insan olmak anlamında da trajik bir başarısızlıktır. Çünkü ilginin, şefkatin kökü olan duygusal ahenk, empati yetisinden kaynaklanır. İnsanlar duygularını kelimeler ile ifade etmekten çok başka ipuçları vermeyi tercih ederler. Bu noktada, beden dili olarak da tanımlayabileceğimiz sözsüz iletişim araçları; ses tonu, mimikler, jestler, yüz ifadesi ve benzeri türden sözsüz ifadeleri okuyup değerlendirebilmek, karşımızdaki kişinin ne hissettiğini sezebilmemizin anahtarıdır.

Hastaların dünyasında duygular hâkimdir ve korku en yoğun yaşanan duygudur. Kısım de olsa bireylerin zihinsel sağlıkları, kendilerine hiçbir şey olmayacağı yanılsamasına dayalı olduğu için, bireyler hasta olduklarında duygusal açıdan çok kırılgan olabilirler. Hastalık, özellikle de ciddi bir hastalık olması durumunda,

bireylerin zihinsel sağlıklarının bu inancı yıkılır, güvenli olduğunu ve korunduğunu varsaydıkları bu özel dünyalarının zedelenmesi söz konusu olur. Bu durumun doğal bir sonucu olarak da kendilerini çaresiz, korunmasız ve zayıf hissederler.

Sağlık çalışanları, hastaların fiziksel durumları yanı sıra verdikleri duygusal tepkileri de dikkate almalıdırlar. Modern tıbbi bakım, duygusal zekâ açısından da olaya bakılmasını gerektirmekle beraber, çoğunlukla duygusal zekâdan yoksundur. Ancak giderek artan bulgular, bireylerin duygusal durumlarının önemsenmesinin, hastalıkları esnasında, hastalıklarını yenme direnci göstermeleri ve iyileşme sürecine girilmesi anlamında önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır.

Önleyici ve iyileştirici nitelikte tıbbi bakımın daha etkili olması anlamında; tedavi sürecinde, bireylerin duygusal durumlarının, tıbbi durumları ile birlikte tedavi kapsamına alınması gerekliliği, bilimsel bir gerçeklik olarak savunulabilir. Elbette bu durum her vakada ve koşulda söz konusu değildir. Pek çok vakadan elde edilen veriler, özellikle ciddi hastalıklar bağlamında, duygusal müdahalenin, tıbbi bakım açısından önemli bir bütünleyici olarak ek tıbbi yarar sağladığını gözler önüne sermektedir.

Bireylerin duygusal durumlarını dikkate alarak kuracağımız iletişimlerin etkili olabilmesi için iletilerimizin de dolaysız, açık, dürüst ve destekleyici olması gereklidir. Hasta ve hasta yakınları ile kurulacak iletişimde iletilerimizin bu özelliklere sahip olması önemlidir. Hasta ve hasta yakınları arasında kurulacak iletişimde, etkin bir beden dili ile ilgi ve güler yüzle karşılama, etkin dinleme, açık, net, anlaşılır ifadelerle samimi duygu ve düşünceleri aktarmak ve bu sayede hastanın kendisini rahatlıkla açabileceği, ifade edeceği bir ortam oluşmasını sağlamak, empatik yaklaşım sergileyerek aktarılanların doğru olarak aktarılıp aktarılmadığını beden dili ipuçları ile gözlemlenmek önemlidir.

Sağlık kurumlarında empatik bakış açısı geliştirmek ve bunun kalıcı olmasını sağlamak önemlidir. Sağlık hizmeti birlikte çalışmayı, diğer bir deyişle takım çalışması yapmayı gerektirir. Sağlık kurumlarında çalışanlar arasında empatim yaklaşım sergileme becerisine sahip olanlar vardır ancak temel hedef, bu yaklaşımı tüm çalışanlara, genele benimsetmek ve bu anlayış tarzını kurumun geneline hâkim olmasını sağlama çabası göstermek olmalıdır. Bu çabalar içerisinde en önemli eylem, yazımızın başında da ifade edildiği üzere, eğitimidir. Buna göre; sağlık kurumlarında faaliyet gösteren personelin etkili iletişim becerileri ve empati anlamında belli periyotlarla hizmet içi eğitime tabi tutulmalıdırlar. Söz konusu eğitimlerin didaktik eğitim olmaktan çok yaşamın kendisinden kaynaklanan pratik çalışmalara dönük eğitimler olması

önemlidir. Bu tarz çalışmalarda yapılacak pratik çalışmalar ve canlandırmalar yanı sıra çalışanların birbirlerinin çalışmalarını denetleme çalışmaları yapmalarını sağlamak da verilen hizmet sırasında yaşanacak aksaklıkların diğer bir çalışan tarafından anında düzeltilebilmesine olanak verir. Empatik yaklaşım sergilenmesini sağlamak ve bunun kalıcı olmasını sağlamak için diğer bir önemli eylem de bu yönde çaba gösteren ve davranan personeli ödüllendirmektir.

Teknolojik ve bilimsel gelişmeler açısından sağlık alanında yaşanan gelişmelerin hızla ilerlediği gözlenmektedir. Buna karşılık tanı ve iyileştirme anlamında önemli bir yere sahip olan iletişim becerileri beklenen düzeyde değildir. İş yaşamlarında başarılı olamamış insanların, yüksek oranda başarılarıyla iyi ilişkiler kuramayan insanlar oldukları yapılan araştırmalarla ortaya konulmuştur. Bu insanlarda saptanan en belirgin özellikler, iletişim konusunda sergiledikleri yetersizlikler olmuştur. Yine bu araştırmaların sonuçlarına göre, iş yaşamındaki başarıda entelektüel birikim ve iş konusundaki beceri ile deneyimin payı, nitelikli insan ilişkileri kurmanın payı ile karşılaştırıldığında, insan ilişkilerindeki başarının iş yaşamındaki başarıda çok daha etkin olduğu gözlemiştir.

Carnegie Teknoloji Enstitüsü 10 bin kişiye ait verileri analiz etmiş ve bunun sonucu da başarının % 15'inin yapılan işle ilgili bilgi ve beceriye, % 85'inin ise kişilik faktörlerine, diğer bir deyişle başarılı insan ilişkileri kurmaya bağlı olduğu yargısına varmıştır. Stanford Araştırma Enstitüsü'nün yapmış olduğu bir araştırma da etkili bir liderliğin % 88 oranında insan ilişkilerine bağlı olduğunu ortaya koymuştur.

Amerikan Tıp Derneği, tıbbi etik yasaındaki birinci ilkeden hareketle, doktorları, gereken tıbbi bakımı şefkatle yerine getirmeleri anlamında uyarmaktadır. ABD'de tıp eğitimi veren okulların pek çoğunun ders programında iletişim becerilerine yönelik olarak doktor-hasta ilişkisi ele alınmaktadır. Söz konusu ülkede pratisyen doktor ve hastabakıcılara etkili iletişim konusuna yönelik kurslar verilmeyle birlikte, tıbbi yeterlik sınavında hastalarla etkili iletişim yeteneği de değerlendirilmektedir.

Özellikle doktor ile hasta arasında kurulan iletişimin şekli ve kalitesi hastanın sağlığını doğrudan etkileyen bir etki yaratmaktadır. Bunun doğal sonucu olarak, sağlıklı bir toplumun oluşturulabilmesi için doktor ile hasta arasındaki ilişkinin kaliteli olması gerektiği ifade edilebilir. Bununla birlikte elbette tüm sağlık çalışanlarının hastalarla kuracağı empatik iletişim, hastaların sağlığını olumlu yönde etkilemektedir.

Hastalarla kurulacak empatik iletişimi önemseyen sağlık çalışanları, hastalıkların iyileşmesini her zaman bireysel katkılarda bulunabilir. Sağlıklı bireysel ilişkilerin, iyileştirme ve sağlık üzerindeki

etkisi önemli boyutlardadır. Sağlıksız ilişkiler bağışıklık sistemini etkisizleştirmekle birlikte stres hormonlarının salgılanmasını da tetiklemektedir. Sağlık kuruluşlarının özeleştirisi yaparak, çalışanlarının, hastalarla empatim yaklaşım sergileyip sergilemediklerini sorgulamaları gerekmektedir. Hastalara bu anlamda gösterilecek özenli yaklaşım, kurumsal itibar ve başarıda etkili olacaktır. Sağlık Bakanlığı'nın 2007 yılındaki verilerine göre; Hasta Hakları birimine başvuran 78 bin 636 hasta şikâyetlerinin ağırlıklı olarak iletişimsizlik ve yanlış iletişimle ilgili olduğu gözlenmektedir.

Hastalarla sağlık çalışanları arasında gerçekleşecek hatalı bir iletişim hastaların iyileşmesi yönünde olumsuz etkiler ortaya koymaktadır. Sağlık çalışanlarının temel amaçlarından birisini de hastaların hayat kalitesini yükseltmek olduğu unutulmamalıdır. Sağlık çalışanları ile hastalar arasında kurulacak net, açık, anlaşılır, dolaysız, destekleyici ve dürüst iletişim ile birlikte sözlü mesajlarla, beden dili olarak da adlandırdığımız sözsüz mesajların uyumlu olması çok önemlidir.

Beynimizin duygusal merkezi ile bağışıklık sistemi arasında bir ilişki olduğundan hareketle, hastalar açısından, duygusal gereksinimlerin karşılanması faydaları yadsınmaz. Buna ilişkin deliller günden güne artmaktadır. Tıp fakültelerine "sağlıkta iletişim" dersleri koymak, sağlık kurumlarında çalışan sağlık personeline belirli periyotlarla hizmet içi eğitim kapsamında etkili iletişim seminerleri vermek ve atölye çalışmaları gerçekleştirmek bu konudaki iyileştirme önerileri olarak sıralanabilir.

Etkili iletişimin gerçekleştirilemediği kurumlarda çatışma olur ve bunun doğal sonucu olarak da kurum çalışanları ve kurumdan hizmet alanlar zaman içerisinde giderek birbirlerine yabancılaşırlar ve birbirlerini görmek istemezler. Sağlık kurumlarında etkili iletişim ekseninde zaman zaman yaşanan olumsuzlukları, istenmeyen tutum ve davranışları, söz konusu sektörde faaliyet gösterenlerin, aşırı iş yükü ve yorgunluk, stres, öfkeli hasta ve hasta yakınları ve bunlara benzer durumlarla karşı karşıya kaldıkları gerçeği ile birlikte düşünerek değerlendirmek doğru olacaktır.

Kaynaklar

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

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

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

Goleman, Daniel (2013), *Duygusal Zekâ*, Çev: Klinik Psikolog Banu Seçkin Yüksel İstanbul: Varlık Yayınları.

Özkan, Zülfikar (2011), *66 Soruda Sağlıkta İletişimin Gücü*, İstanbul: Optimist Yayınları.

Tıbbiyelilerin özgürlük mücadelesi ve Tıp Bayramı kutlamaları

Prof. Dr. Ayten Altıntaş



Tokat'ta doğdu. İlk ve orta öğretimini Konya'da, yükseköğrenimini 1966-1970 yıllarında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde tamamladı. Aralık 1975'de Prof. Dr. Bedii N. Şehsuvaroğlu'nun yanında tıp tarihi çalışmalarına başladı. Hocasının vefatı üzerine Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde Prof. Dr. Emine M. Atabek'in kürsüsüne geçti. 1982 yılında doktor, 1988'de doçent, 1996 yılında profesör unvanını aldı. Çalışmalarında tıp tarihi ve tıp etiği alanlarında yoğunlaşmış, Türk tıp eğitimi ve Osmanlı tıbbında tedavi konusuna ağırlık vermiştir. Türk Tıp Tarihi Kurumu ve Uluslararası Tıp Tarihi Kurumu üyesidir. Halen İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı öğretim üyesi olan Dr. Altıntaş, evlidir ve iki çocuk annesidir.

Tıp Bayramı her sene 14 Mart'ta kutlanan ve sadece Türk hekimlerinin bayramıdır. İlk defa 14 Mart 1919'da kutlanmaya başlayan bu bayram; Osmanlı Devletinin

en zor dönemlerinde, uzun savaş yılları sonucunda İstanbul'un ve Tıbbiye'nin işgali sırasında Türk hekimlerinin özgürlük için başlattıkları mücadelenin ilk adımı, ilk meşalesi idi. Bu kutlama, Tıbbiye hocalarının ve öğrencilerinin işgale karşı bir protestosu, "Türk hekimleri olarak biz varız", "14 Mart 1827 yılından beri biz çağdaş tıbbın içindeyiz" mesajını veren bir kutlama idi. 14 Mart Tıp Bayramı, savaşlarla yorgun düşmüş ve hiç hak etmediği halde işgal altına girmiş özgür bir milletin çocukları olan Tıbbiyelilerin, hocaları ve tüm öğrencileriyle tek bir kuvvet ve yürek olarak buldukları bir çıkış noktası idi. Tıp Bayramlarımızın 95'inci-sini kutladığımız 2014 yılında bu önemli günün neden ve nasıl oluşturulduğunu bilmek, savaşlar ve milli mücadelelerde kaybettiği Tıbbiyelileri, o zor günlerde yaşanan acıları hatırlamak, özgürlüğümüzün kıymetini fark edebilmek için çok önemli bir fırsattır.

Savaşlar ve Tıbbiye

Tıp eğitimimizde önemli bir dönem, 1912-1922 yılları arasındaki on yıllık bir dönemdir. Bu dönemde Osmanlı

Devletinin katıldığı savaşlar birbirinin ardınca devam etmiş, büyük bir ıstırap her yerde baş göstermişti. Tıbbiyede tıp eğitimi verenler ve tıp eğitimi alanlar bu acı ve ıstırapı en yakından yaşamışlardı.

Tıp eğitimi, 1909 yılında Haydarpaşa'daki binada, Darülfünun Tıp Fakültesinde devam ediyordu. Bilindiği gibi 1909 yılında II. Meşrutiyetin ilanından sonra askeri ve sivil tıp eğitimi veren iki Tıbbiye, bütçenin birleştirilmesi ile resmen tek fakülte olmuşlardı. Eğitim Haydarpaşa'da II. Abdülhamid tarafından yaptırılan görkemli Tıbbiye binasında yapılıyordu. Binanın içinde ve karşısında yer alan klinik bölümleri hastane olarak tıp öğrencilerine pratik bilgi veren bölümlerdi.

Osmanlı Devleti, 1853 yılında çıkan Kırım savaşı ve ardından 1876 yılında çıkan Osmanlı Rus Savaşıyla birçok yönden yara almıştı. Bu durum Tıbbiyeyi de etkiliyordu. Özellikle Askeri Tıbbiyede her savaşta asker olan hocalar ve üst sınıflardaki hekim adayları askere alınıyor ve ölüm herkes gibi onları da vuruyordu.

1912 yılında başlayan Balkan Savaşı Osmanlı'yı her yönden zor durumda bırakmıştı. Bütün olayları dikkatle izleyen Tıbbiyeliler büyük üzüntü içindeydiler. 1912 yılının Ekim ayında seferberlik ilan edildi. Bu tarihte Darülfünun Tıp Fakültesindeki derslere de ara verildi. Hocalar ve son sınıftaki hekim adayları askeri

birliklere atandılar. Askeri öğrenciler talimlere alınıyorlardı. Tıbbiye binasının her yeri hastaneye çevrilmişti. Gemi-lerle getirilen yaralılar burada tedaviye alınmıştı. Klinik yatakları yaralılara kâfi gelmeyince dershaneler, koğuşlar hatta koridorlar bile hastane görevi görmeye başladı. Ekim 1912'den Mart 1913 tarihine kadar 6 ay boyunca Tıbbiye resmen kapatıldı. Öğrenciler yaralılara yardımcı olmaya çalışıyorlardı. Gülhane Tatbikat Mektebi de yaralılar için hastane görevi yapıyordu. 16 Mart 1913'de Tıbbiye'nin açıldığı ve derslere başlanacağı ilan edildi. Savaştan dönen hocalardan sağ kalanlar eğitime tekrar başladılar, tabii sağ kalan öğrencilerle.

Balkan Savaşından hemen sonra başlayan I. Cihan Savaşı bu öğrencilere ikinci bir şok oldu. Savaş başlayınca askeri öğrenciler 6 ay talimğâhlara gönderilmişlerdi. Avrupa tarafında Ayazağa'da ve Asya tarafında Bostancı'da silah talimleri başlamıştı. Savaşın büyüyerek devam etmesiyle Tıp Fakültesi bir yıl süreyle fakültenin kapandığını ilan etti. Hocalar gereken cephelere gönderilmiş, tıbbiye son sınıf öğrencileriyle 3, 4 ve 5. sınıf öğrencileri askeri birliklerde görevlendirilmişlerdi. Son sınıfın en çalışkan ve bilgili öğrencileri Kafkas cephesine gönderildi. Orada çoğu tifüs hastalığından öldü. Fakülte gene "Mecruhın" yaralılar hastanesi oldu. Cephe'deki tıbbiyeliler ölümle burun buruna yaralılara yardım

etmeğe çalışıyorlardı. Talimgâhlardaki tıbbiyeliler ağır askeri eğitim ve açlıkla mücadele ediyorlardı.

Açlık ve sefalet diğer öğrenciler için de aynıydı. Okulda çok zor şartlarda hazırlanan yemekler bile yetersiz kalıyordu. İdareciler süpürge tohumundan hazırlanan ekmekleri, kandil yağıyla pişen yemekleri bile zor tedarik edebiliyorlardı. Öğrenciler açlıklarını kapatmak için okulun yakınlarındaki bostanlardan sebze, meyve çalmak zorunda kalıyorlardı. 20 tıp öğrencisi veremden ölmüştü. Hariçte durum daha da kötü idi. Çok kimse tıbbiyelilerin yediklerinin yarısını bile bulamıyorlardı. Öğrencilerden bu ekmekleri tasarruf edenler ailelerine ulaştırdıkları zaman bir dilim ekmek, kurabiye gibi sevilerek yeniyordu. Tıbbiye bir yıl sonra 1916'da eğitime tekrar başladı. Sağ kalanlar ve durumun acısını yaşayanlar büyük bir gayretle derslerine devam edip tıp eğitimini tamamlamaya çalıştı.

İşgalde Tıbbiye

I. Dünya Savaşından sonra imzalanan Mondros Mütarekesi ile Osmanlı Devleti ayrı bir döneme girdi: Mütareke ve işgal dönemi. Mondros Anlaşmasını ileri süren İtilaf Devletleri Filosu, 13 Kasım 1918'de İstanbul'u işgal etti. O sabahtan itibaren İstanbul Boğazı'ndan geçerek işgali başlatan gemileri Haydarpaşa'dan seyreden iki gurup vardı: Biri Mustafa Kemal ve arkadaşları, diğeri ise Tıbbiyeliler.

Mustafa Kemal Paşa, komuta ettiği Yıldırım Orduları kaldırılınca İstanbul'a dönmek için yola çıkmıştı. Uzun bir yolculukla önce Adana'ya gelmiş, 10 Kasım gecesi Adana'dan trenle yola çıkıp 13 Kasım 1918 günü 12.45'te İstanbul'a ulaşmıştı. Mustafa Kemal Paşayı Dr. Rasim Ferit Talay karşılamış, karşı kıyıya geçmek üzere rıhtıma gelmişlerdi. O gün İtilaf Devletleri Donanması İstanbul önlerine gelmiş ve İstanbul fiilen işgal edilmeye başlamıştı. Bu geçişi seyretmek büyük bir zulümdü ve hepsinin yüreklerindeki acı yüzlerine aksetmişti. Mustafa Kemal, "Hata ettim. İstanbul'a gelmemeliydim, ne yapıp edip Anadolu'ya dönmenin çaresine bakmalı" diye söylendi, sonra yaveri Cevat Abbas'a dönerek kararlı bir sesle "Geldikleri gibi giderler" dedi. Aynı manzarayı Haydarpaşa'daki Tıbbiye binasının toplantı salonundaki pencereden seyreden hocalar göz yaşlarını tutamamışlar, öğrenciler ne olduğunu anlayamamıştı. 21 Kasım 1918'de Meclis-i Mebussan feshedildi. Aralık 1918'de Tıbbiye binasının işgali gündeme geldi. Haydarpaşa'daki tıp eğitimi İngiliz askerleri tarafından 5 sene sürecek işgal dönemine girecekti.

1919 yılının Ocak ayında üç generalden



14 Mart 1827 tarihinde Çağdaş Tıp eğitiminin kurucusu olan Sultan II. Mahmud ve Tıbhâne-i Amire



Tıbbiyelilerin Savaş, işgal ve Milli mücadeleyi yaşadıkları Haydarpaşa Tıbbiyesi



İşgalde Tıbbiyelilerin yatakhaneleri çatı katına taşınmıştı (Hangarpalas)

oluşan bir İngiliz heyeti okula gelmiş, Müdür Hulusi Bey ile binayı gezmiş, askeri kısmın derhal fakülte tarafına taşınması istenmiş; yataklar, klinik ve laboratuvarlar taşınmış, öğrencilerin direniş gösterisinde bulunmaları üzerine saat kulelerine makineleri tüfekler yerleştirilerek gözdağı verilmek istenmişti.

Binanın pek çok bölümünün boşaltılması emredildi. Derslerin etkilenmemesi için dershaneler bırakılmış, diğer bölümler okulun ihtiyaçlarında kullanılmıştı. Kömür depoları, ambarlar bile boşaltırılmış, mutfak ikiye bölünmüş, yatakhanelerin büyük bölümü boşaltılmış, büyük çoğunluk çatı katına sürülmüştü. Askeri



Askeri kıyafet yasağından sonra Tıbbiyeliler günlük kıyafet olarak kullandıkları pijamalarıyla



*İstanbul'da Mütareke devrinde
İlk 14 Mart Tıp Bayramı 1919
Bayrık'da Darülfünun konferans salonu
genişinde*
On sırada Oturanlar aşağıdan:
Dr. Müderris Asaf Derris Paşa - Dr. Müderris Besim Ömer Paşa
Dr. Müderris Fuzi Paşa - Dr. Müderris Akil Muhtar - İstanbul
işgal altında mütekelik kumandanlar arasında genç bir gene-
ral Dr. ... Sıhhiye müfettişlerinden, Ohuzada ayakta Tıbbiyeli Ahmed
Sühup, arkada yanında Tıbbiye son sınıflara yakın sivil ve
asker tıp talebesi arkadaşlarımız.
İkinci sırada ayakta olanlar, sağdan:
Dr. Mehmed Ali Baba, Dr. Ömer Faad Paşa, Dr. Bakteriolog Refik
Dr. Hüseyin Zâde Ali Bey, Dr. Şakir Ahmed B. Dr. Esad
Şerefeddin - Dr. Şevki B. genç h. Tıbbiyede bizim sî-
nıftan Dr. Ziya Cernah.
3 ve müteakkin sınıflarda Fethi B. Ürolog Dr. Behcet
Sâliht. Bakteriolog Dr. İhsan Sami ve Dr. Sadettin
vedad. Sivil ve asker tıbbiyeliler ve bizim sınıf
dağdıkları...

14 Mart 1919'daki ilk Tıp Bayramı çıkışında hocalar ve öğrenciler
(O sene birinci sınıf öğrencisi olan Süheyl Ünver'den)

Tıbbiyelilerin yatakhanelerine İngilizler yerleşti, öğrenciler çatı katındaki bölümlere yerleştirildiler. Karyolalar alınmış, öğrenciler yer şiltelerinde yatmışlardı. Tuvaletler gece İngiliz askerlerine ayrılmış, tıbbiyelilerin tuvaletlere girmesi yasaklanmıştı. Öğrencilerin yatakhanelerine idrar kovaları koymak zorunda kalmıştı.

Hocalar ve öğrenciler şaşkınlık içindeydiler. Hocalar Londra'ya durumu protesto eden telgraflar gönderdiler: "Medeni İngiliz milletinden gelir gelmez irfan kurumlarını yıkmak suretiyle mi uygarlık örneği göstereceklerini soran ve işe el konulmasını" isteyen telgraflardı. Bu şartlarda tıp eğitimi devam ediyordu. İdareci hocalar bu zor durumda en pratik çözümlerle derslere ara verilmemesini sağlıyorlardı. Özellikle okul müdürlüğüne atanan Doktor Hulusi (Alataş) bu zor durumda derslerinin aksamaması için gece gündüz okulda kalıyor ve öğrencilerle ilgileniyordu. İngiliz komutanların istekleri bitmiyordu. Pazar ayınları için dershaneleri boşalttırıyor, sosyal faaliyetler kısıtlanıyordu.

Bir süre sonra askeri öğrencilerin resmi kıyafetleri için emirler gelmeye başladı. Askeri kıyafete tahammülsüzlük gösteriyorlardı, sonunda üniformayla dolaşmayı tamamen yasakladılar. Sivil kıyafeti olanlar o kıyafetlerini giydiler, Anadolu'dan gelen ve memleketin zor şartları dolayısıyla askeri kıyafetinden başka giyeceği olmayanlara pijama gibi basit kıyafetler dağıtıldı. Fes giyilmesine müsaade ediliyordu fakat o da en basitinden ve püskülsüz olacaktı. Askeri öğrenciler bu soytarı kılığı ile derslere devam ettiler. Biraz parası olanların yardımıyla ikinci el pantolon, ceket bulmaya çalışıyorlardı. Bir süre sonra okula alınacak askeri öğrenci sayısına kısıtlama getirdiler. Yılda 20 öğrenci! Bu ortam, tıbbiyelilerin kendi değerlerine daha çok sarılmalarına sebep olmuştu. İlk tıp bayramı kutlamaları bu ortamda 1919 yılında gerçekleşti.

Tıp Bayramı kutlamaları

İşgal altındaki Tıbbiyede öğrencilerin bir araya gelmeleri, toplanarak konuşmaları yasaktı. En ufak topluluklar silahlı askerlerce dağıtılıyordu. Hocalarının cenaze törenlerindeki toplantı ve konuşmalar bile yasaklanıyor, cenaze konvoyu İngiliz askerleri tarafından kontrol ediliyordu. Bu durumda bir araya gelip rahatlıkla konuşma ortamını yaratmak için "Tıp Bayramı" kutlamaları gündeme geldi. İşgalde her türlü toplantı ve toplu konuşmalar yasaktı. Tıp Bayramı ise bilimsel bir toplantı idi ve izin almak daha kolaydı. Bu sebeple bir araya gelebilecek, hem kendi aralarında bir dayanışma başlatacaklar hem de işgalcilere gözdağı verebileceklerdi.

Hocalar kolları sıvadılar ve tıp bayramımızın hangi tarihte başlatılması gerektiğini araştırdılar. Tıp Bayramı olarak 14 Mart'ın alınması, doğru bir araştırma sonucunda olmuştu. 14 Mart 1827 tarihinde Sultan II. Mahmud tarafından kurulan tıp okulu (Tıbhane-i Amire), hiç ara vermeden ve devamlı kendini yenileyerek bugünkü tıp eğitimine gelmiştir. Bu sebepten 14 Mart tarihi esas alınmıştı. 1827 yılından önceki tıp, klasik dönem Osmanlı Tıbbi gelişmiş ve çok iyi uygulanan bir tipti. Fakat 18. yüzyıldan sonra bozulmaya başlamış, 19. yüzyıla gelince düzeltilmeyecek bir hal almış ve o müesseselerin devamı gelmemiştir. Bu sebepten Tıp Bayramı olarak başlangıç noktasını 14 Mart 1827 tarihi alınmıştır.

Tıp öğrencileri hocalarıyla beraber hemen bir "Tıp Bayramı" organizasyonu yaptı ve 14 Mart 1919 günü Beyazıt'taki Darülfünun (Üniversite) Binasının toplantı salonunda toplandı. Toplantıda Darülfünun Rektörü, Tıbbiye'nin Dekanı ve bütün tıp hocaları hazır bulundu. İstanbul'daki hastanelerin hekimleri de bir araya geldi, Tıbbiye'nin öğrencileri ve diğer fakültelerdeki öğrenciler de destekleyerek toplantıya katıldılar. Hatta İngiliz işgal ordusu hekimler de tıp bayramına davet edilmişti.

En saygıdeğer hocalardan Besim Ömer, Akil Muhtar, Asaf Derviş, Feyzi Paşa önemli konuşmalar yaptılar. Tıp tarihine ve Türk tarihine ait önemli noktalara değinildi ve birliktelik bir kere daha vurgulandı. Toplantıda büyük bir coşku ve heyecan vardı. Hocalar ve öğrencilerin yürekten hararetli konuşmaları bir az olsun içinde yaşadıkları karanlık günlerden bir çıkış, ilerisi için bir ümit, beraberliklerinin onaylandığı bir ortam olmuştu.

Bir sene sonra 1920'de Tıp Bayramı gene önemli bir toplantı ile kutlandı. Özellikle 1921 yılında çağdaş tıp eğitiminin 94. yılı kutlamaları çok görkemli oldu. Tıbbiyeliler büyük hazırlıklar yaptılar, tören Kadıköy Hale Sinemasında oldu. Bu Tıp Bayramına da İstanbul'daki asker, sivil bütün hekimler, devletin ileri gelenleri, hatta işgal ordusu mensupları, hekimleri ve pek çok tıbbiyeli katıldı. Büyük coşku ve heyecan vardı. Yapılan konuşmalarda işgal altındaki bir ülkenin aydınlarının acı ve ümit dolu mesajları verilmişti.

Milli Mücadele ve Tıbbiyeliler

Tıbbiyelilerin özgürlük için mücadeleleri sadece Tıp Bayramı ile sınırlı değildir. Milli Mücadelenin her anında desteklerini ispat etmişlerdi. İzmir'in işgalinden sonra en büyük protestolar tıbbiyelilerden gelmişti. Düzenlenen dört mitingde Tıbbiyelilerin büyük emekleri vardı. Sivas Kongresine Tıbbiyelilerin delegesi olarak

Hikmet Boran'ı yollamışlar, Anadolu'nun silah ihtiyacını bildikleri için İngiliz askerlerinden satın aldıkları silahları Anadolu'ya göndermişlerdi. Tıbbiyelilerden 15 kişilik bir grup, Kadıköy Bahariye'deki İngilizlere ait silah deposunu gizlice boşaltarak silah, el bombası ve askeri teçhizatı at arabalarıyla önce Tıbbiyeye sonrada büyük gizlilik bir maharetle Anadolu'ya göndermeyi başarmışlardı. Milli Mücadelenin ilk günlerinden itibaren fırsat bulan Tıbbiye öğrencileri bu mücadeleye katılmışlardı. 1920 yılında 10 kadar öğrenci Gebze üzerinden kendi imkânlarıyla, daha sonra da guruplar halinde Anadolu'ya gönderilen esirler arasında veya İnebolu'dan başka yollarla bu mücadelede yerlerini almışlardı. Tıbbiyelilerden Milli Mücadele için Ankara'ya giden son altı kafileyle 127 doktor ve götürbildikleri kadar sağlık malzemesi, hastane eşyası ve hasta çamaşırı ile bu mücadeleye yürekten katılmışlardı.

Zaferden sonra Tıbbiye

Tıbbiyeliler Milli Mücadelenin her safhasını ve başarıları dikkatle izliyorlardı. Artık Ankara'dan iyi haberler geliyordu. 30 Ağustos 1922'deki Büyük Zafer, tüm yurttan ve İstanbul'da heyecan yaratmıştı. 9 Eylül 1922'de İzmir'in kurtuluşu ve düşmanın hezimete uğratılması büyük sevinç yarattı. İki gün iki gece süren şenlikler, fener alayları yapıldı. Refet Paşa Trakya bölümünü devralmakla görevlendirilmişti. Milli hükümet temsilcisi Refet Paşanın 19 Ekim 1922'de İstanbul'a gelişi, Tıbbiyeliler için çok önemli bir olaydı. Muazzam bir karşılama töreni hazırladılar. Tıbbiyeyi temsilen üç kişi seçildi. İşgal altındaki İstanbul'da bu çok tehlikeli katılım birçok zorluklardan sonra başarılmış, Refet Paşa Tıbbiyeye davet edilmişti. Paşa ertesi gün konferans vermek için Haydarpaşa'daki binaya geldi. Paşanın arabasını tıbbiyeliler korumuş, öğrenciler tarafından rıhtımdaki evlerin bazılarını boşalttırılmıştı. Okulun önünde bir "Zafer takı" yaptırılmış, büyük bir öğrenci kalabalığı hazır bulunmuş, çiçeklerle karşılanmıştı. Tıbbiyedeki konferans salonu hınca hınç doluydu. Hocalar, önemli devlet adamları, Şehzade Ziyaretin Efendi'nin hazır bulunduğu salonda Refet Paşa Tıbbiyelilerin Milli Mücadeledeki hizmetlerini anlatan bir konuşma yapmış, diğer konuşmalarla karşılıklı sevgi ve şükran ifadelerinde bulunulmuştu.

2 Ekim 1922'de son birlikler de İstanbul'dan ayrıldı, İtilaf Devletleri işgal ettikleri toprakları terk edip İstanbul'u boşalttı. Tıbbiyeliler yaşadıkları olayları unutmuyarak büyük bir gayretle derslerine ağırlık verdiler. 6 Ekim 1923'de Türk Birlikleri İstanbul'u resmen teslim aldı. 29 Ekim 1923'de Cumhuriyet ilan edildi. Tıbbiye öğrencileri bu sancılı dönemde

ölen arkadaşlarının hatıralarını kalplerine gömdüler ve Türkiye Cumhuriyeti'nin sağlık mücadelesinde yerlerini aldılar.

Sonuç

Tıbbiyeliler on yıl süren savaşları, İstanbul'un işgali ve Milli Mücadeleyi Haydarpaşa'daki binasında yaşamıştı. Bu bina, Türk halkının ve tıbbiyelilerin tam bir inançla yaptığı savunmaları neticesinde elde ettiği Büyük Zafere şahit olmuştur. Savaşlarda bizzat silahlarıyla savaşan Tıbbiyeliler, savaşın arka planında yaralılara durmaksızın yardım eden hekimlerin yanı sıra "Tıp Bayramının" tesisi ile işgalcilere karşı tek vücut olarak "Biz buradayız, tarih ve kültürümüzle iftihar ediyoruz" diyebilmişti. Tıp Bayramları hiç arar vermeden devam etti. Her yıl 14 Mart'ta tüm Tıbbiyeliler birlikteliklerini devam ettiriyorlar. 14 Mart Tıp Bayramını kutlarken Osmanlı Devleti'nin son dönemlerinde içinde oldukları hiç bitmeyen savaşları, Tıbbiyelilerin hocaları ve öğrencileriyle bu savaşlarda fiilen yer alışlarını, İstanbul'un ve Tıbbiye'nin işgalini, bu işgalde Tıbbiyelilerin yaşadıkları acı günleri, özgürlük için verilen mücadeleleri hatırlamamızda büyük fayda var.

Kaynaklar

Ali Fuat Cebesoy, Siyasi Hatıralar Temel yayınları 2002.

Ali Metin, Atatürk'ün Şimdiye Kadar Yayınlanmamış Anıları, Aklın Matbaası 1967

Dr. Seyfi Nutku, "Gençlik Anadolu'nun Temsilcisi Refet Paşayı İstanbul'da Nasıl Karşıladı" Yakın Tarihimiz Dergisi 25 Ekim 1962, cilt3 sayı35

Feridun Kandemir, "Şeref Kurbanları" Resimli Tarih Mecmuası, sayfa 3839-3843.

Hıfzı Topuz, Çamlıca'nın Üç Gülü, Remzi Kitabevi, İstanbul 2002.

Kemal Özbay, Türk Asker Tarihi ve Asker Hastahaneleri, Cilt 2, İstanbul 1976

Prof. Dr. Metin Özata, Atatürk ve Tıbbiyeliler, Umay Yayınları, Mayıs 2007.

Süheyl Ünver, Birinci Cihan Harbinde Tıp Fakültesi. Modern Tedavi Mecmuası, No.3, İstanbul 1952.

Süheyl Ünver, Mütareke Senelerinde Tıp Fakültesi. Modern Tedavi Mecmuası, Cilt 1, No.8, Nisan-Mayıs 1952

TBMM Gizli Celse Zabıtları. İş Bankası yayınları Cilt1 İstanbul 1999.

Zeki Sarıhan, Kurtuluş Savaş Gençliği, Kaynak Yayınları İstanbul 2004

Radyoda öncü bir sağlık programı: Bir Nefes Sıhhat

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.

Türkiye'de ilk radyo yayını 1927 yılında başlamıştır. Pek çok ülkeye göre erken sayılabilecek bir tarihte başlayan radyoculuk Türkiye'de idari açıdan 8 farklı dönem geçirmiştir. (Tablo 1) 1927 yılında TTTAŞ adlı özel teşebbüs ile başlayan radyo işletmeciliği 1964 yılında TRT'nin kurulması ile devlet tekeline girmiş ve 1993 yılına kadar TRT'nin tekelinde gerçekleştirilmiştir. 1992 yılı Türkiye'de özel sermayeli radyo kanallarının yayına başladığı yıl oldu. Henüz yasal altyapısı olmadan yayına başlayan özel radyolar, Anayasanın 133. Maddesini, 2954 sayılı TRT Yasasını, 2813 sayılı Telsiz Yasasını ihlal etmekteydilerse de birçok özel radyo yayına başladı.

1993 yılı Nisan ayında İçişleri Bakanlığı'nın Emniyet Genel Müdürlüğü ve valiliklere gönderdiği bir yazısıyla Anayasanın 133. maddesi ve 2954 sayılı Radyo ve Televizyon Kanunu'na göre özel radyoların kanunsuz olduğu hatırlatıldı ve kapatılmaları istendi. 200 üyeli Radyo Televizyon Sahipleri ve Yayıncıları Derneği'nin girişimleri de fayda vermedi ve özel radyolar kapatıldı. Bu yasaklama kararının ardından otomobillerin antenlerine siyah kurdeleler bağlanarak "radyomu geri istiyorum" kampanyası başlatıldı. Sonuçta özel radyoların tekrar yayına başlayabilmeleri için Anayasanın 133. Maddesi "Radyo ve Televizyon istasyonları kurmak ve işletmek kanunla düzenlenerek şartlar çerçevesinde serbesttir." şeklinde değiştirildi. 10 Temmuz 1993 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren bu yasa ile birlikte radyo yayıncılığında devlet tekeli de kaldırılmış oldu.

Özel radyoların yayına başlaması ile birlikte 1993 yılında yayın hayatına başlayan ilk radyolardan biri de Akra FM'di. Tarihler 12 Şubat 1994'ü gösterdiğinde Akra FM'de "Bir Nefes Sıhhat" isimli yeni bir program

yayına başlıyordu. Barış Manço'nun *Bir Nefes Sıhhat Gibi* adlı eserinin müziği eşliğinde "Bu program Sağlık Vakfı tarafından hazırlanmıştır." ön anonsu ile girilen yayında, bu satırların yazarı olan sunucusu şu sözlerle programın amacını ve muhtevasını açıklıyordu:

"Hayırlı günler sevgili dinleyiciler! Bugünden itibaren yeni bir programa başlıyoruz. Programımızda sizlere sağlıkla ilgili konularda bilgiler verilecek, problemlerinize çözümler getirilmeye çalışılacak. Programımızın muhtevası hakkında sizlere kısaca bilgi verelim. Programımızın amacı, dinleyicilerimizi sağlık konularında bilgilendirmenin yanında, sağlığın korunması hususunda bilinçlendirmektir. Her programda müstakil bir konu işlenecek, bu konuyla ilgili sorularınıza cevaplar verilmeye çalışılacak. Ayrıca her konudaki değişik sorularınız da işinin ehli uzmanlar tarafından cevaplandırılacaktır. Tarihimizdeki değerli hekimler ve tıba yaptıkları katkıları tanıtacağız. Bunun yanında Peygamber Efendimizin (SAV) hadislerinden sağlıkla ilgili olanları derlenip tıbbi yorumlar yapılacaktır. Memleketimizde halen yürürlükte olan sağlık sistemimizin aksayan yönleri ele alınacak, çözümler araştırılacak. Tabii sanatkar hekimlerimiz ve hekimle ilgili çalışma yapan sanatçılarımız da bu programın ilgi alanında olacak. Siz değerli dinleyicilerimizin yapacağı eleştiriler ve tekliflere de açık olduğumuzu ve programımızda en güzele ulaşacağımızı da antıparantez belirtelim."

Bu ilk programla ilgili oldukça olumlu tepkiler gelince 19 Şubat 1994 günü yapılan ikinci program o heyecanla ve yeni dinleyicilerin olması ihtimali üzerine amacı ve muhtevayı bir kez daha açıklama ihtiyacını hisseden bir duyguyla başladı ve orada da aynen şu cümleler aktarıldı: "Merhaba sevgili Akra FM dinleyenleri! "Bir nefes sıhhat" programımızın bir yenisi ile yine karşınızdayız. Geçen haftaki programımızı

dinleyememiş olanlar için programımızın muhteva ve mahiyetini bir defa daha açıklamak istiyoruz. Programımızın amacı halkımızın sağlık bilincinin oluşmasında yardımcı olmak, siz değerli dinleyicilerimizin sağlık problemlerine çözümler getirmektir. Sağlığın korunması konuları ile aktüel sağlık meseleleri ilgi alanımız içinde olacak. Tıbb-ı Nebevi dediğimiz sağlıkla ilgili hadislere günümüz bilgileri ışığında yorumlar getirilecek. Her hafta bir konuda bir uzmanın görüşleri aktarılabilecek, sizlerden gelen sorulara cevaplar verilmeye çalışılacak. Ayrıca tarihimize değerli hekimler ve tıba yaptıkları katkıları tanıtılacaktır. Bu programa neden ihtiyaç duyulduğuna gelince; Eski tıp yazmalarının pek çoğunun mukaddimesinde yer alan şu cümleler bu hususa açıklık getirecektir sanıyorum. "İlim iki türdür, birisi beden ilmi, diğeri din ilmi. Ama beden ilmi önce anıldı, çünkü bir kişi hasta olsa, aklı bağlanmış ve gönlü kırık olup, bedeni zayıf ve gevşek olur, din ilmini tahsil edemez. Öyle olunca beden ilmini önce bilip öğrenmek gerekir."

Buradan da anlaşılacağı üzere sağlıkla ilgili temel bilgileri öğrenmek herkesin en önemli görevlerindendir. Sağlığın önemini ifade eden Kanuni Sultan Süleyman'ın şu veciz beyti, başka bir söze hacet bırakmayacak kadar açık değil mi: "Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi / Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi." Sağlığın ne demek olduğunu tarifini de yapmak gerekir sanıyorum. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık; yalnız hastalık ve maluliyetlerin yokluğu olmayıp bedence, ruhça ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir. Bu tariftan anlaşılacağı gibi sağlığı sadece hastalandığı zaman doktora gidip tedavi olmak olarak görmeyip, beden ve ruh sağlığını koruyacak bir sosyal seviyeye ulaşmak olarak anlamak gerekir.

Her hafta canlı olarak yayınlanan program 1997 yılına kadar yaklaşık 4 yıl boyunca

devam etti. Programın en belirgin özelliği, etik konulara olan hassasiyeti ve dinleyicilere sağlıklarını koruma hususunda yol gösterici olması idi. Canlı yayında uzmanlara sorulan dinleyici soruları alınsa da bunun amacı sadece fikir vermektir ve asla herhangi bir ilaç tavsiyesinde bulunmamak düsturu benimsenmişti. Günümüzde çeşitli mecralarda çok sayıda sağlık programı ya da bilgilendirme yer almakla birlikte birçoğunda etik dışı davranışlar ve hatta şarlatanlık düzeyinde yanıltıcı bilgilerin var olması dikkate alındığında Bir Nefes Sıhhat programının etik kaygılarının ne kadar yerinde olduğu gözlerden kaçmayacaktır.

Hangi konular işlendi?

Bu programlarda neler yer almıştı? Program kayıtlarının taranması sonucu ortaya çıkan durum, programların ne kadar kapsamlı olduğunun göstergesidir. **Bir Konu Bir Uzman** başlıklı bölümümüzde işlenen konular ve konuklarımız kronolojik sıra ile aşağıdaki şekilde gerçekleşmiştir:

Anne sütü ve beslenme (H. Yayla)
Check-up (M. Ak)
Ellerin temizliği
Aft (A. Arpacı)
Oruç sonu tıbbi tavsiyeler (A.F. Ağan)
Aşılar (H. Yayla)
Allerjik rinit (H. Özkul)
Astım (R. Dodurgalı)
Allerjik deri (A. Arpacı)
Mantar (A. Arpacı)
Barsak-mide hastalıkları (A.F. Ağan)
Sünnet/Hitan (T. Çaşkurlu)
Çocuk eğitimi (M. Tosun)
İshaller (R. Öztürk)
Halk sağlığı (N. Akman)
Gebelik ve cilt hastalıkları (A. Arpacı)
Kuduz (M. Ak)
Hepatit A (M. Ak)
Böbrek taşları (M. Baykal)
Artrozlar (H. Ertürk)
Frengi (A. Arpacı)
Ü.S.Y.E. (M. Ak)
Kızamık (H. Yayla)
Çocuk psikolojisi (A. Duran)
Çocuklarda ortopedik bozukluklar (M. Tezer)
Çocuklarda KBB hastalıkları (S.A. Aydoğmuş)
Yenidoğan sarılığı (H. Yayla)
Hepatit B (M. Ak)
Diş Sağlığı (B. Altundaş)
Kaşıntı (M. Erbay)
Oruç (A.F. Ağan)
Sigara ve çocuk (H. Yayla)
Anemiler (M. Güney)
Rahim boynu kanserleri (K. Ceylan)
Ebola-Polio-Hepatit-Yaz ishalleri (M. Ak)
İshaller (M. Ak)
Ruh sağlığı (A. Duran)
Kısırlık (T. Çaşkurlu)
Tüberküloz (R. Dodurgalı)
Gastroskopi (A.F. Ağan)
Grip (M. Ak)
Meme hastalıkları (N. Ülker)
Jinekolojik ağrılar (M. Dai)
Bel fıtıkları (T. Bilge)
Çene cerrahisi (B. Altundaş)
Ülser (Z. Yazkili)

Hemoroid (Z. Yazkili)

Bazı **Özgün Konular** da programımızda işlenmiştir ki bunlar da aşağıda gösterilmektedir:

Ellerin temizliği
Beden temizliği
Gürültü
Bel ağrıları
Tıbbi abortus
Hipertansiyon
Tüp bebek
Sigara
Dişler
Şeker
Çevre
Ağrı
Etler
Eximer laser
Çevre ve çocuk

Beslenme konusu her zaman çok önem verilen konular arasında yer almış olup sağlıklı ve doğal beslenmenin önemi o yıllarda ısrarla vurgulanmıştır.

Ramazan ve oruç,
Beslenme kültürümüz
Beslenme 1
Beslenme 2
Beslenme 3
Beslenme 4
Beslenme ve etler (H. Farıma).

Bazı **Özel Günler** programımızda unutulmamış ve bu günlere denk düşen programlarımızda bu günler özel olarak işlenmiştir:

14 Mart Tıp Bayramı
12 Mayıs Hemşireler günü
14 Mayıs Eczacılık günü
Özürlüler Günü
Bayram özel.

Etik ve sağlık politikaları üzerine yaptığımız programlarımız belki de en fazla ilgi çeken programlar olmuştur. Bunlar başlıklar halinde aşağıdaki şekilde gerçekleşmiştir:

Hasta-hekim ilişkileri
Hasta hakları
Hastaneler
Organ nakli
Nüfus planlaması ve kürtaj
Basında hasta-hekim ilişkisi
Sempozyum özetleri
Ötanazi
Sağlık eğitimi (M. Aydınli)
Bilgilendirme hakkını kullanmama
Aile hekimliği (U. Baran)
İlaç (Ö. Alkan)
Hekim hataları (S. Pençe-Z.Yazkili)

Programlarımızda önemli bir bölüm olarak yer alan **Tıbb-ı Nebevi** ile bazı büyük zatların eserlerinden sağlıkla ilgili hususların aktarıldığı bölümümüzün konu başlıkları da şunlardır:

Tedavi olmak
Hasta ziyareti
Hastalıklardan korunma
El temizliği
Beden temizliği
Sabır

Dua
Kaynaşma
Alkol-sigara
Spor
Misvak
Yemek adabı
Üzüm
Sünnet
Sıhhat ilminin önemi (MZK)
Sıhhat kaideleri (MZK)

Tıp tarihimizdeki önemli şahsiyetlerin hayatlarından bahsettiğimiz **tıp tarihi** bölümümüzde ele aldığımız kişiler ise şunlardı:

Süheyl Ünver
Hulusi Behçet
Akşemseddi

Bazı kurum ve kuruluşların tanıtıldığı **Tanıtım** bölümlerimizle basın yayın organlarından alıntılar yaptığımız **Basından** bölümlerimizde de aşağıdaki konu başlıkları işlenmiştir:

Sağlık Vakfı
Yeşilay
İBB Sağlık Daire Başkanlığı (B. Zülfikar)
Darülaceze (Z. Birkan)
Ruh-Sağ (Y. Bayraklı-F. Yavuz)
Doktorlara rotasyon (A. Songar'ın Makalesi)
Panzehir Dergisi
Sağlık Vakfı Bülteni

Programımız içerisinde zaman zaman aktardığımız **Vecizeler**'den ve buna bağlı olarak aktardığımız hekimlere yönelik taşlama şiirlerinden birini örnek verelim: "*Sevgili dinleyenlerim! 'Sağlık en kıymetli hazinedir. Hekimler ise Allah'ın hazinedarlarıdır. Sağlık hazinesini korumaya memur edilmişlerdir.'*" "*Allah kimseyi hekimsiz ve hâkimsiz bırakmasın.'*" gibi sözler mevcutsa da herkes hekimlerden memnun değildir. Bunun bir örneği de *Neyzen Tevfik*'dir. Şöyle yazmıştır: "*Bir hazâkatzedeyim, midemi tıp tepti benim / Kırk katır tepseydi yıkılmazdı şu aciz bedenim / Kapladı her yanımı ağrı, elem, keder, bere / Bir mezar oldu cihan, sanki etibba haşere.'*"

Evet, bundan tam 20 yıl önce Akra FM'de gerçekleştirdiğimiz ve alanında öncü görevi gören Bir Nefes Sıhhat programımızla ilgili yazımızı, o günlerde yaptığımız selamlama ile bitirelim: "*Akra FM stüdyolarından hepinizi en içten, en samimi, en sıcak, en güzel duygularla, en hikmetli, en zarif, en güzel kelimeler ve selam sahibinin selamıyla selamlıyorum. Yüce Rabbimizin selamı, rahmeti, bereketi, lütuf ve keremi üzerinize olsun. Her şey gönlünüze, gönlünüz de Hakka göre şekillensin.'*"

Kaynaklar

Hakkımızda, Ak radyo web sitesi, www.akradyo.net/content.aspx?id=25. (Erişim tarihi: 09.03.2014)

Mihalis Kuyucu, "Türkiye'de Özel Radyo Yayıncılığı: Ulusal Ölçekte Yayın Yapan Özel Radyo Kanallarının Yapılan Üzerine Bir Araştırma", *Global Media Journal*, Güz 2013, 4(7), 135-155.

Radyo Tarihi, www.eskizradyo.co/pdf/radyo_tarihi.pdf. (Erişim tarihi: 09.03.2014)

Dr. Suphi Zühüdü Ezgi

Dr. Murat Salim Tokaç



Günümüzün önde gelen ney ve tambur icracılarından biri olarak kabul edilen Dr. Murat S. Tokaç, 1969 yılında Kırıkkale'de doğdu. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1992'de mezun oldu ve aynı fakültede Mikrobiyoloji doktorası yaptı. Kendisi de neyzen olan babası Dr. Turgut Tokaç tarafından 5 yaşında ud ve ney eğitimine başlatıldı. 1991 yılında kurulan Kültür Bakanlığı Samsun Devlet Klâsik Türk Müziği Korosu'na ney ve tambur sanatçısı olarak atandı, 2004 yılında aynı koronun şefliğine getirildi. 2007 yılında İstanbul'da kurulmuş olan Devlet Türk Müziği Araştırma ve Uygulama Topluluğu'na Sanat Yönetmeni olarak atandı. Yurt içinde ve yurt dışında topluluğu ile ve solo olarak çok sayıda konserler verdi. Sanat Yönetmeni ve icracı olarak katıldığı pek çok albümün yanı sıra "Gençlik Hülyaları" ve "Dem" isimli iki solo albümü bulunmaktadır. Hâlen T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Güzel Sanatlar Genel Müdürü olarak görev yapmakta olup, aynı zamanda İstanbul Devlet Türk Müziği Araştırma ve Uygulama Topluluğu Sanat Yönetmenliği görevini de yürütmektedir.

Doktor Suphi Zühüdü Ezgi, 1869 yılında Üsküdar'ın Açıktürbe semtinde bulunan dedesinin evinde doğdu. Posta-Telgraf Nezareti Muhasebe Kalemi memurlarından İsmail Zühüdü Bey ile Mevlevilik tarikatına mensup İmrahor imamı Kâmil Dede'nin kızı Emine Hanım'ın oğludur. Beş yaşında ilkokula başladı. Orta öğrenimini tamamladıktan sonra tıp fakültesine, o zamanki adı ile "Tıbbiye-i Şâhâne"ye girdi. 1892 yılında ve yirmi üç yaşında tabip yüzbaşı olarak mezun oldu. O tarihlerde Osmanlı İmparatorluğu vilayeti olan Libya'nın Bingazi şehrine tabur tabibi olarak tayin edildi. Yirmi bir yıl burada görev yaptıktan sonra, 10 Ekim 1911 tarihinde İtalyanların Bingazi'ye asker çıkartması ile başlayan savaşa katıldı. Bingazi mutasarrıflığı elden çıktıktan sonra İstanbul'a döndü. Albaylığa terfi ederek Beykoz Serviburnu Hastanesi'nde baştabipliğe getirildi. Uzun yıllar burada çalıştı.

Kurtuluş Savaşı başladıktan sonra Anadolu'ya geçti ve Ankara'ya giderek "Merkez Hastanesi" baştabibi oldu (Ankara Numune Hastanesi'nin bahçe girişinin sol tarafında bulunan ve uzun yıllar "Taş Pavyon" adı ile anılan bu bina Kurtuluş Savaşı sırasında Ankara'nın tek hastanesiydi. Sonradan yıktırılmıştır). Savaşın bitiminden sonra bazı sebeplerden dolayı istifa ederek bu görevinden ayrıldı. H. Sadedin Arel'in İzmir'de bulunduğu 1923 yıllarında onun daveti üzerine İzmir "Hilâl-i Ahmer" (Kızılay) doktorluğuna tayin oldu ve aynı yıl içinde kendi isteği ile elli dört yaşında emekliye ayrıldı. Bundan

sonra İstanbul'a yerleşerek kendisini tamamen mûsikî çalışmalarına verdi.

Muhiddin Üstündağ'ın İstanbul valisi bulunduğu sıralarda (1932) Belediye Konservatuvarı "*Tasnif Heyeti*"ne girdi. Burada Rauf Yekta Bey, Ali Rifat Çağatay, Zekâizâde Ahmed Irsoy, Mesud Cemil ile uzun yıllar çalıştı. Bu çalışmalar konservatuvar için en verimli yıllar olmuştur. Sağlığının bozulması, özellikle gözlerinin iyi görememesi gibi nedenlerle 1947 yılında bu görevinden ayrıldı. Bu tarihten sonra Beykoz'daki evinde inzivaya çekilmiş, sadece öğrencileri ile görüşmüştür. Eşi Semiha Hanım daha önce vefat ettiği için yalnız yaşamaktaydı. Nihayet bir gece evinde bir hırsızın tecavüzüne uğradı; bir hayli hırpalanmış olarak komşuları tarafından hastaneye kaldırıldı. Yapılan bütün tedavilere rağmen 12 Nisan 1962 tarihinde vefat etti. Şişli Camii'nde kılınan cenaze namazından sonra Zincirlikuyu Mezarlığı'na defnedildi.

İki erkek bir kız çocuğu dünyaya geldi. Kızı yirmi bir yaşında tüberkülozdan vefat etmiş, bu ölüm Ezgi'yi çok etkilemişti. Fransızca, Arapça, Farsça bilirdi. Ufak tefek bir yapıda olan Ezgi, ağarmış olan sakalına kına yakıp sürdüğü için, Beykoz'da "*Kınalı Doktor*" adı ile tanınırdı.

Mûsikî öğrenimi

Daha beş yaşında ilkokul öğrencisi iken sesinin güzelliği dikkatleri çekmiş, "*İlâhcıbaşı*" olmuştur. Babası İsmail Zühüdü Bey iyi bir hanende olduğu kadar keman ve kânun da çalardı. Evlerinde haftada bir gün mûsikî toplantıları yapılır,

bu toplantılarda Medenî Aziz Efendi, Kânunî Hacı Ârif Bey, Vefalı Kemanî Tahsin gibi devrinin ünlü sanatkârları katılırlardı. Böylece Türk Mûsikîsini yakından tanıma fırsatı bulan Ezgi, on bir yaşında iken Tahsin Bey'den Keman ve usul dersleri almaya, bir yıl sonra kemanı ile bu fasillara katılmaya başlamıştı. Kanunî Hacı Ârif Bey'den bugün de kullanılan batı notası öğrenerek pek çok eser meşk etti. O zamanki okulların çoğu yatılı olduğundan, izinli olduğu günler Lâleli'de oturan Medenî Aziz Efendi'nin evine gider ve ders alırdı. Böylece bu sağlam kaynaktan otuz beş kadar fasıl elde etti. O dönemin en önemli mûsikîşinaslarından yararlanmanın yollarını arayarak hemen hemen hepsinden bir şeyler öğrendi. Bahariye Mevlevihânesi şeyhi Hüseyin Fahreddin Dede'den Ney, nazariyat, repertuar, nadîde eserler öğrendi. Rauf Yekta Bey'den "*İşaretili Hamparsum*" notasını öğrendikten sonra bu notanın "*Dilsiz Hamparsum Notası*" denen işaretsiz şeklini çözdü.

Zekâi Dede'den ders alması 1886 yıllarına rastlar. Onun öğrencileri arasına girmesi Üsküdarlı Udî Ahmed Efendi'nin aracılığı ile oldu; ilk eser olarak Acem-Aşiran makamındaki besteyi geçti. Daha sonra Şah Sultan Tekkesi'nin mahfelinde şeyhin oğlu Burhaneddin Efendi, damadı Avni Bey, Ortakçılar'lı Ahmed Efendi, kemençeci Dr. Ârif Ata, Hâfız Aziz Efendi ile birlikte uzun süre ders almaya devam etti. Sonraları bu derslere Ahmed Avni Konuk, Kanunî Hacı Ârif Bey, hanende Kaşıyarık Hüsameddin Bey ile Rauf Yekta Bey de katılmıştır. On yedi yaşında iken

başlayan bu derslerle Zekâî Dede'den otuz beş fasıl öğrendi.

Klâsik tambur icrasının o zamanki ustası Kozyatağı Rifaî Tekkesi şeyhi neyzen ve tamburî Abdülhalim Efendi idi. Zekâî Dede'nin tavsiye ve aracılığı ile bu büyük ustanın öğrencileri arasına girdi. Sürekli bir şekilde şeyhin evine giderek tambur ve sinekemanı çalmasını öğrendi. Bu dersler üç buçuk yıl sürmüştür. Abdülhalim Efendi ile 90 kadar saz eseri geçti. Abdülhalim Efendi'nin tambur hocası Kuyumcu Oskiyam, onun hocası da -III. Selim'e tambur öğretti- Tanbûrî İsak olduğu için Ezgi, geleneksel tambur çalma tavrını asıl kaynağından elde etmiş oldu. Bu tavrı sonradan Mes'ud Cemil'e öğretmiştir. Klasik tambur icrasının en mühim hususiyeti, birkaç perdeyi tek mızrap darbesiyle ve bağlı olarak çalmaktır.

Müzikoloji çalışmaları

Suphi Ezgi, sayılı müzikologlarımızdan biridir. Rauf Yekta Bey'in başlatmış olduğu bilimsel araştırmalara, 1913 yılında H. Sâdedin Arel ile birlikte katıldı. Bu konuya eğilmesi Arel'i tanıdıktan sonra olmuştur. Böylece eski "Edvâr" kitapları ve yazma eserler teker teker incelenerek elden geçirildi. Bu çalışmalarda Ord. Prof. Salih Murad Uzdilek'in katılması ile müsikimizin ses fiziği (akustik) bölümü de bir düzene sokulmuş oldu. İlgili bölümlerde de değiştiğimiz gibi, "Arel-Ezgi-Uzdilek" sistemi doğmuş oldu.

Klâsik eserlerimizi Medenî Aziz Efendi ile Zekâî Dede gibi iki güvenilir kaynaktan öğrenen Suphi Ezgi, bu gibi eserlerin notaya alınmasında önemli rol oynayan müzik adamlarından biri oldu. Bunun için çalışmalarında ikinci aşama olarak H. Sâdedin Arel ile birlikte, çeşitli kaynaklardan toplanmış olan pek çok saz ve söz eserinde restorasyon çalışmalarına başladı. Ezgi'nin eseri Arel'in kütüphanesinde mevcut bulunan Arapça, Farsça ve Türkçe kaynaklara ve bu kaynaklarda verilen bilgilerin yaşayan eserler ve Fransızca yazılmış müzikoloji kitapları ile karşılaştırılmasına dayanır. Bu iş için binlerce müsikî parçası, yüzlerce defa okunup çalınmış, incelenmiş, tahlil edilmiş, eldeki bütün nüshalar birbiriyle karşılaştırılmış, bestekârların ve ekollerin üslûplarına nüfuz edilerek en doğru şekil bulunup tespit edilmiştir. Bu suretle Klâsik Türk Müsikîsi eserlerine ilk defa olarak "édition critique" usulü uygulanmıştır. "Metin tamiri" metoduyla eserlerin eksik ve kusurlu, usulsüz parçaları yeniden bulunmuş, kaybolmaya yüz tutmuş birçok eser notaya alınmıştır. Asılları saklanan binlerce eser gözden geçirildi ve aslına icra edilmiş oldu. Ayrıca o sıralarda hayatta bulunan eski ustalar, tanınmış hanendeler, zâkirbaşları, âyinhanlar

aranarak bunların hafızalarındaki eserler notaya alındı. Bu suretle toplanan büyük nota koleksiyonu, Arel'in ölümüne kadar onun kütüphanesinde saklandı; daha sonra Ezgi'ye geri verildi. Bunların arasında gerçek bir sabır mahsulü olan Na't-ı Mevlânâ ile Nayî Osman Dede'nin Miraciye'si sayılabilir. Besteli Mevlid'in bestesini kaydetmeye çalışmışsa da tamamlamamıştır. Ezgi'nin bir özelliği de eski büyük bestekârlarımızın üslubunu şaşmaz bir şekilde tayin edebilmesi idi.

İcracılığı ve mûsikî hocalığı:

Ney, tambur, keman, sinekemanı çalan Ezgi, özellikle klâsik tambur icrasının son ustalarındandı. Bu tekniği Mesud Cemil'e de öğretmiştir. Asil bir üslupla ve ölçülü bir sesle okuyan bir hanende olduğunu öğrencileri ve kendisini tanıyanlar belirtiyor. Bununla birlikte Ezgi'yi bir icrakâr olarak değil de bir müzikolog olarak düşünmek ve değerlendirmek daha doğrudur. Uzun bir hayat çizgisi içinde tıpkı H. Sâdedin Arel gibi gerek bizzat yetiştirdiği öğrencilerine, gerekse yaptığı yayınlar ve ünlü nazariyat kitabı ile bu sanata gönül verip öğrenmek isteyenlere hocalık etmiştir. Bugün pek çok nazariyat kitapları, makaleler, verilen dersler bu kaynaktan beslenmektedir.

Eserleri

1. Amelî ve Nazaî Türk Müsikîsi: Uzun yıllarını vererek elde ettiği sonuçları Arel'in tavsiyesi ile yazmaya başladı. Eserin ilk cildi 1933 yılında kitap haline geldi. Aralıklı tarihlerde tamamlanan bu muazzam eser beş ciltten ibarettir. Bugüne kadar yeni basımı yapılmamıştır. Nazariyat ve eser muhtevası bakımından değerli bir koleksiyondur. Bu eserde eski müsikîşinaslarımız hakkında kısa biyografik bilgiler de verilmiştir.
2. Mevlevî Âyinleri: Büyük boy on üç cilttir.
3. Müsikî Eserlerinde Bir Usûlden Diğere ve Mertebesine Yapılan Geçkilere Hareket ve Tebeddülü, İstanbul Enstitüsü Dergisi
4. Tambur Metodu: Geleneksel tambur metodu, ilk kısmı Müsikî Mecuması'nda yayınlanmıştır.
5. Türk Müsikîsi klâsiklerinden Temcid, Na't, Salât ve İlâhiler kitabı: Elimizde "Durak" nâmiyle o zamana kadar mevcut 39 eserin, usulleri (Durak Evferi) keşfedilerek yazılmış, bunlara 15 Nât vs. eklenmiştir.
6. Tamburî Mustafa Çavuş'un otuz altı eseri: Şarkıların otuz beşine Ezgi aranağme yapmıştır.
7. İlâhiler: Rauf Yekta, Zekâîzâde Ahmet Irsoy ve Ali Rifat Çağatay'la müşterek hazırlanmıştır.
8. Bektaşî Nefesleri



9. Hâfız Mehmed Zekâî Dede Efendi Külliyyâtı

10. Tamburî Ali Efendi, Hacı Ârif Bey ve Şevki Bey'in eserleri: Bu eser tamamlanamamıştır. Fakat bu üç bestekârın hayli eserini notaya almıştı.

11. Solfej kitabı: Geleneksel Türk hânendeliğine uygun solfej metodu. Yarım kalmıştır.

12. Bir ömür boyunca bestelediği yedi yüz eserin ancak yüz altmış beşinin yayınlanmasını uygun bulmuştur. Eserlerinin tamamı Türkiyat Enstitüsü'ne devredilmiştir. Bu eserlerin başlıcaları 13 Peşrev, 2 Durak, 43 Saz Semâisi, 10 Oyun Havası, 13 Beste, 4 Ağır Semâi, 9 Yürük Semâi, 3 Marş, 67 Şarkı, 1 Operetten (Lâle Devri) ibarettir. Operetin ilk temsili Şehzâdebaşı'ndaki Ferah Tiyatrosu'nda yapılmıştır. Eserin bazı bölümlerinin iyi icra edilemediğinden yakınırılmış.

Kendine özgü bir kişiliği olan Suphi Ezgi, eserleri ısıklıla deşifre eder, beğenmediği konular için ve sinirlendiği zaman "pûf" dermiş. Oldukça titiz ve geçimsiz tabiatla olduğu söylenir.

Muhammed Hâdimî'nin bir beyti ile son noktayı koyalım

Kâmil odur ki koya bir eser

Eseri olmayanın yerinde yeller eser...

Kaynaklar

<http://www.beykozguncel.com.tr/hayataDair.asp?icerikID=7412&B=Dr.-Suphi-Ezgi>, (Erişim tarihi: 08.12.2013)

http://www.poimap.com/tr/sokak/389289/istanbul_uskudar_aziz_mahmut_hudayi_mahallesi_bes-tekar_suphi_ezgi_sokak, (Erişim tarihi: 08.12.2013)

Türk Müsikîsi Ansiklopedisi. Yılmaz Öztuna, Orient Yayınları, Ankara 2006, cilt 1.

Türk Müsikîsi Tarihi. Dr. Nazmi Özalp, M.E.B. yayınları 3109 İstanbul 2000, cilt 2.

Prof. Dr. Ayhan Songar için...

Prof. Dr. Sefa Saygılı



1956 yılında İskenderun'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini bu şehirde tamamladıktan sonra 1980 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Aynı fakültede psikiyatri eğitimi tamamladı. 1985'de Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde göreve başladı. 1992 yılında Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne psikiyatri klinik şefi oldu. Şu an Kırklareli Üniversitesi'nde öğretim üyesidir. 24 yıldır Yeşilay Genel Başkan Yardımcılığı görevinde bulunan Saygılı, 1996'dan beri Adli Tıp Kurumu'nda ikinci görevlidir. Çok sayıda popüler kitabı vardır. Milat Gazetesi'nde köşe yazarı olan Saygılı, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Vakıf Gureba Hastanesi Konferans Salonu'nda 2 Temmuz 2007'de nezh bir topluluk Prof. Dr. Ayhan Songar'ı 10. ölüm yıldönümünde anmak için toplanmıştı. Prof. Dr. Necat Birinci, Prof. Dr. İbrahim Balcıoğlu, Prof. Dr. Alaattin Duran, Prof. Dr. Müfit Uğur, Prof. Dr. Neşe Kocabaşoğlu ve daha birçok kıymetli misafir, başhekim Doç. Dr. Turan Aslan'ın açılış konuşmasından sonra söz alarak hocayı anlattılar. Çok yönlü bilim adamımız Ayhan Songar'ın ölüm haberini veren medya "bir çınarın devrildiğini" ifade etti. Gerçekten bir çınardı o.

Songar, öğretim üyesi ve hocaydı. Sayısız doktor, psikiyatrist, psikolog ve öğretim üyesi yetiştirmişti. Hocaların hocasıydı. Pek çok doçent ve profesör, onun yetiştirdiği talebeler olarak ülkenin her yanında vazife yapmaktadır.

Hocamız fikir ve düşünce adamıydı. Yazardı. "Beynimiz ve Sinirlerimiz, Enerji ve Hayat", "Sibernetik", "Haşhaş Meselesi ve Türkiye", "Çeşitleme" gibi birçok kitap onun eseridir. Günlük gazete ve dergilerdeki yazıları ve röportajları ile ülke gündeminde belirli ağırlığı vardı. Türk Edebiyat Vakfı'nın aktif üyesiydi. Edebiyatla yakında ilgiliydi. Özellikle dil üzerine yazdığı yazılarla uydurma-cılık akımı karşısında bir kalkan vazifesi yapmıştı.

Hoca iyi bir hekimdi aynı zamanda. Sayısız hastanın şifaya kavuşmasına vesile olmuştu. Ayhan Songar adı bir Mazhar Osman gibi Anadolu'da efsanevi tarzda yayılmıştır. Düzelmeyen hasta Songar Hoca'da iyileşeceğine inanır ve gerçekten de onun şifalı reçetesinden fayda görürdü. Bir özelliği de Yeşilaycı oluşuydu. Yıllarca Yeşilay Genel Başkanlığı yapmış, ömrünü içki ve uyuşturucu gibi zararlı alışkanlıklarla mücadeleye

vakfetmişti. Hocamız adli psikiyatristti. Yıllarca Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi'nin başkanlığını yapmıştı. Uzman sıfatıyla hakikaten kurtarılması gereken çok insanı kurtarmıştır. Haksızlık eden çok insanın cezalanmasına vesile olmuştur. Bu hususta son derece ciddi bir tutumu vardı. Güvenilir, ahlâklı ve dürüsttü.

Aynı zamanda müzikologdu. Viyana Üniversitesi'nde musiki dersleri veriyordu. Yine Hoca, söz yazarlığı ve güfte, beste yapardı. Hocamızın bir yönü de fotoğrafçılığıydı. Çok geniş arşivinin bulunduğu biliyoruz. İnşallah değerlendirilir, gün yüzüne çıkar. Necip Fazıl Kısakürek'i yansıtan meşhur fotoğrafı o çekmiştir. Necip Fazıl bu fotoğraf için "ruhumun fotoğrafı" demişti. İnce ruhlu ve sanatkar bir kişiliğe sahipti. Her şeyde bir estetik endişesi vardı. Eski sanatlarımıza ilgi duyardı hat sanatına düşkündü.

Tıp fakültesinde son yıldı. Bir ihtisas dalı seçmem gerekiyordu. İşte bu dönemde Prof. Dr. Ayhan Songar Hocamız bize güzel bir örnek olarak karşımızda duruyordu. Çok yönlü mükemmel kişiliğinden etkilenecek psikiyatridi seçtim. Kendisiyle görüştüğümde memnun olacağını ifade etti. Psikiyatri ihtisasına başladığım sıralardı. Dinimizdeki "ruh" kavramı ile ruh hastalıklarındaki "ruh" kavramı arasındaki farkı bir türlü zihnimde yerli yerine oturtamıyordum. O sırada imdadıma yine hocam yetişti. Kubbealtı Yayınları arasında çıkan "Çeşitleme" adlı kitabında örneklerle bu konuyu o kadar güzel izah ediyordu ki sanki bana bir ufuk açılmıştı. Hocanın izahını daha sonra bu mevzuyu merak eden kişilere anlattım, çeşitli defalar yazdım. Doçentlik jürimde Prof. Ayhan Hoca üyelerden biriydi. En yaşlı olması dolayısıyla jürinin başkanlığı yaptı. Stresli ve sıkıntılı imtihan ortamını yaptığı espri ve nüktelerle yumuşatmıştı. İmtihandan sonra hocaları yemeğe

götürmek âdetidir. Bu tür yemeklerde de alkollü içkiler çok tüketilirdi. Hoca, bazıları kendi talebesi olan diğer jüri üyelerine dönerek, "Herhalde ben içmediğim için siz de alkol almazsınız" demişti. Böylelikle içkisiz bir yemek olmuştu. Hocamız aynı zamanda cömert bir insandı. Doçent olanlar jüriye yemeğe götürür, tabii masrafları da çekerlerdi. Hoca bu konuda kararlı olarak "Parayı ben vereceğim" demişti. Kendisine "Hocam, bu yaptığınız teamüllere aykırı" diyecek olduğumda "Büyük varken küçük para ödemez" diye cevap vermişti.

Ayhan Hoca neşeli ve nüktedendi. Yaşadığı her olayda gülünecek bir taraf bulur, bir espri çıkarırdı. Hocanın çok hoş sohbeti vardı. Tatlı mübalağalarla hadiselerin komik yönlerini vurgulayarak anlatırdı. Hocayı birkaç defa sohbet için yemeğe davet ettiğimizde hep kabul etmiş; fakat masrafları yine o üstlenmişti. Hoca çok enerjik ve çalışkan bir insandı. 24 saat adeta ona yetmezdi. Gece birkaç saat uyurdu. Özellikle öğlenleri, genellikle oturduğu yerde 5-10 dakikalık kestirmelerle kayılu uykusuna dalar. Bu kısa şekerlemeler, onu enerjik ve zinde hale getirirdi.

Bu kadar yoğun çalışmasının yanında ailesini ihmal etmezdi. Kendisiyle yapılan bir röportajda, programını şöyle anlatmıştı: "Ben günde 20 saat çalışıyorum. Her gün sabah 08.30'da evden çıkarım. Bir gün hastaneye gelirim, bir gün de Adli Tıp'a giderim. Öğleden sonra da muayenehanem var. Gece saat 1'de filan işim biter. Eve gelirim, gazete için yazımı yazarım. Saat 2 veya 4 olur; yatarım. Pazartesi, Salı, Perşembe, Cuma böyle, Vakti iyi değerlendirmek lâzım. Bu dört gün devamlı çalışırım. Görüyorsunuz, bir saniye boş değilim burada. Gece yansına kadar böyle geçer. Ama Çarşamba günleri öğleden sonra ve Cumartesi ve Pazar günleri boşum.

Mutlaka kendi aileme vakit ayırırm."

Bu kadar meşguliyetine rağmen sakin görünüşlü idi. Kolay kolay kızmazdı. Bu rahatlığını şöyle izah etmişti: "*Vicdanım rahat. Allah'tan başka kimseye veremeyecek hesabım yok. İçim rahat. Yaptığım işlerin hiçbirisinde arka plân, ön hesap yoktur. Hayatımda kimseye kötülük etmedim.*"

Vefat ettikten sonra her ay düzenli olarak hocanın 20 öğrenciye karşılıksız burs verdiği anlaşılmıştı.

Hoca, ömrünün son yıllarında yakalandığı prostat kanseri yüzünden yatağa düştü. Aslında daha rahatsızlanmadan çalıştığım ve yeni kurduğumuz Vakıf Gureba Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne onun adını vermeyi kararlaştırmıştık. Kendisine iletince çok memnun oldu. Fakat bazı engellemeler yüzünden bu merasimi, hasta yatağında iken onsuz yapmak zorunda kalacağımızı bildirince; "*Siz yapın, düzelirsem gelir ziyaret ederim*" demişti. Fakat planladığımız gün daha da ağırlaşmıştı. Zihni her zaman berraktı, ama artık yatağında da kımıldayamaz hale gelmişti. Gerçekten güzel bir toplantı oldu. Çağırdığım herkes geldi. Seçkin bir topluluk önünde kliniğin açılışını Prof. Dr. Nevzat Yalçıntaş Hoca yaptı. Sevenleri onunla ilgili hatıralar anlattılar. Hocamız bundan çok memnun oldu. "*Ben bir bibliyomanım, yani kitap hastası. Bu kitaplarımı sizin hastaneye bağışlayacağım*" dedi.

Hoca, son günlere kadar Türkiye Gazetesi'ndeki yazılarına devam etti. Ülke gündemini vatan sevgisi ile dopdolu bir fert olarak yakından takip etti. Yatağında kımıldayamıyordu; ama elleri ve gözle-riyle yazılarını aksatmıyordu. Ondaki bu enerjiye şaşmamak mümkün değildi. Sonunda ölümünden bir gün önce şu cümlelerle hayata veda etti: "*Emr-i Hak vaki olursa sizlerden helallik delerim. Benden Fatihalarınızı esirgemeyiniz. Hastalık da, şifa da Allah'tan...*"

Kliniğe adını verdiğimiz gün açılış haberini dinledikten sonra sanki bu anı bekler gibi televizyonu kapattırılmış ve o gece, çok sevdiği Rabbine kavuşmuştur. Son ana kadar namazlarını kıldı. Allah'a teslim olmuş bir haldeydi. Masasında hasta hayatında elinden düşürmediği "*Hastalar Risalesi*" bulunuyordu.

Yıllar sonra çok sevdiği eşi Jinekolog Op. Dr. Reyhan Songar da rahatsızlandı ve bizim hastaneye yatırıldı. Sonra ağırlaştı, komaya girdi. Günlerce yoğun bakımda şuuru kapalı halde yattı. İşin ilginç, tam hocanın vefat yıl dönümünde yani 2 Temmuz 2006'da onu da kaybettik. Evet, hocamıza ve eşine helallik dileyelim ve Fatihalarımızı esirgemeyelim.

Prof. Dr. Ayhan Songar'ın hayat hikâyesi

1927 yılında Gönen'de doğdu. Babası, Millî Mücadele gazilerinden merhum Albay Nazmi Songar, annesi Sultan İkinci Abdülhamid'in Vâlide Sultanı Perestü Kadın Efendi'nin yeğeni Fevziye Peyman Hanım'dır. Babasının asker olması sebebiyle tahsil hayatını yurdun çeşitli bölgelerinde geçirdi. Bitlis'te ilkokula başladı ve orta öğrenimini İzmir Atatürk, Afyon ve Balıkesir liselerinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1950'de Tıp Doktoru olarak mezun oldu. Tıp öğrenciliği sırasında açılan sınavı kazanarak 1946-1950 yılları arasında Fizyoloji Enstitüsü'nde "*talebe asistan*" olarak çalıştı.



1950 yılında İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Kliniği'ne asistan olarak atandı. Psikiyatri ve Nöroloji Kliniklerinde asistanlığını tamamlayarak 1953 yılında Akıl ve Sinir Hastalıkları Mühassısı unvanını aldı. Aynı klinikte uzman olarak görevine devam etti. 1956'da psikiyatri doçenti oldu. 1958'de askerlik hizmeti sebebiyle ayrıldı. Sıhhiye Yedek Subay Okulu (Sahra Sıhhiye Hizmet Okulu)'nu 43/46 dönem birincisi olarak bitirdi ve Erzincan Askeri Hastanesi Asabiye Mühassıslığına atandı. 1958 yılında tabip teğmen rütbesiyle terhis edilerek İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Kliniği'ndeki görevine döndü. 1961 yılında Cerrahpaşa'da bir psikiyatri kliniği kurmakla görevlendirildi. Önce Nöropsikiyatri Kürsüsüne bağlı bir seksiyon, daha sonra da bir kürsü olarak *Cerrahpaşa Psikiyatri Birimi*'ni kurdu.

1962'de Profesör oldu ve Cerrahpaşa Psikiyatri Kliniği'nin kürsü profesörlüğüne atandı. Bu arada Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nin kurucuları arasında yer aldı. Akademik hayatı bundan sonra aynı anabilim dalının öğretim üyeliği ve anabilim dalı başkanlığı görevinde geçmiştir. Ayrıca, Tıp Fakültesi'nde *Sibernetik* dersleri vererek başlattığı biyofizik eğitimini, Prof. Meliha Terzioğlu ile birlikte *Biyofizik Kürsüsünü* kurarak devam ettirdi. Dr. Ayhan Songar bir dönem *fakülte profesörler kurulu* ve üç dönem de *yönetim kurulu* üyeliği yapmıştır. *Fakülte Satınalma Komisyonu*, *Etik Kurul* ve *Tıbbi Tahliye Kurulu* üyeliklerinde de bulunmuştur.

İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Etnomüzikoloji Araştırma ve Uygulama Merkezi'ni kurmuş, Merkez Müdürlüğü'ne atanmış ve bu merkez faaliyetlerinden olmak üzere yurt içinde ve dışında birçok konser, eğitim toplantısı, konferans ve seminer tertiplemiş, uluslararası festivallere katılmıştır. 1992 ve 1993 yılında Uluslararası Etnomüzikoloji Kongresi'ni İstanbul'da düzenlemiştir. Viyana'da *Schule Für Altorientalische Musik und Kunsttherapie*'de "*Müzik Psikolojisi*" dersleri vermiştir.

Üniversite'deki vazifesi yanında 1970 - 1994 yılları arasında *Adâlet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi Başkanlığı*, bir süre *Dış Hekimliği Yüksek Okulu ve Türk Musikisi Devlet Konservatuarı* öğretim üyelikleri de yapmıştır. 1956 - 1960 yılları arasında *İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurul Üyeliği* ve *Genel Sekreterliği*, bir süre *Devlet Plânlama Teşkilatı Gençlik İşleri Komisyonu Üyeliği*, 1983 - 1987 yılları arasında *Türkiye Radyo Televizyon Kurumu Yönetim Kurulu Üyeliği* görevlerini üstlenmiştir.

TRT Kurumu'nun kuruluş, tüzük ve yönetmeliklerinin düzenlenmesinde, TV yayınlarını siyah - beyazdan renkliye dönüştürülmesinde, TV'de ikinci kanalın, Radyo'da ise FM kanallarının açılmasında emek ve hizmeti geçmiştir. Asya ve Avrupa Yayın Birlikleri'nin toplantılarında Türkiye Radyo Televizyon Kurumu'nu temsil eden heyette görev almıştır. 1964 - 1968 yılları arasında *Türkiye Yeşilay Demeği Genel Başkanlığı*, bir süre de Türk Edebiyatı Vakfı Yönetim Kurulu Üyeliği vazifelerini üstlenmiştir.

Konservatuarların ve güzel sanatlar akademilerinin fakülte hâline dönüştürülmesini sağlayan ve YÖK tarafından teşkil edilen komisyonun başkanlığına getirilerek, Konservatuarları ve güzel sanatlar fakültelerini akademik hayatımıza kazandırmada önemli rol oynamıştır.

Psikiyatri, Nöroloji, Biyofizik konularında ders kitapları ve çeşitli yayınları, ayrıca sosyal konularda yayınları, kitapları ve çok sayıda gazete makaleleri yanında, özellikle "*Türk Dili*" üzerine araştırmaları, bu konuyla ilgili olarak "*Dil ve Düşünce*" adlı bir de kitabı vardır. Tanınmış bir *fotoğraf* amatörüdür. Batı müziğiyle ve Türk Müziğiyle meşgûl olmuştur. Obua ve ud çalar. Vefat edene kadar Türkiye Gazetesi köşe yazarlığına devam etmiştir. Millî ve uluslararası birçok derneğin üyesi bulunmaktadır.

Prof. Dr. Ayhan Songar İngilizce, Fransızca ve Almanca biliyordu. Kadın ve Doğum Uzmanı Op. Dr. Reyhan Songar ile evliydi. Bir çocuğu, iki torunu bulunmaktadır. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Başkanı iken, 43 sene 7 aylık devlet hizmetinden 1994'de yaş haddi sebebiyle emekliye ayrılmıştır.

2 Temmuz 1997'yi 3 Temmuz'a bağlayan gece ahirete intikal etmiştir.

Ödülleri

1979 yılında Türkiye Millî Kültür Vakfı Armağanı

1981 yılında Türkiye Millî Kültür Vakfı teşvik Armağanı

1992 yılında The New York Academy of Sciences'in "Active Member" unvanı

1993 yılında Acedemia Medicane et Psychiatrie Foundation'un "Charter Fellow" unvanı.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan