

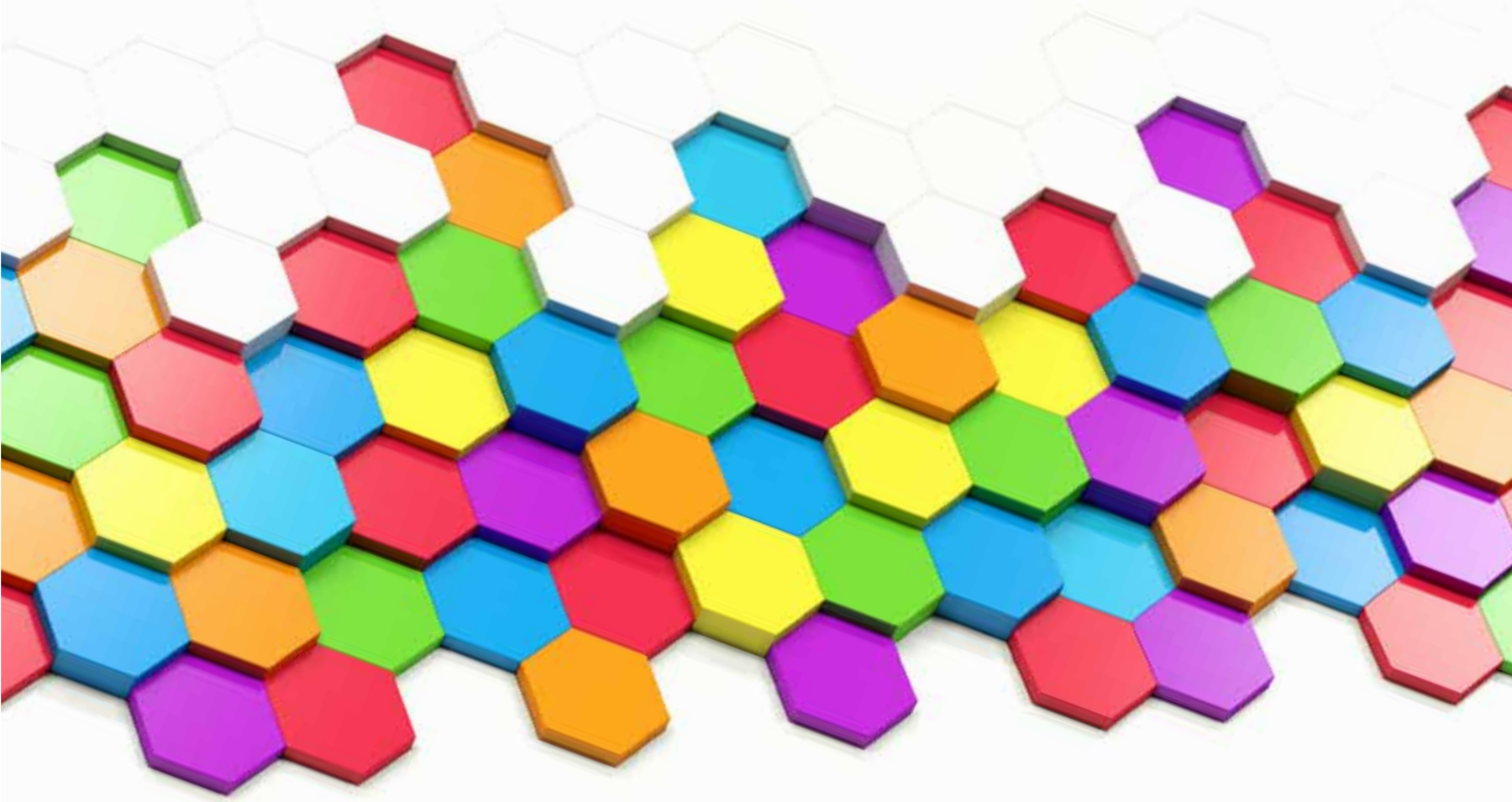
SD

EYLÜL
EKİM
KASIM
2014
12 TL
(KDV DAHİL)

SONBAHAR

32

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



PROF. DR. AHMET GÜL ÜLKEMİZDE SAĞLIK BİLİMLERİNDE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR VE BEKLENTİLER | **PROF. DR. MUSTAFA BAKIR** TÜRKİYE'DE SON 10 YILDA BİLİMSEL ALANDA GELİŞMELERE GENEL BAKIŞ | **PROF. DR. MEHVEŞ TARIM** SAĞLIK POLİTİKALARI VE AR-GE | **PROF. DR. M. İ. SAFA KAPICIOĞLU** TIP VE SAĞLIK EĞİTİMİNDE YENİ BİR MODEL: TÜRKİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ | **PROF. DR. MUHAMMET GÜVEN** TÜRKİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ | **DOÇ. DR. MURAT GÜLTEKİN** TÜRKİYE SAĞLIK ENSTİTÜLERİ BAŞKANLIĞI BÜNYESİNDE ULUSAL KANSER ENSTİTÜSÜ VE DÜNYA ÖRNEKLERİ KIYASLAMASI | **PROF. DR. MUZAFFER ŞEKER** AKADEMİSYENLERİN ÖZLÜK HAKLARI VE TIP FAKÜLTELERİNE YANSIMALARI | **ZEKAİ ŞEN**: BİR ÜLKEDEN BİLİM AKADEMİSYENLERİN TEKELİNDEYSE O ÜLKE GELİŞMEZ! | **PROF. DR. HASAN YAZICI** "SAĞLIKTA DÖNÜŞÜMÜN TALİHSİZ BİR SAVUNMASI" BAŞLIKLIL YAZIMA GELEN ELEŞTİRİLERE CEVAP | **OSMAN KARA** TÜRK İLAÇ SEKTÖRÜ GLOBAL GÜÇ OLMASINI SAĞLAYACAK POTANSİYELE SAHİP | **DR. S. KENAN ŞAHİN** OBEZLEŞEN KENTLER | **PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN** "YAŞLANAN TÜRKİYE"YE SAĞLIK POLİTİKASI ÜRETMEK | **YRD. DOÇ. DR. FİLİZ OKUMUŞ** TRAVAY DÖNEMİNDEKİ EBELİK MESLEĞİNİN KEYİFLİ DOĞUMU | **PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK** GÖÇ VE ENFEKSİYONLAR | **PROF. DR. OSMAN E. HAYRAN** HEKİMİN TAKDİR YETKİSİ: NEREYE KADAR? | **PROF. DR. H. ERDAL AKALIN** HASTA GÜVENLİĞİ: DEĞİŞEN PARADİGMA | **PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ** HASTA GÜVENLİĞİ VE KOMPLİKASYONLAR | **PROF. DR. NESRİN EMEKLİ** İSTANBUL'DAKİ VAKIF ÜNİVERSİTELERİNDE LİSANSÜSTÜ SAĞLIK EĞİTİMİ | **YRD. DOÇ. DR. NİHAN YÖNET TANYERİ** BİYOMEDİKAL MÜHENDİSLİĞİ TÜRKİYE'DE NEREYE GİDİYOR? | **UĞUR ŞİMŞEK** SAĞLIK HUKUKUNDA AYDINLATILMIŞ RIZA | **YRD. DOÇ. DR. SİBEL DOĞAN** HASTA VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI GÖZÜNDEN SON GÜNLER İÇİN SON SÖZLER, SON GÖREVLER | **LOKMAN AYVA** GÜNAHSIZ SUÇLU, GÜNAHKÂR KÖTÜLER | **DOÇ. DR. HANEFİ ÖZBEK** AREL-EZGİ SES SİSTEMİ ÜZERİNE BİR ELEŞTİRİ | **PROF. DR. AKİF TAN** PANDORA'NIN KUTUSU NE ZAMAN AÇILDI? | **DR. ORHAN DOĞAN** KARİKATÜR



EYLÜL-EKİM-KASIM 2014
SONBAHAR, SAYI 32
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 Öztürk
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

Sağlık alanında bilim üretimi

Ülkemizin beklenen kalkınma hamlesini gerçekleştirmesi, gelişen ekonomisiyle uzun yıllardır terennüm edilen “muasır medeniyetler seviyesine ulaşılabilmesi” ve 2023 ve 2071 hedeflerine ulaşılabilmesi “bilimsel üretim” ile doğrudan ilişkilidir. Bilimsel üretim ise, öncelikle bilim alanındaki uzman ve araştırmacıların nicelik ve niteliğine bağlıdır. İlgili çalışmalarını gerçekleştirecek ve başarılı araştırmalara imza atacak olan yetkin insan gücü yanında, fiziki ve teknolojik alt yapı imkânları da bir o kadar önemlidir.

Bilimsel üretimi yansıtan değişik ölçütler kullanılmaktadır. Uzman hakemlerin süzgecinden geçmiş bilimsel yayınların sayısı, yayın başına atıf sayısı (etki değeri), patent sayısı, faydalı model sayısı, girişimcilik ve yenilikçilik kapasitesi, ulusal ve uluslararası projelerden yararlanma bu ölçütlerin başlıcalarıdır.

Ülke olarak artık niceliği değil, niteliği öncelemenin ve bütün alanlarda yüksek kaliteyi konuşmanın zamanının geçmekte olduğu bilincine sahip olmak zorundayız. Bu düşünceyle temel bilimlere gereken ilgiyi kaybetmeksizin başta sağlık olmak üzere tüm uygulamalı bilimlerin gelişimine kültür vasatı oluşturmali ve araştırmacıları teşvik edecek araçlar bulmalıyız. Ülke, bölge ve dünya sorunlarının çözümüne katkı sunan, katma değer üretmeye vesile olan, yaygın etki değeri olan, etik değerlere ve çevreye saygılı araştırmalar için seferberlik başlatılmalı; üniversite ve sanayi işbirliği çok

daha ileri boyutlara taşınmalıdır. Ülke olarak “orta gelir tuzağı”ndan kurtulmanın tek yolu bu görünüyor.

Bu itibarla, araştırmanın ana kaynağını teşkil eden yükseköğretim tekrar ele alınmalı, çok acil bir durum arz eden yükseköğretim reformu hayata geçirilmelidir. Mevcut birikimin üzerine ortak akılla yeni bir vizyon inşa edecek potansiyelimiz mevcuttur. Alanında en başarılı ve iddialı kişileri üniversiteye kazandıracak düzenlemeler öncelikle hayata geçirilmelidir. Bilim adamlığına hazırlığın başlangıç adımlarının atıldığı ilköğretim ve orta öğretim bu anlayışla tekrar ele alınmalıdır.

Sağlığın hem bir hizmet alanı, hem de doğrudan insanı ve insan hayatını konu edinen bir bilim olduğu gerçeğinden hareketle, eğitim basamaklarının her birinde ve bilimsel gelişmelerde ana temaların arasında olması göz ardı edilemez. Ürettiği insan sağlığına ilişkin artı değerini yanı sıra, istihdam, üretim ve ekonomi bakımından hızla gelişen ve büyüyen sağlık sektörünün bilimsel gelişmelerin dışında kalması kabul edilemez. Hatta bir bakıma öncüsü olma durumundadır. Bu sorumluluk duygusuyla ülkemizde tıp ve sağlık bilimlerinde bilimsel üretim konusunu değişik makaleler ve röportajlarla ele alarak, eserleriyle ve fikirleriyle yıllardır ülkemiz için önemli bilimsel katkılarda bulunmuş çok değerli bilim adamlarının görüşlerini okuyucumuzla paylaşmak

istiyoruz. Birbirinden değerli makaleler yanında, Prof Dr Zekai Şen Hocanın çok düşündürücü, gelecekte gündem oluşturacak görüşlerini içeren röportajının ilgiyle okunacağını düşünüyoruz.

SD, konumuzla yakından ilgili olan ve geleceğe ilişkin birçok soruyu ve farklı düzeyde beklentiyi gündeme getiren Türkiye Sağlık Bilimleri Üniversitesi ve Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığına kapı aralamayı bir görev bilmiştir. Kuruluş yasa tasarısı TBMM’ye gönderilen bu kurumlarla ilgili farklı görüşler sayfalarımızda yer almaktadır. Daha önce ülkemizden Lancet Dergisi’nde yayımlanmış Türkiye sağlık sistemine ilişkin makale ile ilgili düzeyli ve öğretici eleştiri ve tartışma yazıları bu sayıda da devam ediyor.

Hasta güvenliği konusunu ve yaşanan “paradigma” değişikliklerini paylaşmaya devam ediyoruz. Tıp ve sağlık bilimleri eğitimi, sağlık turizmi, şehir sağlığı, göç ve enfeksiyonlar, engellilerin sorunları, tıp tarihi konularında yine zengin bir içerik sizi bekliyor.

Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi’nin bugüne kadar ele aldığı ve çoğu halen güncelliğini koruyan içeriğine www.sdplatform.com adresinden ulaşabileceğinizi hatırlatır, fikirlerinizi paylaşmanızdan büyük mutluluk duyacağımızı belirtmek isteriz.



İçindekiler

6

ÜLKEMİZDE SAĞLIK BİLİMLERİNDE BİLİMSEL
ARAŞTIRMALAR VE BEKLENTİLER
PROF. DR. AHMET GÜL

10

TÜRKİYE'DE SON 10 YILDA BİLİMSEL ALANDA
GELİŞMELERE GENEL BAKIŞ
PROF. DR. MUSTAFA BAKIR

12

SAĞLIK POLİTİKALARI VE AR-GE
PROF. DR. MEHVEŞ TARIM



16

TIP VE SAĞLIK EĞİTİMİNDE YENİ BİR MODEL:
TÜRKİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
PROF. DR. M. İ. SAFA KAPICIOĞLU

18

TÜRKİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
PROF. DR. MUHAMMET GÜVEN

22

TÜRKİYE SAĞLIK ENSTİTÜLERİ BAŞKANLIĞI
BÜNYESİNDE ULUSAL KANSER ENSTİTÜSÜ VE
DÜNYA ÖRNEKLERİ KİYASLAMASI
DOÇ. DR. MURAT GÜLTEKİN



26

AKADEMİSYENLERİN ÖZLÜK HAKLARI VE
TIP FAKÜLTELERİNE YANSIMALARI
PROF. DR. MUZAFFER ŞEKER

30

ZEKÂİ ŞEN:
BİR ÜLKEDE BİLİM AKADEMİSYENLERİN
TEKELİNDEYSE O ÜLKE GELİŞMEZ!

36

"SAĞLIKTA DÖNÜŞÜMÜN TALİHSİZ BİR SAVUNMASI"
BAŞLIKLİ YAZIMA GELEN ELEŞTİRİLERE CEVAP
PROF. DR. HASAN YAZICI



38

TÜRK İLAÇ SEKTÖRÜ GLOBAL GÜÇ OLMASINI
SAĞLAYACAK POTANSİYELE SAHİP
OSMAN KARA

42

OBEZLEŞEN KENTLER
DR. S. KENAN ŞAHİN

48

"YAŞLANAN TÜRKİYE"YE SAĞLIK
POLİTİKASI ÜRETMEK
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN



54

TRAVAY DÖNEMİNDEKİ EBELİK MESLEĞİNİN
KEYİFLİ DOĞUMU
YRD. DOÇ. DR. FİLİZ OKUMUŞ

58

GÖÇ VE ENFEKSİYONLAR
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

60

HEKİMİN TAKDİR YETKİSİ: NEREYE KADAR?
PROF. DR. OSMAN E. HAYRAN

64

HASTA GÜVENLİĞİ: DEĞİŞEN PARADİGMA
PROF. DR. H. ERDAL AKALIN

68

HASTA GÜVENLİĞİ VE KOMPLİKASYONLAR
PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ

74

İSTANBUL'DAKİ VAKIF ÜNİVERSİTELERİNDE
LİSANSÜSTÜ SAĞLIK EĞİTİMİ
PROF. DR. NESRİN EMEKLİ

80

BIYOMEDİKAL MÜHENDİSLİĞİ TÜRKİYE'DE
NEREYE GİDİYOR?
YRD. DOÇ. DR. NİHAN YÖNET TANYERİ

82

SAĞLIK HUKUKUNDA AYDINLATILMIŞ RIZA
UĞUR ŞİMŞEK



90

HASTA VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI GÖZÜNDEN SON
GÜNLER İÇİN SON SÖZLER, SON GÖREVLER
YRD. DOÇ. DR. SİBEL DOĞAN

94

GÜNAHSIZ SUÇLU, GÜNAHKÂR KÖTÜLER
LOKMAN AYVA

96

AREL-EZGİ SES SİSTEMİ ÜZERİNE BİR ELEŞTİRİ
DOÇ. DR. HANEFİ ÖZBEK

102

PANDORA'NIN KUTUSU NE ZAMAN AÇILDI?
PROF. DR. AKİF TAN



104

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

Ülkemizde sağlık bilimlerinde bilimsel araştırmalar ve beklentiler

Prof. Dr. Ahmet Gül



1964 yılında Kocaeli’nde doğdu. İlk ve ortaöğrenimini bu kentte tamamladı. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi’nden mezun oldu (1987). İÜ’de İç Hastalıkları ve Romatoloji Uzmanlığının ardından 1997’de doçent, 2003’te profesör oldu. 2005 yılında seçildiği Türkiye Bilimler Akademisi Asosiye Üyeliğinden 2011 yılında istifa ederek ayrıldı. Bilim Akademisi Derneği üyesi olan Dr. Gül’ün araştırma alanları Behçet hastalığı, Ailevi Akdeniz ateşi hastalığı, kompleks genetik hastalıklar ve romatizmal hastalıklardır. Evli ve 1 çocuk babası olan Dr. Gül, halen İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalında görev yapmaktadır.

Sağlık Bilimleri alanında yürütülen temel bilim ve klinik araştırmaları, uygulama alanı ve yaygın etkileri açısından her zaman ayrıcalıklı bir yere sahip olmuştur. Ülkemizde de belli başlı tıp fakültelerimizin akademisyen ve alt yapı yönünden güçlü yapıları, bu alandaki bilimsel üretkenliğin diğer disiplinlere göre daha ön sıralarda yer almasını sağlamıştır. Bununla beraber, biyomedikal alandaki görece fazla üretkenliğimiz daha çok klinik bilimlerde makale yayınlanması ile sınırlı kalmış ve yapılı araştırmaların önemli kısmı da etki gücü düşük dergilerde yayınlanmıştır. Belirli bir temel bilim ya da klinik konuya odaklanmış, üzerinde çalışılan sağlık sorununun çözümüne yönelik kapsamlı ve birbirini tamamlayıcı araştırmalar yapan, alanında dünyanın önde gelen merkezleri arasında sayılan laboratuvarlarımız ya da klinik ve araştırmacılarımız bir elin parmakları ile sayılacak düzeyde kalmıştır. Biyomedikal alanda yürütülen tüm çalışmaların sonucunda ekonomik değeri yüksek ve patentlenebilir buluş ya da mevcut yöntemlerde iyileştirmelerin sayısı ise, mühendislik bilimlerine oranla oldukça düşük düzeydedir.

Temel bilim alanındaki hızlı ilerlemeler, elde edilen yeni verilerin insan sağlığının korunmasına ya da hastalıkların tanı ve tedavisinde yeni yöntemlerin geliştiril-

mesine dönüşüm sürecini hızlandıracak, yaşam güvenliğini riske etmeden en kısa zamanda uygulamaya çevrilmesini sağlayacak düzenlemelere olan ihtiyacı ortaya çıkarmıştır. Bunun sonucunda, sağlık bilimlerinde yakın ve uzak vadeli bilim politikaları ve yatırım alanları belirlenirken, gerçek karşılanmamış ihtiyaçların ve çevrimsel bilim potansiyeli yüksek konuların belirlenmesi, bu sorunların çözümüne yönelik kapsamlı ve çok merkezli araştırmaların planlanması, desteklenmesi ve yürütülmesi kadar, verilerin en kısa zamanda insan sağlığını ve yaşam kalitesini artıracak uygulamalara dönüşmesini ve bu amaçla üniversitelerin, sanayinin ve devletin işbirliği yapmalarını sağlamak öncelikli hale gelmiştir.^(1,2)

Tüm dünyada bilim politikalarında değişikliklerin yaşandığı ve Çin, Singapur, Tayvan ve Güney Kore gibi ülkelerin aldıkları stratejik kararlarla büyük avantajlar sağladığı bir dönemde ülkemizin sağlık bilimi araştırmalarındaki potansiyelinin gözden geçirilmesi ve bilim üretimindeki sorunların belirlenmesi, gerçekçi çözüm önerileri geliştirmek için büyük önem taşımaktadır.^(3,4) Kısa bir değerlendirme için, biyomedikal araştırmalar alanındaki sorunlarımızın akademik yapılanma, araştırmacı gücü, araştırma alt yapısı, destekler ve mevzuat yönünden incelenmesi mümkündür.

Yapılanma

Ülkemizde sağlık bilimlerin araştırmaların tamamına yakını devlet ve vakıf üniversiteleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde yapılmaktadır ve özel sektörün ya da vakıf ve derneklere ait araştırma kurumlarının katkısı oldukça azdır. Üniversitelerde yürütülen biyoteknoloji araştırmalarında tıp fakülteleri en büyük gücü oluşturmaktadır. Eczacılık, diş hekimliği ve fen fakültesi gibi diğer fakültelerin de, sağlık bilimleri enstitülerinin ya da diğer araştırma kurumlarının da araştırmalarda önemli payı bulunmaktadır.

Sağlıkta yeniden dönüşüm kapsamında son 10 yılda yapılan değişiklikler sonucunda, özellikle tıp fakültelerinin yapılanması etkilenmiş ve bunun yürütülen bilimsel araştırmalara olumsuz etkileri görülmeye başlamıştır. Büyük maddi sıkıntılara giren tıp fakülteleri, hastane işletmelerinin baskıları sonucu, varlıklarını sürdürürebilmek amacıyla daha fazla kamu hizmeti üretmek zorunda kalmış, üretilen hizmetler arasında karlılığın gözetilmesine bağlı olarak da, nitelikli ve yüksek maliyetli hizmetlerin oranı azaltılmıştır. Düşen gelirler bilimsel araştırma projelerine ayrılan kaynak ve zamanın azalmasına da neden olmuştur. Üniversite hastaneleri uzun yıllar nitelikli bakım gerektiren, karmaşık ya da nadir



Sağlık bilimleri alanında bilimsel üretimimizin diğer disiplinlere göre özellikle yayımlanan makale sayısı açısından daha iyi durumda olduğu düşünülebilir. Bununla beraber sorunlar, bu üretimin özellikle nitelik, yaygın etki ve sağlayabileceği katma değer yönünden arzu edilenden oldukça uzak seviyede olduğunu ortaya koymaktadır.

hastalıkların takip ve tedavi sorumluluğunu üstlenen, bu alanlarda tecrübe birikimi olan ekiplerin bir arada bulunabildiği referans merkezi olarak hizmet görmüşken, değişen şartlar nedeniyle bu özelliklerini kaybetme riski belirmiştir. Gelişmiş ülkelerde akademik merkezlerin bu özelliğini korumaya yönelik tedbirler alınırken,⁽⁵⁾ ülkemizde sağlıkta yeniden yapılanma döneminde akademik merkezlerin bu özelliği maalesef göz ardı edilmiş ya da bu hizmetleri vermek için gerekli olan birikimin kısa zamanda, istenen tüm merkezlerde elde edilebileceği varsayımı ile hareket edilmiştir.

Üniversite hastanelerinin yeniden ve amacına uygun yapılanmasını sağlayacak tedbirler alınmazsa, üst düzeyde inceleme, takip ve tedavi gerektiren karmaşık ya da nadir hastalıklarla ilgili olarak, üst düzeyde tecrübe sahibi kurum ve akademisyenlerin devamlılığını sağlamak mümkün olmayacaktır.

Üniversitelerimizin mevzuat yönünden yapılanması da uluslararası düzeyde rekabet edebilecek şekilde bir araştırma merkezi kurmaya, arzu edilen nitelikli araştırmacı ve yardımcı personeli çalıştırabilmeye ve kaynakların kolayca ve akılcı kullanımına izin vermemektedir. Maalesef tüm akademik yapılarımız kanunla belirlenmiş, isim olarak bile esnetilemez kurallarla sınırlıdır. Tıp fakültelerinde hastaneler dışında, sadece araştırmaya yönelik merkezlerin oluşturulması, bir araştırmacının sorumluluğunda yürüyen belirli konulara adanmış laboratuvarların kurulması ve yeterli araştırmacı, altyapı ve destekle devamlılığının sağlanması ancak birkaç üniversitemizde mümkün olabilmektedir. Eğitim ve araştırma hastaneleri ise büyük oranda uzmanlık

öğrencisi yetiştirme görevini üstlenmiş olduğundan bu kurumlar uzmanlık tezleri dışında kalan bilimsel araştırmalar için zaman ve kaynak bulmakta sıkıntılar yaşamaktadır.

Temel bilim araştırmalarına ağırlık veren ulusal enstitülerin kuruluş gerekçeleri ve yapılanmaları göz önüne alındığında,⁽³⁾ ülkemizdeki sorunların çözümünün, mevcutlardan çok da farklı olmayan bir sağlık bilimleri enstitüsü kurmak ya da eğitim ve araştırma hastanelerini üniversiteye dönüştürmekte olmayacağını görmek zor değildir. Genel olarak üniversitemizin bilimsel araştırma yapılanmasını düzenleyecek mevzuat değişikliklerine ihtiyaç bulunmaktadır. Uzun vadeli projeler geliştirmeye izin veren gerçekçi destekler, bu desteklerle merkezlerin diledikleri tam zamanlı araştırmacı ve yardımcı personeli çalışmalarını kolaylaştıracak mevzuat, laboratuvar alt yapısının güncellenmesi ve sarf malzemelerinin temininde vergi muafiyetleri ve teşviklerle rekabet şartlarının iyileştirilmesi arzu edilen hedeflere varmak için iyi bir başlangıç olabilir. Fakat yurt dışında yaşayan araştırmacılar için de bir cazibe merkezi olacak araştırma kurumlarının kazanılması hedeflendiğinde, yatırımların büyüklüğü kadar verilecek teşviklerin çeşitliliği ve oluşturulacak bilimsel ortamın nitelikleri daha da ön plana çıkacaktır.⁽⁴⁾ Bunlar sağlanmadıkça, ses getirecek ve uygulamaya dönüşme potansiyeli yüksek bilimsel araştırmaların artmasını beklemek pek de gerçekçi değildir.

Eğitim ve araştırma hastanelerinin durumu ise ayrı değerlendirilmelidir. Bu kurumlardaki klinik birikim ve hasta potansiyelinin üniversitelerle işbirliği yoluyla bilimsel üretime dâhil edilmesi, bu sayede klinik araştırmaların sayısının artmasının sağlanması öncelikli hedef olabilir.

Araştırmacı gücü

Ülkemizde bilimsel araştırmalar konusundaki en büyük itici gücün akademik yükseltmelerdeki yayın zorunluluğu olduğu inkâr edilmez bir gerçektir. Oysa bilimsel araştırmalarda genç araştırmacıların sayı ve niteliği asıl belirleyici unsurdur. Sağlık bilimleri bu konuda diğer disiplinlere oranla oldukça kötü durumdadır. Tıp fakültesi mezunları lisans ve uzmanlık eğitimi sonrasında mecburi hizmet yükümlülükleri nedeniyle oldukça ileri yaşta aktif olarak araştırmaya başlayabilmektedir. Genç araştırmacılara yönelik destek programları başvurularında, sağlık bilimleri alanında tıp fakültesi mezunlarının giderek azalan sayı ve daha ileri yaşlarda olmaları dikkat çekicidir. Birkaç üniversitede başlatılan MD/PhD programları ise yeterli düzeyde değildir ve bu programlar için

de mecburi hizmet ve uzmanlık eğitime giriş sorunları henüz çözülememiştir.

Akademik kadroda olanlar için de, özellikle klinik bilimlerde görev tanımlarının belirsizliği sıkıntılara neden olmaktadır. Üniversitelerimiz tarafından ilan edilen kadrolarda akademisyenlerin vakitlerinin ne kadarını araştırmaya ayırması gerektiği konusunda bir açıklama bulunmamaktadır. Bunun sonucunda, akademik kurumlar üzerlerindeki maddi baskılar ya da artan öğrenci sayısına bağlı olarak, öğretim üyelerinden vakitlerinin büyük kısmını maddi geliri artıracak sağlık hizmeti üretimine ya da eğitim faaliyetlerine ayırmalarını isteyebilmektedir. Hatta artan maddi baskılar sonucu temel bilim alanlarında çalışan öğretim üyelerinin bile kamu hizmeti üretimi konusunda gayret gösterdikleri gözlenmektedir.

Bilim üretimini artırmanın birinci kuralı nitelikli insan gücüne sahip olmaktır. Nitelikli bilim insanlarını akademik kurumlarda tutabilmek için her türlü baskıdan uzak, özgür ve huzurlu çalışma imkânı sağlayacak bir bilimsel ortam, üst düzeyde bilimsel etkileşimi sağlayacak sayıda araştırmacı zenginliği, akademik konumlarına uygun ücretlendirme ve sosyal destekler, araştırma için diğer merkezlerle rekabet edebilir düzeyde güncel ve sürdürülebilir bir araştırma alt yapısının varlığı gereklidir.⁽⁴⁾ Bunu sağlamak da ülkenin diğer büyük yatırımları göz önüne alındığında zannedildiği kadar yüksek maliyetli bir iş değildir.

Gelişmiş ülkelerde araştırmanın yükünü üstlenen tam zamanlı araştırma yapan lisansüstü öğrencileri ya da doktora sonrası araştırmacılarıdır. Ülkemizde ise araştırmaların önemli kısmının tıpta uzmanlık öğrencileri ile yürütülmekte olduğu gerçeği gözden uzak tutulmamalıdır. Her ne kadar doktora öğrencisi konumunda değerlendirilseler de, bu araştırmacıların öncelikli hedefi belirli bir alanda uzmanlaşmaktır ve bilim üretimi uzmanlık eğitimlerinden arta kalan zamanda, müfredat ya da mevzuat zorunlulukları nedeniyle gerçekleşmektedir.

Araştırma projesi bütçelerinin zamanının tamamını araştırmaya ayıracak araştırmacıları araştırma kadrosundan çalıştırabilecek şekilde düzenlenmesi ve uygun desteklerin sağlanması, üniversitemizdeki kadro sınırlamalarından bağımsız olarak araştırmacı sayısını artırmamızı sağlayacak ve nitelikli çalışmalar yapabilmeyi yolunu açacaktır.

Araştırma alt yapısı

Klinik bilimlerde kamu hizmeti ve eğitim sırasında görülen hastaların sayı ve çeşitliliği ülkemiz için önemli bir güç oluştursa da akademik kurumlarımızda hastalara



Bilimsel üretkenliği etkileyen nedenler kapsamlı olarak incelendiğinde, hedeflenen düzelmelerin bir çözüm önerisi olarak gündemde olan, tek bir ulusal enstitünün ya da sağlık üniversitesinin kurulması ile mümkün olmayacağı da açıkça görülecektir.

araştırma amacıyla ayrılan zaman ve kayıtlar konusunda ciddi eksikliklerimiz bulunmaktadır. Temel bilimlerde ise, rutin hizmet dışında, araştırma amaçlı kullanılabilecek laboratuvarlar nitelik ve nicelik yönünden yetersizdir. Yaşam bilimlerinde kullanılan cihazların çoğunun verimli ömrü kısa ve çok sayıda örnekle çalışılmıyorsa inceleme maliyetlerinin yüksek olması göz önüne alındığında, seçilmiş az sayıda merkezin daha gelişmiş cihazlara ve üst düzey araştırma imkânlarına sahip olarak tüm ülkeye hizmet sunması makul bir çözüm olabilir. Bununla birlikte, üretilen hizmetin maliyeti ve kalitesi önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneğin genetik dizileme ya da gen ekspresyonu analizi gibi incelemelerin, yurt dışında ülkemizde verilen hizmete oranla çok daha ucuza ve kaliteli olarak yapılabildiği göz önüne alındığında bu ve benzer incelemelerin ülkemizde yapılabilir olmasını, bu alanlarda deneyimin artırılması ve geliştirilmesinin sağlanması için, rekabet gücünü artıracak teşvikler sağlanmalıdır.

Araştırma alt yapısında önemli sorunlardan birisi laboratuvar aletlerinin ortak kullanıma açılmamasıdır. Ülkemizde alt yapının ortak kullanılması kültürünü yerleştirmek mümkün olamamıştır. Bunun nedenleri arasında sınırlı imkânlarla laboratuvarların kurulması sürecinde çekilen sıkıntılar ve bu aletleri beceri ile kullanabilecek yeterli sayıda teknisyenin olmaması sayılabilir. Alt yapı ile ilgili sorunların iyi bir planlama, paylaşma kültürünün gelişmesi ve aletlerin tam zamanlı teknisyenler tarafından kullanılması ile aşılması beklenebilir. Ülke çapında kurum içi ve kurumlar arası araştırma alt yapıları konusunda oluşturulmakta olan veri tabanları ve iletişim ağları ile bilimsel alt yapımızın paylaşım ya da hizmet satın alınması yoluyla daha verimli olarak kullanılabilir hale gelmesi umulmaktadır.

Destekler

Ülkemizde bilimsel araştırma ve geliştir-

me faaliyetleri için ayrılan destek miktarı giderek artmaktadır. Bununla beraber, mevcut destekler küçük-orta bütçeli projeler için yeterlidir ve yüksek bütçeli projeler söz konusu olduğunda kaynaklar oldukça sınırlıdır. Ayrıca bir iki istisna dışında, araştırma projesi destekleri ile kadrosu araştırma süresi ile sınırlı şekilde araştırmacı ve yardımcı personel çalıştırmak mümkün olmamaktadır.

Öncelikli alanlar belirleyerek, desteklenmeye layık görülen merkezlerin alt yapı ve tam zamanlı araştırmacı çalıştıracak şekilde desteklenmesi sağlıkta bilim üretimini kayda değer şekilde hızlandıracaktır.⁽⁴⁾ Ayrıca ilaç geliştirmeye ve klinik ilaç araştırmalarına yönelik olarak yeni başlayan desteklerin artarak devam etmesi, endüstrinin kârlı olmadığı için ilgilenmediği ama toplum sağlığı açısından çok önemli yararlar sağlaması beklenen ürünlerin geliştirilmesinin de yolunu açacaktır.

Mevzuat

Sağlık bilimlerinde yürütülen bilimsel araştırmalar, diğer disiplinlerden farklı olarak hem uluslararası hem de ulusal kanun ve yönetmeliklerle düzenlenmektedir. Genel araştırma etiği kuralları dışında insanlar üzerinde yapılan tüm araştırmalar için sınırları yasal düzenlemelerle belirlenmiş etik kurallar bulunmaktadır. Bu düzenlemeler özellikle klinik araştırmalarda, araştırmaya katılan gönüllülerin güvenliğini ve sağlığını korumayı hedef alır. Ülkemizde geçerli olan mevzuat uluslararası yasal düzenlemelerle uyumludur ve burada yapılan çalışmaların geçerliliği ya da kabul edilebilirliği konusunda herhangi bir yasal sorun bulunmamaktadır. Sağlık bilimlerinde ekonomik değeri olan patentlenebilir yenilikçi ürünler ortaya koyan çalışmalar sayıca oldukça azdır. Bununla beraber fikri mülkiyet haklarında araştırmacıyı koruyan ve özendirici değişikliklerin yenilikçi çalışmaların artmasına katkı sağlaması beklenmektedir.

Sonuç

Sağlık bilimleri alanında bilimsel üretimimizin diğer disiplinlere göre özellikle yayımlanan makale sayısı açısından daha iyi durumda olduğu düşünülebilir. Bununla beraber yukarıda özetlemeye çalıştığım sorunlar, bu üretimin özellikle nitelik, yaygın etki ve sağlayabileceği katma değer yönünden arzu edilenden oldukça uzak seviyede olduğunu ortaya koymaktadır. Bilimsel üretkenliği etkileyen nedenler kapsamlı olarak incelendiğinde, hedeflenen düzelmelerin bir çözüm önerisi olarak gündemde olan, tek bir ulusal enstitünün ya da sağlık üniversitesinin kurulması ile mümkün olmayacağı da açıkça görülecektir.

Bilim üretimindeki sorunlarımızın doğru tespiti, çözüm yollarını geliştirme konusunda tek çıkış yolu olacaktır. Bu amaçla ülkemizdeki bilim ortamının, toplam araştırmacı sayısının ve niteliklerinin, araştırma alt yapısının, desteklerin ve mevzuatın geliştirilmesine yönelik ortak akıl oluşturacak toplantılar düzenlemek ve tüm akademik yapıyı iyileştirecek kapsamlı düzenlemeleri hedeflemek yararlı olacaktır.

Kaynaklar

1) Bornstein SR1, Licinio J. Improving the efficacy of translational medicine by optimally integrating health care, academia and industry. *Nat Med* 2011;17:1567-9.

2) Laret MR. Academic medicine in the 21st century. *JAMA Intern Med* 2013;173:1739-41.

3) Moses H 3rd, Martin JB. Biomedical research and health advances. *sN Engl J Med*. 2011;364:567-71.

4) Sun GH, Steinberg JD, Jagsi R. The calculus of national medical research policy--the United States versus Asia. *N Engl J Med*. 2012;367:687-90.

5) Grover A, Slavin PL, Willson P. The economics of academic medical centers. *N Engl J Med* 2014; 370:2360-2.

Türkiye'de son 10 yılda bilimsel alanda gelişmelere genel bakış

Prof. Dr. Mustafa Bakır



1965 yılında Kayseri'de doğdu. İlk ve orta öğretimini bu kentte tamamladı. 1988 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çocuk Alerji-İmmünoloji yan dal, 1997-1999 yılları arasında Chicago Üniversitesinde Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları yan dal uzmanlık eğitimi tamamladı. Aynı dönemde Enfeksiyon Kontrol ve Hastane Enfeksiyonları alanında araştırmalar yaptı, temel ve ileri epidemioloji ve istatistik dersleri aldı. 2000 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalını kurdu. Halen Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalında Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı Başkanlığı görevini yürütmektedir. Dr. Bakır Türkiye Bilimler Akademisi Asli Üyesi olup evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Ülkemizde bilimsel alanda gelişmeleri incelerken öncelikle bu gelişimin felsefi arka planını akılda tutmak yararlı olacaktır. Bilimin gelişimi insani gelişim ile iç içedir, bilimsel gelişim bir ülkede insani gelişimin bir anlamda lokomotifidir. İnsani gelişme göstergesi (human development index), dünyadaki ülkeler için yaşam uzunluğu, okuryazar oranı, eğitim ve yaşam düzeyi doğrultusunda hazırlanan bir ölçümdür. İnsanların düzgün yaşaması, özellikle çocuk hakları için bir ölçü teşkil eder. Bu araştırma sonucunda bir ülkenin gelişmiş, gelişmekte olan ya da gelişmemiş bir ülke olduğu; bunun yanı sıra ekonomisindeki etkinin yaşam niteliği ne düzeyde etkilediğini gösterir. 1993 yılından bu yana Birleşmiş Milletler Gelişme Programı tarafından yıllık gelişme raporunda sunulur.

İnsani Gelişme Göstergesi ülkelerde üç başlıca gelişimleri göz önünde tutar:

- Uzun ve sağlıklı bir yaşam, ölçümü ortalama yaşam süresi ile yapılır
- Bilgi, ölçümü okuryazar oranı (2/3'ü) ve ilköğretim, lise ve üniversite kayıtları yüzdesi (1/3'ü) ile yapılır
- Ölçünlü yaşam düzeyi, ölçümü kişi başına düşen gelir ve alım gücünün Amerikan Doları'yla hesaplanmasıyla yapılır.

Türkiye, 2011 İnsani Gelişim Raporu'na göre Orta İnsani Gelişim sınırının hemen üzerinde Yüksek İnsani Gelişim kategorisindedir. 187 ülke arasında 92. sırada bulunmaktadır.⁽¹⁾ 1980'de Türkiye 65. sırada idi. Ancak 2011'de listede bulunan 86 ülke

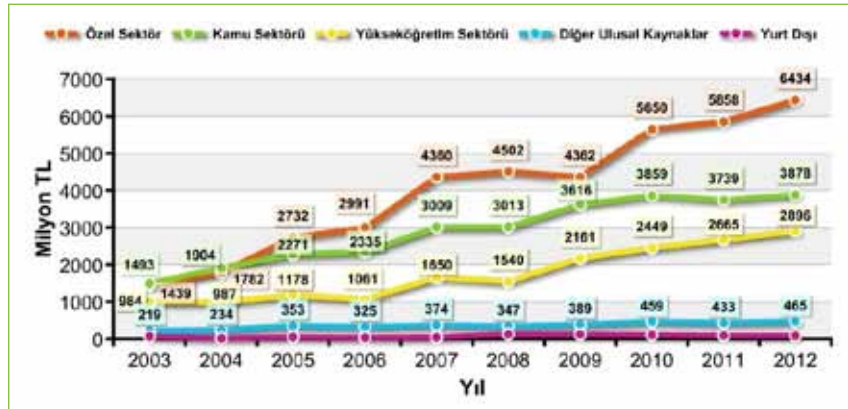
1980'deki sıralamada yer alamamakta idi. Bu ülkeler de dâhil edilerek bakıldığında Türkiye 1980 yılında 105. sırada iken, 2011'de 92. sırada yer almıştır.

İnsani gelişmişlik sıralamasında dünya ülkeleri arasında orta sıralarda olmakla birlikte, kişi başına düşen yıllık gayri safi yurt içi hasılamız (GSYİH) 2002 yılında 3.492 Dolar iken 2013 yılında 10.782 Dolar yükselmiştir (TÜİK verileri). Bu gelir artışının insani gelişim üzerine doğrudan ve dolaylı etkilerinin olması kaçınılmazdır. Ekonomik gelişmenin bilimsel alana yansımaları ise makalenin bundan sonraki kısmında değerlendirilmiştir.

Ar-Ge ve eğitim harcamaları, bilimde insan kaynağı

Ar-Ge harcamalarının GSYİH'ya oranı 2002 yılında %0.53 iken 2013 yılında %0.92'ye yükselmiştir.⁽²⁾ Bu oranın 2023 yılında %3'e ulaşması hedeflenmektedir.

Kişi başına yapılan Ar-Ge harcaması 2002 yılında 46 Dolar iken 2012 yılında 166 Dolar ulaşmıştır. Bu harcamaların finansmanına bakıldığında özel sektörün kamu sektöründen iki kat daha fazla pay sahibi olduğu görülmektedir (Grafik 1). Yurt dışı kaynaklar ise Ar-Ge finansmanında çok düşük oranda kullanılmaktadır. Ar-Ge projelerinin kamusal finansmanının önemli kısmını oluşturan TÜBİTAK'a önerilen bilimsel araştırma projesi sayısı son 10 yılda yaklaşık 6,5 kat artmıştır.⁽²⁾ 10.000 kişi başına düşen araştırma personel sayısı 10 yılda 14'den 42'ye yükselmiştir.⁽³⁾ Bununla beraber doktora yapan araştırmacı sayısı yeterli artışı göstermemiştir. Ülkemizden gelişmiş ülkelere beyin göçü önemli bir sorundur. Türkiye beyin göçü sıralamasında dünya ülkeleri arasında 18. Sırada yer almaktadır. ⁽⁴⁾ 2006-2010 yılları arasında 2.046 Türk araştırmacının diğer ülkelerde yerleştiği ve dünya beyin göçüne %1 oranında katkıda bulunduğu rapor edilmiştir.⁽⁴⁾



Grafik 1: Finans kaynağına göre Ar-Ge harcamaları

Tablo 1: Türkiye kaynaklı bilimsel yayın sayısı ve milyon kişi başına düşen bilimsel yayın sayısı, 2000-2012 yılları*.

Yıl	Bilimsel Yayın Sayısı	Milyon Kişi Başına Düşen Bilimsel Yayın Sayısı
2000	5.433	85
2001	6.659	102
2002	8.975	136
2003	10.648	159
2004	13.310	197
2005	14.275	208
2006	15.222	219
2007	18.120	257
2008	19.572	274
2009	21.876	301
2010	23.077	313
2011	23.851	319
2012	25.018	331

*Thomson Reuters Atıf Veritabanları (WoS-In-Cites), TÜBİTAK ULAKBİM, TÜİK (nüfus); Belge türü: Makale, Not, Eleştiri

Tablo 2: 2011 yılında Türkiye adresli en çok yayın yapılan ilk 10 bilim dalı

Konu	Toplam Yayın Sayısı
Cerrahi	1320
Tıp, Genel & Dâhiliye	1164
Mühendislik, Elektrik & Elektronik	1046
Kalp ve Kalp Damar Sistemleri	991
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	931
Malzeme Bilimleri, Ortak Disiplinler	901
Eğitim, Eğitsel Araştırma	888
Biyoteknoloji Uygulamalı Mikrobiyoloji	829
Veterinerlik	751
Klinik Nöroloji	730

Bilimsel yayınların nicelik ve niteliği

Türkiye kaynaklı bilimsel yayın sayısı ve milyon kişi başına düşen bilimsel yayın sayısı 2000-2012 yılları itibarıyla Tablo 1’de sunulmuştur. Her iki parametrenin 12 yılda 5 kat artış gösterdiği görülmektedir. Türkiye, bilimsel yayın sayısı açısından dünya ülkeleri arasında 2002 yılında 22. sırada iken 2012 yılında 18. sıraya yükselmiş, dünya yayın havuzunda %1,8 paya ulaşmıştır. Bununla beraber sıralamada Hindistan, Brezilya ve Çin’in gerisindedir. 2011 yılında yapılan bir analizde yayınların büyük kısmının tıp alanında olduğu görülmektedir (Tablo 2).⁽⁶⁾ 2002 ile 2011 yılları arasında uluslararası yayınların en büyük kısmını mühendislik ve ziraat bilimleri oluşturmuştur. Yapılan yayınların niteliğinin ölçütlerine bakıldığında ise bu yayınlara yapılan atıflar, yayın başına ortalama atıf sayısı ve “h indeksi” gibi parametreler kullanılmaktadır. 1996-2000 yıllarında Türkiye kaynaklı yapılan yayınların %35’i atıf alırken bu oran 2006-2010 yılları arasında %50’ye yükselmiş, bu artış oranıyla Hindistan ve Çin’i geride bırakmıştır.⁽⁶⁾ Yayınlar kimya, mühendislik ve tıp alanlarında öne çıkmış, uluslararası

işbirliği ile yapılan yayınlarda İran, Brezilya ve İtalya’nın gerisinde kalmıştır.⁽⁶⁾ Scopus® veri tabanına dayalı bir analiz, yayın başına düşen atıf sayısında Türkiye’nin 2009 yılında 185. sırada iken 2013 yılı itibarıyla 0,23 rakamı ile ancak 182. sıraya yükselebildiğini göstermektedir.⁽⁷⁾ H indeksi ise Türkiye 168 puanla 37. sırada yer almaktadır.⁽⁷⁾ Yüksek atıf alan yayınların sayısında ciddi artış gözlenmekle birlikte yayın başına düşen atıf sayısının düşük olması bilimsel araştırma projelerinin niteliğinde yeterli artışın sağlanamadığını düşündürmektedir.

Patent başvuruları

Bilimsel araştırmaların katma değerinin en önemli ölçütü ve inovatif Ar-Ge çalışmalarının çıktısı olan yerli patente başvuru sayısı, Türk Patent Enstitüsü (TPE) verilerine göre 2002-2012 yılları arasında yaklaşık 3 kat, yerli patent tescil sayısı ise 14 kat artmıştır. Bununla birlikte 2010 yılı itibarıyla 100.000 kişi başına düşen yürürlükteki patent sayısı itibarıyla Türkiye 10,6 ile 53 ülke arasında 48. sırada olup Brezilya, Litvanya ve Romanya gibi ülkelerin gerisinde yer almıştır.⁽⁸⁾

Milli eğitim faktörü

Çocukların hayal gücü ve yaratıcılık yeteneklerinin geliştirilmesi ile birlikte bilimsel düşünceye uygun beyinlerin oluşması, güçlü milli eğitim politikası ile mümkündür. Ülkemiz çocuklarının bilimsel becerilerini uluslararası ölçekte değerlendirmek bu açıdan çok önemlidir. Açılımı “Uluslararası Öğrenci Değerlendirme Programı” olan PISA, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) tarafından üçer yıllık dönemler hâlinde, 15 yaş grubundaki öğrencilerin kazanmış oldukları bilgi ve becerileri değerlendiren bir araştırma projesidir. PISA Projesinde zorunlu eğitimin sonunda örgün eğitime devam eden 15 yaş grubundaki öğrencilerin matematik okuryazarlığı, fen bilimleri okuryazarlığı ve okuma becerileri konu alanlarının dışında, öğrencilerin motivasyonları, kendileri hakkındaki görüşleri, öğrenme biçimleri, okul ortamları ve aileleri ile ilgili veriler toplanmaktadır. PISA projesinde kullanılan “okuryazarlık” kavramı, öğrencinin bilgi ve potansiyelini geliştirip, topluma daha etkili bir şekilde katılmasını ve katkıda bulunmasını sağlamak için yazılı kaynakları bulma, kullanma, kabul etme ve değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. PISA 2012 uygulamasına, 65 ülkeden 15 yaşında yaklaşık 28 milyon öğrenciyi temsilen 10 bin civarında öğrenci katılmıştır.⁽⁹⁾ PISA 2012 sonuçlarına göre Türkiye’de öğrencilerin %8’i matematik, fen veya okuma alanlarının en az birinde üst performans grubundadır. Bu oran OECD ülkelerinde ortalama olarak %16’dır.⁽⁹⁾ Türkiye’nin şu ana kadar katıldığı PISA uygulamalarındaki ortalama puanı her 3 alanda da artmaktadır. Ancak bu artış

miktarları Türkiye’yi en azından OECD ortalaması civarına taşıyacak düzeye henüz ulaşamamıştır. OECD’ye üye 65 ülke içinde ülkemiz matematikte 44, okumada 42, fende 43. sırada yer almış; Yunanistan, Sırbistan, Bulgaristan ve Romanya gibi ülkelerle aynı düzeyde bulunmuştur. Türkiye’de öğrencilerin PISA 2012 matematik puanlarındaki varyansın (farklılığın) %62’sinin okullar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı hesaplanmaktadır. Bu oran OECD ülkelerinde ortalama %37’dir. OECD ülkeleri içinde öğrenci başına en az toplam harcama miktarı Türkiye’de 20.000 Dolar olup en düşük düzeydedir.

Sonuç

Son 10 yılda ülkemizde artan milli gelir ve refah düzeyine paralel olarak artış gösteren Ar-Ge finansmanı ile birlikte bilimsel proje, bilimsel yayın, bu yayınlara yapılan atıf sayısı, patent başvuru ve tescil sayısı gibi parametrelerde önemli artışlar sağlanmıştır. Bu parametrelerdeki artışın insani gelişmişlik indekslerine yansımaları ve ulusal kalkınmaya daha büyük katkıda bulunması için nitelikli ve inovasyona dayalı, patente dönüşen ürün odaklı Ar-Ge çalışmalarına gereksinim vardır. Bu türlü araştırmaları ancak hayal gücü ve yaratıcılık yetenekleri iyi geliştirilmiş, iyi soru sorabilen çocuklar yetiştirip, ürün geliştirip dünya pazarına satabilecek araştırmacıya dönüştürmekle mümkündür. Bu amaca ulaşmamızda en önemli engel yanlış milli eğitim politikalarıdır. Doğru milli eğitim politikaları ile “ekmeğini Ar-Ge’den kazanan” ve ülkesini böylelikle terk etmeyen araştırmacı tipini yaygınlaştırmamız mümkün olacaktır.

Kaynaklar

- 12 Mart 2013 Hacettepe, Ankara. <http://www.elsevireturkiye.com/etkinlikler/sunumlar/Turkeys-PlaceInTheGlobalResearchLandscape.pdf> (Erişim tarihi: 16.08.2014)
- <http://www.scimagojr.com> (Erişim tarihi: 16.08.2014)
- https://ulakbim.gov.tr/cabim/yayin/bilimsel_yayin/konu/2011.pdf (Erişim tarihi: 16.08.2014)
- İnsani Gelişme Endeksi. http://tr.wikipedia.org/wiki/%C4%B0nsani_Geli%C5%9Fme_Endeksi#2013_Raporu. (Erişim tarihi: 16.08.2014)
- PISA 2012 raporu. <http://pisa.meb.gov.tr/wp-content/uploads/2013/12/pisa2012-ulusal-on-raporu.pdf> (Erişim tarihi: 16.08.2014)
- TÜBİTAK. <http://www.tubitak.gov.tr/tr/kurumsal/politikalar/icerik-bty-istatistikleri>. (Erişim tarihi: 16.08.2014)
- Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.turkstat.gov.tr>. (Erişim tarihi: 16.08.2014)
- Uluslararası Eğilimler Çerçevesinde Türkiye’nin ve Türkiye’deki Üniversitelerin Bilimsel Çıktıları ve İşbirliği Olanakları Toplantısı
- Uluslararası Yönetim Geliştirme Enstitüsü (İMD) Dünya Rekabet Yılı 2011. www.tpe.gov.tr (Erişim tarihi: 16.08.2014)
- WPO statistics database, 2013. http://www.wipo.int/export/sites/www/freepublications/en/statistics/943/wipo_pub_943_2013.pdf (Erişim tarihi: 16.08.2014)

Sağlık politikaları ve Ar-Ge

Prof. Dr. Mehveş Tarım



1983 yılında İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1998'de İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumlarında Yönetim Anabilim Dalında doktorasını bitirdi. 2000'de yardımcı doçent, 2005'te işletme yönetim ve organizasyon doçenti oldu. Halen M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Sağlık Politikaları Anabilim dalında çalışmaktadır. 2007 yılından itibaren fakülte kurulu ve yönetim kurulu üyeliği ve 2010 yılından itibaren dekan yardımcılığı ve bölüm başkanlığı gibi idari görevlerde bulunmaktadır. Çalışma alanları sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, performans analizi, stratejik yönetim, sağlık politikaları ve çağdaş yönetim teknikleri gibi konulardır.

Bilim ve teknoloji çalışmalarına ve bunun en önemli girdisi olan Ar-Ge faaliyetlerine daha çok yatırım yapan ülkeler, bugün dünyada daha fazla söz sahibi olmaktadır.⁽¹⁾

Ar-Ge, bilim ve teknolojinin gelişmesini sağlayacak yeni bilgileri elde etmek veya mevcut bilgilerle yeni malzeme, ürün ve araçlar üretmek, yazılım üretimi dâhil olmak üzere yeni sistem, süreç ve hizmetler oluşturmak veya mevcut olanları geliştirmek amacı ile yapılan düzenli çalışmalardır.⁽²⁾ Ar-Ge faaliyetleri; birbiriyle bağlantılı temel araştırmalar, uygulamalı araştırmalar ve endüstriyel geliştirme olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır.⁽¹⁾

Ar-Ge ekonomik kalkınmanın anahtarıdır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyinin bir göstergesi de Ar-Ge harcamalarına ayırdıkları kaynakların büyüklüğü ile de ölçülmektedir. Gelişmiş ülkeler arasındaki rekabet üst noktalarda yaşanırken gelişmekte olan ülkeler kaynak yetersizliği ya da sorununun önem ve ağırlığını henüz kavrayamadıkları için araştırma ve geliştirme çalışmalarında, dolayısıyla da rekabette geri planda kalmaktadır. Ülkelerin dünyadaki konumlarını belirleyen kriterlerin başında da teknolojik gelişme düzeyleri gelmektedir. Bu nedenle ülkelerin teknoloji/yenilik yetkinliğini belirlemede bazı göstergeler kullanılmaktadır. Bunlar;

- Araştırma ve geliştirme harcamalarının GSMH'ya seyri

- Ar-Ge hizmetlerinde çalışan bilim adamı, mühendis sayısı
- Patent sayısı
- Bilimsel yayın sayısı
- Bilgisayar, internet ve iletişim araçlarından yararlananların sayısı
- Toplam ihracat içinde ileri teknoloji ürünlerinin oranı.⁽²⁾

Ülkelerin teknoloji seçimlerinde belirleyici kriter o ülkelerin ulusal stratejileri olmasıdır.⁽³⁾ Günümüzde bilgiye dayalı hale gelen ekonominin, teknolojik ilerleme ya da iyileşmelerle kendini yenileme kapasitesi, işletmelerin lojistik yapıları ile halkın eğitim ve kalifiyelik seviyesine bağlı olduğu kadar araştırma ve geliştirme konusunda devletin çabalarına da oldukça bağlıdır.⁽²⁾

Devlet ayrıca teknolojinin planlanması için de gereklidir. Yani teknoloji alt yapısının geliştirilmesinde yol gösteren teknoloji politika ve stratejilerinin biçimlendirilmesi, bunlar için gerekli girdilerin sağlanması, yeniliklerin teşvik edilmesi, ulusal sanayinin gelecekte amaçlanan seviyeye ulaşabilmesi için gerekli olan kritik teknolojilerin saptanması ve gerekli politikaların şimdiden uygulanması devletin görevidir.⁽³⁾ Bir ülkenin Ar-Ge sistemi; üniversite, kamu araştırma merkezleri ve özel sektörden oluşur. Bu üç sektör ülkenin ulusal Ar-Ge sistemi içinde farklı ancak birbirini tamamlayıcı nitelikte işlevlere sahiptir.⁽¹⁾ Ülkelerin çevre koruma, salgın hastalıklarla

mücadele, beslenme, şehirleşme, göç gibi sosyal konulara verdikleri önemin artması, sağlığın iyileştirilmesi yönünde toplum baskısının oluşması, ayrıca refahın artmasıyla yükselen sağlık ve sağlık Ar-Ge harcamalarının özellikle kamu ekonomisine yaptığı baskılar bilinmektedir. Başta sağlık Ar-Ge faaliyetlerini de içeren sosyal harcamalara uygulanan kısıtlamaların ülkelerin sosyal seviyelerinin gerilemesine yol açtığı görülmektedir. Bu kısıtlamaların kaldırılması sonucu tüm dünyada hızla artan Ar-Ge harcamaları içinde sağlık konuları ön sıralara yükselmiştir.⁽⁴⁾ Türkiye'de sağlık sektöründe Ar-Ge faaliyetleri Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, üniversitelere bağlı tıp fakülteleri ile TÜBİTAK olmak üzere kamu, üniversite ve ticari kesim tarafından ortaklaşa yürütülmektedir. Ancak sağlık alanında yapılan Ar-Ge çalışmaları çok düşük olup sağlık Ar-Ge faaliyetlerinin özendirilip desteklenmesi gerekmektedir.⁽¹⁾

Sağlık Bakanlığı Ar-Ge çalışmalarına, 18 Nisan 2005 tarih ve 47 sayılı Makam Onayı ile Müsteşarlık Makamına bağlı kurulan "Sağlık Bakanlığı Araştırma Geliştirme Komisyonu" ile başlamıştır. 2007 yılında Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde devam etmiş, 2009 yılında Araştırma ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı kurulmuştur. 2012 yılında Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü'ne bağlanmıştır.⁽⁵⁾ Onuncu Kalkınma Planında da yer alan ifade ile "Sağlık Araş-



tırmaları Genel Müdürlüğü, Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeyi" amaçlamaktadır. Sağlık sisteminin öncelikli alanlarında araştırmayı, geliştirmeyi ve inovasyonu teşvik etmeyi hedeflemektedir.^(16,21) Bilim Teknoloji Yüksek Kurulu'nun (BTYK) 2013/106 No'lu "Sağlık Alanının Öncelikli Alan Olması" Kararı ile sağlık sektörünü öncelikli alan olarak kabul etmiştir. 2013 yılı içerisinde "Sağlıkta Öncelikli Alanlar" ilan edilmiştir. Bunlar; biyomalzemeler, aşılarda ilaçlar, biyomedikal ekipmanlar ve tıbbi tanı kitleridir.

TÜİK verilerine göre; sosyoekonomik hedeflere göre merkezi yönetim bütçesinden sağlık Ar-Ge faaliyetleri için ayrılan ödenek ve harcamaların dağılımı incelendiğinde; (TÜİK, Ar-Ge İstatistikleri) 2012 yılında 66.517.195 TL ile %1,5'lük pay alırken 2013 yılında 76.266.623 TL ile %1,6'lık olacağı tahmin edilmiştir.

Ulusal yenilik sistemi 2023 hedefleri

Ar-Ge harcaması / GSYİH % 3, özel sektör Ar-Ge harcaması / GSYİH % 2, araştırmacı sayısı 300 bin, özel sektör araştırmacı sayısı 180 bin olarak belirlenmiştir.⁽⁶⁾ TÜBİTAK KAMAG (1007) Programı kapsamında Bakanlığın müşterisi olduğu 11 projenin toplam bütçesi 51 milyon 167 bin 421 TL'dir. 2010 yılında önerilen proje sayısı 6 kabul edilen proje sayısı 3 olup bu sayılar 2013

yılında 26-7 olarak gerçekleşmiştir.⁽⁵⁾ TÜBİTAK olarak yürütülmekte olan araştırmalar, sağlık hizmetlerinin halka nasıl sunulduğunu, maliyetini ve bu hizmetin kişilere ve topluma ne kadar faydalı ve etkili olduğu üzerinedir. Araştırmalar aşağıdaki alanlara ışık tutmaya yöneliktir:

- Halkın genel sağlık durumu
- Sağlık sisteminin etkilerinin hastalar açısından ele alınması
- Sağlık sistemine ulaşılabilirlik
- Sağlık sistemindeki eşitsizlikler
- Sağlık hizmetleri finansmanı ve sağlık sisteminin uzun dönemli sürdürülebilirliği
- Sağlık hizmetlerindeki riskler ve tıbbi hatalar (Hasta güvenliği)
- Sağlık sisteminde kaynak tahsisi ve kullanımı (İnsan ve teknik).⁽⁷⁾

"Kamu Kurumları Araştırma Projelerini Destekleme Programı", Avrupa Birliğine uyum sürecinde kamu kurumlarının işlevlerinin verimli ve etkin kılınmasını, sorunlarının tanımlamada ve çözümünde bilimsel ve sistematik yaklaşım uygulanmasını, kalıcı işbirlikleri oluşturulmasını ve sorunların çözümü ile toplumsal, sosyal, teknolojik ve ekonomik yaygın etki sağlamayı hedeflemektedir. Bu amaçla 2005 yılında TÜBİTAK/TÜS-SİDE Gebze'de bir çalıştay yapılmıştır. Çalıştay; tıbbi cihaz ve sarf malzemeleri, ilaç ve biyolojik ürünler, sağlık hizmetleri yönetim ve eğitimi olmak üzere 3 ayrı alan tespit etmiştir.⁽⁸⁾

Mal ve hizmet üretimine yönelik faaliyette bulunan kamu ve özel kesime ait sanayi kuruluşlarında Ar-Ge faaliyetleri yeterince kurumsallaşamamış ve bu alanlarda motivasyon sağlanamamıştır. Bunun sonucunda yerli patent başvuruları ve bilimsel yayınlar da yetersiz kalmıştır. Bilimsel yayın konusunda niceliğe yönelik puanlama sistemi niteliği geri plana itmiştir. Sanayi-üniversite işbirliği istenilen düzeyde gerçekleştirilememiştir.

Teknolojiyi üretmek yerine teknolojiyi transfer etme eğilimi mevcuttur. Eğitim sisteminin ilköğretimden itibaren sorgulayıcı ve analitik olmaması, ekip çalışmasına yatkın olunmaması, multidisipliner anlayışın yerleşmemiş olması eksik yönlerimizdir. Bütün bunların sonucunda ülkemizde sağlıkta ve diğer alanlarda Ar-Ge çeşitli kurumlar ve kuruluşlarca desteklense de kültürel yapı bu yönde değişmedikçe istenilen başarı sağlanamayacaktır.

Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı verilerine göre 2007-2013 yılları arasında projelerin sektörlere göre dağılımında 62 medikal, 20 ilaç ve kozmetik, 3 biyoteknoloji projesi verildiği görülmektedir.⁽⁹⁾ Teknoloji Geliştirme Bölgelerindeki firmaların sektörel dağılımında %3 medikal biomedikal, %2 tıp, %57 bilgi teknolojileri olarak yer aldığı görülmektedir.⁽⁹⁾

Türkiye, 2006-2007 yıllarında “küresel rekabetçilik endeksi” sıralamasında 125 ülke arasında 58.sıradayken; 2013-2014 aralığında ise 148 ülke içinde 44.sıraya yükselmiştir. Aynı dönemlerde alt endekslerde; “işgücü piyasası etkinliği” sıralamasında 114.sıradan 130.sıraya; “teknolojik hazırlık”ta 50.sıradan 58.sıraya gerilediği dikkat çekmektedir.⁽¹⁰⁾ Avrupa Komisyonu tarafından yayımlanan 2013 “yenilikçilik birliği skor tablosu”na göre de; Türkiye yenilikçilik performansı açısından AB ortalamasının altında ve iddiası olmayan ülkeler arasında yer almaktadır. Rapora ülkemiz geçtiğimiz bir yıl içinde özellikle insan kaynakları, fikri varlıklar ile araştırma sistemleri alanlarında gelişme göstermesine rağmen, girişimcilik alanında ortalamanın altında bir gelişme kaydetmiştir.⁽¹¹⁾ Türkiye’nin 2001’de %54 olan gayrisafi yurtiçi Ar-Ge harcamasının GSYİH’deki payı 2012’de %0.92’ye çıkmıştır. Planda Ar-Ge harcamalarının payının 2018 itibarıyla %1,8’e çıkması hedeflenmiştir.

2001-2012 yılları arasında, Ar-Ge harcamaları içinde özel sektör harcamalarının oranı oldukça yükselmiştir. 2006’da özel sektörün payı %37 iken 2013’te % 46’a çıkmıştır. Onuncu Kalkınma Planı’nda bu oranın 2018 itibarıyla %60 olması hedeflenmektedir.⁽¹⁰⁾ Firmalar, Ar-Ge faaliyetlerinden kâr elde edemedikleri sürece bu alana yatırım yapmayacakları için devletler birtakım politikalarla Ar-Ge yatırımlarının maliyetlerini azaltarak Ar-Ge düzeyini etkilemek suretiyle ekonomik büyümeye katkıda bulunur.⁽¹²⁾ Ar-Ge faaliyetlerini teşvik etmeye yönelik olarak genellikle üç tür politik aracın kullanıldığı görülmektedir. Bunlar; (i) kamu tarafından gerçekleştirilen Ar-Ge faaliyetleri (devlet ya da üniversitelerce), (ii) devlet fonları kullanılarak özel kesim tarafından gerçekleştirilen Ar-Ge faaliyetleri (ki bunlara finansal destekler denilmektedir) ve (iii) vergisel teşviklerdir.⁽¹³⁾

Avrupa Birliği Bakanlığı’nın “Organ Naklinde AB’ye Uyum Projesi” kavadan organ naklini artırmaya yönelik sağlık personeli ve halkın organ nakli konusundaki bilgi ve farkındalığını artırmak ve organ naklinde kalite ve güvenliği en üst düzeye çıkartmak hedefini ortaya koymuştur. Kuş gribine karşı hazırlıklı olma ve müdahale için teknik yardım projesi belirli aralıklarla ortaya çıkan kuş gribi vakaları, halk sağlığı açısından oluşturduğu ciddi tehdidin bertaraf edilmesi hedeflenmiştir. Kanser tarama ve eğitim merkezlerinin kurulması projesi Türkiye’de de kansere bağlı ölüm hızlarının azalmasına katkıda bulunmayı hedeflemektedir. 7. Çerçeve Program kapsamında şizofreni tedavisinde ve seyrinde gen-çevre etkileşiminin rolü, anevrizmadan kaynaklanan hastalıklarla mücadele hayata geçirilen projelerden bazılarıdır.⁽¹⁴⁾

Türk Patent Enstitüsü’ne marka alanında başvuru yapmış firmalar NACE kodlarına göre sınıflandırıldığında toplam 20.976 başvuru sayısı içinde 53 başvurunun (N) Sağlık İşleri ve Sosyal Hizmetler alanında yapıldığı ve %0,25 paya sahip olduğu görülmektedir. Endüstriyel tasarım alanında başvuru yapmış firmalar NACE kodlarına göre sınıflandırıldığında toplam 8.583 başvuru sayısı içinde %0,23 pay ile 20 işletmenin olduğu görülmektedir. Patent alanında başvuru yapmış firmalar 62’li NACE kodlarına göre sınıflandırıldığında toplam 37.138 başvuru sayısı içinde (33) tıbbi aletler, optik ve hassas aletler ve saat imalatı kategorisinde %6,85 pay aldığı görülmektedir.⁽¹⁵⁾

10. Kalkınma Planında Türkiye’nin küresel bir ilaç Ar-Ge üretim merkezi olması ile ilaç ve tıbbi cihaz alanında rekabetçi konuma ulaşmasının önemi üzerinde duruluyor. Program; kamunun yönlendirme kapasitesinin güçlendirilmesi, Ar-Ge ve

yenilik alanının geliştirilmesi, iş ve girişim ekosisteminin geliştirilmesi ile üretim ve ihracatın desteklenmesi olmak üzere dört bileşenden oluşuyor.^(16, 21)

İlaç geliştirme pahalı ve riskli bir süreçtir. İlaç firmaları inovasyon maliyetlerini azaltmak ve daha hızlı olması nedeniyle Ar-Ge çalışmalarında joint venture, merger ve dış kaynak gibi farklı stratejileri uygulamaktadırlar. Araştırma maliyetleri preklinik molekül başına yaklaşık ortalama 50 Milyon Dolar civarındadır.⁽¹⁷⁾ İlaç sektöründeki Ar-Ge harcamalarını ise, önemli ölçüde; ön klinik araştırmalar, klinik araştırmalar ve farmakovijilans aktiviteleri oluşturmaktadır. Avrupa’da gerçekleştirilen Ar-Ge çalışmalarının önemli bir kısmını klinik araştırmalar oluşturmaktadır.⁽¹⁸⁾ Yeni ilaç geliştirmenin toplam maliyeti 2007 yılında 1073 Milyar Dolardı. 1996-2008 arasında ABD’de yeni ilaç uygulamaları başına Ar-Ge harcamaları 129 Milyon Dolardan 564 milyon Dolara artmıştır.⁽¹⁷⁾ Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, yenilikçi bir ilacın piyasa sunulması için 12 ila 15 yıl süren araştırma ve geliştirme faaliyetleri yürütülmektedir. Tutsal olarak incelendiğinde ise, yenilikçi bir ilacın geliştirilmesi için ortalama olarak 1,3 ila 1,6 Milyar ABD Doları harcanmaktadır.⁽¹⁸⁾

Öte yandan Ar-Ge harcamasında dünyanın en büyük 12 ilaç şirketinin 2010 yılında %11,8 olan ortalama araştırma ve geliştirme iç getiri oranı, 2011 yılında %8,4’e gerilemiştir.⁽¹⁹⁾ Araştırma ve geliştirme harcamalarına bakıldığında ise, sıralama MSD (11 Milyar Dolar), Pfizer (9,4 Milyar Dolar), Roche (8,6 Milyar Dolar), Novartis (7,1 Milyar Dolar) ve GlaxoSmithKline (6,1 Milyar Dolar) şeklinde gerçekleşmektedir. Ülkemizde ilaç sektörü en çok AR-GE harcaması yapılan on birinci sektör konumundadır. Yenilikçi ilaçlara dünya çapında yılda 120 Milyar Dolar yatırım yapılırken Türkiye’de ilaç sektörünün yıllık AR-GE yatırımı 60 milyon dolar civarında kalmakta ve küresel yatırımlardan %0,039 pay alabilmektedir.⁽²¹⁾ İlaç sanayinde etkin olmayı arzu eden tüm şirketler ve ülkeler biyoteknoloji alanına yatırım yapmaktadırlar. ABD, günümüzde piyasaya sunulan yeni moleküllerin yaklaşık beşte birini oluşturan biyoteknolojik ürünlerde açık ara ile başı çekmektedir. Biyoteknoloji alanından elde edilen cironun %76’sı, yapılan Ar-Ge harcamalarının %82’si ve istihdamın %75’i ABD kaynaklıdır.⁽²²⁾

ABD dünyadaki en büyük tıbbi cihaz pazarı konumundadır ve araştırma ve geliştirme odaklı yaklaşımı ile de üretim alanında dünya lideridir. İnovasyona verilen önem ve desteklenen araştırma ve geliştirme çalışmaları endüstrinin en

temel özelliğidir. Global tıbbi cihaz pazarı, ilaç pazarından sonra araştırma ve geliştirme harcamalarının cirosuna oranı (%9 - %11) en yüksek ikinci sektördür. Sektördeki lider firmalar cirolarının büyük bir kısmını son 2 yıl içerisinde ürettikleri yeni ürünlerden elde etmektedirler. Yeni ürünlerin yaşam döngüsünün ortalama da 18 ay olduğu sektörde, araştırma ve geliştirme faaliyetleri büyük önem arz etmektedir. CT, MRI, robotik cerrahi gibi tıbbi cihazlar için teknolojik gelişmeler tıbbi etkinlik açısından bakımın kalitesini, hasta memnuniyeti ve operasyonel etkililiği arttırmaktadır. Bununla beraber yeni teknoloji yatırım ve kullanımı hastaneler, ödeyiciler ve toplum için pahalıdır.^(23 - 25)

Türkiye'de tıbbi cihaz pazarı 2005 - 2008 yılları arasında düzenli bir büyüme kaydetmiştir. 2010 yılsonu itibarı ile 1,9 Milyar Dolar tutarında pazar büyüklüğüne ulaşmıştır. Tıbbi cihaz üretimi Türkiye'de oldukça sınırlı durumdadır. Pazarda yer alan tıbbi cihazların büyük bir bölümünün (tutar olarak %85'e yakın kısmı) ithal edildiği görülmektedir.^(6, 8)

Dünyanın önde gelen araştırma kuruluşlarından Frost&Sullivan önleyici sağlık teknolojileri alanında gerçekleştirdiği "ABD'de Koruyucu Sağlık Modellerine Geçiş" başlıklı araştırması, mevcut bir dizi zorluğa rağmen, ciddi büyüme fırsatlarının bulunduğunu gösteriyor. Bu bağlamda önleyici sağlık alanında ürünler ve hizmetler üç temel grupta toplanıyor. Bu grupların, sağlık programları da dâhil olmak üzere hastaları eğitme sistemleri, yerinde yaşlanma hizmetleri ve uzaktan izleme cihazları olduğu ifade ediliyor. Hasta eğitimi sistemleri, sağlık programları ve uzaktan takip cihazları gibi önleyici hizmetlerin bulunabilmesiyle, hastalar iyileştirilmiş yaşam alışkanlıkları aracılığıyla daha iyi bir sağlığa sahip olmaya başlayabilirler. Daha sağlıklı alışkanlıkları destekleyen önleyici teknolojilerin daha fazla kullanılması, gelecekte gereken tüketici sağlık hizmetlerinin sayısını azaltarak toplam maliyetlerin düşürülmesine yardımcı olabilir.⁽²⁶⁾

Sağlık sektöründe Ar-Ge faaliyetleri; sağlık malzemeleri, ilaçlar ve sağlığın korunması ve tedavisine yönelik tıbbi tedavi yöntemleriyle ilgili konuları kapsamaktadır. Türkiye'nin Ar-Ge faaliyetlerine ayırdığı mali kaynak ve araştırmacı personel sayısı, gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında yetersizdir. Mal ve hizmet üretimine yönelik faaliyette bulunan kamu ve özel kesime ait sanayi kuruluşlarında Ar-Ge faaliyetleri yeterince kurumsallaşamamış ve bu alanlarda motivasyon sağlanamamıştır. Bunun sonucunda yerli patent başvuruları ve bilimsel yayınlar da yetersiz kalmıştır. Bilimsel yayın konusunda niceliğe yönelik puanlama

sistemi niteliği geri plana itmiştir. Sana-yi-üniversite işbirliği istenilen düzeyde gerçekleştirilememiştir. Teknolojiyi üretmek yerine teknolojiyi transfer etme eğilimi mevcuttur. Eğitim sisteminin ilköğretimden itibaren sorgulayıcı ve analitik olmaması, ekip çalışmasına yatkın olunmaması, multidisipliner anlayışın yerleşmemiş olması eksik yönlerimizdir. Bütün bunların sonucunda ülkemizde sağlıkta ve diğer alanlarda Ar-Ge çeşitli kurumlar ve kuruluşlarca desteklense de kültürel yapı bu yönde değişmedikçe istenilen başarı sağlanamayacaktır.

Kaynaklar

- 1) www.saglik.gov.tr Avrupa Birliği'nde ve Türkiye'de Sağlık Sektöründe Araştırma-Geliştirme (Ar-Ge) Faaliyetleri, T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, 2001 (Erişim Tarihi 4.8.2014)
- 2) Metin Eren, Türkiye'nin Teknolojik Gelişmesinde Teknoparklar Ve AR-GE Desteği, YL Tezi, M.Ü. SBE, Maliye ABD.
- 3) Gökhan İslamoğlu, "Küreselleşen Dünyada Devletin Ekonomideki Yeri Ve Türkiye", Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006, S. 111.
- 4) Erdal Sargutan 1996 "Türk Bilim Ve Teknoloji Politikasının Bir Unsuru Olarak Sağlık İdaresinde Teknik Ve Teknoloji Politikaları"(Sağlık Yayınları)
- 5) Sema Zengeroğlu, Sağlık Bakanlığı AR-GE Yapılanması Ve Yürütülen Faaliyetler, 2013. www.saglik.gov.tr (Erişim Tarihi 16.7.2014)
- 6) www.tubitak.gov.tr, TÜBİTAK Araştırma Destek Programları Başkanlığı (ARDEB) Ulusal Akademik Ar-Ge Proje Destekleri, 2014 (Erişim Tarihi 16.7.2014)
- 7) www.tusside.tubitak.gov.tr (Erişim Tarihi:18.8.2014)
- 8) TC SB Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Türkiye Kamu Sağlık Araştırma Programı, 2005.
- 9) Abdullah Ögütverici, Bilim, Sanayi Ve Teknoloji Bakanlığı Bilim ve Teknoloji Genel Müdürlüğü, Bakanlığımızca Yürütülen Ar-Ge ve Yenilik Programları, 2013.
- 10) Neslihan Çelik, Ulusal Yenilik Stratejisi Ve Girişimlerde Yenilikçilik, İstanbul Journal Of Social Sciences, 6, 2013.
- 11) European Commission, Innovation Union Scoreboard 2013, http://Ec.Europa.Eu/Enterprise/Policies/Innovation/Files/Ius-2013_En.Pdf
- 12) Evci, C. (2004), Ar-Ge Vergi Teşvikleri, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye (Kamu Ekonomisi) Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- 13) Guellec, D. Ve De La Potterie, B.V.P. (2003), "The Impact Of Public R&D Expenditure On Business R&D", Economics Of Innovation And New Technology, 12(3).
- 14) Yıldırım Gündüç Türkiye AB Mali İşbirliği Ve Hibe Programları, AB Bakanlığı Proje Uygulama Başkanlığı, 2013.
- 15) Türk Patent Enstitüsü' Ne Marka, Endüstriyel Tasarım ve Patent Alanlarında Başvuru Yapmış Firmaların Sektörel Dağılımı, 2008.
- 16) Selin Arslanhan Memiş Sağlık Endüstrilerinin Öneminin Farkına Varıldı, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı, Ağustos, 2013. www.tepav.org.tr,
- 17) Aspects Of Research And Development Contract

Terms In The Bio/Pharmaceutical Sector, Tannista Banerjee, The Economics Of Medical Technology, Advances In Health Economics And Health Services Research, Volume 23, 1-33, Copyright R 2012 By Emerald Group Publishing Limited

18) YASED Türkiye Sağlık Sektörü Raporu, 2012.

19) Measuring The Return From Innovation, Deloitte & Thomson Reuters, 2011.

20) Pharma Exec 50 Report 2011.

21) Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) [Http://Pbk.Tbmm.Gov.Tr/Dokumanlar/10-Kalkinma_Plani.Pdf](http://Pbk.Tbmm.Gov.Tr/Dokumanlar/10-Kalkinma_Plani.Pdf) (Erişim Tarihi 10.8.2014)

22) Pharmaceuticals & Biotech Industry Global Report 2011, IMAP.

23) Technology Diffusion And Substitution Of Medical Innovations, Victoria Serra-Sastre And Alistair Mcguire, The Economics Of Medical Technology Advances In Health Economics And Health Services Research, Volume 23, 149-175, 2012.

24) International Study Of Technology Investment Decisions At Hospitals, Christian Wernz And Hui Zhang, Kongkiti Phusavat, Industrial Management & Data Systems Vol. 114 No. 4, 2014 Pp. 568-582, 2013. www.emerald.com, (Erişim Tarihi 10.8.2014)

25) Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2013 Raporu, www.aifd.org.tr (Erişim Tarihi 30.7.2014)

26) www.medicalakademi.com.tr (Erişim Tarihi 20.8.2014)

Tıp ve sağlık eğitiminde yeni bir model: Türkiye Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Prof. Dr. M. İ. Safa Kapıcıoğlu



1960 yılında Ankara'da doğdu. Kurtuluş İlkokulu'ndan sonra, Bahçelievler Deneme Lisesi'ni (1977) bitirdi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olarak (1983) meslek hayatına başladı. Devlet hizmet yükümlülüğünü tamamladıktan sonra aynı fakültede ortopedi ve travmatoloji uzmanı (1990) oldu. Akademik hayatına Selçuk Üniversitesi'nde başladı. 1995'de doçent, 2001'de profesör oldu. Selçuklu Tıp Fakültesi'nin kurucu dekanlığını yaptı. 3 yılı aşkın süreyle Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürü olarak görev yaptı. Halen Tıpta Uzmanlık Kurulu Üyesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığı Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi olan Dr. Kapıcıoğlu, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne Haziran'da (2014) sunulan kanun tasarısında 2809 sayılı Yükseköğretim Kurumları Teşkilatı Kanununa eklenen bir madde (Ek Madde 157) ile İstanbul'da "Türkiye Sağlık Bilimleri Üniversitesi" adıyla yeni bir devlet üniversitesi kurulması öngörülmüştür. Yeni kurulması planlanan bu üniversite tıp fakültesi, sağlık bilimleri fakültesi ve sağlık bilimleri enstitüsünden oluşmaktadır. Bu üniversitenin yönetimi 2547 sayılı YÖK Kanunu'ndaki organlara ilave olarak bir mütevelli heyeti marifetiyle sağlanacaktır. Bu heyet Sağlık Bakanının başkanlığında sağlık müsteşarı, rektör, Sağlık Bakanının seçeceği bir üye ve YÖK'ün seçeceği bir üyeden oluşmaktadır.

Böylece ilk defa sadece tıp ve sağlık eğitimine odaklanmış tematik bir devlet üniversitesi kurulmuş olacaktır. Kurulma gerekçelerinde yer alan hususlar ise ayrıca önem arz etmektedir. Kanun taslağında öngörüldüğü üzere Sağlık Bakanlığına bağlı mevcut eğitim ve araştırma hastanelerinin alt yapı ve personel imkânları kullanılacağından bu hastanelerde çalışan ve akademik ilerlemelerinin önünde engeller bulunan eğitim kadrolarının akademik unvan ve özlük haklarının iyileştirilmesi, uzmanlık eğitiminin niteliğinin artırılması ve kurulacak şehir hastanelerinin nitelikli

akademik kadro ile desteklenmesi başlıca gerekçelerdendir.

Henüz taslak olmasına rağmen böyle bir üniversite tahayyülü ziyadesiyle heyecan vericidir ve bu yapısal modeli tıp ve sağlık eğitimi açısından çok önemsediyimi belirtmek isterim. Bugün 1500 civarındaki eğitim görevlisiyle 59 eğitim ve araştırma hastanesi, sağlık eğitiminde ciddi bir potansiyele sahiptir. Türkiye Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile bu potansiyel nitelik olarak sıçrama gösterecektir. Öncelikle eğitici kadrolarının akademik olarak değerlendirilmesi başlı başına bir motivasyon kaynağı olacaktır. Ayrıca bu hastaneler sadece tıpta uzmanlık eğitiminde değil hekim ve diğer sağlık personeli eğitimlerinde daha aktif olarak kullanılacaktır. Bunların yanı sıra araştırma alanında da nitelik ve nicelik olarak artış beklenen bir sonuç olacaktır.

Bugün 10'u aşkın devlet tıp fakültesi ile eğitim ve araştırma hastanelerinin ve hatta devlet hastanelerinin afiliasyonu yürütülmektedir. Bu kanunla eğitim ve araştırma hastanelerinin tamamının bir çeşit afiliasyonu söz konusu olacaktır. Bir üniversitenin birden fazla eğitim ve araştırma hastanesi olması ve bunların farklı şehirlerde bulunması eleştirilebilir. Bu durumun yönetim açısından bazı zorlukları beraberinde getireceği aşikârdır. Ancak buradaki yönetim zorluğu hastanelerin

idaresi açısından değil eğitimin yönetimi açısından olacaktır. Çünkü hastanelerin yönetimi zaten yönetici, başhekim ve diğer müdürler marifetiyle sağlanacaktır. Buradaki zorluk, tek bir tıp fakültesi yönetiminin farklı illerde bulunan 59 ayrı eğitim ve araştırma hastanesindeki tıp ve sağlık eğitimini koordine etmesindeki zorluktur. Bütün muhtemel zorluk ve aksaklıkların izalesi veya en aza indirilmesindeki kritik nokta eğitici kadroların çok iyi planlanmasıdır. Bu planlama yapılırken hastane rolleri ve kapasiteleri dikkate alınmalıdır. Kliniklerin sağlık hizmet sunumu ve eğitim açısından gerek duydukları personel kadroları nicelik ve nitelik açısından belirlenmelidir. Olması gerekenden az personel nasıl eğitim ve sağlık hizmet sunumunda aksamalara yol açarsa gerekenden fazla personel planlaması da aynı şekilde aksamalara yol açacaktır. Eğitim ve sağlık hizmet sunumunda norm kadro uygulamasına ait mevzuat bu kanunun yasalaşmasıyla eş zamanlı olarak yürürlüğe sokulmalıdır. Böylesine bir norm kadro çalışmasına mevcut üniversite hastaneleri için de ihtiyaç vardır. Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezleri için yapılacak bir norm kadro çalışması, bu kurumlarda görev alacak tıp fakültesi öğretim üyelerinin yurt genelinde daha dengeli bir şekilde dağılmasına sebep olacak ve özellikle yeni kurulan tıp fakül-



telerinin istikrarlı bir şekilde gelişmesinin önünü açacaktır.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun yurt dışında hastane işletme tecrübesi kurulacak olan bu üniversitenin imkânlarıyla birleştiğinde yurt dışında tıp fakültesi ve sağlık bilimleri fakültesi kurma imkânı ve hakkı doğması ise bu tasarının bir diğer önemli yanıdır. Birleşmiş Milletlerin kabul ettiği resmi dillerde de eğitim verme hakkı söz konusudur. Bu durum Türkiye'nin yurt dışı ülkelerde sağlık hizmet sunumu ve sağlık eğitimi alanında üstlenmiş olduğu misyona çok uygun olup 2023 vizyonu için gerekli bir yapı oluşturacaktır.

Bu tasarının en dikkat çekici özelliklerinden biri ise mevcut devlet üniversitelerinde olmayan bir yönetim modelinin kurgulanmış olmasıdır. Bu modelde vakıf üniversitelerinde olduğu gibi rektör ve öğretim üyesi atamalarında yetkili olan bir mütevelli heyeti öngörülmüştür. Mütevelli Heyetin yapısına bakıldığında yönetimde Sağlık Bakanlığı'nın ağırlığı olduğu görülmektedir. Bu durum eleştiriye açık olmakla birlikte vakıf üniversitelerinde işleyen bir sistemin sağlık temalı bir devlet üniversitesinde Sağlık Bakanlığı ağırlığı ile yürütülmesinde bir beis olmadığını düşünüyorum. Bu şekildeki bir modelin devlet üniversiteleri için güzel bir örnek teşkil etmesi söz konusu olabilir. Hâlihazırda devlet üniversitelerindeki rektörlük seçimleri, öğretim üyeleri arasında kalıcı bölünmelere yol açmakta ve üniversite kurumunu işlemez hale getirmektedir. Belki bu model sayesinde üniversitelerdeki rektörlük seçim sisteminden vazgeçilebilir. Devlet üniversitelerinin tamamında rektörlük seçimleri kaldırılarak yönetimde mütevelli heyet tesisi uygun bir gelişme olacaktır. Bu vesileyle hatırlatmak isterim ki 1981 yılında

kabul edilen 2547 Sayılı YÖK Kanununda rektör seçimi yoktu ve rektörler atamaya göreve gelmekteydi. 7 Temmuz 1992 tarihinde 2547 Sayılı Kanunda yapılan bir değişiklikle rektör atama düzeninden vazgeçilerek seçim sistemi getirilmiş ve bunun üzerine o zamanki YÖK Başkanı Prof. Dr. İhsan Doğramacı bu değişikliğin doğru olmadığını düşünerek 10 Temmuz 1992 tarihinde yani kanunun yayımından üç gün sonra başkanlık görevinden istifa etmiştir.

Yine bu tasarı sebebiyle geçmişte kalan buna benzer bir modellemenin akıbetini de hatırlatmak isterim. 9 Nisan 1991 tarihli Resmi Gazetede 3708 numaralı bir kanun yayınlanır ve bu kanunla 2547 sayılı kanuna bir madde eklenir (Ek Madde 19). Bu maddeye göre YÖK'ün olumlu görüşü alınmak suretiyle ve Milli Eğitim Bakanlığının önerisi üzerine uygun görülen üniversitelere Bakanlar Kurulu kararıyla özel statü verilebileceği belirtilmektedir. Ayrıca bu kanuna göre özel statü verilecek üniversitenin 9 kişilik üst yönetim kurulu tarafından yönetilmesi öngörülmüştür. Bu kurulun görev ve yetkileri de 4 Temmuz 1991 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan yönetmelikle belirlenmiştir. Ancak Anayasa Mahkemesi 29 Haziran 1992 gün ve 1992/42 No'lu kararı ile bu yasa iptal etmiş ve gerekçeli karar 31 Mart 1993 tarihli Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Bu iki model arasında yönetim modellerinde benzerlik olmasına rağmen üniversitenin kuruluşu açısından ciddi farklılık söz konusudur.

Son söz

Türkiye'de ilk tıp fakültesi için inşa edilen ve 1903 yılında açılan Haydarpaşa Yerleşkesinin Türkiye Sağlık Bilimleri Üniversitesi'ne tıp fakültesi olarak tahsisinin de çok anlamlı olduğunu düşünüyorum

Bugün 1500 civarındaki eğitim görevlisiyle 59 eğitim ve araştırma hastanesi, sağlık eğitiminde ciddi bir potansiyele sahiptir. Türkiye Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile bu potansiyel nitelik olarak sıçrama gösterecektir. Öncelikle eğitici kadrolarının akademik olarak değerlendirilmesi başlı başına bir motivasyon kaynağı olacaktır Umarım kısır çekişmelere kurban olmadan bu tasarı yasalaşır ve örnek bir model olarak ülkemizin sağlık sisteminin gelişmesine katkı sağlar.

ve Yüce Mecliste son hali verildikten sonra bu kanunun en kısa sürede yasalaşmasının ülkemiz açısından son derece önemli olduğunu belirtmek istiyorum. Umarım kısır çekişmelere kurban olmadan bu tasarı yasalaşır ve örnek bir model olarak ülkemizin sağlık sisteminin gelişmesine katkı sağlar. Bu tasarı ile ilgili hissettiklerimi iki kelimeyle özetlemek gerekirse yazımın içinde belirttiğim gibi "heyecan verici".

Türkiye Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Prof. Dr. Muhammet Güven



1966 yılında Konya'da doğdu. İlk, orta ve liseyi Konya'da tamamladı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1989 yılında mezun oldu. İç Hastalıkları uzmanlığını Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı (1995). Aynı üniversitede 2000 yılında doçent, 2006'da profesör oldu. Başhekim yardımcısı, işletme müdürü ve başhekim olarak görev yaptı. 2010 yılından beri Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapan Dr. Güven, aynı zamanda Tıp Dekanları Konseyi Yürütme Kurulu Dönem Başkanı'dır. Dr. Güven evlidir ve 5 çocuk babasıdır.

Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığı'na 11.06.2014 tarihinde "Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı" adı ile bir kanun tasarısı sunulmuştur. Tasarı genel hatları ile ülkemizin gelecekteki tıp ve tıpta uzmanlık eğitimi ile sağlık araştırmalarının yeniden düzenlenmesine yönelik olarak görülmektedir. Yasa Taslağı'nın 35. Maddesi ile Türkiye Sağlık Bilimleri Üniversitesi açılması ve buna bağlı başta tıp fakültesi olmak üzere sağlıkla ilgili fakültelerin kurulması amaçlanmıştır.

Türkiye son yıllarda sağlık alanında çok büyük değişimler yaşamaktadır. Sağlık hizmetlerinde gerek niteliksel gerekse niceliksel değişimler, sağlıkta dönüşümün bir parçası olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlıkta dönüşüm programının öncesinde yatak sayısının nitelik ve sayı olarak düşük olduğu, başta hekimler olmak üzere sağlık meslekleri mensuplarının sayılarının çok yetersiz olduğu bilinmektedir. Bunun neticesi olarak Sağlık Bakanlığı tarafından 2023 hedefleri arasında hekim sayısının 100.000 nüfusa 237 (halen 180 civarında) düşecek şekilde olması ve yatak sayısının gelişmiş ülke standartlarına yaklaştırılması yer almıştır.

Doksanlı yıllardan önce mevcut tıp fakültesi kontenjanlarının alt yapılarında gelişme olmaksızın yükseltilmesi ile hekim sayısının artırılması denendi ise de batı standartlarına ulaşmak için yetersiz kalmasından dolayı yeni tıp fakültelerinin açılmasına yönelenmiştir. 1990 yılından

günümüze her 10 yılda bir tıp fakültesi sayıları neredeyse 2 katına çıkmaktadır.

Avrupa ve OECD ülkelerinde her 1.000.000 nüfusa 0.5-0.6 tıp fakültesi düşmektedir. Avrupa'da Türkiye dışında en fazla tıp fakültesine sahip ülkeler 57 fakülte ile Rusya (nüfus 144 milyon) ve 47 fakülte ile Fransa (70 milyon)'dır. Ülkemizde tıp fakültelerinin sayısının son yıllarda kontrolden çıkması, her kurulan üniversitenin tıp fakültesi açmak istemesi, vatandaşın tıp fakültesi açılması durumunda yeterli düzeyde nitelikli hizmet alacağını düşünmesi, ekonomik ve politik baskılar nedeniyle bugün ülkemizde 1.000.000 nüfusa 1.3-1.4 tıp fakültesi (faal 86, toplam 91) düşmektedir. Herhangi bir planlama yapılmadan ve yeterli hasta portföyü (nüfus, hasta sayısı, çeşitliliği, işlem çeşitliliği) araştırılmadan açılan tıp fakülteleri, gerekli alt yapı ve hastane olanakları sağlanmadan kaderleri ile baş başa bırakılmıştır. Bugün neredeyse her şehrimizde bir veya birden fazla tıp fakültesi yer almakta, ancak çoğunda öğretim üyesi (özellikle temel bilimlerde), uzman ve/veya sağlık hizmeti ve eğitimde kullanılabileceği hastane olanakları bulunmamaktadır. Bir kısmı yıllarca başka fakülteler bünyesinde öğrenci kabul etmektedir. Bir taraftan özellikle pratisyen hekim ihtiyacının fazla olduğu, uzman bakımından birçok alanda hekim ihtiyacının kalmadığı vurgulanırken; pratisyen yetiştirecek fakülteler için hastane yapılması yerine ihtiyaç kalmadığı söylenen uzmanları yetiştirmek üzere çok sayıda Eğitim Araştırma Hastanesi açılmıştır. Bu haliyle tıpta uzmanlık eğitimi veren kurum sayısı her 1.000.000 nüfus için 2.0'ye ulaşmıştır.

Gelişmiş ülke istatistikleri incelendiğinde her 10.000 nüfus başına 50-55 hasta yatağı düştüğü görülmektedir. Ülkemizde bu rakamın 25-26 olduğu Sağlık Bakanlığı istatistiklerinde belirtilmiştir. Bu rakamlar batı ülkeleri standartlarında yatak sayısına ulaşabilmemiz için mevcut yatakların 2 katına çıkması gerektiğini göstermektedir. Ancak ülkemiz için hedefin 32 olduğu yine Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı'nda dile getirilmiştir. Bu hedefe ulaşmak amacıyla hem Sağlık Bakanlığı tarafından çok sayıda yatırım yapılmış veya planlamalara uygun olarak devam etmektedir. Hem de özel sektör bu konuda teşvik edilmektedir. Ne yazık ki bu süreçte kontrolsüz açılan tıp fakülteleri, hastane açtırılmayarak kontrol altına alınmaya çalışılmıştır. Tıp fakültesi bir ülke için ihtiyaç olabilir ve bu amaçla açılabilir. Ancak Eğitim Araştırma Hastanesi bir gereksinim değildir. Buna rağmen tıp fakültelerinin hastaneye kavuşturulması yerine Eğitim Araştırma Hastanesi açılması tercih edilmiştir. Tıp fakülteleri ise iş birliğine zorlanmıştır. Tamamen hizmet ve hacim ağırlıklı çalışan bu hastanelerin başta lisans olmak üzere sağlık eğitiminde ne kadar katkı sağlayabileceğini tahmin etmek zor değildir. Başarılı olduğu belirtilen örnekler ise hizmet başarısını göstermektedir. Yani EAH'lerinin nasıl başarılı bir tıp fakültesi hastanesine dönüştüğü değil, tıp fakültelerinin iş birliği ile nasıl daha çok hasta baktıkları, nasıl kazandıkları örnek verilmektedir.

Ülkemizde 40'ın üzerinde ilde 10.000 kişiye düşen yatak sayısı ülke ortalamasının altında, önemli bir kısmında ise 20'nin altındadır. Yine bu illerin çoğunda ya da yakınında hastanesi



olmayan veya yetersiz tıp fakülteleri mevcuttur. Bu tıp fakültelerinde diğer bir önemli husus ise öğretim elemanı eksikliğidir. Maalesef EAH'lerinde akademik yükselme bekleyen eğiticilerin bu üniversitelerde istihdam edilip ihtiyacın karşılanması yerine, bu üniversitelerin kadroları yükselme için kullanılıp kişiler tekrar EAH'lerine görevlendirilmektedir. Buda başka bir tezat oluşturmaktadır.

Sağlıkta Dönüşümün dile getirilen önemli hedeflerinden birisi de kısaca "herkes için sağlık" olarak özetlenen nitelikli sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması, hastaların il il dolaşmadan sorunlarının yerinde çözülmesidir. Kontrolsüz çoğalan tıp fakülteleri bu noktada bir fırsat olarak görülebilirdi. Bu fakültelelere hastane yapılması hem orada öğretim elemanı istihdamını sağlayacak, hem de nitelikli sağlık hizmetinin götürülmesi ile büyük illerdeki hasta yığılması ve daha da önemlisi hasta çilesini bitirecekti. Ancak zaman içerisinde hedeflerin değiştiği görüldü. Yatak sayısı 20 hatta 10'un altında olan illere yatırım yapmak yerine, zaten yatak sayısı ortalamanın üstünde ve hatta hedefe yakın veya üstünde olan, hastaların başka illerden gelerek çileler çektiği büyük illere yerleşke hastaneler yapılmaya başlandığı görüldü. Buna son zamanlarda büyük yatırım projeleri ile destekleneceği belirtilen devasa fakülte projelerinin de eklenmesi ile diğer illerdeki fakültelerin gelişme ve yatırım ümitlerinin tamamen ortadan kalktığı, hatta içlerinde gelişmiş olanların da giderek gerileyeceği bir sürece doğru sürüklendiğimiz anlaşılmaktadır. Bu projelerden sadece birisi için ön görülen yatırımlarla belki de diğer yetersiz imkânlarla sahip il ve fakültelerin tamamının sorunları çözülebilirdi.

Son 2 yıldır 12.000'lere ulaşan tıp fakültesi kontenjanları ve başta hemşirelik olmak üzere doygunluğa ulaşan yardımcı personel öğrenci kontenjanları

ile 2023 hedeflerine ulaşmak mümkün hale gelmiştir. Her yıl açılan kontenjan artan nüfusla kıyaslandığında her yeni 58 birey için 1 hekim anlamına gelmektedir. Üniversite sınavlarına giren her 163 kişiden biri tıp fakültesine yerleştirilmektedir. Bu noktada yeni fakülte açılmaması, kontenjanların giderek azaltılması ve hatta küçük fakültelerin kapatılması gerektiği, aksi takdirde 2030'lu yıllarda çok sayıda işsiz hekimin olacağı Bakanlık tarafından da dile getirilmektedir. Benzer şekilde mevcut tıp fakültelerinin ülke ihtiyacı olan uzman hekimleri yetiştirecek kapasitede olduğu, hatta çoğu zaman asistan bulamadığı, buna karşılık Eğitim Araştırma Hastanesi açılmaya devam edildiği anlaşılmaz bir tezat olarak karşımıza çıkmaktadır. Burada önemli bir husus üniversitede alınması gereken akademik unvanlardan doçentliğin Eğitim Araştırma Hastaneleri'nde de alınması ve burada görev yapan eğiticilerin özlük hakları ve profesör olmak için üniversite kadrosuna geçmek istemesidir. Bunun dışında yeni tıp fakültesi ve Eğitim Araştırma Hastanesi açılmasını anlamlı kılaacak hiçbir haklı gerekçe yoktur.

Eğitim Araştırma Hastanelerinde görevli akademik unvana sahip yaklaşık 349 hekimin imzası ile hazırlanan ve mevcut kanun tasarısının hazırlanmasında etkili olan "Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Akademik Personel Sonuç Bildirgesi (8 Haziran 2013)"nde sorunları şu şekilde sıralayabiliriz:

- Akademik kimlik sorunu, tanımlanması, akademik yükselmenin önünün açılması
- Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan doçent ve profesörlerin üniversitede çalışan doçent ve profesörlere göre özlük haklarının eksik olması
- Doçentlik jürilerinde Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerindeki profesörlerin yer almaması

Ülkenin hukuk hizmetlerini Adalet Bakanlığı veriyor diye hukuk fakültelerini Adalet Bakanlığı kurabilir mi? Adalet Bakanlığının merkezi bir hukuk fakültesini mahkemelerle ilişkilendirmesi Sağlık Bakanlığının üniversite kurması ile benzer bir durumdur. Dünyada örneği olmayan modeller denemektense, bütün dünyada uygulanan sistemlerin geliştirilmesi üzerine enerji sarf edilmelidir.

- Çok sayıda akademik personelin lisans seviyesinde eğitime katılamaması.
- Bu sorunların çözümü için şu öneriler getirilmiştir:
- Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerindeki akademik personelin tümünün kamu üniversitelerinde kadroya alınması, daha sonra kendi kurumlarında görevlendirilmesi
 - YÖK'e bağlı, sağlık bakanlığı tarafından yönetilecek enstitü kurulması.
 - Yukarıda belirtilen sorunların ilgili kurumlarca çözülmesini sağlayacak şekilde alternatif mevzuat düzenlemelerinin yapılması.

Aslında girişte bahsedilen Kanun Tasarısının arka planında yatan gerçeğin EAH'lerinde bulunan eğiticilere akademik unvanın yolunu açmak olduğu apaçık görülmektedir. Bu eğiticiler tarafından getirilen "Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerindeki akademik personelin tümünün kamu üniversitelerinde kadroya alınması, daha sonra kendi kurumlarında görevlendirilmesi ve YÖK'e bağlı, sağlık bakanlığı tarafından yönetilecek enstitü kurulması." şeklindeki önerinin de eğitimin, akademik heyecanın amaç değil bir araç olduğu, amacın ise akademik unvan olduğunu göstermektedir.

Mevcut tasarıdan önce Bakanlık yetkilileri tarafından hazırlanmış olan "Türkiye Yüksek Sağlık Enstitüsü Kurulması Hakkında Teklif" in ön taslak

metninde gerekçe kısmında yer alan "Tıpta uzmanlık eğitiminin temel anlamda mesleksi eğitim olduğu ve usta-çırak ilişkisi bağlamında gerçekleştiği göz önüne alındığında Sağlık Bakanlığı kendi bünyesinde görev yapmakta olan 24.819 uzman tabip yönünden sadece 11.569 uzman tabibin görev yaptığı üniversite hastanelerine büyük üstünlük sağlayacaktır. Türkiye Cumhuriyetinin uygulamalı tıp bilimleri nakli konusunda yetişmiş ve ülke çapında yüksek deneyime sahip eğitici kadrosunu içerisinde barındıracak Sağlık Öğretim Kurumunda yetişecek genç bilim adamları Sağlık Öğretim Kurumunun ve mevcut eğitim ve araştırma hastanelerimizin bilim adamı, uzman hekim ve tıbbi personel kadrosunun devamlılığını sağlayacaktır." Organlar kısmında ise "Rektör, dört yıl için Sağlık Bakanı tarafından Cumhurbaşkanının onayı ile atanacaktır." ibaresi Tıp ve Tıpta Uzmanlık Eğitimi bakanlığı ve Bakanlık bürokratlarının tıp fakülteleri ile rekabetini göstermek anlamında manidardır.

Aslında bütün problem Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Eğitimi'ni planlamadaki rolünün ne olduğu ya da olması gerektiği ile ilgilidir. Bu konu genellikle üzerinde çok durulmayan ve 2547 Sayılı Kanundaki bir maddede dayalı olarak var olduğu kabul edilen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu gerçekten böyledir?

Konunun tam olarak anlaşılabilmesi için Anayasa ve ilgili mevzuata bakmak gerekir. Sağlık Bakanlığı sağlık eğitimi ile ilgili düzenlemeleri genellikle 2547 sayılı yasanın 3. Maddesinin t) fıkrasının (3) nolu bendi ile 1219 sayılı kanunun 2, 3 ve diğer bazı maddelerine dayanarak aldığı yetki ile yapmaktadır. 2547 sayılı yasanın 3. Maddesinin t) fıkrasının (3) nolu bendi Tıpta Uzmanlığı bir yükseköğretim olarak tanımlamaktadır. T.C. Anayasasının 131. Maddesi "Yükseköğretim kurumlarının öğretimini planlamak, düzenlemek, yönetmek, denetlemek, yükseköğretim kurumlarındaki eğitim-öğretim ve bilimsel araştırma faaliyetlerini yönlendirmek bu kurumların kanunda belirtilen amaç ve ilkeler doğrultusunda kurulmasını, geliştirilmesini ve üniversitelere tahsis edilen kaynakların etkili bir biçimde kullanılmasını sağlamak ve öğretim elemanlarının yetiştirilmesi için planlama yapmak" ifadesi ile burada sayılan tüm yetkileri YÖK'e vermiş, yine Anayasasının 130. Maddesinde 2547 sayılı yasaya atıfta bulunurken Burada atıfta bulunurken yetki devrinden bahsedilmemiştir. Bu nedenle 2547 sayılı yasada tıpta uzmanlık eğitiminin düzenleme yetkisinin Sağlık Bakanlığı'na verilmesi anayasaya uygun değildir. Benzer şekilde anayasanın 132. Maddesi ile özel hükümlere tabii olan yükseköğretim kuruluşları tanımlanırken Sağlık Bakanlığı ve EAH'ne atıfta da bulunulmamıştır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı

tarafından tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili olarak çıkarılan mevzuatlar, EAH açılması, eğitici görevlendirmeleri ve uzmanlık eğitimi verilmesi de anayasaya aykırıdır.

Danıştay Birinci Dairesinin bu konuda verdiği kararda (E:2005/534; K:2006/545) "Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 11 nci maddesinde, Anayasa hükümlerinin, yasa, yürütme ve yargı organlarını, idare makamlarını ve diğer kuruluş ve kişileri bağlayan temel hukuk kuralları olduğu, kanunların Anayasaya aykırı olmayacağı, 131 inci maddesinin birinci fıkrasında, Yükseköğretim Kurulu kurulacağı, aynı maddenin üçüncü fıkrasında, Kurulun teşkilatı, görev, yetki ve sorumluluğu ve çalışma esaslarının kanunla düzenleneceği, 177'inci maddesinin (e) bendinde, Anayasanın halkoylaması sonucu kabulünün ilanı ile birlikte yürürlüğe girecek hükümleri ve mevcut ve kurulacak kurum, kuruluş ve kurullar için yeniden kanun yapılması veya mevcut kanunlarda değişiklik yapılmasını gerekiyorsa bunlara ilişkin işlemlerin mevcut kanunların Anayasaya aykırı olmayan hükümlerinin veya doğrudan Anayasa hükümlerinin, Anayasasının 11 inci maddesi gereğince uygulanacağı hükme bağlanmıştır." , "2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun amacının, yükseköğretimle ilgili amaç ve ilkeleri belirlemek ve bütün yükseköğretim kurumlarının ve üst kuruluşlarının teşkilatlanma, işleyiş, görev, yetki ve sorumlulukları ile eğitim-öğretim, araştırma, yayım, öğretim elemanları, öğrenciler ve diğer personel ile ilgili esasları bir bütünlük içinde düzenlemek olduğu" "aynı maddenin (t) bendinde, lisansüstünün, yüksek lisans, doktora, tıpta uzmanlık ve sanatta yeterlik eğitimi kapsayacağı, tıpta uzmanlığın ise, Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen esaslara göre yürütülen ve tıp doktorlarına belirli alanlarda özel yetenek ve yetki sağlamayı amaçlayan bir yükseköğretim olduğu, Kanunun 6 ncı maddesinde de, Yükseköğretim Kurulunun, tüm yükseköğretimi düzenleyen ve yükseköğretim kurumlarının faaliyetlerine yön veren, bu Kanunla kendisine verilen görev ve yetkiler çerçevesinde özerkliğe ve kamu tüzelkişiliğine sahip bir kuruluş olduğu belirtilmiştir."

"Bu dosyada incelenen Tıpta Uzmanlık Tüzüğü Tasarısının genel gerekçesinde, gerek 1219 sayılı Kanunun 9 uncu maddesi uyarınca, gerekse de 2547 sayılı Kanunun 3 üncü maddesinin (t) bendi uyarınca tıpta uzmanlığı düzenleme konusunda yetkili otoritenin Sağlık Bakanlığı olduğu ileri sürülmekteyse de, 2547 sayılı Kanunun 1219 sayılı Kanundan sonra yürürlüğe girdiği, 1219 sayılı Kanunda tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili düzenleme bulunmadığı, 2547 sayılı kanunun tıpta uzmanlık eğitimi lisansüstü bir yükseköğretim olarak nitelediği, 2547

sayılı Kanundan sonra yürürlüğe giren 1982 Anayasasının 131 inci maddesini ise yükseköğretimi düzenlemek ve yükseköğretim kurumlarının faaliyetlerine yön vermek konusunda Yükseköğretim Kurulunu yetkili saydığı dikkate alındığında, tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili düzenleme yapma yetkisinin sadece Sağlık Bakanlığına ait olduğunun kabulü mümkün değildir. Kaldı ki, üniversitelerin tıp fakültelerince de verilen uzmanlık eğitiminde Sağlık Bakanlığını tek düzenleyici kurum olarak kabul etmek, gerek 1982 Anayasasına, gerekse 2547 sayılı Kanuna aykırılık teşkil eder. 1982 Anayasasının yükseköğretimle ilgili hükümleri ile 177'inci maddesi hükmü göz önüne alındığında, 2547 sayılı Kanunun 3 üncü maddesindeki tıpta uzmanlığın, Sağlık Bakanlığınca düzenlenen esaslara göre yürütüleceğine ilişkin düzenlemelerde, Anayasasının yükseköğretimle ilgili hükümlerine uygunluk sağlanması amacıyla yasal değişiklik yapılması gerektiği sonucuna ulaşılmaktadır"

Bu durum Anayasa'nın 130 ve 131. maddeleriyle bağdaşmadığı gibi, "Hiçbir kimse veya organ kaynağını Anayasa'dan almayan bir devlet yetkisini kullanamayacağını" belirten Anayasa'nın 6. maddesine de aykırı düşmektedir. Aynı zamanda bu durum demokratik hukuk devleti anlayışı ile bağdaşmadığı için, Anayasa'nın 2. maddesine de aykırı olmaktadır." Denilmiştir.

Tüm bunları bir arada değerlendirdiğimizde yasanın görünüşte YÖK'e bağlı, gerçekte ise Bakanlığa bağlı bir üniversite kurmak suretiyle dayanağını Anayasadan almadan açılan EAH'leri ve burada yapılan Eğitici atamaları ile uzmanlık eğitimi legalleştirmek amacı güttüğü de söylenebilir. Başka bir neden de işlemediği, işlemeyeceği anlaşılan Kamu Hastaneleri Kurumu'nun da bu şekilde lağvedilmesi veya ikinci basamak hastanelerle sınırlandırılması düşüncesi olabilir mi?

Taslak metinde Üniversitenin mütevelli heyetinin olacağı, Bakanın başkanlık edeceği, 5 üyeden sadece birinin YÖK tarafından belirleneceği belirtilmiştir. Tamamen anayasa ve 2547 sayılı kanuna aykırı olan bu durumun anlaşılabilmesi mümkün değildir. Yine yasa metninde Üniversitenin Eğitim Araştırma Hastaneleri ile protokol yapacağı ve buradaki eğitimcilerin öğretim üyesi kadrolarına atanacağını ima eden ifadeler mevcuttur. Benzer şekilde bu üniversiteye 300 profesör, 1200 doçent kadrosu da tahsis edilmiştir. Yasada temel bilimler öğretim üyelerine farklı muamele edilmesi de eğitime bakışı net olarak ortaya koymaktadır.

Net olarak söylemek gerekirse; Ülkemizin

böyle devasa bir üniversiteye ihtiyacı yoktur. Mevcut tıp fakülteleri gerek pratisyen, gerekse uzman yetiştirmek için fazlasıyla kapasiteye sahiptir. Böyle bir yapı kaynakların gereksiz yere kullanılması, mevcut fakültelerin gerek personel gerekse alt yapı gereksiniminin karşılanmayarak geri bırakılması, eğitim ve araştırmanın kalitesizleşmesi, akademik unvanların değersizleşmesine neden olacaktır. Kaldı ki tamamen Bakanlığa bağlı, siyasallaşma potansiyeli yüksek, suiistimale açık bir üniversite, üniversite kavramına ve bilimsel özerkliğe de aykırıdır. Ayrıca üniversite için öngörülen idari mekanizmalar da Anayasada devlet üniversiteleri için ön görülen yapıya uymamaktadır. Kaldı ki 50'nin üzerinde hastanenin tek bir fakülte veya üniversite tarafından idaresi mümkün olmayacağından ileride 50 yeni fakülte veya üniversite kurulmasına da neden olabilecektir. Tüm EAH'leri bu üniversiteye bağlarsa halen işbirliğinde olan fakültelerin durumu ne olacaktır?

Dünyada halen benzeri bir örnek yoktur. 2001 yılında İngiltere'de NHS (National Health Services) tarafından benzeri bir üniversite (NHSU) kurulmuş, ancak 2005 yılında sistemin iflas etmesi nedeniyle kapatılmak zorunda kalınmıştır. NHSU kurulurken dönemin Başbakanı Tony Blair de Sağlık Bakanlığımızınkine benzer gerekçeler öne sürmüş, sonuçta yürümeceğini söyleyenler haklı çıkmıştır.

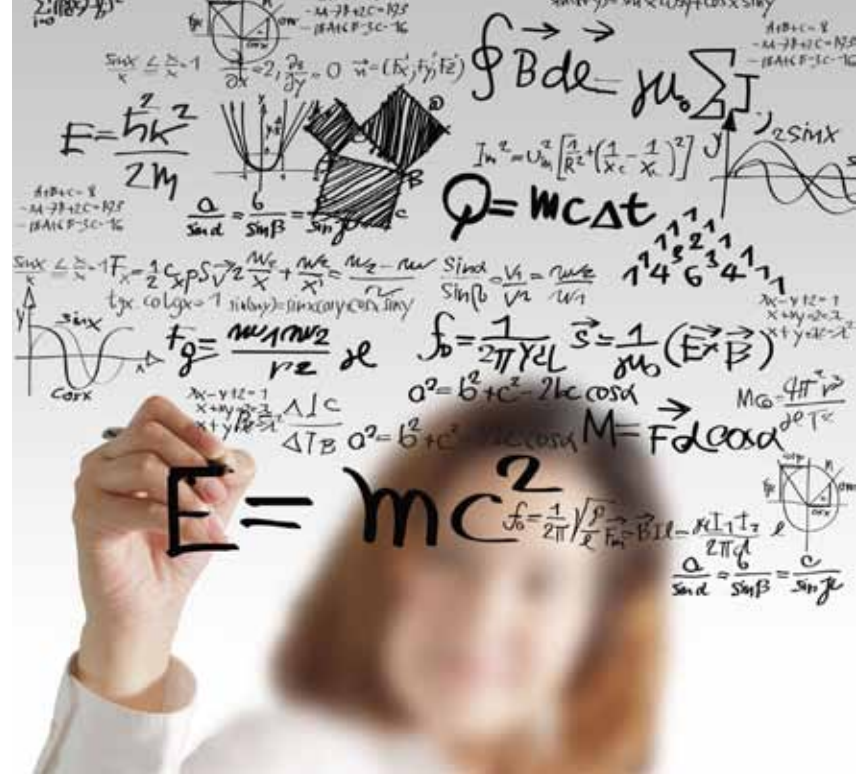
Bunun yerine neler yapılabilir?

1- Yeni tıp fakültesi ve EAH açılmasından vazgeçilmelidir. Mevcut tıp fakülteleri ülkenin uzman ve pratisyen ihtiyacını fazlasıyla karşılayabilir.

2- Halen 86'sı faal 91 tıp fakültesi mevcut olup çoğunluğu başta temel bilimler olarak yetersiz olanaklara sahiptir. Mevcut tıp fakültelerinin yeterli eğitim olanaklarına kavuşturulması, hastanesi olmayan ve ortalama yatak sayısı 20'nin altında olan illerdeki tıp fakülteleri için hastane yapılması; yatak sayısı yeterli olan illerde hastanesi olmayan fakültelerin eğitimi öncelikleyen bir şekilde birlikte kullanıma geçirilmesi, gelişime uyun olmayan fakültelerin kapatılması,

3- Ortalamanın üzerinde yatak sayısına sahip illerde yeni fakülte ve hastane yapımından vazgeçilmesi gerekir. Hastane yatakları nitelik açısından iyileştirilebilir.

4- Öğretim üyeliği Anayasada kendine özgü önem ve değerinde bir meslek olarak tanımlanmıştır. Bu güne kadar uygunsuz bir şekilde üniversite dışında da akademik unvanlar verilmiş, unvan alanlar üst unvanlara yükseltilmek için arayışlara girmişlerdir. Bu nedenle öncelikle akademik unvanların üniversiteler dışında alınamaması ve kullanılamaması



yönünde düzenleme yapılması gerekir.

5- EAH'lerine bir daha eğitici ve başa-
sistan kadroları açılmamak koşulu ile
halen EAH'lerinin kadrolarında bulunan
profesör ve doçent unvanına sahip
eğiticiler kendi illerindeki fakültelerin
diğer öğretim üyelerinin atanmasında uy-
guladığı ölçütleri sağlamak ve fakültenin
ilgili anabilim dalındaki eşdeğer unvanlı
öğretim üyesi sayısının 1/3'ünden fazla
olmamak üzere bu fakültelere alınabilir.
Bu şartları sağlayamayanların yetersiz
ve gelişmekte olan illerdeki tıp fakültesi
kadrolarına ön koşulsuz ve ihtiyaç kadar
sayıda atanması yapılabilir. Bunu kabul
etmeyenlerin kadroları EAH'lerinde
kalmak kaydı ile üniversitedeki eşdeğer
kadroların özlük haklarına kavuşturulması
sağlanabilir.

6- EAH'lerinde doçent kadrosunda
bulunanların tıp fakültelerindeki profesör
kadrolarına yükseltilmesinde ise tıp
fakültesinin atama kurallarına tabi olarak
atamaları yapılabilir.

7- Mevcut EAH'lerinden tıp eğitimine
uygun olanlar tamamen tıp fakültelerine
devredilmeli, uygun olmayanlar devlet
hastanesine dönüştürülmelidir.

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
(TÜSEB) ile birlikte değerlendirildiğinde
Türkiye Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Sağlık Bakanlığına hizmet, denetleme,
akredite etme, bilim üretme, lisans ve
lisansüstü eğitim yetkisi vermek anla-
mına gelmektedir; ülkenin tıp ve sağlık
eğitimine büyük olumsuzluklara neden
olacaktır. Sağlık Bakanlığının eğitim
dahil tüm sağlık alanında TEKEL olması
çok yakın gelecekte ülkemizde sağlık
alanında telafisi imkansız durumların
oluşmasına neden olacaktır.

Mesleğini iyi icra etmek akademik
unvan vermeyi gerektirmez. Akademik
unvan, üniversite ortamında aktif çalış-
ma (eğitim, araştırma, sağlık hizmeti)

döneminde kullanılır. Nitekim Danıştay,
Yargıtay, Anayasa Mahkemesi kararları
hukuk fakültelerinde örnek kararlar olarak
okutuluyor diye bu mahkemede çalışan
üst düzey yargıçlara akademik unvan
verilmesi istenebilir mi? Ülkenin hukuk
hizmetlerini Adalet Bakanlığı veriyor
diye hukuk fakültelerini Adalet Bakanlığı
kurabilir mi? Adalet Bakanlığının merkezi
bir hukuk fakültesini mahkemelerle
ilişkilendirmesi Sağlık Bakanlığının üni-
versite kurması ile benzer bir durumdur.
Dünyada örneği olmayan modeller de-
nemektense, bütün dünyada uygulanan
sistemlerin geliştirilmesi üzerine enerji
sarf edilmelidir. Üniversiteler ülkelerin
geleceğidir. Dünyada üniversiteleri
gelişmemiş, ancak kendisi gelişmiş
veya üniversiteleri gelişmiş kendisi geri
kalmış ülke yoktur. Üniversiteler ise
tarihsel süreçte gelişir; arkasındaki güçle
değil. Biz yeni kurulan bir devlet değiliz.
Hiçbir kurumumuz ve geçmişleri yokmuş
gibi davranamayız. Her şeyi sil baştan
kuramayız. Mevcudu geliştirmek yerine,
yeni maceralara da atılamayız. Gelişmiş
ve nesillerine iyi bir Türkiye bırakmak
için önceliğimiz tüm üniversitemizin
geliştirilmesi olmalıdır. Devlet desteği
ve stratejisi olmadan bu sağlanamaz.
Devletin enerjisini bu yönde kullanalım.
Bu yazı çıktığında, yasanın çıkmamış
olduğu ümidiyle...

Kaynaklar

1) Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Akademik
Personel Sonuç Bildirgesi (8 Haziran 2013)

2) <http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS> (erişim tarihi 17-07-2014)

3) <http://www.iime.org/database/europe> (Erişim
Tarihi: 17.07.2014)

4) http://news.bbc.co.uk/news/vote2001/hi/english/newsid_1344000/1344141.stm (Erişim Tarihi:
21.07.2014)

5) Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017

6) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012

7) Türkiye Yüksek Sağlık Enstitüsü Kurulması
Hakkında Teklif

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı bünyesinde Ulusal Kansere Enstitüsü ve dünya örnekleri kıyaslaması

Doç. Dr. Murat Gültekin



1977'de Sivas'ta doğdu. Hacettepe Üniversitesi İngilizce Tıp Fakültesi'nden 2001 yılında derece ile mezun oldu ve aynı yıl Tıpta Uzmanlık Sınavı'nda Türkiye'de ilk ona girerek Hacettepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nı kazandı. 2009 yılında Avrupa Birliği Akredite Jinekologları arasına girdi ve aynı yıl Kansere Daire Başkanlığında göreve başladı. 2012 yılında doçent oldu. Halen Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Öğretim Üyesi ve Kansere Daire Başkanı olarak çalışmaya devam etmektedir. Avrupa Genelinde Genç Jinekolog Onkologlar Derneği'nin (European Network of Young Gyn Oncologists) kurucu başkanıdır (2007-2011). Avrupa Birliği Jinekolojik Onkoloji Derneği (European Society of Gynaecological Oncology) yönetim kurulu üyesidir (2011-halen). Uluslararası Kansere Araştırma Ajansı (IARC) bilimsel komitesi üyesidir.

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı ülkemizde sağlık alanında var olan araştırma eksikliklerinin tamamlanması amacıyla kurgulanmıştır. Sağlık bilimleri ve teknolojileri alanında ülkeye ve insanlığa hizmet etmek amacıyla; Türkiye'nin rekabet gücünü arttırmak ve sürekli kılmak, kalkınma planı hedefleri ile Bilim ve Teknoloji Yüksek Kurulu'nun belirlediği öncelikleri de dikkate alarak ülkemizin ileri teknoloji, know-how ve inovasyon ihtiyacını karşılamak, yeni ürünleri üretimini, var olanların geliştirilmesini sağlamak, araştırmacılara bilimsel ortamı sağlamak, kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile işbirliği yaparak bilimsel araştırmalar yapmak, yaptırmak, koordine etmek, teşvik etmek, araştırmalara katkı sağlamak, sağlık bilim ve teknoloji kültürü ile eko sistemlerin geliştirilmesinde öncülük yapmak, sağlık hizmetlerinde Sağlık Bakanlığı adına akreditasyon faaliyetlerini yürütmek ve Türkiye Sağlık Bilimleri Yüksek Teknoloji Kurumu'nun teşkilat ve görevleriyle ilgili esasları düzenlemek üzere kurgulanmıştır.

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı kararlılık düzeyi yüksek bir yönetim ile ülkenin politikaları doğrultusunda çalışacak bilimsel yapının harmonizasyonudur.

Bilimsel yaklaşım, üretim ve ülke ihtiyaçlarının saç ayağı şeklinde yerleştirilmesiyle ortaya çıkacak olan sinerjinin ülkemizi "Orta Gelir Tuzağından" çıkarması beklenmektedir. Kişi başına düşen GSYH bakımından orta gelir düzeyine ulaşmış ülkelerin ve/veya bölgelerin belirli bir gelir bandında sıkışıp kalma, yani "üst gelir" düzeyine geçememe durumu "orta gelir tuzağı" olarak tanımlanmaktadır. Dünya Bankası'nın 2012 yılı Dünya Kalkınma Raporu'ndaki sınıflandırmaya göre, kişi başına yıllık geliri 1.006 – 12.275 Dolar arasında bulunan ekonomiler orta gelirli olarak sınıflandırılmaktadır. Türkiye'de 2008 sonunda 10.444 Dolar olan kişi başına gelirimiz, 5 yılda ancak 338 Dolar artabilmiştir. Yani 5 yılda %3,2'lik bir artış söz konusudur. Bu da Türkiye'nin daha uzunca bir süre orta gelir kategorisinde kalması anlamına gelmektedir. Düşük büyüme hızları Türkiye'nin orta gelir tuzağından kurtulmasına izin veremeyecektir. Bu tuzaktan ancak dünyada gelişen trendleri gözetken, mukayeseli üstünlüğümüz olan katma değeri yüksek ürünlerin önünü açan reformları ve teşvik sistemlerini içeren özellikler taşıyan yeni bir kalkınma stratejisi ile çıkılabilir. Yerli üretimin, çalışmaların ve araştırmaların önünü açacak enstitülerle Dünyada sağlık alanında liderlik iddiasının güçlendirilmesi sağlanacaktır.

Enstitü, Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içerisinde çalışacak, kamu önceliklerini ön plana çıkaran, endüstriyel bağlantıları ile arz talep ilişkisini ön planda tutan, bilim insanı, hasta ve sanayi ve ilaç sektörünü bir araya getiren örnek bir model olabilecektir. Benzer şekilde, pek çok hastane, laboratuvar ve araştırma merkezleri ile hedefe yönelik ve pratik olarak afiliye sistemler ile çalışmasına olanak tanımaktadır.

Neden kansere enstitüsü?

Günümüzde kansere ve bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadeleye yönelik politikalar, uluslararası nitelikli çalışmalarda ve ulusal sağlık politikaları içinde önemli bir başlık haline gelmiştir. Başta kansere olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıkların sıklığı ve ölüm sebepleri arasındaki artış gelecekte 10 yıllık dönemde de toplumların ve hükümetlerin sağlık politikası ve öncelikleri içinde önemli bir konu olmaya devam edeceğini göstermektedir. Nitekim 2011 yılında Birleşmiş Milletler nezdinde yapılan bir toplantı ile tüm dünya ülkeleri bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadele edilmesi için ulusal eylem planları ve strateji dokümanları hazırlayıp uygulaması kararlaştırılmıştır.

Türkiye dünya genelinde pek çok ül-



keden çok daha önce; 2007'li yıllarda itibaren ulusal kanser, tütün ve obezite ile mücadele programlarını başlatmış sınırlı ülkeler arasındadır. Son yıllarda tütün ve kanser kontrol programlarında elde edilen başarılar da uluslararası bilim literatüründe saygınlıkla anılmaktadır. 2002 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ülkemizde sağlık alanında pek çok önemli başarıya imza atılmıştır. Özellikle anne çocuk sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar ile mücadele pek çok önlenebilir ölümün önüne geçilmiş, ortalama yaşam süresi 70'den 75'lere yükselmiştir.

Ülkemizde öncelikler ve değişen yaşam tarzları nedeniyle sağlık politikaları tüm dünyada olduğu gibi bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2014 yılı Şubat ayında yayımlanan kanser istatistiklerine göre, tüm dünyada kanser ne yazık ki birinci sırada ölüm nedeni olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2000-2007 arasında kanserden ölen kişi sayısı yaklaşık % 32 oranında artarak 2007 yılında 7,9 milyon kişiye çıkmıştır. Yine aynı rapora göre, 2007 yılında dünyada bütün ölümlerin yaklaşık %13'ü kanserden kaynaklanmıştır. Kanser ölümleri en sık gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan raporda, 2007 yılında yaşanan 7,9 milyon ölümün % 70'i dünya nüfusunun % 80'nin yaşadığı gelişmekte olan ülkelere olduğu tahmin edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2012 yılında yayınlanan tahminlerine göre ise dünyada toplam 14,1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş, bu şekilde kanser artış hızının devam etmesi durumunda dünya nüfusunun artışına ve nüfustaki yaşlanmaya bağlı olarak 2025 yılında toplam 19,3 milyon yeni kanser vakası olacağı belirtilmiştir. Kanserle yaşayan ve kansere yeni yakalanan hasta sayısındaki bu belirgin artış gelecek dönemde tedavi ve bakım maliyetlerinin artmasını da kaçınılmaz olarak beraberinde getirecektir.

Ülkemizde ise halen hem erkeklerde hem de kadınlarda kanserden ölümler 2. sıradadır. Ancak 2002 yılında kansere bağlı ölümlerin %12'lerden 2013 yılına doğru %20'lere yükselmesi göz önüne alındığında ülkemizin de gelişmiş diğer dünya ülkeleri gibi önümüzdeki yıllar içerisinde birinci sıraya yükseleceği açıktır. En güncel verilerimiz ile ülkemizde her yıl yaklaşık 160 bin kişiye kanser teşhisi konulmaktadır. Eğer aldığımız önlemlerde başarılı olamazsak bu rakam, Cumhuriyetimizin 100. yılı olan 2023'te yılda 400 binlere kadar çıkabilir. Hiç şüphesiz ki sosyal, ekonomik ve insan gücü üzerindeki kanserin etkileri düşünüldüğünde bu hastalıkla etkin bir mücadele edilmesi gerekliliği geleceğimiz açısından ne kadar stratejik öneme haiz olduğu bu veriler ile apaçık ortadadır.

Türkiye, AB ülkeleri içinde 3 milyar Avro ile mutlak düzey olarak kansere

Ülkemizde halen hem erkeklerde hem de kadınlarda kanserden ölümler 2. sıradadır. Ancak 2002 yılında kansere bağlı ölümlerin %12'lerden 2013 yılına doğru %20'lere yükselmesi göz önüne alındığında ülkemizin de gelişmiş diğer dünya ülkeleri gibi önümüzdeki yıllar içerisinde birinci sıraya yükseleceği açıktır. En güncel verilerimiz ile ülkemizde her yıl yaklaşık 160 bin kişiye kanser teşhisi konulmaktadır. Eğer aldığımız önlemlerde başarılı olamazsak bu rakam, Cumhuriyetimizin 100. yılı olan 2023'te yılda 400 binlere kadar çıkabilir.

toplamda en fazla harcama yapan ilk altı ülke arasında yer almaktadır. Türkiye'den daha fazla harcama yapan ülkeler sırasıyla Almanya, Fransa, İtalya, İngiltere ve İspanya'dır. Uzun dönemde gerekli önlemler alınmadığı takdirde, kanser Türkiye sağlık sistemi için ciddi bir risk oluşturma potansiyeline sahiptir. Ülkemiz nüfusu her geçen gün yaşlanmaktadır Türkiye'de 2007 yılında toplam nüfus içindeki payı % 25 olan 45+ yaş grubunun, 2020 yılında % 30'a, 2030 yılında ise yaklaşık % 35'e çıkması beklenmektedir. Sağlığa erişimin ve bireysel ve çevresel risk faktörlerinin her geçen gün artmakta olduğu düşünüldüğünde nominal olarak yaklaşık 2.5 milyar ABD Doları düzeyinde olan doğrudan kanser tedavi harcamalarının 2030 yılında en az 3 katına çıkması beklenmektedir.

Türkiye'de uygulanan sağlık politikaları ve bu politikaların sonucu olan harcamaların sunum düzeyi ve kalitesi, insan yaşamının süresini uzatmanın yanı sıra, özellikle önleyici ve erken teşhise yönelik sağlık hizmetleri yoluyla, negatif dışsalıktan azaltmakta ve ekonomik büyümeyi pozitif etkilemektedir. Bununla birlikte kanser hastalığının yaygınlık göstermesi, hastalığın daha çok ilerlemiş evrelerde fark edilmesi, önlemeye yönelik kamusal politikaların ve hizmetlerin yetersizliği, sağlık politikası sonuçlarını, yaşam kaybı, kaliteli yaşam yıllarında azalma gibi konularda, olumsuz etkilemektedir. Ayrıca hastalığın önemli bir ilaç ve tedavi maliyeti gerektirmesi, sağlık sisteminin finansman yapısını uzun dönemde olumsuz yönde etkileyebilecek, ciddi bir risk unsuru haline gelmesine yol açmaktadır. Kanserle etkin mücadele yoluyla bu olumsuzlukların ve risklerin kısa zamanda, en aza indirgenmesi için birçok gelişmiş ülkede olduğu gibi Türkiye'de, bu mücadeleyi yönlendirebilecek etkin bir kurumsal yapıya ihtiyaç duyulmuştur.

Tüm bu gerekçeler çerçevesinde kanserle etkin mücadeleye yönelik olarak kurulacak yeni kurumun ayrı bir tüzel kişiliğe; bilimsel, idari ve malî özerkliğe sahip olması ve kuruluş kanunu hükümleri dışında özel hukuk hükümlerine tabi kurulması öngörülmektedir. Böylece kuruma bürokratik işlemlerin azaltılabilmesi, ulusal ve uluslararası imkânların daha hızlı bir şekilde yönlendirilebilmesi, kurumun merkezi yönetim bütçe gelirleri dışında, kendi gelir kaynaklarına sahip olması, diğer kamu ve özel kurumlar ile daha etkin proje yürütülebilmesi, esnek istihdam olanaklarının sonucu kanser konusunda daha nitelikli elaman istihdamı, gelirlerinin daha etkin değerlendirilmesi imkânları sağlanabilecektir. Diğer bir deyişle öngörülen kurum kanserle mücadelenin daha etkin yapılması için gerekli olan tüm imkânlarla sahip olacaktır.

Dünya örnekleri

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI)

ABD Ulusal Kanser Enstitüsü 1937 yılında yayınlanan yasa ile kurulmuş, 1971 yılındaki yasa ile de görev ve yetki alanları genişletilmiştir. NIH'in yıllık bütçesi 30 milyar Dolar olup, bunun 5 milyar Doları NCI'ya ayrılmıştır. NIH ve bağlı enstitüler, doğrudan hükümete bağlı çalışmakta olup, ana gelir kaynaklarını hükümet tarafından sağlanan ödenek oluşturmaktadır. Bütçesinin yaklaşık %80-90'ı rekabete dayalı hibe programları ile 300.000 araştırmacıya, 2500 üniversiteye destek sağlamaktadır. Yasal olarak bağış almaları yasaktır. Yabancı kurumlar ve uluslararası örgütler (kamuya ait veya özel kâr amacı gütmeyen veya güden kuruluşlar da dahil) araştırma hibelerinin büyük bölümüne başvurabilir.

Ulusal Kanser Enstitüsünün yönetim denetimi President's Cancer Panel (Başkanın kanser paneli), Office of the Director (Direktörün Ofisi) ve National Cancer Advisory Board (Ulusal Kanser Danışma Kurulu) oluşmaktadır ve

- Üniversiteler, hastaneler, araştırma kuruluşları ve iş dünyası tarafından gerçekleştirilen araştırmaların araştırma projeleri ve ortaklık antlaşmaları ile desteklenmesi ve koordinasyonu,
- Enstitüdeki klinik ve laboratuvarlarda araştırma yapılması,
- Temel bilimler ve klinik disiplini konularında eğitimin desteklenmesi,
- Kanser kontrolü konusunda araştırma projelerinin desteklenmesi Kanser merkezleri arasındaki ulusal ağların desteklenmesi,
- Diğer organizasyon ve yerli ve yabancı kurumlar ile araştırma ve eğitim konusunda işbirliği,
- Sanayiye yönelik program tabanlı araştırmaların desteklenmesi ve koordinasyonu,
- Kanserle ilişkin bilginin toplanması ve dağıtılması Kanser araştırmaları için gerekli kliniklerin, laboratuvarların ve diğer birimlerin yapımı için fon sağlanmasından sorumludur.

ABD örneğinde Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü araştırma odaklı enstitüleri bilimsel mükemmellik ve farklı araştırma programlarının entegrasyonu için desteklemektedir. Bu kurum, kanser merkezlerini Klinik Kanser Merkezi, Kanser Merkezi, Tam Kapsamlı Kanser Merkezi olarak farklı gruplarda onaylamaktadır. ABD'de hastalar ve yakınları gittikleri merkezlerin ABD Ulusal Kanser Enstitüsü tarafından onaylanıp onaylanmadığına dikkat etmektedirler.

Kanada Ulusal Kanser Enstitüsü (NCIC)

Ulusal kanser enstitüsü Sağlık Bakanlığı ve Kanser Derneği girişimi ile kanser araştırmaları yapmak amacıyla 1947 yılında kurulmuş, 1988 yılında ise amaçları tanımlanarak günümüzdeki halini almıştır. İlerleyen dönemlerde ise Terry Fox Vakfı da kurum yönetiminde rol almaya başlamıştır. 2000 yılında ise kanserle birlikte 13 farklı enstitü içeren Kanada Ulusal Sağlık Araştırma Enstitüleri yasa ile kurulmuştur. 2009-2010 yılları için yıllık geliri 1 milyar Doların üstünde olup doğrudan hükümete bağlı görev yürütmektedir.

Fransa Ulusal Kanser Enstitüsü (INCa)

Fransa Ulusal Kanser Enstitüsü 9 Ağustos 2004 tarihinde kansere karşı mücadelede eşgüdümlü bir ulusal politikanın sürdürülebilirliğinin sağlanması amacıyla, kamu sağlığı yasası dâhilinde Kanser Planı çerçevesinde Araştırma ve Sağlık Bakanlıklarına bağlı olarak kurulmuştur. Bu kurum kanser üzerine bilimsel ve tıbbi çalışmalar yapan ulusal bir ajanstır. Paydaşları ve kaynakları ortak projeler dâhilinde bir araya getirmek ve harekete geçirmek üzere disiplinler arası bir mantıkla çalışmaktadır. Aynı zamanda halka, hastalara ve profesyonellere uyarlanmış bilgi ulaştırmayı hedeflemektedir. Kurum, Sağlık ve Araştırma Bakanlıklarının vesayeti altında, Fransa'da kansere karşı mücadele paydaşlarını bir araya getirmektedir. Kurumun finans kaynaklarını, Sağlık Bakanlığı ve Araştırma Bakanlığı'ndan aktarılan kaynaklar, döner sermaye ve sosyal güvenlik sisteminden aktarılan kaynaklardan oluşmaktadır.

Kore Kanser Enstitüsü

2001'de devletçe finanse edilen bir kurum olarak kurulan Kore Ulusal Kanser Merkezi (NCC) araştırma, hasta bakımı, ulusal kanserle savaş programlarına destek ve kanser uzmanlarının eğitimi yoluyla Kore'de kanser insidansını ve ölüm oranlarını azaltmayı hedeflemektedir. NCC üç ana bileşenden oluşmaktadır: Araştırma Enstitüsü (RI), Bağlı Hastane (Hastane) ve Ulusal Kanserle Savaş Araştırma Enstitüsü (NCCRI). RI kendi araştırmalarını gerçekleştirmekte ve Kore kanser camiasının araştırma faaliyetlerini kendi bünyesindeki ya da dışarıdaki dönüşümsel araştırmalara odaklanan programlar yoluyla desteklemektedir. Hastanede 6 organ için özelleşmiş merkezler mevcuttur. Tıbbi, cerrahi ve radyasyon onkologları ile onkoloji hemşirelerinin bulunduğu bu her bir merkez hastalara kaliteli kanser tedavi hizmetleri sunmaktadır. NCCRI bir düşünce kuruluşu rolü oynamakta ve devlete kanserle savaş programlarının

oluşturulması, uygulanması ve desteklenmesinde destek olmaktadır.

Japonya Ulusal Kanser Merkezi (NCC)

Ulusal Kanser Merkezi (NCC), 1962'de Tokyo'da kansere karşı ulusal politikanın gerçekleştirilmesi için kurulmuştur. Bu merkezin aktivitelerinin yayılması ve gelişmesi ile birlikte Ulusal Kanser Merkezi Hastanesi Kashiwa'da açılmıştır. 1994'te hastaneye araştırma kolu olarak Ulusal Kanser Merkezi Araştırma Enstitüsü kurulmuştur. 2005'te, hastanenin ve araştırma enstitüsünün bir kısmı birleştirilerek Klinik Araştırmalar Merkezi açılmıştır. Ulusal Kanser Hastanesi'ne ek olarak bir hastane binasının da yapımına başlanmıştır. Genel olarak politika oluşturma ve strateji belirleme dışında kanser tanı, tarama, tedavi ve araştırma faaliyetlerini yürütmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın önerisiyle oluşturulan Kanseri Bilgi Sistemi'nde merkez kurum rolündedir.

Macaristan Ulusal Onkoloji Enstitüsü

Sağlık Bakanlığı 1952'de bir yönetmelik ile Ulusal Onkoloji Enstitüsünü kurmuş, böylece Macaristan'daki tüm kanserle savaş faaliyetlerini yürütmüştür. Macar Ulusal Onkoloji Enstitüsü epidemiyoloji, metodoloji, tedavi, araştırma ve eğitim merkezi olarak çalışmaktadır. Enstitünün idaresi 1987'ye kadar Sağlık Bakanlığına bağlı bir müdür tarafından yürütülmekteyken, daha sonra bir Yönetim Kurulu'na devredilmiştir. İdari, maddi ve entelektüel açılardan sahip olunan nispi hürriyet araştırmaların önünü açmıştır. 1992'de Enstitü faaliyet alanına yönelik olarak kurulmuş olan Klinik Onkoloji Merkezi, Patoloji Merkezi ve Araştırma Merkezi olmak üzere üç merkezle yeniden yapılandırılmıştır. Onkoloji Enstitüsünün en önemli özelliği hastalara karmaşık klinik onko-terapötik tedaviler sağlayabilme yetisidir (cerrahi, kemoterapi ve ışın tedavisi). Kişisel koşulların yanı sıra en gelişmiş tümör teşhis (CT, MRI, görüntüleme, laboratuvar, patolojik) teşhizatı yüksek kaliteli teşhis ve izleme kabiliyetlerini görüntüleme, laboratuvar ve patolojik teşhis konularında bilgili ve son derece iyi eğitimli uzman bir ekibin yardımlarıyla sunar. Macaristan'da Birinci Ulusal Kanseri Savaş Programı (NCCP) 1993'te oluşturulmuştur ve Macaristan'da değişen kanser örüntüsü kanserle savaşın önceliklerini değerlendirmede bir temel oluşturmaktadır.

Türkiye'deki çalışmalar

Bakanlığımız Kanseri Daire Başkanlığı'nın Ulusal Kanseri Enstitüsü kurulması yönündeki çalışmaları 10 yıldır devam etmektedir. 2008'li yıllarda Avrupa Birliği ile birlikte ve TEPAV ile birlikte

özel çalıştaylar yapılmış, maliyet etkinlik analizleri ve ülkemizin geleceği için etkinlik analizleri tamamlanmıştır. 2009'da ülkemizin en önde gelen bilim insanları ve üst düzey sağlık yöneticilerinin katılımı ile Ulusal Kanseri Enstitüsü yasa tasarısı hazırlanmış, takip eden dönemde de yasanın düzenleyici etki analizi ve maliyet etkinlik analizleri yapılmıştır. Benzer şekilde 2010 yılında da TBMM Kanseri Hastalığı Konusunun Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla araştırma komisyonu kurulmuştur. Komisyon üyeleri araştırma sürecinde tüm partilerimizin temsilcilerinin katılımı ile ABD Ulusal Kanseri Enstitüsünü de ziyaret etmişler ve 648 sayfalık raporun nihai sonuç kısmında ülkemize ulusal kanseri enstitüsü kurulması yönünde acil önlemler alınması yönünde öneride bulunmuşlardır. Ülkemizin kanseri kontrolü ve tedavi icrasında uluslararası standartların üzerinde olduğu ancak AR-GE ve inovasyon, ilaç ve tıbbi cihaz inovasyonunda mutlaka ulusal bir kanseri enstitüsü ihtiyacı oybirliği ile kabul edilmiştir. 2012 ve 2013 yıllarında Kanseri Daire Başkanlığı Dünya Kanseri Enstitüleri Başkanlarının ve Asya Kanseri Enstitüleri Alliansının (ANCCA) toplantılarına katılmış, her ülke modelini detayları enstitü başkanları ile değerlendirmiş, görülen Ar-Ge problemlerine karşı önerilen çözümleri ele alarak TÜSEB yasası içerisine entegre etmiştir. TÜSEB ile Türkiye Kanseri Enstitüsü mevcut uluslararası örnekler arasında en gelişmiş ve Ar-Ge açısından eli en güçlü yetkilere sahip enstitülerden biri olacaktır.

Birçok gelişmiş ülkede kanseri enstitüleri çok daha önceden kurulmuş ve gerek kendi ülkelerindeki kanseri kontrol programlarına katkı gerekse de kanseri araştırmalarına katkı bakımından yararları kanıtlanmış organizasyonlar olduğu görülmüştür. Yönetimsel özelliklerine bakıldığında ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH)'nin doğrudan hükümete bağlı, Fransa Ulusal Kanseri Enstitüsü (INCa) Sağlık ve Araştırma Bakanlığı'na bağlı, Kore Ulusal Sağlık Enstitüsü ise Sağlık Bakanlığına bağlı faaliyet göstermektedirler. Kanada Sağlık Enstitüsü ise kuruluşunda bağımsız olmasına rağmen sonrasında Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğu altında görevini yürütmeye devam etmektedir. Ülkemiz Kanseri Enstitüsü de en üst düzeyde Sağlık Bakanlığı'na bağlı çalışması kurgulanmıştır.

Enstitülerin alt birimi olarak veya bağımsız tek birim olarak yer alan kanseri enstitüsü örneklerine de Kore, Japonya, Amerika, Fransa gibi birçok ülkede rastlanmaktadır. Bu enstitülerin yürütmekte oldukları ana fonksiyonlar; ülke kanseri politika ve stratejilerini belirleyecek araştırmalar yürütmek, standartlar belirlemek ve medikal ruhsatlama ve



planlama işlemlerine katkılarda bulunmaktadır. Esas sunulan hizmet kanseri dair araştırmaların yürütülmesi olmakla birlikte eğitim verilmesi ana fonksiyonlar arasında bulunmamaktadır. Ülkemizde kurulacak olan enstitünün de benzer fonksiyonlarda olması planlanmaktadır.

Kaynaklar

Eğilmez M. Orta Gelir Tuzağı ve Türkiye. Erişim Adresi: <http://www.mahfiiegilmez.com/2012/12/orta-gelir-tuzag-ve-turkiye.html> (Erişim tarihi: 24.07.2014)

Hatipoğlu A. Kanserde Erken Tanı ve Tarama Problemleri. Edt: Tuncer M, Özgül N, Olcayto E, Gültekin M. Türkiye'de Kanseri Kontrolü, Ankara, 2009.

IARC. Globocan 2012 press release. Erişim Adresi: http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf (Erişim tarihi: 25.07.2014)

Tuncer M. Ulusal Kanseri Kontrol Programı Global Çerçeveden Ülkemizdeki Kısa, Orta ve Uzun Vadeli Aksiyon Planı. Edt: Tuncer M, Özgül N, Olcayto E, Gültekin M. Türkiye'de Kanseri Kontrolü, Ankara, 2009.

Türkiye'de Kanseri Mücadele Konusunda Rol Alan Kurumsal Yapıların ve Dünyadaki İyi Ülke Uygulamalarının İncelenmesi T.C. Sağlık Bakanlığı, TEPAV -Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı, 2008.

Türkiye Kanseri İstatistikleri 2009. Erişim Adresi: <http://kanseri.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanseri-kayitciligi/920-2009-y%C4%B1%C4%B1-t%C3%BCrkiye-kanseri-istatistikleri.html> (Erişim tarihi: 25.07.2014)

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı

Yeldan E, Taşcı K, Voyvoda E, Özsan ME. Orta Gelir Tuzağından Çıkış: Hangi Türkiye?. Sis Matbaa, İstanbul, 2013.

Yılmaz HH, Yazihan N, Tunca D, ve ark. Türkiye'de Kanseri Harcamaları ve Maliyet Etkinlik Çalışmaları. Edt: Tuncer M, Özgül N, Olcayto E, Gültekin M. Türkiye'de Kanseri Kontrolü, Ankara, 2009.

Akademisyenlerin özlük hakları ve tıp fakültelerine yansımaları

Prof. Dr. Muzaffer Şeker



1961 yılında İzmir'de doğdu. 1986'da Uludağ Üniversitesi Veteriner Fakültesi'nden mezun oldu. 1995 yılında İngiltere'de Leicester Üniversitesi'nde İnsan Anatomisi üzerine doktora derecesi aldı. 2000 yılında doçent, 2006'da profesör oldu. 2002'dan beri Türk Anatomi ve Klinik Anatomi Derneği Yönetim Kurulu'nda çeşitli görevlerde bulundu ve Temel Tıp Bilimleri Platformunda Genel Sekreter olarak görev yürüttü. 2008- 2010 yılları arasında İstanbul Medipol Üniversitesi Kurucu Mütevelli Heyetinde görev alan Şeker, Meram Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yürütürken Aralık 2010'da Konya Üniversitesi'nin kurucu rektörlüğüne atandı ve halen Necmettin Erbakan Üniversitesi Rektörü olarak görev yapmaktadır. Kamu yönetimi lisans mezunu ve TUBA Konsey Üyesi de olan Dr. Şeker, evlidir ve üç çocuk babasıdır.

Son yıllarda ülkemizde bilimsel araştırmalara ve eğitime yönelik ülke bütçesinde ayrılan payın ciddi oranda iyileştirilmesine karşın maaş-lesef öğretim elemanlarının özlük haklarına yönelik bir düzenleme yapılmamıştır. Ülkemiz yükseköğretim kurumlarının giderek artan akademik birim sayısı ve öğrenci kontenjanları ile daha da belirginleşen akademisyen açığı sorunu, bazı bilim alanlarında yurt dışından hoca temini ile çözülme noktasına gelmiştir. Bu artışın bir sonucu olarak öğretim üyelerimiz ağırlaşan ders yükü altında ezilen, başka bir akademik faaliyete zaman ayıramayan ve kendini lise öğretmeni gibi gören mutsuz bir kitleye dönüşmüştür. Gelecek nesillerin niteliğini bu mutsuz ve kendini yenilemeye dahi fırsat bulamayan hocalar mı şekillendireceklerdir? Özellikle devlet üniversitelerinden vakıf üniversitelerine ya da özel sektöre her geçen gün artan sayıda akademisyen geçişleri sonucu kurumlar arası ve akademisyenler arası haksız rekabet ortamı şekillenmektedir.

2023 vizyonumuz ve üniversitelerimiz

Elbette üniversitelerimizin ve akademisyenlerimizin kurumsal ya da

bireysel özeleştirisi yapması gereken ve kendisine çeki düzen vermesi gereken birçok yanlış, yetersizliği bulunmaktadır. Hükümetimizin ortaya koyduğu hedeflere ulaşma yönünde en başta her alanda nitelikli insan gücü yetiştirme gibi bir sorumluluğumuzun yanı sıra, birçok hizmet sektöründe iyileştirmeler ve sorunun çözümüne yönelik yenilikler için de araştırma ve geliştirme faaliyetlerin öncelikle üniversitelerimizce koordine edilmesi ve yürütülmesi gerekmektedir. Bir ülkenin gelişmesindeki en önemli motor güç üniversitelerdir. Gelişmiş ülkelerin tümünde katma değer üreten tüm alanlar bir şekilde akademik camia ile ilişkilidir. Ülkenin gelişiminde üniversitelerimiz ve akademisyenlerimiz paydaş olarak sorumluluk almak, katkıda bulunmak zorundadırlar. Bu görev tanımı akademik camianın temel görevidir. Tabii bu görevi yerine getirirken desteklenmeleri ve teşvik edilmeleri de gereklidir. Buna benzer görüşler daha farklı cümleler ile son yıllarda hazırlanan ve sunulan aşağıda özet halinde listesi verilen tüm raporlarda yer almıştır.

Akademik hayatın lisans eğitimini takiben azimle sürdürülmesi gereken zorlu ve sabırlı bir uğraş olduğunu hatırlatmaya gerek yok. Fakülteden mezun olmuş bir gencin üniversitede araştırma görevlisi

olması ile herhangi bir bakanlıkta uzman yardımcısı statüsünde göreve başlama-sındaki özlük hakları açısından yaşanan fark, aslında sözün tükendiği noktayı tanımlamaktadır. Yeni mezun arkadaşın uzman yardımcısı kadrosuna atanması ile eline geçen maaş ile araştırma görevlisinin maaşını karşılaştırmaya gerek olmadığını tüm akademisyenlerimiz biliyorlar. Çünkü uzman yardımcısının aldığı maaş, fakültede yardımcı doçent kadrosundaki öğretim üyesinin maaşından bile daha fazladır. Kimsenin aldığı gözükmüyor yok elbette, ama bu çarpıcı farkın/yanlışın da olmaması gerekiyor. Bir yardımcı doçent kadrosundaki arkadaşımız bu kadroyu hak edebilmek için mezuniyetinden sonra lisansüstü eğitim olarak en az ortalama 5-7 sene eğitim daha alması gerekiyor; ALES, YDS, lisansüstü eğitime başlamak ve mezuniyet için gerekli ek dört sınava daha girmesi ve başarması gerekiyor. Aslında doçent olmuş bir öğretim üyemiz ile uzman yardımcısı olmuş yeni mezun arasında da çok fazla bir maaş farkı da söz konusu değil maalesef. Üniversitelerimizde görev yapan fakülte sekreteri ve üstü idari personel ile öğretim üyelerinin maaşının da karşılaştırılması pek hoş bir durum olmadığı gibi, yönetim faaliyetinde üst ast ilişkisini de zedeleyici bir tablo oluşturmaktadır. Buda son yıllarda ortaya



çıkışmış paradoksal bir bahistir. 12 Eylül öncesi bir profesör, general maaşına denk bir özlük hakkına sahipken şimdi ortaya çıkan bu tablo ister istemez şu soruyu sorduruyor: Yükseköğretimdeki geçmiş yıllara yönelik planlama yanlışlıklarının veya kurumlararası kavganın faturasını akademisyenlere mi ödetiliyor?

Ülkenin genel seçime gideceği 2010 yıllarının son aylarında Başbakanımız tarafından akademisyenlerin özlük haklarına yönelik iyileştirilme yapılması yönünde Maliye Bakanımıza talimat verilmişti. Ben de takiben kendilerine, “Bu düzenleme ne zaman gerçekleştirilecek?” diye sorduğumda “Seçimlerden sonra” cevabını almıştım. Refleks olarak “Hangi seçimden sonra?” deyince Bakan Beyin bu sözünden rahatsızlığını yansıtan eleştirel bakışları karşısında utanmıştım. Fakat görüyoruz ki bu konuşmanın gerçekleştiği zaman diliminin üzerinden üç seçim geçmesine ve bir genel seçim daha kapımıza dayanmasına karşın henüz bir gelişme olmadığını gözlemliyoruz. Sayın Maliye Bakanımızın 2014 yılının son çeyreğinde bu günlerde yeniden benzer cümleleri aynı şekilde kurmuş olması bizleri niçin umutlandırmıyor acaba? Benzer şekilde son haftalarda Milli Eğitim Bakanımız, Bilim Sanayii ve Teknoloji Bakanımız ile

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanımızın benzer açıklamaları da aynı kategoride değerlendirilebilir. Bu konuda YÖK Başkanlığı başta olmak üzere ÜAK, TÜBİTAK, TÜBA, MEB, Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı nezdindeki girişimlerin yanı sıra farklı platformlarda dile getirilen sorunun çözüm yollarına yönelik dilek ve temenniler bir türlü gerçekleştirilememiş ve beklentilerin sürekli ötelenmesi gibi bir durumla yüz yüze kalınmıştır. Akademisyenlerimizin bu süreçteki bireysel ve kurumsal hayal kırıklıklarını kamuoyu ile paylaşmalarını, sorunlarını içine atmaları, dertlerini “paragöz hoca” tanımına girmemek kaygısı ile ifade edememelerini bu süreci doğurmuştur? Farklı kesimlere yapılan iyileştirmelerin hangi nedenle (askeri ve hukuki vesayet vb.) gerçekleştirildiği sorusunun oluşturduğu ağır kamuoyu algısı da konunun sosyoekonomik açıdan analiz edilmesini zorunlu kılmaktadır.

Unutulmaması gereken şudur; bu süreçten ülkemiz zararlı çıkmaktadır ve konu kronik bir halde ortada kaldığı sürece sonuçlarının geleceğe yansması daha da ağırlaşacaktır. Çünkü yükseköğretilimin geleceğini oluşturacak genç akademisyen adaylarının, hayata atılmada önlerindeki seçenekler içinden üniversiteye intisabı son tercih olarak

Ülkemiz yükseköğretim kurumlarının akademisyen açığı sorunu, bazı bilim alanlarında yurt dışından hoca temini ile çözümlene noktasına gelmiştir. Bu artışın bir sonucu olarak öğretim üyelerimiz ağırlaşan ders yükü altında ezilen, başka bir akademik faaliyete zaman ayıramayan ve kendini lise öğretmeni gibi gören mutsuz bir kitleye dönüşmüştür. Gelecek nesillerin niteliğini bu mutsuz ve kendini yenilemeye dahi fırsat bulamayan hocalar mı şekillendireceklerdir?

Yükseköğretimin geleceğini oluşturacak genç akademisyen adaylarının, hayata atılmada önlerindeki seçenekler içinden üniversiteye intisabı son tercih olarak düşünmelerinin geleceğimize bir yansıması olacaktır. Yükseköğretim camiası, geleceğimiz için ülkenin her türlü insan gücünün oluşturduğu geniş havuzdan en nitelikli bireyleri istihdam etmeye çabalamaktadır, fakat bu da bu şartlarda mümkün olamamaktadır.

düşünmelerinin geleceğimize bir yansıması olacaktır. Yükseköğretim camiası, geleceğimiz için ülkenin her türlü insan gücünün oluşturduğu geniş havuzdan en nitelikli bireyleri istihdam etmeye çabalamaktadır, fakat bu da bu şartlarda mümkün olamamaktadır.

Tıp fakültelerine yansımalar

Ülkemiz tıp eğitiminde belirgin bir kaliteye ulaşmış, sağlık hizmeti sunumunda son yıllarda ciddi mesafeler kat etmiş ve buna bağlı olarak sağlık turizmi çerçevesinde yurtdışından da hatırı sayılır bir öğrenci ve hasta kabul eder noktaya gelmiştir. Elbette eski dönemlerin hekim odaklı bireysel sağlık hizmeti sunumu sona ermiştir. Günümüzde yüksek teknolojinin devreye girdiği, takım çalışmasına dayalı kurumsal sağlık hizmeti sunumunun öne çıktığı, merkezi yönetim odaklı planlamayı zorunlu kılan, sosyal politikaların odağında yer alan ve kurumsal yönetimde ekonomik yaklaşımı öne çıkaran bir sistem değişimi yaşanmaktadır. Doğal olarak buda sağlık çalışanlarının özlük haklarını da etkilemektedir.

Özlük hakları, tıp fakülteleri için tartışıldığında akla gelen ilgili bazı mevzuatı da zikretmek gerekir. Tam Gün Yasası, performans dayalı ödeme sistemi, tıpta uzmanlık eğitimi ve yan dal eğitimi ile mecburi hizmet yükümlülüğüne yönelik düzenlemeler vb. düzenlemelerin her biri ülkenin farklı bir ihtiyacı için yapılmasına



karşın her biri başka sorunlara da neden olmuştur. Elbette sağlık sisteminin ülke genelindeki yaygınlığı ve farklılıkları düşünüldüğünde bu tür düzenlemelerin yetersizliği ve zaman içinde değişim gerekliliği de doğal karşılanması gerekmektedir. Bir eğitim düşünelim ki neredeyse ortalama insan ömrünün üçte birine yakın sürsün, eğitimin her aşamasın da sıkı kurallar ile kuşatılmış olsun. Ve gene özel hayatı, aile hayatını derinden sarssın. Mesleki uygulamaların sorumluluğu da ciddi hukuki, cezai müeyyideler içersin. Karşılığında da asgari ücretin dört beş katı bir gelir elde edilebilsin. Ülkemizdeki tıp eğitiminin kısa özeti aslında bu şekilde ifade edilebilir.

Öğretim üyelerinin özlük hakları bağlamında tıp fakülteleri ile sağlık hizmeti sunumunda yer alan diğer paydaş alanlarını masaya yatırdığımızda dikkate alınması gereken bazı gerçekleri de zikretmek gerekir. Sağlık hizmeti ödemelerinde ana belirleyici tekel olarak SGK ve uygulamaları, Sağlık Bakanlığının farklı düzeylerdeki sağlık sunumundaki payı ve yaklaşımları, özel sektörün sağlık ala-

nındaki yeri, bir yükseköğretim kurumu olarak bu paydaşlarla rekabet etmek ve onlardan daha iyi olma zorunda olan ve diğer paydaşlara nitelikli insan gücü yetiştirmek gibi yasal bir görevi olan tıp fakültelerini zor durumda bırakmaktadır. Sağlık eğitimi ve hizmeti sunan kurumlar olarak paydaş olarak yer alan tıp fakültelerinde ki araştırma ve geliştirme alanlarında çalışan, nitelikli sağlık ve eğitim hizmeti üreten öğretim üyeleri ile yine onların yetiştirmeye çalıştığı asistanlar, öğrenciler, ayrıca temel, dâhili, cerrahi tıp bilimleri adı altında tanımlanmış farklı bölümler, anabilim dalları, bilim dalları, enstitüler ile araştırma merkezleri, sağlık bakanlığı kontrolündeki eğitim araştırma hastanelerinin (tıp fakülteleri ile afilyasyon yapan veya ortaklaşa işbirliği protokolü imzalayanlar yanı sıra uzman sayısı, yatak sayısı, asistan sayısı, hasta sayısı parametreleri farklılık gösteren) kendi içindeki çeşitlilikleri sonuçta karmaşık bir yapı oluşturmaktadır. Bu akademik kurumlar ve çalışanları göz önünde bulundurulduğunda özlük hakları konusunda tek tip, herkesi içine alan, çözüm odaklı bir şeyler söylemenin imkânsız

olduğunun altını çizmemiz gerekiyor. Elimizdeki mevcut yükseköğretim mevzuatı, 2547 Sayılı Kanunla ilintili kadrolu 657'ye tabi devlet memuru yaklaşımı ile ülkemizdeki öğretim elemanlarının sorunlarının çözülmediği de ortadadır. Dünyanın en çok kadrolu hocasını tek tip maaş skalası ile çalıştıran örnek, sadece ülkemiz yükseköğretimidir. Maaşa ek olarak ortaya konan performansa dayalı ek ödeme sisteminin döner sermaye gelirlerine (ki bu gelir düzensiz ve emeklilik dönemine hiç yansımayan bir ek ödemedir), bağımlı olması, sürekli artış gösteren dengesiz giderler kalemi ile oluşan işletme maliyetlerine göre orantısız olması ve bunlardan daha önemlisi çalışan ile çalışmayanı ayırt edici özellik taşımayan yapısı ile huzursuzluk kaynağı olmaya devam etmesi nedeni ile sosyo-ekonomik olarak alarm vermektedir. Bu ek ödemelerdeki gelir gider açısından dengesiz, düzensiz, adaletsiz farklılıkların doğurduğu kurum içi ve kurumlar arası huzursuzlukların odağında diğer bakanlıkların aldığı kararlara bağımlı ve sorumlu yöneticilerce zorlukla yürütülmeye çalışılan kurumlarımız finansal yönetim açısından ciddi sorunlar yaşamaktadır. Bu kurumlarımız sağlık eğitimi ve hizmetini sürdürmek ve kalitelerini koruyabilmek adına kendilerini sürekli yenilemek zorunda olan özelliğe de sahiptirler. Eğitim Araştırma Hastanelerinde daha yüksek ek ödeme veriliyormuş diyerek tercih önceliğini EAH'den yana yapan asistanların daha sonra eğitim alamıyoruz, hocalarımız bizler ile hiç ilgilenmiyorlar, kendi kendimize bir şeyler öğrenmeye ve uygulamaya çalışıyoruz eleştirileri altında istifaya kadar giden süreçler yaşaması ya da Tıp Fakültesinde uzmanlık eğitimi alabilmek için gelecek TUS'a kendini hazırlayan asistanlarımızın durumu aslında tabloyu özetlemektedir. Bu sorunlu, huzursuz, özveri odaklı çalışan sistemin sorunlarının çözülmesi için başta "esnek istihdam" politikalarına izin veren yeni bir yükseköğretim mevzuatına ihtiyacımızın olduğunu kabul etmeliyiz; ancak, mutlak gerekli acil iyileştirme için yasal düzenlemeler de beklenmemelidir. Sağlık politikalarının maliyet hesaplarını gözden geçirecek gerçekçi maliyet hesapları üzerinden sağlık eğitiminin ve hizmet sunumunun kaliteden ödün vermeden herkesin ulaşabileceği anayasal yükümlülüklerimizin yanı sıra ekonomik anlamda da sürdürülebilirlik üzerinden yeniden yapılandırmalıyız. Kurumlar arasında sağlık eğitimi ve hizmeti sunumunun sorumluluk alanı sınırlarının yeniden ele alınarak mevzuatla net tanımlanması gerekmektedir. Benzer şekilde döner sermayeler yüklenmiş olan ek personel yükü ile eğitim maliyetinin yanı sıra gerçekçi olmayan sağlık sunumu maliyetlerinin oluşturduğu olumsuz bütçe zararları ortadan kaldırılmalıdır. Hepimiz aynı gemideyiz ve hepimizin, toplumun tüm katmanlarının, yaşlısı



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

genciyle doktorundan mühendisine, hemşiresinden hukukçusuna, öğretim üyesinden politikacısına bugün ya da yarın bu sağlık sistemine bir gün ihtiyacımız olacaktır.

Sonuç olarak; yukarıdaki belirtilen ana başlıklar ve kaynaklar bölümünde belirtilen özenle hazırlanmış raporların oluşturduğu görüşler çerçevesinde ülkemizde genelde yükseköğretimde, özelde tıp fakültelerinde sağlıklı bir eğitim ve hizmet üretimi için yeni bir modele ihtiyaç vardır. Esnek istihdam modeli olarak tanımladığımız bu modelin istihdam ve verimlilik adına yükseköğretimin sorunlarını en aza indireceğine yönelik kanaatimizi belirtmek isterim. Hak kavramının sadece maaş zammında gündeme gelmemesi gerektiğini ve hak ediş anlamında sorumluluklarımızın da özleştirilmesini sorunlarımızı azaltacağını kurum yöneticisi olarak belirtmem gerekir. Sadece ücretlere yapılacak bir zammın, miktarı ne kadar olursa olsun çözüm oluşturmayacağını, sadece sorunların ötelenmesine neden olacağını da bir kez daha belirtmekte yarar görmekteyim.

Kaynaklar

Akgeyik T 2013, Ulusal ve Uluslararası Karşılaştırmalarla Öğretim Üyeliği Maaşı, SETA Raporu. <http://setav.org.tr/ulusal-ve-uluslararası-karşılaştırmalarla-ogretim-uyeligi-maasi/rapor/7010> (Erişim tarihi: 10.09.2014)

Akgeyik T 2013, Yaylalı M 2013, Polat S. 2014, Gür B. 2014

Eksen Eğitim-Sen Bildirisi, "Bu Çalışma Şartlarında Bilim Zor Üretilir" <http://eksen.org.tr/sdetay.asp?did=257> (Erişim tarihi: 10.09.2014)

Güçlü A., YÖK, Çelişkiler Yumağı ve Hocalar, Milliyet Gazetesi 14 Mayıs 2014. <http://www.milliyet.com.tr/yok-celiskiler-yumagi-ve-gundem/ymdetay/1882203/default.htm> (Erişim tarihi: 10.09.2014)

Gür B., Davutoğlu ve Yükseköğretim Sisteminin Restorasyonu, 06 Eylül 2014 Star Gazetesi. <http://haber.stargazete.com/yazar/davutoglu-ve-yuksekogretim--sisteminin-restorasyonu/haber-937638> (Erişim tarihi: 10.09.2014)

Ögder Bildirisi, 08 Mayıs 2014. <http://ogeder.org/forum/akademik-zam/turkiye-cumhuriyeti-rektorlerine-cagrimizdir-imza-kampanyasi-t1041.0.html> (Erişim tarihi: 10.09.2014)

Öğretim Elemanlarının Mali Hakları, Ulusal ve Uluslararası Karşılaştırmalar, Tesbitler ve Talepler, Ekim 2013, Öğretim Eğitim-Bir-Sen Raporu. http://www.egitimbirsen.org.tr/ebs_files/files/dosya/OGRETIM%20ELEMENLARI%20MALI%20HAKLARI.pdf (Erişim tarihi: 10.09.2014)

Özentürk M.G., Nitelikli Akademisyen, Haberekspres 28 Şubat 2014. <http://www.haberekspres.com.tr/nitelikli-akademisyen-makale,2212.html> (Erişim tarihi: 10.09.2014)

Özkoçak V., Ögesen Bildirisi, Memur Haber, 25 Ağustos 2014. <http://www.memurhaber.com/akademisyenlerin-yeni-basbakandan-talepleri-h36055.html> (Erişim tarihi: 10.09.2014)

Polat S. 2014, Türkiye'nin 2023 Vizyonu ve Eğitimde Orta Kalite Tuzağı, SETA Raporu

Yalçın A., Eğitim-Bir-Sen Bildirisi, "Akademik Zam Yeni Hükümetin Önceliği Olmalıdır" 27 Ağustos 2014. <http://www.egitimbirsen.org.tr/ali-yalcin/akademik-zam-yeni-hukümetin-önceligi-olmalıdır/337/makale> (Erişim tarihi: 10.09.2014)

Yaylalı M 2013, Türkiye'de Akademisyenlerin Özlük Haklarının Mevcut Durumu ve Özlük Haklarının İyileştirilmesi Raporu, Erzurum Teknik Üniversitesi. <https://www.yok.gov.tr/documents/10279/173480/rapor.pdf> (Erişim tarihi: 10.09.2014)

Zekai Şen: Bir ülkede bilim akademisyenlerin tekelindeyse o ülke gelişemez!

Ömer Çakkal

SD'nin bu sayısında İstanbul Teknik Üniversitesi İnşaat Fakültesi Hidrojeoloji Bölümü Öğretim Üyesi Zekai Şen ile röportaj yaptık. Dünyanın en iyi 500 bili adamı listesinde adı anılan Şen, uzun yıllar görev yaptığı Suudi Arabistan'da Zemzem Enstitüsü'nde de yöneticilik görevini üstlendi, zemzeme dair araştırmalar yaptı. Su kaynakları, kuraklık, çevre gibi çalışma alanları dışında mantık, felsefe, İslam bilim tarihi gibi alanlarda da çalışmaları ve onlarca kitabı olan Şen; Farabi'den girip Newton'dan çıkan, oradan Ebu Hanife, Battani ve İbn-i Sina'ya ve yol üstündeyken de Descartes'e uğrayabilen adeta bir bilgi hazinesi. Hoca, İTÜ'deki odasının kapısından kaldırdığı prof. dr. unvanının röportajımızda da anılmamasını talep etti. Öğrencilerinin dost canlısı, alçakgönüllü ve keskin zekâsı ile bahsettiği Zekai Hoca, *"Bilimi çok severim ama ona asla iman etmem, hep sorgularım"* ifadesinin ardına eklediği *"Newton'un başına düşen elma, daha önce başkasının kafasına da düşmüş olmasın?"* gibi zekâ işi cümlelerle muhatabını hem şaşkınlığa hem de hayranlığa sevk edebiliyor. 4-5 dili ana dili gibi konuşan biri olarak akademik çalışma için İngilizce şartını kesin bir dille eleştiren hocanın kendi köklerine sıkı sıkıya tutunmuş olması da hayranlık uyandırıyor. Ona göre ülkemizde bilim çevrelerinin İslam dini ile barışmalarının vakti geldi de geçiyor. Bir de bilim, akademisyenlerin insafına bırakılmayacak kadar ciddi bir meseledir!

"Çocukken cam kırığı ve sigara paketi toplayıp yazlık sinemalara giderdim"

Zekai Hocam öncelikle biraz sizi konuşabilir miyiz? Nerede doğdunuz, nasıl bir ailede büyüdünüz, ne şartlarda yetiştiniz? Üniversite eğitiminiz ve akademik yaşamınız. Tüm bu safhalar Zekai Şen'i nasıl bir insan haline getirdi?

Anlatayım efendim. Ben 1947 yılında Kastamonu'nda Samancı Köyü'nde doğmuşum. 2 ay içinde annemi kaybetmişim. Ne resmini biliyorum, ne de kendisini. Babam birinci üvey annemle evlenmiş. Ben onu da pek bilmiyorum. O arada beni İstanbul'a getirmiş. Kastamonu İnebolu sahilinden hareket ederek vapurla İstanbul'a geliyorduk. Ben ölüyordum. Hazır mamalar falan da yok tabi o zaman. Babam vapurun güvertesine çıkıp, *"Allah'ını seven benim oğlumu emzirsin. Yoksa ölüyor"* demiş. İşte böyle. Ben İstanbul Kadıköy'de büyüdüm. Babam mermer ustasıydı. Süslemede hiç okumuş bir kimse yoktu. Mühendisler inşaata geldiklerinde işçiler hazır ol vaziyetine geçerlermiş. Babam da bundan etkilenmiş, benim mühendis olmamı çok istedi. Bugün kâğıt toplayan çocukları, gençleri görürsünüz. Ben de sokaklarda cam toplardım çocukken. Sigara paketlerinin toplardım. Balık tutardım. Kadıköy'deki yazlık sinemalarda öteki çocuklarla birlikte temizlik yapıp öğlen matinesinde film izlerdim.

Sonra babam biraz paralandı. Beni Şişli Terakki Lisesi'ne yatılı verdi. Oraya gidince salam, sucuk gibi şeyleri ilk kez yedim. Sonra Allah nasip etti, Teknik Üniversiteyi kazandım. Allah rahmet eylesin, babam derdi ki, *"Oğlum sen inşaat mühendisi ol, inşaat yap. Ben de onun taşlarını yaparım."* Fakat ben son yıllara geldiğimde Vehbi Koç Vakfı'nın Bursunu aldım. 3500 lira. Babama elbise almıştım. TÜBİTAK'tan da burs aldım. Ömer Bey kardeşim, sopa Cennet'ten çıkma derler. Babamın elleri ders görmesin, beni odunla döverdi. 5.sınıfta karnem çok kötüydü. Kış günü beni bir dövdü ki, ondan sonra ömrümde ikmale hiç kalmadım. 7 kardeşten tek ben okudum. 1970 senesinde NATO Bursu ile Londra Üniversitesine gittim, sonra İTÜ'ye döndüm. Yıllar yılları izledi. İTÜ'de doçentliğimi verdikten sonra Suudi Arabistan'da 12 sene üniversitede görev yaptım. O süreçte Zemzem Araştırma Enstitüsü'nde Müsteşar olarak görev yaptım. Şu anda İTÜ'de İnşaat Fakültesinde öğretim üyesiyim. Aynı zamanda Su Vakfı'nın Başkanıyım. Zaman zaman değişik ülkelere davet üzerine konuşmacı olarak gidiyorum. Bilhassa su yönetimi ve kuraklık, taşkınlar konusunda danışmanlıklar yapıyorum. İşte böyle bugünlere geldik. Ha şimdi Kavacık'ta oturuyorum. Ekim ayının sonunda yaş haddinden emekli olacağım. Tabi bilim yapmaya devam edeceğim. Mezarda bile bilim yapılabilecek olsa yapmak isterim. Bilime hayatta inanmam, iman da etmem ama çok severim.

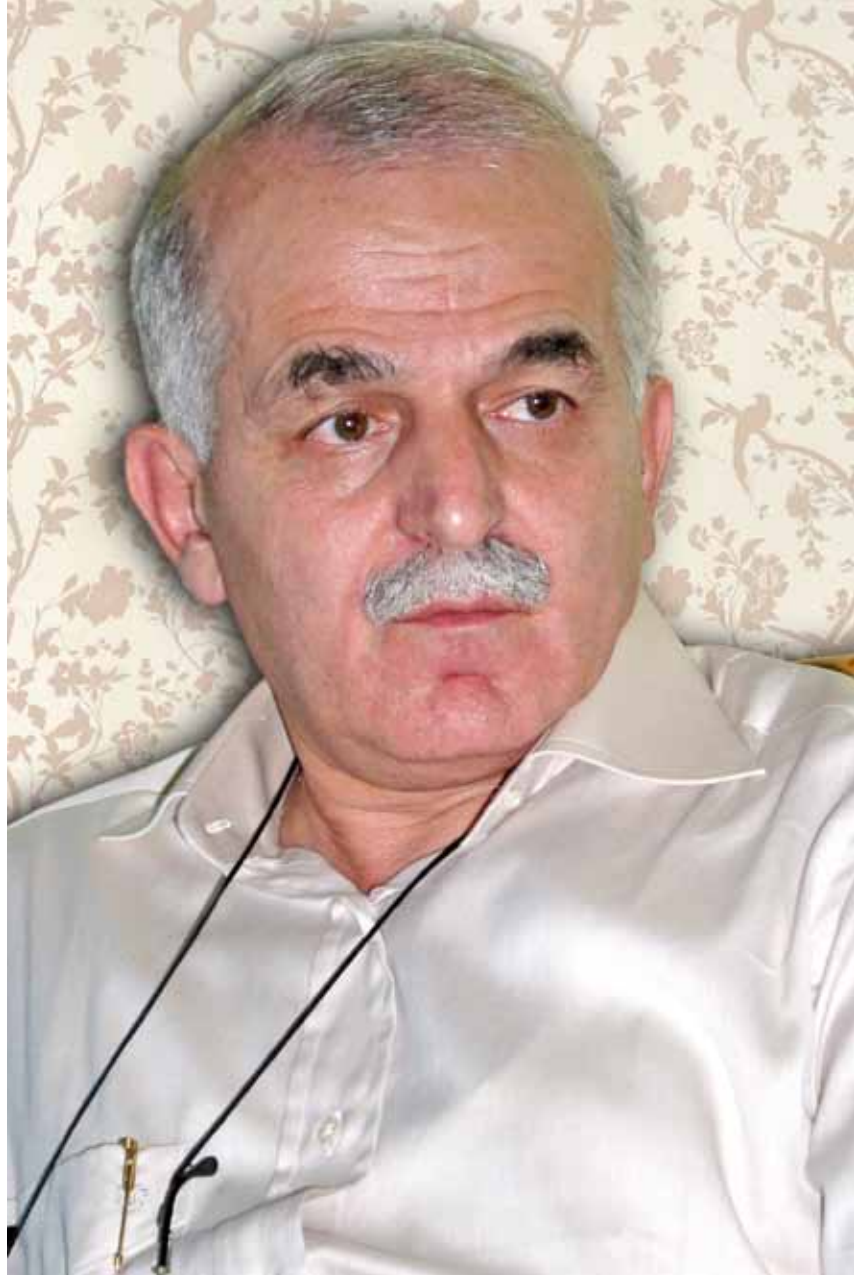
“Türk genci ezberle mahvediliyor”

Verdiğiniz bilgiler için teşekkür ederim hocam. Şimdi henüz ısınmamışken belki biraz ağır bir soru olacak ama dünyada elle gösterilen bir hoca olarak ülkemize, medeniyetimize, insanlığa dair ne gibi dertleriniz var? Yolculuğunuz ne yönde ilerliyor?

Bu soru için teşekkür ederim. Bakın ben öğrencilerime diyorum ki, “Bende bir bilgi varsa beni bir limon gibi sıkın. Tüm su çıksın. Ondan sonra posasına bir tekme atın. Ama sizde kalan hakkım için bir isteğim var; benden öğrendiklerinizi bu vatanın evlatlarına öğreteceksiniz. Gidip Amerika’da değil, burada. Çünkü benim ülkem bilime çok ihtiyacı var. Yani Ömer Bey, benim derdim de amacım da ülkemizin bilim hayatı, eğitim, eğitim! Eğitim sistemimiz maalesef çok ezberci. Hâlbuki bilim felsefesi ve mantık lazımdır. Bu konuda da çok öncü Müslüman bilim adamları var. Ve benim en fazla üzüldüğüm, maalesef biz Eski Yunan’ı biliyoruz, Rönesans’ı biliyoruz. Ama Rönesans’ı doğuran esas medeniyet nedir diye hiçbir zaman bakmıyoruz, baktırmıyoruz. Bakın İslam dini gelmeseydi bugün Batıda bilim dahi olmayacaktı. Fizik, kimya, cebir bunların temellerini atanlar hep Müslüman bilim adamları. Kimya desen Cabir bin Hayyam. Hiç kimse bilmez. Desen sana dudak büküp, “Bu imam mı?” diye alay etmeye kalkarlar. Buya gitmiş yani. İşte benim dertlerim bunlardır.

İTÜ’de ve yurtdışında kendi medeniyetin değerlerine sahip bir hoca olarak yaşadıklarınızı, dünya arenasında Müslüman bir Türk akademisyen olarak yaşadıklarınızı merak ediyorum...

Bakın bana ülkemde dudak bükülürken yurtdışında hep el üstünde tutuldum. Ülkemde üvey evlat oldum. Yurtdışında gerek Doğuda, gerek Batıda itibar gördüm. Kendi kültürümü savunduğum zaman hep zulüm gördüm. Kendi vatanında kültürünü bu kadar dışlayan böyle bir ülke yoktur, İslam ülkeleri dışında. Zira onlar Avrupa kültürüne çok bağımlı. Epey var da mesela bir tane misal vereyim. Ben tüm konuşmalarımda kültürümden daima misal veririm. 1996’da İstanbul’da hava kirliliği üzerine Büyükşehir Belediyesi Hilton Otel’de uluslararası bir panel düzenledi. Orada baktım bizim Anadolu insanı karşımda, Türkçe konuştum. Simultane çeviri de yapılıyor-muş zaten. Bizim hocalar Yunan’dan, Batı’dan anlattılar. Ben ede İbni Sina’dan bir atıf yaptım. İnsanın sağlıklı olması noktasında teneffüs edilen havanın temiz olması noktasında uyarısını anlattım. Öğleden sonraki panelde 2 yabancı yanıma yaklaştı. “Ötekilerin anlattıklarını



biz biliyorduk siz Avicenna hakkında biraz daha bilgi verebilir misiniz?” dediler. Ben bilim tarihçisi değilim ama Müslümanların yaptıkları katkıları çok okuduğum için amatör olarak bildiklerimi anlattım. Harvard Üniversitesi’nden İbni Sina üzerine bir konuşma yapmam için bana davetiye geldi. Çok sevindim. Ben mühendisim, orası Sosyal Bilimler. Bana fakültemden izin vermediler. Kültürünü güya bilenler ağızlarını bile açmadılar, ötekiler bana neler dediler. “Yahu Zekai Bey sen geçmiş 800-1000 yıllık adamın sözüyle ne uğraşıyorsun, çağdaş bilim yapsana” dediler. Acaba benim kadar bilim yapan var mıydı orada! Ben hiç kızmadım. Sadece onlara “Ya bana 2500 sene evvelki Aristo hakkında konuşma yapmam için davet gelseydi, acaba durum ne olurdu?” dedim. Oy çokluğu ile gittim ve Harvard’da konuştum. Yani kendi kültürümü savunmanın bedeli bu oldu. Sadece Türkiye değil tim İslam dünyasının ilim tarihinin üstüne toprak

“Üniversiteler de keşke bir futbol takımı gibi olsa. Çünkü futbolda hem ortaklaşa hareket edilir hem de iyi oynamayan oyuncuya yallah denir. Ama üniversitelerde öyle değil. İstedikçe kadar kötü ders ver, ömrünün sonuna kadar koltuğunda kalıyorsun.”



“Mühendislikte sözel bilgi önemlidir. Yetkim olsa sayısalı kaldırırm. Sözel olmadan sayısal hiçbir şeydir. Yani mantık yürütme önemlidir. 2 kere 2’nin 4 olduğu önemli değildir. Zaten 5 olmadığı ne malum! Türk genci ezberle mahvediliyor. Akıl yürütme yok, muhakeme yok.”

örtülmüş. Zihinler sadece Jack, George şudur budur; Ahmet, Mehmet yok! Benim adımlı masonlar Teknik Üniversitede “imam” koymuşlar. Ben tabi bu durumdan memnun oldum. Bunlar imam deyince camideki imamı sanıyorlar. Oysa imam Gazali’ler var, İmam-ı Azam’lar var. İmam-ı Azam’a bir gün gelip, “Yapışık 2 çocuk doğdu. Biri canlı, biri ölü. Ya İmam ne yapalım” diyorlar. Ne diyor biliyor musun? Onun cansız yerini toprağa gömün. Canlı yerini de besleyin. Toprak onu alır, öbüründen ayırır” diyor. Ben bunu ilk okuduğumda “Vay be!” dedim. “Ne düşünce”. Ölünce de insan çürümüyor mu? O zaman cerrahi de yok. İşte imam bu. Bizde imam deyince cami imamı anlaşılıyor.

“Bilimde geri kalmamızın nedenlerinden biri İslam dininin dışlanması”

Bu bölümde ilim ve hikmet üzerine sorularım olacak. Evvela İslam bilim tarihi üzerine konuşmak istiyorum. Öncelikle bir çerçeve soru: Özelde İslam dünyası, genelde Doğu toplumları ilmi nasıl elde etti, nasıl kaybetti, tekrar nasıl elde edebilir?

“Bilgi Müslüman’ın yitik malıdır, nerede bulursa ona sahip olmalıdır” mealinde bir Hadis var. Müslümanların bilimde geri kalmalarının değişik sebepleri var. Millet der ki bu dinden. Ben asla dinden olduğunu düşünmüyorum. Ha, din dışı

bir takım görüşlerin dindenmiş gibi anlatılması oldu. Ancak gerçekte bilakis tersidir. Bunun bir nedeni ticaret yollarının değişmesidir. Bir başka nedeni belki de bizimkilerin kendilerini biraz daha üstün görüp oradan bilgi almak istememelelidir. Oysa İslamiyet’in ilk zamanlarında bunların hiçbiri yok. Avrupa’da başlayan Rönesans hareketi de ilimde geri kalmamızın öteki nedenidir. Peki, bugün bilimi nasıl tekrar elde edebiliriz? Şimdi deniyor ki Batıyı örnek alalım. Ancak onlar gibi olacaksak tamamen din karşıtı olmamız gerekir. Oysa bizim durumumuz onlardan farklıdır. Onlarda Kilise bilime karşıyken bizde İslam dini tersine şekilde ilmi teşvik etmektedir. “İki günü birbirine eşit olan ziyandadır”, “Hiç bilenlerle bilmeyenler bir olur mu?”, “Din muameleden ibaretir”, “İlim yapmak her erkeğe ve dişiye farzdır”, “Faydalı ilimler peşinde koşmak lazımdır”, “Gördüğünüz bu evrene bakıp da akıllanmaz mısınız?” Bakın, demek ki akıl çok önemli. Akıl devre dışı kalınca eğitim sistemi de ezberci olur, birçok şey taklitçi olur. Ben ne imam hatip okulunda okudum ne de hafızlığım var. Şişli Terakki okulunda başlatılmışım. Hiç dini eğitim alamamışım. Ancak daha sonra gördüm ki bilimde geri kalmamızın nedenlerinden biri İslam dininin dışlanması. Rönesans neden Musevilik zamanında olmadı? Kaç bin yıllık din. Neden Hristiyanlık zamanında olmadı? Neden İslamiyet’te hemen oldu? Böyle bir din var mı yahu? Bütün peygamberleri kabul eder. Bütün bilimleri kabul eder. Gâvur icadı demez.

Yok, bunu gâvur yazmış demez. Olmaz. Kul hakkı. Şimdi makale yazarken kaynak gösteriyoruz. Bu, nerden geliyor? Hadislerden geliyor. Kul hakkı denen bir şey var çünkü İslam'da. Efendim ben tüm aydınlarımız dindar olmalı demiyorum. Ama en azında dinimiz olan İslam'ın bilime verdiği önemi bilmesi lazım.

Batı bilimi elde etme ettiği ama hikmeti kaybettiği şeklinde görüşlere katılıyor musunuz? Akademisyen olarak bulunduğunuz dönemlerden neler anlatabilirsiniz?

Ben bu görüşe katılıyorum. Onlar daha ziyade felsefeye önem verdiler. Felsefe ile hikmet arasında çok fark var. Felsefi birtakım dünyevi birtakım işlerle hatta hayali düşünceler üzerine kuruluyken, tamamen materyalist iken hikmet böyle değil. Hikmetin böyle maddi yönü de var ama manevi yönü de var. Tetikleyici bir şey vardır.

“Akademisyenlerle yıllık sözleşme imzalanmalı”

İlim ve hikmet birbirini tamamlayan ve inancımıza göre kâmil insanda vücut bulan bir şey. Biri olmadan, diğeri hem eksik, hem de sonuçları felaketler doğurabiliyor. Bugün Batı hikmeti, doğu ise ilmi kaybetti ise tüm insanlık olarak bunun ne gibi sonuçlarını yaşıyoruz?

Bu sebepten ötürü her yerde o kadar karmaşa yaşanıyor ki! Tüm dünya zulümlerle çalkalanıyor. Bazı toplumlar bilim sayesinde müthiş zenginlikler yaşarken, hikmete sahip olmadıkları için gerçek manada paylaşmıyorlar ve böylece milyarlarca insan açlık sınırında yaşıyor. Bugün faydalı olmayan bilimler daha bir öne çıktı. Onun için insanların zararına, onları öldüren şeyler yapılıyor. Bugün ilim ve hikmet kol kola ilerleyebilseydi insanlar daha başka bir maddi-manevi bir zenginlik içinde olacaktı. Daha başka bir hoşgörü, zenginlik hayatımızı kucaklamış olacaktı.

Demek ki o zaman bizlerin hikmeti kaybetmeden bilimi yeniden elde etmemiz lazım. Çünkü hikmeti kaybetmemek de ok önemli. Belki onun da sınırındayız...

Tabi. Yalnız bazıları hikmeti sadece iman, inanç boyutunda ele alıyor. Yahu hikmet ilimsiz olur mu? O zaman ben oturayım, akşama kadar Kuran okuyayım, zikir çekeyim, gökten ilim ve zenginlik yağsın. Olur mu hiç! “Din muameledir” diyor insanların en hayırlısı. Efendim falanca adam namaz kılıyor. E bana ne. Kılarsa da bana ne, kılmazsa da bana ne. Bana mı kılıyor? Muamelatı nasıl, ondan haber ver. Bugün Anadolu'ya gidin, gâvur demezler, insan diye hepsini kucaklarlar. Geçen gün bir yabancı bana diyor ki,

“Yahu sizin bu memleket, nasıl memleket. Bize izin vermiyorlar, hep onlar veriyorlar parayı.” Dedim ki, *“Bizde böyle.”* Demek ki bizde biraz var hikmet. Paylaşma var. Batıda var gibi gözüküyor da emperyalist ve meteryalist bir paylaşma var. O da sahici değil. Hâlbuki bizde duygular da paylaşılıyor.

“Mühendislikte sözel bilgi önemli; yetkim olsa sayısalı kaldırırm”

Teşekkür ederim hocam. Bilimlerin ayrışması, ihtisaslaşmanın neden olduğu sorunlar hakkında neler söylersiniz? Biz SD Dergisi olarak hep tıp ve sağlık bilimlerinde bunun sonuçlarını tartışıyoruz ama mühendislikte durum ne? Hem mühendislik bilimindeki ihtisaslaşma, hem de mühendisliğin mantık, felsefe gibi sosyal bilimlerden ayrışması bağlamında soruyorum bunu.

Ben öğrencilerime derim ki ben bilimde sınır dinlemem. Çünkü bütün bilimlerin kökeninde aynı şeyler vardır. Bilim tamamen tektir. Evet, ihtisaslaşma olmalı ama bilimlere de, meselelere de bütüncül bakabilmeliyiz. Ben mühendislikte mantık, felsefe ve etiğin önemine ve gereğine çok inanıyorum. Bilimlerin ayrışması birbirimizi beğenmememize yol açıyor. Bir takım kuramamaya neden oluyor. Herkes kendi penceresinden bakıyor. Hâlbuki kardeşim ben bütün noktaları göremem. Bir sürü zaman kaybederiz. Bakın ömrünüz gider ama genel bakmayı öğrenemeyebilirsiniz. Üniversiteler de keşke bir futbol takımı gibi olsa. Çünkü futbolda hem ortaklaşa hareket edilir hem de iyi oynamayan oyuncuya yallah denir. Ama üniversitelerde öyle değil. İstedikçe kadar kötü ders ver, ömrünün sonuna kadar koltuğunda kalıyorsun.

Mühendislik ve tıp fakülteleri müfredatı felsefe ve mantıktan, ilahiyat ise matematik ve fenden yoksun. Sizce bu doğru mu ve ne gibi sonuçlar doğuruyor?

Bu son derece yanlış bir durumdur. Bunun sonuçlarını ezbere, donuk, taklitçi ve mekanik bireyler olarak görüyoruz. Bilim üretilmiyor, özgün çalışmalar yapılamıyor. Hâlbuki mühendislik eğitiminde mantık ve felsefe olsa olaya hem farklı pencerelerden ve eleştirel bakabilmeyi öğrenecek hem de böylece özgün çalışmalar ortaya koyabilecek. Bakın mühendislikte sözel bilgi önemlidir. Yetkim olsa sayısalı kaldırırm. Sözel olmadan sayısal hiçbir şeydir. Yani mantık yürütme önemlidir. 2 kere 2'nin 4 olduğu önemli değildir. Zaten 5 olmadığı ne malum! Türk genci ezberle mahvediliyor. Akıl yürütme yok, muhake-me yok. Bir başka konu üniversitelerimiz yurtdışına öğrenci göndermek için



yarışıyor. Bu çok da matah bir şey değil. Kendi adamımızı kendimiz yetiştirmemiz lazım. Bizim müfredatımızda yetişmesi lazım. İlahiyat eğitiminin ise matematik ve fenden yoksun olması, dini bilimlerle ilgilenenlerin en ufak bilimsel konularda görüş verirken dahi çuvallamasına neden oluyor. Ortak bir taban olmadığı için birbirlerinin dünyasından da habersizler. Sorunlara birlikte çözüm de bulunamıyor. O öyle diyor, bu böyle diyor. Sonuçta konuşmanın ötesine geçilemiyor.

“Ülkemizde bilimin en büyük dinamiti İngilizce eğitim”

Biraz da dünyanın ve bugünün bilim insanları hakkında konuşabilir miyiz? Eskiden daha azla yetinen, insan yetiştirmeyi ulvi bir amaç olarak misyon edinmiş bilim insanları varken; şimdilerde her şeyin parayla ölçüldüğü bugünün dünyasında ister istemez suyun akışına kendilerini kaptırmış, alçakgönüllülüğü bir kenara bırakmış bilim insanlarına ne gibi eleştiri ve uyarılarınız olur?

Her şeyden önce profesör doktor demek bilim insanı demek değildir. Altını yüz kere çizim. Ama bizim ülkemizde böyle görülür. Asla öyle değildir. Akademisyenler bilim adamını ayıralım. Bambaşka şeylerdir. Bilim adamının tatili bile yoktur. Müteşebbistir, bilim müteşebbisidir. Türkiye'de öyle mucitler var ki. Unvanları yok ama onlar bilim insanı. Ben onlardan çok şey öğrendim. Halktan çok şey öğrendim. Esnaftan, çobandan çok şey öğrendim. Bakın bir ülkede bilim akademisyenlerin tekeliyle o ülke gelişemez. Bilim halka kadar inmelidir. En büyük tehlike de İngilizcedir. Milletimizin geleceğine dair en büyük dinamit İngilizce eğitim. Bakın, Abbasiler döneminde Beytül-Hikme



“Ben esnaftan, çobandan çok şey öğrendim. Bir ülkede bilim akademisyenlerin tekelindeyse o ülke gelişemez. Bilim halka inmelidir. Bu noktada en büyük tehlike de İngilizcedir. Türkiye dil açısından mahvolma yolunda. Bugün halk ile bilim adamı arasında bir uçurum var ve bunun en önemli nedenlerinden biri İngilizce diliyle bilim yapmaya çalışmak.”

TÜBİTAK’tan daha çağdaştı. Neden mi? Çünkü Yunanca, Sanskritçe, Süryanice bütün kitaplar Arapçaya tercüme ettirildi. Müslüman olmayanlar da ehil olanlar çağrıldı, kitapların hepsi tercüme edildi. Türkiye dil açısından mahvolma yolunda. Çünkü bir ülke dilini kaybetse mahvolur. Yahu herkes İngilizce bilse hepimiz aydın mı olmuş olacağız? Ya halkla aramız ne olacak? Bugün halk ile bilim adamı arasında bir uçurum var ve bunun en önemli nedenlerinden biri İngilizce diliyle bilim yapmaya çalışmak.

Ama nasıl olur! Dünyada yaygın bilim dili İngilizce değil mi, tüm kaynaklar İngilizce değil mi?

O zaman ben de size şunu derim. Eski-den bütün kaynaklar eski Yunanca idi. Niye Romalılar onu Roma’ya çevirmedi. Roma İmparatorluğu bilime en büyük düşman devletti.

Hoppala. Onu da bilim ve medeniyetin en büyük destekçisi olarak öğretmişlerdi bize hocam!

Öyle öğretirler. Roma, “Benim gencim Yunanca öğrenirse benim Latincem ne olacak” dedi. Sonra sıra Müslümanlara geldi. Eski Yunan’ı alıp hemen Arapçaya çevirdiler. Çünkü orada bilim adamı halkta geldi. Bakın bilimin halkta karşılığı olmalı. Ülkemizde bilim eserleri Türkçeye çevrilmeli, bilim Türkçe dilinde ilerlemeli. Böyle bir İngilizce şartı olmamalı. Akademik ilerleme için İngilizce şartı olmamalı. Yahu adam laboratuvarında müthiş bilim üretiyor ama dil bilmiyor. Onu akademiye almamak hiç olur mu? Sen mütercime gerekli çeviriyi yaptır ama o bilimini yapsın. Şimdi torunum bana puzzle alır mısın diyor? O ne, yapboz. Yahu dilimiz de gitmiş. Ruhuna el Fatiha!

Hocam genç bilim insanlarına ne gibi önerileriniz, uyarılarınız olur?

Felsefe ve mantık ile düşünsünler ve şüpheci olsunlar. Bizde şüphecilik deyince benim senden şüphe etmem anlaşıyor. Dünya görüşü nedir falan. Bunun kadar tehlikeli bir şey yok. Dünyada şüphe edilecek tek şey var, o da bilim. Newton mu yapmış şüphe edeceksin, Einstein mı yapmış şüphe edeceksin. Newton’un başına düşen elmanın daha önce başkasının kafasına düşmüş olmadığı ne malum!

Fakültede kapınızdan prof. dr. unvanı ifadesini neden kaldırdınız?

Bu yazdığında sanılıyor ki bilim adamı. Ben daha o mertebeye erişemedim. O nedenle kaldırdım. Sanılıyor ki bu adam bir şeyleri eleştirmek için, tepkisel olduğu böyle yaptı. Hâlbuki hakikat bu değil, öyle bir niyetim yok. Hiç kimseye bir

tepkim yok. Hoşuma gitmiyor bu unvan. İşte cevabı bu kadar basit. Rütbelerin en büyüğü ilim rütbesidir.

“Ülkemizde bilim çevrelerinin İslam dini ile barışmalarının vakti geldi de geçiyor”

Sayın Hocam çok teşekkür ediyoruz. Şimdi röportajımızın üçüncü bölümüne geçebiliriz. Bu bölümde izniniz olursa üniversite eğitime odaklanmak istiyoruz. Türk Yükseköğretiminin büyüme süreci yaşadığı bir dönemden geçiyoruz. Genel bir fotoğraf çekmek gerekirse yükseköğretimimizin bugüne ve yarına dair neler söylersiniz?

YÖK’ün 4 ya da 5’inci maddesi olacaktı. Diyor ki, “Türk milliyetçisi öğrenci yetiştirilmesi” Böyle bir şey kesinlikle olamaz. İnsanlara hizmet edecek, faydalı olacak hangi görüşten olursa olsun insanların yetiştirilmesi gerekir. Yahu siz yabancı öğrencilere eğitim veriyorsunuz, Türk milliyetçiliğine bağlı olarak. Olacak şey mi bu! Aşırı kültürel düşünülüp yazılmış oraya. Olamaz. Batıda ne varsa kopya etmeye çalışmak başka bir sorun, bundan da vazgeçmek gerekir. Bakıyorsun cemaat üniversiteleri bile İngilizce eğitim veriyor. Halk hep maddiyatçılığa alıştırılıyor. Yahu azıcık da maneviyatı teşvik edin. En büyük mutluluk bilgi mutluluğudur. Çünkü topluma en fazla hizmeti bilgi ile edebilirsiniz. Peygamber Efendimiz, “İnsanların en hayırlısı, insanlara hizmet edendir” demiş. Dikkat edin, “Müslümanlara hizmet edendir” dememiş. Bunda da bir hikmet var.

Üniversitelerimizin bilim üretimi beklenen düzeyde değil. Dünyada yayın sayısında 17-18. sırada olmakla birlikte etki değeri açısından 41-43. sıradayız. Bu sonuçlar eğitimin her düzeyinde kanıta dayalı bir reform yapılmasını mı gösteriyor? Bu konuda neler yapılmalı?

15-20 bin tane, 30 bin tane öğrenciyi Avrupa’ya, Amerika’ya gönderirseniz onlar akademik kariyer yapmak isterken tabi onlar mekanik olarak makale yazarlar. Sayı artar. İslam dünyasında İran, Mısır, 10 milyonluk Yunanistan atıfta bizden ilerideler. Yazılan makalelerin kaç tanesi Türkiye Cumhuriyetinin faydasına bir şey içeriyor. Kaç tanesi acaba birtakım yeni şeyler ortaya koyuyor. Dolayısıyla evet bir şey yapılması lazım. Kültür ve hikmeti işin içine sokarak, mantık ve felsefe ile yoğurarak, bir de İslam dini ile barışarak yeni bir bilim anlayışı geliştirmeliyiz.

Ülkemizin bilim insanı yetiştirme politikası tersine beyin göçü çalışmaları hakkında ne dersiniz?

Çok çok iyi olur. Ama o gelenlerin de mevcut hocalarla maaşlarının eşit olması

lazım. Arada uçurum olmamalı. Bir de hocalarla her sene kontrat yapılması lazım. Ama bu söylediğim bizim üniversitelerde yürümez. Çünkü kimse işi ehline vermez. İşin içine dünya görüşleri girer. Hemşericilik girer. Çıkarıcılık girer. Size bir şey sorayım, gerçekte katil kimdir? Birini öldüren mi katil demeliyiz yoksa üniversitelerde, okullarda beyinleri öldürenlere mi? Birini öldürenin zararı bir kişiye. Ama milyonların beyinlerini öldürenler ne olacak? Onun için Batı üniversiteleri işe yaramayan hocayı kapının dışına koyuyor.

Ülkemizde akademik kadrolara atama ve yükseltmelerle ilgili görüşleriniz nelerdir?

E bu noktada kişinin ilmine, yeterliliğine ne oranda bakıldığı ortada. Üniversitede doçent jürilerine giriyorum. Zırt bir telefon. “İşte iyi çocuktur, şudur, budur.” Ben jüriden çıkar çıkmaz dosyayı teslim ediyordum, gelen telefonlara da “Efendim ben dosyayı teslim ettim” diyordum. Bir iki derken baktılar ki bu adam iş yapmayacak, beni artık aramadılar. Peygamber Efendimiz işi ehline verin dedi. Öyle olsa işi dindara verin derdi. Adam kayırırsam ben hesap gününde nasıl hesap veririm! Hem ben neden toplumuma çürük adam yetiştireyim. O zaman ilerleme olmaz. Ben sağlam adam yetiştirmeliyim.

Hızlı üniversiteleşme sürecimiz hakkında görüşünüz...

Bu büyük bir sıkıntıdır. Varsayalım herkes üniversiteden mezun oldu. O zaman ne olacak, kimse iş beğenmeyecek. Çok üniversite var ama bilim üreten de çok mu? Biz hep sayılarla uğraşıyoruz. Niceliğe, kaliteye bakmıyoruz.

“Hocam, ‘Çöle gidiyorsun, orada bilim yapamazsın’ dedi; oysa en iyi bilimi orada yaptım!”

Zemzem Araştırma Enstitüsündeki göreviniz üzerinden bir iki soru soracağım. Su ve zemzeme ilginiz nasıl gelişti, bugünlere nasıl geldi? Enstitüde hangi dönemde, ne görevler üstlendiniz, kısaca ne gibi çalışmalarınız oldu?

Efendim ben inşaat mühendisliği okudum ama TÜBİTAK Bursu ile gittiğim İngiltere’de hidroloji alanında çalışma yaptım. TÜBİTAK o zaman sadece sismoloji ve hidrolojiye burs veriyordu. Sonunda ben kendimi suda buldum. İyi ki de bulmuşum. Zemzem meselesine gelince ben aslında Suudi Arabistan’a su kaynaklarının en iyi yönetimi için gittim. Ama orada Zemzem Araştırma Enstitüsüne müsteşar yaptılar beni. 12 yıl görev yaptım. 30 bin liraya çağırıldılar ama hocam beni doçent olmadan

göndermedi. 15 bin liraya şirkette çalışıyordum, üniversiteye 2300 lira maaşla teknisyen kadrosundan girdim. Hanım 1 kilo elmayı büyük çocuğumdan saklardı. İmkânlarımız oydu burada. Doçentliğimi verdim, ertesi gün gittim Libya’ya. Hocam dedi ki “Çöle gidiyorsun, orada bilim yapamazsın.” oysa en iyi bilimi orada yaptım. Neden biliyor musunuz? Muhteşem bir kütüphane kurmuşlar. Akla hayale gelmedik kaynakları yığmışlar. Bilgisayar, alasını getirmişler. Bizdeki en iyi üniversitede yoktu o. Samimi söylüyorum, ben bedevilerden çok şey öğrendim. Orada İngiliz bedevilerin yanına gidiyor, bizim Türk küçümsüyor, gitmiyor.

Zemzem nereden çıkıyor? Tadı, mineral oranı yüzyıllar içinde değişmiş mi?

Tabi değişmiş. Halen de değişiyor. Kurak yıllarda tuzlu olur, yağmurlu yıllarda tuz oranı azalır. Hacerü’l Esved taşına çok yakın bir noktadan çıkıyor. Zemzem müthiş bir mucizedir. Farklı koldan birleşen sular zemzem kuyusunda bu özel suyu oluşturuyor. Kızıldeniz kenarında kurulu bir şehir olan Taif’de dağlar hemen deniz kenarından itibaren müthiş yükselir. Oradan buharlaşan sular büyük çatlaklardan içeri sızar. Zemzem suyunun kaynakları oradan gelir. Mekke’ye kadar akarak yeraltında kıvamını bulur ve 2,5 metre çapındaki zemzem kuyusundan dışarı çıkar. Zemzem’in tuz ve mineral oranı yıldan yıla değişir ama büyük farklar yok. Üç çatlak bir yerde buluşuyor. Kuyu bir metre farklı bir yere vurulsa aynı tadı olmazdı. Zemzem müthiş bir mucizedir.

Binlerce yıldır nasıl bitmiyor, sırrı ne olabilir? Azaldı mı?

Kızıldeniz’den her gün buharlaşma oluyor. Yağışlar da oluyor. Bu sular her gün zemzem kuyusuna su taşıyor. Bir de zemzem suyu sadece içmek için kullanılıyor. Temizlik vs. ihtiyaç için kullanılmadığı için de dikkatli kullanılmış oluyor. Bakın İstanbul’un 1 günlük su ihtiyacı 2,5 milyon metreküp. Zemzemde bir senede hacısı, umrecisi dâhil ancak 1 milyon metreküp kullanıyor.

Su Vakfı ne zaman kuruldu, ne yapıyor?

1996 yılında İstanbul Büyükşehir Belediyesi kurmuş. Kurucuları arasında o günün anakent belediye başkanı bugünün Cumhurbaşkanı Tayyip Erdoğan Bey de var. O günler kentteki kuraklık sıkıntısından ötürü daha çok halka yönelik seminerler, kampanyalar, bazen de çeşme yapımı vs. çalışmalar yapılırken şimdilerde üniversitelerle ortak projeler, bazen de öğrencilere yönelik dersler gibi bilimsel çalışmalar yürütüyoruz.



“Arapların asıl hazinesi petrol değil su!”

Ülkemizde bulunan yer altı suları hakkında neler söylersiniz? Mineral ve vitamin noktasında iyi ve sağlıklı bir suya mı sahibiz?

Ülkemizde maalesef yeraltı suları üvey evlat olmuş. İstanbul’da 30 bin tane kaçak kuyu olduğu tahmin ediliyor. Buradan sürekli sular çekiliyor ve sular kirletiliyor. Bakın başka ülkeler yeraltı sularına büyük önem veriyor. Bakmayın yerüstünün çöl olduğuna, Arabistan yarımadasının altı yer altı suları ile doludur. Onların esas değerli şeyleri petrol değil, sudur. Akıllıca davranıyorlar, şimdi paramız var deyip denizden arıtıp kullanıyorlar, mevcut kaynaklarını tüketmiyorlar. Yeraltı suları Türkiye’den fazladır.

Ülkemizdeki su israfı hakkında neler yapılabilir? Yöneticilere, bilim insanlarına düşen görevler neler?

Yöneticiler, bilim adamlarının çıkarımlarını dikkate almalıdır. Su yönetimi diye bir şeyimiz, su politikamız olması lazım. Bakın bugün mevcut yasa ve yönetmeliklere göre benim bir toprağım varsa bugün istediğim yere kuyu vururum. Oysa vurulmaması lazımdır. Yerin altı milli servettir, şahsa ait olamaz. Bizde bir rahatlık var. Bizim suyumuz var diyoruz, geleceğe yönelik tedbir mahiyetinde çalışma yapmıyoruz.

“Sağlıkta dönüşümün talihsiz bir savunması” başlıklı yazıma gelen eleştirilere cevap

Prof. Dr. Hasan Yazıcı



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

SD Dergisinin ilkbahar 2014 sayısında çıkan *Sağlıkta Dönüşümün talihsiz bir savunması: R. Atun ve arkadaşları Lancet, 2013 yazısı ve izleyen tartışma* başlıklı yazım⁽¹⁾ üzerine, bu kez derginin Yaz 2014 sayısında, Sayın Prof. Dr. Osman Hayran ve Prof. Dr. Sabahattin Aydın görüşlerimi eleştiren ve görüşlerim hakkında kendi fikirlerini açıklayan yazılar yayımlandılar.^(2, 3) Yazıları için teşekkür ederim. Söz konusu eleştiriler ve görüşlerden en önemli gördüklerime açıklık getirmek istiyorum.

1. Yüzdelere ve mutlak sayılar

Gerek Sayın Hayran gerekse de Sayın Aydın benim Atun ve ark. makalesinde yüzdelere ile yapılan kıyaslamalar hakkındaki görüşümü yanlış buluyorlar. Örneğin bebek ölümlerindeki düşüş hızını benim önerdiğim gibi mutlak sayılar üzerinden yapmak çok yanıltıcı olurmuş. Sayın Hayran “durumu daha anlaşılır kılmak için” bir de örnek vermiş. Şöyle diyor: “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 yüzdeki 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 azalma olurken ikinci üç zaman diliminde %4,7 olmuştur' gibi çok hatalı bir yoruma neden olacak idi.”

Sayın Aydın da yazısında benzer bir eleştiri yapıyor ve şöyle diyor: “*Yazar (yani ben, HY) 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 (yani Atun ve ark. Makalesi, HY) sunulan verilerle göre yeni doğan ölümlerindeki düşüş hızının 2003'ten sonra “kesinlikle artmıştır” sonucuna varılamayacağını ifade etmektedir. Bu yargısını, kendi tabloda gösterdiği yıl başına düşüş oranlarına, yani mutlak değişime dayanarak savunmaktadır. Böyle bir değerlendirmenin doğru olmadığı açıktır. Değişim oranlarını zamana bölerek yıl başına yeni doğan 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 ölüm oranı düştükçe, düşüş hızının ne denli zorlaştığını (burada Sayın Aydın sanırım ‘düşüş hızının yorumlanması’ demek istiyor, HY) herhalde göz ardı etmediğini umarım.”

Kusura kalmassınlar, Hayran ve Aydın Hocalar yanılıyorlar. Sayın Hayran yazısına, yanlışıma açıklamak yolunda, benim yazımdan alıp kendi hesaplarını eklediği bir de tablo koymuş. Ben de şimdi aynı tablo üzerinde kendisinin (ve Sayın Aydın'ın) nasıl yanıldıklarını göstereceğim. Söz konusu tabloya göre ülkemizde 1990 yılında 5 yaş altı çocuk ölümü 102/1000'dir. Aynı oran 2000 yılına gelindiğinde 52/1000 olur. Bunun anlamı; 2000 yılında 1000 doğum arasında, 1990 yılına kıyasla 50 çocuğun daha 5 yıl veya daha fazla yaşayabildiğidir. Şimdi bir de 2000-2010 arasına bakalım: 2000 yılında 5 yaş altı çocuk ölümü 52/1000, 2010 yılında ise 20/1000'dir. Bu ise 2010 yılına gelindiğinde 2000 yılına kıyasla 1000 çocuk arasında 32 çocuğun daha sağ kalabildiği demektir. Şimdi bir de tüm tabloyu göz önüne alalım.

1990 yılında ülkemizde doğan 1000 çocuğun 102 tanesi 5 yaşına gelmeden ölüyordu. Hâlbuki bu oran 2010 yılında 20'ye inmiştir. Bu % 80 [(102-20=82), 82/102=0.80] azalmanın %61i (50/82) 1990-2000 yılları, %29u (32/82) ise 2000-2010 arasında gerçekleşmiştir.

Bütün bunlar yanında, 5 yaş altı ölümlerinde gözlenen azalmada -ki aynı şey bebek ve yeni doğan ölümleri için de geçerlidir- uzun süreden gelen ve aynı yönde, yani uzun vadeli bir değişimin (*secular trend*) söz konusu olduğu tartışma konumuz tabloya daha ilk bakışta da anlaşılabilir. Bu azalmayı 2003 sonrasına bağlamak ise ikna edici olmaktan uzaktır.

Atun ve ark. çalışmasını bilimselden çok bir ikna çalışması olarak nitelendirmiştim. Bunun ana nedenlerinden biri yazının pek özleştirici içermemesiydi. Sayın Hayran ise yazısının bir yerinde “.....bir anlamda tüm araştırma sonuçlarını araştırmada yer almayan kişilere analiz ettirmek ve yazdırmak gibi bilim ahlakına aykırı bir sonuca yol açar” diyor. Gerek Hayran gerekse de Sayın Aydın'a soruyorum: Atun ve ark. yazısının ana çatısını oluşturan veriler T.C. Sağlık Bakanlığı'ndan bağımsız bir istatistikçiye analiz ettirilseydi fena mı olurdu? Bir çalışmanın verilerini, çalışmadan bağımsız bir istatistik uzmanının değerlendirmesinin etik dışı bir davranış olabileceğini ilk kez duyuyor ve olabildiğince yadırgıyorum.

2. Sağlıkta dönüşümü irdelemekte bebek ölümleri ve benzer indekslerin geçerliliği

Bir halk sağlığı uzmanı olan sayın Hayran yazısının bir yerinde bebek ölümlerinin “....toplumların sağlık düzeyini gösteren en duyarlı gösterge olmakla birlikte bu hızların azalma hızını etkileyen ve sistemlerin başarısından bağımsız, pek çok etken bulunmaktadır.” demek ve sözlerini desteklemek amacıyla Avrupa'da 19. yüzyılda enfeksiyon hastalıklarına bağlı çocuk ölümlerinde gözlenen anlamlı azalmanın aşılama ve antibiyotiklerin bulunmasından evvel başladığı ünlü örneğini vermektedir. Ancak çok doğru olan bu saptamadan Atun ve ark. makalesinde hiç söz edilmemekte, bebek ölümleri ve benzer indekslerde, yazarların Sağlıkta Dönüşüme bağlı olduğuna “kalben” inandıkları azalmanın, Sağlıkla Dönüşümle ilgi olamayabileceği hiç irdelenmemektedir. Acaba böyle bir irdeleme de etik dışı mı olurdu?

3. Toplum ve hasta memnuniyeti

Yazımda, Atun ve ark. yazısında toplumumuzda son yıllarda çok arttığı söylenen hasta memnuniyetiyle ilgili bazı kuşkularımı dile getirmiştim. Özetle iki



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).⁽²⁾

noktaya değiniyordum: Birincisi TÜİK toplum anketlerinde sağlık hizmetleriyle ilgili anket sorularının, anketlerdeki diğer sorularla olan ilişkilerine dikkat edilmediğini belirtiyordum. Şöyle ki söz konusu anketlerde, örneğin, kazandığı paradan memnun olan bir insan, sağlığından da memnun olabilir. Bu nedenle bilimsel anketlerde sorulan her sorunun “ayırıcı özelliği” ayrı ayrı saptanır. TÜİK soruları için böyle bir çalışma yapılmış olduğundan kuşkuluyum. İkinci değiştiğim nokta ise hasta memnuniyetiydi. Bu anketlerin düzgün bir örnekleme olmaksızın, başkanlığın adeta direktifiyle, yanıltıcı olarak uygulanmaya çalışıldığını belirtmiştim.

Sayın Aydın beni eleştiren yazısında söz konusu anketlerle ilgili dile getirmeye çalıştığım bu sorunları önemli görmüyor ve daha da ilginç herhangi bir hasta anketi yapmanın gerekliliği hakkında kuşkularını belirtiyor. Katılmıyorum, kanımca Sağlıkta Dönüşüm projesinin önemli bir sorunu, söz konusu projeye son 10 yıl içinde ülkemizde miyokard infarktüsü geçirene, böbrek yetmezliği olana, kalçasını kırana veya kanserliye daha iyi bakılıp bakılmadığı sorundur ve ilgililerin bu sorunun yanıtını aramaktan kaçınmaları hafife alınamaz.

Bazı “vatandaşlarımız”

Sayın Aydın, benim eleştirilerimi eleştiren yazısının sonlarına doğru “Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının uluslararası başarılarını içselleştirmede güçlük çeken ve mutlaka yaptığımız iyi olmaması gerektiğine inanan ‘vatandaşlarımız’ olagelmıştır. Mutluluğu başarısızlıkta, gelişmeyi kabullenmişlikte, atılımı atalette aramak gibi bir zaafımız var...” diyerek başlayarak sağlıkta değişimi eleştirenleri yeri yeri. Yaşı uygun veya tarihe meraklı olanlar anımsayacaklar. 12 Eylül darbesini izleyen yıllarda, askeri cuntadan sonra ANAP'lıların da benimsedikleri bir “Türk mucidi” yaratmak heves ve telaşı vardı. Kanserde zakkum kullanımı da böyle bir girişim doğrultusunda zamanın yöneticilerince desteklenmişti. O yıllarda zakkumun bilimselliği hakkında, ben dahil kuşkularını dile getirenlerin benzer bir tepkiyle karşılaştığını hem hafif bir tebessüm hem de ülkem adına üzüntüyle anımsıyorum.

ren yazısının sonlarına doğru “Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının uluslararası başarılarını içselleştirmede güçlük çeken ve mutlaka yaptığımız iyi olmaması gerektiğine inanan ‘vatandaşlarımız’ olagelmıştır. Mutluluğu başarısızlıkta, gelişmeyi kabullenmişlikte, atılımı atalette aramak gibi bir zaafımız var...” diyerek başlayarak sağlıkta değişimi eleştirenleri yeri yeri. Yaşı uygun veya tarihe meraklı olanlar anımsayacaklar. 12 Eylül darbesini izleyen yıllarda, askeri cuntadan sonra ANAP'lıların da benimsedikleri bir “Türk mucidi” yaratmak heves ve telaşı vardı. Kanserde zakkum kullanımı da böyle bir girişim doğrultusunda zamanın yöneticilerince desteklenmişti. O yıllarda zakkumun bilimselliği hakkında, ben dahil kuşkularını dile getirenlerin benzer bir tepkiyle karşılaştığını hem hafif bir tebessüm hem de ülkem adına üzüntüyle anımsıyorum.

Kaynaklar

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

2) Hayran E. Osman. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili olarak Lancet'te yayımlanan makaleye yönelik haksız eleştiriler. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Dergisi 31. sayı, sayfa 6-11

3) Aydın Sabahattin. “Talihsiz bir savunmanın” talihsiz bir eleştirisi üzerine notlar. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Dergisi 30. sayı, sayfa 7-17

Türk ilaç sektörü global güç olmasını sağlayacak potansiyele sahip

Osman Kara



1989 yılında İstanbul Teknik Üniversitesi Metalürji ve Malzeme Mühendisliği Bölümü'nden mezun olan Osman Kara, 1995 yılında ABD'de Dayton Üniversitesi Uluslararası Finans Bölümü ve 1998 yılında Texas Üniversitesi Yönetim İdari Bilimler Bölümünde Yüksek Lisans eğitimlerini tamamladı. 2007 yılına kadar ABD'de çalışmalarını sürdüren Kara, en son Florida Üniversitesinde Bütçe ve Planlama Direktörlüğü görevini üstlendi. Osman Kara, Türkiye'ye dönmesinin ardından 2007-2008 yıllarında Sağlık Bakanlığı'nda Dünya Bankası Danışmanı ve 2009-2013 yılları arasında ise Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı'nda Özel Kalem Müdürü olarak görev yaptı. Kara, Eylül 2013 tarihinden itibaren ise AİFD Genel Sekreteri ve Yürütme Kurulu Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Bugün dünyanın en büyük ekonomileri arasında 17'nci sırada yer alan Türkiye, 2023 için çizdiği vizyon çerçevesinde ilk 10 ekonomi arasına girmeyi, 500 milyar dolar ihracat hacmine ulaşmayı, GSYİH içinde Ar-Ge'nin payını %3'e çıkarmayı hedefliyor. Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Türkiye Sanayi Strateji belgesinde de, ülkemizin "Orta ve yüksek teknolojik ürünlerde Avrasya'nın üretim üssü olması" ideali ortaya koyuluyor. Ayrıca son yıllarda dünyanın en büyük ilaç pazarları olan ABD, Avrupa ve Japonya'da büyüme hızı yavaşlarken, Türkiye'nin de aralarında bulunduğu gelişmekte olan pazarlar, artan yaşlanan nüfus ve kronik hastalıklar nedeniyle, halen belli bir ölçekte büyüme potansiyeline sahip bulunuyor. Bu da yeni yatırımlar söz konusu olduğunda ülkemiz için bir fırsat ortamının mevcudiyetine işaret ediyor.

Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD) olarak, Türkiye'nin mevcut makroekonomik göstergeleri, politik istikrarı ve giderek artan bölgesel etkinliği göz önüne aldığında Ar-Ge yetkinliği odaklı bu hedeflerin gerçekçi ve ulaşılabilir olduğuna, Türkiye'nin 2023 hedeflerine önemli katkıda bulunabileceğine ve demografik yapısı nedeniyle Türkiye ilaç sektörünün büyüme potansiyeli taşıdığına inanıyoruz. Bu açıdan değerlendirildiğinde, yenilikçiliği teşvik eden

yapısal reformlar ve istikrarlı uygulamalar hayata geçirildiği takdirde, hükümetin kamu sağlığı ve ekonomik hedeflerine ulaşmasında ilaç sektörünün stratejik önemde ve kilit sektörlerin başında geleceğini düşünüyoruz.

Zira yenilikçi ilaç endüstrisi faaliyet gösterdiği bütün ülkelerde sadece hastalar için değer yaratmakla ve onlara etkin tedaviler sunmakla kalmaz, ekonomi için de değer yaratır ve büyümenin sürükleyici güçlerinden biri olur. Bazıları 50 yılı aşkın bir süredir Türkiye'de bulunan AİFD üyesi yenilikçi ilaç firmaları, ülkemizde sağlık hizmetleri kalitesinin sürdürülebilir bir şekilde yükselmesi, sektörümüzün daha fazla ilaç Ar-Ge'si (temel ve klinik araştırma) yapabilmesi, katma değeri daha yüksek ürünler üretebilmesi için özveriyle çalışmalarını sürdürüyor. Ancak Türkiye'nin ilaçta sahip olduğu potansiyeli hayata geçirebildiğini, bu doğrultuda yenilikçi ilaç endüstrisinin potansiyelinden yeterince yararlandığını söylemek maalesef mümkün değil. Oysa dinamik ekonomisi, 75 milyona yaklaşan nüfusu, artan refahı, nitelikli insan gücü ve güçlü altyapısıyla Türkiye, ilaç sektöründe dünya sıralamasındaki yerini çok daha yukarılara taşıyabilir nitelikte.

Ülkemiz, 2012 yılı ilaç sektörü büyüklüğü bakımından dünyada 17, Avrupa'da 6. sırada yer almakla birlikte, çektiği Ar-Ge ve üretim yatırımları açısından ol-

dukça yetersiz kalmakta ve katma değeri yüksek ürünler üretememektedir.^(1,2) 2013 yılı rakamlarında pazardaki yerli - ithal ürünlerin oranlarına baktığımızda bu durum net bir şekilde görülmektedir. Türkiye'de tüketilen ilaçların kutu bazında %74'ü, değer bazında sadece %48'i yerel üretimden sağlanmaktadır.⁽³⁾ Kutu bazında satışların çoğunluğu yerel üretimden yapılırsa da, ithal edilen ürünlerin satış değerinin yüksek olmasından ötürü, değer bazında ithalat ağır basmaktadır. Bu da bize Türkiye'de mevcut üretim kapasitesinin katma değeri yüksek üretimde kullanılmamakta olduğunu, ilaç sektörü dış ticaret açığının, katma değeri daha yüksek ürünlerin ithal edilmesi nedeniyle giderek artmakta olduğunu göstermektedir. Bu tablo bize ileri teknoloji, katma değeri yüksek ürünler üretemediğimizi net olarak kanıtlamaktadır.

Ar-Ge yatırımlarındaki sıkıntı da rakamlar incelendiğinde ortadadır. Ciro sunun ortalama %14,4'ünü Ar-Ge yatırımlarına ayıran yenilikçi ilaç sektörü, tüm sektörleri geride bırakarak dünya Ar-Ge yatırımlarında birinci sırada yer almaktadır.^(4,9) 2012 yılında yenilikçi ilaç endüstrisinin tüm dünyada Ar-Ge için yaklaşık 137 milyar ABD doları yatırım yaptığı tahmin edilmektedir. Bu rakamın 2018 itibarı ile 149 milyar ABD doları seviyesine çıkması beklenmektedir.⁽⁵⁾ Türkiye'nin ilaç Ar-Ge harcaması ise 2012 yılında 106,6 milyon

ABD doları olarak gerçekleşmiştir.⁽⁶⁾ Türkiye'deki Ar-Ge yatırımının global Ar-Ge harcamaları içindeki payı ise % 0,07 düzeyinde kalmaktadır.

İlaç sektöründe ihracatın ithalatı karşılama oranı da hayli düşüktür. Ekonomi Bakanlığı'nın verilerine göre, 2013 yılında 818 milyon ABD Doları düzeyinde ihracat ve 4.498 milyon USD tutarında ithalat yapılmış, dış ticaret açığımız da 3,68 milyar ABD Doları olarak gerçekleşmiştir. Yatırımlar ve dış ticaretteki bu dengesizlik, ilaç sektörü yatırımlarında Türkiye'nin potansiyelini neden gerçekleştiremediğini ve yenilikçi ilaç firmalarının yatırımları için Türkiye'yi neden bir çekim merkezi olarak görmediklerini tespit edip düzelttebildiğimiz ölçüde Türkiye lehine gelişecektir.

Yukarda da belirttiğim gibi, bugün küresel ilaç sektörü konjonktürü, Türkiye gibi ülkeler için önemli fırsatlar sunuyor ancak Türkiye ilaç sektörünün Ar-Ge ve üretimde uluslararası yatırımlardan daha fazla pay almasının, küresel rekabet gücüne sahip olabilmesinin ön koşulu istikrarlı bir yatırım ortamının sağlanmasıdır. Sektörünün öngörülebilir ve şeffaf düzenlemelerle yönetiliyor olması ve yatırım yapacak şirketlere, Türkiye'nin bu yatırımları çekmek için rekabet etmekte olduğu diğer ülkelere kıyasla daha avantajlı koşullar sağlıyor olması gerekmektedir.

Bu tespitler ve ihtiyaçtan hareketle AİFD, 2012 yılı Eylül ayında kamuoyuyla paylaştığı "Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu" ile, Türkiye'nin başta 2023 hedefleri olmak üzere hükümetin kamu sağlığı ve ekonomik hedeflerine ulaşmasında ilaç sektörünün nasıl katkıda bulunacağına dair somut öneriler ve eylem planları içeren bir sektörel vizyon ve yol haritası önermiştir. Raporda dünyadaki başarılı ülke örnekleri de incelenerek, Türkiye'yi 2023'e taşıyacak yol haritası ile temel strateji ve politikalar ve bu adımların hayata geçirilmesi konusunda somut ve uygulanabilir öneriler belirlenmektedir. Türkiye ilaç sektörünün 2023 itibarı ile başarabilecekleri konusunda yapılan projeksiyonlar tamamen bilimsel ölçütlere göre hazırlanmış gerçekçi tahminlerdir. Bu tahminler, ulusal ilaç sanayimizin potansiyelini ortaya koymakta ve gelecek için bizlere umut ve iyimserlik vermektedir.

Türkiye'de ilaç sektörü, bugüne kadar "maliyet yaratan" bir sektör olarak algılanmış ve bu algıyla yönetilmiştir. Hâlbuki ilaç sektörünü stratejik ve "değer yaratan sektör" olarak konumlandırmış ülkelerde neler başarılabilirdiği söz konusu raporda ortaya çıkmaktadır. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz:



- İlaç sanayi, ekonomik kalkınmaya destek veren kritik önemde ve öncü sektörlerden biridir.
- İlaç sanayinde araştırma ve geliştirme (Ar-Ge) faaliyetlerine ayrılan payın milli gelire oranı ve miktarı çok yüksektir.
- İlaç sektörünü öncelikli sektör olarak konumlandırmış ve hükümet öncülüğünde belirlenmiş stratejik eylem planlarını hayata geçirmiş ülkeler, uluslararası ilaç yatırımlarını ülkelerine çekmeyi başarmıştır.

Bu örnekler, vakit yitirmeden harekete geçerse, gerek kamu sağlığı gerekse ekonomik açıdan Türkiye için daha farklı ve parlak bir gelecek yaratabilme imkânımız olduğunu göstermektedir.

Birer başarı hikâyesi olarak Singapur ve Güney Kore

Gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülke ilaç sektörünü stratejik sektör olarak belirleyerek Ar-Ge ve üretim yatırımlarını çekmeyi başarmıştır. Buna en iyi örneklerden biri Singapur'dur. Singapur'da hükümetin biyomedikal sektörünü geliştirme planı kapsamında 2000 yılında biyomedikal kümesini oluşturmak için Araştırma, Yenilik ve Girişim Yüksek Kurulu yönetiminde Biyomedikal Girişimi kurulmuştur. 3 araştırma fonunu yöneten kurul, kamu ve özel sektör tarafından yapılacak araştırmaları desteklemek ve araştırmacı gücünü geliştirmek üzere finansman sağlamıştır. Ülkede kümelenme faaliyetleri 3 aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. 2000-2005 arasında altyapı ve işbirlikleri geliştirilmiş; Ar-Ge odaklı Biopolis ve üretim odaklı Tuas kümeleri kurulmuş, devlet destekli girişim sermayesi fonu oluşturulmuştur. Sonraki dönemlerde temel ve klinik araştırma yetkinlikleri geliştirilmiştir. Bugün Biopolis

Türkiye'nin ilaçta sahip olduğu potansiyeli hayata geçirebildiğini, bu doğrultuda yenilikçi ilaç endüstrisinin potansiyelinden yeterince yararlandığını söylemek maalesef mümkün değil. Oysa dinamik ekonomisi, 75 milyona yaklaşan nüfusu, artan refahı, nitelikli insan gücü ve güçlü altyapısıyla Türkiye, ilaç sektöründe dünya sıralamasındaki yerini çok daha yukarılara taşıyabilir nitelikte

kümesi uluslararası bir Ar-Ge merkezi haline gelmiştir. Kuruluşunda yaklaşık 300 milyon ABD Doları yatırım çeken küme, kuruluşundan sonraki 10 yıllık dönemde de 500 milyon ABD Doları değerinde yatırımı daha çekmiştir. Bir diğer başarı örneği de Güney Kore'dir. Güney Kore, 1985 yılında Biyoteknoloji Araştırma Enstitüsü'nü kurarak bu alanda çalışmalar başlatmıştır. 1998 yılında biyoteknoloji alanında stratejik plan hazırlanmıştır. Ulusal biyoteknoloji girişimlerini yapılandırmak ve desteklemek stratejik planın önemli bir parçası olmuştur. Hükümet biyoteknoloji alanında Ar-Ge'yi geliştirmek için 1994 yılından bugüne 5,5 milyar ABD Doları tutarında yatırım yapmıştır. Bu yatırım ve çabaların sonucunda 1999 yılından bugüne kadar 15 yeni molekülün keşfi gerçekleştirilmiştir.

Nasıl bir ilaç sektörü öngörüyorsunuz?

AİFD olarak "Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu" ile gerekli ve doğru adımların atılması durumunda Türk ilaç sektörünün de küresel ölçekte Ar-Ge ve üretim merkezlerinden biri ve bölgesel yönetim merkezi olmasının 'gerçekleştirilebilir bir vizyon' olduğunu ortaya koymuş bulunuyoruz. Bu vizyona ulaşmak için hedefler ve yol haritası önerirken, ülkemizin uluslararası rekabet gücüne sahip ve net ihracatçı konuma gelmiş bir ilaç sektörüne sahip olmasını amaçlıyoruz. Türkiye ilaç sektörü için ihracat odaklı 3 temel hedef belirledik. Bunlar;

- Temel ve klinik araştırma yetkinliği ile hizmet ihracatı: Türkiye'nin yaşam bilimlerinde Ar-Ge yetkinliğini geliştirerek, Ar-Ge alanında ulusal ve uluslararası yatırımları artırmak, kalifiye insan gücü yetiştirmek ve Ar-Ge'de Türkiye'nin öncü sektörü haline gelmek.
- Üretim yetkinliği ile ürün ihracatı: Türkiye'de katma değeri yüksek belli ürün gruplarının üretim kapasitesinin artırarak bölgesel/küresel tedarikçi haline gelmek ve net ihracatçı olmak.
- Yönetim merkezi olma ve hizmet ihracatı: İlaç sektöründe bölgesel bir yönetim ve hizmet merkezi haline gelerek Türkiye'nin ekonomik gelişmesine katkıda bulunmak ve bölgesel etkinliğini artırmak.

Elbette ki bu temel hedeflere ulaşmak üzere geliştirilen eylem önerilerinin ve yatırımların gerçekleşebilmesi için ön koşul istikrarlı bir yatırım ortamıdır. Bunun için sektörün iki temel gereksinimi olduğunu vurgulamak isterim. Türkiye'nin ilaçta bu hedeflerine ulaşabilmesi için şeffaf, öngörülebilir ve istikrarlı politikaların uygulandığı bir ilaç sektörü en büyük ihtiyacımızdır. AİFD, Türkiye'nin daha fazla Ar - Ge ve üretim yatırımı çeken bölgesel bir ilaç üretimi ve

ihracat üssü olabilmesi için başta Hükümetimiz ve tüm paydaşlar hazır ve isteklidir. Türkiye'de onkoloji ilaçları, biyoteknoloji ürünleri gibi alanlardaki yatırımların artırılması, yenilikçi yatırımların en büyük getirilerinden olan küresel bilgi ve teknoloji transferleri, küresel Ar-Ge ağlarına katılım olanakları ile araştırmacıların geliştirilmesi ve Ar-Ge fonlarının ülkeye aktarılması uzak bir düşünce değildir.

Yenilikçiliği destekleyen politikalar ve sonuçları

Türkiye'nin rekabet gücünü artırmada en büyük kozu yenilikçiliklerdir. İlaç sektörünün sürdürülebilir rekabet gücüne sahip küresel bir oyuncu olabilmesi için yenilikçiliği destekleyen, sektörümüz için istikrarı ve öngörülebilirliği sağlayan bir iş ve yatırım ortamının oluşturulması gerekmektedir. Raporumuzda da yer aldığı üzere, öncelikle Türkiye'nin sağlık bilimleri alanında yenilikçiliği destekleyen uzun vadeli bir politika belirlemesi, ardından bu politikanın Ar-Ge ve katma değerli üretim yetkinliğini ilaç sektörünün merkezine koyması önermekteyiz. Bu nedenle, öncelikli olarak yenilikçiliği destekleyen altyapı ve destek mekanizmaları oluşturulmalı, fikri mülkiyet haklarının mevzuatta ve pratikte uluslararası düzeyde korunması sağlanmalıdır.

Doğru ve uzun soluklu politikalar uygulanırsa, ülkemiz sağlam ekonomik altyapısıyla, değerli bilim adamlarıyla, nitelikli ve vasıflı işgücüyle, demografik özellikleriyle, önümüzdeki yıllarda küresel ilaç sektöründe kilit oyuncularından biri haline gelecektir. İlaç sektörü için öngörülebilir, şeffaf ve istikrarlı politikaların uygulandığı, yenilikçiliğin desteklendiği ve küresel rekabet gücü yüksek bir yatırım ortamı sağlandığı takdirde bu vizyonun gerçekleşeceğine ve hep birlikte çalışarak sektörümüzün 2023 hedeflerine ulaşacağımıza olan inancımız tamdır. Bu önerilen yatırım ortamı, eylemler, mevzuat ve altyapı reformları tüm sektör paydaşlarının ortak iradesi, diyalogu ve işbirliğiyle gerçekleştirildiğinde Türkiye'nin 2023 yılında bu rapor ile ortaya koyulan aşağıdaki temel hedeflere ve sonuçlara ulaşması beklenmektedir:

- Katma değeri daha yüksek, yenilikçi ve ileri teknoloji ürünlerin de Türkiye'de üretilmesi sayesinde 23,3 milyar dolarlık yerel üretim miktarı (2013 yılı yerel üretim 4,1 milyar dolardır),⁽⁷⁾
- İlaç sektörünün 1 milyar doları aşan dış ticaret fazlası ile net ihracatçı konuma gelmesi (2013 yılı dış ticaret açığı (-) 3,68 milyar dolar, ihracat 818 milyon dolar, ithalat 4,498 milyar dolar),⁽⁸⁾
- 2013'te 818 milyon dolar olarak gerçekleşen ilaç sektörü ihracatının 7,3 milyar doları ürün, 782 milyon doları da klinik

araştırma hizmet ihracatı olmak üzere toplamda 8,1 milyar dolara çıkarılması.

3.600 adet klinik araştırma yatırımı ve toplamda 1,7 milyar dolar Ar-Ge yatırımı (2012 yılı ilaç sektörü Ar-Ge yatırımı 106,5 milyon dolar)⁽⁹⁾ Ayrıca, doğru politikalar uygulanırsa;

- Orta ölçekli birçok uluslu ilaç şirketinin, dünya çapında sattığı onlarca üründen sadece bir tanesinin üretim hattını Türkiye'ye getirmeyi başarabilirsek, sadece bu tek ilacın ihracatı ile Türkiye'ye sektörün bugünkü toplam ihracatının birkaç katını kazandırabiliriz.

- En yeni ve etkin ilaçları diğer gelişmiş ülkelerle aynı veya çok yakın zamanlarda hastalarımıza sunabiliriz.

- Türkiye'nin sağlık bilimlerine yönelik politikalarının belirlenmesi ve Ar-Ge yetkinliği ve altyapısının geliştirilmesi ile ilaç sektöründe patent sayısının artırılması ve yeni molekül keşfini gerçekleştirebiliriz.

- Türkiye'de konvansiyonel veya katma değeri yüksek ürün gruplarında üretim kapasitesini artırarak/bu alanlarda yeni yatırımlar yaparak global tedarikçi konumuna gelebiliriz.

- İlaç sektöründe bir yönetim merkezi haline gelerek Türkiye'nin bölgesel ve küresel rekabet ve stratejik gücünü artırabiliriz.

Hükümetin ve AİFD'nin vizyonları birbirine çok yakın!

Aslında son 2 yıllık dönemde, hükümet tarafından hazırlanan ve ilaç sektörünün geleceğini belirleyecek plan ve strateji dokümanları, AİFD vizyonuna benzer bir vizyon ve yaklaşımı yansıtır. Bu belgelerde, önerdiğimiz birçok eylem ve politikaya yer verilmesi de AİFD olarak bizi, sektör ve Türkiye'nin geleceği açısından umutlandırdı.

Hükümetin de, sektörün de, daha fazla ilaç üreten, ilaç Ar-Ge'sine daha fazla yatırım yapan ve daha fazla ihracat yapan bir Türkiye ilaç sektörü isteğinin bu süreçte netleştiğini söyleyebiliriz. Bu yaklaşım, ilaç sektörü ile ilgili temel kamu strateji ve politikalarını belirlemek üzere hazırlanan bazı dokümanlara da yansdı. 2013 yılı Ocak ayında, Bilim ve Teknoloji Yüksek Kurulu (BTYK) "sağlık alanını" öncelikli alan ilan etti. Bilindiği gibi, BTYK ülkemizin bilim ve teknoloji alanındaki temel politikalarını belirleyen en üst kurumdur ve bu açıdan bakıldığında sağlık alanının stratejik bir alan olarak belirlenmesi yönünde aldığı karar sektör için çok önemlidir.

2013 yılı Temmuz ayında, TBMM'de kabul edilen Onuncu 5 Yıllık Kalkınma Planında sağlık endüstrisinin stratejik bir yaklaşımla ve öncelikli sektörler arasında ele alınması yine çok olumlu

bir gelişme oldu. İlaç sektörüne verilen öncelik, planda sağlık endüstrisi için bir dönüşüm programı oluşturulması ile netleşiyor. Aynı bir bölüm olarak ele alınan "Sağlık endüstrilerinde yapısal dönüşüm" başlıklı bölümde benimsenen hedef ve politikaların da AİFD'nin "Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023" raporunda yer alan vizyon ve yol haritasıyla paralellikler taşıması bizler için memnuniyet verici.

Bunların yanı sıra Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı bünyesinde çalışmalarını 2012 Mayıs ayında başlatılan "Türkiye İlaç Sektörü Strateji Belgesi ve Eylem Planı" da son aşamalarına gelmiş bulunuyor. Kalkınma Planı ardından, BTYK kararının uygulamaya geçirilmesinde temel politika dokümanlarından biri haline gelecek olan "Türkiye İlaç Sektörü Strateji Belgesi ve Eylem Planı" taslak metnindeki vizyonun, AİFD'nin Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporundaki "Türkiye ilaç sanayisinin 2023'te küresel ölçekte bir Ar-Ge ve üretim merkezi ve bölgesel bir yönetim merkezi olması" vizyonu ile aynı olması da AİFD açısından çok önemli ve anlamlıdır.

Yolu açılırsa sektörün Türkiye'ye katkıları çok daha fazla olur!

Sektörün bu noktada beklentisi kamunun bu ve benzeri dokümanlarda ortaya koyduğu iradeyi politikalarına ve uygulamalarına yansıtmasıdır. Yenilikçiliğin artık ilaç sektörü ile ilgili strateji ve politikaların merkezinde yer alması ve fiilen desteklenmesi gerekiyor. Halen Türkiye'deki ilaç yatırım ortamında, Ar-Ge ekosisteminde, yenilikçi ilaç endüstrisi için hayati öneme sahip fikri mülkiyet hakları konusunda, yenilikçi ilaçların piyasaya ve hastalara erişiminde sorunlar yaşanıyor. Bunların aşılması, yenilikçi ilaç endüstrisinin ülkemizdeki hizmet kalitesinin sürdürülebilir bir şekilde yükseltilmesinin ve Türkiye'nin ekonomik kalkınmasına potansiyellerine uygun ciddi katkılar yapmasının yolunu açacaktır.

Ne yazık ki bugün benimsenen yaklaşım sektörümüzde yatırımları, yenilikçiliği ve gelişmeyi teşvik etmekten uzaktır. Türkiye'de ilaç sektörü yatırım ortamının geliştirilmesi, öncelikli olarak sektörün kısa vadeli sorunlarının belli bir plan dâhilinde çözümüne yönelik çabaların başlatılmasını gerektirmektedir. Tasarruf etmek ve bütçeyi yönetmek adına sadece ilaç fiyatlarında indirim odaklanan yaklaşımlar Türkiye'nin ilaç sektöründeki potansiyellerini ve parlak geleceğini gölgelemekte, daha da önemlisi hastalarımızın yeni ilaçlara zamanında erişimini riske sokmaktadır.

Tekrarlamak isterim ki, yenilikçiliği destekleyen ve ülkemiz gerçeklerine hitap eden akılcı politikaları uygulamaya koyar,



kaynaklarımızı daha etkin kullanabileceğimiz yapısal reformları hayata geçirir ve sektörümüzde istikrar sağlarsak, biliyoruz ki Türkiye kazanacaktır. Daha ileri teknoloji, katma değeri daha yüksek ürünler üreten, ihracat yapan ve hastalarına hizmet kalitesini sürdürülebilir bir şekilde yükselterek uluslararası standartlara taşıyan bir ilaç sektörümüz olabilir. Türkiye Ar - Ge, üretim ve yönetim fonksiyonları açısından Avrasya ve Ortadoğu'da ilaç sektörünün merkez üssü haline gelebilir.

Diğer seçenek ise sektörümüzde maaşlefe mevcut uygulama ve politikaların sürdürülmesidir. Ülkemizde artan sağlık ihtiyaç ve talepleri karşısında sektörün hacimsel anlamda büyürken, değersel anlamda baskı altına alınması, yani sadece ilaç fiyatlarında indirime odaklanarak tasarruf yapılması yönünde çaba gösterilmesidir. Bu koşullar altında bile büyük özveriler göstererek, hastalarına hizmet kalitesini düşürmemeye çalışan ilaç endüstrimizin gelişimi, ne yazık ki bu seçenekte çok zordur. Yine bu seçenekte, ilaç hizmetleri kalitesini sürdürülebilir bir şekilde artırmak da mümkün olmayacaktır. Bence Türkiye'nin önündeki yol ayrımı budur. Bu noktada hükümet başta olmak üzere bütün paydaşlarımızın doğru seçimi yapacağına inanıyorum.

Yukarıda özetlemeye çalıştığım tüm hükümet belgelerinde ilaç sektörünün stratejik sektör olarak kabul edilmesi AİFD olarak bu inancımızda haksız olmadığımızı gösteriyor. Biliyoruz ki doğru yolu seçersek hükümete de bizlere de büyük sorumluluk ve görevler düşüyor. AİFD olarak Türk halkının en yeni ilaçlara erişimini gelişmiş ülkelerle aynı zamanda sağlamak ve Türkiye ilaç sektörünü yenilikçi ilaç Ar-Ge'sinde ileri teknoloji üretimde bölgesel bir merkez yapmak için tüm imkân ve gücümüzle çalışacağımızı belirtmek isterim.

Kaynaklar

- 1) IMS Health "Global Use Of Medicines Outlook Through 2017", Kasım 2013
- 2) EFPIA, Pharmaceutical Industry In Figures, 2013
- 3) IMS 2013 yılı verileri (ihale ile satışlar dâhil değildir)
- 4) Avrupa Komisyonu 2013 EU Industrial R&D Investment Scoreboard Raporu, sayfa 45
- 5) Evaluate Pharma, World Preview 2013, Outlook to 2018
- 6) TÜİK verileri, Ekonomik faaliyet ve finans kaynağına göre ticari kesim Ar - Ge harcamaları 2012
- 7) IMS Veritabanı, 2013 yılı verisi
- 8) Ekonomi Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Sektörü Raporu
- 9) TÜİK - Eczacılık ürünleri toplam ARGE yatırımı, 2012

Obezleşen kentler

Dr. S. Kenan Şahin



1967 yılında Erzurum'da doğdu. 1990'da Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. SSK Amasya Suluova Dispanserinde mecburi hizmetini, Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde Uzmanlığını, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü'nde İşletme Yüksek Lisansını tamamladı. Özel sağlık kuruluşlarında yöneticilik yaptı. 2000-2004 yılları arasında Pendik Belediye Başkan Danışmanlığı görevinde bulundu. 2005 yılında SSK İstanbul Sağlık İşleri Bölge Müdürü olan Dr. Kenan Şahin, Genel Sağlık Sigortası'nın kuruluş çalışmalarına katıldı. Mart 2009'dan beri Pendik Belediye Başkanlığı görevini yürüten Şahin, evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Sehirler değişen, yenilenen, yaşayan bir organizmadır. Bu organizma, canlı ve cansız yapılardan teşekkül eder. Ancak organizmanın yaşam şekilleri ve ilişki biçimlerini belirleyen, kent kültürü olarak tanımlanan organizasyon da şehrin bir parçasıdır. Başarılı bir tedavi doğru teşhisle mümkündür. Şehir doğru tanınır, ihtiyaçları doğru tespit edilir, imkânları iyi değerlendirilir ise sağlıklı bir organizma ve başarılı bir organizasyon meydana çıkacaktır. Sağlıklı bir şehrin oluşturulmasında, kamunun, yerel yönetimlerin, üniversitelerin, sivil toplumun, çıkar gruplarının ve bireylerin etkileri ve katkıları vardır. Biz bu yazıda sağlıklı kent için yerel yönetimlerin payını ve sorumluluklarını değerlendireceğiz.

Sağlıklı şehirler

Sağlıklı kent, öncelikle yaşayan halkın sağlıklı olmasını hedef alan bir şehirdir. Bunun için de şehrin beden ve ruhen insan sağlığına uygun olması gereklidir. Ruhen ve fiziklen yaşayanların kültürüne ve doğasına uygun olmalıdır şehir. Bu da şehirlerin gelişigüzel değil, planlı olması gerekliliğini ortaya koyuyor. Tıpkı planlı yaşayan, düzenli bir hayatı olan bireylerin daha sağlıklı olması gibi, sağlıklı şehir de planlı şehirdir. Planlama sadece

teknik bir yaklaşımla ele alınmamalıdır. Planlamanın felsefi boyutları da göz önünde bulundurulmalıdır. Ruh sağlığının, tıpkı beden sağlığı gibi yaşamsal standartları etkilediğini biliyoruz. Bireyin kültür yapısından yaşam stiline kadar tüm detayları, ruhi ve fiziki ihtiyaçlarını değerlendiren bir plan bakışına ihtiyaç vardır. Bu bir anlamda şehrin ruhunun anlaşılmasıdır. Şehrin ruhu, üzerinde yaşayanların ruhuyla örtüştüğüce mutluluk verir. Üzerinde yaşayan toplumun ruhundan izler taşımalıdır şehir. Ve insanı bunaltan değil, insanı ferahlatan şehirler kurulmalıdır.

İnsanlar özünde iyi ve doğrudurlar. Saf ve temiz bireyler olarak doğar, toplumsal hayat içerisinde istikametimizi belirleriz. Arzu edilen bir neslin oluşması, sağlıklı bireylerin oluşması da ancak sağlıklı bir kent ile mümkündür. Kent yaşayanların eğitimiyle ve kültürüyle sosyolojik dokusuyla, yaşam biçimiyle, inancıyla, aidiyetiyle uyumlu olduğu müddetçe üstündeki insanları mutlu eder. Bireyin inançlarıyla çelişen bir şehirde ruhen sağlıklı olması beklenemez. Kültürün yaşatılacağı ve geliştirilebileceği bir şehir insanları mutlu kılar. Sağlıklı Şehirler Projesi de, bir şehrin ne olduğu ve sağlıklı bir şehrin nasıl olması gerektiği sorusundan yola çıkmıştır. Yaklaşımına göre şehir, yaşayan, nefes alan, büyüyen, sürekli değişen bir

iç dinamiğe sahip karmaşık bir organizmaya benzetilmektedir. Sağlıklı bir şehir, çevresini ve kaynaklarını geliştirerek en yüksek potansiyeline ulaşmaya çalışır. Sağlıklı şehir kavramı bir sonucu değil, bir yöntemi ifade etmektedir. Sağlıklı şehir sadece belirli bir sağlık düzeyine ulaşmış şehir değil, sağlık bilincine sahip ve onu geliştirmek için çaba harcayan şehirdir.

Sağlıklı birey için belli öncüllerimiz olabilir. Ancak küreselleşen dünyada, sağlıklı şehirler için tek bir tanım ne kadar uygundur? Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlıklı şehirlerde olması gereken nitelikler şunlardır:

- Nitelikli konut da dâhil olmak üzere temiz, güvenilir bir fiziksel çevre
- Dengeli ve sürdürülebilir bir ekolojik sistem
- Güçlü ve dayanışmacı bir toplum yapısı
- Toplumdaki bireylerin kendi yaşamlarını, sağlık ve refah düzeylerini etkileyen kararlara katılımı ve kontrolü
- Şehirde yaşayan tüm bireylerin temel ihtiyaçlarının (yemek, su, barınak, gelir, güvenlik ve iş) karşılanması
- Herkese açık iletişim olanakları, kaynak ve tecrübeye ulaşılabilirlik
- Geniş kapsamlı, canlı ve yenilikçi bir şehir ekonomisi



- Geçmişe, şehir sakinlerinin kültürel ve biyolojik mirasına ve diğer grup ve şahıslara bağlılığı destekleyen bir yapı
- Tarihsel özelliklere uyumlu ve onları geliştirebilen bir yapıya sahip olma
- Optimum seviyede herkese ulaşabilen uygun halk sağlığı ve sağlık bakım hizmeti
- Yüksek sağlık seviyesine sahip olma ⁽³⁾

Kentteki eğitim ortamları, çalışma ortamları sağlıklı bir şehir açısından önemlidir. İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili tedbirlerin etkili olması, insanların çalışma ortamlarının daha güvenli ve kontrollü olmasını sağlayacaktır. Bireylerin günlük hayatının minimum üçte birini geçirdikleri iş alanlarının sağlıklı ve güvenli olması, sağlıklı şehirler için gerekli altyapıyı oluşturacaktır. Eğitimli toplum, daha huzurlu ve daha mutludur. Eğitim imkânlarının iyi oluşturulduğu şehirlerde bireylerin daha pozitif ve birbirleriyle yaşama konusunda daha saygılı bir toplum olduğu aşikârdır. Özellikle ortak yaşam kültürünün iyi kavrandığı, eğitimle topluma iyi bir şekilde kazandırıldığı yerlerde gerek iletişim gerekse sosyal olarak birey daha rahat ve sağlıklıdır.

Enerji verimliliğini iyi kullanmayan, gereksiz enerji savurganlığı olan kentlerde kirli hava ve kirli çevre has-

talıklara davetiye çıkartmaktadır. Gene atıkların iyi yönetilmediği, atıkların iyi değerlendirilmediği şehirlerde, kirli çevreden dolayı sağlıklı bir toplumdan bahsetmek imkânsızdır. Isı izolasyonları iyi yapılmamış, havalandırmaları, aydınlatılması iyi çözülmemiş kentsel yapılarda nemden dolayı hastalıkların oluşacağı aşikârdır. Tıpkı bunun gibi tüm yapıların düzenlenmesinde önceliğin sağlık olması gereklidir. İnsanların hastalık anında, sağlık hizmetine erişimi ve bu erişimdeki hakkaniyet ve hizmet kalitesi de kent sağlığı açısından çok önemlidir ve sağlıklı yaşam sürelerinin daha yüksek olacağı kaçınılmaz bir kazanım olarak karşımıza çıkacaktır.

Günümüzde giderek artan ve çeşitlenen kent sorunlarına çözüm arayışları daha çok sektörü ilgilendiren ve küresel nitelik taşıyan bir noktaya gelmiştir. Bu bağlamda, sürdürülebilir kalkınma, sürdürülebilir çevre yönetimi gibi kavramlar insan yerleşmeleri için ön plana çıkarılmaya başlamıştır.⁽⁴⁾ DSÖ'nün sağlığı sadece sakatlık ve hastalığın olmayışı değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik olarak tanımlaması ve "sağlığın belirleyicileri"ne yaptığı vurgu, sağlık politikalarının sadece sağlıkla ilgili profesyonelleri ilgilendirdiği şeklindeki geleneksel anlayışa karşı çıkan sağlığa bakiş açısını yansıtmaktadır.

Çocukların, yaşlıların ve engellilerin korunduğu, özel politikaların geliştirildiği, yaşama katılırken tedavi ve teşhis imkânı sağlandığı şehirler; hastalıklarla mücadele ve hastalıklara müdahale noktasında daha başarılı olacaktır. Hayır işleyen önemseyen insanların, daha iyi bir toplum oluşturmada daha başarılı olduklarını biliyoruz. Toplum içerisindeki dayanışma ne kadar güçlendirilir ve uçurumlar ne kadar azaltılırsa o kadar huzurlu ve sağlıklı bir şehir olacağı su götürmez bir gerçektir.

Artık bilgi tecrübeli bireylerin birikimlerinden süzülmeden çocuğa aktarılıyor. Televizyon karşısında büyüyen çocuklar, TV yıldızları gibi giyinip, onlar gibi medyatik kişiliğe sahip olmak gibi bir ideale sahip oluyor. Kent içi organizmanın fast-food bilgi tüketiminden dolayı kanserleşmiş kültürü hızla yayılıyor. Kentleri bir organizma olarak ele alırsak en belirgin tabirle şehirlerimiz obezleşmektedir.

Sağlık birçok mesleğin ve farklı sektörlerin işbirliğini gerektiren bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Bu bakış açısı çerçevesinde, Alma-Ata ve Ottawa Konferansları "herkes için sağlık" ilkelerinin belirlenmesi gibi uluslararası çok sayıda toplantı, konferans vb. girişimler 1987 yılında DSÖ'nün öncülüğünde başlatılan "Sağlıklı Şehirler Proje"sinin ortaya çıkmasında önemli rol oynamıştır. Şehirlerde yaşayan ve çalışan insanların fiziksel, ruhsal, sosyal ve çevresel refahını artırmayı amaçlayan Sağlıklı Şehirler Projesi ilk olarak DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından 11 Avrupa şehrinde başlatılmış ve önce Avrupa'da sonra dünyanın diğer bölgelerinde hızla yayılmaya başlamıştır.⁽⁵⁾

Öncelikle şehirde yaşamın standart bir hal alması imkânsız olduğu gibi şehir dışı yaşamlarda da aynı farklılıklar gözlemlenmektedir. Huzurevi ve çocuk esirgeme kurumları, aile kavramının ne denli zarar gördüğünü gösteriyor. Eski dönem insanların gerek ruhsal olarak gerekse fiziksel olarak kendilerini aileden destek alarak güçlendirmesinin aksine, şimdiki insanın yalnızlaşması ve tüm problemlere açık hale gelen psikolojisi, aynı zamanda tırmanan psikolojik problemlere meydan hazırlıyor. Oluşan çatlaklar sadece bireyler arası çatışmayı değil, aynı zamanda bireyin yalnızlaşmasını da beraberinde getiriyor.

Çocukların, yaşlıların ve engellilerin korunduğu, özel politikaların geliştirildiği, yaşama katılırken tedavi ve teşhis

imkânı sağlandığı şehirler; hastalıklarla mücadele ve hastalıklara müdahale noktasında daha başarılı olacaktır. Aynı şekilde dezavantajlı kesimlerle bir arada yaşamak zorunda olan, özellikle annele- rin ve diğer aile bireylerinin korunduğu ve desteklendiği bir kent, daha sağlıklı bir şehir olacaktır...

Yalnızlaşan bireyin kendini bir yere ait hissetmek istemesi veya bir şeye ait hissetmesi sonucunda oluşan boşluğu neler mi dolduruyor? Çağımızın en büyük salgınlarından birisi olarak madde kullanımı, dünyanın pek çok bölgesinde artmaktadır. Sosyal sağlık sorunları da ruh sağlığı sorunları gibi gelişmekte olan ülkelerde artış göstermektedir. Zührevi hastalıklar, AIDS, aile yıkımları ve şiddet, gelişmekte olan dünyada hızla yayılmaktadır. Küreselleşme ile birlikte toplumun en zengin ve en yoksul üyeleri arasındaki uçurum büyümekte ve sefalet sınırlarında yaşayan insanlarda en yüksek morbidite (hastalanma) ve mortalite (ölüm) oranları gözlenmektedir. ABD gibi zengin ülkelerde bile, gelire göre sağlık göstergeleri kötüdür.⁽⁶⁾ Sadece bağımlılık yapan madde kullanımı değil, aynı zamanda sosyal ağlar üzerinde meydana gelen istif bilgi birikimi, modernize olan iletişim araçlarının yeniliğine yetişme duygusu, bireyi yurtsuzlaştırıyor.

Fransız düşünür Paul Virilio (1994, 1995) iletişim otoyollarının inşasıyla birlikte yeni bir fenomenle yüz yüze geldiğimizi iddia etmektedir: Yönelim kaybı. Hissedilen gerçeklik artık iki surettedir: Sanal gerçeklik ve "hakiki" gerçeklik. Bu olgu gerçekle iki türlü ilişki kurmamızı sağlamaktadır. Böylece insanlar yönelimlerini sağlayacak referans noktalarını yitirmektedirler. Uzaktan görme, uzaktan işitme, uzaktan eylemde bulunma imkânlarıyla varlık köksüzleşmektedir. Önceden, "olmak" deyince "bir yerde olmak", burada ve şimdide konuşlanmak kastedilirdi; siber uzayda ise hemen, birden, her yerde olmak mümkündür ve bu da varlığın özünü zedelemektedir. Gerçeklik artık stereo-gerçekliktir.⁽⁷⁾ Yerleşik yaşama geçişimizin üzerinden yüzyıllar geçerken, birey sanal dünya veya sanallaşan küresel dünya üzerinde yeniden göçebeleşmektedir. Bu göçebelilik beraberinde yurtsuz, kültürsüz ve konumsuz bireyleri meydana çıkartıyor.

Organizma olarak şehir

Kentleri bir organizma olarak ele alırsak en belirgin tabirle şehirlerimiz obezleşmektedir. Sadece insan çeşitliliği açısından değil yaşam stilleri, yaşam standartları açısından da karmaşıktır. Gerek kentte yaşayanlar gerekse kenti yönetenler açısından çok bilinmeyenli denklemleri meydana getirir. Yapılaşma, güvenlik, atıkların bertarafı, temiz su

temini, hava kirliliği, itfaiye hizmetleri, gürültü, trafik, ormanların, yeşil alanların, denizlerin ve göllerin değerlendirilmesi ve daha pek çok konuda çözümler yerel yönetimlerin gündemini oluşturmaktadır. Bu ilişkiler sonucu sağlık alanında; bulaşıcı hastalıklara karşı alınabilecek önlemler, yaşlılara ve engellilere yönelik hizmetler, sağlık kurumlarına; çocuk yuvası ve yurtlarının işletilmesi, fuhuş ve fuhuş yoluyla bulaşan hastalıkların çözümü, mezarlıklar, hayvan sağlığı, hayvan kesimi, sahipsiz hayvanlar ve neden oldukları hastalıklarla mücadele, gıda üretimi, satışı, denetimi, arıtma tesisleri gibi birçok konuda yeni yaklaşımlar ve çözümler elde etmek mümkün olabilir.⁽¹⁾

Kent organizmasının en küçük yapı taşı birey

Sağlıklı şehirler, sorunların yeni yaklaşım yollarıyla ele alınmasını ve yeni bakış açılarını gerektirir. Geleneksel yerel yönetim modellerinde vatandaşlar yetkililerce sağlanan hizmetlerin tüketicisi olarak görülürken, toplumu yönetimin ortağı olarak kabul etmek gerekmektedir. Geleneksel yönetim anlayışında, yöneticiler çoğunlukla toplum için en iyi olanın ne olduğuna onların adına karar vermektedir. Geri çekilmeyi öğrenme ve toplumun liderliği üstlenmesine izin vermek, seçilenler ve diğer çalışanlar için her zaman çok kolay olmayabilir.

Uygulama sürecinde tahmin edilebilirliğin ve kontrolün zor olmasından dolayı yaşanabilecek belirsizlikler ve kaos durumlarına karşı toleranslı olmak önemlidir. Toplumla birlikte çalışma, farklı yetenekler, daha az ego, daha çok sabır gerektirmektedir. Belediye başkanı ve meclis; emir verme ve kontrol etme şeklindeki geleneksel liderlik anlayışından, kolaylaştıran ve bir araya getiren liderlik modeline geçmek zorundadır.⁽⁸⁾ Liderlik farklılıkları bir araya getirip bunları ortak bir amaç için tek bir noktada birleştirme özelliğidir.

Toplumlarda yaşam alanlarının farklı gruplara göre belirlenmesi, seçici körlük oluşturuyor. Çocuklarımızın ahlaki ve sosyal yapıları, büyükleri tarafından değil, popüler kültür, medyatik kişiler, televizyon ve gündemle belirleniyor. Yani bilgi, tecrübeli bireylerin birikimlerinden süzülmeden çocuğa aktarılıyor. Televizyon karşısında büyüyen çocuklar, Televizyon yıldızları gibi giyinip, onlar gibi medyatik kişiliğe sahip olmak gibi bir ideale sahip oluyor. Yeni yetişen toplum altyapısı, örneklerini, kavram ve düşünce yapılarını medyadan alıyor. Kent içi organizmanın fast-food bilgi tüketiminden dolayı kanserleşmiş kültür hızla yayılıyor. Aile gelenek ve görenekleri, yüzyılların birikimiyle şekillenirken, şimdinin modern kültürü sürekli değişim içerisinde ilerliyor.



Yapılan araştırmalar, doğanın korunduğu Karadeniz'de daha az, çarpık kentleşmenin yoğun yaşandığı göç alan büyükşehirlerde ise ruhsal hastalıklarının daha yoğun yaşandığını ortaya koyuyor.

Biz kent hayatının gönüllü bir kölelik olduğunu biliyoruz. Kentte yaşamak, insanların birtakım beklentilerine, birtakım kişisel hırslarına, arzularına, beklentilerine gem vurma ihtiyacı oluşturduğunu gözlemliyoruz. Oysaki birlikte yaşama kültürü için gerekli olan atmosferde, ötekinin, komşunun ve diğer toplum kesimlerinin önemsenmesi gereklidir. Hayır işleyen, güzel işlere imza atan, diğerinin sıkıntısını veya yaşamsal standartlarını önemseyen insanların, daha iyi bir toplum, daha sağlıklı bir yaşam alanı oluşturmada daha başarılı olduklarını biliyoruz. Toplum içerisindeki dayanışma ne kadar güçlendirilir ve uçurumlar ne kadar azaltılırsa o kadar huzurlu ve sağlıklı bir şehir olacağı su götürmez bir gerçektir.

Şehirlerin yoğunluğu-obezitesi, bireylerin kanser kültürleri benimsemesi ve moda kültürlerin “ben” kavramını meydana çıkartmasıyla had safhaya ulaşan problemler bütünü beraberce getiriyor. İnsanların adalet duygusunun iyi karşılandığı -hem hukuki hem de toplumsal anlamda- eşitsizliklerin, çatışmaların, haksızlıkların olmadığı bir toplum, insanların daha mutlu olacağı, ruh ve beden sağlıklarının daha iyi olacağı toplumdur.

İnsan kimliğini ve kişisel özelliklerini belirleyen DNA yapısıyla eşdeğer, kentlerin kimliklerini belirleyen bireyin kültürü; artık küresel dünyanın medya sistemleri, popülerizm akımlarına göre hırpalanır durumdadır. Popüler akımların veya farklı tarzların gençler tarafından bir anda kabul edilip kanser hücreleri gibi bir anda çoğalmasının sebebi de aile içerisindeki rol modellerden uzaklaştırılmış, anlam arayışındaki bireydir. Hücre zarının zararlı maddeleri içeriye almaması gibi toplumların süzen ve inceleyen yapısı yerine, kabullenen ve direk olarak tüm müdahalelere açık yapısı, birey ve şehir hayatı açısından kanserli bir yapıyı meydana çıkartmaktadır.

Organizasyon olarak şehir

Fazla insan, hızlı büyüme, yetersiz kentleşme, plansız yapılaşma, fazla seçenek, takipsiz güç sonucu kontrolsüzleşen şehirler, sadece fiziksel anlamda değil, ruhsal anlamda da bir bütünlük içinde değildir. Kent yaşamı içerisinde organizasyonda yer alabilmek için karşılanması gereken ihtiyaçların fazlalığı ve gücün yetersizliği, bireyi koşuşturma içerisinde yorulmaya ve yetersizlik duygusuyla karşı karşıya

bırakıyor. İnsanlık “Nasıl daha doğru yaşamım?” sorusunun cevabının peşinde. O halde bir durup düşünmek gerekiyor.⁽⁹⁾ Organizasyondaki bireylerin sağlıklı yaşamı, bütünsel organizasyonun da sağlıklı ilerlemesini sağlar. Yakın tarihte Vietnam, Irak, Afganistan gibi savaşlardan sonra ABD’de yapılan araştırmalar, Amerikalı savaş gazileri arasında intihara rastlanma sıklığının savaşta ölenlerden fazla olduğunu gösterdi.⁽¹⁰⁾ Özellikle iç çatışma ve politik kaostan olduğu ülkelerde intihar oranları belirgin bir artış göstermiştir.⁽⁶⁾ Bireylerin yaşamları her ne kadar “ben” kimliği çerçevesinde şekillense de yaşamı kıymetlendiren kavram “biz” diyebilmektir. Biz diyemeyen bireyler, “ben” kavramının bencilliği, kibri ve hırsından etkilenerek kişisel bir kaos yaşıyorlar. Biz, bir başkasından ayrı değiliz. Farklı dilleri konuştuğumuz, farklı kültürleri paylaştığımız dünya içerisinde bütüncül bir ruh vardır. Bu ozon tabakasının delinmesinin, tüm dünyayı etkilemesi gibi bir bireyin ruhunda oluşan hasar, toplumsal yapı içerisindeki herkesi etkilemektedir. Kent yaşamında bireyin “ben” diyerek oluşturduğu yalnızlıktan aldığı güç ve “biz” diyerek oluşturduğu bütünlükten aldığı güç farklı yönelimleri tetikler. İnsanın kendi içinde bir yolculuğa

Tıpkı planlı yaşayan, düzenli bir hayatı olan bireylerin daha sağlıklı olması gibi, sağlıklı şehir de planlı şehirdir. Planlama sadece teknik bir yaklaşımla ele alınmamalıdır. Planlamanın felsefi boyutları da göz önünde bulundurulmalıdır. Şehrin ruhu, üzerinde yaşayanların ruhuyla örtüştükçe mutluluk verir. Üzerinde yaşayan toplumun ruhundan izler taşınmalıdır şehir. Ve insanı bunaltan değil, insanı ferahlatan şehirler kurulmalıdır.

Çıkması ve kendini fark etmesi iki aşamalı bir süreçtir. Birinci aşama farkındalık, ikincisi bilgilendirmedir. İnsanın bir şeyin üzerinde düşünebilmesi için önce onun farkına varması gerekir.⁽¹¹⁾ Bütünsel organizma içerisinde bireye düşen sorumluluk, “gerçekleştirebileceği” sorumluluk olduğu süreçte, bireysel yükümlülük de sorumluluğu “en iyi şekilde” gerçekleştirmek olmalıdır.

İnsanların kendi yaşamları üzerindeki kontrol gücünü artırma ve bu şekilde sağlıklarının iyileştirilmesi olarak tanımlanan “sağlığı geliştirme”,⁽¹²⁾ var olan sağlık koşullarındaki farklılıkları gidermeyi ve tüm insanların, sağlık potansiyellerine tam olarak ulaşabilmesi için eşit olanaklar ve kaynaklar sağlamayı amaçlamaktadır. Bu amaçların gerçekleştirilmesinde sorumluluk sadece sağlık sektörüne ait olmayıp, hükümetler, hükümet dışı organizasyonlar, gönüllü kuruluşlar, yerel yönetimler, endüstri kuruluşları ve medyanın ortak sorumluluğu ve işbirliğine dikkat çekilmiştir.⁽¹³⁾

Kentsel yönetimlerin sağlık politikalarında birey katılımı

Kentsel yönetimlerin sağlık politikaları şu dört madde altında toplanabilir:

- 1) Sağlık eğitimi
- 2) Koruyucu hekimlik
- 3) Tedavi edici hekimlik
- 4) Fiziksel, sosyal ve psikolojik rehabilitasyon

Büyük kentlerde insan sağlığını korumada, koruyucu hekimlik ve sağlık eğitiminin önceliği ve özel bir önemi vardır. Sağlık sorunlarını çözmüş ülkelerde de yapılan budur. Halk sağlığını korumada temel hedef hastalık oluşmasını önlemektir.⁽¹⁴⁾ Nitekim hastalık üreten koşulların oluşmasını önlemek hem daha kolay hem de bireyleri tek tek tedavi etmekten daha ekonomiktir. Dolayısıyla daha akılcıdır. Ayrıca hasta sayısını azaltacağı için tedavi edici hekimlik hizmetlerinin daha kaliteli ve daha etkili bir şekilde sunulmasını da sağlar.⁽¹⁵⁾

Bireyin sağlıklı bir şekilde yaşaması, hasta bireyin tedavisinden hem daha kolay hem de daha ucuzdur. Ancak bu süreç, uzun bir zaman diliminde şekillenir. Sağlıklı yaşam biçiminin oluşturulduğu en önemli altyapı ise kentsel altyapıdır. İnsanların yeme içme, spor yapma, dinamikleri, hareketlilikleri kent altyapısının oluşturduğu altyapıyla mümkündür. Bireyin kendi kendinin doktorluğunu yapması ve bireysel sağlığına dikkat etmesi, sağlık hizmetlerinin kurumlar aracılığıyla değil, bireyler aracılığıyla ulaşmasını da sağlayacaktır.

Sağlıklı şehirlerin önemli bileşenleri olarak görülen halkın hizmetlere katılımı, ilgili sektörlerin işbirliği ve yerel yönetim anlayışı gibi ilke ve kavramlar Belediye Kanunu’nda, hemşehri hukuku, kent konseylerinin kurulması, belediye hizmetlerine gönüllü katılımı ve ihtisas komisyonları hakkındaki düzenlemelerle ele alınması sağlıklı şehirlerin uygulanabilirliği açısından önemli gelişmeler olarak kabul edilmelidir.⁽¹³⁾

Günümüzde kentlerin sürdürülebilir, sağlıklı ve daha yaşanabilir mekânlar haline getirilmesinde yerel yönetimler ve toplumdaki tüm aktörlere önemli sorumluluklar düşmektedir. Sağlıklı şehirler, yerelden küresele sağladığı bağla bu sorumluluğun gerçekleştirilmesinde önemli bir işlev göreceği açıktır. Model, toplumun gelişmesi, geleneksel yerel yönetim anlayışı ve sorumluluklarında farklı düşünebilmeye istekli olan organizasyonlar ve bireylerin yaşam kalitesinin artırılması için güçlü bir model sunmaktadır. Bununla beraber yerel yönetimler, toplumdaki sorunları sadece sağlıklı şehirler modeli için aday olarak çözemeyeceklerinin farkında olmalıdır.⁽¹⁶⁾

Yaşlı kent merkezlerinin sıklığı, yeni kurulan yerlerin plansız ve kontrolsüz yapılaşması, konut, işyeri, otopark, sanayi bölgesi projelerinin zamanında ve yeterince hayata geçirilmemesi kentlerde yaşamın zorlaşmasının esas nedenleridir. Bu zorluklar çocuk yetişmesini, yaşlıların ve engellilerin hayatın içine çekilmesini, hastaların

şifa bulmasını, evde veya bir işyerinde çalışan tüm kentlilerin temiz ve sağlıklı bir çevrede dinlenerek huzur bulmasını imkânsız hale getirmektedir.⁽¹⁷⁾

Kentler işyeri, sanayi tesisi, okul gibi kuruluşların merkezi olmaları ve ekonomik nedenlerle insanların tercih ettikleri yerleşim yerleri olmalarından ötürü, barındırdıkları her yaşta kent insanına farklı olanaklar sunabildikleri takdirde uygarlık merkezlerine dönüşebilir. Bu farklı mekânlar arasında önceliği, kentin her yerine dağılmış kişi başına yeterli yeşil alan ve korular alır. Düzenli ve açık trafik, kültür tesisleri, açık ve kapalı spor alanları, lokaller, kulüpler, sosyal tesisler, kreşler, çocuk yuvaları, yurtlar, huzurevleri, mabetler, mezarlıklar, müzeler, gösteri, sergi ve fuar alanları, gününbirlik piknik alanları, akvaryum, hayvanat bahçeleri, milli parklar, göller, göletler, islah edilmiş dereler, deniz kenarları, gezi ve bisiklet yolları uygar kentlerin en belirgin özellikleridir. İnsanoğlunun yaşamak için tercih ettiği bu tarz kentler bu özellikleri nedeniyle daha fazla turist çekmekte ve daha fazla göç almaktadırlar. Bu kentlerin güzelliğini koruması ancak bu tarz yapılaşmanın tüm ülke sathına yayılmasıyla mümkündür.⁽¹⁸⁾

Kent yaşamında yönetici rolünde olan kurum veya kuruluşların, tıpkı bir immün sistem gibi, şehirdeki problemleri değerlendirerek en kısa zamanda ve en doğru şekilde çözüm üretmesi gereklidir. Bu süreçte kurumsal eksende “benim” isim, “benim” hizmet alanım kavramı yerine “bizim” şehrimiz yaklaşımıyla koordineli şekilde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi gereklidir. Dünya küçük bir köy haline gelirken birey ulaşamaz uçurumlarla kendi evrenini oluşturuyor. Bu noktada kentin organizma ve organizasyon işlevleri göz önüne alınarak yapılabilecek analizlerle, değişken durumlar ve sorunlar tespit edilmelidir. Kent yöneticileri gerek sağlık gerekse tüm kent ihtiyaçlarının giderilmesi için gününbirlik moda kültürler yerine, köklü kültürlerden örneklerle problemlere yaklaşmalıdır. Düşünürlerin, şairlerin ve bilim adamlarının birbirlerinin dilini anladığı bir dönüşüme ihtiyacımız var.⁽¹⁹⁾

Sonuç

Toplumun %80’inin kentlerde yaşadığı bir Türkiye’de yerel yönetimlerin başarısının bir kolu da sağlık olacaktır. Gerek tek başına sağlık alanında yapılan çalışmalar, gerekse sağlığa katkı sağlayacak çalışmalarla sağlıklı şehirler inşa edilebilir. Ancak bu süreçte en önemli öncelik, yerel yönetimlerin sağlığa bakış açısıdır. Sadece fiziki yatırımlarla değil, sosyal, sportif alanlar ve şehrin dinamizmi içerisinde bireyin diğer ihtiyaçları da göz önüne alınmalıdır. Bütün bunlar kentsel yönetimlerin politikaları ve destekleriyle



hayata geçirilebilecek faaliyetlerdir. Üst kurumlarla koordineli bir şekilde oluşturulacak olan projelerin gerek yerel gerekse ulusal düzeyde sağlık standartlarının istenilen seviyeye ulaşması açısından önemlidir. Uluslararası alanda yapılan sağlık çalışmaları ve yürütülen sağlık politikalarının içerisinde yer almak, sağlıkla ilgili belirlenen standartları düzenlemek ve geliştirmek hedefiyle çalışmaları hayata geçirmek gereklidir.

Kaynaklar

- 1) Hamzaoglu O. Seçilmiş dünya örneklerinde mezuniyet sonrası halk sağlığı eğitimi. Sağlık Dergisi 68:67,1996
- 2) <http://www.sagliktanabiz.com/haberler/yerel-yonetimler-ve-halk-sagligi.html> (Erişim tarihi: 06.05.2014)
- 3) WHO Regional Office for Europe (1997), *Twenty Steps For Developing a Healthy Cities Project*, 3th Edition, Geneva, <<http://www.euro.who.int/document/e56270.pdf>>, (Erişim tarihi: 06.05.2014).
- 4) Aktel, Mehmet (2003), *Küreselleşme ve Türk Kamu Yönetimi*, Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
- 5) Irvine ve diğ., (2006), "A Review of Major Influences on Current Public Health Policy in Developed Countries in the Second Half of the 20th Century", *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, Vol. 126, No. 2, p.73–78.
- 6) Sayar, Kemal. *Özgürlüğün Baş Dönmesi* (İstanbul: Timaş Yayınları, 2014), s. 65

7) Sayar, Kemal. *Özgürlüğün Baş Dönmesi* (İstanbul: Timaş Yayınları, 2014), s. 60

8) Douglas K, Clark MA (2000), "The City Governments's Role in Community Health Improvement", *Public Health Reports*, Vol.115, p.216–220.

9) Tarhan, Nevzat. *Yunus Terapi*, (İstanbul: Timaş Yayınları, 2013), s. 153

10) Tarhan, Nevzat. *Yunus Terapi*, (İstanbul: Timaş Yayınları, 2013), s. 21

11) Tarhan, Nevzat. *Yunus Terapi*, (İstanbul: Timaş Yayınları, 2013), s. 115

12) Raphael ve diğ., (1999), "The Community of Life Project: A Health Promotion Approach to Understanding Communities", *Health Promotion International*, Vol.14, No.3, p.197-205

13) <http://www.academia.edu/2257068/Saglikli-Sehirler-Olusturma-Surecinde-Yerel-Yonetimlerin-Rolu> (E.T. 06.05.2014)

14) BPA VWorking Party. *The needs and cares of adolescents*. Br Paediatr Assoc Pub. London 1989

15) Zülfiyar B. İstanbul'un sağlık sorunlarını yüklemek, İstanbul'da Sağlık. 1 (1):28 1996

16) Douglas K, Clark MA (2000), "The City Governments's Role in Community Health Improvement", *Public Health Reports*, Vol.115, p.216–220.

17) Zülfiyar, Bülent. 95 Sağlık dolu bir yıl. İstanbul. Büyükşehir Belediyesi Sağlık Daire Bask Yay. No:4, 1996

18) Osborn HH. *Health maintenance organizations; managed care or mismanaged care?* Ann Emerg Med 27:225,1996,

19) Sayar, Kemal. *Özgürlüğün Baş Dönmesi* (İstanbul: Timaş Yayınları, 2014), s. 117

Şehirlerin yoğunluğu- obezitesi, bireylerin kanser kültürleri benimsemesi ve moda kültürlerin "ben" kavramını meydana çıkartmasıyla had safhaya ulaşan problemler bütünü beraberinde getiriyor. Kent yöneticileri gerek sağlık gerekse tüm kent ihtiyaçlarının giderilmesi için gününbirlik moda kültürler yerine, köklü kültürlerden örneklerle problemlere yaklaşmalıdır. Düşünürlerin, şairlerin ve bilim adamlarının birbirlerinin dilini anladığı bir dönüşüme ihtiyacımız var.

“Yaşlanan Türkiye”ye sağlık politikası üretmek

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



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

Türkiye nüfusu 2000 yılında 64,7 milyon iken, 2003 yılında 67,2 milyon, 2013 yılında ise 76,5 milyon olmuştur. 2023 yılına gelindiğinde 84,2 olması beklenmektedir. Geçtiğimiz on yılda (2003-2013) nüfusumuz % 1,14 oranında artış gösterirken gelecek on yılda % 1,10 oranında artış beklenmektedir. TÜİK tarafından yapılan projeksiyona göre 2050 yılında ülke nüfusumuz 93,5 milyon, 2075 yılında ise 89,2 milyon olacaktır. Beklendiği gibi doğumda beklenen yaşam süresi de artmakta; artık insanlarımız daha uzun süre yaşamaktadır. Bugün 76,9 olan doğumda beklenen yaşam süresinin 2023 yılında 80,2'yi bulması beklenmektedir.

Beş yaş altı çocuk nüfusumuz 2003 yılında 6,1 milyon iken 2013 yılında 6,15 milyon olarak neredeyse sabit kalmıştır. 2023 yılında ise 5,8 milyona düşmesi beklenmektedir. Genel nüfus değişimi ile birlikte değerlendirildiğinde on yıl önce nüfusun % 9,13'ünü oluşturan 5 yaş altı çocuk nüfusu, bugün % 8,04'e düşmüştür; on yıl sonra ise % 6,93'e düşecektir. Yani çocuk nüfusunda belirgin izafi azama beklenmektedir.

Diğer taraftan yaşlı nüfusumuz hızlı bir ivme ile artış göstermektedir. 2000 yılında 4,4 milyon olan 65 yaş üstü nüfus, 2003 yılında 4,5 milyon, 2013 yılında da 5,7 milyon olmuştur. 2023 yılında bu yaşlı nüfusun 8,6 milyon olması beklenmektedir. Genel nüfusa oranladığımızda, on yıl

önce nüfusumuzun % 6,68'ini oluşturan yaşlı nüfus, bugün % 7,69 olmuştur. On yıl sonra ise % 10,24 olacaktır.

TÜİK tarafından yapılan projeksiyona göre 2050 yılında ülke nüfusumuz 93,5 milyon, 2075 yılında ise 89,2 milyon olacağı belirtilmişti. Beş yaş altı çocuk nüfusunun bu dönemlerde sırasıyla 4,7 milyon (% 5,01) ve 4,3 milyon (% 4,78) olması beklenmektedir. Görüldüğü gibi 2075 yılında nüfusumuzun azalma trendi göstermesiyle birlikte doğal olarak çocuk nüfusu oranı da düşmeye devam etmektedir. 65 yaş üstü yaşlı nüfus sayıları 2050 yılında 19,5 milyon (% 20,84), 2075 yılında 24,7 milyon (% 27,67) olacaktır. Azalma eğilimi gösteren nüfusla birlikte yaşlanmanın hızla arttığı görülmektedir. 2070'li yıllarda nüfusumuzun bir çeyreğinin yaşlı olacağı anlaşılmaktadır. Yaşlı nüfus oranı, diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında, yaşlı nüfusun daha yüksek bir artışa sahip olduğu görülmektedir. 2013 yılında Türkiye'de toplam nüfusun artış hızı %13,7 iken, yaşlı nüfusun artış hızı bunun yaklaşık 3 katı fazla olup %36,2'dir.

Birleşmiş Milletlerin nüfus projeksiyonuna göre, 2000 yılında % 6,9 olan dünya yaşlı nüfus oranının 2050 yılına kadar 15,6 ya çıkacağı tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu oran % 14,3 den 26,8'e çıkarken gelişmekte olan ülkelere % 5,1 den % 14,0'e çıkacaktır. 2050 projeksiyonuna göre ülkemizde yaşlı nüfus oranının % 20,84 olacağına

dikkat edilirse, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin ortasında bir yerde olduğumuz görülecektir.

Çalışma çağındaki her 100 kişiye düşen yaşlı sayısına, yaşlı bağımlılık oranı denmektedir. Türkiye'de 2013 yılında 100 çalışanın bakması gereken yaşlı sayısı 11 iken bu sayının 2030 yılında 19 olması beklenmektedir. 2050 de ise 32,9'u bulacaktır. Diğer bir ifadeye her 3 çalışana bir yaşlı düşecektir. Yaşlı nüfus olarak tanımladığımız 65 yaş ve üstündeki kişilerdeki önemli derecede artışın yanı sıra, bu yaşlı nüfusun kendi içindeki demografik değişimi de çok önemlidir. Gerek hayat kısıtlılığı, gerek hastalık yükü bakımından çok daha risk altında bulunan 85 yaş ve üstündeki kişilerin yaşlı nüfus içindeki oranı günümüzde sadece % 7,5 iken 2023 yılında bu kesimin oranının % 7,9'a, 2050'de % 12,3'e ve nihayet 2075'de % 18,8'e yükselmesi beklenmektedir.

Yaşlılarda hastalık yükü hem şiddet hem de çeşitlik bakımından farklılık göstermektedir. Yaşlıların başlıca sağlık problemleri arasında, denge problemleri, depresyon, kanser, kalp hastalıkları, diyabet, düşmeye bağlı yaralanmalar, işitme bozukluğu, görme bozukluğu, unutkanlık, ağır seyirli grip, osteoporoz, pnömoni, Alzheimer ve Parkinson hastalıkları yer almaktadır. Neticede bu hastalıkların hemen hepsi kronik olarak seyretmekte, daha çok tetkik ve tıbbi tedavi gerektirmektedir. Ayrıca yaşlılıkta



alınan ilaçlara bağlı olarak uyuşma, reaksiyon zamanının kısalması ve diğer yan etkiler olmaktadır. Bu yüzden düşme ve buna bağlı kırıklar çok olmaktadır. Bunların oluşturduğu hareket kısıtlılığı, yeni ortaya çıkan özürllülük hali ve özel bakım ihtiyaçları ilave yükleri oluşturmaktadır. Yaşlılarda entelektüel kapasite kaybı ve refleks azalmasının sonucunda hangi günlük işleri yapamayacağını kesin bir sınırı yoktur. Makine kullanma, araç kullanma, ocak yakma ve bunun gibi eylemler bazen yaşlıların sadece kendilerine değil çevrelerine de zarar vermelerine yol açabilmektedir.

Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte hayat ve sağlık ile ilgili bilim alanlarına ilginin artması doğaldır. Bu itibarla insanların sağlığı için mücadele veren sağlık mesleklerinin karakteri, çeşitliliği ve hatta görev tanımları da değişecektir. Tıbbi anlamda yaşlılığı sadece fiziksel veya mental kronik hastalıklar açısından ele almanın yetersiz olduğu aşikârdır; yaşlılık doğal seyirli bir fenomendir. Bu fenomenin iyi anlaşılması, yaşlanmanın sağlıklı gerçekleştirilmesine yardımcı olacaktır. Gerontoloji yaşlanma sürecini inceleyen bir bilim dalıdır. Anlaşılan, gelecekte bu bilim dalının daha fazla öne çıkmasını, araştırmaların bu alana daha fazla yoğunlaşmasını beklemeliyiz.

Geriatrici veya diğer bir deyişle geriatric tıp ise yaşlı insanların sağlığı ile ilgilenen tıp disiplini. Yaşlı insanlarda hastalıklardan ve engellilikten korunma ve bunların tedavisini amaçlar. Diğer

tıp disiplinlerinin yanında geriatricinin gelecekte hasta potansiyeli oldukça yüksek bir alan olarak karşımıza çıkması muhtemeldir. Genel dahiliye, kardiyojoloji, romatoloji, göğüs hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, onkoloji, alzheimer ve Parkinson gibi hastalıklara odaklanan kognitif nöroloji gibi tıp dalları da yaşlanan nüfusla birlikte gelecekte önemi artan tıp disiplinleri olacaktır. Bu arada gerontologlar, fizyoterapistler, yaşlı bakım görevlileri, evde bakım görevlileri ve iş uğraş terapistleri (ergoterapistler) gelecekte daha fazla aranan meslekler mensupları olacaktır. Tıbbi araştırmaların ve özellikle büyük bir ekonomik sektör olan ilaç araştırmalarının daha çok kanser başta olmak üzere yaşlı hastalık yükünü oluşturan kronik hastalıklara yönelik olacağını kestirmek bir kehanet olmasa gerek.

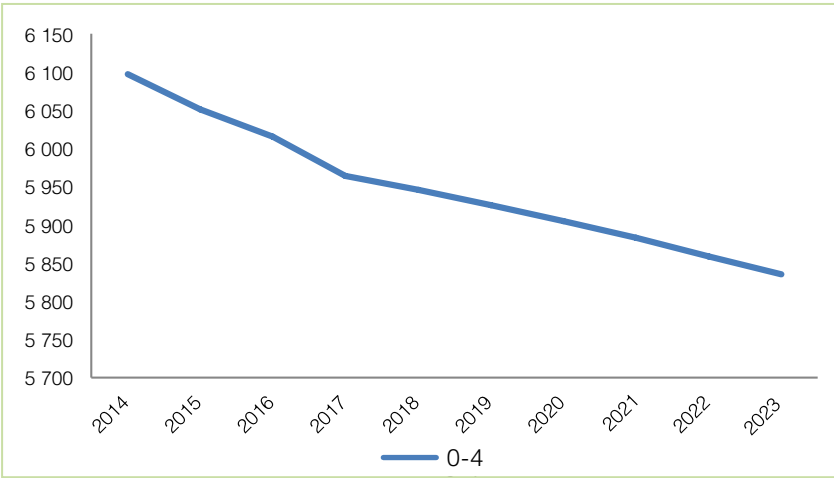
Yaşlı insanlara has ihtiyaçların ve taleplerin karşılanması birçok yönden özellik arz etmektedir. Nasıl ki özellik arz etmesinden dolayı çocuk bakımı geleneksel annelik pratiğinden bir mesleğe, bir disipline dönüşmüşse, yaşlı bakımı (elderly care, eldercare, aged care) da, benzer şekilde hızla özel eğitim gerektiren bir meslek halini almış durumdadır. Yaşlı nüfusun oranı arttıkça bu disiplin de gittikçe önem kazanacaktır. Yaşlı bakım hizmeti yürütülürken ihtimal ki bugün Batıda kullanılan bazı kavramlarla da tanışacağız. Destekli yaşama (assisted living), gündüz erişkin bakımı (adult day care), kısa dönem bakıcılık (respite care), uzun süreli bakım (long

Çalışma çağındaki her 100 kişiye düşen yaşlı sayısına, yaşlı bağımlılık oranı denmektedir. Türkiye’de 2013 yılında 100 çalışanın bakması gereken yaşlı sayısı 11 iken bu sayının 2030 yılında 19 olması beklenmektedir. 2050 de ise 32,9’u bulacaktır. Diğer bir ifadeye her 3 çalışana bir yaşlı düşecektir.



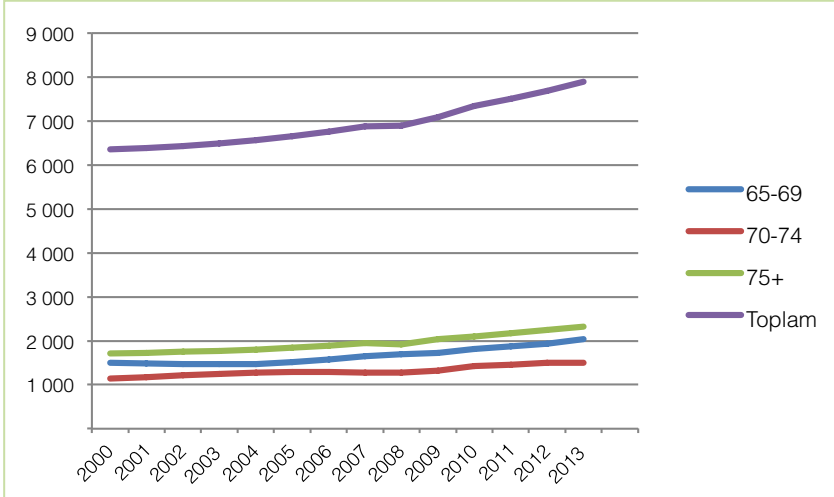
Şekil 1: 2000-2013 yılları arası 5 yaş altı çocuk nüfusu

Kaynak: TÜİK, 2013 Nüfus Projeksiyonları, 2023-2075



Şekil 2: 2014-2023 yılları arası 5 yaş altı çocuk nüfusu projeksiyonu

Kaynak: TÜİK, 2013 Nüfus Projeksiyonları, 2023-2075



Şekil 3: 2000-2013 yılları arası 65 yaş üstü nüfus

Kaynak: TÜİK, 2013 Nüfus Projeksiyonları, 2023-2075

term care), hemşire bakımevleri (nursing homes), terminal hasta bakımı (hospice care), evde bakım (home care), bunların başlıcalarıdır.

Yaşlılar engelliliği nedeniyle kendi başlarına bütün ihtiyaçlarını görememektedir. Günlük hayatlarında gerek insan kaynağı, gerek teknolojik araçlarla

özel olarak desteklenmeleri ve bu yolla hayat kalitelerini korumaları sağlanmaya çalışılır. Bu duruma *destekli yaşama* denmektedir.

Çekirdek aile yapısının yaygınlaşması ve genç aile bireylerinin neredeyse tamamının aktif günlük hayat temposu içinde gününü ev dışında geçirdiği bir

hayat tarzına sahip olmamız nedeniyle yaşlılar çoğu kez yalnız kalmaktadır. Yaşlı büyükleriyle aynı evi paylaşan çocuklar bile geceleri refakat etme imkânı bulmaktalar, ancak hayatın yoğun temposu içinde gündüz onları yalnızlığa terk etmek zorunda kalmaktadırlar. Çalışan anne babanın çocuğunu gündüz terk ettiği çocuk bakımı hizmetine benzer şekilde yaşlı bireyi gözetmek üzere ortaya çıkan hizmet alanına *gündüz erişkin bakımı* denmektedir. Gündüz rehabilitasyon merkezleri, demanslı günlük bakım merkezleri, psikiyatri gündüz bakım ve rehabilitasyon merkezleri gibi örnekler verilebilir.

Bazen hane halkının dinlendirilmesi veya işlerini görmelerini sağlamak amacıyla bir yaşlı veya engellinin *kısa süreli ve geçici olarak bakımının* üstlenilmesi bir hizmet türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bazen bu durum tatil, iş seyahati veya aynı evi paylaşmama gibi nedenlerle geceleri de kapsayacak şekilde ve uzun süreli olabilmektedir. Bu durumda *uzun süreli bakımdan* söz edilmektedir. Bir anlamda geçici ve kalıcı huzur evini örnek gösterebiliriz.

Yaşlıların sadece destek anlamında bakıma ihtiyacı olmadığını biliyoruz. Çoğu kez sahip oldukları kronik hastalıklar özel sağlık bakımını da gerektirmektedir. *Hemşire bakım evleri*, sağlık hizmeti sorumluluğunu da üstlenen insan kaynağı ve alt yapı bakımından daha donanımlı bakım evleri ya da huzur evleri olarak hizmet görmektedir.

Çağdaş toplum yapısı ve değişen ihtiyaçlar bakımından bakım ihtiyacı artmış olan yaşlıları bekleyen önemli bir husus, hayatın son döneminde geçirdikleri günleridir. Daha uzun süre yaşayan ve gittikçe sayısı artan bir nüfusun duçar olduğu kronik hastalıklar, çoğu kez ölüm nedenlerini oluşturmaktadır. Tedavinin sadece palyatif uygulamalarla sınırlı kaldığı ve hayatının son dönemini yaşadığı bilinen hasta sayısı gittikçe artmaktadır. Bu hastaların son günlerini sağlık kuruluşlarında geçirmesi ciddi bir yük oluşturmakta ve tedavi edilebilir hastaların imkânlarının zayıf edilmesine yol açmaktadır. Sağlık kuruluşlarında palyatif tedavisi verilip evine gönderilmek istenen bu hastaların zaten evde bakım imkanlarının kısıtlı olduğu aile yapıları içinde yeterince hizmet alabilmesi söz konusu değildir. Bu tür hastaların bakımını üstlenmek üzere oluşturulmuş özel bakım merkezlerinde verilen hizmete *terminal hasta bakımı* denmektedir.

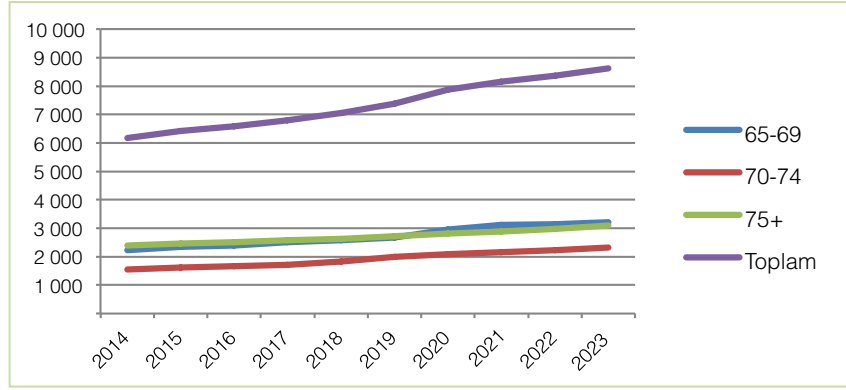
Yaşlı olsun diğer kronik hastalar olsun aslında en uygun bakım ortamı günlük hayatını geçirdiği ev ortamıdır. Bu hem ekonomik hem de hasta konforu bakımından daha uygundur. Ancak hayat kon-

Genel dahiliye, kardiyoloji, romatoloji, göğüs hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, onkoloji, alzheimer ve Parkinson gibi hastalıklara odaklanan kognitif nöroloji gibi tıp dalları da yaşlanan nüfusla birlikte gelecekte önemi artan tıp disiplinleri olacaktır. Bu arada gerontologlar, fizyoterapistler, yaşlı bakım görevlileri, evde bakım görevlileri ve iş uğraş terapistleri (ergoterapistler) gelecekte daha fazla aranan meslekler mensupları olacaktır.

forunun ve sağlıklı yaşamın gerektirdiği ihtiyaçların evde görülebildiği bir hizmet modeli olan *evde bakım*, özel şekilde örgütlenme gerektirmektedir. Ülkemizde yerel yönetimlerle başlayan ve daha sonra Sağlık Bakanlığının üstlendiği bu hizmet tarzı evde bakım ve evde sağlık bakımı olarak geliştirilmeye muhtaçtır. Sosyal güvenlik şemsiyesi altında daha kapsamlı olarak yapılandırılmasına ihtiyaç vardır. Bu kavramlar hizmet alanında yer bulurken kendi davranış biçimlerimiz ve kültürel yapımıza uygun olarak dönüştürülebilir ve altları doldurulabilir. Özellikle aile kurumunun varlığı ve aile bireyleri arasındaki bağılıklar bazı hizmetlerin kendi yapımızca yeniden tanımlanmasını ve yorumlanmasını gerektirmektedir.

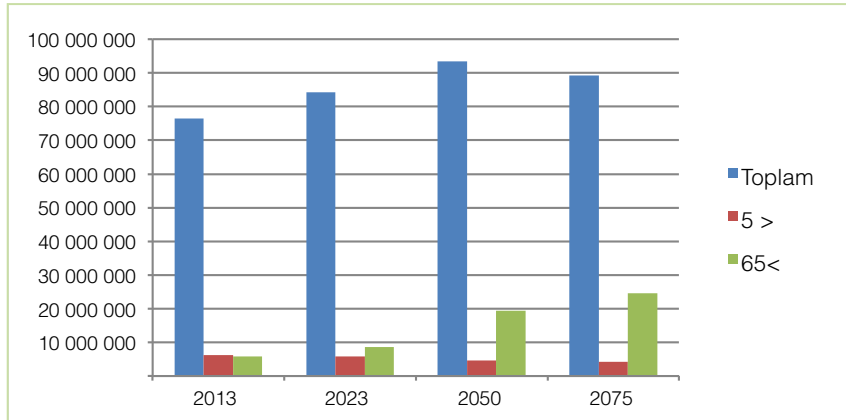
Çekirdek aile yapısının yaygınlaşması ile gittikçe yaygınlaşan *yalnız yaşlılar kitlesi* oluşmaktadır. Böyle olmasa bile yoğun hayat tarzımız nedeniyle evimizde birlikte yaşadığımız yaşlı anne ve babalarımızı da gerçek anlamda yalnızlıktan kurtarabilmiş değiliz. Fiziksel açıdan bakıma muhtaç olmasalar bile psiko-sosyal sorunların gelişmesi kaçınılmaz olmaktadır. Bugün yaşadığımız hayat tarzımız, eskiden olmayan sorunları da üretmektedir. Gittikçe artmakta olan yaşlı nüfusun sorunlarının da çığ gibi büyüyeceğini ön görmek zorundayız. Bu durumu önleyecek sosyal politikalar ve sağlık politikaları geliştirmek ve kamunun bu politikadaki sorumluluğunu tanımlamak gerekmektedir.

Yaşlılara sosyal faaliyet alanlarının açıl-

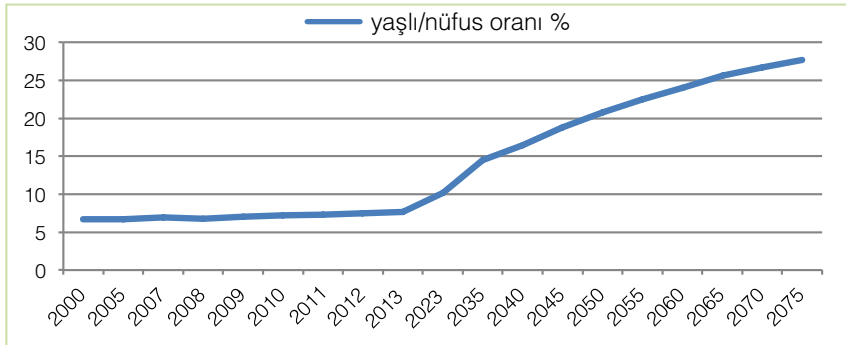


Şekil 4: 2014-2023 yılları arası 65 yaş üstü nüfus projeksiyonu

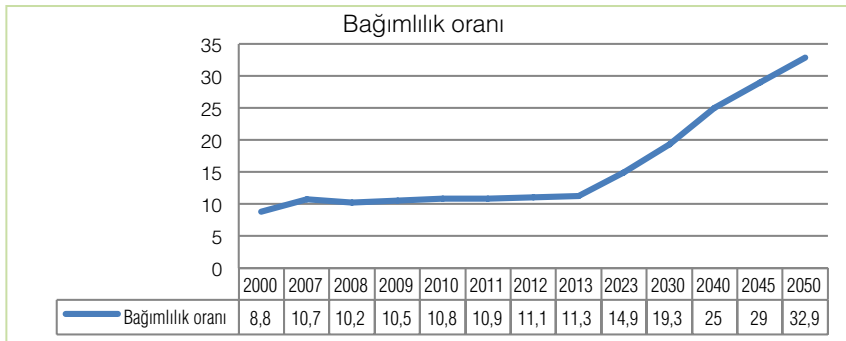
Kaynak: TÜİK, 2013 Nüfus Projeksiyonları, 2023-2075



Şekil 5: Nüfus projeksiyonu ve çocuk ve yaşlı nüfus miktarı



Şekil 6: Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı, 2000-2075



Şekil 7: Yaşlı nüfus bağımlılık oranları

Kaynak: TÜİK, Nüfus Tahminleri, 2000-2007, TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2008-2013, TÜİK, 2013 Nüfus Projeksiyonları, 2023-2075

ması, sosyal interaksyonu sağlayacak uğraşı fırsatlarını verilmesi, seyahat, sohbet, tartışma, dertleşme, dua, ibadet gibi kognitif egzersiz fırsatlarının yaratılması, yürüyüş, alışveriş, gönüllü hizmet veya ibadet gibi düzenli eylemlerle günlük ha-

yatın yapılandırılması en basit koruyucu tedbirlerdir. Anadolu köy veya mahalle hayatında yaşlıların düzenli olarak namaz kılmak için camiye gitmesi bu günlük hayatın yapılandırılmasında önemli rol oynamaktadır. Camiye gelen kendi ak-

Tablo 1: Nüfus projeksiyonu ile çocuk ve yaşlı nüfus oranları

	2013	%	2023	%	2050	%	2075	%
Toplam	76.481.847		84.247.088		93.475.575		89.172.088	
5 >	6.149.576	8,04	5.834.544	6,93	4.683.220	5,01	4.259.636	4,78
65<	5.878.603	7,69	8.624.483	10,24	19.484.834	20,84	24.672.343	27,67

Kaynak: TÜİK, 2013 Nüfus Projeksiyonları, 2023-2075

Tablo 3: Yaş gruplarına göre yıllık nüfus oranları

	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
2013	34,7	25,6	18,3	13,9	7,5
2023	37,2	26,9	17,6	10,4	7,9
2050	29,2	25,9	19,9	12,7	12,3
2075	23,2	21,6	20,6	15,9	18,8

Kaynak: TÜİK, 2013 Nüfus Projeksiyonları, 2023-2075

ranları ile oturup sohbet etmelerinin, çay ocağı ve kamelya muhabbetlerinin sosyal entegrasyon açısından olumlu etkileri yadsınamaz. Hedef kitlenin entelektüel, kültürel ve inanç dokusu ile alışkanlıklarını dikkate alarak sosyal entegrasyonu kolaylaştıracak çözüm yolları bulmak mümkündür. Kapalı toplumlarda küçük mahalle ve köylerin geleneksel yapıları, kendi içlerinde böyle çözümler üretmişse de, modern şehir hayatının konut yapısı, trafik karmaşası ve yoğun iş temposu içinde çözümsüz kalmaktadır.

Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte bugüne dek alışageldiğimiz sağlık politikalarımız da değişikliğe uğramak zoruna kalacaktır. Öyle ki, daha çok anne-çocuk sağlığını önceleyen kamu sağlık hizmetlerinin gittikçe daha kırılgan bir kitleyi oluşturan yaşlı nüfusu önceleyen politikalara evrilmesi kaçınılmaz görünüyor. Ezberimize yerleşmiş olan temel sağlık hizmetlerini yaşlı nüfusa yönelik olarak genişletmek hatta yeniden tanımlamak gerekecektir. Sağlıklı büyüme, sağlıklı annelikten sonra sağlıklı yaşlanma da öncelikli kamu politikalarında yer bulmalıdır.

Yaşlılara yönelik politikaları doğrudan sağlık hizmetleri, temel sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler başlıkları altında toplarsak, geliştirilecek politikaların da sistemiği ortaya çıkar. Kadın Aile ve Sosyal İşler Bakanlığı yaşlılara yönelik sosyal hizmetler, Sağlık Bakanlığı temel sağlık hizmetleri ve Sosyal Güvenlik Kurumu da doğrudan sağlık hizmetleri alanında sorumluluk üstlenecektir. Ancak bu sorumluluk alanlarının sınırları sanıldığı kadar net olamayacağından yaşlılara yönelik politikaların geliştirilmesinde bu kurumların birlikte çalışarak sorumluluk sınırlarını belirlemeleri, boşluk ya da mükerreklikten kaçınmaları gerekmektedir.

Yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri, yatırılarak verilen hizmetler ve ayakta verilen hizmetler olarak başlıca iki kategori altında toplanabilir. Kendisine bakamayan ve evlerinde bakımı mümkün olmayan

yaşlılar yatırılarak tedavi edilir. Bunun için çeşitli kurumsal örgütlenmeler yapılabilir veya mevcut sağlık kuruluşları içinde çözüm aranabilir. Ancak esas olan yaşlıyı kendi çevresinde ve evinde tutmaktır. Bu amaca yönelik olarak kamu hizmeti organize edilebilir. Ülkemizde kısmen yerel yönetimlerin başlattığı sınırlı evde bakım hizmetleri, Sağlık Bakanlığının girişimi ile sağlık sistemimiz içinde sınırlı düzeyde yer almaya başlamıştır. Yaşlıyı evde tutma amaçlı hizmet alanlarına, genel ihtiyaçlarını gidermek üzere evde bakım, destekli yaşama, evde hasta bakımı ve hemşirelik hizmeti, evde terminal hasta bakımı gibi örnekler verilebilir. Yaşlıyı kendi çevresinde tutmayı kolaylaştırmak ve sürdürülebilir kılmak için özellikle gündüz iş saatlerinde teslim alan ve gece evine yollayan merkezler de kamu hizmetleri arasında örgütlenebilir. Gündüz rehabilitasyon merkezleri, demanslı günlük bakım merkezleri, psikiyatri gündüz bakım ve rehabilitasyon merkezleri gibi örnekler verilebilir.

Yaşlı nüfus için yapılan kişi başı sağlık harcamalarının nüfusun geri kalanına göre daha yüksek olduğu bilinmektedir. Farklı araştırmalara göre 65 yaş üstü yaşlılar için kişi başı harcama miktarı diğer yaş gruplarına göre 2,7 ile 4,8 kat arasında değişen oranlarda daha fazla olmaktadır. Yaşlı nüfusun alt grupları için yapılan harcamalar arasında da büyük farklılıklar vardır. 85 yaş üstü yaşlıların kişi başı sağlık harcamasının 65-74 yaş grubuna göre 3 kat, 75-84 yaş grubuna göre ise 2 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.

2001, 2006 ve 2011 yıllarının medicare sağlık harcamalarını karşılaştıran bir çalışmaya göre, 65 yaş üstü yaşlıların % 96'sı bu yıllarda sağlık harcamasına yol açan hizmet almıştır. On yılda Amerika'da yaşlılar için yapılan sağlık harcaması 100 milyar dolardan daha fazla artış göstermiştir (2001: 304 milyar dolar, 2011: 414 milyar dolar).

Ayrıca yaşlılar için yapılan kişi başı sağlık

Tablo 2: Yaşlı nüfus ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı, 2000-2075

	Nüfus	Yaşlı nüfus	oran %
2000	64.730	4.350	6,7
2005	68.861	4.647	6,7
2007	70.586	4.865	6,9
2008	71.517	4.893	6,8
2009	72.561	5.083	7
2010	73.723	5.328	7,2
2011	74.724	5.491	7,3
2012	75.627	5.682	7,5
2013	76.668	5.892	7,7
2023	84.247	8.624	10,2
2035	90.680	13.158	14,5
2040	92.258	15.243	16,5
2045	93.175	17.476	18,8
2050	93.476	19.485	20,8
2055	93.278	20.982	22,5
2060	92.717	22.248	24
2065	91.800	23.525	25,6
2070	90.589	24.156	26,7
2075	89.172	24.672	27,7

Kaynak: TÜİK, Nüfus Tahminleri, 2000-2007, TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2008-2013, TÜİK, 2013 Nüfus Projeksiyonları, 2023-2075

harcamalarının zamanla artış hızı, yaşlı olmayanlara göre daha fazla olmaktadır. Mesela Amerika'da kişi başı yaşlı sağlık harcamasının yaşlı olmayanların harcamasına oranı, 1987'de 3,0 iken 1990'larda 3,9 olmuştur. Medicare harcamalarının 1953-87 dilimindeki analizinde 1-64 yaş grubu için yıllık kişi başı sağlık harcaması artışı % 4,5 iken, 65 yaş üstünde bu artış hızı % 8 bulunmuştur. Kısacası yaşlı nüfusun kişi başı sağlık harcamasının daha yüksek olmasının yanı sıra bu gruptaki harcamanın artış hızı da daha yüksek olmaktadır.

Yaşlı sağlık harcamalarının nedenlerini analiz etmek çok zor değildir. Yukarıda sözü edilen kronik hastalık yükleri ve yaşlılara özel ilave bakım hizmetleri bu harcama nedenlerinin başında gelmektedir. Ayrıca ilaç tüketiminin fazla olduğu dönem olması nedeniyle, ilaç endüstrisinin yeni ilaç geliştirme çalışmaları başta kanser ve kalp damar hastalıkları olmak üzere yaşlıları ilgilendiren hastalıklara odaklanmaktadır. Bu alandaki ar-ge maliyetleri ve pazar gelirleri, sınırlı düzeyde etkili olan çok sayıda ilacın yaşlılar tarafından tüketilmesi yoluyla sağlık harcamalarına yüklenmektedir. Kronik hastalıklara yönelik olarak geliştirilen ilaçların üretim sektörünün, önemli bir finans kaynağını yöneterek önemli bir

güç oluşturduğunu ve ilaç tüketim araçlarını ve bu yolla sağlık sistemlerini kendi çıkarları doğrultusunda yönlendirme riski taşıdığını unutmayalım.

Kısacası hızla artan yaşlı nüfusun bağımlılığı, beraberinde getirdikleri kronik hastalık yükü ve bu nüfus için gerekli görülecek hizmet alanları, sağlık harcamalarında ciddi bir artışa neden olacaktır. Bir şekilde bu kaynak temin edilse bile yaşlı nüfusun kişi başı sağlık harcamasındaki yıllık artış hızının daha yüksek olması sürdürülebilirliği tehdit etmektedir. Yaşlı bağımlılık oranının 2030 yılında 19, 2050 yılında 32,9'e ulaşacak olması bu alanda kaynak üretmenin ne denli zor olduğunu göstermektedir.

Nüfusumuzun hızla yaşlanmakta olduğu dikkate alındığında sağlık finansmanının doğal seyri içinde yaşlılık sorununu çözmemiz mümkün görünmüyor. Zira yaşlı gruplar talep ettikleri sağlık hizmeti nedeniyle sağlık giderlerini kendileri yönüne kaydıracakları için sistem diğer yaş gruplarını ihmal etme ya da teminat paketlerinde tavizler verme riski taşımaktadır. Bu yüzden yaşlanmanın getirdiği ek yük tahmin edilerek sağlık finansmanının içinde ek bir yaşlılık bütçesi oluşturulması gerekmektedir. Bu ise yeni kaynak ihtiyacı demektir. Bu kaynağı, geliştirilecek sağlıklı yaşlanmayı hedefleyen halk sağlığı politikaları, yaşlı sağlık hizmetleri ve yaşlı bakımı ile sosyal destek hizmetleri için ayrı ayrı planlamamız gerekiyor. Önümüzdeki dönemlerde topluma önderlik edecek olan siyasetçilerin, kamu sağlık politikalarına yön verecek olanların, ilgili kurumlarda görev alacak bürokratların ve halk sağlığı hizmetini üstlenecek sorumluların yaşlı sağlığı politikalarına ve ortaya çıkacak yükün finansmanının sağlanmasına özenle odaklanması gerekmektedir.

Kaynaklar

1) TÜİK, Türkiye İstatistik Kurumu <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=istgosterge> (Erişim tarihi: 02.09.2014)

2) World Population Prospects: The Sex and Age Distribution of the World Population. Volume II. New York: United Nations, Economic and Social Affairs. http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/WPP2002_VOL_3.pdf (Erişim tarihi: 02.09.2014)

3) Kim, Kijong and Antonopoulos, Rania: Unpaid and Paid Care: The Effects of Child Care and Elder Care on the Standard of Living. Levy Economics Institute. October 2011, http://www.levyinstitute.org/pubs/wp_691.pdf (Erişim tarihi: 02.09.2014)

4) Fuchs, Victor: "Health care for the elderly: How much? Who will pay for it?" Working Paper #6755. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 1998 <http://www.nber.org/papers/w6755.pdf> (Erişim tarihi: 02.09.2014)

5) James Lubitz, Liming Cai, Ellen Kramarow and Harold Lentzner: Health, Life Expectancy, and Health Care. N Engl J Med. 349 (11): 1048-1055,

1-Nüfusumuzun artış hızı gittikçe azalmaktadır. 2050 yılında sonra Türkiye nüfusu azalmaya başlayacaktır.

2-Doğumda beklenen yaşam süresi artmaktadır.

3-Beş yaş altı çocuk nüfusumuz azalma eğilimine girmiştir. Önümüzdeki yıllarda gittikçe azalacaktır.

4-Atmışbeş yaş üst yaşlı nüfus gittikçe artmakta ve nüfusumuz yaşlanmaktadır.

5-Yaşlı bağımlılık oranı gittikçe artmaktadır. 2050 de her 3 çalışana 1 yaşlı düşecektir.

6-Yaşlı nüfus içinde 85 yaş ve üstünün oranı artmaktadır.

7-Hastalık yükü değişmekte ve yaşlılığa özel farklı kronik hastalık yükü artmaktadır.

8-İnsanların sağlığı için mücadele veren sağlık mesleklerinin karakteri, çeşitliliği ve hatta görev tanımları da değişecektir. Gerontoloji, geriatri (geriatrik tıp), genel dahiliye, kardiyojoloji, romatoloji, göğüs hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, onkoloji, Alzheimer ve Parkinson gibi hastalıklara odaklanan kognitif nöroloji gibi tıp dalları da yaşlanan nüfusla birlikte gelecekte önemi artan tıp disiplinleri olacaktır.

9-Gerontologlar fizyoterapistler, yaşlı bakım görevlileri, evde bakım görevlileri, iş uğraş terapistleri (ergoterapistler) gelecekte daha fazla aranan meslekler olacaktır.

10-İlaç araştırmaları daha çok kanser başta olmak üzere yaşlı hastalık yükünü oluşturan kronik hastalıklara yönelik olmaya devam edecektir.

12-Kronik hastalıklara yönelik ilaç sektörü, önemli bir finans kaynağının yönetildiği alan olarak sağlık sistemlerini etkileme gücünü elinde bulunduracaktır.

11- Yaşlı bakımı yeni bir disiplin haline almaktadır. Bununla birlikte destekli yaşama, gündüz erişkin bakımı, kısa dönem bakıcılık, uzun süreli bakım, hemşire bakımevleri, terminal hasta bakımı ve evde bakım gibi yeni kavramlar sağlık politikalarının konusu olacaktır.

11-Kendi davranış biçimlerimiz ve kültürel yapımıza uyum olarak politika geliştirilerek yukarıdaki kavramlar dönüştürülebilir ve altları doldurulabilir.

12-Yaşlanmanın getirdiği sorunlarla mücadele için sosyal politikalar ve sağlık politikaları geliştirmek ve kamunun bu politikalarındaki sorumluluğunu tanımlamak gerekmektedir.

13-Yaşlılara sosyal faaliyet alanlarının açılması, sosyal interaksyonu sağlayacak uğraşı fırsatlarını verilmesi, seyahat, sohbet, tartışma, dertleşme, dua, ibadet gibi kognitif egzersiz fırsatlarının yaratılması, yürüyüş, alışveriş, gönüllü hizmet veya ibadet gibi düzenli eylemlerle günlük hayatın yapılandırılması en basit koruyucu tedbirlerdir.

14- Temel sağlık hizmetlerini yaşlı nüfusa yönelik olarak genişletmek hatta yeniden tanımlamak gerekecektir; sağlıklı yaşlanma da öncelikli kamu politikalarında yer bulacaktır.

15- Hedef kitlenin entelektüel, kültürel ve inanç dokusu ile alışkanlıklarını dikkate alarak sosyal entegrasyonu kolaylaştıracak çözüm yolları bulmak mümkündür.

16- Esas olan yaşlıyı kendi çevresinde ve evinde tutmaktır. Bu amaca yönelik olarak kamu hizmeti organize edilebilir.

17-Yaşlılara yönelik politikaları doğrudan sağlık hizmetleri, temel sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler başlıkları altında sistematize edebiliriz.

18- Kadın Aile ve Sosyal İşler Bakanlığı yaşlılara yönelik sosyal hizmetler, Sağlık Bakanlığı temel sağlık hizmetleri ve Sosyal Güvenlik Kurumu da doğrudan sağlık hizmeti talebinin karşılanması için sorumluluk üstlenecektir.

19-Yaşlı nüfusun kişi başı sağlık harcaması yüksektir. Yaşlı nüfusun kişi başı sağlık harcamasındaki yıllık artış hızının da daha yüksek olması sürdürülebilirliği tehdit etmektedir.

20-Yaşlanmanın getirdiği ek yük tahmin edilerek sağlık finansmanının içinde ek bir yaşlılık bütçesi oluşturulması gerekmektedir.

21-Topluma önderlik edecek olan siyasetçilerin, kamu sağlık politikalarına yön verecek olanların, ilgili kurumlarda görev alacak bürokratların ve halk sağlığı hizmetini üstlenecek sorumluların yaşlı sağlığı politikalarına ve ortaya çıkacak yükün finansmanının sağlanmasına özenle odaklanması gerekmektedir.

2003 <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMSa020614> (Erişim tarihi: 02.09.2014)

6) Ajay Mahal, Peter Berman, A.K. Nanda Kumar: Health Expenditures and the Elderly: A Survey of Issues in Forecasting, Methods Used, and Relevance for Developing Countries. National Institute of Ageing as part of the Global Burden of Disease 2000 project. December, 2002 <http://www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/HealthExpendituresAndTheElderly.doc> (Erişim tarihi: 02.09.2014)

7) Lisa B. Mirel, and Kelly Carper: Statistical Brief #429: Trends in Health Care Expenditures for the Elderly, Age 65 and Over: 2001, 2006, and 2011. Medical Expenditure Panel Survey, Agency for Healthcare Research and Quality, 2014 http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st429/stat429.pdf (Erişim tarihi: 02.09.2014)

8) İstatistiklerle Yaşlılar, 2013, TÜİK, Türkiye İstatistik Kurumu http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1027 (Erişim tarihi: 02.09.2014)

Travay dönemindeki ebelik mesleğinin keyifli doğumu

Yrd. Doç. Dr. Filiz Okumuş



Ortaöğrenimini 1996 yılında Kahramanmaraş Sağlık Meslek Lisesi Ebelik Bölümü'nde tamamladıktan sonra Sağlık Bakanlığı kadrosunda ebe olarak atandı. Gaziantep Üniversitesi'nde lisans ve yüksek lisans, Marmara Üniversitesi'nde doktora eğitimini tamamladı. Lisans ve lisansüstü eğitimleri sırasında Şanlıurfa, Gaziantep ve Kahramanmaraş'ta ebelik yapmaya devam etti. Kahramanmaraş Üniversitesi'nde Ebelik Bölüm Başkanı oldu. 2012 yılında Yeditepe Üniversitesi'nde Yardımcı Doçent unvanı aldı. Halen Medipol Üniversitesi'nde görevine devam eden Okumuş'un öncelikli çalışma alanları doğal doğum, cinsel sağlık ve kadın sağlığıdır.

Ebeleri yok ettiğinizde kadınlar arasında paylaşılan ve bir grup cerrahın, erkek kadın doğumcuların, bir araya getiremeyecekleri derin bir bilgi birikimini de yok etmiş olursunuz, çünkü cerrahlar ve tıbbi eğitim almış doktorlar dünyasındaki doğum ile duygudaş kadınlar arasındaki doğum, fizyolojik olarak aynı şekilde gerçekleşmez.

Ebe Ina May Gaskin "Spiritual Midwifery" kitabından

Ülkemizde kadın ve çocuk nüfusu tüm nüfusun üçte ikisini oluşturmaktadır. Anne ve bebek hastalık ve ölüm hızları bir ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren en önemli ölçütlerdendir. Beş yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'na göre bebek ve çocuk ölüm hızları son yıllarda azalma göstermesine rağmen hala Avrupa standartlarına göre yüksek seviyelerde yer almakta ve ülkenin doğusu ile batısı arasında eşitsizlikler bulunmaktadır. Ayrıca Türkiye, dünyada sezaryen oranları en yüksek olan ülkeler arasında yer almakta ve cerrahi ve anestezi komplikasyonlarına bağlı anne ölümlerinde artış gözlenmektedir. Bilimsel çalışmalar, gebelik ve doğumu ebelerin yönettiği ülkelerde anne ve bebek ölümlerinin daha düşük olduğunu, maliyetin de düştüğünü bildirmiştir.

Ebeliğin tarihi, uygarlık tarihi kadar eskidir. İnsanlığın varoluşundan bu yana her çağda ve her kültürde doğuma yardım etme, ağrıyı hafifletme ve yenidoğana bakım verme gibi görevler ebelerle verilmiştir. Ebelik, eski dönemlerde bilimsellikten uzak bir meslek olarak algılanmasına rağmen bugün dünyada bilimsel ve etik değerler üzerine temellenmiş profesyonel bir

disiplin olarak sağlık meslekleri arasında yerini almıştır. Ancak Türkiye'de ebeliğin değeri yeterince anlaşılmamış ve ebe profesyoneller yeterince değerlendirilememiştir. Bugün sezaryen oranları açısından geline nokta ve anne ve bebek hastalık ve ölüm hızları, Türkiye'de kurulu bir ebelik sisteminin olmayışını gözler önüne sermektedir. Türkiye'de ebelik bir geçiş dönemindedir ve yarıların ebelik için birçok yeniliklere gebe olduğu düşünülmektedir. Özlenen ve beklenen bir ebelik sisteminin yeniden doğuşu için kaliteli bir ebelik eğitime ihtiyaç vardır. Bu yazının amacı; geçmişten günümüze Türkiye'de ebelik eğitimi, mesleğin icrası ve sorunlarını analiz ederek günümüz ihtiyaçlarına uygun bir ebelik sistemi önerisi sunmaktır.

Ebelik eğitiminin tarihçesi

Eski çağlarda Asurlularda, Çinlilerde, Mısır'da, Antik Yunan'da, Hititlerde ve Romalılarda ebelik mesleği vardır. Atina'nın en tanınmış ebesi, Socrates'in annesi Phaenarete idi. Efesli Soranus M.S. 98- 138'de ebellekle ilgili ilk kitabı yazmıştır. "Gynaecology" adlı bu kitabında ebelerin taşıması gereken özelliklerden bahsetmiştir. Dünya'da ilk ebelik okulları; Fransa'da (1673), Almanya'da (1701) ve Londra'da (1725) kurulmuştur. Osmanlı İmparatorluğu'nda

ise ebelik eğitime 1840'da Avrupa'dan ebe hocalar getirtilerek Tıbbiye Mektebi bünyesinde başlanmıştır. Ebeler, hareme girebilen ve ülkede bağımsız çalışabilen en önemli sağlık çalışanlarındandır.

Türkiye tarihinde bilimsel bir temele dayanan ilk ebelik eğitimi 1909'da Dr. Besim Ömer Akalın önderliğinde İstanbul'da kurulan ebelik okulu ile başlamıştır. Bu okula 30 yaşını aşmamış kadınlar alınmış ve ders programında klinik uygulamalara ağırlık verilmiştir. Uzun yıllar ebelik, usta-çırak ilişkisi şeklinde anneden kıza geçen bir meslek olarak görülmüş ve "ara ebesi" dediğimiz diplomasız ebeler tarafından yürütülmüştür. Cumhuriyet'in kuruluşundan sonra ilk ebelik okulu Haydarpaşa Tıp Fakültesi bünyesinde açılmış, ortaokulu bitiren kız öğrencilere üç yıl süreli ebelik eğitimi verilmiştir. Ana ölümlerinin oldukça yüksek olması, ebelik hizmetlerinin bir takım kurallara bağlı olarak yürütülmesi ihtiyacını gündeme getirmiş ve 1928 yılında "Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" ile eğitim almamış (diplomasız) ebelerin doğuma yardım etmeleri yasaklanmış ve suç sayılmıştır. Bu kanunun ardından 1937'de doğumevleri bünyesinde açılan köy ebe okulları, 1961'de doğumevlerinden ayrılarak 1978'e kadar ebe yetiştirmeye devam etmiştir. Bu tarihten sonra 1978- 1979 eğitim öğretim

yılında artık ebelik eğitimi Sağlık Meslek Liseleri'nde verilmeye başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak kurulan bu okullarda il merkezlerinde ebelik, ilçe merkezlerinde hemşirelik ve sağlık memurluğu bölümleri ile müfredatın %40'ı normal lise derslerinden %60'ı meslek derslerinden oluşmuştur. Avrupa Birliği normlarına uygun olarak bu liseler 1996'da kapatıldıysa da 2001 yılında yeniden açılarak 2004 yılında Milli Eğitim Bakanlığı'na devredilmiştir. Günümüzde ise lise seviyesinde ebelik eğitimi tamamen terk edilmiş durumdadır.

Ülkemizde ebelik alanında lise sonrası eğitimin başlangıcı 1985- 1986 eğitim öğretim yılına rastlar. Bu eğitim öğretim yılında Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu bünyesinde 2 yıllık Ebelik Önlisans eğitimine başlanmıştır. Uzunca bir süre ebelik alanında lise ve önlisans eğitimleri bir arada yürütülmüş olmasına rağmen görev, yetki ve sorumluluk ayrımı yapılmamıştır. Ardından sağlık meslek liselerinin kapatılması ile aynı dönemlerde ebelik önlisans eğitimlerine de son verilmiştir. 1997- 1998 eğitim öğretim yılında tüm Sağlık Meslek Lisesi binaları Sağlık Yüksekokulu'na dönüştürülmüş ve artık ebelik eğitimi 4 yıllık lisans düzeyinden eğitim şeklinde yürütülmeye başlanmıştır. Türkiye'de şu anda ebelerin akademik yükselmelerinin önünde herhangi bir engel bulunmamaktadır. Bazı üniversitelerde 2000 yılından bu yana ebelikte yüksek lisans programları, 2012 yılından bu yana ise ebelikte doktora programları devam etmektedir.

Ebelik eğitiminde sorunlar

Profesyonel ebelik hizmetlerinin verildiği Hollanda, Belçika, Danimarka, Norveç ve Finlandiya gibi ülkelerde sezaryen oranları düşük, anne ve bebek ölüm hızları gerilerdedir. Türkiye'de profesyonel ebelik hizmetleri yeterince gelişmemiştir. Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM), dünyada ebelik hizmetlerinin yeterince gelişmediği ülkelerde, problemlerin ebelik eğitiminden kaynaklandığını belirtmiştir.

Dünyada ebelik eğitimi önceleri hemşirelik eğitimi üzerine 1- 2 yıllık sertifika veya master programı şeklinde yürütülmekte ise de bu eğitim istenen düzeyde ebelik bilgi ve becerisine sahip ebelerin yetiştirilmesine katkı sağlamazken eğitim süresini ve maliyeti arttırmış ve mesleğe aday olan kişi sayısında azalmaya neden olmuştur. Bu problemler nedeniyle ebelik eğitiminin hemşirelik eğitiminden ayrılarak direk ebelik programlarına girişin sağlanması şeklinde düzenleme yapılmıştır. Avrupa Birliği (AB) direktiflerine göre standart ebelik eğitiminin temel eğitim sonrası en az 3 yıl (4600 saat) olması yanında



Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve meslek dernekleri ebelik eğitiminin hemşirelik sonrası 1- 2 yıllık eğitimler şeklinde olabileceğini ifade etmişlerdir. Kaliteli ve nitelikli ebelik hizmetlerinin verildiği Hollanda, Almanya, Birleşik Krallık, Yeni Zelanda gibi ülkelerde ebelik eğitimi temel eğitim sonrası 3- 4 yıllık lisans eğitimi modeline dayanmaktadır.

Türkiye'de son 16 yılda ebelik eğitimi açısından olumlu gelişmeler olmuş, ebelik eğitimi 11 yıllık temel eğitim sonrası 4 yıllık lisans eğitimine çıkarılmış, ebelikte yüksek lisans ve doktora eğitimlerine başlanmıştır. Ancak eğitim, niceliksel olarak her ne kadar AB standartlarında görünse de niteliksel yönden AB standartlarına uygun bir ebelik eğitim sistemi kurulamamıştır. Bunun en temel nedeni 1996 yılında üniversitelerde, eğitim ve fiziki alt yapı oluşturulmadan ebelik bölümlerinin açılmasıdır. Aynı yıl sağlık meslek lisesi binaları üniversitelere kiralanmış ve sağlık yüksekokulları bünyesinde ebelik bölümleri açılmıştır. Ebeler bölümleri bu binalara sahip olduğu

Türkiye'de son 16 yılda ebelik eğitimi açısından olumlu gelişmeler olmuş, ebelik eğitimi 11 yıllık temel eğitim sonrası 4 yıllık lisans eğitimine çıkarılmış, ebelikte yüksek lisans ve doktora eğitimlerine başlanmıştır. Ancak eğitim, niceliksel olarak her ne kadar AB standartlarında görünse de niteliksel yönden AB standartlarına uygun bir ebelik eğitim sistemi kurulamamıştır.

halde sağlık meslek lisesi dönemindeki kütüphane, laboratuvar, teknik oda ve eğitimci alt yapısını kaybetmiştir.

Ebelik eğitimin 4 yıllık lisans eğitimi düzeyine çıkarıldığı dönemde üniversitede eğitim verecek düzeyde ebe eğitimci ve akademisyen bulunmadığı için hemşirelik, tıp, biyoloji, veterinerlik gibi sağlığın diğer alanlarından mezun eğitimciler eğitim vermek durumunda kalmıştır. Oysa ebelik alanında eğitimci olabilmek için ebelik bilgisine sahip olmak gerekir. Günümüze kadar gelen süre içerisinde ebe akademisyen ve ebe eğitimci sayısı hala yetersizdir. Ebelik bölümü eğitimcilerinin kendilerini geliştirmelerine katkıda bulunacak yeterlilikte kurslar bulunmamaktadır. Eğitimci sayısında yetersizlikler ve çalışma saatlerinin yoğunluğu nedeniyle eğitimciler kendi gelişimleri için seminerlere ve kurslara katılmada güçlükler yaşamaktadır. Ebe eğitimcileri ve klinisyen ebeleri bir araya toplayan, bilgi ve deneyim paylaşımına dayalı üniversite- hastane işbirliği sistemleri mevcut değildir. Üniversitelerin ebelik bölümleri arasında bilgi ve kaynak paylaşımına yönelik iletişim ağları kurulmamıştır.

Ebelik alanında eğitimci kalitesi yanında öğrenci kalitesi de istendik düzeyde değildir. Ebelerin sistemdeki varlığı açık ve net olmadığı ve ebeliğin tanıtımı yeterince yapılamadığından dolayı üniversite tercihi yapacak olan gençler, ebelik mesleğinin önemini farkında değildir. Anne ve çocuk sağlığı alanında hedeflere sahip öğrenciler dahi ebeliği tanımadıklarından hemşirelik ya da tıp tercihi yaparak anne ve çocuk sağlığı alanında branşlaşmayı planlamaktadır. Sonuç olarak ebelik bölümlerine bilerek ve isteyerek kaydını yaptıran öğrenci sayısı çok azdır. Bu durum da öğrencilerin eğitimleri sırasında motivasyonlarının oldukça düşmesine neden olmaktadır.

Ebelik mezunları mezuniyet sonrasında eğitim açıklarını kapatmak için kurs arayışı içindedir. Ebeler için hizmet içi eğitimler Sağlık Bakanlığı tarafından ve resmi onayları olmasa da bazı özel kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. Sistemde mevcudiyetini devam ettiren hizmet içi eğitimler şelale sistemi ile verilmektedir. Merkezde yetiştirilen eğitimciler iller bazında eğitimci yetiştirmekte ve bu eğitimciler illerde ebelerin eğitiminden sorumlu olmaktadır. Bu eğitim metodunun tabana indikçe kalitesinin düştüğü gerekçesiyle dünyada terk edilmiştir. Şu anda üniversitelerde verilen ebelik eğitimi ve özel ve kamu kuruluşlarında ebeliği ilgilendiren alanlarda verilen eğitimleri denetleyen ya da standartlarını belirleyen bir süreç bulunmamaktadır. Hatta ebelik bölümlerinin ve diğer eğitim veren kuruluşların müfredatlarının AB

ve DSÖ tavsiyelerini yorumlayış biçimi birbirinden farklılık göstermektedir. Kimi özel kuruluşların ebe okulu ya da doğum koçluğu eğitimi adı altında ebe yetiştirmeye soyunmuş olmaları hayretle karşıladığımız durumlardır. Eğitim veren tüm kurumların özerk bir yapıda olması dikkat çekicidir.

Türkiye’de ebelik eğitiminde sorunlar, sadece eğitimden değil, kurulu bir ebelik sisteminin olmayışından da kaynaklanmaktadır. Ülkede genel bir hemşire sıkıntısının olması yıllarca ebelerin, hemşire olarak çalışmasına neden olmuştur. Son hemşirelik yasası ile birlikte 2007 yılında ebelik, hemşirelikten ayrı bir meslek olarak kabul edilmesine rağmen aile sağlığı merkezlerinde aile sağlığının önemli bir bileşeni olan ebe, “aile sağlığı elemanı” adı altında hemşire, sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni ile aynı tanımda birleştirilmiştir. Ülkede sezaryen oranlarının yüksek olması, doğum öncesi ve sonrası takiplerin hekimler tarafından yapılıyor olması, çoğu üniversitede yetişen ebelerin, yetersiz klinik becerilerle mezun olmasına neden olmuştur. Ebelik öğrencileri, eğitimleri sırasında ideal ebelik modelini benimsemiş olsalar dahi stajları ya da profesyonel çalışmaları esnasında teorik bilgilerine uygun klinik ortam bulamamakta ve sonuç olarak ideal ebeler yerine sistemin ebeleri yetişmektedir.

Kamu ve özel kuruluşlarda ebelerin ebelik yapmaları önünde birçok engeller bulunmaktadır. Hastaneden ayrılarak ebelik ofisi açmak suretiyle alanda serbest olarak çalışan ebelerin haklarını koruyacak ve çalışmalarını denetleyecek destek sistemleri mevcut değildir. Meslek mensupları kendi çabaları ile mesleğini icra etme mücadelesi vermektedir. Doğumlarına çağırıldıkları gebelerin doğumlarını evde yaptırmaları konusunda desteklenmemekte ve evde doğum için kanuni engeller vardır. Takip ettikleri gebelerin doğumları esnasında hastanelerde kabul görmemekte ve doğum salonlarına alınmamaktadır. Durum böyle olunca serbest ebelerin yaptığı iş, doğum destekçiliğinden öteye gidememektedir.

Ebelikle ilgili mesleki sorunlar yanında yönetsel açıdan da sorunlar mevcuttur. Hastanelerde ebelik koordinatörlüğü ve ebelik hizmetleri hakkında eğitim sürecini takip eden bir eğitim birimi bulunmamaktadır. Ebelik, yönetim ve eğitim anlamında hemşireliğin içinde kaybolmuş durumdadır.

Ülkemizde AB standartlarına uygun olarak ebelikte lisans, yüksek lisans, doktora eğitiminin mevcut olduğunu kabul edip diğer tüm gerçekleri görmezlikten gelmek, ebelik mesleğinin zamanla yok olmasından başka bir işe

yaramayacaktır. Başta kanun yapıcılar olmak üzere üniversitelerde ebe akademisyenler, klinisyen ebeler, ülkenin en periferinde mesleğini yerine getirenler de dâhil olmak üzere bu dar boğazdan çıkmanın yollarını bulma konusunda beyin fırtınası yapmalı ve herkes elini taşın altına koymalıdır. Hükümet yetkilileri anne ve çocuk sağlığı hakkında kanunlar yaparken, sezaryen oranlarını azaltmak için çalışmalar gerçekleştirirken artık ebelerin varlığına ve güçlendirilmesi gereğine gözlerini kapatmamalıdır.

Çözüm önerileri

Küreselleşme, sağlık reformları, hızla gelişen bilim ve teknoloji, halkın beklentilerinde değişikliklere neden olmuş ve daha donanımlı profesyonellerin yetiştirilmesine gereksinim ortaya çıkarmıştır. Ülkemizde toplum sağlığı ile ilgili mevcut problemlere kalıcı çözümler getirilmesi için ebelik eğitiminde sağlam bir teorik alt yapıya ve kanıt temelli uygulamalara dayanan pratik yaklaşıma ihtiyaç vardır. DSÖ, UNICEF ve UNFPA ana çocuk sağlığı ve temel sağlık hizmetlerinin başarılı bir şekilde yürütülmesinde ebelik eğitiminin güçlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM)’na göre kaliteli ve nitelikli ebelik eğitimi için akademik kadrolarda görev alacak eğitimcilerin ebelikle ilgili alan deneyimine sahip kalifiye yetişmiş elemanlar olması önem taşımaktadır. Üniversitelerdeki ebe akademisyenlerin klinik deneyimi olmasına özen gösterilmeli, yeni klinik ortamları ve yeni eğitim modellerinden haberdar olmaları için eğitici eğitimlerine yönelik hizmet içi eğitimler planlanmalıdır. Ebe akademisyenlerin sayısının artırılması için çalışmalar yapılmalı, ebelikte yüksek lisans ve doktora programları yaygınlaştırılmalıdır. Ebelik alanında akademik kariyer yapmak isteyen gençler, gelişmiş ebelik sistemi olan ülkelerde eğitim almaları konusunda desteklenmelidir.

Ebelik eğitimine alınacak öğrenciler özel yetenek sınavı ile alınmalıdır. Bir mesleğin başarısı için o meslek mensuplarının yaptıkları işten keyif almaları esastır. Öğrencilerin ebelik mesleğine adım atarken biyolojiye ilgili ve bu alanda başarılı, kadınlara yardım etmekten ve bebek bakımından hoşlanan, bedenen sağlıklı, sorumluluk duygusu yüksek, iletişim yetenekleri gelişmiş, sabır ve hoşgörü sahibi, esnek çalışma saatlerine sahip olmak isteyen, kendi kararlarını kendisi verebilen ve ebelik bilincini taşıyabilecek kişiler olmasına önem verilmelidir. Ebelik bölümlerine öğrenci alımı özel bir komisyon tarafından yapılmalı ve özellikle ebe olmaya istekli öğrencilerin seçimine özen gösterilmelidir.

Ebelik alanında verilen eğitim müfredatı ebelerin rol ve sorumluluklarına dayalı olarak geliştirilmelidir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı, ebelerin görev tanımlarını okulda alınan eğitimi, alanda uygulamalarına izin verecek şekilde yapılandırmalıdır. AB uyum sürecinde Türkiye'de ebelik eğitimi ve ebeğin görev tanımları AB direktiflerine uygun şekilde yapılmalı ve bu tanımlar sadece kâğıt üzerinde kalmamalı, uygulanması ve denetlenmesi için destek sistemleri oluşturulmalıdır. Ayrıca ebelerin yetki ve sorumlulukları sağlık ekibi içerisinde bulunan diğer üyelere de duyurulmalıdır. Çoğu AB üye ülkelerde sağlık mesleklerinin lisans eğitimi denetleyen ve belli standartlarda sürdürülmesine destek olan konseyler bulunmaktadır. İngiltere'de ebelik ve hemşirelik alanında mesleki lisanslaştırma işlemleri Hemşirelik ve Ebelik Konseyi (NMC) tarafından yerine getirilmektedir. İngiltere'de aynı zamanda pratisyen hekimler Genel Tıp Konseyi (GMC)'nden, diğer sağlık personelleri ise Sağlık Meslek Konseyi (HPC)'nden lisans almak durumundadır. Ülkemizde sağlık mesleklerinin hızla arttığı ve her geçen gün sayısı daha çok artan sağlık üniversitelerinin denetlenmesi ve sağlık meslek eğitiminin belli standartlara temellenmesi için acilen bunlar gibi konseylerin kurulmasına gereksinim vardır. Mezuniyet öncesi eğitim kurumlarının denetlendiği gibi mezuniyet sonrası eğitim veren kuruluşlar da bu konseyler tarafından denetlenmeli ve yeterliliği tasdik edilmelidir. Ebelik hizmet içi eğitimi, uluslararası kabul görmüş eğitim içeriğine sahip kuruluşlarla, kaliteli ebelik eğitiminin yürütüldüğü üniversiteler ve ebelik dernekleri ile işbirliği halinde yürütülmelidir.

Geçmişte sağlık ocağındaki ebelerle hastanedeki ebeleri birbirinden ayıran ve ebelere sağlık ocağının en geniş çalışma alanını ancak en az yetkisini veren, ebeğin yaptırmadığı doğumu hemşire yaptırarak diyerek ülke gerçeklerinden uzaklaşan yasalar yeterince başarılı olamamıştır. Ebelik hizmetlerinden ve ebelerin görev yetki ve sorumluluklarından gereken verim alınması için üniversite ve bölge hastaneleri bünyesinde "Ebelik Hizmetleri Koordinatörlüğü" kurulmalıdır. Hastane bünyesinde kurulan bu koordinatörlük, hastanedeki ebelik hizmetleri ile birlikte bölgedeki saha çalışmalarını ve üniversite ile işbirliği halinde eğitim çalışmalarını da yürütülmelidir.

Ebelikte birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamaktan ayrı düşünülemez. Koordinatörlüğün saha çalışmaları ayağında; hastaneye bağlı olarak çalışan "aile ebesi" olmalıdır ve aile ebeleri bölgesindeki gebe, loğusa ve yenidoğanın izlem ve bakımı, doğumun evde izlenmesi ve hastaneye sevk,

gerekirse evde doğum, kadın sağlığı hizmetleri eğitim ve danışmanlığı, aile planlaması ve bağışıklama hizmetleri, kadın kanserleri kontrol ve tarama hizmetlerini yürütmelidir.

Hastane hizmetleri ayağında ebeler; doğum öncesi, doğum ve doğum sonu kliniklerde, riskli gebelikler ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde, doğum acil servisi, kadın hastalıkları ve doğum ameliyathanesi, kadın hastalıkları kliniklerinde aktif olarak rol almalıdırlar. Doğum klinik ve poliklinikleri, ebelerin görev alanı olarak yeniden düzenlenmelidir. Antenatal ve postnatal kliniklere başvuran gebelerin bakım, izlem ve eğitimleri bir ebe tarafından yapılmalı ve doğumları ebe eşliğinde gerçekleştirilmelidir. Normal doğumlardan ebeler birinci derecede sorumlu olmalı ve yenidoğan bakımı ebelerin gözetiminde yapılmalıdır. Riskli gebelik, riskli doğum, riskli yenidoğan uzman hekime sevk ebelerin yetkileri dâhilinde olmalıdır.

Koordinatörlüğün eğitim ve araştırma ayağında; birinci basamakta ve hastanede ebelik hizmetlerinin kalite değerlendirmesi, ebelerin hizmet içi eğitimi ve ebelik hizmetleri hakkında araştırmalar yapılmalıdır. Ebelikte klinik eğitim önemli bir yer teşkil etmektedir. Koordinatörlüğe ebe eğitimi için gereken sorumluluk verilmelidir. Klinik eğitimler, koordinatörlüğe bağlı klinik eğitimci ebeler ile öğretim üyesi ile işbirliği halinde yürütülmelidir. Yine birinci basamakta ve hastanede çalışan ebelerin denetlenmesi ve eğitimi de aynı şekilde ebelik bölümü öğretim üyeleri ile işbirliği halinde yürütülmelidir.

Sonuç

Sonuç olarak Türkiye'de ebelik alanında hem eğitimsel hem yönetsel hem de sistem açısından sorunlar bulunmaktadır. AB uyum sürecinde olan ülkemizde yeni bir ebelik sisteminin kurulması kaçınılmaz gibi görünmektedir. Bir ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren anne ve yenidoğan hastalık ve ölüm hızlarının düşürülmesi için Türkiye'de ebelerin en iyi şekilde değerlendirilmesi amacıyla gereken adımlar atılmalıdır. Gerek üniversite gerekse sağlık kuruluşları bazında ebelik yeniden yapılandırılmalıdır. Bu süreçte ebe akademisyenler ve klinisyen ebelerle işbirliği yapılmalı ve üniversite ve hastaneler arası iletişim ağları oluşturulmalıdır.

Ebelik bir sanattır ve ebesiz kalmış bir milletin hayat damarlarından biri kopmuş demektir. Türkiye'de ebelik, travay dönemindedir. Ebelik mesleği adına keyifli bir doğumun gerçekleşmesi için gereken saygı, sevgi ve işbirliğini her meslek mensubu kendi köklerinde bulacaktır. Annelerin doğumda tıbbi müdahalelere

değil mahremiyete, saygıya ve sabırlı bir bekleyişe, bebeklerin ise doğumdan sonra annesinin sıcak göğsüne, nefesine ve kalp atışlarına ihtiyacı vardır. Bu da kaliteli bir ebelik bakımı ile mümkündür. Kaliteli ebelik bakımının temelleri ise ebelik eğitimi sırasında atılır.

Kaynaklar

Apay S E, Kanbur A, Özdemir F, Pasinlioğlu T. (2012). Midwifery education in Turkey. Coll Antropol. 36 (4): 1453-1456

Arslan H, Karahan N, Çam Ç. (2008). Ebeliğin Doğası ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 1(2): 54-59

Aydın S. (2013) Hemşire ve ebelik eğitimine farklı açıdan bakış. SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 27: 18-19

Beydilli, ED. (2007). Ebeliğin Dünü ve Bugünü, 1. Baskı, Ankara: Alter Yayıncılık

Global standards of midwifery education. International Confederation of Midwives, 2010 Web site: <http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/education-core-documents/global-standards-education/> (Erişim tarihi: 02.08.2014)

Global standards of midwifery regulation. International Confederation of Midwives, 2011 Web site: http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/standards/en/R429_ICM_2011_Global_Standards_for_Midwifery_Regulation_2011_ENG.pdf (Erişim tarihi: 05.08.2014)

Kayacı, S. (2006). Sağlık Yükseköğretim Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Ebelik Mesleği Hakkındaki Görüşlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hemşirelik Ana Bilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, Türkiye.

Kaya, D & Yurdakul, M. (2007). Dünyada ve Türkiye'de Ebelik Eğitimi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yükseköğretim Dergisi, 23(2): 233-241

Korkmaz Yıldız N. (2008). Yeni Zelanda'da ebelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 1 (2): 76-80

Midwives rules and standards 2012. Nursing & Midwifery Council. Web site: <http://www.nmc-uk.org/Documents/NMC-publications/Midwives%20Rules%20and%20Standards%202012.pdf> (Erişim tarihi: 02.08.2014)

Modern supervision in action a practical guide for midwives. Nursing & Midwifery Council, 2009 Web site: <http://www.nmc-uk.org/Documents/Midwifery-booklets/NMC-LSAMO-Forum-Modern-supervision-in-action.pdf> (Erişim tarihi: 02.08.2014)

The Nursing and Midwifery Council (Education, Registration and Registration Appeals) Rules 2004 (SI 2004/1767) Web site: <http://www.nmc-uk.org/Documents/Legislation/Education-Registration-and-Registration-Appeals-Rules-2004-Consolidated%20text-2011.pdf> (Erişim tarihi: 02.08.2014)

Toker E, Aktaş S. (2010). İngiltere'de ebelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2(3): 89-97

Türkiye'de Hemşirelik: Temel Meslek Eğitimi ile İnsan Gücüne İlişkin Sorunlar ve Çözüm Önerileri, YÖK Raporu 2001

Türk Ebeler Derneği. <http://www.turkebelerdemegi.com> (Erişim Tarihi: 05.08.2014)

Göç ve enfeksiyonlar

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.

Göç, insanların yaşadıkları bölge veya ülkeleri değiştirmesidir. İnsanlık tarihinin başlangıcıyla birlikte var olan göç, kişi, aile, küçük veya büyük toplulukların kendi istekleri veya değişik zorunlu durumlar [ekonomik sebepler (işsizlik, daha iyi yaşam arzusu vd.), afetler, felaketler, güvenlik sorunları (terör vd.), savaş, sürgün...] sonucu meydana gelmektedir. Farklı şekillerde sınıflaması yapılan göç, ülke içi (mevsimlik/geçici, sürekli) veya ülke dışı (uluslararası) (topluluklar halinde göç, düzensiz göçmen: geldiği ülkede bulunmak için yasal hakkı olmayan kişiler) göç şeklinde kabaca ikiye ayrılır. Dünyada yaklaşık 200 milyon kişi (dünya nüfusunun %2,7'si) göçmen olarak doğdukları ülke dışında yaşamaktadır. Göç alan ülkelerin başında ABD (800-900 bin/yıl), AB ve diğer OECD ülkeleri gelmektedir.

Son yüzyılın ilk yarısında özellikle Balkanlardan büyük sayıda göç alan ülkemize son yıllarda değişik ülkelerden (Suriye, Irak, İran, Afganistan, Somali vd.) önemli sayıda göçmen gelmiştir. Ülkemizde uzun yıllardır süren iç göç (Doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve Karadeniz bölgesinden İstanbul, İzmir, Ankara, Mersin vd. Marmara, Ege, Akdeniz illerine göç) sorunu yaşanmıştır ve kısmen devam etmektedir. Körfez savaşı döneminde (1991 ve sonrası) ülkemizde Kuzey Irak'tan gelen geçici bir göç yaşanmıştır. Son yıllarda çok önemli ve giderek artan Suriye'den gelen ve sayısı bir milyonu aşan göçmen sorunuyla karşı karşıya kalınmıştır. Ülkemiz ayrıca, değişik Avrupa ülkelerine mülteci olarak gitmek isteyenlerin ana kavşağındadır.

Göçler neden oldukları sosyal sorunlar yanında değişik hastalıklar için risk oluşturmaktadır. En sık görülen göç ilişkili hastalıklar enfeksiyon hastalıklarıdır. Enfeksiyon hastalıkları dışında, acil hastalıklar, kazalar (Örneğin denizde

batan teknelerde meydana gelen ölümler, mayın patlaması vd.), psikolojik sorunlar/psikiyatrik hastalıklar (depresyon, kaygı bozukluğu, post travmatik stres vd.), beslenme bozuklukları/çocuklarda büyüme ve gelişme geriliği, böcek ve yılan sokması, diş sorunları (çürükler, apse, jiniivit vd.) göçmenlerde sık görülen diğer hastalıklardır.

Daha önceleri sadece belirli bölgelerde görülen veya ilgili yerlerde daha sık görülen enfeksiyon hastalıklarının göç edilen bölgede görülmesi veya insidansının artmasında veya bu hastalıkların küresel ölçekte görülmesinde göçlerin çok önemli etkisi vardır. Göç edilen bölgede daha önce görülmeyen hastalıklarla ilgili tanı sorunları ve tanıda gecikme konunun diğer bir olumsuz yönüdür. 2003 yılında Çin'de rezervuar olan hayvanlardan insanlara bulaşan ve ardından seyahatler/göçler sonucu Kanada, ABD, AB ülkeleri, Asya ülkelerine (~30 ülke) yayılan SARS seyahat ve göçlerin bulaşıcı hastalıkların yayılmasındaki önemli etkisini göstermiştir.

Başta bakteriler olmak üzere enfeksiyon hastalıkları etkenlerine karşı görülen antimikrobiklere karşı direncin dünya genelinden yaygınlaşmasının bir nedeni de göçlerdir. Enfeksiyon hastalıkları, göç öncesi yaşanan bölge, göç yolu ve göç edilen bölgede bulaşabilir. Özellikle iç göçlerde, göçmenler yanlarına hayvanlarını da beraber götürbildiğinden zoonotik enfeksiyonlar da göç ve enfeksiyon kapsamında dikkate alınmalıdır. Ayrıca kuş vd. hayvanların göçleri de çok önemlidir. Kuş gribinde vd. bazı enfeksiyon hastalıklarında kuşların göçleri ile kıtalar arası yayılım söz konusudur. Son yıllarda H5N1 influenza virusunun farklı kıtalara yayılması konunun bir örneğidir. Son günlerde dünya gündeminde olan Ebola ateşi hastalığının da göçlerle ilişkisi üzerinde durulmaktadır. Göçle ilişkili sık görülen enfeksiyon hastalıkları tablo1'de sunulmuştur.

Göçle ilişkili enfeksiyonlar

- İshal (Salmonelloz (tifo ve tifo dışı salmonelloz), şigellos (basilli dizanteri), kampilobakteriyöz, kolera, giardiyaz, amipli dizanteri)
- Sıtma vd. parazit hastalıkları (çengelli solucan enfeksiyonları, askariyaz, kist hidatik, leishmanyoz, şistozomiyaz, filariyaz, uyuz)
- Tüberküloz,
- Bruselloz,
- Riketsiyoz
- Leptospiroz
- Viral enfeksiyonlar (kızamık, suçiçeği, hepatit A/B/E vd., grip; viral hemorajik ateşler: deng ateşi, Kırım Kongo kanamalı ateşi, Ebola kanamalı ateşi, Marburg virus enfeksiyonu, Hantavirus enfeksiyonu, Lassa ateşi, Arjantin hemorajik ateşi vd.)
- Cinsel temasla bulaşan enfeksiyonlar (HIV enfeksiyonu, gonore, sifiliz)

Göçmenlerde görülen enfeksiyon hastalıklarının bulaşma şekli ve zamanı aşağıda özetlenmiştir:

- 1) Göçmenler, ayrıldıkları ülkede prevalansı yüksek hastalıklar açısından enfekte/taşıyıcı olabilirler
Örnekler: Sıtma, tüberküloz, tifo, bruselloz, parazit hastalıkları
- 2) Göç esnasında bulaşma olabilir
Gastroenteritler, ... viral hepatit (A,E),
- 3) Göç bölgesinde bulaşma olabilir.

Bulaşma kaynakları açısından su, gıda, cinsel temas, hava, toprak önemlidir. Göçmelerde enfeksiyonlar yerleşik topluma göre daha sık görülmektedir. Bunun nedenleri şunlardır:

- 1) Sağlık güvencesi eksikliği/olmaması, sağlık hizmetlerinden yararlanmada sorunlar (Kaçak yaşayanların sağlık kuruluşlarına başvurmaması)

- 2) Hastalıkları gizleme (korku vd.)
- 3) Yetersiz beslenme, açlık
- 4) Kalabalık, sağlıksız ve alt yapısı uygun olmayan kalma yeri ve çevre
- 5) Aşılama programı eksikliği/yokluğu
- 6) Fiziki ve psikolojik travma

Göçmenlerde görülen enfeksiyonlar, göçmenlerin geldiği ve/veya yerleştiği ülkeye göre değişebilmekte, kısmi farklılıklar göstermektedir. ABD'ye gelen göçmenler arasında tüberküloz sık görülmektedir. ABD'de göçmenler arasında Hepatit B özellikle Sahra altı Afrika, Doğu ve Güneydoğu Asya'dan gelenler arasında saptanmaktadır. Barsak parazitozları, göçmenlerde %22-%56 sıklığında saptanmıştır. Cinsel temasla bulaşan enfeksiyonlar da sık rastlanan enfeksiyonlar arasındadır. Avustralya'ya göçmenler ağırlıklı olarak Afrika (%43) ve Asya'dan (%42) gelmekte, göçmen ve mültecilerde tüberküloz, lepra, kronik hepatit, şistozomiyaz, helmint enfeksiyonları ve sıtma sık görülmektedir. İspanya'da Afrikalı göçmenler arasında en sık olarak ankilostomiaz (çengelli solucan enfeksiyonu), AIDS, tüberküloz, gonore, giardiazis, şistozomiyaz, amöbiyaz ve sıtma enfeksiyonları saptanmıştır.

Ülkemizde mülteci kampları ile ilgili düzenlemeler, T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından yapılmaktadır. 2011 Nisan sonrası iç savaş nedeniyle 3 milyonu aşan Suriyeli, komşu ülkelere sığınmıştır; bunlardan 765.369'u ülkemiz tarafından kabul edilmiştir (5 Haziran 2014 verileri). Bu sayının günümüzde bir milyonu aştığı hesaplanmaktadır. Suriyeliler, Türk Hükümetinin tanıdığı geçici koruma hakkıyla Türkiye'de ikamet etmektedir. AFAD ve Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) verilerine göre 30 Haziran 2014 itibarıyla ülkemizde Afganistan, İran Irak, Somali vd. ülkelerden gelen mülteci ve sığınmacıların toplam sayısı 45.397'dir.

Ülkemizde iç ve dış göçlerin neden olduğu enfeksiyon hastalıkları sorunları konusunda ayrıntılı çalışmalar yapılmamış olmakla birlikte, az sayıdaki çalışma ve gözlemler hepatit B/C, HIV enfeksiyonu, sifiliz vb. enfeksiyonların sığınmacı ve göçmenlerde anlamlı olarak daha yüksek olduğu yönündedir. Bu durum, sığınmacıların geldikleri ülkelerde, ilgili enfeksiyonların sıklığının ülkemizden daha yüksek olması ve olumsuz yaşam koşullarının devamı nedeniyledir.

Suriye'den gelen ve sayıları bir milyonu aşan mültecilerin değişik sağlık sorunları ve enfeksiyonları yaşadığı basına da yansımıştır. Son yıllarda Türkiye'de artan kızamık vakalarının en azından bir kısmının Suriyeli mültecilerle ilişkili olabileceği iddia edilmiştir. Suriye'deki iç savaş ve göç;

çocuk felci (polio) vd. bulaşıcı hastalıkların artmasına ve beş 5 yaş altındaki çocuklar ile kamplarda ve kamp dışında yaşayan Suriyeli çocuklara ek doz çocuk felci aşısı yapılmış; ayrıca bölgeye giriş-çıkış yapanlar da çocuk felci aşısı ile aşılanmıştır. Artan risk nedeniyle ülke genelinde polio aşısı rapelleri yapılmaktadır. Ülkemizde sorunun boyutlarını anlamak ve geleceği planlamak için konuyla ilgili daha ayrıntılı çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Korunma

Konuya göç alan ülkelerin sağlık bakanlıkları veya eş değer kurumları ülke çapında sahip çıkmalı ve politikaları belirlemelidir. Ulusal çalışmalarla birlikte konunun uluslararası boyutu nedeniyle DSÖ, diğer ilgili kuruluşlar ve ilgili ülkelerle işbirliğine gidilmelidir. Uygun alt yapı ve çevre düzenlemesi ile öncelikle sanitasyon eksikliği giderilmeli, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekliliği sağlanmalı, sağlık konularıyla ilgili mevzuat düzenlemeleri yapılmalı ve güncellenmeli, enfeksiyon hastalıkları vd. önemli sağlık sorunları için kayıt ve takip sistemi kurulmalıdır.

Bulaşıcı hastalıklar vd. önemli enfeksiyon hastalıklarının değişik yollarla kişiler arasında bulaşıp toplumda yayılacağı hatta salgınlar yapabileceği unutulmamalı, göçmenlerde görülen enfeksiyonların yerleşik toplum içinde tehdit oluşturabileceği dikkate alınarak göçmenlere hem insanlık görevi, hem de toplumun sağlık güvenliği için gerekli alt yapı desteği (sanitasyon eksikliği öncelikle giderilmeli), sağlıklı su ve gıda temininin sürekliliği ile, aşı, ilaç vd. gerekli destekler sağlanmalıdır.

Aşılama programlarına göçmenler özellikle dahil edilmeli; öncelikle çocuk yaş grubu ve gebeler, mümkünse erişkinlerde aşılanmalıdır. Çocuk yaş grubunda kızamık, polio gibi aşılardan yapılmasına özellikle dikkat edilmelidir.

Ülkemiz, bulunduğu stratejik bölge itibarıyla geçici veya uzun süreli göçlere maruz kalmaktadır. Bölgedeki olaylar bu durumun devam edeceğini göstermektedir. Göçlerle birlikte artan seyahatler ve enfeksiyonların değişen epidemiyolojisi nedeniyle, ülkemizde dünyada görülen her enfeksiyonun görülebilecektir. Bu nedenle enfeksiyon hastalıklarının tanısına yönelik erken tanı sistemlerini ve ileri araştırma imkanlarını bulunduran bir "referans tanı merkezine" ihtiyaç vardır. Sonuç olarak göçlerle ilişkili enfeksiyonların ülke için zararlarını azaltmak ve göçmenler içinde uygun sağlık hizmet sunuma amacıyla; hızlı ve geniş spektrumlu tanı imkânına sahip referans laboratuvarı ile birlikte etkin surveians, bildirim sistemi, aşılama, diğer korunma önlemleri, emniyetli gıda ve su temini için gerekenler ilgili kuruluşlarca zamanında ve özenle yapılmalıdır.

Kaynaklar

Adair R, Nwaneri O. Communicable disease in African immigrants in Minneapolis. Arch Intern Med. 1999; 159:83-5.

Altındış M. Türkiye'deki mülteciler, salgın hastalıklar ve korunma. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2013; 28: 64-67. (<http://www.sdplatform.com/Dergi/741/Turkiyedeki-multeciler-salgin-hastaliklar-ve-korunma.aspx>) (Erişim tarihi: 01.09.2014)

Barnett ED, Walker PF. Role immigrants and migrants in emerging infectious diseases. Med Clin North Am 2008;92:1447-58.

Boggild AK, Geduld J, Libman M, et al. Travel-acquired infections and illnesses in Canadians: surveillance report from CanTravNet surveillance data, 2009-2011. Open Med. 2014 11;8:e20-32.

Crowcroft NS, Morgan D, Brown D. Viral haemorrhagic fevers in Europe--effective control requires a co-ordinated response. Euro Surveill. 2002;7:31-2.

Denholm JT. Immigration screening for latent tuberculosis infection. Med J Aust. 2013 ;199:654.

EASAC – the European Academies Science Advisory Council. Impact of migration on infectious diseases in Europe. http://www.easac.eu/fileadmin/PDF_s/reports_statements/Migration.pdf (Erişim tarihi: 01.09.2014)

ECDC. Migrant health: Background note to the "ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU". http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/0907_ter_migrant_health_background_note.pdf (Erişim tarihi: 01.09.2014)

Gushulak BD, MacPherson DW. Globalization of infectious diseases: The impact of migration. Clin Infect Dis 2004; 38:1742–8

Hawes EM, Viera AJ. Immigrant and refugee health: common infectious diseases. FP Essent. 2014 ;423:24-9.

<http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/spb/mnpages/dispages/vhf.htm> (Erişim tarihi: 01.09.2014)

<http://www.seyahatsagligi.gov.tr/gocler/kolluk.aspx> (Erişim tarihi: 01.09.2014)

[http://www.unhcr.org.tr/uploads/root/ocak_2014_iti-bariyle_unhcr_t%C3%BCrkiye_istatistikleri_\(july_include\)\(1\).pdf](http://www.unhcr.org.tr/uploads/root/ocak_2014_iti-bariyle_unhcr_t%C3%BCrkiye_istatistikleri_(july_include)(1).pdf) (Erişim tarihi: 01.09.2014)

<http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php?Lang=AR> (Erişim tarihi: 01.09.2014)

Lifson AR, Thai D, O'Fallon A, et al. Prevalence of tuberculosis, hepatitis B virus, and intestinal parasitic infections among refugees to Minnesota. Public Health Rep. 2002 ;117:69-77.

López-Vélez R, Huerga H, Turrientes MC. Infectious diseases in immigrants from the perspective of a tropical medicine referral unit. Am J Trop Med Hyg. 2003 ;69:115-21.

O'Brien DP, Leder K, Matchett E, et al. Illness in returned travelers and immigrants/refugees: the 6-year experience of two Australian infectious diseases units. J Travel Med. 2006 ;13:145-52.

Pehlivanoglu F, Kart Yaşar K, Şengöz G. Sığınmacılar: sağlık problemleri için yeni yaklaşımlara ihtiyaç var mı? Nobel Med 2011; 7: 102-105 (<http://www.nobelmedicus.com/Content/1/19/102-105.pdf>)

Robets A, Kemp C. Infectious Diseases of Refugees and Immigrants. Journal Of The American Academy of Nurse Practitioners 2001;13:7-9.

Zammarhi L, Bartalesi F, Bartoloni A. Tuberculosis in tropical areas and immigrants.

Mediterr J Hematol Infect Dis. 2014 1;6(1):e2014043

Hekimin takdir yetkisi: Nereye kadar?

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.

Yıllar önce bir Anadolu kentinin devlet hastanesinde, nöbetçi olduğu gecelerde gördüğü bazı hastalara kolostomi yapan ve daha sonra bunları muayenehanesine davet eden bir cerrahın soruşturması sırasında *"Bu şehirdeki cerrahlar neredeyse herkesin apendiksini, safra kesesini almış, ben birkaç kişiye kolostomi yapmışım o mu göze batıyor?"* şeklindeki gayri resmi savunma, bana çok çarpıcı gelmişti. Sağlık sektörü içerisinde yıllarım geçtikçe bu tür rasyonalizasyonlara ve hekimlik mesleğindeki gücün kontrolsüz kullanımına ne yazık ki alışmak zorunda kaldım.

Dünyanın en eski mesleklerinden biri olan hekimliğin mesleki özerklik ve takdir yetkisi şeklinde özetlenebilecek olan güç alanı, tıpkı diğer eski meslekler olan askerlik ve yargıcılıkta da olduğu gibi çok gelişmiştir. Bu anlamda, siyasi literatürümüzde hala güncelliğini koruyan askeri vesayet, yargı vesayeti kavramlarının sağlık sektöründe bulunduğu karşılığın "hekim vesayeti" olduğunu söylemek mümkündür. Dünyanın en uzun eğitiminden geçtikten sonra ölüm ile yaşam sınırında uğraş veren hekim adeta yarı-tanrı konumuna getiren bu gücün kontrolü için tarih boyunca çeşitli mekanizmaların geliştirildiği görülmektedir.

Hekimliğin temelini oluşturan *"Önce zarar vermeyeceksin!"* ilkesi doğrultusunda, her dönemde ve her toplumda, çeşitli hukuki ve etik düzenlemeler yapılarak tıbbi uygulamalar denetlenmeye ve bir sınır içinde tutulmaya çalışılmıştır. Ancak gene hekimliğin bir başka önemli ilkesi olan *"Tıpta hastalık yoktur; hasta vardır!"* doğrultusunda bu sınırlar sürekli zorlanmış ve çok sık ihlal edilmiştir. Bu sınırların zorlanması bazen yukarıda verdiğim örnekte olduğu gibi kazanç hirsından, bazen farkında olmadan, bazen de bilgisizlikten kaynaklanmaktadır. Hekimlerin takdir yetkisinin ulaşabileceği boyutları göstermesi açısından yıllar önce ABD'de yapılmış bir araştırma kilometre taşı niteliğindedir.

New York'ta devlet okullarında okuyan 11 yaşındaki bin öğrencinin sağlık taramasından geçirilmesi sırasında %61'inin tonsillerinin daha önce alındığı görülmüş, geriye kalan öğrencileri muayene eden okul hekimleri bunların %45'inin tonsillektomi olması gerektiğine karar vermiştir. Bu hekimlerin sağlıklı bulunduğu öğrenciler bir başka hekim grubuna gönderildiğinde bunların da %46'sının tonsillektomi olması gerektiği söylenmiştir. İki muayenede de sağlıklı bulunan öğrenciler üçüncü bir hekim grubuna gönderilmiş, bunların da %44'üne tonsillektomi önerilmiştir.

Sonuç olarak, 1000 öğrenci arasında tonsillektomi kararı verilmeyen öğrenci sayısının sadece 65 olduğu saptanmıştır. Başka bir deyişle sağlık taramasından geçirilen öğrencilerin % 93,5'ine tonsillektomi yapılmış ya da önerilmiştir.⁽¹⁾ Bu çalışmadaki durum, hekimlerin tonsillektomi kararı verme konusundaki takdir yetkilerini, endikasyona özen göstermeksizin sınırsızca kullanmalarının bir sonucu olarak yorumlanmıştır. Sunucu tarafından oluşturulan talebin tipik bir örneği olan bu yaklaşım, tonsillektomi işleminin zamanla normal karşılanmasına hatta bir süre sonra endikasyonlar arasına "koruyucu amaçla da tonsillektomi yapılması" kılıfının eklenmesi ile yapılan ameliyatların bilimsel gerçeklerle açıklanması zor boyutlara ulaşmasına neden olmaktadır. Ülkemizde bir dönem çok yaygın olan "selektif apendektomi", hastane doğumlarında %70'lere ulaşan "sezaryen" ameliyatları, başka bir dönemde adeta bir salgın haline gelen koroner by-pass, prostat ameliyatları bu tür uygulamaların tipik örnekleridir.

Sağlık hizmeti sunucularının iyi kulanılmayan takdir yetkilerinin sonucu olan "aşırı" ve gerekli olmayan türdeki hizmetler, sağlık sistemleri açısından en az "yetersiz" veya "hatalı" hizmetler kadar ciddi sorundur. Etkin ve kaliteli sağlık hizmetinden söz edebilmek için *sunulan*

hizmetin aşırı, yetersiz veya hatalı olması gerekir. Sağlık sistemleri ve sağlık politikalarından söz edilirken genellikle üzerinde durulan konular, hizmetlerin yeterli olup olmadığı, insanların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine ulaşım ulaşmadığı ve hizmetlerden duyulan memnuniyet konularıdır. Oysa sağlık hizmetlerinin aşırı sunulması da en az yetersizliği kadar önem taşımaktadır. Yetersiz sağlık hizmeti, büyük ölçüde hizmeti alanların içinde bulunduğu koşullar ve hizmet sunucuların olanakları ile ilgili iken; aşırı hizmet, neredeyse tamamen hizmeti sunanların anlayışı ve takdir yetkisi ile ilgilidir. Bu durumun boyutlarına ve önemine geçmeden önce, sağlık hizmetlerinin bazı özelliklerine ve sunanlarla alanlar arasındaki ilişki dinamiklerine kısaca değinmek gerekir.

Sağlık hizmetlerinin ekonomik özellikleri

Temel insan hakları arasında yer alan ve talep edilmediği durumlarda bile sunulması gerekli olan bazı sağlık hizmetlerinin tamamen piyasa koşullarına bırakılması mümkün olamamaktadır. Piyasaya bırakılan sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında ise hizmeti alanlar ile sunanlar arasındaki bilgi asimetrisinden kaynaklanan nedenlerle; hizmetlerin türü, kapsamı, verilmiş şekli ve zamanı konusunda sunucuların her zaman bir üstünlüğü bulunmakta ve bunun doğal sonucu olarak “*sunucu tarafından oluşturulan talep*” riski ortaya çıkmaktadır. Örneğin göğüs ağrısı olan bir kişinin kalp ameliyatı talebi olmasa bile hekimin koyacağı teşhis ile bu talep oluşabilmekte, üstelik ertelenemez bir talep olarak gündeme gelebilmektedir. Bu tür taleplerin gerçek ihtiyaçlardan kaynaklanıp kaynaklanmadığının bir önemi yoktur ve talep oluşturmak büyük ölçüde sunucuların elindedir.

Sunucuların takdir yetkilerinden kaynaklanan bu üstünlüklerini kontrol etmek, sakıncalarını ve kötüye kullanımları önlemek amacıyla çeşitli yol ve yöntemler geliştirilmiştir. Örneğin tüm hastalık tanıları uluslararası bir uzlaşma ile sınıflandırılarak (ICD-10) listelenmiş ve her sunucunun dilediği gibi tanı koyma yetkisinin denetlenmesi sağlanmış; bazı ülkelerde Tanı ilişkili Gruplar (TİG) ve benzeri (DRG, HRG) uygulamalarla hastalıkların tanı ve tedavileri sırasında yapılması gerekenlerin sınırları belirlenmiştir. Uzman grupların görüş birliği ile hastalık tanı-tedavi rehberleri ve protokolleri hazırlanmış, hastaya zarar vermeden doğru işlerin nasıl yapılması gerektiğine ilişkin süreçler ve işlemler tanımlanmıştır. Hizmeti alanlar ile sunanlar arasındaki para alışverişinin üçüncü taraflara -devlet, sigorta- devredilmesi ile yapılanların gerekliliği ve yukarıda



sayılan düzenlemelere uygunluğunun denetimi sağlanmaya çalışılmış; bu şekilde hem maliyetlerin kontrol edilebilmesi, hem de gereksiz hizmetlerin önlenmesi amaçlanmıştır. Ancak bu durumda da hizmeti alan kişinin, güvence altında olan sağlık hizmetlerini kullanma konusunda artan bir savurganlığı ile sağlığını koruma konusunda özensizliği şeklinde kendini gösteren “*ahlaki tehlike*” sorunları ortaya çıkmıştır.

Yapılan tüm düzenlemelerin ağırlıklı olarak maliyet kontrolünü amaçladığı, sunucu hatalarını azaltma amaçlı düzenlemelerin bile oluşabilecek tazminat sorunlarının önüne geçme kaygılarından kaynaklandığı dikkati çekmektedir. Oysa sağlık hizmetlerindeki “sunucu tarafından oluşturulan talep” ve “ahlaki tehlike” sorunlarını diğer sektörlerden daha önemli yapan özellikleri ekonomik olmaktan çok, doğrudan doğruya insan hayatının kalitesini ilgilendiriyor olmaları ve hizmet sunucuların, özellikle de hekimlerin neredeyse başka hiç bir meslekte görülmedik şekilde geniş olan *takdir yetkileri ve mesleki özerklikleri* ile yakından ilişkili olmalarıdır.

“Açıklanması zor farklılıklar”

Yukarıda sayılan özellikler ve dinamikler nedeniyle, sağlık hizmetlerinin ağırlıklı

olarak piyasa ekonomisi anlayışına göre sunulduğu ülkelerde, hizmet maliyetleri ve hasta güvenliği sorunları hızla artmaktadır. Yapılan araştırmalar, “benzer durumlarda farklı hizmet sunumu” şeklinde ortaya çıkan ve “açıklanması zor farklılıklar” olarak adlandırılan yaygın bir sorunun varlığını göstermektedir. Yetmişli yıllarda ABD’de Vermont’ta 13 sağlık bölgesinde yapılan bir araştırmada, bölgeler arasında hastaneye yatış oranları açısından 2-3 kat, cerrahi işlemler açısından ise 10 kat farklılık olduğunun saptanması üzerine,⁽²⁾ sağlık hizmetlerindeki farklılıkları ülke çapında belirlemek ve izlemek amacıyla çalışmalar yürütülmüş ve tıbbi uygulamalardaki açıklanması zor, çarpıcı farklılıkları ayrıntılı olarak gösteren Dartmouth Atlas hazırlanmıştır. Bu çalışma sırasında, bir bölgede yapılan nüfus başına koroner by-pass ameliyat miktarının başka bir bölgedekinin üç katı olduğu; bir bölgedeki kişi başına düşen sağlık harcamasının, nüfusun yaş, cinsiyet ve ırk özelliklerine göre standardize edilmesinden sonra bile başka bir bölgeden iki kat daha fazla olduğu görülmüş ve asıl önemlisi bu farklılıkların toplumdaki erken ölümlerin engellenmesine, beklenen yaşam süresinin uzamasına herhangi bir katkıda bulunmadığı saptanmıştır.⁽³⁾

Benzer şekilde İngiltere için 2010 yılında

hazırlanan ve ülke çapındaki hizmet farklılıklarını sunan bir raporda, örneğin, kalça protezine ihtiyacı olanlara yapılan ameliyatlara açısından bölgeler arasında 6 kat farklılık olduğu, benzer farklılıkların epilepsi hastalarının, astım hastalarının, inmesi olanların hastaneye yatış oranları, kanser hastaları için yapılan ortalama tedavi harcamaları gibi çeşitli tanı ve tedavi uygulamaları için de geçerli olduğu vurgulanmıştır.⁽⁴⁾

Yakın zamanda ABD’de yapılan bir çalışmada diz artroplastisi ameliyatlarının üçte birinin uygun olmadığı sonucuna varılmıştır.⁽⁵⁾ Diz artroplastisi konusunda İspanya’da yapılan bir çalışmada, 1997-2010 yılları arasında yapılan 393.714 ameliyatın 17 bölgeye dağılımı incelenmiş, standardize edilmiş artroplastisi hızlarının yüz binde 27 ile 702 arasında değiştiği yani bölgeler arasında 26 kat farklılık gösterdiği saptanmış ve bu farklılığın bilimsel bir açıklamasını yapmak mümkün olamamıştır.⁽⁶⁾ Benzer vakalar-daki tıbbi uygulamalar konusunda ortaya çıkan ve sadece bireysel özellikler ya da hasta tercihleri ile açıklanması mümkün olmayan bu tür farklılıkları gösteren çok sayıda çalışma, sağlık hizmetlerinin bazı durumlarda gereğinden fazla sunulduğunun kanıtı sayılmaktadır.

Bu konuya dikkat çekmek amacıyla ilk kapsamlı çalışmaları yapan J Wennberg’in tanımıyla, *“Tıp bilgileri, hastalık özellikleri ve hasta tercihleri ile açıklanamayan tıbbi uygulama farklılıkları”*⁽⁷⁾ anlamına gelen *“açıklanamaz zor farklılıklar”* sağlık sistemleri açısından önemli bir risk unsuru olup sadece kaynakların kötü kullanımına değil ciddi boyutlarda insan hayatına da mal olabilen bir sistem sorunudur. ABD’de Ulusal Kalite Güvence Komitesi tarafından hazırlanan bir rapora göre sağlık sektöründe kanıta dayanmayan uygulamalar nedeniyle her yıl hayatını kaybeden kişi sayısı 57.000’dir. Başka bir deyişle, her hafta en az bin kişi aşırı ya da gereksiz sağlık hizmeti nedeniyle ölmektedir. Bu sayının tıbbi hatalar sonucu kaybedilen hayatlar dışında bir sayı olduğu özellikle vurgulanmaktadır.⁽⁸⁾ Bu farklılıkların azaltılması ile sağlık hizmetlerindeki kalitenin artmasının yanı sıra sağlık harcamalarında %30 oranında azalma sağlanması da mümkün görünmektedir.⁽⁹⁾

Yapılan araştırmalar aynı hastalık için kullanılan tanı ve tedavi yöntemlerinin bölgeler arasında, topluluklar arasında açıklanamaz zor farklılıklar gösterdiğini ve bunun önemli bir sorun olduğunu ortaya koyduğuna göre bu sorun nasıl çözümlenmelidir? Bir hastanın hastalığının tanısı ve tedavisi için gereken en doğru ve en uygun yöntemlerin ne olduğuna nasıl karar verilmelidir? “Doğru” ve “uygun” hizmetin kriterleri nedir? Hizmetlerin ücretini ödeyen sigorta kurumlarının,

hastanın ve hizmeti sunanların bu kararın oluşması sürecindeki rolleri ne olmalıdır? Kaynakların dağılımı her zaman eşit olmadığına göre her hastaya en doğru ve en uygun hizmetin verilmesi mümkün müdür? Kaynakların yeterli ve eşit dağıldığı hallerde, hizmet sunucularının bilgi ve beceri eşitsizliğinden kaynaklanan sorunları, uygulama farklılıklarını önlemenin yolu nedir? Hekimin takdir yetkilerinin ve tıbbi uygulamadaki özgürlüklerinin sınırı nasıl çizilmelidir?

Bu soruların her birine kapsamlı yanıtlar vermek çok sayıda yazının konusu olacağından, üzerinde durduğumuz konu olması nedeniyle son sorunun yanıtı üzerinde durmak gerekecektir. Hekimlerin takdir yetkileri ve mesleki özerkliklerinin sınırlarını belirlemek için çeşitli hukuki, etik, ekonomik düzenlemeler geliştirilmiş olmakla birlikte bunların yeterli olmadığı görülmektedir ve bu sorunun en net yanıtı, sınırların *“sağlık hizmetlerinin demokratikleşmesi ve uygulamaların kanıta dayalı olması”* ile çizilebileceğidir.

Sağlık hizmetlerinin demokratikleşmesi

Sağlık hizmetlerinde demokratikleşme sorunu; hizmet sunucuları arasında “çoğulculuk”, hizmeti sunanlar ile alanlar arasındaki ilişkilerde ise “katılımcılık” eksikliği şeklinde ortaya çıkmaktadır. Özellikle ülkemizdeki sağlık sisteminde tüm hizmetler sunucu odaklı hatta hekim odaklıdır. Hekimlerin, yöneticiler de dahil olmak üzere tüm sağlık meslekleri karşısında tartışılmaz bir baskınlığı söz konusudur. Hatta bu baskınlığın doğal bir sonucu olarak hekim dışındaki tüm sağlık personeline “yardımcı sağlık personeli” denilmesi alışkanlık haline gelmiştir. Sağlık sektöründe hekimlerin baskınlığı nedeniyle ülkemizde olması gereken kiropraktörlük, osteopatik hekimlik, podiatristlik gibi pek çok meslek ne yazık ki ya hiç bulunmamakta ya da klinik eczacılık, optisyenlik, optometristlik, ergoterapistlik gibi kendisine yer açmaya çalışmaktadır. Sağlık mesleklerinde olması gereken çoğulculuğa ek olarak sağlıkla ilgili uygulamalar konusunda da çoğulculuk gerekmektedir. Modern Batı tıbbının ciddiye almadığı hatta yok saydığı, ancak varlığını yüzyıllardır sürdürmekte olan akupunktur, bitkisel ilaçlar, kupa çekme, sülük uygulama gibi geleneksel uygulamalara saygı gösterilmeli ve tıpkı modern tıp uygulamalarında olduğu gibi bunların da hukuki ve etik kurallar çerçevesinde kullanılmalarına olanak sağlanmalıdır. Sosyal medya, internet, google, wikipedia, mobil cihazların kullanımının yaygınlaşması ile sıradan insanların sağlık konusundaki doğru bilgilere ulaşması artık çok kolaylaştığı ve hekimlerin tekkelci konumlarını kaybetme-

ye başladığı unutulmamalıdır. Hekimlerin kendilerini ortaya çıkarmakta olan yeni hasta türüne göre konumlandırımları gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde demokratikleşme sorununun diğer yönü sunucular ile hizmeti alanlar arasındaki ilişkilerde gözlenmektedir. Burada da hekimlerin otoriterliğinden ve ben-merkezliliğinden kaynaklanan sorunlar ön plandadır. Demokrasi kültürü yeterince gelişmemiş toplumlarda ne yazık ki hala makbul olan hekim modeli, az konuşan, hastası ile fazla yüzgöz olmayan, ulaşılması güç olan, buyurgan hekim modelidir. Hekimin, katılımcı bir anlayışla hasta ve hasta yakınları ile her türlü bilgiyi paylaşması, karar aşamasında onların tercih ve görüşlerine kulak vermesi, onlara sağlık konusunda tam anlamıyla danışmanlık yapması gerekirken; otoriter ve buyurgan tavırlar takınması ilişkinin niteliğine ters düşmektedir. İşin ilginç yanı, hasta ve yakınlarının önemli bir kısmının da bu tavırlardan adeta memnun olmaları ve pekiştirecek tutumlara sahip olmalarıdır. Oysa bu tür tavırların hiç bir haklı gerekçesi yoktur. Hekimler de tıpkı diğer meslekler gibi verdikleri hizmetler nedeniyle bir ücret almakta, bu yolla geçimlerini sağlayacak kazanç -üstelik gayet iyi bir kazanç- sağlamaktadırlar. Hekimlerin, gerek diğer hizmet sunucularıyla, gerekse de hasta ve yakınları ile olan ilişkilerde sergiledikleri olumsuz tavırların hasta güvenliğini tehdit ettiğini gösteren çok sayıda araştırma olması nedeniyle bazı akreditasyon kurumları, izlenmesi gereken hizmet kriterleri arasında bu tavırlara da yer vermeye başlamıştır.

Uygulamaların kanıta dayalı olması

Sağlık hizmetlerindeki uygulamaların ne derece doğru ve uygun olduğu, dayandıkları kanıtların niteliği ve gücüne bağlıdır. Bu anlamda kanıta dayalı tıp ve kanıta dayalı yönetim kavramları önem kazanmaktadır. “Kanıta dayalı tıp” kavramı ilk kez 1992 yılında kullanılmış ve doksanlı yıllardan itibaren hızla yaygınlaşmıştır.⁽¹⁰⁾ Bu anlayış özet olarak, *“günlük tıp uygulamalarında verilecek her türlü kararın, hastaların beklenti ve değerleri de dikkate alınarak, uzman tecrübeleri ışığında, ama mutlaka geçerli kanıtlara dayandırılması”* demektir.⁽¹¹⁾ Amaç, bir yandan hekimlerin ve sağlık personelinin takdir yetkilerinin sınırlarını bilimsel kanıtlara dayanarak çizmek, diğer yandan da hastaya en çok yararı olacak uygulamaları onun beklentilerini de dikkate alarak gerçekleştirmektir. Bu anlayış, daha önce egemen olan, günlük tıbbi uygulamadaki kararların ağırlıklı olarak uzman görüşlerine göre verildiği anlayıştan farklı bir yaklaşım

gerektirmektedir. Eski anlayışın yaygın olduğu ortamlarda “kapıdan giren hastanın duruşundan” hatta “dışarıda bekleyen hastanın öksürüğünden” teşhis koyabilen tecrübeli hekimlerden “sans kliniği kuvvetli” şeklinde takdirle söz etmek; yapılan ameliyatlardaki hataları “modifiye ... ameliyatı” notu ile örtbas etmek; güncelliğini yitirmiş, çelişkili bilgileri fark eden öğrencilere “ekol farkı” şeklinde açıklamalar yapmak sık karşılaşılan durumlardır. Kanıta dayalı tıp kavramı ile birlikte, hekim ve sağlık personelinin geleneksel rolü değişmiş, kanıta dayanan uygulamalar geçerliliğini yitirmeye ve sorgulanmaya başlamıştır.

Kanıta dayalı tıp uygulamalarında kararlar verilirken mutlaka bilimsel yöntemlerle üretilmiş kanıtlara ihtiyaç vardır. Ancak gene de kanıtlar her şey demek değildir. Uzman görüşleri ve hasta beklentileri de dikkate alınmak zorundadır. Başka bir deyişle bu anlayış hekimlerin takdir yetkisini ve uygulama özgürlüğünü elinden almamakta, bilimsel bulguların, hizmeti alanların beklentileri ve sunanların tecrübeleri ile en uygun noktada buluşmasını amaçlamaktadır. Bu yolla bir yandan hekimlerin geleneksel yarı-tanrı rolleri bir tarafa atılıp yaptıkları uygulamaların kanıtlara dayanması sağlanırken, bir yandan da bilimsel kanıtların yeni tanrılar haline gelmesinin önü kesilmektedir.

Kanıta dayalı uygulama kavramı kulağa hoş gelmekle birlikte hayata geçirilmesinin ne derece mümkün olabildiği, olabileceği de soru işaretidir. Kanıta dayalı uygulamalardan söz edebilmek için tüm sağlık hizmeti sunucularının ve yöneticilerinin kendi alanındaki gelişmeleri yakından izlemesi ve bilgilerini yani kanıtlarını sürekli güncellemesi gerekmektedir. Kanıtlar, genellikle bilimsel yöntemlerle yapılan araştırmalardan elde edilen bilgilerdir. 2013 yılı sonu istatistiklerine göre uluslararası saygınlığı olan 5 bin 640 tıp dergisinde yayımlanan bilimsel makale sayısı 734 bin 52 ve bu tür dergilerde 1965 yılından beri yayımlanmış makale sayısı 20 milyon 695 bin 240’tır.⁽¹²⁾ Her yıl artmakta olan yeni yayın sayısının son beş yıllık ortalaması yılda 700 binden fazladır.

Bu devasa bir bilgi kümesi demektir ve herhangi bir hekimin kendi uzmanlık alanında üretilmiş tüm yayınlara ulaşabilmesini, okuyabilmesini, birbiri ile çelişkili olanları ayıklayarak yorumlayabilmesini ve yeni üretilen bilgilere hakim olabilmemesini neredeyse imkansız kılmaktadır. Üstelik yeni yayınlarla birlikte eski bilgilerin bir kısmı geçerliliğini yitirmekte, bir kısmı da düzenli kullanıma fırsatı olmadığı için unutulmaktadır. Sonuç olarak; hekimin, karşısına gelen hasta için güncel bilgiyi, en son kanıtları kullanma olasılığı son

derece düşük kalmaktadır. Tabii bu noktada yapılan yayınların dayandığı bilimsel araştırmaların ne derece bilimsel olduğu, araştırmacıların kendi önyargı ve kabul görme arzularından ne ölçüde arınabildikleri ve en önemlisi kullanılan yöntemlerin ne derece geçerli olduğu da ayrı bir konudur.

Yeni bilgilere ve kanıtlara zamanında ulaşmak, hâkim olmak zor olduğuna göre uygulamaların kanıta dayalı olması nasıl sağlanacaktır? Bu amaçla yeni bilgileri belirli aralıklarla süzgeçten geçirip özetleyen (sistematiik derleme), aynı konuda yapılmış pek çok çalışmanın verisini bir araya getirip yeniden analiz eden (meta-analiz) yöntemler geliştirilmiş ve araştırma-danışma amaçlı merkezler oluşturulmuştur. En eskisi ve yaygın bilineni Cochrane Collaboration olan bu merkezlerin bir kısmı abonelerine, bir kısmı ise her ulaşana en güncel ve güvenilir araştırma sonuçlarını sunmaktadır. Ancak her hekimin ve sağlık personelinin bu kaynaklara ulaşarak kanıt aramasını beklemek de gerçekçi değildir. Bu amaçla uzmanlık kuruluşları ve uluslararası kuruluşlarca hazırlanan tanı-tedavi rehberleri, protokoller bir ölçüde işe yaramaktadır.

Son söz

Hizmet sunucuların takdir yetkileri ile uygulama özgürlüğünün neden olabileceği algıları göstermesi açısından öğrencilik yıllarımda Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde yaşanmış bir olayla yazımı tamamlayayım. Hacettepe iddialı bir şekilde kurulup nam saldığı 70’li yıllarda akademik anlamda üst düzeyde, ancak sağlık güvencesi olmayanlar için pahalı bir hizmet sunmakta idi. Komplike sorunları olup da güvencesi olmayan hastalar için ise “eğitim vakası” formülü bulunmuştu. Bu şekilde yatırılan hastadan ücret alınmıyor, ancak yatışta yapılan bir anlaşma uyarınca hastanın kendisine tıp ve hemşirelik öğrencileri tarafından hoca gözetiminde yapılacak her işleme rıza göstermesi isteniyordu. İlerlemiş sirozu olan yaşlı bir kadın hasta eğitim vakası olarak yattıktan sonra öğrencilerin yaptığı asit perküzyonu, karaciğer palpasyonu gibi çeşitli muayenelere, kan alma ve enjeksiyon yapma denemelerine günlerce ses çıkarmadan katlanmak zorunda kalmıştı. Belirli aralıklarla yapılan ve o klinikte sorumluluğu olan tüm öğretim elemanı, personel ve öğrencilerin katıldığı “patron viziti” sırasında hasta sorumlu asistan tarafından ayrıntılı bir şekilde sunulmuş, gelen sorular çerçevesinde hastanın durumu tartışılarak değerlendirilmişti. Bölüm başkanı olan hoca yapılan işlerle ilgili olarak hastanın karaciğer sintigrafisinin sonucunu öğrenmek amacıyla, o zamanlar bu tetkikin İngilizcesi olan “scanning”in kısaltılmış

şeklini kullanarak “-Hastamızın ...’i var mıydı?” diye sorması üzerine hasta yerinden fırlamış ve “-Yok! Yattığımdan beri bir tek o kaldı zaten yapılmayan. Onu da yapın, kurtulayım artık” diyerek, aslında öznesi olması gerektiği halde nesnesi olduğu tıbbi uygulamalardaki sınır tanımazlığın neden olabileceği ruh halini herkesin anlayacağı şekilde dile getirmişti.

Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve mesleklerin saygınlığı, her türlü günlük uygulamadaki kararların demokratik ve bilimsel kanıtlara dayalı şekilde alınması ile yakından ilişkilidir. Meslekleri güçlü yapan şey takdir yetkileri ve güç alanlarının genişliği değil, insani ihtiyaçların karşılanmasına sağladıkları katkılarının doğruluğu ve uygunluğudur.

Kaynaklar

- 1) Bakwin H. *The Tonsil-adenoidectomy Enigma. Journal of Pediatrics*, 1958; 53: 339-61.
- 2) Wennberg J, Gittelsohn A. *Small area variations in health care delivery: a population-based health information system can guide planning and regulatory decision-making. Science*, 1973;182:1102-8.
- 3) Wennberg JE, Cooper M. *The Dartmouth Atlas of Health Care. AHA Publishing Inc*, 1998.
- 4) Gray M, DaSilva P (eds.). *The NHS Atlas of Variation in Healthcare: Reducing unwarranted variation to increase value and improve quality. http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/nhs-atlas/2010. (Erişim tarihi: 01.08.2014)*
- 5) Riddle DL, Jiranek WA, Hayes CW. *Using a validated algorithm to judge the appropriateness of total knee arthroplasty in the United States: A multi-center longitudinal cohort study. Arthritis & Rheumatology*, 2014 DOI: 10.1002/art.38685.
- 6) Gómez-Barrena E, Padilla-Eguiluz NG, García-Rey E, Cordero-Ampuero J, García-Cimbrelo E. *Factors influencing regional variability in the rate of total knee arthroplasty. The Knee*, 2014;21: 236-41.
- 7) Wennberg JE. *Tracking Medicine. A Researcher's Quest to Understand Health Care. Oxford University Press*. 2010: 4. (tanım kaynağı).
- 8) Sipkoff M. *9 Ways To Reduce Unwarranted Variation. Managed Care* 2003;12(11):20-24. <http://www.managedcaremag.com/archives/0311/0311.variation.html> (Erişim tarihi: 01.07.2014)
- 9) Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. *The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: The Content, Quality, and Accessibility of Care. Ann Intern Med*. 2003; 138: 273-87.
- 10) Evidence-Based Medicine Working Group. *Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA* 1992; 268(17): 2420-5.
- 11) Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ* 1996;312 (7023): 71-2.
- 12) United States National Library of Medicine. *Detailed indexing statistics: 1965-2013. U.S. National Library of Medicine*, 2014. http://www.nlm.nih.gov/bsd/index_stats_comp.html (Erişim tarihi: 01.07.2014)

Hasta güvenliği: Değişen paradigma

Prof. Dr. H. Erdal Akalın



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

Institute of Medicine yayımladığı iki rapor ile sağlık hizmetlerinin çok önemli iki sorununu gözler önüne serdi; tıbbi hatalar veya hasta güvenliği ile sağlık hizmetlerinde kalite sorunu.^(1,2) Bu raporlara göre Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 98,000 kişi tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybetmekte, tıbbi hataların büyük bir kısmı da kişisel hatalardan çok, sistemdeki hatalardan kaynaklanmaktadır. Hastaneye yatan hastalarda yapılan iki çalışmada, yan etki veya tıbbi bakım sırasında bir hata görülme sıklığı %2,9 ve %3,7 bulunmuştur. Bunların %58 ve %53'ü önlenebilir tıbbi hatalar olarak tanımlanmıştır.

Tanımlar

Tıbbi hatalar, hastanelerde, polikliniklerde, doktor ofislerinde, eczanelerde, bakım evlerinde ve hastaların evlerinde ortaya çıkabilir. Tıp Enstitüsü'nün **tıbbi hata** tanımı şu şekildedir: Planlanan bir işin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması veya amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanması. Yine aynı kuruluşun **yan etki** (adverse event) tanımı ise şu şekildedir: Sağlık hizmetinin (medical management), altta yatan hastalığa veya hastanın içinde bulunduğu duruma bağlı olmaksızın yol açtığı hasar/zarar. Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'nın (National Patient Safety Foundation) tanımları ise aşağıda verilmiştir.⁽³⁾

Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta

hasarlarının eliminasyonu veya azaltılmasıdır.

Sağlık hizmetine bağlı hata (tıbbi hata), hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu, kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlardır. Tıbbi hatalar da kök nedenlerine göre üçe ayrılırlar:

- İşleme bağlı hatalar: Yanlış işlemi yapma (errors of commission: doing the wrong thing),
- İhmale bağlı hatalar: Doğru işlemi yapmama (errors of omission: not doing the right thing),
- Uygulamaya bağlı hatalar: Doğru işlemi yanlış uygulama (errors of execution: doing the right thing incorrectly).

Benzer tanımları Birleşik Krallık'ın Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı da benimsemiştir.⁽⁴⁾

Uluslararası karşılaştırmalı çalışmalarda toplumların %22 ila %34'ü kendilerine veya bir yakınlarına verilen sağlık hizmeti sırasında tıbbi uygulama hatası yapıldığını algılamaktadır. Aynı sorularla bizim yaptığımız çalışmada ise toplumun tıbbi uygulama yapıldığı algılaması %10 olarak saptanmıştır. Buna karşılık ABD'de sağlık çalışanlarının %42'si kendilerine veya yakınlarına verilen sağlık hizmeti sürecinde tıbbi uygulama hatası yapıldığı algılamasını belirtirken, bizim çalışmamızda bu oran %69 olarak bulunmuştur.⁽⁵⁾

Tıbbi hatalar sağlık hizmetinin her

evresinde ortaya çıkabilir. Bu hatalar şu başlıklar altında gruplandırılmışlardır:

1. Medikasyon hataları: Çoğu önlenebilir olan bu hatalar verilen ilaçların hastaya uygulanması ile ilgilidirler. Yanlış doz, yanlış veriliş şekli, birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşim, alerji hikâyesi olan hastaya bilmeyerek bu ilacın verilmesi gibi hatalar bu gruptadırlar. Bu hataların % 34-56'sı önlenebilir.⁽⁶⁾
2. Cerrahi hatalar: Çalışmalar cerrahi hataların her 50 yatan hastanın birinde görüldüğünü ortaya koymuştur.
3. Tanı koymada hatalar: Yanlış tanı, yanlış ve yetersiz tedaviye veya gereksiz ek tetkiklerin yapılmasına neden olabilir. Laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması veya yorumlanması sık rastlanılan tıbbi hatalar arasında yer almaktadır. Tanısal hatalara deneyimsiz kişilerce yapılan tetkiklerde daha çok rastlanılmaktadır.^(7,8)
4. Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar: Sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça zor olan hatalardır. Bunlar arasında kullanılan aletlerdeki bozukluklar (defibrilatör, intravenöz sıvı pompaları vb.) ancak ortaya çıkınca saptanabilmekte, fakat çok önemli sonuçlar doğurabilmektedir. Medikasyonların uygulanmasında da ortaya çıkan hataların büyük çoğunluğu sistem hataları olarak tanımlanmaktadır.
5. Diğer: Hastane enfeksiyonları, yanlış

Bugün uygulanan sağlık hizmeti son derecede kompleks bir yapıya sahiptir. Tıbbi hataların büyük çoğunluğu bu kompleks sistem nedeni ile ortaya çıkmaktadır. Hataların ortaya çıkmasında rol oynayan en önemli nedenlerden birisi hekimlerle hastalar arasındaki iletişim sorunlarıdır.



kan transfüzyonu gibi önemli konular da tıbbi hatalar arasında yer almaktadır.

Hasta güvenliği sorunları arasında önemli yeri olan iki konuya değinmekte yarar vardır. Bunların birincisi tanı hataları, diğeri ise ilaç güvenliğidir.

Tanı hataları (diagnostic errors):

Bir hastanın sağlık yolculuğu “**tanı koyma**” veya “**tanı alma**” ile başlar. Yapılan çalışmaların sonuçları, konulan her 10 tanıdan 1’inin yanlış olduğunu, geç konulduğunu veya “atlandığını” göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde “**tanı hataları**” nedeni ile yılda 40,000-80,000 hastanın öldüğü ileri sürülmektedir.^(7,8)

Tanı hatalarının sözlükteki karşılıkları şunlardır:

1. Bir hastalığın nedeni ile ilgili karar verme hatası, (The Free Dictionary),
2. Klinik muayene ve teknik tanısal süreçlerden sonra yanlış tanı konması (Reference. MD).

Tanı hatalarının **görülme sıklığının** %10-15 arasında olduğu ileri sürülmektedir. Otopsi çalışmalarında klinik tanının yanlış olma sıklığının %10-20 arasında olduğu gösterilmiştir. Hasta ve hekim anketlerinde ilginç sonuçlar alınmıştır. Hastaların üçte biri kendilerine konan tanının yanlış olduğunu ileri sürerken, çocuk hekimlerinin ayda en az 1 veya 2 kez tanı hatası yaptıklarını belirttikleri rapor edilmiştir. İç hastalıkları uzmanlarında yapılan bir çalışmada, sık görülen hastalıkların (KOA, RA gibi) tanısını koymada %13 hata yapıldığı gösterilmiştir. Bir başka çalışmada mamografide meme

kanserlerinin %10-30’unun atlandığı saptanmıştır. Laboratuvar testlerindeki hataların tanı hatalarına neden olan en önemli faktör olduğu ileri sürülmüştür. Bütün bunlara rağmen tanı hatalarının hekimler tarafından gönüllü olarak rapor edilme oranları çok düşüktür; % 0,5!

İlaç güvenliği

Yapılan çalışmalarda Amerika Birleşik Devletleri’nde her yıl yaklaşık 1,5 milyon **önlenebilir medikasyon hatası** olduğunu göstermektedir. Bu hataların yılda 7000 ölüme ve 177 milyar dolar harcamaya neden oldukları ön görülmektedir. İlaç uygulama hatalarının **%27-50’sinin önlenileceği** ileri sürülmektedir.⁽⁶⁾

İlaç uygulama süreçleri, reçeteleme, uygulama ve izleme başlıkları altında incelenmektedir. Bu nedenle her başlık altında görülebilecek hatalar ve bunların nedenleri değişik yayınlarda tartışılmıştır. Çalışmalar reçeteleme ve uygulama evrelerinde daha çok hata yapıldığını ortaya koymaktadır.

İlaç güvenliğini **zorlayan faktörler** şu şekilde sıralanmaktadır:

- Sistemle ilgili faktörler
 - İnsan gücü
 - İş yükü
 - Politika, protokol ve süreçler
- Süreçlerle ilgili faktörler
 - Çalışanlarda dikkat dağınıklık ve görevle ilgili kopukluğa neden olan uygulamalar
 - Dökümantasyon sorunları
 - İletişim sorunları
 - İzleme ve değerlendirme yöntemleri
 - Cihaz eksiklikleri ve yetersizlikleri

• Çalışanlar ile ilgili faktörler

- Bilgi eksikliği
- Eğitim eksikliği
- Deneyim
- Yorgunluk ve uykusuzluk

Bu faktörlerin bir kısmı kolaylıkla düzeltililebilecek sorunlardır. Ancak ana sorun **sistemsel yaklaşım eksikliği** olarak ortaya çıkmaktadır.

Neler yapılmalı?

“Institute of Medicine” hasta güvenliği konusunu 21. Yüzyıl Sağlık Sunumu öncelikleri arasında en başa almıştır. Sağlık sisteminde iyileştirilmesi amaçlanan konuları şu şekilde sıralamıştır:

1. Güvenli bir sağlık hizmeti (hasta güvenliği): Hastalara yardım ederken zarar vermekten kaçınma
2. Etkili bir sağlık hizmeti: Bilimsel bilgiler ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayalı hizmet sunumu, sağlık hizmetinin az veya gereksiz kullanımının önlenmesi
3. Hasta-odaklı sağlık hizmeti: Hastanın ihtiyaç, değer yargıları ve tercihleri doğrultusunda ve klinik karar verme mekanizmalarına ortak edilerek sunulan bir sağlık hizmeti
4. Zamanında verilen sağlık hizmeti: Beklemelerin sağlığa zarar vermesinin önlenildiği bir sistem (sağlığa ulaşılabilirlik)
5. Verimli sunulan sağlık hizmeti: İsrafın önlenildiği, maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunumu.

Güvenilir bir sağlık hizmetinin sunulmasının ve iyileştirilmesinin önünde önemli engeller vardır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

- Maksimum performans sınırlarının zorlanması
- Profesyonel otonomi
- “Sanatkâr” yaklaşımından takım oyuncusu yaklaşımına geçişte zorlanma
- Güvenlilik Stratejilerinin sistematik yaklaşımları içermek zorunda oluşu
- Profesyonel kural ve yasaların karmaşıklığı
- Sağlık hizmetinin çok karmaşık hale gelmesi
- “Hoşgörû kültürü” eksikliği
- İnkâr
- Profesyonel otorite
- Kendini beğenmişlik, durumdan memnun olma
- Hata yapmaya karşı gösterilen tepki
- Korku
- Konu ile ilgili eğitim yetersizliği
- Hataların rapor edilmesinin hiçbir şeyi değiştirmeyeceği algılaması.

Hasta güvenliği farkındalığının artırılması için hem sağlık çalışanlarına hem de topluma önemli sorumluluklar düşmektedir. Her şeyden önce tıp ve tüm sağlık çalışanı **eğitim** programlarında hasta güvenliği eğitimi yer almalıdır. Tüm sağlık kurumlarında **hasta güvenliği kültürü** geliştirilmesi için çaba sarf edilmelidir. Tıbbi uygulama hatalarının kişisel değil, **sistemin bir hatası ve yetersizliği sonucu** ortaya çıktığı gerçeği kabul edilip, iyileştirmeler sistematik olarak yapılmalıdır. Hataların kişisel olarak cezalandırılmasından kaçınılmalı, sistemik hatayı önleyecek çözümlerin geliştirilmesine çalışılmalıdır.

Bütün bunların sağlanabilmesi için **hasta güvenliği kültürünün** geliştirilmesi gereklidir. Bunu sağlayabilmek için bazı çalışmaların yapılması ve uygulanması önerilmektedir. Bu önerilerin en önemlileri aşağıda sunulmuştur.

- Hasta güvenliği konusunun herkesin sahiplenmesi gereken bir konu olduğunun ilan edilmesi,
- Hasta güvenliği konusunda liderler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimin teşvik edilmesi,
- Çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk devri,
- Hasta güvenliği için kaynak ayrılması,
- Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitiminin sağlanması.

Bugün uygulanan sağlık hizmeti son derece kompleks bir yapıya sahiptir. Tıbbi hataların büyük çoğunluğu bu kompleks sistem nedeni ile ortaya çıkmaktadır. Hataların ortaya çıkmasında rol oynayan en önemli nedenlerden birisi hekimlerle hastalar arasındaki **iletişim** sorunlarıdır.

Hasta, hasta yakını ve toplumun diğer üyeleri için de daha güvenli sağlık hizmetine nasıl ulaşabileceği konusunda sürekli bilgi verilmelidir. Öncelikli olarak hasta ve hasta yakınlarına; **hastalığın ne olduğu, bu hastalıkla ilgili ne yapılması gerektiği ve bunların neden yapılması gerektiği** açık bir şekilde anlatılmalıdır. Tüm hasta ve hasta yakınlarının da bu soruları doktorlarına sormaları gerekir.

Genel olarak kabul edilen **hasta güvenliğini iyileştirme yöntemleri** şunlardır:

- Klinik uygulama rehberleri, demetler
- Kritik yol haritaları (critical pathways), kontrol listeleri (checklists)
- Klinik karar verme destek sistemleri
- Davranış değişikliğini sağlayacak eğitim programları
- Yasal önlemler, akreditasyon, hizmet alıcıların zorlamaları

Bütün bunların sağlanabilmesi için tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda **sürekli eğitiminin** sağlanması, liderler, çalışanlar ve hastalar arasında **açık iletişimin** teşvik edilmesi ve **yeterli kaynak** ayrılması şarttır.

“Patient Safety Movement” ve “Joint Commision, Center for Transforming Healthcare” ortaklaşa yaptıkları çalışma sonrasında **2014 yılının en önemli 10 hasta güvenliği konusunu** belirlediler. Liste aşağıda sunulmuştur.⁽⁹⁾

1. Sağlık hizmeti ilişkili infeksiyonlar (healthcare-associated infections). Hala yılda 100 bin kişinin ölümüne neden olmaktadır bu infeksiyonlar.
2. Cerrahi komplikasyonlar. Unutulan alet, edavat, sponge, yanlış taraf cerrahisi gibi sorunların artık görülmemesi gerekiyor.
3. Nöbet değişimlerinde hasta ile ilgili iletişim eksiklikleri (handoff communications). Hem hekimlerin hem de hemşirelerin çalışma süreleri bitimindeki değişimde görülen iletişim eksiklikleri minör veya major tıbbi hatalara ve buna bağlı hastanede yatış süresi uzaması, maliyetlerde artış, nadiren de ölümlere neden olabilmektedir.
4. Tanı hataları. Yukarda da bahsettiğimiz gibi, tanı hataları tıbbi hatalar arasında önemli bir yer tutmaktadır. Yanlış tanı, yanlış tetkiklere, yanlış tedaviye ve sonuç olarak hastanın ciddi zararlar görmesine neden olabilmektedir.
5. İlaç hataları (medication errors). Özellikle birden fazla hastalığı veya sorunu olan hastalarda ilaç yan etkileri ve etkileşimleri ciddi tıbbi sonuçlara neden olmaktadır.

6. “Hasta Güvenliği Kültürü” geliştirmede başarısızlık. Kuvvetli bir hasta güvenliği kültürü gelişen sağlık kurumlarında tıbbi hata oranlarının azaldığı gösterilmiştir.

7. Elektronik hasta kaydı sistemlerinin birbirini görmemesi. Bugünün ileri teknolojilerini kullanan sağlık kurumlarının en önemli sorunlarından birisi, sistemlerin birbirlerini görmemesi ve istenilen, beklenen sinerjinin elde edilememesidir. “Interoperability”nin olmaması tıbbi hataların azalması veya önlenmesinde önemli bir engeldir.

8. Hasta düşmeleri ve yaşlılık ile gelen diğer sorunlar. Yaşlanan nüfus ve beraberinde gelen sorunlar sağlık kurumlarının bundan sonra önem vermesi gereken konuların birisi olacaktır, olmuştur. Bu yaş grubunda başta düşme olmak üzere, tüm sorunları önleme ile ilgili önlemler alınmalıdır.

9. Daha iyi tedavi yöntemlerinin seçimi. Doğru tanı konduktan sonraki en önemli adım hastaya uygun tedavinin seçimidir. Daha iyi tedavinin seçilebilmesi için hasta odaklı bir yaklaşım gerekmektedir. Gereksiz testler veya “gereğinden fazla tedavi” hastaya zarar verebilir.

10. “Alarm” yorgunluğu. Özellikle yoğun bakımda monitorize edilen hastaların fizyolojik verilerindeki değişiklikler “alarm” sistemlerine bağlı olarak izlenmektedir. Yapılan çalışmalar bu uyarıların %85-99’unda her hangi bir klinik girişime ihtiyaç olmadığını göstermiştir. Ancak buna bağlı gelişen yorgunluk sonucu, gelişebilecek sentinel olayların atlanması ölümle sonuçlanabilir.

Alınan önlemler sonrasında bazı konularda iyileşmeler saptanmakta ise de hala alınacak uzun bir yol olduğu kabul edilmektedir.⁽¹⁰⁾

Amerika Birleşik Devletleri’nde “Agency for Healthcare Research and Quality” (AHRQ), “RAND Health, Stanford University, UCSF ve Johns Hopkins University” işbirliği ile bir rapor hazırlattı. “Strategies to Improve Patient Safety: The Evidence Base Matures” (Hasta güvenliğini iyileştirmek için stratejiler) adlı bu raporda hasta güvenliğinin en önemli konuları ile ilgili detaylı stratejiler önerilmektedir.⁽¹¹⁾ Rapor 2013 yılında Annals of Internal Medicine’da bir supplement olarak yayınlanmıştır. Değerlendirilen konular arasında kanıta dayalı yaklaşımlar, liderlik sorunları,⁽¹²⁾ en önemli hasta güvenliği iyileştirme stratejileri,⁽¹³⁾ kültür değişimi,⁽¹⁴⁾ tanı hataları,⁽¹⁵⁾ medikasyon hataları⁽¹⁶⁾ ve simülasyon eğitimi⁽¹⁷⁾ yer almaktadır.

Son olarak “**hasta güvenliği eğitimi**”nden söz etmek gerekmektedir. Tıp fakültele-

rinde uygulanmakta olan eğitim, genel olarak, öğrencilere klinik uygulamalarda gerekli olan teknik bilgi ve becerileri kapsamaktadır. Ancak öğrencilerin hastalarına güvenli bir sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirebilmeleri için gerekli beceriler, tutum ve davranış biçimine yeterince dikkat edilmemektedir. Özel olarak bakılınca, yetersiz kalınan alanlar arasında; **sistemsel düşünme, problem analizi, insan faktörünün bilimsel ortama etkisi ve uygulamadaki yeri, iletişim becerileri, hasta-merkezli yaklaşım, takım konsepti ve takım çalışması becerileri** bulunmaktadır. Tıbbi uygulama hataları ile ilgili şüphe, korku ve endişe ile nasıl başa çıkılacağı konuları hiç tartışılmamaktadır. Bu nedenlerle son yıllarda önemli uluslararası kuruluşlar hasta güvenliği konularının sağlık çalışanlarının eğitim programlarına mümkün olan en erken dönemde konulmasında hemfikir olmuş ve bu konuda çeşitli raporlar yayınlanmıştır. Bu raporların en yenisi ve kapsamlısı “the National Patient Safety Foundation” ve “Lucian Leape Institute” tarafından yayınlanan rapordur (**Unmet needs teaching Physicians to Provide safe Patient Care** Report of the Lucian Leape Institute, Roundtable On Reforming Medical Education, the National Patient Safety Foundation, 2010). Raporda eğitimde yapılması gereken değişiklikler için 12 öneride bulunmaktadır. Bunların özeti aşağıdadır.⁽¹⁸⁾

1. Tıp fakülteleri ve eğitim hastaneleri liderleri öğrenen kurum kültürü geliştirmeyi en önemli öncelikleri yapmalıdırlar. Bu değişim içinde özellikle hasta güvenliği, model profesyonizm, bir arada çalışma alışkanlığı ve davranış değişikliği, şeffaflık ve değer verme her öğrenciye öğretilmeye çalışılmalıdır.

2. Tıp fakültesi ve eğitim hastaneleri liderleri kişisel beceriler, liderlik, birlikte çalışma konularını çalışanlar ve öğretim üyeleri arasında ön plana çıkarıp, önemini vurgulamalıdırlar.

3. Sürekli eğitimin ve performans iyileştirmenin bir parçası olarak, tıp fakültesi dekanları ve eğitim hastaneleri liderlerinin öğretim üyelerini gerekli zaman ve kaynak desteği ile öğrencilerine hasta güvenliği ile ilgili sorunları nasıl tanıyacakları konularını, hasta bakımı süreçlerinde iyileşme yöntemlerini ve uygulamalarını ve güvenli hasta bakımını öğretmeleri için teşvik etmelidirler.

4. Tıp fakültelerine girişten itibaren profesyonizm ve hasta güvenliği konseptlerinin öğrencilere verilmesi sağlanmalıdır. Eğer öğrenci seçimi kurum tarafından yapılıyor ise, bu konular seçim sırasında ön plana alınmalıdır.

5. Tıp fakültelerinde hasta güvenliği konusu özel bir kavram olarak ele almalı ve bilimsel bir yaklaşım içinde olmalıdır. Bu çerçevede, hata nedenleri ve araştırılması, insan faktörleri kavramı, güvenliği iyileştirme bilimi, sistem teorisi ve analizi, sistem geliştirme ve yeniden-geliştirme kavramları, takım olma ve takım çalışması, hata bildirimi ve özür dileme konularına bir bütünlük içinde yaklaşılmalıdır.

6. Tıp fakültelerinde edinilecek deneyim, beklenen beceri, tutum ve davranışlara ek olarak, IoM, ACGME, ABMS gibi kuruluşların önerdiği, profesyonizm, kişisel yaklaşım becerileri ve iletişim, hasta-merkezli sağlık hizmeti sunumu ve multidisipliner takım çalışması konularını da içermelidir.

7. Tıp fakülteleri, eğitim hastaneleri ve asistan eğitim programları birbiri ile ilişkili, süreklilik arz eden ve esnek bir eğitim deneyimi sunmalıdırlar. Bu süreç tıp fakültesi öğrenciliği ile başlayıp, asistanlık ve yan dal uzmanlığı ile sürmeli ve yaşam-boyu sürekli eğitimi hedeflemelidir.

8. Tıp eğitimi akreditasyon kurumları öğrenen kurum tanımı içinde hasta güvenliği konusunun eğitim programlarında yer almasını sağlamalıdırlar.

9. Eğitim programlarında, eğiticilerin özellikle asistan eğitimi sırasında hasta-güvenliği ile ilgili davranışların önemini vurgulamaları sağlanmalı, eğiticilerin temel hasta güvenliği becerilerine sahip olmaları beklenmelidir.

10. Tıp fakültesinden mezun olacak öğrencilerin uzmanlık eğitimine başlarken yeterli hasta güvenliği ile ilgili bilgiye sahip olmaları sağlanmalıdır.

11. Tıp fakültelerinde hasta güvenliği eğitimi öncelikleri, fakülte ve hastanede bu kültürü destekleyen programların varlığı ve okulun öğrencilerinin beceri, tutum ve davranışlarını şekillendirebilmesi ile ilgili araştırmalar yapılmalıdır.

12. Tıp fakülteleri ve eğitim hastanelerinde finansal, akademik ve diğer teşvik edici unsurların, hasta güvenliğini iyileştirici eğitim ve klinik uygulamaların daha da artırılması için kullanılması önerilmektedir.

Benzer öneriler Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından da önerilmektedir.⁽¹⁹⁾

Kaynaklar

1) Institute of Medicine, *To Err is Human*, IoM 2000 www.iom.edu (Erişim tarihi: 07.06.2014)

2) Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm*, IoM 2001 www.iom.edu (Erişim tarihi: 07.06.2014)

3) National Patient Safety Foundation www.npsf.org (Erişim tarihi: 07.06.2014)

4) National Patient Safety Agency, NHS www.npsa.nhs.uk (Erişim tarihi: 07.06.2014)

5) Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, Metin Çakmakçı ve H. Erdal Akalın (editörler), *Fusun Sayek TTB Raporları/Kitapları-2010*. TTB Yayınları 2011 www.ttb.org.tr/kutuphane/fsayek10_hastaguvanlik.pdf (Erişim tarihi: 07.06.2014)

6) *Preventing Medication Errors: Quality Chasm Series*, Institute of Medicine, 2007 www.imo.edu (Erişim tarihi: 07.06.2014)

7) “Society of Improve Diagnosis in Medicine”. www.improvediagnosis.org (Erişim tarihi: 07.06.2014)

8) Mark L Graber. *The incidence of diagnostic error in medicine*. *BMJ Qual Saf* 2013;22:ii21–ii27. Downloaded from qualitysafety.bmj.com on February 24, 2014.

9) “Patient Safety Movement”. <http://patientsafety-movement.org/> (Erişim tarihi: 07.06.2014)

10) Yun Wang, Noel Eldridge, Mark L. Metersky, et. al. *National Trends in Patient Safety for Four Common Conditions, 2005–2011*. *N Engl J Med* 2014;370:341–51.

11) Wachter RM, Pronovost PJ, and Shekelle PG. *Strategies to Improve Patient Safety: The Evidence Base Matures* (editorial). *Ann Intern Med*. 2013;158:350–352.

12) Shine KI. *Patient Safety Strategies: A Call for Physician Leadership* (editorial). *Ann Intern Med*. 2013;158:353–354.

13) Shekelle PG; Pronovost PJ, Wachter RM, et. al. *The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now*. *Ann Intern Med*. 2013;158:365–368.

14) Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, et. al. *Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review*. *Ann Intern Med*. 2013;158:369–374.

15) McDonald KM, Matesic B, et. al. *Patient Safety Strategies Targeted at Diagnostic Errors: A Systematic Review*. *Ann Intern Med*. 2013;158:381–389.

16) Kwan JL, Lisha Lo, Sampson M, and Shojania KG. *Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review*. *Ann Intern Med*. 2013;158:397–403.

17) Schmidt E, Goldhaber-Fiebert SN, Ho LA, and McDonald KM. *Simulation Exercises as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review*. *Ann Intern Med*. 2013;158:426–432.

18) *Unmet Needs: Teaching Physicians to Provide Safe Patient Care*. Report of the Lucian Leape Institute Roundtable On Reforming Medical Education, the National Patient Safety Foundation, 2010

19) *Patient safety curriculum guide*, World Health Organization, (www.who.org) (Erişim tarihi: 07.06.2014)

Not: Bu yazı yazarın daha önce yayınlanan; “Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Temel Kavramlar, Hasta Güvenliği Kültürü, Hasta Güvenliği ve Kalite İyileştirme, Tanı Hataları, İlaç Güvenliği. Hastanemiz Ne Kadar Güvenli?” başlıklı yazılarından derlenmiştir. Bu yazıları; yazarın web sitesinde (www.saglikpolitikalari.org) ve Metin Çakmakçı ve H. Erdal Akalın’ın editörlüğünü yaptıkları kitapta (Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, Metin Çakmakçı ve H. Erdal Akalın “editörler”, Fusun Sayek TTB Raporları/Kitapları-2010. TTB Yayınları 2011) bulabilirsiniz. www.ttb.org.tr/kutuphane/fsayek10_hastaguvanlik.pdf (Erişim tarihi: 07.06.2014)

Hasta güvenliği ve komplikasyonlar

Prof. Dr. Mustafa Altındış



1966 yılında Konya'da doğdu. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1989'da mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Anabilim Dalında doktora eğitimini tamamladı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKU) 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. Dr. Altındış, Mayıs 2011'de AKU Tıp Fakültesinde profesörlük kadrosuna atanmış, Haziran 2013'de Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesine geçmiş olup halen Tıbbi Mikrobiyoloji AD ve Tıbbi viroloji Bilim Dalı Başkanlıklarını yürütmektedir.

Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve hataların neden olduğu hasta hasarlarının ortadan kaldırılması veya rehabilitasyonudur.

Bir anlamda, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu yaralanma ve ölümlerin ortadan kaldırılması için tüm sistemin yeniden tasarlanması, güvenli çevre oluşturma sürecidir. Maalesef halen modern dünyanın pek çok yerinde bile mevcut sağlık sistemleri daha iyi bir hasta güvenliğini sağlamak için tasarlanmış değildir. Ayrıca sağlık eş zamanlı giderek daha karmaşık ve parçalanmış hale gelmekte, hastayı ruh ve beden oluşumları açısından her yönüyle değerlendiren bütüncül yaklaşımdan uzaklaşmaktadır. Öte yandan tıbbi bilgi ve teknolojiye baş döndürücü gelişim, sağlık elemanlarının değişime ayak uydurmasını nerede ise imkânsız hale getirirken hasta ihtiyaç ve beklentileri de aynı hızla değiştirmektedir. Tek bir akut sorunun tanı ve tedavisi, birbiriyle ilişkili kronik hastalıkların uzun vadeli yönetimine dönüşebilmektedir. Bakım sistemleri de bu değişimi senkronize desteklemediği için, hastalar ve sağlık çalışanları zaman zaman gereksiz riskler yaşamaktadır.

Amerika Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-EOM) **tıbbi hata** (*medical error*) tanımını; "planlanan tıbbi bir uygulamanın

amaçlandığı şekilde tamamlanamaması veya amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması" olarak ifade ederken **yan etki** (*adverse event*) kavramını "sağlık hizmetinin, altta yatan hastalığa veya hastanın içinde bulunduğu duruma bağlı olmaksızın yol açtığı hasar/zarar" şeklinde belirtmektedir. Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'na (National Patient Safety Foundation) göre ise; **sağlık hizmetine bağlı hata** (*tıbbi hata*), sunulan sağlık hizmeti sırasında bir sorunun neden olduğu, kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlardır. Tıbbi hatalar, esas olarak tanı ve tedavi hatalarından oluşur ve çoğunlukla önlenabilir özellik gösterir. Tıbbi hatalar yoğun bakımlarda daha fazla meydana gelmekte ve yoğun bakım hastaları yatışları süresince en az bir kez tıbbi hataya maruz kalmaktadır. Tıbbi hatalar ciddi sonuçlanma potansiyeli göstermekle birlikte, ölümcül olanlar buz dağının sadece görünen kısmını oluşturur.

Tıbbi hatalar kaynaklanma biçimine göre üçe ayrılırlar:

- Yanlış işlemi yapma
- Doğru işlemi yapmama (ihmal)
- Doğru işlemi yanlış uygulama (uygulama hatası)

Tıbbi hatalar sağlık hizmetinin her aşamasında oluşabilir. Tıbbi hata çeşitleri şunlardır:

1. Medikasyon hataları (ilaç hatası): Bu hataların çoğu önlenabilir olup verilen ilaçların hastaya uygulanması süreci ile ilgilidirler. Yanlış doz, yanlış uygulama şekli, birlikte verilen başka ilaçlarla olumsuz etkileşim, alerji öyküsü sorgulamadan atopik bünyeli hastaya alerjen ilacın verilmesi, görünüşü – okunuşu benzer ilaçlar gibi hatalar bu gruptadırlar. Bunların da yaklaşık yarısı önlenabilir hatalardır.

2. Cerrahi hatalar: Cerrahi hatalar ortalama her 50 hastada bir oluşabilmekte, ölümle bile sonuçlanabilmektedir. Yanlış taraf kesisi, beklenmedik ameliyat komplikasyonu, anestezi komplikasyonları, cerrahi enfeksiyonlar vb.

3. Tanı koymada hatalar: Yanlış tanı, laboratuvar testlerinin yanlış yapılması, uygulanması veya yorumlanması sık rastlanılan tıbbi hatalar arasındadır. Tanısal hatalarda eğitimsiz / deneyimsiz / denetimsiz teknisyen faktörü oldukça önemlidir.

4. Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar: Sağlık hizmeti sunuş biçimi ve sistem ile ilgili aksaklıklardan kaynaklanan hatalar saptanması zor hatalardır. Bunlar arasında kullanılan aletlerdeki bozukluklar (defibrilatör, ventilatör, intravenöz sıvı pompaları vb.) ancak ortaya çıkınca saptanabilmekte, fakat çok önemli sonuçlar doğurabilmektedir.



Tıbbi müdahalelerde / uygulamalarda da ortaya çıkan hataların büyük çoğunluğu sistem hataları olarak tanımlanmaktadır.

5. Diğer: Sağlık hizmeti ilintili enfeksiyonlar, kan transfüzyon komplikasyonları, sedyeden düşmeler, sıra beklemeye bağlı ölümler, Hatalı gaz / gaz karışımı verilmesi, tecavüz, hastanede intihar, yatak yaraları, hastanın kaçması, bebeğin yanlış aileye verilmesi, tehlikeli kısaltmalar vb. gibi benzeri konular da tıbbi hatalar arasında yer almaktadır.

Hasta güvenliği nereye? Hasta haklarından yalın bir kalite algısına doğru!

Hasta güvenliği, bir kalite olgusundan çok hasta hakkıdır. Son yıllarda sadece bir kalite basamağı, kalite gerekçesi gibi düşünülerek ve davranılarak olumsuz sürecin sonucu mağdur olan hasta devre dışı kalmaya başlamıştır. Oysa tıbbi hataların direkt etki alanı hasta, yani insandır. Sürecin ana unsuru olan sağlık çalışanı, oluşan tüm istenmeyen durumlarda, bilgili ve açık yürekli olabilmelidir. Organizasyonun liderinin, suçlamasız bir atmosfer oluşturarak herkesin yaptığı tıbbi hatayı belirtebilme rahatlığını sağlaması ve moral değerlerle beslenmiş bir sağlık çalışanı vicdanı/sorumluluğu oluşturulması çözümde anlamlı olacaktır. Ayrıca her türlü kayıtların kesintisiz ve düzgün tutulması da bir diğer tıbbi hata azaltma zaruretidir.

Günümüz hastalarının bakım ve tedavi süreçlerinde kalite dikkate alındığında hasta güvenliği algısında ciddi bir paradigma değişimi gerekmektedir. Sağlık kuruluşları da temel bir değer ve pratik olarak hasta güvenliğini önceleyen yeni bir bakım yaklaşımları sergilemelidirler. Bu amaca ulaşmak için sağlık kuruluşları, hasta güvenliği kültürünü kurmak ve korumaya geçmeli; hasta güvenliği için liderlik, proaktif anketler ile süreçlerin tamamını izlemeli, hasta güvenliği, sistem ve tesis mühendislikleri ile yan etki olaylarını çıkmadan kontrol altına almaya çabalamalı, hasta güvenliğini desteklemede olayları izlemek ve bilgileri sağlamak için iletişim teknolojilerini olabildiğince kullanmalıdır.

Tıp, hata kabul etmez!

Sağlık hizmetleri sunumu esnasında ortaya çıkan hata sıklığı belki diğer mesleklerdeki kadar bile değildir ama sonuçları ve çıktıları itibarı ile tıbbi hata ciddi maddi manevi yükümlülük getirir. Ameliyatta dikkatsizlikle hastada cerrahi alet unutulması, hastanın hastanede ayağının kayması ile düşmesi ve yaralanması, yanlış kan transfüzyonu, doku nakli, elektrik çarpması, isim benzerlikleri sonucu testlerin karışması, kan ve hasta örneklerinin kaybolması vs. gibi özenle, dikkatle ve kayıtlı yapılmayan pek çok uygulamadan ciddi tıbbi hataların görülmesi kaçınılmazdır.

Bir çalışmada hekimlerin %35'inin kendilerine veya yakınlarına uygulanan tedavide tıbbi hata yapıldığını, hekim dışındaki kişilerin ise %42'sinin kendilerine veya yakınlarına uygulanan tedavide tıbbi hata yapıldığını düşündükleri belirtilmektedir. Bu ve benzeri çok sayıdaki veri; sağlık çalışanlarının, hastalar ve yakınlarının, basının, sonuçta kamunun, yöneticilerin ve politikacıların dikkatinden kaçamayacak kadar önemli ve büyüktür.

Hasta güvenliği: Nereden nereye?

Bir çalışmada hekimlerin %35'inin kendilerine veya yakınlarına uygulanan tedavide tıbbi hata yapıldığını, hekim dışındaki kişilerin ise %42'sinin kendilerine veya yakınlarına uygulanan tedavide tıbbi hata yapıldığını düşündükleri belirtilmektedir. Bu ve benzeri çok sayıdaki veri; sağlık çalışanları, hastalar ve yakınlarının, basının, sonuçta kamunun, yöneticilerin ve politikacıların dikkatinden kaçamayacak kadar önemli ve büyüktür. İngiltere'de hastaneye yatanların %10'undan fazlasında ya da bir diğer ifade ile yılda yaklaşık 850.000 istenmeyen olay görüldüğü, Avustralya'da hastaneye yatan hastalar arasında istenmeyen olay hızının %16,6 olduğu bildirilmiştir. Amerikan Tıp Enstitüsü'nün bir raporuna göre ABD'de her yıl 44 bin ile 98 bin arasında hasta tıbbi uygulama hatalarına bağlı olarak ölmektedir. Bu ve benzeri gelişmeler, 2000 yılından sonra ABD, İngiltere, Avustralya ve ardından tüm Batı dünyasının ortak önderliği ile sağlıkta "hasta güvenliği dönemi"ni başlatmıştır.

Institute of Medicine'nin (IOM) yayınladığı iki rapora göre, ABD'de her yıl yaklaşık 100 bin kişi tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını yitirmekte, tıbbi hataların büyük bir kısmı ise kişisel hatalardan çok sistem sorunlarından kaynaklanmaktadır. Tıbbi hatalar oluşma biçimi açısından hastanelerde, polikliniklerde, doktor ofislerinde, eczanelerde, bakım evlerinde ve evde bakım hizmetleri uygulamalarının yapıldığı mekanlarda ortaya çıkabilmektedir.

Türkiye için çok fazla sayıda tıbbi hata istatistiğine ulaşılamasa da tıbbi uygulama hatalarıyla ilgili dava süreçlerinde artış yaşandığını, hekim hatalarını dava eden hasta sayısının 2004 yılında 600 iken, 2011'de 12 binleri bulduğunu belirtilmektedir. Yapılan şikâyetlerin yüzde 35'i cerrahi alan ile ilgili iken, bu alanda daha çok kadın-doğum uzmanları, dâhili branşlarda ise çocuk ve kardiyojoloji uzmanları dava edildiği bildirilmektedir.

Hasta güvenliği ve tıbbi hata kavramları zaman içinde kendine farklı yorumlar ve yerler de aramış ve sonuçta hasta güvenliği sağlık hizmetleri içinde hasta haklarından kendini soyutlayarak kalite kavramı içine yerleşmiştir. Bugünlerde bir hastanenin hizmet kalitesi tıbbi hata oranları, sağlık hizmeti ilintili enfeksiyon gelişme yüzdeleri ile beraber anılır olmuştur. Batıda hastaneler kalitelerini web sayfalarına koydukları bu ve benzeri istatistik bilgileri ile sergilemektedirler.

Hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hatalarının toplumda algılanması ile ilgili çalışmalar özellikle konuya önem veren

ülkelerde sıklıkla yapılmakta ve yıllar süresince algılamada bir değişiklik olup olmadığı değerlendirilmektedir. Blendon ve arkadaşlarının ABD'de yaptığı çalışmada toplumun %42'si kendilerine veya bir yakınlarına tıbbi uygulama hatası yapıldığını fark ettiklerini bildirmişlerdir. Benzer bir çalışma ile sağlık sistemi iyi olduğuna inanılan ülkelerde, toplumun tıbbi uygulama hataları ile ilgili algılamaları karşılaştırılmış, bu ülkelerde tıbbi uygulama hataları yapıldığı algılanması %22 ile %34 arasında değişmektedir.

Ülkemizde 2008 yılında yapılan bir çalışmada araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin, %74,6'sı hasta güvenliğini "sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla alınan önlemlerin tamamı" olarak nitelendirmiş ve hasta güvenliği uygulamalarının gerekli (% 96,9) olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcılar hasta güvenliği uygulamalarındaki rollerini, %66,9 oranıyla hasta güvenliğine ait riskleri belirleyen, önlemeye yönelik uygulamalarını planlayan, uygulayan ve değerlendiren sağlık profesyoneli olarak belirtmişlerdir. Hemşirelerin hastanelerinde gerçekleştirilen hasta güvenliği uygulamalarını değerlendirmek için verdikleri puanların dağılımına baktığımızda %72,3 oranıyla uygulamaların etkinliğini "iyi" olarak nitelendirmişler ve uygulamalara ait memnuniyetlerini ifade etmişlerdir. Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada, hemşirelerin %100'ü hasta güvenliğini ilgilendiren uygulamalara önemli katkılar sağlayabileceğini, %87,5'i hemşirelerin hataları eğitim ile önleyebileceğini; %64,4'ü kurumda hata oluştuğunda çözüm için sorunun anlaşılmasına çalışıldığını ve tıbbi hata sonrasında %14,4'ü ise cezalandırma/suçlama davranışı gösterildiğini bildirmiştir.

Yurtdışında yapılan bir diğer çalışmada, sağlık çalışanlarının %57'si "meslek yaşantınız süresince hiç hata yaptınız mı?" sorusuna **evet** cevabını vermiştir. Bunu hasta ve hasta yakınına açıklayanların oranı %25 iken, tıbbi uygulama hatalarının hasta ve hasta yakınına açıklanmasını doğru bulan oranı %72'dir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %34'ü önlenebilir tıbbi uygulama hatasının çok sık, %48'i orta sıklıkta olduğuna inanmaktadır. Tıbbi uygulama hatası yapan sağlık çalışanın cezalandırılmasını doğru bulanlar % 49, bulmayanlar ise % 51 oranındadır. Dünyanın çeşitli ülkelerindeki verilere göre yatan hastalarda %4-17 arasında görülen istenmeyen olayların, ülkemizde resmi kayıtlara göre neredeyse hiç gözlenmemesi; ülkemizdeki yataklı tedavi hizmetlerinin kalitesi ile değil, tıbbi hataları görmezden gelen yönetim/sağlık sistemi ile ilgili olabilir. Bu konuda

ülkemizde yapılan bir başka çalışmada *Eğitim ve araştırma hastanelerindeki hemşirelerin %72'sinin, özel hastanelerdeki hemşirelerin %73,5'inin hatalı olayları hiç rapor etmedikleri belirlenmiştir. Eğitim ve araştırma hastanelerindeki hemşirelerin %48,7'si birimlerini hasta güvenliği derecesi konusunda kabul edilebilir; özel hastanelerdeki hemşirelerin %51'i çok iyi bulmuştur.*

DSÖ'ye göre tıbbi bakım ve uygulamaları ile ilgili en sık karşılaşılan güvenli olmayan durumlar:

- İlaç uygulaması sırasında gelişen yan etkiler: %13
- Tıbbi girişim kaynaklı gelişen yan etki ve yaralanmalar: % 16
- Anestezi ve cerrahi hatalara yönelik yaralanmalar: %19
- Sağlık bakımı kaynaklı enfeksiyon: %27
- Güvenli olmayan enjeksiyon uygulamaları: %30
- Güvenli olmayan kan ve kan ürünü uygulaması: %32
- Hamile ve yeni doğan güvenliği: %35
- Yaşlıların güvenliği: %40
- Hastanedeki yaralanmalı düşmeler: %43
- Bası yaraları: %45

Tıp enstitüsünün (Institute of Medicine) - To Err is Human'ı gündeme getirmesi ile sağlık profesyonelleri tarafından hasta güvenliği kavramının önemini anlaşılmıştır. Hasta güvenliğini etkileyen en kritik ve yaygın hata tipi, ilaç hatalarıdır. İlaç hataları, reçeteleme, ilaç istem iletimi, ilaçların etiketlenmesi, paketlenmesi, adlandırılması, birleştirilmesi, dağıtımı, ilaç yönetimi, eğitim, izlenmesi ve ilaç kullanımını içeren sağlık çalışanı ilaç uygulamalarına, sağlık bakım ürününe ve prosedür ve sistemlere bağlı olarak ortaya çıkabilir. Özellikle ilaç seçimi, yazımı (order/tabela) ve reçetelenmesi sırasında tıbbi hatalarının görülme sıklığı her 1000 yatan hastada 3 ila 99 arasındadır.

Hasta güvenliğini iyileştirebilmek için *hasta güvenliği kültürünün* geliştirilmesi gereklidir. Hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesidir. Hasta güvenliği kültürü, kurumsal kültürün tüm organizasyonu bir arada tutan tutkalın, kompleks değerler manzumesinin en önemli yapı taşı olmalıdır. Bunu sağlayabilmek için bazı çalışmaların yapılması ve uygulanması önerilmektedir. Bu önerilerin en önemlileri aşağıda sunulmuştur;

- Hasta güvenliği konusunun herkesin sahiplenmesi gereken bir konu olduğunun ilan edilmesi



- Hasta güvenliği konusunda liderler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimin teşvik edilmesi

- Çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk devri

- Hasta güvenliği için kaynak ayrılması

- Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitiminin sağlanması. Hasta güvenliği kültürü yaratmada olması gereken planlamanın ana hatları şöyledir:

- Açık ve hatalardan ders alınabilen bir hasta güvenliği kültürü yaratılmasına çalışılmalıdır.

- Hasta güvenliğinin kurumun liderleri için en önemli öncelik olduğunun ve bu amaçla takım çalışmasının en üst düzeye çıkarıldığına gösterilmesi sağlanmalıdır.

- Klinik uygulamalar, işlemler, süreçler ve çalışma koşullarının devamlı değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu çalışma ile risk yönetimi elden ele götürülmelidir.

- Hasta güvenliği raporları ve seyri düzenli olarak duyurulmalıdır. Bildirim ve güvenliği artırıcı karar-verme mekanizmalarının geliştirilmesi ve kullanılması teşvik edilmelidir.

- Hasta ve hasta yakınları kendi güvenliklerini korumaları ve geri bildirimde bulunmaları için özendirilmeli ve eğitilmelidirler.

- Ortaya çıkan olumsuzluklar sistematik olarak değerlendirilmeli, sürekli öğrenme ve sistemlerin iyileştirilmesi konusunda rehber alınmalıdır.

- Alınacak önlemlerin hatırlamaya dayalı ve cezalandırıcı olmamasına özen gösterilmelidir.

Hasta güvenliği hedefleri; hasta kimliğinin doğrulanması, sağlık hizmeti sunan ekibin kendi içerisindeki iletişimi, ilaç güvenliği, sağlık bakımıyla ilgili enfeksiyonların önlenmesi, tedavide uzlaşma, hastaların düşmesinin önlenmesine yönelik girişimler, grip ve pnömoni bulaşıklaması, cerrahi yanıklar, hasta katılımı, baskı yaraları, risk değerlendirme odaklı hizmet sunumu (intihar, yangın vb.), hastanın durumundaki değişime hızlı yanıt verebilme (hantalıktan uzak yapılanma), anlaşılması zor ya da yanlış anlaşılmaya açık kısaltmalar ve yanlış taraf cerrahisini önlemeye yönelik protokoller gibi çok değişik konulardan oluşmaktadır.

İnsandır, hata yapar!

Amerika Bilimler Akademisi'nin de bir parçası olan IOM; yayımladığı raporlarla başta hekimleri, sağlık çalışanlarını ve hastaneleri olmak üzere devlet kurumlarını ve üniversiteleri tıbbi hatalar konusundaki yanlış yaklaşımların düzeltilmesi ve hasta

Tıbbi hataların önlenmesi ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilebilmesi için olmazsa olmaz gereklilik; başta doktorlar olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının soruna sahip çıkmaları ve ortak amaca yönelik çalışmalara inanarak katılmaları, süreçlere dâhil olmalarıdır. Yoksa yukarıdan gelen emirle, dayatma dönüşüm planları ve halkla karşı karşıya getiren popülist yaklaşımlarla sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi ve başarıya ulaşması zaman alacaktır.



Ülkemizde doktorların tıbbi hata konusunu tartışabilmelerinin önündeki bir diğer büyük engel de şiddete maruz kalma endişesidir. Bu korkunç ve çözümü güç durumu yaratan iklimin oluşmasına ve idamesine katkıda bulunan veya seyirci kalan herkes, farkında olmadan tıbbi hata artışına ve sistem kargaşasına zemin hazırlamaktadır.

güvenliğinin iyileştirilmesi için mücadeleye çağırılmaktadır. Raporlardan birinin başlığı “İnsandır, hata yapar” özlü sözü olup burada sadece kişisel sorumluluğa odaklanarak sorunun çözülmemeyeceği, gerçek çözüme sistemi düzeltmekle ulaşılabileceği vurgusu yapılmıştır.

Çözümde kişi hatasına değil soruna odaklanmalı: IOM, tıbbi hataların kökündeki sorunları ortaya koyup tartışırken, sağlık sisteminin suçlama ve kabahatli kişiye odaklanma kültüründen vazgeçerek, *hataların gizlenmeden konuşulup tartışılması*, dersler çıkarılması ve gerekirse beraberce çözümler düşünülmesi anlayışına geçilmesini önermektedir.

Suçlama kültüründen vazgeçilmeli, sağlık çalışanı tıbbi hatasını itiraf edebilmelidir. Ancak bu yolla irili ufaklı birçok hatanın, eksikliğin veya teğet geçen tehlikelerin ortaya çıkması mümkün olur. Olumsuz sonuçlanan bir teşhis ve tedavi sürecinde açık seçik bir hata olmasa da atılan her adım suçlayıcı olmadan incelenecek olursa çok şey öğrenilebilir. Bir daha benzer durumla karşılaşıldığında, sonucun istenildiği gibi olması için nelerin yapılması ve nelerin yapılmaması gerektiği görülür. Ancak bu tecrübelerden çıkarılacak derslerle kurulacak, hata oluşumunu önleyen bir sistem sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltebilir.

Buradan açıkça ihmali veya hatası nedeniyle hastaya açıkça zarar vermiş doktor veya diğer sağlık personelinin cezalandırılmaması anlamına da çıkarılmamalıdır. Bu durumda hasta ve yakınlarının hakları gözetilmeli, zararları mümkün olduğunca telafi edilmelidir. Birçok hatanın kişisel cezalarla önlenemeyeceği unutulmamalı, tıbbi hataların azaltılabilmesi için sağlık çalışanlarının bilgi ve yeterliliklerinin geliştirilmesi yanı sıra sağlık sisteminde kişinin hata yapma şansını en aza indirecek tedbirlerin alınması ve bu uğurda kökü değişikliklerin yapılması çok daha gereklidir.

Kişiye odaklanmada ise temel unsurlar; sağlık hizmetinin önemi, işin moral ahlaki yönleri, hatanın telafisi kolay olmayan sonuçlara, hatta bir cana bile mal olabileceği, hastanın bu hali ile çoğunlukla yardıma muhtaç, sağlık personelinin destek yardım isteyen durumda olduğu vurgusu olmalıdır.

Köklü değişiklikler ve havacılık sektöründen alınacak dersler

Sağlık hizmetleri havacılığa göre çok daha karmaşık, değişkeni çok ancak ortak noktalar da az değildir. Bu nedenle birçok sağlık kurumu kıdemli pilotların yardımıyla, “*ekip kaynak yönetimi*”ni örnek alarak hasta güvenliği stratejilerinde

köklü değişiklikler yapmıştır. Pilotların en başta üstünde durduğu nokta, sağlık ekibinin üyeleri arasında unvana, kıdeme bakılmaksızın var olması gereken serbest ve engelsiz iletişimin sağlanmasıdır. Ekibin tüm üyelerinin fikirlerini rahatça söyleyebilmeleri önemlidir. Örneğin ameliyat sırasında bir sorun olduğunu gören genç hemşire, kıdemli cerraha bunu çekinmeden söyleyebilmeli, uyarısı dikkate alınmalıdır. Böylece oluşturulacak şeffaflık, kokpitte olduğu gibi hastanede de hataların önlenmesini sağlayacaktır.

Pilotların ısrarla üstünde durdukları bir diğer nokta da kalkış ve inişten önce kokpitte yapılan brifingler ve tek tek üstünden geçilen İngilizce "check list" denilen güvenlik önlemleri listesinin benzerlerinin hastanelerde de kullanılmasıdır. Yeni bir uçağı kullanmayı öğrenmek için pilotlar nasıl simülatörlerde çalışıyorlarsa, doktorlar da yeni ameliyat tekniklerinde ustalaşmak için özel simülatörleri kullanmalıdırlar. Öncesinde, sonrasında veya uçuş sırasında istenmeyen bir olay olduğunda, kazaya yol açmamış olsa da, sorumlu pilot olayı bir raporla bildirmek durumundadır. Sağlık kurumlarında da kara kutu benzeri raporlama sistemi kurulabilse, tıbbi hataların azaltılmasına büyük katkı sağlayacaktır.

Sağlık çalışanına sahip çıkmak!

Türkiye'de birçok sağlık kurumunda hasta güvenliğini artırıcı programlar var ve uygulanmaya çalışılıyorsa da yaptıklarımız yapmamız gerekenlerin çok azıdır. Tıbbi hataların önlenmesi ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi için olmazsa olmaz gereklilik; başta doktorlar olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının soruna sahip çıkmaları ve ortak amaca yönelik çalışmalara inanarak katılmaları, süreçlere dâhil olmalarıdır. Bunun gerçekleşebilmesi için kendilerini güven içinde hissetmeleri, yaptıkları işe değer verildiğini bilmeleri ve iş yaşamlarındaki düzenlemelerde söz sahibi olduklarına inanmaları gerekir. Yoksa yukarıdan gelen emirle, dayatma dönüşüm planları ve halkla karşı karşıya getiren popülist yaklaşımlarla sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi ve başarıya ulaşması zaman alacak, dolayısıyla hasta güvenliğini sağlama ve tıbbi hataları azaltma da istenilen hızda olamayacaktır.

Sonuçtan bir önce...

Ne yazık ki ülkemizde hekimlerin/sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu mutsuz, isteksiz, çalışma koşullarından memnun değil, sistem zorlamaları var ve yaşamları stres doludur. Bu koşullarda tıbbi kazaların en aza indirilebilmesi için el ele vererek köklü değişimlerde öncülük edecek enerji ve motivasyonu onlardan

beklemek bu aşamada haksızlık olur. Ülkemizde doktorların tıbbi hata konusunu tartışabilmelerinin önündeki bir diğer büyük engel de, şiddete maruz kalma endişesidir. Bu korkunç durumu yaratan iklimin oluşmasına ve idamesine katkıda bulunan veya seyirci kalan herkes farkında olmadan tıbbi hata artışına ve sistem kargaşasına zemin hazırlamaktadır. Hasta güvenliğinin gerektiği şekilde sağlanması ve tıbbi hataların azaltılmasında kusur aramayan, destekleyen, sistem hatalarını sağlık çalışanlarının sırtına sarmayan yapıya şiddetle ihtiyacı vardır. Doktorların ve sağlık çalışanlarının kendilerini güvende hissetmeleri, rahatça mesleklerini icra edebilmeleri, sağlık sisteminin başarısı için önemlidir. Tabii ki denetim şart olup tıbbi hata konusunda -müeyyide olarak- gerektiğinde adli süreçlerin yeterli olabileceğini, hakkını kendi usulü ile arayan herkese hukuki süreçleri hatırlatmakta yarar olacaktır.

Sonuç

Tıbbi hataların önemli bir kısmı kişisel hatalardan çok sistemdeki aksaklıklardan kaynaklanmakta olup tıbbi hatalar morbiditeyi artırarak hastanın yatış süresini uzatmakta ve sağlık sistemine ek mali yük getirmekte, artan morbidite ve mortaliteye bağlı olarak hukuksal sorunlara da yol açabilmektedir. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda tıbbi uygulama hataları iddialarında son yıllarda %40-120 arasında artışlar bildirilmektedir. Tıbbi uygulama hata iddiası ile açılan davalarda artış, yeni Türk Ceza Kanunu'nda ceza oranlarının artması, verilen cezaların paraya çevrilmemesi, ertelenmemesi, kimi zaman ise yüksek tazminat ile sonuçlanan davalar hekimlerin üzerindeki baskıyı artırmakta, ancak sağlık personelinde somutlaşan hataların olası örtülü nedenleri genellikle araştırılmamaktadır. Tıbbi uygulama hatalarının soruşturmalarında örtülü nedenleri de açığa çıkaracak ayrıntılı analiz, bilgilerin, toplanması ve raporlanması, analiz yöntemi konusunda yetkin bilirkişi ve soruşturmacıların varlığı oldukça önemlidir. Yine bu bilgilerin hata kaynaklarını ortadan kaldırmak için kullanılması sağlanmalıdır. Sağlık çalışanlarının büyük bir özveri ile çalışmaları esnasında, haksız suçlamalardan korunabilmek için, hukuksal açıdan görev, yetki ve sorumluluklarını da çok iyi bilmelidirler. Hastayla güvene dayalı ilişki kurmak, uygun biçimde aydınlatılmış onam almak, mesleki gizliliği korumak, kayıtlara özen göstermek ve uygulanan tıbbi girişimlerin bilimsel dayanağından emin olmak, hata ve zarar oluşumunu önlemek için hekimin üzerine düşen sorumluluklardır.

Hasta güvenliği sağlama toplu mücadelesi için, tüm kuruluşlar ve paydaşlar bütünlük bir plan geliştirmenin gerekli-

liğine inanmalı, daha da önemlisi, hasta güvenliğinde bir bakım ve kültür paradigma değişimi yaşanmalıdır. Sistemde lider, suçlamasız bir çevre oluşturarak herkesin yaptığı tıbbi hatayı ifade edebilmesini sağlamalı ve inisiyatifli çalışana ve onun sorumluluğuna yüklemelidir. Gözetim olumsuzlukları da belirlemenize yardımcı olmalıdır, kuruluşlar için nadiren gelişen hata olayları da derin bir analiz ile sonrakilerin yaşanmaması için yeniden tasarlanmayı sağlamalıdır. Bilgi teknolojileri, güvenli hasta bakımı süreçleri sağlanmasında artan bir rol oynamalıdır ancak organizasyon içine dikkatli ve sistematik yerleştirme gerekmektedir. Bu çabalarla kuruluşlar kalite uçurumundan hastalar için güvenli sağlık hizmetlerinin sunulduğu temiz çevreye geçebilirler. Hasta güvenliği sağlamada moral değerler de bir itici güç olabilir. Güvenli hasta bakımı sunumunun merkez noktasında insan vardır. Organizasyonlar, uzmanlar ve diğer tüm yardımcı personel arasında ve kendi içlerinde uyum ve koordinasyonu sağlayarak bütüncül sağlık hizmeti sunumu ile güvenli sağlık hizmeti ortamı sağlanmış olacaktır.

Kaynaklar

- 1) Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya. Türk Tabipleri Birliği. Fusun Sayek TTB Raporları / Kitapları; 2010.
- 2) Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med* 2003; 347:1933-40.
- 3) Çırpı F, Doğan Merih Y, Yaşar Kocabey M. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:2,Sayı:3.2009
- 4) Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010; 13: 2.
- 5) Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med* 2002;347:1933-40.
- 6) Gündoğdu S, Bahçecik N. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012; 15: 2.
- 7) Annas, GJ. The Patient's Right to Safety — Improving the Quality of Care through Litigation against Hospitals. *N Engl J Med* 2006; 354:1.9
- 8) <http://www.haberturk.com/polemik/haber/822834-tibbi-hatalar-neden-artiyor> (Erişim tarihi: 20.08.2014).
- 9) <http://www.medikalakademi.com.tr/tibbi-hatalar-nasil-onlenir/#/> (Erişim tarihi: 20.08.2014)
- 10) http://www.yogunbakimdersigi.org/managete/fu_folder/2012-01/html/2012-10-1-040-049.htm (Erişim tarihi: 20.08.2014)
- 11) İntepeler SS, Dursun M. Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012; 15: 2.
- 12) Polat O, Pakişi I. Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. *ACU Sağlık Bil Derg* 2011(2):119-125.

İstanbul'daki vakıf üniversitelerinde lisansüstü sağlık eğitimi

Prof. Dr. Nesrin Emekli



1945 yılında doğdu. İlk, orta ve yükseköğrenimini İstanbul'da tamamladı. 1966-1983 yılları arasında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı içinde, TÜBİTAK tarafından desteklenen Hemostaz Araştırma Ünitesinde teknisyen, araştırmacı ve baş araştırmacı kadrolarında çalıştı. Bu süre zarfında aynı Biyokimya Anabilim Dalında Biyokimya Doktoru ve Doçenti oldu. 1988 yılında profesör olan Emekli, 1983-2012 yılları arasında Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Temel Tıp Bilimleri kadrosunda çalıştı. M.Ü. Diş Hekimliği Fakültesinde 2 dönem dekanlık, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulunda Müdürlük yaptı. 2 dönemde de Türkiye Kimya Derneği Başkanlığı yaptı. 1992-98 yılları arasında Journal of Dentistry Dergisinin, 2006-2010 yılları arasında Kimya ve Sanayi Dergisinin Editörlüğünü yaptı. Emekli halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde lisans ve yüksek lisans derslerini vermekte ve bu birimlerin yöneticiliğini yapmaktadır. Dr. Emekli evlidir ve 2 çocuk sahibidir.

İstanbul'da 1992-2014 yılları arasında kurulmuş 38 vakıf üniversitesi vardır. İstanbul'da bulunan 9 devlet üniversitesi ile birlikte mega kentteki üniversite sayısı 47'ye yükselmiştir. Lisansüstü eğitim devlet ve vakıf üniversitelerinin bir kuruluşu olan Sağlık, Sosyal ve Fen Bilimleri Enstitüleri aracılığı ile 2547 sayılı Kanun'un ilgili maddeleri çerçevesinde yürütülür. Kanunun üniversite senatolarına verdiği yetkilerle her üniversite kendi yönetmeliğini düzenler, yasadaki değişiklikleri takip ederek yönetmeliğini günceller. 04.11.1981 tarih ve 17506 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu ve bu Kanunun 50. Maddesinde yer alan Lisansüstü Eğitim Yönetmeliğinde yıllar içinde pek çok madde ve fıkralar değişmiştir.

Sağlık Bilimleri Enstitüleri Tıp ve Sağlık Bilimleri ile ilgili alanlarda lisansüstü eğitim ve öğretim vermektedir. Tezli yüksek lisans programını tamamlama süresi azami 6 yarıyıldır. Bu program en az 7 adet ders, 1 seminer ve tezden oluşur. Derslerden alınan kredi toplamı 21'den az olamaz. Avrupa Kredi Transfer Sistemine göre (AKTS) tez çalışmasının ve derslerin kredi toplamı 90'dan az olanlar mezun olamaz. Seminer dersi başarılı/başarısız

olarak değerlendirilir. Kredilerini başarıyla tamamlayan yüksek lisans öğrencilerine "yüksek lisans diploması" verilir.

Doktora programını tamamlama süresi yüksek lisans derecesi ile kabul edilenler için azami 12 yarıyıl, lisans derecesi ile kabul edilenler için azami 18 yarıyıldır. Doktora programına yüksek lisans derecesi ile kabul edilen öğrenci yedi dersten az olmamak koşuluyla toplam en az 21 kredi, lisans derecesi ile kabul edilen öğrenci için 14 dersten az olmamak koşuluyla en az 42 ders yükü kredisi gerekir. AKTS yüksek lisans derecesi ile kabul edilen öğrencilerde tez dâhil 180'den az, lisans derecesi ile kabul edilenlerde 270'den az olamaz. Kredilerini başarıyla tamamlayan, doktora yeterlik sınavında başarılı bulunan ve tez önerisi kabul edilen öğrenci, tez izleme komitesi denetiminde bir tez hazırlar, tez savunma sınavında başarılı olan öğrenciye "doktora diploması" verilir.

Bu yazıda iki konu ele alınmıştır; birincisi İstanbul'daki vakıf üniversiteleri ve sağlık bilimleri enstitülerinin programları, ikincisi ise 2011, 2012 ve 2013 yıllarında yürürlüğe giren yasalarda lisansüstü eğitim mevzuatında yapılan güncellemelerdir. Değiştirilen lisansüstü eğitim yönetmeliği

maddelerinde sadece güncelleştirilen cümleler değil, maddenin tamamı yazı olarak okuyucuya, eski şekline bakmama gibi bir kolaylık düşünülmüş, değiştirilen madde ile ilgili kişisel bir yorum da yapılmamıştır. Son yıllarda lisansüstü eğitim mevzuatında güncellenen maddeler yorum yapılmadan ve eski madde ile mukayese edilmeden aynen yazılmıştır. Amacımız konuyla ilgilenen öğretim üyesi ve öğrencileri bilgilendirmektir.

1992-2014 yılları arasında İstanbul'da kurulan vakıf üniversiteleri

İstanbul'daki vakıf üniversiteleri kuruluş yılı sırasına göre aşağıdaki gibidir: 1992 yılında Kadir Has ve Koç üniversiteleri, 1996 yılında Sabancı, Yeditepe, Bilim, Fatih ve Işık üniversiteleri, 1997 yılında Kültür, Maltepe, Beykent ve Doğuş üniversiteleri, 1998 yılında Bahçeşehir ve Haliç üniversiteleri, 1999 yılında Okan Üniversitesi, 2001 yılında Ticaret Üniversitesi, 2006 yılında Bilim Üniversitesi, 2007 yılında Acıbadem, Arel, İstanbul Aydın ve Özyeğin üniversiteleri, 2008 yılında Kemerburgaz, Piri Reis ve Şehir üniversiteleri, 2009 yılında İstanbul Medipol ve Yeni Yüzyıl üniversiteleri, 2010 yılında Bezmialem, Fatih Sultan Mehmet,

Gedik, Sabahattin Zaim, Süleyman Şah ve 29 Mayıs üniversiteleri, 2011 yılında Gelişim ve Üsküdar üniversiteleri, 2012 yılında Murat Hüdavendigar Üniversitesi, 2013 yılında Nişantaşı Üniversitesi, 2014 yılında ise MEF, Esenyurt ve Biruni üniversiteleri kurulmuştur.

İstanbul'da sağlık bilimleri enstitüleri olan vakıf üniversiteleri ve mevcut programları

İstanbul'daki vakıf üniversitelerinin 15 tanesinde sağlık bilimleri enstitüsünde lisansüstü program yürütülmektedir. Sağlık bilimleri enstitüleri kurulmuş fakat henüz lisansüstü programa başlamamış vakıf üniversiteleri de vardır. Tablo 1'de bu üniversitelerde yürütülen yüksek lisans programları, Tablo 2'de doktora programları üniversitelerin kuruluş sırasına göre verilmiştir. Ayrıca bu programlar aşağıda yine kuruluş sırasına göre yazılmıştır. Bazı üniversitelerde sağlıkla ilgili programlar sosyal bilimler enstitüsünde yürütülmektedir. Dergideki sınırlı sayfalarımız nedeniyle bu üniversiteler değerlendirme kapsamı dışında tutulmuştur.

Koç Üniversitesi (1992)-Yüksek Lisans; Biyo-Medikal Bilimler ve Mühendislik, Tıbbi Fizyoloji, Tıbbi Mikrobiyoloji, Üreme Biyolojisi, Hemşirelik **Doktora;** Biyo-Medikal Bilimler ve Mühendislik, Moleküler Biyoloji ve Genetik

Yeditepe Üniversitesi (1996)- Yüksek Lisans; Beslenme ve Diyetetik, Diş Hekimliği, Farmakoekonomi ve Epidemiyoloji, Farmasötik Kimya, Fitoterapi, Hemşirelik, Klinik Eczacılık, Kozmetoloji, Multidisipliner Moleküler Tıp, Spor Fizyoterapisi, **Doktora :** Farmakognozi, Farmasötik Kimya, Farmasötik Toksikoloji, Multidisipliner Moleküler Tıp.

Bilgi Üniversitesi (1996)- Yüksek Lisans; Spor Fizyoterapisi ve Rehabilitasyonu (Öğrenci alımı için YÖK'den onay beklenmektedir). Ayrıca İspanya'daki Real Madrid International School ile yapılacak işbirliğiyle, "Spor Fizyoterapisi ve Rehabilitasyonu Yüksek Lisans Çift Diploma Programı" eğitimi için çalışmalar yapılmaktadır.

Maltepe Üniversitesi (1997)- Yüksek Lisans; Hemşirelik, Klinik Embriyoloji

Haliç Üniversitesi (1998)- Yüksek Lisans; Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Beslenme ve Diyetetik, Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi, Beden Eğitimi ve Spor, Psikoloji, Hemşirelik. **Doktora;** Hemşirelik

Bahçeşehir Üniversitesi (1998)-Yüksek Lisans; Sağlık kurumları yöneticiliği, Aile Danışmanlığı, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. **Doktora;** Hemşirelik (Eğitim dili İngilizce ve uluslararası başvuruya açık)



Okan Üniversitesi (1999)- Yüksek Lisans; Beslenme ve diyetetik, Hemşirelik, Sağlık Yönetimi, Sağlıkta Kalite Yönetimi, **Doktora;** Beslenme ve Diyetetik, Hemşirelik, Sağlık Yönetimi

Bilim Üniversitesi (2006)- Yüksek Lisans; Tıbbi Biyoloji ve Genetik, Histoloji ve Embriyoloji, Biyokimya, Fizyoloji, Organ ve Doku Koordinatörlüğü Eğitimi, Hemşirelik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Beslenme ve Diyetetik, **Doktora;** Hemşirelik

Acıbadem Üniversitesi (2007)- Yüksek Lisans; Hemşirelik, İlaç Endüstrisinde Yönetim, Sağlık Fiziyi, Biyokimya ve Moleküler Biyoloji.

Aydın Üniversitesi (2007)- Yüksek Lisans; İş Sağlığı ve İş Güvenliği (Belediye işbirliği ile yerinde yapılıyor-Tezsiz)

Medipol Üniversitesi (2009)- Yüksek Lisans; Sinir Bilim, Anatomi, Beslenme ve Diyetetik, Biyokimya, Hemşirelik, Histoloji ve Embriyoloji, Fizik Tedavi Rehabilitasyon, Klinik Eczacılık, Perfüzyonistik, Sağlık Yönetimi, Sağlık Fiziyi, **Doktora;** Sinir Bilimi, Sağlık Yönetimi, Fizik Tedavi Rehabilitasyon, Anatomi.

Yeni Yüzyıl (2009)- Yüksek Lisans; Sağlık Yönetimi (Türkiye Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolu Kamu Görevlileri Sendikası-Türk Sağlık-Sen ile birlikte), Klinik Embriyoloji, Sağlık Antropolojisi

Bezmialem Üniversitesi (2010)- Yüksek Lisans; Lazer Destekli Diş Hekimliği (Aachen Üniv. ile ortak), Biyoteknoloji, Oral İmplantoloji, Farmakognozi ve Doğal Ürünler Kimyası, Sinir Bilimleri, **Doktora;** Ortodonti (İstanbul Üniversitesi ile ortak)

Gedik Üniversitesi (2010)-Yüksek Lisans; Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri, Hareket ve Antrenman Bilimleri.

Üsküdar Üniversitesi (2011)- Yüksek Lisans; Hastane İşletmeciliği, Nörobilim, İş Sağlığı ve Güvenliği, Sağlık Sistemleri, Sağlık Bilişim ve Teknolojileri, Hemşirelik.

2011-2013 yılları arasında yürürlüğe giren yasalarla lisansüstü eğitiminde yapılan güncellemeler

Lisansüstü Eğitim Yönetmeliği'nin ana başlıkları; çeşitli şartlarda lisansüstü programlara öğrenci kayıt ve kabulü, Tezli/Tezsiz yüksek lisans ve doktora programlarında alınan derslerin sayısı, kredileri, AKTS'leri, devam zorunluluğu, başarı kriterleri, yapılan tezin/projenin tamamlanma süresi, akademik ve tez danışmanlarının görevleri, tez izleme komitesi, tez önerisi savunması, yapılan tezin/projenin üniversitenin belirlenmiş yazım kurallarına göre yazılması, tamamlanmış tezin jüri önünde savunulması, başarılı olmama durumlarında izlenecek yöntemler, başarılı durumda alınacak diplomalar ve bu süreç içinde karşılaşılan sorunların çözümü şeklinde özetlenebilir. Aşağıda 2011,2012 ve 2013 yıllarında çıkan yasalarda Lisansüstü Eğitim ile ilgili değişimlere ve geçici ek maddelere yer verilmiştir.

44. Maddenin (Değişik: 13.2.2011-6111/171md) lisansüstü eğitimi ile ilgili fıkraları aşağıdaki gibidir:

c) Bir yıl süreli yabancı dil hazırlık sınıfı hariç, kayıt olduğu programa ilişkin derslerin verildiği dönemden başlamak üzere, her dönem için kayıt yaptırıp yaptırmadığına bakılmaksızın ön lisans programlarını azami dört yıl, lisans programlarını azami yedi yıl, lisans ve yüksek lisans derecesini birlikte veren programları azami dokuz yıl, yüksek lisans programını azami üç yıl, **yüksek lisans programını azami üç yıl, doktora programını ise azami altı yıl içinde başarı**

ile tamamlayarak mezun olamayanlar, bu Kanunun 46'ncı maddesinde belirtilen koşullara göre ilgili döneme ait öğrenci katkı payı veya öğrenim ücretlerini ödemek koşulu ile öğrenimlerine devam etmek için kayıt yaptırabilir. Bu durumda, ders ve sınavlara katılma ile tez hazırlama hariç, öğrencilere tanınan diğer haklardan yararlanılmaksızın öğrencilik statüleri devam eder.

Bu değişim ile hem lisansüstü eğitimin azami sürelerine yer verilirken, Yükseköğretimde kayıt silinmesine son verilmiştir.

d) Yeterlilik, seviye tespit veya ders başarılarını ölçen tüm sınavlar, kâğıt ortamında ve eş zamanlı olarak yapılabilmesi gibi, alan ve zorluk düzeyine göre tasnif edilerek güvenli biçimde saklanan bir soru bankasından, her bir adaya farklı zamanlarda farklı soru sorulmasına izin verecek şekilde elektronik ortamda da yapılabilir. Sınavlarda sorulacak soruların hazırlanması, soru bankasının oluşturulması ve şifrelenmesi, sınav sorularının kâğıt ortamında veya elektronik ortamda saklanması ile sınav güvenliğinin sağlanmasına ilişkin ilkeler Yükseköğretim Kurulu tarafından belirlenir.

e) Yükseköğretim Kurulu kararı üzerine yükseköğretim kurumlarında; öğretim elemanı ve öğrencilerin aynı mekânda bulunma zorunluluğu olmaksızın, bilgi ve iletişim teknolojilerine dayalı olarak öğretim faaliyetlerinin planlandığı ve yürütüldüğü ön lisans, lisans **ve lisansüstü uzaktan öğretim programları açılabilir**. Uzaktan öğretim programlarının açılabilmesi için, uzaktan öğretim yoluyla verilecek dersler ve kredi miktarları, ders materyallerinin hazırlanması, sınavlarının yapılma şekli, yükseköğretim kurumları arasında bu amaçla yapılacak protokoller ile uzaktan öğretime ilişkin diğer hususlar, Yükseköğretim Kurulu tarafından belirlenir...

Bu değişim ile lisansüstü programlarda uzaktan eğitim öğretimin yapılmasının önü açılmıştır bu fıkranın devamındaki ifadeler eğitimin mali yönü ile ilgilidir.

Eski madde başlığı "Cari Hizmet Maliyeti" olan 46. Madde başlığı "Cari hizmet maliyetinin hesaplanması, öğrenci katkı payları ve öğrenim ücretleri" şeklinde değişmiştir.

46. Maddenin (Değişik: 13.2.2011-6111/172md) Lisansüstü eğitimi ile ilgili fıkraları aşağıdaki gibidir:

c) Bu maddenin (ç), (d) ve (e) fıkralarında belirtilen durumlarda her bir ders için kredi başına ödenecek katkı payı veya öğrenim ücreti tutarları, her bir dersin kredisinin ilgili dönemde alınması gereken toplam ders kredisine oranlanması

sonucu bulunacak katsayının ilgili dönem için belirlenen öğrenci katkı payı veya öğrenim ücreti ile çarpılarak, ilgili yükseköğretim kurumunca dönem başlarında hesaplanır.

ç) 44 üncü maddenin (c) fıkrasındaki süreler içinde aynı yükseköğretim kurumundaki öğrenimi sırasında bir derse üçüncü defa kayıt yaptırılması halinde, ilgili dönem için öngörülen katkı payı ya da öğrenim ücretinin yanı sıra bu maddenin (c) fıkrasına göre hesaplanan kredi başına ödenecek katkı payı veya öğrenim ücreti; dersin alınacağı dönem için belirlenen kredi başına katkı payı veya öğrenim ücretinin yüzde elli fazlası, dördüncü defa kayıt yaptırılması halinde yüzde yüz, beşinci veya daha fazla defa kayıt yaptırılması halinde ise yüzde üç yüz fazlası ile hesaplanır.

d) 44'ncü maddenin (c) fıkrasındaki süreler içinde öğrenimin tamamlanmaması halinde, her bir ilave ders için kredi başına ödenecek öğrenci katkı payı veya öğrenim ücreti; dersin alınacağı dönem için bu maddenin (c) fıkrasına göre belirlenecek olan kredi başına katkı payı veya öğrenim ücretinin yüzde yüzü, ikinci defa kayıt yaptırılması halinde yüzde ikiyüzü, üçüncü defa kayıt yaptırılması halinde yüzde üçyüzü, dördüncü ve daha fazla defa kayıt yaptırılması halinde ise yüzde 400'ü olarak hesaplanır.

f) Lisansüstü öğrenimin, 44 üncü maddenin (c) fıkrasındaki süreler içinde tamamlanamaması halinde tez aşamasında ödenecek öğrenci katkı payı veya öğrenim ücreti, lisansüstü öğrenim için belirlenen dönemlik katkı payı veya öğrenim ücretine (d) fıkrasındaki oranlar uygulanarak hesaplanır.

g) Öğrenci katkı payı ve öğrenim ücretleri, ilgili dönem başlarında ödenir. Süresi içinde katkı payı veya öğrenim ücretini ödemeyenler ve mazeretleri ilgili yükseköğretim kurumunun yönetim kurulunca kabul edilmeyenler, o dönem için kayıt yaptıramaz ve öğrencilik haklarından yararlanamaz...

2547 sayılı kanuna eklenen geçici 58. Maddenin (Ek:13.2.2011-6111/173md) lisansüstü eğitimi ile ilgili kısımları aşağıdaki gibidir:

Geçici Madde 58- Yükseköğretim kurumlarında hazırlık dâhil bütün sınıflarda intibak, ön lisans, lisans tamamlama, lisans, lisansüstü öğrenimi gören öğrencilerden bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihe kadar, kendi isteğiyle ilişkileri kesilenler ile yurt dışındaki üniversitelerden yatay geçiş yaptıktan sonra yatay geçişleri iptal edilenler dâhil, terör suçundan hüküm giyenler hariç her ne sebeple olursa olsun ilişkisi kesilenler ile bir programı

kazandıkları halde kayıt yaptırmayanlar bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren beş ay içinde ilişkilerinin kesildiği yükseköğretim kurumuna başvuruda bulunmaları şartıyla bu Kanunun 44 üncü maddesinde belirtilen esaslara göre 2011-2012 eğitim-öğretim yılında öğrenimlerine başlayabilirler...

2547 sayılı kanuna eklenen geçici 63. Maddenin (Ek: 4.7.2012-6353/11md) lisansüstü eğitimi ile ilgili kısımları aşağıdaki gibidir:

Geçici Madde 63- Süresi içerisinde başvurumaları nedeniyle bu Kanunun geçici 58 inci maddesinden yararlanamayanlar (Uluslararası Ortak Lisans Programları çerçevesinde öğrenim görenler dâhil), bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren ilişkilerinin kesildiği yükseköğretim kurumuna başvuruda bulunmaları hâlinde geçici 58 inci maddede yer alan esaslara göre, takip eden eğitim-öğretim yılında öğrenimlerine başlayabilirler."

Süresi içinde başvuru yapamayıp da eğitimine devam etmek isteyenler için; 12 Temmuz 2012 tarih ve 28351 sayılı Resmi Gazete'de 6111 sayılı Kanunda belirtilen Öğrenci Affından yararlanmak için 6353 Sayılı Kanun'un 11'inci maddesi ile 2547 sayılı Kanuna eklendi.

Bu ek maddeler ile üniversitelerden ilişkisi kesilen öğrencilere af çıkmıştır.

06.02.2013 tarih ve 28551 Sayı ile Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinde yapılan değişiklikler

Öğrenci kabulü/ Madde 2-b fıkrası (Değişik: RG-6.2.2013-28551)

b) Doktora programına başvurabilmek için adayların bir lisans veya tezli yüksek lisans diplomasına, hazırlık sınıfları hariç en az on yarıyıl süreli Tıp, Diş Hekimliği ve Veteriner Fakülteleri diplomasına, Eczacılık ve Fen Fakültesi lisans veya yüksek lisans derecesine veya Sağlık Bakanlığınca düzenlenen esaslara göre bir laboratuvar dalında kazanılan uzmanlık yetkisine sahip olmaları ve ALES'den başvurduğu programın puan türünde 55, lisans diplomasıyla başvuranlardan 80, standart puandan az olmamak koşuluyla ilgili senatoca belirlenecek ALES standart puanına sahip olmaları gerekir. Lisans derecesiyle doktora programına başvuranların lisans mezuniyet not ortalamalarının 4 üzerinden en az 3 veya muadili bir puana sahip olmaları gerekir. Yüksek lisans derecesiyle doktora başvuracak olanların doktora programlarına kabulünde, ALES puanı yanı sıra lisans ve/veya yüksek lisans not ortalaması ve mülakat sonucu da değerlendirilir. Bu değerlendirmeye ilişkin hususlar ile başvuru için adayların sağlanması gereken

referans mektubu, neden doktora yapmak istediğini belirten kompozisyon, uluslar arası standart sınavlar benzeri diğer belgeler ilgili senato tarafından düzenlenen yönetmelikle belirlenir. Ancak doktora programına öğrenci kabulünde ÜDS'den en az 55 puan veya üniversitelerarası Kurulca kabul edilen bir sınavdan bu puan muadili bir puan, yabancı uyruklu öğrenciler için ana dilleri dışında İngilizce, Fransızca ve Almanca dillerinden birinden ÜDS'den en az 55 puan veya Üniversitelerarası Kurulca kabul edilen bir sınavdan bu puan muadili bir puan alınması zorunlu olup, bu asgari puanların girilecek programların özelliklerine göre gerekirse yükseltilmesine üniversite senatolarınca karar verilir. ALES puanının % 50'den az olmamak koşuluyla ne kadar ağırlıkla değerlendirmeye alınacağı ilgili senato tarafından belirlenir...

Ders Sınavları ve Değerlendirme/ Madde 7-c ve d fıkrası (Değişik: RG-6.2.2013-28551)

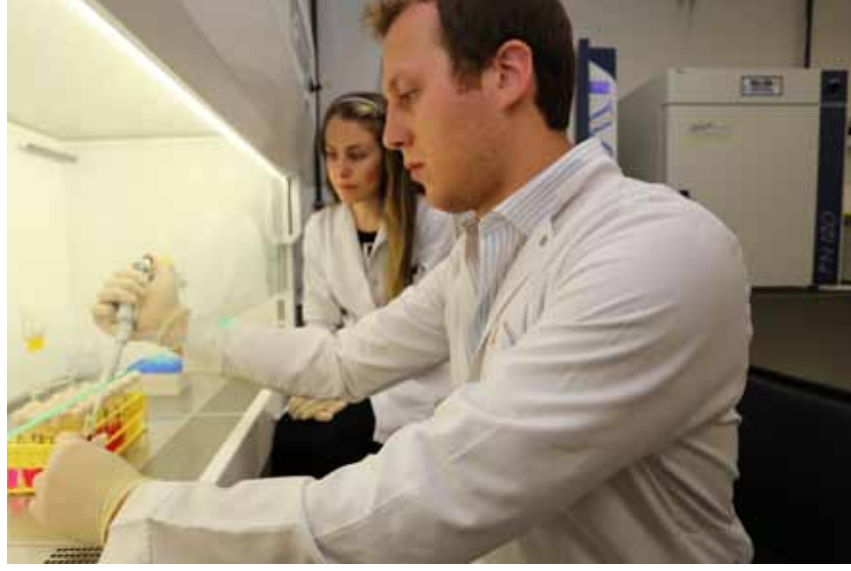
c) Yükseköğretim kurumlarınca, öğrencinin herhangi bir yarıyıldan sonra programına devam edebilmesi için gerekli ek başarı koşulları belirlenebilir.

d) Yeterlilik, seviye tespit veya ders başarılarını ölçen tüm sınavlar, kâğıt ortamında ve eş zamanlı olarak yapılabileceği gibi, alan ve zorluk düzeyine göre tasnif edilerek güvenli biçimde saklanan bir soru bankasından her bir adaya farklı zamanlarda farklı soru sorulmasına izin verecek şekilde elektronik ortamda da yapılabilir. Sınavlarda sorulacak soruların hazırlanması, soru bankasının oluşturulması ve şifrelenmesi, sınav sorularının kâğıt ortamında veya elektronik ortamda saklanması ile sınav güvenliğinin sağlanmasına ilişkin ilkeler Yükseköğretim Kurulu tarafından belirlenir.

Yüksek Lisans Programı/ Madde 8-c fıkrası (Değişik: RG-6.2.2013-28551)

c) Yükseköğretim Kurulu kararı üzerine yükseköğretim kurumlarında, öğretim elemanı ve öğrencilerin aynı mekânda bulunma zorunluluğu olmaksızın, bilgi ve iletişim teknolojilerine dayalı olarak öğretim faaliyetlerinin planlandığı ve yürütüldüğü lisansüstü uzaktan öğretim programları açılabilir. Uzaktan öğretim programlarının açılabilmesi için alanlar, uzaktan öğretim yoluyla verilecek dersler ve kredi miktarları, ders materyallerinin hazırlanması, sınavlarının yapılma şekli, yükseköğretim kurumları arasında bu amaçla yapılacak protokoller ile uzaktan öğretime ilişkin diğer hususlar, Yükseköğretim Kurulu tarafından belirlenir.

Tezli Yüksek Lisans Programı/Süre/ Madde 10 - a ve b fıkrası (Değişik: RG-6.2.2013-28551)



a) Tezli yüksek lisans programını tamamlama süresi azami üç yıldır. Daha kısa sürede mezun olabilecek bir öğrenciyle ilgili düzenlemeler, ilgili senato tarafından kabul edilen yönetmelikle belirlenir.

b) Tezli yüksek lisans programını azami üç yıl içinde başarı ile tamamlayamayanlar, 2547 sayılı Kanunun 46'ncı maddesinde belirtilen koşullara göre ilgili döneme ait öğrenci katkı payı veya öğrenim ücretlerini ödemek koşulu ile öğrenimlerine devam etmek için kayıt yaptırabilir. Bu durumda, ders ve sınavlara katılma ile tez hazırlama hariç, öğrencilere tanınan diğer haklardan yararlanılmaksızın öğrencilik statüleri devam eder.

Yüksek Lisans Tezinin Sonuçlanması/ Madde 12 -d fıkrası (Değişik: RG-6.2.2013-28551)

d) Tez sınavının tamamlanmasından sonra jüri tez hakkında salt çoğunlukla kabul, ret veya düzeltme kararı verir. Bu karar enstitü anabilim dalı başkanlığınca tez sınavını izleyen üç gün içinde ilgili enstitüye tutanakla bildirilir. Tezi hakkında düzeltme kararı verilen öğrenci en geç üç ay içinde gereğini yaparak tezini aynı jüri önünde yeniden savunur. Tezi reddedilen veya düzeltme sonrası savunmada reddedilen öğrenciye yeni bir tez konusu verilir veya öğrencinin talepte bulunması halinde tezsiz yüksek lisans programının ders kredi yükü, proje yazımı ve benzeri gereklerini yerine getirmiş olmak kaydıyla kendisine tezsiz yüksek lisans diploması verilerek programla ilişkisi sona erdirilir. Kendisine yeni bir tez konusu verilen öğrenci ilgili döneme ait öğrenci katkı payı veya öğrenim ücretlerini ödemek koşulu ile öğrenimlerine devam etmek için kayıt yaptırabilir. Bu durumda tez ile ilgili şartları yerine getirmek ve sınavlara katılmak hariç, öğrencilere tanınan diğer haklardan yararlanılmaksızın öğrencilik statüleri devam eder.

Tezli Yüksek Lisans Diploması/Madde 13- a ve b fıkrası (Başlığı ile birlikte Değişik: RG-6.2.2013-28551)

a) Tez sınavında başarılı olmak ve diğer koşulları da sağlamak kaydıyla yüksek lisans tezinin ciltlenmiş en az üç kopyasını tez sınavına giriş tarihinden itibaren bir ay içinde ilgili enstitüye teslim eden ve tezi

şekli yönünden uygun bulunan yüksek lisans öğrencisine Tezli Yüksek Lisans Diploması verilir.

b) Tezli Yüksek Lisans Diploması üzerinde öğrencinin izlemiş olduğu, enstitü ana-bilim dalındaki programın onaylanmış adı bulunur.

Tezsiz Yüksek Lisans Programı/Amaç ve Kapsam/Madde 14-a ve b fıkrası (Değişik: RG-6.2.2013-28551)

a) Tezsiz yüksek lisans programının amacı, öğrenciye mesleki konuda bilgi kazandırmak ve mevcut bilgilerin uygulamada nasıl kullanılacağını göstermektir. Tezsiz yüksek lisans programı ikinci Lisansüstü Öğretimde de yürütülebilir. Bu program toplam otuz krediden az olmamak koşuluyla en az on adet ders ile dönem projesi dersinden oluşur. Dönem projesi dersi kredisiz olup başarılı veya başarısız olarak değerlendirilir. Öğrenci, dönem projesinin alındığı yarıyıldan itibaren dönem projesine kayıt yaptırmak ve yarıyıl sonunda yazılı bir rapor vermek zorundadır. İlgili senato tarafından belirlenen esaslara göre tezsiz yüksek lisans programının sonunda yeterlik sınav uygulanabilir. İkinci lisansüstü öğretim programlarında sadece tezsiz yüksek lisans eğitimi yürütülebilir. Bu programlarda doktora ve tezli yüksek lisans eğitimi yapılamaz.

b) Öğrencinin alacağı derslerin en çok üç tanesi, lisans öğrenimi sırasında alınmamış olması koşuluyla, lisans derslerinden seçilebilir.

Süre /Madde 16- a ve b fıkrası (Değişik: RG-6.2.2013-28551)

a) Tezsiz yüksek lisans programını tamamlama süresi azami üç yıldır.

b) Azami üç akademik yıl içinde tamamlayamayanlara 2547 sayılı Kanunun 46'ncı maddesi uygulanır...

Tezsiz Yüksek Lisans Diploması /Madde 17-a, b ve c fıkraları (Başlığı ile birlikte Değişik: RG-6.2.2013-28551)

a) Kredili derslerini ve dönem projesini başarıyla tamamlayan yüksek lisans öğrencisine Tezsiz Yüksek Lisans Diploması verilir

Tablo 1: İstanbul'daki Vakıf Üniversitelerinin 2014 Yılı İtbarı ile Sağlık Bilimleri Enstitülerinde Mevcut Yüksek Lisans Programları

Kuruluş Yılına Göre Üniversiteler	Anat.	Bes.	Biyok.	Hemş.	Hist.	FTR	Klin. Ec	Sağ.Y	Sağ.F	Perfüz	Sinir B	İlaç E	Spor	İş Sağ	Bio M	Fizy	Mikr	Ür.
Koç				+											+	+	+	+
Yeditepe*		+		+		+	+						+	+				
Fatih*			+															
Bilgi						+		+										
Maltepe*				+														
Haliç*		+		+		+		+					+					
Bahçeşehir*						+		+										
Okan*		+		+		+		+										
Bilim*		+	+	+	+	+										+		
Acıbadem*		+	+	+				+	+			+		+				
Aydın *																		
Medipol	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+							
Yeniüyüyl*								+						+				
Bezmialem*	+										+							
Gedik													+					
Üsküdar*				+							+			+				

Yukarıdaki tabloya sığdıramayan YL programları; **Yeditepe***: Farmakoekonomi ve Epidemiyoloji, Farmasötik Kimya, Fitoterapi, Kozmetoloji, Multidisipliner Moleküler Tıp, Spor Fizyoterapisi ve Dişhekimliği Fakültesinin tüm anabilim dallarında yüksek lisans programları, **Fatih***: Tıbbi genetik programı, **Maltepe***: Klinik Embriyoloji, **Haliç***: Psikoloji, **Bahçeşehir***: Aile danışmanlığı, **Okan***: Sağlıkta Kalite Yönetimi, **Bilim ***: Tıbbi Biyoloji ve Genetik, Organ ve Doku Koordinatörlüğü Eğitimi, Ebelik, **Acıbadem***: Kan Bankacılığı ve Transfüzyon Tıbbı, Biyoetik, **Aydın ***: Disiplinlerarası aile danışmanlığı, İş sağlığı ve iş güvenliği, **Yeni yüzyıl*** Klinik Embriyoloji, **Bezmialem***: Ortodonti, Lazer Destekli Dişhekimliği, Biyoteknoloji, Oral İmplantoloji, Farmakognozi ve Doğal Ürünler Kimyası, **Üsküdar***: Hastane İşletmeciliği. **Kısaltmalar:** **Anat**=Anatomi, **Bes**=Beslenme ve Diyetetik **Biyok**=Biyokimya+Biyokimya ve Moleküler Biyoloji, **Hemş**=Hemşirelik **Hist**=Histoloji ve Embriyoloji, **FTR**=Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, **Klin.Ec**=Klinik Eczacılık, **Sağ Y**=Sağlık Yönetimi,**Sağ F**=Sağlık Fiziği, **Perfüz**=Perfüzyonistik, **SinirB**=Sinir Bilimi+nörobilim, **İlaç E**=İlaç Endüstrisinde Yönetim, **Spor**=Sporla ilgili programlar, **İş Sağ**=İş Sağlığı, **Bio M**=Biyomedikal Bilimler ve Mühendislik, **Fizy**=Tıbbi Fizyoloji, **Mikro**=Tıbbi Mikrobiyoloji, **Ür**=Üreme Biyolojisi

b)Tezsiz Yüksek Lisans Diploması üzerinde öğrencinin izlemiş olduğu enstitü anabilim dalındaki programın onaylanmış adı bulunur

c)Tezsiz yüksek lisans programına devam edenler, başvurdukları yükseköğretim kurumunca tezli yüksek lisans programı için belirlenmiş olan asgari şartları yerine getirmek kaydıyla, tezli yüksek lisans programına geçiş yapabilirler. Bu durumda tezsiz yüksek lisans programında alınan dersler enstitü yönetim kurulu kararıyla tezli yüksek lisans programındaki derslerin yerine sayılır.

Doktora Programı /Amaç ve Kapsam/ Madde 18-b fıkrası (Değişik: RG-6.2.2013-28551)

b)Doktora programı, tezli yüksek lisans derecesi olan öğrenciler için toplam yirmi bir krediden az olmamak koşuluyla en az yedi adet ders, yeterlik sınavı, tez önerisi ve tez çalışmasından oluşur. Lisans derecesi ile kabul edilmiş öğrenciler için de en az kırk iki kredi on dört adet ders, yeterlik sınavı, tez önerisi ve tez çalışmasından oluşur.

Doktora Programı /Süre / Madde 19-a,b,c,d fıkrası (Değişik: RG-6.2.2013-28551)

a)Doktora programını tamamlama süresi yüksek lisans derecesi ile kabul edilenler

için azami altı yıl, lisans derecesi ile kabul edilenler için azami dokuz yıl olup, uygulamaya ilişkin düzenlemeler konusunda ilgili üniversite senatoları yetkilidir.

b)Doktora programı için gerekli kredili dersleri başarıyla tamamlamanın azami süresi tezli yüksek lisans derecesi ile kabul edilenler için iki yıl, lisans derecesi ile kabul edilenler için üç yıldır.

c)Kredili derslerini başarıyla bitiren, yeterlik sınavında başarılı bulunan ve tez önerisi kabul edilen, ancak tez çalışmasını (a) bendinde belirtilen altı yılsonuna, lisans derecesi ile kabul edilmiş olan öğrenci için dokuz yılsonuna kadar tamamlamadığı için tez sınavına giremeyen bir öğrenciye ilgili enstitü anabilim dalı başkanlığının önerisi ve ilgili enstitü yönetim kurulu onayı ile tezini jüri önünde savunması için her seferinde en az altı ay olmak üzere yeni süreler verilir.

d)Busüre içinde kredili derslerini başarıyla tamamlamayanlar ile azami süresi içinde tez çalışmasını tamamlamayanlar, 2547 sayılı Kanunun 46'ncı maddesinde belirtilen koşullara göre ilgili döneme ait öğrenci katkı payı veya öğrenim ücretlerini ödemek koşulu ile öğrenimlerine devam etmek için kayıt yaptırabilir. Bu durumda, ders ve sınavlara katılma ile tez hazırlama hariç, öğrencilere tanınan diğer haklardan yararlanılmaksızın öğrencilik statüleri devam eder. Lisans

derecesi ile doktora programına başvurmuş olanlardan, gerekli kredi yükü, proje ve benzeri diğer şartları yerine getirmiş olmaları kaydıyla doktora tezinde başarılı olmayan öğrencilerin talepleri halinde kendilerine tezsiz yüksek lisans diploması verilir.

Yeterlik Sınavı/Madde 21-f ve g fıkrası (Değişik: RG-6.2.2013-28551)

f-Yeterlik sınavında başarısız olan öğrenci, bir sonraki yarıyılıda tekrar sınava alınır.

g)Doktora Yeterlik Komitesi, yeterlik sınavını başaran bir öğrencinin, ders yükünü tamamlamış olsa bile, toplam kredi miktarının 1/3 'ünü geçirmemek şartıyla fazladan ders/dersler almasını isteyebilir.

Tez Önerisi Savunması/Madde 23-c ve d fıkrası (Değişik: RG-6.2.2013-28551)

c) Tez önerisi reddedilen öğrenci yeni bir danışman ve tez konusu seçme hakkına sahiptir. Böyle bir durumda yeni bir Tez İzleme Komitesi atanabilir.

d)Tez önerisi kabul edilen öğrenci için Tez İzleme Komitesi, Ocak-Haziran ve Temmuz-Aralık ayları arasında birer kere olmak üzere yılda iki kez toplanır. Öğrenci, toplantı tarihinden en az bir ay önce komite üyelerine yazılı bir rapor sunar. Bu raporda o ana kadar yapılan çalışmaların

Tablo 2: İstanbul'daki Vakıf Üniversiteleri Sağlık Bilimleri Enstitülerinde 2014 Yılı İtibarı ile Doktora Programları

Kuruluş Yılına Göre Üniversiteler	Sinir Bil	Anatomi	FTR	Sağ Y	Dişhe*	Biyo M	Spor Bil	Hemşire	Farmak	Farmask	Farmast	MDMT*	Dişhek	Besl
Koç						+		+				+		
Yeditepe									+			+	+	
Fatih														
Bilgi														
Maltepe														
Haliç								+						
Bahçeşehir								+						
Okan				+				+						+
Bilim								+						
Acıbadem												+		
Aydın														
Medipol	+	+	+	+										
Yeniyüzyıl														
Bizmialem					+									
Gedik							+							
Üsküdar														

Kısaltmalar: FTR=Fizik tedavi ve rehabilitasyon, **Sağ Y**=Sağlık yönetimi, **Dişhe***= Ortodonti (İst.Üniv. ile ortak), **Biyo M**= Biyo-Medikal Bilimler ve Mühendislik **Spor Bil**= Beden Eğitimi ve spor bilimleri, **Hemşire**=Hemşirelik, **Farmak**=Farmakoknozi, **Farmask**=Farmasotik kimya, **MDMT***= Yeditepe Üniversitesi'nin Multidisipliner Moleküler Tıp, Koç Üniv. Moleküler Biyoloji ve Genetik, Acıbadem Üniv. Biyokimya ve Moleküler Biyoloji olarak isimlendirdiği bu program aynı başlık altında gösterilmiştir, **Dişhek**=Çocuk Dişhekimliği, **Besl**=Beslenme ve Diyetetik.

özeti ve bir yıl sonraki dönemde yapılacak çalışma planı belirlenir. Öğrencinin tez çalışması, komite tarafından başarılı veya başarısız olarak belirlenir.

Doktora Tezinin Sonuçlandırılması/ Madde 24-d fıkrası (Değişik: RG-6.2.2013-28551)

d)Tez sınavının tamamlanmasından sonra jüri tez hakkında salt çoğunlukla kabul, ret veya düzeltme kararı verir. Bu karar, enstitü anabilim dalı başkanlığınca tez sınavını izleyen üç gün içinde ilgili enstitüye tutanakla bildirilir. Tezi hakkında düzeltme kararı verilen öğrenci en geç altı ay içinde gereğini yaparak tezini aynı jüri önünde yeniden savunur. Tezi reddedilen veya düzeltme sonrası savunmada tezi reddedilen öğrenciye yeni bir tez konusu verilir. Lisans derecesi ile doktora kabul edilmiş olanlardan tezde başarıyla olamayanlar için talepleri halinde bu yönetmeliğin 19'ncu maddesinin birinci fıkrasının (d) bendine göre tezsiz yüksek lisans diploması verilir.

Sonuç

Sağlık bilimleri enstitüleri küresel sağlık sorunlarının yanında ülkemizin sağlık sorunlarına çözüm üretecek kanıta dayalı uygulama ve araştırmalar yapmayı hedefler. Enstitülerin başlıca hedeflerinden biri, uluslararası düzeyde ülkemizin rekabet gücünü arttırmaktır. Kuruluş itibarı ile İstanbul'daki vakıf üniversitelerinin en gençleri arasında olan İstanbul Medipol Üniversitesi Batı standartlarının üzerinde teknolojik imkânlarla sahip araştırma merkezi ile bu rekabetin içinde hızla

yol alma kararlılığı içindedir. Kuruluş yılı 2010 olmasına rağmen bu yıl ilk yüksek lisans mezununu veren, İMÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü 11 yüksek lisans, 4 doktora programı ile 15 alanda lisansüstü eğitimini sürdürmektedir.

İstanbul Medipol Üniversitesi Mütevelli Heyeti Başkanı Dr. Fahrettin Koca bir yazısında "...Bir eğitim kurumunun görevi, hazır bilgiyi öğrencisine aktarmaktan ibaret olamaz. Böyle bir eğitim anlayışı, ne eğitim kurumunun topluma karşı görev ve sorumluluğunu yerine getirmesine imkân verir, ne de öğrencisinin donanımlı bir şekilde hayata hazırlanmasını sağlayabilir. Bir eğitim kurumu, bilimsel bilginin izleyicisi değil üretici olmak, toplumun etki alanına giren gelişmeleri yakından izlemek, her alanda orta ve uzun vadeli stratejik araştırmalar yapmak..." derken aynı kaynakta İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Sabahattin Aydın ise "...Üniversite sadece var olan bilginin öğrencilere aktarım yeri değil, aynı zamanda bilginin üretim yeri ve toplumun çok değişken olan bilgiye ısrarlı bir şekilde ulaşabilmenin bir aracıdır..." demektedir. Geleceğin liderlerini yetiştirme yolunda, bu anlayış ve fikirlerin önemi büyüktür.

Hedefleri böylesine büyük olan İstanbul'daki vakıf üniversitelerinin enstitülerinde dikkatimi çeken bir nokta, benzer ya da aynı konuların farklı isimler adı altında değerlendirilmeleridir. Tablo 1 ve 2'de görüldüğü gibi aynı içerikli gibi düşünülen programlar farklı isimlerle anılmaktadır. Moleküler tıp ve sağlık yönetimi bu programlara örnek verilebilir. Bilimde değişik başlıklarla isimlendirilen konu içerikleri o

kadar geniş ki, derinlemesine inildiğinde, her bir konuyu açıklamak için bile bir ömür yetmez. Ancak bu programlardan doktora alıp da akademik olarak ilerlemek isteyenler, bu isim farklılıkları nedeniyle sorun yaşayabilirler.

Yükseköğretim Kurumu 12.09.2013 tarihli Genel Kurul toplantısında sağlık yönetimi ile ilgili isim konularına değinmiş; "Sosyal Bilimler Enstitüsü tarafından teklif edilen program isimlerinin Hastane İşletmeciliği veya Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından teklif edilen program isimlerinin Sağlık Yönetimi veya Sağlık İdaresi" olmasını karara bağlamıştır. Bu karar, program birlikteliklerinin sağlanması açısından önemlidir. Diğer programlarda da benzer birlikteliğin sağlanmasının uygun olacağı fikrindeyim.

Bir diğer nokta da sağlıkla ilgili bölümlerin sosyal bilimler enstitüleri ya da sosyal bilimler ile ilgili bölümlerin sağlık bilimleri enstitüleri kapsamında yer almasıdır. Klinik psikoloji, sağlık hukuku bu programlara örnek gösterilebilir. Yükseköğretim Kurumu aynı tarihli toplantıda bu programlarda görev alacak öğretim üyelerinin alanlarını ve sayılarını karara bağlamıştır.

Kaynaklar

Başarıya Açılan Pencere. İstanbul Medipol Üniversitesi Yayınları, 2010.

İlgili okulların web siteleri

Türkiye Cumhuriyeti Yükseköğretim Mevzuatı, sayfa: 48-53, 107-108, 717-728, 829-832. 28.Basım, Yalın Yayıncılık, İstanbul, 2014.

Biyomedikal mühendisliği Türkiye'de nereye gidiyor?

Yrd. Doç. Dr. Nihan Yönet Tanyeri



2002 yılında Fatih Üniversitesi Kimya Bölümünden mezun oldu. 2004 yılında İstanbul Teknik Üniversitesi Polimer Bilimi ve Teknolojisi Bölümünden Master derecesi aldı. Sonrasında Amerika Birleşik Devletlerine yerleşti ve 2006-2011 yılları arasında doktora eğitimini University of Illinois at Urbana-Champaign'de Malzeme Bilimi ve Mühendisliği Bölümünde tamamladı. Aynı üniversitenin Kimya ve Biyomoleküler Mühendisliği Bölümünde 2011-2013 yılları arasında doktora sonrası araştırmacı olarak çalışmalarda bulundu. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Biyomedikal Mühendisliği Bölümünde görev yapmaktadır.

Biyomedikal mühendisliği son on yılda dünyada ve buna paralel olarak da ülkemizde hem eğitim alanında hem de yapılan Ar-Ge çalışmaları olarak çok hızla gelişen bir alandır. Endüstriyel alanda bir iş kolu olarak da 2013 yılında yapılan bir araştırmaya göre en popüler meslekler arasında yer almaktadır.⁽¹⁾ Genel olarak biyomedikal mühendisliğini tanımlayacak olursak; tıp alanındaki problemlere mühendislik ve doğa bilimlerinin temel prensiplerini kullanarak çözümler üretmeyi hedefler. Bu bakımdan biyoloji, fizik, kimya ve matematiğin yanında elektrik-elektronik mühendisliği, bilgisayar mühendisliği, malzeme ve mekanik gibi pek çok disiplini bir araya getiren bir daldır.

Daha önceki yıllarda biyomedikal mühendisliği elektrik-elektronik mühendisliğinin altında bir alan olarak üniversitelerde eğitimi devam eden bir branş iken bu alanda gerçekleşen teknolojik gelişmeler ve bu gelişmelerin yaygınlaşan klinik uygulamaları sayesinde biyomedikal mühendisliği artık kendi başına bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun sonucu olarak Türkiye'de yüksek lisans ve doktora seviyesinde üniversitelerin genellikle fen bilimleri enstitüleri veya biyomedikal mühendisliği enstitüleri bünyesinde verilen eğitimlere ek olarak 2001 yılında açılan ilk biyomedikal mühendisliği Bölümü ile de üniversite seviyesinde eğitimler vermeye başlanmıştır. Bu sayede makina mühendisleri, elektrik-elektronik mühendisleri ve hatta elektrik teknikerlerinin zaruri olarak doldurmuş olduğu bu boşluğu, konusunda uzmanlaşmış ve üniversite eğitimi ile tam donanımlı olarak yetişmiş biyomedikal

mühendisleri doldurmaya başlamıştır.

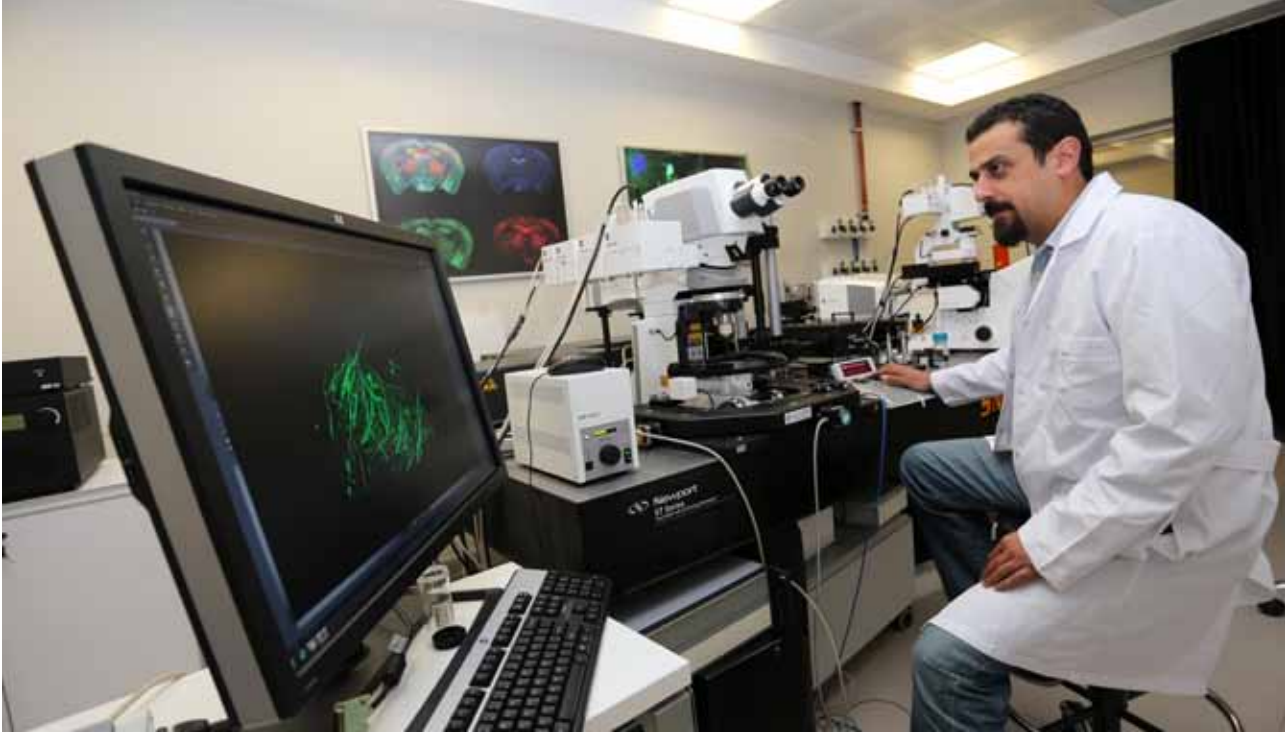
Biyomedikal mühendislerinin özellikle hastane ortamında klinik mühendisi olarak hizmet veren personelleri, ileri teknoloji ürün tıbbi cihazların mühendislik tasarımı yapan üniteler ile bunların etkin kullanıcıları olan hekimler arasındaki bağı kurarak hastalar açısından çok kritik bir görev üstlenirler. Öyle ki; Sağlık Bakanlığı'na bağlı 200 ve üstü yatak kapasiteli devlet hastaneleriyle 100 ve üstü yatak kapasiteli özel hastanelerde sırasıyla 27.07.2001 tarih ve 24472 sayılı Resmi Gazete ile 22.03.2002 tarih ve 24708 sayılı Resmi Gazete'de ilan edilen standartlar gereği en az bir biyomedikal mühendisi istihdam etme zorunluluğu getirilmiştir. Yine Bakanlar Kurulu'nun 2005 yılında almış olduğu bir karar gereği "Yataklı Tedavi Kurumlarının bünyesinde "Biyomedikal Hizmetler ve Kalibrasyon Birimi kurulması veya bu hizmetleri bir başka kurumdaki satın alınması" şartı getirilmiştir.⁽²⁾ Üniversite düzeyinde biyomedikal mühendisliği eğitimi almış olarak yetişmiş eleman sayısı ile ülkemizdeki mevcut hastanelerde istihdam edilmesi beklenen biyomedikal mühendisi kadrolarının bir istatistiği yapıldığında büyük ölçüde eleman açığının olduğu tespit edilmiştir.⁽³⁾

Biyomedikal mühendisliği alanında yapılan araştırma konularını irdeleyecek olursak karşımıza çok geniş bir yelpaze çıkacaktır. En yaygın olarak bilinen uygulama alanı çeşitli hastalıkların teşhis ve tedavisinde kullanılan her türlü tıbbi cihazların dizayn edilip üretilmesi, koruyucu bakım ve kalibrasyonunun yapılması, görüntüleme sistemlerinde sinyal işlemleri, ilgili işletim sistemlerinin

geliştirilmesi ve gerekli yazılımların hazırlanması ve gerektiğinde cihaz üzerinde değişikliğe gidilerek hasta odaklı-kişiyeye özel sistemlerin oluşturulmasında etkin rol üstlenmektedir.

Günümüzde yirmi bini aşkın farklı tıbbi cihazın hastanelerde teşhis ve tedavi amaçlı kullanıldığı düşünülürse bu alanın aslında biyomedikal mühendisliği için ne denli önemli olduğu daha iyi anlaşılmış olacaktır. Bahsedilen bu konular klinik mühendislerinin daha çok yoğunlaştıkları ve tecrübelerini kullandıkları alanlar olarak da tanımlanabilirler. Ülkemizde üniversite seviyesinde verilen biyomedikal mühendisliği eğitiminin maalesef büyük bir çoğunluğu hastane kurumları ile güçlü bir şekilde entegre olamamış ve dolayısıyla uygulamayı ön plana çıkaran klinik boyutunda zayıflık arz etmektedir. Buna ek olarak tıbbi cihazların ülkemizdeki Ar-Ge çalışmalarına yönelik gelişmelere bakacak olursak kullanılan tekniklerin çok yüksek sermaye gerektiren pahalı teknolojilerden oluşması ve üretim aşamasında yetişmiş-tecrübeli elemanların eksikliği dolayısıyla yerli üretilmiş tıbbi cihazlar konusunda çok da istenilen seviyede olmadığımız söylenebilir.

Biyomedikal mühendisliğinin bir diğer ilgi alanı doğal ya da yapay malzemeler kullanılarak fonksiyonunu yitirmiş olan doku veya organların bu fonksiyonlarına yeniden kavuşması ile yakından ilgilidir. Gelişen teknolojilerin sunmuş olduğu geniş imkânlar sayesinde sağlık açısından problemleri dokulara yönelik çözüm üreten malzemelerin yanında sadece estetik amaçlarla uygulanan malzemeler de popülerlik kazanmış durumdadır.



Protez bir organdan ağızda implant edilen bir dişe veya dolgu maddesine, yapay organlara kadar bu alan çok çeşitli malzemeleri kapsamaktadır.

Burada malzeme biliminin en önemli katkısı, uygulanacak malzemenin implant edilecek doku özelliğine göre ve sistematik mekanik gereksinimler göz önüne alınarak en uygun şekilde tespit edilmesi, malzemenin şekillendirilmesinde hangi işlemlerden geçeceği ve nihayetinde dokuda bir uyum sorunu yaşanmadan implant edilmesi gibi parametreleri değerlendirerek en uygun mühendislik tasarımı yapmaktır. Ülkemizde kullanılan protez ürünler çoğunlukla yurt dışından temin edilmektedir ve buna bağlı olarak bir protez ürünün maliyeti çok yüksek rakamlara ulaşmaktadır. Hem son kullanıcıyı hem de daha büyük çerçevede ülke ekonomisini olumsuz yönde etkileyen bu durum son yıllarda yerli protezlerin üretilmesindeki çok olumlu ve heyecan verici gelişmelerle birlikte farklı bir rotaya yönelmiş durumdadır. Yerli protezlerin üretilmesi ve yaygın bir şekilde kullanılması günümüzde yeni gelişen bir sektör olması nedeniyle biyomedikal mühendislerinin ve girişimci şirketlerimizin yeni ve daha büyük atılımlarını beklemektedir.

Disiplinler arası bir alan olan biyomedikal mühendisliğinin biraz daha teorik ve hesaplamalı bilimler konularını içeren bir diğer ilgi alanıysa biyoenformatiktir. Genellikle mevcut bilgisayar uygulamalarının biyolojik problemlerin çözümünde kullanılmasını esasına dayanmaktadır. Örneğin DNA ve protein dizilerinin sıralanması gibi problemler çok büyük verilerin üretilmesi ve işlenmesi ile

gerçekleşebilmektedir. Böyle büyük verilerin işlenmesi, saklanması, sıkıştırılması, sistemler arasında transfer edilebilmesi gibi konularda biyoenformatik konusunda uzmanlaşmış biyomedikal mühendisleri aktif olarak rol alır. Ayrıca laboratuvar ortamında gerçekleştirilen bazı deneylerin bilgisayar ortamında simülasyonlar kullanılarak teorik anlamda gerçekleştirilmesi ve bunların sonucunda elde edilen verilerin analizi de yine biyoenformatik alanının araştırma konuları arasında yer alır.

Son yıllarda ülkemizdeki teknolojik araştırma ve gelişmelere yapılan ulusal destekler bağlamında biyomedikal ve biyoteknolojik alanlardaki araştırmalara çok ciddi ölçüde bir destek söz konusudur. Bu destekler hem üniversitelerde yapılan araştırmalara hem de sektördeki firmaların üreteceği ürün odaklı projelere yönelik olarak bütünlüyci bir politika izlemektedir. Tıbbi malzeme ve ilaç konusunda yurt dışına olan bağımlılığımızı azaltmak ve her tür yerli ürün geliştirme ve üretmeyi teşvik ederek ülkenin öncelikleri doğrultusunda bir sağlık hizmeti sunmayı hedefleyen bu çalışmalar biyomedikal mühendislerinin yakın bir gelecekte tecrübelerini en etkin bir şekilde aktaracağı geniş platformlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kaynaklar

1) <http://www.careercast.com/> (Erişim tarihi: 15.08.2014)

2) Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 2005.

3) Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kamu ve Özel Hastane Verileri, 2004.

Son yıllarda ülkemizdeki teknolojik araştırma ve gelişmelere yapılan ulusal destekler bağlamında biyomedikal ve biyoteknolojik alanlardaki araştırmalara çok ciddi ölçüde bir destek söz konusudur. Bu destekler hem üniversitelerde yapılan araştırmalara hem de sektördeki firmaların üreteceği ürün odaklı projelere yönelik olarak bütünlüyci bir politika izlemektedir.

Sağlık hukukunda aydınlatılmış rıza

Uğur Şimşek



1982 yılında Denizli, Çivril'de doğdu. Selçuk Üniversitesi (SÜ) Hukuk Fakültesi'nden 2003 yılında mezun oldu. Ceza ve Ceza Usul Hukuku yüksek lisansının ardından Türkiye Barolar Birliği Sağlık Hukuku İleri Eğitim Programını tamamladı. Denizli'de serbest avukat olarak görev yapan Şimşek'in çalışma alanları sağlık hukuku, ceza hukuku ve tazminat hukukudur.

Son yıllarda özellikle bilim ve teknolojiye yaşanan gelişmelerin tıp ve sağlık sektöründeki yansımaları üzerine bu alanda birçok çeşitlilik ve ilerleme meydana gelmiştir. Bununla birlikte sağlık alanındaki bu büyüme elbette hukuki açıdan süratle yeni düzenlemeler ve sorunları da beraberinde getirmiştir. Sağlık hukuku alanı çok geniştir ve dağınık düzenlemeler içermektedir. Bununla birlikte konuya giriş yapmadan önce başlıca kavramların açıklanmasında fayda vardır.

Tıp; sağlığın korunması, bozulmuşsa tedavisi için uğraşan, bunun için gerekli teşhis, tedavi ve korumaya yönelik çalışmalarda bulunan birçok alt bilim dalından oluşan disiplinlerin genel adıdır. Sağlık, kişinin bedensel, duygusal, zihinsel ve toplumsal bakımdan çevresiyle uyum içerisinde işlev görebilme yeteneğine sahip olması, bedensel ve/veya ruhsal yapısında herhangi bir sakatlığın, işlev bozukluğunun olmamasıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık, sadece hasta veya sakat olmamak değil; bedensel, ruhsal ve toplumsal bakımdan iyi olma hâlidir. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 2. maddesinde de bu düzenlemeyle örtüşür şekilde *"Sağlık; yalnız hastalık ve maluliyetin*

yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir" şeklinde tanımlanmıştır.

Sağlık tanımlamasında sosyal ölçütlerin kabulü psikolojik ve rehabilite amaçlı tedaviler ile özellikle estetik müdahaleler açısından önem arz etmektedir. Zira endikasyon yani tıbbi zorunluluk açısından sosyal ölçütün kabulü müdahaleyi hukuka uygun hale getiren en önemli etken olmaktadır. Tıp hizmetinin sunumunda, sağlık arayanlar(hastalar) ve bu hizmeti sunanlar(hastane, hekim, teknik ve idari personel, sağlık çalışanları) ile bu hizmetin sunumunda yardımcı kuruluşlar(eczaneler, ilaç firmaları, medikaller, sigorta kuruluşları gibi) sürekli etkileşim halindedirler. Bazı yazarlar, tıp hukukunun ilaç hukuku, hastane hukuku gibi sağlık hukuku kavramı içerisinde alt bir kavram olması gerektiğini, zira sağlık hukuku kavramının çok geniş bir yapıyı içine aldığını ifade etmektedirler.

Genel bir tanımlama yapmak gerekirse sağlık hukuku; sağlık hizmeti sunanlar, sağlık hizmetinden faydalananlar, yardımcı kuruluş ve kişiler ile devlet arasında, bu tarafların her birinin birbirleri ile aralarında meydana gelen ihtilafları konu alan özel hukuk ve kamu hukukuna ilişkin kurallardan oluşan karma ve çok geniş bir hukuk dalıdır. Tanımdan da anlaşılacağı üzere olayın tarafları arasındaki ilişkinin mahiyeti, tarafların niteliği, ilişkinin konusu gibi birçok etkene bağlı olarak uygulanacak hukuk kuralları, yargı yolu ve görevli mahkeme değişiklik gösterebilmektedir. Buradan hareketle

sağlık hukuku alanında uygulanan başlıca genel kanunlar medeni hukuk, borçlar kanunu, ticaret kanunu, idari yargılama usul kanunu, sosyal güvenlik mevzuatı ve cezai sorumluluk açısından Türk Ceza Kanunudur. Bunların yanında 1219 Sayılı Kanun başta olmak üzere birçok özel sağlık mevzuatı da uygulama alanı bulmaktadır. Bu kanunların olaya uygulanışına göre de açılan davalar adli yargı alanında asliye hukuk, ticaret ve iş mahkemelerinde görülmekte iken, idari uyuşmazlıklarda ise idare mahkemeleri görev yapmaktadır. Ayrıca cezai olarak askeri veya adli ceza mahkemelerinde de sağlık hukukundan kaynaklı olarak sorumlu sağlık personelinin ve ilgililerin yargılanması söz konusu olabilmektedir. Diğer yandan 6502 Sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun ile yapılan düzenlemeler sonrasında tüketici işlemi kapsamında sayılan vekâlet sözleşmesi sebebi ile 28.05.2014 tarihi itibarıyla tüketici mahkemeleri de sağlık hukuku alanında görevli mahkemeler kervanına katılacak olup çoğu asliye hukuk davası tüketici mahkemesinin görev alanına girecektir. Uyuşmazlık mahkemesi ise bu mahkemeler arasında yargı yoluna ilişkin uyuşmazlıkların giderilmesi ile görevlidir. Diğer yandan alternatif çözüm yolları olan sulh, tahkim ve arabuluculuk yolu ile de sağlık hukukuna ilişkin uyuşmazlıkların çözümü mümkün olabilmektedir.

Tıbbi müdahale

İnsanın yaşama hakkı ve vücut bütünlüğü en temel haklardan olup, bu konuda İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi başta

*Bu çalışma, Hasta Hakları Yönetmeliği'nde 08.05.2014 Tarihinde 28994 Sayılı Resmi Gazete' de Yayımlanan Yönetmelik ile yapılan değişiklikler doğrultusunda yeniden gözden geçirilmiştir.



olmak üzere birçok uluslararası düzenleme ve iç hukuk kaidesi mevcuttur. İç hukukumuzda bu konuda en bağlayıcı norm olan Anayasanın 17/2 maddesi ile insan vücuduna yapılacak müdahalenin sınırları açıkça belirtilmiştir. Buna göre *“Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.”*

Her müdahale, tıbbi bir müdahale değildir. Örneğin bıçakla bir kişiyi yaralayan saldırganın fiili vücuda yönelik müdahaledir ancak tıbbi bir müdahale değildir. Diğer yandan bazı müdahaleler de tıbbi olmakla birlikte hukuka uygun değildir. Örneğin tıbbi standartlara uygun gerçekleştirilen bir böbrek nakli para karşılığı yapılmışsa yine hukuka aykırı hale gelecektir. O halde bir tanım yapmak gerekirse “Tıbbi müdahale, resmi ehliyetli kişiler tarafından, kişinin sağlığını, yaşamını, cismani bütünlüğünü tehdit eden fiziksel ve ruhsal bir takım anomalilerin teşhisi, tedavisi, önlenmesi veya nüfus planlaması amaçlarına yönelik olarak tıp biliminin genel kabul görmüş kurallarına ve teknik gereklerine uygun bir biçimde gerçekleştirilen girişim olarak tanımlanmaktadır.”⁽¹⁾ Tıbbi müdahale en basit tanı ve tedavi yöntemlerinden en ağır cerrahi ameliyatlara kadar uzanır⁽²⁾ Örneğin; cerrahi operasyon, ilaç tedavisi, psikoterapi, aşı, doğum kontrolü gibi...

Tıbbi müdahalenin unsurları:

Tıbbi müdahale, yetkili kişi tarafından yapılmış olmalıdır

Tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek kişinin istisnalar haricinde hekim olması gerekmektedir. Bu konuda 1219 Sayılı Kanunun 1. Maddesinde açıkça tıp mesleğinin icrası için tıp fakültesi mezunu olmak şartı aranmıştır. Bununla birlikte hekimin Türk vatandaşı olma şartı 2011 yılında yapılan değişiklikle kaldırılmıştır. Yine aynı kanunda dış müdahaleleri için de dış hekimi olunması gerektiği belirtilmiştir. Yukarıda belirttiğimiz üzere genel olarak tıbbi müdahalede bulunma yetkisi hekimlere ait olmakla birlikte bir kısım tıbbi müdahaleler hekim denetim ve gözetiminde yardımcı sağlık personeli tarafından yapıldığı gibi (örneğin ebenin gebe takibi, hastaya sonda takılması), bir kısım müdahaleler de hekim dışındaki sağlık personeli tarafından bizzat yapılır (fizyoterapistin fizik tedavi yapması, radyoloji teknisyeninin röntgen çekmesi gibi).⁽³⁾ Sağlık personelinin hangi konularda yetkili olduğu ise yasal mevzuatlarında ayrıntıları ile belirtilmiştir.

Sağlık personeli: Sağlık personeli tanımlaması geniş bir kesimi içine alsada tıbbi müdahale yetkisi verilen sağlık personeli tıbbi nitelikli faaliyet gösteren daha dar bir grubu ifade etmektedir.

Tıbbi müdahale tıbbi zorunluluk yani endikasyon koşulu ile yetkili sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmesine rağmen aydınlatılmış rıza yükümlülüğü ihlal edilmiş ise hatalı tıbbi müdahale yani tıbbi malpraktis olacaktır. Aydınlatma yükümlülüğünün ihlali hukuka uygunluk şartını ortadan kaldırdığı için, ceza ve özel hukuk anlamında ağır sonuçlara sebebiyet verebilmektedir. Ceza hukukunda aydınlatma yükümlülüğünün ihlal edilmesi, kasten yaralama veya öldürme fiilinin oluşmasına sebep olur.

Gerçekten ceza yargılaması açısından da “sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi” suçunun düzenlendiği 280.Madde de sağlık mesleği mensubu deyiminden “tabip, dış tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler”in anlaşılması gerektiği belirtilmiştir.⁽⁴⁾

Uzmanlık: Hekimler kendi içlerinde uzman olup olmamasına göre pratisyen ve uzman hekimler olarak sınıflandırılmaktadır. Tıbbi müdahaleler açısından kanunda genel olarak pratisyen ya da uzman doktor ayrımına (açıkça yazılı istisnai haller dışında) gidilmemiştir.⁽⁵⁾ Ancak Danıştay 10.Dairesi, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili yayımladığı genelgeye karşı açılan iptal davasında “Yukarıda yer verilen hükümlerin birlikte değerlendirilmesinden, tıp alanındaki uygulamaların bilimsel olarak o dalda gerekli ve yeterli eğitimi almayı gerektirdiği, dolayısıyla her uzman hekimin yalnızca kendi uzmanlık alanında uygulama yapma yetkisine sahip olduğu sonucuna ulaşıldığından, dava konusu düzenlemede hukuka ve mevzuata uyarlılık bulunmamaktadır.” şeklinde hüküm kurarak tıbbi müdahalelerde uzmanlık alanı dışına çıkılmaması gerektiğine işaret etmiştir.⁽⁶⁾

Acil durumlar/ilk yardımlar: Bir diğer mesele acil durumlarda sağlık personeli dışında kişiler tarafından kazazede veya yaralıları yapılan müdahalelerdir. Bu tip durumlar tıbbi müdahale kapsamında olmadığından, ilk yardım da bulunan kişilerin de hekim olması lüzumu yoktur. *Zira ilk yardım müdahaleleri, 24762 Sayılı İlk Yardım Yönetmeliği Kapsamında, ilk yardım eğitimi almış kişiler tarafından, tıbbi araç ve gereçler kullanılmadan ve ilaçsız olarak yapılan müdahalelerdir. Oysa tıbbi müdahale de tıbbi ve bilimsel yöntem ve araçlar kullanılır.* Bu kişilerce yapılan kişinin vücut dokunulmazlığını ihlal mahiyetindeki müdahalelerin cezalandırılmamasının sebebi, zaruret hali kapsamında değerlendirilmesidir. Örneğin kaza anında araç içinde sıkışan veya kalbi duran bir yaralıya araç gereç veya ilaç kullanmadan ilk yardım eğitimi almış bir sivil şahsın yardım etmesi durumunda bu kişinin yaptığı müdahaleden bir zarar doğsa da eğer gerekli itina gösterilmiş ise sorumluluk doğmaz. Ancak ilk yardım eğitimi almamış ise şahsın, yaralı veya kazazedeye müdahale etmeyip hemen olayı polis ve ilk yardım görevlilerine bildirmesi gerekir. Zira aksi takdirde TCK md.98 gereği *yardım ve bildirim yükümlülüğünün ihlal*isebebi ile yine cezai sorumluluk ile karşı karşıya kalınması muhtemeldir.⁽⁷⁾

Yukarıda açıklanan husus ilk yardım “görevlilerinin” izin verilen tıbbi müda-

halede bulunma yetkisinden farklıdır. Zira sivil vatandaşlar araç-gereç ve ilaç kullanmaksızın, ilk yardım eğitimi almış olmaları koşulu ile yalnız ilk yardımda bulunabilirken; ilk yardım görevlileri ise mevzuat dâhilinde izin verilen bir takım “tıbbi” müdahaleleri yapma yetkisine sahiptir. Bu da durumun aciliyeti sebebi ile belli başlı tıbbi müdahaleleri içermektedir.

İhmali davranışla kasten öldürme/yaralama(TCK md.83,88): Burada temas edilmesi gereken önemli bir husus da TCK md.83 de düzenlenen “Kasten Öldürmenin İhmali Davranışla Gerçekleştirilmesi” ve yine bu suça paralel olarak düzenlenen TCK md.88 deki “Kasten Yaralamanın İhmali Davranışla İşlenmesi” suçudur.⁽⁸⁾ Bu suçlarda sorumluluk sebebi olarak için icrai davranışa denk bir ihmalin bulunması aranmıştır. Bu haller ise genel olarak kanuni zorunluluk, sözleşme yükümlülüğü ve önceden meydana gelen bir eylem sebepleri ile önleme yükümlülüğü olarak belirtilmiştir. Bu tip durumlarda sanık açısından bir nevi garantörlük olduğu kabul edilmektedir. Yargıtay bir kararında, hekimin hastanedeki çalışma saatleri dışında kendisi nöbetçi bulunmadığı bir dinlenme zamanında bulunsa bile, hekimliğinin yalnız kendi uzmanlık bölümü ile ilgili olan bir hastalığın muayene ve tedavisi için çağrıldığına hemen gitmesi ve gereğini yapmakla görevli sayılması gerektiğine karar vermiştir. (CGK, 09.01.1991, 1/1).⁽⁹⁾

Sağlık Mevzuatımızda 1219 Sayılı Kanun, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü md. 18 ve Özel Hastaneler Kanunu md. 32 hükümleri ile hekimlere acil durumlarda tıbbi yardımda bulunmaktan kaçınmamak konusunda kanuni bir ödev yüklenmiştir. Bu sorumluluk çerçevesinde hekimlerin acil durumda bulunan kişiye gerekli tıbbi yardımda bulunmaması halinde TCK md.83 veya md.88 gereği cezalandırılması gündeme gelebilecektir. Bunun tipik örneği acil serviste gerekli tıbbi yardım yapılmadan yatak olmadığı gerekçesi ile hastanın başka hastaneye sevk edilmesi durumlarında yaşanmaktadır. Bu hallerde hastanede yatak bulunmaması tıbbi yardım yapılmaması için yeterli bir gerekçe olmayıp sorumluluk sebebidir.⁽¹⁰⁾ Yine örneğin bir trafik kazasında, kazayı ve yaralıyı gördüğü halde tıbbi yardımda bulunmaksızın olay yerinden uzaklaşan bir hekim de aynı hüküm gereği sorumlu olacaktır.

Yetkisiz kişilerin yaptığı tıbbi müdahaleler: Sağlık personeli olmayan kişiler tarafından yapılan ve sayılan istisnalar dışında kalan tıbbi müdahalelerde ise 1219 S.K. md.25 ve TCK’nın taksirle yaralama veya öldürmeye ilişkin kuralları birlikte uygulanacaktır. Dış hekimliği diploması olmadan dış çekimi yapanlar

ise yalnız 1219 S.K.md.41 ile sorumlu olacak, TCK anlamında taksir ile sorumlu olmayacaklardır.

Müdahalede tıbbi zorunluluk bulunması: “Endikasyon şartı”

Hukuka uygun bir tıbbi müdahaleden söz edebilmek için yapılan müdahalenin aynı zamanda tıp biliminin verilerine göre zorunlu olması gerekmektedir. Tıp dilinde endikasyon olarak tabir edilen kavram hastada belirli bir tedavi veya müdahale uygulanmasına karar verilmesini gerektiren durum ya da belirti anlamına gelmektedir.⁽¹¹⁾ Tıbbi müdahalede bulunmak için tıbbi zorunluluğun bulunması gerektiği, başta Anayasanın 17. Maddesi olmak üzere Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve Hasta Hakları Yönetmeliğinde de ifade edilmiştir. Endikasyon şartı müdahaleyi hukuka uygun hale getiren unsurlardan biri olduğundan her durumda varlığı sıkıca araştırılmalıdır. Zira tıbbi gereklilik bulunmaması durumunda müdahale haksız olacak ve doğal olarak da ceza hukuku anlamında kasten yaralama/öldürme/görevi kötüye kullanma suçları vücut bulabilecek, özel hukuk anlamında ise tazmin sorumluluğuna yol açabilecektir.

Danıştay endikasyonsuz tıbbi müdahale ile ilgili açılan bir tam yargı davası üzerine önüne gelen dosyada “... durumun hayati aciliyeti sebebiyle özel bir diyaliz merkezinde sekiz ay diyaliz tedavisi gördüğü; tedavinin davacıya acı vermesi, vücudunun yorgun düşmesi ve kumunda düzelme olmaması üzerine kendi isteğiyle tedaviyi sona erdirdiği; tedavinin kesilmesinden sonra hiçbir olumsuz gelişme yaşamayan davacının, gereksiz yere özel merkeze yönlendirildiğinden şüphelenerek konunun araştırılması için Bağ-Kur Genel Müdürlüğü’ne şikâyetle bulunduğu; anılan kurumun müfettişlerince davacının Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine sevk edildiği, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinin 24.9.2003 tarih ve 7617 sayılı raporunda; tip 2 DM + hipertansiyon + diyabetik nefropati tanısı konulduğu...” şeklinde açıklama yaptıktan sonra dava açma süresinin de “sağlık hizmetinin kusurlu işletildiğinin Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin 24.9.2003 tarih ve 7617 sayılı raporuyla ortaya çıktığı”na yani öğrenme ile başlayacağına karar vermiştir.

Hekime hasta üzerinde tıbbi müdahalede bulunma yetkisi veren tıbbi gereklilik şartı, tıbbi müdahalenin tanımı ile de alakalı olarak sadece bir hastalığın ortadan kaldırılmasına yönelik değil, aksine hazırlayıcı, teşhis edici veya sonraki müdahaleleri de kapsar şekilde değerlendirilmelidir. Örneğin narkoz, ameliyat, ilaç tedavisi, kemoterapi, kan alma, röntgen gibi...⁽¹²⁾



Burada üzerinde önemle durulması gereken noktalardan biri de tıbbi endikasyon yanında, sosyal ve psikolojik endikasyonun da (örneğin estetik ameliyatlara veya erkek çocukların sünnet edilmesi gibi), tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartı olarak kabul edilmesidir. Zira sağlık, tıbbi müdahale ve endikasyon kavramlarının hepsinde sosyal ve psikolojik etkenler bir bütün olarak kabul edilmiş ve günümüzde oldukça tartışılan estetik ameliyatlara hukuka uygunluğunun temel dayanağı olmuştur. Bu açıklamalar ışığında yapılacak olan estetik müdahalelerin amacı iyi değerlendirilmeli, sosyal ve/veya psikolojik olarak “hasta”nın sağlığı açısından gerekli olup olmadığı tespit edilmelidir.

Diğer yandan yine organ naklinde verici bakımından herhangi bir endikasyon bulunmamasına, cinsiyet değişikliği, suni dölleme, tedavi amacına yönelik araştırma faaliyetleri doğrudan bir tedaviyi amaçlamamasına rağmen, dolaylı olarak tedaviyi amaçlayan müdahalelerdir. Bu sebeple, söz konusu müdahaleler bakımından da aynı esasların geçerli olduğu düşünülmektedir.⁽¹³⁾ Ancak bu konuda açık olarak (verici açısından doğrudan gereklilik bulunmadığından) yasal düzenleme yapılması gerektiği de ileri sürülmektedir.⁽¹⁴⁾

Müdahaleden önce hastanın “aydınlatılmış” rızasının alınması

Tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için diğer tüm şartların bir arada olması halinde aranacak bir diğer unsur da ilgilinin yani hastanın, yapılacak tıbbi müdahaleye rıza göstermiş olmasıdır. Bu zorunluluk yasal mevzuatımızda da birçok yerde tekrarlanmak suretiyle dile getirilmiştir.⁽¹⁵⁾ Ancak öncelikle belirtmek gerekir ki bu insanın sağlığı

üzerindeki rızasını kullanma hakkı sınırsız değildir. Örneğin tıbbi araç ve gereçlerle ve hekim tarafından böbreği alınan bir kimsenin bu müdahaleye organını para karşılığı satmak için rıza göstermiş olması durumunda hem verilen rıza hukuka aykırı hem de tıbbi gereklilik bulunmadığından müdahale hukuka aykırı olacaktır. Yine ülkemizde olduğu gibi aktif ötenazi yasağı bulunan ülkelerde de kişinin yaşamının etkin bir müdahale ile sonlandırılması yasaktır. Buradan çıkarılan sonuç kişinin rızası ile endikasyon şartının paralel olduğu yani kişinin rızasının olağan durumlarda ancak tıbbi gereklilik bulunması koşulu ile geçerli olduğudur.

Aydınlatılmış rıza: Diğer yandan hastanın rızasının alınması da müdahalenin hukuka uygun hale gelmesi için tek başına yeterli değildir. İşte uygulamada aydınlatılmış onam veya bilgilendirilmiş rıza gibi kavramlarla da anılan *aydınlatılmış rıza, riskleri, (informed consent), “riskleri, yararları ve alternatifleri ile alternatiflerin de risk ve yararlarını kapsayan tedavi uygulamasının, hekim tarafından yeterli düzeyde ve uygun şekilde açıklanmasından ve hasta tarafından hiçbir tereddüde yer kalmayacak şekilde anlaşılmasından sonra, tıbbi tedavinin ya da uygulamanın hasta tarafından gönüllülükle kabulü” olarak tanımlanabilir.*⁽¹⁶⁾

Rıza konusunda yasal dayanakları yukarıda belirtmiş olsak da aydınlatılmış rıza konusu daha çok uygulamada başlangıçta hasta hakkı olarak gelişmiştir. Doktrinde bir kısım yazarlar tarafından aydınlatılmış rızanın temel dayanağının Anayasa da belirtilen onura, özgürlüğe, yaşam ve vücut bütünlüğü hakkına saygı ve koruma yükümlülüğü öngören temel prensiplerden geldiğini ileri sürmektedirler.⁽¹⁷⁾ Ancak Hasta Hakları

Kişinin müdahale sonucunda iyileşip iyileşmemesi önemli değildir. Burada zarar kavramı özel hukuktakinden farklıdır. Örnek vermek gerekirse aydınlatma yapılmaksızın cerrahi operasyon geçiren bir hasta iyileşmiş olsa da ceza hukuku anlamında zarar kişiye neşter vurulmasıyla oluşmuştur. Hareket ve meydana gelecek netice hekim tarafından istenmiştir ve bu nedenle kasten yaralama fiili ile sorumludur.

Yönetmeliğinde 08.05.2014 Tarihinde yapılan değişiklikler ile artık bu bir hak değil zorunluluk olarak mevzuatımızda yerini almıştır.

Vekâletakdi: *Kanaatimizce yukarıdaki görüşler haklı olmakla birlikte, aydınlatılmış rızanın hukuksal dayanağı yalnız sağlık hukukuna değil tüm vekâlet sözleşmelerine hitap eden bir içeriğe sahiptir. Şöyle ki; hekim-hasta arasında meydana gelen vekâlet sözleşmesi ve bu akitten kaynaklanan özenle ve basiretli bir vekil gibi hareket etme borcu kapsamında hekim-hastasını “bilgilendirmek” yükümlülüğü altındadır. Zira vekil edenin sağlığı ile ilgili kararlar alabilmesi için öncelikle bu konuda iradesinin oluşması gerekmektedir. Vekil(hekim), vekil edenin(hastanın) sağlıklı karar alabilmesi için uygun zemini hazırlar(onu teşhis ve tedavi, riskler, vs. hakkında bilgilendirir, aydınlatır), karar verme yetkisini artık iradesi ve rızası aydınlanmış olan vekil edene bırakır(otonomi-yukarıda savunulan özerklik ilkesi).Artık verilecek karar kişinin kendi tasarrufundadır.*

Hekim, vekâlet sözleşmesinin genel özelliğinin neticesi olarak sonucu taahhüt etmez ve gerekli dikkat ve özeni göstermek koşulu ile meydana gelen olumsuz sonuçlardan da sorumlu değildir. Yargıtay bir kararında durumu şöyle özetlemiştir: “Hekim, tedavisini ya da ameliyatını deruhte ettiği hastayı yüzde yüz iyileştirme yükümlülüğü altında değildir. Bütün sorun, hekimin



“tıp kural ve gereklerine” uygun davranıp davranmadığı yönünü tespit etmektir. Eğer bir hekim, tıp ilminin öngördüğü ve yapılmasını gerekli kıldığı kurallara ve tıbbi tedavi yöntemlerine uygun hareket etmişse artık eylem ve davranışının hukuka aykırılığı iddia edilemeyeceğinden, tedavi ve ameliyat sonucu hasta iyileşmemiş olsa dahi hekimin bundan sorumlu tutulması mümkün değildir.”⁽¹⁸⁾

Bilirkişilik: Hekimin tıbbi müdahale sırasında gerekli dikkat ve özeni gösterip göstermediğini tespit etmek teknik bir mesele olup hâkimin takdirinde değildir. Bu nedenle sağlık hukuku ile ilgili davalarda teknik bilirkişilerden görüş alınır. Bu konuda Anayasa Mahkemesinin 2010 yılında 1219 S.K.md.75 ile ilgili olarak verdiği iptal kararına değin ceza davalarında Sağlık Bakanlığına bağlı olan Yüksek Sağlık Şurası zorunlu bilirkişilik müessesesi iken, bu tarihten itibaren artık hem hukuk hem de ceza davalarında mahkemeler; Yüksek Sağlık Şurası, Adli Tıp ve üniversitelerin tıp fakültelerinden bilirkişi raporu olarak karar verebilmektedir. Mahkemeler bu raporlar ile yetinmeyip yeniden ek rapor alabilmekte, başka bir kurumdan rapor isteyebilmekte ve hatta istisnaen raporun aksine de gerekçeli olarak hüküm kurabilmektedir.

Yüksek Mahkeme de bir kararında *“Her ne kadar yerel mahkemece direnme kararında, davacıda tespit edilen pamuk elyafının hangi ameliyat sırasında bırakıldığı, bunda davalı yanın kusuru bulunup bulunmadığı gibi konular da ayrıca rapor alınması gerekliliğine değinilmişse de; dosya içerisinde bulunan raporlar neticesinde, davacının kamında pamuk elyafının tespit edildiği, davacı tarafın şikâyetlerinin davalı doktor tarafından yapılan ameliyat sonrasında ortaya çıktığı, ameliyat yapıldığı dönemde hastanede kullanılan gazlı bezlerin sıvı çektiğinde lime lime oldukları, abseye sebep olan yabancı cismin gazlı bez kalitesindeki*

düşüklüğe veya imalat hatasına bağlı olduğu hususları belirlendiğine göre, tek başına kalitesiz malzeme kullanılması dahi davalı yanın kusurlu olduğunu göstereceğinden; mahkemece burada artık bilirkişi incelemesi yaptırılmasına gerek bulunmamaktadır.” şeklinde hüküm kurarak bu hususa işaret etmiştir.⁽¹⁹⁾

Sorumluluk: Vekâlet akdi gereği, hekim her türlü kusurundan sorumlu olacağından kusur oranına göre tazminattan indirim yapılamaz. Ancak hastanın zararın oluşumunda veya artmasında etkisi varsa tazminattan indirim yapılabileceği gibi olayın özellikleri göz önüne alınarak takdiri bir indirim de yapılabilir (Borçlar Kanunu md. 51,52). Diğer yandan bu hususlar ceza hukuku anlamında kusurun/taksirin ağırlığı ve cezanın bireyselleştirilmesinde kuşkusuz göz önüne alınacaktır.

Yüksek mahkeme kusur ve dolayısıyla özen borcu ile ilgili olarak “Vekilin sorumluluğu, genel olarak işçinin sorumluluğuna ilişkin kurallara bağlıdır (BK. 390/2). Vekil, işçi gibi özenle davranmak zorunda olup, hafif kusurundan bile sorumludur (BK. 321/2). O nedenle doktorun meslek alanı içinde olan hafif dahi olsa bütün kusurları sorumluluğun unsuru olarak kabul edilmelidir. Doktorlar hastalarının zarar görmemesi için yalnız mesleki değil, genel hayat tecrübelerine göre herkese yüklenebilecek dikkat ve özeni göstermek zorundadır. Doktor ufak bir tereddüt gösteren durumlarda bu tereddüd ortadan kaldıracak araştırmalar yapmak ve bu arada koruyucu tedbirler almakla yükümlüdür. Çeşitli tedavi yöntemleri arasında seçim yaparken hastanın özelliklerini göz önünde tutmalı onu gereksiz risk altına sokmamalı, en emin yolu tercih etmelidir. Gerçekte de mesleki bir iş gören ve doktor olan vekilden, ona güvenen müvekkil titiz bir ihtimam ve dikkat göstermesini beklemekte haklıdır. Titiz bir özen göstermeyen vekil BK. 394/1 uyarınca vekâleti

gereği gibi ifa etmemiş sayılmalıdır” “Şu durum karşısında orta seviyede tedbirli bir doktorun aynı hal ve şartlar altında göstereceği mutad ihtimam ve özenin, davalıya gösterilmediği açık olup, ihmal ve kusurunun kabulü zorunludur” şeklinde karar vermiştir.⁽²⁰⁾

Belirtilen Yargıtay Kararında da görüldüğü üzere Yüksek Mahkeme; hekimin göstereceği dikkat ve özenin kriterini, orta seviyede tedbirli bir doktorun aynı hal ve şartlar altında göstereceği mutad ihtimam ve özen olarak belirlemiş, ayrıca sadece mesleki değil genel hayat tecrübelerine de uygun hareket etmek zorunda olduğunu belirtmiştir. Hekim acil durumlarda dahi gerekli dikkat ve özeni göstermekle yükümlü olup, Yüksek Mahkeme de bir kararında “ameliyatın acil olması, Pazar günü yapılması ve elde mevcut olanak ve araçlarla yetinilmesi, fen kurallarını uygulayan doktorun mazereti olamayacağına” karar vermiştir.⁽²¹⁾

İspat: Aydınlatmanın ispatı konusunda Yönetmelikte yapılan düzenleme ile birlikte artık fiili durum resmi şekil kazanmıştır. Eski uygulamada aydınlatma her şekilde ispat edilebilmekle birlikte (açıkça yazılı olmasının arandığı haller dışında) ispat yükü hekim veya hastane üzerinde olduğu için aydınlatma yapılmadığı iddiasına karşın yazılı olarak yapılması adeta bir zorunluluk oluşturmaktaydı.⁽²²⁾ Zira hasta tarafından aydınlatılmadığı iddia edildiğinde, tıbbi kayıtlar esas alınmakta ve aydınlatılmış rıza (onam) formlarının da içinde yer aldığı bu kayıtların tutulmaması/eksik, yanlış ve hatalı tutulması sorumluluk doğurmaktaydı.⁽²³⁾ Nitekim Hasta Hakları Yönetmeliğinde 08.05.2014 Tarihinde yapılan değişiklikle md.28 de Rıza’ nın geçerliliğinin şekle bağlı olmadığı belirtilmiş olmakla birlikte, md. 26 da “Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyumsuzluğa mahal vermesi tıbben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşunca 15 inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır.” hükmü ile aydınlatmanın ispat şekli konusunda açıklamalarımız doğrultusunda düzenleme yapılmıştır.

Kişinin rızasının aydınlatılmış olarak alındığının kabulü için her olayı ayrı ayrı değerlendirmek gerekmektedir. Zira tıbbi müdahalenin niteliği, şekli, kişilerin durumu gibi birçok kriterle bağlı olarak aydınlatmanın kapsamı ve ispat yükü de değişebilmektedir. Aydınlatılmış rıza ve rızanın varlığı konusunda İspat meselesinde dikkat edilecek temel nokta “ilk görünüş ispatı” ve “hayatın olağan akışı” kavramlarıdır.⁽²⁴⁾ Bu hususta, aşağıda incelenen Yargıtay kararı, aydınlatılmış rızanın ispatı açısından olayların çözümüne büyük ölçüde ışık tutacaktır.

Olayda; “...Eline çivi batan köylü vatan-

daş tedavisi için köyünden kalkıp şehir merkezindeki üniversite hastanesine gelir. Vatandaşın tedavisi pansuman yapılmak suretiyle yapılır ve köyüne geri gönderilir. Olayın ikinci aşamasında vatandaş tetanos iğnesi yapılmaması nedeniyle bir süre sonra tetanos olur, kasılmaları başlar ve tetanos sebebiyle yoğun bakıma alınır. Olay yargıya intikal eder. Sağlık personeli savunmasında “Biz ona tetanos aşısı olman gerekiyor dedik, o kabul etmedi” şeklinde beyanda bulunurlar, hatta bu konuda birçok tanık da dinletmişlerdir. Yargıtay ise kararında, köylü vatandaşın eline çivi battığı için köyünden kalkıp şehir hastanesine gitmesini yapılacak tedavileri kabul etmek olarak yorumlamış, karine olarak kabul etmiş, sağlık personelinin bu durumdaki bir vatandaşın tetanos aşısı yapılmasını kabul etmeyeceğine yönelik savunmalarını gerçekçi bulmamış ve itibar etmemiştir.⁽²⁵⁾

Yine 13.H.D. 19.10.2006 Tarih, 10057 E. 13842 K. Sayılı İlamında “...Davalı tarafından davacının bu konuda bilgilendirildiğine ve gerekli önlemlerin alındığına ilişkin davalı doktorun mücerret beyanı dışında dosyada herhangi bir bulgu ve belge yoktur. Ayrıca, tedavi öncesi mide şikâyeti olan davacının bu konuda uyarılmasına ve soru sorulmasına rağmen, kendi sağlığını riske atacak şekilde bu durumu bildirmeyerek ve ısrarla bu ilacı 9 gün kullanarak mide kanaması geçirmesine sebebiyet vermesi de hayatın olağan akışına uygun düşmemektedir. Öyle olunca rapor, dosya içeriği ile uyusmamaktadır...” şeklinde hüküm tesis etmiştir. Sonuç olarak aydınlatma ve rıza konusunda ispat şekli konusunda tıbbi müdahalenin şekli ve önemine göre ispat şekli ve yükü de yer değiştirebilmektedir.

“Aydınlatılmış Onam” başlıklı Hekimlik Meslek Kuralları md.26/1 ve 08.05.2014 Tarihli Düzenleme ile Değişik Hasta Hakları Yönetmeliğinin “Bilgilendirmenin Kapsamı” başlıklı 15.maddesi paralel hükümler içermektedir. Buna Göre;

Hekim hastasını şu konularda aydınlatmakla yükümlüdür:

- Sağlık durumu ve konulan tanı, hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
- Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, Önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri
- Muhtemel komplikasyonları,
- Hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar

- Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
- Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği.

Yönetmelikte yapılan düzenlemelerle birlikte uygulamada kabul edildiği üzere aydınlatmanın bir yükümlülük olduğu Yönetmelikte de açıkça hüküm altına alınmıştır. Yine aydınlatmanın kapsamı da uygulama doğrultusunda genişletilmiş ve önceki düzenlemede bulunmayan birtakım hükümler ilave edilmiştir.

Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim kişinin özgür ve aydınlatılmış rızası ile yapılabilir. Alınan rıza baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir.

Uygulamada ispat açısından genellikle “aydınlatılmış onam formu” diye anılan matbu formlar ile hastaların aydınlatıldığı görülmekte ise de bu şekilde yapılan bir işlem olayın özelliğine göre sorumluluktan kurtulmaya her zaman yeterli olmamaktadır. Yargıtay, konuyla ilgili bir kararında, bir davacının ameliyat için gerekli rızasının alındığını gösteren yazılı belge olması nedeniyle davayı reddeden ilk derece mahkemesinin kararını bozarak ameliyat için alınmış rızanın aydınlatılmış rıza olduğunu göstermeyeceğini belirtmiştir. Kararda, hekimin müdahale sırasında ameliyat tekniğinin, halin icaplarının gerektiği tüm önlemleri alması gerektiği, bu tip sonuçlar nadirde olsa görülebilecekse hastayı aydınlatıp uyarması ve onun rızasını muhakkak surette alması gerektiği, rizikolar ve muhtemel komplikasyonlar konusunda hastanın yeterince aydınlatıldığı ve buna rağmen ameliyata bilerek rıza gösterildiğinin davalı hekimce ispatlanmasının gerektiği ve fakat ispatlanamadığından hukuken geçerli bir rızadan söz edilemeyeceği belirtilmiştir.⁽²⁶⁾

Aydınlatmanın kapsamı: Hekimin hastaya uygulanacak yöntemi seçme konusunda takdiri bulunmakla birlikte, tanınmış ve yerleşmiş bir tekniğin uygulanmasına nazaran, ender veya az kullanılan bir yöntem tercih edilmiş olması durumunda aydınlatmanın kapsamı genişler.⁽²⁷⁾ Diğer yandan rutin işlemlerde ve aşılarında aydınlatmanın kapsamı daralmakta ve form üzerinden yapılan aydınlatma yeterli görülmekte olup ayakta yapılan tedavilerde eğer özellik gerektiren bir durum yok ise sözlü aydınlatma ile yetinilmelidir.

Aydınlatmanın şekli konusunda kanuni zorunluluklar dışında sözlü yapılması kural olsa da özellikle önemli müdahalelerde hem sözlü hem yazılı yapılması tavsiye edilir. Her olayda matbu formlar kullanmak yerine hastaya özel hazırlandığı belli olan ayırt edici formlar kullanılmalıdır. Bu formların ayırt ediciliğini vurgulamak için bizzat hasta tarafından doldurulacak özel alanlar bırakılmalıdır.

Hasta Hakları Yönetmeliğinde hasta hakkı olarak belirtilen rıza ve hastanın aydınlatılması, diğer yandan sağlık personeli veya hekim için de bir yükümlülük olarak kendini gösterir.⁽²⁸⁾ Bu haklar aynı zamanda aydınlatmanın da kapsamını belirlemektedir. Özel durumlar haricinde hasta, “sağlık durumu hakkında kendisine veya ailesine veya yakınlarına bilgi verilmemesini isteyebilir. Ancak bu durumda hastanın kararı yazılı olarak alınır.” (Hasta Hakları Yönetmeliği md.20) Aydınlatma, rızanın temeli olduğu içindir ki kural olarak “bizzat hastaya” yapılır. Rızanın alınması konusunda belirtilen küçüklük, kısıtlılık hallerinde de yine aydınlatma bu kişilerin yasal temsilcilerine yapılacaktır. Küçüklük ve kısıtlılık hallerinde müdahalenin uygulanacağı hastaya da esas itibarıyla genel bir aydınlatma yapmanın faydalı olacağı şeklindeki görüşümüz de Yönetmeliğin 24/2 maddesinde yapılan düzenleme ile yasalaşmıştır.⁽²⁹⁾

Hasta Hakları Yönetmeliğinin 24.maddesine göre “Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır... Kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanununun 346 ncı ve 487 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır... Hastanın rızasının alınmadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak

durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır...” Rıza, Yönetmeliğin 25. maddesi uyarınca kanuni zorunluluklar dışında geri alınabilir. Yönetmelikte ister rızanın alınması olsun isterse rızanın geri alınması ve tedaviyi durdurma ve reddetme ile ilgili olsun hastanın iradesini ön plana çıkaran düzenlemeler yapıldığını söylemek mümkündür. Hasta Hakları Yönetmeliğindeki düzenlemeler ve Türk Medeni Kanunun 10,11,12 ve 124.Madde hükümleri birlikte değerlendirildiğinde genel olarak 18 yaşını doldurmuş ve hakkında kısıtlılık kararı olmayan herkesin olağan durumlarda rızasını kendisinin kullanacağı; Ancak istisnaen evlenme ile ve mahkeme kararı ile bu yaş sınırının 17,16 veya 15 yaşını doldurmuş olanlara da verilebileceği görülmektedir.Aydınlatmayı yapacak olan da yine kural olarak bizzat hekimdir. Hekim, aydınlatma görevini yalnızca başka bir hekime devredebilir. Yani başka bir personele, örneğin hemşireye devredemez. Yine aydınlatma görevini devrettiği bu halde de asıl hekimin aydınlatmadaki eksik ve hatalardan kaynaklanan sorumluluğu devam eder.⁽³⁰⁾ Tıbbi müdahale sırasında birden fazla hekim yer alıyorsa aydınlatma, müdahaleyi yürüten ekibin başındaki hekim tarafından yapılmalıdır. Diğer taraftan müdahalede eğer anestezi uygulanacaksa, ayrıca anestezi hekiminin de aydınlatma yapması gerekmektedir.⁽³¹⁾

Diğer yandan hekimin, hastanın üzerinden yıkıma yol açacak veya hastalığı arttıracak bir durumla karşılaşması halinde, bu husustaki teşhisini açıklayıp açıklamamak, hasta veya yakınlarına bilgi verip vermemek konusunda insiyatifi vardır.(Hasta Hakları Yönetmeliği md.19) Ancak burada şu hususa dikkat edilmesi gerekmektedir. Yapılan aydınlatma hastayı korku ve endişeye sürükleyici şekilde olmamakla birlikte onun müdahalenin artı ve eksileri konusunda net bir şekilde aydınlatılmasını sağlamalıdır. Hekimin buradaki insiyatifini kullanırken kişinin kendi kaderi tayin edebilmesi(otonomi ilkesi) çerçevesinde, hastayı veya ailesini bilgilendirmek yönünde tercih kullanması kanaatimizce her açıdan doğru olacaktır.

Aydınlatma türleri: Yeri gelmişken değinilmesi gereken bir diğer husus aydınlatma türleridir. Uygulamada çoğu kez iç içe geçmekle birlikte aydınlatma, tedavi (güvenlik) aydınlatması ve otonom (karar) aydınlatması ve risk aydınlatması olarak üçe ayrılır.⁽³²⁾

Tedavi aydınlatması, hastanın rızasını almaya yönelik olmayan, onu tıbbi müdahalenin gerekliliği konusunda bilgilendirmek ve tedavinin başarısı veya

sağlığına yönelik tehlikelerin önlenmesi için belirli davranış şekillerine uyması konusunda uyarma içerikli aydınlatma türüdür. Tedavi aydınlatması, bu yönüyle rızaya ilişkin bir unsur içermediği için cezai açıdan önemli değildir, ancak hukuki tazmin açısından sorumluluk gerektirir. Örneğin Yönetmeliğin 15/a maddesinde “hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği konusundaki aydınlatma” buna örnek verilebilir.

Otonom (karar) aydınlatması ise hastanın kendi kaderini bilerek ve isteyerek tayin etmesine fırsat verilmesi için gereken aydınlatmanın yapılmasıdır. Hekim tarafından hastaya, teşhis ve tedavi süreci, kabul görmüş alternatif tedavi yolları, tedavi/müdahaleyi reddetmesi halinde karşılaşacağı durumlar anlatılmalıdır. Amaçlanan husus, konuyu bilmeyen ve dolayısıyla karar verme iradesi olmayan hastanın iradesini oluşturmaktır. Yine Yönetmeliğin 15. Maddesinin b,c ve d fıkralarında bu tip aydınlatmanın örneklerini görmek mümkündür.

Risk aydınlatması, tıbbi müdahalenin icrasında gerekli dikkat ve özenin gösterilmesine rağmen, bu tıbbi müdahaleye bağlı olarak meydana gelmesi muhtemel ve önlenmesi tıp biliminin verilerine göre kesin olmayan kalıcı (daimi) veya geçici yan etkiler konusunda hastanın aydınlatılmasıdır. Bu husus da Yönetmelik md.15/ç de açıkça ifade edilmiştir.

Komplikasyon(izin verilen risk): Burada en önemli hususlardan biri de komplikasyon yani izin verilen risk kavramıdır. Komplikasyon tıbbi müdahalenin gerekli olduğu(endikasyon şartının oluştuğu) hallerde hekim tarafından gerekli dikkat ve özenin gösterilmesine karşın meydana gelen istenmeyen durumlardır. Komplikasyon durumlarında hekim elinden gelen tüm dikkat ve özeni göstermiş ve bu durumun gerçekleşme ihtimali de hastaya önceden bildirilmiş olmalıdır. Eğer tıbbi müdahalenin olası komplikasyonu sonucu hasta zarar görmüş ise ancak bu komplikasyonun gerçekleşme ihtimali konusunda gerekli aydınlatma hastaya yapılmamış ise hekim bu kez de aydınlatma yükümlülüğünü ihlal etmesi sebebi ile yine sorumlu olacaktır.

Nitekim Yüksek Mahkeme konuyla ilgili vermiş olduğu bir kararında da bu hususa işaret etmiştir. Şöyle ki; “22.12.2006 tarihli *Adli Tıp raporunda, enjeksiyon işleminin ve daha sonra gelişen deri altı yabancı cisim reaksiyonu sonrası uygulanan kortikosteroid tedavisi işleminin günümüz tıp kurallarına ve kozmetik cerrahisi tekniğine uygun bir işlem olduğu, daha sonra yüz bölgesinde gelişen lezyonların, bu işlem sonrası nadir gelişen komplikasyonlardan olduğu bildirilmiş ise de, davalının bu işlemi yapmadan önce davacıya işlemin*

muhtemel komplikasyonları hakkında bilgi verip vermediği, riskleri anlatıp anlatmadığı, özetle aydınlatılmış rıza alınıp alınmadığı konusunda bir inceleme yapılmamıştır...”⁽³³⁾

Riziko aydınlatmasında ve dolayısıyla komplikasyonda önemli olan, o ana kadar tıp biliminde bilinen oranlar değil, riskin ağırlığı ve muhtemel şekilleridir (34).Yine bu açıklamalara paralel olarak aydınlatmanın kapsamının genişlemesi veya daralması da olaya bağlı olarak değişebilir. Örneğin, şoför olarak çalışan bir hastaya tedavi uygulayan hekimin, tedavide kullanılan ilaçlar uyusturucu tesiri yapıyor ise aydınlatmasının kapsamı genişleyecektir. Diğer yandan hasta aynı zamanda bir hekim ise doğal olarak aydınlatmanın kapsamı da daralacaktır.

Aydınlatma yükümlülüğü ile ilgili Yargıtay kararlarının çoğunun riziko aydınlatmasına ilişkin olduğu görülmektedir. Örneğin Yargıtay 13.HD. davalı hekimin davacı hastaya derhal gözünden ameliyat olması gerektiğini bildirmesi üzerine hastanın ameliyat edilmesi ve sonucunda göz bebeğinin tamamen kaybolarak görme yeteneğini yitirmesi üzerine, aydınlatma yükümlülüğünün ihlali iddiası ile açılıp reddedilen davada, riziko aydınlatmasının yapıp yapılmadığının araştırılmasına yönünden aşağıdaki gerekçe ile yerel mahkemenin kararını bozmuştur. Yüksek Mahkeme bozma kararının gerekçesinde “Mahkemece yapılacak iş, Yüksek Sağlık Şurası raporu ile ameliyatı öncesi ve sonrası tüm gözlem raporları, tetkik sonuçları ameliyat raporu buna ilişkin tahlil sonuçları vs. ile birlikte davacının rahatsızlığı, yaşı ve diğer rahatsızlıkları birlikte değerlendirildiğinde böyle bir cerrahi operasyonda belirlenecek risk oranına göre hastanın aydınlatılmış rızasının alınıp alınmayacağı konusunda gerektiğinde hastanın da bizzat sevki suretiyle, üniversitelerinden ana bilim dallarından seçilecek konularında uzman doktorlardan oluşturulacak bir bilirkişi kuruluna dosya tevdi edilerek davalıya atfı kabil bir kusur bulunup bulunmadığı konusunda gerekçeli, dayanaklarını gösterir, taraf ve Yargıtay denetimine elverişli bir rapor alınması ve ortaya çıkacak sonuç çerçevesinde bir karar verilmelidir” şeklinde hüküm kurmuştur.

Vekâletsizleşme görme (izinsiz gelişen durumlar):Tıbbi müdahalenin icrası sırasında ve özellikle ameliyatlarda, devam eden ameliyattan başka bir ameliyat daha yapılması zaruri hale gelebilmektedir. Bu tip durumlarda hukuka uygunluk sebebi olarak öğretide varsayılan rıza kavramına dayanılmaktadır. Buna göre, hastanın önceki rızası esas alınarak ya da kişiliğini esas alarak hekim rızasını belirler ve müdahale diğer koşullarında varlığı ile hukuka uygundur.

Rızanın alınmasının mümkün olmadığı bu tip durumlarda varsayılan rıza kavramı değil kanaatimizce Vekâletsiz İş Görme Sözleşmesi hükümleri devreye girmektedir. Ortada aydınlatma ve de rıza yoktur, dolayısı ile vekâlet değil artık hekim vekâletsiz olarak iş görmektedir. Burada da hekim tıpkı vekâlet sözleşmesindeki gibi her türlü ihmalden sorumlu olacak ancak sorumluluğu daha hafif olarak değerlendirilecektir.(BK md.527) Nitekim Hasta Hakları Yönetmeliğinde 08.05.2014 Tarihinde yapılan düzenleme ile değişik md.24/5 e göre de “Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır.” Hükmü getirilmiş ve hastanın önceki olaylara dayanılarak muhtemel iradesinin ön planda tutulması gerektiği vurgulanmıştır. Vekaletsiz iş görme hükümlerinin tipik özelliğinin sonucu olarak, tıbbi müdahalenin genişleyeceği örneğin Yönetmelik md.24/7 ve 31/4 deki hallerde de md.24/5 hükmünün birlikte değerlendirilerek hastanın önceki olaylardaki iradesinden hareket edilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Değerlendirme ve tavsiyeler

Tıbbi müdahale yukarıda açıklandığı üzere tıbbi zorunluluk yani endikasyon koşulu ile yetkili sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmesine rağmen aydınlatılmış rıza yükümlülüğü ihlal edilmiş ise hatalı tıbbi müdahale yani tıbbi malpraktis olacaktır. Aydınlatma yükümlülüğünün ihlali hukuka uygunluk şartını ortadan kaldırdığı için, ceza ve özel hukuk anlamında ağır sonuçlara sebebiyet verebilmektedir. Ceza hukukunda aydınlatma yükümlülüğünün ihlal edilmesi,kasten yaralama veya öldürme fiilinin oluşmasına sebep olur. Kişinin müdahale sonucunda iyileşip iyileşmemesi önemli değildir.Burada zarar kavramı, özel hukuktakinden farklıdır. Örnek vermek gerekirse aydınlatma yapılmaksızın cerrahi operasyon geçiren bir hasta iyileşmiş olsa da ceza hukuku anlamında zarar kişiye neşter vurulmasıyla oluşmuştur. Hareket ve meydana gelecek netice hekim tarafından istenmiştir ve bu nedenle kasten yaralama fiili ile sorumludur. Ancak özel hukuktan farklı olarak hekim, ceza hukukunda hastayı aydınlattığını her türlü delille ispat edebilir ve şüpheden de yararlanır.

Diğer yandan özel hukukta yani tazminat davalarında zarardan bahsedilmek için kişide, malvarlığında maddi açıdan bir eksilme veya azalma meydana gelmelidir. Bu sebeple aydınlatılmış rıza alınmadan yapılan müdahale neticesinde hasta iyileşmiş ise genel olarak maddi bir zarar söz konusu olmaz. Ancak hasta kişilik değerlerinin zarar gördüğünden bahisle

manevi zarara uğradığını ileri sürerek manevi tazminat talebinde bulunabilir. Tazminat davalarında ise ispat yükü aydınlatma konusunda açıkladığımız kurallar uyarınca genelde hekim veya sağlık kuruluşunun üzerindedir.

Aydınlatma yükümlülüğünün ihlali halinde otaya çıkan cezai ve hukuki sonuçların esas sebebi güvenin kötüye kullanımıdır. Zira vekâlet ilişkisinde güven unsuru esastır. Hasta, konusunda uzman olan hekime hastalığının tedavisi için başvurur, çünkü hasta bu konuda bilgisizdir. Hekim, onu var olan durumu ve geleceği hakkında aydınlatarak bilgi sahibi olmasını ve karar alma iradesine sahip hale gelmesini sağlayacaktır. İşte vekâlet ilişkilerinde vekil edenin karar alma iradesinin sağlandığı bu nokta kanaatimizce en önemli müşterek husustur. Bu yüzden son olarak faydalı görülen hususlar tavsiye niteliğinde belirtilmiştir.

Pratik tavsiyeler

Aydınlatmanın şekli konusunda Hasta Hakları Yönetmeliğinde yapılan düzenleme ile birlikte artık uygulamada kabul gören bir çok husus mevzuata dahil edilmiş, Rıza Formlarının düzenlenmesi gerektiği belirtilmiştir. Ancak yine de bu formların geçerliliği her olayda ayrı ayrı değerlendirileceğinden, matbu formlar kullanmak yerine hastaya özel hazırlandığı belli olan ayırt edici formlar kullanılmalıdır. Zira yalnız şekil değil içerik olarak da aydınlatmanın yapıldığının ispatı gerekecektir. Bu formların ayır ediciliğini vurgulamak için bizzat hasta tarafından doldurulacak (doktorun ismi, teşhis, tedavi, yapılacak müdahalenin içeriği, bu müdahaleyi bilgi sahibi olarak kabul ettiği, bilgi verilen tarih ve müdahalenin yapıldığı tarih gibi) özel alanlar bırakılmalıdır. Bu formlarda tanık olarak personel ve/veya hastanın rızası ile yakınlarından birinin de imzası alınmalıdır. Ayakta tedavilerde ise yazılı aydınlatma zorunluluğu bulunmamakla birlikte önemli durumlar var ise bu konuda ispat açısından reçete veya formlara notlar düşülmeli, gerekirse imza alınmalıdır.

Kaynaklar

- 1) Göçmen, 19.02.2014 (Türkiye Barolar Birliği, 1-3 Kasım 2007) S.85
- 2) Ayan, 1991, s.5
- 3) Savaş A. , 2013Ü, s.28
- 4) Hakeri, 2012, s.110
- 5) 1983 Tarihli Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük de Rahim Tahliyesinin ancak Kadın Doğum uzmanları tarafından yapılmasına müsaade edilmektedir. Konu hakkında bkz. Hakeri, s.261
- 6) Danıştay, 2007
- 7) bkz. Savaş, s.38-39
- 8) TCK md.86/3 gereği ölümlü hallerde “...temel ceza olarak, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası

yerine yirmi yıldan yirmibeş yıla kadar, müebbet hapis cezası yerine onbeş yıldan yirmi yıla kadar, diğer hallerde ise on yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunabileceği gibi, cezada indirim de yapılmayabilir. (Ağır Ceza Mahk.)

TCK md. 88/2 gereği yaralama hallerinde “... verilecek ceza üçte ikisine kadar indirilebilir.” Denilmek suretiyle yaralama suçunda bir indirim sebebi olarak düzenlenmiştir.

9) Hakeri, 2012) s.664

10) 2219 Sayılı Hususi Hastaneler Kanunu “Madde 32 - Hususi hastaneler ihtisas daireleri içinde bulunan ve resmî makamlar tarafından para ile tedavi edilmek üzere gönderilen hastaları alır ve tedavi ederler. Ani bir ârıza veya kaza neticesinde müstacelen tedaviye muhtaç olan şahısların hususi hastanelere müracaat veya nakillerinde hastanece derhal acele tedavilerini yapmak mecburidir. Bunlardan fakir olanların yatırılarak tedavileri lâzımsa hastanenin parasız kısmına alınır. Parasız yatakları olmayan hastaneler bu fakir hastaları nakilleri kabil hale gelinceye kadar yatırarak tedavi ederler. Bu suretle yatırılan fakir hastalara ait gündelik tedavi ve ilaç paraları o yerin belediyesince ödenir.”

11) Özpınar, 2014, s.9

12) Hakeri, 2012, s.402

13) Petek & Gürbüz, 2013, s.77

14) Hakeri, 2012, s.408

15) bkz. (SAVAŞ A. , 2013, s.40 “1219 Sayılı Tababet ve Şuabat San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun md.70; 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu md.24; 2238 Sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Nakli Hk. Kanun md.6; 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hk. Kanun md.4,6; Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Tüzüğü md.13; Hasta Hakları Yön. 5.Böl.md.24-31; Biyotıp Sözl. Md.5 olarak sayılabilir.”

16) Petek & Gürbüz, 2013, s.61

Ayrıca Aydınlatılmış Onam/Rıza konusu her ne kadar yeni gelişen bir konu olsa da tarihimizde 1600 lü yıllara kadar uzanan “Rıza Senedi” adı altında ibra belgelerinin bulunduğu görülmektedir. Bkz. (Acıduman, 2012) (Yılmaz & Yılmaz)

17) Hakeri, 2012, s.269

18) Yargıtay, 1980

19) Yargıtay, 2011

20) Yargıtay, 2000

21) Hakeri, 2012, s.514

22) Örneğin: 1219 sayılı Kanun'un 70. maddesine göre, büyük cerrahi müdahalelerde rızanın yazılı olarak alınması gerekir. Yine TMK md. 23; 2238 sayılı Kanun ile 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ve HHY 6.Böl.md.34 de rızanın yazılı olarak alınması gereken haller belirtilmiştir.

23) Göçmen

24) Savaş H. A., 2012, s.276-278

25) Savaş H. A., 2012, s.277,278

26) Yargıtay, 2008

27) Hakeri, 2012, s.291

28) Bunun dışında Aydınlatılmış Rıza hususunda Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 14. maddesinde, TCK 90. maddesinde, Organ ve Doku Alınması Saklanması ve Nakli Hakkında Kanunun 7. maddesinde de düzenlemeler bulunmakla birlikte Hekimlik Meslek Kuralları md.26 da ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

29) Bkz (Hakeri, 2012, s.301: “Avusturya Yüksek Mahkemesi 16 yaşındaki bir gencin ameliyatı için sadece ebeveynlerden rıza alınması ve gencin aydınlatılmaması dolayısıyla hekimi kusurlu bulmuştur.”

30) Petek & Gürbüz, 2013, s.66

31) Hakeri, 2012, s.302

32) Petek & Gürbüz, 2013, s.65

33) Yargıtay, 2008)

34) Petek & Gürbüz, 2013, s.64

Hasta ve sağlık çalışanları gözünden son günler için son sözler, son görevler

Yrd. Doç. Dr. Sibel Doğan



1981 yılında Malatya'da dünyaya geldi. 2004-2012 yılları arasında Erciyes Üniversitesi bünyesinde öğretim görevlisi olarak çeşitli idari ve akademik görevleri yerine getirdi, aynı zamanda ERÜ Onkoloji Hastanesinde de kanser hastalarına, ailelerine ve sağlık personeline yönelik psikososyal destek programlarını yürüttü. 2012 yılından beri İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde görev yapmaktadır. Çalışma alanları psiko-onkoloji, yaşam sonu dönem sorunları, palyatif bakım ve dignity terapi'dir.

Hani seilmeyen, soğuk, ürkütücü gelen kelimeler ve o kelimelerin temsil ettiği kavramlar vardır. Çaresizlik hissettiren, korku salan, kabul edilip de aslında inkâr edilen, uzak görünen, üzerinde düşünmek yerine kaçınılan... İşte o kelimelerin, kavramların şahıdır ölüm. Bugün ölüm kavramının kullanımlarına bakıldığında, oldukça farklı anlamlarda kullanıldığı görülmektedir. Ölüm kavramını oldukça tartışmalı kılan yönü; ölümün bir süreç mi yoksa bir durum mu olduğuna ilişkin kuramsal tartışmaların varlığıdır. Şahsi kanaatim odur ki; ölüm bir durum olmaktan öte, çok bilinmeyenli kocaman bir süreçtir. Ölüm, insan hayatının önemli bir safhasıdır. Yaşam ve ölüm bir bütünü oluşturur. Bir gün ölecek olmak, dünyada var olmanın en temel parçasıdır. Tüm canlılar ölür, ama insanın ölümü üstüne pek çok kültürel anlam yükler. İnsan, gelecekte bir gün mutlaka öleceğini bilir. Hatta bu evrende, kendi ölümlülüğünün farkında olan tek canlıdır ancak insanoğlu çoğunlukla gerçek olmayan bir ölüm anlayışına saplanır. Kendi ölümlülük gerçeğiyle yüzleşmeye başladığında, varoluşunun yokluğu anlamına gelen ölüme ilişkin korku ve kaygı duyar. Günümüzdeki hızlı değişim ve gelişmeler bile, ölüm karşısında insanların korkusunu ortadan kaldıramamıştır. Sağlık açısından

bakıldığında; son yıllarda tıp alanında önemli gelişmeler olmasına rağmen hala "Kanser" gibi bazı hastalıklar ölümcül olmaya devam etmekte ve bu nedenle bireylerin yaşamları dramatik bir şekilde sona erebilmektedir. Tedavi edici yaklaşımların tükendiği kanser hastaları başta olmak üzere; tedavi süresince ya da ölüm anına kadar ve sonrasında yas sürecinde, hasta ve yakınlarının fiziksel ve psikososyal gereksinimlerinin karşılanması anlayışı giderek önem kazanmaktadır. Bu gereksinimlerin karşılanmasında ise palyatif bakım önemli bir yer tutmaktadır.

Palyatif bakım, hastanın acı çekmesinin giderilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasına odaklı bir bakım şeklidir. Hastaların ağrı ve diğer fizyolojik semptomlarının kontrol altına alınmasının yanında, hasta ve ailesinin psikososyal ve manevi gereksinimlerini karşılanması üzerine odaklanır. Ülkemizde "palyatif bakım" kavramı henüz yerleşmemiş olup sıklıkla "son dönem bakım" olarak düşünülmekte ve "ağrı kontrolü" ile eşdeğer tutulmaktadır. Bunun yanında, bakımın psikososyal boyutlarına çok az önem verilmekte ve hatta tıbbın kapsamının dışında ele alınmaktadır. Ülkemizde palyatif bakımın kavram olarak ve uygulamada yerleşmemiş olmasını statüko kavramı üzerinden yorumlamak istiyorum. Hepimizin bildiği gibi, statüko

değiştirilmesi zor bir şeydir. Bu, yaşamın pek çok alanında bilinen bir gerçektir, özellikle de tıpta. Rutin olarak yapılan uygulamaları değiştirmek, yerinden oynatmak ve yanına bir şeyler eklemek zordur. Mevzu bahis insan bakımı ve insanların nasıl tedavi edildiği olduğunda; statükoyu zorlamak çok daha zor olabiliyor. Tıpta teknolojik, biyolojik kalıplara öylesine odaklanılmıştır ki hastalara davranış şekli, önemsizmiş gibi görülür. Bakımın hassaslığı, sanki bakımın kendisi ile hiç de ilgili değilmiş gibidir ve sağlık çalışanlarının hastalara yönelik davranışları ve yaklaşımları bireysel kişilik özelliklerine kalmıştır. Bu bazen işe yarar, bazen ise yaramaz. Hele de söz konusu "yaşam sonu dönemde olan hastalara"... Tıpta yaygın olarak kullanılan bilindik adıyla "terminal dönem hastaları..."

Hangisi daha çok acı verir; fiziksel acı mı, duygusal acı mı?

Pek çok palyatif bakım müdahalesinin amacı, terminal dönemdeki hastanın çektiği ağrının daha az farkında olmasını sağlamaktır. Analjezinin var olan fiziksel acıyı azaltması veya yok etmesine karşın, duygusal acı duygusunu yok edememektedir. Ağrı gibi fiziki sıkıntıları atlamanın ve görmezden gelmenin güç olmasına karşın hastaların yaşadığı duygusal acı, daha az fark edilebilmektedir.



Bu; palyatif bakımda duygusal acının daha az önemli bir sıkıntı nedeni olduğu anlamına gelmez. Fiziksel semptomlarının palyatif bakım ünitesinde oldukça iyi biçimde kontrol edilmiş olmasına karşın; çoğu hasta, çektiği acıyı “tahammül edilemez” diye tanımlayabilmektedir. Bu “tahammül edilemez” acı elbetteki analjeziklerin üzerinde hiçbir etkisinin olmadığı “duygusal acı”dır. Yaşam sonu dönemindeki hastaların duygusal acı hissetmelerinin altında derin bir umutsuzluk duygusu, zamanının sınırlı olduğunu bilmesi, profesyonel hayatında ve kişisel hayatında her zaman sahip olduğu kontrolden vazgeçmeye mecbur olduğunun farkında olması, hayatta henüz tamamlayamadığı işlerinin, hedeflerinin olması ve yakında, ailesini yalnız bırakacak olduğunu bilmesi gibi nedenler bulunmaktadır. Fiziki açıdan ağrı gibi semptomların olmaması, mutlaka hastanın içsel huzur bulduğu anlamına gelmez. Ağrının yokluğunda bile, bazı hastalar kendilerini yaşamlarının anlam veya amacını kaybetmiş hissedebilir ve bir hastanın ifade ettiği şekliyle “nefes almak zulüm haline gelmiş” olabilir. Bu süreçte hastalar gibi aileler de beklentisel kayıp ve eli kulağında olan ölüm olgusuyla derinden etkilenirler. Hem hastalar ve hem de aileleri için “kayıp” ortak paydadır. Şimdilerde, palyatif bakım alanında hasta ailelerinin de duygusal acı düzeyini azaltmak, yaşam kalitesini arttırmak önemli bir boyut olarak karşımıza çıkmaktadır.

Duygusal acı nasıl giderilir?

Bu noktada elbette yapılacak pek çok şey var. İlk basamağın; sağlık çalışanlarının hastalarını anlama, onlara saygı duyma ve onlara nezaket göstermeleri olduğunu düşünüyorum. Bir hastaya onu anladığını, ona saygı duyduğunu ve nezaket içerisinde yaklaştığını göstermenin, özellikle beden dili aracılığıyla sayısız yöntemi vardır. Örneğin hastaya nazik bir dokunuş, hastanın yatak kenarında oturarak kısa süreli vakit geçirme gibi... Bütün bunlar hastaya şu mesajı iletir: “*Sen -bir bütün olarak- benim zamanımı ve saygımı hak ediyorsun...*” İçtenlik, koşulsuz saygı ve empatik anlayış; hastanın kendisini önemli, değerli hissetmesine ve duygusal acı hissinin azalmasına yol açar. Francis Peabody’nin dediği gibi; “Hasta bakımının sırrı, hasta için yapılan bakımdır.”

Sağlık çalışanları, yaşam sonu süreçteki hastalara; psikososyal açıdan da terapötik fayda sağlayabilmek ve duygusal acı düzeyini azaltabilmek amacıyla, yapacakları girişimleri belirlemek için aşağıda verilmiş sorulardan yararlanabilirler:

- “*Kendini ne kadar rahat hissediyorsun?*”, “*Seni daha çok rahatlatmak için yapabileceğimiz bir şey var mı?*” (Bu tür sorular; etkin semptom kontrolü ve semptom kontrolünde daha dikkatli olunması, hastaya özgü rahatlatıcı bakım

Bir hastaya onu anladığını, ona saygı duyduğunu ve nezaket içerisinde yaklaştığını göstermenin, özellikle beden dili aracılığıyla sayısız yöntemi vardır. Örneğin hastaya nazik bir dokunuş, hastanın yatak kenarında oturarak kısa süreli vakit geçirme gibi... Bütün bunlar hastaya şu mesajı iletir: “*Sen -bir bütün olarak- benim zamanımı ve saygımı hak ediyorsun...*” Francis Peabody’nin dediği gibi; “Hasta bakımının sırrı, hasta için yapılan bakımdır.”



Ölüm öncesi süreçte, fiziksel semptomları etkin şekilde azaltmak bile, hasta ve ailesini duygusal açıdan rahatlatmaya yetmez. İşte Dignity terapi ölümün kıyısında olan hastalar için; değer duygusunu devam ettirip güçlendiren, hastalara yaşamlarına dair anlam ve gaye sunan, duygusal acıyı azaltan, kişinin rollerinin, onurunun, umudunun otonomi/ kontrolünün korunmasını sağlayan, manevi sağlıklılığı iyileştiren, üzüntü ve depresyonu azaltan, hasta ve ailesinin ölüm için hazırlanmasına yardımcı olan özel olarak tasarlanmış bir konuşma terapisi.

uygulamalarının belirlenmesi ve değerli olduğunu hissedebilmesi için önemlidir.)

- “Bu hastalığın seni etkilemediği yönlerin var mı? “Şimdi hangi yönün en güçlü?” (Bu tür sorular; hastanın belirttiği yönlerini destekleyerek, güçsüzlük ve kontrol kaybı hissini azaltmak, kontrol duygusunu sağlamak ve devam ettirebilmek, benlik saygısını korumak, hastayı tedavi ve bakım ilgili kararlara katabilmek için önemlidir.)

- “Dikkatini hastalığından uzaklaştıran şeyler var mı?”, “Hala yapmaktan keyif aldığın veya alacağını düşündüğün şeyler var mı, varsa neler?” (Bu tür sorular; Hastanın anı yaşaması, rahatlayabilmesi için, dikkatini başka yöne çeken aktiviteler planlanabilmesi adına önemlidir (Örneğin günlük dışarı çıkmalar-gezintiler, hafif egzersizler, müzik dinleme gibi... Burada bir deneyimimi paylaşmadan geçemeyeceğim... Tokat’ın bir ilçesinden metastatik kolon ca nedeniyle, tedavi için hastanemize gelen ve özellikle geceleri yoğun ağrıları olan, 67 yaşındaki hastamız B. Bey’e, bu soruları sorduğumda türkü dinlemeyi çok sevdiğini, özellikle ozan Ali Kızıltuğ’dan özellikle “Yama Dağları” türküsünü dinlemek istediğini söyledi. Açıkcası bu ozanı ve türküsünü hiç duymamıştım. İnternette küçük bir araştırmayla bir müzik dinleme sitesinden bu türküyü ve sanatçının diğer türkülerini bulduk. Bir netbook temin edip, netbookla internete bağlanarak, hastaya türkülerini akşam saatinde 30 dk. süreyle dinlettik ve hastanede bulunduğu süre içerisinde hastanın yanında kalmasını sağlayarak ve özellikle ağrısının arttığı akşam saatlerinde ilgili türkülerini dinlemesi için hasta yakınının da yardımıyla bir plan oluşturduk. Hasta yakını, B. Bey’in türkülerini dinlerken, söyleyerek eşlik de ettiğini, keyfinin geldiğini, akşamları olan ağrı şikâyetinin azaldığını daha kolay uykuya daldığını ifade etti. Yapılan şey aslında çok basitti, dikkatini

hastalığından uzaklaştıran, ona özgü, onun istediği bir şeyi bakım rutinlerinin arasına sıkıştırmıştı sadece...)

- “Senin için en çok önemli olan kişiler kimlerdir?”, “En yakın arkadaşın, sırdaşın kim?” (Bu tür sorular; hastanın sosyal destek sistemini harekete geçirmek, yaşamındaki sevdiği önemli kişilerle ilişkisini sağlamak ve devam ettirmek, bunun paralelinde yalnızlık gibi duygularını gidererek, duygusal acı hissini azaltabilmek için önemlidir.)

- “Hala mümkün olduğunu düşündüğün şeyler neler?” (Bu tür sorular; hastanın umut- umutsuzluk durumunu ve umut kaynaklarını belirlemek için önemlidir. Umut bir çıkış yolu olduğu hissidir ve bir hastanın hastalık gibi bir tehdidi; nasıl algıladığını, buna vereceği yanıtı, bu yanıtın etkinliğini etkileyebilmektedir. Ben, tıpta mucize diye adlandırılan şaşırtıcı hasta sonuçlarının, hastanın umut düzeyi ile de ilgili olduğunu düşünüyorum.)

- “Hastalığının sonraki dönemleri hakkında konuşmak istediğin şeyler var mı?”, “Yakın zaman içerisinde yapmak veya tamamlamak istediğin şeyler var mı?” (Bu tür sorular; ölüm kaygısı-ölüm korkusunun tespiti, ele alınması, gerektiğinde manevi ve dini destek sağlanabilmesinde olduğu kadar; ölmeden önce hastanın tamamlamak istediği işleri bitirebilmesinde, hastaya destek ve yardımcı olabilmek için de çok önemlidir. Bizim kültürümüzde, yaşam sonu süreçteki pek çok hasta, çoğu zaman kendilerinden gizlense de ölüme yaklaştığını bilir. Ölüme yaklaştığı aşikâr olan hastalarla, bu konuda konuşmak, doğrudan soru sormak oldukça zordur, bu konuyu paragrafın başında belirttiğim sorular ve diğer benzer sorularla ele almak, belki daha kolay bir yol olabilir ve hastanın ölüm öncesi daha huzurlu olmasına katkı verecek planlamalar yapılabilmesine de olanak sağlayabilir.

Peki, daha fazla ne/neler yapılabilir?

Yaşam sonu süreçteki hastalar için, hep daha farklı ve 'daha fazla, daha farklı bir şeyler yapılabilir'- 'daha fazla, daha farklı bir şeyler yapılmalı' şeklindeki inancım, beni bir arayışa sürükledi. Çünkü hastanelerde çok sık duyduğumuz; "Yapacak bir şey kalmadı hastanızı evine götürün" veya "son nefesini yoğun bakımda ver-sin" anlayışı yıllardır hep içimi acıtmıştır. İşte bu arayış içerisinde yeni bir kavramla tanıştım; "Dignity Terapi"... Uygulamasını yerinde görmek ve bu eğitimi almak için Kanada'ya, Mannitoba Palyatif Bakım Enstitüsü'ne doğru yola çıktım. Benim için farklı ve etkileyici bir eğitim deneyimi olan "dignity terapiyi" sizlere tanıtmak istiyorum.

Palyatif bakımda yeni bir boyut; "dignity terapi"

Dignity terimi "onur, saygı ve takdire değer olmak" anlamına gelir. Dignity Terapi; Kanada-Manitoba Palliative Care Research Unit direktörü Dr. Harvey Chochinov tarafından yaklaşık 10 yıl önce ve esasında palyatif bakım hastaları için geliştirilmiştir. Ölümüne yaklaşan, yaşamının son aylarında, haftalarında ve günlerinde yaşamına dair anlam ve gaye yokluğunun neden olduğu sıkıntılara, duygusal acıya sahip hastalara yönelik, uygulanabilir, özel palyatif bir bakım müdahalesidir. Dignite Terapisi; kanser başta olmak üzere, nörodejeneratif hastalıklar (örneğin; musküler distrofi ve ALS gibi), son dönem böbrek hastalığı, son dönem KOAH gibi hastalığa sahip hastalarda başarılı bir şekilde kullanılmaktadır.

Günümüzde özellikle palyatif bakım alanındaki sağlık çalışanları; hastalar ve bu hastaların aileleri için duygusal acı çekmeyi nasıl azaltabilecekleri konusuna yoğunlaşmışlardır. Çünkü ölüm, sağlık çalışanlarının yaşamı koruma ve sürdürme amacına ters düşmekte bu nedenle de ölümü beklenen hasta ile etkileşimde, iletişimde, müdahalelerde güçlükler sıklıkla yaşanmaktadır. Ölüm öncesi süreçte, fiziksel semptomları etkin şekilde azaltmak bile, hasta ve ailesini duygusal açıdan rahatlatmaya yetmez maalesef. İşte Dignity terapi ölümün kıyısında olan hastalar için; değer duygusunu devam ettirip güçlendiren, hastalara yaşamlarına dair anlam ve gaye sunan, duygusal acıyı azaltan, kişinin rollerinin, onurunun, umudunun otonomi/kontrolünün korunmasını sağlayan, manevi sağlamlığı iyileştiren, üzüntü ve depresyonu azaltan, hasta ve ailesinin ölüm için hazırlanmasına yardımcı olan özel olarak tasarlanmış bir konuşma terapisi.

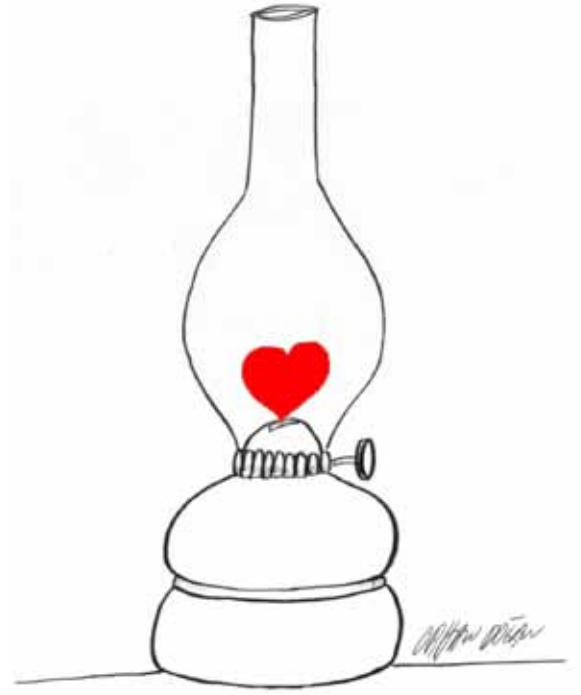
Dignity terapi genelde bir seans ve bazen de iki seans sürer. Her seans ortalama 45 dk'dan oluşur. Dignity tera-pide; hastalar kendileri için en çok önem arz eden şeyler hakkında, kendilerinden daha uzun süre yaşayacak olan sevdikleriyle paylaşmak istedikleri şeyleri veya hatıraları hakkında sohbet etmeye davet edilir. Sohbetler sesli biçimde kaydedilir ve sonra yazıya dökülür. Bu şekilde, daha sonraki yıllara kalacak olan bir belgenin -yani gelecek olan nesiller için, etkisi hastanın ölümünün ötesine geçecek olan bir belgenin- yaratılmasına imkân tanınmış olur. Bu aynı zamanda hastanın kendisini kabul edilmiş, değer verilmiş ve onurlandırılmış hissetmesini sağlar.

Dignity terapi; yaşam sonu süreçteki hastalar için; hatıralarını, duygularını ve düşüncelerini, isteklerini, teşekkürlerini paylaşmanın belki de son bir fırsattır. Hastaların geriye bırakmak istedikleri özel talimatlar veya belli kişilerle paylaşmak isteyebilecekleri öğütler olabilir. Dignity terapi; hastaların, ölümünün ardından ortaya çıkacağını öngördükleri konuları ele almalarına da olanak tanır. Hastaların "yaşamın var olmaktan, daha fazlası olduğu" duygularını hissetmelerine ve yaşamdan anlam bulmalarına fırsat verebilir. Aileler içinse, terapi sonrası oluşturulmuş belgenin, yas sürecinde aile üyelerine yardımcı olduğunu ve belgenin bir tür rahatlama ve huzur kaynağı olduğunu yapılan pek çok çalışma vurgulamaktadır.

Yakın gelecekte palyatif bakım içerisinde dignity terapinin kullanımının yaygınlaşacağına ve ölüm sürecinin daha huzurlu hale getirilmesinde hastalara yararlı olacağına inanarak; kanserden ölmeden önce bir kadın hastanın, çocuklarına son sözleri ile satırlarımı sonlandırıyorum: "Sadece mutlu olun ve elinizden gelen en mutlu yaşamı yaşayın. Kendinizle barışık olun. Hiç kimsenin mükemmel hayatı yoktur ama yine de kendi yaşamınızdaki olayları çözün ve olabileceğiniz en mutlu kişi olun."

Kaynaklar

- 1) Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care: spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer* 2002;10:272- 80.
- 2) Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *Journal of the American Medical Association* 2000; 284: 2907-11.
- 3) Breitbart W, Bruera E, Chochinov H, Lynch M. Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 1995;10:131- 41.
- 4) Breitbart W, Chochinov HM, Passik SD. Psychiatric aspects of palliative care. In: Doyle D, Hanks GW, MacDonald N, editors. *Oxford textbook of palliative medicine*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1998.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

- 5) Byock I, Miles SH. Hospice benefits and phase I cancer trials. *Ann Intern Med* 2003;138(4):335-7.
- 6) Chochinov HM, Breitbart W, editors. *Handbook of psychiatry in palliative medicine*. New York: Oxford University Press; 2000.
- 7) Chochinov HM. Psychiatry and terminal illness. *Can J Psychiatry* 2000;45:143-50.
- 8) Chochinov HM. Dignity conserving care: a new model for palliative care. *JAMA* 2002;287:2253-60.
- 9) Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al. Understanding will to live in patients nearing death. *Psychosomatics* 2005;46:7-10.
- 10) Chochinov HM, Hack T, McClement S, et al. Dignity in the Terminally Ill: An Empirical Model. *Social Science and Medicine* 2002;54(3):433- 43.
- 11) Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al. Dignity in the terminally ill: a cross sectional cohort study. *Lancet* 2002;360:2026-30.
- 12) Chochinov HM. (2012) *Dignity therapy*. Oxford University Press, New York- USA.
- 13) Geçtan E. (1998) *Varoluş ve Psikiyatri, Remzi Kitapevi: İstanbul*.
- 14) Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Ölüm ve Ölüm Kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi (Archives Medical Review Journal)* 2012; 21(1):42-79
- 15) Kübler-Ross E. (1997) *Ölüm ve Ölmek Üzerine*, Çev.: Banu Büyükal, İstanbul: Boyner Holding Yayınları.
- 16) Moss B. *Death Studies at University: New Approaches to Teaching and Learning*, Mortality, 2000;5(2):205-14.
- 17) Schopenhauer A. (2005) *İsteme ve Tasarım Olarak Dünya*, Çev.: L. Özser, Biblos Yayınevi. İstanbul.
- 18) Tanhan F. Ölüm kaygısıyla baş etme eğitiminin ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olma düzeyine etkisi. *AÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara*, 2007.
- 19) Tanhan F, An F. Üniversite öğrencilerinin ölümüne verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*: 2006; 3: 34-43.
- 20) Thomas C, Morris SM, Clark D. Place of death: preferences among cancer patients and their carers. *Soc Sci Med* 2004;58(12):2431-44.

Günahsız suçlu, günahkâr kötüler

Lokman Ayva



1 Haziran 1966'da Konya, Başköy'de doğdu. Boğaziçi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü'nü bitirdi. Yüksek lisansını Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde tamamladı. Beyazay Derneği Genel Başkanı, Fiziksel Engelliler Vakfı Yönetim Kurulu Üyesi olarak görev yaptı. Türkiye Körler Federasyonu Genel Kurul Üyesi oldu. Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Koruma Derneği, Fiziksel Engelliler Vakfı ve İstinye Rotary Kulübü Hizmet Ödülleri'ni aldı. İstanbul Özürlüler Merkezi Genel Koordinatörlük görevini yürüttü. 22. Dönem İstanbul Milletvekili olarak görev yaptı. Çok iyi düzeyde İngilizce ve orta düzeyde Arapça bilen Ayva, evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Bu gönül nâmemizde dile getireceğim hususu açıp açmamayı çok düşündüm. Sonra "Dertleşmek de bir bayram geleneği, kalpler kalp sahiplerine açılır" şeklinde bahaneler bularak bu satırları birbiri ardınca dizmeye başladım. Amerika'da 1992 senesinde bir çalışma ziyaretindeyken, 22 yaşında genç bir kız bizi yemeğe götürmüştü. Yemekte salata da vardı ve her şeyi merak eden bizler salatada nelerin olduğunu sorduk. "Cucumber" olduğunu duyunca hafızayı epey bir zorladıktan sonra hatırladık ki "hıyar" demekti. Yüzdeki tebessümü gören ev sahibesi kız, neden güldüğümüzü sordu. "Cucumber'ın argo anlamı aklımıza geldi de o yüzden." dedik. Bir meraklı biz miyiz, o da geri kalmayıp ne için kullanıldığını sordu. Biz de belli tip insanlara söylendiğini ifade ettik. Sormasın mı "Ne tip insanlara dersiniz?" diye. Gözümün önüne getirmeye çalışıyorum, kimlere "hıyar" dediğimizi fakat tarif edemiyorum. Aradan dakikalar geçti. Sözleri yuvarlayarak konuyu kapattık.

Hıyar aslında benim çok sevdiğim bir yiyecektir. Ama neden çok da kendilerine bayılmadığım tiplere söylüyorum bilmiyorum. Bitki olarak da insanlara ve tabiata faydalı olmaktan başka hiçbir kaygısı olmayan bir bitki. Kendilerine bu sıfatı uygun gördüklerimiz öyle mi ya?

Pek çok hayvanı da bu maksatla yani insanlara hakaret, onları kötü ifade etmek için kullanırız. "Maymun", "eşek", "öküz", "katır" kelimelerini burada yazarken bile,

"af edersiniz" yazmamak için kendimi zor tutuyorum. Bu kelimeleri ağzıma alınca sanki kendime, size karşı bir saygısızlık yapmış gibi hissediyorum. Ama aklım buna izin vermiyor. Bu hayvanlar insanlara bir kötülük yapmadı ki... Bir eşeği düşünün. Yükledik odun, yükledik eşya, yükledik insan taşıdılar. Yüklemedik hiçbir şey yapmadılar. Zavallılar bazen işkence anlamına gelen davranışlarına bile ölene kadar tahammül ettiler. Bizimle kalkıp kavgaya bile etmediler. Onlara o isimleri de verenler insanlar, sonra o isimleri birbirlerine hakaret için kullananlar da insanlar. Bir de bu sıfatları kullandığımız insanları düşünün. Bu hayvanların tırnağı olabilirler mi acaba? İnsana eziyet onlarda, kabalık, zorbalık, dayatma onlarda. Bırakın faydalı olmayı zarar vermeseler yetecek.

Hakaret yapabilmek için haksızlık yapma tutum ve davranışımız hayvanlar veya bitkilerle sınırlı kalsaydı keşke. Bazen kadınlık kavramlarını kullanıyor, bazen ırkları, bazen belli bölgeden olmayı kullanıyoruz. Bu saydıklarım azalmakla beraber belli bir kesim var ki hâlâ en yüksek seviyede dolaylı hakaret görüyor. Kimler biliyor musunuz? Sakatlar, engelliler, özürlüler alt kategori olarak körler, topallar, çolaklar, geri zekâlılar, sağırılar, kötürümler, spastik, ahraz, idiot (ileri derecede zihinsel engelli), deli, şizofren, paranoyak, mongollar.

Bu konuda "Kendileri isteyerek mi böyle oldular", Allah sizin de başınıza versin, "beter olun" falan demeyeceğim. Zira bunu konuşmak ve bir haksızlığı

gidermek için medeniyet çorbamıza bir zerre tuz atmak istiyorum. Bunu da konuşmak için en uygun kişinin siz olduğunuzu düşünüyorum. Bayram gibi yüce bir geleneği sürdüren, ilgilenen, dostluk duygusuna sahip, kısaca insan olan ve bu yazıyı buraya kadar okuma lütfunda bulunan bir kişiden başka kimle konuşabilir, derinlemesine bir iç dünya paylaşımı kimle yapılabilirdi ki...

Birçok dostumuzun yakından bildiği gibi ben kör birisiyim. Bundan da ne utanır, ne de bununla övünürüm. Şahsıma "kör" denmesi veya bu kategoride sayılmaktan da asla rahatsız olmam. Amma velakin kaldırımda veya koridorda birine çarpan birisine bağırarak "kör" denmesinden aşırı derecede rahatsız olurum. Düşünebiliyor musunuz, bu sıfatın uygun görüldüğü kişiyle şahsımın aynı sığata sahip olması. O ki, başkalarına zarar veririm, vermez miyim diye hassasiyet göstermeyen, dünyanın merkezine kendini koyan ve dikkat göstermeyen bir kişi. Ya ben? Allah sizi inandırsın görenlerin bana çarptığı kadar zerre ışık görmeyen bir kör olan ben görenlere o kadar çarpmadım. Bana yapılan bir ikazı aktarırsam durumu daha iyi açıklamış olurum: "Lokman, lütfen bildiğin bir mekân bile olsa bastonunu aç. Aksi halde senin kör olduğunu anlamıyorlar ve çarpıyorlar." Heyhat, benim beyaz baston bana yol göstermekle kalmıyor, meğer birçok insancığa da deniz feneri oluyormuş. Pardon, bu yazdıklarımın "Görenler görmüyor, körler görüyor" gibi bir anlam da çıkmasın. Tabi ki körler görmezler. Burada karıştırılmaması gereken görenin



görmesi doğal, körün de görmemesi doğaldır. Gören kişi görmesi gerektiği şeyleri görmezse ona “kör” değil, başka bir şey demek gerekmez mi?

En çok da bu konuda “zihinsel engelli” veya “zihinsel özürlü” ifadesiyle gerçekten zihinsel engelli olanlara hakaret edilmesidir. Zihinsel engelli birinin anlayamaması, geç anlaması veya karmaşık meseleleri küçük parçalara bölerek anlaması son derece doğaldır. Herkesin ve kişinin kendisinin de “zeki” veya “akıllı” kabul ettiği kişilerin iyi niyetli veya kötü niyetli olarak anlayamadığı durumlarda neden onlara “zihinsel özürlü” demeye kalkışıyoruz ki? Bu konunun birkaç boyutu var:

1. Bir kişi karşısındakine “zihinsel özürlü” diye bağıırıyorsa belli ki aslında karşısındakini zeki ve akıllı kabul ediyor ve kızdığı için bir hakaret kelimesine ihtiyacı olunca bunu bulup kullanıyor. Hiçbir insan zihinsel özürlü birine bu şekilde bağıırıp hakaret etmez.

2. Aynı zamanda hakaret eden kişi, şöyle bir çelişkiyi de yaşıyor: “Geri zekâlı” dediği kişiyi akıllı kabul ediyor. O zaman da kendi zekâsıyla ilgili de bir soru işareti gerektiriyor.

3. Öte yandan eğer akıllı zannettiğimiz kişi gerçekten anlayamıyorsa o zaman ona ne diye hakaret ediyoruz ki. Gerçekten zihinsel özürlü ise bunu kabul edelim ve ona göre anlatma yöntemi uygulayalım, o da rahat etsin, hakaret etmek durumunda kalan da rahat etsin.

Şu soruyu da doğrusu kendime sordum: İnsanlar birbirlerine hakaret için hiçbir suçu günahı olmayan, kötülüğü aklından bile geçiremeyen bitki, hayvan ve insan isim ve sıfatlarını kullansalar ne olur? Keşke “Hiçbir mahsuru olmaz” diyebilseydim. Zira çok ciddi temel iki mahsurunu fark ettim. İlki hiçbir suçu, günahı, kötülüğü olmayan varlıkları kötü gösteriyoruz. Bu, ciddi bir haksızlık. Göz göre göre bir günde belki yüzlerce haksızlığa yol açıyoruz. Bu tür haksızlıklar

Pek çok hayvanı insanlara hakaret, onları kötü ifade etmek için kullanırız.

“Maymun”, “eşek”, “öküz”, “katır” kelimelerini burada yazarken bile, “af edersiniz” yazmamak için kendimi zor tutuyorum. Bu kelimeleri ağzıma alınca sanki kendime, size karşı bir saygısızlık yapmış gibi hissediyorum. Ama aklım buna izin vermiyor. Bu hayvanlar insanlara bir kötülük yapmadı ki...

yapmaya ne hakkımız var? Elbette ki haksızlığa yol açmak için kimsenin hakkı da olamaz zaten. Diğeri ise şu: Özellikle insanların sahip olduğu o sıfatı hakaret olarak kullanınca o sıfatı taşıyan kişiye “Sen bu sıfatından utanmalısın” mesajı veriyoruz. Mesela birine “kız Mehmet” diyerek belki Mehmet’e hakaret ediyor ama kızlara da “Kız olmanızdan dolayı utanın” mesajı veriyor. Bu ise çok ciddi bir insanlık ve medeniyet sorunudur. İnsanlık medeniyetimiz kendi kazanmadığı sıfatlardan dolayı utanmamızı, çekinmemizi, mahcubiyet duymamızı asla gerektirmemeliydi. Biz gelişe gelişe bu noktaya mı gelebildik?

Yukarıda en kaba hatlarıyla arz etmeye çalıştığımız hususun en önemli masumiyet boyutu farkında olarak değil de alışkanlık nedeniyle yapılıyor olması. Farkında olmayarak da olsa başkalarına haksızlık yapılması yanlıştır. Tabi insanlar hakaret etmek istediklerinde yerine başka kelimeler bulmak zorunda kalacaklar ve kolay da değil. Bir kelimenin hakaret boyutuna ulaşması için belki onlarca yıl gerekecek. Belki hakaret kelimelerden bir ayıklama yapılarak kullanılacak olanları da bulunabilir. Ancak müsaadenizle ben o konuya girmeyeyim. Çünkü hakaret etmeden kendimi ifade etme noktasında kendimi eğitmeye çalışıyorum. Böylesi daha mantıklı ve medeni geliyor bana. Bayramlarda da hakaret kelimelerinin en az tüketildiği zamanlar ve şahsım olarak hiç rahatsız değilim. Ümidim ve dileğim de öyle. Bu manada da her günümüz bayram olsa da hep beraber bayram etsek ve günahsız kişileri de suçlu, günahkâr ve kötü ilan etmesek.

Arel-Ezgi ses sistemi üzerine bir eleştiri

Doç. Dr. Hanefi Özbek



1965'te Sivas'ta doğdu. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi (1991). Van Kapalı Cezaevi'ne tabip olarak atandı (1991). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık-Kültür ve Spor Dairesi Başkanlığı tabip kadrosuna naklen geçti (1993). Van Türk Musikî Derneği'ni kurdu (1993). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Müzik Eğitimi Bölümü'nü kuruluşunda görev aldı (1994). Farmakoloji ve Toksikoloji doktorasının ardından (1998) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yardımcı doçent doktor olarak göreve başladı (1998). Sağlık Bakanlığı'na ilaç ve Eczacılık Genel Müdür Yardımcısı olarak geçti (2008). Tıp Farmakoloji alanında doçent unvanını aldı (2011). Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi ve Güzel Sanatlar Tasarım ve Mimarlık Fakültesi Dekan vekilidir. Dr. Özbek, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Tarih, insanlığın birikimlerini yazıya dökmeye başlayıp kayıt altına almasıyla birlikte farklı bir boyut kazanmıştır. Her bir kayıt "bir hatırlatma" olmasının yanında aynı zamanda bir "belge" niteliğinde olup insanlığın sonsuzluğa erişme çabalarının bir nevi tezahürü olarak da kabul edilebilir. Bu bağlamda müzik sistemlerinin de çeşitli yönleriyle kayıt altına alınması ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Örneğin şarkı, türkü, saz eseri gibi müzik eserlerinin yazıya (notaya) dökülmesi hususu bu ihtiyaçlardan biridir.

Elimizdeki kaynaklara göre, müzik eserlerini yazıya dökme işlemini tarihte ilk kez Sümerlerin başardığı (yani notayı buldukları ve kullandıkları) bilinmektedir. Tarihsel süreç içinde müzik ses sistemleri de gelişmiş ve sistemin ihtiyaçlarına göre nota yazım şekilleri değişime uğramıştır. Bugün aynı müzik sistemi içinde bile, ihtiyaca göre birden fazla çeşitte nota yazım şekli kullanılır hale gelmiştir. Türk Müziği de tarihsel gelişimi içerisinde birçok farklı nota yazım şekli ile kayıt altına alınmaya çalışılmış; Ebced, Kantemiroğlu, Hamparsum ve Batı Müziği notası gibi çeşitli nota yazım sistemleri Türk Müziğinde kullanılmıştır. Bugün itibarıyla Türk Müziğinde, "Arel-Ezgi ses sistemi" denilen ve Rauf Yekta Bey (1871-1935), Dr. Zühdü Suphi Ezgi (1869-1962) ve Hüseyin Sadettin Arel (1880-1955)'in Türk Müziği ses sistemi teorisi ve Batı Müziği nota sistemini temel alarak geliştirdikleri nota yazım şekli

kullanılmaktadır. Bu sistem TRT nota arşivi, konservatuvarlar, müzik bölümleri ve müzik dernekleri gibi Türk Müziği çevrelerinde halen yürürlüktedir. Türk Halk Müziği notasyonunda kullanılan sistem ise biraz daha farklıdır.

Kullanılacak teori ve nota yazım sistemi, ilgili müzik ses sisteminin ihtiyaçlarını yeterince karşılayabilmeli ve müzik eserlerini tereddüde yer bırakmayacak ölçüde kayıt altına alabilir olmalıdır. Bunun için müzik pratiğinin dayandırıldığı teorik sistemin ve notasyonun çok iyi kurgulanmış olması gerekir. Yani müzik teorisi, müzik pratiğini ne kadar iyi ifade edebiliyorsa o kadar başarılıdır. Bu hususta "Arel-Ezgi ses sistemi" hem oturduğu teorik altyapı hem de notasyonu ile tartışma konusu olmuş, Türk Müziği çevreleri "Arel"çiler ve "diğerleri (geleneğeçiler)" şeklinde ikiye bölünmüştür. "Arelçiler" Arel-Ezgi sisteminin yeterli olduğunu savunurken "diğerleri" bu sistemin Türk Müziği'ni yeterince ifade edemediğini, pek çok makamın özelliklerini kayıt altına alıp aktarabilecek bir yeterlikte olmadığını ileri sürmektedirler. Bu yazıda Türk Müziği'nde halen kullanılmakta olan "Arel-Ezgi" ses sistemi bazı yönleriyle tartışılmıştır.

Türk ve Batı Müziğinde kullanılan sesler

Sesler (notalar) birbiri peşi sıra sıralandığında (Do, Re, Mi, Fa gibi), Si sesinden sonra tekrar başa döndüğü

görülmektedir (Do, Re, Mi, Fa, Sol, La, Si, Do, Re, Mi, Fa, Sol, La, Si, Do, Re, Mi, ... gibi). Birinci ses Do olduğunda sonuncu ses de yine Do olmaktadır (Do-Do arası toplam sekiz adet ses). Bu nedenle böylesi bir ses dizisine sekizli (oktav) adı verilmektedir. Bu seslerden beşi arasında (*Do-Re, Re-Mi, Fa-Sol, Sol-La ve La-Si*) tam ses aralığı var iken, ikisi arasında (*Mi-Fa ve Si-Do*) yarım ses aralığı bulunmaktadır. Tam sesleri de ikiye bölüp her birini iki adet yarım ses haline getirdiğimizde, bir oktavlık alanda toplam 12 adet yarım ses bulunacaktır. Yani bir oktavlık ses alanı 12'ye bölünmüş olacaktır. İşte piyanoda kullanılan ses sistemi, dolayısı ile Batı Müziğinde kullanılan ses sistemi, genel itibarıyla bu 12 yarım sesli (tampere) sistemdir. Türk Müziğinde ise bir oktavlık alan 53'e (elli üç) bölünmekte ve bu 53 sestten her birine bir koma adı verilmektedir. Yani bir oktavlık ses alanı 53 komadan oluşmaktadır. Arel-Ezgi ses sistemi, yukarıda bahsedilen 53 komanın 24 adedinin Türk Müziğini yeterince ifade edebileceği iddiasındadır. Bu konudaki diğer iddialar ise 17 adet, 21 adet veya 40 adetten fazla ses kullanılması gerektiği şeklinde muhtelifdir.

Arel-Ezgi sistemi (nazariyesi) ile ilgili eleştiriler

Yalçın Tura (1934-) şöyle söylüyor: "*Sanat, nazariyeleri ve yorumları aşarak yaşamaya devam etmektedir. Hayatı, gerçeği göz önüne almayan nazariye ter-*



kedilmeye mahkûmdur. Bin yıllık pratik'i göz ardı eden ve onu, kendi hayâlî çerçevesine sıkıştırmaya çalışan bir nazariye, ilimle hayatla çelişmektedir. Nazariye, zaten, birtakım olaylar çokluğunu, belli bir düzen ve esas üzerinde toplamaya çalışan bir görüşten, bakıştan ibarettir. Bu bakış, olaylarla çatışıyor, onların önemli bir kısmını dışarıda bırakıyor, yorumlamaktan âciz kalıyorsa, başarısızlığını, geçersizliğini de ilan ediyor, demektir." Yalçın Tura bu sözleriyle Arel-Ezgi sisteminin 1000 yıllık Türk Müziği pratiğini göz ardı ettiğini, Türk Müziği uygulaması ile teorisinin birbiriyle çatışmaması gerektiğini, aksi takdirde pratiğin değil teorisinin yanlış olacağını, yani Arel-Ezgi sisteminin yanlış, başarısız, dolayısı ile de geçersiz olduğunun altını çiziyor.

Cinuçen Tanrıkorur (1938-2000) diyor ki: "Arel-Ezgi sistemi, paletinde siyah ve beyaz gibi sadece iki ana renk bulunan Batı dizisini Türk müsikisine uygulamak isteyen bir üniformlaştırma (tempérament) teklifi olduğu için icra ile bağdaşmaz; nitekim hiçbir müzisyen bu sistemin perdeleriyle çalmamakta, daha doğrusu -kulağa aykırı olduğu için, istese de- çalamamaktadır." Tanrıkorur da Arel-Ezgi sisteminin Türk Müziğini ifade etmekten uzak olduğunu belirtiyor.

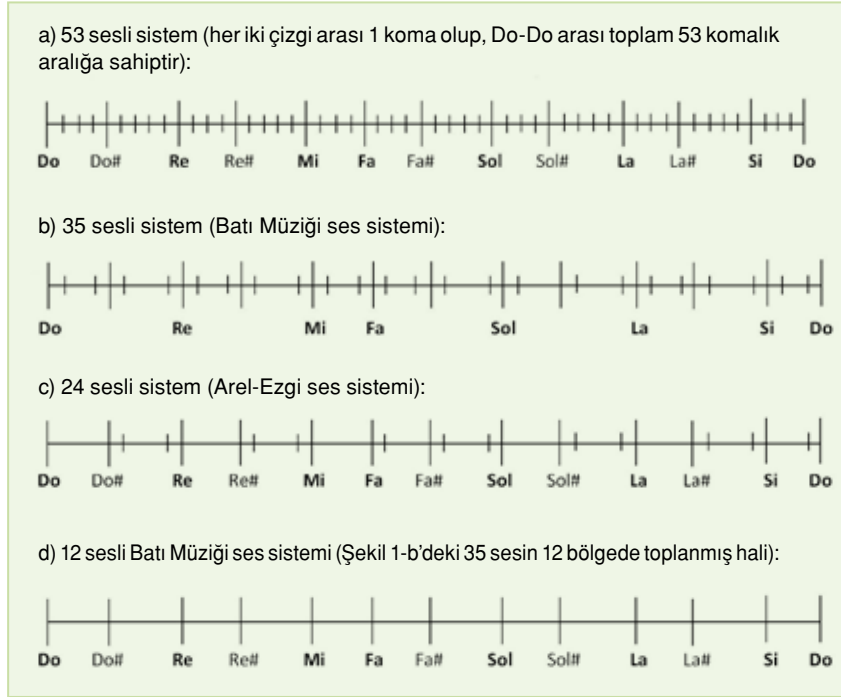
Yalçın Tura'nın yazdıklarına devam ediyoruz: "Eski nazariyatçılar, ezgi teşkiline yarayan aralıklar arasında, tatbikata, bilhassa üç tanesine ehemmiyet vermiş, onlara yaklaşan öteki nisbetleri ise, duruma göre, birine ya da ötekine denk kabul

etmişlerdir. Bu üç aralık, küçükten büyüğe doğru, sırasıyla: Bakıyye, mücenneb ve tanîni, diye adlandırılan aralıklardır. Bakıyye ve tanîni aralıklarını şimdilik bir yana bırakıp, burada, öncelikle ve bilhassa, mücenneb aralığının üzerinde durmak istiyoruz: Zira günümüzde, üzerinde en çok münâkaşa edilen ve bize göre, Türk Müsikisine, başka müsikilerde bulunmayan, karakteristik renkler, hususiyetler veren seslerimiz, mücenneb bölgesi, diye adlandırdığımız bölgede yer alan ve yanibaşlarındaki seslerle mücenneb aralıkları meydana getiren seslerdir.

Arel-Ezgi sisteminde, (...) sekizli, "gayri müsâvî" 24 aralığa bölünmekte ve temel sesin sekizlisiyle birlikde, 25 ses elde edilmektedir. (...) Gerek Arel ve Ezgi, gerek onların takibçileri, bu şekilde elde edilen seslerin, Batı ses sistemindekilerden fazla ve farklı olduğu görüşündedirler ve bu hususları, Türk Müsikisinin en büyük zenginlik kaynakları arasında saymaktadırlar. Gerçekte ise durum öyle değildir: Zira Türk Müsikisi ses sisteminde yer aldığı iddia edilen sesleri, Arel, Ezgi ve Uzdilek'e göre hesaplar ve icra etmeye kalkarsak, bunların, tamamen ve aynen Batı ses sistemi içinde de bulunduklarını, yazıldıklarını ve kullanıldıklarını görürüz. Hattâ Batı, bu hususta daha da ilerdedir, zira Batı ses sistemi içinde, bir sekizlide 35 (ilk sesin sekizlisi ile 36) ses yazılabilmekte ve kullanılabilmektedir. Arel-Ezgi sistemi, Batı ses sistemiyle aynı yapıya sahiptir; fakat Batı sisteminden 11 ses eksik, dolayısıyla, daha fakir bir ses sistemidir.

Arel-Ezgi sistemi, Yalçın Tura'nın da belirttiği gibi, özellikle mücenneb bölgesini içerisinde barındırmadığı için pek çok Türk Müziği makamının ses özelliklerini ifade etmekten uzaktır. Arel-Ezgi sisteminde ısrar edilmesi Türk Müziği'nin çok önemli ve karakteristik makamlarının hepsinin birden devreden çıkarılması anlamına gelmektedir. Arel-Ezgi sistemi madem Türk Müziğini yeterince ifade edemiyor, öyleyse neden daha iyi bir sistem geliştiril(e)miyor?

Şekil 1: a) 53 sesli sistem, b) 35 sesli sistem, c) 24 sesli sistem, d) 12 sesli sistem.



(...) Batı sisteminde, yazılabilen ve icra edilebilen 35 değişik ses, pratikte, 12 bölgede toplanabilmektedir. Arel-Ezgi sistemindeki sesler de, pratikte 12 bölgede toplanmaktadır.

(...)Türk Sanat Mûsikîsi'nde, Arel ve öğrencileri tarafından ısrarla savunulmasına rağmen, geleneğe bağlı sanatkarlar tarafından tasvib görmeyen bu sistem, savunucularının iddialarına rağmen, aslında, Türk Mûsikîsi'nin değil, Batı Mûsikîsinin ses sisteminin, daraltılmış hâlden ibârettir.

(...) Arel'e uyarsak, Râst'ta ve Hüseyinî'de aynı işareti, aynı perdeyi kullanabiliriz. Ama Arel'in Segâh için verdiği nisbet, Râst'ta bizi pek fazla rahatsız etmeyebilirse de Hüseyinî'de çoğumuzu tedirgin edecektir. Ve tedirgin olanlara, Arel, yanıldıklarını, (...) Hüseyinî'de de, Râst'daki Segâh'ın aynını duymaya alışmak zorunda olduklarını söyleyecektir. (...) Bu şekilde, makamlar arasındaki ilişkilerin, ortak noktaların gözden, kulaktan kaybolması, ya da farkların, aynlıkların silinip gitmesi, değişik yapıların tek bir kalıp içinde erimesi, özelliklerini yitirmesi Arel'in umurunda değildir. O, "Batı mûsikîni sevdiği için Türk Mûsikîsini sevmektedir." Bu konuda Nail Yavuzoğlu'nun (1960-) yazdıklarının da Yalçın Tura'nın görüşleriyle örtüşüğünü söyleyebiliriz.

Bazı terimlere ait açıklama

Yarım ses, tam ses ve mücenneb bölgesi terimleri, aşağıda açıklanmıştır:

Koma: Bir oktavlık ses alanının 1/53'üne verilen isimdir.

Yarım ses: Şekil 1a'da örneğin Do sesinden itibaren 3, 4 ve 5. komaların hepsi yarım sesi ifade eder. Piyanoda üçü birleştirilip Do diyez (Do#) olarak tek bir ses şeklinde gösterilir.

Mücenneb bölgesi: Şekil 1a'da örneğin Do sesinden itibaren 6, 7 ve 8. komaların hepsi mücenneb bölgesini ifade eder. Piyanoda gösterilemez ve icra edilemez. Ancak ud, tambur, ney veya keman gibi sazlarla icra edilebilir.

Tam ses: Şekil 1a'da örneğin Do sesinden itibaren 8, 9 ve 10. komaların hepsi tam sesi ifade eder. Piyanoda üçü birleştirilip Re olarak tek bir ses şeklinde gösterilir.

Bazı terimlere ait açıklama

Ses sistemleri (53 komalı ses sistemi, 35 sesli sistem, 24 sesli sistem ve 12 sesli sistem gibi) pesten tize doğru olacak şekilde bir ses çubuğu üzerinde gösterildiğinde (Şekil 1), Yalçın Tura'nın söylemek istediklerinin daha kolay anlaşılacağı kanaatindeyiz. (Bu yazının yayınlanacağı dergi bir müzik dergisi olmadığı için anlaşılabilirliği sağlamak amacıyla nota yerine çizimlerin kullanılması tercih edilmiştir).

Şekil 1 yukarıdan aşağıya doğru dikkatle incelendiğinde; Şekil 1-b'deki 35 sesin Şekil 1-d'de görüldüğü gibi 12 ana bölgede toplanabildiği görülmektedir. Batı Müziği'ndeki 35 sesin (11 ses eksiği ile) aynısı olan Arel-Ezgi sistemindeki 24 sesin de Şekil 1-d'deki 12 ana bölgeye toplanabileceği açıktır. Bu durumda Arel-Ezgi sisteminin Batı Müziği ses sisteminden hiçbir bir farkının olmadığı

sarih bir şekilde görülmektedir. Bu durumda "Niye 24 sesli sistem?" diye sorulduğunda, bunun cevabını Cinuçen Tanrıkorur (1938-2000)'ün satırlarında (ince bir istihzayla) buluyoruz:

"Bazı kaynakların söylediğine göre, XIX. yüzyıl sonlarında üç aydın mevlâ dedesi, Yenikapı, Bahariye ve Galata Mevlâhanelerinin şeyhleri Celâleddin, Fahreddin ve Atâullah Dede-Efendiler, mûsikîye hevesli gördükleri üç aydın genci (Rauf Yekta, Subhi Zühdü ve Hüseyin Sadeddin Beyleri), XVII. yüzyıldan bu yana ihmale uğramış olan müzikoloji üzerine yeniden eğilip Türk mûsikîsinin ses sistemini "ilmî" esaslara göre yeniden tedvîn'e yöneltmişler, onlar da, XV. yüzyıl Muradnâme yazarı Bedr-i Dilşâd'ın "sır olarak saklanması üstadlardan vasiyet olduğu için esasını açıklayamayacağını, ama akli olanın biraz uğraşırsa bulabileceği"ni belirtip sadece düzen-i muhâlif olarak adını vermekle yetindiği "bir oktavda 24 eşit olmayan aralıklı ses sistemi"nin nasıl elde edilebileceğini bulmak için (yani, Türk mûsikîsi ses sisteminin bir oktavda kaç perdeye dayandığını araştırmak değil, "kazıyye-i muhkeme" olarak kabul ettikleri 24 aralığı bulmak için) çalışıp çabalamışlar ve -aralarında sonradan çıkan ciddi görüş ayrılıklarına rağmen- Türk mûsikîsinde bugün (60 yıldır) kullanılan sistemi keşfetmişler. Bu keşif, Türk mûsikîsinin en mükemmel ve "ilmî" ses sistemi olduğu gibi, bu zatlar da modern Türk müzikolojisinin kurucusu ve en büyük isimleriymişler." (kazıyye-i muhkeme: kesin hüküm).

Son söz

Arel-Ezgi sistemi, Yalçın Tura'nın da belirttiği gibi, özellikle mücenneb bölgesini içerisinde barındırmadığı için pek çok Türk Müziği makamının ses özelliklerini ifade etmekten uzaktır. Örneğin Uşşak, Bayati, Huzi, Neva, Hüseyinî, Gerdaniye, Acem, Muhayyer, Karıcığâr, Rast ve benzeri pek çok makamın hepsinde Si sesi mücenneb bölgesine karşılık gelir. Bu makamların bazılarında aynı zamanda Fa diyez sesi de mücenneb bölgesi olarak kullanılır. Hüzam, Saba, Bestenigar, Şevkefza, Dügah, Garib Hicaz gibi makamların Hicaz dörtlü veya beşlilerini içeren kısımlarında da yine mücenneb bölgesi bulunmaktadır. Burada sayılan makamların mücenneb bölgesi sesleri, Arel-Ezgi sistemine göre seslendirilmeye çalışıldığında makamın karakteristik sesleri duyulamaz. Daha açık bir ifade ile Arel-Ezgi sistemi, Türk Müziğini piyanonun 12 sesine hapsedmektedir. Örneğin Saba veya Hüzam makamındaki bir eser piyano ile icra edilmeye çalışıldığında, piyanoda bu makamların bazı sesleri bulunmadığı için kulak tırmalayıcı bir kakafoni du-



yulmaktadır. Arel-Ezgi sisteminde ısrar edilmesi Türk Müziği'nin çok önemli ve karakteristik makamlarının hepsinin birden devreden çıkarılması anlamına gelmektedir.

Arel-Ezgi sistemi madem Türk Müziğini yeterince ifade edemiyor, öyleyse neden daha iyi bir sistem geliştiril(e)miyor? Bu sorunun cevabını aşağıdaki notların içinden süzüp çıkarmak gerekiyor.

Cinuçen Tanrıkorur (1938-2000), şu târihi notu düşünüyor: "Müzik bölümünün başına getirilen Berlin Kraliyet Akademisi mezunu, bestekâr Musa Süreyyâ Bey de, 1926'da bakanlık makamına Zeki Üngör'le birlikte verdiği raporda "bugünkü kültürümüz için gereksiz olan Şark mûsikîsinin, bu kurumdan çıkarılarak adının İstanbul Konservatuarı'na çevrilmesi"ni talep ederek, başında bulunduğu bir devlet müessesesinden kendi mûsikîsinin öğretimini kendi raporuyla kaldırttı."

Nevzad Atlığ'ın (1925-) şu sözleri ilgi çekicidir: "Bu sıkı çalışma temposuna girişimizin üstünden bir ay geçmemiştik ki, beni canevimden vuran bir olay yaşadım... Bir gün Halkevi müdürü beni yanına çağırdı ve duyunca kulaklarıma inanmadığım, çok kınıldığım şu sözleri söyledi: 'Halkevlerinde alaturka yasaktır, artık burada çalışmanız mümkün değildir.' Yıl, 1941 idi, yani 16 yaşında bir gençtim... Bu muamele çok gücüme

gitmişti. Şaşkın ve kırgın dört musiki sevdâlisinin, Antakya Halkevi'ni süklüm püklüm terkedip çıkışını hiç unutmadım; hep acıyla hatırladım."

Yine aynı kitapta şunlar belirtiliyor: "1949 yılının Mayıs ayında iki konser vermek üzere 80 kişilik koroyla Ankara'ya davet edildik. Solistlerimiz Ahmet Çağan ve Berhayat Anıl'dı. O yıllarda Türk Musikisi hor görülen, devletin tamamen karşısına aldığı bir sanat dalıydı. Alaturka-alaf-ranga kavgası bütün şiddetiyle devam ediyordu."

Fırat Kızıltuğ (1935-) bir yazısında şunları belirtiyor: "Trabzon Erkek Öğretmen Okulu'na, parasız-yatılı kabul edildim. Yıl 1953-54 ders yılı idi. (...) Ben Trabzon Öğretmen Okulu'na gelinceye kadar Türk Musikisi yasakmış. Hocamı ikna ettim ve bir koro kurdum. Bestekârlarımızla ilgili geceler düzenlemeye başladım. (...) Okuldaki Batı Müziği taraftarı hocaları darıltmamak için de Batı Müziği konserleri düzenliyorduk. Bu gösterilere bütün üst düzey yöneticiler, askerî birliklerin subay aileleri dinleyici olarak katılırlardı."

Lâika Karabey Akıncı (1909-1989), 1963 yılında yayımlanan "Garplı Gözüyle Türk Musikisi" isimli kitabının önsözünde şunları belirtiyor: "Bir zamanlar Türk musikisine tarafdarlık gerilik telâkki ediliyor ve tarafdarlarına da mürteci damgası vuruluyordu. Halkevlerine, Üniversitelere giremiyordu."

Prof. Dr. Refet Saygılı (1931-) şöyle demektedir: "Zaman zaman alaturka-alaf-ranga tartışmalarının doruğa çıkmasına ve Türk müziğinin kökeninin tekrar tekrar tartışma konusu yapılmasına rağmen 1975 yılında şimdi İTÜ (İstanbul Teknik Üniversitesi)'ne bağlı Türk Musikisi Konservatuarı'nın, 1984'te Ege Üniversitesi Devlet Türk Musikisi Konservatuarı'nın ve 1988 yılında da Gaziantep Üniversitesi Türk Musikisi Devlet Konservatuarı'nın açılması engellenemedi."

Prof. Dr. Gülçin Yahya Kaçar (1966-), bir kitabının önsözünde şöyle yazmaktadır: " (...) Ankara'da Türk mûsikîsi eğitimi alabileceğim bir okul, bir Türk mûsikîsi konservatuarı yoktu. Şene 2009 hâlen yok! Tek çârem Gazi Üniversitesi Müzik Bölümü'nün yetenek sınavlarına girerek mûsikî ilmini bu okulda öğrenmekti. 1984 yılında elimde udum, gönlümde Türk mûsikîsi aşkı ve sınavı kazanmanın mutluluğu ile müzik bölümüne öğrenci olarak kaydımı yaptırdım. Bilemezdim ki o yıllarda Müzik Bölümünde Türk Mûsikîsi çalmanın, söylemenin yasak olduğunu! II. Dünya savaşında ülkesinden ayrılarak Türkiye'ye gelip yerleşen Alman müzik eğitimcisi Zuckmayer'in bölüm başkanlığından beri bu yasağın olduğunu nereden bilebilirdim. Kendi mûsikî okulumuzda kendi mûsikîmizin öğrenilmesini, çalınmasını, söylenmesini yasaklayan bir zihniyet." (Not: Yükseköğretim Kurulu'nun 18 Şubat 2010 tarihli kararı ile Gazi Üniversitesi Türk Müziği

Türk Müziği teorisi (halk müziği-sanat müziği ayrımı yapılmadan), ortak bir akılla, yeniden kaleme alınmalıdır. Aksi takdirde Türk Müziğini sağlıklı bir şekilde yeni nesillere aktarabilmek, eğitim ve öğretimi yapabilmek ve dünya müzik arenasında bihakkin temsil edebilmek pek mümkün görünmemektedir.

Devlet Konservatuvarı Ankara'da kurulmuş ve başına da "Prof. Dr. Gülçin Yahya Kaçar" kurucu müdür olarak getirilmiştir).

Erol Sayan (1936-) ise 2003 yılında yayımlanan bir kitabında şunları yazmaktadır: "1976 yılında eğitime başlayan Türk Müziği Konservatuvarı, aradan 28 yıl geçmesine rağmen, yurt düzeyinde etkin programlar üretmemiş ve gençliğin ayağına götürülmesi gereken kaliteyi okulda kurulacak bir koro ile haftalık konserler düzeyinde gerçekleştirememiştir. (...) Öğrenciler sorularına tatmin edici cevaplar almakta güçlük çekmekte ve çelişkili cevaplarla şaşkınlığa düşmektedir. Konservatuarlar mükemmellik ifade eden kurumlardır. Uluslararası düzeyde sistemli ve disiplinli eğitim için önce hocaların bu konudaki yeterliliğinin iyi saptanması gerekir."

Türk Müziğinin radyoda bir dönem yayınlanmasının yasaklandığı, konservatuarlardan ve müzik bölümlerinden yıllarca dışlandığı, konuyla ilgilenenlerin bilgisi dahilindedir. Türk Müziği konservatuarları 1976'dan itibaren kurulmaya başlanmış olmakla birlikte bu kez de kalite ve yazılı kaynakların yetersizliği sorunları baş göstermiştir. Dolayısı ile "1976'da faaliyetlerine başlayan İTÜ Türk Müziği konservatuvarının istenen düzeyde bir eğitimi veremediği" sözleri "düşündürücüdür".

Türk Müziği ve yasak denilince, 1934 yılında Türk Müziğinin radyodan kaldırılması akla gelir. Bu konuda Nevzad Atlığ şunları söylemektedir: "Radyolardaki yasağın sebebinin, Atatürk'ün 1 Kasım 1934'teki Meclis'i açış nutkunda söylediği sözlerle bir ilgisi olabilir. Çünkü o nutkun ardından ilgili devlet kurumları Atatürk'ün sözlerini yorumlayıp harekete geçerek radyolarda Türk Musikisinin yayınına son vermişlerdir. Atatürk'ün yakın çevresin-

deki birtakım adamların bu gibi işgüzar davranışlarıyla o zamanlar, zarar gören unsur, dikkat edilirse, bir tek musiki de değildir. Eski kültürümüzle ilgili birçok unsur zaafa uğratılmıştır; bu bahs-i diğer... İşte o dönemde Türk Musikisi bir süre radyolardan yayın yapamamıştır."

Nevzad Atlığ, asıl üzerinde durulması gereken başka bir hususa dikkat çekiyor: "(...) 'asıl yasak' diyebileceğimiz bir yasak var ki, bu hep gözden kaçıyor. Dârüelhan, bilindiği gibi ilk kuruluşu itibarıyla, Türk Musikisi eğitimi ve öğretimi için düşünülmüş bir okuldur. Sonraki yıllarda Batı Musikisi ve diğer bölümler eklenmiş ve kuruma yerleştirilmiş. Fakat buna rağmen 1927'de Batı Musikisi ile ilgili bölüm muhafaza edilip, Türk Musikisi bölümü Dârüelha'dan kaldırılmıştır. Asıl yasak budur. (...) Cumhuriyet döneminde İstanbul Belediyesi'ne bağlanarak İstanbul Belediye Konservatuvarı adını alan Dârüelhan, İstanbul Büyükşehir Belediyesi tarafından Bedrettin Dalan'ın başkanlığı döneminde imzalanan bir protokolle İstanbul Üniversitesi'ne devredilirken, 1927'deki "kapı dışarı edilme" hadisesini tekrar yaşayacaktı. Konservatuar, Batı kökenli sanatlarla ilgili bölümleriyle üniversite programına dahil edilirken, yalnızca Türk Musikisi bölümü bu programdan ayrı tutulup, diploma vermeyen, Türk Musikisi enstrümanlarının hiçbirinin öğretilmediği, yarı zamanlı bir kurs niteliğine büründürülecek ve halen görevde bulunan elemanlarının emekliye ayrılışından sonra tarihe gömülmek üzere bir çıkmaz sokağa hapsedilecekti."

"İşte o sıkıntılı yıllarda Türk Musikisini ayakta tutan üç şey vardı: Birincisi, 1938'de kurulan, Türkiye'nin ilk büyük radyosu olan Ankara Radyosu ve bu kurumun başına getirilen Mesut Cemil gibi bir büyük adam! İkincisi, büyük şehirlerdeki musiki cemiyetleri ve 940'lı yıllarda kurulan Üniversite korusu... Üçüncüsü de Arel'in konservatuvarın başına gelmesiyle başlayan nazariyat dersleri... Ki bu dersler okul 1980'lerde YÖK'e bağlanana kadar devam etmiştir. 1950'lerden sonra süratle artan musiki dernekleri ve üniversite koroları, musiki-mizin temel dinamikleri oldular."

Aslında Batı Müziği ses sisteminden başka bir şey olmadığı ve Batı ses sistemiyle aynı yapıya sahip hatta Batı sisteminden 11 ses eksik, dolayısıyla, daha fakir bir ses sistemi olduğu delilleriyle gösterilen Arel-Ezgi sisteminin; Türk Müziğinin neredeyse "resmî ses sistemi"ymiş gibi yıllarca dayatılması hususu, yukarıda Nevzad Atlığ'ın söyledikleriyle birleştirilince, yani Türk Müziği neredeyse resmi yasaklı iken "Arel-Ezgi sistemine" ses çıkarılmaması durumu "enteresandır".

Erol Sayan'ın kitabından, 1976 yılında faaliyete geçen Türk Müziği Konservatuvarı'nın başkanı Ercüment Berker (1920-2009) ile Murat Bardakçı'nın (1955-) röportajının geçtiği bölümden bir alıntı yapacak olursak, Berker şöyle demektedir: "Konservatuarımızda Arel ekolünün, daha doğrusu Arel-Ezgi Sisteminin uygulanmasının sebebi şudur. (...) Bu alıntının bizi ilgilendiren kısmı şudur: Yıllar sonra Türk Müziği konservatuvarı kurulmasına izin verilmiş, ancak burada da yine Arel-Ezgi sistemi esas alınmıştır.

Nevzad Atlığ'ın bir tespitini daha buraya almayı elzem görüyoruz: "Türk toplumu olarak, ciddi nitelikli klasik müziğiyle gazino ve eğlence müziğini birbirine karıştıran, dünyadaki belki de tek ülkeyiz! Bu ülkede, gazinolarda, kabarelerde okuyan ve çalan şarkıcılar, çalgıcılar müzik otoritesi olarak kabul edilip, bu mevkie konulmuştur ve bunu devlet yapmıştır! Bu, devlet adına, Kültür Bakanlığı eliyle yapılmıştır."

Olaylara hep "Türk Sanat Müziği" yönünden baktık. Aslında birbirinden ayrısı-gayrısı olmadığı halde ayrı bir müzik türüymüş gibi sunulan Türk Halk Müziğindeki duruma da kısaca bakmakta yarar görüyoruz. Bayram Bilge Tokel'in (1956-) bu konudaki bazı tespitleri şöyledir: "Türk Halk Müziği, (...) dünya halk müzikleri arasında nitelik ve nicelik yönünden olduğu kadar, kullanılan çalgılar, icra kalitesi ve özünde barındırdığı insani değerler yönüyle de en gelişmiş ve işlenmiş bir müzik türüdür. (...) Öte yandan, Cumhuriyet dönemi öncesinde 'avama has kaba nağmeler' olarak nitelendirilip 'ilm-i şerif' statüsündeki 'musiki'nin dışında tutulan; Cumhuriyet sonrasında ise, ancak "Batı'nın son musiki kurallarına göre" çok seslendirilmek kayıt ve şartıyla 'yeni medeniyet'imize ayak uydurabileceği söylenen 'türkü'; (...).".

"(...) Türk Halk Müziği (THM) terimi ile ilgili bazı hususların altını çizmekte fayda var. Birincisi bu tabir, halk arasında yaygın olarak kullanılan, halkın zihninde, gönlünde ve dilinde tam karşılığı olan bir kavram değildir. (...) Cumhuriyetin ilk yıllarındaki 'ulus-devlet' oluşumu ve buna bağlı 'milli kimlik' inşasına yönelik düşünce ve ideolojiden (resmi ideoloji) hareketle üretilmiş aslında 'nevzuhur' bir terimdir. (...) "Türk Sanat Müziği" tabiri de benzer bir anlayışın ürünü olarak, ilk defa Rauf Yekta tarafından tedavüle konulmuş bir kavramdır."

"Halk müziği/sanat müziği ayrımı yapılmaksızın "Milli Musiki Sanatkârları" adı altında ortak çalışmalar yürütülürken, özellikle 1940'tan itibaren, Sansözzen, bizzat kendisinin hazırlayıp sunduğu "Bir Türkü Öğreniyoruz" programıyla



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

halk müziği merkezli çalışmalara yönelir ve nihayet 1946 yılında Yurttan Sesler Korusu kurulması ile sonuçlanır.”

“Nihayet sonunda Osmanlı’ya karşı Cumhuriyet, şarkıya karşı türkû, divan şiirine karşı halk şiiri ve İstanbul’a karşı Ankara galibiyetini ilan etti. Hatta ‘folklor müziği’ de ‘sanat müziği’ne karşı galip sayıldı; ama bir şartla: Batı müziğinin armonik esaslarına göre yeniden düzenlenmek ve çok seslendirilmek kaydı ve şartıyla! Bu gün belli ölçülerde hâlâ devam eden alaturka-alafranga, tek sesli-çok sesli ‘kavgaları’ da o günlerden kalmadır.”

“Türk Beşleri, ilk başlarda teorik düzeyde de olsa halk müziğini önemser gibi görünseler de, çeşitli Avrupa ülkelerinde aldıkları eğitim sonrası yurda döndüklerinde, müziğimizi çağdaşlaştırmanın yolunun Batı müziğini aynen ithal etmekle mümkün olduğuna karar vererek, meseleyi bu gün hâlâ sancısını çektiğimiz çıkmaz bir yola sokmuşlardır.”

“Gerek Osmanlı döneminde kaleme alınan ‘edvar’ dediğimiz nazari eserlerin, gerek erken Cumhuriyet döneminde ortaya konulan başta Rauf Yekta olmak üzere, Arel-Ezgi-Uzdilek ekollerinin halk müziğini dışladığını görüyoruz. Oysa bütün milletlerin müziklerinin sadece pratiğinde değil, nazariyatının da temelinde o milletin sahip olduğu inanç sistemi, dünya görüşü ve milli kültür değerlerinin bir yansıması olan halk müziği vardır.”

Bayram Bilge Tokel’in yazdıklarına bakıldığında, Türk Müziğinin nasıl şizofrenik bir hale sokulmuş olduğu ortadadır. Alafranga-alaturka kavgasının yanında bir de Türk Halk Müziği-Türk Sanat Müziği kavgasının kimseye, “özellikle de Türk Müziğine” bir faydasının olamayacağı ortadadır. Yukarıdaki tüm alıntıların, Türkiye’nin son 250 yıllık tarihi de dikkate alınmak suretiyle, bir mantık süzgecinden geçirilmesini ve olaylara bir de bu gözle bakılması gerektiğini düşünüyoruz.

Türk Müziğinin Batı Müziğinden asıl farkını oluşturan ses bölgesinin (müccenneb bölgesi) yok sayılması, hatta bu konuyu özellikle görmezden gelen Arel-Ezgi sisteminin yıllarca “olduğu gibi korunması”, bu sistemde en küçük bir değişiklik yapılması fikrinin dahi Arel-Ezgi taraftarlarınca “şiddetle reddedilmesi”, düşündürücüdür. Ayrıca Türk Müziğinin Türk Sanat Müziği-Türk Halk Müziği şeklinde ikiye bölünmesi dikkatlerden kaçırılmaması gereken bir husustur.

Arel-Ezgi sistemine göre yazılmış bir Türk Müziği eserini, Türk Müziğini bilen bir üstadın rahle-i tedrisinden geçmemiş bir müzisyenin, sadece notaya bakarak icra edebilmesi pek mümkün değildir. Oysa müzik eğitimi ve müzik icrasında herkesin anlayabileceği ortak bir dilin oluşması ve bu dilin kullanılması şarttır. Arel-Ezgi ses sistemi bu ortak dili tam manasıyla oluşturamamıştır.

Sonuç olarak şunlar söylenebilir: Türk Müziği teorisi (halk müziği-sanat müziği ayırımı yapılmadan), ortak bir akılla, yeniden kaleme alınmalıdır. Aksi takdirde Türk Müziğini sağlıklı bir şekilde yeni nesillere aktarabilmek, eğitim ve öğretimini yapabilmek ve dünya müzik arenasında bihakkın temsil edebilmek pek mümkün görünmemektedir.

Kaynaklar

Bayram Bilge Tokel. *Türküler Kalır*. 1. Basım, Melisa Matbaacılık, İstanbul 2012.

Cinuçen Tanırkorur. *Osmanlı Dönemi Türk Müsıkisi*, 2. baskı, Dergâh Yayınları, İstanbul 2005.

Erol Sayan. *Müziğimize Dair Görüşler Analizler Öneriler*. METU Press, Ankara 2003.

Ferit Devellioğlu. *Osmanlıca-Türkçe Ansiklopedik Lügat*. 9. Baskı, Aydın Kitabevi, Feryal Matbaacılık.

Fırat Kızıltuğ. *Bandodan Klasik Müziğe*. Pan Yayıncılık, İstanbul 2002.

Gülçin Yahya Kaçar. *Türk Müsıkisi Üzerine Görüşler (Analiz ve Yorumlar)*. Maya Akademi, Ankara 2009.

Lâika Karabey Akıncı. *Garpli Gözüyle Türk Musikisi*. Doğan Güneş Yayınları, İstanbul 1963.

Mehmet Güntekin. *Nevzad Atlığ’ın Tanıklığında*. 1. Baskı, 21. Asır Yayınevi, İstanbul 2012.

Nail Yavuzoğlu. *21. Yüzyılda Türk Müziği Teorisi*. Pan Yayıncılık, İstanbul 2008.

Refet Saygılı. *Türk Müziği Eğitiminin Tarihçesi*. Ege Üniv. Devlet Türk Müsıkisi Konservatuvarı Dergisi, Sayı 1, 1990.

Yalçın Tura. *Türk Müsıkisinin Mes’eleleri*. Pan Yayıncılık, İstanbul 1988.

Pandora'nın kutusu ne zaman açıldı?

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.

İnsanlar kötülüklerle, zorluklarla, hastalıklarla ne zaman karşılaştılar ve onlara karşı neler yaptılar? Elbette hastalıklarda insanlık tarihiyle beraber başlıyor, bizler bunu arkeolojik ve antropolojik belgeler veya buluntulardan biliyoruz. Ama antik Yunan efsanelerinde insanların hastalıklarla karşılaşmasının Pandora'nın kutuyu açmasıyla anlatılması oldukça tanınmış, bilinen bir mitolojik öyküdür ve bu mitolojik anlatım insanın kötülüklerle, hastalıklarla karşılaşma hikâyesine masalsı bir güzellik katar.

Efsaneye göre; Zeus, Hermes tarafından "bütün tanrıların armağanı" anlamına gelen "Pandora" adı verilen kadını yaratır, Pandora'ya can verdikten sonra ve onun bütün kötülüklerle, çirkefliliklerle aynı zamanda güzelliklerle donandığını gördükten sonra sıra, Prometheus'tan ve insanlıktan öç almaya gelir. Zeus Pandora'nın eline kapalı bir kutu verir ve onu Prometheus'un kardeşi Epimetheus'a (aklı başına sonradan gelen, geç uyanan anlamına gelir) gönderir. Olacakları önceden görebilen kâhin Prometheus, kardeşi Epimetheus'u, Zeus'tan gelecek hiç bir hediye almaması hususunda uyarır. Fakat Epimetheus hediye elinde tutan güzel Pandora'yı görünce kardeşinin nasihatlerini unuttur ve bunun karşılığında insanlığa en büyük kötülüğü getirir (güya bu kötülük kadındır). Epimetheus, Pandora'nın çekiciliğine karşı koyamaz ve yapacağı en son şeyi ilk sıraya koyarak onunla evlenir. O zamana kadar insanlar (erkekler) kötülüğü, hastalığı, sıkıntıyı, yalanı bilmiyorlardı.

Yeryüzüne bütün kötülükler Pandora ile birlikte bu kutuyla gönderilmiştir. Tek yapılmaması gereken ise bu kutunun açılmasıdır.

Zeus'un eline tutuşturduğu kutuda ne olduğunu merak eden Pandora bu merakına daha fazla dayanamayarak bu kutuyu açar. Bu kutu açılınca ne kadar kötülük, dert, kıskançlıklar, hastalıklar, açlık, yaşlılık, delilik varsa yeryüzüne yayılır. Pandora bu kutunun kapağını kapatmak istese de çok geç olmuştur, artık yeryüzü bu kötülüklerle olumsuzluklarla çevrelenmiştir. Buna rağmen Pandora, kutunun kapağını son hamleyle kapatır. Kutunun içinde tek kalan ise insanları bu kadar olumsuzluk karşısında avutan, insanlığın tek ilacı olan "umut"tur.

Evet, Antik Yunanda kötülüklerin, hastalıkların dert ve belaların böyle başladığı söylene de, hastalık ya da kötülüklerle insanların karşılaşması insanlık tarihi kadar eskidir. Bu kadar eski tarihlerden bahsedince biraz daha arkeolojik buluntulardan yola çıkarak daha belirgin tarihlere göre kutunun ne zaman açıldığını anlamaya çalışmakta fayda var. Avrupa'nın ortasında, Alp Dağlarını geçerken donarak ölen ve 2000'li yıllarda cesedi donma nedeniyle mumyalaşmış olduğu için genetik ve antropolojik çalışmalara hatta tıbbi detektiflerce incelemeye elverişli olan, hayli iyi korunmuş, 6 bin yaşında bir buzul çağı insan iskeleti (Buz adam Ötzi) bulunmuştur. Kalçasındaki bıçak yarasına bağlı gelişmiş berelenme yanında oluşan

enfeksiyonun tahribatı bize aslında enfeksiyonlar, yaralar ve ölüm hakkında o yıllara ait bazı ipuçları vermektedir. Sadece bununla da kalmayıp, buzul çağı insanı Ötzi'nin cesedinde yapılan ileri teknolojik incelemelerle, kendisinde bazı barsak parazitleri ve buna bağlı enfeksiyonlar (Trichuris trichuria), laktoz intoleransı ve kenelerden bulaşan Lyme hastalığının da bulunduğunu (genetik araştırmalarla) öğrenmiş olduk.

Baş ağrıları ve bunların kötü ruhlarla ilişkilendirilmesiyle yapılan ilk tedaviler yani "trepanasyon" adı verilen kafatası kemiklerine açılan bir delik ile hastanın ya da kötülük bulaşan insanın kurtarılması ya da iyileştirilmesi çalışmaları Anadolu'da 10 bin yıllık iskeletlerde rahatlıkla görülebilmektedir.

Bilinen en eski hastalık, günümüzde tıp dünyasında "Lepra" olarak tanınan (Hansen's disease) veya halk arasında "cüzam" adı verilen, hikâyelere, masallara konu olan, deri ve sinir sistemini ilgilendiren, etkeni bir mikobakteri olan hastalıktır ve insanın Afrika'dan yayılışına yani 40- 50 bin yıl kadar eskilere kadar tarihlendirilen bir geçmişi vardır. Antropologlara göre bir çok enfeksiyon veya paraziter hastalık, doğumsal anomali veya yaralanmalara bağlı oluşan organ kayıpları, yumuşak dokularda olduğunda tarihi izlerini takip etmek çok zor olduğu halde kemiklerde iz bırakan enfeksiyon dahi olsa hastalıkları tarihlendirebilmek daha kolay ve doğru olabilmekte. Bu nedenle akciğer hastalığı gibi bilinse de

tüberkülozun kemikte meydana getirdiği deformite ya da değişikliklerin izleri takip edildiğinde veya genetik çalışmalarda buna eklendiğinde tarihi oldukça eskilere gitmektedir Yaklaşık 10 bin yıl önce DNA testleri ile doğrulanmış tüberkülozdan bahsedebileceğimiz gibi Türkiye’de bulunan iskeletlerde görülen kemiklerdeki karakteristik hastalık 100 bin yıl öncesine tarihlendirilebilmektedir. Bu haliyle Lepa için söylenebilecek en eski hastalık olma özelliği bazı antropologlarca tüberküloz olarak düşünülmektedir.

Bazı arkeolog ve antropologlarda pnömoni adı verilen akciğer enfeksiyon hastalığının, kemik ve diş gibi kalıcı organlarda iz bırakmamasına ve dolayısıyla izlerinin takip edilememesine rağmen bakteri, virüs, mantar ya da parazitlerine bağlı hastalıklarının insanın akciğer gelişimi kadar eski olduğunu iddia etmektedirler. Bu söylemleri özetlersek bilinen en eski hastalıklar olarak genellikle lepra, tüberküloz ve pnömoniden bahsetmek ve bu hastalıkların bulgularının on binlerce yıl öncesinden beri arkeolojik kayıtlarda bulunduğu bahsedilebilir. Yine Trahom gibi üst göz kapağının hastalığından MÖ 8 bin yıllarında Avusturalya yerlilerinin iskeletlerinde (göz çevresindeki) rastlanması bu hastalığında yaygın ve eskiliği hakkında güvenilir bulgular oluşturur. Babil’deki tıp kayıtlarında MÖ 2300 yıllarına ait çiçek hastalığından bahsedilmesi, malarya hastalığının MÖ 2700’e ait Çin kaynaklarında bulunması da bu hastalıklarla karşılaştığını ve iz bırakan toplumsal bir afet, büyük bir bela gibi algılanarak belgelere geçirildiğini görüyoruz.

Önceleri hastalığın biraz da korkulan bir şey olmasından dolayı, bir illet, bir kötü ruh ile tanımlanması daha çok büyücü doktorlar ya da şifacılar diyebileceğimiz ve bu gün Fransa sınırları içinde kalan Pireneler’de, 15 bin yıl önce yapılmış mağara resimlerinin olduğu Trois-freres mağarasındaki belki de ilk duvar resimlerinde betimlenmiş olan garip kıyafetli kötülük kovuculardan çare beklendiyse de tarih içerisinde yavaş yavaş daha rasyonel yaklaşımların devreye girdiğini ve ilerleyen zaman içerisinde bugünkü anlayışlara yakın bir tıp uygulamasının öne geçtiğini görüyoruz.

Dünyanın bir başka bölgesinde hastalıkların, belanın vücuttan giderilmesinde hem münecimlerin hem de tabiilerin ilgilenmeleri ve bunun tarih içerisinde giderek tabiilerce yapılmasının ağırlık kazandığını en açık örnekleriyle, yazılı geleneğin erken geliştiği Mezopotamya bölgesinde görmekte mümkün. Özellikle Ninova’da yapılan arkeolojik kazılarda, İskenderiye’den önceki tarihin en büyük kütüphanesi olan ancak eserlerin kâğıt ya da parşömen değil de kil tabletlerde

saklandığı Asurbanipal kütüphanesi kalıntıları ve yüzbinlerce kil tablet arasında bulunması sürpriz olmamalı.

Hastalıklarla ilgili yapıtlar arasında en dikkat çekici olanı, en geç yaklaşık 35 yüzyıl önce yazıldığı göz önünde bulundurulursa, gerçek bir başyapıt olan, tablet üzerine çivi yazısı ile nakşedilmiş, bulunup okunduktan sonra adı “tıbbi tanı ve tahmin risalesi” konulan, 5-6 bin satırdan ve 40 tablettan oluşan eserdir denilebilir. İnsanın burnuna ait bulguların; “burnun ucu ıslaksa...”, “burnun ucu kızarmışsa...” vs. gibi gözlemlerin sıkça tekrarlandığı, hastanın bedeni ve yüzünün görünümü hakkında bilgilerin aktarıldığı, “ölümcül hastalık” veya “iyileşmeye/ölmeye şu kadar günü kalmıştır” gibi deyimlerin geçtiği, yani artık kötülük kovmaktan öte hastalık tanımlarının kullanılıp iyileştirme ya da bedeni bu illetten kurtarma kavramlarının açıkça belirginleştiği bu eserler 5 bin yıl önce artık tıp olarak bahsedebileceğimiz bir disiplinin geliştiğini göstermektedir. Bu tıbbin tamamen bu tablolara egemen olduğu anlamına gelmemeli, çünkü daha uzun yıllar ve hatta yakın zamanlara kadar hem bu tür tedaviler hem de kültürlere göre farklı gösteren, metafizik anlam ve tanımlamalarla birlikte farklı yöntemler de hastalıklarla mücadele de hep devam edecektir.

Belki de tarihte ilk salgından bahsedilen metinler, yine Mezopotamya’da MÖ 1780’de Mari Kralı Zimri Lim’in çıktığı bir seferdeyken, saraydaki karısına yazdığı ve eşini, irinli yaraları olan ve bu haliyle saraya gelmekte olan bir kadınla görüşmemesine, hasta kadınla görüşenler de, sandalyesine oturanlarda da bu illetin görüldüğünü anlattığı mektubudur. Daha sonra yazdığı ikinci bir mektupta da (bu mektup çok parçalanmış ve yer yer eksik bulunmuştur) Kral, aynı talihsiz kadından ve kadının ölümünden bahsetmektedir. O yıllarda bu tür salgın hastalıklarla hem bir kötülüğün topluma ceza olarak verildiği düşüncesiyle hem tabiiler hem de kötülük kovucular mücadele etmiş ya da dini toplumsal ayinler düzenlenerek bu talihsiz durumdan kurtulmaya çalışılmıştır.

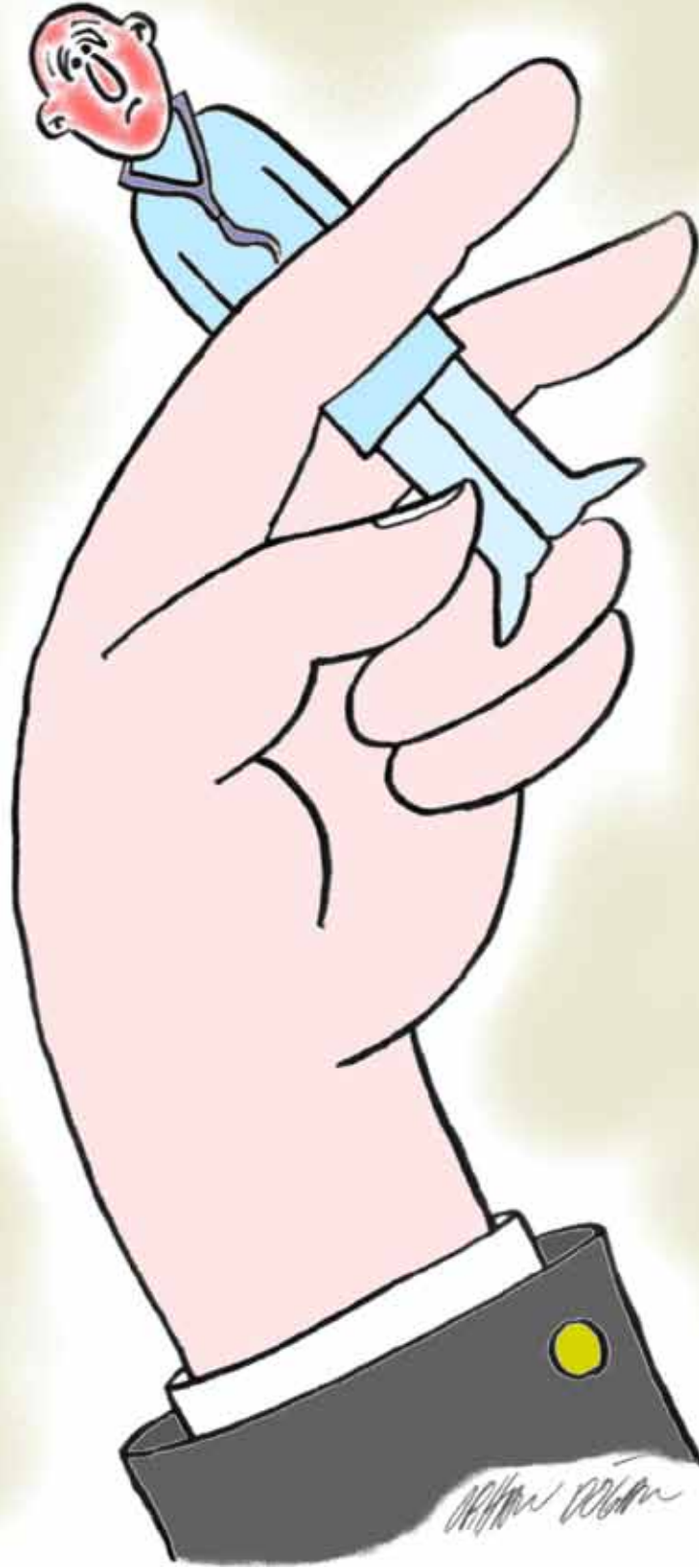
Mezopotamya ve Sümerler dendiğine hemen akla gelebileceği gibi “Tarih Sümer’de Başlar” adlı kitabıyla tanınan ve birçok konuda ilklerin Sümer olduğunu belirleyen Noah Kramer’i unutmamak gerekir. Araştırmacı kitabında yine ilk eczacılık bilgilerini gösteren, belirleyen bir kil tablettan bahseder. Yaklaşık 4 bin yıl Nippur kalıntıları arasında gömülü kalmış, bulunduktan sonrada Fildelfiya (Philadelphia) Müzesinde korunan, insanlığın bilinen en eski tıp “el kitabı” denebilecek, tedavileri ve ilaçları gösteren bu kil tablet aynı

zamanda ilk reçetelerin Sümerlilerce yazıldığını da göstermektedir. Bu kadim belgeden öğrendiğimize göre, günümüz meslektaşları gibi Sümerli hekim de binlerce yıl önce ilaçlarının ana maddelerini bitkisel, hayvansal ve madensel kaynaklardan sağlıyordu. Gözde mineralleri sodyumklorid, potasyum nitrattı, birçok bitki tohumunu, söğüt, muz köknar gibi ağaçların yemişlerini, süt, yılan derisi, kaplumbağa kabuğunu şifa amaçlı kullanıyordu. Sürmek için merhemler, içmek için sıvı ve toz ilaçlar öneriyordu.

MÖ. 3 bin yıllarından kalan bu tek tablettan, aslında Sümerlerde tıp kadar eczacılıkta da kayda değer bir gelişme gösterdiklerinden bahsetmek mümkündür. Yalnız, bu tabletin düşündürdüğü bazı şeylerde vardır. Örneğin Sümerli hekimin o yıllarda sihirli sözlerle ve büyüye başvurmaması veya bunlardan pek bahsetmemesi, daha sonraki birçok tablette hastalıkların cinslere bağlandığı, yüce Sümer hekimi ünvanlı tıp sanatının baş tanrıçasından bahsedilmesine rağmen o yıllar için oldukça ilginçtir. Yine böylesi bir tıp tableti yerine daha çok tarım ve sulama üzerine yazılar beklenirken hatta tarım ve çiftçilikle ilgili böylesi bir temel yazılımlı eserin en erken örneklerinin 2. binde görüldüğü düşünülürse tıbbın el kitabı gibi bir tablet hayli ilginçtir.

Binlerce yıl sonra artık Ege’de antik Yunan bilgeliği ve uygulamalarının tıpta da görülmesiyle modern anlamda tıbbın daha çok, Ege adalarından Kos’ta MÖ 460 yılında doğan Ünlü hekim Hipokrat’la başladığı ifade edilmektedir. Bu gelenek Galen ve İbni Sina gibi tarihin büyük hekimleriyle devam etmektedir. Batı dünyasında Avicenna olarak tanınan İbni Sina’nın 200 kadar eser vermiş olması hatta El-Kanun fi’t-Tib (Tıbbın Kanunu) adlı kitabının yaklaşık 6 asır zamanın tıp okullarında okutulmuş olması haklı olarak tüm dünyada ortaçağda modern tıbbın kurucusu ve hekimliğin önderi gibi sıfatların verilmesine de sebep olmuştur.

İnsanlığın, ancak son 30- 40 bin yıllık tarihinde mağara ya da duvarlara çizilmiş resimler ve 20 bin yıl önce yapılan küçük heykelciklerle ve son 5 bin yılda kil tabletlerle başlayan yazı ile ancak kalıcı ve gerçek bir bilgiye sahip olmak mümkündür. Bu nedenle insanla başlayan, hastalık, mikrop, yara kavramlarının masalsı anlatımlarla süslense de oldukça uzun tarihinde yerleşik hayatın başlaması, yazı ve bilgi birikimiyle birlikte artan ve kullanıldıkça sistematikleşen tedavilerin tarihinden bahsetmek mümkün olmaktadır. Belki Pandora’nın kutusunun ne zaman açıldığını kesin bir tarih saptamasıyla bilemeyeceğiz ama açıldığı için uğraşmak zorunda olduklarımızın ve nasıl bir uğraşı tarihimiz olduğunu hatırlamak yeterli olacaktır.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan