



HAZİRAN-TEMMUZ-AĞUSTOS 2014
YAZ, SAYI 31
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

Düşünce arka planında sağlık meslekleri

Bugün dünyada yaklaşık 80 civarında değişik sağlık mesleğinin 65 milyona yakın mensubu mevcut. 150 yıl öncesine gidiildiğinde yalnızca hekimlik, eczacılık ve diş hekimliği vardı ve uygulamaları tarih kadar eski olan hemşirelik de sistematik yaklaşım çabasıyla doğum sancıları yaşatmaktaydı. Eski sağlık mesleklerinin bile gelişim ve meslekleşme sürecinde hala sıkıntılar içerdiği bir dönem olan 20. yüzyılın başlangıcında 4 eski mesleğe eklenmiş 80 kadar yeni alan bulunuyor.

Tıp teknolojilerinde ve tekniklerinde baş döndürücü gelişmelerin yaşandığı bir dönem olmasının yanında 20. yüzyılın bir başka önemi, bu dönemde halk sağlığı uygulamalarının sağlık hizmetlerini etkisi altına alması. Yüzyılın sonuna gelindiğinde sağlık sistemlerini yeniden örgütleme çalışmalarına koyulmuş ve politikalarını gözden geçirmemiş hiçbir ülke kalmadı.

21. yüzyıl ise ilk 15 yılında bile büyük değişimleri bize getirmiş durumda. Artık her sağlık profesyoneli sağlığın felsefesiyle, kültürüyle, iletişimiyle, modasıyla, birbiriyle çelişen veya destekleyen uygulama türleriyle ilgilenmek zorunda. Bütün

tıp uygulamalarının merkezine kan ve kan dolaşımını (dolayısıyla hormonları, enzimleri, vitaminleri vb.) koyan temel duruşun bile değişebileceği boyutlara gidilebildi. İnsan ruhunun, aklının ve bedeninin birbiriyle ilişkisinde yeni sorular ve gizler öne çıkarken, başlı başına muam- ma olan insan, bir de toplumsal varlık halini aldığı anda onu tam olarak anlamak imkânsızlaşıyor.

Sağlık profesyonellerinin yalnızca mesleki uygulamalara yoğunlaşarak; sağlığın, hayatın, hastalığın ve ölümün felsefesi üzerine düşünme çabalarını es geçmesi kabul edilemez. Bütün kavramların odağında sağlık olması şartıyla, sağlık ve ilişkili kavramların felsefesi birkaç marjinal durum karşısında yapılan “etik” tartışmalarından ibaret sayılmamalı. İyice düşünülp olgunlaştırılmış bir felsefenin sahipleri sağlık hizmeti verdiği zaman, onun maharetli düşüncesi ve eli ile verdiğiinden daha iyi bir hizmet düşünülemez.

80 değişik sağlık mesleğinin ortaya çıktığı günlerde

sağlık düşüncesi ve meslek kültürünün önemi de 80 kat artmış durumda. Bu profesyonellerin ihtiyacı karşılayacak şekilde eğitilmesi için yeni disiplinler ve yeni metotlar geliştiriliyor... Öte yandan uzaktan eğitim kapsamında sağlıkta ve tıpta e-eğitimin önemi giderek artıyor. Bu yöntemlerle gerçekleştirilmeye çalışılan eğitimin yukarıda sözü edilen felsefenin edinimine ne denli katkı verdiği ise meçhul.

SD'nin yeni sayısında e-eğitim kapsamında farklı pencerelerden görüşleri içeren yazılar yer almakta. Lancet Dergisinde yayımlanan makalenin “artçı yazı- ları” niteliğinde görüşlerin de yer tuttuğu yeni sayıda, Kayseri Erciyes Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Fahrettin Keleştemur ve Otacı ürünlerinin kurucusu merhum Niyazi Kurtsan'ın eczacı eşi Meral Kurtsan ile yaptığımız kapsamlı röportajlar da yer alıyor.

Bilgi paylaştıkça çoğalıyor. Sağlık kültürünün gelişmesi adına görüşlerinizi bizlerle de paylaşmanız dileği ile...

İçindekiler

6

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI İLE İLGİLİ OLARAK
LANCET'TE YAYIMLANAN MAKALEYE YÖNELİK
HAKSIZ ELEŞTİRİLER
PROF. DR. OSMAN E. HAYRAN

12

"TALİHSİZ BİR SAVUNMANIN" TALİHSİZ BİR
ELEŞTİRİSİ ÜZERİNE NOTLAR
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN



18

SAĞLIK POLİTİKALARI KİME EMANET?
DR. MEHMET DEMİR

20

SAĞLIKTA İNSANGÜCÜ AÇMAZI
DR. GÜVEN BEKTEMÜR

24

TÜRKİYE'DE TIBBİ CİHAZ VE MALZEME
SEKTÖRÜNÜN GELECEĞİ
KEMAL YAZ

28

PROF. DR. FAHRETTİN KELEŞTEMUR:
AMACIM KADİM KÜLTÜRÜMÜZÜN İNŞASI
YOLUNDA LİDER BİR ÜNİVERSİTE



38

TIP VE SAĞLIK ALANINDA E-EĞİTİM:
NE DURUMDA, GELECEKTE NE OLACAK?
PROF. DR. ALPER CİHAN

40

TIP VE SAĞLIK ALANINDA E-EĞİTİM
PROF. DR. SELAMİ AKKUŞ
PROF. DR. S. YAVUZ SANİSOĞLU

42

UZMANLIK EĞİTİMİNİN PLANLANMASI
VE ASİSTANLARIN SORUNLARI
DR. AHMET MURT - PROF. DR. MUZAFFER ŞEKER

46

YÜKSEKÖĞRETİMDE ULUSLARARASILAŞMA
PROF. DR. ZEKERİYA AKTÜRK

48

SAĞLIKTA AR-GE OLANAKLARI
İLKER KÖSE

52

TÜRKİYE'DE YENİLİKÇİ İLAÇ İÇİN YOL HARİTASI
YRD. DOÇ. DR. MUSTAFA GÜZEL

58

YARIM ASIRLIK ECZACIDAN:
TİCARİ ÜRÜN SATMIYORUZ, ŞİFANIN PARÇASIYIZ



64

SAĞLIK HİZMETİYLE İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLAR:
DEĞİŞEN "PARADİGMALAR" VE YENİ HEDEFLER
PROF DR. RECEP ÖZTÜRK

66

GENE BİR MODA: SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
PROF DR. HAYDAR SUR

68

GÖÇ VE RUH SAĞLIĞI
DR. MAHİR YEŞİLDAL - PROF DR. MUSTAFA BİLİCİ



74

NÖROAKUPUNKTUR: YENİ KÖYE ESKİ ADET!
YRD. DOÇ. DR. BURCU POLAT

76

DİJİTAL HASTANEDE İKİNCİ ADIM:
AKILLI HASTANE
YASİN KELEŞ

80

SOSYAL MEDYA PSİKOLOJİSİ VE DİJİTAL YERLİLER
YRD. DOÇ. DR. EROL YILDIRIM



84

İNSANİ YARDIMA GENEL BİR BAKIŞ
DR. MEHMET GÜLLÜOĞLU

86

TIBBİ ETİK, MALPRAKTİS VE DEFANSİF TIP
PROF DR. MUSTAFA ALTINDIŞ

92

MAKRO EVRİMDEN MİKRO EVRİME
PROF DR. AKİF TAN



96

ZAMAN NEDİR?
DOÇ. DR. LÜTFÜ HANOĞLU

98

MAZHAR OSMAN'DAN SEÇMELER
PROF DR. SEFA SAYGILI

100

MEVLANA'NIN ESERLERİNDE SAĞLIK VE
MESNEVİ'DEKİ "PADİŞAH VE HASTA CARİYE"
İSİMLİ HİKÂYESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
YRD. DOÇ. DR. MAHMUT TOKAÇ



104

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili olarak Lancet'te yayımlanan makaleye yönelik haksız eleştiriler

Prof. Dr. Osman E. Hayran



İzmir Maarif Koleji, Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra aynı üniversitede Halk Sağlığı ihtisası yaptı. Zorunlu hizmetini Kocaeli Sağlık Müdürlüğü'nde tamamladı. 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalına geçti ve aynı yıl Halk Sağlığı Doçenti, 1994 yılında da Profesör oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nce Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisinin Direktörlüğünü yaptıktan sonra 1995 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'ni kurmak üzere Dekan olarak görevlendirildi. Dekanlık görevini 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesine geçen Hayran, Yeditepe Üniversitesi'nde Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Hayran, halen Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

Sağlık sistemlerinin performansını değerlendirme konusu zor ve tartışmalı bir konudur. Bu zorluk hem "sağlık sistemi" tanımından hem de "performans" tanımının zorluğundan kaynaklanmakta ve yapılan değerlendirmeler olarak bu tanımların nasıl olduğuna bağlı olarak değişmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) bu konuyu 2000 yılındaki Dünya Sağlık Raporu'nun kapak konusu olarak ele alması bu alandaki güçlükleri aşmanın bir adımıdır.⁽¹⁾ Bu raporu izleyen yıllarda pek çok ülkede sağlık sistemleri performansını değerlendirme amaçlı çeşitli yaklaşımların, çerçevelerin ve kriterlerin geliştirildiği görülmektedir. Her ülke, kendi sağlık sisteminin başarısını tanımlamak, ölçmek ve yapılan ölçümleri hem başka ülkeler ile hem de kendi geçmiş ile kıyaslayarak nerede olduğunu ne kadar yol aldığını ya da alamadığını olabildiğince objektif kriterlere dayana-

rak görmek istemektedir. Gerek var olan kaynakların verimli ve etkin kullanımı, gerekse sağlık sistemlerinin geliştirilmesi amacıyla ihtiyaç duyulan politikaların belirlenmesi için, bu tür ölçüm ve değerlendirmeler önem taşımaktadır.

Örneğin, sağlık hizmetlerinin değişen demografik yapıyla uyumlu olacak şekilde yeniden nasıl düzenlenmesi gerektiği; parasal kaynakların her zaman sınırlı olduğunu dikkate alarak toplumdaki sağlık önceliklerinin nasıl belirlenmesi gerektiği; eşitsizliklerle mücadelenin nasıl yapılacağı; toplumdaki sağlıkla ilgili beklenti artışının karşılanması için neler yapılması gerektiği; hangi teknolojinin kullanımının daha uygun olduğuna nasıl karar verileceği; sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların tedavisi hizmetlerinin nasıl dengelenmesi gerektiği gibi sorulara doğru yanıtlar bulabilmenin yolu, sağlık sisteminin mevcut durumu ile performansının doğru değerlendirilme-

sinden geçmektedir. Değerlendirmenin en kısa ve basit yolu bazı istatistik göstergeler yardımıyla elde edilen sonuçları ölçmek ve izlemektir. Bu noktada hangi sonuçların ne tür göstergeler kullanılarak ölçülmesi gerektiği sorusu akla gelmekte ve bu sorunun yanıtı da ülkelerin özelliklerine göre farklılık göstermektedir.^(2, 3) Özellikle üst gelir düzeyindeki ülkelerin önemli bir kısmı ile bazı orta ve alt gelir düzeyindeki ülkelerin kendilerine özgü değerlendirme kriterleri kullandıkları ve bunların birbirinden farklı olduğu dikkati çekmektedir.⁽⁴⁾

Sağlıklı kıyaslamalar yapılabilmesi için kullanılan kriterlerin ortak olması gerekse de bir kısmının farklı olması kaçınılmazdır. Örneğin, Kanada'daki sistemde hastanelerdeki bazı tanı ve tedavi hizmetleri için bekleme sürelerini izlemek önemli iken, ABD'de hasta güvenliği ve hizmet maliyetlerini, Nijer'de ise ana-çocuk sağlığı göstergelerini izlemek doğal



Lancet'te yayımladıkları makaleye ilişkin olarak, görüşlerine her zaman değer verdiğim Prof. Dr. Hasan Yazıcı'nın getirdiği bazı haksız, ancak bilimsel kaygılar taşıyan eleştirilerden hareketle görüşlerimi belirtmek istiyorum.



olarak daha öncelikli olabilmektedir. Sağlık sistemlerinin hangi kriterlere ve göstergelere göre analiz edileceği, performans izleme ve değerlendirme esaslarının neler olacağı gibi konular ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte iyi bir performans değerlendirmesinin başlıca üç alanda yapılmasının zorunlu olduğu görülmektedir: hasta güvenlik ve memnuniyeti, toplumun sağlık düzeyi ve sağlık harcamalarındaki değişimler.^(5, 6) Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili olarak Atun ve arkadaşlarının 2013 yılında Lancet'te yayınladıkları, ülkemizdeki sağlık sistemine ilişkin makaleyi bu bilgilerin ışığında değerlendirmekte yarar vardır.⁽⁷⁾ Sunulan sistem analizi ve değerlendirmelerinde, literatürde bu amaçla sıkça kullanılan kriter ve göstergelere yer verilmiştir. Başlığı ile uyumlu olarak ülkemizdeki sistemin “kapsayıcılık” ve “hakkanîyet” boyutlarına odaklanan değerlendirmelerde, kullanılan çeşitli istatistik ve kriterler doğal olarak tek tek değil de bir arada yorumlandığı zaman anlam kazanmaktadır.

Bu değerlendirmelerdeki temel sıkıntı ülkemizde güvenilir bir sağlık enformasyon sisteminin son yıllarda kurulmaya başlanmış olması nedeniyle pek çok konuda geçmişe ilişkin güvenilir bilgi sağlanamamasıdır. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1994 yılında kullanılmaya başlanan Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması kodlarının 10. Versiyonu (ICD-10) Sağlıkta Dönüşüm Programı başladıktan sonra kullanılmaya başlanmış, ülkemiz sağlık sistemi bu kodların ilk 9 versiyon ile tanışma fırsatı bile bulamamıştır. Sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlık harcamalarının miktarı ve dağılımı, gibi sistem değerlendirmesi açısından önemli olan pek çok konuda rutin ve “güvenilir” veri toplanmaya başlanmasının geçmişi en fazla 15 ya da 20 yıldır. Ülkemizde bir yıl içerisinde gerçekleşen ölümlerin temel-ara-son nedenlerine ilişkin güvenilir veri toplanması ne yazık ki bugün bile mümkün olamamaktadır.

Tüm bu nedenlerle bugün gelinen noktaya hangi aşamalardan geçerek geldiğimizi iddialı bir biçimde ortaya koymak çok zordur. Lancet'teki makalenin yazarları bu zor işi yapma cesaretini göstermişler ve ülkemizin sağlık sisteminin performansını değerlendirme amaçlı, nitelikli ve sonraki çalışmalara da yol gösterici bir ürün ortaya koymuşlardır. Bu nedenle kendilerini takdir etmek gerekir. Tabii ki yapılan çalışmanın çeşitli eksiklikleri vardır, tıpkı incelenen sağlık sisteminin hala kusurlarının, zayıf yanlarının olması gibi. Ancak, bugün için yeryüzünde eleştirilemeyen, kusursuz, mükemmel bir sağlık sisteminin bulunmadığını ve böyle bir sisteme ulaşmanın teorik olarak mümkün olmadığını da akılda tutmak gerekir. Sağlık alanındaki bilgi, teknoloji ve uygulamaların çok hızlı değişmesi, hasta beklentilerinin sürekli artması, küreselleşmenin her alandaki etkileri nedeniyle, her sistemin kendi öznel koşulları içerisinde ve o zaman dilimi için değerlendirilmesi gerekmektedir. Tüm bu saptamalardan sonra, Lancet'te yayımladıkları makaleye ilişkin olarak, görüşlerine her zaman değer verdiğim Prof. Dr. Hasan Yazıcı'nın getirdiği bazı haksız, ancak bilimsel kaygılar taşıyan eleştirilerden⁽⁸⁾ hareketle görüşlerimi belirtmek istiyorum.

Bilimsel bir yaklaşım olarak “yanlışlama” ve ikna edicilik

Lancet'te yayımlanan makale Türkiye'de 2003-2013 yılları arasında gerçekleştiren Sağlıkta Dönüşüm Programını değerlendirme amaçlı bir “örnek olay” analizi ya da daha tıbbi bir deyişle “olgu sunumu” türünde bir çalışmadır. Sosyal bilimler ve sağlık bilimlerinde sıkça kullanılan bir araştırma türü olan “olgu sunum”ları genellikle tanımlayıcı amaçla yapılmaktadır. Neden-sonuç ilişkisi konusunda önemli ipuçlarına ulaşma imkânı sağlasalar bile iddialı bir ilişki ortaya koymaları beklenmez. Önemli olan olguyu ya da olayı en iyi tanımlayan bulgu ve gözlemleri sistematik bir şekilde analiz etmek ve

okuyucunun bilgisine sunmaktır. Sosyal bilimler alanındaki “olgu sunumu” çalışmaları sırasında, gerek olgunun seçilme biçimi ve nedenlerinin, gerekse yapılan gözlem, analiz ve yorumların yanlı olma olasılığının yüksek olabileceği gerçeğinden hareketle, bilimsel çalışmalarda göz önünde tutulması gereken ilkelerden birisi olan “yanlışlama” ilkesinin gözden kaçabileceği ve elde edilecek sonuçların araştırmacıların kendi önyargılarını “doğrulama” amacına hizmet etme olasılığının yüksek olabileceği çok tartışılan bir konudur. Ancak benzer tartışmalar, olasılıklı yöntemlerle seçilmiş evreni temsil gücü olan örneklerden elde edilen kantitatif araştırma sonuçları için de geçerlidir. Hatta iyi yapılması durumunda olgu sunumlarının “yanlışlama” konusunda diğerlerinden daha üstün olabileceği, bilgi üretmek ve öğrenmek için önemli fırsatlar sunabileceği bile öne sürülmektedir.⁽⁹⁾ Bu arada, araştırmaları bilimsel yapan çok sayıdaki yaklaşımdan bir tanesi olan ve günümüzdeki egemen bilim anlayışının temelini oluşturan Popper'ci “yanlışlama”nın ne derece doğru ve geçerli olduğu da ayrı bir tartışma konusudur.⁽¹⁰⁾ Ancak böyle bir tartışma bu yazının konusu olmadığından ayrıntılara girilmeyecektir.

Her bilimsel çalışma sonucunda ve makalede olduğu gibi, “olgu sunumu” veya “örnek olay” analizi türündeki çalışmaların sonucunu sunan makalelerde de yazar(lar)ın aradıkları gerçekler, gözledikleri durumlar, dikkatlerini çeken ilişkiler vardır ve sundukları bulguların, yaptıkları değerlendirmelerin, tartışma ve yorumların ışığında okuyucuyu ikna etmeleri beklenir. Başka bir deyişle her makale, dayandığı araştırmanın türü ne olursa olsun, bilimsel yöntem açısından doğru, konuyu ele alışı açısından ön yargısız olmak, ancak, sonuçları açısından okuyucuyu ikna etme amacını taşımak zorundadır. Lancet'te yayımlanan makale ile yapılmak istenilen de budur. Yazarlar arasında, sunulan olguya, ya da örnek olaya başından sonuna kadar



Lancet yazarları ölüm hızlarını yıllara göre vermişler ve ölüm hızlarındaki azalmaları SDP'nin başarısı olarak yorumlamışlardır. Yazıcı ise, bu ölümlerdeki SDP öncesi görülen azalma hızının program sonrası dönemde yavaşladığını kendi yöntemi ile gösterip yorumlayarak yazarların tersine bir sonuca varmıştır. Bu tür hızlardaki değişimler hesaplanırken belirli zaman aralıklarındaki toplam değişim miktarını Yazıcı'nın yaptığı gibi zaman birimine bölerek hesaplamak yani "mutlak değişim"i bulmak doğru değildir.

Tablo: Yıllara göre <5 yaş, bebek ve yeni doğan ölümlerinde değişim

	<5 yaş † (azalma %)	Bebek† (azalma %)	Yeni doğan † (azalma %)
1990	102 -	76 -	41 -
1995	74 (27.5)	58 (23.7)	33 (19.5)
2000	52 (29.7)	42 (27.6)	26 (21.2)
2005	31 (40.4)	26 (38.1)	17 (34.6)
2010	20 (35.8)	18 (30.8)	12 (29.4)
2012	18	16	11

†: Ölüm hızı (bin canlı doğumda)

dahil olmuş olan kişilerin bulunması da çok normal hatta gereklidir, çünkü, bir çalışmayı en iyi sunabilecek olanlar onu yapanlar, katkıda bulunanlardır. Bunu ilgi çatışması olarak görmek, bir anlamda tüm araştırma sonuçlarını araştırmada yer almayan kişilere analiz ettirmek ve yazdırmak gibi bilim ahlakına aykırı bir sonuca yol açar.

Çocuk/bebek/yenidoğan ölümlerindeki azalmanın ölçülmesi ve yorumu

Yazarlar, Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP) başardığı sonuçların göstergeleri arasında 5 yaş altı çocuk, bebek ve

yenidoğan ölümlerindeki değişime yer vermişlerdir. Toplumun sağlık hizmetleri sunumuna en duyarlı kesimi olması nedeniyle uluslararası değerlendirmelerde de sıklıkla kullanılan bu göstergelerdeki değişimlerin, sağlık sistemi dışında pek çok değişkenle ilişkili olması konusu bir yana bırakıldığında bile, nasıl analiz edilmesi ve yorumlanması gerektiği konuları tartışmalı yöntem sorunlarına neden olmaktadır. Yazarlar ölüm hızlarını yıllara göre vermişler ve ölüm hızlarındaki azalmaları SDP'nin başarısı olarak yorumlamışlardır. Yazıcı ise, bu ölümlerdeki SDP öncesi görülen azalma hızının program sonrası dönemde yavaşladığını kendi yöntemi ile gösterip

yorumlayarak, yazarların tersine bir sonuca varmıştır.⁽⁸⁾ Burada iki nokta üzerinde durmak gereklidir.

Birincisi, Yazıcı'nın hesaplama yöntemi-ne ilişkindir. Bu tür hızlardaki değişimler hesaplanırken belirli zaman aralıklarındaki toplam değişim miktarını Yazıcı'nın yaptığı gibi zaman birimine bölerek hesaplamak yani "mutlak değişim"i bulmak doğru değildir. Onun yerine, her zaman birimi için "görelî değişim"i, yani bir önceki hesap dönemine göre ne kadar bir oranda değişim olduğunu bulmak gerekir. Bu durumda da 2000 yılından sonra ölüm hızlarındaki azalmanın hızlandığı, son dönemde yavaşlarsa bile hala 2000 öncesine göre daha yüksek bir hızla azalmaya devam ettiği görülecektir. Tabloda parantez içerisinde verilen değerler, ölüm hızlarının bir önceki döneme göre değişimini göstermektedir.

Bu durumu daha anlaşılır kılmak için şöyle bir örnek de verebiliriz: Örneğin, hayali bir ülkede altı eşit zaman diliminde ölçülen hızlar sırasıyla 128, 64, 32, 16, 8, 4, 2 şeklinde olsaydı, birbirini izleyen her zaman diliminde hızlar %50 azalma gösterdiği halde, Yazıcı'nın hesaplama yöntemine göre ilk üç zaman dilimi için

hızdaki mutlak azalma zaman dilimi başına= $(128-16)/3=37,3$; ikinci üç zaman dilimi için ise $(16-2)/3=4,7$ bulunacak ve "ilk üç zaman diliminde dönem başına %37,3 olan azalma olurken ikinci üç zaman diliminde %4,7 olmuştur" gibi çok hatalı bir yoruma neden olacak idi.

Üzerinde durulması gereken ikinci önemli nokta ise, çocuk/bebek/yenidoğan ölüm hızlarındaki azalma hızının yavaşlamış olmasını, sağlık sistemi adına olumsuz bir sonuç saymanın doğru olup olmadığıdır. Bu yavaşlamayı sistem adına olumsuzluk saymak bir yana, sadece bu ölümlerin trendi açısından bile olumsuzluk saymak mümkün değildir. Çünkü ölüm hızlarındaki azalma hızının yavaşlaması hatta bir süre sonra, -örneğin sıfıra indiğinde eksi olamayacağına göre- duraklaması kaçınılmazdır. Bu nedenle zaman içerisinde bebek ölüm hızlarındaki değişim yorumlanırken söz konusu olabilecek azalma hızının doğrusal bir azalma mı, yoksa eğrisel, giderek artan ya da azalan bir azalma olarak mı ele alınması gerektiği konusu çok tartışmalı bir konu olup net bir yanıtı bulunmamaktadır. Konuyla ilgili olarak 18 gelişmiş ülkede, yirminci yüzyıl boyunca saptanan bebek ölümlerindeki değişimin incelendiği bir çalışmada, bebek ölüm hızlarındaki azalma hızı önce doğrusal olarak ele alınıp analiz edilmiş, daha sonra da başlangıçtaki bebek ölüm hızı yüksek olan ülkelerin daha hızlı, başlangıç hızı düşük olanların ise daha yavaş düşürebileceği varsayılarak analizler yapılmış, ancak, bebek ölüm hızlarındaki azalma trendlerinin ne doğrusal ne de eğrisel olarak bir modele dayandırılmayacağı anlaşılmıştır.⁽¹¹⁾ Gene bu konu ile ilgili bir başka çalışmada, bebek ölüm hızları konusunda güvenilir verileri olan 24 ülkenin 1950-2006 yılları arasındaki bebek ölüm hızlarının zaman içerisinde nasıl bir değişim gösterdikleri incelenmiş ve tüm ülkelerdeki bebek ölüm hızlarının sürekli olarak azaldığı saptanmıştır. Saptanan azalma hızlarının, farklı istatistiksel yöntemlerle analizi yapıldığında, ülke sıralamasında farklılıklar ortaya çıkmakla birlikte, her durumda bebek ölüm hızlarındaki azalmanın başlangıç hızı yüksek olan ülkelerde daha hızlı, başlangıç hızı düşük olan görece gelişmiş ülkelerde daha yavaş olduğu görülmüştür. Örneğin, yapılan bir sıralamaya göre, bebek hızını en hızlı düşüren ülkelerin Slovakya, Portekiz, Bulgaristan, Macaristan ve İspanya, en yavaş düşürenlerin ise sağlık sistemleri daha gelişmiş olan İsveç, Avusturalya, Hollanda, İzlanda ve Norveç olduğu görülmüştür.⁽¹²⁾ Yani bebek ölüm hızlarındaki değişimin sistem performansının bir göstergesi olarak kullanılması durumunda bile, zaman içerisinde gözlenen azalmanın artan bir hızla değil, azalan bir hızla gerçekleşmesini beklemek daha gerçekçidir. Bu noktada hızlardaki azalmanın, farklı

zaman dilimlerindeki hızlar arasındaki farkların ifadesi olan "mutlak" azalma yerine, "görelî" azalma, yani hızların bir önceki zaman dilimine göre ne oranda azaldığı şeklinde hesaplanmış olması gerektiğini bir kez daha vurgulamak gerekir.

Bebek ölümleri toplumların sağlık düzeyini gösteren en duyarlı gösterge olmakla birlikte bu hızların azalma hızını etkileyen ve sistemlerin başarısından bağımsız olan pek çok etken bulunmaktadır. Örneğin, İngiltere'de 19. Yüzyıla ait güvenilir istatistiklere göre enfeksiyon hastalıklarına bağlı çocuk ölümlerinde gözlenen hızlı azalma aşılamanın bilinmediği, antibiyotiklerin henüz keşfedilmediği bir dönemde gerçekleşmiştir⁽¹³⁾ Sanayi devrimi ve hızlı kentleşmenin yaşandığı bir dönemde ortaya çıkan bu sonucu sağlık sistemindeki gelişmeler ile açıklamak mümkün değildir.

Toplum ve hasta memnuniyeti

Hasta memnuniyeti ölçümleri, sağlık kuruluşlarının özelliklerine ve ölçümlerin yapıldığı yere (poliklinik, servis, ameliyathane, laboratuvar, acil servis, diyaliz ünitesi, evde bakım, gibi) bağlı olarak farklılık gösterebildiğinden her sağlık kuruluşu için, hedeflenen hasta grubuna uygun soru formları kullanılarak ve o grubu temsil etme yeteneği olan, uygun örnekleme yöntemleriyle seçilmiş bir gruptan veri toplanması şeklinde yürütülmelidir. Ancak, bu tür ayrıntılı ölçümlemelerin tüm ülkedeki sağlık kurum ve kuruluşlarını temsil edecek şekilde yapılmasının ne derece gerçekçi ve mümkün olabileceği de işin bir başka yönüdür. Bu nedenle Lancet'teki makalede, tıpkı başka ülkeler için de yapıldığı gibi, sağlık hizmetlerinden olan "genel memnuniyet" in sunulmuş olmasını normal karşılamak gerekir. Bu tür memnuniyet ölçümleri ülkemizde belirli aralıklarla Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılmakta ve tabii ki uygun, yani, olasılıklı örnekleme yöntemleri ile seçilmiş, evreni temsil eden örneklerden veri toplanmaktadır.

Acil servislere başvuru artışı

Sağlıkta Dönüşüm Programı sırasındaki bazı uygulamalar sağlık hizmetlerine olan talebi artırmıştır. Bu talep artışının ne kadarının gerçek talep, ne kadarının ise sağlık sektörüne özgü "arz tarafından oluşturulan talep" olduğu tartışılabilir. Acil servise olan başvuruların sayısının yılda 90 milyon üzerine çıkmış olması, -ki Yazıcı'dan başka yazarların da dile getirdiği eleştirilerden birisidir(14)- buna ek olarak 1996 yılında 2,4 olan kişi başına hekime başvuru sayısının 2010 yılında 7-8'e çıkmış olmasının olası nedenlerini çeşitli şekillerde açıklamak mümkündür.

Bu artışlar, sağlık hizmetlerinin organizasyon ve yönetimindeki yetersizliklerden kaynaklanabileceği gibi, "arz tarafından oluşturulan talep" artışına yani hizmetlerin sunum biçimlerinden kaynaklanan nedenlerle gereksiz yere aşırı kullanımına da bağlı olabilir. Sağlık sektöründe iyi profesyonel yönetici eksikliği ve yönetim sorunlarının varlığı bir gerçektir. Öte yandan, hastanelerde olan doğumlardaki sezaryen oranlarının alınan önlemlere rağmen hala çok yüksek seyrediyor olması, personele getirilen performans kriterleri nedeniyle bazı hizmetlerin öncelik ve ağırlık kazanmış olması gibi bazı bulgular, hizmet sunumunda verimlilik sorunu olduğuna işaret etmektedir. Başvurulardaki artış için yapılabilecek bir başka açıklama ise, daha önce hizmete ihtiyacı olduğu halde çeşitli engeller nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşamayan insanların yeni düzenlemeler sayesinde artık rahatlıkla ulaşabiliyor olmasıdır. Nitekim sağlık güvencesi kapsamının genişletilmiş olması, hastane ve aile sağlığı merkezlerinin sayısının artmış olması, sevk zincirinin kaldırılmış olması, kamu sigortalılarının özel sektörden de hizmet alabilmesinin sağlanmış olması, şeklindeki uygulamalar sağlık hizmetlerine ulaşımı çok kolaylaştırmıştır. Bugün için ulaşılan hekime başvuru sayısı OECD ülkeleri ortalamasına yakın bir ortalama değildir ve bizim insanımızın onlardan daha sağlıklı olmasını beklemediğimiz sürece bu ortalama normal kabul etmek gerekir. Sistemin henüz dönüşüm sürecini tamamlamamış olması nedeniyle, artan başvuruların asıl yapılması gereken birinci basamak sağlık örgütlerine değil de ağırlıklı olarak özel sağlık kuruluşlarına ve acil servislere yapılıyor olması ise mutlaka düzeltilmesi gereken önemli bir sorundur.

Bu konuda eleştirilmesi gereken bir başka nokta, artan hizmet talebini karşılamak amacıyla hekim ve sağlık personeli sayısında yeterli artışın sağlanamamış olması, çalışma koşullarının artan iş yüküne dayanılacak şekilde düzenlenmesinde geri kalmış olmasıdır. Ağırlıklı olarak talep cephesinin önceliklerini dikkate alan düzenlemeler ve bunların doğal sonucu olan başvuru artışı, bir yandan sağlık harcamalarının hızla artmasına, bir yandan da sağlık kuruluşlarında hizmet sunucuların görelî olarak yetersiz kalmasına, sonuç olarak da iş doyumsuzluğuna, hizmeti alanlarla sunanlar arasında şiddetle sonlanabilen tartışmalara neden olabilecektir ve olmaktadır. Acil hizmetlerin etkin yönetimi, basamaklar arası sevk zinciri kurulması ile bu başvuru artışını kontrol altına almak, yönetmek mümkündür ve gereklidir.

Her sağlık sistemini eleştirmek mümkündür. Dünyanın hiçbir ülkesinde



mükemmel bir sağlık sistemi olduğundan söz edilemez. Nitekim bu gerçek nedeniyle bir yanda pazar ekonomisinin mucidi ABD olmak üzere sanayileşmiş ülkeler, diğer yanda 70 yıllık sosyalist devletçi tecrübesini terk eden eski Sovyet cumhuriyetleri yıllardır sağlık sistemlerini reforme etmeye, dönüştürmeye çalışmaktadırlar. İnsanların yaşam koşulları değiştikçe, tıp alanında yeni teknolojiler ve bilgiler devreye girdikçe, toplumların demografik yapıları ve epidemiyolojik gerçekleri değiştikçe sağlık politika ve sistemleri de değişmeye devam edecektir. Bu anlamda sağlık alanındaki bu reform, dönüşüm, adına ne denirse densin, yenilenme arayışları kesintisiz sürecektir. Teorik olarak “uzmanlar” açısından en ideal sistem bile kurulsa mutlaka bunu eksik bulan başka uzmanlar çıkacak, aldığı hizmetten memnun kalmayan hastalar her zaman bulunacaktır. Bu da değişim ve gelişim adına iyi bir şeydir.

Kaynaklar

- 1) WHO. *The World health report 2000: health systems: improving performance*, Geneva, 2000.
- 2) WHO. *Health system performance assessment: a tool for health governance in the 21st century*. WHO_EURO, 2012.
- 3) WHO. *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. WHO, 2010, Geneva.
- 4) Tashobya CK, Silveira AC, Ssengooba F, Nabyonga-Orem J, Macq J, Criel B. *Health systems performance assessment in low-income*

countries: learning from international experiences. *Globalization and Health* 2014, 10:5.

5) Berwick D et al. *The Triple Aim: Care, Health, And Cost*. *Health Affairs*. 2008;27(3):759-769.

6) American College of Physicians. *The Role of Performance Assessment in a Reformed Health Care System*. Philadelphia: American College of Physicians; 2011: Policy Paper.

7) 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.

8) Yazıcı Hasan, *Sağlıkta Dönüşümün talihsiz bir savunması: R. Atun ve arkadaşları Lancet, 2013 yazısı ve izleyen tartışma makalesi, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 30. sayı, sayfa:10-13*

9) Flyvbjerg B. *Five Misunderstandings About Case-Study Research*. *Qualitative Inquiry*, 2006; 12 (2): 219-245.

10) Feyerabend P.K. *Yönteme Hayır: Bir anarşist bilgi kuramının ana hatları*. (Çeviren: Ahmet İnam) 2. Baskı. Ara Yayıncılık, İstanbul, 1991.

11) Bishai D, Opuni M. *Are infant mortality rate declines exponential? The general pattern of 20th century infant mortality rate decline* *Population Health Metrics* 2009, 7:13 doi:10.1186/1478-7954-7-13.

12) Caporale GM, Gil-Alana LA. *Infant Mortality Rates: Time Trends and Fractional Integration*. *Economics and Finance Working Paper Series Working Paper No. 11-06*, Brunel University, 2011.

13) Hannay DR. *Lecture Notes on Medical Sociology*. Blackwell Scientific Publications, 1988: 36.

14) Pala K. *Health-care reform in Turkey: far from perfect*. *Lancet*. 2014; 383:28.

Her sağlık sistemini eleştirmek mümkündür. Dünyanın hiçbir ülkesinde mükemmel bir sağlık sistemi olduğundan söz edilemez. Bu anlamda sağlık alanındaki bu reform, dönüşüm, adına ne denirse densin, yenilenme arayışları kesintisiz sürecektir. Teorik olarak “uzmanlar” açısından en ideal sistem bile kurulsa mutlaka bunu eksik bulan başka uzmanlar çıkacak, aldığı hizmetten memnun kalmayan hastalar her zaman bulunacaktır. Bu da değişim ve gelişim adına iyi bir şeydir.

“Talihsiz bir savunmanın” talihsiz bir eleştirisi üzerine notlar

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu-Göynük'te doğdu. İlköğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulu'nda, ortaöğrenimini 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.

Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisinin 30. sayısında Prof. Dr. Hasan Yazıcı imzalı bir yazı yayımlandı⁽¹⁾ Yazı “Sağlıkta Dönüşümün talihsiz bir savunması: R. Atun ve arkadaşları Lancet, 2013 yazısı ve izleyen tartışma” başlığını taşıyor. Bildiğim kadarıyla bu yazı dergi yayın kurulunun talebine cevaben hocanın yaptığı bir çalışmanın ürünü. Yazıcı

hocanın bu yazıyı hazırlarken ciddi emek harcadığını, kapsamlı okumalar ve ben dâhil ilgililerle irtibata geçerek bilgiler aldığını biliyorum. Daha dergide yayımlanmadan önce okuma şansını bulduğum yazının da, ne yazık ki eleştirdiği makaleye attığı talihsizlikleri yaşamaktan kurtulamadığı izlenimi edindiğimi itiraf etmeliyim. Amacım aynı hassasiyetle bir eleştiri yazısı kaleme almak ve polemige girmek değil. Ancak

Sayın Hasan Yazıcı Hocamızın yazısını keyifle okurken aklımdan geçenleri notlar haline getirip SD okuyucusuyla paylaşmanın faydalı olacağına inanıyorum. Bu notlarımda ayırıcı olması bakımından eleştiriye ve bu derginin önceki sayılarında başka yazılara konu olan ana makaleyi “makale”, Sayın Yazıcı'nın 30. sayıda yayımlanan eleştirilerini “yazı” olarak nitelemek istiyorum. Ayrıca not düştüğüm kısımların her birini alıntıla-





Sayın Hasan Yazıcı,
Atun ve ark. makalesinin
her şeyden önce şekil
yönünden bilimsel bir
araştırma makalesi olmayıp
bir “okuru ikna” makalesi
olduğunu iddia etmektedir.
Takdir kendisininindir.
Bilimsel düzeyi ve etki
faktörü bilinen bir dergide
yayımlanan ve dünyada
sağlık politika liderlerince
incelenerek yayına kabul
görülen makalelerinin hangi
kategoride bir makale
olduğu konusunda bir
tartışmanın anlamlı olduğunu
sanmıyorum.

Yarak bu satırların aşırı uzamasından
kaçındım. Bu itibarla konuyla ilgilenenle-
re, önce anılan makaleyi, sonra hocanın
eleştiri yazısını ve ardından bu satırları
okumalarını tavsiye ederim.

Bilindiği gibi Sayın Yazıcı'nın eleştiri
konusu yaptığı makale, kendi tabiriyle
ünlü Lancet Dergisinin 6 Temmuz 2013
tarihli sayısında çıkan Rifat Atun ve
arkadaşlarının makalesidir.⁽²⁾ Bendeniz
de yazarlarından biriyim. Yazıcı tara-
fından makalenin başlığı, “*Türkiye’de
herkesi kapsayan sağlık güvencesi:
Eşitliğin yaygınlaştırılması*” olarak
verilmiş. Kelimelerin sözlük anlamları
bir yana, her uzmanlık alanının kendi
kavramları ve arka planda ifade ettikleri
düşünce ve politika örgüsü bulunduğu
malumdur. Sayın Yazıcı “*universal health
coverage*” ifadesini “*herkesi kapsayan
sağlık güvencesi*” olarak ifade etmiş.
Sağlık güvencesi ibaresi genellikle sağlık
sigortası yerine kullanılmaktadır. Hâlbuki
yazının içeriğine biraz dikkat etmek bile
daha kapsamlı bir anlam arayışına yol
açabilirdi. Konu ile doğrudan ilgili uzman-
larca farklı ifadeler benimsenmekte olsa
da, böyle bir ifadenin yine de Türkçede
henüz yerleşmemiş bir kavram yerine
kullanılması kabul edilebilir belki. Söz
konusu makalenin İstanbul’da yapılan
tanıtımında katılımcılara dağıtılan Türkçe
çevirisinin başlığı “*Türkiye’de genel sağlık
kapsamı: Hakkaniyetin artırılması*” olarak
verilmişti.⁽³⁾

Bilindiği gibi, maksadı ifade için evrensel
kapsayıcılık, genel kapsayıcılık, genel
sağlık kapsayıcılığı veya genel sağlık
kapsamı gibi ifadeler kullanılmaktadır.
Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre
genel kapsayıcılık ya da genel sağlık
kapsayıcılığı (UHC) bütün insanların
ihtiyaç duydukları sağlığı teşvik edici,
koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici
ve palyatif hizmetleri yeterli kalitede ve
etkili biçimde alabilmesi ile bu hizmetleri
alan insanların mali açıdan güçlüklerle
karşılaşmamasının temin edilmesidir.
Genel sağlık kapsayıcılığının bu tanımı
üç hedefi içinde barındırmaktadır:

1. Sağlık hizmetlerine erişimde hakkani-
yet: Sadece bedelini ödeyebilenler değil
hizmete ihtiyaç duyanlar bu hizmetleri
alabilmelidir.
2. Kalite: Sağlık hizmetleri, hizmeti alan-
ları iyileştirecek düzeyde kaliteli olmalıdır.
3. Finansal-risk-koruyuculuğu: Hizmetten
yararlanmanın bedeli, hizmeti alan insan-
ları mali açıdan sıkıntıya sokmamalıdır.

DSÖ, genel sağlık kapsayıcılığının,
özellikle en riskli durumda olan yüz
milyonlarca insana daha iyi bir sağlık dü-
zeyine ulaşma ve yoksulluktan korunma
umudu verdiği inancındadır. Genel
sağlık kapsayıcılığı, sağlığın temel insan
hakkı olduğunu ilan eden 1948 tarihli
DSÖ Anayasası ile 1978 tarihli Alma-Ata
Bildirgesinde yer alan “herkese sağlık”
ilkesine dayanmaktadır.⁽⁴⁾

DSÖ Avrupa Bölge Direktörü Zsanna
Jacob tartışma konumuz olan maka-
leyle ilgili olarak yaptığı konuşmasında
genel sağlık kapsayıcılığının DSÖ
çalışmalarının merkezinde yer aldığını,
Dünya Sağlık Assamblesinde (DSÖ
Genel Kurulu) çok detaylı bir şekilde
tartışıldığını ve muhtemelen 2015 sonrası
gelişme ajandasında da yer alacağını
belirtmiştir. Buna gerekçe olarak da,
genel sağlık kapsayıcılığının DSÖ’nün
hakkaniyet ve sosyal adalet anlayışının
pratik bir ifadesi olduğunu, bu yaklaşımın
sağlık, sosyal koruyuculuk ve ekonomik
politikalar arasındaki ilişkileri zorlaması
gerektiğini ifade etmiştir.⁽⁵⁾

Yazar, makale başlığının ikinci kısmında
yer alan “*enhancement of equity*” ifa-
desini de kendi anladığı gibi, “*eşitliğin
yaygınlaştırılması*” olarak çevirmiş.
Hâlbuki söz konusu olan eşitlik (equality)
değil, hakkaniyettir. Doğrusu “*hakka-
niyetin artırılması*” veya “*hakkaniyetin
yaygınlaştırılması*” olmalıydı. Genel sağlık
kapsayıcılığı ile hakkaniyet arasındaki
ilişki, yukarıdaki satırlarda Jacob’un
ifadelerinden kolayca anlaşılmaktadır.
Bilindiği gibi sağlıkta hakkaniyet eşitlikten
farklıdır; sağlık açısından kontrol altına
alınabilir ayrımsızların yokluğuna delalet
eder. Sağlıkta kontrol edilmesi mümkün
olmayan farklılıklar kaçınılmaz olduğuna

göre, tam bir eşitliği hedef almak müm-
kün de değildir. Kavramı tersten alırsak,
hakkaniyetsizlik eşitsizliğin değil, sosyal
adaletin olmamasının bir ifadesidir.

DSÖ hakkaniyeti, sosyal, ekonomik,
demografik ya da coğrafik bakımdan
tanımlanan insan grupları arasındaki
önlenebilir ve ortadan kaldırılabılır
farklılıkların olmaması olarak tarif etme-
tedir. Sağlıkta hakkaniyet olmaması, bu
yüzden sağlığın sosyal belirleyicileri ve
sağlık için ihtiyaç duyulan kaynaklara
erişim bakımından eşitsizlikten öte bir
anlam ifade etmektedir. Sağlık temel
bir insan hakkı olduğuna göre sağlıkta
hakkaniyetsizliklerin azaltılması çok
önem kazanmaktadır. Diğer bir ifadeyle
hakkaniyetin geliştirilmesi devletlerin
asli görevleri arasındadır. Sağlıkta
hakkaniyetten yoksun olan -yoksullar,
marjinalize insanlar, etnik azınlıklar
ve kadınlar gibi- grupların geleneksel
şanssızlığı politik, sosyal veya ekonomik
güçlerden mahrum kalmalarıdır.⁽⁶⁾ Bu
yüzden hakkaniyetsizlikle mücadele
amaçlı girişimlerin etkili ve sürdürülebilir
olabilmesi için, muayyen bir eşitsizliğin
giderilmesinin ötesine geçmeleri ve
ayrıca bu grupları yasal reformlar veya
ekonomik ve sosyal durumlarındaki
iyileştirmeler gibi sistematik değişimler
yoluyla güçlendirmeleri gerekir.

Yazar kendi açısından eleştirdiği
makalenin önce çok kısa bir özetini
yapmış. Özet şöyle: “*2003 yılında baş-
latılmış 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.*”

Lancet dergisinde yayımlanmış en uzun
yazılardan biri olan ve 35 sayfayı bulan
bir makalenin 4 satırda özetlenmesinin
ne denli zor bir iş olduğunun farkındayım.
Ancak bu denli kapsamlı bir yazıdan
sadece yukarıdaki cümleleri özet
olarak çıkarmanın da çok hakkaniyetli
bir davranış olduğunu düşünmem
beklenmesin. Burada makalenin başında
yer alan kelime sayısı kısıtlı özeti de
yeterli bulmadığımı belirtmek isterim.
Eğer bu cümlelerin makalenin özeti
değil de, sonucu olduğu iddia edilseydi
belki daha makul olabilirdi. Makalenin
esasta sağlıkta genel kapsayıcılığı ve
hakkaniyet sağlanmasını konu edindiği
ve Türkiye’de bu amacın gerçekleşmesi
yolunda atılan adımları uluslararası kabul
görmüş ulaşılabilir verilerle anlatmaya
çalıştığı görülüyor. Zaten başlığı da buna
işaret etmektedir.

Makale genel sağlık kapsayıcılığına yönelik olan çabaları tarihsel süreçle gözden geçirmekte ve gelişmeleri özetlemektedir. 2000 yılı öncesi ve sonrası gelişmeleri tablolar halinde sunmaktadır. Türkiye sağığında radikal değişimlere sahne olan ve genel sağlık kapsamının en azından yasal alt yapısının tamamlan-dığı Sağlıkta Dönüşüm Programı sürecini detaylı bir şekilde ele almaktadır. Makalenin özetinde yazarları açık bir şekilde, Türkiye’de sağlık sistemi reformlarının gelişimini izlerken Sağlıkta Dönüşüm Programı ile çakışan 2003–2013 tarihleri arasında özellikle durduklarını belirtmişlerdir. Hatta bu süreçte elde edilen sonuçların böyle bir makalenin yazılması ve yayımlanmasının tetikleyicisi olduğunu kabul etmek gerekir. Bu açıdan bakıldığında yazarın makaleyi Sağlıkta Dönüşüm Programının başarısına ya da savunmasına indirgemesinin makul bir nedeni olduğunu düşünürüz.

Öncelikle makaleye hangi açıdan baktığımıza dikkat etmemiz gerekmektedir. Söz konusu makale özgün bir çalışmaya dayanmamaktadır. Bunun yerine akademik kuruluşlar ve uluslararası kuruluşlarca yayımlanan sağlık verilerini esas alarak resmi çekmeye çalışmaktadır. Bu yönüyle sonuç alınan bir politikanın irdelenmesi ve bu politika sürecindeki deneyimlerin paylaşılmasını amaçlamaktadır. Dolayısı ile bu politikaya zemin oluşturan ortam ve politikanın hayata geçirilmesinde başvuru taktikler ele alınmaktadır.

Şekil açısından değerlendirme

Sayın Yazıcı, Atun ve ark. makalesinin her şeyden önce şekil yönünden bilimsel bir araştırma makalesi olmayıp bir “okuru ikna” makalesi olduğunu, yapılmak istenenin yazarlarının inandığı ve dergi editörünün kuvvetle desteklediği bir yorumun doğruluğuna okuyucuyu ikna etmek olduğunu iddia etmektedir. Takdir kendisindir. Bilimsel düzeyi ve etki faktörü bilinen bir dergide yayımlanan ve dünyada sağlık politika liderlerince incelenerek yayına kabul görülen makalelerinin hangi kategoride bir makale olduğu konusunda yazarları özel bir iddiada bulunmuş değillerdir. Böyle bir tartışmanın anlamlı olduğunu da sanmıyorum. Ancak her halde yazarların gözlemediği, analiz ettiği ve sonunda inandığı bir yorum okuyucuyla paylaşmasından daha doğal bir şey olamaz. Bence bunun aksi durum eleştirilmeyi hak ederdi.

Bununla birlikte yazar listesinin hemen hepsinin Sağlıkta Dönüşüm içinde aktif görev almış olduklarını iddia edip, bunu bilimsel olamamaya mesnet gibi sunmanın da talihsiz bir yaklaşım olduğunu düşünüyorum. Bir hipotezi

ileri sürüp bunu deneyen ve elde ettiği sonucun doğruluğuna inanan kişinin çalışmasının sonuçlarını makale haline getirmesi doğru olmayacak da, bilimsel çabanın önemli ögesi olan “kendini yanlışlama” adına bunu bu çalışmayla ilgisi olmayan birinin yazması ve yayınlaması mı daha doğru bir davranış olacaktır? Bilim felsefesinin temel öğelerine atıf yaparken yanlışla düşünmemeye dikkat etmemiz gerekir. Bilindiği gibi, bilimsel bilgi “yanlışlanabilir bilgidir”. Bu, dogmatik bilginin karşıtlığını ifade eder. Yanlışlanmasını kabul etmeyeceğimiz, teste tabi tutmayacağımız, araştırmaya, test etmeye gerek görmeden kabul edip inanacağımız bilgidir dogma; testi yapanların elde ettiği sonucun doğru olduğuna inanması değildir. İnanılan bu doğru, bir başka yöntem ve araştırmayla yanlışlanmayacağı anlamına gelmez. Bilimsel bilginin yanlışlanamayacağını kabul etmek de, elde ettiği sonucun kendini yanlışlamak adına doğruluğuna kabul edememek de bilimsel gelişmenin önünde engel olmaktan öte gidemez.

Bu açıklamadan sonra şunu da belirmeden geçemeyeceğim: Sayın Yazıcı yazar listesinin hemen hepsinin Sağlıkta Dönüşüm içinde aktif görev almış olduklarını ileri sürmüş. 10’dan fazla yazarın en fazla yarısı için böyle bir iddia makul olabilirdi. Ancak biraz zahmetle yazarların aidiyetlerine göz atmak bile, yazarların yarısından fazlasının Sağlıkta Dönüşüm veya bir şekilde Türkiye sağlık politikaları ile ilgilerinden dolayı değil, araştırma verilerinin toplanması ve analiz edilmesi amacıyla sırf uzmanlıklarından dolayı bu çalışmada rol aldıklarını fark etmeye yeterliydi. Hele son yazarın, “Sağlıkta Dönüşümün mimarı olarak kabul edilen bir önceki Sağlık Bakanımız Sayın Prof. Recep Akdağ” olmasının bir mahzur gibi sunulmasını anlamada zorlandığımı itiraf etmek zorundayım. Bir politikanın anlatıldığı makalede Sayın Yazıcı’nın ifadesiyle o politikanın mimarı olan ve hatta uygulamasını yapan, sadece politik liderlik ve uygulama teknisyenliğini üstlenmek değil, sonuçlarını takip eden ve akademik kuruluşların yaptığı saha araştırmalarından elde ettiği verilerin analizi ile sonuçlarını yorumlamada ve bu sonuçların yayına dönüştürülmesinde bir akademisyen olarak çalışan bir kişinin kıdemli yazar olarak makalede yer almaması mıdır doğru olan, yoksa alması mı?

Yazıcı eleştiri yazısında şu satırlara yer vermektedir. “Altun 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⁽⁷⁾ editör, Gezi olayları sırasında İstanbul’dadır ve olayların bastırılması

Yazar listesinin hemen hepsinin Sağlıkta Dönüşüm içinde aktif görev almış olduklarını iddia edip, bunu bilimsel olamamaya mesnet gibi sunmanın da talihsiz bir yaklaşım olduğunu düşünüyorum. Bir hipotezi ileri sürüp bunu deneyen ve elde ettiği sonucun doğruluğuna inanan kişinin çalışmasının sonuçlarını makale haline getirmesi doğru olmayacak da, bilimsel çabanın önemli ögesi olan “kendini yanlışlama” adına bunu bu çalışmayla ilgisi olmayan birinin yazması ve yayınlaması mı daha doğru bir davranış olacaktır?

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⁽⁸⁾ 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.”⁽⁹⁾

Öncelikle diğer eleştirenlerin aksine, makaleyle birlikte konu hakkında dergide yayımlanan diğer yazıları da okuyarak geniş açıdan konuya eğilmesinden dolayı Sayın Yazıcı’ya takdirlerimi belirtmek isterim. Böylece Türkiye sağlık sisteminde meydana gelen değişimlerin yurt içinden görünürlüğü ile yurt dışından fark edilirliliği arasındaki farkı ortaya koyan önemli bir tespit de yapmış oluyor. Ne diyelim, Sayın Hocam yabancı olmadığı editörden bu durumun açıklamasını isteyebilir ve Türkiye sağlık reformuna olan ilgisinin hesabını sorabilir. Bu husus mesela bir “Editöre Mektup” konusu olabilir. Verilecek cevabı Sayın

Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının uluslararası başarılarını içselleştirmede güçlük çeken, bunu kabul edilemez bulan ve mutlaka yaptığımızın iyi olmaması gerektiğine inanan “vatandaşlarımız” olagelmıştır. Mutluluğu başarısızlıkta, gelişmeyi kabullenmişlikte, atılımı atalette aramak gibi bir zaafımız var. Özellikle başarıyı kabullenmekte zorlanan akademik camiadaki özgüven probleminin ülkemizin hak ettiği atılım hızını yavaşlattığını düşünüyorum.

Yazıcı'nın ifadesiyle ben de “gerçekten merak ediyorum”.

İçerik açısından

İçerik açısından yazar iki noktaya vurgu yapıyor.

1) Atun ve ark. makalelerinde ulusal ve uluslararası değişik veri kaynaklarından yararlandıklarını, ancak bazı durumlarda bu kaynaklara ait verilerle yazarların savundukları arasında önemli ayrılıklar olduğunu ileri sürüyor. Öncelikle Sayın Yazıcı'yı takdir etmemiz gerekiyor. Veri kaynaklarını ve makalede yer alan tabloları detaylı bir şekilde incelemiş olduğu anlaşılıyor. Bugüne kadar Lancet dergisine gönderilen ve SD'nin önceki sayılarında yer alan eleştiri yazılarından hiç birinde makaleyi tümüyle okuyup irdeledikleri izlenimini veren bu derinlikte bir incelemeye rastlamamıştık. Ancak Sayın Yazıcı'nın tespitlerine katılmadığımı da belirtmek isterim. Makalenin yazarları kullandıkları bütün verileri, bu veriler arasındaki farklılıklarına rağmen, kaynaklarını belirterek kullanmışlardır. Bununla da yetinmeyip analizlerinde kullandıkları verilerin şeffaf bir şekilde sorgulanabilmesi ve başka araştırmacılar tarafından test edilebilmesi için atıfta bulunulan kaynak dokümanları webe (web annex) koyarak paylaşmışlardır.⁽¹⁰⁾

35 sayfalık makalenin arka planında yüzlerce sayfa destekleyici bilgi mevcuttur.

2) Makalede birçok karşılaştırmaların 1990 ile 2008/2010 yıllarındaki sağlık göstergeleri arasında yapıldığı, böyle bir kıyaslamanın uygun olmayıp esas yapılması gerekenin 2003 evveli ve sonrasını kıyaslamak olduğu belirtiliyor. Doğru söze ne denir? Ancak zaman sınırları iyi çizilmiş prospektif veya retrospektif bir klinik araştırma ile farklı dönemlerde hane halkı araştırmaları marifetiyle ortaya konan ve ülkenin tamamına teşmil edilen çalışmaları birbiri ile karıştırmak haksızlık olur. Kaldı ki, bu tür araştırmaların verilerinin toplanması, analizi ve yayımlanması bazen birkaç yılı bulmaktadır. Ulusal veya uluslararası kıyaslamalar yapılırken “mümkün olan en son veri”ye itibar edilerek yorum yapıldığını bu alanda çalışanlar bilir. Bir örnek vermek gerekirse, 2013 yılı OECD Sağlık Raporunda yer alan en son yenidoğan ölüm oranı Türkiye verisi 7,7'dir ve ait olduğu yıl ise 2011'dir.⁽¹¹⁾

Yenidoğan ölümleri

Yazar tabloları yorumlayarak verilerle varılan sonucun örtüşmediğini izah etmeye çalışmaktadır. 1000 canlı doğum için yenidoğan ölümlerinin yıllar içindeki değişim hızının dönemsel yorumunu farklı tablolara dayanarak yapmaya çalışmaktadır. Makalede sunulan verilere göre yenidoğan ölümlerindeki düşüş hızının 2003'ten sonra “kesinlikle artmıştır” sonucuna kolay varılamayacağını ifade etmektedir. Bu yargısını, kendi hazırladığı tabloda gösterdiği yıl başına düşüş oranlarını, yani mutlak değişime dayanarak savunmaktadır. Böyle bir değerlendirmenin doğru olmadığı açıktır. Değişim oranlarını birim zamana bölerek yıl başına yenidoğan ölüm oranı mutlak değişimi bulup bunu 2003 öncesi ve sonrasının kıyaslamasında kullanmak yerine, her bir değişimi bir önceki dönemin değişim hızıyla yani göreceli değişimle karşılaştırsaydı, kendi yargısının ne kadar hatalı olduğunu kolayca fark edebilirdi. Bu arada yenidoğan ölüm oranı düştükçe, düşüş hızının ne denli zorlaştığını göz ardı etmediğini umarım.

Ayrıca farklı kaynaklardan elde edilen verilerin farklılığı üzerine analiz yapılamayacağı açıktır. Makalede bilimsel hassasiyet adına uluslararası veriler tablolar halinde verilmeyle birlikte, sonuca giden analizlerin Hacettepe Üniversitesi'nin nüfus araştırmaları üzerine yapıldığını kendisi de beyan etmektedir. Farklı yöntemle elde edilen ve farklı kaynaklarca verilen verilerin karşılaştırılmasından sağlıklı bir sonuca varılamayacağını bu alanda çalışanlar bilirler. Yenidoğan ölüm oranının makalede Türkiye Nüfus Araştırmasına göre 2003 yılı için 17,2 ve

2008 yılı için 13,3 verildiğini ve analizlerin bu değişim üzerinde yapıldığını hatırlatmak isterim. Burada bence eleştirilmesi gereken husus, Sağlıkta Dönüşüm açısından çok kısıtlı bir alan olan 2003-2008 arasındaki verilerin analizinden bir sonuca ulaşılmaya çalışılmasıdır. Esas olan veya çalışmanın devamı niteliğinde yapılması gerekenin 2008-2013 arası Nüfus Araştırması verilerinin analize tabi tutulması olduğunu düşünüyorum. Makalenin hazırlandığı dönemde bu çalışmanın sonuçlanmamış olması böyle bir analizi mümkün kılmamıştı. Bu arada makalenin bence eksik olan bu yönüne işaret ettikten sonra, OECD 2013 sağlık veri tabanında, yenidoğan ölüm oranının 2005 yılında 21,3 ve 2011 yılında 7,7 olarak verildiğini belirtmek isterim.⁽¹¹⁾ Farkın daha dramatik olduğu görülmektedir. Eğer yazarlar Hacettepe Üniversitesi'nin verilerini değil de, OECD verilerini kullanarak analiz yapsalardı daha başarılı sonuca ulaşmaları muhtemeldi.

Bebek ve 5 yaş altı ölümleri

Makalede Dünya Sağlık Örgütü verilerinden derlenen bebek ve 5 yaş altı ölümlerinde mutlak sayıları vermeden yüzdelerin kıyaslanması eleştiri konusu edilmiştir. Makalede bu veriler paylaşılacakla birlikte analizlerde kullanılan verinin bu olmadığı açıktır. Zaten Sayın Yazıcı da, bu grafiklerin Sağlıkta Dönüşümün ne getirip götürdüğünü irdelemekte pek anlamlı olmadığını ifade etmektedir. Burada asıl yanlışlığın makalenin sadece Sağlıkta Dönüşüm'ü övmeye odaklı yazıldığı önyargısından kaynaklandığı anlaşılıyor. Eğer makalenin genel kapsamı önyargısız incelenebilirse yazarların analiz sonucunda ulaştıkları yargıyla uyumlu olmayan başka kaynaklardan elde ettikleri verileri de paylaştıkları anlaşılabilir. Kısacası burada yapılan eleştirinin aslında yazının başındaki eleştiriye kendi kendine verilmiş cevap niteliğinde olduğu kanısındayım.

Önyargılarımızı korumaya devam etmek bile fakirlik düzeyi, annenin eğitim düzeyi ve annenin diline göre yenidoğan ve 5 yaş altı çocuk ölüm oranlarındaki değişimleri gösteren grafiklere bir göz atmak, bu oranlardaki düşüşün sağlıkta “hakkaniyet” ilkesini göstermede ne denli etkili olduğunu kolayca fark etmemizi sağlamaya yetecektir.

Anne ölümleri

Anne ölümleri ile ilgili olarak makalede yer alan verileri farklı açılardan ele alıp olumsuz bir yargıya ulaşabilmek için bir hayli enerji harcamak gerekiyor. Aslında yazarın da kendi ikna amacı doğrultusunda kullanmak için uğraş verdiği verilerin, makalede önyargısız bir şekilde

yer aldığı görülmektedir. Yazar mutlak sayılar yerine yüzdelerle kıyaslama yapılmasının ne denli yanlış bir yöntem olduğunu anlatmaya çalışmış. Bunun bir amaca yönelik adeta manipölasyon olduğunu ima ettiği anlaşılıyor. Yazar, “Atun ve ark. makalesinde Sağlıkta Dönüşümün anne ölümlerini nasıl olumlu etkilediğini kanıtlamak için yazarlar için özel hazırlanmış grafik”ten söz etmiş. Neyse ki, makalede mutlak rakamların verildiğini de anlatmış. Açıkçası buradan olumsuz bir sonuç çıkarma girişimini yadırgamadan edemiyorum. Zira anne ölümleri ile ilgili bilgiler ve yazarın konu ettiği yüzdelerin kıyaslandığı tablo makalenin baş kısmında durumu yansıtan ön bilgiler arasında verilmektedir. Makalenin esas Sağlıkta Dönüşüm Programının etkilerinin analizine konu olan parametrelerde bu verilerin referans alınmadığı görülmektedir. Yani makalede anne ölümlerine dayalı Sağlıkta Dönüşümün etkileri açısından bir sonuç verilmemektedir. Bu tutum böyle bir etkinin olmadığı anlamına gelmez. Ancak anne ölümleri ile ilgili tartışmaya girmek bu yazının kapsamı dışına çıkmak olacağından konuyu fazla uzatmak istemiyorum. Bu arada anne ölümlerine ilişkin 1990 -2003 yılları arasındaki uluslararası veriler (100.000 doğumda 67- 20) ile 2000 - 2011 yılları arasındaki Bakanlık verilerinin (100.000 doğumda 61-15,5) nakledilip bunların kabaca birbirine yakın olarak belirtilmesini üzücü bulduğunu ifade etmiştir. Karşılaştırılması zor tarih aralığındaki verilerde düşüş eğilimi benzer olmakla birlikte eleştiriye hak ettiğini kabul ediyorum.

Sağlık hizmetlerinde özelleştirme

Özelleştirme konusu, söz konusu makalenin kapsamı içinde olmamakla birlikte yazar, makaleyi eleştiren bir editör mektubuna ve bu mektuba makale yazarlarının verdiği cevaba atıfla özel hastane yatağı sayısındaki değişmeyi gerekçe göstererek bir eleştiri noktası bulmak istemiş.^(12, 13, 14) Sağlık sektöründe özelleşmenin yatak sayısına indirgenemeyeceğini kendisi de bilmektedir ki, konu üzerinde fazla durmamış. Ben de bu yüzden tartışmaya açmıyorum.

Sonuç

Lancet dergisinde yayımlanan makalenin lansmanının da yapıldığı Genel Sağlık Kapsamı Bakanlar Toplantısı konuşmalarını yayına hazırlarken Önsöz’ün sonuna düşüğüm notu burada tekrarlamak istiyorum.

“Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının uluslararası başarılarını içselleştirmede güçlük çeken, bunu kabul edilemez bulan ve mutlaka yaptığımızın iyi olmaması gerektiğine inanan “vatandaşlarımız”

olagelmıştır. Mutluluğu başarısızlıkta, gelişmeyi kabullenmişlikte, atılımı atalette aramak gibi bir zaafımız var. Özellikle başarıyı kabullenmekte zorlanan akademik camiadaki özgüven probleminin ülkemizin hak ettiği atılım hızını yavaşlattığını düşünüyorum. Türk sağlık sisteminin uluslararası fark edirliliği karşısında bu tutumun yansımalarını görmek şaşırtıcı olmayacaktır.”

Bu satırlar için öngörü denebilir mi bilmiyorum. Takdiri okuyucuya bırakıyorum. Sadece söz konusu makaleyi değil, Türkiye sağlık reformunu uluslararası platformda eleştirebilmek hatta karalayabilmek için bu makalede yazılanların doğru olmadığını göstermek üzere Genel Sağlık Sigortasının yetersiz olduğunu ve “vitaminler, dermatolojik ürünler ve tatlandırıcılar gibi” bazı ilaçları (!) kapsamadığını ifade edebilen yazılara şahit olma talihsizliği yaşamış bir akademiyayız.⁽¹⁵⁾

Sayın Yazıcı’nın, Lancet dergisinde yayımlanmış 35 sayfalık bir makaleyi eleştirmek için takdire şayan bir uğraş verdiği ve eleştiri konusu veriye rastlamayınca kavramsal eleştiriler yöneltmeye çalıştığı görülmektedir. Toplum ve hasta memnuniyeti konusundaki ifadelerini bu çerçevede değerlendiriyorum. Açıkçası bu tür yaklaşımı anlayışla karşılamak hatta böyle eleştirel tutumlardan faydalanmak isterim. Her ne kadar tutumu, yazısını kendi eleştirilerinin arasında yer alan “okuyucuyu ikna” yazısı kimliğine büründürüyorsa da, makaleyi dikkatli incelemesi mevcut verilere dayalı eleştiriler getirmesi, elden geldiğince bilimsel tutuma bağlı kalması eleştirilerini değerli kılmaktadır. Buna rağmen her biri ayrıca eleştiriye hak eden tespit ve yorumlarıyla eleştirdiği makaleyi “talihsiz bir savunma” diye nitelemesi karşısında affına sığınarak kendi yazısını da “talihsiz bir eleştiri” olarak nitelemek cüretini göstermek istiyorum.

Sayın Yazıcı yazısının sonunda, 200 yıla yakın bir süredir tıp biliminin en önemli kaynaklarından biri olmuş olan Lancet dergisinin, açıklamaya çalıştığı nesnellığe ayrı düşüşe övünerek aracılık etmesini en azından hayret uyandırıcı bulduğunu belirtmiş. Ne diyelim? Cevabı he halde Lancet dergisinin Baş editörü Richard Horton verecektir.

Kaynaklar

1) Yazıcı H: Sağlıkta Dönüşümün talihsiz bir savunması: R. Atun ve arkadaşları Lancet, 2013 yazısı ve izleyen tartışma. SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü 2014; 30:10-13

2) 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.

Sayın Yazıcı’nın, Lancet dergisinde yayımlanmış 35 sayfalık bir makaleyi eleştirmek için takdire şayan bir uğraş verdiği ve eleştiri konusu veriye rastlamayınca kavramsal eleştiriler yöneltmeye çalıştığı görülmektedir. Her ne kadar tutumu, yazısını kendi eleştirilerinin arasında yer alan “okuyucuyu ikna” yazısı kimliğine büründürüyorsa da, makaleyi dikkatli incelemesi mevcut verilere dayalı eleştiriler getirmesi, elden geldiğince bilimsel tutuma bağlı kalması eleştirilerini değerli kılmaktadır.

3) Türkiye’de genel sağlık kapsamı: Hakkaniyetin artırılması. In: Türkiye Genel Sağlık Kapsamı Bakanlar Toplantısı. Sf. 93-127, 2014, İstanbul

4) What is universal coverage? http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/ Erişim 26.03.2014

5) Turkey Health Transformation Program, The Lancet Publication. In: Turkey Ministerial Conference on health Coverage. Pp.27-30, 2014 İstanbul

6) Health Systems. <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/> , Erişim 29.03.2014

7) Horton R. Offline: The Turkish paradox. Lancet. 2013;382:12.

8) Horton R Lo S. Turkey’s democratic transition to universal health coverage. Lancet. 2013;382:3.

9) Holmes D. Rifat Atun: looking at the bigger picture. Lancet. 2013;382:19.

10) <http://www.sagem.gov.tr/UHC.rar>, (Erişim tarihi: 02.06.2014)

11) OECD Health Data 2013 www.oecd.org/health/healthdata.

12) Aktan AO, Pala K, İlhan B. Health-care reform in Turkey: far from perfect. Lancet. 2014;383:25-6.

13) Civaner MM. Health-care reform in Turkey: far from perfect. Lancet. 2014;383:26.

14) 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.

15) Kilic B: Health-care reform in Turkey: far from perfect. The Lancet, 383(9911): 28 - 29, 2013, doi:10.1016/S0140-6736(13)62732-4

Sağlık politikaları kime emanet?

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 görevlerini üstlendi. 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. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın yürütülmesinde aktif olarak görev almış olan Demir, evlidir ve bir çocuk babasıdır.

Sağlık sektöründe politika düzeyinde verilen her karar; vatandaşlar, sağlık çalışanları, özel sektör ve üniversiteler de dahil olmak üzere bütün paydaşları etkilemektedir. Bu nedenle politik karar verme süreçlerinin ve politik kararların nasıl alındığı, diğer bir ifadeyle sağlık politikası oluşturma eylemi, hem popüler ve hem de akademik ilgiye mazhar olmaktadır. Sağlık politikaları karar alma düzeyinde üç boyutta düşünülebilir. Küresel ölçekte, ulusal ve ülke içinde bölgesel düzlemde geliştirilmesi boyutları. Siyasal iktidarlar çoğunlukla, politik ve etik öncelikler doğrultusunda her üç düzlemi dikkate alarak bir yaklaşım ortaya koymaktalar. Son on yılda ülkemiz açısından da üç düzlemi dikkate alacak şekilde politikalar geliştirildi.

Bir dizi etik ve siyasi karar son on yılda ülkemizde yeni bir sağlık sisteminin gelişimini sağlamıştır. Bununla birlikte sağlığın her alanında ve ölçeğinde belirgin bir iyileşme ve gelişmenin olduğu görülmektedir. Ayrıca geline aşamada sağlık reformuna ve sürdürülebilirliğine yönelik en objektif cevabın halk tarafından olumlu bir şekilde verildiği görülüyor. Ekonomik büyüme, kamu sağlık harcamalarında artışa imkân verirken sağlık alanındaki gelişmelerin de kolaylaştırıcısı oldu. Ayrıca ekonomik büyümeyle orantılı toplam sağlık harcamasına karşılık, daha iyi bir sağlık çıktısı elde edilmiştir.

2002 yılının sonunda net bir şekilde ortaya konulan sağlıktaki politika tercihleri

ve bunları uygulamadaki kararlılık bir başarıyı getirirken doğru politika yapma ve geliştirme konusunda da bir tecrübe oluşturdu. Geçmişin tecrübeleriyle bilinçlerde şekillenen politik tercihler, çözümler ve kararlar artık kurumsal araçlarla desteklenir hale getiriliyor. Geçmişte sağlık alanına yönelik politika oluşturma ve uygulamanın ne kadar zor olduğunu söylesek de geriye baktığımızda bugüne göre kolay gözüktüyor. Toplumda yükselen beklenti düzeyi, iletişimin kolaylaşması, toplam hastalık yükünün artışı ve yaşlılık gibi sebepler sağlık politikası oluşturmak için farklı araçlara ihtiyaç gösteriyor.

Ülkemiz sağlık sektörü dünyadaki ekonomik durgunluğa rağmen büyümesini sürdürmeye devam ediyor. Öte yandan nüfus artışı hızı ekonomik büyümeden daha hızlı. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyadaki sağlık harcamaları 1995'te 2,6 trilyon dolar iken bu rakam 2005'te 5,1 trilyon dolara yaklaştı. 2009'daki ekonomik düşüşe rağmen sağlık harcamaları arttı. Ülkemizde sağlık alanındaki dinamikler dışında global anlamda da sağlık sektörünün yönetimi zorlaşıyor ve yanlış politikaların riskinin boyutu büyüyor.

Genel sağlık sigortasının hayata geçmesi ile birlikte 2010 yılından itibaren sağlık sistemimiz görünür hale gelmeye başladı. Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısındaki değişim ve kamu hastane birlikleri ile Sağlık Bakanlığının rolleri ayrıştırıldı. Vekilharç bir Sağlık Bakanlığı daha belirgin hale geldi. Sağlık hizmet

sunumunda özel sektörün etkin bir şekilde rol alması sağlandı.

Son birkaç yıldır Bakanlığın teşkilat kanunun değiştirilmesi ve bu değişiklik sonucu ortaya çıkan yeni yapı ve sorunlar yoğun bir şekilde tartışılmaktadır. Teşkilat Kanunu incelendiğinde sağlıkta geline noktayı daha ileriye götürmek adına yeni bir teşkilat yapısının öngörüldüğü anlaşıyor. Sağlık sisteminin yönetecek yapı bütünleşik bir şekilde dizayn edilmiş. Bu yapı içinde daha önce yer almayan bugüne kadar da çok tartışılmayan bir kurul dikkat çekiyor. Bu yazıda bu kurulun fonksiyonlarını tartışmaya çalışacağız.

Sağlık Bakanlığının yeni Teşkilat Kanunu ile bir önceki kanundan farklı olarak Sağlık Politikaları Kurulunun (SPK) kurulması öngörülmüyor. İlk defa bu Kanun ile Bakanlığın sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere bir kurul kurulması emrediliyor. Yeni Kanun, Sağlık Bakanının "uygulama"ya yönelik operasyonel görevinin yanında "politika" yapma görevinin de belirginleştiriyor ve birbirinden ayrıştırıyor. Sağlık Bakanı, Müsteşarı vasıtasıyla hizmet birimleri ve bağlı kuruluşları ile sağlık sisteminin yönetirken, Sağlık Politikaları Kurulu ile sağlık politikalarını oluşturacak.

Tabi ki sağlık politikamız Anayasa, Kanunlar, Hükümet Programı ve Bakanlar Kurulu Kararları ile belirlenmiş durumda. Bu politikaların temelini de siyaset ve etik anlayışımız oluşturmaktadır. Ancak dünyadaki ve ülkemizdeki gelişmeler

çerçevesinde yeni sağlık politikalarının ortaya konması ve yeni sorunlara yönelik politikaların belirlenmesi için politik kararın oluşmasına yönelik bir süreç ihtiyacı olacaktır. Kurumsal yönetim yapımız gereği ülke adına bu sürecin sorumlusu Sağlık Bakanı olarak görülmektedir. “Sağlık Politikaları Kurulu” bu açıdan Sağlık Bakanının politika oluşturmaya yönelik “fizibilite merkezi” olarak da düşünülmelidir.

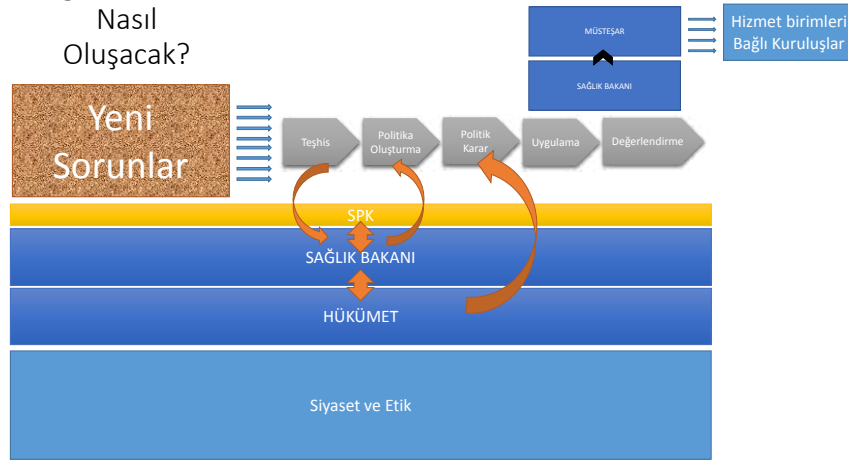
Sağlık sisteminde her uygulamanın etik ve politik bir yönü var. Etik ve politik kararlar ve yaklaşımlar sağlık sisteminin yönünü belirliyor. Yukarıdan aşağıya doğru oluşan siyasi kararlar neticesinde oluşan bir sağlık sisteminde, bu kurul marifetiyle siyasi kararların verilmesi için bir zemin oluşturulmuş ve seçenekler ortaya konulmuş olacaktır.

Sağlık Bakanlığı teşkilat yasasının Kurulun görevini görüş bildirmekle sınırlandırmadığı görülüyor. Kurulun görüş bildirmenin ötesinde sağlık sistemi yönetimine ilişkin konularda ve sağlık politikalarının belirlenmesinde Sağlık Bakanının bir politika belirleme aracı olarak işlev göreceği anlaşılmaktadır. Kurulun görevi dışında kurul üyelerinin hâkim oldukları alanlar çerçevesinde Bakanın belirleyeceği konu başlıklarında çalışma yapabilecek olmaları, aynı anda çok farklı alanlarda çalışma yapılabilmesine imkân verebilecektir. Kurul çalışmaları Bakanlık birimlerinin yapacakları çalışmalarda, verdikleri görüşlerde ve sağlık sistemine ilişkin mevzuat hazırlıklarında ilgili mevzuatın gerekçeleri için ayrıca bir referans metin özelliğini de taşıyabilecektir. Kurul çalışmaları ayrıca topluma, sağlık sisteminin kamu veya özel paydaşlarına fikir verecektir. Bu yönüyle, Kurul fonksiyonlarının stewardship bir Sağlık Bakanlığını desteklediği görülmektedir. Ayrıca Sağlık Bakanı, seçtiği üyeler ile sağlık sistemine doğrudan veya dolaylı olarak yön vererek ülkede bir kapasite oluşmasına katkı sağlayabilecektir.

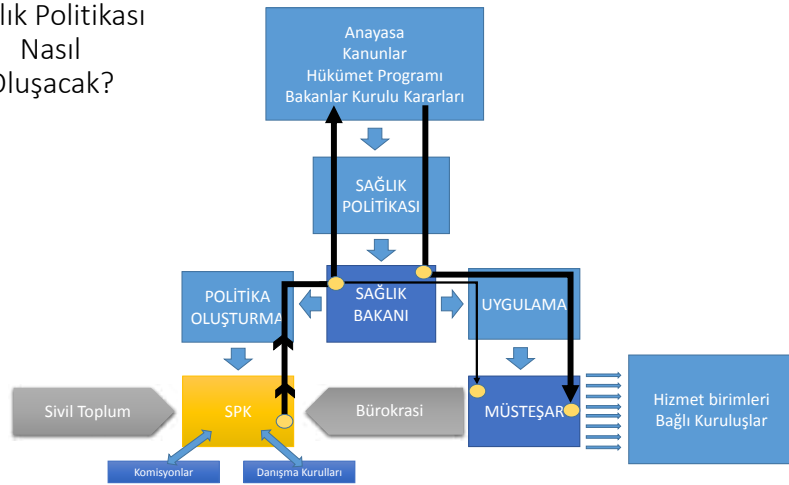
Kurulun yapısı incelendiğinde; tabii üye olan Müsteşar ve beş müsteşar yardımcısı dışında Bakanın atayacağı 11 üye ile birlikte 17 üyeden oluştuğu görülmektedir. 11 üyenin bürokrasi dışından, alanlarında tecrübeli, başarılı ve sektörlerini temsil eden kişiler arasından seçilmesi durumunda Bakanlık Merkez teşkilatı içinde Kanunla kurulmuş, ağırlıklı olarak “sivil” unsurları içeren yepyeni ve heyecan verici bir kurul karşımıza çıkmış olacaktır. Kurul ve kurul üyelerinin Bakanlık Bürokrasisi dışında sorunlara ve konulara bağımsız yaklaşımı çözümler için yeni fırsatları daha kolay ortaya konulabilmesini sağlayabilecektir.

Kurulun yapısına bakıldığında çalışılan konulara yönelik danışma kurulları ve

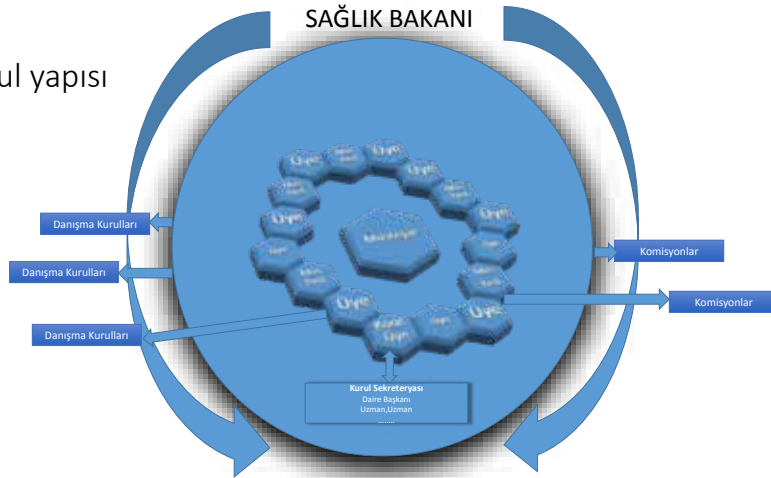
Sağlık Politikası Nasıl Oluşacak?



Sağlık Politikası Nasıl Oluşacak?



Kurul yapısı



komisyonların kurulacağı görülmektedir. Kurul belirli konularda görüşlerini almak üzere, üniversitelerden, STK'lardan, bağlı kuruluşlardan ve Bakanlık birimlerinden yönetici veya uzman kişileri davet edebilecek olup; Kurul bünyesinde Bakanlığın görev alanı ile ilgili olarak bilimsel ve uzmanlık gerektiren konularda çalışma yapmak ve görüş bildirmek üzere danışma kurulları ve komisyonlar oluşturulabilmektedir. Danışma kurul-

larında ve komisyonlarda, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının personeli ile üniversitelerden ve diğer kamu ve özel kurum ve kuruluşlarından veya yabancı uzmanlardan görevlendirme yapılabilecektir. Sonuç olarak Sağlık Politikaları Kurulu, Bakanlık teşkilatı yapısı içinde sivil unsurları içerecek Sağlık Bakanının politika oluşturmada işlev göreceği yeni bir araç olarak devreye alınmaya hazır görünüyor.

Sağlıkta insangücü açmazı

Dr. Güven Bektemür



1969 yılında Giresun'da doğdu. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu (1993). Göğüs hastalıkları uzmanlığını ve işletme/sağlık yönetimi yüksek lisans eğitimini tamamladı. Çeşitli hastanelerde hekimlik ve yöneticilik görevlerinde bulundu. Sağlık Bakanlığı'nda Personel ve Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüklerinde üst düzey yöneticilik görevlerinde bulundu. Halen Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Bölgesi Genel Sekreteri ve İstanbul İli Koordinatör Genel Sekreteri olarak görev yapmaktadır.

Devletlerin en temel görevi, toplumun sağlıklı bir ortamda yaşamasını sağlamak, sağlıklı yaşam düzeyini yükseltmek ve bunun için gerekli alt yapıyı sağlamaktır. Etkin bir sağlık hizmeti sunabilmek için uygun fiziki mekâna, dolayısıyla yatırıma, yeterli araç gerece ihtiyaç duyulmakla birlikte bu hizmetlerin sunumunda en temel unsur insandır. Sağlık sektörü emek - yoğun bir sektördür. Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak sunulabilmesi için gereken en temel bileşenlerden biri, doğru yapılmış sağlık insangücü planlamasıdır.

Gerek üretim sektöründe gerekse hizmet sektöründe planlama kaçınılmazdır. İnsanların hizmet alması da hizmet vermesi de bir planlama dahilinde olmalıdır. İnsangücü planlamasıyla hangi alana, hangi işlere, ne nitelikte ve ne kadar eleman alınacağı önceden belirlenir. Planlamanın iki temel amacı vardır: Birincisi örgütün insan kaynağının en yararlı biçimde kullanılmasını sağlamak, ikincisi örgütün gelecekteki insangücü gereksinimini nicelik ve niteliksel olarak karşılamaktır.

Sağlık insangücü; verilen hizmetin kamu, üniversite veya özel sektör ayırt etmeksizin toplumun tüm katmanlarının ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üreten kesimdir. Sağlık insangücü planlaması ise; toplumun kısa, orta ve uzun vadede ortaya çıkacak gereksinimleri öngörülerek coğrafi, ekonomik ve sosyokültürel özellikler ile maliyet- etkin sağlık hizmeti sunumu arasındaki oran dikkate alınarak sağlık hizmeti sunacak insangücünün planlaması, istihdamı ve yönetimi olarak ifade edilmektedir.

1987 tarih ve 3359 sayılı "Sağlık Hizmet-

leri Temel Kanunu" sağlıkta insangücü planlamayı Sağlık Bakanlığının uhdesine vermektedir. Planlama yapılırken yöntem, yaklaşım, ölçüt ve paydaşlar zaman zaman değişiklik gösterebilmektedir.

Sağlık insangücü planlamasında kullanılan ölçütleri beş başlık altında toplayabiliriz:

- Sağlık insangücü verileri (sayısal durum, illere ve kurumlara göre dağılımı, sağlık kuruluşlarının sayı ve kapasiteleri, yıllık mezun sayıları vb.)
- Nüfusun sağlık hizmetlerini kullanım durumları (yaş, cinsiyet ve bölgelere göre kişi başına yıllık başvuru sayıları, toplumun sağlığa yönelik bilgi, tutum ve davranışları)
- Sağlık düzeyi göstergeleri (morbidity oranları, mortalite oranları, fertilitate oranları vb.)
- Demografik veriler (nüfus durumu, nüfusun bölgesel dağılımı, nüfusun yoğunluğu, beklenen yaşam süreleri vb.)
- Ekonomik veriler (kişi başına ulusal gelir, sağlık harcamaları, sağlığa ayrılan pay vb.)

Kamuda sağlık hizmetleri istihdamı farklı yöntemlerle yapılmaktadır.

- 657 Devlet Memurları Kanuna göre 4/A ile çalışan personel (devlet memuru),
- 657 Devlet Memurları Kanuna göre 4/B'li personel. 4/B kadrosunda çalışan personeli de ikiye ayırmak mümkündür. Maaşı Döner Sermaye tarafından ödenenler ve maaşı Genel Bütçeden ödenenler,
- 657 Devlet Memurları Kanuna göre 4/C kadrolu personel,
- 4924 sayılı "Eleman Temininde Güçlük

Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" uyarınca istihdam edilen personel,

- 4857 "İş Kanunu"na istinaden geçici işçiler,
- 4857 "İş Kanunu"na istinaden çalışan kadrolu işçiler.

Sağlık insangücü planlama çalışması; birçok kurumun işbirliği ve ortak akli ile gerçekleştirilmelidir. Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere, Devlet Planlama Teşkilatı yeni ismiyle Kalkınma Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu, Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus Etütleri İdaresi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, çeşitli sivil toplum örgütleri, dernekler, Milli Eğitim Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, özel sağlık sigorta kuruluşları ve Dünya Sağlık Örgütü bu kuruluşlardandır.

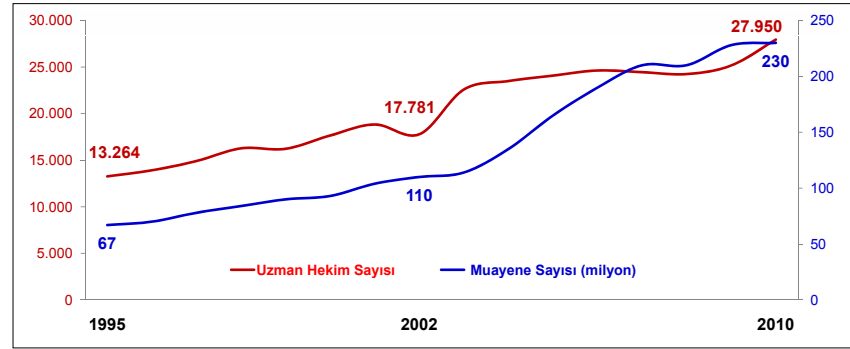
Sağlık insangücü planlama aşamasına gelmeden birçok faktörün incelenmesi, paydaş kuruluşların bu sürece dâhil edilmesi ile planlama sürecinin başlatılması gerekir. Maalesef ülkemizde 2002 den önce etkin bir sağlık planlamasından söz etmek mümkün değildir. Bunun nedenleri olarak, makro planlarla mikro planların örtüşmemesi, insangücü arzı, kayıpları, özel sektör dağılımı, hizmet çıktıları gibi birtakım verilerin sağlıklı olmaması, planlamaların kısa süreli ve krizleri atlama çabasıyla yapılması, krizin geçmesiyle planlamayla ilgili destek ve kaynakların ortadan kalkması, hükümetlerin kısa sürede değişimleri ve buna bağlı önceliklerin değişmesi, enflasyon dalgalanmaları ve ekonomik krizlere bağlı bütçe kısıtlamaları ve bunun istihdama yansması, plan dokümanı ile plan süreci arasında sağlıklı bir dengenin kurulamaması, sağlık personeli yetiştiren

eğitim kurumları ile istihdam noktasındaki karar organları arasındaki bağlantının zayıflığını sayabiliriz. 2003 öncesi yapılan sağlık planlamaları daha ziyade sayısal veriler baz alınarak yapılmıyordu. Planlamada yatak sayısı ve nüfus verileri dikkate alınıyordu. 2003 sonrasında ise hastalık yükleri gözlemlenerek Türkiye çeşitli "sağlık bölgeleri"ne ayrıldı. Sağlık bölgesi sayısı, başlangıçta 23, daha sonra 29 olarak belirlendi ve yine bu bölgelerin merkezlerindeki il güçlendirilmiş il konumuna, bazı ilçelerde de yine sağlık hizmeti sunumu açısından güçlendirilmiş ilçe durumuna getirildi. Bu bölgelere insan kaynakları planlamasının %10'u kadar fazla ilave personel verildi. Ayrıca ülkemizde bu sağlık bölgeleri de göz önüne alınarak özelliği hizmetler ayrı ayrı planlandı. Bu kriterde planlamaya dâhil edilerek özelliği hizmet bölgelerine ayrı bir insangücü verilmesi sağlandı. Tüm bu çalışmalar sonucunda kadro çalışmaları yapıldı ve 2003 sonrası "Standart Kadro Cetvelleri Yönetmeliği" yayımlandı. İnsan kaynakları planlaması, bu çalışmalar sonucunda Atama Yönetmeliğine giydirilerek "Personel Dağıtım Cetvelleri" (PDC) ile desteklenir hale getirilmiştir. Bu da özellikle personelin eşit ve hakkaniyetli dağıtımını sağlamıştır

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Türkiye'de sağlık insan kaynakları konusunda yanlış yaklaşımlar ve bilgilendirmeler mevcuttu. Doktor ve hemşire sayısının yeterli olduğuna dair gerek üniversitelerde gerekte sivil toplum kuruluşlarında yaygın bir kanı hâkimdi. Yeni bin yılın başında Türkiye'deki sağlık sektörünün performansı, sağlık sonuçları, mali koruma ve hasta memnuniyeti penceresinden bakıldığında hem OECD ülkeleri arasında hem de DSÖ Avrupa Bölgesi'nde en alt sıradaydı. Bu durum insan kaynakları planlamaları ve uygulamaları için de geçerliydi. Sağlık insangücü rakamlarımız hem OECD hem de DSÖ Avrupa Bölgesi ülke ortalamasının çok altındaydı.

Bunu aşmak için hızlıca farklı istihdam modelleri geliştirildi. 4/B ve 2003 yılında yayımlanan 4924 sayılı "Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" ile personel yetersizliği çekilen illere farklı ücretlerle istihdam sağlanmak istendi. Fakat bu modeller hekim istihdamında güçlük çekilen yerlerde istenilen başariyi sağlayamazken diğer sağlık personeli istihdamında en etkili modeller oldu. Doğu ve Güneydoğu illerindeki insan kaynağı açığını gidermek için mecburi hizmet tekrar gündeme geldi ve yeniden düzenlenerek 05.07.2005 tarih 5371 sayılı "Mecburi Hizmete İlişkin Kanun" çıkarıldı. Mecburi hizmet uygulamaya

Tablo 1: Sağlık Bakanlığında çalışan uzman hekim başına düşen nüfus (Aralık 2002- Aralık 2010)



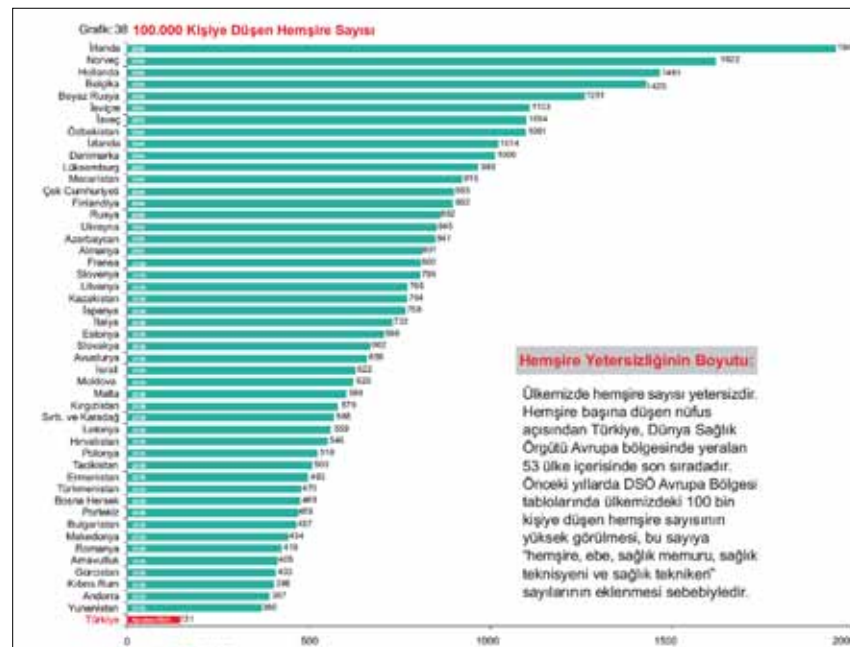
Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2011 yılı Bütçe Sunumu

Tablo 2: 100 bin kişi başına düşen hekim sayısı



Kaynak: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı- 2008 İlerleme Raporu

Tablo 3: 100 bin kişiye düşen hemşire sayısı

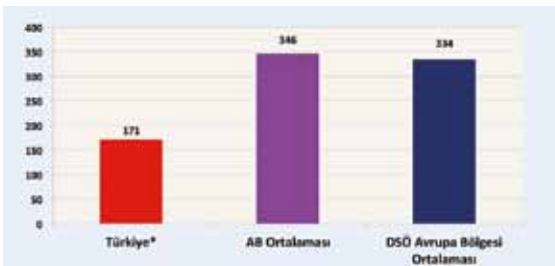


Kaynak: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı- 2008 İlerleme Raporu

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Türkiye’de sağlık insan kaynakları konusunda yanlış yaklaşımlar ve bilgilendirmeler mevcuttu. Doktor ve hemşire sayısının yeterli olduğuna dair gerek üniversitelerde gerekte sivil toplum kuruluşlarında yaygın bir kanı hâkimdi. Sağlık insangücü rakamlarımız hem OECD hem de DSÖ Avrupa Bölgesi ülke ortalamasının çok altındaydı. Bunu aşmak için hızlıca farklı istihdam modelleri geliştirildi. Fakat bu modeller hekim istihdamında güçlü çeken yerlerde istenilen başarıyı sağlayamazken diğer sağlık personeli istihdamında en etkili modeller oldu.

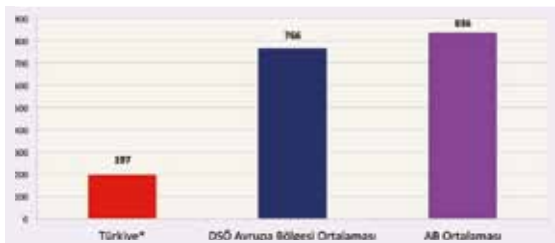


Tablo 4: 100 bin kişiye düşen hekim sayısı bakımından AB, DSÖ Avrupa Bölgesi ülkeleri ve Türkiye ortalaması karşılaştırması (Aralık 2013)



Kaynak: Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu-2014

Tablo 5: Türkiye, AB Ülkeleri ve DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde 100 bin kişiye düşen hemşire sayısının karşılaştırılması (Aralık 2013)



Kaynak: Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu-2014

başlandıktan sonra yine Bakanlığın daha etkili sağlık insan kaynağı planlaması sayesinde uzman hekim başına düşen nüfusun en fazla olduğu il ile en az olduğu il arasındaki oran Aralık 2002’de 1/14 iken, Aralık 2010’da 1/3’e indi. (Tablo 1, 2 ve 3)

2003 yılında uygulamaya konulan ve ülkemizdeki en kapsamlı sağlık reformlarından olan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile “Sağlıkta Etkin İnsan Kaynakları Yönetimi”, reformun ana birleşenlerinden biri olarak ele alınmıştır. Bu kapsamda Mayıs 2006 yılında Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü ortak paydaşları toparlayarak mevcut durum analizi çalışması başlatmıştır. Bu çalışma neticesinde durum analizi yapılmış ve 2023 hedefi konulmuştur. Ayrıca ilk kez 2011 yılında YÖK, Kalkınma Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı işbirliğiyle “Sağlık İnsangücü Durum Raporu” yayımlanmıştır.

Rakamlarla sağlık istihdamı

Aralık 2013 itibarıyla Türkiye’de toplam 129 bin 383 hekim aktif olarak çalışmak-

tadır. Bunların 74 bin 562 si ise halen Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlardır. (Tablo 4)

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre; 100 bin kişiye düşen hekim sayısı ülkemizde 171 iken AB ortalaması 346, DSÖ Avrupa Bölgesi Ortalaması ise 334’dür. Yani mevcut durumda bile AB üyesi ülkelerin yarısından bile daha azdır. Pratisyen hekim sayısı ise 100 bin kişiye düşen pratisyen hekim ülkemizde; 48 iken, AB ortalaması 79’dur. 2013 itibarıyla 72 bin 405 uzman hekim mevcuttur. DSÖ Avrupa Bölgesi ülkelerinde; 100 bin kişiye düşen uzman hekim sayısı 273 iken, ülkemizde bu durum 96’dır.

Yine ülkemizde toplam 149 bin 12 aktif hemşire bulunmakta bunun 104 bin 704 (%70) Sağlık Bakanlığı’nda çalışmaktadır. Bu meslek grubunun AB ortalamasında, 100 bin kişiye 836 hemşire düşerken, ülkemiz için bu rakam 197 olarak görülmektedir. (Tablo 5)

Bunu diğer meslek grupları için de söylemek mümkündür. Eczacı sayısına

Tablo 6: Yıllara göre Türkiye'de mevcut tıp fakülteleri ile bu fakültelerdeki öğrenci ve öğretim üyesi sayılarındaki gelişme

ÖĞRETİM YILI	FAKÜLTE SAYISI	ÖĞRENCİ SAYISI			ÖĞRETİM ELEMANI SAYISI	ÖĞRENCİ / ÖĞRETİM ELEMANI
		YENİ KAYIT	TOPLAM ÖĞRENCİ	MEZUN		
1983-1984	22	5.367	21.774	2.216	2.148	10,1
1984-1985	22	5.343	24.250	2.374	2.226	10,9
1985-1986	22	5.403	27.227	2.165	2.225	12,2
1986-1987	21	5.099	29.759	2.991	2.007	14,8
1987-1988	22	5.066	32.239	3.372	2.465	13,1
1988-1989	24	5.148	33.686	4.138	2.560	13,2
1989-1990	24	4.154	33.582	4.573	2.871	11,7
1990-1991	24	4.825	33.566	4.696	3.029	11,1
1991-1992	24	4.854	33.500	5.007	3.236	10,4
1992-1993	25	4.979	33.254	4.888	3.496	9,5
1993-1994	26	5.115	33.143	4.792	3.798	8,7
1994-1995	26	5.232	33.191	4.191	3.881	8,6
1995-1996	30	5.155	34.065	4.264	4.293	7,9
1996-1997	32	4.796	34.162	4.408	4.528	7,5
1997-1998	33	4.479	34.185	4.467	4.724	7,2
1998-1999	38	4.698	34.317	5.105	5.036	6,8
1999-2000	39	4.648	32.957	5.174	5.748	5,7
2000-2001	40	4.749	32.250	4.925	6.284	5,1
2001-2002	40	4.801	31.786	4.755	6.798	4,7
2002-2003	44	4.945	31.719	4.380	7.172	4,4
2003-2004	46	5.130	32.118	4.487	7.794	4,1
2004-2005	46	5.090	32.552	4.494	7.881	4,1
2005-2006	46	4.957	32.985	4.532	8.077	4,1
2006-2007	47	5.117	33.537	4.899	8.512	3,9
2007-2008	49	5.253	33.802	4.899	9.182	3,7

Kaynak: Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu-2014

Tablo 7: Bazı Avrupa ülkelerinde ve Türkiye'de tıp fakültesi öğretim üyesi ve öğrenci sayıları ile öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayıları

Ülke	Ülke Nüfusu	Tıp Fakültesi Sayısı	Öğretim Üyesi Sayısı	Öğrenci Sayısı	Öğrenci/Öğretim Üyesi	Veri Yılı
Hollanda	16.833.345	8	10960	18714	1,7	2012
İngiltere	63.705.000	34	17.365	55.870	3,2	2011
Estonya	1.294.486	1	383	1.495	3,9	2012
Finlandiya	5.428.571	5	1.534	6.559	4,3	2012
Türkiye	75.627.384	73	11.551	51.445	4,5	2013
Slovakya	5.408.148	4	1380	7924	5,7	2012
İrveç	9.500.000	7	4957	29288	5,9	2012
Letonya	2.044.853	2	488	3360	6,9	2012
Almanya	80.558.700	36	12247	85009	6,9	2012
Yunanistan	10.772.967	7	1793	12817	7,1	2013
Malta	480.000	1	134	985	7,4	2013
Macaristan	9.906.000	4	1730	13844	8,0	2013
Avusturya	8.400.000	3	1483	13349	9,0	2012
Fransa	65.586.000	47	5.919	131.857	22,3	2012

Kaynak: Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu-2014

baktığımızda, 100 bin kişiye AB ortalamasında 62 eczacı düşerken Türkiye de bu rakam yine neredeyse yarısı olan 35'dir. Bu örnekleri dış hekiminden fizyoterapist kadar çeşitli sağlık meslek gruplarına genelleleyebiliriz.

Nüfusumuzun beklenen artış hızıyla 2023'te 83 milyona ulaşacağı ön görülmektedir. Planlamaya göre Tıp Fakültelerinde ortalama 13 bin yeni öğrenci, hemşirelik okullarında ise 23 bin yeni öğrenci kontenjanı oluşturulması gerekmektedir. Fakat bu planlama yapılırken OECD ve AB ülkelerinin şu anki mevcut personel sayıları baz alınmıştır. Benzer istihdam artışı bu ülkelerde de olacağından 2023 yılında kişi başına düşen sağlık personeli açısından bu ülkelerden yine geri kalacağımız düşünülmektedir.

Sağlıkta insangücü planlamasının diğer paydaşı olan eğitim ve ihtisas

Türkiye de 2003 yılında 56 olan tıp fakültesi sayısı 2013 yılında yeni kurulanlar ile birlikte 86'ya ulaşmıştır. Bunlardan 73'ünde tıp doktorluğu, 60'ında ise tipta uzmanlık eğiti-

mi verilmektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığına bağlı 59 eğitim ve araştırma hastanesinde de tipta uzmanlık eğitimi verilmektedir. Dış hekimliği fakültesi 54, eczacılık fakültesi sayısı ise 31'dir. Yükseköğretim Kurulu'na bağlı sağlıkla ilgili eğitim veren 481 fakülte ve yükseköğretim bulunmaktadır. Öğrenci sayılarına bakarsak 2003-2004 öğretim yılında 32 bin 118 olan tıp fakültesi öğrenci sayısı 2012-2013 öğretim yılında 51 bin 445'e yükselmiştir. Öğretim üyesi sayısı ise 2003 yılında 7 bin 794 iken, 2013 yılında 11 bin 551'e yükselmiştir. Buna göre bir öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı 4,5'tur. Sağlıkta dönüşüm programı neticesinde YÖK ile işbirliği sonuç vermiş ve tıp fakülteleri öğrenci kontenjanı 2 katına (9 bin 500), hemşirelik yükseköğretim öğrenci kontenjanı da 3 katına (11 bin 200) çıkarılmıştır. (Tablo 6 ve 7)

Ülkemizde sağlık insangücü planlaması yapılırken YÖK, Milli Eğitim Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında eşgüdüm eksikliği görülmektedir. Birbirinden kopuk oluşturulan mevzuatlarla zaman zaman karşılaşmaktayız. Bunun en güzel örneği 2013 Eylül

ayında yaşadığımız Özel Anadolu Sağlık Meslek Liseleri kontenjan sıkıntısıdır. Milli Eğitim Bakanlığı "Özel Öğretim Kurumları Yönetmeliği" yayınlamış, işleyiş sırasında da üst üste yayınlanan Sağlık Bakanlığının ve Milli Eğitim Bakanlığının genelgeleri ve aralarındaki uyumsuzluklar süreç yönetimini zorlaştırmıştır.

2 Kasım 2011 tarihinde 28103 sayılı Resmi Gazetede "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri" hakkında kanun hükmünde kararname yayımlanarak Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı yeniden yapılandırılmıştır. İnsan kaynakları planlaması bu kanun öncesinde Personel Genel Müdürlüğü, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Hıfzıssıhha Mektebi tarafından koordine edilmeye çalışılırken kanun sonrasında özellikle de Personel Genel Müdürlüğünün tasfiye edilmesiyle her kurum kendi personel planlamasını kendi yapar gelmiştir. Yeni yapıda Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Personel Genel Müdürlüğünün fonksiyonunu, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ise Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü fonksiyonunu tam olarak üstlenememiştir.

Sağlık Bakanlığının şu anda kullanmış olduğu ve oldukça demode olan İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi programı beklenen performansı vermekten oldukça uzaktır. Veriler bilgi işlem sisteminin istenilen performansı vermemesi sebebiyle hala manuel olarak güncellenmektedir. Bir an önce etkili bir otomasyon programının hayata geçirilmesi gereklidir. Bununla birlikte YÖK, Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı mevcut insan kaynakları verilerini elektronik ortamda karşılıklı paylaşabilmelidir.

Ülke nüfusunun yaklaşık %1'ini aktif olarak çalışan sağlık personeli ile sağlık alanında eğitim gören öğrenciler oluşturmaktadır. Planlama bu husus dikkate alınarak yapılmalıdır. Mevcut durum tespitinin doğru yapılması, mesleki fonksiyonel iş yükü analizleri, etkili istihdam modelleri, planlamayı yapan paydaş kurumlar arasındaki işbirliğinin artırılması ile sağlıkta daha iyi insan kaynakları yönetimi yapılabilecektir.

Kaynaklar

İlerleme Raporu, Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı. Ağustos 2008, Ankara

Sağlık Bakanlığı 2011 Yılı Bütçe Sunumu.

Sağlıkta İnsan Kaynakları Yönetimi 2023 Vizyonu, Hıfzıssıhha Mektebi. 2011, Ankara

Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durumu Raporu. Şubat 2014, Eskişehir

Türkiye'de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011-2023. 2011, Ankara

Türkiye’de tıbbi cihaz ve malzeme sektörünün geleceği

Kemal Yaz



1965 yılında Kahramanmaraş'ta doğdu. İlk ve orta öğrenimini aynı ilde, liseyi İzmir’de tamamladı. Buca Eğitim Fakültesi Fizik-Kimya Bölümünde başladığı eğitim hayatını, iş yaşamı nedeniyle Anadolu Üniversitesi İşletme-İktisat Bölümünden mezun olarak tamamladı. Kurucuları arasında olduğu Med-Kim ve Mikromed firmalarında üst düzey yönetici olarak iş yaşamını sürdürmekte, aynı zamanda TUMDEF (Tüm Tıbbi Cihaz Üreticileri ve Tedarikçileri Federasyonu) Genel Başkanlığı yapmaktadır. Yaz evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Ulkemiz tıbbi cihaz sektörüne daha yakından bakabilmek için, önce dünyada ve sonra ülkemizdeki mevcut durum hakkında kısa bilgilerle değerlendirmelerimize başlamak yerinde olacaktır.

Dünya

Dünya tıbbi cihaz pazar hacminin 2010 yılında 258,4 milyar dolar civarında gerçekleştiği; 2005-2010 yılları arasındaki yıllık bileşik büyüme oranının da %7,5 olarak gerçekleştiği ifade edilmektedir. Ancak pazarın büyüme oranının 2009-2014 yılları arasında yıllık % 4,4 bileşik değerinde ve toplam satışların 2015 yılında ise 368,5 milyar dolarlık bir hacme ulaşacağı tahmin edilmekle birlikte büyüme oranının daha yüksek bir değere ulaşabileceği de belirtilmektedir. 2010 yılında dünyadaki en büyük pazarlar; sırasıyla ABD, Japonya, Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya, Çin, Kanada, Rusya, İspanya ve İsviçre’dir. 2010 yılı sonu ciroları itibarı ile dünyadaki en büyük on tıbbi cihaz üreticisi ise Johnson & Johnson, Siemens Healthcare, GE Healthcare, Medtronic, Baxter International, Philips Healthcare, Abbott Laboratories, Boston Scientific, Covidien ve Becton Dickinson’dır.

Türkiye

Ülkemiz tıbbi cihaz ihtiyacının % 15’ine yakın kısmının yerli üretim yoluyla ve geri

kalanının (yaklaşık %85 inin) ise ithalat yoluyla karşılandığı bilinmektedir. Tıbbi cihaz sektörü pazar büyüklüğüne ilişkin 2011 yılı bilgileri ise özetle:

- Pazar büyüklüğü yaklaşık 2 milyar dolar
- Dünya pazarı içindeki payı %0,8
- Sağlık harcamaları içindeki payı %3,8
- GSYİH içindeki payı %0,3
- Yıllık büyüme oranı %7,4
- Kişi başına düşen harcama 26,5 dolardır.

Ayrıca Türkiye tıbbi cihaz pazarı 2010 yılı sonu itibarı ile dünyadaki en büyük 20 pazardan biri konumunda olup önemli bir büyüklüğü ifade etmektedir.

Ülkemizde tıbbi cihaz pazarını düzenleyen üç yönetmelik mevcuttur.

- Tıbbi Cihaz Yönetmeliği
- Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmeliği
- Vücut Dışında Kullanılan Tıbbi Cihazlar Yönetmeliği

Bu yönetmelik tanımları açısından bakıldığında ülke pazar payları şu şekildedir:

- Tanısal görüntüleme (%21)
- Sarf malzeme (%20)
- Ortopedik ve yerleştirilebilir cihazlar (%18)
- Dental ürünler (%6)

Medikal sektör ihracat değerleri 2010, 2011 ve 2012 yıllarında sırasıyla 419, 533

ve 647 milyon dolardır. İthalat değerleri ise aynı yıllarda sırasıyla 2,39 ; 2,85 ve 2,84 milyar dolar olmuştur. İhracatın İthalatı karşılama oranları ise aynı yıllar için sırasıyla %17,5 ; %18,7 ve %22,5 olarak gerçekleşmiştir.

Hedeflerimiz

Tıbbi cihaz sektöründe, en büyük alıcı konumundaki kamu sağlık kurumları satın alma birimleriyle adil, eşit, sürdürülebilir ve karşılıklı mutabakat sağlanmış bir iş zeminin oturtulmasını sağlamak en öncelikli hedeflerimizdendir. Ancak tüm paydaşlarımızın 2023 yılına ilişkin hedef ve vizyonları varken, tıbbi cihaz sektörünün bir yıl sonrasını dahi öngörememesi, tıbbi cihaz üreticileri ve tedarikçileri için en ciddi sıkıntı olarak önümüzde durmaktadır. Aşağıdaki hususlar hedeflerimiz olmalıdır:

- Piyasada Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) açısından sıfır hataya sahip güvenli tıbbi cihazların bulundurulmasını ve satışını sağlamak
- Toplu alım uygulamalarının dezavantajlarını her platformda dile getirmek ve gündemde tutarak iç pazara ilişkin bu düzenlemenin rekabete uygun hale getirilmesini sağlamak
- Mesleki etik kuralları belirlemek, yerleştirmek ve bir davranış biçimi haline getirmek
- Firmaların sahip olduğu üretim, satış ve pazarlama kültürünü geliştirerek standartlar oluşturmak



- Çeşitliliği de artırarak yerli üretim miktarında % 9 oranında artış sağlayarak 5 yıl sonunda halen ülke ihtiyacının tahmini % 15'ini karşılayan yerli üretim miktarını % 24'e çıkartmak. (Ancak bu hedeflere ulaşmanın, kamunun da alması gereken destekleyici ve yönlendirici tedbirlerle bağlantılı olduğu göz ardı edilmemelidir.)

- 2013 yılı baz alınıp, minimum düzeyde % 9 oranında yıllık bileşik büyüme oranına eşdeğer bir ihracat artışı sağlanarak 2018 yılı sonunda 1.172 milyon dolarlık tıbbi cihaz ihracatı gerçekleştirmek

- Sektörler arası (bakanlıklar, paydaş sanayi sektörleri, üniversiteler, kümelenmeler, diğer STK'lar) işbirliği yaparak AR-GE'ye yönelik eylem planı oluşturmak

- Finansman ve teşvik faktörlerinin destekleyici niteliğe kavuşturulması için çalışmalar yapmak

- İnovasyon (yeni tıbbi cihaz üretimi) veya faydalı model konusunda mevcut durumunun değerlendirilmesi için paydaşlarla ortak toplantılar yapmak.

- Off-Set yükümlülüklü tıbbi cihaz üretimi uygulamalarında örnek olay olarak değerlendirilebilecek faaliyetler hakkında ilgili kamu kuruluşları ve üniversiteler ile bir araya gelerek bilgi ve tecrübe paylaşımında bulunmak.

Unutulmaması gereken en önemli nokta ise Sağlık Bakanlığı'nın ortaya koyduğu 2023 yılı için 5 milyar dolarlık

ihracat hedefini tıbbi cihaz sektörünün yakalayabilmesinin; ancak ve ancak kamunun alım politikalarında yerli tıbbi cihaza sağlayacağı avantaj, pazara giriş kolaylığı, yatırım destekleri ve teşvik tedbirlerinin artırılması yoluyla mümkün hale gelebileceği gerçeğidir.

Tıbbi cihaz sektörünün sorunları

Tıbbi cihaz sektörünün öncelikli sorunları ile farklı kurumlar tarafından yapılan kimi düzenlemelerin ve genel ekonomik politikaların sektöre olumsuz etkilerini başlıklar halinde özetlemeye çalışırsak unları söyleyebiliriz:

1) Toplu alımlar

Yürürlüğe konan ve bizler açısından hedef belirlemede en önemli engel olan uygulama, toplu alımlardır. Bu yöntem kısa sürede kamuya avantaj sağlayacak gibi görünse de uzun dönemde sektörde rekabet edecek firma kalmayınca tekelleşmeyi gündeme getirecektir. Örneğin, Türkiye genelinde kan toplama yetkisi Kızılay'a verilmiştir. Kızılay da şu an Türkiye'nin kan ihtiyacının %75 ini temin etmektedir. Kendi alanında tekel olan Kızılay, kan torbası ihalesi yaparken 3-5 senelik alımını bir seferde ihaleye çıkarmaktadır. Böyle bir büyük ihale yapıpınca dünyanın tüm global firmaları bu ihaleyi almak için saldırıya geçmektedir.

Tüm paydaşlarımızın 2023 yılına ilişkin hedef ve vizyonları varken, tıbbi cihaz sektörünün bir yıl sonrasını dahi öngörememesi, tıbbi cihaz üreticileri ve tedarikçileri için en ciddi sıkıntı olarak önümüzde durmaktadır. Toplu alım uygulaması, eğer dengeli ve kontrollü yapılmazsa tıbbi cihaz ve tıbbi hizmet tedarikçileri için pazarın küçülmesi, haksız rekabet ortamının oluşması ve sonunda da işyerinin kapatılması anlamına gelmektedir.



Bakanlıkça yapımı planlanan entegre sağlık kampüslerinin tıbbi cihaz ihtiyacının yaklaşık % 80'inin sağlanan KDV muafiyeti avantajı ile, sadece o entegre sağlık kampüsü faaliyetleri için kurulmuş şirket tarafından yurt dışından getirilerek karşılanması muhtemeldir. Tıbbi cihaz üreticileri ve tedarikçileri açısından bunun anlamı, mevcut pazardan tasfiye edilmeleri demektir.

Bir de ihale tek firmaya verildiği için yerli üreticinin bu alımda hiç şansı kalmamaktadır. Ayrıca kan toplama için gerekli sarf malzemesini sağlayan bu tek firmanın herhangi bir şekilde sevkiyatta sıkıntı yaşamaması, tüm Türkiye'nin kan temini sürecinde aksamaya neden olacak bir risk faktörü haline gelmektedir.

Sektörün devamlılığını ve ekonomik etkinliğini sürdürebilmesi, yeterli rekabet ortamının sağlanabilmesi için Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından

yayımlanan genelgeler gereğince, Kamu Hastane Birliklerince tek merkezden yapılacak toplu alımın, ilgili ilgisiz tüm ürün ve hizmetlerin tek bir liste yapılarak ve bütün olarak tek bir firma tarafından teklif verme şeklinde olması çok büyük sakıncaları beraberinde getirdiğinden, bu uygulamadan vazgeçilmesi gerekmektedir.

Bunun yerine ihtiyaç kalemleri münferit olarak veya ilişkili hizmet veya ürünler, daraltılmış gruplar halinde ihaleye çıkılarak birçok firmaya ihaleye katılma imkânı sağlanmalıdır. Toplu alımın tek merkezden (KHB Genel Sekreterlikleri kastedilmektedir) yapılacak ihale şeklinde değerlendirilmemesi konusunda yeni bir düzenleme yapılarak, sektörümüzde kapanması muhtemel işyerlerinin önüne geçilmelidir.

Ayrıca; il bazlı tek merkezden alım sürecinde küçük, orta ve büyük ölçekli tıbbi cihaz ve tıbbi hizmet tedarikçilerinin aynı anda, aynı ihalelere girebilmesine elverişli şartnameler hazırlanarak yerel, bölgesel ve ulusal bazda tam rekabetin oluşması sağlanmalıdır.

Kamu hastane birliklerinin, stok maliyetlerini düşürmek amacıyla MKYS üzerinden stok takibi yaparak, ildeki tüm hastanelerin ihtiyaçlarını karşılamak üzere yapılan ihalelerde detaylı teslimat planı verilerek tıbbi cihaz firmalarının plansız stok yapmanın finansal yükü altında ezilmelerinin önüne geçilmelidir.

Toplu alım uygulaması, eğer dengeli ve kontrollü yapılmazsa tıbbi cihaz ve tıbbi hizmet tedarikçileri için pazarın küçülmesi, haksız rekabet ortamının

oluşması ve sonunda da işyerinin kapatılması anlamına gelmektedir.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı sağlık kurumlarında geri ödeme süreleri büyük ölçüde 90-120 gün gibi düzenlenmiş, özellikle üniversite hastanelerinde maalesef herhangi bir olumlu adım hayata geçirilememiş, yıllarla ifade edilen ödeme gecikmeleri yaşanmaktadır.

Sonuç olarak; kamu hastane birliklerinin merkezi / toplu alımı, tek firmadan alım olarak değil, il bazında tek merkezden alım olarak değerlendirilerek hareket etmesi ve gerçek anlamda rekabeti sağlaması gerekmektedir.

2) Global bütçe uygulaması

SGK tarafından sağlık kurumlarına, vatandaşa sundukları sağlık hizmet miktarına bakılmaksızın, ödenecek sabit toplu rakam olarak ifade edilen global bütçe uygulaması ile sağlık kurumlarının giderlerini karşılayabilmesi, borçlarını zamanında ödeyebilmesi ve sunduğu her sağlık hizmeti bedelini SGK'dan tahsil edebilmesi mümkün olamamaktadır. Sağlık hizmeti fiyatlandırma politikaları gözden geçirilmeli ve tüm girdilerin dikkate alındığı, tam maliyet esaslı bir finansal modele geçilmelidir.

3) Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri)

Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmet sunumu ve eğitiminde değişen talepler doğrultusunda tıbbi eğitim, araştırma ve hizmet sunumunu geliştirip yaygınlaştırmak amacıyla bir sağlık ağı modernleştirme vizyonu geliştirmek üzere, büyük bir kampüs sahası içerisinde örgütlenecek olan açık alanlar, otopark ve diğer kamusal kullanım alanlarının (gezinti, dinlenme ve eğlenme alanları vs.) ve sağlık hizmetinin mekânsal gereksinimlerinin karşılanacağı ve sonuçta ulusal ve uluslararası ölçekte rekabet edebilir sağlık hizmetinin sunulmasına imkan verecek entegre sağlık kampüsleri / şehir hastaneleri kurmaya karar vermiştir.

Kamu özel ortaklığı yöntemiyle yapılan entegre sağlık kampüsleri; bölge hastanesi, onkoloji hastanesi, çocuk hastanesi, kadın doğum hastanesi, kalp damar hastalıkları hastanesi, nörolojik ve ortopedik bilimler hastanesi, psikiyatri hastanesi, fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesi, yanık ünitesi, travma merkezi ve transplantasyon ünitelerinden oluşmaktadır.

Yüklenici şirket; sağlık tesisi için gerekli olan tıbbi destek ve hizmete bağlı tıbbi ekipman (çamaşırhane, laboratuvar,

görüntüleme, yemek, sterilizasyon, rehabilitasyon, vs.) dışındaki tüm tıbbi ekipmanın temini, kurulması, yer değiştirilmesi ve bakımından sorumlu olacaktır. İdarenin kullanacağı tıbbi ekipman ile yüklenicilerin tıbbi hizmet dışındaki hizmetlerde kullanacağı tıbbi ekipmanların kullanım süresi dolunca yenilenmesine idare karar verecektir.

Bakanlıkça yapımı planlanan ve bir kısmı ihale edilen veya ihale aşamasında olan entegre sağlık kampüslerinin tıbbi cihaz ihtiyacının yaklaşık % 80'inin, (6428 sayılı yasa ile en az % 20'sinin yerli üretim olma zorunluluğu getirilmiştir) sağlanan KDV muafiyeti avantajı ile, sadece o entegre sağlık kampüsü faaliyetleri için kurulmuş şirket tarafından yurt dışından getirilerek karşılanması muhtemeldir. Tıbbi cihaz üreticileri ve tedarikçileri açısından bunun anlamı, mevcut pazardan tasfiye edilmeleri demektir.

Bazı önemli sakıncalar ise şöyle özetlenebilir:

- Tıbbi destek hizmeti sunumunda kullanılacak tüm tıbbi cihazlarda 0 (sıfır) yaş ve beş yılda bir yenilenme şartı bulunmaktadır. Bu nedenle, tıbbi cihazlar ya ana yüklenici şirket ya da alt yüklenici konumuna gelecek sektör paydaşları (bizler) tarafından ithal edilmek zorundadır. Bu uygulama, firmaların demirbaş stoklarındaki ve kullandıkları mevcut tıbbi cihazların atılmasına yol açacaktır. Tıbbi destek hizmeti sunumunda kullanılacak cihazlar için yaş sınırı belirlenmesi doğru bir yaklaşım değildir. Çünkü cihazın yaşı, cihazın çalışma performansını etkileyen onlarca parametreden sadece biridir.
- Yerli üreticiler veya tedarikçiler açısından dezavantaj teşkil edecek bir diğer neden ise, 6288 sayılı Kanunla KDV Kanunu'nda yapılan değişiklikle entegre sağlık kampüsü yapacak ve işletecek şirketlere getirilen bazı KDV muafiyetleri olup yurt dışından ithal edilecek tıbbi cihazlar da KDV muafiyeti kapsamında bulunmaktadır. Bu uygulama ile KDV muafiyeti nedeniyle entegre sağlık kampüsü pazarına mevcut tıbbi cihaz tedarikçilerinin girmesi mümkün olmayacak ve haksız rekabete yol açılacaktır.
- Şartnamesi gereği, entegre sağlık kampüslerinde sunulacak tıbbi destek hizmeti ve diğer dış kaynaklı hizmet alımları nedeniyle oluşan şirket alacağı aylık olarak fatura edilip idareye teslim edildikten sonra bir hafta içinde ödenmek zorundadır. Bu durum, mevcut 90-120 günlük ortalama ödeme süreleri ile karşılaştırıldığında haksız rekabet nedenidir.

4) Yerli tıbbi cihaz üretimi

- İhraç etmek için üretmek gerekmektedir.



- Üretim ise üniversite- sanayici-kullanıcı (devlet ve özel sağlık kurumları) işbirliği ve eşgüdümü ile gerçekleştirilebilir.
- Yerli üretim, öncelikle yerli tüketim ile desteklenirse mümkündür.
- Tıbbi cihaz teknolojisi özellikle bilgisayar, elektrik-elektronik, kimya, metalürji ve makine mühendislikleri gibi bir çok mühendislik alanı ile etkileşim içindedir.
- Ülkemizde üretilen ve üretilecek tıbbi cihazlara destek verecek alt sektörler, hammadde üretimi, yan sanayi kolları, yazılım yapanlar, nano teknolojik ürün, elektronik parça ve kimyasal ürün üreticileri olarak sıralanabilir. Tüm bu alt sektörlerin, bir araya gelmeleri yani, enerjilerini ortak kullanmaları gerekmektedir.
- Yerli üretimin gelişmesi için, tıbbi cihaz endüstri (organize sanayi) bölgelerinde sektörel kümelenmeler teşvik edilmelidir.
- Dünya genelinde tıbbi cihaz ve malzeme üreticisi firmalar, yıllık işletme gelirlerinin %8'ini AR-GE'ye ayırırken, Türkiye'de bu oran %0,8 düzeyindedir.
- Yerli üreticilerin yaptığı ihracat 2009 yılında 187 milyon Dolar düzeyinde olup, %44,3'ü başta Almanya, Fransa ve İtalya olmak üzere ağırlıklı olarak AB ülkelerine gerçekleştirilmiştir. 2013 yılında yerli üreticiler ve ithalatçıların yapacağı ihracat miktarının 730 milyon doların üzerinde olacağı tahmin edilmektedir.
- Yerli üretimin önündeki engellerden bir diğeri de SGK geri ödeme kapsamına girme sürecindeki sıkıntılardır.
- Entegre sağlık kampüslerinin yapım aşamasında % 20 oranında yerli tıbbi cihaz kullanma zorunluluğu yükseltmeli ve % 20 oranının sadece yatırım dönemlerini değil sağlık kurumlarının işletme dönemlerini de kapsamı için

yasal düzenleme yapılmalıdır.

- Özel sağlık kuruluşlarını daha çok yerli tıbbi cihaz kullanımına özendirmek ve yönlendirmek için KDV istisnası, vergi istisnası vb. diğer istisnalardan yararlanılmalıdır.
- Tıbbi cihazların üretimi için gerekli olan hammaddelerin çoğu %18 KDV oranı ile temin edilmekte iken % 8 KDV oranı ile satılmaktadır. Aradaki %10'luk KDV farkı aylar sonra geri alınabilmekte, ancak bu süredeki finansman yükü üreticinin üzerine kalmaktadır. Uygulamada KDV birliği sağlanmalıdır.
- Kaynak Kullanımı Destekleme Fonu'na (KKDF) yapılan kesinti oranlarının % 3'den % 6'ya çıkarılması, tüm tedarikçiler ve üreticiler açısından maliyetleri ciddi oranda arttırmaktadır.
- Döviz kuru riski ve finansman maliyetleri yerli üreticiler lehine düzenlemelerle azaltılmalıdır.

Meslek kanunumuzun olmaması (uzun zamandır girişimlerde bulunmamıza karşın maalesef hayata geçirilememiştir), meslek odası gibi daha kurumsal bir yapılanma oluşturmamızın önündeki en büyük engellerden biridir.

Her şeye rağmen 20 yılı aşkın süreden bu yana, önce bölgesel dernekler ve sonrasında ülke çapında federasyon olarak örgütlenme çalışmalarımızın 10. yılında geldiğimiz bugün; başta Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu olmak üzere tüm kamu paydaşlarımız nezdinde temsil gücümüz, katılımcılığımız, etik değerlere bağlılığımız, ulusal ve sektörel bakımımız açısından, görmekte olduğumuz takdir ve teveccüh, çalışmalarımızda en önemli motivasyon kaynağımızdır.

Prof. Dr. Fahrettin Keleştemur: Amacım kadim kültürümüzün inşası yolunda lider bir üniversite

Ömer Çakkal

Hani bir atın nalındaki çivi bazen savaşın kaderini etkileyebiliyor ya, kurumsal çalışmaların pek de oturmadağı ülkemizde de, çoğu zaman bireysel başarılar kurumların kaderine büyük etkide bulunabiliyor. Prof. Dr. Fahrettin Keleştemur'un Erciyes Üniversitesi'ndeki hikâyesi de işte öyle bir şey. Bir Anadolu üniversitesi, onun vizyonu ve gayretleriyle şimdilerde dudak uçuklatan araştırma merkezlerine ve geleceğe umutla bakmamıza neden olan çalışmalara ev sahipliği yapıyor. Fahrettin Hoca, merkezi ve yerel yönetimin katkılarını hayırseverlerin çabaları ile yoğurduğu Erciyes'e,

"Türk-İslam dünyasının lider üniversitesi", "kadim kültürümüzün inşası yolunda bir üniversite" gibi büyük misyonlar yüklemiş. Bugün 90 yaşında olan ormancı bir babanın ilkokulu köyde tamamlamış, üçü profesör 5 oğlundan biri olan Keleştemur, hayranlık uyandırıcı kariyerini Erciyes'te ikinci dönemdeki rektörlük görevi ile sürdürüyor. Akşam olduğunda geleneksel bir Türk evi motifleriyle inşa ettiği evinin huzur veren ahşap kapısından içeriye adımını atan Fahrettin Hoca, neredeyse her akşam ve her hafta sonu kütüphanesinde okumaya, yazmaya, düşünmeye devam ediyor. SD'nin röportaj teklifini geri çevirmeyip bizi evinde ağırlama teveccühünü gösteren Keleştemur'un

medeniyetimiz, toplumumuz, bilim, eğitim ve üniversitelerimiz üzerine sarsıcı tespit ve eleştirileri var. Türkiye'nin en temel sorununun ekonomi ya da Kürt meselesi olmadığını, bilim ve üniversite meselesi olduğunu söyleyen Keleştemur, oysa ülkemizde akademik kadronun heyecanını ve idealizmini yitirdiğini ve mutsuz olduğunu savunuyor. Kadim kültürümüzü yeniden inşa etmemizin gereğini vurgulayan Hoca, hikmeti kaybetmeden bilimi yeniden elde etmemizin altını kalın harflerle çiziyor. 200 yıldır hep kaybeden, özgüvenini kaybetmiş, depresif bir toplum olduğumuzu söyleyen Hoca'nın, bilim insanlarını muhtemelen kızdıracak eleştirileri de var.





“Erciyes’i Türk-İslam dünyasının lider üniversitesi yapmak istedim”

55’te Elazığ’da doğdunuz. 70’lerde Hacettepe’de tıp okudunuz. 80’lerin başında Erciyes’te akademik hayatınız başladı, uzunca bir süre 2008’e kadar devam etti. Neredeyse tüm akademik hayatınız boyunca buradaydınız. 2008’den bugüne de Erciyes Üniversitesi’nde rektörsünüz. 40 yılda Erciyes’te neler değişti? Nasıl bir üniversite idi, nasıl bir hale geldi? Ama öncelikle onu bütünleyecek şekilde sizin kişisel yolculuğunuzla başlayalım mı hocam?

Öncelikle buraya kadar geldiğiniz için teşekkür ediyorum. İlk, orta ve lise tahsilimi Elazığ ve çevresinde yaptım. Liseyi birincilikle bitirip 1972 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesine başladım. Bir yıl Fransızca hazırlık okulu okudum. 1979’da mezun oldum. 1980-1984 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde iç hastalıkları ihtisası yaptım. 1984-1988 yılları arasında mecburi hizmet ve askerlik görevlerimi yerine getirdim. Ömer Bey, bir bilim adamında olmazsa olmaz özelliklerden birisi meraklıdır. Ben çocukluğumdan beri özellikle tabiat olayları ve tarih konusunda çok meraklı birisiydim. Bu da beni devamlı araştırmaya ve okumaya yöneltti. Daha mezun olmadan akademik hayata atılmayı kafama koymuştum. Sosyal olaylarla yakından ilgilenen bir aile ortamında

yetiştim. Evimizde hep ülke ve dünya meseleleri konuşulurdu. Orta ve lise yıllarımda yüzlerce kitap okudum. Türk ve dünya klasiklerini o yıllarda bitirdim. O dönemde ciddi bir entelektüel birikime sahip olmuştum. Tabi bu okumalar ve düşünce serüveni beni ister istemez şu noktaya getirdi: Büyük bir imparatorluğun mirasçılarınız, torunlarınsınız. Selçuklu ve üç kıtaya hâkim olmuş Osmanlı imparatorluğundan sonra çökmüş ve Anadolu topraklarına sığınmış, sanayi devrimini yapamamış, geri kalmış bir toplum haline gelmişsiniz. Toplum olarak bunun burukluğu ve ezikliğini yaşıyorsunuz. İster istemez geçmişle günümüzü karşılaştırıyorsunuz ve çökmüş bir imparatorluğun çocukları olmayı içinize sindiremiyorsunuz. Dedelerimizden sonu hüsrarla biten savaş hikâyeleri, ninelerimizden hasret ve yokluk hikâyeleri dinleyerek büyüyörsünüz. Balkan Savaşı çok büyük bir faciadır mesela. Çanakkale Savaşında birkaç yüz bin gencinizi toprağa veriyorsunuz. Annemin 4 dayısı Çanakkale’den dönmüyor. Sonra Mustafa Kemal ve arkadaşları önderliğinde kurtuluş savaşları ve yeni bir ülke: Türkiye Cumhuriyeti. Kalkınma hamleleri, demokratikleşme çabaları ama hep kendinizle ve Batı ile hesaplaşma. Geri kalmış ve sonra gelişmekte olan ülke tanımlaması. Bu bizi rahatsız ediyor. Tekrar ayağa kalkmak ve o kadim medeniyeti canlandırmak düşüncesi... Gençlik yıllarım bu duygularla geçti. Hep büyük düşünceler taşıdım. Bu, belki biraz da cihan devleti kurmuş bir milletin torunu olma bilincine sahip olmanızdan

“Türkiye’nin temel meselesinin eğitim ve bilim dolayısıyla üniversite meselesi olduğuna inanıyorum. Üniversite meselesini halledememiş bir Türkiye’nin gelişmesi, kalkınması, ileriye gitmesi, teknoloji üretmesi ve işte dünyanın efendileri arasına girmesi mümkün değildir. Öteki türlü bu iyi gidiş kalıcı olamaz, bilgi toplumunu oluşturamayız ve gelişmekte olan ülke statüsünden çıkamayız. Zira gelişmiş ülkelerin hiçbirisinde geri kalmış üniversite yoktur Bu düşünceye devletin inanması ve buna uygun politikalar geliştirmesi gerekir.”



“Tıp fakültelerinde eğitim ve öğretim konusunda temel sorun bana göre farklı sebeplerden dolayı heyecanını yitirmiş bir akademik kadrodur. Öğretim üyeleri büyük ölçüde mutsuzdur. Ekonomik sorun, tek sebep değildir. O idealizmi, heyecanı ve motivasyonu kaybettik maalesef. TV'lere bakın, bilimsel gelişmelerle ilgili hiçbir program yayında kalabiliyor mu? Biz topyekûn bir şekilde bilgi toplumunu oluşturamadık.”

da kaynaklanıyor olabilir. Merak ediyorum, kaç millet “Türk Cihan Hâkimiyeti Mefkûresi” gibi bir kaynağa sahiptir? Bu sorunun cevabı sadece birkaç millet olabilir. Üstelik de bunun altında yatan temel mesele emperyalist bir dünya görüşü değildir. Bizim medeniyetimizin başkalarını sömürmek, asimile etmek, ezmek, kültürlerini, varlıklarını ortadan kaldırmak gibi bir politikası olmamıştır. Medeniyetimizin dayandığı temeller Yunus, Mevlana, Hacı Bektaş öğretileridir. Osmanlı'nın İ'lâ-yı Kelimetullah yani Allah'ın adını, İslam dinini uzaklara yaymak gibi bir hedefi olmuştur. Diğer büyük medeniyetlere baktığınız zaman onların da kendilerine göre büyük hedefleri olmuştur veya vardır. Büyük Britanya, bir zamanlar üzerinde güneş batmayan imparatorluktu. Sovyetler'in sıcak denizlere inmek hedefi vardır. Bu düşünce alt yapısı kendimi her alanda en iyi şekilde yetiştirme konusunda beni daima motive etmiştir. Hekimlik yüce bir sanattır ve mesleki ve maddi olarak sizi tatmin edebilir. Kendi çevrenize ve hastalarınıza faydanız olabilir. Ama eğer insanlık için, ülkeniz ve milletiniz için düşünceleriniz varsa sadece hekimlik mesleğinin icrası yeterli olamaz. O yüzden ben akademik hayatı seçtim. 1988 yılında yardımcı doçent olarak Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'na başladım. 1990 yılında doçent oldum. Endokrinoloji Bilim Dalı kurma görevi verildi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa

tıp Fakültesi Endokrinoloji Bilim Dalı ve sonra Londra Üniversitesi Tıp Fakültesi St. Bartholomew Hastanesi Endokrinoloji Departmanı'nda endokrinoloji eğitimi aldım, 93'te burada Endokrinoloji Bilim Dalı'nı kurdum. 95'de profesör oldum. European Society of Endocrinology ve European Neuroendocrine Association yönetim kurulu üyelikleri ve European Neuroendocrine Tumor Society danışma kurulu üyeliklerinin ardından, TÜBİTAK ve nihayet TÜBA görevleri...

Tüm bu görevler ve düşünsel altyapı şu sonucu mu doğurdu: Ben rektör olarak Erciyes Üniversitesi'ni nasıl kadim kültürümüzün yeniden inşa edilmesi yolunda lider bir üniversite yapabilirim? Erciyes'i nasıl Türk-İslam dünyasının lider üniversitesi yapabilirim? Doğru mu?

Doğrudur Ömer Bey. 1980'li yılların baraka binalarından bugün gördüğünüz 5 milyon metrekarelik, 50 bini aşkın öğrencisi olan, içerisinde ileri düzeyde araştırmaların yapılabildiği merkezler olan bir üniversiteye geldik. Hatta hiç unutmam, bir keresinde yağmur yağıyordu ve damlayan yağmur suları nedeniyle hem hastam ıslanmıştı, hem de ben. Bugün 100 kadar yurt dışından öğretim üyesinin de çalıştığı Erciyes Üniversitesi'nin temelini ilk atanların avuçlarıyla toprak taşıyan kadınlar olduğunu özellikle vurgulamak isterim.



1978'de kurulan üniversitede bugün 18 fakülte, çok sayıda yüksek okul ve onlarca araştırma merkezi var. Özellikle yurt dışından gelen bilim adamları buradaki şartları görünce çok şaşıyorlar. Gelirken şöyle düşünüyorlar: Anadolu'nun ortasında yeni kurulmuş bir üniversite, 8-10 tane bina, basit cihazların olduğu laboratuvarlar ve bilimsel olarak yetersiz akademisyenler. Ama burada bazı laboratuvarların kendi laboratuvarlarından daha iyi durumda olduğunu ve evrensel boyutlarda bilgi üretildiğini anladıkları zaman çok etkileniyorlar.

Hocam tam da bu noktada sormak istiyorum: Araştırmacı üniversite kimliğine, vizyonuna vurgu yapıyorsunuz. Erciyes hangi alanda ihtisas yapan, yapmaya çalışan bir üniversite?

Takdir edersiniz ki üniversitelerin eğitim ve araştırma şeklinde 2 temel görevi var. Eğitim meselesini şimdilik bir kenara bırakalım. Ama araştırma konusu Türkiye'de sıkıntılı bir mesele. Ülkemizde evrensel boyutta orijinal bilgi üreten üniversite maalesef yok. Bakın Türkiye ileri derecede sorunları olan bir ülke. Coğrafi konumundan dolayı çok önemli bir stratejik özelliği var. Sosyokültürel bakımdan özgün bir yapısı vardır ve İslam ülkeleri arasında seküler tek ülke. Tarihsel bir misyonu var. Büyük bir kültür coğrafyasının lideri durumunda ve onlara karşı tarihi sorumlulukları var.

Başka bir Türk devletinde ya da başka bir İslam devletinde böyle bir misyon yoktur. Kültürel akrabalıkları olan büyük bir coğrafyanın temsilcisi konumundadır. Türkiye bu özelliklerinden dolayı alternatifi olan bir ülke değildir. Dolayısıyla Türkiye gelişmek, kalkınmak ve sanayileşmek zorundadır. Şimdi ben bu girişin ardından Türkiye'nin temel meselesinin eğitim ve bilim dolayısıyla üniversite meselesi olduğunu ifade etmek istiyorum. Buna inanıyorum. Üniversite meselesini halledememiş bir Türkiye'nin gelişmesi, kalkınması, ileriye gitmesi, teknoloji üretmesi ve işte dünyanın efendileri arasına girmesi mümkün değildir. Bu düşünceden hareketle benim Erciyes'te yapmaya çalıştığım şey, ileri teknoloji ve evrensel bilgi üreten araştırma merkezleri kurmak ve bunların değişme ve gelişme süreci içerisinde sürekliliğini değişme ve gelişme süreci içerisinde sürekliliğini sağlamaktır. Rektör olmamın en temel sebebi buydu. Bunlar kafamda planlanmıştı. Aslında benim rektör olmak gibi bir düşüncem yoktu. Bana ilk teklif edildiğinde uzun bir süre olumlu ya da olumsuz bir cevap veremedim. Çünkü çok aktif bir bilimsel hayatım vardı. Evrensel olarak tanınan çok iyi bir klinik oluşturmuştum. Yardımcı doçent düzeyinde bile arkadaşlarım dünya kongrelerine konuşmacı olarak davet edilmişlerdir. Kliniğimizin tarif ettiği yeni kavramlar, yeni tedavi metodları, yeni endokrin bozukluklar vardır.

Tam o sıralarda European Society of Endocrinology başkanlık seçimi vardı ve Avrupalı meslektaşlarım beni aday göstermek istiyorlardı. Amerika'da misafir öğretim üyesi olarak davet edildiğim bir üniversiteden endokrinoloji departmanı direktörlüğü için teklif gelmişti. Bunları ilk defa size açıklıyorum, yakın çevrem dışında kimse bilmez. Dolayısıyla bu kadar aktif bilimsel hayatım sürerken rektörlüğe geçmemin temel sebebi, az önce ifade ettiğim misyonu hayata geçirebilmektir. Bakın, rejeneratif tıp diye, önümüzdeki belki birkaç dekad boyunca sürececek bir araştırma alanı var. Kök hücre araştırmaları ile ileride önemli tedavi metodlarının geliştirilebileceğini düşünüyoruz. Moleküler genetik, moleküler biyoloji gene günümüzün en önemli konuları arasında yer almakta. Bunları kapsayan bir merkez kurmayı düşünüyordum. Bu merkezin kurulması epey bir zamanımızı aldı. Bir yıl, sadece projelendirme süreci yaşadık. Yurtdışından önemli bilim adamlarından destek aldık, dünyadaki önemli merkezler dolaşıldı. Türkiye'de böylesi önemli bilim merkezlerini kuran bir inşaat firması olmadığını gördük. Aklınıza gelmeyecek türlü sıkıntılarla boğuştuk. Nihayet bu mükemmel merkezi kurduk. Gene Nanoteknoloji Merkezimiz bugünün ve önümüzdeki yılların özellikle malzeme bilimleri konusunda odak noktası olabilecek bir merkez. Klinik Mühendislik Araştırma Merkezimiz de sağlık ve mühendislik

“Bizdeki bilim insanlarının hayatı bilime göre değildir, sosyal hayatına göredir. Üniversitede öğretim üyesi olarak sosyal statü kazanmak gibi amaçlar az değildir. Şimdi mesela uluslararası bir toplantıda bizim bilim insanlarımız daha ziyade toplumsal, ideolojik ve ekonomik meselelerle ilgili konuşarak zaman harcar. Biz kendi medeniyetimizin ölçütleri içerisinde bilimsel bir hayat tarzı oluşturmamıştık. Ne acı ki bizde birbiriyle yarışan üniversiteler veya bilimsel merkezler göremezsiniz.”

bilimlerinde ortak çalışmalar yapılan bir merkez. Bir de biyogüvenlik bakımından ileri araştırmaların yapılacağı aşı ve biyolojik ürünlerin geliştirilmesi ile ilgili bir merkez kurduk. Bu merkez de ülkemizde alanında tek merkezdir. Gen-Kök Kök Hücre ve Moleküler Araştırma Merkezi de kapasitesi olarak Türkiye’de alanında en büyük merkezdir. Gen-Kök, Aşı Geliştirme, Klinik Mühendislik Araştırma ve Nanoteknoloji Merkezlerimiz; bu dördü aktif olarak çalışıyor. Bu merkezler artık uluslararası camiada tanınıyor. Şu anda ilaç geliştirme ve doğa bilimleri ile ilgili büyük bir merkez kurmakla meşgulüz. Aslında bu merkezleri bir şekilde yapabilirsiniz. Bir şekilde devlet desteğiyle ya da yardımlarla yeterli parayı bulduğunuzda cihazları da temin edersiniz. Ama önemli olan buralarda istihdam edebileceğiniz yetişmiş insan gücüdür. Bu aslında işin en zor tarafı ve Türkiye’nin de temel meselelerinden birisidir. Araştırmacı insan sayısı bakımından dünyadaki durumumuz iyi değil. Ben o nedenle çok özel bir proje başlattım. Hayırseverlerden katkı alarak bir fon oluşturdum ve özellikle kurmuş olduğumuz merkezlerde çalışabilecek genç bilim insanlarını, dünyada o alandaki önemli merkezlere göndermeye başladım. Bu çalışmamız başarılı bir şekilde devam etmektedir. Bugüne dek 150 araştırmacıyı bu şekilde ortalama bir yıl süreyle yurtdışındaki merkezlere

gönderdik. Hem dünyaya bakış açıları geliyor, hem lisansları iyileşiyor, hem de çalıştıkları alanlarda derinleşiyorlar. Bu projeyi tamamen hayırseverlerden temin ettiğimiz kaynaklarımızla yaptık. Tabi bu arada uluslararası danışmanlıklar aldık ve bu merkezlerimizi yabancı bilim adamlarının da hizmetine açtık.

“Üniversitedeki binaların ve merkezlerin yüzde 80’ini hayırseverler yaptı”

Peki, bu esnada tıp kökenli araştırmacı bir rektör olarak başta sosyal bilimlere olmak üzere tıp dışı alanlara da hak ettikleri önemde bir destek verebildiniz mi?

Verdiğimi sanıyorum. Bir defa üniversitemizde sosyal bilimlerle ilgili faaliyetlere, toplantılara çok arzu ettiğim halde yetiştiremedik. Burada birinin kuruluşunu tamamladığımız 3 merkezimizin adını anmak istiyorum: Stratejik Araştırma Merkezimiz, Dışişleri Bakanımız Sayın Ahmet Davutoğlu tarafından açıldı. Bu merkezde Balkanlar ve Ortadoğu ülkeleriyle ilgili masaları var. Öğretim üyeleri kadroları oluşturduk ve merkez bünyesinde zengin bir kütüphane kurduk. Ortadoğu Eski Talas Amerikan Kolejini olduğu binalardan birini bu merkeze tahsis ettik. Osmanlı’nın ilk medresesi olan İznik Medresesinin baş müderrisi Kayserili bir âlimdir. İsmi Davut El Kayseri. Onun adına izafeten Davut El Kayseri Araştırma Merkezini kurduk. Bir tasavvuf araştırmaları merkezi olarak planladık. Melikgazi Belediyesi eski bir Türk konağını restore ederek Davut El Kayseri Araştırma Merkezine tahsis etti. Şu anda Davud-El Kayseri’nin eserlerinin incelenmesi ve Mesnevi okumaları faaliyetlerini yürütüyor. Afrika Araştırmaları Merkezimiz de kurulma aşamasında. Afrika ülkelerinden heyetlerle görüşmelerimiz, gidip gelmelerimiz söz konusu.

Üniversiteniz periferide olmasına rağmen nasıl bu kadar başarılı olabildi? Bir ikincisi Rektörlük süreniz dolduğunda bu başarıyı devam ettirecek gerekli akademisyen alt yapısı oluştu mu? Yani devamlılık sağlanabilecek mi? Paralelinde yabancı akademisyenlerden nasıl yararlanıyorsunuz?

Yabancı bilim adamlarından başlayayım. Yararlanabiliyoruz. Bu noktada Kayseri’nin dezavantajları olduğu kadar avantajları da var. Kayseri bir defa yaşanabilir bir şehir. Trafik problemi olmayan, 4 mevsimi bütün güzellikleriyle yaşayabildiğiniz, ulaşım problemi olmayan, dünyanın her yanına direk ya da aktarmalı ulaşabildiğiniz, çok güvenli, coğrafi güzelliklere sahip kadim bir Selçuklu kenti. Büyükşehir belediyesinin Erciyes Dağı ile ilgili büyük çalışmaları

var. Birkaç yıl içinde orada kış ve yaz sporlarıyla ilgili dev kompleksler hizmete açılacak. Mübalağa etmiyorum, Alpler’e yakın bir merkez oluyor. Tabi tüm bunlar, üniversitemizin geniş altyapı imkânları da düşünüldüğünde bilimsel çalışma yapmak isteyenler için uygun ortamlar yaratıyor. İşadamlarımızın, yerel ve merkezi yönetimin de katkıları Kayseri’de bu başarıyı getirmiştir. Kayseri bir hayırsever şehridir. Üniversitedeki binaların yüzde 80’i hayırseverler tarafından yapılmıştır. Bugün gördüğümüz araştırma merkezlerinin binalarının hepsi hayırseverler tarafından yaptırılmıştır. Biraz önce söylediğim bilim insanlarının yurtdışında yetiştirilmesi projesi de tamamen hayırseverler tarafından desteklenmektedir. Kayseri, toplumsal dayanışmanın, yerel yönetim-üniversite-sivil toplum örgütleri arasındaki işbirliğinin güzel örneklerinden birisine sahip bir kenttir. Şimdi Cumhurbaşkanımızın adını taşıyan üniversite ve iki de vakıf üniversitesi daha kuruluyor. Erciyes Üniversitesi olarak biz de onların gelişimi için elimizden gelen desteği veriyoruz. Böylece Kayseri benim için büyük hedeflerimizin gerçekleştirilebileceği bir yer olmuştur.

2011’de İngiliz Nöroendokrin Derneği’nin (BSN) ödülü’nü aldınız. 2013’te ise 14. Bayırdır Tıp Ödülleri Yılın Bilim İnsanı ödülü aldınız. Bir yönetici olarak ağır bir mesainiz sürerken araştırma faaliyetlerine nasıl vakit ve enerji ayırabiliyorsunuz?

Zamanı iyi kullanmalısınız ve ekibinizin iyi olması lazım. Ben her şeyi bu iki faktöre bağlıyorum. Sosyal hayatım doğal olarak biraz daralıyor. Bilimsel faaliyetlerime devam ediyorum. Biraz uyku azaldı. Boş zamanım yok, her anı değerlendiriyorum. Akşamları ve hafta sonları Kayseri’deysem ve katılmam gereken resmi bir program yoksa genellikle evden dışarı çıkmam, çalışır ve düşünürüm. Hafta içinde de bir günümü kliniğe ayırıyorum ve mesleki çalışmalara katılırım. Ha, zor olmadı mı? Olmadı. Çünkü bilimsel faaliyetlerin bana tetikleyici bir etkisi var. Örnek olmak bakımından da iyi. Endokrinoloji alanında en fazla davetli konuşma yapan bilim insanıyım. Sadece uluslararası toplantı ve kongrelerde 50’den fazla davetli konuşma yaptım. Tüm bunlar sizi ister istemez bir rol model de yapıyor. Bilim dalımda sayıca çok değil ama kalite olarak değerli arkadaşlarım var. Sağ olsunlar, işlerimi kolaylaştırıyorlar.

Erciyes’le ilgili son sorumu yöneltip artık bilim üretimi ve üniversiteler konusuna geçmek istiyorum. SD’nin de hamisi olan Medipol ile Erciyes Üniversiteleri arasında ortak araştırma anlaşmaları imzalandı. Anlaşmalar neleri içeriyor? Ne gibi çalışmalar



yapıyorsunuz, yapacaksınız?

Medipol yeni ve özellikleri olan bir üniversite. Bir de bu tür anlaşmalar yaptığınızda muhatabınızın sizinle aynı dili konuşması gerekiyor. Hedefleriniz farklı olursa anlaşma yapmanızın bir anlamı olmaz. Ben oradaki Rektör arkadaşımda, oranın yöneticilerinde ve bilim insanlarında şunu gördüm: Biz aynı dili konuşuyoruz, ortak hedeflerimiz var. Karşılıklı olarak ziyaretlerimiz, incelemelerimiz oldu. Tabi bugünden yarına önemli bir şeyler çıkacak diye de düşünmemelisiniz. Bizim imkânlarımızdan onlar faydalanacaklar, onların imkânlarından biz faydalanacağız. Ortak projeler yürütülebilir. Mesela bizim burada proteomiks ünitesi kuruyoruz. Bizde de konuyla ilgili bilim insanları var ama baktık ki Medipol'de bu işi Türkiye'de en iyi bilenlerden birisi var, onu davet ettik, geldi burada bir hafta kaldı, bilgisinden faydalandık. Medipol'de çok ciddi bir deneysel görüntüleme merkezi kuruldu. Şimdi biz bir proje yaptığımızda, görüntülemeyle ilgili hususlar varsa gidip oradaki imkânlardan faydalanacağız. Onlar gelecek mesela bizim Kök Hücre Merkezimizden faydalanacak.

“Türkiye’nin en temel sorunu,

bilim ve üniversite sorunudur”

Sayın Hocam çok teşekkür ediyoruz. Şimdi röportajımızın ikinci bölümüne geçebiliriz. Rektörlüğünüzün ikinci dönemindeyiz. Türk Yükseköğretiminin büyüme süreci yaşadığı bir dönemde rektörlük yapıyorsunuz. Genel bir fotoğraf çekmek gerekirse sizce yükseköğretimimizin bugün ve yakın gelecekteki en önemli sorunları neler?

Bakınız üniversite meselesinin altında yatan soru hep şudur: Niye gelişemiyoruz? Niye Türkiye’de bir Oxford yok? Niye bir Cambridge yok, Harvard yok? Veyahut niye bir üniversite kurduğumuz zaman burayı Harvard gibi yapmak istiyoruz deriz? Şimdi bu soruların cevabını ararken bilim felsefesi kitaplarının sayfalarını şöyle bir çevirmek lazım. Kıta Avrupa’sında ilk üniversite olarak Bologna Üniversitesi sayılır ama bizim geleneğimiz açısından baktığımızda Kurtuba Medresesi daha öncedir. Endülüs Devleti yıkıldıktan sonra kütüphanelerindeki eserlerin Avrupa dillerine tercüme edilmesi, Rönesans’ın tetikleyicisi olmuştur. Aydınlanma çağı başlamıştır. Özellikle 17.yüzyıldan sonra bizde medreselerde fen bilimlerinin

okutulmamaya, sadece din ilimlerinin okutulmaya başlanması; bilim geleneği bakımından bir olumsuzluğa yol açmıştır. Dolayısıyla o tarihten itibaren bizde medreseler gerilemeye başlarken, Avrupa ve yeni kıta olarak Amerika’daki üniversiteler hızlı bir şekilde gelişmeye başlamıştır. Bizim medeniyetimizin çöküşü ve Batı medeniyetinin yükselişi paralel olmuştur. Ben tüm konuşmalarımda ve yazılarımda vurguluyorum; Türkiye’nin bugün en temel meselesi eğitim ve üniversite meselesidir. Behemehâl üniversite meselesini Türkiye halletmek zorundadır. Dünyaya bakın, gelişmiş ülkelerin hiçbirisinde geri kalmış üniversite yoktur. Üniversite, gelişmişlikle paralel gider. İşte bugün dünyanın en başarılı 100 üniversitesinin, süper güç dediğiniz ülkelerden çıktığını görürsünüz. Bunların 50’ye yakını ABD’dedir. 8-10 tanesi İngiltere’dedir. Bu çok önemli bir husus. Türkiye’nin de orijinal bilgi, Ar-Ge üreten üniversitelere ihtiyacı vardır. Bu aynı zamanda bilgi toplumu olma yolunda önümüzü de açacak en önemli husustur. Gelişmiş üniversiteler Türk toplumunu bir bilgi toplumu haline dönüştürecekler. Medeniyetimizde bilimsel zihniyetin kaybolması, düşünce hayatımızda akıl ve bilimin geri planda kalmasının nedenleri sosyolojik, psikolojik, kültürel olarak araştırılmamış-

“İstanbul’a giden gençler çok iyi eğitim alamadıkları gibi, çok daha faydalı olabilecekleri memleketlerine de geri dönmüyorlar. Anadolu’daki üniversitelerden çok sayıda iyi yetişmiş bilim insanları da bir müddet sonra özellikle sosyal sebepler sebebiyle büyük şehirlere gidiyor. İstanbul’un, Ankara’nın nüfusunu gereksiz yere artırırken Anadolu mahrumiyet bölgesi olarak kalmaya devam ediyor. Bu bir kısır döngüdür. Bir kentte 50-60 tane özel üniversite açılmasının bilimin gelişmesine ne gibi bir faydası olacak?”

tır. Bu araştırma neden yapılmıyor, bunu da anlayabilmiş değilim. Ben Türkiye Bilimler Akademisi üyesiyim. Orada da bu konuyu dile getiriyorum. TÜBA’nın temel fonksiyonlarından birisinin de bu olması gerektiğini düşünüyorum. Öteki türlü bu konudaki hastalıklarımızı teşhis ve tedavi edemeyiz. Mesela buradan bir bilim insanını ABD’ye gönderiyorsunuz. Orada çok önemli işler yapıyor. Önemli araştırmalar yapıyor, ödüller alıyor. Sonra aynı insanı Türkiye’ye getiriyorsunuz, birkaç sene sonra bir de bakıyorsunuz ki yetersiz biri haline dönüşmüş. Biz bilimsel atmosferi Türkiye’de oluşturamadık. Doğu toplumları bilimde geri kaldılar. Buradan Japonya, Güney Kore gibi ülkeleri hariç tutmak lazım, onlar bu gelişmeyi gösterebildiler. Çin, Singapur ve Hindistan bu meselenin farkına vardılar. Ama bizim coğrafyamız, Ortadoğu, K. Afrika, Balkanlar, Kafkaslar, Orta Asya’daki Türk Cumhuriyetleri geri kaldılar. Bunların içerisinde en iyisi elbette ki Türkiye’dir. Tamam, bizde önemli gelişmeler var ama dünya durmuyor. Siz de bu yarışın içindesiniz. Dünya hızlı koşuyor ve siz dünyayı yakalayabilmeniz için daha hızlı koşmalısınız.

Geliştirdiğiniz aşılarda üretilen bir sanayi tesisi için 40-50 milyon liraya ihtiyaç olduğunu söyleyip, Galatasaray’ın Sneijder’i getirmek için 25 milyon Euro ödediğini hatırlatarak, “büyük bir devlet olmak istiyorsak en az futbol kadar bilime de yatırım yapmamız gerektiğini” söylediniz. Önümüzde futbola çok büyük paralar harcayıp sanayide, bilimde sıfır çeken ülke örnekleri varken gidişatı nasıl değerlendiriyorsunuz?

Bu soru için teşekkür ederim. Ben orada şunu vurgulamak istedim: Bizim bilimsel ekibimiz Kırım Kongo hastalığına aşı geliştirdi. Bir hesap yaptım, 25 milyon Avro ile bu aşı üretilir. Bakın ben Galatasaraylıyım. Çocukluğumdan beri bu takımın bilhassa yurtdışındaki başarıları ile gururlanıyordum. Ama söylemek istediğim, Türkiye’de bir takım sadece bir futbolcuya 25 milyon Avro verebiliyorsa demek ki Kırım Kongo aşısının üretilmesi için bu kadar para hiçbir şeydir. Hakkını teslim etmek lazım, son 10 yılda TÜBİTAK’ın bütçeleri çok artmıştır. Araştırma ve araştırmacı sayısında büyük artışlar olmuştur. Yayınlanan makale sayıları artmıştır. Bugün yayın sayısı bakımından dünyada 15 ile 20. sıralara yükseldik. Kalite bakımından sorunlar var ve bu ciddi bir mesele ama geldiğimiz nokta tabii ki az değil. Türkiye zenginleşiyor. Ben şimdi bu merkezleri fakir bir ülkede kurabilir miydim? Elbette kuramazdım. Benim söylemek istediğim; iyi giden bu süreçte bilime daha çok para ayrılmalı. Eğer ayrılmazsa bu iyi gidiş kalıcı olamaz ve bilgi toplumunu oluşturamayız, gelişmekte olan ülke statüsünden çıkamayız.

Şimdi efendim Türkiye pek çok alanda dünyada ilk 10’u hedefliyor. İşte 2023 vizyonu ve bu bağlamda ekonomimizin ilk 10’a girme hedefi vs. Demek ki ilk 500’de de bizim en azından bir 20-30 üniversitemizin yer alması hedeflenmeli. Ülkemizden ilk 500 arasına daha çok üniversitenin girebilmesi için neler yapmak gerekir? Yakın olmasa bile orta vadede ilk 100 arasında bir Türkiye üniversitesi görebilecek miyiz? Erciyes de bu listeye girebilecek mi? Bu işin sihirli formülleri var mı?

İlk 500 işi biraz işin göstermelik tarafı. Çünkü bu sıralamalarda kuruluşlar çok değişken kriterler kullanmakta. Bir tane Nobel ödüllü insanınız varsa bu büyük bir avantaj sağlıyor ve bu Nobel’in mutlaka fizikte, kimyada olması da gerekmiyor. İlk 500’ü önemsemediğim sonucu çıkarsın buradan. Mevcut durumda bile ilk 500 içerisinde en az 15-20 üniversitemizin olması gerekir. Böyle bir hedefe odaklanmanız gerekir. Mesela bizim Erciyes’te en önemli sorunumuz şu: 50 bine yakın öğrencimiz var ve yardımcı

doçent, doçent ve profesör kadrosunda 1100 civarında akademisyenimiz var. Bu, çok büyük bir dengesizliktir. Tıpta döner sermayeden dolayı hocalarımız katkı payı alabiliyor ama diğer fakültelerde öğretim üyesinin bilimsel hayatını rahat bir şekilde devam ettirmesi, ay sonunu düşünmeden yaşayabilmesi konusunda ciddi sıkıntılar var. Zengin olmak için bilim yapılmaz ama bilim insanının hiç değilse ay sonunda taksitlerini nasıl ödeyeceğini düşünmemesi gerekir. Eğer bugün Kayseri’de bir hocamızın 2 tane çocuğu Kayseri dışında okuyorsa, o hoca hiçbir bilimsel çalışmaya katılmayıp sürekli ders anlatmak zorundadır. Bu şekilde yeterli oranda bilim yapamazsınız. Türkiye’nin böyle temel sorunları vardır. Ancak ekonomi, ülkemizdeki bilim meselesinin önemli ama sadece bir boyutudur. Temel sorun zihniyet sorunudur. Türkiye’nin tarihsel misyonunu yerine getirebilmesi için, ileri teknoloji üretmesi ve onun sayesinde milli gelirini yükseltmesi için, daha eğitilmiş ve refah düzeyi yüksek bir toplum olabilmesi için üniversite meselesini halletmesi gerekiyor. Bu düşünceye devletin inanması ve buna uygun politikalar geliştirmesi gerekir. Aksi takdirde Türkiye’de şu bulunduğumuz düzeyin üzerine çıkamayız. Mesele bizim imkânlarımız biraz daha fazla olsa, öğrenci sayısı daha az olsa, öğrenci başına düşecek hoca sayısı artacağı için ilk 500’e mevcut durumumuzla girebilecek durumdayız. Son yıllarda yurt dışından önemli bilim adamları da üniversitemizde çalışmaya başladılar. Bunların önemli bir kısmını hayırseverlerden oluşturduğumuz bir fondan destekliyoruz. Eğer YÖK bünyesinde aldysak maaşını devletimiz veriyor. Güzel gelişmeler var ama kafamızda önemli bir sorun var: Bilim insanı modeli oluşturamadık.

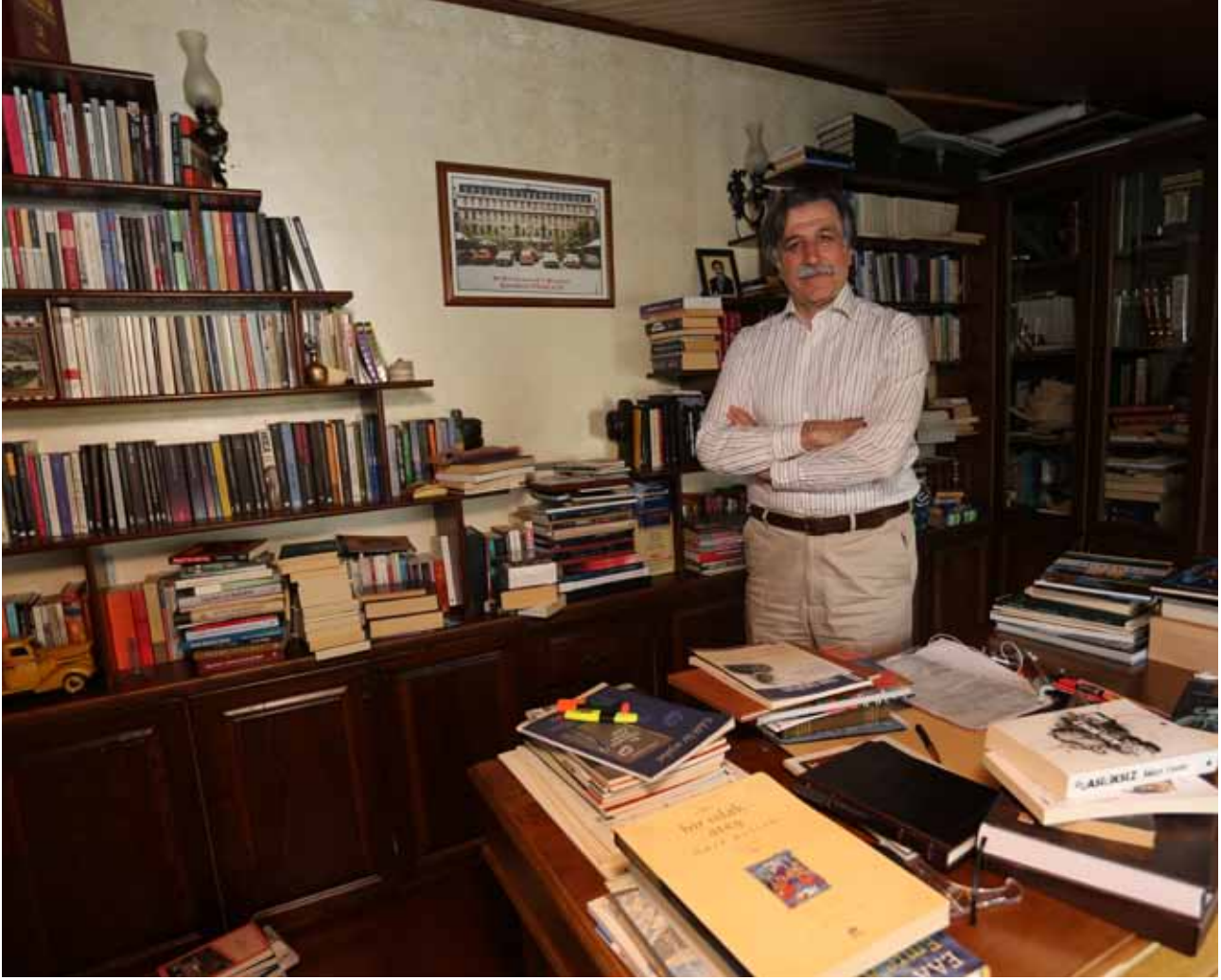
“Ülkemizde akademik kadro idealizmini yitirdi ve mutsuz”

İzniniz olursa bu noktada tıp eğitime odaklanmak istiyorum. Tıp eğitiminin mezuniyet öncesi ve tıpta uzmanlık döneminin kalitesi sizce ne durumda?

Kalite konusunda kendi öğrencilik dönemimle bugünü karşılaştırırsam işlerin iyiye gittiğini söyleyemem. Ben 1972’de Hacettepe Tıp’ta eğitime başladım. Bana o zaman söylenen, “Siz bir de Hacettepe’nin eski halini görseydiniz” şeklindeydi. 1988’de endokrinoloji bölümünün burada kurulması bana verildi. . .

Bir dakika hocam, bir şeyi saptmadan geçmeyelim: Yani siz diyorsunuz ki 1972’lerde tıp eğitimi 1960’larla kıyaslandığında geriye gitmişti, bugün ondan da geriye gitti. Öyle mi?

Evet, onu kastettim.



Şimdi ben bilim dışı bir sahadan gelen biri olarak bu durumu anlamakta güçlük geçiyorum. Yani 60'larla kıyaslandığında her şeyin bine katlandığı 2014'ün Türkiye'sinde tıp eğitimi yarım asır öncesinden daha mı kötü durumda!

Kesin olarak öyle diyemsek bile öteki gelişmelere paralel bir iyileşme içinde olmadığını söylememiz gerekir. Bakın ben 1990'da İngiltere'de eğitime gittim. Orada izin alıp öğrencilerin eğitimlerini de inceledim. Başka ülkelerde de inceledim. Şunu söyleyebilirim ki, ülkemizde öteki gelişmelerle paralel olarak, çok iyi bir eğitim sistemi yok. Özellikle ders anlatabilecek deneyimli hocaların muayene açmış olmaları, üniversite dışında çalışıyor olmaları bu sorunun temel sebeplerinden biridir. Siz eğer üniversitede deneyimli bir öğretim üyesine haysiyetli bir hayat sürdürebileceği bir maaşı verirsiniz, evet muayenehanenin olmaması gerektiğini düşünüyorum.

Yani somut olarak adını koyarsak "tam gün" gibi vatandaşın memnun olduğu, hekimlerin ise çoğunlukla eleştirdiği hükümet politikaları tıp eğitimine zarar mı verdi?

Tıp eğitiminin iyi olmadığını vurgula-

mak istiyorum. İleri, gelişmiş ülkelerle kıyasladığımız zaman, öteki sahalardaki gelişmeyi de gözlemlediğiniz zaman tıp eğitiminin paralel bir iyileşme içinde olmadığını müşahade ediyorum. Tıp fakültelerinde eğitim ve öğretim konusunda temel sorun bana göre farklı sebeplerden dolayı heyecanını yitirmiş bir akademik kadrodur. Öğretim üyeleri büyük ölçüde mutsuzdur. Ekonomik sorun tek sebep değildir. Bu konu üzerinde ayrıntılı durulmalıdır.

"Topyekûn bir şekilde bilgi toplumunu oluşturamadık"

Anladığım kadarıyla bu noktada çuvaldızı kendinize, bilim insanlarına batıyorsunuz. Eskiden daha azla yetinen, insan yetiştirmeyi çok ulvi bir amaç olarak misyon edinmiş bilim adamları, hekimler varken; şimdilerde her şeyin parayla ölçüldüğü bugünün dünyasında ister istemez suyun akışına kendilerini kaptırmış bilim insanlarına bir eleştiri sezdim söylediklerinizden...

Bilimsel noktada yeterince gelişmemenin tek sebebi ekonomik sebep değildir, onu vurgulamak istiyorum. O idealizmi, heyecanı ve motivasyonu kaybettik maalesef. Düşünebiliyor musunuz, 2.Dünya

Savaşında Almanya bombalanıyor, yerin altında laboratuvarlarda çalışan bilim adamları var. Ve o altyapıyı oluşturabilmişler. Biz o altyapıyı yeni yeni oluşturmaya çalışıyoruz. TV'lere bakın, bilimsel gelişmelerle ilgili hiçbir program yayında kalabiliyor mu? Ama CNN'de, BBC'de çok ciddi sayıda bilimsel programlar görürsünüz. Biz topyekûn bir şekilde bilgi toplumunu oluşturamadık. Bütün bunlar birbiriyle bağlantılı. Bilimsel zihniyet problemleri, yeteri kadar gelişmemiş üniversiteler, bilim insanlarının ekonomik problemleri... Ben ekonominin birinci sıradaki sorun olmadığını düşünüyorum. Evet, haklısınız biz akademisyenlerdeki bilimsel zihniyet sorunlarının varlığını da yok saymamak gerekir.

Şu olabilir mi hocam: 40, 50, 60'ların Türkiye'si, işte bir Kurtuluş Savaşı verilmiş, idealist ve kendisini topluma adanmış bilim insanları, ama sonradan günümüzün Türkiye'sine doğru gelirken bir rehavete kapılmış, başka şeyleri daha bir birinci sıraya koymuş...

Kesinlikle, yani yeteri kadar üretmeden bolca tüketmeye çalışan bir toplum olduk. Kapitalist sistemin sorunlarından birini yaşıyoruz bence. Ben şu anda Türkiye'nin gereğinden fazla lüks



içinde yaşadığını düşünüyorum. Tabii refahın toplumun tamamına yayılması çok önemli bir meseledir. Eğer siz refahı toplumun geneline yayamıyorsanız, toplumun farklı kesimleri arasında ekonomik olarak uçurumlar varsa toplumsal barışı da sağlayamazsınız. Türkiye bunu başarabilmiş değildir. En alt düzeyde maaş alan biriyle en üst düzeyde maaş alan arasındaki farkı adaletli bir şekilde ayarlamak gerekir. Toplumsal gelişmede akıl ve bilim elbette çok önemlidir ama ben bilimi kutsallaştırmıyorum. Bizim medeniyetimiz buna bir de neyi eklemiştir: Hikmeti eklemiştir. Eğer siz o hikmeti bilimin ve aklın yanına koyamazsanız, akli kutsallaştırırsanız; bugün kapitalist Batı toplumunun sıkıntılarını çekmeye başlarsınız. Bugün Batı toplumunda çok ciddi sosyal sorunlar vardır. En gelişmiş Batı ülkeleri, aynı zamanda intihar oranının da en yüksek olduğu ülkelerdir. Aile hayatının ortadan kalkmaya başladığı bir Batı toplumuyla karşı karşıyayız. Bilim ve sanayi bakımından gelişmiş toplumlar aynı zamanda moral değerler bakımından aynı oranda gelişmiş toplumlar değildir. Biz toplum olarak bütün sıkıntılarımıza rağmen moral değerlerimizi henüz yitir-

medik. Ahlaki, etik değerler bakımından daha iyi durumdayız. Batı toplumu bu problemlerle ilgili olarak derin olarak analizler yapıyor. Bu durumu düzeltmeye çalışıyorlar. Bizim medeniyetimizin özünde bu sorunla çözüm önerileri de vardır. Ama biz bunları onları sunamıyoruz. Çünkü örnek oluşturacak bir toplum oluşturamadık. Biz ilmi kaybettik. İlim bizi terk etti. Çok önemli bir noktayı vurgulamak istiyorum. Benim için hayati olan bir mesele; işi ehline vermek meselesi. Birçok problemin özellikle de bilimsel anlamda yeterince gelişmemenin altında yatan sorunlardan en önemlisi, işi ehline vermiyor oluşumuz. Bilginin en geliştiği Amerika'ya bakın. Oradaki üniversitelerin akademik kadrosuna bakın. Çinli var, İranlı var, Filistinli, Afrikalı var, Türk var, farklı dinlere mensup insanlar var. Kimsenin dinine, ırkına, mezhebine, ideolojisine, rengine bakmıyorlar. İş ehline verirler. Orada sadece işinizi iyi yapıp yapmadığınızı, dürüst olup olmadığınızı değerlendirirler. Osmanlı onu yapmadı mı bir ölçüde! Devlet yönetiminde çok farklı etnik kökenlerden insanlar vardı. Kim işini iyi yapıyor, temel mesele bu. Elbette her devletin temel

yapısıyla ilgili hassasiyetleri vardır, o ayrı bir konu. Ben şimdi Erciyes'te hep Galatasaray'ı tutan hocalar getirirsem burası sadece Galatasaray'ı tutanların çok olduğu bir üniversite olur, bilgi üreten bir üniversite olmaz. Ben Erciyes'te işi mümkün olduğu kadar ehline vermeye çalışıyorum. Bakın biz belki sanayi devrimini yeni yeni yaşıyoruz. Düşünün, hala Anadolu'dan büyük kentlere ve köyden kente ciddi göçler var. Bu noktada uygulanması gereken çok ciddi politikalar olmalıdır. Mesela İstanbul'da çok sayıda özel üniversite kurulması politikasına karşıyım. Üniversitelerin Anadolu'ya yayılmasından yanayım. İstanbul'a giden gençler çok iyi eğitim alamadıkları gibi, çok daha faydalı olabilecekleri memleketlerine de geri dönmüyorlar. Anadolu'daki üniversitelerden çok sayıda iyi yetişmiş bilim insanları da bir müddet sonra özellikle sosyal sebepler sebebiyle büyük şehirlere gidiyorlar. İstanbul'un, Ankara'nın nüfusunu gereksiz yere artırırken Anadolu mahrumiyet bölgesi olarak kalmaya devam ediyor. Bu bir kısır döngüdür ve bundan kurtulmalıyız. İstanbul'daki köklü üniversitelerin korunması ve güçlendirilmesini destekliyorum

ama bir kentte 50-60 tane özel üniversite açılmasının mantığını ben anlayamıyorum. Bunun bilimin gelişmesine ne gibi bir faydası olacak? Devletin, özel sektörü Anadolu'da üniversite kurmaya teşvik etmesi gerekir. Gelişmiş ülkeler, üniversiteleri çevreye yaymaya çalışırlar. Mesela İngiltere böyledir, Londra bilim insanlarının en çok tercih ettikleri yer değildir. Türkiye'de artık göçün her manada sona erdirilmesi lazım.

“200 yıldır depresif, özgüvenini kaybetmiş bir toplumuz”

Hocam, çalışma arkadaşlarınızın ve öğrencilerin motivasyonu için neler yapılmalı?

Bakın, biz belki 200 yıldır depresif bir toplumuz. Bu bizim günlük yaşamımıza, yüzümüzün asık olmasına, şarkılarımıza, türkülerimize, her şeyimize yansımış. Niye? Çünkü biz birkaç yüzyıldır sürekli yeniliyoruz, toprak kaybediyoruz. Gemilerimiz yakıldı, denizleri kaybettik, küçüldük, Anadolu toprağına sıkışıp kaldık. Bu bir tarihsel süreçti. Bu yenilmişliğin beraberinde getirdiği şeyler var. Tanzimat'tan bu yana aynı konuları tartışıyoruz: Niye Batılılaşamıyoruz? Niye sanayileşemiyoruz, gelişemiyoruz? İşte Batının kültürünü alırsak öyle gelişiriz, teknolojisini alırsa böyle gelişiriz vs. Sürekli bu tartışmalar devam ediyor. Kendine güvenini kaybetmiş bir toplum var. Tanzimat'tan beri Batıya öğrenci gönderiyoruz. Gidenler oradan çok etkileniyor, daha yüksek bir medeniyetle karşılaşıyorlar. Adalet, insan hakları ve demokrasi gibi değerleri en azından kendi şartları ve iç dinamikleri bakımından daha iyi oluşturmuşlar. Tabi ki hikmeti kaybettikleri için kitle imha silahları üretilip Ortadoğu'da, Asya'da, Afrika'da veya başka yerlerde binlerce insanın ölümüne sebep oluyorlar. Bu paradoksal bir durum. Ben bunları tartışmıyorum. Ama kendi içinde nispeten tutarlı bir toplum oluşturmuşlar. Bizim kendi hayat tarzımızla alakalı sorunlarımız var. Ben Erciyes'te genç arkadaşları motive etmeye gayret ediyorum. “Sizden öncekiler başardılar, siz de yapabilirsiniz” diyorum. Onlara uygun çalışma alanları, bilgiye erişmek için gerekli altyapı sunuyorum. Tabi bir ödül var, başarılı olanları ödüllendirmek de gerekir.

Öyleyse motivasyon ve başarının anahtar kelimeleri şunlar: Adalet, işi ehline vermek, imkân sunmak, motive etmek, ödüllendirmek.

Evet bunlar.

“Kendi medeniyetimizin ölçüleri içinde bilimsel bir hayat tarzı oluşturamadık”

Teşekkür ederim hocam. Az önce hayat tarzımızdaki sorunlar dediniz. Çok merak ettim. Oradan devam edelim...

Kadim medeniyetimizden söz ediyoruz. Toplum olarak belli ortak kültürel değerlerimiz var ama ben devamlı vurgu yaptığımız bu değerleri çok da özümsemişimizi düşünmüyorum. Mensubu olduğumuz medeniyetin gereklerini yerine getiremiyoruz. Getirseydik bu sorunlarla karşı karşıya kalmazdık. Mesela Batılı bir bilim insanının hayatına baktığınız zaman; vaktini çok iyi kullandığını, sabah erken işe başladığını, geç vakte kadar çalıştığını, sürekli toplantılar ve bilimsel seyahatler yaptığını görürsünüz. Bir bilim insanının hayatı çok özel olmalıdır. Sosyal hayatını ona göre ayarlamıştır. Bizdeki bilim insanlarının hayatı -böyle olmayanları tenzih ediyorum- bilime göre değildir, sosyal hayatına göredir. Bilim de bu hayatın bir parçasıdır ama merkezi değildir. Mesela üniversitede öğretim üyesi olarak sosyal statü kazanmak gibi amaçlar az değildir. Türkiye'de profesör olmak da kolaydır. Akademik basamakların zorluğunu, bırakın ABD ve İngiltere ile Yunanistan ile bile karşılaştırmazsınız. Özellikle gelişmiş Batı toplumlarında bir üniversitede profesör olmak inanılmaz derecede zordur. Bizim akademik kriterlerimiz ise çok hafiftir ve ne yazık ki akademik yükselmelerde sosyokültürel faktörler de rol oynarlar. Bu gerçekleri tespit etmemiz lazım. Öğretim üyeliğini maddi ve manevi olarak cazip hale getirmek ve akademik yükselmeyi zorlaştırmak şarttır. Bilim evrensel bir olgudur, bilim insanı da kendi kültürel dinamikleri çerçevesinde evrensel olabilmelidir. Yerel ve evrensel... Bu bir paradoks değildir, yerel olunmadan ya da kendi olunmadan evrensel olunamaz. Demek ki biz kendi medeniyetimizin ölçütleri içerisinde bilimsel bir hayat tarzı oluşturamadık.

Çok güzel tespit...

Bunu daha fazla açmayayım. Yani içerisine aile hayatı giriyor, çevre ilişkileri giriyor, insani ilişkiler giriyor. Mesela dedikodu yapmak, başkalarının özel hayatını irdelemek, hırsızlık -intihali kastediyorum- bizim değerler sistemimizde temel yasaklardan arasındadır. Peki, bu olumsuz davranışların bizim toplumumuzda daha yaygın olduğunu söylersem sizin için şaşırtıcı olur mu? Şimdi mesela uluslararası bir toplantıya gidiyorsunuz. Siz bunları yazarsanız birçok meslekteşim bana kızacaktır, ama önemli olan doğruları söyleyebilmektir. Gerçek bilim insanlarını yine tenzih ederim. Bilimsel bir ortamda doğal olarak bilimle ilgili konular konuşulur. Biz daha ziyade toplumsal, ideolojik ve ekonomik meselelerle ilgili konuşarak zaman harcarız. Birinin gündeminde

bilimsel meseleler vardır, ötekinin gündeminde sosyal kültürel meseleler. Üniversite olarak bilimsel kültür oluşturmamak, bunun sonucu doğal olarak bilgi toplumunu da oluşturamamaktır. Ne acı ki bizde birbiriyle yarışan üniversiteler veya bilimsel merkezler göremezsiniz.

Uluslararası bilim alanında başarılı olmak için akademisyenlerimiz ne yapmalı?

Bunun için sihirli bir değnek yok. Akademisyenlerin ne yapmak istediklerinden ziyade nasıl bir akademisyen tipi olmalıdır diye sormanın daha kışkırtıcı olduğunu düşünüyorum. Özellikle araştırmacılar için sorunuzu şöyle cevaplayabilirim: Araştırmacı, merak eden bir beyin yapısına sahip olmalıdır, sebatkâr olmalıdır; belki de aynı konuda bir ömür harcayabilmelidir, sabırlı olmalıdır. Çoğu zaman kısa sürede önemli verilere ulaşamayabilir, yeni bir bilgi ortaya çıkardığı zaman mutluluk duymalıdır, muhakeme kabiliyeti yüksek olmalıdır, zamanını iyi değerlendirmelidir, dinlenmesini de bilmelidir, kibirli olmamalıdır. Bilim insanları genellikle yeni bir şey bulmazlar, mevcut olanın farkına varırlar! Veya olması mümkün olanı ortaya çıkarırlar, elbette dürüst olmalıdırlar, bilimsel tesadüfleri fark edebilme özellikleri olmalıdırlar, birlikte yaşama-çalışma kültürüne sahip olmalıdırlar. Her şeyden önemlisi bilim adamı kendini bilmelidir. Yani Yunus'un dediği gibi, *“İlim ilim bilmektir / İlim kendin bilmektir / Sen kendini bilmezsen / Ya nice okumaktır.”*

Hocam son soru: Dünya sahnesinde başarılı olabilmek için genç akademisyenler, genç araştırmacılar ne yapmalı?

Ben olsam soruyu şöyle sorardım: Genç araştırmacılar için ne yapmalıyız? Gençleri çok önemsemeliyiz. Onları cesaretlendirmeli ve kendine güvenmelerini sağlamalıyız. Başarılarını kutlamalıyız. Onlara bilimsel haz duyabilme özelliği kazandırmalıyız. Okumanın, öğrenmenin, öğrendiğini paylaşmanın ve üretmenin kutsallığını vurgulamalıyız. Onlara aynı anda hem yerel hem de evrensel olabilmek özelliği kazandırmalıyız.

Bizi Kayseri’de, üniversitenizde ve bu harika evinizde ağırladınız, anne-babanızla tanışma ve aynı sofrada oturma imkânı sundunuz. Allah onlardan da, sizden de razı olsun. Ufkumuzu açan, ruhumuzu genişleten bir röportaj oldu. Okurlarımızın da ziyadesiyle istifade ettiğini sanıyorum. Çok teşekkür ederim.

Ben teşekkür ediyorum.

Tip ve sağlık alanında e-eğitim: Ne durumda, gelecekte ne olacak?

Prof. Dr. Alper Cihan



1967 yılında Kahramanmaraş'ta doğdu. Antalya Teknik Lisesi'ni bitirdikten sonra İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden 1990 yılında mezun oldu. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümü'nde uzmanlık eğitimi tamamladı. 1999 yılında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde akademik kadroya geçerek üniversitenin birçok biriminde kurucu olarak çalıştı. 2005 yılında doçent oldu, 2006'da İstanbul Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi'ne Klinik Şefi olarak atandı. Kısa bir süre sonra İstanbul Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi'ne Kurucu Başhekim olarak atandı ve 4 yıl boyunca bu görevi sürdürdü. 2010 yılında İstanbul Üniversitesine Rektör Danışmanı olarak geçti ve Uzaktan Eğitim Merkezi'nin kuruluşunu yaptı. Halen İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Dekanı olarak görevini sürdürmektedir.

İnsanlık tarihinde hemen her kesimin sürekli tartıştığı ve eleştirdiği konuların başında eğitim gelmektedir. Bilgi insanı donattıkça insanoğlu daha fazlasını aramaktadır. Zamanın vazgeçilmez ve durdurulamaz ilerlemesi gibi bilgi, kültür, teknoloji, ekonomi, sanat, tasarım ve daha birçok alanda gelişme ve yarışma durdurulamamaktadır. Öğreticilerin ve öğrencilerin her zaman sorduğu veya sorguladığı konu, “*Bunu daha kolay öğrenmenin bir yolu yok mu?*” sorusudur. Ara vermeksizin eğitim kalitesinden, istenildiği veya beklendiği gibi eğitim hedeflerine ulaşamadığından dem vuran birçok konuşma ve yazı her yanımızı kaplamaktadır. İlkokuldan yükseköğrenime kadar hemen her kademedede eğitimi eleştirmekte ustalık belgesine de en çok hocalarımız ve eğitimcilerimiz sahiptir. Hele bir de konu hizmet içi veya mezuniyet sonrası eğitim olunca eksikliğimizi dile getirmeden duramayız. Bunların tamamının çözümü eğitim öğretimde ulusal hedef ve politikaları netleştirmekle olabilecektir. Biz ne için öğretiyoruz, ne yetiştiriyoruz, nasıl bir teknoloji kullanmalıyız, ne tip insan yetiştirme gayesindeyiz gibi klasik eğitim planlama soruları cevaplamadan ilerlemek zordur.

Bu konuların detayına girmeden ana temada netleşirsek eğitim-öğretim,

öğrenmeye aday olan kişilere bilgi ve beceri aktarma işlemidir. Bu aktarma işleminin birçok yöntemi vardır. Ama öncelikle aktarılacak bilginin çok iyi tasarlanmış olması gerekir. Aktarılacak bilgi ve becerilerin kapsamı, hedefi, kazanımları ve yeterlilikleri doğru ve eksiksiz bir şekilde tamamlandıktan sonra ancak nasıl aktarılacağı yani aktarım yöntemi konuşulabilir.

İşte tam da burada e-öğrenme farkını ortaya koymaya başlar. Klasik öğrenme sistemlerinde öğretici ve öğrencinin kapalı bir mekânda yüz yüze eğitim öğretim yapması için de gereken bu tanımlar, genelde doğrudan gözetim yapılamadığından bu tür öğretimin kalitesi kurumların veya kişilerin insafına kalmaktadır. E-öğrenmede ise her detay görülebilir, kontrol edilebilir ve tekrarlanabilir olduğundan temel gereksinimler yapılmadan yola çıkmak oldukça zordur.

Buradan yola çıkarak yüz yüze eğitim ile e-öğrenme sistemlerinin karşılaştırmasına ait çok sayıda araştırma ve makale mevcuttur. Bunların hemen tümünde de e-öğrenme sistemlerinin hata yapmaya veya özensiz program hazırlamaya daha az imkân taşıdığı ispatlanmaktadır. Hatta bazı çalışmalar da e-öğrenme yöntemlerinin yüz yüze eğitimden daha faydalı ve yüksek kaliteli çıktı ürettiğini göstermeye

kadar varmaktadır. Bu konular artık küresel dünyamızda tartışılmaktan çıkmış ve uygulamalarda e-öğrenme sistemleri önemli yerini almıştır. Türkiye’de 1994 yılında internet ulaşımının yaygınlaşması ile birlikte birçok sağlık çalışanı yurtdışı sitelerden e-öğrenme aktivitelerine başlamışlardır. Bunlardan en çok kullanılanı da PUBMED olarak bildiğimiz neredeyse sağlıkçıların en değerli kaynağıdır. Ben dahil bir çok arkadaşımız literatür bilgimizi bu siteden, bir çok konuyu bu sitelerdeki makalelerden araştırarak öğrenme aktivitesini iletmişizdir. Grafikte PUBMED üzerinden internet ve tıp konularında yapılan araştırmalarında ne kadar hızlı artış gösterdiği görülmektedir.

Bunun dışında çok sayıda medikal siteler bizlere geniş çapta akademik bilgi aktarmaktadır. Burada sayılamayacak kadar çok site ve içlerinde de çok iyi uygulama örnekleri mevcuttur. Yayınevleri bu alanda ulaşılabilir olmak ve pastadan büyük pay almak için yarışmaktadır. Artık bilgi her yerde, etrafımızda, bilgisayarımızda, cep telefonumuzda ve kablolu-kablosuz cihazların her şekilde ulaşabileceği mesafelerdedir.

Açık ve uzaktan eğitim öğretim sistemleri on yıllar boyunca yavaş yavaş ilerleyen, mektupla, radyoyla, televizyonla, kitapla, web sitesi ile öğretme sürecindeki ilerle-

yişi adeta roket takmış gibi hızlanmıştır. Uzaktan öğretim veya e-öğrenme farklı mekânlardaki öğrenci, öğretmen ve öğretim materyallerinin iletişim teknolojileri aracılığıyla bir araya getirildiği kişisel, grupsal veya kurumsal bir eğitim faaliyeti olarak artık her yerdedir.

Yaşam boyu öğrenme olarak da adlandırılan bu sistemle geniş kitleye hizmet sunulabilmektedir. Çünkü bilgi ve materyal her zaman her yerde elimizin altındadır. Geleneksel eğitimden yararlanmayan kişiler için, ayrı niteliklere sahip bireylerden oluşmuş hedef kitleye farklı uygulamalarla eğitim hizmeti vermek için, bilgi ve becerilerin artması, değişmesi ve çeşitlenmesi için yoğun olarak kullanılmaktadır. Daha ekonomik yani birim maliyetleri ucuz olduğu ve öğrenici merkezli bir sistem olduğu için yaygınlık kazanmaktadır. Çok çeşitli iletişim teknolojilerini eğitim hizmetine sunabilen bir sistemdir.

İnternet ortamında çok sayıda yerli ve yabancı sitelerde tıbbi bilginin her türlüşüne ulaşmak bugün mümkündür. Bunların ne kadarının formal bir yapıya sahip olduğu ve doğru bilgi aktardığı konusunda tereddütler de artmaktadır. Özellikle hastalar açısından reklam temelli olan bazı siteler yönlendirici ve yanlış bilgi ile ticari amaçlar yürütmektedir. Buralardan alınan yanlış bilgiler ile insanlar hekimlerini ve sağlık çalışanlarını dahi sorgulayabilmektedirler. Bu konularda da sağlık bilgisi sunan sitelerin bir akreditasyon ve doğrulama sistemine sahip olması tartışılmaktadır.

Yaşam boyu öğrenme veya internet hizmetleri olarak adlandırılan bu bilgi veya mesleki sitelerin dışında e-öğrenme ortamı, kaliteli, düzenli, yapılandırılmış, penetrasyon kabiliyeti yüksek bilgi setleri kullanılarak eğitim öğretimin kalitesini artıracak önemli avantajlara sahiptir.

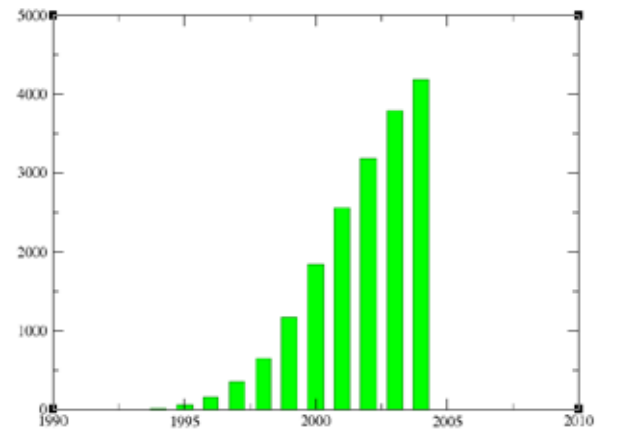
Özellikle sağlık eğitimi gibi yeryüzünün en karmaşık tasarımı ve fonksiyonuna sahip insan ile uğraşan bu sektörde, klasik öğrenme sistemi olan kelime ve harfe dayalı kişisel eğitim öğretim artık yetersiz kalmaktadır. Sınıflarda tek bir öğreticinin bilgi ve deneyimlerini aktarma tarzında yürütülen yüz yüze dersler düşük aktiviteli kalmaktadır. İnsanoğlunun öğrenme aktivitesi gelişmekte ve talep şekli değişmektedir. Artık daha hızlı, daha renkli, daha yapılandırılmış, önceden tasarlanmış, heyecan uyandıran, bilgiyi hareket ve nesnel tabana dayalı öğreten sistemler istenmektedir. Kas iskelet sistemini, karaciğer hücre yapısını, beyin fonksiyonlarını kitaptan okuyarak, resimden bakarak veya sınıfta hocadan dinleyerek zihinde modelleme devri yavaş ve zor kalmaktadır günümüzde. Günlerce çalışarak ezberlenen, hayal

edilen, hatırlanmaya çalışılan, defalarca tekrar edilmesi gereken konular artık günümüzde ses, söz, hareket, etkileşim, animasyon gibi birçok teknoloji ile daha kolay öğretim yöntemlerine sahiptir. Hatta bu iş iyice ileri gitmiş ve bu tür eğitim materyalleri oyun materyallerine dönmüştür. Okuma yazmayı yeni öğrenmiş bir çocuk bile internet üzerinden ulaşılan oyunlar üzerinden ameliyat yapmayı öğrenebilmektedir.

Ayrıca e-eğitim; planlı ve düzenli bir eğitim tasarımı, içerik geliştirmesi, etkili sunulması ve iyi bir ölçme değerlendirme mekanizması ile sorgulanması gereken bir sistemdir. Bu şekilde planlanan bir eğitim modülü eşzamanlı eğitimlere, eş zamansız tamamen kayıttan yürütülen eğitimlerle veya karma bir şekilde modellenen uygulamalarla yürütülebilir. Bu şekilde eğitimleri önceden tasarlamak, öğretim planlarını yapmak, materyalleri önceden takımlar veya gruplar halinde çalışmak, tartışmak ve en öğretici materyalleri geliştirmenin avantajları mevcuttur. Önceden planlanan ve hazırlanan eş zamansız materyaller, belli zamanlarda yapılan canlı uzaktan ders saatleri gibi birçok yöntem mevcuttur.

Bunun için profesyonel yöneticiler, öğreticiler, öğretim teknolojileri, yardımcı görevliler, gelişmiş sistemler ve uzman personeller gerekmektedir. Bunlar da artık günümüzde hemen her üniversitemizde az veya çok sayıda mevcuttur. Ayrıca bu materyalleri e-öğrenmeye açacak donanım, sunucu, network ve internet altyapısı da her an ulaşılabilir durumdadır. Bu konularda uluslararası alanda çok ciddi öğrenme ortamları oluşturulmuş ve sanal üniversiteler gelişmiştir. Mezuniyet öncesinde ve mezuniyet sonrasında da çok değerli bilgi ve sunumlara buralardan ulaşılabilir. bilmektedir.

Birçok site ve kuruluş e-öğrenme ortamlarında tıbbi bilgi ve becerinin aktarımı için iyi örnekler geliştirmektedir. Görev yaptığım İstanbul Üniversitesinde de tıp öğrencilerinin kullanımı için öğrenme yönetim sistemi kurulmuş ve ders içeriklerini öğrencilerimizin her an ulaşılabilir olarak bulması için geliştirme çalışmaları sürmektedir. Bununla beraber Ulusal Cerrahi Derneği'nin ameliyatlara ait eğitim videoları da siteye eklenerek öğrencilerimizin ve asistanlarımızın hizmetine sunulmuştur. Siteden öğrencilerimiz ve araştırma görevlilerimiz kendi kullanıcı bilgileri ile giriş yapabilmektedir. Buradaki örnekte yüz yüze klasik eğitimin e-öğrenme avantajları ile desteklenmesi görülmektedir. Burada mezuniyet sistemi içinde bir e-öğrenme desteği sunulmaktadır ve belli bir müfredata bağlı öğretim tasarımı içeriği geliştirilmektedir. Programdaki öğrenme hedeflerinin daha



kolay, daha hızlı, daha kalıcı bir şekilde öğrenciye aktarılması için yardımcı materyal olarak sunulmaktadır. Tıp ve sağlık bilimleri eğitimlerinde bu metod çoğalarak artacaktır ve artmalıdır. Tıp eğitiminin dışında sağlık bilimleri alanındaki birçok eğitim hizmeti de bu teknoloji ile desteklenmelidir. Bu teknoloji ile bazı dersleri tasarımsal öğrenme ortamına alıp buradan yoğun etkileşimli öğrenci ve öğretici faaliyetleri takip edilmektedir.

Bunun dışında kazanılan bilgilerin tazelenmesi, hatırlanması ve yeni bilgilerin edinilmesini amaçlayan mezuniyet sonrası tıp eğitimi sistemi de e-öğrenme alanına en çok ihtiyaç duyan uygulamalardandır. Özellikle mezuniyet sonrasında çalışanların iş aktivitelerine ara vermeden eğitim alabilmeleri, ihtiyaç duydukları anda alabilmeleri, alanlarında uzman ve kendini ispatlamış kişi ve kuruluşlardan almalarının başka da yolu yoktur. Resim 2'de görüldüğü gibi Stanford Üniversitesi Sürekli Tıp Eğitimi sistemi gibi birçok eğitim sistemi mevcuttur.

Sonuç

Harf, kelime, yazı ve sözden öteye geçmek; tıp ve sağlık eğitimi alan gençlerimizin en doğal hakkıdır ve biz bu öğrencilerimize e-öğrenme avantajlarını sunmalıyız. Benzer konuları daha kısa sürede, daha kolay anlaşılır, daha kalıcı ve yapılandırıcı bilgi seviyesine getiren öğrenme imkânlarına öğrencilerimizi kavuşturmalıyız. Tüm çalışanlarımıza da hizmet içi eğitim, mezuniyet sonrası eğitim sistemleri halinde kendilerini yenileyecek, önceden kazanılmış bilgileri güncelleyecek, yenilikleri takip edecek ve bu gelişmelerini de belgeliyecekleri sistemleri sunmalıyız. Gelişmiş tüm ülkelerde bilgi aktarımına hız katacak, kalite katacak, kullanılabilir bilgi edindirecek e-öğrenme sistemlerine geçiş hızlanırken ülkemiz geride kalırsa sonuçta daha az öğrenmiş bir topluluk olmaktan kurtulamayacağımız bir gerçektir.

Tıp ve sağlık alanında e-eğitim

Prof. Dr. Selami Akkuş



1964 yılında Erzincan'da doğdu. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu (1989). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalında uzmanlık eğitimi tamamladı (1994). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalına 1996 yılında yrd. doç. olarak atandı. 2003'de doçent, 2009'da profesör oldu. 2008-2011 yılları arasında Ankara Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hastanesinde Başhekim olarak görev yaptı. 2011 yılından itibaren Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır. Dr. Akkuş evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Prof. Dr. S. Yavuz Sanisoğlu



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

E-öğrenme; öğrenci ile öğretmenin birbirlerinden fiziksel olarak ayrı olmalarına rağmen eş zamanlı (senkron) veya ayrı zamanlı (asenkron) çoklu ortam teknolojisi yardımıyla iletişim kurdukları, öğrenme hızına göre öğrenmenin gerçekleştirildiği öğretim sürecidir.⁽¹⁾ E-öğrenmenin ortaya çıkış nedeni, fiziksel olarak herhangi bir eğitime katılımı mümkün olmayan kişi veya gurupların ihtiyacını karşılamaktır. Keegen'a göre uzaktan eğitim programları ile aynı fiziksel ortamda bulunamayan eğitimci ve katılımcının çeşitli yollarla iletişiminin devamı sağlanmaktadır.⁽²⁾ Bu iletişim; bağımsız çalışmalarla, bilgisayar tabanlı veya bilgisayar destekli eğitimlerle, video ders, video konferans ve web tabanlı öğretim ile gerçekleştirilmektedir.

Türkiye'de, e-öğrenmeye ilişkin fiili başlangıç, 1982 yılında çıkarılan 41 sayılı kanun hükmündeki kararname ile kurulan Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi'nin kurulmasıdır.

Bilgi teknolojilerinin ilerlemesi ile birlikte e-öğrenme, eğitim alanında önemli bir rol oynamış, sadece belirli okullarda değil Türkiye'deki çeşitli ticari şirketler ve sanayi şirketlerinde de popüler hale gelmiştir. E-öğrenmenin bu kadar popüler olmasının ve öneminin giderek artmasının en önemli nedenlerinden biri, öğrencilerin zaman ve mekân kısıtlaması olmadan, özellikle asenkron e-öğrenme sisteminde ders çalışabilmeleri ve profesyonel bilgiye ulaşabilmeleridir. Diğer bir önemli nedeni ise, e-öğrenme sisteminin uzun vadede bazı işletmeler için personel eğitim maliyetini ciddi oranlarda azaltmasıdır. Bunlara ek olarak e-öğrenme, geleneksel sınıf ortamındaki eğitimlere yardım ve bu eğitimleri iyileştirme için de kullanılabilir. Bu nedenle Türkiye'deki birçok okul ve işletme, kendi yazılım ve donanımlarını geliştirmek için e-öğrenme alanında insan gücü üzerine maddi yatırım yapmaktadır. E-öğrenmenin potansiyel avantajları arasında eğitim materyallerine öğrencinin erişilebilirliği; öğrencinin nere-

de, ne zaman ve ne kadar çalışacağına kendisinin karar verebilmesi, öğrencinin öğrenme deneyimi ve bireysel hedeflerine göre uyarlayabileceği bireysel ve kişiselleştirilmiş bir ortamının olması, ortak öğrenim alanlarının bulunması, öğrenciye aktivitesini izleyebilme olanağı sağlanması ve tüm dünyada daha çok sayıda bireye tutarlı ve standart bir eğitim sağlaması bulunmaktadır.^(3 - 6) E-öğrenmenin potansiyel dezavantajları arasında ise, maliyetin çoğunun geliştirme aşamasına ait olmasına rağmen, teknoloji ve personel ihtiyacı maliyeti ve e-öğrenme sırasındaki sosyal izolasyon veya katılımcılar arasındaki iletişim eksikliği sayılabilir. Yüz yüze ve bire bir etkileşim eksikliği, e-öğrenmeyi daha az çekici ve daha az kullanışlı hale getiren büyük bir sorun olarak görülebilir. Kötü tasarım, teknik problemler ve bireyselleştirilmemiş öğrenim de dezavantaj olarak kabul edilmektedir.^(6, 7)

Tıpta e-öğrenme ile ilgili ilk çalışmalar halk sağlığı alanında yapılmıştır. Tıpta

e-öğrenme konusuyla ilgili yapılmış çalışmaların çoğunda bir e-öğrenme uygulamasının ardından öğrencilerin uygulamaya yönelik memnuniyetleri ölçülmüş ve sonucun genel olarak olumlu olduğu görülmüştür.⁽⁸⁾

Teknolojinin hızla ilerlemesi ile e-öğrenmenin tıp alanında kullanımı giderek artmaktadır. Bir tarafta eş zamanlı hasta laboratuvarları açılırken diğer tarafta ise yeterli makete sahip olamayan fakültelere uzaktan eğitim verilmektedir. “Bol tekrar ile öğrenme” yaklaşımına hizmet eden Online Tıp Eğitimi Projesi Akdeniz Üniversite’sinde aktif kullanıma açılmıştır. Bu projeyle özellikle steril eldiven giyme, kan basıncı ölçme, EKG çekimi, üretral sonda yerleştirme, sütür atma, enjeksiyon yapma, kan alma, kan şekeri ölçümü gibi mesleksen beceri uygulamalarının videolarının öğrencilere izletilmesi ile öğrencilerin uygulama becerilerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Konuya ilişkin bir başka örnek ise İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi’nin hazırlanmış olduğu ve tıp fakültesi öğrencilerine ilk yardım eğitimi veren bir e-öğrenme sistemi olarak verilebilir. Bu sistemin amacı, eğitimi tümüyle üstlenmek değil, ek eğitim kaynağı oluşturmak, uygulamalar için bilgi ve görsel katkı sağlamaktır. Çünkü tıp eğitiminde el becerisi gerektiren işlemlerin uygulanarak öğrenilmesinin önemli olduğu ve maket/gönüllü üzerindeki uygulamaların yerini teorik veya görsel bilginin alamayacağı ifade edilmiştir. Bunun yanında hazırlanacak e-öğrenme web sitesinin kapsamlı olmasının, yeterli teknolojik donanımın, yeterli ekip tarafından hazırlanmasının, güncel teknolojilerin tümü ile uyumlu olmasının, iyi duyurulmasının ve kullanımının tanıtılmasının önemine dikkat çekilmiştir.

Yaygın olarak bilinenin aksine, uzun yıllar deneyimi olan tıp mensupları, genellikle daha az olgusal tıbbi bilgiye sahiptir. Bu nedenle “yaşam boyu öğrenme” (YBÖ) yaygın olarak hekimlerin çalışma hayatının vazgeçilmez bir parçası olarak kabul edilmektedir. Bilgi ve performansı artırmak için internet teknolojilerinin kullanımı, e-öğrenme tanıtımı ile yeni YBÖ programlarına entegre edilebilir. Geleneksel öğrenme ile karşılaştırıldığında, e-öğrenme, katılımcıların eğitimin yerini ve zamanını kendileri seçme avantajına sahip olduğundan internet tabanlı YBÖ programların etkisi, geleneksel YBÖ yaklaşımları ile karşılaştırılabilir. İşyeri hekimlerinin arasında e-öğrenme kullanarak lisans bazında bazı girişimler olmasına rağmen bugüne kadar sağlık alanında özellikle tıp alanında lisansüstü e-öğrenme konusu henüz değerlendirilmemiştir. Sağlık personelinin YBÖ kültürüne katkıda bulunmak amacıyla bir ulusal sağlık planının temel bileşen

olarak geliştirilmesi gerekmektedir. Ulusal öğrenme stratejisinin ilk ayağı olarak “birlikte çalışma - birlikte öğrenme” stratejisi benimsenmelidir. Ancak bunun zorlu ve karmaşık bir görev olması, ayrıca sistemin sürdürülebilir olması için verilen eğitimin amacına uygun olmasının yanında sistemin farklı öğrenme stillerine de hitap edecek bir yapıda olması gerekmektedir.

Tıpta e-öğrenme sayesinde eğitimde başarıyı sağlayan unsur elbette ki bilgiye ulaşma hızıdır. Tıp eğitimi içerik bakımından çok yoğun teorik bilgi içermesine rağmen, tıp eğitiminde pratik eğitimin yadsınamaz ölçüde önemliliği vardır. Bu nedenle örgün eğitimin yerinin tamamının uzaktan eğitimin alması mümkün değildir. Ancak uzaktan eğitim, tıp eğitiminde örgün eğitime önemli bir katkı sağlar. Uzaktan eğitim, sürekli tıp eğitimi alan fakat pratik eğitim gerektirmeyen branşlar için geçerli olabilir. Yurt içi ve yurt dışındaki diğer tıp fakültelerinde bulunan öğretim üyelerinin bilgi ve deneyimlerinden internet üzerinden gerçekleştirilen video konferans sistemleri aracılığıyla yararlanılması, özel cerrahi işlemler içeren operasyonların canlı ders ortamında öğrencilere aktarılması, tıp alanında uzaktan eğitimin avantajları arasında sayılabilir. E-öğrenme geniş imkânlarla rağmen hala kolay bir uygulama olarak görülmemekte ve birçok sorunu beraberinde taşımaktadır. Araştırmalar, dikkat edilmesi gereken önemli bir dizi soruları işaret etmektedir. Bu sorunları çözmek üzere e-öğrenimin geleneksel sınıf tabanlı öğrenimle uygun bir kombinasyonunun daha etkili olabileceğini işaret eden araştırmalar vardır. Bu çözümdede öğrencilerin ihtiyaç duyduğu gerekli kişisel desteğin düzeyi (örneğin e-öğretmenler aracılığıyla) sıklıkla göz ardı edilebilmekte ya da şimdiki ve gelecekteki kişisel destek nasıl etkin olabilir gibi sorular cevap bulamamaktadır. Planlanan e-öğrenme modeli için hangi bilgi ve iletişim teknolojilerinin uygun olduğu bütün bu sorunlar ve durumlar dikkate alınarak belirlenmelidir. Bireylerin uzmanlık alanları, eğitimin gerektirdiği alt yapının ne kadarına sahip oldukları gibi faktörler de göz önünde bulundurulması gereken diğer konular olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık alanında dünyada gerçekleştirilen e-öğrenme sistemlerinin birçoğu, yaş ortalaması yüksek ve bilgisayar becerileri kısıtlı gruplarla yürütülmüştür. Bilgisayar konusunda beceri eksikliği göz önüne alındığında, oldukça yeni teknolojiler kullanan bilgisayar tabanlı e-öğrenmenin hekimler için ciddi sıkıntı oluşturduğu saptanmıştır. Yakın zamanda aile hekimlerine yönelik olarak Yıldırım Beyazıt Üniversitesi tarafından gerçekleştirilen eğitimlerde bu nedenden kaynaklanan

sıkıntıların sıkça yaşanmış olması bu hipotezi büyük ölçüde doğrulamaktadır. Buna göre, bilgisayar becerileri eğitim ve öğretimin önemli bir parçası olduğunda, bu becerileri geliştirmeye yönelik eğitimlerin öncelikli olarak verilmesi gerekmektedir. Bir sonraki aşamada kişilerin eğitimle ilgili tercihleri sorgulanarak öngörülen eğitim şekillendirilebilir. Eğitim sonrasında yapılabilecek bir başka araştırma ile de değişik formlarda verilen uzaktan eğitimlerle kazandırılan davranışların, mesleki bilgilerin zaman içindeki kalıcılığı incelenebilir. E-öğrenmenin mesleki uygulamaya olan etkisinin incelenmesi ile gelecekte yapılacak uygulamaların planlanması, içeriklerinin düzenlenmesi gibi önlemlerin alınması mümkün olabilecektir.

Kaynaklar

- 1) Çakırer M.A: *Bilgi Toplumunda E-öğrenim ve Türkiye’de uygulanmasının avantajları*; VIII. “Türkiye’de İnternet ” Konferansı (19-22 Aralık 2002); İstanbul
- 2) Keegan, D. (1996). *Foundations of distance education* (3rd Ed.) New York, NY: Routledge.
- 3) Clark, D. (2002). *Psychological myths in e-learning*. *Medical Teaching*, 24(6), 589-604.
- 4) Ruggeri, K., Farrington, C., & Brayne, C. (2013). *A global model for effective use and evaluation of e-learning in health*. *Telemedicine and e-Health*, 19(4), 312-321. doi: 10.1089/tmj.2012.0175
- 5) Ruiz, J. M., Mintzer, M. J., & Leipzig, R. M. (2006). *The impact on E-learning in medical education*. *Academic Medicine*, 81(3), 207-212.
- 6) Welsh, E. T., Wanberg, C. R., Brown, K. G., & Simmering, M. J. (2003). *E-learning: Emerging uses, empirical results and future directions*. *International Journal of Training and Development*, 7(4), 245-258.
- 7) Cook, D. A. (2007). *Web-based learning: Pros, cons and controversies*. *Clinical Medicine*, 7(1), 37-42.
- 8) Heidi S. Chumley-Jones, Alison Dobbie, Cynthia L. Alford.(2002). “Web-Based Learning: Sound Educational Method or Hype? A Review of The Evaluation Literature”, *Acad.Med.*

Uzmanlık eğitiminin planlanması ve asistanların sorunları

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.

Prof. Dr. Muzaffer Şeker



1961 yılında İzmir'de doğdu. 1986'da Uludağ Üniversitesi Veteriner Fakültesi'nden mezun oldu. 1995 yılında İngiltere'de Leicester Üniversitesi'nde insan anatomisi üzerine doktora derecesi aldı. 2000 yılında doçent, 2006'da profesör oldu. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yapan Şeker, 2008- 2010 yılları arasında İstanbul Medipol Üniversitesi Kurucu Mütevelli Heyetinde de görev aldı. 2002 yılından beri Türk Anatomi ve Klinik Anatomi Derneği ile Temel Tıp Bilimleri Platformunda görev yapan Şeker, aynı zamanda TUBA üyesidir. Halen Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi'nin kurucu rektörü olan Dr. Şeker, evlidir ve üç çocuk babasıdır.

Son yıllarda Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ve Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) mevzuatlarında yapılan düzenlemelerle tıpta uzmanlık eğitimi aracılığı ile sağlık hizmetinin kalitesinin artırılması hedefleniyor. Ülke gereksinimleri göz önünde bulundurularak dengeli sürdürülebilir bir tıp eğitiminde üst eğitim planlaması yapılmaya çalışılmasına karşın dengesizliklerin devam ettiği ve kronik sorunların ortadan kaldırılamadığı, hatta bazılarının derinleştiği de bir gerçekliktir. Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi ev sahipliğinde 12 Nisan 2014 tarihinde Meram Tıp Fakültesi'nde yapılan "Asistan Sorunları ve Uzmanlık Eğitimi'nin Planlanması Çalıştayı" konunun geniş yelpazedeki paydaşlarını bir araya getirerek önemli konuların tartışıldığı bir ortam sağladı.⁽¹⁾ Bu tarz toplantıların en önemli işlevleri arasında paydaşların bir arada fikirler geliştirmeleri ve birbirlerini tamamlayan roller üstlenmeleri sayılabilir. Sağlık Bakanlığı, Yükseköğretim Kurulu, Üniversitelerarası Kurul ve Tıp Dekanları Konseyi'ni temsilen değerli

akademisyenlerin katılımı ile birlikte birçok üniversite rektörü ve tıp fakültesi dekanının toplantıda yer alması derinlemesine analizler için fırsat oluşturdu. Bu toplantıda öne çıkan konuları ve değerlendirmelerden oluşan sonuç bildirgesinden yer alan görüşlerin bir kısmını bu yazıda sizlerle paylaşıyoruz. Bu makale yazarların kendi görüşlerini direkt yansıtmaktan çok, belirtilen çalışmaya katılan asistan hekimlerin bahsettikleri konuları içermektedir. Bu çalıştay benzeri tartışmaların, değerlendirmelerin paydaşlar arasında geliştirilecek olan çok yönlü iletişim ortamlarının, uzmanlık eğitimi kalitesini sürekli geliştirmemize yardımcı olacağı kanaatindeyiz.

Tıpta Uzmanlık Kurulu ve TUKMOS tarafından üzerinde özenle çalışılan çekirdek müfredat programlarının birçok kurumumuzda veya anabilim dallarında henüz istenilen özende ve seviyede uygulanmıyor oluşu, tamamlanması gereken en öncelikli eksiklik olarak göze çarpmaktadır. Bu eksiklik, beraberinde eğitim kalitesini belirleyebilmemize olanak sağlayacak ölçme ve değerlendirme

mekanizmaların oluşturulamamasını getirmektedir. Ayrıca, paylaşılan bir müfredat olmayınca asistanların eğitimlerine ilişkin düzenli takipler eksik kalmakta ve bölümlerdeki ideal asistan sayılarına ilişkin çıkarımlar sadece hizmet sunum yükü üzerinden yapılmaktadır. Uzmanlık eğitimi ile alakalı olmayan işlerin asistanlara yaptırılması da müfredatların uygulanmamasının bir diğer dolaylı sonucudur. Ülkemiz genelinde çekirdek müfredatların uygulanmasına ilişkin birçok olumlu örnek mevcuttur. Kurumlarımız birbirleri ile iletişim halinde deneyimlerini paylaşarak, iyi örnekleri analiz ederek bu süreci geliştirebilirler.

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin özellikle 3. Basamak Sağlık Kuruluşlarında uzmanlık eğitimi faaliyetlerini içerir şekilde planlanması, uzmanlık eğitimine yönelik atılacak adımların daha fazla önemsenmesini sağlayacaktır. Uzmanlık eğitiminin hizmet sunumundan izole olarak düşünülmesi oldukça güç olduğundan aslında hizmet sunmakta olan öğretim üyesi ve görevlilerinin asistanla birlikte hastayı değerlendirmeleri ek



ödeme sisteminde daha özellikli bir iş olarak hesaplanabilir. Bu şekilde gerek kurumsal yönetimlerin gerekse kullanılan sistemlerin eğitim faaliyetlerini önemsediği hissettirilmiş olacaktır.

Uzmanlık eğitimi veren kurumlarımız uzman hekimleri iyi birer uygulamacı olarak yetiştirirken tıbbın kanıta dayalı uygulanması gerekliliği çerçevesinde bilimsel yayınların eleştirel değerlendirilmesi yetisini de asistanlarına kazandırmayı hedeflemelidirler. Bu hedefe yönelik olarak da asistanların bilimsel girişimlerde bulunmalarını teşvik edebilmeli; kongre ve kurslara katılımlarının uygun şekilde desteklenmesi önemsenmelidir. Kurumlarımız ve bölümler, bu amaç için oluşturulan bütçelerden imkânlar ölçüsüne asistanların da istifade etmesini sağlamalıdır.

Birçok kurumumuzda asistanlar, ilgili mevzuatta tanımlanmış görevleri çerçevesinde sağlık ve eğitim hizmet sunumuna ek olarak aslında kendi eğitim veya meslek hayatı süreçleriyle ilişkisi olmayan farklı görevler üstlenmek zorunda kalmaktadırlar. Esasında bu durumun kök nedeni, yeterli sayı ve uygun nitelikte yardımcı sağlık personelinin birçok kurumumuzda eksik olmasıdır. Gerek kurumlarımız özelinde gerekse ülke genelinde yardımcı sağlık personellerinin yeterli istihdamı sağlanırsa

asistanlarımız kendi süreçlerine daha fazla odaklanabilecekler ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşlarımızdaki hizmet kalitesi de olumlu yönde gelişecektir.

Eğitim sürecinin takibinde oluşturulacak asistan karnelerinin önemli işlevleri olacaktır. Elektronik ortamda oluşturulacak uzmanlık eğitimi takip sistemi ile karnelerin eş güdümünün sağlanması değerlendirmelerin birbirleriyle tutarlı olabilmesine yardımcı olacaktır. Aslına Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (WFME) tarafından güncellenme sürecinde olan Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Standartları da asistan karnelerinin oluşturulmasını zorunlu tutmamakla birlikte teşvik etmektedir.⁽²⁾

Çalışma süreleriyle ilgili de, hem hasta güvenliğini hem de hekim sağlığını güvenceye alacak bazı düzenlemeler yapılabilir. Kurumlarımızdaki asistan sayıları, nöbet ertesi izinlerinin tam olarak kullandırılması veya düzenli sürdürülebilmesi için yeterli olmayabilmektedir. Genç Hekim Platformu tarafından yapılan bir literatür taramasında, nöbet sonrası çalışmaya devam edilen sistemlerde gece 5 saat uyumanın hekimlerin performanslarında anlamlı azalmayı engelleyecek bir eşik değer olarak gösterilmiştir.⁽³⁾ Nöbetlerin yoğunluğu birçok kez bu 5 saatlik uykunun uygulanmasına fırsat tanıyabilir. Önemli

Yeteri kadar uyku ve dinlenme imkânı sağlansa bile uygun zamanlarda yıllık izinler kullanılmadığında hekimlerin verimliliğinde düşüşler yaşanmaktadır. Bu sorunun önüne geçebilmek için kurum yöneticileri tarafından izinler asistanların verimliliğini arttıracak bir araç olarak uygun şekilde kullanılıyor olmalıdır.



Eğitim kurumlarımızın kaliteli uzmanlık eğitimi sunulmasını sağlayacak fiziki koşullara ve teknik donanıma sahip olması gerekliliği de unutulmamalıdır. Bunun yanında, gerek öğretim üyesi / öğretim görevlisi sayısı gerekse vaka çeşitliliği ve sayısı da çekirdek eğitim müfredatının uygulanmasına imkân tanım özellikte olmalıdır.

olabilecek bir başlangıç ise, bu 5 saat uykunun hekim sağlığı ve sağlık hizmeti kalitesi için önem taşıyabilecek bir eşik değeri olduğunu kurumlarımızın ve asistanlarımızın gündemlerinde tutmaktır. Öte yandan hekimlerin bıkkınlık ve/veya tükenmişlik sendromu yaşamalarının önünde durabilmek için en az 2 hafta sonunu tamamen nöbet tutmadan geçirmeleri önerilebilir. Bu 2 adım, Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılındaki gün aşırı ve blok nöbet tutmayı engelleyen genelgesinin (ki bu genelge 2014 Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği'ne de dâhil edilmiştir) önemli birer tamamlayıcısı olacaklardır.⁽⁴⁾ Öte yandan ek mesainin (nöbet) sadece 130 saat için ücretlendiriliyor oluşu, hekimlerde çalıştığının karşılığını alamama düşüncesine neden olabilmektedir. Çünkü birçok bölümde ayda 130 saatin üzerinde nöbet tutulmaktadır. Çalışma süreleri ile ücretlendirme üst sınırı arasında tutarlılığın sağlanmasının bu yönde önemli bir yardımcı olacaktır.

Ayrıca yeteri kadar uyku ve dinlenme imkânı sağlansa bile uygun zamanlarda yıllık izinler kullanılmadığında hekimlerin

verimliliğinde düşüşler yaşanmaktadır. Bu sorunun önüne geçebilmek için kurum yöneticileri tarafından izinler asistanların verimliliğini arttıracak bir araç olarak uygun şekilde kullanırılıyor olmalıdır.

Üniversite hastaneleri ile eğitim/araştırma hastaneleri arasında laboratuvar yatırımları açısından düşünüldüğünde farklar olabilmektedir ve bu durum temel bilim dallarında eğitim süreçlerinin standardizasyonunu negatif olarak etkilemektedir. Birer eğitim kurumu da olan 3. Basamak Sağlık Kuruluşlarımızda laboratuvar yatırımları eğitim hedefleri öncelik kabul edilerek yapılmalıdır.

Temel tıp bilimleri için paylaşılan bir diğer güncel konu, uzmanlık eğitimi yerine doktora eğitimi olarak sunulmaya başlanan lisansüstü eğitimlerdir. Bu eğitimlere, daha çoğunlukla hekimlik mesleği dışından adaylar da dâhil olabilmektedir. Farklı lisans eğitimlerine sahip asistanların ve/veya öğrencilerin dâhil oldukları bu programların belirli standartlarda yürütülmesi zorlaşmaktadır. Ortaya çıkan düzey dengesizliği veya yetersizliği, tıbbın farklı branşları arasındaki iletişimi ve multidisipliner bilimsel çalışmaları da olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle doktora eğitim sisteminde zorunlu ek krediler ile veya zorunlu hazırlık dersleri ile temel bilgi düzeylerinin oluşturulması sağlanmalıdır. Ülke acil gereksinimi asgari şartlarda sağladığı kanaatine erişildiğinde bu eğitimlere sadece hekimlerin dâhil olması sağlanmalıdır.

Yapılan uzmanlık tezleri beklenen akademik kaliteden ve özenden uzak kalabilmektedir. Bunu nedenleri arasında hekimlerimizin bilimsel araştırma becerilerini geliştirecek eğitimlerin verilmesi, öğretim üyelerinin yeterli desteği sunmaması, diğer işler nedeniyle teze ayrılan zamanın kısıtlı kalması ve kimi zaman yeterli kaynakların bulunamaması sayılabilir. Fakat bu olumsuzlukta en önemli etken bazı asistanların akademik hayatı mesleki geleceklerinde düşünmemelerinden kaynaklanan motivasyon eksikliğidir. Kurumlarımız ve bölümler özelinde değişiklik gösteren bu nedenlere yönelik her kurum kendi bünyesinde değerlendirmeler yaparak uygun iyileştirmelere yönelik adımlar atmalıdır.

Meslek hastalıkları ile ilgili bilinç oluşturma asistanlık hayatının ilk yıllarından başlanarak oluşturulmalı ve kurumlarımız da görev yapan ilgili birimlerce genç hekimlere yönelik önleyici eğitim tedbirleri alınmalıdır. Farklı bölümlerdeki hekimlerin bu çerçevede farklılık gösterebilecek ihtiyaçları da önemsenmelidir. Acil sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alan bölümlerin, acil birimindeki

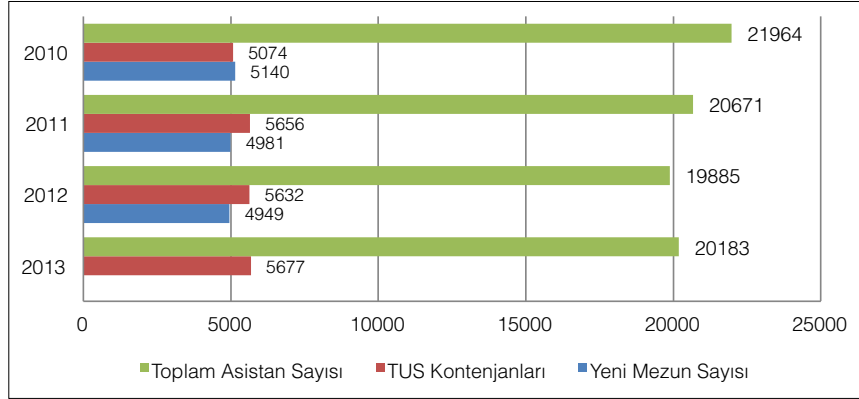
nöbetleri için iyileştirilmiş kapsamlı ücret almaları olumlu karşılanmış bir uygulamadır. Bunun yanında aslında temel tıp bilimlerinde görev yapıp yine acil sağlık hizmetlerinin sunumunda yer alan asistanlar (Ör. mikrobiyoloji) da bu iyileştirmeden yararlanabilme taleplerini dile getirmişlerdir.

Uzmanlık eğitiminde kalite güvencesinin sağlanabilmesi adına yöntemlerden bir tanesi uzmanlık eğitiminin akredite edilmesidir. Tıpta Uzmanlık Kurulu, oluşan standartlar ve çekirdek eğitimi müfredatları çerçevesinde bu yönde de çalışmalarını devam ettirmektedir. Kalite güvencesi adına, kurumların kendi programlarını öz değerlendirmeye tabi tutmaları da yöntemlerden biri olarak değerlendirilebilir. Bu değerlendirmeler için oluşturulacak komisyonlarda asistanlara da yer verilmesi, değerlendirmelerin daha kapsamlı ve objektif olmasına yardımcı olabilir.

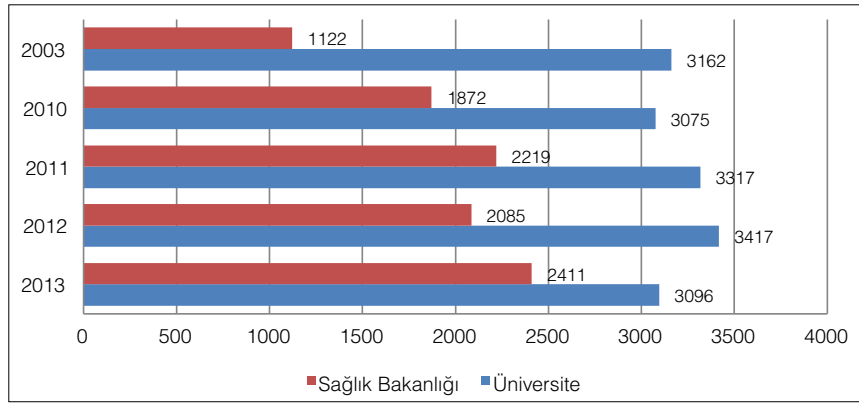
Eğitim kurumlarımızın kaliteli uzmanlık eğitimi sunulmasını sağlayacak fiziki koşullara ve teknik donanımına sahip olması gerekliliği de unutulmamalıdır. Bunun yanında, gerek öğretim üyesi / öğretim görevlisi sayısı gerekse vaka çeşitliliği ve sayısı da çekirdek eğitim müfredatının uygulanmasına imkân tanır özellikle olmalıdır. Fiziki koşullar asistanların gerek günlük rutininde gerekse nöbet koşullarındaki ihtiyaçlarını karşılar özellik taşımalıdır. Kurumlarımız yapacakları fiziksel iyileştirmelerde veya yeni yatırımlarında, hastanelerini birer eğitim ortamı olarak tasarlama bilinci ile hareket etmelidirler.

Bununla birlikte, uzmanlık eğitimi programının etkin şekilde yönetilebilmesi ve eğitimin de bir bileşeni olan hizmet sunumunun kaliteli ve sürdürülebilir standartlara sahip olabilmesi için eğitim kurumlarımızda belirli sayıda asistanın yer alması gerekmektedir. Ülkemizde toplam asistan sayısının 2010-2014 yılları arasında fazla bir dalgalanma göstermediği, ancak 2010'daki toplam sayıya sonraki yıllarda ulaşamadığı görülmektedir. (Grafik 1).⁽⁵⁾ Bu sayıyı uzmanlık eğitimi veren toplam kurum sayısı ile kıyaslamalı olarak yorumlamak bazı fikirler verebilir. 2010 yılında faal uzmanlık eğitimi vermekte olan kurum sayısı 114 iken, 2013 için bu sayı çok fazla değişmeyerek 119 olmuştur. Toplam asistan sayısının pek fazla değişmemesi bu duruma bağlanabilir. Öte yandan, 2010'da uzmanlık eğitimi veren tıp fakültesi sayısı 53 iken, 2014'te 60'a çıkmıştır. ⁽⁶⁾ Her yeni kurumun eğitim programının etkin işleyebilmesi için gerekli bazal bir uzmanlık öğrencisi sayısı olması gerektiği düşünülebilir. Ancak 2010'da 3 bin 75 olan üniversite uzmanlık eğitimi kontenjanları, 2013'te fazla artmayarak

Grafik 1: Türkiye'de toplam ve yeni alınan asistan sayıları



Grafik 2: Uzmanlık Eğitimi Kurumlarına Ayrılan Toplam Asistan Kontenjanları



3 bin 96 olmuştur. 2010'da faal eğitim araştırma hastanesi sayısı 61 iken, 2014 raporunda 59'a gerilediği görülmektedir. Eğitim araştırma hastanelerine ayrılan kontenjansa 2010'da 1872 iken 2013'te 2 bin 411'e kadar yükselmiştir. Kurumlarımıza kabul edilecek asistan sayıları belirlenirken, sağlık sisteminin ihtiyaçları ile kaliteli uzmanlık eğitimi sunulması hedefi eş zamanlı değerlendirilmelidir. Çünkü asistan olarak kabul edilen hekim birkaç sene sonra o alanda uzman hekim olarak istihdam bekliyor olacaktır. Paylaşılması gereken bir diğer bilgi de uzmanlık eğitimi kontenjanlarının üniversitelere ayrılan oranındaki değişimdir. 2013 için bu oran %54'tür. Geçtiğimiz 3 yıl için %60'larda seyreden bu oran 2003'te ise %71'di. Bir diğer değişle uzmanlık eğitiminde eğitim ve araştırma hastaneleri son 10 yıl içerisinde giderek daha önemli konuma gelmişlerdir. (Grafik 2)

Asistanların sağlık hizmeti sunumunda birincil sorumluluk üstleniyor olmaları uzmanlık eğitiminin tarihi geleneğine uygun görünse de konunun olası malpraktis itirazlarında hukuki ve deontolojik sorumluluk boyutu göz ardı edilmemelidir.

Öncelikli olarak asistanlara yüklenen sorumluluk bireysel uzmanlık eğitim kademeleri ve bilgi ve beceri düzeyleri ile uyumlu olmalıdır. Bu tarz bir yaklaşım hem onların tüketmişlik yaşamalarının önüne geçecek hem de hasta güvenliğini

garantiye olarak sağlık hizmetinin daha kaliteli sunulabilmesini sağlayacaktır.

Çalıştay da genç hekimler tarafından ülkemizde önce pratisyenlikte, sonrasında uzman olarak, belki de en sonunda yan dal uzmanı olarak 3 farklı dönemde yapmakta oldukları mecburi hizmeti süreci sorgulandı ve çözüm yolları masaya yatırıldı. Diğer meslekler açısından bu kadar ağır bir mecburi hizmet yükümlülüğü söz konusu olmaz iken, hekimlere yönelik yürütülen bu uygulamanın Ülkemiz sağlık hizmetinin dengeli sürdürülebilmesi açısından mecburi hizmeti zorunlu kılsa da genç hekimlerin bu konudaki önerileri meslek hayatları boyunca en fazla 1 defa mecburi hizmete tabi tutulmaları yönünde oldu.

Kaynaklar

- 1) <http://www.konya.edu.tr/haber/421> (Erişim tarihi: 23 Mayıs 2014)
- 2) Postgraduate Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement. The 2014 Revision
- 3) Çalışma Süreleri ve Hekimlerin İyilik Hali Çalıştay Sonuç Bildirgesi. Şubat 2014. Genç Hekim Platformu
- 4) Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği, 2014
- 5) Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu-2014
- 6) Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu-2010

Yükseköğretimde uluslararasılaşma

Prof. Dr. Zekeriya Aktürk



1968 yılında Trabzon'da doğdu. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi (1991). 1998 yılında Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'nde aile hekimliği uzmanlık eğitimini tamamladı. 1999-2006 yılları arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, 2006-2009 arasında Suudi Arabistan Sağlık Bakanlığı'nda görev yaptı. 2009 yılından beri Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığını ve 2013 yılından beri Eczacılık Fakültesi Dekanlığı görevini yürütmektedir.

Dünya yaşlanıp ömrünün sonuna yaklaştıkça zaman hızlanmaya ve mesafeler kısalmaya başladı. Belki bunun da yansımalarından biri olarak karşımıza "uluslararasılaşma" diye bir terim çıktı. Bu makalede yükseköğretim çerçevesinde uluslararasılaşma teriminin tartışılması ve neden uluslararasılaşmak gerektiğinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Uluslararasılaşma terimi

Uluslararasılaşma terimi Türk Dil Kurumu'nun Büyük Türkçe Sözlük aramasında "*Sömürgeci imparatorluklar çağından beri bilinen bir olgu olup iktisadi etkinliklerin ülke sınırlarını aşan coğrafi yayılımı*" olarak tanımlanmaktadır.⁽¹⁾

Günümüzde hayatın tüm alanlarında uluslararası etkileri görmek mümkündür. İsterseniz dış macununuzun markasına bakın. Veya şampuanınızın... Cep telefonunuz da uluslararası bir firma tarafından üretilmiş ve uluslararası standartlarda çalışmaktadır. (Şekil 1). Uluslararası standartların, anlaşmaların, şirketlerin hayatımızı çevrelediği bu ortamda adaptasyon sağlamak kaçınılmazdır. Aksi halde doğal seleksiyon kaçınılmaz olacaktır.

Bu girişten sonra şunu belirtmek gerekir ki, hekim olarak her ne kadar

henüz Türkiye'de iş garantimiz olsa da bu durumun aynı şekilde devam etmeyeceğini öngörmek zor değildir. Pek yakında Türkiye'de hekim sayısının ihtiyaçtan fazla olacağı ve hekimlerin de uluslararası rekabete maruz kalacağı tahmin edilmektedir.⁽²⁾ Hekim fazlası oluşmasının yanında yabancı hekim çalıştırılması da gündemdedir.⁽³⁾

Batılı üniversitelere bakıldığında yabancı ülkelerde irtibat ofislerinin olduğu, öğrencilerini yurt dışında eğitime gönderdikleri, hatta uluslararasılaşmak amacıyla ofisler kurdukları dikkati çekmektedir. Örneğin Indiana Üniversitesi Müfredat ve Kampüsün Uluslararasılaştırılması Enstitüsü⁽⁴⁾ aracılığıyla çalışmalar yapmakta, kongreler düzenlemektedir.

Bazı ülkelerde uluslararası öğrenci sayıları

ABD'de 1950'li yıllardan beri uluslararası öğrenci sayıları giderek artmış ve 600 binin üzerine çıkmıştır (Grafik 1).⁽⁵⁾

ABD'de ayrıca öğrenci vizelerinin de yıllar içerisinde reddedilme oranlarının düştüğü dikkati çekmektedir (Tablo 1).⁽⁶⁾

Diğer gelişmiş ülkelerde durum pek de farklı değildir. İngiltere'de 425 bin 265,⁽⁷⁾ Hollanda'da 87 bin 100,⁽⁸⁾ Japonya'da ise 118 bin 498⁽⁹⁾ uluslararası öğrencinin eğitim gördüğü bildirilmiştir. Türkiye'de

ise uluslararası öğrenci sayıları son yıllarda artış göstermeye başlamıştır. 2010 yılında Türkiye'de ancak 17 bin 000 civarında uluslararası öğrenci vardı.⁽¹⁰⁾ Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Başkanı Yusuf Ziya Özcan'ın bu rakamı bir sene içerisinde iki katına çıkarma hedefi koymasının ardından Türkiye'deki uluslararası öğrenci sayısı 2012 yılında 26 bine⁽¹¹⁾ ulaştı; 2013 yılında ise Prof. Dr. Gökhan Çetinsaya bu sayının 45 bine ulaştığını bildirdi.⁽¹²⁾

Uluslararasılaşma, anlaşmalar ve değişim programları

Aslında Türkiye'yi uluslararasılaşmaya yönlendiren olaylar eskilere dayanmaktadır. Daha 2001 yılında Türkiye'nin Bologna Sürecine üye olmasıyla Avrupa Birliği'nde ortak bir yükseköğrenim alanı oluşturma planının bir parçası olmayı kabul etmiştir.⁽¹³⁾ Türk Dili Konuşan Ülkeler İşbirliği Konseyi'nin (Türk Keneşi) Azerbaycan, Kazakistan, Kırgızistan ve Türkiye Cumhurbaşkanları tarafından 2009 yılında kurulmasıyla Türkiye'nin bu konudaki vizyonunun daha da genişlediği dikkati çekmektedir.

ERAMSUS değişim programının 1995 yılında,⁽¹⁴⁾ Farabi değişim programının 2009 yılında,⁽¹⁵⁾ Mevlana değişim programının ise 2013 yılında⁽¹⁶⁾ devreye girmesiyle Türk öğrenci ve öğretim elemanlarının yurt içi ve dışındaki değişim imkânları iyice artmıştır.



Atatürk Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Hikmet Koçak ve Nebraska Üniversitesi Rektörü James B. Milliken, Atatürk Üniversitesi'nin kuruluşunda çekilen fotoğrafı birlikte tutuyor.

Ulusal ve uluslararası değişim programları dışında öğrenci ve öğretim elemanı değişimini sağlayan başka imkânlar da söz konusudur. Bu açıdan Atatürk Üniversitesi'nde 2013-2014 eğitim-öğretim döneminde İngilizce tıp eğitimine katkı vermek üzere bir proje çerçevesinde davet edilen 12 öğretim üyesi örnek gösterilebilir.⁽¹⁷⁾

Bir vizyon olarak uluslararasılaşma

Uluslararasılaşma aynı zamanda bir vizyonun gereğidir. 1962 yılında Nebraska Üniversitesi'nden gelip Atatürk Üniversitesi'nin kuruluşunda yıllarca imkânsızlıklar içerisinde çalışması (Resim) ve aynı dönemde başka ABD üniversitelerinin Hindistan, Afganistan, Pakistan gibi ülkelerde benzer kuruculuk görevleri üstlenmeleri büyük bir vizyonun gereklidir. Şunu da belirtmem gerekir ki, bu konuda sadece devlet organlarının değil sivil inisiyatiflerin de rol alarak yol gösterici ve katkı sağlayıcı çalışmalarda bulunması gereklidir.

Sonuç

Uluslararasılaşmanın Türk hekimleri üzerindeki etkisinin giderek daha fazla hissedileceğini bekleyebiliriz. Bu süreçte en önemli soru; hekimlerimizin, üniversitelerimizin ve yöneticilerimizin bu sürece ayak uydurup uyduramayacağı olacaktır. Sonuç olarak uluslararasılaşmanın Türk hekimler üzerinde olumlu ve olumsuz etkilerinin olduğunu söyleyebiliriz. Olumsuz etkilerden korunmanın yolunun ancak uluslararasılaşmak ve rekabet edebilirlikle mümkün olduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle daha tıp eğitiminin başlarında öğrencilerin uluslararası arenada çalışacak donanımda yetiştirilmeleri ve mezuniyet sonrasında da hekimlerin

uluslararası özelliklerinin artırılmasına yönelik çalışma ve teşviklerin yapılması önem arz etmektedir.

Kaynaklar

- 1) Büyük Türkçe Sözlük: Türk Dil Kurumu; [24.04.2014]. Available from: http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.536255aa548473.63384900.
- 2) Aktürk Z, Işık M. The Need for Medical Doctors in Turkey: A Projection Plan from 2013 to 2033 with Emphasis to Family Medicine. *Euras J Fam Med.* 2013;2(1):33-6.
- 3) Kocabıyık Z. Müezzinoğlu: Bazı branşlarda kamuda yabancı doktor düşünüyoruz: *Medimagazin*; [24.04.2014]. Available from: <http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/guncel/tr-muezzinoglu-bazi-branslarda-kamuda-yabanci-doktor-dusunuyoruz-1-11-55788.html>. (Erişim tarihi: 12.05.2014)
- 4) Institute for Curriculum and Campus Internationalization (ICCI): Indiana University; [24.04.2014]. Available from: <http://www.indiana.edu/~global/icc/>.
- 5) Publications and Reports: Institute of International Education; [24.04.2014]. Available from: <http://www.opendoors.iienetwork.org/>. (Erişim tarihi: 12.05.2014)
- 6) Vaughan JM. International Students and Visiting Scholars: Trends, Barriers, and Implications for American Universities and U.S. Foreign Policy: Center for Immigration Studies; [14.04.2014]. Available from: http://www.globalsecurity.org/military/library/congress/2007_hr/070629-vaughan.htm. (Erişim tarihi: 12.05.2014)
- 7) International student statistics: UK higher education UK Council for International Student Affairs; [15.04.2014]. Available from: <http://www.uk-cisa.org.uk/Info-for-universities-colleges-schools/Policy-research--statistics/Research--statistics/International-students-in-UK-HE/-International-%28non-UK%29-students-in-UK-HE-in-2012-13>. (Erişim tarihi: 12.05.2014)
- 8) International students in The Netherlands, the stats: *EUROGATES Live and Study in Holland*; [14.04.2014]. Available from: http://www.eurogates.nl/en_study_abroad_education_in_holland_netherlands/. (Erişim tarihi: 12.05.2014)
- 9) International Students in Japan 2007: Japan Stu-

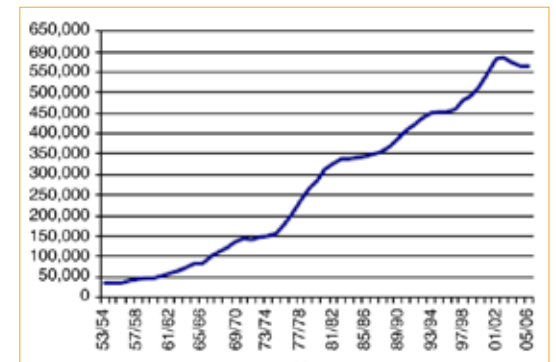
Şekil 1: Uluslararasılaşma ve ilişkili faktörler



Tablo 1: ABD'de öğrenci vizelerinin yıllar içerisindeki reddedilme oranları (%).

	2003	2004	2005
F-1	22.0	20.5	17.6
J-1	7.1	7.0	5.4
M-1	9.6	10.0	8.9

Grafik 1: ABD'de yıllar içerisinde öğrenci sayıları



dent Services Organization; [14.04.2014]. Available from: http://www.jasso.go.jp/statistics/intl_student/data07_e.html. (Erişim tarihi: 12.05.2014)

10) CİHAN. YÖK Başkanı, rektörlerden tüm eğitim fuarlarına katılmalarını istedi. *Zaman Gazetesi.* 10.06.2010.

11) Özay Y. Yabancı öğrenci sayısı artıyor. *Sabah Gazetesi.* 22.02.2012.

12) Çetinsaya G. Uluslararasılaşma Toplantısı: Yükseköğretim Kurulu; <http://www.yok.gov.tr/web/guest/uluslararasilasma-toplantisi>. (Erişim tarihi: 19.09.2013)

13) Bologna Süreci: Yükseköğretim Kurulu, <http://bologna.yok.gov.tr/>. (Erişim tarihi: 14.04.2014)

14) Erasmus+ Erasmus Programı: Ulusal Ajans; <http://www.ua.gov.tr/programlar/erasmus-program%C4%B1/erasmus-program%C4%B1>. (Erişim tarihi: 11.05.2014)

15) Farabi Değişim Programı: Yükseköğretim Kurulu, <http://www.yok.gov.tr/web/farabi/anasayfa>. (Erişim tarihi: 11.05.2014)

16) Mevlana Değişim Programı: Yükseköğretim Kurulu, <http://www.yok.gov.tr/web/mevlana>. (Erişim tarihi: 11.05.2014)

17) Ziyaretçi Profesörlerimiz Geldi (Visiting Professors at Duty): Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD http://aile.atauni.edu.tr/duyurular/2013_3/index.html - Visiting Prof. (Erişim tarihi: 11.05.2014)

Sağlıkta Ar-Ge olanakları

İlker Köse



İstanbul Üniversitesi Elektronik Mühendisliği Bölümü'nden 1999 yılında mezun oldu. 2003-2009 arasında Sağlık Bakanlığı'nın Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Merkezi Hastane Randevu Sistemi ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (Sağlık-NET) gibi bilişim projelerinde danışman ve koordinatör olarak çalıştı. Veri madenciliği, insan-bilgisayar etkileşimi, yazılım mühendisliği ve yapay sinir ağları çalışma alanlarıdır. Yüksek lisansını tamamladığı Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Bilgisayar Mühendisliği Bölümü'nde doktora eğitimini sürdürmektedir. Halen sağlık bilişimi alanında özel bir şirkette ARGE Direktörü olarak çalışmaktadır. Aynı zamanda İstanbul Medipol Üniversitesi'nde ders veren Köse, evli ve bir çocuk babasıdır.

Son yılların popüler kavramı Ar-Ge. Herkeste “iyi/faydalı bir şey” olduğuna dair duygular uyandıran bu kavram, belki de bu özelliği nedeniyle faydalı görülen tüm çalışmalara ad olarak kullanılabilir. Siyasi partilerden derneklere, futbol kulüplerinden kamu kurumlarına kadar çok çeşitli organizasyonların teşkilat şemaları arasında Ar-Ge birimini görüyor olmamız da bu kavramı oldukça farklı şekillerde algılamamızın sonuçlarından biri sanırım. Ancak işin aslına baktığımızda, bu kurumların çoğunun, içerisinde araştırma ve bir şekilde geliştirme içeren her türlü faaliyetlerine Ar-Ge adı vererek yaptıkları işe bir çeşit büyü katmaya gayret ettiğini söylemek sanırım abartı olmayacaktır. Bu nedenle, bu yazıda genelde ülkemizdeki Ar-Ge desteklerinden ve özelde de sağlık alanındaki -Ge faaliyetlerinden bahsetmeden önce formal olarak Ar-Ge kavramını tanımlayacağız. Sağlık alanında Ar-Ge yapmak isteyenlerin, nereden başlayabileceklerine dair ipuçlarını da bu yazıda bulacaklarını ümit ediyorum.

Ar-Ge nedir?

Ar-Ge konusunda en temel referanslardan biri ilk defa 1963 yılında OECD ülkelerinin uzmanlarınca hazırlan Frascati Kılavuzu'dur. Bilgiye dayalı ekonominin gelişimine paralel olarak önem kazanmaya başlayan Frascati Kılavuzu, ülkelerin bilim, teknoloji ve yenilik sisteminin planlanmasında önemli bir başvuru kaynağıdır. Bu kılavuzdaki Ar-Ge (Araştırma ve Deneysel Geliştirme) kavramı şu şekilde tanımlanır:⁽¹⁾ Araştırma ve deneysel geliştirme (Ar-Ge), insan, kültür ve toplumun bilgisinden oluşan bilgi dağarcığının artırılması ve bu dağarcığın yeni uygulamalar tasarlamak üzere kullanılması için sistematik bir

temelde yürütülen yaratıcı çalışmalardır. TÜBİTAK'ın Ar-Ge tanımı da buna oldukça benzerdir:⁽²⁾ Ar-Ge (Araştırma ve Deneysel Geliştirme), insan, kültür ve toplumdaki bilgi stokunu artırmak ve bu bilgi stokunu yeni uygulamalarda kullanmak için yapılan sistematik temelli yaratıcı çalışmalardır. Bu tanımlardan, Ar-Ge çalışmalarının “sistematik” olması gerektiğini ve insan, kültür ve toplumdaki bilgi stokunu artırıcı bir etkiye sahip olduğunu ve yine bu bilgileri “yeni” uygulamalarda kullanmayı amaçladığını anlıyoruz. Yine anlıyoruz ki, ne kadar iyi, faydalı ve nitelikli bir çalışma olursa olsun, bu tanıma uymayan faaliyetler Ar-Ge değildir.

Türkiye’de devlet destekli Ar-Ge programları

Ülkemizde Ar-Ge faaliyetlerindeki devlet desteği her geçen yıl artıyor. Açık söylemek gerekirse sadece Ar-Ge yapmak değil, Ar-Ge yapılacak alanları belirlemek ve Ar-Ge destek programlarını kaliteli bir şekilde yönetmek bile yıllar içerisinde edinilebilen bir kültürdür. Ülkemizin son 12 yıl içerisinde bu alanda ciddi mesafe kat ettiğini tecrübeye dayalı olarak ifade edebilirim. Aslında bu gerçeğin gösterilmesi için birilerinin tecrübesine referans vermeye hiç hacet yok. Sadece TÜBİTAK tarafından verilen desteklerin yıllara göre miktarları bile bu gerçeği açıkça ortaya koymaktadır. Yazının sonraki başlıklarında bu istatistiklerden bazılarını paylaşacağım. Ancak önce, ülkemizde Ar-Ge desteği veren devlet kurumlarından ve destek programlarından kısaca bahsetmek istiyorum.

TÜBİTAK

TÜBİTAK, bilimsel ve teknolojik araştırma konusunda öncü gücümüz. Son yıllarda

yürüttüğü çalışmalar ve disiplini ile gerçekten iftihar edeceğimiz işler başarıyor. Başvuru, değerlendirme ve proje destek süresindeki ilerlemelerin tamamını elektronik olarak takip edebiliyorsunuz. İnternet sitesinde, her bir Ar-Ge destek programı hakkında detaylı tanımlar, başvuru adaylarını teşvik edici ifadeler ve onları sık yapılan hatalardan koruyucu uyarılar bulmanız mümkün. TÜBİTAK tarafından desteklenen programlar, ulusal ve uluslararası olmak üzere iki sınıfta inceleniyor.⁽³⁾ Genellikle başlarındaki kod numaraları ile de anılan bu destek programlarının isimleri aşağıda yer almaktadır:

Ulusal Destek Programları

- 1512 - Girişimcilik Aşamalı Destek Programı
- 1301 - Bilimsel ve Tekn. İşblğ. Ağları ve Platf. Kurma Girişimi Proj. (İŞBAP)
- 1501 - TÜBİTAK Sanayi Ar-Ge Projeleri Destekleme Programı
- 1503 - Proje Pazarları Destekleme Programı
- 1507 - TÜBİTAK KOBİ Ar-Ge Başlangıç Destek Programı
- 1511 - TÜBİTAK Öncelikli Alanlar Araştırma Teknoloji Geliştirme ve Yenilik P. D. P.
- 1514 - Girişim Sermayesi Destekleme Programı (GİSDEP)
- 1602 - TÜBİTAK Patent Destek Programı
- 1505 - Üniversite-Sanayi İşbirliği Destek Programı
- 1007 - Kamu Kurumları Araştırma ve Geliştirme Projelerini D.P.
- 1601 - Yenilik Girişimcilik Alanlarında Kapasite Artırılmasına Yönelik D.P.
- 1513 - Teknoloji Transfer Ofisleri Destekleme Programı

Uluslararası destek programları

AB 7. Çerçeve Programı

1509 - TÜBİTAK Uluslararası Sanayi Ar-Ge Projeleri Destekleme Programı

Görüldüğü üzere TÜBİTAK, kamudan özel sektöre, üniversiteden bireysel girişimciye kadar “yenilik” ve inovasyon peşinde olan tüm paydaşlara farklı programlarla destek olmaktadır. Aşağıdaki istatistikler, TÜBİTAK’ın son yıllarda sağladığı desteğin nasıl çoğaldığını çok net bir şekilde ortaya koymaktadır. 1995’ten 2012 yılına kadar TÜBİTAK tarafından desteklenen firma ve projelerin sayısı ve oranları Tablo 1’de belirtilmektedir. Yapılan bu başvurularda projelerin ve firmaların başarı oranları ise Tablo 2’de yer almaktadır. Bu süre içerisinde TÜBİTAK tarafından verilen destek miktarı 2,9 Milyar TL’dir (2012 sabit fiyatlarıyla). Desteklenen projelerin firmalar tarafından karşılanan bölümleriyle birlikte toplam Ar-Ge hacmi ise 5,6 Milyar TL’ye ulaşmaktadır.

Görülebileceği üzere, yapılan başvuruların ve başvuru yapan firmaların başarı oranı yarıdan oldukça fazladır. Bu rakamları başvuruların her geçen yıl daha da arttığı bilgisi ile birlikte değerlendirdiğimizde, destek miktarlarının da aynı oranda arttığı şeklinde yorumlayabiliriz. Yazımızın sonunda yer alan Şekil 1 ve Şekil 2’deki grafikler de bize son 10 yılda desteklerle proje başvurularının nasıl arttığını göstermektedir. Bu grafikler, ayrıca 1995-2012 arasında verilen desteğin de önemli bir kısmının aslında yine son 10 yılda (2002-2012 arasında) verildiğini ortaya koymaktadır.

Bu destekler sayesinde TÜBİTAK’ın ülkemize sağladığı belki de en önemli faydaların başında, üniversite-sanayi işbirliğini artırması gelmektedir. Nitekim akademisyenler hem bu projelerin içerisinde yer almakta, hem de tüm bu projelerin değerlendirme (hakemlik) ve izleme süreçlerinde rol oynamaktadırlar. Bu sayede sektörün ne tür projelerle uğraştığı, hangi problemleri çözmeye çalıştığına dair çok yakın temas kurma imkânı bulabilmektedirler. 2002-2012 yılları arasında TÜBİTAK tarafından desteklenen projelerde hakem/izleyici olarak yer alan akademisyenlerin sayısı Şekil 3’te belirtilmektedir. Şekil 4’teki grafikten, 1995-2012 yılları arasında projelerde görev alan akademisyenlerin görev aldıkları üniversitelere göre dağılımına baktığımızda ise ilk 5 üniversitenin toplamın %43’üne ulaştığını görmekteyiz.

Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı

Cumhuriyet tarihi boyunca, iktisat, ticaret ve sanayi alanlarında bakanlıklarımız hep oldu. Bu bakanlıklar kimi zaman birleşti, kimi zaman ayrıldı, ama aralarında bilim

Tablo 1: Ar-Ge hedeflerine nasıl ulaşılabileceğine dair göstergeler

Performans göstergesi	Mevcut durum - 2008	Ulaşılmak istenen performans hedefleri - 2014
TÜBİTAK tarafından desteklenen (SB (Ar-Ge)- KAMAG) proje sayısı	Proje sayısı: 8+2=10 (Projelerin 8’inde SB tek başına müşteri kurum, 2’sinde ise ortak müşteri kurumdur)	En az 10 adet projeyi tamamlayarak uygulamaya geçmek. Desteklenen proje sayısını %100 artırmak

Tablo 2: KAMAG Projeleri

Proje durumu	Adet
Uygulama aşaması tamamlanan KAMAG projeleri (Haziran 2012 itibarıyla)	1
Sonuçlanan ve uygulama aşamasında olan KAMAG projeleri (Haziran 2012 itibarıyla)	7
Yürütülen KAMAG projeleri (Haziran 2012 itibarıyla)	3

ve teknolojiyi hiçbir zaman alamadılar. Nihayet, bilim ve teknolojinin sanayi ile buluşması 2011’de Bilim Sanayii ve Teknoloji Bakanlığının kurulmasıyla mümkün olabildi. Bakanlığımız kurulduktan sonra, daha önce Başbakanlığa bağlı olan TÜBİTAK da Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığının “ilgili kuruluşu” haline getirilmiştir. Böylelikle TÜBİTAK, bir yönüyle bağlı olduğu yerin yetkileri açısından bir düşüş yaşamış gibi görünse de, doğrudan bilim ve teknolojiye odaklanan bir bakanlığın var olmasının orta-uzun vadede TÜBİTAK’ın etkinliğini de artıracığına inanıyorum.

Nitekim bu birleşmeden sonra, daha önce Sanayi Bakanlığı ile TÜBİTAK arasında Ar-Ge projelerine verilen destekler açısından gözlemlenen bazı kesişimler de yavaş yavaş ortadan kalmaya başladı. Örneğin daha önce Sanayi Bakanlığı, sanayinin gelişmesi için firmalara ek olarak üniversitelere de Ar-Ge desteği veriyorken, TÜBİTAK da üniversitelere ek olarak sanayinin gelişmesi için şirketlere de destek vermektedir. Aynı amaçlar için her iki paydaşın da desteklenmesinin kaçınılmaz olduğu bu durumda, ortak bir planlama yapılamaması zaman zaman sorunlara neden olabilmekteydi. Bu birleşme ile ortak planlar yapılmaya ve Ar-Ge destekleri konsolide edilmeye başlandı.

Baktığımızda Bilim Sanayii ve Teknoloji Bakanlığının üç temel alanda Ar-Ge destek ve teşviki sağladığını görmekteyiz. Bu üç alan da aslında bakanlığın kuruluşundan daha önce, 2008’de çıkartılan 5746 sayılı kanunla tanımlanmıştır. Bunlar;

- Ar-Ge merkezleri,
- Rekabet öncesi işbirliği projeleri ve
- Teknogirişim sermaye desteğidir.

Bu üç alana giren temel desteklerden bazılarını biraz daha yakından incelemekte fayda var.

Ar-Ge merkezleri

Bünyesinde en az elli Ar-Ge personeli istihdam eden şirketlerin tesis edebildiği birimlerdir. Ar-Ge merkezleri çeşitli vergi indirimlerinden ve teşviklerden

yararlanabilmektedirler. Bu nedenle bünyesinde zaten bu büyüklükte birim barındıran şirketler, kendi Ar-Ge merkezlerini tesis ederek yaptıkları çalışmalarını ulusal anlamda kayıt altına da almış oluyorlar. Bakanlığın sitesinde yer alan bilgilere göre, Mart 2014 itibarıyla aktif 155 işletmenin Ar-Ge merkezi mevcuttur. ⁽⁴⁾ Bu işletmelerin toplam Ar-Ge personel sayısı 14.837, işletmeler tarafından yapılan Ar-Ge harcaması ise 4,80 milyar TL’dir. ⁽⁵⁾

Teknoloji geliştirme bölgeleri

Bakanlığın tanımına göre Teknoloji Geliştirme Bölgesi; “yeni veya ileri teknolojiye mal ve hizmet üretmek isteyen girişimcilerin, araştırmacı ve akademisyenlerin sınai ve ticari faaliyetlerini üniversitelerin yanında veya yakınında yürütebilmelerine ve bu üniversitelerden yararlanabilmelerine imkân vermek için kurulmuş akademik, sosyal ve kültürel sitelerdir.” ⁽⁵⁾ Temmuz 2001’de yürürlüğe giren Teknoloji Geliştirme Bölgeleri Kanunu sayesinde geride bıraktığımız 13 yıl içerisinde çok ciddi bir mesafe kat ettiler. Teknoloji geliştirme merkezleri, yaygın adıyla teknoparklar, Ar-Ge merkezleri kurmak suretiyle sadece büyük işletmelerin yararlanabildiği imkânları daha küçük işletmelere ulaştırmak açısından son derece önemli bir rol oynamaktadır.

Teknogirişim sermayesi desteği

5746 Sayılı Kanun kapsamında sağlanan Teknogirişim sermaye desteği ile yeni ve yenilikçi iş fikirleri olan genç girişimcilerin, bu iş fikirlerini katma değer ve nitelikli istihdam yaratma potansiyeli yüksek teşebbüslere dönüştürebilmeleri için çekirdek sermaye sağlanarak desteklenmesi amaçlanmaktadır. ⁽⁶⁾

Sağlıkla ilgili Ar-Ge destekleri

Sağlık alanında Ar-Ge faaliyeti yürütmek isteyen üniversitelerin ve firmaların yararlanabileceği kaynaklar hâlâ oldukça yetersiz. Bu konuda bir şeyler yapmak isteyenlerin erişebilecekleri hangi imkânlar var, kısaca inceleyelim.

Sağlık Ar-Ge merkezleri

TÜBİTAK ve Bilim Sanayii ve Teknoloji Bakanlığının vermiş olduğu Ar-Ge desteklerinin içerisinde sağlıkla ilgili olanların oldukça az olduğunu söylemeliyiz. Örneğin, TÜBİTAK tarafından 1995-2012 tarihleri arasında verilen tüm desteğin sadece %3'ü biyo-teknoloji alanındadır.⁽⁷⁾ Benzer şekilde Bilim Sanayii ve Teknoloji Bakanlığının ruhsat verdiği 155 Ar-Ge merkezinden sadece isimleri aşağıda belirtilen 8 tanesi yani %5'i sağlıkla ilgilidir ve onlar da sadece ilaç üretimi ile ilgilenmektedir.

- Abdi İbrahim İlaç Sanayi ve Ticaret A.Ş.
- Bilim İlaç Sanayi ve Ticaret A.Ş.
- Zentiva Sağlık Ürünleri Sanayi ve Ticaret A.Ş.
- Deva Holding A.Ş.
- Mustafa Nevzat İlaç Sanayi A.Ş.
- Koçak Farma A.Ş.
- Sanovel İlaç A.Ş.
- Nobel İlaç A.Ş.

Eğer sağlık alanında Ar-Ge faaliyeti yürütüyor ve en az 50 Ar-Ge personeliniz varsa, kendi Ar-Ge merkezinizi kurabilirsiniz.

TÜBİTAK - öncelikli alan çağrıları

Öncelikli alan çağrıları, TÜBİTAK'ın ülkemizin genel gelişme stratejileri ile uyumlu olarak desteklenmesi gereken stratejik alanlara özel çıkarttığı özel bir destek programıdır. İlk olarak 2012 yılında program kapsamında enerji, gıda, makine imalat, bit ve otomotiv öncelikli alanlarında toplam 22 çağrı yayımlanmış, 682 ön başvuru alınmış, 337 proje öneri başvurusu alınmış ve 177 adet projenin desteklenmesine karar verilmiştir. 2013 yılı ilk çağrıları enerji, bilim, sanayi ve teknoloji öncelikli alanlarda olmuştur.

Bütün bu güzel gelişmelere rağmen, sağlık alanındaki destek oranı ancak TÜBİTAK'ın 2013 yılında sağlığı "öncelikli alan" statüsüne çıkarması ile bir nebze olsun artmaya başlamıştır. TÜBİTAK BTYK'sının 25. Toplantısında alınan bu kararın metni şöyledir: "Sağlık alanının, Ulusal Bilim, Teknoloji ve Yenilik Stratejisi 2011-2016 kapsamında ivme kazanmamız gereken alanlardan biri olarak belirlenmesine karar verilmiştir".⁽⁸⁾ Bu kararın gerekçesinde ise şu çarpıcı tespitler yer almaktadır: Sağlık alanı, dünyada en çok Ar-Ge yapılan sektörlerden biridir. Sağlık alanında ABD'de 57 Milyar Dolar, AB'de 31 Milyar Dolar, Japonya'da ise 18 Milyar Dolar Ar-Ge harcaması yapılmaktadır. Ülkemizde, sağlık sektörü Ar-Ge harcamasının sektörel dağılımı incelendiğinde yükseköğretim tarafından sağlık bilimleri alanında yapılan Ar-Ge harcaması 1,7 Milyar TL iken özel sektör Ar-Ge harcaması 197 Milyon TL

Tablo 3: 1995-2012 arasında TÜBİTAK tarafından desteklenen firma ve projeler

	Başvurulan proje		Başvuran firma		Desteklenen proje		Desteklenen firma	
	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran
KOBİ	2.249	75%	6.486	91%	6.859	71%	4.081	89%
Büyük firma	4.173	25%	662	9%	2.862	29%	501	11%
Toplam	16.422		7.148		9.721		4.582	

olarak gerçekleşmiştir. Sağlık alanında kendi Ar-Ge'mizle geliştirilen ürün sayısı son derece sınırlıdır. Bununla birlikte ülkemizde ilaç sektöründe ihracatın ithalatı karşılama oranı gelişmiş ülkelere kıyasla oldukça düşüktür.

* 2011 yılı itibarıyla ilaç sektöründe 5 Milyar TL ithalat ve 595 Milyon TL ihracat yapılmakta ve yaklaşık 4,5 Milyar TL dış ticaret açığı bulunmaktadır. Tıbbi cihazlar sektöründe de 1,7 Milyar TL ithalat ve 187 Milyon TL ihracat yapılmakta ve 1,5 Milyar TL'den fazla dış ticaret açığı bulunmaktadır. Özetle, ülkemizde sağlık alanındaki Ar-Ge ve yenilikçilik faaliyetlerine ivme kazandırılması ve ekosistemin güçlendirilmesi gerekmektedir; kendi ilaçlarını, moleküllerini ve tıbbi cihazlarını üreten bir ülke olabilmemiz için öncelikli alanlar listesine eklenmesinin uygun olacağı değerlendirilmektedir. (Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD), 2012)

Görüleceği üzere TÜBİTAK çok doğru tespitlerle yerinde bir karar almış ve ilk olarak 2013 yılı ikinci yarısında açılan bir çağrı ile "biyomedikal ekipman, tıbbi tanı kitleri, biyo-malzeme ve aşı" alt başlıklarıyla proje üretilmesini teşvik etmiştir. Bu serinin devamı olarak 2014 yılı içerisinde de yine sağlık alanında açılan ve 16 Haziran 2014'e kadar açık kalan çağrı alanları arasında "biyomedikal ekipmanlar- ameliyathane robotları ve cerrahi aparat/cihazlar" yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığı ve sağlıkta Ar-Ge

Sağlık Bakanlığı, on 12 yıldaki gelişimini, Ar-Ge konusunda da teorik planda iyi bir zemine oturtmaya çalışmaktadır. Pratikte hâlâ bazı sorunlar yaşansa da, bu alana verilen önem ortadadır ve yeni başarı hikâyelerinin ortaya çıkması gayet mümkün görünmektedir.

Stratejik plan

Baktığımızda Sağlık Bakanlığı'nın 2010-14 Stratejik Planında Ar-Ge ile ilgili hedef ve stratejilerinin şu şekilde yer aldığını görmekteyiz:

SH 2.5. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi kapsamında, Ar-Ge çalışmaları ve bilimsel yayınları desteklemek

2.5.1. Sağlık Bakanlığı Ar-Ge Birimi'nin kurumsal yapısını güçlendirmek ve personel kapasitesini geliştirmek

Tablo 4: 1995-2012 arasında TÜBİTAK tarafından onaylanan başvurular

	Projelerin destek başarı oranı	Firmaların destek başarı oranı
KOBİ	56%	63%
Büyük firma	69%	76%
Ortalama	59%	64%

Hedefe yönelik stratejiler

- Farmakogenomik, gen tedavisi ile ilgili araştırmalar, genetik tanı ile ilgili araştırmalar, kök hücre araştırmaları / hücre tedavisi ile ilgili araştırmalar, minimal invaziv cerrahi araştırmaları, biyoteknoloji ve gen teknolojileri, mekatronik, nanoteknoloji ve benzeri konularda kapasite geliştirilecek,
- Kamu, üniversite ve özel sektör işbirliğiyle Ar-Ge projeleri geliştirilecek, kurumlar arası eşgüdüm sağlanacak,

• Sağlık alanında görev yapan uluslararası kuruluşlarla işbirliği alanları ve projeler geliştirilecektir. Görüleceği üzere Bakanlık daha önce olmadığı kadar net bir şekilde Ar-Ge ile ilgili yapacağı çalışmaları hedef olarak belirlemiştir. Aynı planda, bu hedeflere nasıl ulaşacağına dair göstergeler Şekil 1'de yer almaktadır.

Açıkçası yukarıda belirlenen hedefe ulaşmayı sadece KAMAG (Kamu Ar-Ge) projesi sayısı temsil etmek biraz yetersiz kalmaktadır. Ayrıca, Bakanlığın tamamladığı ve devam eden KAMAG projelerine göz attığımızda, bu hedefin biraz gerisinde kaldığını da söylemek durumundayız.⁽⁹⁾

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

Sağlık Bakanlığı, bağlı bulunan kuruluşların ve icracı birimlerin Ar-Ge ihtiyaçlarını koordine etmesi ve KAMAG projelerinde koordinasyonu sağlaması amacıyla Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü adıyla yeni bir yapılanmaya gitmiştir. Bakanlığın dokuz genel müdürlüğünden birisi olan Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, bünyesinde şu daireleri barındırmaktadır:⁽¹⁰⁾

- Araştırma ve Sağlık Sistemleri Geliştirme Daire Başkanlığı,
- Sağlık İstatistikleri Daire Başkanlığı,
- Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı,

- Eğitim, Proje ve Ar-Ge Daire Başkanlığı,
- Yönetim ve Destek Hizmetleri Daire Başkanlığı

Sağlık Bakanlığı Ar-Ge Hizmet Alımı Kanunu

Sağlık Bakanlığı, pek yaygın bilinmeyen ayrı bir Ar-Ge destek imkânını kendi öz bütçesi üzerinden sunmaktadır. Diğer kamu kuruluşları gibi, Kamu İhale Kanunu'na tabi olarak mal/hizmet alımı yapan Sağlık Bakanlığı, alımı yapılacak hizmet Ar-Ge niteliği taşıdığından, farklı bir alım yöntemi takip edebilmektedir. İlk olarak 31 Temmuz 2010 tarihinde 27658 sayısı Resmi Gazete ile yayınlanan 2010/646 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile Sağlık Bakanlığı'na Ar-Ge hizmetlerinin alımı konusunda ciddi esneklikler sağlanmış, 1 milyon TL'ye kadar olan hizmet alımlarında üniversitelerden doğrudan hizmet alımının yolu açılmıştır. Ardından 22 Şubat 2012 tarih ve 28212 sayılı Resmi Gazete ile yayımlanan 2012/2778 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile Ar-Ge hizmet alımlarında daha önceki 1 milyon TL sınırı 3 milyon TL'ye yükseltilmiştir. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü'nün, bu kanunları düzenleyen Sağlık Bakanlığı Ar-Ge Hizmet Alımları Genelgesi (2010/82 Ve 2013/1) kapsamında desteklenen ve sonuçlanan projelerinin sayısı 11'dir.⁽⁹⁾

Sonuç

Ülkemizde Ar-Ge çalışmalarındaki kapasite artışı gerçekten göz doldurucudur. Ancak toplam kapasite olarak hâlâ OECD ülkeleri arasında oldukça gerideyiz. Bu durum sağlık alanındaki Ar-Ge faaliyetleri bazında ele alındığında daha da kötü durumdadır. Son yıllarda sağlık alanına özel çıkartılan destek ve teşvikler bu açığın kapatılmasına katkı sağlayacaktır. Ancak farkın çok büyük olması, önümüzdeki 10-20 yıl boyunca çok sıkı bir performans sergilememizi gerekli kılmaktadır. Özellikle yeni açılan üniversitelerimizin ve nitelikli akademik kadrolarımızın özel sektörle işbirliği yaparak oldukça bâkir olan bu pazarda çok güzel projeler yapacaklarına ve başarı hikâyeleri oluşturacaklarına yürekten inanıyorum.

Kaynaklar

1) http://www.sagem.gov.tr/daireler/egitim_ve_proje/arge/docs/frascati_kilavuzu.pdf (Erişim tarihi: 01.06.2014)

2) http://www.sagem.gov.tr/daireler/egitim_ve_proje/arge/docs/TUBITAK_bilim_ve_teknoloji_kavram_ve_terimleri.pdf (Erişim tarihi: 01.06.2014)

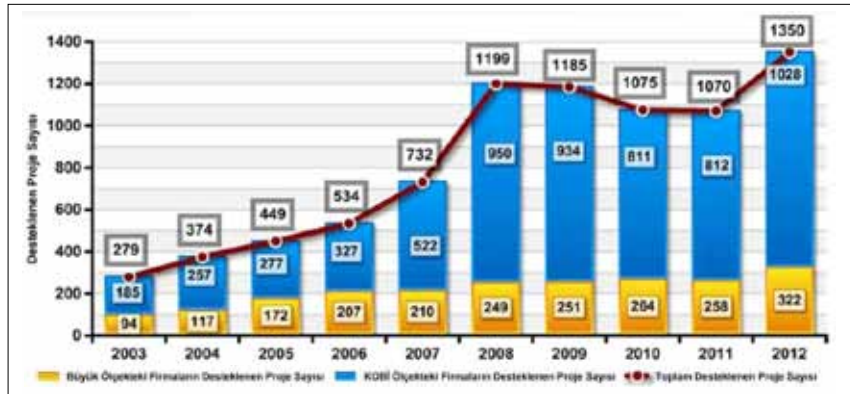
3) <http://www.tubitak.gov.tr/destekler/sanayi/ulusal-destek-programlari> (Erişim tarihi: 01.06.2014)

4) <http://sagm.sanayi.gov.tr/Files/Documents/ar-ge-merkezleri-ozet-bil-1132014193610.pdf> (Erişim tarihi: 01.06.2014)

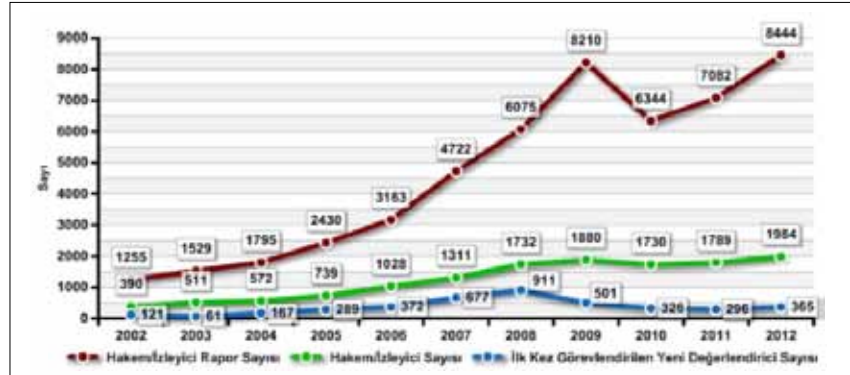
5) www.sanayi.gov.tr (Erişim tarihi: 01.06.2014)



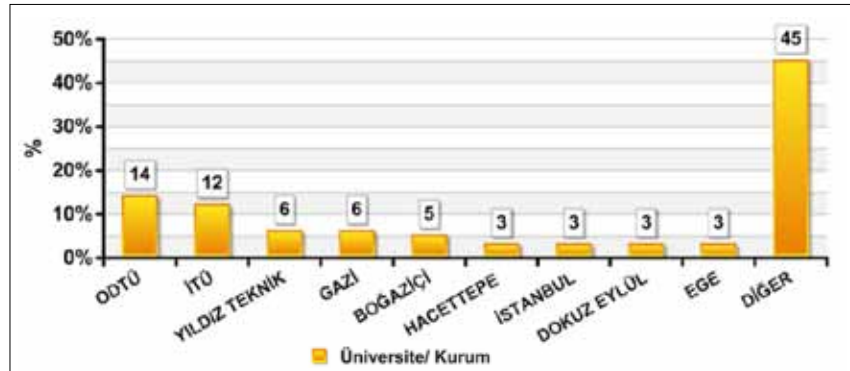
Şekil 1: Proje başvurularının firma ölçeğine göre dağılımı



Şekil 2: Desteklenen başvurularının firma ölçeğine göre dağılımı



Şekil 3: Projelerin değerlendirilmesinde yer alan hakem/izleyici sayısı



Şekil 4: Projelerin değerlendirilmesinde hakem/izleyici olarak görev alan akademisyenlerin üniversitelere göre dağılımı (1995-2012)

6) <http://sagm.sanayi.gov.tr/ServiceDetails.aspx?dataID=217> (Erişim tarihi: 01.06.2014)

7) <http://www.tubitak.gov.tr/destekler/sanayi/ulusal-destek-programlari/icerik-istatistik> (Erişim tarihi: 01.06.2014)

8) <http://www.tubitak.gov.tr/destekler/sanayi/ulusal-destek-programlari/icerik-1511-tubitak-oncelikli->

alanlar-arastirma-teknoloji-gelistirme-ve-yenilik-p-d-p (Erişim tarihi: 01.06.2014)

9) http://www.sagem.gov.tr/daireler/egitim_ve_proje/arge/Default.aspx (Erişim tarihi: 01.06.2014)

10) <http://www.sagem.gov.tr/> (Erişim tarihi: 01.06.2014)

Türkiye'de yenilikçi ilaç için yol haritası

Yrd. Doç. Dr. Mustafa Güzel



Hacettepe Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Kimyagerlik Bölümünden mezun oldu (1987). 1988-1993 yılları arasında İstanbul'da MEB kadrosunda kimya öğretmenliği yaptı. Ardından yüksek lisans ve doktora eğitimi için ABD'ye gitti. Medisinal ve organik kimya alanlarında eğitimini Clemson Üniversitesinde tamamladı. Ardından önce Northeastern Üniversitesinde Medisinal ve Organik Kimya Laboratuvarları Koordinatörü olarak, daha sonra ise farklı ilaç Ar-Ge firmalarında medisinal kimyacı ve uzman bilim insanı olarak çeşitli görevler üstlendi. Yaptığı çalışmalardan yaklaşık 28 civarında patenti mevcuttur. Ayrıca kendisinin keşfettiği 3 adet şeker hastalığı ilacı (Glukokinaz Aktivatörleri ve GLP-1 Aktivatörü) şu an Faz-2A ve Faz-2B çalışmaları devam etmektedir. Yine Dr. Güzel'in keşfinde katkıda bulunduğu bir Alzheimer ilacı (RAGE İnhibitörü) şu an Faz-3 çalışmasında olup Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi tarafından hızlı takip listesine alınmıştır. ABD'de en son kanser ve kanser metabolizmaları (HK-2 İnhibitörleri) ile ilgili ilaç geliştirme projesinde yönetici olarak görev yapan Dr. Güzel, araştırmalarını halen İstanbul Medipol Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji Ana Bilim Dalında sürdürmektedir. Dr. Güzel evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Bu yazıyı ele almadan önce şunu düşündüm: Türkiye'de artık yenilikçi ilaç veya "milli ilaç" diyebileceğimiz, bizim de bir ilacımız olabilir mi? Bunun için bir altyapı hazır mı? Yeterli derecede ilaç keşfinden tutun da Faz-I den Faz-III'e kadar ilaç keşif ve geliştirme çalışmaları yapabilecek kapasitede yeterli araştırmacı bilim insanı, akademisyen kaynağı ve donanımlı tesisler var mı? Ya da en azından bu tesisleri oluşturabilecek bir altyapı hazırlığı var mı? Yazımda bunlarla ilgili çalışmalara bakmak, detaylı verilere analiz etmek, ayrıca ilgili kurum ve kişilerin katkılarını ve son olarak bu konudaki şahsi düşüncelerimi aktarmak istiyorum.

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) doktora sürem de dâhil 20 küsur yıllık ilaç araştırmaları tecrübeme ve de farklı ilaç Ar-Ge firmalarından aldığım tecrübeye dayanarak şunun altını çizmeliyim ki; ilacın tasarımı, sentezinden tutun da markete sunulmasına kadar geçen süre ortalama 13-15 yıl arası sürebilen uzun soluklu ve yaklaşık 12-15 farklı bilim alanlarındaki uzmanların katkılarıyla gerçekleştirilecek, hiç de kolay olmayan bir çalışmadır ki bu da çok sabırlı ve kararlı bir çalışma örneği gerektirir. Bazen başlangıçtan sonra yani bir ilaç

bulup markete sunana kadar on binlerce ilaç adayı diyebileceğimiz molekülleri sentezleyip etkinliğini araştırmamız gerekebilir. Bunun yanında vücutta yapabileceği yan etkileri ve güvenli olup olmadığı da iyice araştırılmalıdır ki bu da kapsamlı bir çalışma gerektirir. Buradan şu sonuç çıkıyor: Bilim insanlarının ilaç adayı olarak sentezlediği moleküllerin %99'dan fazlası sadece bulguları bize yansıtan ve araç olabilecek maddelerdir ki sonunda atıl kalırlar yani hemen hemen hepsi unutulup gidilir, ancak birkaçı geride kalır. Bunu uzun bir maraton yarışı olarak düşünebiliriz. Yarışın sonunda sadece bir kişi ipi göğüsleyip birinci olur. İlaç keşif ve geliştirme aşamasında da sonuç budur. Üzerinde çalışılan terapötik alan için ilaç bulup markete sunulduktan sonra araştırmacının o proje için geriye kalan son görevi, bulunan ilacın yerine geçebilecek, benzeri olan ve aynı etkinlikte yedek bir ilaç adayı tespit etmektir.

Dünyada gelişmiş ülkelerde ilaç endüstrisi genel olarak kimya endüstrisinin altında yer alan bir endüstridir ve hemen hemen %25-30'unu teşkil eder ki bu da çok büyük bir markettir. Yani dünyadaki ilaç devlerinin bundan aldığı pay oldukça yüksektir. Türkiye olarak ülkemizin bundan alacağı pay

ve yapacağı katkı da bu ölçüde artık kendini gösterebilmelidir. Ülkemiz de kendi lisansını elinde bulundurduğumuz ilaçların yapım ve dağıtım hakkına sahip olabilmelidir. Öncelikle Türkiye'nin belirlediği vizyon ve hedeflere ulaşabilmesi için sağlıklı bir topluma ihtiyacı vardır. Her vatandaşın eşit olarak sağlık hizmetlerine erişebilmesi gerekir. Sağlık alanında son 10 yıldır gözle görülen hatta başka ülkelerin de takdirini kazanmış önemli gelişmeler söz konusu. Ama şunu da belirtmeliyiz ki sağlık alanında hala yüksek bir cari açığımız mevcuttur ki bunu rakamlarla ve grafiklerle aşağıda siz değerli okuyuculara aktarmaya çalışacağım. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşanan nüfus, yaşam şartlarındaki değişim, aldığımız gıdalardaki dönüşüm yani proses edilmiş gıdaların artışı, insanları kasıp kavuran kronik hastalıkların artmasına neden olduğu gibi bir sürü ihmal edilmiş nadir görülen hastalıkları da tetiklemiştir. Fazla kâr oranı görülmediğinden dolayı böyle hastalıklarla zaten çoğu özel ilaç firması Ar-Ge çalışması bile yapmaya gerek görmemektedir. Böyle nadir görülen fakat öldürücü hastalıklarla ilgili ancak özel vakıfların bağışlarıyla kurulan klinik öncesi veya klinik araştırmalar yapan kurumlar ABD başta olmak üzere gelişmiş ülkelerde mevcuttur. Bu konuya istinaden



Ülkemizde devlet kademelerindeki hantallık hala giderilememiştir. İlaç alanında bilhassa onay süreçlerindeki sorunlar, kriterlerin çok katı olması, ilacın denenmesi ve markete sunumu aşamasındaki bürokratik engeller ilaca erişimi oldukça yavaşlatmaktadır. Bunların bir an evvel iyileştirilmesi, hem ilaç firmalarını hem de devletin gerekli organlarını dinamikleştirecek, bu da ilacın hastaya sunum sürecini hızlandıracaktır.



Grafik 1: 2002-2011 döneminde Türkiye'de AR-Ge harcamaları

	Eczacılık ürünlerinde* Ar-Ge Harcaması Milyon TL	Toplam Ar-Ge Harcamaları İçindeki Pay	Ticari Kesim Ar-Ge Harcamaları İçindeki Pay
2009	91.8	%1,13	%2,8
2010	92.1	%0,99	%2,3
2011	194.2	%1,74	%4,0

* Temel eczacılık ürünleri ve eczacılığa ilişkin malzemelerin imalatı

Grafik 2: 2009-2011 döneminde Türkiye'de eczacılık ürünlerinde AR-Ge harcaması

Uluslararası İlaç Üreticileri ve Dernekleri Federasyonu (IFPMA) ve aynı zamanda eski Schering-Plough Başkanı Dr. Fred Hassan, endüstriyel kurumların bu konuda sorumluluklarının gittikçe arttığını, bilhassa ihmal edilmiş hastalıklarla da küresel bir mücadele yöntemi geliştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır.⁽¹⁾ Hatta konuşmasının sonunda şöyle demiştir: "Mevcut tedavileri iyileştirmek ve etkin bir çarenin olmadığı hastalıkları ele almak üzere kuşkusuz toplumun daha fazla yeni ilaca ihtiyacı var."

Bunun yanında aynı federasyonun 2005 yılında yapmış olduğu bir toplantıda HIV/AIDS ile ilgili süregelen ilaç ve aşı çalışmalarının hızlandırılması ve bu konuda tüm dünyanın el ele verip ortak ciddi çalışmalar yapması gerektiği vurgulanıyor. Örneğin Zambiya eski devlet başkanı Kenneth Kounda bu konuyla ilgili şöyle bir açıklama yapmıştır: "Bu sorun tüm paydaşların ülke olarak ve bölgesel ve uluslararası düzeylerde yüzde yüz odaklanmasını gerektiriyor." Bu sözler şunu açıkça göstermektedir ki, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin karşı karşıya olduğu ciddi sağlık sorunlarının hepsini ele almak üzere bütün paydaşların uyumlu bir ortaklık çabası sergilemesi gerekmektedir. Bu yüzden de araştırmacı ilaç endüstrisi, sağlık hizmetlerine küresel çapta benzersiz bir katkıda bulunan, çok önemli bir paydaştır.⁽²⁾ Türkiye de gelişmekte olan bir ülke statüsüyle bu endüstride katkıda bulunabilecek bir paydaş niteliğiyle

yerini almalıdır. Bu konuda Hükümete, sanayicilere ve bilim insanlarımıza çok önemli görevler düşmektedir. Yerli ilaç üretimi konusu uzun soluklu ve maliyeti oldukça yüksek bir proje olduğu için devlet kurumları (TÜBİTAK vb.), bilim insanları ve sponsorlarımızın ortak projelere imza atmasıyla mümkün olabilir. Akademik ortamda buna katkı yapan bilim insanlarımıza destek esirgenmemeli, fakat verilen kaynakların ve devlet desteğinin kontrolü belirli aralıklarla yapılmalıdır. Özel firmalar Ar-Ge'ye teşvik edilmeli fakat bu firmalar da her şeyi devletten beklememelidir. Dengeli bir çalışmayla adeta bir sacayağı sistemiyle (devlet kurumları-özel ilaç firmaları-akademisyenler ve araştırmacılar) çalışmalar yürütülmelidir. ABD'de federal hükümetin ilaç Ar-Ge'ye ayırdığı yıllık pay 35 milyar dolar civarında olup ve bunun yanında özel ilaç firmalarının ayırdığı yıllık miktar 65 milyar dolardır. Yani her şeyi devletten beklemeyip bu iş için sanayici ve işletmeciler kurumların ciddi bir miktar para akıtması gerekir. Zaten bir ilacı geliştirip markete sunulduğunda dağıtım hakkına sahip firma Ar-Ge masrafını çoktan çıkaracaktır. Bir örnek vermek gerekirse, kolesterol düşüren ve kalp rahatsızlıkları için dünyaca kullanılan Lipitor'un yıllık ciroosu patent hakkının sona erdiği Kasım 2011'e kadar 15-16 milyar Dolar idi ve Pfizer bu ilaçtan son 7-8 yılda müthiş rakamlar kazandı. Bir ilacın Ar-Ge çalışmaları ve markete sunulana kadar yapılan masrafın 700 milyon Dolar ile 1,5 milyar Dolar arası

olduğunu düşünürsek bu Ar-Ge masrafını zaten çoktan çıkartmış oluyor. Bizim gibi gelişmekte olan veya gelişmemiş ülkeler de maalesef bu konuda dışa bağımlı kalıyor.

Şimdi ülkemizin ilaç konusundaki gerçeklerine bakmaya çalışalım. Eski Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanı Nihat Ergün bir basın toplantısında, teşvik sisteminde stratejik sektörler arasında yer alan ilaç sektörü için yol haritası niteliği taşıyacak olan "İlaç Sektörü Strateji Belgesi ve Eylem Planı"nı hazırladıklarını belirtmiş. Sektörün uzun dönemli vizyonunun "ilaç sektöründe Ar-Ge, üretim ve yönetim merkezi olan bir Türkiye" şeklinde belirlendiğini kaydeden Ergün, bu vizyon çerçevesinde Türkiye İlaç Sektörü Stratejisi Belgesi'nin genel amacının, "Ülkemizi uluslararası rekabet gücüne sahip, dünya ihracatından daha fazla pay alan ve dünya ilaç endüstrisinde küresel bir oyuncu haline getirmek" olduğunu anlattı. Sayın Ergün'ün açıklamalarının ardından aşağıda 11 Nisan 2013 tarihinde İTAM tarafından düzenlenen toplantıdaki sunumdan alınan grafikleri sunuyorum.⁽⁴⁾

Ülkemizde Ar-Ge harcamaları ve istihdamda gözle görünür bir artıştan söz edilebilir ama bu rakamlar istenilen seviyede değildir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde ilaç sektörü Avrupa'da 6, dünyada ise 14. büyük ilaç sektörü olmasına rağmen⁽⁵⁾ bilhassa "yenilikçi ilaç" dediğimiz yeni ilaç keşfindeki Ar-Ge



Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde ilaç sektörü Avrupa'da 6. dünyada ise 14. büyük ilaç sektörü olmasına rağmen bilhassa “yenilikçi ilaç” dediğimiz yeni ilaç keşfindeki Ar-Ge paydasında ülkemizin varlığı hissedilmemektedir. Bu da ilaç sektöründe dışa olan bağımlılığımızı daha da arttırıyor. Türkiye'nin gelişen ekonomisi ve dış siyasetteki etkinliğiyle birlikte bölgede söz sahibi ve sözü dinlenen bir otorite konumuna geldiğinden hareketle ilaç konusunda da keşif, üretim, pazarlama vs. gibi noktalarda etkin bir görevi üstleneceği aşikârdır.

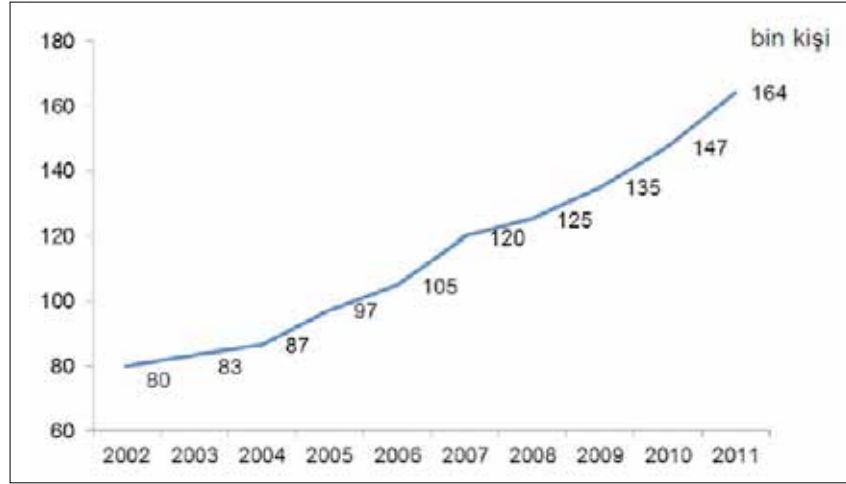
paydasında ülkemizin varlığı hissedilmemektedir. Bu da ilaç sektöründe dışa olan bağımlılığımızı daha da arttırıyor. Eğer ülkemizi ilaç sektöründe söz sahibi olmak isteyen ülkeler konumunda görmek istiyorsak yönetilen, yönlendirilen konumda değil sözü dinlenen ve elinde yenilikçi ilaçların Ar-Ge'sini yapabilecek kapasitede işgücü ve potansiyeli olan bir noktaya taşınmalıyız. Ayrıca Türkiye'nin gelişen ekonomisi ve dış siyasetteki etkinliğiyle birlikte bölgede söz sahibi ve sözü dinlenen bir otorite konumuna geldiğinden hareketle ilaç konusunda da keşif, üretim, pazarlama vs. gibi noktalarda etkin bir görevi üstleneceği aşikârdır. Sağlık hizmetlerindeki gelişmeler ve kişi başına düşen GSYH'deki artışın etkisi ile Türk ilaç sektöründeki büyüme, yabancı yatırımcılar için Türkiye'yi cazip bir yatırım merkezi haline getirmektedir. Türkiye'de yerli üretimin artırılması için Sağlık Bakanlığı ve Ekonomi Bakanlığı tarafından önerilen teşvik politikaları

daha da geliştirilmelidir. Hatta sanayici işadamları ile ilacın gelişimiyle ilgilenen araştırmacı bilim insanlarını buluşturan toplantılara ön ayak olunmalıdır. 2012 yılında yapılan bir Bakanlar Kurulu'nda, biyoteknolojik ilaç ve onkoloji ilaçlarıyla beraber kan ürünlerindeki yerli üretimin teşviki için yatırımcıların bölgesel desteklerden faydalanabileceği belirtilmiş ve bu ürünlerle ilgili yatırımlar öncelikli yatırımlar kapsamında değerlendirilmiştir. Bu kapsamda verilen ana teşvik unsurları, vergi indirimi ya da muafiyeti, yatırım yeri tahsis, sigorta primi işveren desteği ve faiz desteği yeterli olmamakla beraber bu teşviklerin artırılması için etkin bir politika izlenmelidir. Ayrıca ilaç sektöründeki ihracat oranının artırılması ve geliştirilmesi için yerli sermayenin yeterli olmadığı durumlarda çok uluslu firmalarla işbirliği yapılması, gerektiğinde bilgi ve teknoloji transferini beraberinde getirmekte ve yerli üretimin geliştirilmesi sürecine katkı sağlamaktadır.

Şimdi isterseniz Türkiye'deki kanser vakalarına ve hastaların yenilikçi kanser ilaçlarına ulaşımının zorluğuna Avrupa ülkelerine kıyasla rakamlarla karşılaştırma yaparak bakmaya çalışalım. Kısaca özetlemek gerekirse, ülkemizde her yıl 160 bin kişiye kanser teşhisi konulurken bunlardan 100 bini ne yazık ki yaşamını yitirmektedir. Düzenlenen bir raporda Türkiye'de kanser tedavisinin Avrupa ülkelerine göre zorluğu ve hastaların yaşam sürelerinin oldukça kısa olduğu, bunun başlıca nedeninin yeni çıkmış kanser ilaçlarına ulaşımın zorluğu olduğu öne sürülüyor.⁽⁶⁾ Hazırlanan bu raporda ülkemizdeki kanser vakalarındaki sağ kalımı etkileyen en büyük faktörler olarak; geç tanı, tedaviye geç ulaşım, var olan tedavi seçeneklerinin ülkemizdeki erişim olanakları, çok sigara tüketimi gibi ülkemize özgü kanser nedenleri ve genetik özellikler sıralanıyor. Bunun yanında ruhsatlandırmadaki uzun zaman kayıpları, geri ödeme sürecinin

uzunluğu ayrı bir etken olarak vurgulanıyor. Bu bürokratik engellerin bir an evvel bilhassa onkoloji ilaçları için azaltılması ve hastaların hızlı erişimine olanak sağlayan modellerin uygulamaya konulması önerilmektedir. Son 10 yıldaki onkolojiyle ilgili geliştirilen ve hastalığa özgü mekanizmaları hedef alan yeni tedaviler için geliştirilen ilaçların sayısı oldukça fazladır. Yalnız kaynakların sınırlı olduğu ülkemizde milyarlarca dolar tutarında Ar-Ge yatırımı sonucu geliştirilmiş bu ilaçlara erişim için ciddi kaynakların oluşturulması gerektiği aşîkârdır. Hatta bu kaynaklarda önceliklendirme yapılması ve kansere kaynak oluşturacak yeni modellerin oluşturulması gerekir ki böylece bu hastalıktan mustarip olan hastalarımızın derdine çare olabilecek yeni ilaçlara ulaşım hızlandırılmış olsun. Çünkü kanserde zaman kavramı yukarıda da bahsettiğim gibi çok ama çok önemlidir. Türkiye’de kanser tedavilerine ayrılan sağlık harcamaları payı %3 ve kişi başına düşen kanser tedavisi harcamasının sadece 25 Euro olduğu belirtilmektedir. Bu rakamlar diğer Avrupa ülkeleriyle kıyaslandığında çok düşüktür. Yenilikçi ilaçların etkin şekilde kullanılması, ayrıca verimlilik ve işgücü kaybının önlenmesiyle birlikte halkımızın yaşam standardı ve kalitesini arttırmak mümkündür.

Bilindiği üzere Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti 2023 Hedefleri çerçevesinde “2023 yılı ilaç gibi gelecek”⁽⁷⁾ gibi bir söylemiyle yola çıkıp ülkemizin bölgede yükselen bir değer ve yıldız olma gayretindedir. Araştırmacı İlaç Firmaları Derneğinin hazırladığı bu raporda Türkiye’nin 2023 hedeflerine ulaşabilmesi için farmasötik inovasyonun ve ilaç endüstrisinin teşvik edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bununla beraber İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) Genel Sekreteri Turgut Tokgöz aynı konuya parmak basarak, gereken önlemler alınmazsa yerli ilaç endüstrisinin tamamen yabancı endüstriye dönüşeceğini, bunu önlemenin ancak tedarikçi zihniyetin kalkmasıyla mümkün olabileceğini ve ülke gerçeklerinin iyi bilinmesi gerektiğini ifade ediyor. Tokgöz bugünden başlanarak iyi bir program ve planlama ile 2023’e kadar Türkiye ilaç endüstrisinin küresel ölçekte bir oyuncu haline dönüştürülmesinin mümkün olduğu vurguluyor.⁽⁸⁾ Bu noktada Araştırmacı İlaç Firmaları Derneğinin (AİFD) hazırladığı gerçek verilere dayanan ve kapsamlı raporun göz ardı edilmemesi gerekiyor. Raporun sunumunda AİFD Yönetim Kurulu Başkanı Güldem Berkman “Biz, yenilikçi ilaç sektörü olarak 2023 yılı itibarı ile 23 milyar ABD Dolarını aşkın üretim yapan, ihracatını 8 milyar ABD dolarının üstüne çıkarmış, dış ticaret fazlası veren ve yılda 1,7 milyar Dolar seviyesinde Ar-Ge yatırımı gerçekleştiren bir Türkiye ilaç sektörünün hayal olmadığını inanıyoruz” diyor.⁽⁷⁾ Şahsen



Grafik 3: 2002-2011 döneminde Türkiye’de istihdam edilen toplam Ar-Ge personeli

	Eczacılık Ürünlerinde* Ar-Ge İstihdamı	Toplam Ar-Ge İstihdamı İçindeki Pay	Ticari Kesim Ar-Ge İstihdamı İçindeki Pay
2009	691	%0.51	%1,8
2010	696	%0,47	%1,5
2011	932	%0,57	%1,7

* Temel eczacılık ürünleri ve eczacılığa ilişkin malzemelerin imalatı

Grafik 4: 2009-2011 döneminde Türkiye’de eczacılık ürünlerinde istihdam edilen Ar-Ge personeli

ben de bu görüşlere katılıyorum. Bunun hayalcilik değil ayakları yere basarak, düzenli ve kararlı ve güçlü adımlarla yukarıda bahsedilen üçlü koordinasyonla yapılabileceği inancını taşıyorum. Bir ilacın bir kişi tarafından Don Kişot gibi ortaya çıkıp “Ben yaptım oldu” anlayışıyla değil de en az bir düzineden fazla bilim alanındaki uzmanların iştirak ettiği bir konsorsiyum neticesinde mümkün olabileceğini vurgulamak istiyorum. Tabi ki bu sürecin temel sacayakları ve olmazsa olmazlarını çok iyi tespit etmek gerekiyor. Adı geçen raporda da belirtildiği gibi, öncelikle ülkemizin sağlık bilimleri alanında yenilikçiliği destekleyen, Ar-Ge ve katma değerli üretim yetkinliğini ilaç sektörünün merkezine yerleştiren, uzun vadeli ve köklü bir politika belirlenmesi ve bu politikayı da kararlı bir şekilde uygulaması gerekiyor. Bununla beraber hukuki ve idari düzenlemelerin hem kamu sağlığı ve otoritesini, hem de ilaç sektörünü koruyup gözeterek yapılması gerekiyor. Düzenlemelerin insana değer veren, insan merkezli ve bireylerin yaşam kalitesini arttırmaya yönelik şekilde planlanıp uygulanması hayati önem arz ediyor.

Artan nüfusu ve artan kişi başına düşen geliri neticesinde Türkiye’nin gelişmekte olan ülkeler listesinde başı çekmesi, ülkemizi yatırımcılar ve yabancı sermayenin bir odak noktası haline getirmiştir. Bundaki en büyük faktörler ülkemizdeki kamu sağlık hizmetlerindeki iyileştirmeler

ve ilaca erişimde iyileşme ve yaşam sürecindeki ortalama istatistiklerin artmasıdır. Şu bilinen bir gerçektir ki; Türkiye’deki ilaç endüstrisinde uzun yıllara dayanan uluslararası kalite standartlarına uygun bir üretim zaten yapılmaktadır. Kaliteli insan gücü ve ileri teknoloji ile üretilmiş ürünlerimiz, uluslararası pazarda gelişmiş ülkelerle rekabet edip AB ülkeleri de dâhil 135 ülkeye zaten ihraç ediliyor.⁽⁹⁾ Bundan sonrasında ise sağlıklı bir politika ile ilaçta ihracat ve ithalat dengesi bizim lehimize değiştirilebilir. Bu amaca ulaşmada diğer artı bir faktör de, son yıllarda dünyaya damgasını vuran ekonomik krizden Türkiye’nin fazla yara almadan çıkması ve sağlık sektöründeki gelişmiş ülkelerin bile gıptayla baktığı devrim niteliğindeki büyük atılımlardır. Yalnız bu olumlu gelişmelere değinirken ülkemizdeki sağlık alanındaki olumsuzluklar arasında ise yavaş ilerleyen bürokratik işlemlere değinmeden geçemeyeceğim. Ülkemizde devlet kademelerindeki hantallık hala giderilememiştir. İlaç alanında bilhassa onay süreçlerindeki sorunlar, kriterlerin çok katı olması, ilacın denenmesi ve markete sunumu aşamasındaki bürokratik engeller ilaca erişimi oldukça yavaşlatmaktadır. Bunların bir an evvel iyileştirilmesi, hem ilaç firmalarını hem de devletin gerekli organlarını dinamikleştirecek, bu da ilacın hastaya sunum sürecini hızlandıracaktır. Ayrıca Türkiye’nin daha fazla biyoteknoloji yatırımı çekmesi için, yenilikçilik ekosisteminin ve ilaç sektörü yatırım

İlaç ve tıbbi malzeme ithalatı için her yıl 7 milyar lira ödenen ülkemizde ilaç, aşı, biyomalzeme, tıbbi tanı kiti ve medikal ekipmanların yerli olarak geliştirebilmesi için somut adımlar atılması gerekir. Bu rakamın 5 milyarının sadece ilaç ithalatı için harcandığı düşünülürse, ilaç konusundaki cari açığın ne kadar büyük olduğunu gözlemleyebiliriz. İlaç firmalarının üretim ve Ar-Ge yatırımları yaparak yeni ürünler ortaya koyması, hükümetin de inovasyonu teşvik eden devlet politikalar geliştirmesi ile inanıyorum ki “2023 misyonu: milli ilaç” hedeflerine ulaşabiliriz.

ortamının iyileştirme çabalarının ivme kazanarak devam etmesi gerekmektedir. İlaç sektörünün talepleri doğrultusunda özellikle fikri mülkiyet haklarında uluslararası standartların sunulması, süreçlerin şeffaf olması ve yatırımı kolaylaştırıcı yasal düzenlenmelerin bir an evvel yapılması gerekiyor. Yalnız bunları belirtirken hali hazırdaki hükümetin bu konuda attığı pozitif adımların göz ardı edilmemesi gerektiği kanaatindeyim. Sağlık ve ilacın öncelikli alan statüsüne alınması, ayrıca Türkiye'nin kendi ilacını ve tıbbi cihazlarını üretebilmesi için çalışma yapacak kurum, akademisyen ve müteşebbislerin teşvik edileceği taahhüdünün Bilim ve Teknoloji Yüksek Kurulu tarafından verilmesi çok olumlu bir adımdır.⁽⁹⁾ TÜBİTAK Türkiye'nin ithal ettiği ilaçlarla ilgili de teşvik edici çalışmalar yapmaktadır. Eğer rakamlara bakalım olursak jenerik ilaçları üreten firma sayısı 60'dan fazla olmakla beraber yenilikçi ilaçla ilgili çalışan firma sayısı yok denecek kadar azdır.

Bütün bu gelişmeler olumlu olmasına rağmen ülkemizin insanları kasıp kavuran başlıca hastalıklara (Alzheimer, diyabet, kanser, kalp rahatsızlıkları vs.) karşı hala dışa bağımlı olması ve yerli



diyebileceğimiz pre-klinik aşamada dahi olsa ürünümüzün olmaması, meselenin ciddiyetini göz önüne sermektedir. Meselenin çok geç kalınmadan el atılmalıdır. Yetkili kurum ve kuruluşlarla birlikte bu alandaki profesyonellere büyük yük düşmektedir. Yani artık şapkamızı önümüze koyup, bazı şeyleri başkalarından beklemekten veya illa birilerini suçlamaktan ziyade pozitif, katılımcı, özgün, inovatif düşünmeyi teşvik eden bir tutum sergilenmelidir. Yoksa ancak bir yakınımızı veya akrabamızı bu hastalıklar yüzünden kaybettikten sonra hayıflanmak veya içlerimden ya da sadece gelişmiş ülkelerde olan bitenleri izlemek, takip ve taklit etmekten başka yapacak bir şeyimiz olmaz. Bu da gelişmekte olan ve bölgesinde parlayan bir yıldız konumundaki ülkemize zarar verir.

ilaç ve tıbbi malzeme ithalatı için her yıl 7 milyar lira ödenen ülkemizde ilaç, aşı, biyomalzeme, tıbbi tanı kiti ve medikal ekipmanların yerli olarak geliştirebilmesi için somut adımlar atılması gerekir.⁽¹⁰⁾ Bu rakamın 5 milyarının sadece ilaç ithalatı için harcandığı düşünülürse, ilaç konusundaki cari açığın ne kadar büyük olduğunu gözlemleyebiliriz.⁽¹¹⁾ Bu cari açığın da ancak yeni moleküllerin geliştirilmesi ve yeni ilaçların yapılmasında ülkemizin önemli bir merkez haline getirilmesiyle kapanabileceği kanaatindeyim. Tekrar özetlemek gerekirse ülkemizde ilaç firmalarının üretim ve Ar-Ge yatırımları yaparak yeni ürünler ortaya koyması, hükümetin de inovasyonu teşvik eden devlet politikalar geliştirmesi ile inanıyorum ki “2023 misyonu: milli ilaç” hedeflerine ulaşabiliriz. Bu görüş çerçevesinde yeni kurulmuş olan Temel Araştırmalar Merkezi (İTAM) veya bunun benzeri gibi akademisyenlerden oluşan

araştırma merkezleriyle birlikte Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği'ne (AİFD) önemli görevler düşüyor. Ülkemizin sağlık alanındaki atılımının ilaç alanında da aynı etkiyi bir an önce göstermesini arzu ediyorum.

Kaynaklar

- 1) “Endüstriyel Odaklı Çalışmada Araştırmacı İlaç Sektörünün Küresel Sağlığa Katkısı Vurgulanıyor”; Uluslararası İlaç Üreticileri ve Demekleri Federasyonu Basın Bülteni, Cenevre, 27 Şubat 2008.
- 2) “İlaç Endüstrisinin Küresel Sağlığa Katkıda Bulunurken Odaklandığı Başlıca Alanlar ve Geliştirdiği Eylemler”; Uluslararası İlaç Üreticileri ve Demekleri Federasyonu Basın Bülteni, Cenevre, 27 Şubat 2008.
- 3) “T.C. Sağlık Bakanlığı 28 Mayıs 2012 tarihli ve B.10.1.TT.0.61/610 sayılı yazılı soru önergesi cevabı, 2012.
- 4) “İlaç Sektöründe Ar-Ge ve İnovasyon”; Turgut Tokgöz (Genel Sekreter), İstanbul, 11 Nisan 2013 tarihli İlaç Temel Araştırma Merkezi (İTAM) Toplantısı Raporu.
- 5) “Türkiye İlaç Endüstrisinin Yeni Yol Haritası: Endüstri-Devlet İşbirliği”; 27 Şubat, 2012 tarihli Star Gazetesi haberi, Yavuz Dizdar.
- 6) “Türkiye İlaç Sektörü Vizyonu 2023 Raporu”; 14 Eylül 2012 tarihli AİFD Basın Bülteni.
- 7) “Gelişmekte Olan İlaç Pazarlarının Önemi ve Etkisi”; 22 Ekim 2013 tarihli Basın Bülteni.
- 8) “Türkiye'ye yatırım yapan kazanacak!”; Sağlık Bakanı Müezzinoğlu'nun Basın Açıklaması, 30 Nisan 2013.
- 9) “Başbakan: Milli İlaç İstiyorum”; Basında Çıkan Haberler, 19 Ocak 2013.
- 10) “Türkiye İlaç Sektörüne Stratejik Yaklaşım”; Dr. Filiz Sayar-Mühendis. Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Kalkınmada Anahtar Verimlilik Dergisindeki Makalesi, Sayı: 297, Eylül 2013.
- 11) “İthal İlacı Önleyecek Büyük Adım Atılıyor”; 24 Mayıs 2013 tarihli Bugün Gazetesi Ekonomi Haberi.

Yarım asırlık eczacıdan: Ticari ürün satmıyoruz, şifanın parçasıyız

Ömer Çakkal

Bir markanın misyonu ve tavrı, sadece adından ve logosundan bile insanları etkileyebiliyor. Eskiden beri Otacı'nın adından beyaz renkteki sade ve çiçekli logosuna kadar yerli, kendi yaşımda kavranan bir marka olduğunu düşünüyordum. TV'lerde milyon dolarlık bütçelerle reklam yayınlayan yabancı şampuan markalarının yanında, hiç reklamı olmayan bir üründü Otacı. Otacı'nın kurucusu merhum Niyazi Kurtsan'ın eşi 72 yaşındaki Meral Hanım'ı tanıdığımda, Otacı'yla ilgili hissettiklerimin bire bir doğru olduğunu fark ettim. 1956 yılında Kocamustafapaşa'da açılan Güneş Eczanesi'nin 64'te Sirkeci'de Büyük Postane'nin karşısına taşınması ile devam eden masalsı macera, imkânsızlıklar içinde üretilen kolonya, öksürük şurubu, sabun gibi ürünlerle, ilk Türk malı pastil ile bugün 58. yılında dev bir çınar olarak yoluna devam ediyor. Bugün de her sabah saat 10'u bulmadan eczanesini besmele ile açıp 4'e kadar çalışan, sedef ve vitiligo şikâyetiyle Anadolu'nun dört bir yanından kendisine gelen bir kısım garip gurebanın ilaçlarını çoğu kez bilabedel bir şekilde hazırlayan Meral Hanım, karşılığında bolca teşekkür, bolca dua, bazen evlerde yapılan tepsi tepsi börekler, bazen çeyizlerden çıkartılıp hediye getirilen Tokat işi masa örtüleri alıyor. Yani bu ilişki tam bir eski zaman öyküsü. Yani o eski zamanlardan kalma bir eczacı. Bu kez yarım asırlık bir yerli üretici, ama daha çok eski zamanlardan kalma bir eczacı ile yaptık röportajımızı.

"60'larda eczanede ağrıkesici ve dut şurubu satardık"

Meral Hanım, sizle konuşurken evvela eşiniz Merhum Ecz. Niyazi Kurtsan'ı ve Kurtsan İlaç Fabrikası'nı konuşmamız gerekiyor. Muradımız biraz da ülkemizde yerli ilaç üretiminin tarihini de konuşmak. Niyazi Kurtsan kimdir, siz onunla nasıl tanıştınız, ne zaman evlendiniz?

Ben İzmirliyim ama anne tarafından Boşnak kökenliyim. 1942'de dünyaya gelmişim. Ben İzmir Kız Lisesinde okurken Niyazi Bey ile tanıştım. Allah'ın bir lütfu diyelim, annemi karşılamaya gittiğim Karşıyaka Tren İstasyonunda beni görmüş. İzmir'de askerliğini yapıyordu o esnada. O göçmendi, kökleri Gümülcineliydi. Ailesi İzmir'e yerleşmişti. 1925 yılında Gümülcine'de doğmuş. II. Dünya Savaşı sırasında ailesi ile birlikte Türkiye'ye göçmüş. Önce Manisa'nın Akhisar ilçesine, sonra da İzmir'e yerleşmiş. Yazın Akhisar'da tütün tarlalarında çalışmış. Devlet bursu ile önce Afyon Lisesi'ni sonra da İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'ni bitirmiş. Sanata olan tutkusu nedeniyle de, Eczacılık Fakültesi'nde öğrenciyken bir yandan da Güzel Sanatlar Akademisi'nde ressam Cemal Tollu'nun atölyesine devam etmiş. Aslında önce tıbbi kazanmış. Ama zatürre olmuş. İzmir'de evinde 1 sene istirahat etmiş. Sonra İstanbul'a geliyor ve Eczacılık okuyor. Fakülteyi bitirdikten sonra İzmir'de askerliğini yaparken benimle tanıştı. O 30 yaşındaydı ben 16 tanıştığımızda. Ben liseyi birincilikle

bitirdim ve evlendik. Kendisi bana söz verdi. "Seni okutacağım" dedi. O şekilde evlenip İstanbul'a yerleştik. 1956 senesinde Kocamustafapaşa'da Güneş Eczanesi açılmış. Biz evlendiğimizde eczane açılmıştı. İlk o. İki kızımız oldu. Ben onları biraz büyüttükten sonra Eczacılık okudum. Sonradan Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi olan okulu 4,5 senede başarıyla bitirdim.

1960'ların İstanbul'unda eczacı olmak nasıldı? Hangi ilaçları satabiliyordunuz? Bugünkü gibi çeşitlilik imkânı yoktu herhalde...

Yoktu. Ağrıkesiciler, öksürük şurubu, ağız yaraları için dut şurubu satıyorduk. Şimdi neler var eczanede, her şey var. O zamanlar daha temel daha basit, çoğu yerli ilaçları satıyorduk. Güneş Eczanesi Kocamustafapaşa'da tek eczaneydi. 10 bin kişiye bir eczane hizmet veriyorduk. SMA mamalar vardı, başka mama yoktu. Eczanenin laboratuvarında dut şurubu yapardık. İmalat oradan başladı. Dut şurubu bilhassa bebeklerde ağız yaralarına iyi gelirdi. Tentürdiyot ve kolonya da yapardık. Niyazi Bey henüz doğal yaşam, alternatif tıp gibi kavramların telaffuz edilmediği 1960'lardan itibaren bitkilerden ilaçlar ve sağlıklı ürünler geliştirmeyi kendine misyon edinen başarılı bir girişimci, aynı zamanda da yaratıcı ve üretken bir bilim adamıydı. Doğanın iyileştirici gücüne inanır ve bu gücü başkaları ile paylaşmak isterdi. Niyazi Bey 1964'te Sirkeci'de Büyük Eczaneyi açtı. Eczane kocaman olduğu için değil Sirkeci'deki meşhur Büyük Postane'nin



karşısında açıldığı için adını Büyük Eczane koydu. 1964'ten bugüne 50 yıldır, tam yasıma asırdır Büyük Eczane adıyla Sirkeci'de hizmet veriyoruz. Ama 1956'dan beri eczacıyız. Ben fakülteyi bitirip eczacı olmadan önce başlamıştım eczanede çalışmaya. 1971'den itibaren 43 senedir bir fiil çalışıyorum. Her gün 8.30'da evden çıkıyorum, 4'e kadar çalışıyorum. Evim Tarabya'da. Oradan buraya geliyorum.

“Lokumcu Hacıbekir'den bir ustayı çağırdık, ilk pestili bakır kazanda yaptık”

İzninizle şimdi biraz şunu konuşalım: İki kızınızı büyüttükten sonra eczacılık fakültesinde okuyarak eczacı oldunuz. Sonradan iki kızınız da eczacı oldu. Sizde eczacılık aile geleneği sanki...

Şimdi 1964'te Sirkeci'de eczane açıl-

dıktan sonra Niyazi Bey çok gayretle çalışmaya başladı. Bu bildiğiniz meşhur mentollü mendili bile üretti. Tuba Nasır Yakısı, ağrı kesiciler, şuruplar yaptık. Kolonya imal ettik. Otacı adı 1981'de ortaya çıktı. Hikâyesi meşhur, hep anlatırız. Niyazi Bey'i küçükken at tepmiş, alını yarılmış, izi vardı. Rahmetli dedesi tabi imkânlar yok, otları sarmış, iyileştirmiş. Otacı, eski Türkçede “bitkilerle tedavi eden kişi”, yani “şifacı” anlamına geliyor. Bu nedenle 1981 yılında Otacı markası ile ilk ürünlerimizi imal etmeye başladık. Orta Asya'dan gelen, yerel motifleri taşıyan, yerel bir kelime olduğu için bizi çok anlatan bir isim olarak çok tuttuk. İlk Otacı ürünü pastildi. Türkiye'mizde her bitkiden bolca var, onlardan istifade edelim, pastil haline getirelim dedik. Bugünkü gibi hatırlarım, lokumcu Hacıbekir'den bir ustayı çağırdık. Eski usul ocaklarımız halen daha fabrikamızda durur, hatıra olarak saklarız. Sirkeci'de oluyor bunlar. Bakır kazanlar yaptırmıştık. O zaman

çelik yok. Kazanlarda onu karıştırdık. Niyazi Bey şöyle olacak dedi, o şekilde yaptı ustalar. Elde edilen karışımı usta mermere yayardı, elle kesti. O zaman makine yok. Para yok, pul yok. Ne zorluklarla yapıldı. 1980'de Merter'deki fabrikamızı açtık tek katta. 730 metrekare. Sonra o 7 kata çıktı. Sonra biz Niyazi Bey'le Almanya'ya gittik. Eski şeker fabrikasının makinelerini, kalıplarını satın aldık. Pastilleri Anadolu'ya gönderdik. Yüzde 100 Türk malı ilk pastili biz imal ettik. İlk zamanlarda işi bu kadar profesyonel yapmıyorduk tabi ki. Böyle kutular, tablet ve kapsüllerin korunmasını sağlayan bir ambalaj olan blisterler yoktu. Pastilleri poşetlerdik ve öyle satardık. Ancak pastilin paketlemesini iyi yapamamışız. Antalya'ya gönderdiğimiz pastiller bozulmuş. Ancak hiçbir eczacımız arayıp da şikâyet etmedi. O devirler şimdiki gibi “Bunda bu var, şunda şu var” diyen yoktu. Zaten imkânlar kıt. Dedik “İlâdeleri alalım, daha korunaklı ambalajda” gönderelim.

“1960’ların İstanbul’unda eczacı olarak ağrıkesiciler, öksürük şurubu, ağız yaraları için dut şurubu satıyorduk. Güneş Eczanesi Kocamustafapaşa’da tek eczaneydi. Eczanenin laboratuvarında dut şurubu yapardık. Tentürdiyot ve kolonya da yapardık. Niyazi Bey 1964’te Sirkeci’de Büyük Eczaneyi açtı. Bu bildiğiniz meşhur mentollü mendili bile üretti. Tuba Nasır Yakısı, ağrı kesiciler, şuruplar yaptık. Kolonya imal ettik. Lokumcu Hacıbekir’den bir ustayı çağırdık. Bakır kazanlar yaptırmıştık. Kazanlarda onu karıştırdık. Para yok, pul yok. Ne zorluklarla yapıldı. Böylece yüzde 100 Türk malı ilk pastili biz imal ettik.”

Öyle de yaptık, Çok iyi karşılandı. Bol bol istendi. Pastilin ardından kolonya, sabun, öksürük şurubu ürettik, öyle gitti. Niyazi Bey, kızlarımız liseyi bitirdiğinde onları topladı, “Eczacılık okuyacaksınız işleri büyüteceğim” dedi. Kızlar da eczacılık okuyacaklarını söylediler. Ve işleri büyüttük. Kızlarımdan birisi Marmara Eczacılık, diğeri de İstanbul Eczacılık’tan mezun oldu. Sonrasında da master programlarına devam ettiler. Hatta büyük kızım Meltem İngiltere’de homeopati üzerine çalışmalar yaptı.

Bir şey öğrenmek istiyorum: Normalde aile şirketlerinde belli bir zaman sonra kavgalar, ayrılıklar olur. Siz birlik beraberlik içinde kalabilmeyi nasıl başardınız, sırrınız ne?

Babamız ölünceye kadar onun dediği olurdu. Vefatına yakın ne yapacağımızı konuştuk. Bir şirkette iki başlılık olmazdı. Ben büyük kızımı seçtim, eşim de o yönde tercihte bulundu. Diğeri biraz gücendi ama bir ayrılık gayrılık olmadı. 2013 yılında ise tamamen kurumsallaştık. Artık şirketimizi aile üyesi olmayan profesyonel yöneticiler yönetiyor. Bu, büyük bir başarı oldu. Biz artık işe karışmıyoruz. Yönetim kurulu toplantılarına katılıyoruz sadece. Kızlarımın çocukları da en iyi okullarda okudular. Kendilerini dışarda, farklı şirketlerde ispat edenleri şirkette yönetici pozisyonlarda çalıştırmak istiyoruz. Zira burada patronun oğlu, patronun kızı diye iş hayatlarına başarlarsa ne onların şirkete, ne de şirketin onlara bir faydası olamaz. Torunlarım çok önemli şirketlerde çalıştılar, çalışıyorlar. İşlerine girerken sadece CV’leri ile girdiler. Bizim hiç yardımımız olmadı. Biz tüm aile merdivenleri sabırla ve çalışarak, yavaş yavaş çıktık. Biz orta halli yaşayan bir aileyiz. Abartıya kaçmayız. Suyun öteki tarafından gelmişiz. Dinimize, ülkemize bağlı insanlarız. Torunlarım da öyledir. Allah’a çok şükrediyorum, bana böyle akıllı torunlar verdi. Onlar da kendi yağlarında kavruluyorlar. Hepsinden çok memnunum. Çok şükür, gece hayatımız olmaz. Ultra zengin yaşamayız. 4 öğün yemek yiyebiliyor musunuz? Hayır. Öyleyse farklı şekilde davranmamaya çalışmak lazım.

Niyazi Kurtsan’ın “Bir Otacının Öyküsü” isimli hatıra kitabı var. Kitabın yazılış öyküsünü anlatabilir misiniz?

Eşim beyin tümörü olmuştu. Doktorları en fazla 2 sene yaşayabileceğini söyledi. Öğrendiğinde bana, “Gel” dedi, “Boğaza gidelim bir yemek yiyelim. Elden ne gelir, bunun sonu kötü”. Bu 2 sene zarfında büyük kızım Meltem, “Baba, senin yaşadıkların ülkemizin de ilaç tarihine ışık tutacak şeyler. Bunları anlatmalısın” dedi. Nilgün Uysal isimli genç, çalışkan bir gazeteci kardeşimiz günlerce, haf-

talarca gelip Niyazi Bey’i dinledi. Hatta 1 hafta bizim Bandırma’daki fabrikanın bahçesindeki evde bizimle kaldı. Orada bizim resimlerimizi çekti. Gazetecilik ne zor meslekmiş, o gün anladım. Niyazi Bey soyunu, doğumunu, çocukluğunu, gençliğini, eczacılık yaşamını her şeyi dili döndüğünce anlattı. İşte bu şekilde “Bir Otacının Öyküsü” kitabı kaleme alındı. Kitap, 2004’te kaybettiğimiz eşimin vefatından bir sene sonra, 2005 yılında çıktı. Adeta ülkemizin yakın dönemdeki eczacılık tarihini anlatır. Şimdi benim de kitabımı hazırlayacak bu kızımı. Eşim Adnan Menderes ile Turgut Özal’ın yanında yatıyor. Zaman zaman kabrine giderim, bir sıkıntım varsa onunla konuşurum. İnanır mısınız, hemen o gece rüyama girer, ne yapmam gerektiğini bana söyler, yol gösterir.

Yurtdışı ortaklıklarınız ve ihracatınızdan da bahseder misiniz?

Şu an 8 ülkeye Otacı ürünlerini gönderiyoruz. Irak en büyük müşterimiz. Geçmişte Almanlarla kısa bir süre ortak iş yaptık ama onlar hemen kâra geçmek isteyince ayrılık kararı aldık. Şu an bir ortaklığımız yok.

“Eski usul ilaçlarla günde 50 reçete yapıyorum”

Kurtsan Bilim Eğitim ve Sanat Vakfı adıyla bir sosyal sorumluluk projesini sürdürüyorsunuz. Bu vakıf neler yapıyor?

Bu vakıf her sene 50 öğrenciye burs veriyor. Bilhassa eczacılık öğrencilerini gözetiyoruz. Bugüne dek yüzlerce öğrenciyi okuttuk. Bu noktada şunu söylemek istiyorum: Yıllarca burs verdiğimiz öğrencilerimizden maalesef bir teşekkür şeklinde bir dönüş alamıyoruz. Biz sadece başarılı bir şekilde okuyup ülkelerine faydalı bireyler olsunlar istedik. Zaten sınıfını geçmeyen bursunu kestik. Ama bakın Anadolu insanımızın karakterinde teşekkür var. Ben şu anda halen eczanede eski usulle ilaçlar yaparım. Günde 50 reçete yaparım. Türkiye’nin her yerinden insanlar bana gelir. Sigortalı olmayandan para da almam. Ve biliyor musunuz, bana Erzincan’dan “Cimin Üzümlü” diye bir üzüm getirdiler. Dünyada tek orada üretiliyormuş. [Cimin, Erzincan’ın Üzümlü ilçesinin eski adı. Halk halen eski adını kullanır. İri siyah üzümü ile meşhurdur. (ÖÇ)] Özel bir ambalaj yapıp getirdi. Dedi ki, “Sen benim saçımdaki sedefi geçirdin. Ben sana teşekkürle geldim.” Bunun gibi o kadar çok örnekler var ki.

Nasıl oluyor anlatabilir misiniz? Şimdi ben Çorum’da doğup büyüdüm. Şehrin merkezinde meşhur bir “Deli Talat” vardı. Lakabı buydu, adını bilmiyorum. Eczacıydı. Sigortacılık imkânlarının bu



kadar yaygın olmadığı 20-30 yıl önce bu “Deli Talat” kendi yaptığı karışımları vatandaşa sunardı. Bilhassa cilt hastalıkları için merhemler verirdi. Şimdi sizinki de böyle bir şey mi? Ne hazırlıyorsunuz, nelere şifa oluyor?

Bakın, ben deri hastalıkları için merhemler yapıyorum. Bitkileri kullanıyorum. Ben 40 yıldır sedef için karışımlar hazırlıyorum. Vitiligo adı verilen derideki renk değişimlerine iyi gelecek karışımlar hazırlıyorum. Ben kendim sedef hastalığı geçirdim. Rusya’ya gidip tedavi oldum. Ardından bu alana yöneldim. Bitkisel ve kimyasalları karıştırıyorum. Eczanede kimyagerime el vermişimdir. Eskiden her hastanın kaydını tutardım, sayfalar dolusu. Artık 10 yıldır tutmuyorum. Çat kapı memleketin dört bir yanından insanlar geliyor eczaneye. Onlardan dua alıyorum. Börekler açıp getiriyorlar. Bakın Tokatlı kadın bana çeyizinden çıkartıp masa örtüsü bezi hediye getirdi. Bakın ne kadar özel. Niyazi Bey bana ölmeden, “Hayat devam ediyor, her sabah rujunu süreceksin, öyle çıkacaksın dışarı” dedi. Ben 10 senedir rujumu sürmeden dışarı çıkmıyorum.

Efendim şu ana kadar Otacı’yı konuştuk. İzin verirseniz ikinci bölümde ülkemizde eczacılığı, sağlığı konuşmak istiyorum. Eskiden ülkemizde sadece devlet hastaneleri vardı, bir de kurum hastaneleri. Hayati ameliyatlar için imkânı olanlar yurtdışına giderlerdi. Artık ülkemizde dev şehir hastaneleri

kuruluyor. Herkesin tedavi görebildiği binlerce özel hastane var. Hatta örneğin sadece kansere odaklanan hastaneler kuruluyor. Bir de yabancı hastanelerin Türkiye şubelerinin açılmasından, bir anlamda franchising hastanelerden söz ediliyor. Hem bir eczacı, hem de hayat tecrübenizin ışığında gidişatı siz nasıl görüyorsunuz?

Çok iyi görüyorum. Tayyip Erdoğan’ı takdirle karşılıyorum. Artık herkesin sigortası var, fakir fukara bile özel hastanelere gidebiliyor. İnsanlar SSK’dan reçete yaptırabilmek için saatlerce kuyruk bekliyorlardı. Şimdi artık reçeteye bile gerek kalmadı. Bir numara gösteriyor, birkaç dakika içinde ilaçları hazır. Hem de belli birkaçından değil, tüm eczanelerden alabiliyor. Böyle bir kolaylık olur mu? Doktorlar hastalarına daha bir saygılı. Eskiden emekli Sandığı hastaları daha bir havalydı. Şimdi herkes eşit, herkes saygı görüyor. Hükümetin sağlıkta yaptığı en büyük şey budur. Şimdi televizyonda birileri çıkıyor, “Efendim yok özel hastaneye gidersen 10 lira alırlar, yok eczanede 5 lira alırlar” falan diyor. Yahu tabi alınacak. Dönen bir çark var, neyle dönecek bu çark! 5 lira muayene parasını mı mesele ediyorsun. Ben azarlarım da bazen. “Be” diyorum, “Eskiden kuyruklarda bekliyordunuz. Şimdi bu rahatlık içinde nasıl teşekkür yerime şikâyet ediyorsunuz.” 10 sene önce ben PTT’nin kliniğinden gelen hastaların ilaçlarını veriyordum. Emekli Sandığını veriyordum. BAĞ-KUR’luya vermiyordum. Şimdi devir bambaşka.

“Ülkemizde sağlıkta gidişatı çok iyi görüyorum. Tayyip Erdoğan’ı takdirle karşılıyorum. Artık herkesin sigortası var, fakir fukara bile özel hastanelere gidebiliyor. İnsanlar SSK’dan reçete yaptırabilmek için saatlerce kuyruk bekliyorlardı. Şimdi artık reçeteye bile gerek kalmadı. Bir numara gösteriyor, birkaç dakika içinde ilaçları hazır. Hem de belli birkaçından değil, tüm eczanelerden alabiliyor. Böyle bir kolaylık olur mu?”



"Hem ürünlerimizi daha çok üretmeye çalışmak, daha çok insana şifa ulaştırmaya çalışmak, hem de bunu yaparken ticarileşmemek, yanılsa düşmemek çok zordur. Bunu biz ne kadar başarabildik, tabi bu halkımızın takdiri. Ama ben size basit bir şey söyleyeyim: Biz büyük marketlere girdiğimizde zarar ettik. Raf payı aldılar, bilmem ne aldılar. Dedik o zaman biz bu çarka girmeyelim. Bizim Avrupa'dan dev finans desteğimiz yok. Ünlü oyuncularla, mankenlerle çekilmiş reklamlarımız yok. Ama ürünlerimiz doğal, ürünlerimiz yüzde yüz Türk malı."

Helal olsun bu hükümete. Doktorları iyileştirdiler. Hastalar doktora da, ilaca da çok rahat ulaşıyor. Şimdi ki sistem çok güzel.

Türkiye'de ilaç üretimi niye düşük, önündeki engeller neler?

İlaç üretmek ağızdan çıktığı kadar kolay bir şey değil. Çok büyük paralar istiyor. Ürettiğiniz ilacı satabileceğiniz yüz milyonlarca müşteri lazım. Böyle bir pazarımız yok. O nedenle durumumuz normal. Ancak benim Hükümetten bir isteğim var: Küçük ve orta ölçekli üreticileri biraz daha desteklemeleri lazım. Biz Bandırma'da fabrikayı açarken teşvik alamadık. Oranın teşvik kapsamında olmadığını söyleyip bizi geri çevirdiler. Oysa biz bu ülkeden aldığımızı bu ülkeye veren bir aileyiz. Yüzde yüz yerli üretim yapıyoruz. Devletimiz yerli ilaç üreticilerini daha çok desteklemeli.

"Bitkilerin suyu çıkartıldı, baharatçılar eczacılarca kontrol" edilmeli

Sağlığın vazgeçilmez bir elemanı olan ilacın aynı zamanda ticari bir ürün haline gelmesi sorunu ile karşı karşıyayız. Otacı bu paradokstan kurtulmayı başarabilmiş bir profil çiziyor. Tecrübeniz ışığında neler anlatabilirsiniz, sağlık ve ticaret dengesi nasıl sağlanmalı?

Hem ürünlerimizi daha çok üretmeye çalışmak, daha çok insana şifa ulaştır-

maya çalışmak, hem de bunu yaparken ticarileşmemek, yanılsa düşmemek çok zordur. Bunu biz ne kadar başarabildik, tabi bu halkımızın takdiri. Ama ben size basit bir şey söyleyeyim: Biz büyük marketlere girdiğimizde zarar ettik. Raf payı aldılar, bilmem ne aldılar. Sonuçta bir baktık sıfıra sıfır, elde var sıfır. Dedik o zaman biz bu çarka girmeyelim, uzak duralım. Bizim müşterimiz zaten Otacı'yı nerde olsa arayıp buluyor. Bizim Avrupa'dan dev finans desteğimiz yok. Ünlü oyuncularla, mankenlerle çekilmiş reklamlarımız yok. Ama ürünlerimiz doğal, markamız yüzde 100 yerli, yüzde yüz Türk malı.

Doğal yaşam ve alternatif tıp gibi kavramlar günümüzde çok yaygın. Tabi bu süreci "bitkilerin suyunu çıkartmak" diye yorumlayanlar da var. Bir abartma ya da işi sulandırma söz konusu mu?

Buna aynen katılıyorum. Bu alanda abartma ya da işi sulandırma söz konusu. O televizyona çıkıyor, yahu adam kimyager. Sen nereden bilebilirsin Türkiye'de hangi ot nereden çıkıyor, neye yarıyor! Eczacılıkta biz botaniği birkaç yıl okuruz. Hangi madde alınır, ne kadar alınır öğreniriz. Çok alırsın zehir olur. Bakın ne kadar hassas. Ben baharatçıların bile eczacılar tarafından kontrol edilmesi gerektiğini düşünüyorum. Belki İstanbul'da yapıyordur ama Anadolu'da öyle bir şey yok. "Şu şuna yarar, şunu kaynat, şuna iyi gelir." Cahil çocuklar. Yahu fazlasını içersen ölürsün!



Paraselsus [1493-1541 yılları arasında yaşamış modern tıbbın kurucularından kabul edilen bilim adamı. (ÖÇ)] demiş ki, “Tüm maddeler zehirdir, ilacı zehirden ayıran dozudur”. O nedenle bitkiler de dikkatli tüketilmelidir, yan etkilerinden kaçınmak gerekir.

“Çalışın, sabırlı ve tutumlu olun, başarı zaten gelir”

Genç eczacılara ve eczacı adaylarına tavsiyeleriniz neler?

Ben senelerce eczanemde stajyer öğrenciler yetiştirdim. Son 10 yıldır artık yetiştirmiyorum, nedeni de şu: Öğrenciler emek vermek istemiyorlar, çalışmaya üşeniyorlar. Artık sadece staj formunu imzalayıp gidiyorlar. Marmara Eczacılık'tan bir öğrenci geliyor sadece, 4'e kadar çalışıp emek veriyor. Ama onun gibilerin sayısı az. Önce işine saygılı olacaksın. Sonra müşteriye saygı duyacaksın. Ona değer vereceksin. Hep okusunlar. Mesleki olarak sürekli kendilerini geliştirsinler. Merdivenleri yavaşça ve sabırla çıkacaksınız. Sabır, başarının anahtarıdır. Basitten başlayacaksınız. Her şeyi bir anda yapayım demeden ilerleyeceksiniz. Tutumlu olmak da çok önemlidir. Başarı birden gelmez. Hasta bizde rahatlıyor. Onu rahatlatacak şekilde muamele etmeliyiz. Onlara moral vermeliyiz. Biz herhangi bir ürün satmıyoruz. Biz sağlık sisteminin, şifanın bir parçasıyız. Mesleğimize bu şekilde bakmalı, özen göstermeliyiz. Çalışmak, çalışmak, az

harcamak, insanlara değer vermek şiarınız olsun. Ben 43 senedir insana değer verdim ve karşılığını aldım. Değer verirsiniz sizi hiç tanımayan, herhangi bir akrabalık bağınız olmayan insanlar Tokat'tan kalkıp çeyizlerinde yıllarca özenle sakladıkları masa örtülerini size hediye eder. Ama değer vermezseniz size ah ederler, beddua ederler.

Sağlığınızı, formunuzu nasıl koruyorsunuz? Size bunu sormak biraz tuhaf olacak ama özel ilaçlar, bitki karışımları kullanıyor musunuz? Bunların size ne gibi faydaları oluyor?

Bakın ben bildiğimiz otları yemeyi çok severim. Bandırma'da fabrikamızın bahçesinde bahçıvanımıza otları öğrettim. O yararlı otları toplayıp bana her hafta düzenli olarak gönderir. Egeli de olduğum için zeytinyağlılar mutfağımızdan eksik olmaz. Sabah kahvaltısında bir dilim kızarmış ekmeği zeytinyağına bana bana yerim. Öyle kötü aşırılıklarım yok. Niyazi Bey'i kaybettikten sonra sigarayı fazla içiyorum, bu benim sağlığıma karşı tek hatam. Sağlıklı besleniyorum. Mesela başım ağrıdığına hemen hap almam. Nane ve mercanköşkü, limon sıkıp kaynatırım. Biraz bekletip içerim, bir şeyciğim kalmaz. Biliyor musunuz, ben hiç grip olmam. Bir yerim ağrımaz. Maydanozu, soğan ve sarımsağı taze taze, bolca yerim.

Teşekkür ederim hocam.

Ben de teşekkür ederim. Size de başarılar dilerim.

“Ben senelerce eczanemde stajyer öğrenciler yetiştirdim. Son 10 yıldır artık yetiştirmiyorum, nedeni de şu: Öğrenciler emek vermek istemiyorlar, çalışmaya üşeniyorlar. Artık sadece staj formunu imzalayıp gidiyorlar. Önce işine saygılı olacaksın. Sonra müşteriye saygı duyacaksın. Ona değer vereceksin. Merdivenleri yavaşça ve sabırla çıkacaksınız. Sabır, başarının anahtarıdır. Basitten başlayacaksınız. Biz herhangi bir ürün satmıyoruz. Biz sağlık sisteminin, şifanın bir parçasıyız.”

Sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar: Değişen “paradigmalar” ve yeni hedefler

Prof. Dr. Recep Öztürk



1962 yılında İkizdere'de (Rize) doğdu. Tulumpınar Köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu, Rize Lisesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu (1984). Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlığını İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yaptı. 1994'te doçent, 2000'de profesör oldu. Halen aynı fakültede Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda çalışmaktadır. Öncelikli uğraş alanları hastane enfeksiyonları, HIV enfeksiyonu, enfeksiyöz ishaller, enfeksiyon hastalıkları laboratuvar tanısı, yükseköğretimde ve sağlıkta kalitedir. 2009-2013 arasında YÖK üyesi olarak görev yapan Öztürk, halen Tıpta Uzmanlık Kurulu ve Hastane Enfeksiyonları Bilimsel Danışma Kurulu üyesidir.

Sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyon (SHİE); sağlık kurumlarında sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen tüm enfeksiyonlardır. Başka bir ifadeyle; SHİE; hastaneye veya sağlık hizmeti birimine (hemodiyaliz merkezleri, aile sağlığı merkezleri, ayaktan tanı tedavi merkezleri/poliklinikler, uzun süreli bakım evleri vd.) başvuru sırasında bulunmayan bir enfeksiyon etkenine veya toksinlerine bağlı olarak ortaya çıkan lokal veya sistemik bir durumdur. Toplumda kazanılan enfeksiyonlardan ayırt etmek amacıyla kuluçka dönemi esas alınarak, SHİE; herhangi bir hastada, hastaneye yatışının (veya başvurunun) üçüncü günü ve sonrasında enfeksiyon tanı kriterlerinin (ABD Hastalık Kontrol Merkezi: CDC) tamamının ilk olarak birlikte tespit edilmesiyle tanısı konulan enfeksiyondur.

Daha önceden hastanede gelişen enfeksiyonlar, nozokomiyal enfeksiyon olarak adlandırılmaktaydı. Günümüzde bu terim hastane dışı tüm sağlık hizmeti veren birimleri kapsayacak şekilde SHİE olarak genişletilmiştir. SHİE, başta imkânları kısıtlı, gelişmekte ülkeler olmak üzere tüm dünyanın sorunudur. ABD'de hastaneye yatan hastaların yaklaşık %5'inde SHİE gelişmekte olup, bu; yılda 1,7 milyon hastaya tekabül etmektedir. ABD'de SHİE geçirenlerin 100 bin kadarı ölmektedir. Bu nedenle ABD, SHİE vd. hasta güvenliği ilişkili sorunları önlemek, ölümleri azaltmak amacıyla “100 bin hayat kurtarma kampanyası” başlatmıştır. ABD'de SHİE'in maliyeti doğrudan 7-10, dolaylı 35 milyar Dolara ulaşmakta ve yatan hasta maliyetinin %9,4 kadarını oluşturmaktadır. Avrupa CDC (ECDC)'ye göre, Avrupa Birliği'nde yılda 4.5 milyon sağlık hizmetine bağlı

enfeksiyon görülmektedir (prevalans %7,1). SHİE'lar, Avrupa'da her yıl doğrudan 37 bin, dolaylı olarak 110 bin kişinin ölümüne neden olmaktadır. SHİE'lar için yapılan sağlık harcamaları yaklaşık 7 milyar EURO/yıl olarak hesaplanmaktadır. ECDC, SHİE'ların gerçek görülmeye sıklıklarının daha fazla olduğunu vurgulamaktadır.

Ülkemizde 2005 öncesi tüm hastaneleri kapsayan bir sürveyans sistemi mevcut değildi. Ancak kurumsal düzeyde bazı çalışmalar yapılmaktaydı. 2007 yılında bazı üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde yapılan ayrıntılı bir çalışma sonrası hazırlanan “Sayıştay Raporu” ülkemizde hastane enfeksiyonlarıyla ilgili o dönemdeki durumu ayrıntılı şekilde ortaya koymuştur. İlgili raporda tespit edilen olumsuzlukların önemli bir kısmının bugün için giderildiği veya çözümü için önemli gelişmelerin kaydedildiğini söyleyebiliriz.

2005 yılında yayımlanan “yataklı tedavi kurumları enfeksiyon kontrol yönetmeliği” sonrasında ülkeyi temsil edebilecek veriler elde edilmeye başlamıştır. Sağlık Bakanlığı'nın 2010-2014 ve 2013-2017 stratejik planlarında hastane enfeksiyonları ile mücadele “stratejik hedefler” olarak belirlenmiştir. İlgili planlarda, “Ulusal hastane enfeksiyonu sürveyans sistemini geliştirmek” ve “Hastane enfeksiyon kontrol programlarını güncellemek” hedefe yönelik stratejiler olarak belirlenmiş, nozokomiyal enfeksiyon insidansı ve cerrahi alan enfeksiyonlarını azaltmayı amaçlayan hedefler konmuştur.

Ülkemizde veriler, “Ulusal Hastane Enfeksiyonlar Sürveyans Ağı” (UHESA) ile web ortamında toplanmaktadır. Mevcut

durumda yoğun bakımlarda invaziv araç ilişkili enfeksiyonlar ve ilgili kurum için sorun olan cerrahi alan enfeksiyonlarının (prosedür spesifik) sürveyansı yapılmaktadır. Çok ilaca direnç sorununu yaşayan ve sık saptanan etkenler takip edilmektedir. Kurumlar kendi verilerini takip etmekte ve ülke “persantil değerlerine” göre kendilerini diğer kurumlarla kıyaslamaktadır. Henüz, ülkemizde tüm hastane enfeksiyonlarının toplam yıllık sayısı, enfeksiyon hızı ve ilişkili ölüm sayısı belli değildir. Bununla birlikte mevcut UHESA verilerine göre, gerek invaziv araç ilişkili enfeksiyonlar, gerekse cerrahi alan enfeksiyonları açısından ABD NHSN verilerine göre çok daha fazla (enfeksiyonlara göre değişmek üzere 1-4 kat) enfeksiyona sahip olduğumuz görülmektedir. Ayrıca, hastane enfeksiyonlarına neden olan değişik mikroorganizmalar (metisiline dirençli *S. aureus*, vankomisine dirençli enterokok, genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz yapan enterik bakteriler, karbapenem dirençli enterik bakteriler, karbapenem dirençli *P. aeruginosa*, karbapenem dirençli *Acinetobacter* spp) çok yüksek direnç oranlarına sahiptir. Son yıllarda karbapenem dirençli enterik bakteriler, hatta panrezistan gram negatifler değişik kurumlarda önemli sorun oluşturmaktadır. SHİE'lar, hastanede kalış süresinde uzama, morbiditede artma, yaşam kalitesinde bozulma, mortalitede artma, iş gücü ve üretkenlik kaybı, maliyette artma ve hukuki sorunlara (kurumlar/idare, sağlık çalışanları için) neden olmaktadır. Bütün bu nedenlerle, SHİE'lar hasta güvenliğinin önemli bileşenlerinden biridir. Hasta güvenliğinde olduğu gibi, gerekli önlemler alındığı takdirde SHİE'ların %50'den fazlasının önlenilebileceği belirtilmektedir.

2 binli yılların başından itibaren SHİE'lar, hasta güvenliği ve kalite iyileştirme programlarının çok önemli bir parçası olarak ele alınmaktadır. Hasta güvenliği çalışmalarına paralel olarak, SHİE'ları önleme konusunda son 10-15 yıl içinde yapılan çalışmalar yoğunlaşmıştır. Değişik enfeksiyonların önlenmesi konusunda yapılan çalışmalar incelenmiş, meta-analizler yapılmış ve bazı enfeksiyonları en aza indirecek, hatta sıfırlayabilecek önlemlerin neler olduğu araştırılmıştır. Sonuçta belirlenmiş bazı önlemlerin hepsinin bir arada uygulanması durumunda bazı enfeksiyonların sıfır veya sıfıra yakın bir düzeye kadar indirilebildiği görülmüştür. Bu önlemlere bütünlük önlemler (demet/paket önlemler, "bundle") denmektedir. Bütünlük önlemler, SHİE konusunda hasta güvenliği kapsamında en önemli gelişmelerden biridir. SHİE'ların önlenmesi ve kontrolü konusundaki rehberler de ilgili enfeksiyonların azaltılmasında çok önemli katkı sağlamıştır. Başta damar içi kateter ilişkili bakteremiler olmak üzere, ventilatör ilişkili pnömoniler, kateter ilişkili üreter sistem enfeksiyonları ve cerrahi alan enfeksiyonları bütünlük önlemlerin başarıyla uygulandığı SHİE'larıdır. Çok farklı çalışmalarıyla, belirlenen enfeksiyonların sıfır veya sıfıra yakın bir orana kadar düşürülebildiği ve bu durumun sürdürülebilir olduğu ortaya konmuştur. Konuyla ilgili araştırmaların bir kısmı tıp âleminin saygın bilimsel dergilerinde yayımlanmıştır.

Bu veriler, ABD Tıp Enstitüsünün (Institute of Medicine) 1999'da yayınladığı ve SHİE konusunda en önemli "paradigma" değişikliğine yol açan fikirlerin isabetli olduğunu ortaya koymuştur. İlgili raporda, daha önce "*Hastane enfeksiyonlarının çoğu kaçınılmazdır, sadece bir kısmı önlenbilir*" anlayışının, "*Aksi ispat edilmediği sürece her hastane enfeksiyonu, temel enfeksiyon kontrol kurallarına uyulduğu takdirde önlenmesi mümkün olan bir tıbbi hata olarak kabul edilmelidir*" şeklinde değiştirilmesi gerektiği bildirilmiştir. Genelde hasta güvenliği, özelde SHİE'lar açısından çok önemli bir paradigma değişikliği olan bu anlayışı, bütünlük önlemlerle kayıt edilen başarı pekiştirmiş, sürdürülebilirliği değişik çalışmalarla ortaya konulmuştur. İlgili çalışmalar, SHİE'ları için "sıfır enfeksiyon hedefi" ve "enfeksiyona sıfır tolerans" anlayışını öne çıkarmıştır.

"Enfeksiyona sıfır tolerans; sağlık çalışanlarının riskli davranışlarını ve enfeksiyonu önleyici yöntemleri görmezden gelmelerini kabul etmeme anlayışdır" ve yeni kavramlardan biridir. Özellikle "enfeksiyona sıfır tolerans" anlayışının ülkemizde çok iyi anlaşılması gerekmektedir. Nitekim, bu kavram, sağlık personelinin iş yoğunluğu, hastaların ağır durumda ve başka hastalıkları olması, sistemdeki yetersizlik gerekçelerinin kabul edilmemesi ve SHİE'ların önlenmesi konusunda ilgili sağlık kurumundaki bütün sağlık çalışanlarının sorumluluk ve hesap verebilmesi anlamına gelmektedir. SHİE'larının önemli oranlarda azaltılabilmesi hatta bazılarının

sıfırlanabilmesi ödeme kurumlarının ilgisini çekmiş ve ABD'de "Medicare" ve "Medicaid" bazı SHİE'lar (damar içi kateter enfeksiyonları, üreter kateter ilişkili enfeksiyonlar, bası ülserleri ve ilişkili enfeksiyonlar, mediastinit) için geri ödeme yapmamakta, Fransa'da ekzojen hastane enfeksiyonlarının bazıları için hastaneler hastalara tazminat ödemektedir. Haliyle geri ödeme kurumlarının böyle kararlar aldığı ülkelerde, sağlık hizmetlerinin ayrıntılı şekilde hesaplanıp ödenmesi şarttır. Doğrusu bizim ülkemizde sağlık hizmetlerine SGK tarafından verilen ve genellikle çok yetersiz ücrette, hizmetin diğer bileşenleri gibi SHİE'larının ne kadar dikkate alındığı üzerinde ilgililerin düşünmesi gereken konulardan biridir.

Tıbbi hatalarda hedeflendiği gibi, "sıfır enfeksiyon hedefi" ve "enfeksiyona sıfır tolerans" anlayışı çok önemli paradigma değişimlerinden biridir. Ülkemizde bu anlayışın yerleşmesi konusunda önemli bir kültür değişiminin sağlanması gerekmektedir. Bahse konu kültür değişiminin gerçekleşmesi için tıp vd. sağlık bilimleri eğitim programlarından başlanıp, meslek yaşamı boyunca devam edecek sürekli eğitim programlarına öncelikle ihtiyaç vardır. Eğitim programları idareci ve tüm sağlık çalışanlarını kapsamalı, hastalar ve refakatçileri de ayrıca eğitilmelidir. Toplumun eğitimi de programa dâhil edilmelidir. Sistemde ve çalışma ortamlarında gerekli düzeltmeler öncelikle ve mutlaka yapılmalıdır. Her kurum enfeksiyon önleme ve kontrol programını hazırlamalı ve güncellemeli, ana sorun olan SHİE'lar başta olmak üzere her yıl hedefler konmalı ve değerlendirilmeli, hasta güvenliğinin diğer konuları gibi SHİE'larının bildirimini önleyici "yanlış performans" anlayışı yerine şeffaflığı özendirici önlemler alınmalı, bilişim alt yapısı kullanıcı dostu hale getirilmeli, yaygınlaştırılmalı ve güncellenmelidir. Yakın bir gelecekte, SHİE'ları oranlarının, hatta "cerrah spesifik enfeksiyon" oranlarının dünyadaki gelişmeler çerçevesinde bildirilmek zorunda kalınacağını dikkate alarak ulusal ve kurumsal çalışmaların hızlandırılması şarttır. SHİE'ların önemli sonuçlarından biri de antimikrobik maddelere karşı gelişen yüksek direnç sorunudur. Çok ilaca dirençli (MDR=multi drug resistance) mikroorganizmalar yaygınlaşmış, "panrezistan" sorunu giderek artmaya başlamıştır. Kurumlarda antibiyotik kullanımını azaltmak ve akılcı hale getirmek için "antibiyotik yönetim programları"nı uygulayacak ekipler olmalı ve antimikrobiyal yönetim sistemi esaslarının uygulanması için "acil eylem planı" uygulanmalıdır.

Sağlık Bakanlığı, ulusal sağlık otoritesi olarak, SHİE konusuna verdiği önemi daha da artırmalı, ilgili enfeksiyonları azaltıcı ulusal bir eylem planı ortaya koyarak, bu planın uygulanmasını teşvik etmeli ve denetlemelidir. Ülkenin stratejik diğer sağlık sorunları yanında, toplum kökenli enfeksiyonlar, SHİE'lar ve antimikrobik

direnç sorunların çözümü için ileri araştırmalar yapacak "Ulusal Sağlık Enstitüsü" ne büyük ihtiyaç olduğunu vurgulamak gerekir. Sağlık Bakanlığı, SHİE'lar, "antimikrobiyal yönetim" ve diğer hasta güvenliği konularında stratejik kararları tek başına değil, üniversite ve "özel sektörün" ilgili temsilcilerinin görüşlerine başvurarak almalı ve hedeflere ulaşmanın sağlanması için tüm tarafların ilgi ve desteğini sürekli canlı tutmalıdır. Sonuç olarak, SHİE'lar konusunda önemli paradigma değişimleri olmuş, sıfır enfeksiyon hedefi ve enfeksiyon sıfır tolerans anlayışı öne çıkmıştır. Bu anlayışın yaygınlaşması ve hedeflere ulaşılması, ulusal sağlık otoritesi ve ilgili paydaşların desteğiyle sağlanacak bir "kültür değişimi"ni gerektirmektedir.

Kaynaklar

Akalın E. "Sıfır Enfeksiyon, Sıfır Tolerans". <http://saglikpolitikalari.org/v2/?p=160#more-160> adresinde (Erişim tarihi: 30 Mayıs 2014)

Berenholtz SM, Lubomski LH, Weeks K, et al, On the CUSP: Stop BSI program. Eliminating central line-associated bloodstream infections: a national patient safety imperative. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2014 ;35:56-62.

CDC. Antimicrobial resistance threats in the United States, 2013; <http://www.cdc.gov/drugresistance/threat-report-2013/pdf/ar-threats-2013-508.pdf>

CDC/NHSN Surveillance Definitions for Specific Types of Infections. http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/17pscnosinfdef_current.pdf

Lisboa T, Rello J. Towards zero rate in healthcare-associated infections: one size shall not fit all...*Crit Care.* 2013 2;17:139.

Marra AR, Sampaio Camargo TZ, Gonçalves P, et al. Preventing catheter-associated urinary tract infection in the zero-tolerance era. *Am J Infect Control.* 2011 ;39:817-22

Marra AR, Cal RG, Durão MS, et al. Impact of a program to prevent central line-associated bloodstream infection in the zero tolerance era. *Am J Infect Control.* 2010;38:434-9

Öztürk R, Çetinkaya Şardan Y, Kurtuluş D, HEBDK. Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi Türkiye Deneyimi 2004-2010; <http://hastaneenfeksiyonlari.saglik.gov.tr/dosya/kitap.pdf>

Pronovost PJ, Marsteller JA, Goeschel CA. Preventing bloodstream infections: a measurable national success story in quality improvement. *Health Aff (Millwood).* 2011 ;30:628-34

TC Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan, 2010-2014; <http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-76322/h/saglik-bakanligi-2010-2014-stratejik-eylem-planı.pdf>

TC Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan, 2013-2017; <http://saglikturizmi.gov.tr/uploads/9931028-1232013-2017-stratejik-plan.pdf>

TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmet Standartları Dairesi Başkanlığı. Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveysi (UHESA) Raporu, Özet Veri, 2013. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-88693/h/uhesa-analiz-2013.pdf>

TC Sayıştay Başkanlığı Performans Denetim Raporu, Hastane Enfeksiyonları ile Mücadele, 2007; (<http://www.sayistay.gov.tr/rapor/perdenrap/2007/2007-2HastaneEnfeksiyon/2007-2HastaneEnfeksiyon.pdf>)

WHO. Antimicrobial resistance global report on surveillance, 2014. <http://www.who.int/drugresistance/documents/surveillance-report/en/>

Worth LJ, McLaws ML. Is it possible to achieve a target of zero central line associated bloodstream infections? *Curr Opin Infect Dis.* 2012 ;25:650-7

Gene bir moda: Sağlık okuryazarlığı

Prof. Dr. Haydar Sur



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

Aİma-Ata (1978) ve Ottawa (1986) Bildirgelerinde ısrarla vurgulanan bir nokta var: Hizmetlere toplum sahip çıkmazsa sadece profesyonellerinin gayretiyle ve devletin resmi mercilerinin yapısıyla başarı sağlanamaz. Formal (resmi) sağlık sistemi aslında bilerek bilmeyerek diğer iki informal sistemle rekabet içindedir. Bunlar bilabedel, sadece insani dayanışma adına folk uygulamaları (kapı karşı komşusuna baş ağrısı için patates dilimleyip başına tülbentle sarmak gibi) ve diplomasız olduğu halde tıbbi müdahale yapan popüler sektör (para karşılığı bel çekmek, sülük yapıştırmak gibi) olarak karşımıza çıkmaktadır. Son yıllarda aslında sağlık mesleklerinden birine mensup olmayıp sağda solda okuduğu eski kitaplardan edindiği kısıtlı bilgilere dayanıp televizyondan halka hikmet saçan yeni bir grup daha türedi. Bu informal yapılar ülkemizde bugünkü geniş etki alanını formal sağlık hizmetlerinin ve sağlık profesyonellerinin halkın sağlık eğitimine ve hizmet kullanım kültürüne önem vermediğine borçludur.

Daha önceleri toplumu sağlık hizmetlerine katılımı ve sağlık bilinci, sağlık eğitimi gibi kavramlarla karşılanmaya çalışılan ihtiyaç bugün sağlık okuryazarlığı başlığı ile ifade edilmektedir. Bu ihtiyaç sonsuza kadar sorunsuzca dönmesi istenen bir döngünün en önemli unsurunun; sağlık hizmeti kullanıcılarının sisteme ve hizmetlere tam entegrasyonu açısından vazgeçilmez bir durumun adidir.

Sağlık hizmetlerinde kabaca, hizmet alan ve hizmet sunan olarak başlayan kırılım; hizmeti sunan tarafında ödeyen ve ödenen olarak, hizmeti veren sağlık personeli ile ona hizmet ortamını sağlayan işletmeci (bu devlet de olabilir) olarak

çatallanmaktadır. Bu bölünmelerle sistemin asli unsurlarının rolleri netleşmiş oluyor. Diğer ülkelerde olduğu gibi bizim ülkemizde de sistem kurgulayıcıları, yani sağlık politikacıları hizmetin finansmanı, sunumu, ödeme mekanizmaları, sorumluluklar filan derken hizmeti alanlara ait yapılması gerekenlerin müthiş derecede savsaklandığını hayretle görmüş oldular. Diğer tarafta ne kadar iyi olursanız olun, hizmetlerin yarar sağlama düzeyi nihayet toplumun hizmetleri kullanma becerileri ile limitli kalmaktadır. Bu limit yalnızca tedavi edici hizmetlerde değil, koruyucu hizmetlerde de kendini gösterir. Son yıllarda yalnızca korumanın yeterli olmadığı da anlaşıncaya, sağlığın geliştirilmesi kavramı ortaya çıkmış ve sağlık kendi haline bırakılamayacak, sürekli üstünde durulacak bir cevher olarak anlatılmaya başlanmıştır. Sağlık hizmetini kullanacak kişiler, hasta ve sağlamlar, toplum bu yetilere sahip değilse ortaya koyduğunuz sistem bir yerde patlak vermeye başlar.

Ülkemizde toplumun formal hizmetlerin gereğini yerine getirecek yetilerden ziyadesiyle yoksun olduğunu gösterecek onlarca belirti sayabiliriz. Hemen akla gelenleri sıralayalım:

- Sıkışınca hemen doktora ve hemşireye saldırılması
- Evlerin ilaç çöplüğüne çevrilmesi
- Önüne gelene herkesin ilaç tavsiye edip durması
- Eczanelerde herkesin her istediği ilacı rahatça satın alabilmesi
- On çeşit yemeği yedikten sonra üstüne soda, ilaç vb. içerek şişkinliğin bastırılmaya çalışılması şeklinde beslenme düzeni
- Sporla hiç mi hiç ilgisi bulunmayan on milyonlarca insanımızın olması
- Sigara içmede dünya klasmanında her

zaman ilk sıralarda yer alınması

- Çocuklara aşı yapılması için 50 yıldan beri hala devletin kolluk güçlerine ihtiyaç duyulması
- Bir şekilde sağlığı bozulup hastaneye gelince sanki alışveriş merkezinde yarım saat içinde bir gömlek beğenip alacakmış gibi bir beklentiyle sağlık hizmeti kullanmaya başlanması (sonunda saldırganlığa kadar giden hayal kırıklıkları)
- Sağlık ve sağlık hizmeti dendiğinde, hastane, doktor, hemşire dışında başka bir şey bilinmemesi, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinden tamamen habersiz yaşanması.

Hasta odaklı hizmet sunulacaksa (ki bu, olmazsa olmaz bir koşuldur) sağlık okuryazarlığına önem verilmelidir. Sadece kendi kuruluşlarımıza ve profesyonelce düzenleme süreçlerine eğilerek hizmet kalitesinde asla istenen düzeye ulaşamayacağımızı artık anlamalıyız. Sağlıkta hakkaniyetsizliklerin çözüme kavuşturulmasında ise toplumun sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi belki de tek geçerli ve başarılı seçenек olarak karşımızda durmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde hizmet kullanım tarafının en önemli bileşeni: Sağlık okuryazarlığı

Sağlık okur-yazarlığı, bireylerin uygun sağlık kararları verebilmesi için gereken temel sağlık ve temel hizmet elde etme sürecini izleme ve anlama kapasitesi derecesidir (*Healthy People 2010*, the U.S. Department of Health and Human Services). İlaç şişelerinin üzerinde yazan bilgileri, randevu kâğıtlarını, tıbbi eğitim broşürlerini, hekimin talimatlarını ve onam formlarını anlamayı ve karmaşık sağlık bakım hizmeti sürecinde müzakere yete-

neğini kasteden bir kavram olarak sağlık okuryazarlığı basitçe bir okuyabilme yeteneğinden çok daha geniş bir anlam içeriyor. Karmaşık bir grup olarak okuma, dinleme, analitik düşünme ve karar verme becerileri ile bu becerilerin sağlık durumlarına uyarlanması kastediliyor.

“Kullanıcı-odaklı” sağlık bakım hizmeti genel anlamda gittikçe kalitesi yükselen sağlık hizmetinin bir parçası sayılırsa, bireylerin sağlıkla ilgili işlemler üzerindeki karar rolleri giderek artırılmalıdır diyebiliriz. Bireylerden bu katkıyı alabilmek için onların iyice bilgilendirilmesi gerekiyor. Sağlık okuryazarlığı bu gerekçelerden doğmuştur. Bu karmaşa içinde sonuç, birebir öğrenim süresiyle veya genel anlamda okuma yeteneğiyle uyumlu çıkmayabilir. Evde veya işyerinde tam uyumlu, kültürlü birisi, sağlık hizmeti ortamında marjinal veya uyumsuz davranabilmektedir.

Sağlık okur-yazarlığı becerileri

Hastalar karmaşık bilgilerle yüz yüze bırakılınca ve tedavi seçenekleriyle ilgili kararlar alınırken onamları istenince yetersiz kalabilmektedir. Bunun önüne geçmek için:

- Kendisine verilen malumatın inandırıcılığını ve geçerliliğini değerlendirebilmeli
- Risk ve yararları analiz edebilmeli
- Dozajları hesaplayabilmeli
- Test sonuçlarını yorumlayabilmeli
- Sağlık bilgilerini zihninde yerleştirebilmeli

Yukarıda sayılan becerilere bakıldığında enikonu entelektüel bir birikime ihtiyaç olduğu görülmektedir. 21. yüzyılın sağlık hizmeti anlayışı hizmet kullanıcılarına geniş haklar tanıırken bir yandan da sorumluluklar yüklemektedir. Bireyde ne gibi özellikler bulunsun ki bu görevleri yerine getirirken kusur etmesin?

Bireylerin istenilen sağlık okuryazarlığı düzeyine erişebilmesi için bazı özellikler:

- Görsel olarak okur-yazarı olunması (grafik, tablo gibi görsel bilgileri anlayabilmek)
- Bilgisayar okur-yazarı olunması
- Konuyla ilgili bilginin elde edilip uygulanabilmesi
- Sayısal veya hesaplama okur-yazarı olunması (hesap yapabilmek veya sayıları düşünürken mantıklı fikir yürütebilmek)
- Sözlü dil kullanımı - Hastaların kendi sağlık durumlarını ve sorunlarını, gözlemlerini, belirtilerini güzelce tanımlayabilmesi
- Kendi zihinlerinde resmi bütünleyebilmek için uygun soruların sorulabilmesi, verilen açıklamaları ve tıbbi önerileri de anlayabilmesi
- Belirli bir düzeyde hekim-hasta işbirliği

ve sorumluluk paylaşımı oluşturabilmek için hastanın güçlü bir karar verme becerisinin olması.

Birçok ülkede (ABD, Kanada, İngiltere) nüfuslarının neredeyse yarısının söyle-nenleri tam anlamada sorunlu olduğu ve uygulamayı istendiği gibi gerçekleştiremediği bulunmuştur. Hastalar ilaçları yanlış zamanlarda ve yanlış şekillerde alıyorlar. Sözgelisi “aç karnına” sözünü herkes değişik anlıyor. Hizmetlere tam uyum gösterememek bakımından özellikle şu bireyler daha büyük risk taşımaktadır:

- Yaşlılar (65 üzeri- hastalar genellikle yaşlılar olmaz mı?)
- Dil bilmeyenler ve göçmenler
- Düşük gelirli
- Kronik mental veya fiziksel sağlık sorunu taşıyanlar.

Sağlık ve okur-yazarlık arasındaki ilişki karmaşıktır. Okur-yazarlık sağlık bilgi düzeyini ve sağlık hizmetine erişim yeteneğini etkilemektedir. Özellikle eğitim düzeyinin düşüklüğü belirleyici bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Çünkü sağlık düzeyi birkaç ekonomik etkenle kuvvetli şekilde ilişki içindedir ve bunların hepsi de eğitim düşüklüğü kapısına çıkmaktadır. Örneğin okur-yazarlık gelir düzeyini, işi, eğitimi, barınmayı sağlık hizmetine erişimi etkilemektedir. Ayrıca işi bir kat daha vahim yapan gerçek şudur: Yoksullar ve okur-yazar olmayanlar zararlı maddelerin bulunduğu işlerde çalıştırılanlar olmaktadır.

Böylelikle düşük sağlık okur-yazarlığının hem doğrudan hem de dolaylı etkileri ortaya çıkmaktadır. Doğrudan etkiler denince tedaviye ve önerilere uyumsuzluk ve ilaç kullanımındaki hatalar aklı gelmektedir. Dolaylı etkiler ise daha zor ortaya konabilir. Dolaylı etkilerin kapsamı arasında sağlık sigortası ve prim konuları, hizmetlere erişim ve sağlıklı davranış geliştirmede yetersizlikler sayılabilir.

Sonunda ortaya bir tezat çıkmaktadır. Kronik hastalıkların en yüksek prevalansa eriştiği ve hizmete en çok ihtiyaç duyacak gruplardaki kişiler genellikle okuma yeteneği en düşük ve uygun bir hasta davranışı göstermede ve gereken bilgiyi almada en başarısız kişiler olmaktadır.

Literacy and Health Outcomes (Agency for Health Care Research and Quality Report, (2004) isimli rapora göre düşük sağlık okur-yazarlığının iki önemli sonucu hastaneye yatırılma oranlarının daha yüksek olması ve bu kişilerin sonunda pahalı acil hizmetleri daha çok kullanıyor olmasıdır. Bu ise sağlık sisteminde en istenmeyen iki durum olarak gösterilmektedir.

Kanser tedavilerinden (Merriman, Betty, *CA: A Cancer Journal for Physicians*, May/June 2002) öğrendiğimize göre düşük okur-yazarlık kanser insidansını ve mortalitesini yükseltip yaşam kalitesini düşürmektedir. Çünkü;

- Kanser tarama bilgileri etkisiz kalmakta ve bu hastalar daha geç tanınmaktadır
- Tedavi seçenekleri tam anlaşılmamış olduğundan hastalar ilaçları ihtiyaçlarına uygun alamamaktadır
- Bu hastalara bilgilendirilmiş onam dokümanları karmaşık gelmekte, hastalar tedaviyi kabul veya red kararı verirken optimal davranmamaktadır.

Tip 2 Diyabette ise glisemik kontrolü bu hastalar iyi yapamamakta ve yüksek retinopati görülmektedir (Schillinger, Dean, *JAMA*, July 24/31, 2002).

Astımlı hastalarda okuryazarlığın düşmesi halinde inhaler kullanımında başarısızlık ve semptomatik olmayan astım ataklarında hekime başvurmada % 70 başarısızlık (okur-yazarlığı yüksek olanlar % 90 başarı sağlıyor) görülmektedir. (Williams, MV, *Chest*, October 1998)

Ülke çapında sağlık okur-yazarlığı düzeyini yükseltmek için 5 adım öneriliyor:

1. Hizmetlerde misyon, planlama ve değerlendirme faaliyetleri arasında sağlık okur-yazarlığına yer vermek
2. Sağlık okur-yazarlığı ile ilgili araştırmaları, eğitimleri-yetiştirme ve uygulamaları desteklemek
3. Malzemeleri, mesajları ve kaynakları değerlendirmek üzere resmi olarak süreç ve akıbet değerlendirmesi yaptırmak
4. Sağlık profesyonellerine ve halka düzenli şekilde geçerli ve uygun sağlık bilgisi yaymak
5. Sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracak sağlık okur-yazarlığı geliştirme programları tasarlamak ve bunu halk sağlığı uygulamalarına yerleştirmek

Sonsöz

Ülkemizde sistem adına, hizmetler adına ve profesyonellerin çalışma düzeni adına son on yılda yeni yeni uygulamalar devreye sokulmuş durumdadır. Bunların bir kısmı planda çok uygun görüldüğü halde gerçek hayatta istenileni sağlamamıştır. Bunun nedeni bizce toplumun sağlık hizmeti kullanım kültürüne ve sağlık okur-yazarlığına gereken özenin gösterilmemiş olmasından kaynaklanmaktadır. Hasta odaklı, aile odaklı, kullanıcı odaklı, tüketici odaklı... Ne denirse densin kullanıcının tarafında gereken nizamı tam sağlamadığımız bir gerçektir.

Göç ve ruh sağlığı

Dr. Mahir Yeşildal



1980 yılında Diyarbakır'da doğdu. Dicle Üniversitesi (DÜ) Tıp Fakültesi'nden 2004'te mezun oldu. 2004-2007 arasında Şırnak İdil Devlet Hastanesi'nde, 2007-2009 arasında ise Diyarbakır Bağlar Belediyesi'nde çalıştı. 2009-2013 arasında İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde psikiyatri ihtisasını tamamladı. Halen İstanbul'da Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi'nde çalışmaktadır.

Prof. Dr. Mustafa Bilici



1965 yılında doğdu. İlk ve orta öğrenimini Adana'da tamamladı. 1990 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Uludağ Üniversitesi'nde tamamladığı psikiyatri uzmanlığının ardından (1995), KTU'de doçent (2000), Medipol Üniversitesi'nde profesör oldu (2012). 2003-2005 yılları arasında İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde çalıştı. 2005'te Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne kurucu başhekim olarak atandı. Halen 2014 yılı içinde geçtiği Gelişim Üniversitesi'nde İİBF Psikoloji ABD'de görevini sürdürmektedir. Ayrıca 2014'te Dr. Sena Yenel Özbay ile birlikte kurduğu İstanbul Psikiyatri Akademisi'nde görev yapan Bilici'nin çalışma alanları biyolojik psikiyatri ve uyku bozukluklarıdır. Psikiyatride Sinema, Sinemada Psikiyatri adlı kitabın editörlüğünü yapan Bilici, evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Göç, insanlık tarihinin başladığı dönemden bu yana var olan bir olgudur. Bu kavramı değişik şekillerde açıklamak mümkündür: Göç coğrafi mekân değiştirme sürecinin ekonomik, kültürel, sosyal ve siyasi yönleriyle toplum yapısını değiştiren nüfus hareketidir.⁽¹⁾ Göç, her şeyden önce mekân değiştirme durumudur. Kişiler muhtelif sebeplerle bulundukları bölgeden bir başka bölgeye gitmektedirler. Bu durum sürekli olabileceği gibi geçici nitelikte de olabilir. Eğitim ve çalışma amaçlı, kısa süreli ve bu sürenin sonunda geri dönebilen, mekân değiştirme hareketlerinin de göç sayılabileceği belirtilmektedir.⁽²⁾ Göç olayını gerçekleştiren kişiye "göçmen (mülteci)" adı verilmektedir.

Göçle ilgili genel bilgiler

İnsanlık tarihi boyunca yaşanan göçler, mekânda eşitsiz biçimde dağıtılmış ekonomik fırsatlardan yararlanma isteğinin bir sonucu olabildiği gibi, ekolojik dayat-

malar (doğal afetler) ya da devlet gibi sosyal bir otoritenin gündeme getirdiği sürgünler, mecburi iskanlar ve savaşlar nedeniyle de ortaya çıkabilmektedir.⁽³⁾

Demografik bir süreç olarak göç, "coğrafi bölgeler ve/veya idari alanlar arasındaki yerleşim yeri (ikametgâh) değişiklikleri"⁽⁴⁾ olarak tanımlanmaktadır. Ünalın, göçün tanımında uzaklık, zaman ve kalıcılık olmak üzere üç kriter kullanıldığını belirtmektedir. Petersen, "göç etme nedeni" bağlamında dört değişik tipte göçten söz eder. Bunlar ilkel, zorlayıcı (impelled), zoraki (forced) ve serbest/özgür göçtür.⁽⁵⁾ İlkel göç, ekolojik bir itme sonucu oluşur. Yani insanoğlunun doğal güçlerle başa çıkma becerisinden yoksun olduğu durumlarda ortaya çıkar. Zorlayıcı ve zoraki göç türlerinde harekete geçirici faktör olarak ekolojik bir baskı değil, devlet yada eşdeğerdeki bir kamusal otoritenin baskısı söz konusudur. Tekeli, zoraki ya da zorlayıcı biçimde yaşanan yer değiştirmelerin üç farklı kaynağı olabileceğini belirtir. Bunları da "devletin

belli amaçlarını sağlamak, savaşlar sonucunda yeniden uyum, doğal afetlerin sonuçlarından kaçınmak" olarak sıralar.⁽⁶⁾ Zorlayıcı ve zorunlu göçlerin her ikisi de baskı unsuru içerir. Bu iki göç arasındaki ayrım; zorlayıcı göçte, göçe zorlanan kişiler gitmek ya da kalmak konusunda belirli bir oranda gücü ellerinde tutarken, zorunlu göçte bu tarz bir dayatmayla karşı karşıya gelenlerin böyle bir güçlerinin/iradelerinin söz konusu olmamasıdır. Serbest göçte ise, göçün asıl nedeni göçmenlerin kendi iradesidir.

Uzaklık ölçütüne göre tanımlanan iki göç türü vardır: İç göç ve dış (uluslararası göç) göç. Mültecilik ülkeler arasında farklı tanımlanmakla birlikte, uluslararası anlaşmalarda zorunlu iç göçmenlikle ilgili herhangi bir maddeye rastlanmamaktadır. Oysa dünya genelinde 25 milyondan fazla insanın bu tür bir göçe maruz kaldığı ve sayılarının gittikçe artarak mültecileri aştığı belirtilmektedir. Gerek zorunlu iç göçmenler gerekse mülteciler benzer nedenlerle göçe zorlanmalarına karşın, mülteciler daha fazla



uluslararası destek görmektedir. Oysa var olan tanımlamalarda iki grubu ayıran tek önemli vurgu uluslararası sınırların geçilmesidir.

Göç etme biçimi bakımındansa bireysel, kitlesel ve zincirleme olmak üzere üç farklı göç türünden söz etmek mümkündür. Göçler kırdan kente, kırdan kıra, kentten kente ve kentten kıra doğru olabilmektedir. Türkiye’de çoğunlukla kırdan kente ve kentten kente doğru göçler oluşmuştur. Türkiye’de sanayileşmenin gelişmesiyle birlikte kentleşme oranı artmaya başlamış, göçlerde artış meydana gelmiştir. Bu artış 1950’li yıllara tekabül etmektedir. Bu yıllarda göçler, sanayileşmenin ve kentleşmenin etkisiyle birlikte köyden kente doğru yoğunluk göstermiştir. 1980’lerden sonra ise göçler daha çok kentten kente doğru eğilim göstermeye başlamıştır. Türkiye’de göç sonucu bölgeler arası nüfus dağılımında dengesizlik olmuştur. En fazla göç veren bölgeler, Karadeniz ve Doğu Anadolu Bölgeleri’dir. En fazla göç alan bölgeler ise Marmara ve Ege Bölgeleridir.

Son yıllarda Suriye’de süren savaş nedeniyle ülkemiz Suriyeli sığınmacılara kapılarını açmış, bu aynı zamanda ayrıntılı göç çalışmalarını da elzem kılmıştır. Göçün kuramsal olarak açıklanmasına ilişkin ilk çabalar Ravenstein’in göç kanunlarını oluşturduğu 1880 yılına uzanır. Ravenstein’a göre insanlar sınırlı sayıda fırsatların bulunduğu yerlerden daha çok fırsat yakalayabilecekleri yerlere gider.⁽⁷⁾ Lee ise, Ravenstein’in göç kanunlarını temel alarak içine bir grup mekânsal yer değiştirmeyi yerleştirdiği genel bir şema geliştirmiştir.⁽⁷⁾ Kırdan kente emek iş gücü aktarımına ilişkin ilk kapsamlı model ise 1950’lerde Lewis tarafından geliştirilmiştir. Azgelişmiş ülkelerde bölgeler arası var olan dengesizlik temel göç nedenidir. Göçle birlikte ülke içi bölgeler arası nüfus ve ücret farklılaşması da dengelenmiş olmaktadır. Göçün ‘dengeleyici’ bir mekanizma olduğu düşüncesine karşı çıkan Myrdal’a göre göç olgusu azgelişmiş bölgedeki insan kaynağını gelişmiş bölgeye akıtarak bölgeler arası dengesizliğin daha da derinleşmesine neden olur. Göç olgusunu daha mikro düzeyde çözümleyen Sjæaastad ise, göç kararının zaman içinde ortaya çıkacak kazanç ve maliyetlerin hesaplanması sonucunda alınan bir yatırım kararı olduğunu ileri sürer. Her ikisi de psikolog olan De Jong ve Fawcett de “değer-beklenti modeli” olarak adlandırılan yaklaşımlarında göç kararının alınmasında bireysel düzeydeki değişkenlere dayalı analizlere girişmişlerdir.⁽⁷⁾

Göçü açıklamaya yönelik kuramsal çabaların çeşitliliği, bu olgunun çok yönlülüğünü ortaya koymak bakımından anlamlıdır. Göç olgusu her bir disiplin için

farklı veriler sunarken farklı sorun alanları da yaratır. Günümüzde göç olgusunun tüm boyutları ile anlaşılabilmesi yalnızca bir çözümleme düzeyine bağlı kalınarak ya da bir disiplinin araçlarını kullanarak başılamaz. Göçle ilgili açıklamaların “bir nüfus akımı sonucu bazı yerler dolarken bazılarının boşalması” biçimindeki bir çözümleme düzeyi ile sınırlı kalması, göçün neden ve sonuçlarına, göç süreci sonunda ortaya çıkan uyum sorunları ve mekanizmalarına ve geriye dönüş dinamiklerine ait verilere ulaşmayı engellemektedir. Çünkü göç “durağan bir olgu olmayıp nedenleri ve sonuçlarıyla birlikte algılanması gereken bir süreçtir.”⁽⁴⁾

Dünya nüfusunun %2,7’si, yani yaklaşık 190 milyon kişi, doğdukları ülke dışında yaşıyor. Bu rakam düşük görünebilir, ama göçmenler görece az sayıdaki yerlere gitmeye eğilim gösterdikleri için, tek tek ülkelerin nüfusu içinde oldukça büyük oranlar oluşturabiliyorlar. OECD bölgesinde bu Avustralya ve İsviçre’de nüfusun % 23’ünü aşan oranlara varırken, Finlandiya ve Macaristan’da yaklaşık %3.⁽⁸⁾ Tipik bir göç ülkesi olan ABD bugün hâlâ yılda 800 bin ila 900 bin yasal göçmen kabul ediyor. Bunun yanında çok sayıda kâğıtsız göçmen de geliyor. Avrupa göç rejiminde 1950’lerden sonra bir tersine dönüş oldu. 19. yy boyunca göç veren Avrupa ülkeleri, işgücü açığını göçmen işçi anlaşmalarıyla kapamaya çalıştı. Türkiye bu çağrıya cevap verenler arasındaydı. “Soğuk Savaş”ın bitimi ve küreselleşme ile göç hareketleri ivmeleni ve içeriği çeşitlendi. Ancak devletlerin sınır kontrolleri ve girişleri kısıtlama politikası uluslararası göçün giderek daha çok düzensiz bir şekilde gelişmesine neden oldu.

19. yüzyıldan bugüne Türkiye topraklarında etkin olan üç temel uluslararası göç dalgasından söz edebiliriz:

- 1) Osmanlı’nın son yılları ve erken cumhuriyet döneminde muhacirlerin gelişi
- 2) 1960 ve 1970’lerde Avrupa’ya işçi göçü
- 3) 1990 sonrasında komşu coğrafyalardan İstanbul başta olmak üzere büyük kentlere gelen yeni göçmenler; yani sığınmacılar, transit göçmenler, bavul ticareti yapanlar, kadın ev çalışanları, Avrupalı emekliler, yüksek vasıflılar, vs.

Bir diğer göç biçimi ise zorla yerinden edilmedir. 2000’li yılların başı itibarıyla dünya genelinde yaklaşık olarak 25 milyon kişinin kendi ülkeleri içinde yerlerinden oldukları tahmin edilmektedir. Uluslararası tanıma göre ülke içinde yerinden olmuş kişiler; “zorla ya da zorunda kalarak evlerinden veya sürekli yaşamakta oldukları yerlerden, özellikle silahlı çatışmaların, yaygın şiddet hareketlerinin, insan hakları ihlallerinin veya

doğal ya da insan kaynaklı felaketlerin sonucunda veya bunların etkilerinden kaçınmak için, Uluslararası düzeyde kabul görmüş hiçbir devlet sınırını geçmeksizin kaçan ya da bu yerleri terk eden kişiler ya da kişi gruplarıdır.” (United Nations, 1998) Bu tanımın en önemli iki noktası zorlamanın olmaması ve ülke sınırları içinde kalınmasıdır.

1990’lı yıllarda Türkiye’de göç hareketlerinde önemli değişiklikler olmuş, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinden batıya ve şehir merkezlerine doğru zorunlu iç göç yaşanmıştır. TBMM’nin 1998 yılındaki raporunda OHAL kapsamındaki ve mücavir alandaki iller ile bazı çevre illerde 1997 yılı itibarıyla 905 köy ve 2523 mezranın boşaltıldığı ve göç edenlerin sayısının 378.335 olduğu belirtilmiştir. US Committee for Refugees (USCRI, 1998) yerinden edilmiş kişi sayısının 380 bin ile 1 milyon arasında olduğunu tahmin etmektedir. İnsan Hakları İzleme Örgütü (Human Rights Watch-HRW) 2 milyon rakamını telaffuz etmiştir. (HRW, 2002) Türkiye İnsan Hakları Vakfı (TİHV), İnsan Hakları Derneği (İHD) ve Göç Edenler Sosyal Yardımlaşma ve Kültür Derneği (GÖÇDER) ortak basın bildirimlerinde 3 ila 4 milyon tahminlerinde bulunmuşlardır.^(9, 10)

Göçün psikiyatrik etkileri

Göçün psikiyatrik etkilerinin araştırılması aslında çok eski tarihlere dayanır. Modern psikiyatrinin kurucularından sayılan Emile Krapelin’in 1920 yılının başlarında ‘kökten kopma sendromu’ diye bir sendromdan söz ettiğini biliyoruz. Göç oldukça karmaşık bir olgudur. Çok sayıda faktör işin içindedir ve göç psikolojisini anlamak ancak sosyopolitik ve ekonomik faktörlerin de dikkate alınacağı karmaşık bir matriks bağlamında mümkündür. Bunu akılda tutarak, göç psikolojisi açısından analiz kolaylığı sağlayacağı için üç evreden bahsetmek mümkündür: Göç-öncesi, göç süreci ve göç-sonrası. Psikolojik açıdan göçü incelerken ve göç nedeniyle psikolojik zorluklar yaşayan insanlara yardım ederken, bu üç evredeki olumsuz ve olumlu özellikleri değerlendirmek gerekir. Bu özellikler de göç eden her kişi ve grup için oldukça farklı olabilir. Ancak bu çok sayıda faktörün bileşik etkisi üzerinden kişilerin ve grupların göçten nasıl etkilendiğini anlayabiliriz. Dolayısıyla bu konuda ilk söylememiz gereken şey, göçün psikolojik etkilerinin büyük ölçüde kişiye veya gruba özgü olduğudur.

Göçle ilgili özellikle dikkat edilmesi gereken bazı faktörler vardır. Örneğin göç-öncesi dönemden kaynaklanan faktörler arasında göçün nedeni ve kaybedilecek şeylerin çapı, derinliği çok



önemlidir. Zorunlu göç, 'gönüllü' göçten haliyle çok daha fazla olumsuzlukla yüklüdür. Hayatını, güvenliğini kurtarmak için bir yerden kaçmak zorunda kalmak, hem buna yol açan tehditlerin ve eziyetlerin yarattığı travmayla hem de aniden, tamamen hazırlıksız bir şekilde yerinden yurdundan kopmanın getirdiği yükü uğraşmak zorunluluğunu da birlikte getirir. İnsana destek veren, onu koruyan güçlendiren ne kadar çok şey geride bırakılıyorsa, göçün psikolojik etkisi o kadar olumsuz olacaktır. Bunlar insanın sevdikleri, yakın çevresi, ilişki ağı, dili, kültürü, işi ya da okulu, geliri, hayat standardı, aşına olduğu, içinde yaşamaya alıştığı köyü, kenti ya da yurdu. Bunlardan ne kadar fazlası geride bırakılıyorsa o kadar fazla risk faktörü var demektir. Göç sırasında ise bu yolculuğun ne kadar güvenli, tehlikeli ya da meşakkatli olduğu dikkate alınmalıdır. Göç sonrası dönem açısından ise göç edilen yerin özelliklerine bakılmalıdır. Göç edilen yer ne kadar kucaklayıcıysa, ne kadar az dışlayıcı ve ayrımcıysa, kayıpları telafi etmeye ne kadar müsait ise göçün olumsuz etkileri o kadar azalacaktır.

Bu durumlarda en sık görülen psikolojik zorluklar depresyon, anksiyete bozuklukları, post travmatik stres bozukluğu, somatizasyon ve ilişki problemleridir. Kadın, erkek, çocuk hiç bir grup bu tür sorunlara karşı bağışık değildir. Herkeste bu zorlukların ortaya çıkma

ve bunlarla baş etme yolları farklı olabilir. Örneğin göç edilen yerde yeni bir dil öğrenilmesi gerekiyorsa çocuklar, ana babalarına göre daha avantajlıdır. Ama öte yandan ilişki ağlarının sürekliliği çocuklar için daha önemlidir. Sonuç olarak yeni gelinen yerde ekonomik ve kültürel entegrasyon ne kadar çabuk ve iyi olabilirse göçün yarattığı psikolojik risk faktörlerinin etkisi azalacaktır.

Göçün yarattığı zorluklarla baş etmenin en yaygın yollarından biri, bildiğimiz gettolaşma eğilimidir. Benzer kökenlerden gelen insanlar, tehlikeli olan ya da tehlikeli addettikleri yeni dış çevreye karşı, normal koşullar altında yakınlaşmayacakları kadar yakınlaşıp kendilerine bir getto kurarlar. Bu getto, mekânsal olabileceği gibi, dağınık yerlerde otursalar bile psikolojik/ilişkisel bir getto da olabilir. Getto sonuç olarak bir tür dayanışma ağıdır, göçün neden olduğu kayıpları telafi etme çabasıdır. Eğer abartılmazsa ve iç-dış sınırlarını çok katı bir şekilde çizmezse gettolar, yeni yere entegrasyon sürecinin işlevsel bir ilk aşaması olarak görülebilirler. İnsanlar göç edip, ilk başta içinde kendilerini daha güvenli hissettikleri gettoda yaşamaya başlarlar. Zaman içinde deneye yanık getto sınırlarının dışına çıkıp tedricen entegre olabilirler. Ama göç edilen yer, göç edenlere karşı düşmanca/ayrımcı bir tavır içindeyse, o zaman göç eden için entegrasyon değil, kendini koruma ön plana çıkar ve gettolaşma sürdürülür.

Göçün yarattığı zorluklarla baş etmenin en yaygın yollarından biri, bildiğimiz gettolaşma eğilimidir. Benzer kökenlerden gelen insanlar, tehlikeli olan ya da tehlikeli addettikleri yeni dış çevreye karşı, normal koşullar altında yakınlaşmayacakları kadar yakınlaşıp kendilerine bir getto kurarlar. Getto sonuç olarak bir tür dayanışma ağıdır, göçün neden olduğu kayıpları telafi etme çabasıdır.



Van'da zorunlu göç mağdurlarıyla yapılan bir çalışmanın sonucunda, çalışmaya katılanların % 30'a yakınında depresyon, % 15'inde panik bozukluğu ve % 19'unda somatizasyon bozukluğu saptanmıştır. Çalışmada güvensizlik, ümitsizlik ve bastırılmış öfke duyguları içinde yaşayan göçmenlerin depresif bir zeminde kuşkucu, çekingen, içe kapalı bir davranış kalıbı geliştirdiklerinin gözlemlendiği belirtilmiştir.

Mülteciler ve göçmenlerle ilgili yayınlarda sık sözü edilen kavramlardan biri akültürasyondur. Hovey ve King bu kavramı 'bireyin yeni ülkede başka bir kültürle temasa geçtiği zaman belli bir dereceye kadar değişmesi ve o kültürden etkilenmesi' şeklinde tanımlanmıştır.⁽¹¹⁾ Bu kavram Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) sınıflamasında DSM-IV'e eklenmiş, yeni bir kültürden etkilenme sorunu bölümünde ve klinik ilgi odağı olabilecek ek kodlar başlığı altında yer almıştır. Ponizovski ve arkadaşları eski meslek statüsünden ve toplumsal konumundan daha aşağıda yer aldığı zaman bireyin kendisine saygısının azaldığı ve güvensizlik duygusunun ortaya çıktığına işaret etmişlerdir.⁽¹²⁾ Akültüratif stresin uzun süre devam etmesinin nedenlerine

değinen bir araştırmada Almqvist ve Broberg yeni ülke insanlarının yeni gelene tepkileri ve olumsuz tutumları üzerinde durmaktadırlar.

Yayınlarda 'ikinci kuşak' konusu çeşitli yönlerden ele alınmıştır.⁽¹³⁾ Bazı yayınlarda birinci kuşağın akültüratif stresi daha fazla yaşayacağı, sonra gelen her kuşakta stresin direk azalacağı vurgulanmış, bazı araştırmalarda ise stresin giderek azalacağı doğrulanmamıştır. Çoklu regresyon analizine göre akültüratif stresin belirleyicileri süre değil, aile işlev bozuklukları ve gelecekle ilgili beklentilerin olumsuzluğudur.⁽¹³⁾ Normalde anne ve babalarla genç kuşaklar arasında kuşaklar arası farklılaşma olduğu bilinir ve belli bir dereceye kadar doğal kabul edilir. Yayınlarda bu farklılaşmanın göçmen ya da mülteci ailelerde çok daha karmaşık ve büyük olduğu vurgulanmaktadır. Çünkü genç kuşaklar gittikleri ülkenin kültüründen daha çok ve daha çabuk etkilenir, yaşlı kuşaklar ise eski ülkelerinin kültürel özelliklerini uzun süre taşımaya devam ederler. Üstelik yaşlıların kayıpları daha fazladır. Geride çok daha fazla anı, adet, bağlantı bırakmışlardır. Bunun doğal sonucu olarak yaşlılarda akültürasyon yeteneği daha az ve kültür şoku riski daha fazladır.

Göç olayını psikanalitik açıdan yorumlayan Grinberg ve Grinberg'e göre, göçmenin güvensizliğini, "bilinmeyenle" karşılaşma anksiyetesi ve bu anksiyeteye eşlik eden regresyon belirler. Regresyon onun kendini çaresiz hissetmesine yol açar; öyle ki bu onu, uygun fırsatları bile etkin biçimde kullanmaktan alıkoyabilir. Bu sırada güvenebileceği, korku ve anksiyetesini giderecek insanlar arar. Tıpkı bir bebeğin yalnız bırakıldığı zaman annesinin alıştığı yüzünü çılgınca araması gibi başka insana gereksinim duyar. Üstelik yeni çevre ile bütünleşebilmesi için en azından

geçici olarak bireyselliğinin bir kısmından vazgeçmesi gerekir. Yeni çevre ile eskiden bağlı olduğu grup arasındaki fark çok büyük ise, vazgeçme o derece derin olur. Vazgeçme gereksinimi içsel çatışmalara yol açar. Bir yanda diğer insanlar gibi olma isteğini duyarken yeni kültür tarafından yok edilecekmiş gibi korku duyar. Diğer yanda bireyselliğini devam ettirmek ister; kimliğini koruması, kendisi olduğunu hissetmesi önemlidir. Bu çatışmalar onda yabancılaşma ve karmaşa yaratırken, kimliğinin değişik yönleri arasında çatışmalar kaçınılmaz olabilir, yalnızlık, izolasyon duyguları depresif eğilimleri çoğaltır, şiddetlendirir. Bu güçlüklerle başa çıkamadığı zaman çatışmalar yer değiştirebilir, psikosomatik bozukluklar ortaya çıkar, örneğin sindirim sistemi bozuklukları göç eyleminin iyi hazmedilmediğini gösterir. Bu durumda tabloya hipokondriyak uğraşlar, fanteziler egemen olabilir.⁽¹⁴⁾

Türkiye'de göç konusunda sınırlı ama değerli çalışmalar yapılmıştır. Van'da zorunlu göç mağdurlarıyla yapılan bir çalışmanın sonucunda, çalışmaya katılanların % 30'a yakınında depresyon, % 15'inde panik bozukluğu ve % 19'unda somatizasyon bozukluğu saptanmıştır. Çalışmada güvensizlik, ümitsizlik ve bastırılmış öfke duyguları içinde yaşayan göçmenlerin depresif bir zeminde kuşkucu, çekingen, içe kapalı bir davranış kalıbı geliştirdiklerinin gözlemlendiği belirtilmiştir.⁽¹⁵⁾ Bu konuda yapılan bir başka çalışmada işkence ile birlikte göçe zorlanmış kişilerde daha fazla ruhsal sorun olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya katılanların %70'inden çoğunda dikkatini toplamakta güçlük, kendini huzursuz, sinirli hissetme ve acı veren anıların istemedikleri halde sürekli gözünün önüne gelmesi gibi belirtilerin gözlemlendiği belirtilmiştir.⁽¹⁶⁾ Bir başka çalışmada ise göç edenlerde % 66 oranında travma sonrası stres bozukluğu saptanmıştır.⁽¹⁷⁾ Bir diğer çalışmada sevilen bir kişinin

kaybı kadar yaşanan yerin kaybının da psikopatolojiyi şekillendirebildiği ve depresif belirtilere yol açabileceği belirtilmiştir. Ancak yasin doğal süreçleri olan şok, inkâr, pazarlık ve kabullenme dönemlerini zorunlu göç mağdurlarında belirgin olarak gözlemek güçtür. Kişiler çoğunlukla yoğun bir inkâr dönemi yaşar ve öfke bu dönemi şekillendirir. Göçmenlerde öfkenin daha çok devlet, hükümet ve yetkili kurumlara yönelik olması dikkat çekici olarak bulunmuştur.⁽¹⁰⁾

Neler yapıyor ve ne yapılmalı?

Kimlik ve aidiyet sorunu dünyada göçmenler arasında zikredilen en önemli sorunların başında yer almaktadır. Bazı ülkelerde yerli ırkçı grupların ve bazı yönetimlerin söylem ve yayınlarında dile getirdikleri asimilasyon korkusu endişeleri, göçmenleri daha fazla kendi içlerine kapanmaya yöneltmekte. Öte yandan özellikle küreselleşme macerasında ikinci ve üçüncü kuşak göçmenlerin kendi kültürlerinden kopma, kimliğini kaybetme yönündeki korkusu, özünden kopma riski aileler ve çocuklar arasında yeni bir problem kaynağı olmakta ve onları kendi milli ve dini değerlerine yöneltmektedir. Biraz da kökten kopma endişesi buna sebep olmaktadır. Bu durum, yani yurt özlemi bazı insanlarda aşırı boyutlara ulaşarak onların ciddi psikolojik rahatsızlıklar yaşamasına da sebep olmaktadır. Bu tür vakalar bir dönem İsviçre’de ve özellikle Basel kentine yakın yörelerde daha sık görüldüğü ve bölgenin uzmanları tarafından teşhis edildiği için çağdaş literatüre “İsviçre hastalığı” (Heimweh- Nostalgia) olarak dâhil olmuştur.⁽¹⁸⁾ Hem göç veren hem de göç alan devletlerin göç ve eğitim gibi temel politikalarını gözden geçirerek yeniden oluşturulmasıyla bu tür vakaların önüne geçilebilir.

Diğer taraftan onlara yönelik politikalarda ayrımcılığa yol verilmemeli, böylelikle göç ettikleri ülkenin bir parçası oldukları hissettirilmelidir. Yani ikinci sınıf vatandaş muamelesinden vazgeçilmeli. Devlet göçmenlerin yerli topluma sağlıklı bir şekilde entegre olmalarını sağlamak için çalışmalar yapmalıdır.

Uyum daha ziyade tüm tarafların, yani tüm bireylerin ve aynı zamanda devletin ve toplumun da çaba sarf etmelerini gerektiren bir iştir. Uyumun gerçekleşmesi ancak aktif bir vatandaş toplumu ile sağlanabilir. Bunların arasında iş olanaklarının sunulması, çocukların eğitim sorunlarının çözülmesi, sosyal haklardan yararlanma fırsatlarının sunulması önem arz etmektedir. Sunulan dil kursları, eğitim seminerleri bu amaçla organize edilmelidir.

Devlet göçmenlerin bilinçli bir sosyalleş-

me ve topluma entegrasyonu için, anadil öğrenimi ve kullanılmasını desteklemeli ve bunun için programlar düzenlemelidir. Zira anadili ve içinde yaşanan toplumların dillerinin öğrenilmesini birbirine bağlı ve birlikte oluşturulacak kültürel dokunun temel taşları olarak görür.

Türkiye’de mültecilerin ihtiyaçlarına yönelik (maalesef zorunlu iç göçzedelere değil Suriyeli mültecilere) ciddi kamu kaynakları eşliğinde zaruri çalışmalar yürütülmektedir. Bu dönem zarfında bir bütün halinde birbirleriyle etkileşim halinde çalışan bir yaklaşım geliştirmiş ve bu yönde çalışan kurumlar oluşturulmuştur. Bunların arasında psikolojik destek faaliyetleri de yer almakta. Aslında yalnız başına yapılacak psikolojik destek, diğer destek alanları olmadan çok fazla işe yaramaz, etkisi kısıtlı kalırdı.

Göçmenlere ve mültecilere yapılacak psikolojik destek hizmetlerinde önemli olan kültürel farklılıklara karşı duyarlı olunması, dil problemlerinin dikkate alınması, empatik bir tavırla pratik yardımda bulunmak, gerekli olan duygusal desteğin sağlanması, psikolojik tedavi sürecinin güçlendirme (empowerment) hedefli yürütülmesidir.

Bölge halkı ile mülteciler arasında daha huzurlu bir yaşamın tesis edilmesi için diyalogun güçlendirilmesi, anlama ve anlatma ekseninde bütün diyalog yollarının diri tutulması önemli. Sağlıklı bir diyalog için gereken en önemli unsur, sağlıklı iletişim niyeti ve bu niyetle oluşturulmuş iletişim kanallarıdır. Bu anlamda, gerek kurumsal gerek kişisel bazda göçmenler ve ev sahibi halk arasında birbirini anlamaya dönük bir iletişim faaliyeti öncelik teşkil etmeli, yargılama ve dışlamayı reddeden hoşgörülü bir tutum benimsenmelidir. Göçün yoğun olarak yaşandığı alanların üniversitelerinde bölgedeki uygulanan politikalara ve ilgili birimlere yardımcı olmak üzere, araştırma yapmak ve bulgulara birinci elden ulaşmak amacıyla araştırma merkezleri kurulmalıdır. Yaşanan sosyolojik ve psikolojik temel problemlerin çözümüne yönelik bilimsel stratejiler geliştirmeli ve bu stratejileri uygulamaya koyulmalıdır.

Burada sosyal çevre etkenlerinin çok büyük önemi var. Örneğin erkek çalışıyor ve kadın evde oturuyorsa ve bunun üstüne kadının sosyal destek alacak bir sosyal çevreden yoksunsa ise kadının depresyona yakalanma riski bir hayli fazladır. Bu anlamda göçmen kadınların yaşadıkları izolasyon nedeniyle, depresyon, somatizasyon bozukluklar ve benlik saygısında düşüklük gözlemlenmektedir. Bu durum aynı zamanda aile içerisinde uyumsuzluk ve çatışmayı derinleştirmektedir. Yine göçmenler arasında psikolojik sorunlar yüzünden

kliniklere başvuranların önemli bir kısmını kadınların oluşturması, göç alan ülkelerin araştırma kurumları tarafından sürekli dile getirilmektedir. Kızıltepe Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvuran Suriyeli mültecilerin büyük kısmının kadın hasta olduğunu da bir gözlem olarak belirtmemiz gerekiyor.

Kaynaklar

1) Özer, İnan, Kentleşme, Kentleşme ve Kentsel Değişme, Bursa, Ekin Kitabevi, 2004.

2) Sağlam, Serdar, “Türkiye’de İç Göç Olgusu ve Kentleşme,” *Türkiyat Araştırmaları*, Sayı:5, (2006), s.34-44.

3) Kaygıalak, Sevilay, Kentin Mültecileri Neoliberalizm Koşullarında Zorunlu Göç ve Kentleşme, Ankara, Dipnot Yayınları, 2009.

4) Ünalın, T. (1998). Türkiye’de İç göç ilişkisi Veri Kaynaklarının Değerlendirilmesi, A. İçduygu (Der.) içinde, Türkiye’de İç göç (91-103). İstanbul, Tarih Vakfı.

5) Petersen, W. (1970). *Population*. London: The Macmillan Company.

6) Tekeli, İ. (1990). ‘Osmanlı İmparatorluğundan Günümüze Nüfusun Zorunlu Yer Değişimi ve İskan Sorunu’ *Toplum ve Bilim*, 50, 49-71.

7) Oberai, A.S. Ve Singh, H.K.M. (1983) *Causes and Consequences of international Migration: A Study in the Indian Punjab*. Delhi: Oxford University Press.

8) <http://www.oecd.org/insights/43569201.pdf> (OECD raporu- International Migration: The human face of globalisation) (Erişim tarihi: 07.04.2014)

9) Amnesty International Annual Report. 1996.

10) Aker, T. Zorunlu iç Göç: Ruhsal ve Toplumsal Sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3:97-103

11) Hovey JD, King CA. Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among immigrant and second-generation Latino adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996 Sep;35(9):1183-92.

12) Ponizovsky AM, Ritsner MS. Suicide ideation among recent immigrants to Israel from the former Soviet Union: an epidemiological survey of prevalence and risk factors. *Suicide Life Threat Behav*. 1999 Winter;29(4):376-92.

13) Almqvist K, Broberg AG. Mental health and social adjustment in young refugee children 3 1/2 years after their arrival in Sweden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Jun;38(6):723-30.

14) León and Rebeca Grinberg; *Psychoanalytic Perspectives on Migration and Exile*, Yale University Press, Aug 11, 2004.

15) Kara, H. Göç ve Psikiyatri. 6. *Anadolu Psikiyatri Günleri Bilimsel Çalışmalar Kitabı*, 1997, s. 169-174

16) Karalı N, Yüksel Ş. Effects of forced migration on psychological problems seen after torture. *5. European Congress on Traumatic Stress*, Maastricht, 1997.

17) Sır A, Bayram Y, Özkan M: Zorunlu iç göç yaşamış bir grupta travma sonrası stres bozukluğu üzerine bir ön çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 9:165-172.

18) Gilgen D, Gross CS, Maeusezahl D, Frey C, Tanner M, Weiss MG, Hatz C. Impact of organized violence on illness experience of Turkish/Kurdish and Bosnian migrant patients in primary care. *J Travel Med*. 2002 Sep-Oct;9(5):236-40.

Nöroakupunktur: Yeni köye eski adet!

Yrd. Doç. Dr. Burcu Polat



1978 yılında Ankara'da doğdu. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2000 yılında mezun oldu. Pratisyen hekimlik döneminin ardından başladığı nöroloji ihtisasını, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2009 yılında tamamladı. 2012 yılında Yeditepe Üniversitesi'nde Akupunktur Sertifika Programını bitirdi. Halen Medipol Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalında çalışmaktadır.

Akupunktur, bilinen en eski tedavi yöntemlerinden biridir. Özellikle son 30 yılda tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları içinde kendini en fazla ispatlamış olandır. Modern (konvansiyonel) tıbbın başarıları tartışmasızdır (Acil tıp, operasyonlar, enfeksiyonlar, aşılar, parenteral tedaviler vs.). Ancak kronik hastalıkların artan yükü, bu süreçte, tamamlayıcı ve alternatif tıp ile günümüz tıp yöntemleri arasındaki uygulamaları ve elde edilen sonuçları yeniden yorumlamayı gerekli kılmaktadır. Artık belki de unuttuğumuz kadim tıp bilgilerini hatırlama ve onlardan yararlanma zamanı gelmiştir. Özellikle ağrılı durumların tedavisinde doğudan gelen bu "needle pain-killer" tüm dünyada adını duyurmuştur. Gün geçtikçe daha fazla sayıda hekim akupunktur uygulamakta ve akupunktur dünyada birçok hastane ve klinikte yaygın olarak kullanılmaktadır.

Akupunktur klinik pratikte; klasik-geleneksel doğu tıbbi akupunkturu ve modern batı tıbbi akupunkturu olarak ya da bunların kombinasyonu şeklinde uygulanabilir. Hangi sisteme göre yapılırsa yapılsın bu yöntemin işe yaradığı artık bilinmektedir. Hangi yöntemin daha etkili olduğunu söyleyebilmek için, bu geleneksel ve modern akupunktur uygulamalarını birbiriyle karşılaştıran çalışmalara ihtiyaç vardır. Bir çok akupunktur üstadı tıp hekimi şu ortak kaniya sahiptir: Akupunktur ve ilişkili uygulamalar, temel/ulusal sağlık sistemine entegre edilse hem koruyucu hem de tedavi edici tıpta inanılmaz faydalı sonuçlar sağlayacaktır. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) de tamamlayıcı

ve alternatif tıp yöntemlerinin modern sağlık sistemlerine entegre edilmesi ile ilgili çalışmalar yapmakta ve stratejiler belirlemektedir. Çok iyi bilinmektedir ki bu yöntem hem ucuz hem de yan etkisizdir, tek başına veya diğer tedavilerle kombine olarak da uygulanabilir.⁽¹⁾

Klasik akupunktur uygulamaları; geleneksel doğu tıbbi prensiplerine dayanarak yapılan her türlü çalışmayı (Akupunktur, perhiz, fitoterapi, kupa terapisi vs.) içerir. Bu yaklaşıma göre evrende her şey birbiri ile ilişkilidir. Beden ve zihin de birbirinden ayrı tutulamaz. Vücudun kendisinde var olan onarma ve iyileştirme gücü harekete geçirilir. Bu sayede genel iyilik (esenlik, wellbeing) hali sağlanır ve korunur.

Batı tıbbi akupunkturu (medikal akupunktur) ve onunla ilişkili uygulamalar arasında; kulak akupunkturu, tetik nokta akupunkturu, elektroakupunktur, TENS uygulamaları, skalp akupunkturu, farmakopunktur (biyopunktur) sayılabilir. Sadece kafa derisi (skalp) üzerinde belli baş bölgeleri kullanarak yapılan akupunktur uygulaması skalp akupunkturu (SA). Bu bağlamda Nöroakupunktur terimi; hem nörolojik hastalıklarda kullanılan akupunktur uygulamalarını hem de skalp akupunkturu aklı getiren bir ifade olarak kullanılabilir. Klasik Çin baş akupunkturu yanı sıra 1960'lardan sonra geliştirilen yeni SA teknikleri de vardır.^(2,3) Yapılan çalışmalar akupunkturda bir tekniğin diğerinden üstünlüğünü göstermemektedir.⁽⁴⁾ Akupunktur ve ilişkili uygulama yöntemleri; öncelikle baş ağrılarında (akut, kronik) diğer kronik

ağrılarda, bazı nörolojik hastalıklarda, ayrıca stroke (inme) ya da spinal kord yaralanmalarında rehabilitasyona ek olarak kullanılabilir. Akupunktur uygulayan hekimlerin nöroloji disiplinine uzak olması, akupunktur uygulayan fazla sayıda nörolog olmaması, bununla ilişkili olarak yapılan çalışmalarda bazı hastalıkların tedavisinde yeterli kanıt düzeyine ulaşılamaması ve akupunkturun dev biyomedikal sistem içinde hak ettiği yeri bir şekilde bul(a)maması, akupunkturun nöroloji rutinine girmesini engellemiştir. Skalp akupunkturu sonuçların daha hızlı ve etkili olması, kolay uygulanabilirliği, onu nöroloji pratiğinde ön plana çıkarabilir.

Nöroakupunktur

Her geçen gün akupunkturla ilgili yapılan araştırmaların sayısı artmakla birlikte bu yöntemin nasıl etkili olduğu ya da akupunktur noktaları ile ilgili sır hala gizemini korumaktadır. Akupunkturun kendi felsefesi ise iyileşme sırrını; vücudun ana enerjisi Qi'nin (çi, yaşam enerjisi, vitality) bozulmuş regülasyonunu tekrar kazandırmak olarak açıklar. Bunu Yin-Yang Prensibi üzerinde temellendirir. Akupunkturun nörobiyolojik açıklamalarından bazıları şunlardır; akupunktur iğnesi, vücutta herhangi bir akupunktur noktasına uygulandığında mekanik ve elektriksel bir uyarım başlatır. Bu deride yer alan serbest sinir uçları, konnektif bağ dokusu, kaslar, vasküler yapılar ve ekstrasellüler matriks yoluyla olur. Tüm bu yapılar bir çeşit "nöral akupunktur ünitesi" olarak tanımlanabilir⁽⁵⁾ ki bu akupunkturun terapötik etkisini belirle-

yen esas yapıdır. Yapılan çalışmalar; deride (akupunktur ve ilişkili yöntemler deriyi “klavye” gibi kullanır) çeşitli sinir lifleri ve kasların, akupunktur tedavisiyle uyarılması sonucu; beyinde çeşitli nörotansmitterlerin (endorfinler, monoaminler ve kortizon) salgılandığı gösterilmiştir.^(6, 7) Akupunktur nöral yapıları uyarak spinal korda uyarılar yollar ve beyinde birçok merkezi (spinal kord, orta beyin ve hipotalamus-hipofiz aksı) aktive ederek analjezi oluşturur.⁽⁸⁾ Yine randomize kontrollü çalışmalar baş ağrısında özellikle de migrende bu tedavinin ilaçlar kadar ve hatta daha fazla etkili bir seçenek olabileceğini göstermektedir.⁽⁹⁾

Akupunktur tedavisi ile birlikte sağlanan relaksasyon, esenlik hali bile, tek başına ağrı süresi ve şiddetini azaltmada etkili ve yeterli olabilmektedir. Özellikle yetişkin migren, gerilim tipi baş ağrıları ve ergen baş ağrılarında etkisi nedeniyle daha çok uygulama ve araştırmayı hak etmektedir. Kronik nörolojik hastalığı olan veya kronik ağrı çeken hastaların içine düştüğü karamsarlık ve ilişkili yanlış kognisyon bu hastaların durumunu daha da çözülmez hale getirmektedir. Bu bağlamda hastanın yaşadığı hayal kırıklığı, hastalığın kendisine ya da sekonder etkilerine bağlı depresif ve anksiyeteye ilişkili semptomları da ihmal etmemek gerekir. Bu semptomların tedavisinde akupunkturun yardımcı olabileceğini düşünmek gerekir.⁽¹⁰⁾

Migrende nöroakupunktur

Migren baş ağrısının kişilerin yaşam kalitesini düşürdüğü, sosyal hayatlarını engellediği ve iş gücü kaybı yaptığı bilinmektedir. Migrende akupunkturun etkinliği hem akut dönemde hem de atak önleyici (preventif) düzeyde kanıtlayan çalışmalar vardır.^(11, 12) Hem vücut hem de skalp akupunkturu atak sıklığı, şiddet ve süresini düşürmektedir.^(4, 13) Ayrıca migrenin kronikleşmesinde etkili patofizyolojik mekanizmalar düşünüldüğünde akupunkturun kronikleşmeyi önleyici yönü daha fazla anlam kazanmaktadır.⁽¹⁴⁾ İlaç tedavisi altında yeterli cevap alınamayan kronik migrenli hastalarda, ek olarak akupunktur uygulandığında da etkili sonuçlar alınabilmektedir.⁽¹⁵⁾ Ayrıca migren dışı diğer tip primer baş ağrısı sendromlarında iyi klinik sonuçlar almak mümkündür. Son dönemde migren tedavisinde oral ilaçların yanı sıra invaziv ve yarı-invaziv uygulamalar ön plana çıkmaya başlamıştır. Birçok hastalık için kullanılan nörostimülasyonun (transkraniyal manyetik stimülasyon, TENS, transkraniyal direkt akım stimülasyonu. vb) migrende de etkili olduğu bilinmektedir.⁽¹⁶⁾ Akupunktur noktalarının da elektriksel stimülasyonu (elektroakupunktur) yapılabilmektedir, nörostimülasyon alanında yapılan ça-

lışmalar ışığında, elektroakupunkturun hızlı ve kümülatif etkilerinden söz etmek mümkündür. Ancak bu alanda daha çok şey söyleyebilmek için daha fazla sayıda ve iyi düzenlenmiş çalışmalara ihtiyaç vardır. Nöroloji pratiğinde migrenle beraber sık görülen nonspesifik bel-boyun ağrıları, vertigo, tinnitus, psikosomatik problemler, fibromiyalji vb. durumlarda akupunktur tek başına veya mevcut tedaviye ek olarak kullanılabilir. Migren profilaksisinde akupunkturun plasebo etkisi ile ilgili bir analizde; hastaya yapılan -içinde insan unsurunu barındıran- herhangi bir müdahalenin, oral ilaçlara göre daha etkili olduğu ve bu noktada plasebo etkisini ayırt edebilecek kalitede çalışmalara ihtiyaç bulunduğu vurgulanmaktadır.⁽¹⁷⁾ Son tahlilde akliselim; nöroakupunkturun ucuz ve etkin bir tedavi yöntemi olarak, modern nörolojide rutin biyomedikal tedavilere entegre edilerek uygulanması, araştırılması ve geliştirilmesi gerektiğini söylemektedir.

Kaynaklar

1) A systematic review of cost-effectiveness analyses alongside randomised controlled trials of acupuncture. Song-Yi Kim, Hyangsook Lee, YounbyoungChae, Hi-JoonPark, Hyejung Lee *AcupunctMed* 2012;30:273–285.

2) *Acupuncture treatment of neurological disorders*, KuangPeigen, MD, Traditional Chinese Medical Publishers of China, 1991.

3) Yamamoto New ScalpAcupuncture, (YNSA) ToshikatsuYamamoto, M. D, PhD, Axel Springer Japan Publishing Inc.

4) Efficacy of Yamamoto New Scalp Acupuncture Versus Traditional Chinese Acupuncture for Migraine Treatment. Rezvani M, Yarghi A, Mohseni M, Fathimoghdam F. *J Altern Complement Med*. 2013 Dec 28.

5) *Neural AcupunctureUnit: A New Conceptfor Interpreting Effects and Mechanisms of Acupuncture*. Zhang-JinZhang, Xiao-MinWang, GrainneM. McAlonan. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine Volume 2012, Article ID 429412, 23 pages*.

6) Mayer DJ, Price DD, Raffii A (1977) Antagonism of acupunctue analgesia in man by the narcotic antagonist naloxone. *Brain Res* 121: 368-372

7) Han JS, Terenius L (1982) Neurochemicalbasis of acupuncture analgesia. *AnnuRevPharmacolToxicol* 22: 193-220

8) Kiser RS, Khatam MJ, et al (1983) Acupuncture relief of chronic pain syndrome correlates with increased plasma met-enkephalin concentrations. *Lancet* 2: 1394-1396

9) *Acupuncture versus topiramate in chronic migraine prophylaxis: A randomized clinical trial*. C-P Yang, M-H Chang, P-E Liu, T-C Li, C-L Hsieh, K-L Hwanga, H-H Chang; *Cephalalgia* 2011;31 (15) 1510–1521.

10) *Acupuncture and Counselling for Depression in PrimaryCare: A Randomised Controlled Trial*: HughMacPherson, StewartRichmond, MartinBland, StephenBrealey, RhianGabe, AnnHopton, AdaKeding, HarrietLansdown, SaraPerren, MarkSculpher, EldonSpackman, DavidTorgerson, IanWatt; *PLOS Medicine* 1 September 2013 | Volume 10 | Issue 9 |

İlaç tedavisi altında yeterli cevap alınamayan kronik migrenli hastalarda, ek olarak akupunktur uygulandığında da etkili sonuçlar alınabilmektedir. Ancak bu alanda daha çok şey söyleyebilmek için daha fazla sayıda ve iyi düzenlenmiş çalışmalara ihtiyaç vardır. Son tahlilde akliselim; nöroakupunkturun ucuz ve etkin bir tedavi yöntemi olarak, modern nörolojide rutin biyomedikal tedavilere entegre edilerek uygulanması, araştırılması ve geliştirilmesi gerektiğini söylemektedir.

11) *Acupuncture for Treating Acute Attacks of Migraine: A Randomized Controlled Trial* LiYing, MD, PhD; LiangFanrong, MD; YangXuguang, MD; TianXiaoping, MD; Yan Jie, MD; SunGuojie, MD; ChangXiaorong, MD, PhD; TangYong, MD, PhD; MaTingting, MD; ZhouLi, MD; LanLei, BS; Yao Wen, BS; ZouRan, MD; (*Headache* 2009;49:805-816)

12) Linde K, Allais G, Brinkhaus B, et al. *Acupuncture for migraine prophylaxis*. *Cochrane Database Syst. Rev*, 2009;:CD001218.

13) *Non-pharmacological approaches to chronic headaches: transcutaneous electrical nerve stimulation, laser therapy and acupuncture in transformed migraine treatment*. Allais G, De Lorenzo C, Quirico PE, Lupi G, Airola G, Mana O, Benedetto C. *NeuroSci*. 2003 May;24 Suppl 2:S138-42.

14) Trigger point evaluation in migraine patients: an indication of peripheral sensitization linked to migraine predisposition? Calandre EP, Hidalgo J, Garcia-Leiva JM, Rico-Villademoros F. *Eur. J Neurol*. 2006 Mar;13 (3):244-9.

15) A sham-controlled trial of acupuncture as an adjunct in migraine prophylaxis. Mohsen Foroughipour, Amir Reza Golchian, Mohsen Kalhor, Saeed Akhlaghi, Mohammad Taghi Farzadfard, Hoda Azizi. *AcupunctMed* 2014;32:12–16.

16) *Neuromodulation of chronic headaches: position statement from the European Headache Federation*. *J HeadachePain*. 2013 Oct 21;14 (1):86. Martelletti P. et al.

17) *Differential effectiveness of placebo treatments: a systematic review of migraine prophylaxis*. Meissner K, Fässler M, Rücker G, Kleijnen J, Hróbjartsson A, Schneider A, Antes G, Linde K. *JAMA Intern Med*. 2013 Nov 25;173 (21):1941-51.

Dijital hastanede ikinci adım: Akıllı hastane

Yasin Keleş



İstanbul'da doğdu. Şişli Teknik Lisesi Bilgisayar Bölümü'nü ve İstanbul Üniversitesi Mühendislik Fakültesi'ni bitirdi. Beykent Üniversitesinde Sağlık Kurumları İşletmeciliği yüksek lisansının ardından İstanbul Esnaf Hastanesinde bilgi sistemleri yöneticisi olarak görev yaptı. Devamında Memorial Sağlık Grubunda 11 yıl boyunca bilgi sistemleri alanında çeşitli yöneticilik kademelerinde bulundu. Halen Memorial Sağlık Grubuna bağlı 10 Hastane ve 5 tıp merkezinin Grup IT Müdürü olarak görev yapmaktadır. Aynı zamanda Sağlık Bilişim Derneği Yönetim Kurulu Başkanı olan Keleş, evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

SD Dergisi'nin 29.sayısında yayımlanan bir önceki yazımızda, Sağlıkta Dönüşüm Programının sektörümüzdeki yansımalarından bahsetmiştim. Ancak, "Program ilk günkü gibi aynı doğrultuda ve aynı ivme ile hedefine doğru ilerliyor mu?" sorusu kafalarda yer etmektedir. Bunu ayrı bir makale konusu yapmakta fayda var. Bu noktada soru işaretleri olmasına rağmen sağlık bilişimi tüm hızıyla yoluna devam ediyor. Buna en büyük katkı, Sağlık Bakanlığı dışındaki diğer bakanlıklarımız ve çeşitli sektörlerimizden gelmekte.

Bu yazıda değineceğim ikinci konu, yine dijital hastaneyi oluşturan adımlardan ikincisi olan akıllı hastane (smart hospital) adımı olacak. Yukarıda bahsettiğim sektörlerden bizim için bu yazıda en önemlileri; inşaat sektörü ve ilişkili olarak elektrik, elektronik ve telekom sektörleri olacaktır. Bu alandaki ciddi değişimler ve artık standart haline gelmeye başlayan teknolojiler; bizim için dijital hastane hedefimize bizi daha hızlı götürecek olan akıllı hastane adımımızın altyapılarını oluşturacak.

Bir sağlık kuruluşunu yönetirken en çok söylediğimiz sözlerden birisi ihtiyacın çeşitliliğidir. Bunun sebepleri arasında baktığınızda bir hastanenin inşaatından işletmesine kadarki süreçte birçok farklı disiplinden meslek bir arada çalışır. İşletmeye aldıktan sonra da bunların her birinden bir işletmeci ve ek olarak

hiçbir kurumda göremeyeceğiniz hekim, hemşire, mühendis, tekniker, teknisyen, eleman birçok farklı disiplin daha eklenir. Öncelikle üretilen işin ihtiyaçlarını ve içerisinde bu işleri üreten bunca multi-disipliner çalışma ortamının ihtiyaçlarını karşılamak ve yönetmek zorundasınız. İşte bu nedenle sağlık sektörü diğer sektörlerdeki benzer mesleklerle göre çok daha zor ve incelik ister. Bunu yaparken hizmet verdiğimiz misafirlerimizin (hastalarımızın) hayatlarını kolaylaştıracak her şeyi düşünmeliyiz. Tabii bunun yanı sıra işletmemizin işletme maliyetlerini düşürme ve karlılığını artırmak içinde gerekli altyapıları ve teknolojileri kurgulamalıyız. Tüm bunları ortak hedefler koyarak yapabiliyoruz. İşte bu hedeflerden biri de bugün üzerinde durduğumuz akıllı hastanedir (smart hospital).

Dijital hastane yazı serisinin ikincisi olan akıllı hastanede biraz önce bahsettiğim farklı disiplinlerin birlikte çalışarak normal planlanan bir hastaneyi nasıl akıllı hastaneye dönüştürebileceği üzerinde duracağım.

Akıllı hastanenin adımları

Akıllı Hastane adımlarını oluşturan olmazsa olmaz 4 ana bileşen şunlardır:

- Akıllı bina
- Akıllı medikal teknolojiler
- Akıllı yazılım mimarileri
- Akıllı yönetim modelleri

Bunları birer başlık şeklinde sunmaktan ziyade akış içerisinde sizlere bir dijital hastane hayal ettirerek her adım hakkında bilgiler vermeyi istiyorum. Hepimizin aklında mükemmel bir dijital hastane mutlaka vardır. Eminim benim size şu anda hayal ettirmeye çalışacağım hastaneden daha mükemmeli düşünenler de aramızda çıkacaktır. Fakat belli bir düzen içerisinde ve bir sonraki yazımıza da yeterli seviyede hayal kalacak şekilde size bir hastane hayal ettirmeye çalışacağım.

Bir hastane düşünün. Hastaneden içeri girdiğiniz de sizi akıllı telefonunuzdan, cebinizdeki hastanenin size vermiş olduğu akıllı karttan (smart card) veya daha önce üzerinize yerleştirilen zararsız bir çipten veya uzaktan yüz tanıma sistemleri ile sizi tanısin ve resepsiyondaki kişi ile iletişiminizdeki harcadığınız zaman %70 oranında aşağı çöksin. Daha sağlıklı bir iletişim kurarak en az zaman ile hedefinize yönelmiş olun ve resepsiyonda yaşayabileceğiniz bir iletişim kargaşası sizi huzursuz etmesin.

Hemen arkasından akıllı telefonunuza düşen bir uyarı mesajı ile hastaneyi uçtan uca telefonunuzda görebileceğiniz 3D-Mapping teknolojisinin kullanıldığı bir uygulama indiriyorsunuz. Bu sayede hastanede ulaşmak istediğiniz noktayı size tarif eden bir asistan ile yolculuğa çıkıyorsunuz. Bir noktaya kadar geldiniz ve emin olamadınız. İşte o anda size karşıdan gülümseyen ve her sorunuza



cevap verecek olan bir Holografik Hastane Hostesi ile karşılaşıyorsunuz. Hastane hakkında akıllı telefonunuzdan emin olmadığınız konuyu danışıp ek olarak gitmek istediğiniz hekimin anlık olarak uygun olup olmadığını sordunuz. Uygun cevabını alıp ilerliyorsunuz. Ya da bir şekilde sarkan bir randevudan dolayı 20 dakikalık bir gecikmeden haberdar olup kafeteryaya gidip akıllı kartınızı okutup para ödemediğiniz bir kahve alıyorsunuz. Arkasından araya önemli bir iş görüşmenizi yine kurum içerisinde yüksek hızdaki Wi-Fi teknolojisi üzerinden ücretsiz yazılım kullanarak hallediyorsunuz. Vaktiniz geldiğinde hizmetinizi almak için hekimin odasına geçip muayenenizi olduğunuzda, kısa sürede bir operasyon geçirmeniz gerektiği söyleniyor. Bu konuda size tüm bilgileriniz, kişisel sağlık kayıtlarınız olduğu hastane ile sizin aranızda anlaşması olan özel bulut bilişim uygulaması ile akıllı telefonunuzdan ulaşacağınız bir yere gönderiliyor. Buna alternatif olarak cebinizde bulunan akıllı kartınıza aktarılıyor. Buna rağmen hekiminizle birlikte görüş almak istediğiniz diğer hekimin bilgilerini paylaşarak hekiminizin odasında bulunan bilişim altyapısı ile dünyanın herhangi bir yerindeki konsültasyon hekime ulaşarak karşılıklı konferans ve bilgi paylaşımı yapıyorsunuz. Bu sayede kişisel sağlık kaydınızın ister aynı hastane ortamında ister daha sonra kendi ortamınızda güncel şekilde farklı hastane veya hekimler ile de paylaşarak onlardan aldığınız görüşlerle çok kısa sürede operasyon kararınızı verebiliyorsunuz.

Bu karardan sonra internet üzerinden ameliyat randevu tarihinizi alarak kişisel sağlık kaydınız olduğu bulut bilişim sistemine işliyorsunuz. Operasyon günü geldiğinde aracınızla otoparka girerken akıllı kartınızı okutup kaç gün kalacağınızı otopark yönetim sistemine bildiriyorsunuz ve sizin aracınızı o süre zarfında sürekli tanıdığı için tekrar kapıda tanıma yapmasına gerek olmadan refakatçiniz giriş çıkış yapıyor. Sizin için hazırlanan odanıza çıktığınızda yine akıllı kartınızla odaya giriyorsunuz. Sizi karşılayan bir Smart TV ve IP TV sistemi ile karşılaşıyorsunuz. Size özel alınan bilgiler ışığında hazırlanma sırasında ortamın ışıklandırması, akıllı ışıklandırma sistemleri sayesinde sizi sakinleştirici ve ameliyata hazırlama noktasında değişim gösteriyor. Aynı zamanda odanızda bulunan IP TV içerisinden hastaneye ait medikal ve medikal olmayan eğitici içeriklerle olacağınız ameliyat ve sonrası hakkında bilmeniz gerekenler size anlatılıyor ve elektronik ortamda onayınız alınıyor.

Ameliyathaneye girdiğinizde ailenizin ameliyatı izlemesine izin verdiyseniz mobil cihazlarından sizi online olarak izleyebiliyorlar. İçeride tüm akıllı medikal teknolojilerin entegre olduğu bu sisteme akıllı yazılım mimarileri bileşenlerinden olan HBYS, LIS, PACS, Critical Care... vb. sistemlerden ameliyat öncesinde yapılan tahlil ve tetkikler ile çektiğiniz tüm filmler yine sistemi vasıtasıyla gösteriliyor. Bu sayede hekim dikkatini bir noktada toplayarak konsantrasyonunu

Bir hastane düşünün. Hekiminizin odasında bulunan bilişim altyapısı ile dünyanın herhangi bir yerindeki konsültasyon hekime ulaşarak karşılıklı konferans ve bilgi paylaşımı yapıyorsunuz. Odanızda bulunan IP TV ile olacağınız ameliyat ve sonrası hakkında bilmeniz gerekenler size anlatılıyor ve elektronik ortamda onayınız alınıyor. Ameliyathaneye girdiğinizde ailenizin ameliyatı izlemesine izin verdiyseniz mobil cihazlarından sizi online olarak izleyebiliyorlar.

Yatırım ve maliyet açısından bakıldığında da akıllı bina yatırımları diğerlerine göre en fazla %10 civarında fazla maliyete neden olabilir. Fakat Avrupa'da yapılan araştırmalar, yapı maliyetlerinin, kullanılan enerji toplamının sadece %40'ını oluşturduğunu göstermekte. Bununla ilgili bilgileri zaman, para, insan kaynağı ve enerji tasarrufu olarak alt aşamalarıyla detaylandırdığımızda farklı oranlar ortaya çıkacaktır. Fakat buradaki en büyük fayda akıllı hastanelerde insan ve bina güvenliği için tüm önlemlerin alınmış olması olacaktır.

sağlayabiliyor. Hekimin üzerindeki akıllı medikal teknolojilerle donatılmış elbise sayesinde ameliyat esnasındaki diğer cihazlara verdiği tüm komutlar, cihazlarla direk iletişime geçmesini sağlıyor. Ellerini kullanmadan yazılımlara hükmedebiliyor ve yazması gereken ameliyat raporunu normal konuşarak anlık olarak hastane bilgi sistemi içerisindeki alana yazı olarak aktarılmasını sağlayabiliyor. Bu sayede hastasının ameliyatına yani olması gereken ana işe odaklanabiliyor. Aynı zamanda ameliyathanede bulunan yine akıllı bina özelliklerinden olan yönetilebilir iklimlendirme sistemleri sayesinde ortamdaki herhangi bir enfeksiyon alma veya sterilliğin bozulması gibi riskler ile karşılaşmadan ameliyatınızı oluyorsunuz. Yine IP kamera sistemleri ile saatlerce kapı önünde beklemek zorunda kalmayıp yakınlarınızın sizinle aynı zamanda dışarı çıkıp sizi karşılamasına olanak sağlanıyor.

Klinik süreçlerinizin takip edildiği alandaki yatağınıza döndüğünüzde hareket kısıtlarınız göz önünde bulundurularak size akıllı yazılımlar içeren akıllı bir cihaz veriliyor. Bu cihaz sayesinde akıllı bina özelliklerinden birisi olan akıllı oda

(smart room) içerisindeki fiziksel olarak her şeyi kontrol etmeye başlıyorsunuz. Yatağınız, camlarınız, perdeleriniz, tüm ışıklandırma sistemi ile havalandırma sisteminiz ve ameliyat sonrası eğlence ve bilgilendirme amaçlı kullandığınız smart TV ve IP TV'yi bu sistem sayesinde yerinizden kalkmadan yönetebiliyorsunuz. Ameliyat sonrası ilerleyen zamanlarda kendi diyetinize uygun şekilde seçmek istediğiniz yemekleri yine bu ekran üzerinde belirleyip sipariş edebiliyorsunuz. Siz bunları yaparken medikal bakımınızı sürdürmekte olan hekim ve hemşireler odanıza girdiğinde kolunuzda RF-ID sistemleri ile tasarlanmış akıllı medikal teknolojilerle sizinle tedavi planınızı eşleştirerek sizin için belirlenen tedavi ve bakımı size doğru şekilde uygulayabiliyorlar. Her ilaç uygulamasında kolunuzdaki teknoloji sizin sistemdeki tedavi planınız ile hemşirenin size uygulayacağı ilaçları eşleştirerek doğrulama yapıyor. Aynı zamanda yine akıllı yazılım mimarileri sayesinde size uygulanan ilaçların arasındaki etkileşimi veya size özel bir etkileşim veya alerji konusunda hekimi uyarıp alternatif ilaçlar sunabiliyor. Bu sayede sizde elinizdeki tüm akıllı bina bileşenlerinin çıktılarından sonuna kadar faydalanmış oluyorsunuz. Tüm bunları yaparken elinde herhangi bir cihaz olmadan yine akıllı medikal teknolojiler içerisinde saydığımız giyilebilir teknolojik elbise ile yapıyor. Ellerini kullanmadan sesli komutlar ve gözlerindeki gözlük sayesinde sizin için tutması gereken tıbbi kayıtları gerçekleştirebiliyor.

Evet, tüm bu aktardıklarım aslında bir kurgunun ötesinde bir kısmı geliştirilmiş sistemlerdir. Burada kurmuş olduğumuz dijital hastane konsepti için sağlık ve bilişim teknolojilerinden RF-ID, smart card, ve mobile, intelligent software, digital signage, giyilebilir teknolojilerin getirdiği çözümleri aslında sadece sağlık bilişiminin değil, inşaat, elektrik, elektronik ve telekom alanındaki ciddi gelişmelerin bir eseridir.

Akıllı hastanenin faydaları

Akıllı hastanelerin faydalarını saymakla bitiremeyiz ama en çok ön plana çıkan ölüm oranlarında azalma, risk bazlı ölüm oranında %7 azalma, ortalama teşhis oranında %40 iyileşme, hastanelerdeki yatış süresinde %22 azalma, kaynakların daha efektif kullanımı ve verimliliğin %60'lara varan oranda artışı gibi faydalarının yanı sıra klinisyenlerin ve klinik hemşireliğe ayrılan vaktin ciddi oranda artması ile hemşirelik ve klinik hekimlik eğitimlerine sağlanan bilgilerin çok ciddi oranda artması sağlanmıştır. Bunun yanı sıra hastaların ameliyat sonrası akıllı hastanede hizmet almanın vermiş olduğu emniyet duygusu sebebiyle iyileşme oranlarında %30 civarında bir

artış olduğu gözlemlenmiştir.

Yatırım ve maliyet açısından bakıldığında da akıllı bina yatırımları diğerlerine göre en fazla %10 civarında fazla maliyete neden olabilir. Fakat Avrupa'da yapılan araştırmalar, yapı maliyetlerinin, kullanılan enerji toplamının sadece %40'ını oluşturduğunu göstermekte. Burada hastane binalarına baktığımızda kendi enerji maliyetlerini akıllı bina tasarımları ile %20 oranlarına çekebilir. Bunun yanı sıra verimlilik konusunda ciddi bir artış da söz konusudur. Bununla ilgili bilgileri zaman, para, insan kaynağı ve enerji tasarrufu olarak alt aşamalarıyla detaylandırdığımızda farklı oranlar ortaya çıkacaktır. Fakat buradaki en büyük fayda akıllı hastanelerde insan ve bina güvenliği için tüm önlemlerin alınmış olması olacaktır. Bu sayede zaten insan hayatını kurtarma misyonu olan sağlık kuruluşlarının en güvenilir yer olması durumuna gerçekten hizmet etmiş olacak teknolojiler bütünü akıllı hastaneler sayesinde kullanmış olacaktır.

Ülkemizde mevcut durum ve gelecek öngörüler

Ülkemizde akıllı hastane hedefleyen birçok kurum ve kuruluş var. Genelde sıfırdan yaptıkları binalar içerisinde bahsettiğimiz teknolojileri uygulamak istiyorlar. Fakat ülkemizde bu teknolojileri yurtdışından transfer eden şirketlerin henüz çok olmaması ve olanların da yeteri derecede bilgi ve deneyime sahip olmaması, kurumlara bu konuda ya geri adım attırıyor ya da projeleri dondurulmasına sebep oluyor. Bu tarz projelerde inşaat aşamasındaki dizayn çok önemlidir. O nedenle baştan faydalarını tartışılıp inşaat projesi ile birlikte başlatılmalıdır.

Yıllardır sağlık kuruluşlarımızın dijital hastanelere dönüşmesini misyon edinim ve bunu sektörün vizyonu haline getirmeye çalışıyorum. Bu meselenin gerçekleşmesi için öncelikle birlikte çalıştığımız tüm paydaşların bu hayali tüm detayları ile ortak bir amaç olarak benimsemesi gerektiğini düşünüyorum. Geleceği çok beklemeyeceğimizi düşünüyorum. Biz, teşhisi koyduktan sonra çok pratik yollarla tedaviyi hızlı şekilde gerçekleştirebilme kabiliyeti olan bir milletiz. Bu noktada da teşhis konduğuna göre çok hızlı ilerlemeler sağlayabiliriz. Buna mikro planda bakarsak, kurumların da ihtiyaçları ile gidişatı olumlu yönde etkilediğini görüyoruz.

Geçtiğimiz yazıdan bugüne kadar olan sürede sağlık bilişimi alanındaki gelişmeler, şahsımı ve sağlık bilişimine gönül vermiş birçok meslektaşımı heyecanlandırmış ve sevindirmiştir. Yıllardır üzerinde heyecanla çalışarak



markalaştırmış olduğumuz dijital hastane hedefinin Sağlık Bakanlığımız tarafından benimsenip ülkemizdeki kamu kuruluşlarının bir hedefi haline getirilmesi, çıktığımız yolun doğruluğunu göstermiştir.

Buna karşılık uluslararası STK'ların bilgi ve deneyimlerinin ithal edilmeye çalışılması ve standartlarının hedef olarak konulması her ne kadar AB entegrasyonu açısından pozitif bir adım olarak görünse de kendi özgüvenimiz noktasında daha çok motivasyona ihtiyacımızın olduğunu da göstermiş oldu. Burada yapılan işbirliklerin bize katacağı faydaları göz ardı etmeden alabildiğimiz tüm bilgi birikimini almalı fakat kendi ülkemizin çalışma şekillerini de dikkate alarak kendi bilim adamlarımızın ve sağlık bilişim profesyonellerimizin desteği ile standartları yeniden yazmalıyız.

Bu duruma benzer bir süreci kalite alanında yaşayıp oradan kendi öz kalite sistemimizi kurarak bir denetim sistemi haline getirmeyi başardık. Artık ülkemizde kalite alanında ciddi bir bilgi ve birikim oluşmuş durumda. Bu bilgi birikimin hem ülke içerisinde hem de bu alanda bizden geride olan ülkelere aktarılmasını konuşmaktayız. Bunun gibi şimdi ve günü geldiğinde sağlık bilişimi alanında da edindiğimiz bilgi birikimini, kendi bilim adamlarımızın ve sağlık bilişimi profesyonellerinin ortaya koyacağı ürünleri yine bu alanda geliştirmek ve gelişmeyi istemekte olan ülkelere aktarılmasını konuşmaya başlıyoruz ve

konuşacağız.

Akıllı hastane olmak için yapmamız gerekenleri özetlersek;

- Öncelikle kurum içerisinde bu vizyonu en üst düzeyde tüm çalışanlara aktarmalısınız.
- Bu vizyonu, misyon olarak kabul edecek kurum içerisinde ve kurum dışından takviye ile (danışmanlık olabilir) bir takım oluşturmalsınız
- Kurum içerisindeki oluşturulan bu takım ile planlamaların yapıp eğitimlerin alınmasını sağlamalısınız.
- Fiziksel mekânlarınız akıllı bina olarak tasarlamalı veya mevcut olan kurumunuzun akıllı binaya dönüştürmek için yapılacakların listesini çıkarmalısınız.
- Akıllı hastane olmak için hastanenin gelecekteki 30 yılını düşünerek bir altyapı kurmalısınız. Dolayısıyla yapacağınız altyapı şu anda çok yüksek maliyetlere çıkıyor gibi görünse de kısa zaman içerisinde üzerine kurduğunuz akıllı teknolojiler ile kendi yatırımını çıkaracaktır.
- Sağlık kuruluşu olarak oluşturduğunuz bu yapının bozulmaması için çeşitli indikatörler ile her alanı takip ederek ölçme ve değerlendirme yapmalısınız.
- Akıllı teknolojilerin izlenmesi ve raporlanması çok önemlidir. Bu nedenle bunu sürekli yapmalı ve gerekli bakım onarım işlerini de periyodik olarak yapmalısınız.
- Kurum genelinde işletme ve toplam

sahip olma maliyetlerine sağladığı ciddi oranlardaki tasarrufu sürekli izlemeli ve motivasyon aracı olarak kullanmalısınız.

- Sürekliliği sağladıktan sonra bu alanda kurum içerisinde gelecek önerileri değerlendirmek için kurulacak bir sistemle çalışanların da katkısını almalı ve onların sürekli bu işin parçası olmasını sağlamalısınız.

Dijital hastane yolculuğumuzdaki bir sonraki istasyon olan "kâğıtsız hastane" hedefinde buluşmak üzere...

Kaynaklar

- <http://today.uconn.edu/blog/2012/04/building-a-smart-hospital-that-stays-smart-well-into-the-future/> (Erişim tarihi: 15.04.2014)
- <http://www.healthcaredesignmagazine.com/article/how-design-smart-hospital> (Erişim tarihi: 22.04.2014)
- https://www.buildingexperts.info/uploads/tx_clbuildingexperts/paper/Newsletter01_2011_TR.pdf (Erişim tarihi: 05.05.2014)
- <http://www.healthcaredesignmagazine.com/article/designing-healthcare-spaces-it-systems-integration> (Erişim tarihi: 05.05.2014)
- <https://www.buildingexperts.info/tr/tuerk/paper/title/enerji-yonetimi-enerji-tuketiminin-izlenmesi-goerselleştirilmesi-değerlendirilmesi-ve-optimi.html> (Erişim tarihi: 05.05.2014)
- http://www.arirang.co.kr/News/News_View.asp?nseq=147451 (Erişim tarihi: 23.04.2014)
- <http://www.informationweek.com/healthcare/clinical-information-systems/hospital-rooms-get-smart/d/d-id/1100822> (Erişim tarihi: 23.04.2014)

Sosyal medya psikolojisi ve dijital yerliler

Yrd. Doç. Dr. Erol Yıldırım



1977'de Malatya'da doğdu. İlk, orta, lise ve üniversite eğitimi İstanbul'da tamamladı. 2000 yılında İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden mezun oldu. İÜ'de Klinik Kognitif Nörobilim yüksek lisansı ve Adli Bilimler doktorası yaptı. Uzunca bir süre İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'nda klinik nöropsikolog olarak çalıştı. Çalışma alanları klinik nöropsikoloji, adli nöropsikoloji ve bilişsel nörobilimdir. Dr. Yıldırım halen İstanbul Medipol Üniversitesi Psikoloji Bölümünde öğretim üyesidir.

Yaşadığımız dönemde toplumsal değişim eskiye kıyasla daha hızlı olduğundan adeta her birimiz Yakup Kadri'nin konağında yaşıyoruz. Dünyayı algılama biçimi, değerleri ve sosyalleşme şekli birbirinden neredeyse tamamen farklı üç nesil, aynı ailede aynı zaman diliminde yaşıyor. Bu hep böyle miydi bilmiyorum ama internetin günümüzde çok şeyi değiştirdiği muhakkak. Sosyalleşme biçimimiz, alışveriş alışkanlıklarımız, bilgiye ulaşım imkanlarımız çok farklılaştı ve dünya gerçekten de global bir köye dönüştü. Bu kadar önemli bir gerçeğin insan psikolojisine etkisini, kişiliğimizle ve psikopatolojimizle ilişkisini gelin birlikte inceleyelim.

Daha eğitim hayatına başlamadan harfleri klavyeden öğrenen, okulu öğrenme ortamı olarak değil daha ziyade arkadaşlarla buluşma mekânı olarak algılayan, her an onlarca kişiyle iletişim içerisinde olabilen, öğrenmeyi oyun olarak yaşayan bir nesille karşı karşıyayız. Farklı sanal ortamlarda farklı sanal kimliklerle var olabilen, metni okumak yerine ikonlarla yetinen, emeğini herkesle paylaşmayı sorun etmeyen, yazılı iletişimde kısaltmaları çokça kullanan, yeni bir öğrenme tarzı geliştirmiş, sosyal ağları bedeninin bir uzantısı gibi algılayan, sanal da olsa bağlantıda olduğu diğer insanları kendisine referans olarak alan ve kendini eğer bir organizasyonun parçasıysa önemli hisseden bu nesil; Kiralık Konak'ın son jenerasyonu. 1990'larda doğmuş bu kuşağa *dijital yerli* veya *homo zappien* deniyor. Blog, Twitter, Facebook, Chat, YouTube, Instagram, Flickr, Ekşi Sözlük, Podcast, P2P, LinkedIn ve What'sUp ise dijital yerlilerin sıkça kullandığı internet tabanlı yüzlerce uygulamadan bazıları. Bir yandan YouTube'taki bir

klibi seyrederken elindeki akıllı telefonla Twit atan, bir yandan da televizyondan bir "CNBC" dizisi seyredip önündeki kitaptan matematik çalışan dijital yerliler ebeveynlerini çok şaşırtıyor.

Birden çok bilgi kaynağı ile başa çıkmaya ya da aynı anda birkaç işi birden yapmaya bilişsel psikolojide multitasking deniyor. Bu gençlerin her şeyi aynı anda yapabil-diklerine inanılsa da araştırmalar böyle söylemiyor. Çünkü benzer modalitelerdeki iki farklı göreve aynı anda dikkatimizi veremiyoruz. "Homo zappien"leri farklı yapan şey, sadece, dikkatlerini bir şeyden diğerine daha hızlı bir şekilde kaydırabil-meleri. Multitask'ın mümkün olabilmesi için düşünmenin işin içine girmiyor olması ve her bir görevin otomatikleşmiş olması gerekir. Dijital yerlilerin yaptığı gibi iki farklı işi aynı anda yapmaya çalışmak hem süreyi uzatıyor, hem de öğrenme performansını düşürüyor.

Bu konuyla ilgili bir çalışmada Facebook kullanımı ile akademik başarı arasındaki ilişki incelenmiş, günlük internet kullanımları arasında fark olmasa da Facebook kullananların ortalamalarının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Yazarlar bu durumu süreye değil çalışma saatlerinin bu alışkanlıklar yüzünden kirlenmesine bağlama eğilimindedir.

Prof. Dr. Veen, ABD'deki ortalama bir lise mezununun hayatının 5 bin saatini okumak için harcadığını ama yaklaşık 10 bin saatini bilgisayar oyunları için, 20 bin saatini de TV seyretmek için harcadığını belirtiyor. Bir çocuğun her gün binlerce marka ile karşılaştığını, bunun da ailelerin alışveriş davranışlarını etkilediğini söylüyor. Ona göre Homo Zappien'ler bildiklerinin çoğunu bilgisayar oyunlarından ve internetteki "diğerleri"nden öğreniyor. Kendilerinden

öncekiler gibi belli bir sırada değil çok değişik bilgileri çok farklı sırada, non-lineer bir şekilde öğreniyorlar. Bu neslin kendi kendine öğrenen bir nesil olduğu, farklı kaynakları aynı anda tarayarak istediği bilgiye ulaşabilme kabiliyeti geliştirdiği ve kendilerine özgü bir değerler sistemi oluşturdukları iddia ediliyor. Örneğin paylaşmaya daha açıklar, para ve eğlence onlar için farklı anlamlar ifade ediyor ve sanal dünyada kendilerini ifade konusunda isteklidir. Bu paylaşım arzusu da Linux gibi birçok açık kaynak kodlu yazılımların geliştirilmesinin ve Wiki ansiklopedilerin oluşmasının önünü açtı.

Teknolojinin içinde doğan dijital yerlilerin birçok şeyle aynı anda başa çıkmaya çalışması onların zihin işleyiş biçimini ve belki de beyinlerini değiştirecek, kim bilir. Oxford Üniversitesi'nden nörobilimci Susan Greenfield bir gazete yazısında sosyal ağların özellikle genç beyinler üzerindeki etkisi konusunda uyarılarda bulunuyor. İnsan beyninin plastisite olarak ifade edilen önemli bir özelliğinin çevresel değişikliklere uyum göstermesi olduğunu, bu özellik sebebiyle beynimizin önü alınamayan bu dijital değişime de uyum sağlayacağını vurguluyor. Ona göre dijital iletişimin egemen olduğu bu yaşam tarzı, gittikçe yüz yüze iletişimin rahatsız edici olduğu bir yaşama evrilmektedir. Beynimizle çevremiz arasındaki etkileşim tek yönlü değildir. Beynimiz teknolojiyi yaratırken teknoloji de zihnimizi ve beynimizi şekillendirmektedir.

Sosyal medya kullanımı ve kişilik ilişkisi

Bir odanın ikiye bölündüğünü, ortada iki tarafı da oldukça az gösteren bir cam olduğunu, bu camın arkasında da tanıdığınız veya tanımadığınız biri

olduğunu düşünün. Yüzünü göremediğiniz, sesini duymadığınız ve kendisine dokunamadığınız biri. Camın altındaki delikten birbirinize notlar ilettiğinizi, fotoğraf albümünüzden en beğendiğinizi ona gösterdiğinizizi düşünün. İstedığınız zaman odadan çıkabilirsiniz, o da çıkabilir. Kızdırsanız da size dokunamaz, bağıramaz, el-kol hareketlerini bile göremezsiniz. Ancak size bir not ile duygularını iletebilir. Belki de kâğıda çizdiği üzgün suratla :(

Sosyal medya denilen şey internet üzerinden çalışan, bilginin tek yönlü değil çift yönlü ve anlık olarak paylaşıldığı farklı amaçlara sahip iletişim platformlarıdır. Bu paylaşım için bilgisayarınızın başında olmanız da gerekmiyor, sosyal ağa dâhil olabileceğiniz bir internet yeterli. Akıllı telefonlar ve tablet bilgisayarlar sayesinde artık her an her yerde ağa dâhil olmak mümkün hale geldi. İnternete bilgisayarlarından bağlanan kişiler sosyal medyayı ne kadar kullanıyorsa akıllı telefon kullananların sosyal medyayı onlardan iki kata daha fazla kullandıkları belirtiliyor.



Türkiye ilk defa 1993'te geniş bir ağa bağlanarak interneti kullanmaya başladı, ancak internet kullanımı 1997'den sonra yaygınlaştı. Sosyal medya dendiğinde akla ilk olarak Twitter ve Facebook geliyor ancak bir dönemin furıyası olan mIRC ve ICQ programları başlangıç olarak kabul edilebilir. Sanal odalarda buluşan sanal kişilerin saatlerce "chat" yaptıkları, ilk tanışma sorusunun "asl?" olduğu dönemler sosyal medyanın etkin kullanıldığı ilk dönemlerdi. Facebook 2006 yılında yaygın kullanım alanı bulurken Twitter da 2006'da kurulmuş ancak 2011'de Türkçe dil desteğine sahip olmuştur. İlk furıyayı saymazsak sosyal medyanın on yıllık bir geçmişi yok diyebiliriz. Akıllı cep telefonları da bu son dönemde yaygınlaştı, mesela iPhone ilk modelini 2007'de çıkardı. Özellikle akıllı telefonların daha ulaşılabilir olduğu son üç-beş yılda sosyal medya daha da konuşulur oldu.

Bilim insanları teknolojinin bu kadar yoğun kullanımının bilişsel işlevleri nasıl değiştireceğini araştırırken bir yandan da sosyal medyanın kullanımı ile kişilik ilişkisini araştırıyor. Türkiye'de sosyal medyanın kullanımı ile ilgili çalışmalar daha çok demografik veri elde etme düzeyinde. Psikolojik neden-sonuç ilişkisine dair çıkarımda bulunabilmek için şimdilik sadece yurt dışı araştırmalara bakmak durumundayız. Örneğin bir sürü kişilik özelliğinin en temel beş faktöre indirildiği bir modele göre yapılan bir araştırma blog yazarlarının açıklık ve duygusal denge konusunda daha yüksek puan aldığını göstermektedir.

Psikoloji bakış açısıyla davranışlarımızın çoğunun normal olduğunu, bariz de olsa davranışlarımızdaki farkların kişilik

özelliklerimizden kaynaklandığını kabul ediyoruz. Günlük yaşantımızı, sosyal ilişkilerimizi ve iş hayatımızı ciddi derecede ve olumsuz yönde etkileyen durumlar psikopatoloji olarak adlandırılıyor ve bu patolojiler ağırlığına göre bazı sınıflamalara tabi tutuluyor. Bazen rahatsız edici de olsa belli bir sınırı aşmayan bazı durumlar ise bir kişilik özelliği olarak kabul ediliyor. Dolayısıyla yüz yüze sosyal yaşantımızda olduğu gibi sosyal ağlar üzerinde de bireysel farklılıklar olacaktır. Bedeniyle barışık olup güzel olduğunu düşünenlerden bazıları bedenini yüz yüze sosyal hayatta daha fazla öne çıkarırken aynısını sosyal ağlarda da yapabilir. Buralarda anormallik aramak doğru değil ve sosyal medya kullanımındaki çeşitlilik kişilik farklılıklarına atfedilebilir.

Sosyal medyada sergilediğimiz kişiliğimiz için dijital kişilik veya sanal kişilik diyebiliriz. Sanal ortamda ilişki kurma tarzımızdaki sorunlar için en hafifinden dijital kişilik bozukluğunu konuşabiliriz. Kimi zaman halim selim olarak bildiğiniz, olgun bir kişi diye düşündüğünüz bir tanıdığınızın halı sahada nasıl bir canavara dönüştüğünü gözlemlemiştinizdir. Bazen spor müsabakaları içimizdeki canavarı ortaya çıkarırken bazen de sanal ortam içimizdeki bozuk dijital kişiliği ortaya çıkarmaktadır. Alter ego, bastırılmış kişilik, bilinçaltının pörtlemesi, daha ne dersenez...

Dünyanın birçok ülkesinde sosyal medya psikolojisiyle ilgili araştırmalar giderek artıyor. Almanya'da yapılan bir araştırmada katılımcılara akıllı cep telefonu verilerek sosyal medyayı ne kadar kullandıkları incelenmiş, Twitter ve Facebook kullanma arzusunun cinsel ilişki ve uyku arzusunun

önüne geçtiği görülmüş. İsveç'te geniş bir grupla yapılan bir çalışmada ise kendini değerli hissetme ile Facebook kullanma arasındaki ilişkiye bakılmış ve aralarında ters bir ilişki olduğu görülmüştür. Facebook kullanımı arttıkça kişinin kendine saygısı, kendini değerli hissetmesi azalıyor. Bu durumun kadınlarda daha belirgin olduğu belirtiliyor. Kullanım süresi arttıkça kadınlarda mutluluk düzeyi azalıyor, hayatlarını daha az tatminkâr buluyorlar. Kadın-erkek farkını açıklarken kadınların duygu ve düşüncelerini yazmaya daha meyyal ve diğerlerinin daha mutlu olduğunu düşünme eğiliminde olduklarını, erkeklerin ise sosyal medyada daha çok diğerlerini kıskırtmakla meşgul olduklarını söylüyorlar.

Sosyalleşmenin psikolojik bir ihtiyaç olduğu herkesin kabulü ancak yeni nesil çevrimiçi olmayı sosyalleşmenin bir türü, bileşeni olarak algılıyor. Sosyal ağları kullanmanın psikolojik zemininde ne olabilir diye bakıldığında ait olma ve kendini sunma etkisinden bahsediliyor. Ait olma ihtiyacı sosyal ilişkiler kurma ve sürdürmenin, dolayısıyla da Facebook kullanmanın bir gerekçesi olarak görülüyor. Bu modelde kendini tanıtmak da bir ihtiyaç olarak sunuluyor. Facebook bunun için ideal bir zemin hazırlıyor.

Facebook kullanımıyla ilgili diğer bir açıklama da özellikle sosyal anksiyetesi yüksek kişilerin yüz yüze sosyal ilişkilerde ortaya koyamadıkları benliklerini sergileyebilme imkânı veriyor oluşu olarak gösteriliyor. Sosyal ilişkiler kurmak insan olmanın bir özelliği olsa da kimileri için bu ciddi bir anksiyete kaynağı olabiliyor. Bu kişiler diğerleriyle bir arada olmaya can atsalar da dışlanma korkusuyla ortaya

girememekteler. Kaçınan kişilerin sosyal ağlar sayesinde sosyalleşebildiği, sosyal medyanın onlara tekil sosyallik yaşattığı söyleniyor. Birçok araştırma nörotiklik puanı yüksek kişilerin sosyalleşme, bir gruba ait olma ve yalnızlıklarını giderme ihtiyacı nedeniyle sosyal medyayı daha fazla kullandığını gösteriyor.

Amanda Forest ve ekibi, sosyal anksiyetesi olan ve düşük benlik saygısına sahip kişiler için Facebook'un daha cazip olduğunu, yüz yüze ilişkilerdeki sıkıntıları burada yaşamadıklarını söylüyor. Ama yaptıkları araştırma bu kişilerin daha fazla can sıkıcı paylaşımlarda bulunduklarını, bu nedenle de daha az "like" aldıklarını gösteriyor. Hâlbuki yüksek benlik saygısına sahip bireyler daha fazla pozitif şeyler paylaşıyor ve daha fazla "reaksiyon" alıyorlar.

Bazı araştırmacılar narsizm ile Facebook kullanım sıklığı ve arkadaş sayısı arasında paralellikler göstermişler. Bu kişiler o kadar çok ilgi arsızdırlar ki yabancıların arkadaşlık tekliflerini bile kolayca kabul etmektedirler. Bu ilgi için de sürekli profil güncellemek, yediği-içtiğini sergilemek, kendiçekim fotoğraflarını paylaşmak gibi her türlü fırsatı değerlendirmektedirler.

Başka bir araştırmada narsizmin sosyal ilişkileri bozan iki bileşeni ölçülmüş, bu özelliklerden yüksek puan alanların Facebook'taki iki farklı davranış biçimiyle ilişkisi incelenmiş. Sonuçlar kendi reklamlarını yapamaya dönük davranışların narsizm ölçeğinin grandiyöz teşhircilik bileşeniyle pozitif yönde korelasyon gösterdiğini ortaya koymuş. Grandiyöz teşhircilik bileşeni narsizmin ilgi çekmeyle, kendini beğenmişlikle, kendiyle ilgili olmakla, sürekli ilgi görmeyle ve teşhir eğilimiyle ilişkili bir bileşenidir. Yani bu araştırma bize bir kişi ne kadar grandiyöz teşhirci ise o kadar profil ve durum güncellemesi yapıyor, fotoğraf paylaşıyor, kendini etiketliyor ve profil fotoğrafını değiştiriyor demektir.

Bu araştırmanın diğer sonucu da şudur ki bir kişi yine narsizmin bir tezahürü olarak ne kadar saygıdeğer olduğu inancında ve başkalarını kullanma eğilimindeyse bir o kadar anti-sosyal davranışlar sergileyecek, hak ettiğinden daha fazla sosyal destek arayışında olacak, durum güncellemesi yaptığında "like" almazsa veya yorum yapılmazsa sinirlenecek, olumsuz yorum yapanlardan da intikam alma peşinde olacaktır.

İngiltere'den bir sosyal psikolog; gençlerin giderek narsist olduğunu, Facebook'un da bunun için ortam yarattığını söylemektedir. Gençlerin eğitim aldıkça aslında giderek kendilik değeri üzerine ve diğerlerinin gözünde nasıl göründüklerine odaklandıklarını, bunun da Amerikan

eğitim sisteminden kendilerine bulaştığını söylüyor. Giderek bencilleşme eğilimi sadece Batılı ülkelere özgü mü yoksa Türkiye gençliği de aynı yolda mı şimdilik bilemiyoruz. Başka bir araştırmacı da kişinin Facebook hesabında ne kadar arkadaşı varsa sosyal uyumunun o kadar az olduğunu söylüyor. Üniversiteye yeni başlayanlarla yapılan bir diğer çalışma ise yüzlerce arkadaşı olanların aslında diğerlerinden daha az gerçek arkadaşı olduğunu, sosyal becerilerinin daha zayıf olduğunu göstermiş.

Psikologlar yaptıkları araştırmalarda psikopatların empati becerisi konusunda bazı handikapları olduğunu bulmuşlar. Bilişsel empati konusunda psikopatların normal, belki de daha iyi olduklarını ancak duygusal empati konusunda diğer insanlardan farklı olduklarını göstermektedir. Biz "normal" insanlar, o sırada eziyet çekmekte olan birisinin yüzündeki acıyı gördüğümüzde rahatsızlık hissi duyarız. Bu, yüzdeki duyguyu algılayabilme ve acı çekenle empati kurabilme becerimiz sayesinde olur. Yüz yüze sosyal iletişimde diğerlerinin kişiliği, duygu ifadesi ve mimikleri bizim hislerimizi, söylediklerimizi veya söylemediklerimizi de etkiliyor. Tam da bu noktada şunu söyleyebiliriz: Sanal ortamda biraz daha saldırgan davrandığımız kişilerin yüzlerini göremediğimizden, dolayısıyla çektikleri acıya şahit olamadığımızdan kendileriyle duygusal bazda empati kuramıyoruz ve bu durum bizi de bir nevi psikopatlaştırıyor.

Sosyal medya ile ilgili bir kavram da gülmeyen depresyon'dur. Sosyal medya kullanıcılarında depresyon oranının fazla olmasının bir nedeni de sergiledikleri sanal kendilikleri ile gerçek kendilik imajları arasındaki tutarsızlığı görüyor olmalarıdır. Olumlu izlenim bırakma arzumuz dertlerimizi içimize gömmemizi gerektiriyor. Herkes sosyal profilinde mutlu'ymuş gibi pozlar takındığından diğer herkesin yaşamının bizden daha iyi olduğuna inanıyoruz. Bu da bizi mutsuz ediyor. Şunu bilin ki herkes sizin kadar mutlu ya da herkes sizin kadar mutsuz, nerden bakarsanız artık.

İngiltere'de yapılan bir araştırmada özellikle kadınların, meşhur insanların değil birebir tanıdıkları insanların paylaştığı fotoğraflarla kendilerini karşılaştırıp mutsuz oldukları sonucuna ulaşılmış. Facebook olumsuz benlik imajı yaratıyor. İngiltere'de "Keep up with the Joneses" diye bir deyim var, komşusuyla aşık atmak veya sidik yarıştırmak anlamında kullanılıyor. Bu deyim bütün insanlarda var olan, komşularının mutlu bir aile oldukları ve mükemmel bir yaşam sürdürdüklerine inanma eğilimini ifade ediyor. Yan bahçeden gelen şen kahkahalar ve "komşu"muzun paylaştığı muhteşem fotolar bizim kendimize olan inancımızı azaltmakta.

İtalya'da bir ailenin masrafları karşılamadığı için tatile gidemedikleri halde komşularına tatile gittiklerini söyleyip bir hafta boyunca eve kapandıkları, gece ışıkları bile yakmayıp komşularını tatile gittiklerine inandırdıkları medyada haber olmuştu. Paylaşılan güzel fotoğraflar bana bunu çağırıştırıyor. Bakın ben her gün nereleri dolaşıyorum, bakın ben hep buralarda yemek yerim, bakın ben hep böyle güzelim, bakın benim çevremde hep dostlarım vardır, bakın ben... Bu duruma "bakın ben sendromu" adını verebiliriz.

Sosyal medyanın çocuklar üzerindeki etkisi

Sosyal medyanın, özellikle çocuklar üzerinde, ne gibi psikolojik etkileri olabilir? Bu konuda Dr. Rosen'in bilimsel bir toplantıda söylediği şeyler oldukça önemli. Kendisi Amerikan Psikologlar Birliği'nin yıllık toplantılarından birinde birleşik oturumda genele hitaben yaptığı bir sunumda sosyal medyanın çocuklar üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerini şu şekilde özetlemiştir.

Facebook'u fazlaca kullanan ergenlerde narsistik eğilimler görülüyorken sıkı Facebook'çu genç yetişkinlerde antisosyal davranışlar, mani ve agresif eğilim gibi diğer bozuklukların görüldüğünü belirtmektedir. Medya ve teknolojinin her gün aşırı derecede kullanılıyor olmasının bütün çocuk ve ergenlerin sağlığına olumsuz yönde etkisi olmakta, onları anksiyeteye, depresyona ve diğer psikolojik rahatsızlıklara daha açık hale getirmektedir.

Facebook dikkat dağıtıcı bir etken olarak öğrenmeyi de olumsuz yönde etkilemektedir. Ortaokul, lise ve üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışma; 15 dakikalık bir ders sırasında bir kere bile olsun Facebook hesabını kontrol edenlerin diğerlerinden daha düşük notlar aldığını göstermekte. Çalışmaya göre ne yazık ki öğrencilerin %40'a yakını hesaplarını kontrol etmeden en fazla on dakika çalışabilmektedir. Dr. Rosen dinleyicilere "Aranızdan kaç kişi hem kitap okuyup hem de videoda oyun oynayabilir?" diye sorduğunda dijital yerlileri temsilen bir dinleyici el kaldırıyor, o da Dr. Rosen'in üniversite öğrencisi kızı.

Dr. Rosen, Facebook'ta olmadıkları sırada bu gençlerin önemli bir şeyleri kaçırdıkları duygusu yaşadıklarını, dolayısıyla da gün geçtikçe Facebook kullanmaya daha fazla vakit ayırdıklarını, bunun da bir bağımlılık yarattığını vurguluyor. Her ne kadar bir bağımlılık türü olarak bilimsel literatürde yerini almamış olsa da yakın gelecekte bunu da göreceğiz gibi. DSM-V daha yeni yayımlandı, nasipse bir dahakine...

Dr. Rosen sosyal ağların faydalarından da bahsetmektedir. Şöyle ki, Facebook'ta daha fazla zaman geçiren genç yetişkinler ağdaki arkadaşlarıyla daha iyi "sanal empati" kurabilmektedir. İnternetteki sosyal ağlar, güvenli bir cam arkasından da olsa içedönük ergenlerin sosyalleşmeyi öğrenmelerine aracı olmaktadır. Ayrıca sosyal ağlar öğrenme amacıyla da kullanılabilir, genç öğrenciler için cazip araçlar sunmaktadır.

Aileler için de bazı tavsiyeleri var Rosen'in. Çocuklarınızın sosyal ağlarda neler yaptığını birtakım programlarla çaktırmadan izlemeye çalışmamalarını, çünkü onların anında bir çözüm bulacaklarını belirtiyor. Teknolojinin nasıl kullanılacağı hakkında çocuklarımızla konuşup onlarla güven ilişkisi kurmamız, bir zorbalığa maruz kaldıklarında veya rahatsız edici şeylerle karşılaştıklarında bizlerle konuşmalarını sağlamamız ona göre en iyi strateji imiş. İşin püf noktası sağlıklı bir iletişimdir, onlarla konuşun derken daha çok onları dinleyin, eğer beş dakikalık bir konuşma yapıyorsanız bir dakika siz konuşun ama dört dakika onları dinleyin diyor.

Sosyal medyanın en önemli araçlarından Twitter ile ilgili araştırmalar da var. Facebook'tan farklı olarak tek yönlü bir paylaşım ve kullanıcılar Twitter'da sahte isimlerle hesap açabilmekte. Bu da tanıdık baskısını azaltıyor. Twitter konusunda yapılan çalışmalar Facebook kadar zengin değil. Twitter'ın işleyiş biçimi psikopatoloji ortaya koymasına bakımından zengin bir kaynak sunmuyor olabilir.

Sanal kişilikler ve dijital psikopatoloji

Son zamanlarda gittikçe yaygınlaşan, inkâr edilemez bir durum da iş veya eğitim için yapılan başvurularda adayların sosyal medya profillerinin değerlendirildiği gerçeğidir. Adayların "sanal kişilikleri" inceleniyor, açıkça olmasa da bu değerlendirmeler karar vermeyi etkiliyor. Şimdilik bilimsel bir çalışmanın ürünü gibi gözükmese de bazı sanal kişilik tipleri veya sosyal medya hastalıklarının tasnifi ve tarifi yapılmaya başlandı bile. Biraz Tezcanoğlu'nun yazısından biraz da ben ekleyerek şunları örnek verebiliriz:

Kendiçekim hastalığı: Son dönemin furçası, bir hastalık mıdır değil midir çok tartışıldı. Hatta İngilizcesi "selfie" olan bu kelimeye Türkçe bir karşılık bulalım diye kampanya başlatıldı. Ben kendiçekim ifadesini kullanmaya başladım bile. Peki, kendiçekim bu bir hastalık mıdır diye soruyorsanız bahsettiğim araştırmalardan bir sonuca varabilirsiniz. Kemal Sayar bir TV programında "Selfie bir eğlence biçimi ama aşırı uğraş, yaşanan anı yaşamayıp, başkasının bakışına ayarlı, kendi benliğimizin menajeri – reklamcısı oluyoruz"

demekte. Daha önce de belirttiğim gibi kadınların Facebook'ta harcadıkları süre arttıkça ve başkalarının kendiçekimleri ile kendilerini karşılaştırdıkça beden imajlarının bozulduğu, kendilerini meşhur insanlarla değil tanıdık bildik kişilerle kıyasladıkları, neticede duygudurumlarının kötü yönde etkilendiği ifade edilmekte.

Check-in hastalığı: Gidilen her mekân için "Şimdi buradayım, ben şuradaydım" anlamına gelen check-in yapma durumu. Bunun için özel uygulamalar var ve bu uygulamalar kullanıcılara puan, rozet veya unvanlar veriyor. "Bakın ben sendromu"nun bir tezahürü olsa gerek.

Bip bip düşkünlüğü: Akıllı telefondaki uygulamalar o kadar çok ki bu kişilerin telefonundan her dakika "bip bip, bizz, kling" gibi sesler duyarsınız. Sürekli dikkat gerektiren işlerde bozucu bir etki göstereceğinden performansı önemli ölçüde düşürecektir.

Ego sörfü: Bu kişiler ismini ara sıra güğillayıp kendisinden bahsedildiği yerleri inceler. Altı ayda bir kontrole gider gibi adını Ekşi'de aratır, LinkedIn'de kendi profilini kimlerin incelediğini kontrol eder. Her bir sonuç onu mutlu edecektir. Bir hareket yoksa bu durum narsizminin derecesine göre onu birkaç saatliğine altüst edebilir.

Enfornografi: Pornografi ve enformasyon sözcüklerinden türetilmiş bu kelime, "bilgi açlığını internette dindirmeye çalışma" hastalığı diye tarif edilmiş. Bir konuyu araştırırken çileğin dal vermesi gibi bir web sitesinden diğerine geçip saatlerce dolaşarak amacından uzaklaşıp ilgili ilgisiz her tür bilgiyi okumaya çalışmaktır.

Youtube narsizmi: Kendisini tanıtmak için sürekli kendi videolarını internet sitelerinde yayınlama, yayınlama. Narsizmin kendini sunma bileşeniyle örtüşen farklı bir davranış. Sadece Facebook'ta profil güncellemek veya resim paylaşmak yetmediğinde "hit" almak için olmadık işlere kalkışıp bunların video görüntülerini paylaşırlar. Bunlara bumerangçı da deniyor.

Myspace taklitçiliği: İnternette başka bir kişilik ve role bürünme takıntısı. Önceleri takma adlarla yapılan sohbetlerde bu durum nispeten normaldi. Ancak şimdi tümüyle gerçekmiş gibi yaratılan bir karakterle sosyal medyada arzı endam etmek, adeta alter ego'yu yaşatmak, sanal kişiliğe can vermek suretiyle, gerçek hayatta karşılığı olmayan kimliksiz kişilikler yaratma durumu. Belki ideal ben ile gerçek ben arasındaki boşluğu kapatmasıyla en azından terapötik bir etkisi olabilir. Realiteden kopmamak şartıyla tabi.

Sonuç

Sosyal medyanın psikolojik etkileri tümüyle kötü değil tabi. Bir anket çalışmasında blog yazarları bu işi yapmanın kendilerini okuyucularına daha yakın hissetmelerini sağladığını söylüyor. Düşüncelerini paylaşmaları, diğerleriyle bağlantı kurup onlardan geribildirim almaları ve dolaşısıyla desteklenmiş olmaları onlar için bir nevi terapi etkisi gösteriyor. Twitter sayesinde benzer ilgilere sahip insanlar oluşturdukları bu topluluk sayesinde etraflarında ne olup bittiğinden anında haberdar oldukları için kendilerini iyi hissediyorlar. Bir gruba ait olmak özellikle kaçınan kişilikler, nörotikler, sosyal anksiyetesi yüksek olanlar için bir imkân sağlıyor. Öbür yandan Dr. Rosen'in de belirttiği gibi sanal empati'yi geliştiriyor, değişik öğrenme imkânları sunuyor.

Tüm bu okuduklarınızdan sonra sosyal medya bazı psikolojik rahatsızlıklara sebep mi oluyor yoksa tam aksine zaten "ayarı bozuklar" mı sosyal medyayı daha cazip buluyor diye düşünebilirsiniz. Her şey bir yana ben size bir soru sormak istiyorum: Bir restorana gittiğinizde ortam-çekim işini çorbadan önce mi yaparsınız yoksa tatlıdan sonra mı? Çektiğiniz bu fotoğrafı Facebook'ta mı paylaşırsınız yoksa Flickr'da mı? Yazıyı bir Twitter kullanıcısının sözleri ile bitirelim: "Güzel fotoğraflarımız var ama güzel anılarımız yok."

Kaynaklar

Carpenter, C. J. (2012). Narcissism on Facebook: Self-promotional and anti-social behavior. *Personality and Individual Differences*, 52(4), 482-486.

Forest, A. L., & Wood, J. V. (2012). When social networking is not working individuals with low self-esteem recognize but do not reap the benefits of self-disclosure on Facebook. *Psychological Science*, 23(3), 295-302.

Greenfield, S. (2012). Facebook Home could change our brains. <http://www.telegraph.co.uk/technology/facebook/9975118/Facebook-Home-could-change-our-brains.html> (Erişim tarihi: 05.05.2014)

Kirschner, P. A., & Karpinski, A. C. (2010). Facebook® and academic performance. *Computers in human behavior*, 26(6), 1237-1245.

Pilioci, V. (2012, Mayıs). Is social media harming our mental health, researchers wonder? <http://news.nationalpost.com/2012/03/25/is-social-media-harming-our-mental-health-researchers-wonder/> (Erişim tarihi: 01.05.2014)

Rosen, L. D. (2011). Poke me: How social networks can both help and harm our kids. <http://www.fenichel.com/pokeme.shtml> (Erişim tarihi: 29.04.2014)

Tezcanoğlu, S. (2012, Mayıs). Amansız sosyal medya hastalıkları. <http://www.cnntrk.com/2012/bilim.teknoloji/sosyal.medya/10/12/amansiz.sosyal.medya.hastaliklari/680346.0/index.html> (Erişim tarihi: 05.05.2014)

Veen, W. (2007). Homo zappiens and the need for new education systems. http://163.178.170.92/ciencias/?wpfb_dl=15 (Erişim tarihi: 05.05.2014)

İnsani yardıma genel bir bakış

Dr. Mehmet Güllüoğlu



1982 yılında Konya'da doğdu. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra sivil toplum sektöründe, yardım faaliyetlerinde çalışmaya başladı. Özel hastanelerde hekimlik ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde Şube Müdürlüğü görevlerinden sonra Kasım 2013'ten itibaren Türkiye Kızılay Derneği Genel Müdürlüğü görevini sürdüren Güllüoğlu, İÜ İstanbul Tıp Fakültesinde halk sağlığı alanında doktora programına devam ediyor.

Kızılay 1868 yılında kuruldu ve zamanın gereği olarak savaşta yaralanan askerlere yardım vazifesini üstlenirken, doğal afetlerde de ihtiyaç sahipleri için çalışmalar yürüttü.

Özel hastanelerin yaygın olmadığı, devlet hastanelerinin dolup taşıdığı zamanlarda yaygın olarak hizmet verdi. Kızılay, özellikle son yıllarda ise daha da artan bir şekilde dünyanın farklı yerlerindeki afetlere müdahale etme kapasitesine ulaştı. SD'nin önceki sayılarında yayımlanan bir makalede Kızılay'ın faaliyetlerini daha detaylı bir şekilde okuyabileceğiniz için, bu yazıda daha çok dünyadaki yardım faaliyetleri incelenmeye çalışıldı.

1875 yılında Çin'de 10 milyon insanın açlık sebebiyle öldüğü afetle başlayan kurumsal insani/yet, İngilizce orijinal ifadesi ile "humanitarian" sektörü, bugüne kadar hızla büyümeye devam etti. Ne yazık ki bu büyümenin yönü ve merkezi neredeyse sadece Amerika ve Avrupa kıtasında gerçekleşti. İnsani yardım sektörü, dünya ölçeğinde birçok aşamadan geçti. Her ülkenin kendine ait Kızılhaç ve Kızılaylarının yanında kurulan diğer birçok yardım örgütü, bu alanda faaliyet göstermeye devam ediyor. Hem Kızılhaçlar ve Kızılaylar hem de bu sektör açısından Uluslararası Kızılhaç - Kızılay Federasyonunun kurulması (IFRC - International Federation of Red Cross, Red Crescent) önemli aşamalardan birini oluşturuyor. 1919 yılında, 1. Dünya Savaşından sonra kurulan Federasyon, bu sektördeki ilk ve hala da en büyük "İnsani Yardım Kuruluşları Birliği"ni oluşturuyor. Dünya üzerindeki bu sektörde çalışanların tahmini sayısının 210 bini geçtiği, bu rakamın %25'inin ise Kızılaylar ve Kızılhaçlarda çalıştığı tahmin ediliyor. Federasyonun ortaya koyduğu İnsani Prensipler (Humanitarian Principles) sektörün kurallarının da iskeletini

oluşturdu. Daha sonra gelen yıllarda ise bu sektör akademik çalışmalarıyla, araştırma faaliyetleriyle, devlet, sivil toplum ve ticaret, sanayi ayaklarıyla büyümeye devam etti, ediyor.

Bu geniş alanı bir yazıda tartışmanın mümkün olmadığı aşikâr. Biz bu sefer sadece "insani/yet" (humanitarian) sektörünün konu başlıklarını paylaşmayı, tartışmayı deneyelim. Deneyelim diyorum, çünkü gelişen ve değişen bir sektörden bahsediyoruz. Kurumların, sınıflandırmaların, terimlerin ve tanımların değiştiği bir alan. Öncelikle "insani yardım" ve "kalkınma yardımı" ayrımıyla başlamak gerekiyor. Kalkınma yardımı deyince, devletlerin bir başka gelişmekte olan devlete ekonomik, çevresel, sosyal ya da siyasal alanda teknik ya da finansal olarak verdikleri destekler anlaşılabilir. Ülkemizde Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı (TİKA), kalkınma yardımlarının ülkemiz adına büyük bölümünü yapan ve koordine eden kurum olarak öne çıkıyor. İnsani yardım ise insani amaçlarla, genelde insani krizlere karşı ya da insani krizlerin ardından, insan acısını dindirmeyi amaçlayan, insan hayatının sürdürülmesini sağlayan daha acil, daha kısa süreli yardımlar olarak karşımıza çıkmakta. Ülkemizde başta Kızılay olmak üzere birçok sivil toplum kuruluşu bu alanda çalışmalar yürütmekte.

Savaşlarla başlayan insani yardım faaliyetleri, afetlerle devam etti. İnsan ihtiyaçlarına göre sağlık, gıda, barınma gibi alt konu başlıklarının yanında, özel ihtiyaç sahibi engelliler, yaşlılar, çocuklar gibi kitleler için daha da uzmanlaşmış gruplara, kurumlara ihtiyaç duyuldu. İnsan hayatının korunması olarak başlanan süreç, insan saygılığının korunması yönünde devam etti. Dünyadaki coğrafi alanların genişliği, insani yardım faaliyetlerinin finansal ve lojistik olarak

kısıtlılıkları, bir ülkeye ya da bir bölgeye özel, daha derinlemesine faaliyet gösteren kurumların ortaya çıkmasına sebep oldu.

İnsani yardımın bazı temel öğeleri ile bu alanlarda faaliyet gösteren kurumlara daha yakından bakacak olursak şunları sıralayabiliriz:

- İnsani yardım, kalkınma yardımı
- Çatışma bölgeleri
- Afet yardımları
- Risk azaltma
- Sağlık yardımları
- Sosyal yardımlar
- Göç ve göçmenler
- İnsan hakları
- Gıda güvenliği
- İletişim, medya

İnsani yardım / kalkınma yardımı

Yazının başında bu konuya kısmi olarak değinmiş olsak da "insani yardım" ile "kalkınma yardımı" arasında kesin çizgilerle bir ayrım bulunmamakta. Özellikle afet sonrasında verilen rehabilitasyon hizmetlerini, kalkınma yardımı olarak da değerlendirmek mümkün.

Çatışma bölgeleri

Günümüzde Suriye, Orta Afrika Cumhuriyeti ve Irak, kriz bölgeleri olarak öne çıkıyor. Ancak özellikle yakın zamanda çatışma olmayan zaman dilimi neredeyse yok. Yıllardır Afganistan ve Irak'ta devam eden savaş ve sonrasında ülke içi çatışma hali nüfusun çoğunun yaşam koşullarını bozuyor; sağlığa, eğitime ve güvenli bir ortama erişimi zorlaştırıyor.

Bu konuda Kızılay - Kızılhaç Hareketinin de bir parçası olan ICRC (International Committee of Red Cross - Uluslararası Kızılhaç Komitesi) öne çıkmakta. Çatışma bölgesindeki mağdurların insani ihtiyaçlarının giderilmesi, hapishanelerin ziyaret edilmesi ve gözlenmesi ve kopmuş ailelerin birleştirilmesi (tracing) gibi görevler üstlenmektedirler. Yine çatışma bölgelerinde barış faaliyetleri de sivil toplum örgütlerinin önemli çalışma alanlarından biri. Avrupa ve Amerika'da üniversitelerde bu alanda çalışan bölümler ve akademisyenler birçok bölgede araştırma ve arabulucuk görevleri üstlenmeye devam ediyorlar.

Afet yardımları

Kıtlık, deprem, sel, tsunami en çok bilinen ve karşılaşılan afetler. Afet öncesi, afet sırası ve sonrası olmak üzere üç aşamada incelenen ya da müdahale edilen afetler için insani yardım da benzer şekilde üç aşamada irdelenebilir. Afet öncesi risk azaltmak için çalışanlar olduğu gibi, afetlerde arama kurtarma hizmeti veren de birçok sivil toplum kuruluşu bulunmaktadır. Afet sonrası gıda, temiz su, hijyen, sağlık, barınma gibi insani ihtiyaçlar, insani sektörde faaliyet gösteren kuruluşlar arasında en çok çalışılan başlıkları oluşturmaktadır. 1945 yılında ABD merkezli olarak kurulan CARE'in, afet sonrası yardımlarından başka, yoksulluk ve etkileriyle mücadele de en çok önem verdiği konular arasında. Kuruluş, sadece geçtiğimiz yıl 80'den fazla ülkede faaliyet gösterdi.

Risk azaltma

Risk azaltmayı en basit haliyle, tehditlerin önceden tespit edilmesi ve bu tehditler sonrası ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçların etkilerinin en aza indirilebilmesi için gerekli önlemlerin alınması olarak tanımlamak mümkün. Bu yazıda sıralanan birçok kuruluş, bahsedilen birçok alanda aynı zamanda çalışmaktadır. Örneklerden biri olması açısından, 1940'larda İngiltere'de kurulan Christian Aid isimli yardım örgütü, yoksullukla mücadelenin yanında, iklim değişikliği, risk azaltma, cinsiyet eşitsizliği gibi alanlarda da faaliyet gösteriyor.

Sağlık yardımları

Yine çok geniş bir insani yardım alanı olan sağlık, afetler sonrası en çok ihtiyaç duyulan hizmetlerden biri. Ayrıca herhangi bir afet olmaksızın, özellikle en az gelişmiş ülkeler olarak tarif edilen 48 ülkede özellikle sağlık alanında büyük ihtiyaçlar bulunmaktadır. HIV/AIDS, tüberküloz, sıtma, zatürre gibi belirli hastalıklar için çalışan kuruluşlar olduğu gibi, sadece bir ülke ya da bölge için çalışan kuruluşlar da mevcut.

Uluslararası HIV/AIDS Birliği (International HIV/AIDS Alliance) isimli kuruluş ve Aganst Malaria isimli kuruluş da sadece bir hastalık için farklı ülkelerde çalışmalar yürütüyor. Filistin için Sağlık Yardımı (Medical Aid for Palestine - MAP) isimli kuruluş ise sadece Filistin için çalışmalar yürütmekte. Sağlık alanında en çok öne çıkan kuruluş ise Sınır Tanımayan Doktorlar olarak bilinen (Medecins Sans Frontieres- MSF). Kuruluş, 1971 yılında kuruldu. 1999 yılında Nobel Barış ödülüne layık görülen MSF, 70 ülkede faaliyet gösteriyor. 20 ülkede ofisi bulunuyor. Uluslararası kuruluşun 2012 yılı bütçesi 1,3 milyar dolar civarında gerçekleşti. Cerrahi ekiplerin yanında halk sağlığı projeleri, aşı kampanyaları, afetler sonrası sağlık hizmetleri ve göçmen hizmetleri kuruluşun ilgi alanına giren konular arasında.

Sosyal yardımlar

Özellikle dezavantajlı gruplar için daha çok ihtiyaç duyulan sosyal hizmetler, kriz ve afet zamanlarında olduğu kadar, barış zamanlarında da önem arz ediyor. Bu konuda Alman Kızılhaçı öne çıkan örneklerden biri. Yine İsrail'de faaliyet gösteren Yad Sarah isimli kuruluş, özellikle engellilerin kendi hayatlarını tek başlarına idame ettirmesine yönelik faaliyetleriyle bilinmekte. Sosyal hizmetler konusunda, ülkelerin sosyoekonomik seviyelerinin yükselmesiyle, daha fazla hizmetin gerek kamusal olarak gerekse sivil toplum tarafından daha fazla verildiğini görüyoruz. Çatışma alanlarında ya da gelişmekte olan ülkelere ne yazık ki engellilere ya da diğer dezavantajlı gruplara yönelik hizmetler yeterli seviyede olmaktan uzakta. Afrika'da ya da bir başka yoksul coğrafya da bu konudaki istatistikler dahi yeterli seviyede değil.

Göç ve göçmenler

Milyonlarca insanın ülkelerindeki farklı bölgelere ya da başka ülkelere, güvenlik, açlık ya da umut sebebiyle göç ettiği bir zaman dilimindeyiz. Mültecilerin barınma, gıda, sağlık, eğitim hakları ve ihtiyaçlarının yanında, psikososyal hizmetlere olan ihtiyaçları da göz ardı edilmemeli. Bu konuda faaliyet gösteren birçok kuruluş özellikle psikososyal hizmetler alanında çalışmalar yürütmekte. DRC (Danish Refugee Council - Danimarkalı Mülteci Konseyi) 1956 yılından beri faaliyet gösteren, bu alanda öne çıkan kuruluşlardan biri. Ülkemizle birlikte, 30 ülkede faaliyet gösteriyor.

İnsan hakları

Özellikle çatışma alanlarında, hukuk kurallarının daha sık göz ardı edildiği düşünüldüğünde bu alanda çalışan kurumlara daha fazla ihtiyaç duyulmakta.

İnsan Hakları İzleme Örgütü (Human Rights Watch - HRW) 1978'den beri kurulan insan hakları örgütlerinin 1988 yılında tek şemsiye altında toplanmasıyla oluşan bir birlik. Bu kuruluş ülkelerde yaptıkları araştırmalar ve yayınladıkları raporlarla öne çıkıyor. Uluslararası Af Örgütü (Amnesty International) yine bu alanda öne çıkan kuruluşlardan biri.

Gıda güvenliği

Dünya üzerinde yeteri kadar gıdanın olduğu ancak yaşanan açlık sorununun, dağılımla alakalı olduğu kabul edilmekte. Ancak her gün özellikle Afrika kıtasında açlık sebebiyle 23 bin çocuğun öldüğü düşünüldüğünde gerek devlet kuruluşlarının gerekse sivil toplum kuruluşlarının önemli çalışma alanlarından biri de gıda güvenliği. Burada saydığımız kuruluşların birçoğu bu alanda çalışmalar yürütmekle birlikte WhyHunger (Niye Açlık?) gibi bazı kuruluşlar, özellikle bu alanda faaliyet gösterdikleri için öne çıkıyor.

İletişim ve medya

Hem afetlerde hem de çatışma bölgelerindeki ihtiyaçlardan bir diğeri, bilgi alabilme ve iletişim kurabilme imkânı. Kriz alanından gelecek doğru bilgiye göre harekete geçecek kaynaklardaki israfı, zaman kısıtlılığı bulunan acil durumlarda kaybedilecek zamanı engelleyecek hizmetlere ihtiyaç duyulmakta. Bu alanda Sınır Tanımayan Telekomcular (Telecoms Sans Frontiers) öne çıkan kuruluşlardan biri.

Vakıflar Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan "Tarihte İlginc Vakıflar" isimli kitapta leyleklere yardım eden vakıftan muhtaç fakirleri evlendiren vakfa, şehirlere çeşme yaptıran vakıftan sıcak pide dağıtan vakfa kadar dönemin birçok sivil toplum kuruluşundan bahsediliyor. Ancak günümüzde geçmişimizdeki sivil toplum anlayışından uzakta olduğumuzu söylemem gerekiyor. Belki biraz iddialı olacak ama nasıl ki su ve yol medeniyetin önemli göstergelerinden ise günümüzde sivil toplum da medeniyetin en önemli göstergelerinden biridir diyebiliriz.

Sayfaların kısıtlılığı içerisinde bu yazıda değinmeye çalıştığım başlıklar, insani yardım alanının bir kısmını oluşturuyor. Burada saydıklarımızdan başka gönüllülük, insani yardım alanında kariyer, internet ve insani yardım, fon toplama, gelir getirici faaliyetler, akademik çalışmalar, Birleşmiş Milletler ve kuruluşları, binyıl kalkınma hedefleri, sivil toplum kuruluşlarının izlenmesi, değerlendirilmesi, insani yardım kriterleri ve bütün bu alanın ülkemizdeki durumu, nasıl algılandığı gibi daha birçok alan, bahse değer başlıklar olarak duruyor.

Tıbbi etik, malpraktis ve defansif tıp

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 AKÜ Tıp Fakültesinde profesörlük kadrosuna atanan Dr. Altındış, Haziran 2013 tarihinden itibaren Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji AD Başkanlığı görevine atanmış olup halen Eurorotane Projesi Türkiye Koordinatörlüğü yanı sıra 2 ayrı TÜBİTAK projesini de yürütmektedir.

Öncelikle zarar vermeme, yararlı olma, hasta mahremiyeti, kişiye özel haklar (hasta hakları) gibi konuları irdeleyen sağlık uygulamalarında etik kavramı, sağlık yapılanmasında değişen yaklaşımlar ve ritüeller sebebiyle sağlık hizmetlerinde öncelikli konu haline gelmiştir. Bilim ve teknolojinin sağladığı ivme ile sağlık alanında çok büyük gelişmeler elde edilirken, adli tıp, genetik araştırmalar, ötenazi, organ nakilleri, tüp bebek, klonlama, doku/kordon kanı bankacılığı, veri mahremiyetleri, hasta hakları, tıbbi araştırmalarda yer almada gönüllülük gibi konulara değin pek çok tıbbi konu ve uygulamanın tartışıldığı, sınırlamalar konduğu, değerler ve hekim-hasta ilişkilerinin güncellendiği sağlık politikaları arasında etik te ciddi anlama ve değişim sürecini yaşamıştır.

A. Tıbbi etik

Sağlık hizmetlerinde etik deyince öncelikle akla gelen hasta ile hekim arası ilişki sınırlarını/kalitesini belirleyen "tıp etiği"dir. Tıp etiği bütüncül yaklaşımla tüm sağlık çalışanlarını kapsama du-

rumundadır. *Tıbbi etik*, sağlık hizmeti sunumundaki kalite konularının, çatışmalarının irdelendiği ve çözüm yolları oluşturularak sonuçlandırılan bir disiplindir. Sağlık üniteleri, fiziksel yapı ve ileri teknolojik yatırımlara gösterdikleri özeni sağlık personelinin etik eğitimlerine de vermelidirler. Aksi halde, ileri teknoloji ve donanımlı personele sahip sağlık ünitelerinde, hastaların beklenti ve memnuniyetlerinin karşılanamaması bir yana hukuksal sorunlar da gözlenebilecektir. Sağlık sistemlerindeki etik eğitimin nihai amacı; eğitim, etik bilgi ve kavramlarının davranış değiştirecek ve yaşam biçimine yansıyacak kadar köklü olmasıdır.

Günümüzde sağlık sistemleri ve hizmet sunucuları, personelinin, etik davranışlar, hasta-çalışan iletişimi, hasta hakları, etik kurulların oluşturulması ve çalıştırılması yönünde yapacakları düzenlemelerle, gerek sağlık çalışanı ve gerekse sağlık hizmeti alan bireylerin memnuniyetlerine önemli katkılar sağlayabileceklerdir. Personel için eğitimler, daha uygun çalışma koşullarının sağlanması ve olumlu motivasyon, onların etik sorunlarla kolay başa çıkabilmelerini sağlayacaktır. Etik ilkelerin kuruma ve çalışanlarına mal olması, etik iklimin kurum

kültürü haline gelmesi ile kalite, akreditasyon ve hasta güvenliği konularında da ciddi mesafeler alınacaktır.

B. Tıbbi malpraktis

Malpraktis, "*kötü, hatalı uygulama*" anlamında bir kelime olup uygulamada; meslek mensubunun, görevini icra ederken oluşan hatalı, kusurlu davranışlarını anlatmada kullanılır. Tıbbi malpraktis kavramı ise "sağlık çalışanlarının tedavi edici girişimler esnasında, standart güncel uygulamayı yapmaması, hatalı kusurlu davranışları, beceri yetersizliği veya hastayı tedavi etmemesi ile oluşan zarar" olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi uygulama hataları, ilgili yasaya göre hastaya müdahale yetkisi bulunan tüm sağlık personelinin, müdahale ve/veya önerileri sonucu, hastalığın olumsuz seyir izlemesi, iyileşmenin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki olumsuzlukların tamamını içermektedir.

Malpraktis oluşumu çoğunlukla birden fazla nedenle ilişkilendirilmekte olup insan faktörü (bilgisizlik, zihinsel muhakeme hataları, dikkatsizlik, dalgınlık,



aşırı yorgunluk, acelecilik...), çevresel faktörler ve tıbbi cihaz hataları (bakımsız, kalibre olmayan, arızalı) birlikte hata oranlarını artırmaktadır.

Sağlık çalışanının bir hastaya müdahale esnasında nasıl davranması gerektiği, bu konuda kendisinden nelerin beklendiği, yapıp yapmaması gereken işler; evrensel tıbbi etik ve deontolojik kuralları, yasalar, yönetmelikler gibi yazılı metinler yanı sıra; genel ahlak kuralları, örf ve adetler gibi sosyal çerçeveler ile de belirlenmiştir. Bir diğer anlaşma çerçevesi ise; sağlık çalışanı ile hasta arasındaki varsayımsal sözleşmedir. Hasta, hekimine sağlık sorununu açıp hastalık hikayesini anlatmaya, hekimde dinlemeye başladığı andan itibaren aralarında bir taahhütname oluşur. Hekim bu sözleşme ile hastaya sonucun iyi olacağını sözünü veremez ama hastasının sağlığını korumak veya düzeltmek için uğraş sarf edeceğine, tüm deneyim ve yeteneğini onun sağlığı için kullanacağına, sırlarını koruyacağına, kayıtlarını düzgün ve güvenilir olarak tutup saklayacağına ve tedavisini sürdüreceğine dair garanti vermiş olur.

Komplikasyon ve kabul edilebilir risk

Sağlık hizmeti uygulamalarında, meslek mensuplarının hatası (kusur) olarak kabul edilmeyen istenmeyen durumlara “*komplikasyon*” denmekte olup bunlar “*kabul edilebilir risk*” olarak değerlendirilmekte, tıbbi malpraktis kapsamı dışında tutulmaktadır. Ancak hastaya yapılacak olan tedavi/girişimlerin muhtemel komplikasyonları, aydınlatma yükümlülüğü gereği, hasta ya da yakınlarına net olarak bildirilmelidir. Kusurlu hareket halinde hastanın yazılı veya sözlü vermiş olduğu onam, sağlık personelinin korumaz, çünkü aydınlatılmış onam, kusursuz işlemin hukuka uygunluğu içindir. Sağlık hizmeti sunulurken ortaya çıkan malpraktis olgusu durumunda sağlık çalışanı “*taksirli suç*” veya “*kasıtlı suç*” ile cezalanabilir:

Taksirli suç: Sağlık çalışanının uygulamadan doğabilecek olumsuzlukları bildiği, bu sonucu istememekte beraber zaruri önlemleri almadığı suç biçimidir. Hatalı hekimlik uygulamaları ile sağlık hizmetlerinde taksirli suçların tamamı malpraktis olarak nitelendirilir. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz:

a) Dikkatsizlik: Bir tıbbi girişim sırasında yapması gerekeni yapmayıp yapılmaması gerekeni uygulayandır (Hasta ismi ve kan grubunu kontrol etmeden kan nakli gerçekleştirmek).

b) Tedbirsizlik: Engellenebilir bir kazaya önlem almada yetersiz kalmak, tedbirde gecikmek, unutmaktır (Kanama beklen-

nen hastada kan sağlamadan ameliyata girmek).

c) Acemilik-yetersizlik: Mesleğin icap ve sanatın esaslarını bilmemek, temel beceriden yoksun olmak.

d) Özen eksikliği: Evrensel tıp değerlerini uygulamamak (ciddi tanı ve tedavi hataları oluşturur).

e) Emir ve yönetmeliklere uymamak: Kanun, tüzük ve yönetmelikler ile yetkili idari ve mülki amirin verdiği emirlere uymamak (İcap nöbete çağrıldığı halde gelmemek).

Kasıtlı Suç: Personel yaptığı girişimin kötü sonuçlarını bilmekte, bilerek ve planlayarak bu eylemini gerçekleştirmiyor (ötenazi).

Tıbbi kusur: Genel kabul görmüş tıbbi uygulama standartları çerçevesinde asgari bilgi düzeyi, beceri, dikkat ve özene sahip bir hekimin/sağlık personelinin göstermesi gereken davranış şeklinin göstermemesidir. Tıbbi kusur konusunda en belirgin şikayetlerin “özen eksikliği” iddiası ile yapıldığı dikkati çekmektedir.

Değişen şartlar karşısında kusurluluk

Bir hekim aşırı hasta bakma/iş yükü ile görevlendirilmiş ise, bu hekimin standart hizmeti sunması söz konusu olmayabilir. Bir ebenin, şehir merkezinde, modern bir sağlık kuruluşunda yaptırdığı doğumdaki sorumluluğu ile yolları kardan kapanmış, olanakları kısıtlı bir köy sağlık evinde yaptırdığı doğumdaki sorumlulukları farklı değerlendirilecektir.

Genel işleyişten kaynaklanan kusurlar

Hastada oluşan tıbbi hataya neden olan kusurlu hareket, tek bir kişiden kaynaklanabileceği gibi, bir grubun-ekibin, kurumun, sistemin de eksiklerinden oluşabilir. Böyle durumlardaki tıbbi malpraktis olaylarında kusurun tam olarak nasıl olduğu ve kime ait olduğunun saptanması güçtür. Hastada oluşan olumsuzluk, bireysel hatadan, ekibin hataları ve eşgüdümsüzlüğünden, sağlık kuruluşunun sorun ve eksiklerinden veya sistemin kusur ve yetersizliklerinden kaynaklandığında, kusurun değerlendirilmesinde de problemler olacaktır. Prensipite herkes kendi hatasından sorumlu olmalıdır. Ortaya çıkmış olan zarardan, herkes kusuru oranında sorumlu olacak, ceza alacaktır.

Kusursuz sorumluluk

Ceza davaları bireyseldir fakat tazminat davalarında, müşterek ve müteselsile bir sorumluluğun ortaya çıkabileceği de

bilinmelidir. Özel bir hastanede yapılan bir ameliyat esnasında hemşirenin kusurlu hareketi sonucu ortaya çıkan bir ölüm olayında, tazminat talebinde bulunan ölenin yakını, hemşire, cerrah aleyhine dava açabileceği gibi, hastane yönetimi veya Sağlık Bakanlığı aleyhine de dava açabilir. Burada cerrah ve hastane yönetimi “*kusursuz sorumluluk*” durumundan ceza alır.

Tanı kusurları

Hastanın doktordan beklentisi, hastalığının tanısının doğru ve hızlı bir şekilde konmasıdır. Bunun için önce şikayetler dinlenmeli, ciddi bir muayene sonrası gerekli görülmesi halinde bir takım testlerin yapılması, değerlendirme sonrası gerekirse bir kere daha muayene yapılmalı, konsültasyon ve testler istenmeli, değerlendirilerek sonuca gidilmelidir. Aksi halde eksik araştırma yapılmış olur ve kusurlu davranış oluşur.

Tedavi kusurları

Tanı doğru konmuş olsa bile bazen tedavi yanlış, eksik, yetersiz yapılabilir. Bu kusuru belirlemede ölçü, genel tedavi kurallarından, rehberlerden ve standartlardan ne kadar sapılmış olduğudur. Bu tarz olaylar cerrahi bölümlerde daha çok gözlenir. Doktorlar tedavi biçimini rehberlere bağlı kalmak şartı ile seçmekte genelde özgürdür. Ancak tedavi alternatifi seçimini gerekçeleri, yarar/zararları ile hastaya/yakınına etraflıca anlatmalı ve rızasını alıp seçilen tedaviyi uygulamalıdır.

Kayıt tutma yükümlülüğü

Bir tıbbi malpraktis davası incelenirken, dikkate alınacak evraklar, sağlık çalışanı tarafından tanzim edilen ve saklanan belgelerdir. Bu nedenle yukarıda bahsedilen öykü alma ile başlayan varsayımsal sözleşmeden kaynaklanan bir zorunluluk olarak, hekimin kayıt tutma yükümlülüğü vardır. uygunsuz ve yetersiz kayıtlar, hukuksal sorumluluğa neden olur.

Tedaviyi sürdürme yükümlülüğü

Hekim, varsayılan sözleşme ile hastasının tedavisini, o istediği müddetçe sürdüreceğine dair de garanti vermiş olur. Hekimin tedaviyi tek taraflı olarak sonlandırması, bunu hastasını bilgilendirerek yapsa bile hukuksal sorumluluk doğuracaktır.

C. Defansif tıp

Defansif tıp (çekinik tıp veya savunmacı tıp) kısaca; “hekimin ceza veya hukuk davalarıyla karşılaşmamak, tazminat



ödememek, sigorta poliçe primlerini artırmamak amacıyla aşırı korumacı veya çekingen davranarak, tanı ve tedaviye yönelik tıbbi uygulamaları gereksiz kullanması ve malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek olan uygulamalardan kaçınması” şeklinde tanımlanabilir. Tanımlamalarda dava edilme korkusundan bahsedilerek, hastaya faydalı olmaktan ziyade yasal sorumluluktan kurtulmak için uygulanan tepkiler olarak nitelendirilmiştir. Özellikle 1 Haziran 2005 tarihinde yeni Türk Ceza Kanunu'nun yürürlüğe girmesinden sonra ülke gündemine girmiştir.

Defansif tıp kavramı “güvence davranışı” ve “kaçınma davranışı” olmak üzere iki alt bölümde incelenmiştir. Güvence davranışları için en sık “pozitif defansif tıp”, kaçınma davranışları için ise “negatif defansif tıp” terimleri kullanılmıştır. Ayrıca bu iki kavram “iyi-kötü”, “doğru-yanlış”, “risk azaltılması-riskten kaçınma” şeklinde de isimlendirilmiştir.

Pozitif defansif tıp

Pozitif defansif tıp “hastaları malpraktis şikayetinde bulunmaktan vazgeçirmek veya yasal süreci yapılması gerekenin yapıldığı konusunda ikna etmek ve hoşnutsuzluktan kaynaklanabilecek olumsuz sonuçları azaltmak amacıyla marjinal yada tıbbi değeri olmayan ilave tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasıdır” şeklinde tanımlanmıştır.

Negatif defansif tıp

Negatif defansif tıp ise “hekimlerin kendilerini yasal risk kaynaklarından uzaklaştırmak amacıyla malpraktis davasıyla sonuçlanma riski yüksek tanı ve tedavi yöntemlerini uygulamaktan kaçınmaları” olarak tanımlanmıştır.

Defansif tıpta başvuru başlıca davranış ve uygulamalar

- Teşhis ve tedavi için gerekli olmadığı halde istenen her türlü kan, idrar, beyin omurilik sıvısı tahlilleri; tomografi, MR, anjiyografi gibi radyolojik incelemeler; gastroskopi, sistoskopi gibi endoskopik incelemeler; efor testleri; solunum fonksiyon testleri; alerji testleri; nükleer tıp incelemeleri; biyopsiler...
- Teşhis ve tedaviyi etkilemeyecek olan gereksiz konsültasyonlar.
- Hastanın gereksiz yere müşahede altına alınması, hastaneye-yoğun bakıma yatırılması.
- Ağır ve komplikasyon ihtimali, riski yüksek hastaların teşhis ve tedavilerinin üstlenilmemesi ve bunların başka merkezlere sevk.
- Saldırgan tutum içinde olan, tartışma yaratmaya meyilli hasta veya yakınları nedeni ile teşhis ve tedavi sorumluluğunun alınmaması.
- Hastalığın şiddetinin ve olası komplikasyonlarının abartılması, en seyrek rastlanan komplikasyonların sık

Son yıllarda hasta haklarının tanınması, bilinmesi ve kullanılabilir hale gelmesi ile tıbbi malpraktis konusu ve ilgili davalar da sıklıkla gündeme gelir olmuştur. Davalar sağlık çalışanlarını yıldırان, bezdiren, mesleklerinden soğutan bir düzeye çıkmamalı, sağlık çalışanları tıp mesleğini çekinik karakterde değil mesleki şartlar çerçevesinde en iyi şekilde yapmaya çalışmalı, bu esnada yasal sorumluluklarını bilmeli ve bu konuda hassasiyet göstermelidirler.



Çağdaş sağlık hizmeti hasta merkezli, zamanında, tarafsız ve adil, verimli ve yeterli, etkili ve güvenli olmalıdır Mesleğin güçlükleri, yıpratıcılığı, risklerinin büyüklüğünü göz ardı edilmemeli, bunlara paralel olarak meslek uygulamalarında zaman zaman karşılaşılan vurdumduymazlık, dikkatsizlik, özensizlik, hatta beceriksizlikler de konu insan olunca hukuka intikal etmelidir.

görülyormuş gibi sunulması suretiyle hastaların korkutulması.

Defansif tıbbın hasta hekim ilişkisi üzerine etkisi

Defansif tıbbın hastaya sağlanan tedavi hizmeti kalitesi ve hasta-hekim ilişkisi üzerinde olumsuz etkileri kaçınılmaz. Bazı hekimler dava edilme veya malpraktis riski olasılığına karşılık tedavi riskleri ve alternatifleri konusunda hastasını daha fazla bilgilendirmekte ve hastasına daha çok vakit ayırmakta, bazı hekimler de olaya zitlaşmayla ve hastayı bırakma şeklinde yaklaşmaktadırlar. Yapılan çalışmalarda özellikle aşırı talepkâr, duygusal veya kuşkucu hastaların, hekimleri defansif tıp uygulamaya yönlendirdikleri tespit edilmiştir. Yanlış kullanılan sağlık medyasının, hastaları farklı yönlendiren, hasta haklarını hekime şiddette aramayı teşvik eden abartılı kampanyalarının, defansif tıp sonuçlarını dikkate alması gerekmektedir. Hastalarla tartışmalı ilişkiler sezinleyen ve bekleyen hekimlerin uygulamalarını pahalı ama gereksiz tanı ve tedavi yöntemlerine yönlendirdikleri, bazı uzmanların aynı konuda daha önceden şikayeti olan hastaları, özellikle de daha önceki hekimden memnun kalmadıklarını belirten tedaviye uyumsuz ve tedavisi zor hastaları kabul etmedikleri bildirilmiştir.

Malpraktis davasının farkında olma sıklıkla hem hekimde hem de hastada endişeye sebep olmaktadır, buda hekim hasta arasındaki nazik ilişkiye zarar vermektedir. Hekim genellikle karar verme sürecinde hastasındaki olumlu ve yardımsever yaklaşımı tehlikeye atmamak için hastasında güven ve inanç oluşturmaya çalışmaktadır. Bu tür bir ilginin başarılı tedavi için faydalı hatta gerekli olduğu düşünülmektedir. Hangi faktörün buna sebep ve sonuç olduğuna bakılmaksızın uzmanlaşma ve teknolojileşme trendi devam ettikçe malpraktis davalarının hekim hasta ilişkilerinin azalması üzerindeki olumsuz etkisinin önemli olmaya devam edeceği vurgulanmıştır.

Objektif ve iyi düzenlenmemiş malpraktis kanunları neticesinde oluşmuş bir davanın savunma durumundaki hekim üzerinde etkileri çok büyüktür ve malpraktis kanunlarını tarafsız olarak düzenlemek için en ikna edici gerekçeleri ortaya koymaktadır. Malpraktis terimi, hekim için biraz incitici, beraberinde genellikle hak etmediği ve suça yakın ihmal çağrıştırmalarını da taşımaktadır.

Ülkemizde defansif tıp

Defansif tıp, özellikle de gelişmiş ülkelerin temel bir sağlık sorunudur. JAMA'da 2005'de yayınlanan bir araştırmada

defansif tıbbın ABD'de doktorların yüzde 93'ü tarafından uygulandığı belirlenmiştir. Defansif tıba en çok acil çalışanları, cerrahlar, kadın-doğum uzmanları ve beyin cerrahlarının başvurduğu da bildirilmiştir. Archives of Internal Medicine'de 2010 yılında yayınlanan bir araştırmada ise doktorların yüzde 91'inin defansif tıp uyguladıkları belirlenmiş olup durum ülkemiz için de çok farklı değildir. Bundan 8 sene önce yürürlüğe giren yeni TCK'dan sonra defansif tıba yönelen doktorların sayısı giderek artmaya başlamıştır.

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan uzmanlık tezinde (Aynacı, 2008) Konya il merkezindeki tüm hastanelerde hekimlerle anket çalışması yaparak defansif tıp uygulamalarını araştırmış, ankete cevap veren 760 hekimden 94'ü (%12) hakkında, tıbbi malpraktis iddiası nedeniyle en az bir defa dava açıldığı, en yüksek dava edilme oranlarının ortopedi ile kadın ve doğum (%16) branşlarında gerçekleştiği bildirilmiştir. Bunu, pratisyen acil servis hekimliği (%15), genel cerrahi (%7), dâhiliye (%7), çocuk hastalıkları (%6) izlemiştir. Anket sonuçlarına göre, bu hekimler yeni TCK'dan daha fazla tedirgin olduklarını ve bu yüzden defansif tıp uygulamaları gerçekleştirdiklerini, daha fazla tetkik istediklerini, daha fazla ilaç yazdıklarını, daha fazla konsültasyon istediklerini, daha fazla endikasyonsuz hasta yatırdıklarını, kayıtları daha detaylı tuttuklarını ve görüntüleme tetkiklerini

daha sık istediklerini ifade etmişlerdir.

Tabipler Birliği'nin, 20 bin hekime malpraktis hakkında anket formu göndermiş, 2 bin 194 hekim yanıtlamış, ankete katılan doktorların yüzde 63,3'ü kamu, yüzde 25,4'ü sadece özel sektörde çalışırken yüzde 11,3'ünün ise hem özel hem de kamuda çalıştığı belirtilmiş, anketin en çarpıcı sonucu, katılan doktorların yüzde 55,6'sının herhangi bir olumsuz sonuçtan sorumlu tutulmamak için defansif tıp yöntemini benimsediklerini ifade etmeleri olmuştur. Araştırmaya göre, hataların artıyor olabileceğini düşünen hekimler %16'lık bir dilimken, her 3 hekimden biri de şikayet ve dava konusunun arttığını, ancak önemli bir kısmının gerçekçi bir nedene dayanmadığını belirtmiştir.

Bu alandaki ilk çalışmalardan birisi 2006 yılında Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi tarafından yayınlanan "Çekinik (Defansif) Hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun Uygulanma Aşamasında Toplumu Bekleyen Tehlike" isimli makale olmuştur. Bu makalede "Yeni TCK'da yer alan ve hekimleri tedirgin eden maddeler nedeniyle hekimlerde defansif (çekinik) tıp eğilimi gelişeceğinden korkulmaktadır. Yürürlüğe giren yeni TCK'da hekimlik mesleğinin yerine getirilmesinde kavram kargaşasına yol açacak, hatalı yorumlara açık, hekimlik uygulamalarını olumsuz yönde etkileyecek maddeler bulunmaktadır. Bu maddeler nedeniyle, hekimler kendilerini zor durumda hissetmekte, mesleklerini özgürce yapmalarına engel olunmaktadır. Bu nedenle, hekimlerin tıbbi girişimlerdeki temel yaklaşımları, kuralları ve istenmeyen bir sonuçla karşılaşıldığında, bu durumun kusur mu, yoksa kaçınılmayan sonuç mu olduğunun saptanmasında kullanılacak temel ölçütleri belirleyen bir düzenlemeye gereksinim duyulmaktadır.

Artık sıradan haberlerde; "Yeni TCK'dan sonra defansif tıbbın daha çok gündeme gelmeye başladığı, girişimsel tanı yöntemlerindeki uygulamalarda isteksizlik ve tedavinin daha konservatif olma eğiliminin olduğu, Yargıtay'ın "tıbbın gerek ve kurallarına uygun davranılmakla birlikte hastanın zarar görmesi durumunda hekimlerin sorumlu tutulacağına" dair kararlar verdiği, kusursuz sorumluluğun kabulünün kesinlikle doğru olmayacağını ve bu durumun hekimleri kesinlikle daha da defansif tıba yönelteceği, sağlık sistemindeki bazı uygulamaların ABD'de olduğu gibi çok büyük sigorta primleri ödemelerine, sonuçta oluşan "defansif tıp" uygulamalarından da yine hizmet alan insanların mağdur olacağına, haklarında dava açılmış hekimlerin hastasından korkar olduğuna, hastayı sevk ettiğini, giderek mesleğine küstüğü ve demoralize vaziyette görevini sürdürdüğü" şeklinde bilgiler yer almaktadır.

Sonuç

Etik ilkeler konusunda yapılacak her türlü eğitim, çalışma ve gayret; sağlık çalışanlarının profesyonelliğini artırdığı gibi kurumun kalite alt yapısının kurulması ve güçlenmesine de ciddi katkılar sağlar. Son yıllarda hasta haklarının tanınması, bilinmesi ve kullanılabilir hale gelmesi ile tıbbi malpraktis konusu ve ilgili davalar da sıklıkla gündeme gelir olmuştur. Davalar sağlık çalışanlarını yıldıran, bezdiren, mesleklerinden soğutan bir düzeye çıkmamalı, sağlık çalışanları tıp mesleğini çekinik karakterde değil mesleki şartlar çerçevesinde en iyi şekilde yapmaya çalışmalı, bu esnada yasal sorumluluklarını bilmeli ve bu konuda hassasiyet göstermelidirler. Mesleğin güçlükleri, yıpratıcılığı, risklerinin büyüklüğünü göz ardı edilmemeli, bunlara paralel olarak meslek uygulamalarında zaman zaman karşılaşılan vurdumduymazlık, dikkatsizlik, özensizlik, hatta beceriksizlikler de konu insan olunca hukuka intikal etmelidir.

Sonuçta; çağdaş sağlık hizmeti hasta merkezli, zamanında, tarafsız ve adil, verimli ve yeterli, etkili ve güvenli olmalıdır. Sağlık hizmetleri ve bu hizmet içinde gerçekleştirilen uygulamaları tanımlayan, bunları yapacak kişilerin nasıl, neye göre belirleneceğini, eğitim ve denetiminin nasıl yapılacağını, bunlara uymayanlarla ilgili yaptırımların uygulanmasına ilişkin kuralların belirleneceği güncel yasalara gereksinim olduğu açıktır. Ancak bunları ortaya koyarken toplum sağlığı ve esenliği ile tıp gibi bir uzmanlık alanının sahip olduğu değerler ve ilkelere uygun esaslar belirlenmeli ve ülke gerçekleriyle birlikte değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

- Alkanat, M.B. Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, *Hekim ve Yaşam Dergisi* 1999;6 ss: 19–21.
- Aydın, E. *Tıp Etiğine Giriş*, Ankara: Pegem Yayıncılık 2001.
- Aynacı Y. Hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması. Uzmanlık Tezi. Selçuk Üni. Tıp Fakültesi, Konya, 2008.
- Canpolat, S. Hasta hakları ve etik. *İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2002.*
- Çankaya, H. Hekimlerin Hukuki ve Cezaî Sorumluluğunun Temel Prensipleri ve Hekim Sorumluluğunda Kusurun Değerlendirilmesi. *Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2002.*
- Çetin, G. *Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezaî Sorumluluğu Sempozyumu, İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri.* 2006, 48. ss.31-42.
- Çobanoğlu, N. *Tıp Etiği*, Ankara: İlke yayınevi, 2007.
- Çobanoğlu, N., Haberal, B., Çağlar, S. *Tıbbi Araştırma ve Yayın Konusunda Etik Duyarlılık Araştırması, Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık – 2005, O Yılmaz*

Etik ilkeler konusunda yapılacak her türlü eğitim, çalışma ve gayret; sağlık çalışanlarının profesyonelliğini artırdığı gibi kurumun kalite alt yapısının kurulması ve güçlenmesine de ciddi katkılar sağlar. Gereksinim duyulan güncel yasalar toplum sağlığı ve esenliği ile tıp gibi bir uzmanlık alanının sahip olduğu değerler ve ilkelere uygun esaslar belirlenmeli ve ülke gerçekleriyle birlikte değerlendirilmelidir.

(Ed)Ankara; TUBITAK yayınları.

Çolak, A. *Komplikasyon mu? Malpraktis mi? Malpraktis davalarının aslı unsurları, Hekim Forumu Dergisi (İstanbul Tabip Odası Yayını), Nisan- Mayıs 2003, ss: 32-33.*

Dallı, M. *Türkiye'de Hasta Hekim İlişkilerinde Etik Sorunları, Dokuz Eylül Üniv. Sos. Bil. Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir, 2000.*

Ersoy, N. *Aydınlatılmış onam öğretisinin gelişimi. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, 1995, 3, s. 1.*

Güngören, M., Orhan, F., Kurutkan, N. *Hastanelerde Oluşan Etik İklimin Kalite ve Akreditasyon Açısından Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2013, 18/1 ss:221-241.*

Hancı, İ.H. *Malpraktis, Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu, Ankara; Seçkin Kitabevi, 2005.*

<http://ahmetrasimkucukusta.com/2010/10/30/yazilar/cezalar-doktorlari-defansa-cekiyor/> (Erişim tarihi: 20.02.14)

<http://www.dnaindia.com/analysis/comment-the-practice-of-defensive-medicine-1651975> (Erişim tarihi: 27.02.2014)

İskit, B.A. *Etik kurulların oluşumu, gelişim ve işlevleri. Hacettepe Tıp Dergisi, 2005, 36 ss:129-134.*

Koç, S., Yorulmaz, C. *Hekimin Yasal Sorumlulukları, Adli Tıp Soysal, Z., Çakalır, C. (eds) İÜ. 1999, ss:45-59. İstanbul: Basımevi ve Film Merkezi.*

Polat, O. *Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik boyutları. Ankara:Seçkin yayıncılık, 2005.*

Orhan, F. *Hasta Güvenliği Kriterleri Bağlamında Oluşan Etik İklimin Kurumsal Kültüre Etkisi, Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi. 2009, 4. ss:36-39.*

Makro evrimden mikro evrime

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.

Evrim denince ilk tepki olarak “Ben maymunları atamız olarak görmek istemiyorum!” demek artık çok gerilerde kaldı anlaşılan. Çünkü 150 yıllık ilk tartışmaları izleyen arkeolojik buluntular, paleontolojik kayıtlar artık milyonlarca kanıtla 4 milyar yıllık dünyamızda canlı hayatı ve serüvenini açıklamakta. Böylece daha ayağı yere basan teoriler üretebiliyor ve bunların sonucunda artık atamızın maymun değil, memeliler ya da omurgalılar mı, karada yaşayan bir sürüngen mi, yoksa denizdeki balıklar mı, hatta tek hücreli canlılar mı olduğunu sorgulamak gerekiyor. 600 milyon yıldan daha yaşlı kayalarda hayvan veya bitki fosilinin bulunmayışı sadece alg kolonilerinin ve stromatolit (Cyanobacteria)’lerin bulunması bize canlı hayatın ne zaman başladığı hakkında ciddi veriler sunuyor.

Bu kaya katmanlarının içindeki fosillerde, alt katmanlarda canlı türlerinin üst katmanlardakilerden tamamen farklı olduğu bir düzen sergilenir. Canlılar tarihini tümüyle içeren tek bir kaya sütununu oyup çıkarabilecek olsak, inanılmaz bir fosil dizilişiyle karşılaşırız. Bu durumda en alt katmanlarda pek hayat belirtisi olmaz, daha yukarılarda denizanası benzeri çok çeşitli canlıların izleri olurdu. Yukarı çıktıkça, iskeletleri, uzantıları ve göz gibi organları olan canlılar onların üstünde de omurgalı ilk hayvanların bulunduğu katmanlar olurdu. Kuşlar ve memeliler daha üst katmanlarda yerleşirken tabi ki ilk insanları içeren katmanlar çok daha üstlerde olurdu. Ne yazık ki yeryüzü ve canlıların tarihini içeren tek bir kaya sütunu yok, bütün yeryüzündeki dağılmış

haliyle bu izleri bir yap-boz gibi bir araya getirmek gerekiyor.

4 milyar yıl geçirmiş dünyamızı anlamak için, şayet 1 Ocakta dünyanın gaz bulutundan kayaçlaşmaya başladığını (Arkeyan Dönem) ve günümüzün de 31 Aralık olduğunu düşünürsek, yeryüzünde hazırlanmaya kadar sadece mavi algler, bakteriler (stromatoliter) vardı. Edikara faunası denilen ilk omurgasızlar eylülde yeryüzünde görülmeye başlandı, ekimde kara bitkileri ve balıklarla donandı dünya. Ekim sonunda amfibiler ortaya çıktı, kasımda memeliler ve kasım sonuna doğru dev sürüngenler her yerdeydi. Kuşlar dev kanatlarıyla aralık başında uçmaya başladı ve çiçekli bitkiler donattı dünyayı. Aralık sonunda buzullar erirken atlar ve filler belirdi ama 31 Aralık sabahı Afrika savanalarında hominidler, insanımsı canlılar belirdi ilk defa...

Yine ilk insanımsıların Afrika’da görülmeye başlamasına 1 Ocak dersek, Tanzanya’da homo habilislerin taşıyarak alet yapmaya başlaması eylülde otaya çıkmış, ilk iki ayak üzerinde ama doğru koşma ve kol hareketine sahip taş yongalarından faydalanan homo erectusların Afrika’da çoğalması ise ekimi bulmuş olacaktı. İlk ateşi kasımda keşfedip kontrolüne alan insan, kasım sonunda Afrika kıtasından dünyaya yayılmaya başlayıp homo-sapiens halini alacak, ancak aralıkta neandertallerden cro-magnona, oradan da günümüz sapiensine evrilerek Amerika ve Avusturalya’ya ulaşacak, aralık ortasında ilk yerleşim yerlerini kurarak tarım ve hayvancılığa başlayarak avcı-toplayıcılıktan kurtulacaktı. Aralığın son

haftasında tekerlek ve çömlek yapımına başlayıp 29 Aralık’ta ilk devleti kurup, 30 Aralık’ta ilk imparatorluk ile dünyayı tanıştıran, medeniyet çatışmaları içinde günümüze yani 31 Aralık akşamına ulaşmış olurdu.

Milyon yıllarla ifade edilebilecek ve coğrafi çevre, iklim değişiklikleri, küresel katastrofelerle fiziksel bir değişim içinde günümüze uzanan haliyle insanın sadece bu dış çevreyle tam izah edilemeyen serüveninde bir de bedende, hücrede hatta nükleusta ve onun da içinde kromozomlarda ve genlerde hatta onların yapısı olan DNA ve aminoasit dizilerinin de bu yolculukta ciddi bir pay sahibi olduğunu söylemek doğru olur.

20. yüzyılın ilk bölümünde genetik ve popülasyon biyolojisinin evrim çalışmalarına katılması, mutasyon ve popülasyon için varyasyonların öneminin farkına varan bir evrim teorisinin ortaya çıkmasını sağladı. Son yıllara girerken azalan evrimci yaklaşım ya da teoriler bu yeni bilim dalı ve araştırmalarıyla tekrar bir ivme kazanmış oldu. Böylece doğal seçim bir popülasyondaki gen frekansını değiştiren bir işlem haline geldi. Bu bakış açısı onlarca yıl boyunca popüler oldu.

Popülasyonlar, rasgele (yönlendirilmemiş) mutasyon ve rekombinasyon sonucu oluşan genetik çeşitlilikler içerir diye düşünölmeye başlandı. Popülasyonlar, rasgele oluşan genetik sürüklenme, gen akışı ve özellikle doğal seçim sonucu gen frekansında oluşan değişikliklerle evrimleşir dendi. Çeşitlilik, popülasyon



içinde üremeye dayalı izolasyonun kademeli olarak evrimini gerektiren türleşme ile gerçekleşir. Bu işlemler yeteri kadar uzun süre devam eder ve daha yüksek taksonomi seviyelerinin (cins, aile vb.) belirlenmesini temin edecek kadar büyük öneme sahip değişimlere yol açar. Bu değişime neden olan genetik sürüklenme, klasik Darvinci doğal seçim kadar önemli olabilir. Karakteristik özelliklerin gen denilen birimlerle gelecek nesillere aktarıldığını kabul edildiğine göre, bir popülasyondaki çeşitliliğin, bir genin birden fazla alelinin varlığına bağlı olduğunu ve türleşmenin genelde, küçük genetik değişikliklerin kademeli birikimi ile oluştuğunu pekâlâ söyleyebiliriz. Kısaca söylemek gerekirse, *makro evrim*, çok fazla sayıda *mikro evrim*dir.

Aslında yıllar boyunca uzun arkeolojik kazı çalışmaları ve analizler, ortak değerlendirmeler ve bulunan iskelet ve eşyalarla evrimi bir tarih çizgisiyle izah etmek, hatta paleoantropoloji yada paleontolojik çalışmalarla bir çok makro evrim teorisi oluşturulsa da, moleküler genetik evrimin genetik boyutu üzerine de şu anda verilenden çok daha fazla önem vermek gerektiği kaçınılmaz hale gelmiştir. İyi ama genetik çalışmaların oluşturulması ve uzun zaman isteyen sonuçları ile yeni açıklamalar bulmak acaba bu kadar kolay olmuş mudur? Bunun için günümüze kadar çeşitli güzel

ve çarpıcı isimli hipotezler antropoloji ve evrim konularında heyecanlar yaşatmış güçlü tartışmalar doğurmuş, evrim konuşmalarını hep gündeme taşımıştır ki, iz bırakan birkaç tanesini hatırlamakta fayda var.

Medeniyetin de geni mi var?

2001 yılında yapılan bir araştırmada, aynı aileye mensup 24 kişide görülen konuşma bozukluğu araştırılmıştır. Bu insanlar gırtlak, dil ve yüz kaslarını kontrol edemiyor, ayrıca gramer kurallarını öğrenmekte güçlük çekiyorlarmış. Genetik analizler sonucu hepsinin *foxp2* geninde bozukluk tespit edilmiş. Bu saptamayla birlikte dille bir gen arasındaki ilişki ilk kez gösterilmiş oldu. Bir yıl sonra yapılan bir başka araştırmada insandaki *foxp2* geniyle bazı memelilerdeki *foxp2* geninin dizilimi karşılaştırıldı. Araştırmacılar, gendeki dizilim açısından insanın; orangutan ve fareye göre 3; şempanze, goril ve rhesus maymununa göre 2 küçük farklılık gösterdiğini tespit ettiler ve bunu mutasyon sonucu olarak kabul ettiler. Buradan yola çıkarak Richard Klein, insana ait arkeolojik kayıtlarda yaklaşık 50 bin yıl önce bir kültürel patlamanın izlerinin gözlemlendiğini, daha eski dönemlerde insan eliyle üretilen aletlerin basit olduğunu ve bölgeden bölgeye fazla değişmediğini belirtmektedir. Klein, daha sonra aletlerin özelliğinde

Gerçekte çoğu erişkin sütteki temel şeker kaynağı olan laktoza karşı toleranslı değil ve sindiremiyor. Ancak şimdilerde atalarımızın durumundan bağımsız olarak, pek çoğumuz mutlu bir şekilde şişeden veya memeden süt içebiliyoruz. Öyleyse bu süre zarfında ne oldu? Yanıt evrimsel bir öyküdür ve bizi Alplerin süt sağan kadınlarından alıp Afrika'nın Maasai sığır çobanlarına kadar götürmektedir.

hızlı bir değişim yaşandığını, bu aletlerde bölgelere göre özelleşmeler görüldüğünü, insanların takı ve mücevher üretimine önem vermeye başladıklarını anlatmaktadır.

Antropologların çoğu bu durumun, bir tür kültürel veya demografik değişimden kaynaklandığını tahmin etmektedir. Klein, değişimin biyolojik kökenli olabileceğini varsaymaktadır. Evrimci genetikçilerin iddialarına dayanarak, foxp2 mutasyonunun son iki yüz bin yıllık dönemde, büyük ihtimalle de yaklaşık 50 bin yıl önce gerçekleştiğini iddia etmektedir. Böylece insanın “kavrama ve iletişim” yeteneğinin gelişmiş olabileceğini; medeniyetin bu gelişimin bir sonucu olduğunu ileri sürmektedir. Ayrıca foxp2 geni sadece dille ilgili değildir. Farelerde akciğer gelişiminde hayati rol oynadığı, ayrıca beyin gelişimiyle de ilgili olduğu bilinmektedir. Önceleri medeniyet geni mi acaba denilse de daha sonraları bu genetik mutasyon ile fiziksel değişimlerin oluşması üzerinden medeniyet ve kültürel değişimlerinde açıklanmasında foxp2 geni üzerinde abartı olabileceği düşüncesi bilim dünyasında ağırlık kazanarak mutasyonların önemini gösterse de eski popüleritesini kaybetti.

Laktaz gen mutasyonunda umut var mı?

Amerika ve pek çok diğer ülkede “süt” tüketiliyor, yaklaşık olarak Amerikalıların %10'u, Afrika'daki tutsi kabilesinin %10'u, İspanyol ve Fransızların %50'si ve Çinlilerin %99'u için büyük bir bardak soğuk süt, mide ağrısı ve diğer hoş olmayan sindirim problemleri anlamına geliyor. Gerçekte çoğu erişkin sütteki temel şeker kaynağı olan laktoza karşı toleranslı değil ve sindiremiyor. Ancak şimdilerde atalarımızın durumundan bağımsız olarak, pek çoğumuz mutlu bir şekilde şişeden veya memeden süt içebiliyoruz. Öyle ise bu süre zarfında ne oldu? Yanıt evrimsel bir öyküdür ve bizi Alplerin süt sağan kadınlarından alıp Afrika'nın Maasai siğir çobanlarına kadar götürmektedir.

Mart 2007'de Alman ve İngiliz araştırmacılarının yer aldığı bir çalışma grubu 7000 yıllık insan fosillerinin DNA'ları üzerinde yaptıkları bir araştırmada, söz konusu mutasyona rastlamadıklarını anons etmişlerdir. Araştırmacılar Neolitik döneme ait 8 fosil ve Mezolitik döneme ait bir fosilin DNA'larını elde edebilmiş ve bu dokuz fosilde de sözü edilen mutasyona rastlamamışlardır. Sonuçlar, MÖ 5000 yıllarında Avrupalı erişkinlerin sütü sindiremediklerini ve süt sindiriminin bu dönemlerden daha sonra ortaya çıktığını göstermektedir. Ortadoğu ve Kuzey Afrikalı toplumların, süt veren hayvanları 7500 ila 9000 yıl

önce evcilleştirdiklerini ve bu hayvanların daha sonra Avrupa'ya getirildiklerine işaret etmektedir.

Laktoz toleransının kökleri ile ilgili araştırmalar, insan verimi tarihinin bazı etkileyici özelliklerini gün ışığına çıkarmıştır. Belki de en ilgi çekici olan, Afrikalı ve Avrupalı toplumların, yakınsak bir evrim geçirmeleridir. Birbirinden farklı toplumlar, büyükbaş hayvan evcilleştirmesine bağlı olarak, aynı kültürel gelişimi yaşadıklarında benzer evrimsel süreçlerden geçmektedirler. Derimizin rengi veya coğrafyasından bağımsız olarak, taş çağının Avrupalıları, İsveç süt sağıcıları, Maasai savaşçıları veya modern avcı toplayıcıları gibi hangi topluluğu araştırsak araştıralım, evrimin oyununu her toplum için aynı kurallarla oynadığı sonucuna varıyoruz. Bu çalışma bizi evrimin içinde küçük bir halkanın açıklanmasına taşısı da zincirin tamamı için bir şeyler söylemeye ne yazık ki götürememektedir.

Mitokondrileri karıştırsak bir şey bulabilir miyiz acaba?

Mitokondriyal DNA (Mt DNA), adli antropologlar tarafından ölümlerde kimlik tespiti amacıyla da kullanılır. Materyal olarak dış pulpası tercih edilir. Çünkü dişin, pulpayı kuşatan dış kısmı hem izole bir ortam oluşturur, hem de hidroksiapatit bileşenleri ile DNA'yı stabilize eder, böylece buradaki mt DNA diğer dokulardakinden daha uzun ömürlüdür.

Mitokondriyumlarda DNA tamiri mekanizması yoktur, o nedenle mutasyon hızı nükleer DNA'dan 10-20 kat daha hızlıdır. İnsanda mt DNA tipik olarak maternal kalıtım örneği izler, şöyle ki; annenin mt DNA'sı tüm çocuklarına aktarılırken babanın ki çok nadir olarak aktarılır. Çünkü ovum mitokondri açısından çok zengindir, sperm ise çok az sayıda mitokondri içerir.

Evrin biyologları, mitokondriyal DNA'larının kalıtsal olarak çeşitlenmesini, bir “evrim” olarak yorumlar ve bu varsayımı “moleküler saat” ismini verdikleri bir başka varsayımla birleştirirler. 1965 yılında ortaya atılan moleküler saat hipotezi, nükleotid ve proteinlerdeki dizilimde, zaman içinde sabit aralıklarla değişimlerin yaşanacağını ileri sürmüştür. Bu teze dayanarak, mt DNA değişimleri analiz edilen canlıların, ortak bir atadan ne zaman ayrıldıklarının bulunabileceği varsayılmıştır. BU düşünceden hareketle, mevcut evrim soyağacının hangi tarihte nerede başladığını belirlemeye çalışmışlardır. Mitokondriyal DNA'daki çeşitlilik en çok Afrikalılarda görüldüğü için, onların neslinin en eski olduğuna karar vermişlerdir. Bunun sonucunda günümüzde yaşayan tüm insan ırklarının,

130 bin yıl önce Afrika'da yaşamış bir kadından türediği, bu kadının da sözde evrimle ortaya çıkmış, “homo sapiens”in ilk temsilcisi olduğu iddia edilmiştir.

Fakat geçen yıllar mitokondriyal DNA üzerinden bir ana-ata arayışının, baba geçişlerinin tahminlerden fazla olduğunu, oluşturulacak soyağacında milyonlarca varsayımın dışarıda bırakılacağını göstermesiyle yarattığı heyecana rağmen önemini kaybetmiştir.

Günümüzde Allan Wilson ve ekibi tüm coğrafi bölgelerden bireylerin DNA'larını enzimle parçalayarak oluşturdukları haritaları incelemiş ve 182 değişik tipi (dış uçlar) yansıtan bir sonuca varmışlardır. Bu tipler arasındaki evrimsel ilişki bir Afrika kökenli atayı ciddi olarak işaret etmektedir, dahası en yüksek oranda mitokondriyal DNA çeşitliliğine Afrikalı toplumlarda rastlanması da bu görüşü doğrulamaktadır.

Yoksa sırlar “y” kromozomunda mı saklı?

1994 yılında, antropolojik genetiğin babası, Stanford Üniversitesi'nden Lui-gi Luca Cavalli-Sforza ve ekibi, iki farklı kişinin genomlarında, ikisi de aynı noktada bulunan DNA mutasyonlarını hızlı bir biçimde bulmak için yeni bir teknik geliştirmişler. Bu mutasyonlar bir anlamda, normal diziden sapmaları gösteren birer “işaretleyici”.

Bu işaretleyicilerden yararlanma ilkeleryse gayet basit: Sözelimi Asya'da neredeyse herkeste var olup, Afrika'da da neredeyse hiç kimsede bulunmayan bir mutasyona, zamanın içinde bir yerlerde, bu işaretleyiciyi taşıyan küçük bir grubun Afrika'yı terk edip Asya'da yeni bir popülasyon oluşturduklarının bir işareti gözöyle bakılabilir.

İlkece basit olsa da, her konuda olduğu gibi, burada da ortalığı bulandıran bir etken var: Cinsiyetler. DNA'yı taşıyan kromozomlar, bir iplikçigi anneden, diğeri babadan olmak üzere, çiftler halinde bulunuyorlar. Bir yumurta ya da sperm hücresinin yapımıdaysa bir çifti oluşturan iki iplikçik, belli noktalardan bir araya gelerek büyük DNA parçalarını değişik tokuş ediyorlar. Kuşaktan kuşağa aktarılan bu kromozomlar, her seferinde gerçekleşen parça alışverişine bağlı olarak, zamanla bütün ataların katkılarıyla oluşmuş bir “yamalı bohça”ya dönüşüyorlar. Böyle bir kromozom, size Buzul Çağı atanızın bir Orta Asyalı olduğunu, sonraki bir atanızın da ABD'de bir vali olduğunu söyleyebilir. Ama onların İngiltere'den geçişlerini de büyük olasılıkla atlamış olacak, sonuçta hikâye de fazla bir şey ifade etmeyecektir. İşte Y kromozomu,



antropolojik genetik araştırmacılarının imdadına bu noktada yetişiyor. İnsandaki 23 çift kromozomun son çifti olan cinsiyet kromozomları, kadınlarda XX, erkeklerde XY biçiminde ortaya çıkıyor. Bu, kadınların anneden de babadan da birer X kromozomu alırken, erkeklerin anneden X, babadan Y kromozomu almaları demek. Diğer bütün kromozomlardan farklı olarak, Y kromozomunun eşi yok; X kromozomuyla parça alışverişinde bulunduğu tek bölgeyse uçları. Sonuçta Y kromozomu, babadan oğula, oğuldan toruna vs. geçerken büyük ölçüde korunmuş oluyor. Her durakta yapısına katılan, en fazla bir ya da iki mutasyon. Ortaya çıkan sonuç, oldukça ilginç: Şu an yeryüzünde yaşayan bütün erkeklerin Y kromozomlarının, 50 bin - 60 bin yıl önce yaşayan bir ortak atanın Y kromozomuyla % 99,99'dan fazla benzerlik taşıyor olması. Aradaki minicik değişikliklerse, insan türünün gezegen üzerindeki yayılım öyküsünün kayıtlarını sunan işaretleyicilerin ta kendileri!

Bu verilerle genetikçilerin antropolojik çalışmaları sonucunda ilk kadın Afrika'da hipotezine ilk erkek atanın da Asya'da olduğu cevabı verilebilir. Tabi bu Y kromozomu takibi bize Cengiz Han'ın torunlarının milyonlarca olduğu sonucuna da götürebilir Bu tarihi argümanlarla olayı yumuşatma dışında aslında Y kromozomunun M işaretleyicileri ile yeryüzünde izlerini takip etmek, soyların dünya üzerinde ne zaman ve nasıl yayıldıkları argümanını ciddi olarak desteklemiştir.

Bu işin de kokusu çıktı!

Tüm insan genomunun yüzde 3'ü farklı kokular algılayabilecek genlere ayrıl-

mıştır. 2006 yılında Buck ve Axel, bu genlerin her birinin bir koku molekülüne duyarlı bir reseptör ortaya çıkardığını göstererek Nobel ödülünü almışlardı. Bu başarı üzerine başka canlılardaki koku reseptörü türleri üzerine hummalı bir çalışma başladı. Sonunda, balıkların koku almayla ilgili nöronlarında su esaslı reseptörler varken, memelilerde ve sürüngenlerde hava esaslı reseptörlerin bulunduğu ortaya konuldu. Bu keşif aslında, ilkel balıklarda daha gelişmiş balıklardan ve memelilerden farklı olarak, ne "hava" nede "su" geni olmadığını, bunu yerine reseptörler, iki tipi bir arada bulunduklarını yani bu balıklar koku alma geni iki ayrı türe ayrılmadan önce ortaya çıktığını göstermektedir.

Bu ilkel çenesiz balıkların çok önemli başka bir özelliği de çok az sayıda koku genine sahip olmalarıdır. Kemikli balıklarda daha fazla, amfibi ve sürüngenlerde ise daha fazla koku geni vardır. Çenesiz balıklar gibi ilkel olanlarda çok az bulunan koku genleri, zamanla artmış ve memelilerde muazzam sayılara ulaşmıştır. Binden fazla koku geni olan memelilerde, genetik sistemin büyük bir kısmı sadece koku duyusuna ayrılmıştır. Memelilerde koku alma duyusunun çok özelleşmesi en uç örnek olarak köpeklerin iz sürmesinde kendini gösterir.

Bütün memeliler gibi yunuslar ve balinalar da tüy, meme ve üç kemikli orta kulak vardır. Bu hayvanların memelilik geçmişi, koku genlerinde de kayıtlıdır. Koku almak için bu balıklar diğer balıklar gibi genizlerini kullanmayıp, genizleri, koklamaya değil nefes almaya yarayan bir hava deliğine dönüşmüştür. Yani tüm koku genleri bulunsa da tamamen

işlevsiz hale gelmiştir. Mutasyonların genomda ortaya çıkması kuşaklar alır. Eğer bir mutasyon bir geni işlevsiz kılar, sonucu tehlikeli ya da ölümcül olabilir. Fakat işlevsiz genlerdeki mutasyonsa sessizce kuşaktan kuşağa geçebilir. Bu da bize koku alma duyusuna sahip insanda koku genlerinin çoğunun neden işlevsiz kaldığını anlatır. Yoad Gilav ve arkadaşları farklı primat türlerini karşılaştırarak, renkli görmenin geliştiği primatlarda işlevsiz koku genlerinin çok sayıda olduğunu gösterdi. Yani kısaca söylemek gerekirse, insan, koku duyusunu görme duyusuna takas eden bir soydan geliyor ve artık hayatımız kokudan çok görme üzerine kurlu ve genomumuzda tam olarak bunu yansıtır.

Birkaç popüler gen çalışmasıyla hatırlatmaya çalıştığım, Neil Shubin'in dediği gibi, uzay programları Ay'a bakışımızı nasıl değiştirdiyse, paleontolojik ve genetik bilimlerdeki araştırmalarda kendimize bakışımızı değiştirmekte olduğuydu. Daha çok şey öğrendikçe, önceden uzak ve erişilmez, fantastik görülenleri de anlamaya ve kavramaya başlarız. Artık bilimin, denizanası, solucan ve fare kadar birbirinden farklı canlıların iç mekanizmalarını ortaya çıkardığı bir çağda yaşıyoruz ve insanları diğer canlılardan ayıran veya birleştiren genetik farklılık ya da benzerlikleri görüyoruz. Bu son yıllardaki yeni ve güçlü bakış açısı bize fosilleri, onları inceleme ve tanımlama kullandığımız yeni argümanlarıyla birlikte makro geçmişimizin izlerini sürerken, mikro geçmişimizdeki engin dokümanlardan da faydalanırsak ancak evrimin basamaklarını kavrayabileceğimizi gösteriyor.

Zaman nedir?

Doç. Dr. Lütfü Hanoğlu



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

“Şeb-i yeldayı müneccimle muvakkit ne bilir Mübtela-i gama sor kim giceler kaç saat.”
(Fuzuli)

Zaman nedir? Bu soru muhatabına göre farklı anlaşılır, taşıdığı nüansları kendini muhatap alana göre açığa vurur. Soruyu fizikçilere sormuş olsak, hızın bir türevidir denilebilir Einstein'dan beri. Fakat sorunun muhatabı Newton olsaydı; yanıt, zamanın mutlak olduğu, kendi başına var olduğu olacaktı. Soru biyolojik evren içerisinden de anlamlıdır. Nörobilimciler, “İnsanda zamanı belirleyen biyolojik düzenekler var mı, varsa nasıldır?” kısmının muhatabı kabul ederler kendilerini. Ama asıl önemli olan; hepimizin hayatlarını, kültürümüzün dokusunu belirleyen, geçmişimizi anlamlı, geleceğimizi planlanabilir kılan soru her halde zamanın insan ve onun içinde yaşadığı toplum için ne olduğu, nasıl olduğu, neye delalet ettiği, nasıl anlaşılması gerektiğine dair olandır.

Ahmet Haşim'in *Müslüman Saati* adlı denemesinde muhatabı olduğunu düşündüğü soru da budur. Haşim'in “saat”ten kastı, “zamanı ölçen alet” değil, bizzat “zaman”dır. Hepimizin aşına olduğu hüzünlü bir lezzetle “alaturka” saat ile “alafranga” saat üzerinden iki ayrı “hayata bakış tarzı”nı karşılaştırır ve geri gelmemek üzere kaybedilenin yasını tutar.

Üzerinde yaşadığımız dünyamızın başlangıcından beri her çağın kendine ait bir zaman algısı olmuştur ve Agamben'in deyişiyle “Özgün bir devrimin ilk görevi sadece dünyayı değiştirmek değil, aynı zamanda (ve öncelikle) zamanı değiştirmektir.”

Antik Yunan-Roma döneminin anlayışına göre zaman döngüsel ve süreklidir. Bu nedenle zamanın bir yönü de yoktur. Yani tam anlamıyla ne başlangıcı, ne ortası, ne de sonu vardır. Aristo'ya göre Truva Savaşının öncesinde mi yoksa sonrasında mı yaşadığımızı söylemek mümkün değildir. Hep tekrarlanan ritimler, döngüler içerisinde -doğum, ölüm, yeniden doğum- mevsimlerin döngüselligi gibi döngüsel bir zamanda yaşarız.

Ancak İbrahimi gelenek, bu döngüsel zaman sarmalından insanı çıkarmış ve hiçbir şeyin bir daha asla tekrarlanmadığı, geri dönüşsüz, doğrusal bir zamana yerleştirmiştir. İnsan tüm bu doğrusal, sadece ileri doğru akan zamanda geçen yaşamı boyunca asla birbirini tekrar etmeyen durumlarla sınanır. Aziz Augustinus kadim Yunandan kopuşu şöyle ifade eder. “O halde, göksel cisimlerin devinimlerinin zamanı oluşturduğunu söylemek bana artık uygun gelmiyor. Ey ruhum senin içinde ben zamanı ölçüyorum.”

İslami gelenekte de benzer biçimde, hiçbir zaman anlık ortaya çıkan durumlar bir daha geri gelmez, dolayısıyla zamanın da tekrarı yoktur. Ya kazanılmış, ya kaybedilmiştir. Telafi ve tekrar yoktur. Her zaman yeni durumlar, denemeler vardır. Bu yüzden vakit namazlarının aslında kazası yoktur. Her şey biriciktir. Mümin için anlam, geçici ve ancak belirli bir süre olan bu dünyada bir imtihanda olma durumunun gerçeğidir. Müslüman

ay takvimini kullanır. Güneş takviminin, ona bağlı mevsimlerin düzenli tekrarlanışının yarattığı döngüsel zihin halini kırabilmek için. Doğadan vehmedilen döngüsellığe kapılıp gitmemek için. Hac, ramazan, kurban ve bayramları gibi önemli zamanlar, her zaman başka mevsimlere denk gelir.

Batıda bilimin kucağında büyüyen modernitenin, modern bilimin laik zamanı da doğrusaldır. Ama laikleşirken lineer zamanın Tanrıya bağlı anlamı zorunlu olarak ortadan kalkmıştır. Bu anlam; evrim, sürekli iyiye doğru ortaya çıkan değişme fikri ile ikame edilmiştir. Anlam budur. İlerleyici evrimsel gelişme, her anlamda her alanda, biyolojik, toplumsal, ahlaki... Darwin'den bu yana bilim düşüncesi ve hayatın içerisine evrimin bu güçte tesiri ve Hristiyanlık ile laik düşüncenin aslında Müslüman zihin dünyasını pek de ilgilendirmeyen evrim üzerindeki savaşı bu bakışla da okunabilir.

İşte yüzyıllar süren bu ilerleme/geri kalma paradigması üzerinden sonunda olacak olan olur. Haşim'in dediği gibi Türkiye'deki saat sistemi 26 Aralık 1925'te “Günün 24 Saate Taksimine Dair Kanun”un kabul edilmesi ile değişir. Kanunun birinci maddesi, “Türkiye Cumhuriyeti dâhilinde gün, gece yarısından başlar ve saatler sıfırdan yirmi dörde kadar sayılır” demektedir. Daha önce ülkede güneşin battığı anı 12.00 kabul eden “alaturka saat” sistemi geçerliydi. Şimdi “teknik olarak” ne yapıldığını ve

böylece değiştirilmiş olanın ne olduğunu Haşim'den dinleyelim:

“Müslüman gününün başlangıcını şafağın parıltıları ve sonunu akşamın ışıkları tayin ederdi. Madenden sağlam kapaklar altında saklı tutulan eski masum saatlerin yelkovanları yorgun böcek ayakları tarzında, güneşin sema üzerindeki hareketiyle az çok ilgili bir hesaba uyarak, minenin rakamları üzerinde yürürler ve sahiplerini, zamandan takribi bir doğrulukla haberdar ederlerdi”.

“Yabancı saati alışkanlığından evvel bu iklimde, iki ucu gecelerin karanlığıyla simsiyah olan ve sırtı çeşitli vakitlerin kırmızı, sarı ve lâcivert ateşleriyle yol yol boyalı, büyük bir canavar halinde, bir gece yarısından diğer bir gece yarısına kadar uzanan yirmi dört saatlik ‘gün’ tanınmazdı. Işıқта başlayıp ışıқта biten, on iki saatlik, kısa, hafif, yaşanması kolay bir günümüz vardı.”

“Yeni ‘ölçü’ bir zelzele gibi, zaman manzaralarını etrafımızda altüst ederek, eski ‘gün’ün bütün sedlerini harap etti ve geceyi gündüze katarak saadeti az, meşakkati çok, uzun, bulanık renkte yeni bir ‘gün’ meydana getirdi. Bu, Müslüman’ın eski mes’ut günü değil, sarhoşları, evsizleri, hırsızları ve katilleri çok ve yeraltında mümkün olduğu kadar fazla çalıştıracak köleleri sayısız olan büyük medeniyetlerin acı ve nihayetsiz günüydü.”

“Unutulan eski saatler içinde eksikliği en çok hasretle hatırlanan saat akşamın on ikisidir. Artık ‘on iki’, solgun yeşil sema altında, ilk yıldız karşı, müezzinin Müslümanlara hitap ettiği, sokakların lâcivert bir sisle kapandığı, ışıkların yandığı, sinilerin kurulduğu ve yarasaların mahzenden çıkıp uçtuğu o te’sirli ve titrek saat değildir. Akşam telâkkisinden koparak kâh öğlenin hararetinde ve kâh gece yarılarının karanlığında mevcut olmayan bir zamanı bildiren bu saat, şimdi hayatımızda renksiz ve şaşkın bir noktadır.”

“Şimdi Müslüman evindeki saat, başka bir âlemin vakitlerini gösterir gibi, bizim için gece olan gündüz ve gündüz olan saatleri gece renginde gösteriyor. Çölde yolunu şaşırırlar gibi biz şimdi zaman içinde kaybolmuş kimseleriz.”

Ama acımasız zaman, moderniteye de acımadı ve nihayet son dönem, yani postmodern dönem içerisindeyiz şimdi. Modernitenin lineer zamanların dinamosu olan ilerleme, gelişme mitinin yitirilişini yaşıyoruz. Her şey, her şeyle bağlantı içerisinde. Biri hemen diğerine kapı açar. Kurgusaldır her şey, sabit ve mutlak bir şey yoktur. Var olan sadece sen ne kurguladıysan odur ve sana gö-



redir. Anlamsız oluşun farklı ve modern bir ifadesidir bu. Ya da insan zihninin hem anlamsızlığa teslim oluşunun, hem de ona tahammül edebilmek için geliştirdiği en güncel yöntemin adıdır postmodernizm.

Bu dönemin habercileri olmuştu önceden de. Nietzsche belki mesleki saiklerle eski Yunandan devşirdiği sonsuz döngüsellik (ebedi tekerrür) düşüncesini insanın çaresizliğine ve yine de cesurca buna katlanmasına bir dayanak olarak ileri sürer. Bu ses, günümüz postmodern dünyasında Kundera’da bir karşılık bulur. Madem zaman döngüseldir, insanın bu döngüsellik içerisinde yapıp ettiği önemsizdir, yani insan özgürdür. Belki anlam yitirilmiştir ama özgürlük geri kazanılmıştır, varoluş hafiflemiştir.

Ama anlamın ortadan kalkması, anlamsız fakat özgür bir dünya düşüncesi, insan için kolay kabullenilir bir şey olmuyor. Artık günümüz dünyasında yitirilmiş olan dinsel anlamın eski saflığı ile dönüşü de

imkânsız gibi duruyor. Öyleyse şimdi biraz ara formlar, kaçamak yolların ortaya çıkışını görüyor gibiyiz. Haşim’in “zaman içinde kaybolmuş kimseleri”ni, bir yandan çağımızın postmodern, hafif, özgür ve anlamsız zamanını zorunlu olarak yaşayan ama çağa uygun postmodern döngüsellik ve her şeyin birbiri ile ilişkiliği fikri içerisinde başarıyla bir tür anlam ifadesini de katabilen İbni Arabi, Mevlana ve değişik tasavvuf ehlinin fikirlerine rehber olarak sarılmaya çalışırken izliyoruz.

Kaynaklar

Çocukluk ve Tarih. G. Agamben, Kanat Yayınları, Kuram Dizisi 10, İstanbul 2006

Doğa Tasarımı. R.G. Collingwood, İmge Kitabevi, Ankara 1999

Gurebâhâne-i Laklakan, Hazırlayan: Mehmet Kaplan, MEB Devlet Kitapları, 1000 Temel Eser, no: 17, İstanbul 1969.

Varolmanın Dayanılmaz Hafifliği, M. Kundera, İletişim Yayınları, İstanbul 1986

Mazhar Osman'dan seçmeler

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 eğitimini 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.

İlkemizde modern anlamda ilk ruh sağlığı hastanesini kuran Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman, özlü sözleri ile de talebelerinin ve hastalarının takdirini kazanmış bir isimdi. Onun akıllarda yer etmiş sözlerinden bazıları, bugün de ufkumuzu açan sözler olarak anılmaya devam ediyor.

Akıl hastanesi

“Beşeriyetin yükselmesi akıl ilemdir. Akıl sahibi olan, akıl hastalarına hürmet etmeyi bilmelidir. Mademki dimağ en vacib-i ihtiram bir uzuvdur. Medeniye-tin teâlîsi (gelişmesi) nisbetinde artan dimağ hastalarına o derece müstesna bir îtinâ lâzımdır. Husûsiyle insanın en büyük medâr-ı imtiyâzı olan akıldan mahrum olanlar, muhtaç-ı hürmet ve merhamettir.”

Deliler

“Ben delilerden korkmam, akıllı geçi-
nenlerden korkarım. Delileri hürmetle selâmlarım. Zîrâ onlar velînîmetimizdir.”

Freud ve psikanaliz

“Psikanaliz de böyle... Freud'un, Yung'un, Adler'in tatbik ettiği usullerle söylenilen sözleri, duraklamaları, rüyaları inceliyoruz ve en sonunda libido dediğimiz sevgi arzusunun buluyoruz ve ona yükletiyoruz. Bizce bu bulunan şeyler hastaya ait değildir. Psikanalizi yapan ne duyuyor, ne düşünüyorsa hastasında onu buluyor. Psikanaliz usulü 20-30 senedir bize neler öğretmedi, neler söyletmedi. Akla

gelmeyen şeyler fennin başına geldi. Kim derdi ki eski zaman itikatları, bugünkü fennin temelini teşkil edecek. Eskiden kim delirirse sevdadan derlerdi. Bugün de söylediğimiz ondan başka bir şey değil. Freud mektebine göre bütün akıl hastalıklarının temeli tenasülî travmadır. Psikanalizle amnezide, paranoyada şizofrenide, siklofrenide bulunan şeyler hastaya ve hekime göre değişiyor. Vele ki bunlar psikanalizle meydana çıksın. Bizce ne değeri var? Ne hastalığın âkıbetine, ne de tedâvisine tesir etmez. Dînî terbiye almış bir deliyle hiçbir şeye inanmayan bir delinin hezeyanları birbirine benzemez. Aynı hastalık olduğu halde, biri sofuluktan, evlialıktan bahsederek, öteki terbiyesizce küfürler savurur. Allah'a, Peygambere söver. Tıpkı bunun gibi. Psikanaliz içimizdekileri meydana çıkarsa bile neye yarar? Bunu meydana çıkarmakla hasta iyileşir mi? Bir ruh hekimi çok akıllı olmalı. Karşısındakinin duygu ve düşüncesiyle yaşayabilmeli. Lâkin kendi gözlüğü ile değil, tarafsız bir inceleyen gibi araştırmalı, kendi kendine telkin yapmamalı, yalancı bir muhâkeme yürütmemeli.”

İçki

“Şuurun parlaklığını en ziyâde bozan zehirlerdir. İçkiyi deste başı sayarız, çünkü halkın arasında en ziyâde tanınan içkidir, ötekiler hükümetçe yasaktır. Sarhoşlarda dış vakalar bozuk olarak duygu âletlerine gelir. Alıştığı en sâde düşünceler ve işler bile bozulur, adamakıllı yürüyemez, sağa sola bocalar, ikide bir yere kapanır, evini bulamaz, kapının deliğine bir türlü anahtar sokamaz, soyunamaz, dürüstçe

yatağına giremez, yeni intibalar alarak fikri savaşımayı beceremez, sarhoşluğu zamana ait hatıraları ya pek sathidir, ya büsbütün sönmüş...”

Bıyık ve sakal

“Erkeklerde asıl ve müspet olan sakaldır. Bıyık ve sakal erkeğin en tabîî ve güzel ziynetidir. Hâlbuki şimdiki kadınların hiçbir sakallı erkeği sevmeyiz.”

Kadın ve sigara

“20-30 sene evvel bir kadının sigara içmesi, sakız çiğnemesi kadar zerâfetsizlik, antifeş olabileceği hatıra gelmezdi. Hâlbuki bugünün hanımları paketleri koynunda, parmakları sigara isisi ile sararmış, ağızları pis pis tütün kokusu ile karışık sakız çiğnemekle zerâfet gösterdiklerini sanıyor ve birçok erkekler de bu çirkin modaya tahammül değil, âdeta teşvikkâr ve taraftar oluyor.”

Yeşilay ve içki alışkanlığı

“Hilâl-i ahdar (Yeşilay) kudsî bir cemiyettir. Beşerin saadetini teminden başka bir emel beslemez. İnsanları alkol ibtilâsından kurtarmakla daha pek çok mes'ud edeceğine kaanîdir. Beşeriyetin felâket ve idbârına en büyük âmillerden biri olmak üzere içkiyi tanıır. Emindir ki, içki insanı alçaltmış, dimağının asâletini bozmuş, vücudunu tereddide uğratmış, neslini çürütmüştür. Bedeninin her zerresine düşman olan bu zehrin beşere yegâne kıymet veren mevhibe-i fıtratın ve zekânın katili olduğunu hiç hatırdan

“Psikanaliz içimizdekileri meydana çıkarsa bile neye yarar? Bunu meydana çıkarmakla hasta iyileşir mi? Bir ruh hekimi çok akıllı olmalı. Karşısındakinin duygu ve düşüncesiyle yaşayabilmeli. Lâkin kendi gözlüğü ile değil, tarafsız bir inceleyen gibi araştırmalı, kendi kendine telkin yapmamalı, yalancı bir muhâkeme yürütmemeli.”

çıkarmaz. Bir kadeh içkinin içinde servetleri mahveden, hânümanları söndüren, akılları kaçıran bir ifrit görür.”

“Hilal-i Ahdar’ı seviniz, ona yardım ediniz. Cemiyet sizden yalnız bir şey istiyor: İçki düşmanı olunuz!”

Kötü alışkanlıklar

“Sözde keyf arttıran, hakikatte sağlıklı kemiren sinsi zehirleri, tütünü, alkolü, azdırıcı ve uyuşturucu alkaloidleri can düşmanı biliniz, vebâdan sakınır gibi onlardan korununuz.”

Sağlıklı olmak için

“Sağ yaşamak isteyenler ölçülü beslenmek, cinsel güdülerini de, dengeli aileler kurarak ayarlamak zorundadırlar. Hırs ve heyecan kamçılayan romanlardan, zararlı sinema ve tiyatrolardan, hele sapık eğilimli yakınlıklardan sakınız.”

Menfaatperestlik

“Ben menfaatperest olsa idim bu kadar mütehassıs yetiştirmez, onları evlât gibi kollarından tutarak yükseltmezdim. Ben de rakip yetişecekler diye birer tekme vururdum. İstanbul Seririyatı Mecmuam bile idealistin eseri değil midir? Çıktı çıkalkı bol para verdim. Hesabı meydandadır. Ondan sonra memleketin en kodaman hekimlerini kendime düşman ettim. Memleketimde tıbbi gazete bulunsun diye yaptığım bu deliliğin cezasını hem kesemden hem sırtımdan çekiyorum.”

“Günahkâr kalpli, habis tasavvurlu değilim, yükselişimizi kâfi görmekten başka günahım yoktur.”



Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman

Türkiye’de ilk modern ruh sağlığı hastanesini kuran ruh ve sinir hastalıkları uzmanı Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman, (d. 1884, Sofulu - ö. 31 Ağustos 1951, İstanbul), 1904 yılında Askeri Tıbbiye okulunu, yüzbaşı rütbesiyle bitirerek doktor oldu. Gülhane Askeri Hastanesi Akliye Servisinde öğretmen yardımcılığına başlayan Mazhar Osman, 1908 yılında Berlin ve Münih’e giderek nöroloji ve psikoloji dallarında uzmanlık eğitimi aldı. Tekrar Gülhane’ye dönen Osman, 1914’te Haseki’deki Akıl Hastalıkları Müşahedehanesinin başhekimini ve müdürü oldu.

Daha sonra Haydarpaşa Askeri Hastanesi akliye ve asabiye mütehassıslığına getirildi. Mazhar Osman, Bakırköy’de bulunan ve terk edilmiş bir kışla olan Reşadiye Kışlası’nın bulunduğu araziye devletten talep etti. Dönemin cumhurbaşkanı Mustafa Kemal Atatürk, başbakanı İsmet İnönü ve içişleri bakanı Refik Saydam’ın onayı ile 1924 yılında başlayan süreç, 15 Haziran 1927 tarihinde Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nin kurulmasıyla tamamlandı. Mazhar Osman, hastanede uzun süre başhekimlik görevinde bulundu. 1933’te İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Kliniği’ne Ordinaryüs Profesör olarak atandı. 1941’de başhekimlik görevini bıraktı ve emekliye ayrıldığı 1951’e kadar öğretim üyesi olarak çalışmalarını sürdürdü.

Türk Nöropsikiyatri Cemiyeti’nin yanı sıra İçki ile Mücadele Cemiyeti gibi sağlık derneklerinin kurucusu olan Osman, Sinir Hastalıkları (1935-1936, 2 cilt), Keyif Veren Zehirler (1934) gibi çeşitli mesleki eserler yazdı. Hamburg Akıl Hastalıkları Derneği, Fransız Nöroloji Derneği, New York Nöroloji Akademisi gibi yurtdışı sağlık kuruluşlarının onur üyeliklerine seçildi. Türkiye’de ilk kez seroloji, nöropatoloji, deneysel psikoloji laboratuvarları oluşturulmasında önemli rol oynadı. 1951 yılında vefat eden Osman’ın kabri Zincirlikuyu Mezarlığı’ndadır.

Vazifemiz

“Evet efendilerim. Meydana getirdiğimiz HİÇ’den pek az fazla bir şeydir. Fakat bunun başarılabilmesi için ne yılmaz mücadeleye, ne fütura tahammül etmez bir sebata muhtaçdır. Biz bu batnın evlâtları takdir ederiz. Bütün acimizle çorak bir zeminde medeniyet abideleri kurmaya kalktık. Yürü diyen yoktu. Varsa bile alâkasızca bir temenni idi. Diğer taraftan yürümemize engel bizden pek

çok kuvvetli bitmez tükenmez hainler vardı. Azmimiz birini kırıkça önüne daha müthiş çıkıyordu. Bu kadar kuvvet sarfı ile rüzgâra karşı yürüye yürüye bir iki adım ilerlememizi biz muvaffakiyet sayıyoruz. Belki eslâf, semere-i sayimize bakarak gülecek yahut çektiğimiz müşküllerden bihaber bizi tembellik ile itham edecekler. Fakat tarihin haksızlığına maruz kalan sade biz değiliz. Yine fütursuzca vazifemizi yapmaya çalışalım.”

Mevlana'nın eserlerinde sağlık ve Mesnevi'deki "Padişah ve Hasta Cariye" isimli hikâyenin değerlendirilmesi

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.

Ünlü mutasavvıf, âlim ve şair Mevlana Celaleddin Rûmî'nin (ö. 672/1273) çoğunlukla Farsça yazdığı eserlerinden en büyüğü gazel ve rubâîlerden meydana gelen "Dîvân-ı Kebîr" (Dîvân-ı Şems-i Tebrîzî) olmakla birlikte, en yaygın bilinen eseri İslâm kültürünün en önemli eserleri arasında sayılan "Mesnevi"dir. Bu eserlerinde sağlığa ilişkin pek çok husus bulunmaktadır ki bu da bize Mevlana'nın o günkü tıp bilgilerine de vakıf olduğunu düşündürmektedir. Eserlerinde sağlıkla ilgili genel ibarelerin yanında hekimlere ilişkin ibareler de bulunmaktadır:

"Nerede bir dert varsa deva oraya gider, su, neresi alçaksa oraya akar." (Mesnevi, II, 1939)

"O, tabiat hekimleri başkadır. Onlar insanın içindeki hastalığı nabzını yoklayarak anlarlar. Biz gönlü vasıtasız olarak hoşça bakarız. Anlayış bakımından da bizim görüşümüz yüksektir." (Mesnevi, III, 2701-2702.)

Bazı ünlü hekimler de bu eserlerde

anılmaktadır. Örneğin Galen için İslam dünyasında meşhur ismiyle Calinus, İbn-i Sina için ise Ebu Ali Sina şeklinde bahsedilmektedir:

"Ey bizim sevdası güzel aşkımız; şad ol; ey bütün hastalıklarımızın hekimi; Ey bizim kibir ve azametimizin ilâcı, ey bizim Eflâtun'umuz! Ey bizim Calinus'umuz!" (Mesnevi, I, 23-24)

"Büyük Calinus da böyle demiştir: Hastaya, neye alışkınsa onu ver! Aykırı olan şeylerden zahmet çeker; onun için hastalığının ilacını da alıştığı şeylerde ara!" (Mesnevi, I, 276-277)

"O nuru gören kişinin ahvalini anlatmak, hiç Ebu Ali Sina'nın harcı mıdır?" (Mesnevi, IV, 506)

Mevlana, hastalıkların çok olduğunu ve bu hastalıkların çarelerini aramanın önemini belirtmektedir:

"Haydi git, tıp kitabını oku! Kum sayısınca hastalık olduğunu görürsün." (Tahirü'l-Mevlevî, ŞM. IV, 15491.)

"Allah, bu ilaçları insanları iyileştirmek için yarattı; bu dert de boşuna değil, deva da. Hatta hastalıkların çoğunun çaresi vardır; ciddi ve gayretle ararsan ele geçer." (Mesnevi, V, 2915-2916)

Mevlana sağlığın korunması veya bozulmasının ana sebeplerinden olan beslenme hakkında da çokça şeyler söylemektedir:

"Hastalık da gıdadan olur, kuvvet de." (Mesnevi, IV, 2791)

"Perhizler ilaçların başıdır. Kaşınmak ise uyuzluğu artırır. Perhiz gerçekten de ilacın temelidir, perhiz et de canındaki gücü kuvveti gör." (Mesnevi, I, 2910-2911)

"Sen cismine yağlı ve tatlı yemekler verdikçe kendi cevherinde bir semizlik göremezsın." (Mesnevi II, 265)

"Sen çok helva yersen, vücudunda çıban çıkar. Seni sıtma tutar, tabiat ve hissiyatın bozulur." (Mesnevi II, 279)

Yine bazı hastalıklarla yeme-içme

arasındaki ilişkileri de belirtmektedir ki bunlardan iki örnek verelim:

“İnsan susuzluk hastalığına tutuldu mu, ciğere su gitmez; denizi içse bile su, başka bir yere gider. Şüphesiz karaciğeri hastalanan insanın eli, ayağı şişer, susuzluğa bir türlü kanmaz.” (Mesnevi III, 2920-2921)

“Birisi hasta olduğundan kili gıda sanarak seve seve yer. Asıl gıdasını unutmuş, kendisini hasta eden kil yemeye müptela olmuştur.” (Mesnevi II, 1080-1081)

Mevlana sağlığın korunmasında önemli payı olan uyku hakkında da şöyle demektedir:

“Zira uykuda duygularını taşımazsın, duyguların seni taşır. Yorgunluk, bıkkınlık gider, sıkıntı ve zahmetten kurtulursun.” (Mesnevi I, 3185)

Mevlana çürük dişin hastalık sebebi olduğunu ve çekilmesi gerektiğini bahçıvan ve bahçe benzetmesiyle belirtmektedir:

“Bahçıvan, fidan boy atsın ve meyve versin diye zararlı dalları budar. Ehil bahçıvan, bahçe ve meyve gelişsin, güzelleşsin diye bahçedeki otları yolar. Sevgilinin dert ve hastalıktan kurtulması için de hekim çürük dişi söker.” (Mesnevi I, 3868-3870)

Mevlana o günkü tedavide kullanılan ilaçlar hakkında da bazı bilgiler vermektedir ki bunlar o günkü tıp bilgileriyle örtüşmektedir:

“Kazara sirkengubın safrayı artırır. Bademyağı da peklik meydana getirir.” (Mesnevi I, 53)

Sirkengubın, Arapça sirkencubindir ki, bal ve sirkeden yapılan ve hararareti teskin eden bir şerbet olup, eski tabipler, safranın izalesinde, faydalı olacağı düşüncesindedirler. (Furuzanfar, ŞM.I, 58; Ankaravari, Şarh, I, 58-59; Tahirü'l-Mevlevî, ŞM.I, 95; A.Gölpınarlı, MŞ.I, 73-74)

“Biz basur hastalığına tutulmuşuz sirkeyi fazlaştırdık. Sen de balı artır ve lütfunu esirgeme.” (Mesnevi II, 1868)

“Ciğer hastalığını iyileştirmeye yol bula-bilmek için bal ile sirke gibi karışmışım. Ey hasta! Hastalıktan kurtulunca, sirkeyi bırak, bal yemeye bak.” (Mesnevi I, 3663-3664)

“İnci tanesini havanda döğeler, göz ışığı ve kalbin nuru olup, yücelikleri görür.” (Mesnevi I, 3164) “İnci küçük ve kırık bile olsa hasta göze tutya olur.” (Mesnevi VI, 342)

“Ziraat yapmakla topraklar başakla örtülür; saç ilacı sürmekle kıl biter ve örülecek saç durumuna gelir.” (Mesnevi II, 950)

O dönemin tedavi yöntemlerinden olan hacamattan da bahseder:

“Çocuk hacamatçının neşterinden titrer durur, Esirgeyen ana ise onun gamından sevinçlidir.” (Mesnevi I, 244)

“Çocuklar, hacamattan ağlarlar. Çünkü işin hikmetini bilmezler ki. Hâlbuki adam, hacamatçıya para verir.” (Mesnevi, II, 1831-1832)

Bazı hastalıkları doğadan örneklerle karşılaştırma yaparak tanımlamaktadır. Örneğin ince hastalık, ince ağrı ya da dikk gibi deyimlerle tanımlanan ve zayıflama ile kendini gösteren verem hastalığının hastayı zayıflatmasını ayın hilal haline gelmesine benzetir:

“Güzellikte yıldızlardan daha parlak olan ay da ince ağrıya tutulup hilal olur.” (Mesnevi I, 1279)

(Tâhirü'l-Mevlevî'nin tercümesi de şu şekildedir: “Ay ki güzellik ve parlaklık itibarıyla yıldızlardan fazla iken o da dikk illetinden hayal gibi olur.”)

Yine sıtmanın titremelerini de depremde yerin sarsılmasına benzetir:

“Bu sakın ve edib olan arzı da zelzele, sıtmaya uğramış gibi titretir.” (Mesnevi I, 1280)

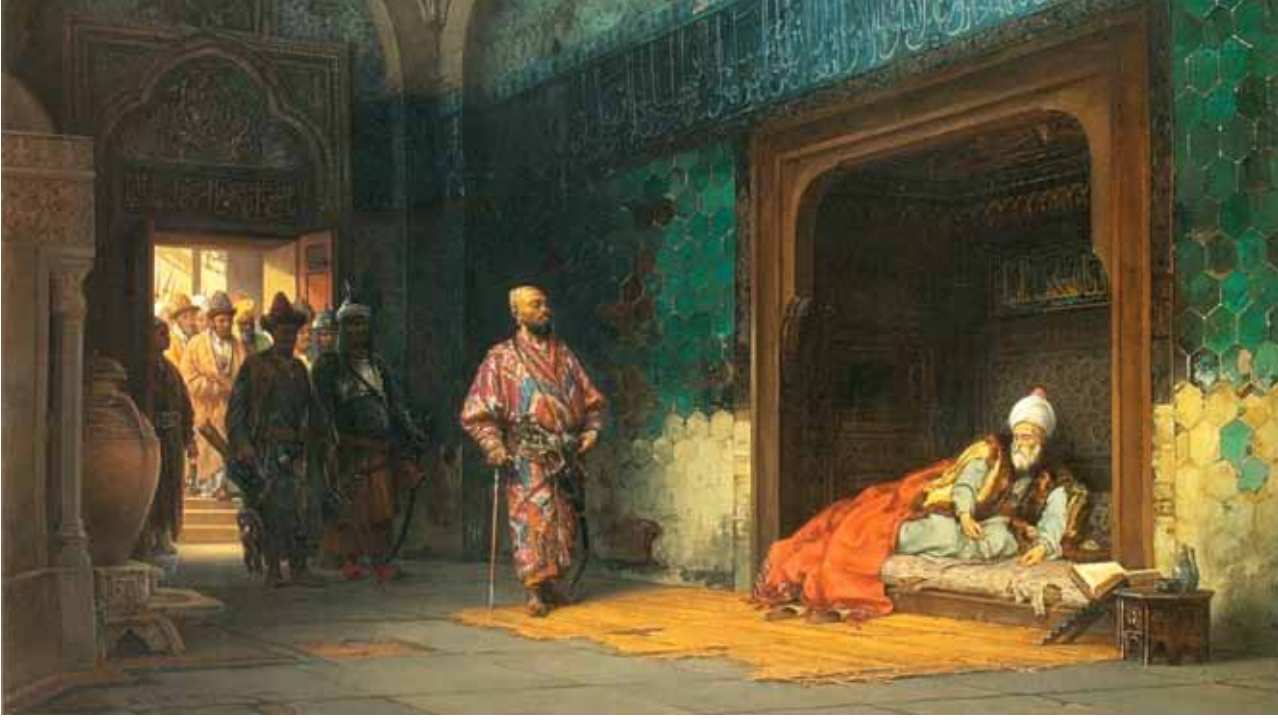
Padişah ve Hasta Cariye hikâyesi

Mesnevi'nin ilk 34 beytinden hemen sonra ilk hikâyesi olan ve “Padişahın bir halayığa âşık olup satın alması, halayığın hastalanması, onu iyi etmek için tedbiri” başlığıyla 35'den 246'ya kadar olan beyitlerde aktarılan hikâyeyi aktararak Mesnevi hikâyelerinin nasıl okunması gerektiğine vurgu yapacağız. Hikâyeyi önce Nevzat Tarhan'ın “Mesnevi Terapi” adlı kitabında “Tutku” başlığıyla verildiği şekliyle aktaralım:

“Vaktiyle bir ülkenin yönetimini üstlenmiş olan Hükümdar, yanında has adamları olduğu halde ava çıkmıştı. Seyisin seçtiği en çevik ve en güzel ata binmiş, yanına burnu her türlü kokuya duyarlı av köpeklerini almış, av mevsiminde, ormanda av kolluyordu. Bir orman köyünden geçerken güzellikte cennet kızlarını aratmayan bir cariye gördü. Görünce hemen gönlünü kızı kaptırdı. Adamlarına; “Kabul ederse derhal bedelini ödeyin, bizimle gelsin.” diye emretti.



Mesnevi’de sağlığa ilişkin pek çok husus bulunmaktadır ki bu da bize Mevlana’nın o günkü tıp bilgilerine de vakıf olduğunu düşündürmektedir. Eserlerinde sağlıkla ilgili genel ibarelerin yanında hekimlere ilişkin ibareler de bulunmaktadır. Mevlana, bazı hastalıkları doğadan örneklerle karşılaştırma yaparak tanımlamaktadır. Örneğin verem hastalığının hastayı zayıflatmasını ayın hilal haline gelmesine benzetir.



Mevlana'ya göre insandaki tüm güçler gerçekte ruhun kuvvetleridir ve hikâye ile verilmek istenen mesaj şudur: Ruhun yücelebilmesi için nefsin terbiye edilmesi gerekir. Nefsin terbiyesi de ancak bir mürşid-i kâmilin yardımıyla olabilir ki bu da tasavvuf yoluyla mümkündür.

Sordular, cariyeye, sahibinin de rızasıyla katıldı Hükümdar'ın heyetine. Av bitince saraya döndüler. Hükümdar, eş edindi ve tutkuyla bağlandı ona. İnsandı bu, hep aynı kararda durmuyordu. Kadın hastalandı, şiddetli bir ateşle yataklara düştü. Ülkede ne kadar ün yapmış doktor varsa çağrıldı. Hükümdar, "Benim sağlığım önemli değil, şimdi sizi canımın canı için çağırdım. O hasta. Her kim onun iyileşmesini sağlarsa, hazinemin kapıları ona sonuna kadar açılacaktır." dedi.

Hekimler aralarında bir heyet seçerek derhal işe koyuldular. Hastayı defalarca muayene ettiler. Doğru teşhis koyabilmek için çabaladılar. Hekimbaşı, merak içinde bekleyen Hükümdar'a: "Sultanım" dedi. "Siz kaygılanmayın, onu tedavi edeceğiz, elimizde çeşitli ilaçlar var." Tedaviye başladılar. Aradan günler geçti. Cariye bir türlü iyileşmiyor, günden güne eriyip

gidiyor, sararıp soluyordu. Hükümdar, doktorların çaresizliğini görünce, iki rekât namaz kılarak istiğfarda bulundu, ellerini açıp dua etmeye başladı. Bu haldeyken uyuyakaldı. Düşünde ak saçlı bir ihtiyar: "Müjdelersun ey Hükümdar!" diyordu. "Dileğin kabul edildi. Yarın sarayına bizden biri gelecek, onu hemen kabul et ve hastanı göster."

Hükümdar sevinçle uyandı. Sabahı pencereden gözledi. Güneşin ilk ışıklarıyla birlikte bir pir çıkageldi. Hükümdar hemen kapıları açtırdı, buyur etti adamı. Hal hatır sorup söyleştikten sonra kadının yanına götürdü. Adam, kadını muayene etti, "Hekimleriniz onu mahvetmiş!" dedi. "Şimdi herkes çıksın odadan, onunla yalnız kalmalıyım." Odayı boşalttılar. Adam, kadının nabzını tuttu, kadına kim olduğunu, memleketini, hayatını, ailesini sordu. Bütün sırlarını öğrendi. Nabzını tutarken hangi adı söylediğinde fazla atıyorsa onun üzerinde durarak daha ayrıntılı sorular sordu. Kadın, Semerkant'tan ve Altın'dan söz edilince heyecanlanıyor, nabzı fırlıyordu. Adam, Hükümdar'a giderek, "Senin cariyeye ..." dedi. "Semerkantlı bir kuyumcuya âşık. Buna gönül hastalığı denir. Sevgilisine kavuşmazsa kesin ölür, artık sen bilirsin." Hükümdar, gönül hastalığının önü alınmazsa ölümcül olduğunun farkındaydı. Derhal adamlarına emir verdi. Semerkant'taki kuyumcuyu bulup getirdiler. Onları evlendirdi.

Hikâye, Meyerovitch'in "Güneşin Şarkısı", Arasteh'in "Sufizm: Evrensel Benliğe Giden Yol" ve Schimmel'in "Ben Rüzgârım Sen Ateş" adlı eserlerinde olduğu gibi Tarhan'ın "Mesnevi Terapi"sinde mutlu sonla bitiyor.

Hikâyenin sonu

Mesnevi'nin orijinalinde Mevlana hikâyeyi aslında böyle bitirmemektedir. Hikâyenin devamı şöyledir: Kuyumcu ile cariyenin evliliği altı ay sürer. Daha sonra hekim bir şurup hazırlayarak kuyumcuya verir ve kuyumcu yavaş yavaş erimeye ve çirkinleşmeye başlar. Kuyumcu durumu anladığında iş isten geçmiştir. Bu şekilde öldürülmesinin zulüm olduğunu, bu durumun, geyiğin miski için öldürülmesine benzediğini söyler ve kısa bir süre sonra da ölür. Onun şurup etkisiyle çirkinleşip ölmesiyle cariyenin ona olan sevgisi sona erer ve böylece hastalıktan kurtulur.

Hikâyenin sorunları

Bu hikâyede üç konu sorunlu gibi görünmektedir ki o yüzden yukarıda zikrettiğimiz yazarlar hikâyeyi orijinalinden farklı bir şekilde mutlu sonla bitirmeyi tercih etmişlerdir. Nedir bu üç sorunlu husus?

1. Padişah suçsuz bir insanı katlettirmiştir.
2. Hekim etik davranmamış, mesleğini kötüye kullanmıştır.
3. Mevlana kötü bir hikâye anlatmıştır.

Bu hususların doğru olup olmadığını anlamak için Mesnevi'deki orijinaline bir göz atmamız gerekir. Mevlana hikâyeyi anlatmaya başlamadan önce bizi şu beyitlerle uyarmaktadır: "Dostlar, bu hikâyeye kulak veriniz! Bu hikâye hakikatte bizim hâlimizin ta kendisidir."

Yani hikâye aslında insanı anlatmaktadır. O yüzden hikâyeyi anlayabilmek için Mesnevi'nin şerhleri olan bazı eserlerden

istifade etmemiz gerekmektedir. Bunlar Tâhirü'l-Mevlevî'nin “*Şerh-i Mesnevi*”, Ankaravî'nin “*Mecmuatü'l-Letaif ve Metmûratü'l-Meârif*”, Bursevî'nin “*Mesnevi Şerhi Ruhu'l-Mesnevi*”, Abidin Paşa'nın “*Mesnevi-yi Şerif*”, Ahmet Avni Konuk'un “*Mesnevi-yi Şerif Şerhi*” ve Safi Arpaguş'un “*Mevlana ve İslam*” adlı eserleridir.

Hikâyenin kurgusu

Hikâye “*şahıs kadrolarının kurulup, problemin sergilenmesi*” yle başlar. Hikâyede hiçbir şahıs gereksiz yer almamıştır. Şahıslar ve temsiller aşağıdaki şekildedir:

Padişah: Ruh

Cariye: Nefis (ya da hayvani ruh)

Kuyumcu: Heves, heva

Tabipler: Sahte mürşidler

İhtiyar tabip: Mürşid-i Hakîkî (Hekim-i İlâhî)

Şu halde Mevlana'ya göre insandaki tüm güçler gerçekte ruhun kuvvetleridir ve hikâye ile verilmek istenen mesaj şudur: Ruhun yücelebilmesi için nefsin terbiye edilmesi gerekir. Nefsin terbiyesi de ancak bir mürşid-i kâmilin yardımıyla olabilir ki bu da tasavvuf yoluyla mümkündür.

Hikâyenin sonunu orijinalinden aktaralım:

“Padişah o kanı şehvet uğruna dökmedi. Suizanda bulunma, münakaşayı bırak!

Sen onun hakkında kötü ve pis iş işledi deyip fena bir zanda bulundun.

Su süzülüp durulunca, berrak bir hale gelince bu berraklıkta bulanıklık ve tortu kalır mı, süzülüş suda tortu bırakır mı?

Bu riyazatlar, bu cefa çekmeler, ocağın posayı gümüşten çıkarması içindir.

İyinin, kötünün imtihanı, altının kaynayıp tortusunun üste çıkması içindir.

Eğer işi Tanrı ilhamı olmasaydı o, yırtıcı bir köpek olurdu, padişah olmazdı.

Şehvetten de tertemizdi, hırstan da, nefis isteğinden de.

Güzel bir iş yaptı, fakat zâhiren kötü görünüyordu.

Hızır, denizde gemiyi deldiyse de onun bu delişinde yüzlerce sağlamlık var.

O kadar nur ve hünerle beraber Mûsâ'nın vehmi, ondan mahçuptu; Artık sen kanatsız uçmaya kalkışma!

O, kırmızı güldür, sen ona kan deme. O, akıl sarhoşudur, sen ona deli adı takma!

Onun muradı Müslüman kanı dökmek

olsaydı kâfirim, onun adını ağzıma alırsam!

Arş kötü kişinin öğülmesinden titrer; suçlardan ve şüpheli şeylerden korunan kişi de kötü methedilince, metheden kişi hakkında fena bir zanna düşer.

O padişahı, hem de çok uyanık bir padişah. Has bir zattı, hem de Tanrı hası.

Bir kişiyi böyle bir padişah öldürse onu, iyi bir bahta erştirir, en iyi bir makama çeker, yüceltir.

Eğer onu kahretmede yine onun için bir fayda görmeseydi; O mutlak lûtuft, nasıl olur da kahretmeyi isterdi?

Çocuk hacamatçının neşterinden titrer durur, Esirgeyen ana ise onun gamından sevinçlidir.

Yarı can alır, yüz can bağışlar. Senin vehmine gelmeyen o şey yok mu? Onu verir.

Sen kendince aklından bir kıyas yapmaktasın Ama çok, pek çok uzaklara düşmüssün; İyice bak! (Mesnevi, I, 230-246)

Mevlana Padişahın o kanı şehvet uğruna dökmediğini söyleyerek bu hususta suizanda bulunmamamız ve münakaşayı bırakmamız gerektiğini belirtmektedir. Aslında yaptığı işin güzel olduğunu fakat zâhiren kötü görüldüğünü belirtip Kuran'da anlatılan Hızır (AS) ile Musa (AS) buluşmasındaki Hızır (AS)'ın gemiyi delmesindeki gibi bir hikmet aramamızı tavsiye etmektedir.

“Onun muradı Müslüman kanı dökmek olsaydı kâfirim onun adını ağzıma alırsam!” diye yemin edecek kadar durumdan emin olduğunu belirtmekte ve “kötü kişinin öğülmesinden Arş'ın titrediğini” ifade ederek aslında maksadının doğru anlaşılması için gayret sarf etmektedir.

Neden mutlu son?

Acaba bazı yazarlar neden hikâyeyi değiştirerek mutlu sonla bitirmişlerdir? Bu yazarların aslında okuyucuların tepkisel davranarak mesajı almalarına engel olunmaması gibi iyi niyetli bir gerekçeye sığındıkları düşünülebilir. Hâlbuki Mevlana bu hikâye aracılığı ile esas mesajını vermeyi amaçlamıştır. Safi Arpaguş'a göre “*Mutlu son Mevlana'nın hikâyede asıl anlatmak istediği gerçeği ve vermek istediği mesajı perdelemek, tasavvufu sıradan bir psikoterapi yöntemine indirgemektedir. Böylece tasavvufta nefsin sert yollarla da olsa terbiye edilmesi yönündeki gereklilik, bir psikoterapi türüyle yer değiştirmiş olmaktadır.*”

Sonuç

Bu hikâye örneğinde görüldüğü gibi Mevlana'nın asıl amacının hikâye anlatmak olmadığını, anlatılan hikâyenin özüne bakılması gerektiğini anlamamız ve Mevlana'nın hikâyelerini bu gözle okumamız gerekmektedir. Tâhirü'l-Mevlevî bu hususu şöyle izah etmektedir: “*Mesnevi'de lâfızdan ziyâde, mânâya ehemmiyet verilmiş; bir şiir kitabı yazmak değil, okuyanlara hakîkatî anlatmak gayesi hedef ittihâz edilmiştir. Bundan dolayı avam tabakası, içindeki hikâyeleri dinler ve hoşlanır. Havasdan olanlar, ifâde eylediği hakîkatten hisse ve feyz alır. Onun için, câhiller müstesnâ olmak üzere, her sınıf arasında okunur ve dinlenir.*”

Mevlana'nın vermek istediği mesajları doğru almak amacıyla, Mesnevi'sini orijinaline sadık kalarak şerh eden eserlerden okumak gerekir. Bu hususta en iyi kaynağın (tamamlanamamış olsa da) Tâhirü'l-Mevlevî'nin 14 ciltlik “*Şerh-i Mesnevi*”si olduğu kanaatindeyim.

Kaynaklar

A. Reza Arasteh-Enis A. Sheikh, “*Sufizm: Evrensel Benliğe Giden Yol*”, trc. Seval Yılmaz, Sufi Psikolojisi içinde, ed. Kemal Sayar, İstanbul 2000.

Âbidin Paşa, “*Terceme ve Şerh-i Mesnevi-yi Şerîf*”, İstanbul, 1324.

Ahmed Avni Konuk, “*Mesnevi-i Şerîf Şerhi*”, haz. Selçuk Eraydın-Mustafa Tahrallı vdğr., İstanbul, 2004.

Annemarie Schimmel, “*Ben Rüzgârım Sen Ateş Mevlana Celâleddîn Rûmî Büyük Mutasavvıfın Hayatı ve Eseri*”, trc. Senail Özkan, İstanbul 2003.

Eva de Vitray Meyerovitch, “*Güneşin Şarkısı*”, trc. Cemal Aydın, İstanbul 2001.

İsmâil Hakkı Bursevî, “*Mesnevi Şerhi Ruhu'l-Mesnevi*”, haz. İsmail Güleç, İstanbul, 2004.

İsmâil Rusûhî Ankaravî, “*Mecmûatü'l-Letaif ve Metmûratü'l-Meârif*”, İstanbul, 1289.

Mevlânâ, “*Mesnevi*” (6 Cilt), Çev. Veled İzbudak, Gözden Geçiren: Abdülbaki Gölpınarlı, Konya Büyükşehir Belediyesi Kültür Yayınları No:78, Konya, 2006.

Mevlânâ Celâleddîn Rûmî, “*Mesnevi*” (2 Cilt), Hazırlayan: Adnan Karaismailoğlu, Akçağ Yayınları, İstanbul, 2004.

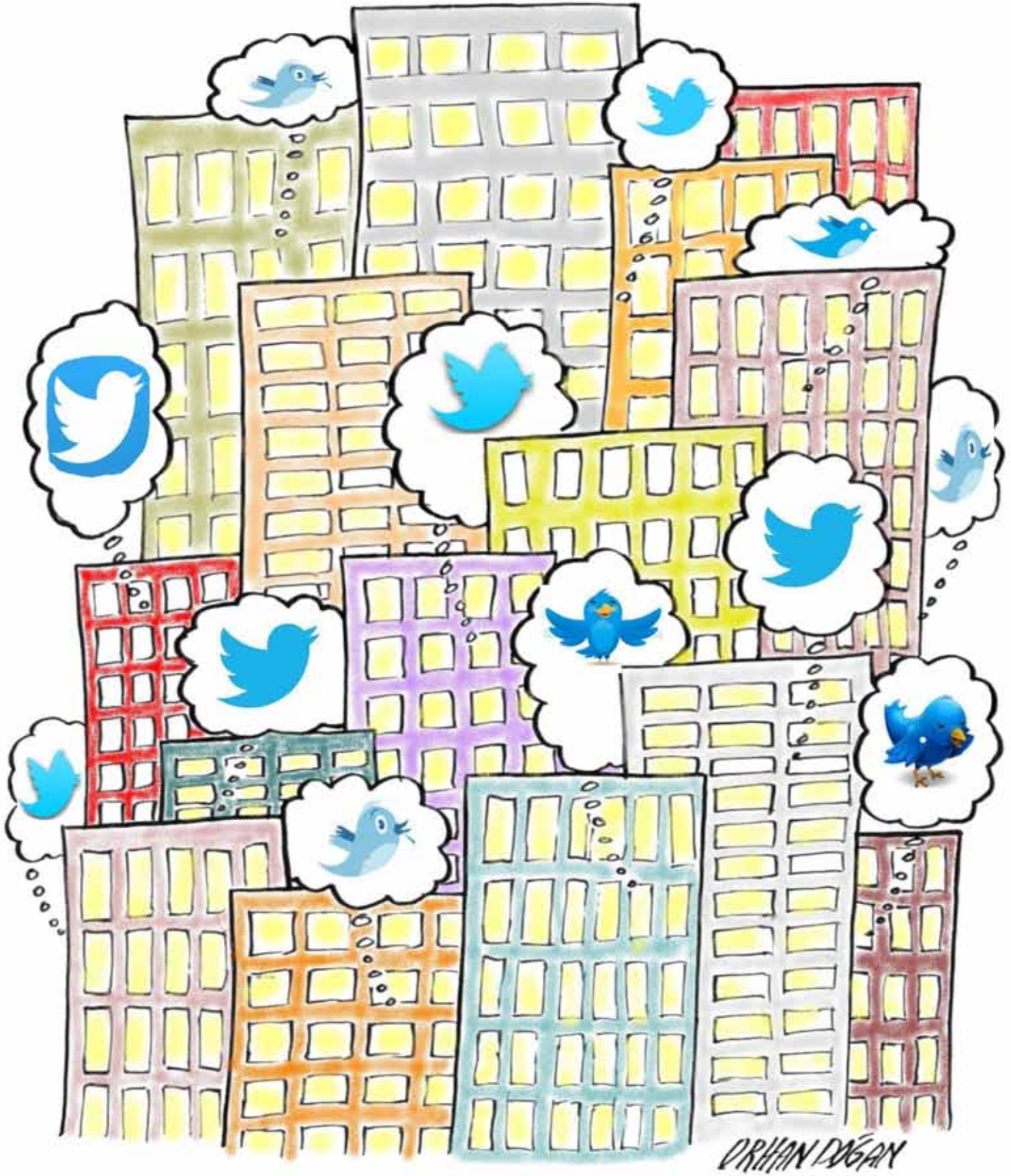
Nevzat Tarhan, “*Mesnevi Terapi*”, Timaş Yayınları, İstanbul, 2012.

Reşat Öngören, “*Mevlânâ Celaleddin-i Rûmî*” maddesi, DİA, C:29, s:441-448.

Safi Arpaguş, “*Mevlana ve İslâm*”, Vefa Yayınları, İstanbul, 2007.

Tâhirü'l-Mevlevî, “*Şerh-i Mesnevi*” (14 Cilt), İkinci Baskı, Şamil Yayınları, İstanbul.

Zafer Erginli, “*Hayatı Sembollere Yükleme, Bir Mesnevi Hikâyesinin Anlaşılma Biçimleri Üzerine*”, Mîl ve Nihal, İnanc, Kültür ve Mitoloji Araştırmaları Dergisi, Ocak-Nisan 2009, 6 (1), 221-243.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan