



HAZİRAN-TEMMUZ-AĞUSTOS 2015
YAZ, SAYI 35
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. Mustafa Altındış
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu
İlker Köse
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Dr. Bülent Öztay
Doç. Dr. Hanefi Özbek
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. 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 Hizmetlerinde Suni Talep Artışı

Kanun-i Sultan Süleyman'ın "*Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi / Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi*" beytinde veciz bir şekilde ifade edildiği gibi sağlık, dünya genelinde kişi, toplum ve yönetimlerin çok öncelik verdiği bir konudur. Giderek gelişen teknolojinin katkısıyla tanı ve tedavi alanındaki gelişmeler, sağlık alanında iyileşmeye olumlu katkı sağlamaktadır. Bu olumlu gelişmelerle birlikte giderek büyüyen "sağlık sektörü"nün de "uyarı ve teşvikiyle", ülkelerin ekonomik büyümelerinin de önüne geçebilen sağlık harcamaları oluşmaktadır. Hasta çeşitliliğinin, girişimlerin, yaşlı nüfusun ve paralelinde kronik hastalıkların artması, sağlık harcamalarının devlet bütçeleri içindeki payını yükseltmekte ve sürdürülebilir sağlık politikaları için tehdit oluşturmaktadır.

İnsanların daha sağlıklı olma, hasta olmama, konforlu ve daha uzun yaşama arzusu değişik yollarla uyarılmakta, sonuçta sağlık hizmet talebi artmaktadır. Bir noktaya kadar toplum yararına olan bu talebin günümüzde israf ölçüsünde aşırı ve gereksiz kullanımından kaynaklanan değişik sorunlar oluşmaktadır. 2000'li yılların başında yılda üç olan hekime başvuru sayısı, bugün sekizi aşmıştır. Son üç yılda ise, beklenenin ve arzulananın aksine birinci basamak başvuruları azalırken hastane başvurularında artış olmuştur.

Hekime başvurudaki artışta kayıt sistemindeki düzeltilmelerin etkisi önemli olmakla birlikte, sağlık hizmetine ulaşmanın kolaylaştırılmış olmasının etkisi de çok büyüktür. Ana sorun, ihtiyaca özgü başvurudaki artışta değil, değişik nedenlerle uyarılmış ("kışkırtılmış") başvuru ile ilgilidir. Artan başvuruyu karşılayacak insan gücü, fiziki ve teknik donanım kapasitesi olmayışı, sağlık hizmetinin kalitesini tehdit etmektedir. İlk ya da müteakip müracaatlarında beklediği şifaya veya kendini

tatmin edecek bir sonuca ulaşamayan hastalar tekraren sisteme müracaat etme ihtiyacı duymaktadır. Sonuçta iş yükü ve sağlık harcamaları katlanarak artmaktadır. Doğrusu hangi sağlık hizmetlerinin “**ihtiyaç**”, hangilerinin “**istek**” olduğu; artmış talebin gerçek ihtiyaçlardan mı kaynaklandığı, yoksa hizmeti sunanların “uyarması” ile mi ortaya çıktığı konusu, ayrıntılı araştırılması gereken önemli bir husustur.

Günümüzde toplumların sağlık hizmet talebi; gelişmişlik ve refah düzeyi, sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin durumu, kamu sağlık politikaları ve sağlıkta finansman şekli ile teknoloji destekli yaşam gibi değişik hususlarla ilişkilidir. Hekime müracaatı değişik faktörler etkilemektedir. Bunlar arasında en önemlileri, toplumdaki algı ve anlayış değişikliği, sağlık ve sosyal güvenlik politikalarındaki değişimler, sağlık hizmeti yöntemlerindeki gelişmeler, artan yaşlanma ve kronik hastalıklar, iletişim kanallarının yaygınlığı ve etkinliği, uygulanan popülist politikalar ile sağlık hizmeti sunanların/arzın talep oluşturması, başka bir ifadeyle sağlık hizmetlerinde “piyasa etkisi”dir.

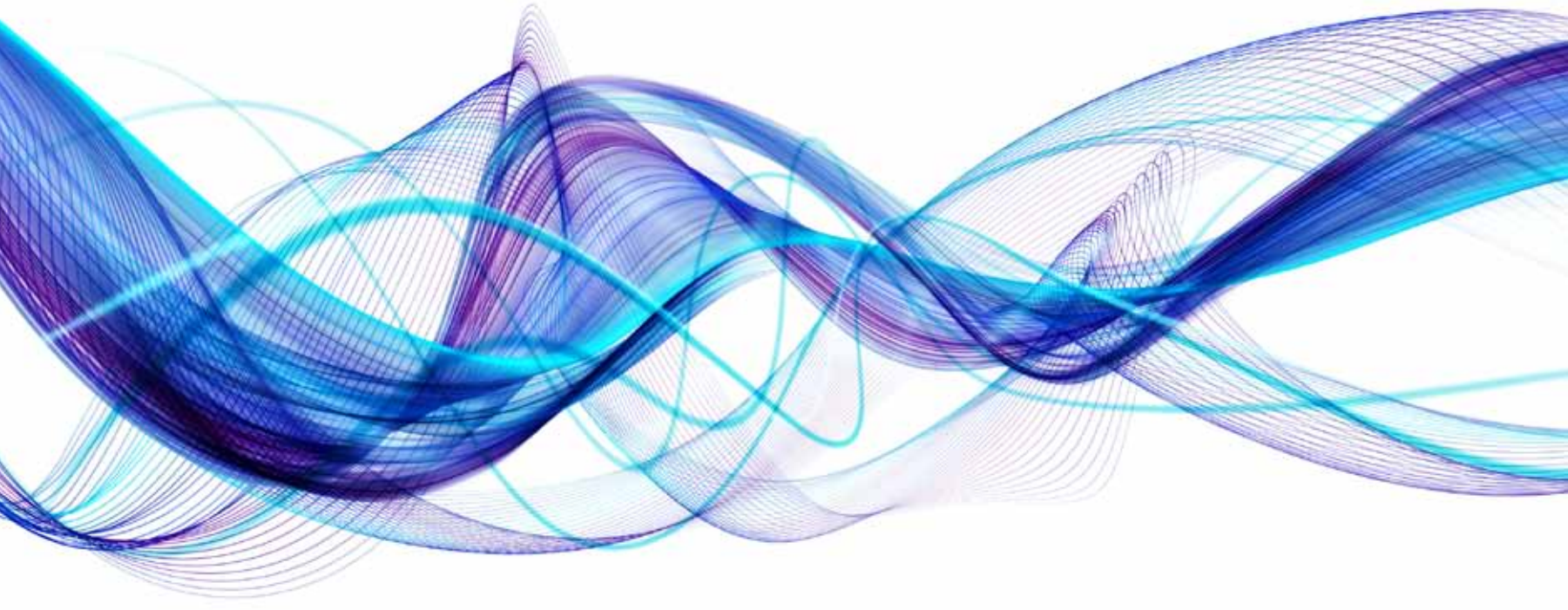
Sağlık hizmetlerini planlama stratejisinin ihtiyaca odaklı olarak yapılamaması ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleriyle tedavi edici hizmetleri dengeleyememek, ciddi bir sevk sistemi kuramamak, hekim vd. sağlık insan gücü ile fiziki ve teknik alt yapıyı uyumlu hal getirememek ve hizmete olan talep artışını kontrol altında tutamamak gittikçe artan hasta yükünün yönetilememesine yol açmaktadır. Bu ağır hasta yüküyle birlikte sağlıkta şiddet korkusu ve tıbbi kötü uygulama

çekincesi gibi baskılar altında tükenmişlik sendromu yaşanması üretilen sağlık hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Sağlık hizmeti kullanımın israfa dönüştüğü ve kolaylaşan erişimin gelişen sağlık sisteminin istismar aracı haline geldiği görülmektedir. Bu istismarı ve sistem üzerine binen orantısız yükü hafifletemezsek, sağlık hizmetlerinin kaliteli şekilde sürdürülebilirliği tehlikeye düşecek ve bugün için önde görünen hasta memnuniyeti riske edilip zaten düşük olan sağlık çalışanı memnuniyeti daha da azalacaktır.

Cari sağlık sistemimizde sağlık hizmetlerinin hemen tamamının hekimler üzerinden yürütülmesi, ülkemizde çoğu yeni tanımlanmış 40’ı aşkın sağlık mesleği mensubu için dünyada belirlenmiş iş tanımlarına uygun yetkilerin ve sorumlulukların veril(e)memiş olması, başta hekimler olmak üzere sınırlı sayıda sağlık meslek mensubu üzerinde biriken aşırı iş yükü ve sorumluluğu artırmakta, bu durum hekim ve sağlık çalışanı memnuniyetsizliğine yol açmaktadır.

SD Dergisinin bu sayısında ülkemizin bugünü ve yarınları için çok önemli olduğuna inandığımız bir konuya işaret edilmiştir. Farklı güdüler ve çeşitli kanallarla uyarılarak artırılan sağlık hizmeti talebi sorunu, çözüm önerileriyle birlikte ele alınmıştır. Umarız, ulusal sağlık otoritesi ve sağlığın paydaşları bu konuyu gündeme alıp sürdürülebilir bir sistem oluşmasına katkı sağlarlar. Bu zengin dosya ile birlikte, zevkle okuyacağınız Mehmet Şevket Eyyi röportajının yanı sıra sağlık alanındaki çok farklı konuları da sayalarımızda bulacaksınız.



İçindekiler

6

HEKİME BAŞVURU SAYISININ ARTIŞ HİKÂYESİ
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

14

SUNUCULAR TARAFINDAN UYARILAN
TALEBİN KONTROLÜ
PROF. DR. OSMAN E. HAYRAN

18

AŞIRI SAĞLIK KULLANIMI:
NEDENLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
PROF. DR. H. ERDAL AKALIN

20

MEDİKALİZASYON (TIBBİLEŞTİRME), AŞIRI
TEŞHİS/TEDAVİ VE KİŞİKİRTİLMİŞ SAĞLIK TALEBİ
PROF. DR. ZEKİ KILIÇASLAN



24

AŞIRI TALEBİN TOPLUM SAĞLIĞINA ETKİLERİ
DOÇ. DR. MUSTAFA TAŞDEMİR
DR. İSMAİL ERKAM TÜZGEN

28

AMELİYAT ÖNCESİ TETKİKLERİN GEREKLİLİĞİ
YRD. DOÇ. DR. PELİN KARAASLAN
PROF. DR. HÜSEYİN ÖZ



32

CHECK-UP (TAMBAKİ) GERÇEKTEN YARARLI MI?
PROF. DR. MUSTAFA ÖZTÜRK

34

HEKİMLİKTE "MARKETİNG-PAZARLAMA"
PROF. DR. HÜSREV HATEMİ

36

ARTIŞ EĞİLİMİ GÖSTEREN SAĞLIK HİZMETİ
SUNUMU YÜKÜNÜN KLİNİK EĞİTİME ETKİLERİ
DR. AHMET MURT

40

SAĞLIKTA AŞIRI TALEP VE HASTA HAKLARI
DOÇ. DR. FULYA İLÇİN GÖNENÇ

42

"SAĞLIKÇI DÜKKÂNI"NDAN...
PROF. DR. ŞABAN ŞİMŞEK

46

MEHMET ŞEVKET EYGİ: TIP, ENDÜSTRİ HALİNE
GELİNCE SAĞLIK ÇÖKER!



50

"BİR YAZI" ÜZERİNE: VERİLER NASIL OKUNMALI?
YRD. DOÇ. DR. MAHMUT TOKAÇ

54

FİNANSAL ARAYIŞLAR, KAMU ÖZEL
ORTAKLIKLARI VE ŞEHİR HASTANELERİ
DR. ŞUAYİP BİRİNCİ

60

TIBBIN GELECEĞİ HAKKINDA MÜLAHAZALAR
PROF. DR. GÜRKAN ÖZTÜRK

62

EBELERE YENİ UNVAN ARAYIŞLARI
YRD. DOÇ. DR. FİLİZ OKUMUŞ



66

BİR SAĞLIK SORUNU OLARAK ŞİDDET
PROF. DR. AKİLE GÜRSOY

70

HASTA VE HEKİMLER ETİYOLOJİ KONUSUNDA
ORTAK BİR DİL OLUŞTURABİLİR Mİ?
PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ - DR. SENA YENEL ÖZBAY

72

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA
BEKLENMEYEN DURUMLAR VE HALKLA İLİŞKİLER
YRD. DOÇ. DR. YASİN BULDUKLU

76

"PEDIATRİK BİREY"LE İLETİŞİM NASIL OLMALIDIR?
DOÇ. DR. ARZU YÜKSELEN



80

PSİKIYATRİNİN PENCERESİNDEN GÖÇ VE SAĞLIK
DR. VEYSİ ÇERİ - DR. SERHAT NASIROĞLU
PROF. DR. BENGİ SEMERCİ

86

SAĞLIĞIMIZI ETKİLEYEN GİZLİ AJANLAR:
GIDA KATKI MADDELERİ
PROF. DR. FATİH GÜLTEKİN

88

BİR İLAÇ OLARAK ANKAFERD: GELENEKTEN BİLİME
PROF. DR. İBRAHİM C. HAZNEDAROĞLU



90

GELENEKSEL TIP NEDİR, NE DEĞİLDİR?
PROF. DR. AYTEN ALTINTAŞ

94

GÜZELLİK CERRAHİSİ VE HUKUKİ DURUMU
DOÇ. DR. MUSTAFA KESKİN

98

GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE ASKERİ TIBBA BİR BAKIŞ
PROF. DR. AKİF TAN



102

ORTAK MİRASIN BİLİNMEYEN VARİSLERİ
DOÇ. DR. MURAT SALİM TOKAÇ

104

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

Hekime başvuru sayısının artış hikâyesi

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.

Son zamanlarda ülkemizde sağlık hizmetlerinin önündeki engellerin kaldırıldığı, hizmete erişimin kolaylaştığı malumdur. Bu durumun yol açtığı memnuniyetin yanı sıra çeşitli sıkıntılar ve kaygılar da dile getirilmektedir. 2000'li yılların başında yılda ortalama kişi başı 3 kez başvurudan söz edilirken bugün bu rakamın 8'i aştığı bildirilmektedir. Bu artışa ilişkin ifade edilen kaygılar, doktorların iş yükü ve sağlık harcamalarına odaklanmaktadır. Bu artışa toplumun daha fazla hasta olduğu yönünde mesnetsiz yorum getirenler de mevcuttur. Bu son yorumun bilimsel ve gözlemsel bir temeli olmadığı gibi, sağlık harcamaları ile doktora başvuru sayısı arasında bir korelasyon olduğuna ilişkin istatistiki veri de mevcut değildir.

Geçmişteki doktora başvuru sayısından bahsederken referans aldığımız en kapsamlı çalışma, Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje Koordinatörlüğü tarafından yürütülen 1992 Haziran tarihli Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırmasıdır (1). Bu araştırma, hizmeti kullananların özelliklerinin belirlenmesinin yanında hizmet kullanımını etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılmasını da amaçlayan kapsamlı bir çalışmadır. Hane halkı araştırması ile 27.408 kişilik bir örneklem üzerinde sorgulama yapılarak veri elde edilmiştir. Bu çalışmada yıllık kişi başı

doktor başvurusu kırsalda 1,63, kentsel bölgede ise 3,05 olarak tespit edilmiştir. Toplam nüfusta yıllık kişi başı başvuru 2,44 olarak hesaplanmıştır; sigortasız kişilerde ise sadece 1,57 bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıklarına göre 2002 yılında 3,2 olan kişi başı doktora başvuru sayısı, düzenli bir artış göstererek 2011 yılında 8,2 olmuştur (2). Bu sayı son veri olan 2013 yılına kadar sabit kalmıştır. Ancak burada bir husus dikkat çekicidir. 2011 yılında birinci basamakta kişi başı başvuru sayısı 3,3 ile en yüksek noktadadır. Bu yıldan sonra toplam başvuru sayısı sabit (8,2) kalmasına rağmen, birinci basamaktaki başvuru sayısı düşmeye başlamış, 2012 yılında 3,1, 2013 yılında ise 2,9 olmuştur. Üç yıl içinde aradaki bu 0,4'lük düşüşün hastanelere başvuru olarak eklendiği görülmektedir. Hastaların son 3 yılda birinci basamaktan hastanelere kaymasının hangi politika değişikliğinden kaynaklandığı incelemeye muhtaçtır. Bu veri bile, yapılan taktik değişikliklerin hastaların başvurularını nasıl yönlendirebildiğini göstermektedir.

Cumhuriyet tarihimizde nüfus artırıcı (pronatalist) ve nüfus azaltıcı (antinatalist) politikalar birbiri ardına yer değiştirerek gelmiştir. Nüfusun hızla yaşlanmakta olduğu son dönemde yine nüfus artırıcı politika gündemdedir. Buna benzer

şekilde önceleri halkı bilinçlendirip sağlık hizmeti almasını teşvik eden politikalar uygulanırken hızla artan sağlık hizmeti talebi karşısında yüksek başvuru oranını düşürmeye yönelik politika arayışları başlamıştır. Sorun müracaat sayısını gösteren rakamın kendisinde mi, yoksa gerçekleşen müracaatın gerekli olup olmamasında mı? Sadece rakamların değişimine bakarak bir yargıya varmanın yeterince doğru bir yaklaşım olmadığını düşünüyorum.

Öncelikle önceki yıllarda doktora başvuru sayısının hesaplama yöntemiyle bugün Sağlık-Net ya da Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) dijital kayıtları (MEDULA) üzerinden yapılan tespitlerin karşılaştırılması dikkatli bir analiz gerektirmektedir.

Önceki hesaplamalarımız, sosyal güvenlik kapsayıcılığının sınırlı olduğu, sosyal güvenlik kapsamında olsa bile insanların hizmet almak için hekimlere hastane dışında ulaşma yolunu kullandığı, muayenehaneler dâhil sağlık kuruluşlarında düzenli kaydın tutulmadığı, hastanelerde bile hasta kaydının poliklinik defterlerinden hesaplanmaya çalışıldığı bir ortamda üretilen verilere, ya da hane halkı araştırmalarına dayanmaktadır.

Bugün ise Genel Sağlık Sigortası (GSS) mevcuttur ve sigorta kapsamında alınan



bütün sağlık hizmetleri kamu ve özel sağlık kuruluşları tarafından SGK'ya aktarılmaktadır. Hastalara e-reçete marifetiyle ilaç yazılmakta, eczaneler verdiği her ilacı sisteme kaydetmektedir. Hatta ilaç takip sistemi (İTS) yoluyla, üretimden hastaya ulaşıncaya kadar bütün zincir kayıt altında tutulmaktadır. Özel sigortalar kanalıyla alınan sağlık hizmetleri de bu sigortalar tarafından, hem de provizyonları ile birlikte, kayıt altına alınmakta ve takip edilmektedir. GSS ve özel sağlık sigortaları dışından alınan sınırlı sayıda sağlık hizmetinin bile kayıt dışı kalması zorlaşmıştır. Zira burada mali kontroller devreye girmektedir. Veri gönderilme sıhhati tartışmalı olsa da, Sağlık Bakanlığı bütün hastanelerden Sağlık-Net ve e-Nabız gibi sistemlerle standart hasta verisi toplamaktadır. E-devlet aracılığıyla hastaların doğrudan kendileriyle ilgili verilere ulaşmalarının önü açılmıştır. Bunun yanında Performans Takip Sistemi aracılığıyla performansa dayalı ödeme sistemine esas teşkil eden hizmetler doktor başına ayrı ayrı dijital havuza aktarılmaktadır. Bakanlık devlet hastanelerinde verilen sağlık hizmetlerini Teşhis İlişkili Gruplama (TİG) sistemi üzerinden ayrıca toplamaktadır. Bu sisteme üniversite hastaneleri ve özel hastanelerin de dâhil edilmesi ile SGK'nın da işini kolaylaştıracak önemli bir potansiyel elde edilmesi çok kolaylaşmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kaydı, altı bin sağlık ocağında doldurulan formların Temel Sağlık Hizmetleri Modülüne (TSİM) aktarılmasıyla değil, 20 bini aşkın aile sağlığı merkezinden anında Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) üzerinden

yapılmaktadır. AHBS ile hastane kayıt sistemleri arasında bir entegrasyonun henüz kurulamamış olması önemli bir kusur olsa da, bütün bu veri kaynaklarından merkezi olarak bilgi elde edilmesi ve çıkarım yapılması son derece kolaydır.

Netice olarak veriler kıyaslanırken bu gerçeklerin göz önünde bulundurulması gerekiyor. Eski yöntemlerle elde edilen verilerin, veriye kısıtlı ulaşım yolları nedeniyle gerçekte olduğundan daha düşük bulunduğu kanaatindeyim. Bununla birlikte günümüzde hasta başvurularının gittikçe artma eğilimi göstermesi de bir vakıa. Öyle de olmalıdır. Ancak elimizdeki rakamların gerçekte neyi yansıttığı ayrı bir tartışma konusu. Öncelikle vatandaşların sağlık sistemiyle teması, doktora başvuru (doktor vizitesi) olarak yorumlanmaktadır. Sistem tasarımı da önce doktoru görmeyi teşvik etmektedir. Yine bir şekilde tedavi sürecine girmiş hastanın kontrol ve takipleri de bizzat doktora bağımlı olarak yürümektedir. Bu durumlar bir yandan doktorun üstüne daha fazla yük bindirmekte, doktor eksikliğinin derinliğini artırmakta ve bu arada doktora başvuru istatistiklerimizi de yukarı çekmektedir.

OECD 2013 verilerine göre kişi başı doktora başvuru sayısı bakımından Türkiye 6,7 olan OECD ortalamasının üzerindedir (3). Türkiye'den daha fazla doktora başvuruya sahip olan ülkeler ise Rusya (9,4), Almanya (9,7), Slovakya (11), Çek Cumhuriyeti (11,1), Macaristan (11,8), Japonya (13,1) ve Kore'dir (13,2). Başvuru sayısının en düşük olduğu ül-

Toplumun algı ve anlayış değişikliği, sağlık hizmeti anlayış ve yönteminde değişme, yaşlanma ve kronik hastalıklar, sağlık hizmetlerinde piyasa etkisi, sosyal güvenlik sisteminin etkisi, iletişim kanallarının yaygınlığı ve uygulanan popülist politikalar ile sağlık hizmetinin önemli özelliklerinden birisi olan arzın talep oluşturmaları, doktora müracaatı artıran nedenlerden ilk etapta aklımıza gelenlerdir.

kelerin arasında İsveç (3), Meksika (2,7), Brezilya (2,7) ve Güney Afrika'nın (2,5) olduğu görülmektedir. Sosyoekonomik durumları son derece farklı olan İsveç ve Meksika gibi ülkelerin birbirine yakın olmasını aynı dinamiklerle açıklamak mümkün değildir. Güney Afrika'da kişi başı doktora başvuru sayısı 2,5 iken Kore'de 13,2 olmasını açıklamak da kolay değildir. Beş kattan fazla olan başvuru sayısını hastalık yükü, sosyokültürel yapı ve hatta sağlık hizmetlerine erişimle açıklamaya çalışmak ne denli gerçekçi olur bilmiyorum.

OECD sağlık verilerinde kişi başı doktora başvuru hesaplanırken detaya girilmeden ve muayenhanede, evde ya da hastanede olmasına bakılmaksızın doktor konsültasyonu ile vizitesi aynı anlamda kullanılmaktadır. Telefonla danışma, tetkik yazdırma, planlanmış ve randevu verilmiş tedavi işlemleri, fizyoterapi, diş hekimisi muayenesi veya hemşire muayeneleri gibi işlemler bu tanımın dışında tutulmaktadır.

Bu tanımlamalara rağmen OECD hesaplamalarında ülkeler arasında da farklılıklar mevcuttur (3). Mesela Belçika doktora danışmayı ve acil ambulans hizmetini dâhil etmektedir. Almanya palyatif bakım ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını da dâhil etmekte ancak aynı doktora 3 ay içinde hastanın kaç kere müracaat ettiğine bakmaksızın bunu tek başvuru olarak kayda geçmektedir. Kanada sadece sosyal güvenlik sisteminde parası doktora ödenen hizmetleri hesaplamaktadır. Farklı tarihlerde ödemesi yapılan hizmetler artırdıkça doktora müracaat rakamları da daha yüksek çıkmaktadır. Çek Cumhuriyeti 1990 öncesinde telefon görüşmelerini de dâhil etmiş, sonra hariç tutmuştur. Yunanistan sadece sözleşmesi olan doktorların baktığı hastaları dâhil etmiş, serbest çalışan doktor hastalarını hariç tutmuştur. Macaristan BT ve MRI değerlendirmelerini de dâhil etmektedir. İzlanda aile hekimiyle telefon görüşmelerini de dâhil etmektedir. İtalya'da hasta beyanına göre veri toplandığından, tahlil istekleri, tedavi randevuları, fizyoterapi seansları ve enjeksiyonların ayırımı yapılamamaktadır. Japonya'da kamu sağlık güvencesi altında yapılan gününbirlik cerrahi gün sayıları dâhil edilmektedir. Hollanda anne ve çocuk sağlığı hizmetlerini hariç tutmaktadır. İsviçre'de hesaplamaya esas olan çalışma 15 yaş ve üzerindeki doktor başvurularını esas almaktadır. İngiltere hastane dışı muayeneleri ve serbest hekim muayenelerini hesaplama dışı bırakmaktadır. Diğer hizmetlerle birlikte genel pratisyen telefon görüşmelerini de hesaplamaktadır.

OECD'nin hekim müracaatı tanımında *"Hekime telefon ile başvuru hariç,*

herhangi bir sebeple başvuruda bulunulması" ifadesi yer almaktadır (4). Bu ifadede kritik iki noktadan birisi müracaat noktası olan "hekim", diğeri "herhangi" olan müracaat sebebidir. Kısacası hastayı hekime müracaata zorlayan sebepler ile müracaatın hekim veya başka bir meslek grubuna yapılmasına göre istatistik sonuçlarının farklılaştığı anlaşılmaktadır. Hem yıllar arasında kıyaslama yapılırken hem de bu verileri yönetecek politika geliştirirken, bu iki hususu dikkatle ele almak gerektiği kanısındayım.

ABD'de Medicare denen kamu sigorta sistemi, acil dışında sadece "yeni hasta" diye adlandırdığı başvuruları ödeme listesine kabul eden bir uygulama başlatmıştır (5). Bir sağlık kuruluşunda son 3 yıl içinde herhangi bir şekilde hakkında işlem yapılmamış olup başvuran hastaya yeni hasta denmektedir. Bu yeni hastalar fatura edilirken de doktor vizitesi ile orta düzey uygulayıcı (mid-lever provider) denen hekim yardımcısı, klinik görevlisi, klinik eczacı, pratisyen hemşire gibi meslek mensuplarının vizitesi ayrı kodlarla fatura edilebilmektedir. Yani doktor başvurusu ayrı, doktor dışı sağlık personeli başvurusu ayrı kategoride ele alınmaktadır. Aynı şekilde yeni hasta başvurusu ile başka doktorun yönlendirmesi veya talebi sonucu yapılan hasta muayenesine ayaktan hasta konsültasyonu denmekte ve bu da ayrı kategoride ele alınmaktadır. CPT (Current Procedural Terminology, ABD sağlık işlemleri listesi) tanımları ile Medicare tanımları arasında kısmi farklılıklar mevcuttur. Ayrıca uzmanlık alanlarının belli bir grup altında hizmet vermesi ile aile hekimliği uygulamasında bu yaklaşımlar farklı telakki edilmektedir (5, 6).

Yukarıda sözü edilen farklı uygulamalar, insanların hekime müracaat sıklığını kıyaslamada çıplak rakamların yeterli olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte günümüz toplumlarının refah düzeyi, kültürel farklılaşma, sağlık sistemlerinin genel yaklaşımı, demografik değişim, sağlık kuruluşlarının işleyiş ve finansman modeli, sosyal güvenlik sistemi ve kamu politikaları ile günümüzün teknoloji ağırlıklı çağdaş hayat tarzı gibi birçok unsurun sağlık hizmet talebi üzerine etkisi bilinmektedir. Bu gerçeklerden hareketle, ölçüm için kullandığımız rakamlar ne olursa olsun, insanlarımızın doktora müracaatlarının artmakta olduğu bir vakıdır.

Yukarıda sözü edilen Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması sonuçlarına göre;

1. Hane halkı arttıkça hanedeki kişi başı doktora başvuru sayısı azalmaktadır, yani az çocuklu çekirdek ailede başvuru en fazla olmaktadır.
2. Sağlık hizmetlerinin kullanımı kentte

kırsaldan daha fazla, batı bölgelerimizde doğudan daha fazladır.

3. Eğitim düzeyi arttıkça doktora başvuru sayısı artmaktadır.

4. Sosyal güvence kapsamı arttıkça, diğer faktörlerden bağımsız olarak doktora başvuru sayısı da artmaktadır.

5. Herhangi bir kronik hastalığa sahip olan insanlar diğerlerine göre 3,5 kat daha fazla doktora başvurmaktadır (1).

Bu tespitler bile tek başına geçen süreçteki doktora başvuru sayısındaki artışı izah etmeye yeterince ışı tutmaktadır. Aile yapımız gittikçe küçülmekte, nüfusumuz büyük oranda kentleşmekte, Doğu ile Batı arasındaki eşitsizlikler azalmakta, eğitim düzeyimiz artmaktadır. Genel sağlık sigortası ile birlikte sosyal güvenlik kapsayıcılığı en üst düzeye ulaşmış, yaşlanan nüfusla birlikte kronik hastalık yaygınlığı hızla artmıştır.

Doktora müracaatı artıran nedenlerden ilk etapta aklımıza gelenleri kategorik olarak şöyle sıralayabiliriz: Toplumun algı ve anlayış değişikliği, sağlık hizmeti anlayış ve yönteminde değişme, yaşlanma ve kronik hastalıklar, sağlık hizmetlerinde piyasa etkisi, sosyal güvenlik sisteminin etkisi, iletişim kanallarının yaygınlığı ve uygulanan popülist politikalar ile sağlık hizmetinin önemli özelliklerinden birisi olan arzın talep oluşturmaması.

A) Algı ve anlayış değişikliği

1. Kültürel yapı, bilgi düzeyi ve anlayış değişmekte ve insanlar eskiden önemsemedikleri rahatsızlıklarını şimdi konu edinmekte ve hastalık şüphesi ile arayışa geçmektedir.

2. Şehirleşme, toplu ulaşım, randevu sistemleri, hizmet arzının artmış olması gibi gelişmeler hastaların başvurusunu daha hızlı ve kolay yapmalarına yol açmış ve şiddeti daha düşük şikâyetler başvuru nedeni haline gelmiştir.

3. Toplumda refah düzeyinin artması, daha basit durumları sağlık sorunu konusu eden ve sağlık hizmeti talep etme eşiği daha düşük olan bir toplum oluşturmaktadır.

B) Sağlık hizmeti anlayış ve yöntemlerinde değişme

1. Sağlık hizmetleri hızlı teknolojik gelişme ve mesleki farklılaşmalarla birlikte karmaşık ve kapsamlı hal alırken, sistem bu hızlı değişmeye ayak uyduramayıp artan iş yüküne rağmen doktor çevresine odaklı hizmete devam edilmektedir. Bugün doktor düzeyinde eğitim ve beceri gerektirmeyen birçok iş doktora yüklenmekte, hastanın doktora başvurusunu zorunlu kılmaktadır.

2. Hasta odaklı hizmet anlayışı, hastanın sistemde güçlendirilmesi ve karar süreç-

lerine katılımının sağlanması gibi güncel anlayış değişiklikleri "kanıta dayalı" davranış biçimleri değil hastanın algı, anlayış ve beklentilerince yönetilen bir süreç oluşturmakta ve bu da hastanın doktora başvurusuna yansımaktadır.

3. Geçmişte sınırlı tanı araçları kullanılarak bir sonuca varma ve tedavi yolu seçilirken günümüzde yeterli kanıt elde edecek çeşitli teknolojik tanı araçlarına başvurulmakta, bazen hastaların tekrar tekrar farklı tanı yöntemlerini kullanması gerekmektedir. Bazen bu test araları uzamakta, yeni başvuruları zorunlu kılmaktadır.

4. Hastalıklardan korunma, erken teşhis gibi hususlarda toplumsal uyarılar ve kampanyalar hasta olmadan veya şüphe üzerine başvuruyu artırmaktadır. Orta yaştan sonra kadınların meme kanseri, açısından yılda bir kez doktora başvurması, erkeklerin prostat kanseri açısından yılda bir kez PSA baktırması gibi tavsiyelerle artırılan başvurular farklı alanlarda görülmektedir.

5. Gebelerin ve bebeklerin her ay düzenli doktor kontrolü teşvik edilmekte ve topumu duyarlılığı arttıkça yaygınlaşmaktadır.

6. Sağlık kuruluşlarında doktor vizite (poliklinik) süreçleri tasarımı hastanın en kısa temaslara ve en kısa sürede işini bitirmeye göre değil, hizmet verenlerin veya kuruluşun kendini güvence altına almasına ya da geleneklerine göre tasarlanmaktadır. Bu da gerçekte bir başvurunun aynı gün ve müteakip günler tekrar başvurulara dönüşmesine yol açmaktadır.

7. Sağlıklı olan toplum kesimlerinde ihmal ve göz ardı edilen sağlık sorunlarını fark etmeye yönelik sağlık taraması ve check-up gibi hizmetler hasta üretme araçları olarak kullanılmaktadır.

8. Acil poliklinik ve servislerimiz doktora mesai sonrasında kolay ve hızlı erişim alanları olarak görülmekte bu yüzden gereğinden fazla kullanılmaktadır. Sadece başvuruyu artırmakla kalmayıp gerçek acil vakaların hak ettiği hizmeti almasını da riske etmektedir.

C) Yaşlanma ve kronik hastalıklar

1. Yaşlı nüfus oranı gittikçe artmakta ve kronik hastalıklar nedeniyle bunların doktora müteaddit defalar başvuru ihtiyacı hızla yükselmektedir.

2. Kronik hastalıklarda ömür boyu ilaç kullanımı, periyodik olarak ilaç reçete edilmesini ve böylece doktor vizitesini gerekli kılmaktadır.

D) Sağlık hizmetlerinde piyasa etkisi

1. Sağlık hizmet sektörü bir hayır ve fedakârlık alanı olmaktan çıkıp üretim sektörüne dönüştüğü için kârı maksimize edecek yöntemler geliştirilmekte ve pastayı büyütecek hasta talebi üretilmektedir.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

2. Sağlık kuruluşları hasta görmekten dolayı menfaat elde ettiğinden insanların başvurmasını teşvik etmektedir.

3. Sağlık çalışanlarının gördükleri hasta sayısı ile gelirleri arasında ilişki kurulmuş olması ve bunun bir teşvik aracı olarak kullanılması hastayı cezbetmektedir.

4. Özel sağlık kuruluşlarının sosyal güvenlik kapsamında hizmet verir olması, hasta cezbetme hususundaki kendi dinamiklerini daha fazla harekete geçirmelerine yol açmıştır.

E) Sosyal güvenlik politikalarının etkisi

1. Gelişen sosyal güvenlik sistemi sağlık hizmetini ekonomik anlamada erişilemez olmaktan çıkarmış ve hemen herkesin bu hizmete erişiminin önündeki en temel engeli kaldırmıştır.

2. Erişimin kolaylaşması nedeniyle hastaların alternatif görüş arayışıyla aynı hastalıktan dolayı birçok doktora başvurduğu da olmaktadır.

3. Sosyal Güvenlik Kurumu düzenlemelerinde, bazı ilaçların reçete edilmesinde testlerin veya radyolojik görüntülemelerin şart koşulması, ilacın belli doktorlar tarafından reçete edilebilmesi hatta sadece doktor tarafından ilaç reçete ve repete edilmesi gibi finansal tasarruf gayesiyle ortaya koyduğu uygulamalar başvuru artışını zorlamaktadır.

Yıllardır kutsanan ama bir türlü gerçekleşemeyen sevk zinciri konusu duygusal olmaktan ziyade gerçekçi olarak ele alınırsa bazı tedbirlerin geliştirilebileceğini düşünüyorum. Hastaneye acil dışında doğrudan başvuran hastadan yüksek katkı payı alınabilir. Bu tür başvuruların performans ölçümündeki puan değeri daha düşük tutulabilir. Aksine sevkle başvuran hastadan alınacak katkı payı minimize edilip hekim hesabına yüksek performans puanı kabul edilebilir.



Politika Önerileri ve Tedbirler

Sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin kaldırılarak kolaylaştırılması sistem açısından olumlu bir performans göstergesi olarak kabul edilmektedir. Koruyucu hekimlik, anne çocuk sağlığı hizmetleri, kanserde erken teşhis ve tedavinin yaygınlaştırılması dâhil birçok uygulama, doktora başvuru artışını teşvik eden politikaların sonucudur. Bu durumda gerçekten doktora başvuru sayısını azaltmak gibi bir hedefimiz olabilir mi? Olmalı mı? Doktor başvuru sayısı ile sağlık harcamaları arasında bir ilişki kurduğumuz için mi, yoksa doktor iş yükünün artışı için mi kaygı duyuyoruz? Sağlık hizmetine ihtiyacı olanlar için başvuruyu hem kolaylaştırmak, hem de artırmak gerekmiyor mu?

Bu kabil soruları çoğaltmak mümkündür. İhtimal ki, yaygın kanaat sağlık hizmetinin israf derecesinde kullanıldığı ve kolaylaşan erişimin, gelişen sağlık sisteminin istismar aracı haline geldiği yönünde. Esas kaygı da bu istismarın ve sistem üzerine binen haksız yükün önlenemesinden kaynaklanıyor sanırım. Doğru analiz yapabilecek istatistikler üretmek, doktorlar üzerine binen aşırı yükü hafifletmek, biteviye tekrarladığımız doktor açığı konusuna çözüm üretmek, daha kaliteli hizmet sunabilmek, maliyetleri kontrol edebilmek, kötü kullanım ve istismarı önlemek için geliştirilebilecek politikalar şüphesiz vardır. Problemi net olarak ortaya koyabilirsek tedbirleri geliştirmek de o denli mümkün olacaktır.

Önerilebilecek tedbirleri genel çerçeve itibarıyla, kısa vadeli taktik yaklaşımlarla başlayıp, orta vadede hastaları yönlendirme politikaların geliştirilmesi ve uzun vadeli olarak sağlık hizmetinde doktor merkezli anlayıştan mesleki çeşitliliğe geçişin gerçekleştirilmesi olarak özetlemek mümkündür.

1. Doktora başvuru tanımı

Ülkemizde doktora başvuruyu ifade eden tanımlama net değildir. Gerçek bir başvurudan çok, hastanın sağlık sistemiyle temas frekansını yansıtmaktadır. Poliklinik numarasının karşılığıdır bir bakıma. Her teması doktor başvurusu haline getirmek yerine bunun ayrıştırılması, söz gelimi bir hastalık nedeniyle yapılan ilk başvurunun esas alınması tabloyu değiştirecektir. Sosyal güvenlik kayıtlarında bu başvurunun ayrı kodla tanımlanması, farklı fiyat uygulanması, bu başvuruda hastaya daha fazla vakit ayrılması gibi ek politikalar da geliştirilebilir.

2. Mesleki çeşitlilik

Tanı konmuş bir hastanın takip ve kontrollerinin sürekli doktor tarafından yapıyor

F) İletişim kanallarının yaygınlığı

1. Artan iletişim kanalları ile tanıtım ve reklamlar hizmet alternatiflerini duyurmakta, hastalar bu bilgiye dayalı arayışla farklı doktorlara müracaat eğiliminde olmaktadır. Böylece sağlık hizmet tüketimi artmaktadır.
2. Artan iletişim kanalları sağlıkla ilgili doğru olmayan abartılı bilgilerin yaygınlaşmasını da sağlamaktadır; oluşan bilgi kirliliği sahte hastalıklar ve tedavileri gündeme getirmekte ve bunun için doktora başvuruyu teşvik etmektedir.

G) Şehirleşme ve modern hayat

1. Artan teknolojinin, üretilen toksik kimyasal, radyoaktif ve elektromanyetik ajanların, hava kirliliğinin, sanayinin, hızlı ulaşımın taşıdığı hastalıkların yaygınlığının, yoğun iş hayatının doğurduğu stresin, trafik ve iş kazalarının, şiddet uygulamalarının ve daha birçok çağdaş

etkenin sağlık hizmetine duyulan ihtiyacı zorunlu olarak artırdığı malumdur.

H) Popülist politikalar

Sağlık uluslararası olduğu kadar ulusal anlamda da bir "yumuşak güçtür". Bu gücü kullanmak istemesi doğal olan politikacılar erişime engel teşkil edebilecek tedbirlere yanaşmamakta, hatta popülist politika ve söylemlerle erişimi artırmaktadır.

I) Arzın talep oluşturması

Sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliği arzın bizzat kendisinin talep oluşturmasıdır. Hizmet sunumuna yönelik imkân, tercih ve rehberliklerin artması hizmete olan talebi de arttırmaktadır. Hizmeti sunan ve alan arasındaki bilgi eşitsizliği sağlık hizmetinin önemli bir açmazıdır. Dolayısıyla arzın talebi yönetme gücü ortaya çıkmakta ve hizmete olan başvuruyu artırıcı etkiye neden olmaktadır (7).

olması, çoğu kez doktor emeğinin israfına yol açmaktadır. Doktor yardımcısı, uzman hemşire, uzman ebe, fizyoterapist, odyolog, klinik psikolog, klinik eczacı gibi mesleklerin görev ve sorumluluk alanları belirlenleştirilerek günümüzde tanı sonrasında doktorlara yüklenen bir dizi iş yükü paylaştırılabilir. Halkın bu tür görev değişimini kabullenmesinin zaman alacağı malumdur; özel tanıtım, bilgilendirme ve bilinçlendirme süreci gerekir.

Mesleki çeşitliliğe sadece doktora başvuru sayısı açısından bakmak hadiseyi küçümsemek olur. Tanı süreçleri, kronik hasta takibi, taburcu olan hastanın rehabilitasyonu gibi birçok alandaki hizmetler doktor dışına kaydırılabilir. Alanında özelleşmiş meslek mensuplarının görev üstlenmesi, hastalara nitelikli yaklaşım sunma fırsatı verebileceği gibi, doktor başına düşen iş yükünü azaltması ve böylece doktorların sunduğu hizmetin niteliğine de katkı sağlaması beklenir.

Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde mesleki çeşitlilik etkili olacaktır. Aile hekimlerinin ekipleri diğer sağlık meslekleri ile zenginleştirilerek iş yükü dağılımı daha kolay yapılabilir. Aile hekiminden başka aile hemşiresi, aile psikoloğu, aile danışmanı gibi meslek mensupları ekibe güç katacaktır. Birinci basamakta koruyucu hizmetler, anne, çocuk takibi, kronik hasta takibi, tedavi sonrası kontroller, uzun süreli tedaviler, rehabilitasyon hizmetleri gibi birçok hizmet doktor dışına kaydırılabilir. Eczanelerinde ilaç alıp vermeye mahkûm edilmiş binlerce eczacıya ilk başvuruda veya tedavi sürecinde hasta danışmanlığı misyonu yükleyip aile hekimliğinin tamamlayıcı gücü haline getirilebilir. Yine hastaların basit şikâyetlerle doğrudan doktora yönelmeden önce bireysel sağlık kayıtlarını paylaşarak danışabilecekleri çağrı merkezleri kurulabilir. Sevk zinciri böylece dayatmacı olmaksızın yeni bir anlayışla ve kapsamlı olarak hayata geçirilebilir.

Doktorların görev tanımının yeniden yapılırken medikolegal sorunlara yol açmayacak şekilde hukuki alt yapısının kurulması gerekmektedir. Radikal bir yaklaşımla pratisyen hekim için 6 yıl, uzman hekim için 10 yıl eğitim gerektirmeyen bütün işlerin doktor görev ve sorumluluk alanı dışına çıkarılması gerektiğini düşünüyorum. Doktor emeğini israf etmekten böylece kurtulmuş oluruz. Doktor görev ve sorumluluk alanı dışına çıkarılan bütün görevlerin tasnif edilerek uygun meslek eğitimine dâhil edilmesi ve bu meslek mensuplarına yetki devri yapılması gerekmektedir.

Sağlık hizmet anlayışı ve doktor-hasta ilişkisinde yukarıda sözü edilen değişimleri yapmadan sadece doktor sayısını

artırarak sorunun altından kalkmak mümkün görünmüyor. İşler ayrıştırılmadan sadece doktorların görev alanına hapsedilmesi, her geçen gün daha fazla doktor ihtiyacına yol açmaktadır. Sadece uzun eğitim gerektiren doktor mesleğiyle işin üstesinden gelmek hem kalite sorununa yol açmakta, hem de maliyeti artırmaktadır.

3. Hasta yükümlülüğü

Güncel sağlık sistemlerinde hastanın kendisiyle ilgili kararlara katılımı ve kendi sağlığı ile ilgili olarak sorumluluk üstlenmesi teşvik edilmektedir. Bu yaklaşım, yeterince bilgili olmayan hastanın talebinin hacim ve şeklini etkileyebilmektedir. Hastaya kendisiyle ilgili karara katılma fırsatı verirken bazı sorumlulukları üstlenmesini sağlamak da yararlı olacaktır. Sağlık okuryazarlığının artırılması, randevu disiplini, katkı payı farklılaştırılması, tedavi prosedürüne uyulmadan yapılan başvurulara yaptırım uygulanması vb. çeşitli araçlar üzerinde çalışılabilir.

4. Acil poliklinik düzenlemeleri

Poliklinik başvurularının üçte birinin acil olarak yapılmasının akılcı bir açıklaması olduğunu sanmıyorum. Organizasyonel bir hata olduğu anlaşıyor. Eskisine göre engellerin ortadan kalktığı ve doktora erişimin kolaylaştığı kabul edildiğine göre acil servislerin erişim aracı olarak kullanılmasıyla bu durumu açıklamak mümkün değildir. Acil başvurularda katkı payı, fark vb. ücretlerin alınmamasının etkisi de sınırlı olsa gerektir. Acil servis yapılanmamız, her sağlık kuruluşuna acil servis açma zorunluluğu olması, acile gelen hastanın geri çevrilmemesi ilkesi, acil müdahale gerektirmediği kanısıyla işlem gören hastaların istenmeyen sonuçlar karşısında hak arayışına girmesi, bu durumun zaman zaman doktor mağduriyetiyle sonuçlanması gibi birçok hususun analiz edilmesi gerekmektedir.

Acil poliklinik başvurularında ilk temasın doktor olması, doktora kolay ve hızlı erişim aracı olarak kullanılmasına yol açmaktadır. Acil polikliniklere ayakta başvuruların hemşire veya acil tıp teknisyeni tarafından karşılanması, bu sağlık mensuplarının triyajı sonrası gerekli görülürse doktor muayenesine fırsat verilmesi uygun bir yol olabilir. Bu uygulamanın ne denli güç olacağını tahmin etmek zor değil. Bir yandan bu meslek mensuplarını koruyucu mevzuat düzenlemeleri yapmak, bir yandan da insanların acil poliklinik başvurularında doğrudan doktorla temas edemeyeceği, etmemesi gerektiğinin propagandasını yapmak gerekmektedir. İyi çalışıldığında halkımızın hızla uyum göstereceği kanısındayım. Geçtiğimiz yıllarda bası-

nımızda "acil hastaya gelen ambulansın doktor çıkmadı" gibi skandal (!) haberler verilirken, günümüzde artık ambulansla gelen sağlık ekibinde doktor varlığı sorulanmamaktadır. İlk ve acil müdahaleyi ambulans ekibinde bulunan hemşire ya da acil tıp teknisyeninin yapmasını kabullenen toplum, kendi çabasıyla acil polikliniğine başvuran ve muhtemelen aciliyet derecesi daha düşük olan hastaya benzer ilk müdahale yapılmasını neden kabullenmesin?

Acil polikliniklerinde yeşil alan uygulaması, acil poliklinik yükünü paylaşmak bakımından olumlu olmakla birlikte, hastaların mesai dışında doktorla temasını kolaylaştırdığından gereksiz başvuruya yol açmaktadır. En azından mesai içinde alınacak bir hizmetin mesai dışında alınmasının caydırıcı bir bedeli olmalı ve hasta tarafından bu bedel üstlenilmelidir.

112 Acil ilk yardım sistemimiz oldukça gelişmiş durumdadır. Ambulansla acil servislere taşınan hastaların gerçek acil olma ihtimali daha yüksek olması nedeniyle ve zaten ambulans görevlilerince triyajı yapılmış olduğundan, doğrudan ilgili doktorla, servisle veya ekiple temasının sağlanması mümkün ve kolaydır. Gerçek acil -ya da acil olduğu sanılan- vakaların yerinden alınarak 112 ambulans vasıtasıyla hastaneye ulaştırılması önemli bir filtre görevini görmektedir. Bu tür aciller acil poliklinik başvuruları içinde daha sınırlı bir yer tutmaktadır. Sorun kendi imkânlarıyla doğrudan hastane acillerine gelen vakalardan kaynaklanmaktadır. Bu kesimin de bir süzgeçten geçirilerek acil serviste kabul edilmesinin yolları aranabilir. Burada acile başvuru yapmış hastalarda uygulanan triyajdan bahsetmiyorum. Zira triyaja tabi tutulan hasta zaten acil servise başvurmuş durumdadır. Acile başvurularda aile hekiminin araya girmesi veya bir çağrı merkezi tarafından yönlendirilen hastaların acile doğrudan kabul edilmesi gibi konuların üzerinde çalışılabilir. 112 ilk yardım sistemi, aile hekimi veya çağrı merkezi onayı olmadan acile kendi irade ve inisiyatifiyle başvuranlar için caydırıcı yaptırımlar düşünülebilir. Tabii tüm bu tedbirlerin acil tıbbi hizmet alma ihtiyacı bulunan bir kişinin bu hizmeti almasını engellememesi gerekir. İşin zorluğu da buradadır zaten.

5. Süreç iyileştirmesi

Hastanelerde hasta başvurularında, yeterli kontrol olması, kayıt dışılık ile kayıp ve kaçakların önlenmesi amacıyla düzenlenmiş olan hasta kabul süreçleri, hastanın gereksiz yere hastane içinde dolaşmasına veya gereksiz icat edilmiş sıra beklemelerine yol açabilmektedir. Hastane bilgi sistemine kayıt, poliklinikte



doktora görünme, tahlil yaptırmak üzere laboratuvara gitme, radyolojik tetkik için ayrı bölümlerde dolaşma, kardioloji vb. konsültasyon taleplerini yerine getirme, bu arada istenen yeni tetkikler için yine uygun mekanlara gidip bu işleri yaptırmak vb. birçok eylem hastaya yüklenmektedir. Bu eylemlerin her birinin birbirinden bağımsız sürelerle ihtiyaç duyması, aralarında planlanmış bir senkronizasyon bulunmaması ve hatta bazılarının uygun zaman diliminde gerçekleştirilememesi nedeniyle hastanın tanı süreçleri uzamakta, bazen günler, haftalar almaktadır. Süreçte meydana gelen aksamalar zaman zaman hastanın doktoruna yeniden başvurmasını ve danışmasını gerektirmektedir. Neticede hastaya külfet yüklenmekte, iş gücü kaybı olmakta, hastane kalabalığı suni olarak artmakta, hastane çalışanları planlı, süreçleri tanımlanmış işleri yapmak yerine karmaşa içinde boğuşmaktadır. Bu durum hem çalışan hem de hasta memnuniyetsizliğine yol açmakta ve hasta ile sağlık çalışanı arasında çatışmalara yol açmaktadır.

Hasta başvurusu, poliklinik muayenesi, tetkik ve yatarak tedavi süreçlerine özel önem verilerek sürekli takiple süreçlerin iyileştirilmesi gereklidir. Bu süreçler minimal zaman harcanarak ve minimal iş yükü olacak şekilde tasarlanmalıdır. Mükerrer başvurular, yeniden başvurular, yanlış uzmanlık dalına başvurular ile acil başvuru gibi hususların analiz edilmesi ve gözlem altında tutulup dinamik bir şekilde düzenlenmesi gereklidir.

6. Sosyal güvenlik politikaları

Sosyal Güvenlik Kurumu, tasarruf kaygısıyla bir dizi tedbirler uygulamaktadır. Bu tedbirler bazen geri teperek doktora gereksiz başvuru üretmekte ve hatta

sağlık harcamalarını artırabilmektedir. Osteoporoza yararlı olduğu sanılan ilaçların reçete edilebilmesi için kemik sintigrafisi, antikolesterol ilaçlar için asgari kan kolesterol düzeyi, bazı ameliyatlara için ileri radyolojik tetkikler vb. şart koşulmakta ve bunlar ayrıca faturaya eklenmektedir. Bununla birlikte birçok pahalı ilacın reçete edilmesini sınırlandırmak amacıyla uzman doktor şartı getirilmesi hatta onkoloji ilaçları ve hormon gibi bazı ilaçların reçete edilmesinde yan dal uzmanı istenmesi doktor başvurularını artırmaktadır. Bazen hastalar bu imkânı elde etmek için uzun yol kat etmek zorunda kalmaktadır. Reçete etme yetkisi ne kadar sınırlı bir hekim grubuna verilirse ilgili ilaç firmasının hedef kitlesi o denli belirginleşmekte ve ikna edici tanıtım faaliyetleri o hedefe odaklanmaktadır. Kısacası firmanın ikna gücü daha fazla olmaktadır.

Bu tür tedbirlerin ilaç tüketimini azalttığı kuşkuludur ama doktor başvurularını artırdığına kuşku yoktur. Sosyal Güvenlik Kurumunun bu tarz tedbirlerin ardından sıkı takiple analiz yapıp yarar zarar dengesini gözetmesi ve doktora başvuruyu suni olarak artıran tedbirlerden uzak durması gerektiği kanısındayım. Kronik hastalıklarda uzun süreli ilaç kullanımında da benzer sorunlar yaşanmaktadır. Gerekli olmadıkça hastanın dal uzmanına başvurmasını gerektirecek yaptırımlardan kaçınılmalı, süreçte hastanın kontrollerinin aile hekimi tarafından yapılması temin edilmelidir. Kontrol gerektirmeyen uzun süreli ilaç kullanımında, reçete repete etmelerde, bu gün ülkemizde mevcut bulunan kayıt sistemi hastanın doktora başvurmadan düzenli olarak ilacına ulaşmasını sağlayacak yeterlidir.

Yıllardır kutsanan ama bir türlü ger-

çekleşemeyen sevk zinciri konusu duygusal olmaktan ziyade gerçekçi olarak ele alınırsa bazı tedbirlerin geliştirilebileceğini düşünüyorum. Öncelikle hastanın yukarıda belirttiğim uzmanlık dallarına ulaşmasını mecbur kılan uygulamalar yerine, hastaneye gelmeden birinci basamakta aile hekimi ve eğer mümkünse diğer sağlık çalışanları düzeyinde sorunlarını çözecek politikalar geliştirilebilir. Hastaneye acil dışında doğrudan başvuran hastadan yüksek katkı payı alınabilir. Bu tür başvuruların performans ölçümündeki puan değeri daha düşük tutulabilir. Aksine sevkle başvuran hastadan alınacak katkı payı minimize edilip hekim hesabına yüksek performans puanı kabul edilebilir.

Özel sağlık kuruluşlarında muayenede fark ücretler düşük tutulup hasta üretilmekte, sonrasında tetkiklere daha fazla fark ücret ödemek zorunda bırakılmaktadır. Katkı payı ve fark ücretin önemli bir kısmının başvuru esnasında tahakkuk etmesi ve sonraki basamaklarda (laboratuvar, görüntüleme, konsültasyon) katkı payı /fark ücretinin asgari düzeyde tutulması bu suni teşviki frenleyebilir.

7. Performansa göre ödeme sistemi

Bilindiği gibi hastanelerde artan kuyrukları ortadan kaldırma, Sağlık Bakanlığı'na devredilen SSK ve farklı kurumlara ait hastanelerinin kendilerine başvuran genel popülasyonu sahiplenme, kısacası hastane hizmetlerine erişimin önündeki insan ve organizasyon kaynaklı engelleri ortadan kaldırma amacıyla başta doktorlar olmak üzere sağlık personelinin ürettikleri sağlık hizmeti ile ilişkili olarak döner sermaye aracılığıyla ödüllendirilmesi, "performansa göre ödeme" adıyla son dönem sağlık sistemimizde önemli bir politika aracı olarak yer buldu. Hastanelerin gelir ve giderlerini kontrol etmelerinde oldukça etkili olan bu uygulama sağlık personelinin gelirlerinde de önemli bir farklılık oluşturmuş oldu. Detaylı olarak incelendiğinde hizmet başına ödemeden farklı olarak, stratejik hedeflere yönelik birçok parametrenin ödülde etkili olması bakımından sistemi yönlendirmede etkisi tartışmasızdır. Ancak performansa göre ödeme sistemi, süreç içinde eleştirilere cevap verme ve politikaları yönetme kaygısıyla ödüllendirmeye etki eden parametrelerin gittikçe çeşitlendirilmesi nedeniyle amaçları belirsiz karmaşık bir uygulama haline almıştır. Özel hastanelerde "hak ediş" adıyla uygulanan ve doğrudan hastadan elde edilen gelirin paylaşılması esasına dayanan ödüllendirme sistemi kadar olmasa da kamu hastanelerinde performansa göre ödeme sistemi de hasta başvurusunu artırmıştır. Kuyrukların bitirilmesi, erişim önündeki engellerin kaldırılması amacıyla ortaya konan bir uy-

gulamanın bu hedefleri gerçekleştirmiş olması başarılı olduğunun göstergesidir. Hasta başvurusunun artmasına fırsat oluşturmasaydı başarısız olarak kabul edilebilirdi. Ancak tıp branşları arasında farklılıkları kaldırmış olması, riskli ve yorucu alanlara talebin azalması gibi birçok komplikasyonları da doğurmuştur.

Öncelikle bu modelin sistemin gerektirdiği yeni hedefler doğrultusunda revizyonu gerekmektedir. Sade ve anlaşılır olması uygulayıcıların murat edilen amaca yönelmelerini kolaylaştıracaktır. Eğer hastanelere başvurunun frenlenmesi arzu ediliyorsa, bakılan kişi başına eşit teşvik değil, optimum kişi için yüksek, artan sayıya göre azalan, yapılan işe değil, alınan sonuca odaklı teşvik modeli geliştirilebilir. Ayrıca yukarıda değinildiği gibi sevk zinciri ile ilişkilendirilebilir.

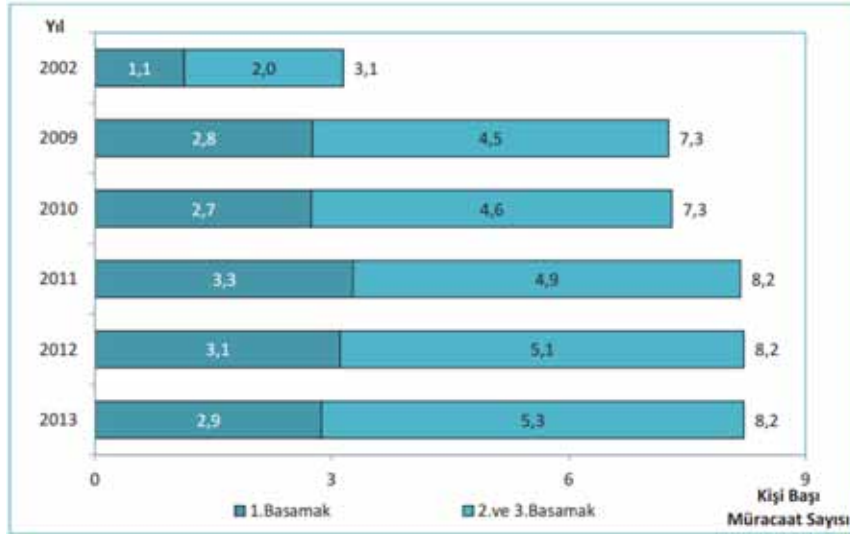
8. Talep karşılanmasında alternatif yöntemler

Günümüz tıp eğitiminde modern tıp anlayışı adeta kutsanmaktadır. Kanıt derecesi son derece düşük olan tedaviler bu çerçevede içinde kabul görüp, ilaç firmalarının desteğinde yürütülen çalışmalar sonucunda ilan edilen tanı ve tedavi modaliteleri yeterince sorgulanmamaktadır. Bu kutsamanın örttüğü çok sayıda istismar, tartışmalı endikasyon ve şüpheli yararlanım olduğu inkâr edilemez. Ayrıca insanların organik bir hastalık olduğu kesin olmayan birçok şikâyeti, “doktorunuza başvurun” sloganları altında bu tıp anlayışı içinde ele alınmaktadır.

İnsanların inançlarına ve geleneklerine uygun ve genel kabulleri ile uyuşan birçok davranış biçimi, söz konusu şikâyetlerin ortaya çıkmasını önleme potansiyeli taşıırken, modern tıbbın konusu olmayan bu çerçevedeki birçok tedavi yöntemi de şikâyetlerin giderilmesinde etkili olabilmektedir. En zayıf ifadeyle, henüz şikâyet tam anlamıyla stabil olmadan ve semptoma dönüşmeden önce kişinin doktora başvurusu geciktirilmekte veya önlenmektedir. Başta bitkisel tedaviler olmak üzere geleneksel yöntemler ilaç tüketimini azalttığı gerekçesiyle birçok ülkede teşvik görmektedir. Bu anlayışla geleneksel tıp uygulamalarının meşru alana çekilmesi, ehil olmayan ellere terk edilerek fayda yerine zarar verme riskinin önlenmesi önem taşımaktadır. Nitekim Sağlık Bakanlığı bu yönde düzenlemeler yapmaktadır.

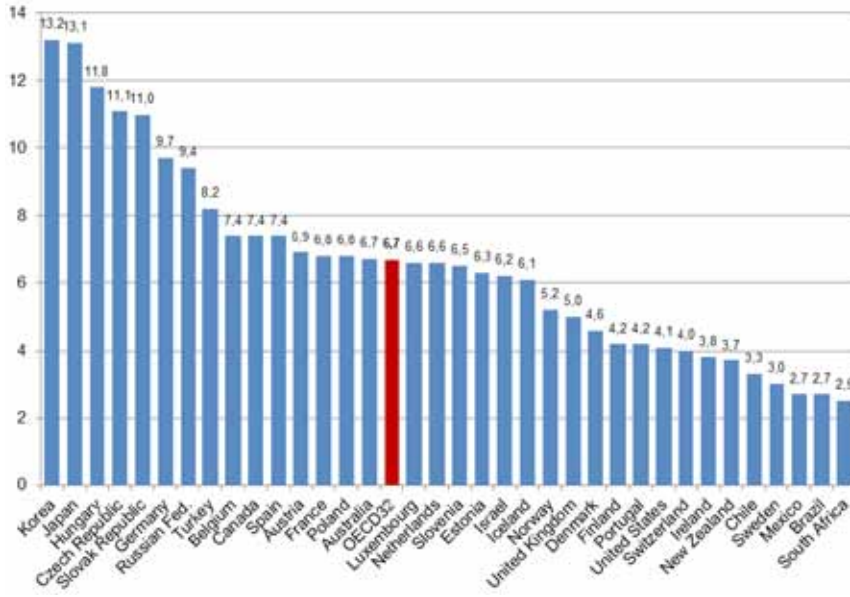
Netice itibarıyla, insanların doktora başvuru sayısını artırmak ve azaltmak gibi rakamlara odaklanmış politika tartışmaları yerine en uygun hizmetin en uygun şartlarda, en uygun görevli tarafından ve sürdürülebilirliği teminat altına alınarak verilmesini sağlayacak

Şekil 1: Türkiye’de yıllara ve hizmet kapsamına göre kişi başı hekime müracaat sayıları



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Ankara 2014

Şekil 2: OECD ülkelerinde yılda kişi başı hekime ortalama müracaat sayıları



Kaynak: Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD 2013

düzenlemeler üzerinde çalışmamız gerektiğini, yani volüm bazlı değil, değer bazlı analizlere odaklanılması gerektiğini belirtmek isterim. Bunun için mesleki ve kurumsal alışkanlıklarımızla öğrenilmiş kabullerimizi tartışmaya açabilecek esnekliğe sahip olmamız gerekmektedir. Hizmet sunan personel çeşitliliğini, bunların öğrenim kazanımlarını, hizmet alanların beklenti, davranış ve hatta tepkilerinin yönlendirilmesini ve bu ilişkilerin hayat bulduğu örgütsel yapı değişimlerini yeniden ve birlikte ele almanın yararlı olduğuna inanıyorum. Doktora başvuru konusunu hastaneye başvurusu ve aile hekimliğine başvuru olarak ayrı ayrı ele almanın ve hastane başvurularını kontrol edebilmek için aile hekimliği sisteminin rolü üzerinde durmanın gerektiğini bilmem belirtmeye ihtiyaç var mı?

Kaynaklar

- 1) Toros A, Öztek Z (editors): Health Services Utilisation Survey in Turkey, Health Project Unit, Ministry of Health, Ankara 1996
- 2) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Ankara 2014
- 3) Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD 2013
- 4) Definitions, Sources and Methods. In: OECD Health Statistics 2014, June 2014
- 5) <http://www.gastro.org/journals-publications/gi-quality-and-practice-management-news/legacy/coding/definition-of-a-new-patient-visit> (Erişim tarihi 23.3.2015)
- 6) Hill E: Understanding When to Use the New Patient E/M Codes. Fam Pract Manag. 2003 Sep;10(8): 33-36.
- 7) Özsan, S. H.: Sağlık ve Sigorta. Sigorta Dünyası Dergisi, 472:20-25, 2000

Sunucular tarafından uyarılan talebin kontrolü

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 profesörü 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.

Neoliberal ekonomi politikalarının zorlamalarına rağmen sağlık hizmetlerinin tamamen piyasalara bırakılmamasının başlıca nedenlerinden biri, hizmeti sunanlarla alanlar arasındaki bilgi farklılığından kaynaklanan “**sunucu tarafından uyarılan talep**” konusudur. Sağlık hizmeti piyasasındaki arz-talep ilişkisi diğer piyasalardan farklı işlemekte, bazı durumlarda arz fazlalığı talep artışını uyarmakta, bazen de arz edenlerin manipülasyonu sonucu ihtiyaçtan kaynaklanmayan talepler oluşturulabilmekte veya kışkırtılabilmektedir. Buna bağlı olarak da aşırı hizmet kullanımı ve hasta güvenliği sorunları, zaten artmakta olan sağlık harcamalarında sürdürülmesi zor artışlar ortaya çıkabilmektedir. Örneğin İngiltere’de sağlık harcamalarındaki artış NHS kurulduğundan beri geçen süre içerisinde, aralıksız her yıl %4 artış ile ekonomideki büyümeden çok daha hızlı artmış olup, diğer OECD ülkeleri için de benzer bir durum söz konusudur (1, 2). ABD’nin 2007 yılında GDP’sinin %16’sını oluşturan sağlık harcamalarının 2025’te %25’e, bu şekilde gitmesi halinde 2082’de %49’a çıkacağı hesaplanmıştır (3). Yakın zaman kadar hep sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden, eksik ya da hatalı sunumundan kaynaklanan sorunlar dikkati çekmekte iken bir süredir aşırı ve gereksiz kullanıma bağlı sorunlar da dile getirilmeye başlanmıştır. ABD’de yılda 57 bin kişinin, yani her hafta binden fazla kişinin aşırı sağlık hizmet sunumu nedeniyle öldüğü anlaşılmaktadır (4).

“Sunucu tarafından uyarılan talep” konu-

su tartışılırken hangi sağlık hizmetlerinin “**ihtiyaç**”, hangilerinin “**istek**” olduğu; taleplerin gerçek ihtiyaçlardan mı kaynaklandığı, var olan hizmetlere bir yanıt olarak mı ortaya çıktığı, yoksa hizmeti sunanların uyarması ile mi oluştuğu konuları tanımlanmaya, ölçülmeye ve izlenmeye muhtaç konulardır. Konuyu tartışmaya geçmeden önce bu konuda kullanılan kavramlara kısaca değinmek gerekir. “**Sunucu tarafından uyarılan talep**”, sağlık hizmeti sunucuları ile hizmeti alanlar arasındaki asimetrik bilgilenme nedeniyle, sunucuların özellikle de hekimlerin, aslında ihtiyaç olmayan bazı hizmetleri talebe dönüştürebilmesini ifade etmek amacıyla kullanılan bir kavramdır (5). Aynı amaçla kullanılan bir başka kavram olan “**Tercihle duyarlı hizmet**”, bazı sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde hekim ya da sunucunun tercihi ile belirlendiğini ifade etmek amacıyla kullanılmakta (6), “**Arz tarafından uyarılan talep**” ya da “**Arza duyarlı hizmet**” kavramları ise, bazı hizmetlerin yaygınlaştırılması ya da zaten var olan hizmetlere erişimin kolaylaştırılması sonucu ortaya çıkan talepleri ifade etmektedir (7).

Örneğin, hiç bir endikasyon olmadığı halde gebenin endişesinden yararlanarak gereksiz yere sezaryen ameliyatı yapılması ve sezaryen oranlarının artması “sunucu tarafından uyarılan bir talep” iken; endikasyon olduğu halde daha önce hizmete ulaşamayanların hizmete erişimlerinin sağlanması nedeniyle sezaryen oranlarının artması “arz tarafından uyarılan talep” anlamına gelir. Birinci tür talep hem hasta güvenliği, hem de sağlık harcamaları açısından

sakıncalı olabilmekte iken, ikinci tür talebin hizmete ihtiyacı olanlar açısından yararı söz konusudur.

Bu konuda sıklıkla kullanılan bir başka kavram da “**Uyarılan kullanım**”dır. Bu kavram her iki talep türünden farklı bir hizmet ve harcama artışı durumunu ifade etmektedir (8). Örneğin birinci basamağa başvuran kişilerde septan patolojilerin kesin tanı için ikinci ve üçüncü basamağa sevk edilmesi; erken tanı amacıyla yapılan toplum taramaları veya check up’lar sırasında karşılaşılan kuşku durumları için kişilerin zaten var olan bazı klinik hizmetlere yönlendirilmesi (kan basıncı, kan şekeri yüksek çıkanların iç hastalıkları kliniklerine yönlendirilmesi gibi) gibi düzenlemeler, kişilerde talep olmadığı halde bu hizmetlerin kullanımını arttıracaktır ki, “**uyarılan kullanım**” adı verilen bu artışlar, iyi yönetilmeleri halinde hizmet alanlar açısından yararlı olabilecek durumlardır. Uyarılan kullanım kavramının da, endikasyon, ihtiyaç, talep hatta istek söz konusu olmadığı halde, (örneğin her yeni doğanın küvöz bakımına alınması, durumunda değişiklik olan her hastanın yoğun bakıma yatırılması gibi) bazı hizmetlerin kullanımının gereksiz yere teşvik edilmesi anlamındaki “**kötü kullanım**” ile karıştırılmaması gerekir. Bu kavramlar ve anlamları tabloda özetlenmiştir.

“**Ne kadar yatak, o kadar hasta**” şeklinde özetlenebilecek olan ve ilk kez Milton Roemer isimli bir halk sağlığı profesörü tarafından ayrıntılı şekilde incelenen “**arza duyarlı hizmet**” konusunda geliştirilen, Roemer Yasası olarak anılan

saptamaya göre, hasta yatağı sayısı ne kadar arttırılırsa yatan hasta miktarı da o kadar artmaktadır (9). Benzer şekilde, kardiyolog sayısı ne kadar artarsa kardiyoloji hastası sayısı o kadar artmaktadır. Bu noktada, artışların ne kadarının gerekli, yani ihtiyaç temelli, ne kadarının ise gereksiz kullanım olduğu konusu çok değişken, tanımlanması ve ölçülmesi zor bir konudur.

Uyarılan talep ve kullanımlar sonucu ortaya çıkan “açıklanması zor farklılıklar” önemli bir kalite ve hasta güvenliği sorunu olarak bütün sağlık sistemlerini tehdit etmektedir. Açıklanması zor farklılıklar kavramı, aynı ülkede benzer koşullarda yaşayıp aynı sağlık sorunlarına sahip olan kişilere tıbbi gerekçelerle açıklanamayacak kadar farklı hizmetlerin veriliyor olması ve aynı tür vakalara yapılan işlemler ile harcamaların mantık ve kanıtlarla izah edilemeyecek kadar farklı boyutlara ulaşabilmesini açıklamak amacıyla kullanılmaktadır (7).

Bu farklılıkların bir kısmının hekim tercihlerinden, bir kısmının ise arz fazlalığından kaynaklandığı anlaşılmaktadır. Hekim tercihlerinden kaynaklanan farklılıkların tıbbi gerekçeleri ve sonuçları da tartışmalı olabilmekle birlikte, arz fazlalığından kaynaklanan farklılıkların temel sağlık göstergelerinde ve yaşam kalitesinde hiçbir olumlu değişikliğe yol açmadığı çok sayıda çalışma ile gösterilmiştir. Arza duyarlı hizmetlerdeki artış, özellikle bazı kronik sağlık sorunlarının kesin bir tedavisi ve klinik izleme rehberlerinin bulunmamasının da etkisiyle, elde bulunan tüm imkânların sonuna kadar kullanılmasından kaynaklanmaktadır. Hizmeti sunanlara yapılan ödemelerin hizmet-başına ödeme tarzında olması halinde bu kullanım kazanç amacıyla daha da büyük boyutlara ulaşmaktadır.

Yapılan araştırmalara göre hizmet kullanımının fazlalığı, örneğin hekime başvuru sayısının, hastanede yatış sürelerinin ve yatış oranlarının yüksekliliği gibi göstergeler, kronik hastalık prevalansı ile ilişkili olmaktan ziyade hastane yatak sayısı, uzman hekim sayısı, yoğun bakım birimi sayısı gibi sunulan hizmetlerin fazlalığı ile ilişkili bulunmakta ve hizmetlerin fazla kullanılmasının hastaların yaşam süreleri ile yaşam kalitelerine pek katkısı olmadığı anlaşılmaktadır. Hatta hizmetlerin yoğun olduğu bölgelerdeki kronik hastalık ölümlerinin diğer bölgelerden daha yüksek olduğu, hasta memnuniyetinin de daha düşük olduğu dikkati çekmektedir (10, 11).

İnsanların kendilerine sunulan, kolay erişilebilen hizmetlerden yararlanma istekleri, onların sağlık okur-yazarlıkları ve sağlık konusundaki inanç ve beklentileri ile ilişkili bir sağlık davranışı olup



Tablo: Sağlık hizmetlerindeki talep ve kullanım kavramları

Sunucu tarafından uyarılan talep	Sağlık hizmeti sunucuları ile hizmeti alanlar arasındaki asimetrik bilgilenme nedeniyle sunucuların, özellikle de hekimlerin, aslında ihtiyaç olmayan bazı hizmetleri talebe dönüştürebilmesi.
Arz tarafından uyarılan talep	Bazı hizmetlerin yaygınlaştırılması ya da zaten var olan hizmetlere erişimin kolaylaştırılması sonucu ortaya çıkan talepler.
Uyarılan kullanım	İlk başvuru anından sonra kesin tanı, erken tanı gibi çeşitli nedenlerle ortaya çıkan ek hizmet kullanımı.
Tercihe duyarlı hizmet	Hizmet sunucuların, genellikle de hekimlerin, var olan işlem ve tedavi seçeneklerinden birisini tercih etmesi.
Arza duyarlı hizmet	Arz tarafından uyarılan talep anlamında.
Açıklanması zor farklılıklar	Aynı ülkede benzer koşullarda yaşayıp aynı sağlık sorunlarına sahip olan kişilere tıbbi gerekçelerle açıklanamayacak kadar farklı hizmetlerin veriliyor olması ve aynı tür vakalara yapılan işlemler ile harcamaların mantıkla izah edilemeyecek kadar farklı boyutlara ulaşabilmesi.

her koşulda desteklenmesi gerekir. Ancak hizmetlerin kullanılması yönünde gelişmiş olan, alışkanlığa dönüşen bir davranışın daha sonra değiştirilmesinin ve akılcı kullanıma dönüştürülmesinin çok zor olacağı da akılda tutulmalıdır. Bunun tipik bir örneği ülkemizde yaşanmaktadır. Tüm toplumun sağlık güvence sistemi kapsamına alınmış olması, kamu ve özel sektör sağlık örgütlerinin sayısının artırılmış, hizmet kalitesinin geliştirilmiş olması ve sevk zincirinin kaldırılarak dileyenin dilediği yerden hizmet almasının sağlanmış olması şeklinde özetlenebilecek reform çalışmaları sayesinde 12 yıl önce OECD ortalamasının çok altında olan kişi başına hekime başvuru oranı,

son iki yıldır ortalamanın çok üzerine çıkmıştır. Benzer bir durum acil servis başvuruları için ve bazı cerrahi işlemler için de söz konusudur. Hizmet kullanımı ve sağlık harcama istatistiklerinin bu eğilimlere uygun olarak sürdürülmesinin ekonomik açıdan mümkün olamayacağı anlaşılmakla birlikte, bu eğilimlerin nasıl yönetileceği de zor bir konudur.

“Hizmetlere erişimin kolaylaştırılması, karşılanmamış ihtiyaçların karşılanmasına mı yardımcı olmakta, yoksa kullanımına gerek olmayan bazı hizmetlerin kullanımını mı arttırmaktadır?” sorusu her sağlık sisteminde iyi yanıtlanması gereken önemli bir sorudur. İyi işleyen bir



Aşırı hizmet kullanımı ve hasta güvenliği sorunları, zaten artmakta olan sağlık harcamalarında sürdürülmesi zor artışlar ortaya çıkabilmektedir. İngiltere’de sağlık harcamalarındaki artış NHS kurulduğundan beri geçen süre içerisinde, aralıksız her yıl %4 artış ile ekonomideki büyümeden çok daha hızlı artmıştır. ABD’nin 2007 yılında GDP’sinin %16’sını oluşturan sağlık harcamalarının 2025’te %25’e, bu şekilde gitmesi halinde 2082’de %49’a çıkacağı hesaplanmıştır.

sağlık sistemi, vatandaşların ihtiyaçlarına yerinde, zamanında ve sürekli cevap veren bir sistem olduğuna göre, hatta ihtiyacının farkında olmayan vatandaşlara erken tanı amaçlı hizmetler sunarak olası riskleri saptayıp hizmete yönlendirmeyi sağlamakla yükümlü olduğuna göre, hizmetlerin yaygınlığı, sürekliliği ve erişilebilirliği esas olmak zorundadır. Öte yandan uyarılan talep ve uyarılan kullanım riski nedeniyle hizmetlerin gereksiz kullanımı ve harcama artışını kontrol altına almak da iyi işleyen bir sistemin özelliği olmak zorundadır.

Konuyla ilgili kaynaklar tarandığında arzın artışından kaynaklanan ya da sunucu tarafından uyarılan taleplerin şu durumlarda daha fazla olduğu görülmektedir:

- Herkesin sağlık güvencesine kavuşmuş olması, hizmet sunanların sayısının ve yaygınlığının artmış olması gibi nedenlerle hizmetlere erişimin her anlamda çok kolaylaşmış olması,
- Sevk zincirinin bulunmaması, hekim ve sunucu seçmede sınırsız bir özgürlüğün olması,
- Hizmet sunuculara, hekimlere yapılan ödemelerin “hizmet başına” yapılıyor olması,
- Performansa dayalı ödemelerde, performans ölçümlerinin kaliteye odaklı değil de hizmet miktarına göre düzenlenmiş olması,
- Malpraktis ve hasta güvenliği konusundaki yaptırımların etkisiyle defansif tıp uygulamalarının artması,
- TİG uygulamaları, klinik rehberler, gibi uygulamaların bulunmaması ya da etkili biçimde kullanılmaması, gibi klinik yönetim sorunlarının olması,
- Hekimlerin ikili görev yapması, yani, bir yandan kamuda hizmet verirken diğer yandan özel çalışma imkânlarının olması,
- Hekim ve sunucuların alışkanlıkları, kültürel özellikleri,
- Hastaların hastalıklarına ilişkin inanç ve beklentileri.

Sunucu tarafından uyarılan talebin kontrolü için çeşitli ülkelerde yaşanan deneyimlerin ışığında ortaya çıkan önlemler ise şu şekilde özetlenebilir:

Birinci basamağın güçlendirilmesi ve sevk zincirinin kurulması

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlara en kolay erişebilecekleri şekilde ve sürekli (7/24) sunulması, iyi bir sevk zinciri kurularak ikinci ve üçüncü basamağa ihtiyacı olan vakaların doğru şekilde seçilmesi ve ulaşmasının sağlanması, tüm sağlık sistemlerinde olması gereken bir özelliktir. Birinci basamak hekimlerinin hastalara bütüncül yaklaşma özelliği, pek

çok sorunun birinci basamakta çözülmesini sağlamakta, uzman gerektiren durumlarda ise hastayı dolaştırmak yerine doğru yere yönlendirerek gereksiz hizmet kullanımını engellemektedir. Böyle bir sistemde gerektiğinde genel pratisyene ek olarak hemşire, eczacı, paramedik, gibi personelden de yararlanmanın etkili olacağı görülmektedir. Bu konuda köklü deneyimlere sahip olan ülkelerden birisi İngiltere’dir. İngiltere’de iyi işleyen bir sevk sistemi olduğu halde birinci basamak sağlık örgütlerine yapılan başvuruları ve hasta ihtiyaçlarını daha etkin bir şekilde karşılayabilmek amacıyla başta Londra olmak üzere çeşitli yerleşim yerlerinin kalabalık ve merkezi bölgelerine “yürü-gir merkezleri” ile “acil bakım merkezleri” kurularak her vatandaşın günün her saatinde randevusuz hizmet alması sağlanmıştır. Bu merkezleri kapsayan bir çalışmada, yürü-gir merkezlerine başvuran hastaların %16’sı, acil bakım merkezlerine başvuranların ise %12’si tarafından bu hizmetlerin olmaması durumunda hiçbir şey yapmayacaklarının ifade edildiği görülmüş; bunlara önerilen hizmetler de hesaba katıldığında söz konusu merkezlere gelenlerin sırasıyla %46 ve %33’ü için talep edilmeyen hizmet kullanımına yol açıldığı sonucuna varılmıştır (12, 13).

Yani hizmetin yaygınlaştırılması ve sürekli hale getirilmesi bazen daha önce **karşılanmamış ihtiyaçları** karşılar iken, bazı talepleri de uyarmıştır. Ancak aynı çalışmalarda bu taleplerin iyi bir triyaj sistemi ile uygun şekilde yönlendirilebileceği ve gereksiz hizmet kullanımına yol açılmadan yönetilebileceği sonucuna da varılmıştır. Hatta bu yolla hastane acil servislerindeki yığılmalara, kliniklerdeki kuyruklara daha kolay çözüm bulunacağı anlaşılmaktadır. Triage ve sevk olmadığı durumlarda çok görülen ve arzu edilmeyen bir durum olan **aşırı kullanım**, yani hastanın sorununa tek bir başvuru noktasında çözüm bulmak yerine pek çok yeri dolaştırmak, aslında riskten sakınma amaçlı bir uygulama olarak ortaya çıkmaktadır. İlk başvuru noktasındaki görevlinin bu konuda iyi eğitilmiş birisi olması ve yasal alt yapının kurulması halinde etkili bir triyajın mümkün olabileceği çeşitli ülkelerde denenmiş bir modeldir.

Danimarka’da mesai dışı saatlerdeki başvurular için genel pratisyenlerin telefonla yaptığı triyaj uygulamasına ilişkin bir çalışmada, başvuruların %50’sinin telefonla halledilebildiği, üçte birinin yüz yüze görüşmek için davet edilmesi gerektiği, %19’una ise ev ziyareti yapılması gerektiği ortaya çıkmıştır (14). Bu sonuçlar, Hollanda’da hemşireler tarafından gerçekleştirilen birinci basamak triyaj uygulaması sonuçları ile uyumludur (15).

Sunuculara yapılan ödeme sistemlerinin düzenlenmesi

Sağlık hizmeti sunucularına yapılacak ödemelerin hizmet başına değil de yerine göre kişi başına ya da karma yöntemlerle yapılmasının uyarılan talepleri kontrol edebileceği görülmektedir. Hekimlere yapılan ödemelerde, özellikle hizmet başına ödeme modelinin sunucu tarafından uyarılan talep artışına en çok neden olan model olduğu anlaşılmaktadır. Bu ödeme biçimi, sağlık sektöründeki vekil-ajan ilişkisinden kaynaklanan “ahlaki tehlike” olasılığını arttırmaktadır. Daha açık bir deyişle, hekimin vereceği hizmetin miktarı ile orantılı olarak para alacağını bilmesi durumunda, gerekli olmayan bazı hizmetlerin verilmesi de mümkün olabilmektedir. Bunun yerine karma modellerin uygulanması daha mantıklı görünmektedir. Performansa dayalı ödemelerin yapılması gereken durumlarda ise performans ölçümlerinde yapılan işin miktarına değil kalitesine, çıktılarına odaklanılmalıdır. Sunucu tarafından uyarılan talebin kontrolü açısından en etkili ödeme yönteminin sabit maaş ödemesi olduğu kesindir. Sabit maaş yöntemi, talebi uyarmak bir yana, tam tersine hekimlerin hizmet miktarını düşürerek kendilerine daha çok boş zaman yaratma eğiliminde olmalarını sağlayan bir yöntemdir (16). Ancak bu yöntemde de hizmetlerin eksik kullanımı riski bulunduğundan, hizmet kalitesinin ve hasta güvenliğinin olumsuz etkilenmesi söz konusudur.

Hastaların klinik karar süreçlerinde yer alması

Özellikle kronik hastalıklarda, yapılması gereken işlem ve tedavilere klinisyen ve hastaların mevcut kanıtların ışığında birlikte karar vermeleri, giderek yaygınlaşan ve hem etik açıdan doğru, hem de alınacak sonuçların başarısı açısından yerinde bir uygulamadır. Ortak karar verme sürecinde, bu amaçla geliştirilmiş, broşür, DVD, kitapçık ya da akış şemaları şeklinde kullanılabilen karar yardımcılarının yararlanılmaktadır. Özellikle tedavi seçenekleri tartışmalı olan, “tercihe duyarlı hizmet” örneklerinden, meme kanseri, prostat hipertrofisi, diz osteoartriti gibi durumlar için geliştirilmiş karar yardımcılarının yaygın olarak kullanılmakta olduğu dikkati çekmektedir (17).

Karar yardımcıları sayesinde hastaların bilgilendirilmeleri ve kendileri için doğru olan seçeneklere karar vermeleri mümkün görünmekte, örneğin bu şekilde elektif cerrahi işlemlerde %25 oranında azalmaların olabileceği anlaşılmaktadır (18). Ancak bu yaklaşımın başarısının üç önemli koşula bağlı olduğu görülmektedir (19):

- Kanıta dayalı en son bilgiye ulaşma imkânının her an el altında olması,
- Seçeneklerin artıları ve eksileri konusunda iyi bir rehberin bulunması,
- Hasta katılımını destekleyici bir klinik ortamın bulunması.

Karar yardımcıları geliştirme konusunda çok çalışma bulunmakla birlikte, bu yardımcılarının uygulamaya konulması için gerekli kültürün oluşturulması konusunda daha pek çok çabaya ihtiyaç vardır. “Hekim en doğrusunu bilir” rahatlığını tercih eden hasta ve politikacıların tüm sorumluluğu hekimlere devretmesi ve bazı klinisyenlerin “*zaten her şeye hasta ile birlikte karar veriyoruz*” gerekçesi ile bu tür uygulamalara ilgisiz kalması, bu uygulamaların önündeki en önemli engeldir. Ancak yakın bir gelecekte hastalar için “bilgilendirilmiş rıza”nın yerine “seçenekler hakkında bilgilendirilmiş rıza”nın önem kazanacağı ve hizmet sunucular için işlerin eskisi kadar kolay olmayacağı kesindir.

Herkesin erişimine uygun, yaygın, kapsamlı, kaliteli ve sürekli sağlık hizmeti sunulmasının sağlanması ne kadar gerekli ise, bu hizmetlerin insana yaraşır ve sürdürülebilir olması da o derece önemlidir. İnsanın, sağlık hizmetlerinin nesnesi değil, öznesi olduğunu bir kez daha hatırlamak gerekir

Kaynaklar

- 1) Editorial. Why is health care inflation greater than general inflation? J Health Serv Res Policy, April 16, 2014;1-2. as doi:10.1177/1355819614531940.
- 2) OECD. Health data at a glance 2013, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-at-a-glance.htm> OECD (Erişim tarihi: 1 Mayıs 2015).
- 3) Congressional Budget Office, The Long-Term Outlook for Health Care Spending November 2007.
- 4) 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: 1 Mayıs 2015)
- 5) Bickerdyke I, Dolamore R, Monday I, Preston R. Supply Induced Demand for Medical Services. Productivity Commission, Melbourne, Australia, 2002.
- 6) Wennberg JE, Brownlee S, Fisher ES, Skinner JS, Weinstein JN. An agenda for change: Improving Quality and Curbing Health Care Spending. Dartmouth Atlas White Paper, 2008.
- 7) Dartmouth Atlas Project Topic Briefing 2007. Supply Sensitive Care. www.dartmouthatlas.org/downloads/reports/supply_sensitive.pdf. 2007.
- 8) Rosen R. Meeting need or fuelling demand? Improved access to primary care and supply-induced demand. NuffieldTrust, 2014.
- 9) Abel EK, Fee E, Brown TM, Milton I. Roemer Advocate of Social Medicine, International Health, and National Health Insurance. American Journal of Public Health 2008; 98 (9):1595-97.
- 10) Elliott S. Fisher, David E. Wennberg, Thérèse A. Stukel, Daniel J. Gottlieb, F. L. Lucas, and Etoile

Hekimin vereceği hizmetin miktarı ile orantılı olarak para alacağını bilmesi durumunda, gerekli olmayan bazı hizmetlerin verilmesi de mümkün olabilmektedir. Bunun yerine karma modellerin uygulanması daha mantıklı görünmektedir. Performansa dayalı ödemelerin yapılması gereken durumlarda ise performans ölçümlerinde yapılan işin miktarına değil kalitesine, çıktılarına odaklanılmalıdır.

L. Pinder, The implications of regional variations in Medicare spending: Part 1. Utilization of services and the quality of care. Annals of Internal Medicine 2003;138:273-287.

11) Elliott S. Fisher, David E. Wennberg, Thérèse A. Stukel, Daniel J. Gottlieb, F. L. Lucas, and Etoile L. Pinder, The implications of regional variations in Medicare spending: Part 2. Health outcomes and satisfaction with care. Annals of Internal Medicine 2003;138:288-298.

12) O’Cathain A, Coster J, Salisbury C, Pearson T, Maheswaran R and Nicholl J. Do walk in centres for commuters work? A mixed method evaluation. British Journal of General Practice 2009;59:934-939.

13) Arain M, Campbell MJ and Nicholl JP. Impact of a GP led walk-in Centre on NHS Emergency departments. Emergency Medicine Journal. 2014, doi: 10.1136/emmermed-2013-202410.

14) Christensen MB, Olesen F. Out of Hours Service in Denmark: Evaluation Five Years after Reform,” British Medical Journal 1998;316(7143): 1502-1505.

15) Grol R, Giesen P, van Uden C. After-Hours Care In The United Kingdom, Denmark, And The Netherlands: New Models. Health Affairs 2006; 25(6): 1733-1737.

16) Grytten J, Sorensen R. Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway. J Health Econ. 2001 May;20(3):379-93.

17) O’Connor AM, Wennberg JE, Legare F, Llewellyn-Thomas Ha, Moulton BW, Sepucha KR. Toward the “tipping point”: decision aids and informed patient choice. Health Aff (Project Hope)2007;26:716-25.

18) O’Connor A, Bennett C, Stacey D, Barry M, Col N, Eden K. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev2009;3:CD001431.

19) Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS, BMJ 2010;341:c5146.

Aşırı sağlık kullanımı: Nedenleri ve çözüm önerileri

Prof. Dr. H. Erdal Akalın



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

Herkesin bildiği gibi, sağlık hizmetinin ana hedefleri hizmete ulaşılabilirlik (access), kalite (quality) ve maliyet (cost) konularında en iyi yakalamaktır. Bu nedenle, sağlık hizmeti sunulan toplumun bu hizmete optimal düzeyde ve zamanda ulaşabilmesi, verilen sağlık hizmetinin belli bir kalitede olması (kanıta-dayalı klinik uygulamalarla belirlenmiş indikatörleri tutturabilme) ve bu uygulamalardaki harcamaların verimli bir şekilde yapılmış olması istenir. Bu üç adımdan her hangi birisindeki aksaklık veya eksiklik tüm sağlık sistemini etkiler. Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı "hizmeti ulaşılabilirliği" öncelik olarak belirlemiştir, kanımca. Kalite iyileştirme, programda yer almasına rağmen önemli klinik çıktıların belirlenmemiş olması, şeffaf olmaması gibi nedenlerle değerlendirilememektedir. Sağlık harcamalarında verimlilik yerine kısıtlama, ekonomik yaklaşım olarak ön plana çıkmıştır. İsrar konusu daha yeni yeni gündeme gelmektedir.

Yapılan pek çok çalışmada Türkiye'de kişi başına sağlık hizmeti başvurusunun Avrupa ülkeleri ve Amerika, Kanada, Avustralya gibi ülkelerin oldukça üstünde olduğu görülmüştür. Yeni yayınlanan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştır-

ması" raporuna göre, son 12 ay içinde hastane hizmetlerini kullanma oranı Türkiye'de %81 iken bu oran Avrupa Birliği üyesi 8 ülkede %27'dir. Bir yıl içinde üç veya daha fazla doktora başvurma oranı bizde %52,7, Avrupa ülkelerinde ise %40,4'dır. Acil servise başvuru oranı Türkiye'de %52,7, Avrupa ülkelerinde %26,6 bulunmuştur. Bütün bu veriler ve buraya koymadığım diğer çalışmaların sonuçları Türkiye'de sağlık hizmeti talebinin çok arttığını göstermektedir.

Aşırı sağlık talebinin sonucu, sağlık hizmetinin aşırı kullanımı (overuse) olarak karşımıza çıkmaktadır. Aşırı kullanımın nedenlerine bakınca önemli bazı faktörler ön plana çıkmaktadır. Bunlar arasında en önemlileri; hizmet-bazlı ödeme sistemi (bizdeki performans/hak ediş sistemi), defansif tıp uygulamaları, hasta isteklerinin karşılanmaya çalışılması, kanıta dayalı klinik uygulamaların göz ardı edilmesi ve bunlara uyulmamasıdır. Grossman'ın "talep" modeline göre, kişileri ve hekimleri, sağlık hizmeti talebini karşılama ve kullanımını şekillendirmede etkileyen faktörler şunlardır:

1. Kişisel faktörler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek gibi),
2. Çevresel ve dış faktörler (fiziki şartlar, ekonomik düzey, sosyal ve kültürel faktörler),

3. Sağlık hizmeti ile ilgili kaynaklara bağlı faktörler (ulaşılabilirlik, sunulan hizmetler ve yaygınlığı, talebin kolay ve sorgulanmadan karşılanması),

4. Ödeme ile ilgili faktörler (özel sigorta, ulusal sağlık sigortası, cepten ödeme oranı).

Yaşamın erken ve geç dönemlerinde sağlık hizmeti talebi artmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça talep azalmaktadır. "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması" raporuna göre toplumumuzun %64,6'sı yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığına sahiptir. Hastanın sağlık hizmeti almak için bir bedel ödemesi veya katkıda bulunması gerekiyorsa bu talebi azaltmaktadır. Ancak bu durumda da kişi daha ciddi sorunlarla sağlık sistemine başvurmaktadır. Özellikle özel sigortanın ağırlıklı olduğu sağlık sistemlerinde bu çok rastlanılan bir bulgudur. Özel sigortaların daha hâkim olduğu sistemlerde talep daha az iken, geniş kapsamlı universal ulusal sigorta sistemlerinde talep belirgin bir şekilde artmaktadır. Gittikçe artan kronik hastalıklı sayısı da sağlık hizmeti kullanımını arttırmaktadır.

Sağlık hizmeti kullanım talebinin artışı sağlık sisteminin aşırı kullanımına da neden olmaktadır. Aşırı kullanım (overuse); verilen sağlık hizmetinin risklerinin yararlarından fazla olduğu

durum olarak tanımlanmaktadır. Sonuçta gereksiz kullanılan ilaçlar, yapılan testler ve girişimler hastalara yarar sağlamamakta, onları gereksiz risklerle karşı karşıya getirmektedir. Çoğu hastaya gereksiz ve/veya yanlış sağlık hizmeti (misuse) uygulanmaktadır. Artan talepler karşılanamayacak hale geldiği zaman da gerekli sağlık hizmetini alması gereken hastalara hizmet vermekte zorluklarla karşılaşmaktadır (underuse). Gereken tetkikler yapılamamakta, doğru tanı konamamakta, tedavi için gerekli cerrahi girişimler gecikebilmektedir. Sonuç olarak demografik yönden sıkıntılar azalmayacak, artacaktır. Yaşam farklılıkları, çevre şartları, daha uzun yaşam kronik hastalıkların ve sorunların artmasına, sağlık hizmeti kullanımının da daha fazla ihtiyaç duyulan bir uygulama olmasına neden olacaktır. Önümüzdeki dönemin en önemli sağlık sorunlarının obezite, diabetes ve demans olacağını da düşünürsek, istenilen hizmetinin artmasının yanı sıra farklı olması da gerekecektir.

Ne yapılmalı?

Verilmekte olan sağlık hizmetinin kalitesinin iyileştirilmesi gerekmektedir. Bunu sağlayabilmek için öncelikle hasta-doktor iletişiminin, daha sonra da sağlık çalışanı-doktor, hasta-sağlık çalışanı iletişiminin iyileştirilmesi şarttır. Bugün kontrol hastalarına 15 dakika ayıran ülkelerin sağlık politikacıları bile, bu sürenin yetersiz olduğunu söylemektedirler. Bizde yeni hastalara bile 15 dakika ayrılması mümkün görülmektedir. En önemli konu önceliğin değiştirilmesidir, yani ulaşılabilirlikten kaliteye dönme zamanı gelmiştir.

Toplumsal genel eğitim düzeyinin yükseltilmesi gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin, genel eğitim düzeyine paralel olduğunu unutmamalıyız. Bu eğitim doktordan başlamalıdır. Tüm dünyada hastalar ve toplum sağlık ile bilgi almada en çok doktora güvenmektedir. Bunu yapabilmek için de doktorun hasta ile geçirebileceği yeterli zamanı olmalıdır. Topluma hastalıktan korunmayı, önleyici tedbirleri kullanmalarını ön plana alan bir “kendi sağlığını yönetme” yaklaşımı getirilmelidir. Özellikle kronik hastalıkların önemli bir kısmı yaşam şeklinin değiştirilmesi ile önlenmektedir. Hekim ve sağlık çalışanlarına iletişim, eğitcilik, liderlik, hasta güvenliği, kalite iyileştirme konularında daha ciddi eğitim verilmelidir.

Bütün bunlara rağmen geleceğin sağlık hizmeti kullanımını optimal hale getirebilmek için sistematik bir yaklaşıma girmek gerekmektedir. Yapılması gereken değişiklikler ve yaklaşımlar şu şekilde özetlenebilir:

1. Birinci basamak hizmetlerinin (aile hekimliği) güçlendirilmesi ve uzmanlık dalları ve hastaneler ile entegre edilmesi: Kronik hastalıkların yönetimi de içinde olmak üzere, koordinasyonun iyi eğitilmiş aile hekimleri veya genel iç hastalıkları uzmanlarına verilip, diğer uzmanlık alanları ve hastaneler ile entegrasyonun kurulması sağlanmalıdır. Sevk zinciri, evde bakım, elektronik hasta kaydı, tele-tıp uygulamaları alt yapıları hızla geliştirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır.

2. Toplumun her üyesinin kendi sağlığından sorumlu olması ve yönetmesi: Daha uzun yaşayan toplum ve onun getireceği sağlık sorunlarının büyük bir bölümü sürekli. Bu nedenle kişinin kendi sağlık sorumluluğunu yüklenmesi ve yönetmesi kaçınılmaz olacaktır. Kronik hastalık yönetiminde, hipertansiyon, diabetes gibi, bu uygulamalar başlamıştır. Yaygınlaştırılması için hasta ve toplum eğitimine ağırlık verilmesi ve sağlık okuryazarlığı konusunun öncelikler arasına alınması gerekmektedir.

3. Hastanelerin sorumlulukları ve hesap verebilirlikleri: Hastanelerin verdikleri sağlık hizmetinin, kalitesine göre değerlendirilmesi sağlanmalıdır. Öncelikle kalite göstergeleri belirlenmeli ve her hastane bu göstergeler göre hesap verebilir hale getirilmelidir. Geri ödeme sistemleri de bu değerlendirmelere göre “değer-bazlı” (value-based) olarak yeniden gözden geçirilmeli, “sayı-bazlı” (volume-based) geri ödemedenden vazgeçilmelidir.

4. Kanıta-dayalı klinik uygulamaların yaygınlaştırılması: Yapılan çalışmaların çoğu hekimlerin kanıta-dayalı klinik uygulamaları tam olarak uygulamadığını göstermektedir. Ülkemizde rehberlere uyum oldukça düşüktür. Tüm dünyada bu uygulamaların klinik sonuçları iyileştirdiği, hasta güvenliğini arttırdığını, sağlık harcamalarını azalttığını göstermiştir. Kanıta-dayalı klinik uygulamalar, belirli göstergeler ile izlenmeli, hekim ve takım değerlendirmeleri buna göre yapılmalıdır.

5. Araştırma ve eğitim öncelikleri: Temel bilimler ve klinik araştırmalar teşvik edilmeli, birbirleri arasında entegrasyon sağlanmalıdır. İnovasyonun hemen her gün konuşulduğu bir dünyada, artık bizim de lafta değil, uygulamada inovatif bir hale gelmemiz şart olmuştur.

6. Sağlık harcamalarına ayrılan pay: Sağlık hizmetinin maliyeti artmaktadır. Özellikle yeni teknolojiler, maliyeti gitikçe yükseltmektedir. Bunların optimal ve uygun kullanımı sağlanmalı, ancak kullanımları engellenmemelidir. Bu nedenle sağlık hizmetlerine ayrılan pay artırılmalıdır. Tüm OECD ülkelerinde sağlık harcamaları için ayrılan pay

Verilmekte olan sağlık hizmetinin kalitesinin iyileştirilmesi gerekmektedir. Bunu sağlayabilmek için öncelikle hasta-doktor iletişiminin, daha sonra da sağlık çalışanı-doktor, hasta-sağlık çalışanı iletişiminin iyileştirilmesi şarttır. Bugün kontrol hastalarına 15 dakika ayıran ülkelerin sağlık politikacıları bile, bu sürenin yetersiz olduğunu söylemektedirler.

artarken, maalesef ülkemizde yeterince artmamaktadır. Önceliklerin eğitim ve sağlığa verilmesi sağlık politikacıları tarafından tüm dünyada tartışılmaktadır.

Bütün bunlar bugünkü artan gereksiz sağlık kullanımı taleplerini azaltmayacaktır. Ancak belirtilen konuları bugünden tartışmaz ve önlem almaz isek, gelecekte sağlık hizmeti sunmakta, hele hele kaliteli sağlık hizmeti sunmakta çok zorlanacağız.

Kaynaklar

Doing Better by Doing Less: Approaches to Tackle Overuse of Services. Robert A. Berenson and Elizabeth Docteur. Urban Institute, Robert Wood Johnson Foundation, January 2013.

Improving healthcare quality, Fact Sheet, Agency for Healthcare Research and Quality, Pub. No. 02-P032, September 2002.

London healthcare services: How to improve. Anne Rainsberry, Andy Mitchell, Caroline Alexander. London, NHS, 2013.

Meeting the challenge of increased demand on healthcare services. Dan Bristow, Michael Trickey, Lauren Carter, Making prudent healthcare happen. www.prudenthealthcare.org.uk.

Three categories of quality, Overuse, Underuse, Misuse. National Partnership for Women & Families, 2009.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Mine Durusu Tannöver, Hasan Hüseyin Yıldırım, F. Nihan Demiray Ready, Banu Çakır ve H. Erdal Akalın, Sağlık Sendikası Yayınları, Ankara, Aralık 2014.e

When less is more: Issues of overuse in health care. Shannon Brownlee, Vikas Saini, and Christine Cassel, Health Affairs Blog, April 25, 2014.

Medikalizasyon (tıbbileştirme), aşırı teşhis/tedavi ve kışkırtılmış sağlık talebi

Prof. Dr. Zeki Kılıçaslan



1957 yılında Trabzon Araklı'da doğdu. Araklı Merkez İlkokulu, İstanbul Sağımcılar Lisesi ve İstanbul Tıp Fakültesini bitirdi (1980) 1984 yılında İstanbul Tıp Fakültesinde Göğüs Hastalıkları Uzmanı oldu. Çamlıca Askeri Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Erzurum Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesinde çalıştı. 1989 yılında doçent, 1994 yılında profesör oldu. Halen çalışmaya devam ettiği İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalında çeşitli yıllarda başkanlık görevini yürüttü. Dr. Kılıçaslan, tüberküloz ve mesleki akciğer hastalıkları konuları ile ilgilenmektedir.

Eşitsizliklerin artmaya devam ettiği dünyamızın büyük bölümünde sağlığın asıl belirleyicileri olan temiz su, gıda ve barınma gibi temel gereksinimlerin karşılanamaması durumu, temel sağlık hizmetleri ve ilaçlara ulaşamama gerçeği ile birlikte varlığını sürdürmektedir. Fakat başka toplumlarda veya toplumların farklı bölümlerinde artan aşırı sağlık hizmeti kullanımı da aynı zaman diliminde sağlık gündeminde yerini almıştır. Türkiye'de de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte aşırı sağlık hizmeti kullanımı ve kışkırtılmış sağlık talebi kavramları etrafında tartışmalar hızlanmıştır. Bu yazıda aşırı ve/veya kışkırtılmış sağlık talebi, medikalizasyon (tıbbileştirme) ve aşırı teşhis/tedavi süreç ve uygulamaları birlikte ele alınacaktır.

Sağlık hizmeti kullanımının artışı; tıbbileştirme, aşırı teşhis/tedavi ve kışkırtılmış sağlık talebi dinamiklerinin birlikte ortaya çıkardığı bir sonuç olarak ele alınabilir. Burada tıbbileştirme, daha önce tıp alanının dışında kabul edilen sorunların, yaşam süreçleri ve deneyimlerinin, tıbbi terimlerle tanımlanması, tedavi edilebilecek bir durum olarak ortaya konulması ve tıbbi müdahalelere tabi tutulması ile (1) genelde tıp alanının genişletilmesi yönünde bir rol oynamaktadır. Son yıllarda artan şekilde gündeme giren

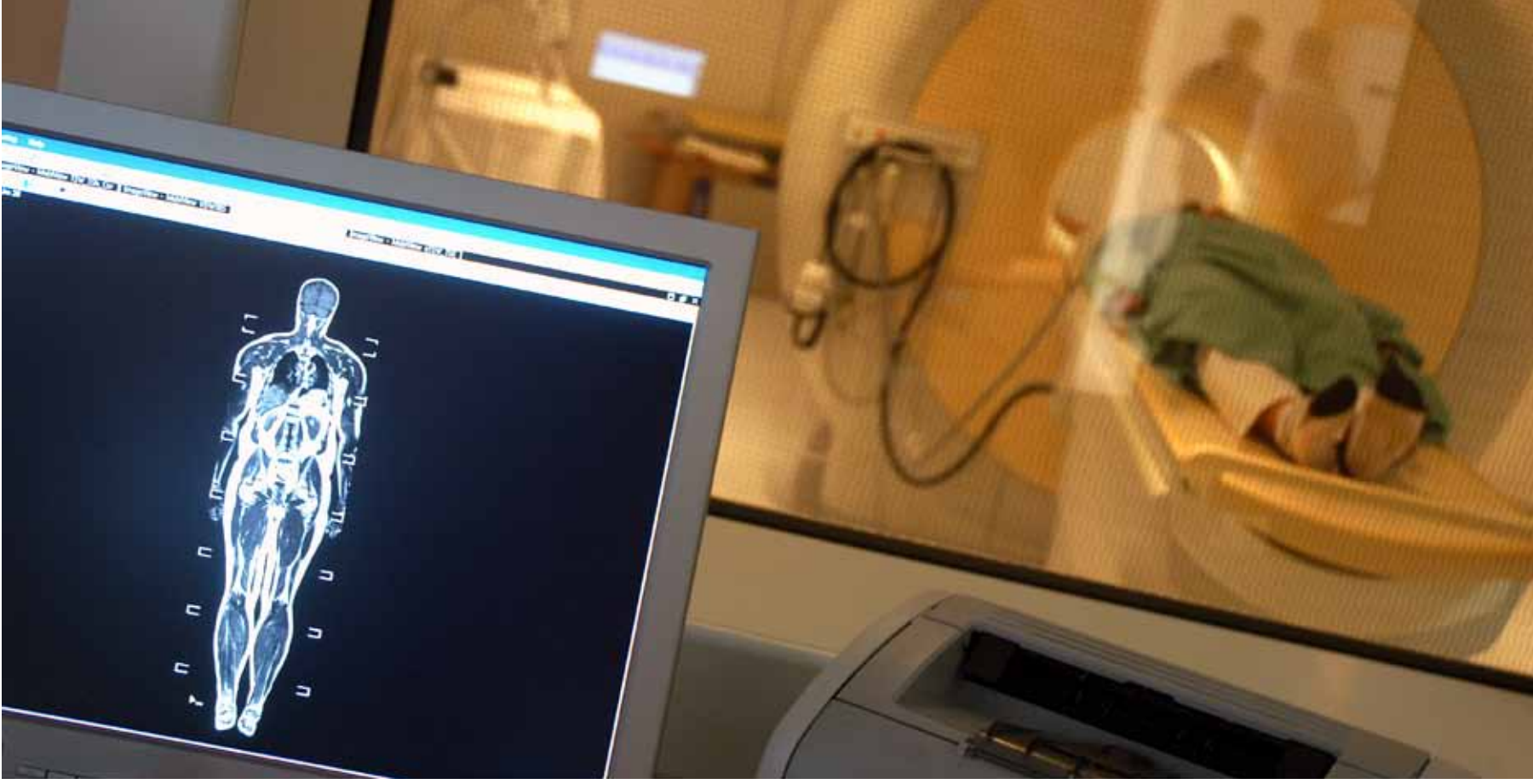
aşırı teşhis/tedavi gelişmiş teknoloji kullanımı koşullarında hastalıkların daha erken teşhis edilmesi için süre giden muayene ve tıbbi inceleme “gayret” ve “heveslerinin” bir sonucu olarak ortaya çıkar. Fakat burada teşhis anlamsızdır çünkü teşhis konulan hastalık için tedaviye gerek yoktur veya zaten geçerli bir tedavi şekli yoktur veya tedavi hasta tarafından istenmemektedir. Aslında bir “yan etki” olarak ortaya çıkan aşırı teşhis, kişileri gereksiz şekilde “hasta” haline sokar ve süreçte belki de onları kendileri için iyi olmayan hatta zararlı olabilen artmış tanı, tedavi uygulamalarına maruz bırakabilir (2). Sağlık talebinin kışkırtılması ise tıbbileştirme ve aşırı teşhis/tedavi dinamikleri ile bağlantılı olsa da, dar anlamıyla piyasalaştırılmış sağlık sektöründe hizmet sunucularının kar amaçlı talep oluşturma ve/veya büyütme uygulamalarıdır. Bu üç dinamiğin etkileşimli ortamında beliren “tüketici” temelli artmış sağlık hizmet talebi ise oluşan/oluşturulmuş yeni sağlık kültürünün bir ürünü olarak kabul edilebilir.

Yeni hastalıklar ve tanı sınırları

Son on yıllarda duygu durum bozukluğu, menopoza, doğum, yaşlanma, anksiyete gibi doğal süreçler müdahale edilmesi gereken hastalık olarak tanımlanmakta

veya şeker hastalığı, tansiyon, osteoporoz gibi yaygın hastalıklarda tanı/tedavi sınırı değişiklikleri ile “yeni hastalar” ortaya çıkarılmaktadır. Bu gelişmelerden bazı bireylerin sağlıklarına kısmi faydalar sağlanabildiği ileri sürülebilse de bazı bireylerin de sağlıkları için tehlikeli olabilecek gereksiz uygulamalara maruz kalabildikleri ortadadır. Burada sorun, neyin hastalık olduğu neyin ise olmadığı konusundaki sınırın nereye çizileceğidir. Farklı çıkar ve beklentilerin olduğu bu zeminde, ortak görüş oluşturma kararına katılacak tarafları belirlemek de ortak bir görüş oluşturmaktan çok zor görünmektedir.

Henüz şikâyeti olmayan bireylerin bazı sorunlar açısından kontrol edilmesi hastalıkların erken tanısına ve tedavisine yol açarak bireyin sağlığına katkı verebilir. Örneğin bilinen hipertansiyonu veya şeker hastalığı bulunmayan bireylerin kontrol amaçlı tansiyon ve kan şekeri düzeyi ölçümleriyle saptanan hastalıklarının erken tedavisi gibi. Fakat burada sorun hastalık sınırının ne olacağıdır. Çünkü kabul edilen bir eşik değeri kişinin sağlığına yararlı olabileceksen, başka bir eşik değeri çok sayıda kişiye gereksiz ve hatta zararlı olabilecek bir teşhis/tedavi süreci başlatabilir. Burada belirlenecek teşhis kriteri için esas bilimsel ölçüt bir kişiye yararlı olmak için gerçekte kaç kişiye teşhis/tedavi uygulanacağıdır.



Birkaç kişinin yararlanması için çok fazla kişiye “hastalık” damgası vurmak, onları kendilerine zarar verebilme durumu da söz konusu olabilecek tedaviye tabi tutmak doğru olmayabilir. Öte yandan bu gerçek bir hastalık durumunda ihtiyacımız olan kaynakların israf edilmesi anlamına da gelmektedir.

Tıbbileştirme, aşırı tanı ve buna bağlı gereksiz ilaç kullanımının en yaygın olarak tartışıldığı alanlardan birisi akıl-ruh sağlığı hastalıklarıdır. ABD Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) 4-17 yaş arası 6,4 milyon Amerikalı çocuğun (ki bu ABD’deki tüm çocukların %11’idir) yaşamlarının bir döneminde hiperaktivite tanısı aldığını ve bu oranın son on yıl zarfında %41 oranında arttığını saptamıştır (3). Yapılan bir çalışmada ABD’de depresyon teşhisi alanların sadece %34’ünde majör depresyon atağı kriterlerinin bulunduğu ve bu oranın 65 yaş ve üzerindeki kişilerde ise ancak %14 olduğu gösterilmiştir (4)

Hastalık sınırları tartışmasında başlıca konular hipertansiyon, şeker hastalığı, kolesterol düzeyi ve osteoporoz gibi hastalıklarıdır. Hipertansiyon açısından bakıldığında son yıllarda tedavi sınırları içine alınan 90-100 mmHg küçük tansiyonlu kişilerin yalnızca birine yararlı olabilmemiz için 5 yıl boyunca 18 kişiye ilaç vermek gereklidir (2). Yani 90-100 mmHg tansiyon tedavi sınırlarına alınca bir kişi tedaviden yararlanırken diğer 17 kişi boşuna ilaç almış olmaktadır. Öte yandan sınırın 100 mmHg’den 90’a indirilmesi sadece ABD’de 52 milyondan fazla yeni “hasta” ortaya çıkması anlamına gelmektedir. ABD’de tedavi edilmesi gereken kolesterol düzeyi 240’dan 200’e düşürüldüğünde, yaşam boyu tedaviden 100 kişiden sadece 8 kişinin yarar göreceği ortaya konulurken (2) bu kararlar

sadece ABD’de 92 milyondan fazla yeni “hasta” ortaya çıkarılmış yani hasta sayısı %86 arttırılmıştı. Osteoporoz için tedavi sınırını Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlediği -2,5’un altı değil de -2 olarak ilan edilmesi ile “osteoporoz hastaları” %85 oranında artmış, fazladan 7 milyona yakın yeni “hasta” yaratılmıştır. Bu sınırlar kullanılarak yapılan bir çalışmada; tedavi verilen her 100 kişiden ancak 5’inin gerçekte fayda gördüğü ortaya konulmuştur (5).

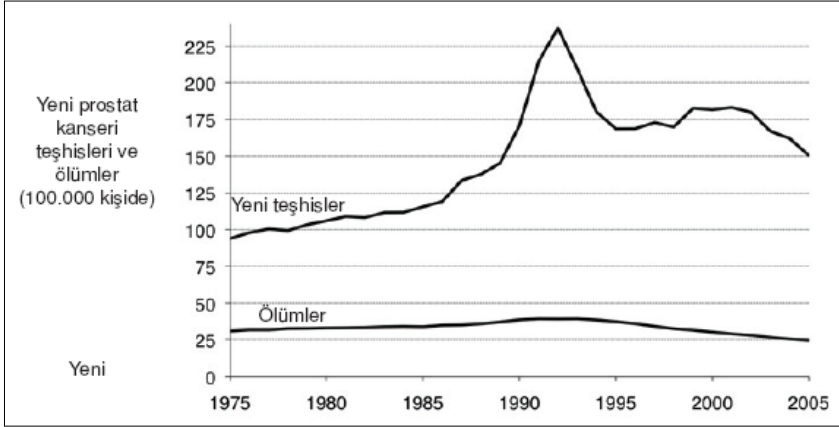
Modern görüntüleme, tanı yöntemleri ve aşırı teşhis/tedavi

Bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG), pozitron emisyon tomografisi gibi ileri görüntüleme yöntemleri ile kişilerde tesadüfen bulunan “bozukluklar” günümüzde aşırı teşhis/tedavinin en önemli kaynağıdır. Araştırmalar şikâyeti olmayan bireylere uygulanan tüm vücut BT taramalarında kişilerin %86’sında en az bir anormallik bulunabileceğini ve ortalama kişi başına düşen anormallik sayısının 2,8 olduğuna işaret etmektedir (6). Şüphesiz bu kişilerin çok az da olsa bir kısmı saptanan “bulgular”dan yarar görebilir ama büyük kısmı yapılan incelemeler sonrasında gereksiz yere “hastalık” tanısı almakta ve önemli bir kısmı da gereksiz tedaviden zarar görmektedirler. Gündelik pratikte daha sık karşılaşılan bir sorun ise kişilere uygulanan çeşitli görüntüleme yöntemlerinde şikâyetle ilgisi olmayan “tümörlerin” (insidentaloma) bulunmasıdır. Bu sorun, en çok akciğerlerde ortaya çıkmaktadır. Çünkü sağlıklı insanlara toraks (göğüs) BT çekilirse sigara içmeyenlerde %15, sigara içenlerde ise %50 oranında küçük nodüller görülebilir. Bu nodüllerin öldürücü bir kanser olma olasılığı ise sigara içenlerde %3,6, içmeyenlerde

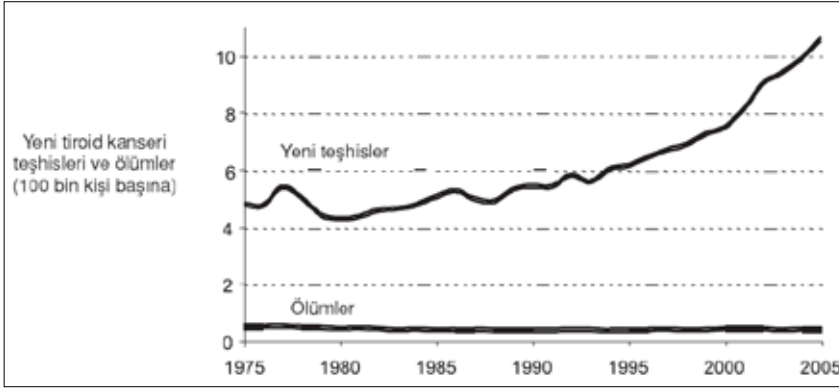
Henüz şikâyeti olmayan bireylerin bazı sorunlar açısından kontrol edilmesi hastalıkların erken tanısına ve tedavisine yol açarak bireyin sağlığına katkı verebilir. Örneğin bilinen hipertansiyonu veya şeker hastalığı bulunmayan bireylerin kontrol amaçlı tansiyon ve kan şeker düzeyi ölçümleriyle saptanan hastalıklarının erken tedavisi gibi. Fakat burada sorun hastalık sınırının ne olacağıdır.

%0,7’dir (7). Ama kanserleşme açısından düşük bu oranlara rağmen saptanan lezyonlar çoğu zaman kişilerde uzun yıllar boyunca yüksek doz radyasyona maruz bırakan takip sürecine ve bazen de kişiye zarar verebilen tanı/tedavi girişimlerine yol açmaktadır. Daha kötüsü saptanan nodüller gerçek olmadığı halde kişide “hastalık” ruh halini oluşturmaktadır. Tesadüfen saptanan bu tümörler sadece akciğerle sınırlı olmayıp, karaciğer, tiroit ve böbreklerde de görülmekte ve benzer sorunlar ortaya çıkarmaktadır.

Ancak tüm bu gerçekliğe rağmen birçok



Şekil 1: ABD'de yeni prostat kanseri teşhisleri ve prostat kanserinden ölümler (2)



Şekil 2: ABD'de yeni tiroit kanseri teşhisleri ve tiroit kanserinden ölümler (2)

ülkede bu yöntemler her geçen gün daha çok kullanılmaktadır. Öte yandan kullanılan bu yöntemlerin çözünürlüğü yani ayırma gücü zaman içerisinde teknolojik gelişmeyle arttığından çok daha küçük nodüller/tümörler görüntülenebilmekte, aşırı teşhis/tedavi sorunu her geçen gün giderek daha da karmaşılaşmakta, sağlıklı olan çok sayıda insan "hasta" olarak etiketlenmekte, sosyal güvenlik kurumlarından veya cepten ciddi miktarda harcama yapılmakta ve bazen de gereksiz olan ve hatta zarar verebilecek biyopsi gibi teşhis girişimleri ve "tedaviler" uygulanmaktadır.

Kanserlerde erken tanı amacıyla çeşitli duyarlı biyokimyasal ve görüntülemeye dayalı tarama yöntemleri kullanıldığında beklenenden çok daha fazla oranda kanser bulunacağı açıktır. Örneğin 80 yaşın üzerindeki erkeklerin prostatları tümüyle çıkarılsa ve ayrıntılı incelense bunların neredeyse tamamında kanser saptanabilir. Hâlbuki bu insanların çok büyük kısmı doğal ömürleri içerisinde prostat kanserine bağlı bir şikâyetle sahip olmayacaktır. Çünkü kanser hücrelerinin davranışı birbirinden çok farklıdır. Öte yandan tarama ya da başka nedenle yapılan tetkiklerde bulunan bir kanserin hangi şekilde seyredeceği bilinmediği için, saptanan tüm kanserlere aynı şekilde uygulanan tanı/tedavi girişimlerinin çoğunun gereksiz olması da pek mümkündür.

Eğer kanser ölümleri, tedavi etkisi nedeniyle aynı hızda olmasa da teşhis oranıyla paralel olarak artıyorsa burada aşırı teşhisten bahsedilemez. Ama eğer bir kanser türünde ölüm oranları neredeyse sabit kalırken teşhis çok hızlı artıyorsa burada aşırı teşhis vardır denebilir (2). Başlıca prostat kanseri, tiroit kanseri ve meme kanseri verileri aşırı teşhis varlığını belirgin şekilde göstermektedir.

ABD'de prostat kanseri teşhisi şekil de izlendiği gibi 1990'larda aşırı oranda artmıştır (Şekil 1). Bu artışın nedeni yaygın şekilde kullanılan PSA taramaları ve buna bağlı olarak aşırı uygulanan biyopsilerdir. Amerika'da kaza nedeni ile ölen insanlarda yapılan bir çalışmada; yirmili yaşlarda bile kişilerin %10'unda prostat kanseri bulunurken bu oran yetmiş yaşından sonra %75'in üzerine çıkmaktadır (8). Hâlbuki Amerika'da insanların ancak %3'ü prostat kanserinden ölmektedir. Araştırma verileri bir kişinin prostat kanserinden ölümünü önlemek için, 1400'den fazla kişinin taranması ve 20 ila 50 kişiye gerekmediği halde aşırı oranda prostat kanseri teşhisi/tedavisi konulması gerektiğine işaret etmektedir (9).

ABD'de tiroit kanserinde aşırı teşhis sorunun prostat kanserinden de daha fazla olduğu ortaya konulmuştur (10) (Şekil 2). Tiroit kanseri tanısında yaşanan bu artış esasında hasta için daha

ilerde ciddi bir sorun oluşturmayacak olan küçük papiller tipte tiroit kanseri tanısındaki artışa bağlıdır. Güney Kore'de gereksiz taramalar sonucu 1993 yılına göre 2011 yılında 15 kat artış gösteren tiroit kanserinde aşırı teşhis sorunu artık bir "salgın" olarak tanımlanmaya başlanmıştır (11). Bu nedenle tiroit için daha fazla tetkik yapmak, hayatta daha fazla insana biyopsi ya da yararsız bir cerrahi uygulanmasına yol açmakta ve bu durum birçok insanı, ameliyatların getirdiği sorunlar olan ses kısıklığı ve paratiroid bezinin zarar görmesi riski ile yüz yüze bırakmaktadır. Ayrıca sorun yaratan diğer bir konu da cerrahi ile tiroit bezi alındığında kişinin hayat boyu sürekli tiroit ilacı almak zorunda kalmasıdır.

Meme kanseri de çok yaygın uygulanan mamografi taramaları nedeniyle aşırı teşhis araştırma ve tartışmalarının önemli bir konusu haline gelmiştir. ABD Öncü Hizmetler Görev Gücünün yaptığı bir çalışmada mamografi ile taranan kişilerde ölüm riskinde %15 kadar bir azalma tespit edilmiştir (12). Ama bu oran sadece meme kanserinden ölümler için geçerlidir. Eğer veriler tüm topluma uyarlanırsa yapılan hesaplamalara göre, 40 yaşından sonra her yıl taranan kadınlardan ancak binde 0,5'i, 50 yaşından sonra taranmaya başlayan kadınların binde 1'i, 70 yaşından sonra taranmaya başlayanların ise binde 2,3'ü bu taramadan yarar görmektedir (2). Dolayısıyla on yıl boyunca her yıl mamografi çektiren kadınların binde 997 ya da binde 999,5'i bu taramadan aslında fayda elde edememektedir; aksine bu kadınların bazıları gereksiz yere yapılan biyopsi ve tedaviler nedeniyle zarar görmektedir.

Benzer sorunların böbrek tümörleri, melanomlar, akciğer kanserleri gibi durumlar için de geçerli olduğu ortaya konulmuş olmasına rağmen aşırı teşhis/tedavi sadece kanserler ile sınırlı değildir. Kanada'da yapılan bir çalışmada astım tanısı olanların %30'unda aşırı teşhis saptanırken (13), ABD'de yapılan bir çalışmada pulmoner emboli de aşırı tanı sorununun olduğu önemli bir alan olarak ortaya konmuştur (14). Aşırı teşhis/tedavi nedeniyle ABD'de 200 milyar dolardan fazla para harcandığı ve insanların sağlığının tehlikeye sokulduğu gösterilmiş (15), konunun artan önemi üzerine 2015 yılında üçüncüsü gerçekleştirilecek olan aşırı teşhis konulu kongreler düzenlenmeye başlamıştır (16).

Türkiye'de sağlıkta artan sayılar: Aşırı/kışkırtılmış sağlık talebi mi?

Türkiye sağlık sistemi 2003 yılından bu yana "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı altında bir reforma tabi tutuldu ve sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanında köklü değişimler yaşandı. Bu dönüşümün

ikili bir sonucu olduğu söylenebilir: Bir yandan tüm kamu fonlarının tek bir çatı altında birleştirilerek tek ödeyicisi olan sisteme geçilmesi ve nüfusun tamamına yakınının bu sağlık sigortası kapsamına alınması ile eskisine nazaran daha adil/ daha az hiyerarşik bir yapı oluşturuldu ve sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırıldı. Ancak öte yandan çok sayıda uygulama ile sağlık hizmetlerinde piyasalaşma ve metalaşması aşırı şekilde hızlandırıldı.

Son yıllarda hekime başvuru sayısı, genelde her türlü tetkik sayısı, BT/MR çekim sayıları, cerrahi girişim sayılarındaki kişi başı artışlar ve genelde ilaç tüketimindeki yükselişler sağıktaki dönüşümle birlikte erişimin artması ile ilişkilendirilebileceği gibi yaşamın tıbbileştirilmesi, aşırı teşhis/ tedavi kavramı, aşırı ve/veya kısırtılmış sağlık talebi ile bağlantılı olarak da ele alınabilir. Global bir sorun olarak ortada duran tıbbileştirmenin özellikle kadın merkezli olarak Türkiye’de olduğu boyutlar bilinmektedir (17, 18). Sağlıklı yaşam, hastalıkların önlenmesi bağlamında sağlık tıbbileştirilmekte, sağığın korunması bireyselleştirilmekte ve konu bir “tüketim endüstrisi” konusu haline getirilmektedir.

Literatürdeki tanımıyla Türkiye’de aşırı teşhis ve buna bağlı aşırı tedavinin varlığını ortaya koyacak yeterli veri bulunmamaktadır. Çünkü öncelikle kanserlerde olmak üzere belirli hastalıklarda uzun zaman dilimlerini kapsayacak şekilde tanı ve bu hastalığa bağlı ölüm rakamlarını içeren kaliteli verilerimiz yoktur. Bununla birlikte OECD verileri ile karşılaştırıldığında kişi başına yüksek BT/ MR sayıları, özellikle küçük cerrahilerde olmak üzere kişi başı yüksek girişimsel sayılar aşırı teşhis/tedavinin varlığının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Sadece 2011 yılında her 9 kişiden birisine BT, her 10 kişiden birisine MRG incelemesi yapılmış olması (19) dikkate alındığında bu kullanım sonrasında kaçınılmaz olarak saptanan ancak sağlık açısından anlamsız denilebilecek bulguların “hastalık” şüphesiyle tanımlanmasının zincirleme olarak bu tetkiklerin çok kere gereksiz tekrarlarını, gereksiz tanı ve bazen de tedavi girişimlerini ortaya çıkarması uzman hekimlerin günlük klinik pratiğinin bir gerçeğidir.

Türkiye’de sezaryenle doğum oranlarındaki artış Türkiye’de yaşanan sorunun sağlığa ulaşımın artışı ile açıklanamayacağının çarpıcı bir kanıtını oluşturmaktadır. Bilindiği üzere Dünya Sağlık Örgütü’ne göre beklenen sezaryen oranları %5-15 ve kabul edilebilir sınır %20 iken, Türkiye’de 2002 yılında %21 olan bu oran 2011 yılında %46,6’a çıkarak OECD ülkeleri arasında en yükseğe erişti. Genelde bu oranın beklenenlerden yüksek olması tıbbileştirme bağlamında



ele alınabilse de Türkiye’de kısa zaman içerisinde gözlenen bu yükseliş esas olarak kısırtılmış talebe ve onun oluşturduğu kültüre bağlı gibi görünmektedir.

Sonuç olarak; tıbbileştirme ve erken teşhis/tedavi arayışının kâr amaçlı saptırılmış teşviki, insanlarda yaşamı boyunca ciddi bir sorun oluşturmayacak durumların ortaya çıkarılıp “hastalık” olarak tanımlanmasına yol açmaktadır. Bu tanımlama, kişilerin “hasta” olarak damgalanmasının oluşturduğu sorunların yanı sıra bireylere gereksiz teşhis ve tedavi girişimlerinin yapılmasına, bazen bu girişimler nedeniyle bireylerin zarar görmesine ve kaçınılmaz olarak sağlık harcamalarının artışına neden olmaktadır. Aşırı harcamalarla “açıkları” artan kamusal sosyal güvenlik kurumlarının sağlık paket sınırlarını daraltma ve katkı paylarını artırma yönündeki eğilimi ise, gerçekten ihtiyacı olanların sağık hizmetlerine erişiminin önünde potansiyel bir engel oluşması ile sonuçlanmaktadır.

Kaynaklar

- 1) Conrad P Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 1992; 18: 209-22.
- 2) Welch G, Schwartz ML, Woloshin S Aşırı Teşhis. *Sağık Adına Hasta Etmek. İNSEV Yayınları, Birinci Baskı, İstanbul, 2013.*
- 3) Schwarz A, Cohen C (2013). A.D.H.D. Seen in 11% of U.S. Children as Diagnoses Rise. http://www.nytimes.com/2013/04/01/health/more-diagnoses-of-hyperactivity-causing-concern.html?_r=0 (Erişim Tarihi: 25.04.2015).
- 4) Mojtabei R Clinician-Identified Depression in Community Settings: Concordance with Structured-Interview Diagnoses. *Psychother Psychosom*, 2013; 82 (3): 161-169.
- 5) Cummings SR, Black DM, Thompson DE, et al . Effects of Alendronate on Risk of Fracture in Women with Low Bone Density But Without Vertebral Fractures: Results from the Fracture Intervention Trial. *JAMA*, 1998 ; 280 (24): 2077-82.

6) Welch HG, Black WC Overdiagnosis in Cancer. *J Natl Cancer Inst*, 2010; 102: 605-613.

7) Swensen SJ, Jett JR, Slolan JA, et al Screening for Lung Cancer with Low-dose Spiral Computed Tomography. *Am J Respir Crit Care Med*, 2002; 165 (4): 508-513.

8) Sakr WA, Grignon DJ, Haas GP vet ark. Age and racial distribution of prostatic intraepithelial neoplasia. *Eur Urol*, 1996;30(2):138-441996;

9) Draisma G, Boer R, Otto SJ, et al Lead Times and Overdetection due to Prostate-Specific Antigen Sscreening: Estimates from the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer. *J Natl Cancer Inst*, 2003; 95 (12): 868-878.

10) Davies L, Welch HG Increasing Incidence of Thyroid Cancer in the United States, 1973-2002. *JAMA*, 2006; 295: 2164-2167.

11) Ahn AS, Kim H J, and Welch H.G. Korea's Thyroid-Cancer "Epidemic" - Screening and Overdiagnosis. *N Eng J Med* 2014;371:1765-1767.

12) Nelson HD, Tyne K, Naik A. Screening for Breast Cancer: An Update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Int Medicine*, 2009 ; 151: 727-737.

13) Aaron SD, Vandemheen KL, Boulet LP, McIvor RA vet ark. Overdiagnosis of asthma in obese and nonobese adults. *CMAJ* 2008;179(11):1121-31.

14) Weiner RS, M Schwartz L M, Woloshin S. When a test is too good: how CT pulmonary angiograms find pulmonary emboli that do not need to be found. *BMJ* 2013;347:3368.

15) Berwick D, Hackbarth, A. Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012;307:1513-6.

16) <http://prevention.cancer.gov/news-and-events/meetings-and-events/third-preventing-overdiagnosis> (Erişim tarihi: 26.04.2015)

17) Sezgin D. Yaşam Tarzı Önerileri Bağlamında Sağık Haberlerinin Analizi. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2011, 2(2). <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/49/1572/17054.pdf> (Erişim tarihi: 26.04.2015)

18) Kay Ş.Ş. Televizyonda Kadın, Sağık Ve Hastalık. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* 2011; 14 (2). 117-150.

19) Üçer AR Sağıkta Dönüşüm Programının Yaratdığı Talep Patlaması. *İçinde: Tıp Bu Değil 2 (Ed: Arslanoğlu İ). İthaki Yayınları, Birinci Baskı, Sayfa: 265, 2013.*

Aşırı talebin toplum sağlığına etkileri

Doç. Dr. Mustafa Taşdemir



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1990 yılında mezun oldu. 1998'de halk sağlığı uzmanlık eğitimini tamamladı. 2001'de Marmara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi olarak çalışmaya başladı. 2008'de Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na geçti. 2009 yılında Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi'ni bitirdi. 2004-2005 yıllarında Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi Yönlendirme Komitesi üyesi olarak çalıştı. 2008-2009 döneminde yaklaşık bir yıl süreyle Sağlık Bakanlığı'nda kıdemli eğitim ve araştırma koordinatörü olarak görev üstlendi. 2012-2014 yılları arasında İstanbul Halk Sağlığı Müdürü olarak görev yapan Dr. Taşdemir halen Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünde çalışmalarını sürdürmektedir.

Dr. İsmail Erkam Tüzgen



Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesinden 2012 yılında mezun oldu. Aynı yıl Hakkâri'de meslek hayatına başladı. Toplum Sağlığı Merkezi hekimliğinden sonra İl Sağlık Müdürlüğü ve Halk Sağlığı Müdürlüğü görevlerini birlikte yürüttü. 2014 yılında Beşiktaş'ta İlçe Sağlık Müdürü olarak çalıştı. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Sağlık Yönetimi alanında doktora eğitimini sürdürmekte olan Dr. Tüzgen, halen İstanbul İl Sağlık Müdür Yardımcısıdır.

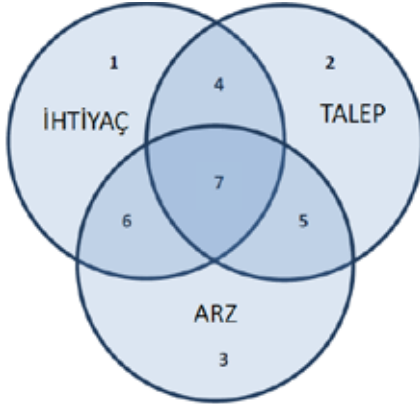
İhtiyaç, insanların fayda göreceği; talep, almak isteyeceği; arz ise bizzatı sunulan "şey"dir. Sağlık ihtiyaçlarının uygun şekilde hizmet talebine dönüşmesi ve bu talebin sistematik olarak karşılanması beklenir. Ne var ki çoğu zaman teori pratiğe uymaz. İnsanlar her zaman ihtiyaçlarını

tam ve doğru olarak algılayamayabilirler, algıladıkları ihtiyaçlarını talebe dönüştüremeyebilirler. Dahası, ihtiyaç olmayan hizmetleri talep edebilirler. Arz edilen bazı hizmetler de ihtiyaca ve talebe uygun olmayabilir. Hizmetler için herkes bedel öder, ama bu bedel çoğu zaman cepten çıkmaz.

Bu durum ihtiyaç-talep-arz sürecini daha karmaşık hale getirir. İhtiyacı belirlemek devlet için de zordur ve maalesef çoğu zaman ihtiyaç yerine öyle böyle arz ve talep değerlendirmesiyle yetinilir. Oysa arz talebin göstergesi olabilse de ihtiyacın olamaz.

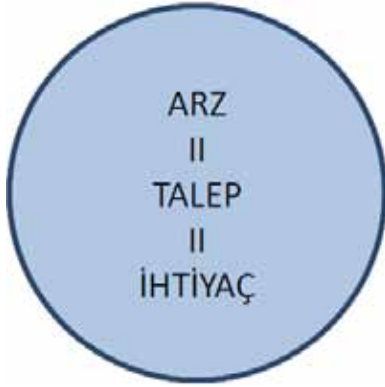


Şekil 1: İhtiyaç, talep ve arzın ilişkisi



Kaynak: Birmingham Üniversitesi web portalı

Şekil 2: İhtiyaç, talep ve arzın ideal ilişkisi



Şekil 1'deki numaralandırılmış alanları şu şekilde açıklayabiliriz:

- 1: Talebe dönüşmeyen ve karşılanmayan ihtiyaç
- 2: İhtiyaç olmayan ve karşılanmayan talep
- 3: İhtiyaç ve talep olmadan arz edilen hizmet

2 ve 5'in büyüklüğü ölçüsünde "aşırı talep" var demektir. En olumsuz 2 ve 5'in toplamının maksimuma ulaştığı ve 2'nin maksimum düzeyde 5'e dönüştüğü tablodur. Her halükarda ihtiyacın iyi tanımlanması, talebin yönetilmesi ve arzın değiştirilmesi ile 2 ve 5'i kısıtlamak, 1 ve 4'ü geliştirmek, 6'yı ihmal etmemek, kısaca 7'yi maksimize etmek gerekir. İhtiyacın tamamının talep edildiği ve bu talebin tamamının karşılandığı, yani üçünün bir olduğu durum idealdir ve örneği yoktur. Daha ihtiyacın tam tespit edilemediği şartlarda bu tablonun gerçekleşmesi beklenemez.

İhtiyacı belirlemenin çok önemli, bir kadar da zor olduğunu yukarıda söylemiştik. Bunun teknikleri ve yöntemleri vardır. Ancak çoğu zaman ihtiyaç belirleme çalışması yapılmamakta, yapıldığında da "göz kararı" yapılmaktadır. İhtiyaç iyi belirlenmediğinde etkili, verimli ve

hakkaniyetli hizmet sunumundan söz etmek zorlaşır. Toplumun, ihtiyaçlarının farkında olması ve onları talep etmesi elbette istenen bir keyfiyettir. Koruyucu sağlık hizmetlerine herkesin ihtiyacı vardır ama bu genellikle talebe dönüşmemektedir. Fakat bazı hizmetler talep edilmese de arz edilmek durumundadır. İhtiyaç olduğu halde talep edilmeyen hizmetlerin arzında birtakım sıkıntılar yaşanabilir. Başta sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi olmak üzere çeşitli yol ve yöntemler kullanılarak ihtiyacın talep edilmesini sağlayacak çalışmalar yapılmalıdır. Bu gibi değerlendirmeleri genellikle toplumun tamamı için toptan yaparız. Biraz ayrıntıya indiğimizde şöyle bir tabloyu fark edebiliriz: Toplumun bazı kesimleri için 5 numaralı alan büyüdükçe diğer bazı kesimler için 6 ve 7 küçülmektedir. Yani bazıları ihtiyacı olmayan hizmetlere erişebilirken, diğer bazıları ihtiyacı olana erişememektedir. Bu durum "ahlaki tehlike" olarak adlandırılmaktadır.

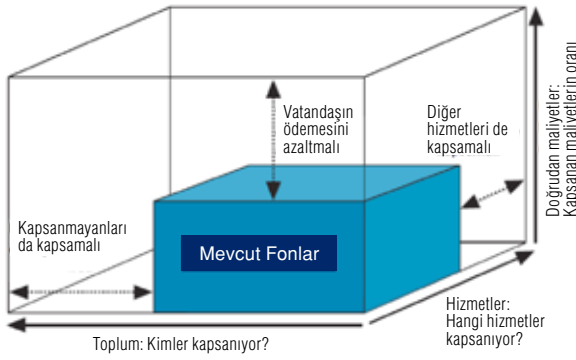
Bir adım ileri giderek, mesela obeziteye veya hipertansiyona yönelik hizmet arzına dayanılarak bireysel tedbirlerin alınmamasını da ahlaki tehlike olarak görebiliriz.

İhtiyaç, arz ve talebin genel sağlık kapsamıyla ilişkisi

Şekil 2'de gösterilen ideal durumu Dünya Sağlık Örgütü'nün; toplumun tüm bireylerinin ihtiyaç duyduğu geliştirici, önleyici, tedavi edici, rehabilite edici ve palyatif tüm sağlık hizmetlerine ekonomik bakımdan zorlanmadan ulaşımı olarak tanımladığı "genel kapsam" veya "genel sağlık kapsamı" (universal health coverage) ile ilişkilendirebiliriz. Genel kapsam, toplumun tamamının kapsanmasıyla sınırlı değildir; mümkün olduğunca -ihtiyaç olan- tüm sağlık hizmetlerinin vatandaşın para alınmaksızın verilmesini de içermektedir.



Şekil 3: Genel kapsamın üç boyutu



Kaynak: The World Health Report (2010)

Şekil 3'teki ideal tablo; her üç boyutta hiç boşluk kalmaması, mevcut fonların toplumun bütün fertlerine bütün hizmetlerin ücretsiz olarak arzını mümkün kılmasıdır. Fakat bunun örneği yoktur. İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) 1948'de kurulurken amacı "Herkesi ve her hizmeti kapsayan, beşikten mezara bedava sağlık hizmetleri" şeklinde ifade edilmişti. Ancak zamanla bu amaca ulaşmanın mümkün olmadığı, böyle bir hizmetin sürdürülebilir olmadığı görüldü. Şekil 1'deki bütün hareketler Şekil 3'teki "mavi" prizma içinde cereyan etmek durumundadır. Şekil 1'deki her türlü olumsuzluk "mavi" prizmanın büyümesini, yani kapsayıcılığın artmasını engelleyecektir. Yukarıda belirtilen amaca ulaşılması için öncelikle Şekil 1'in Şekil 2'ye dönüşmesi ve sonra da yeterli kaynak bulunması ütopiyalarının gerçekleşmesi gerekir. Velhasıl, yapılması gereken Şekil 1'i Şekil 2'ye labildiğince dönüştürmek ve Şekil 3'teki prizmayı olabildiğince "mavi"yle doldurmaktır.

Aşırı talebin sağlık etkileri

Her ne kadar ölçülüp biçilip ortaya konmuş olmasa da, ülkemizde son dönemde sağlık hizmetlerine yönelik talebin ve kullanımın aşırıya kaçtığı şeklinde yaygın bir kanaat vardır. Dosya kapsamındaki diğer yazılarda aşırı talebin nedenleri, tezahürleri ve çözüm yollarına dair ayrıntılı bilgiler bulunmaktadır. Burada aşırı talebin sağlığa etkilerine yoğunlaşılacaktır. Şekil 4'te görüldüğü üzere, aşırı talep aşırı tanı ve tedavi işlemlerine yol açmaktadır. Bunun da pek çok olumsuz sonucu olmaktadır. Bir taraftan maliyet artmakta, öte yandan kalite düşmektedir. Normal şartlarda maliyet artışının kaliteye olumlu yansımaları beklenir. Ancak burada sistemi zorlayan "aşırılık" kaliteyi düşürmekte, kalitesizlik maliyetleri sisteme ilave yük oluşturmaktadır.

Aşırı talebin sağlığa başlıca etkileri; tıbbi hatalar, ilaç direnci, istenmeyen etkiler, komplikasyonlar vb. olarak sıralanabilir. Sağlığa etkileri dışında ve fakat ilişkili olarak çoğu kimsenin tecrübe

ve şikâyet ettiği kısa muayene süreleri ve "doktor doktor gezmeler" şeklinde tezahürleri de bulunmaktadır. ABD'de toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %30'unun (yaklaşık 800 milyar dolar) aşırı kullanıma bağlı olarak israf edildiği tahmin edilmektedir. Sağlık güvencesi olmayan yaklaşık 40 milyon kişi vardır. İsrar azaltılabilse milyonlarca kişinin sağlık hizmetlerine erişmesi mümkün hale gelecektir. Boyutu farklı olmakla birlikte bu sorun her ülke için söz konusudur. Bir araştırmaya göre ülkemizde insanların yarısından çoğu sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanıldığını düşünmektedir. Tetkik ve tedavilerin riskleri gerekliliğinden bağımsızdır, yani gereksiz işlemin riski daha az değildir. Fayda karşılığında risk almanın bir anlamı, mantığı ve hatta gerekliliği olabilir. Ancak gereksiz işlemlerin getirdiği risklere razı olmanın makul açıklaması olamaz.

Burada vereceğimiz bazı örnekler / istatistikler önlenemeyen bazılarıysa önenebilir durumlara dairdir. Mevcut istatistikler daha ziyade hastane kaynaklıdır. Maalesef çoğu zaman olduğu gibi ABD başta olmak üzere Batı ülkelerinin istatistiklerini kullanıyoruz.

Gereksiz yatışlar

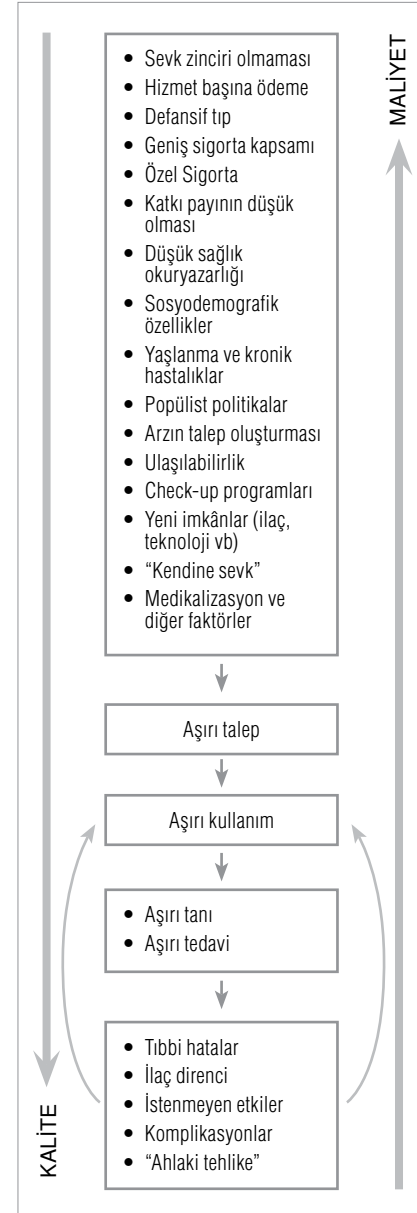
ABD'de farklı yıllarda yapılmış araştırmaların sonuçları benzer bulunmuştur: Kabaca hastane yatışlarının dörtte biri gereksiz olarak değerlendirilmektedir. Tabii, yatmakla iş bitmiyor, aksine başlıyor. Gereksiz bir yatışta yapılan pek çok gereksiz işlem olacaktır. Bu da milyonlarca kişiyi potansiyel iatrojenik (hekimin neden olduğu) olay haline getirmektedir.

Radyolojik tetkikler

Roentgen, Becquerel ve Curie'nin keşifleri muhteşemdi ve zararları görülene kadar herkes masum sandı ve gerek tıpta gerekse diğer alanlarda uzun süre fütursuzca kullanıldı. Radyasyon görünür olmadığı gibi, zararlı etkileri de göz ardı edildi. Zamanla zararlar bilinir oldu, ancak teknik ve cihazlar çeşitlendi (anjiyografi / floroskopi, bilgisayarlı tomografi, PET-CT, nükleer tıp vb); invazif yöntemler geliştirildi. Fakat ne geçmişe yönelik ne de günümüzde gerçekleşen zararlar tam olarak tespit edilebilmiş değildir, bu mümkün de değildir. Ancak bugün riskin azaltılmış olduğunu da söyleyemiyoruz.

Dünyada yılda yaklaşık 3,6 milyar adet röntgen filmi çekilmekte, 37 milyon nükleer tıp tetkiki yapılmakta ve 7,5 milyon radyoterapi uygulanmaktadır. Bunların önemli bir kısmının gereksiz olduğuna dair yayınlar vardır. Radyolojik tetkiklerin radyasyon yanında yanlış pozitif sonuçları izleyen gereksiz tetkikler ve tedaviler

Şekil 4: Nedenden sonuca aşırı talep süreci



gibi olumsuz etkileri de bulunmaktadır. Zaman içinde cihaz sayısının artışına paralel olarak radyolojik tetkiklerin kullanım sıklığı artmıştır ve buna bağlı olarak hastaların maruz kaldığı radyasyon da artmıştır. Cihazların yaşı, bakım ve kalibrasyonu, kullanan personelin yetkinliği gibi hususların kontrol altında tutulması kolay değildir. Alanın otoriteleri önlem alınmasını tavsiye etmektedir.

Gereksiz cerrahi işlemler

Gereksiz yatışlarda yapılan gereksiz işlem kalemlerinden biri de cerrahi girişimlerdir. Biri daha eski olmak üzere iki istatistik verelim: ABD'de 1974'te 11,900 ölüm ve 3,9 milyar dolara mal olan 2,4 milyon gereksiz ameliyat yapıldığı hesaplanmıştır. 2001'de ise 7,5 milyon gereksiz ameliyatın faturasının 37.136 ölüm ve (1974'ün parasıyla) 122 milyar dolar olduğu bildirilmiştir. İspanya'da yapılmış bir çalışma ise cerrahi işlemlerin %20

-25'inin gereksiz olduğunu ortaya koymuştur. İstatistiği olmayan ülkelerde daha az sorun olduğunu kimse söyleyemez.

Hastane enfeksiyonları

ABD'de 1975'te bin hasta gününde 7,2 olan hastane enfeksiyonu sayısı 20 yılda %36'lık artışla 9,8'e yükselmiştir. Yatış başına rakamlar pek değişmese de yatış süreleri kısaldığından ve daha fazla sayıda kişi hastaneye yattığından dolayı enfeksiyon sayılarında da artış yaşanmaktadır. Hastane enfeksiyonlarının 1995'te 88.000 ölüme (her 6 dakikada 1 ölüm) ve 4,5 milyar dolara mal olduğu tahmin edilmiştir. Bu maliyetin artık çok daha yüksek olduğu düşünülmektedir, zira antibiyotik direnci akıl almaz boyutlara ulaşmıştır.

Antibiyotik kullanımı ve direnci

ABD'de viral enfeksiyonlar için yılda 20 milyon antibiyotik reçete edildiği tahmin edilmektedir. Ülkemiz ise antibiyotik kullanımında Avrupa'da 40 ülke arasında ilk sıradadır. Son yılların en önemli olumlu gelişmelerinden olan sağlık hizmetlerine ve ilaca erişimin artmasının en olumsuz sonuçlarından biri gerek miktar gerekse maliyet olarak antibiyotik kullanımının aşırı derecede artmasıdır. Kullanılan ilaçların yaklaşık %40'ı antibiyotiktir. Tarım ve hayvancılık sektörlerinde de antibiyotikler yaygın şekilde kullanılmaktadır. Antibiyotiklerin yanlış ve yersiz kullanımı nedeniyle mikroorganizmalarda direnç gelişmekte, gerektiği durumlarda antibiyotikler etkili olmadığından bazı hastalar kaybedilebilmektedir. Öte yandan yıllardır yeni antibiyotik geliştirilmemektedir. Böyle giderse yakın zamanda basit enfeksiyonların dahi tedavisi zorlaşacaktır.

Tıbbi hatalar

Avrupa Birliği vatandaşlarının %23'ü tıbbi hatalardan doğrudan etkilendiğini, %18'i hastanede ciddi bir hataya maruz kaldığını, %11'i yanlış ilaç verildiğini iddia etmiştir. Bir çalışmada Türkiye'de toplumun %10'u kendisinin veya aile bireyinin tıbbi hataya maruz kaldığını belirtmiştir. Bir başka çalışmada ise sağlık çalışanlarının %69'u kendisinin veya bir yakınının tıbbi uygulama hatası ile karşılaştığını ifade etmiştir. Bu hataların %37'si "majör", %33'ü "minör" olarak değerlendirilmiştir. Sağlık çalışanlarının %57'si "Meslek yaşıntınız süresince hiç hata yaptınız mı?" sorusunu "Evet" olarak cevaplamıştır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %34'ü önlenebilir tıbbi uygulama hatasının çok sık ve %48'i orta sıklıkta olduğunu inanmaktadır.

ABD'de çeşitli yayınlarda tıbbi hatalara



bağlı ölüm sayısının yılda 100-400 bin olduğu tahmin edilmektedir. İngiltere Sağlık Dairesi'nin 2000 yılı raporunda hastanelerde yılda 850 bin istenmeyen olay (yatışların %10'u) yaşandığı tahmin edilmiştir. İspanya, Fransa ve Danimarka'da da benzer istatistikler vardır. Batı istatistiklerindeki en düşük hastane ölüm riski olan 0.002'yi esas alarak, Türkiye'de geçen yıl hastaneye yatan yaklaşık 12,5 milyon kişiden en az 25.000 kişinin istenmeyen olaylardan kaybedildiğini hesaplayabiliriz. Şunu da unutmamalıyız ki, istenmeyen olayların çok azı bildirilmekte, kayda geçmektedir. Bu konudaki istatistiklerin güvenilirliği düşüktür.

Son söz niyetine...

Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe payı düşüktür. Bu küçük pay ile dahi büyük işler yapılabilir. Aşırı talebin ve dolayısıyla harcamaların hastaneye yönelmiş olması ve aşırı talebin sağlığı olumsuz etkilerinin çoğunun tedavi hizmetlerinde gerçekleşmesi çözümün şifrelerini vermektedir. Aşırı talebin kontrol altına alınması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ile orta-uzun vadede etkili, verimli ve hakkaniyetli sağlık hizmeti sunumu başarılabılır. Hızla yaşlanan ve bulaşıcı olmayan hastalıkların giderek arttığı bir Türkiye'de ikinci bir seçenek maalesef bulunmamaktadır.

Kaynaklar

Brownlee, S., Saini, V., Cassel, C., *When Less Is More: Issues Of Overuse In Health Care*, Erişim: 10.04.2015 <http://healthaffairs.org/blog/2014/04/25/when-less-is-more-issues-of-overuse-in-health-care/> (Erişim tarihi: 30.04.2015)

Burns, M., Dyer, M.B. and Bailit, M., (2014), *Reducing Overuse and Misuse State Strategies to Improve Quality and Cost of Health Care*, Robert Wood Johnson Foundation.

http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/ (Erişim tarihi: 30.04.2015)

ELM Ho. *Overuse, Overdose, Overdiagnosis... Overreaction?*, *Biomedical Imaging Interv J* 2010; 6(3):e8

<http://articles.mercola.com/sites/articles/archive/2013/03/24/modern-medical-errors.aspx> (Erişim tarihi: 30.04.2015)

<http://www.birmingham.ac.uk/research/activity/>

[mds/projects/HaPS/PHEB/HCNA/intro/index.aspx](http://research.sabanciuniv.edu/19127/1/Saglik_Raporu.pdf)

<http://ekmud.org.tr/ekmud-18-kasim-2014-7-avrupa-antibiyotik-farkindalik-gunu-basin-aciklamasi.ekmud/>

<http://news.nationalpost.com/health/inside-canadas-secret-world-of-medical-errors-there-is-a-lot-of-lying-there-is-a-lot-of-cover-up> (Erişim tarihi: 30.04.2015)

http://research.sabanciuniv.edu/19127/1/Saglik_Raporu.pdf (Erişim tarihi: 30.04.2015)

<http://www.berkeley.edu/news/media/releases/99legacy/11-16-1999b.html> (Erişim tarihi: 30.04.2015)

<http://www.birmingham.ac.uk/research/activity/mds/projects/HaPS/PHEB/HCNA/intro/index.aspx> (Erişim tarihi: 30.04.2015)

<http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/insur201409.pdf> (Erişim tarihi: 30.04.2015)

http://www.economicsonline.co.uk/Market_failures/Healthcare.html (Erişim tarihi: 30.04.2015)

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics> (Erişim tarihi: 30.04.2015)

http://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsayek10_hastaguvellik.pdf (Erişim tarihi: 30.04.2015)

<http://www.webdc.com/pdfs/deathbymedicine.pdf> (Erişim tarihi: 30.04.2015)

http://www.who.int/features/factfiles/universal_health_coverage/facts/en/index9.html (Erişim tarihi: 30.04.2015)

http://www.who.int/ionizing_radiation/about/med_exposure/en/ (Erişim tarihi: 30.04.2015)

https://en.wikipedia.org/wiki/Choosing_Wisely (Erişim tarihi: 30.04.2015)

Korenstein D, Falk R, Howell EA, Bishop T, Keyhani S. *Overuse of Health Care Services in the United States: An Understudied Problem*. *ArchInternMed*. 2012;172(2):171-178. doi:10.1001/archinternmed.2011.772.

Rebecca Smith-Bindman et al, *Use of Diagnostic Imaging Studies and Associated Radiation Exposure for Patients Enrolled in Large Integrated Health Care Systems, 1996-2010*, *JAMA*, June 13, 2012-Vol 307, No. 22

Rebhan, D.P., *Health Care Utilization: Understanding and Applying Theories and Models of Health Care Seeking Behavior*, <http://www.cwru.edu/med/epidbio/mphp439/healthcareutil.pdf>

Segal, J.B., Nassery, N., Chang, H.Y., Chan, K., Bridges, J.F., (2015), *An index for measuring overuse of health care resources with Medicare claims*, *MedCare*, 53(3), pp230-6.

The World Health Report, 2010 <http://lowinstitute.org/learn/overuse-101/> (Erişim tarihi: 30.04.2015)

Ameliyat öncesi tetkiklerin gerekliliği

Yrd. Doç. Dr. Pelin Karaaslan



1972 yılında Adana'da doğdu. 1996 yılında Marmara Üniversitesi İngilizce Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2004'te Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesinde anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlığını tamamladı. 2012 yılından beri Medipol Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümünde yardımcı doçent olarak görev yapmakta, halen SMYO Ameliyathane Hizmetleri Program Başkanlığını yürütmektedir. Çalışma alanları kardiyovasküler cerrahi ve organ transplantasyonudur.

Prof. Dr. Hüseyin Öz



1953'te Bursa İnegöl'de doğdu. 1978'de İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1982'de anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı, 1990'da doçent, 1996'da profesör oldu. Uzun yıllar İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapan Öz, 2012 yılından beri Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışmaktadır. Aynı zamanda 1996'dan beri Adli Tıp 1. İhtisas Kurulu Asıl Üyesiği görevini yürüten Öz, evlidir ve bir çocuk babasıdır.

Preoperatif değerlendirmede masraf, anesteziğin yasal sorumluluğu ve hastanın eşlik eden hastalıkları birlikte gözlemlenmelidir¹. İyi bir hikâye ve preoperatif değerlendirme rutin preoperatif testlerden daha önemlidir. Hikâyeden doğan endikasyonlarda tetkikleri doğru seçmek, yapılacak en doğru davranıştır. Bu şekil bir tetkik belirleme işlemi yersiz ve gereksiz masrafı kalite ve güvenliği bozmadan önleyecektir. Anesteziğin ameliyat öncesi hasta değerlendirmesi hastanın tıbbi geçmişi, sağlık durumuyla ilgili sorgulama, iyi bir fizik muayene ve bazı ek testleri kapsar.

Preoperatif testler iki kategoriye ayrılmıştır: Rutin/tarama testleri ve endikasyon konmuş/tanısal testler. American Society of Anesthesiologists (ASA) rutin testleri herhangi bir klinik endikasyon yokken bir panel içerisinde yapılan testler olarak tanımlamıştır. Endike/tanısal testler ise klinik bir tanıyı onaylamak, ilerleyişini değerlendirmek ve tedavi etkinliğini değerlendirmek için yapılan testlerdir. Tanısal testler herkes tarafından kabul görürken; rutin tetkikler her zaman tartışmalıdır. Klinik endikasyon eksikliğinde rutin tetkiklerin yararlılığı

ve masrafı patolojik sonuç çıkma riski çok düşük olduğundan gereksizdir². Birçok çalışmada gösterilmiştir ki rutin tetkiklerle yeni bir tanı yakalamak çok zor ve nadirdir. Ayrıca bu testler çok nadiren perianestezik bakımı etkiler. Kılavuzlar kullanılarak yapılan tetkikler gereksiz konsültasyon, gecikme ve iptalleri engelleyecektir.

Rutin laboratuvar tetkiklerinin tarihçesine bakacak olursak 1940-1960 yılları arasında hikâye ve fizik muayeneye göre tetkikler istenmekteydi^{3,4}. Fakat 1960'ların sonlarına doğru biyokimya oto-analizörler kullanılmaya başlanınca klinisyenlere toplu testler istemek daha kolay geldi⁵. O dönemlerde bu şekilde hastalıkların erken yakalanacağı ve böylece giderlerin azalacağı zannedilmekteydi^{3,6}. Bu şekildeki uygulama hiçbir bilimsel temele dayandırılmadan yıllarca devam etti. Preoperatif testlerle ilgili ilk çalışmalar 1980'lerde yapıldı ve test panelleri geriye dönük binlerce hastada tarandı^{7,8}. Binlerce sonuçtan sadece dört tanesinin klinik önem arz eden hastalıkların yakalanmasını sağladığı gösterildi. Daha sonradan yapılan birçok çalışmada da bulgular iyi bir klinik muayeneyle hastaların %75 inde hiçbir teste ihtiyaç olmadığı yönündeydi⁹⁻¹².

Örneğin, asemptomatik hastalarda rutin tetkik olarak çekilen bir akciğer grafisinde anormal bulgu oranı %10'dur ve bu bulguların anestezi yönetimini etkilemesi son derece nadirdir¹³⁻¹⁵.

Günübirlik ameliyathanelerin artması ile birlikte geleneksel değerlendirme şeklini modifiye etmek gerekmiştir. Maliyet ve yararlılığı dengeleyerek en iyi bakımı sağlamak en doğru hareket olacaktır. Klinik hikâye ve fizik muayenesi normal olan asemptomatik, sağlıklı bireylerde laboratuvar endikasyonu tartışmalıdır. Çoğu hastada elektif cerrahi öncesi rutin preoperatif testler yaptırılır. Uzun yıllardır süregelen alışkanlık testin gerekliliği konusunda bir sorgulama yapılmaksızın tüm tetkiklerin yapılması yönündedir¹⁶⁻¹⁸. Rutin testlerin amacı önceki sağlık problemlerini tanımak, şüphelenilmeyen bir sağlık sorunu varsa ortaya çıkarmak, operasyon sonrasıyla karşılaştırmak için baz değerleri elde bulundurmak ve rutin tarama testlerini tamamlamaktır.

Dünyanın her yerinde, kaynakların uygunsuz ve müsrifçe harcanmakta olduğu ifade edilmektedir^{16,18,19}. İlginci olan, her ülkenin sağlık politikasında preoperatif tetkiklerin hangilerinin



kesin gerekli olduğu ile ilgili kararlar farklılıklar arz etmektedir. Bunda en önemli etken her ülkenin kendi coğrafyası, kendine has kültürü ve endemik hastalıkların ülkeden ülkeye çeşitlilik göstermesidir. İsveç, İspanya, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) preoperatif testler için ciddi ekonomik çalışmalar yapılmış ve protokollerle düzenlendiğinde masrafın azaltılması başarılmıştır^{16,17,20-22}. İngiltere'de yapılan bölgesel bir çalışmada hazırlanan yeni protokolle her yıl 50.000 Pound daha az masraf olduğu bulunmuştur ve bunun tüm ülkeye uyarıldığı varsayıldığında kazancın onlarca milyon pounda karşılık geleceği bildirilmiştir²⁰. ABD'de ise gerekli olmadıkça laboratuvar tetkiki istemeyerek hasta başı 100 dolar kazanç sağlanabileceğini belirtilmiştir. Her yıl 29 milyon kişinin bir şekilde bir operasyona alındığı bilindiğine göre ABD'de bu kazanç yıllık toplamda 2,9 trilyon doları bulmaktadır²².

Sırasıyla gözden geçirirsek İsveç Teknoloji Değerlendirme Konseyi göçle gelip İsveç'e yerleşen tüm hastalarda 12 ay içinde çekilmiş bir akciğer grafisi yoksa grafiyi her yaşta istemek gerektiği yönünde karar vermiştir. EKG içinse 50-60 yaş üstü tüm erkek hastalar ve 60-70 yaş üstü tüm bayan hastalara çekilme şartı koymuştur. Major ve kanama riski yüksek cerrahi geçirecek tüm hastalarda rutin tam kan sayımı yapılmaktadır. Pıhtılaşma

profili dâhil diğer tüm testleri gereksiz bulmaktadırlar^{16,23}.

Fransa'da Fransız Anestezi ve Yoğun Bakım Derneği sistematik literatür analizi yaparak bazı testler için kılavuzlar oluşturmuştur. Akciğer grafisi için İsveç sağlık teşkilatı gibi karar vermişken; EKG için yaş ortalamasını erkeklerde 40-45 yaş üstü, bayanlarda 55 yaş üstüne zorunlu kılmıştır. Tam kan sayımı ve kanama pıhtılaşma profili içinse rutin olarak 1 yaş altı, 60 yaş üstü, gebe ve yüksek kanama riski olan cerrahilere alınacak olan hastalarda bakılma şartı koymuştur. Diğer tetkikler konusunda Fransa'da oturmuş bir kılavuz bulunmamaktadır.

Sağlık reformuyla ünlü Hollanda, göçmenler dışında rutin sigara içicilerinde de akciğer grafisi önermektedir. Yine 60 yaş üstü erkek ve kadın hastaların hepsine EKG çektirilmektedir. Tam kan sayımına rutin olarak 1 yaş altı ve yüksek kanama riski olan cerrahilere alınacak olan hastalarda bakılma şartı vardır. Kanama pıhtılaşma profiline Hollanda'da antikoagülan kullanan hastalarda ve özgeçmişinde özellik olanlarda rutin bakılmaktadır. Diğer biyokimya tetkiklerinden kreatinin de 60 yaş üstü mutlaka çalıştırılmaktadır.

İngiltere'ye bakacak olursak akciğer grafisi, EKG ve tam kan sayımını özgeçmişinde özellik tariflemeyen tüm

Dünyanın her yerinde, kaynakların uygunsuz ve müsrifçe harcanmakta olduğu ifade edilmektedir. İngiltere'de yapılan bölgesel bir çalışmada hazırlanan yeni protokolle her yıl 50.000 Pound daha az masraf olduğu bulunmuştur ve bunun tüm ülkeye uyarıldığı varsayıldığında kazancın onlarca milyon pounda karşılık geleceği bildirilmiştir. ABD'de ise gerekli olmadıkça laboratuvar tetkiki istemeyerek hasta başı 100 dolar kazanç sağlanabileceğini belirtilmiştir.



Türkiye’de kullanılan preoperatif tetkik kılavuzları bir kez daha gözden geçirilmeli ve gereken en minimum sayıdaki tetkikler belirlenmelidir. Kaynakları daha az olan ülkemizde, daha zengin birçok ülkeye oranla daha fazla tetkik isteniyor olması son derece gereksiz ve yanıltıcıdır. Amacımızın sadece hastanın anestezi almasında sakınca olup olmadığını belirlemek olduğu unutulmamalı ve preoperatif tetkikler bir check-up yöntemi olarak kullanılmamalıdır.

hastalar için gereksiz bulmaktadır. Major cerrahilerde ve özgeçmişinde özellik olanlarda kanama pıhtılaşma profili bakılmaktadır. Rutin biyokimya içinse sadece böbrek fonksiyon testlerini 40 yaş üstü istemektedirler²⁴. European Journal of Anaesthesiology (EJA)’da 2013’te yayımlanan perioperatif kanama yönetimi kılavuzunda preoperatif kanama tetkikleriyle ilgili 1C düzeyinde belirtilen durum iyi bir hikâye ve kanama pıhtılaşma sorgulamasının operasyonlar öncesinde tetkiklerin üstünde olduğu yönündedir²⁵.

Preoperatif testlerin gerektiğinden geniş tutulması birkaç şekilde masraflıdır: Birincisi testlerin kendi maliyeti, ikincisi ek konsültasyonlara ihtiyaç doğması ve üçüncüsü cerrahinin gereksiz yere ertelenmesine neden olmasıdır³. Azımsanmayacak kadar yüklü bir maliyeti olan laboratuvar testleri uygun seçilirse masraf azalacaktır. Gereksiz tetkik yaptırmanın masraf dışında başka handikapları da vardır. Hasta gerçek anlamda ihtiyaç olmayan bir tetkik için rahatsızlık duyacak, sonuçların çıkma süresini beklerken işlem gecikecek ve belki de yanlış pozitif çıkacak yersiz sonuçlarla hastanın kafası karışacaktır. Çalışmaların sonuçları göstermiştir ki eğer iyi bir hikâye ve fizik muayene yapılmışsa %60-70 preoperatif tetkik gereksizdir^{9,26,27}.

Bir başka önemli nokta ise anestezinin günümüzde eskiden olduğundan daha güvenli bir hal aldığı gerçeğidir. 100.000 genel ve bölgesel anestezi işlemini kapsayan bir derlemede gösterilmiştir ki 7 günlük mortalite riskinin belirteci anestezi değil cerrahidir. ASA’nın yaptığı sınıflama anestezi alacak hastaların risk belirlemesini sağlayan ilk girişimdir. Bu sınıflamada da hastanın sistematik hastalıkları en önemli risk faktörüdür.

Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneği Anestezi Uygulama Kılavuzlarından Preoperatif Hazırlık²⁸ hangi tetkiklerin ne zaman isteneceği belirlenmiştir. Bu kılavuza göre tüm yenidoğanlara tam kan sayımı yapılmalıdır. 40 yaş üstü tüm hastalara EKG, akciğer grafisi çekilmesinin ve üre/kreatinin bakılmasının; sigara içicilerine tam kan sayımı yapılması ve akciğer grafisi çekilmesinin; 60 yaş üstü tüm hastalara tam kan sayımı, serum elektrolitleri, kan şekeri, üre/kreatinin bakılmasının ve akciğer grafisi çekilmesinin gerekli olduğu belirtilmiştir. Kanama pıhtılaşma testleri ise sadece uzun sürecek, büyük kan kayıpları beklenen ve/veya vital organları direk etkileyecek operasyonlarda yapılmalıdır. Geniş kapsamlı tetkik istenme nedenleri arasında Türkiye’de ‘check-up’ programlarının yaygın olmaması, bazı yerlerde anestezi ön değerlendirmesinin dâhiliye bölümüne bırakılması, bazı durumlarda anestezi tekniklerinin muayene yapıyor



Bütün bu çalışmalar ve çalışma sonuçlarının ışığında görülen odur ki Türkiye’de kullanılan preoperatif tetkik kılavuzları bir kez daha gözden geçirilmeli ve gereken en minimum sayıdaki tetkikler belirlenmelidir. Kaynakları daha az olan ülkemizde, daha zengin birçok ülkeye oranla daha fazla tetkik isteniyor olması son derece gereksiz ve yanlıştır.

olması, tetkik istenmeyen vaka bildirimlerinde anesteziistlerin suçlanması ve bilirkşi raporlarının sonuçları sayılabilir.

Bütün bu çalışmalar ve çalışma sonuçlarının ışığında görülen odur ki Türkiye’de kullanılan preoperatif tetkik kılavuzları bir kez daha gözden geçirilmeli ve gereken en minimum sayıdaki tetkikler belirlenmelidir. Kaynakları daha az olan ülkemizde, daha zengin birçok ülkeye oranla daha fazla tetkik isteniyor olması son derece gereksiz ve yanlıştır. Amacımızın sadece hastanın anestezi almasında sakınca olup olmadığını belirlemek olduğu unutulmamalı ve preoperatif tetkikler bir ‘check-up’ yöntemi olarak kullanılmamalıdır.

Kaynaklar

- 1) Garcia-Miguel FJ, Serrano-Aguilar PG, Lopez-Bastida J. Preoperative Assessment. *The Lancet* 2003;362:1749-57.
- 2) Practice advisory for pre-anaesthesia evaluation: A report by American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia evaluation. *Anesthesiology* 2002;96:485-96.
- 3) Roizen MF. More preoperative assessment by physicians and less laboratory tests. *N Eng J Med* 2000;342:204-5.
- 4) MacPherson RD, Reeve SA, Stewart TV, Cunningham AE, Craven ML, Fox G, et al. Effective strategy to guide pathology test ordering in surgical patient. *ANZ J Surg* 2005;75:138-43.
- 5) Roizen MF, Lichter JL. Preoperative assessment and premedication for adults. In: Healy TEJ, Knight PR, editors. 7th ed. *Wylie and Churchill Davidson's A practice of Anesthesia*; 2003. pp.415-25.
- 6) Pasternak LR. Pre-operative laboratory testing: General issues and considerations. *Anesthesiol Clin North America* 2004;22:13-25.

- 7) Sarayrah MA, Habaiben E. Preoperative blood testing in pediatric age group: Is it necessary? *Mid East J Fam Med* 2009;7-9.
- 8) O’Conner ME, Drasner K. Preoperative laboratory testing of children undergoing elective surgery. *Anesth Analg* 1990;70:176-80.
- 9) Kaplan EB, Sheiner LB, Boeckmann AJ, Roizen MF, Beal SL, Cohen SN, et al. The usefulness of pre-operative laboratory screening. *JAMA* 1985;253:3576-81.
- 10) Smetana GW, Macpherson DS. The case against preoperative laboratory testing. *Med Clin North Am* 2003;87:7-40.
- 11) Perez A, Planell J, Bacardaz C, Hounie A, Franci J, Brotons C, et al. Value of routine preoperative tests: A multicentre study in four general hospitals. *Br J Anaesth* 1994;74:250-6.
- 12) Mantha S, Roizen MF, Madduri J, Rajender Y, Shanti Naidu K, Gayatri K. Usefulness of routine preoperative testing: A prospective single observer study. *J Clin Anesth* 2005;17:51-7.
- 13) Munro J, Booth A, Nichol J. Routine pre-operative testing. A systematic review of the evidence. *Health Technol Assess* 1997;12:1-62.
- 14) Silvestri L, Maffessanti M, Gregori D, Berlot G, Gullo A. Usefulness of routine preoperative chest radiography for anaesthetic management: A prospective multicentre pilot study. *Eur J Anaesthesiol* 1999;16:749-60.
- 15) St Clair CM, Shah M, Diver E, Sharyn L, William B, Xuming S, et al. Adherence to evidence-based guidelines for preoperative testing in women undergoing gynaecologic surgery. *Obstet Gynecol* 2010;116:694-700.
- 16) The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Preoperative routines. Stockholm: SBU, 1989.
- 17) Office for Health Technology Assessment (OS-TEBA). Healthy/asymptomatic patient preoperative evaluation. Victoria- Gasteiz: Health Department, 1994.
- 18) Serrano Aguilar P, Lopez Bastida J, Duque Gonzalez B, et al. Preoperative testing routines for

- healthy, asymptomatic patients in the Canary Islands (Spain). *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2001;48:307-13.
- 19) Ansermino JM, Than M, Swallow PD. Pre-operative blood tests in children undergoing plastic surgery. *Ann R Coll Surg Engl* 1999;81:175-8.
- 20) Johnson RK, Mortimer AJ. Routine pre-operative blood testing: is it necessary? *Anaesthesia* 2002;57:914-7.
- 21) Lopez- Bastida J, Serrano-Aguilar P, Duque-Gonzalez B, Talavera- Deniz A. Cost analysis and potential cost savings related to the use of preoperative tests in hospitals of the Canary Islands (Spain). *Gac Sanit* 2003;17:131-6.
- 22) Roizen MF. A prospective evaluation of the value of preoperative laboratory testing for Office anesthesia and sedation. *J Oral Maxillofac Surg* 1999;57:21-2.
- 23) Bonhomme F, Aizenberg N, Schved JF, et al; French Anaesthetic and Intensive Care Committee on Evaluation of Routine Preoperative Testing; French Society of Anaesthesia and Intensive Care. Pre-inventional haemostatic assessment: Guidelines from the French Society of Anaesthesia and Intensive Care. *Eur J Anaesthesiol* 2013;30:142-62.
- 24) National Institute for Clinical Excellence (2003) Guidance on the use of preoperative tests for elective surgery. NICE Clinical Guideline No 3. London: National Institute for Clinical Excellence, 2003.
- 25) Kozek- Langenecker SA, Afshari A, Albaladejo P, et al. Management of severe perioperative bleeding. Guidelines from the European Society of Anaesthesiologists. *Eur J Anaesthesiol* 2013;30:270-82.
- 26) Macario A, Roizen MF, Thisted RA, et al. Reassessment of preoperative laboratory testing has changed the test ordering pattern of physicians. *Surg Gynecol Obstet* 1992;75:539-47.
- 27) Velanovich V. The value of routine preoperative laboratory testing in predicting postoperative complications: a multivariate analysis. *Surgery* 1991;109:236-43.
- 28) Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Anestezi Uygulama Kılavuzları. Preoperatif Hazırlık, 2005.

Check-up (tambaki) gerçekten yararlı mı?

Prof. Dr. Mustafa Öztürk



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

Hemen her özel hastanenin bir check-up programı mevcuttur. Erken tanıyla hastalıkların sorun oluşmadan saptanıp tedavi edilmesi, tıp camiasında her zaman kabul görmüş bir husustur. Ancak check-up denilen paketler bunu sağlıyor mu ya da sağlayabilir mi tartışmak gerekir. Check-up paket olarak satılan bir sağlık hizmetidir. Ancak paket içeriği yaşa ve cinsiyete göre değiştirilebiliyor. Rekabet gereği tetkikler mümkün olduğunca ucuz, diğer yandan göz dolduracak bir içerikle pazarlanıyor. Paketin içinde olmazsa olmaz genelde bir batin USG bulunuyor. Nihayetinde kolay, risksiz ve radyolog doktorun emeğinden başka bir gideri olmadığı vazgeçilmez bir işlem bu. Bu ultrasonografilerde en çok rastlanan basit renal kistler, 50 yaş üzeri insanların yarısında görülebiliyor. Basit karaciğer yağlanması ise, abdominal obeziteyle birlikte hemen her zaman belli derecelerle izlenebiliyor. Kadınlarda fertil çağda over kistleri ve myomlar da çok sık görülüyor. Bu patolojilerin ortak özellikleri sık görülmeleri ve genellikle benign bir seyir izlemeleri. İntraabdominal maligniteler ise, genelde çok hızlı başlıyor ve birkaç ay içinde hastayı doktora getirecek klinik bulgulara yol açıyor. Check-up yapılarak hiç semptomu olmayan bir insanda intraabdominal bir malignitenin erken evrede saptanabilmesi küçük bir ihtimaldir.

Check-up paketlerinde ucuza kaçıldığı

için hastalıkların ya da risklerin gerçekten erken tespitini sağlayabilecek tetkikler genelde paket kapsamına alınmıyor. Örneğin diyabet riski açısından açlık kan şekeri bakılıyor ancak insülin direncine genellikle bakılmıyor. Koroner kalp hastalıkları açısından kolesteroller ölçülüyor, EKG çekiliyor ancak efor testi yapılmıyor. Tiroid için TSH bakılıyor ancak tiroid otoantikörleri bakılmıyor.

Check-up genelde bulgu vermeyen benign hadiseleri ortaya koyuyor. Ancak işin külfetli kısmı bundan sonra başlıyor. Karaciğerde saptanan kistik bir lezyon ya da safra kesesinde bir polip muhtemelen benign olmakla birlikte her doktor kendini ve hastasını risksiz tarafta tutmak için ek tetkik isteyecektir, takip önerecektir; hastasının aklına bir soru işareti bırakacaktır. Check-up'larla oluşan bu soru işaretleri insanlarda stres ve endişeyi ne kadar artırmakta, bu stresin uzun dönemli olumsuz etkilerinin ne olduğunu ise kimse bilmemektedir. Gebe kadınlarda TSH takibi rutine konduğundan beri TSH değeri azıcık yükselmiş kadınlar bebeklerinin zekâ geriliği ile doğacağı endişesiyle kâbuslar görüyor. TSH değeri yüksek olan annelerin bebeklerinde IQ puanı birkaç puan daha düşük olabiliyor ancak bunu zekâ geriliği gibi algılayan annelerin ağır stresinin bebeği nasıl etkilediğini bilmiyoruz. Oysa hayvan deneylerinde annenin stresinin, karnındaki yavrusunda tüm hayatı boyunca kanser, diyabet ve

kalp hastalığı riskinde artışa neden olan sonuçlar doğurduğunu biliyoruz.

Özellikle kanser için riskin belirlenmesinde en önemli ve etkin araç, genetik analiz. Ancak bunlar rutin check-up paketlerine pahalı kaçıyor. Bu konuda toplumda oluşmuş bir talep de olmadığı için şimdilik genetik taramaları check-up paketlerinde görmüyoruz. Ancak tüm genom sekanslamanın bile kişi başına bin doların altına inme seyri gösterdiği düşünülürse, üst düzey check-up programlarında genetik taramanın da yer alacağını yakında görebiliriz. Amerikalı film oyuncusu Angelina Jolie'nin açtığı yolda ABD'de yeni bir piyasa oluşmaya başladı, bunun etkilerini bizde de göreceğiz. Ancak kanserden korunmak için organlarını feda etmenin uzun dönemde sürviye etkili olup olmadığını bizden sonraki nesil değerlendirecektir. Uzun yaşamak hedefine giden yolda genetik yapının tek belirleyici olmadığını biliyoruz. Epigenetik var, post-translasyonel kontrol mekanizmaları var, çevresel etmenler var... Jolie ve onun gibi düşünenler, bu yolda organlarını feda edecekler. Eksilen organın ortaya hangi yeni riskleri çıkardığını, yaşam kalitesini ne yönde etkilediğini ileride göreceğiz.

Check-up sağlıklı insanın muayenesidir. "Sağlık" kavramı ise, zenginlik kavramına benzer, hep biraz eksiktir ve hep daha iyisi mevcuttur. Bu nedenle check-up yaptıran bir kişiye bir yakınması var mı



diye sorulduğunda, genelde polikliniklere başvuran diğer hastalara benzer sayıda şikâyet sıralayıverir. “Mutlak sağlık” ütöpik bir kavramdır, herkeste hemen her zaman bir rahatsızlık hissi olabilir. Organlarımızdan her saniye milyonlarca sinir iletişi beynimize ulaşırken bunların bir kısmının rahatsızlık verici özellikte olması kaçınılmazdır. Bu iletimin durduğu uyku, yaşamın nahoşluklarından uzaklaştığımız belki yegâne saatlerdir. Uyku apnesi olanlarda bile bunun ortaya çıkardığı sorunlar uykuda değil sonrasında hissediliyor. Uyku küçük bir ölüm olduğuna göre, ruh bedende olduğu sürece bir rahatsızlık hissi de olacaktır.

Sağlıklı, günlük yaşamını aktif halde sürdüren bir insanın, vücudunda olup biten her şeyi bilmesi gerekiyor mu? Ömür boyu bir risk oluşturmayacak milimetrik bir tiroid nodülünün varlığını öğrenen kimse, bunu öğrenmekle zıncanlı mıdır, zararda mıdır? Ya da ileride genetik testlerle ani kardiyak ölüm için riskli bir gen taşıdığını öğrenen insan, bunu engelleyecek herhangi bir ilaç da olmadığında, daha iyi mi yaşar, daha kötü mü yaşar? Doğrusu risk faktörleri hakkında çok şey biliyoruz ama bu riskleri önleyecek çok az aracımız var.

Check-up için tamamen olumsuz bir tablo çizmek de doğru değildir. Obez ve sedanter bir insan, bu yaşam şeklinin zararlarını her gün duymasına rağmen üzerine alınmazken, tetkik yaptırıp da bozuklukları rakamsal olarak karşısında gördüğünde riski realize edip, olumsuz alışkanlıklarında ciddi değişimler yapabiliyor. Ya da bir sigara tiryakisi kronik obstrüktif akciğer hastalığının başladığını öğrendiğinde sigarayı bırakabiliyor. Göğüs ağrısını ciddiye alıp da doktora gitme ihtiyacı duymayan biri, check-up sırasında koroner kalp hastalığını öğrenebiliyor...

Bir İngiliz atasözü, “cehalet mutluluktur” der. İnsanların vücutlarında olan bitenler hakkında fazlaca bilgi sahibi olmaları onları mutlu eder mi ya da daha uzun yaşamalarını sağlar mı? Check-up sağlık sistemine yeni “müşteriler” kazandırıyor, insanlara bazı yararları da olabilir. Ancak sağlıklı insanları hasta psikolojisine de sokması mümkündür. Check-up’ın gerçekten işe yarayıp yaramadığını bilimsel çalışmalarla değerlendirmek lazımdır. Önümüzdeki yıllarda check-up paketleri için önerilebilecek temel bir prensip, modifiye edilemeyecek risk faktörlerinin araştırılmaması ya da raporlanmaması olabilir.

Bir İngiliz atasözü, “cehalet mutluluktur” der. İnsanların vücutlarında olan bitenler hakkında fazlaca bilgi sahibi olmaları onları mutlu eder mi ya da daha uzun yaşamalarını sağlar mı? Check-up sağlık sistemine yeni “müşteriler” kazandırıyor, insanlara bazı yararları da olabilir. Ancak sağlıklı insanları hasta psikolojisine de sokması mümkündür. Önümüzdeki yıllarda check-up paketleri için önerilebilecek temel bir prensip, modifiye edilemeyecek risk faktörlerinin araştırılmaması ya da raporlanmaması olabilir.

Hekimlikte “marketing-pazarlama”

Prof. Dr. Hüsrev Hatemi



1939 yılında İstanbul'da doğdu. Talatpaşa İlkokulu, Şişli Ortaokulu, İstanbul Beyoğlu Atatürk Lisesi'ni ve İstanbul Tıp Fakültesi'ni (1962) bitirdi. İç Hastalıkları Uzmanı (1966), İç Hastalıkları Doçenti (1971), Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Uzmanı (1972), İç Hastalıkları Profesörü (1978) oldu. İç Hastalıkları görevine ek olarak Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı görevini üstlendi (1982-1986). Halen Alman Hastanesi'nde görev yapmaktadır. Çeşitli tıp dergilerde yazarlık ve editörlük görevleri üstlenen Hatemi'nin deneme ve şiir kitapları vardır. 1963 yılında Dr. Sezer Göze (Prof. Dr. Sezer Hatemi) ile evlenen Hatemi'nin biri kendisi gibi iç hastalıkları uzmanı olan iki çocuğu vardır.

Hekimlik, tek tanrılı dinlerin bütünü tarafından “eşref-i mahlûkat (yaratılanların en şerefli)” olarak kabul edilen “insan” sağlığı ile ilgili olduğundan, hekimliğin meslek etiğini ve etik ilkeleri göz ardı etmesi, kabul edilemeyecek durumların başında gelir. Onunla tamamen aynı hizada olan bir alan da, hukuktur. Hekimlik sanatının ve daha sonraki çağlarda “hekimlik bilim/sanatının” başlangıcından beri “marketing” yani kendisini pazarlamak uygun bir davranış sayılmamış, sağduyu sahibi hekimlerce bu eylem reddedilmiştir. Hekimlerin kendilerini övmemesi, sâdece mesleklerini doğru uygulayarak, hekim seçimini hastalara bırakmaları, hekimlikte üstatların, öğrencilerine telkin ettikleri ilkelerden olmuştur.

İnsanlık tarihinde ilk hekim Hipokrates değildir. Fakat hekimliği sihirbazlıktan ayırmak gibi bir davranış yanında, bir de gözlemlerini başka hekimlerin de yararını düşünerek yazması, gerek gözlemlerinde, gerekse de tedavi önerilerinde kendisini övmekten uzak durarak, çok daha sonraki yüzyıllarda ulaşılacak olan ilmi objektivizme milattan beş yüz yıl önce ulaşmış olması, Hipokrates'in “hekimliğin babası” unvanını haklı olarak kazandığını ortaya koymaktadır.

Hipokrates, gözlemlerinde kendisini övmeyi ve pazarlamayı hiç düşünmez. Örnek: Sura yakın bir semtte oturan Philiscus, yatağa düşmüş bir hastaydı. Birinci gün ani ve şiddetli bir ateş. Gece artan, bol terleme. İkinci gün: yapılan bir lavman ile bağırsakları boşaldı, geceyi rahat geçirdi. Üçüncü günün sabahında ateşsizdi. Fakat aynı gün akşamında şiddetli bir susuzluk ve ateş tekrar belirdi. İdrar çok koyulaşmış, siyah renk almıştı. Gece çok huzursuz geçti. Halüsinasyonlar görüyordu. Dördüncü gün her şey daha

şiddetlenmiş olarak devam etti. 16. günde hasta öldü (1).

Bu hastanın hikâyesinde, Hipokrat'ın objektif davranışına ve gözlemciliğine tanık oluyoruz. Hipokrat, bütün hasta tasvirlerinde böyledir. Hiçbir zaman hiçbir hastasının ölümünü örtmediği gibi, kendisinin yaptığı harika bir tedavi ile onları iyileştirdiğini de söylemez. Hekimleri görünüşlerine ve kıyafetlerine dikkat etmeleri konusunda uyaran Hipokrat'ın çığırkanlıktan uzak, en aza indirgenmiş bir “pazarlama” önerdiği görünüyor. Fakat bu pazarlamada da kişisel çıkarlar değil, mesleğin saygınlığını korumak ve yüksek tutmak endişesi ön plandadır. Hipokrates, hekimlere şu öğütleri vermektedir: “Hekimin iyi bir yüz görünümü olmalıdır. Şişmanlığa kaçmayan, zayıf da sayılmayacak sağlıklı görünen yapıda olmalıdır. Bir hekim, sağlıksız görünümde olursa, başka insanların sağlığını koruyacağından şüphe edilir çünkü. Kendisine iyi bakmalı, iyi giyinmeli, hoş kokular sürünmeli. Böyle yapmakla hastalarının, kendisi hakkında olumlu düşünmesini sağlar.

Hekim az konuşmalı, susmayı bilmeli, hayatı çok düzenli olmalıdır. Hekim, kendi karakterinin üst derecede dürüst ve iyi olmasına dikkat etmelidir. Aynı zamanda hem ciddi ve ağır, hem de iyi yürekli olmak için çaba göstermelidir. Fazla gayretkeşlik kendisine daha az saygı duyulmasına yol açabilir. Dürüst ve ahlaklı olmakla, hekim kendi saygınlığına destek vermiş olur. Hastaları, nice ciddi ve çetin durumlarını hekimin göz önüne sunmuş durumdadırlar. Hekim, herhangi bir saatte, gece olsun gündüz olsun, hanımlarla, genç kızlarla karşılaşır, çok değerli eşyalar gözünün önünde olabilir. Bu sebeple hekim her an kendine hâkim olmalıdır” (2).

Hipokrates'e ait olan bu satırları, 20. yüzyıl başlarının büyük etik-deontoloji üs-

tadı, Lyon Tıp Fakültesi Adli Tıp Profesörü Etienne Martine'den aldım. Hippokrates'in sözlerinden sonra Etienne Martine, kendi düşüncelerini açıklamış. Martine'in sözleri de Hippokrates'i tamamlıyor, başka bir deyişle, 20. yüzyıl başlarına getiriyor. Martine diyor ki; “Batı medeniyetinin bugün gelmiş olduğu noktada, davranış ve düşünce özgürlüğü tartışılmaz birer kazanım sayılsa bile, ben Hippokrates'in bu öğütlerini burada hatırlatmayı faydalı görüyorum. Hekimde bulunması vazgeçilmez olan bir nitelik temizlik olmalıdır. Hekim, bir sağlıkçı olarak hastalarına sık yıkanma, ağız ve diş bakımı öğütleri vereceğine göre, kendisinin de iyi bir örnek olarak yaşaması gerekir. Bir hekimin başarı kazanması için gerekli olan nitelikler iki türdür. Birinci grup kişisel niteliklerdir, kişinin kendisinden kaynaklanır. İkinci grup nitelikler, hekimin gördüğü bilimsel ve uygulamalı eğitimden gelen bilgi-deneyim türünden olan niteliklerdir. Bizim mesleğimizde başarı sâdece bilgiden kaynaklanmaz. Bazı insanlar, bu dünyaya sevimlilik, dost kazanma, iyi huy, insanlara eşit gözle bakmak gibi özel verilerle doğarlar. Böyle insanlar sosyal ilişkilerde başarılıdır. Kendilerine güven duyulur ve istedikleri yerlere ulaşırlar. Bu özellikleri taşıyan hekimler, hastaları üzerinde bir otorite kazanırlar. Hastalarının bazıları onların dostu olur. Onların varlığı, söyledikleri birkaç söz, hastalarının kaygılarını giderir.

Eğer fazla hastanız yoksa boş zamanlarınız biraz fazla ise, otomobil sayesinde ulaşımın zaman kazanıyorsanız, “kafelerde görünmekten, kaçının” demek isterim. Bazı hekimler de, hem öldürücü hem değerlerini düşürücü olan “alkol” bağımlılığına yani alkolizme tutsak olmaktadır. Günümüzde (20. yüzyıl başı H.H.) hekimlerdeki alkol bağımlılığı sosyal bir afet halini almıştır. Bu dertle, var gücümüzle savaşmalıyız (2). Hekim her gün çalışmalı, okumalıdır. Zamanının bir parçasını da

düzenli olarak, genel kültürünü arttıracak bir entelektüel faaliyete ayrılmalıdır. Tıp bilimi alanında yeni gelişmeler hakkında bilgi edinmelidir. Hekimler ve hekimlik için bir başka tehlike, politika yapmaktır. Hekimlere sıklıkla seçimlere katılmaları, milletvekili adayı olmaları önerilir. Fransa Meclisinde 45 hekim bulunmaktadır. İçki kullanımı ve satışına sınırlama getiren kanun görüşülürken 26 hekim milletvekili, karşı oy vermiştir. Bu durumda insan, milletvekilleri arasında çok sayıda hekim bulunmasının neye yaradığını sormadan edemiyor. Politikayla uğraşmak, muhakak ki, hekimlik mesleği ile uyuşmayan bir uğraş değildir. Tıp mesleğine düzen veren kanun ve yönetmeliklerin kabulünde, meslektaşlarımızın olumlu etkileri de, azımsanmayacak derecededir. Söylemek istediğim, hekimler politikaya atıldıklarında, bazıları tıp mesleğini terk ederek kendilerini tamamen politik konulara kaptırmaktadırlar.

Oysa politika nadir olarak bir hekime yarar getirir; çoğunlukla sıkıntılar, güçlükler ve klientel kaybı gibi sonuçlar doğurur (2). Buraya kadar andığımız ilkeler, Hipokrat'tan 20. yüzyıl ortalarına kadar sürmüş olan geleneksel hekim-hasta ilişkileridir. İslâm ülkelerinin hekimliği de Hipokrat geleneğini kabul etmiştir. Selçuklu-Osmanlı, Arap, İran kısaca bütün İslâm hekimliğinde Hipokrat, Galenos gibi üstatlar saygıyla anılır. Hipokrat "Hekim Calinus" olarak anılır. Batılı hekimler de İbni Sîna'dan "Avicenna", Râzî'den "Rhazes" adı ile bahseder.

Amerika ve Avrupa ülkelerinde yirminci yüzyılın ilk yarısına kadar hekim-hasta ilişkileri geleneksel biçimde sürmüştür. Bizde ise 21. yüzyıl başlamasına az kalıncaya kadar geleneksel biçim devam etmiştir. Geleneksel hekim-hasta ilişkilerine, otoriter veya paternalist ilişkiler denebilir (Authoritarianism, paternalism). Bu ilişki biçiminde hekim otoriterdir, hastasının iyiliğini isteyen bir baba-aile reisi tavırlarını korur. Bir babanın veya aile reisinin, seçim propagandası, yahut "marketing" denecek davranışlara girmesine gerek yoktur. Sadece kendisine bağlanan kişilere haksızlık etmemek için bilgili olmalı, çalışkan olmalı, temiz ve ahlâklı olmalıdır. Fakat 2. Dünya Savaşından sonra, medikal etik ilkelerinde "authoritarianism"ın yerini "autonomy" almıştır. Artık hasta özerktir. Hekim otorite değildir. Kendisi hakkında alınacak kararlara, hasta da katılır. Özerklik (Autonomy, muhtariyet) ilkesi, hekim-hasta ilişkilerine "tüketici modeli" ve "müzakere edilmiş sözleşme (negotiated contract)" modellerini getirmiştir (3). Hasta "tüketici" ve hekim-hasta ilişkisi de bir kontrat (sözleşme) modeline uyunca, sınırlı bir "marketing" de kaçınılmaz olmaya başlamıştır (3, 4).

Hasta tüketici olunca "bu hizmeti sunan hekim de belli sınırlar içinde kendi tanımını yapabilir" düşüncesine yol açılmış

durumdadır. Fakat autonomi ilkesi, ne genel ahlâk ilkelerini, ne de geleneksel etik ilkelerini iptal etmiş, feshetmiş değildir. Hekim inanan biriyse Allah'a, genel ahlâk ilkelerine, meslek ahlâkı ilkelerine ve hukuka karşı sorumludur. İnancı değilse, onun da Allah'a karşı sorumluluk dışındaki bütün sorumlulukları yine devam etmektedir. Kendisinin de "tüketici" yani "hastası" gibi otonom (özerk) olduğunu, hiçbir hekim hiçbir zaman unutmamalıdır. Kendi etik ilkelerine uymayan bir uygulamayı kabul etmemeğe hekimin de hakkı vardır. "Müşteri daima haklıdır" sözü, hekim-hasta ilişkilerinde geçerli değildir. Bir terzi, müşterisi istiyorsa çok dekolte bir elbise dizebilir. Fakat küretaj, klonlama, transplantasyon, transfüzyon gibi konularda hekimin de hastanın da özerkliği göz önünde tutulmalıdır.

Bir hekim, çalıştığı sağlık kuruluşunun patronu tarafından, "yalnız kendini tanıma! Bütün müessesemizi tanı" gibi marketing amaçlı zorlamaları tâbi tutulamaz. Geleneksel etikte, en iyi "marketing" hekimin bilgili, sağlıklı, ahlâklı olmasıyla yapacağı etkilime yöntemidir. Yeni dönemdeki "marketing" de her şeyden önce bu ilkeye bağlı olmalı, ayrıca belirli sınırlar içinde, tüketicinin ve yakınlarının sorularını cevaplama şeklinde kendi düşüncelerini, yöntemini tanıtarak "etik tanıtım, etik marketing" yapılmalıdır. Olumlu marketing basamaklarından biri, önce de belirttiğimiz gibi kendini ilkel, bilgili, sağlıklı tutarak yapılacak "pasif" marketing'dir. İkinci basamak, hastaların ve yakınlarının sorularına cevap vererek kendi eğitimini, bilgisini abartmadan tanıtmak şeklinde yapılması gereken "abartmasız, etik tanıtım" eylemidir. Üçüncü basamak "savunma marketing'i" basamağıdır. Etik ilkelerine uymayan bir meslektaş, diğer meslektaş kötüleyen haksız dedikodular yayıyorsa; mağdur olan hekim kendi eğitiminden bahsedebilir, asıl şüpheli durumda olanın diğer meslektaş olduğunu aşırıya gitmeden belirtebilir (Savunma amaçlı, zararı önleme davranışı).

Geleneksel etik ilkelerini reddetmeden, günümüz uygulamalarına göre düzenlenmiş olan tıbbi etik anlayışı sorunlara başlıca dört ana prensip (ilke) ile yaklaşmaktadır.

1. Yarar - risk arasındaki denge
2. Zarar vermemek (Hipokrat'ın nil nocere ilkesi)
3. Otonomiye (özerkliğe) saygı göstermek (kişilerin, alınacak kararlarda özerk olması)
4. Adalet ilkesi (5, 6)

Arnold S. Relman, Harvard Üniversitesi sosyal tıp öğretim üyesi olarak, yazılarında endüstri ile tıp biliminin gereğinden fazla derecede birlikte olduğundan yakınmaktadır. Relman'a göre hekimlik diğer ticari eylemler arasında herhangi bir meslek olmaktan sakınılmamalıdır. Çıkar

sağlama yolunda süratle ilerleyen tıp bilimi, insanseverlik, yadıcılık (altruisme, digerkâmlık), ahlâk ve diğer değer yargılarını kaybetmek tehlikesiyle karşı karşıyadır. Genel hekimlik, aşırı uzlaşmanın doğurduğu aşırı teknikleşmenin tehdidi altında kaybolabilir. Bu gidişe engel olmak yerine, görmezlikten gelen veya bu gidişi destekleyen tıp mesleği üyeleri, bütün menfaatler (çıkarlar) tıp mesleğinde meşru değil, sâdece hastanın menfaati meşru bir amaçtır. Relman bu düşüncelerini Jama dergisi 2007 yılı, 12. sayısında yayımlamıştır (7). Yine ABD'den Gray ve Christensen "marketing" konusunu "A Legal and Ethical Perspective" başlığı altında ele almışlardır. Bu yazıya göre doktorlar ilaçlar hakkında, soran hastalara bilgi verebilir, kendi tercihlerinden bahsedebilirler. Ancak, ilaç endüstrisinin elektronik araçlarla hastalara tanıtım yapması uygun görülmemektedir (8).

"Marketing=Pazarlama" işlemi hekimlikte sâdece hekim-hasta ilişkisi, ilaç endüstrisi-hekim, ilaç endüstrisi-hasta ilişkilerinden ibaret değildir. Günümüzde bir de özel hastanelerin pazarlaması konusu vardır. Sayıları gittikçe artan özel hastaneler bazen metro vagonu içlerinde ve şehirlerin reklam panolarında da alışılmış medya organlarına ek olarak tanıtımlarını yapmaktadırlar. Bu tanıtımlar, hastane adresini, bina resimlerini içerirlerse, bu normal bir tanıtım sayılır. Fakat özel bir tekniğin veya bir ameliyatın adını vererek "şu ameliyat güvenli bir şekilde" yalnız kurumumuzda yapılır" şeklinde tanıtım, tıp etiği kuralları ile uyuşmaz. Sağlık hizmetleri alanlarında felâket hâlini almış bulunan bir etik dışı uygulama da tıp diplomalı kişiler tarafından yapılan şarlatan usulü tanıtımlardır. Tıp diplomalı kişilerin yanlış uygulamalarına karşı daha ciddi ve sert davranan yetkili makamların şarlatanlara karşı daha müsamahalı ve göz yumucu bir davranış içinde olmaları da şaşırtıcıdır.

Kaynaklar

- 1) Daremberg Ch V.: *Hippocrate Lefevre Edit. Octobre 1843, Paris s: 255*
- 2) Martin E.: *Précis de Déontologie et de Médecine Professionnelle. Masson Editeurs Paris 1914. S: 17-18*
- 3) Gillon R, Lloyd AB. (Editors): *Principles of Health Care Ethics. John Wiley and Sons. Chichester 1994.*
- 4) Pellegrino M. *The Four Principles and the Doctor-Patient Relationship The Need for a Better Linkage in Gillon and Lloyd (3). Pp: 353-364*
- 5) Beauchamp TL. *The Four principles Approach. In Principles of Health Care Ethics (Gillon and Lloyd Editors) (3). S:3-13.*
- 6) Erdemir Demirhan A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H (Editörler) *Klinik Etik. Nobel Kitabevi İstanbul 2001*
- 7) *Pharmacritique (Internet blog) 18.04.2008 tarihli sayfa.*
- 8) Gray DM, Christian sen L. *Marketing to patients. A Legal and Ethical Perspective. Journal Academic and Business Ethics volume 1: 69-77,2009.*

Artış eğilimi gösteren sağlık hizmeti sunumu yükünün klinik eğitime etkileri

Dr. Ahmet Murt



2010 yılında İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2009-2013 yılları arasında faaliyet gösteren Avrupa Birliği destekli MEDINE (Medical Education in Europe) akademik işbirliği projesinde yönetim kurulu üyesi olarak görev yaptı. Edinburgh Üniversitesi'nde Tıp Eğitimi yüksek lisansını 2014 yılında tamamladı. Halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda asistan doktor olarak görev yapmaktadır. Dr. Murt, mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi ile sağlık hizmeti sunumu ve politikaları arasındaki ilişkiler üzerine çalışmalar yürütmekte olup Dünya Genç Hekimler Birliği (Junior Doctors Network) 2014/15 Dönem Başkanı'dır.

Tıp eğitimi, özellikle de klinik tıp eğitimi hastalardan bağımsız olarak düşünülemez. Klinik deneyimlerin kazandırılabilmesi kimi klinik eğitim ortamları simülasyonlarla oluşturulmaya çalışılsa da gerçek hastalarla kontrollü (uygun kıdem ve deneyimde bir klinisyenin gözetiminde) bir ortamda yapılacak pratikler, tıp eğitiminin olmazsa olmazıdır. Bu nedenle her tıp fakültesinin birlikte çalıştığı (afiliye ettiği) en az bir hastanesi (veya eğitim, araştırma ve uygulama merkezi - EAUM) olmak durumundadır. Bir hastanesi (veya EAUM'i) olması sebebiyle tıp fakültelerindeki klinik eğitim sağlık sistemlerine bağımlıdır. Çünkü alanında ileri derecede uzman sağlık profesyonellerine sahip olan bu hastaneler sağlık sisteminin dışında tutulamaz. Hastaların hangi aşamalardan sonra, hangi şartlarla ve hangi ödeme (veya geri ödeme) mekanizmalarıyla bu kurumlardan hizmet alabildiği hasta yükünü belirleyeceğinden klinik eğitimi de etkilemektedir. Etkin klinik eğitim için planlanması gereken denge oldukça hassastır. Şöyle ki; bir klinik eğitim ortamı, öğrenenlere yeterli sayı ve çeşitlilikte klinik olguyu sunmayı başarırken, öğrenenlerin iş başı öğrenme ortamlarını olumsuz etkileyecek hasta yükünden de kendini koruyabilmelidir. Toplumsal sorumluluğun bir parçası olarak birikimini halka sağlık hizmeti sunarak değerlendirmesi beklenen üniversite ve eğitim hastanelerinin esas var oluş nedeni farklı kademelerde öğrenci veya hekimlerin

eğitimlerinin eksiksiz olarak tamamlanmasını sağlayabilmektir. Mevcut yetişmiş ileri uzman insan gücü ile enerjisini orantısız olarak hizmet sunumu için kullanmaya başlayan bir eğitim kurumu geleceğin profesyonellerini hedeflediği kalitede yetiştiremeyerek bazı hizmetlerde devamlılığın tehlikeye düşmesine neden olabilir. Bugün toplumun her türlü sağlık hizmetini alabilmesini sağlamak ne kadar gerekliyse, doğru planlamalarla gelecekte de bu hizmetlerin devamlılığını sağlayabilmek aynı derecede gereklidir.

Bahsettiğimiz kurumlardaki hasta yükleri kurumların kendi politikalarından etkilen-dikleri gibi, genel ölçekte ilgili bölgenin veya ülkenin sağlık hizmeti planlama sistemlerinden de etkilenirler. Bunlara ek olarak hastaların bu kurumlara bakış açısı ve onların tercihleri de bu kurumlara başvuru sayılarının şekillenmesinde rol oynar. Kapıları her türlü hastaya açan bir kurum yönetim politikası, birinci ve ikinci basamaklara başvuru yerine direkt bu kurumlara ulaşılmasını mümkün kılan sağlık sistemi ve birinci veya ikinci basamakta genelde umduğunu bulamayan üçüncü basamağın yolunu tutan hasta tercihleri ile eğitim kurumlarının hasta yükü her geçen gün biraz daha artmaktadır.

Geleceğe yönelik sağlık insan gücünün yetiştirilmesinde ülkeler açısından stratejik öneme sahip eğitim kurumlarının finansal olarak yeterince desteklenmedikleri bir modelde bu kurumlar kendi

öz gelirlerini arttırmak üzere bir refleks geliştireceklerdir. Böylesi bir model, sayı ve kalifikasyon olarak yeterli sağlık profesyoneline sahip bir kurumun kendi kendine yetebileceğini ön görür. Bu sayede sistem, kendi kısıtlı imkânlarını daha çok ihtiyaç duyabileceğini düşündüğü kurumlara ayırır. Kendi kendine yetmesi beklenen kurum ise mali bir darboğaza girdiğinde, gelirleri arttırabilmek için elindeki yetişmiş insan gücünü daha fazla sağlık hizmeti sunmak üzere değerlendirmeye çalışacaktır. Böyle bir sistemde uygun kontrol mekanizmaları oluşturulmazsa eğitimin çoğu zaman aksamaya uğraması pahasına hizmet sunumu arttırılmaya çalışılır. Eğitimin aksamasına neden olan esas başlık "daha az zamanda daha fazla hizmet sunumu üretme" hedefidir.

Bu hedef, birçok alt başlıkla eğitim ortamına tesir eder. Örneğin daha fazla hasta kabul edebilmek için hasta görüşmeleri kısaltılır. Daha kısa yapılan görüşmelerde asistanlara veya öğrencilere yeterli bilgilendirici açıklamaların yapılabileceği zaman da daralacaktır. Daha fazla hasta gören klinik ekip daha fazla yorulacak ve her olguyu birer eğitim konusu olarak tartışmaya yönelik istek de azalacaktır. Buna ek olarak, kurum yönetimi (veya merkezi randevu sistemleri) tarafından sürekli artan sayıda verilen hasta randevularının altından kalkabilmek için öğretim üyesi ile asistan birlikte hasta görmek yerine yan yana farklı odalarda hasta görecekler ve



bu sayede aynı zaman diliminde görülen hasta sayısını artırmaya çalışacaklardır. Bunun sonucu, etkin klinik eğitimin en önemli bileşeni olan direkt gözlem unsurunun bir anda yok olmasıdır. Bazen daha fazla hasta görülebilmesi adına verilen hasta randevuları o kadar artar ki, aslında yataklı serviste görevli olan bir uzmanlık öğrencisi hocası tarafından polikliniğe çağrılmak zorunda kalır. Serviste gördüğü hastaların klinik tabloları üzerinden öğretim görevlisiyle çıkarımlar yaparak öğrenme sürecinden geçecek uzmanlık öğrencisi, böylesi bir durumda sadece işlerin aksamamasına odaklanacak ve önemli bir eğitim aracı olarak işlev gören yataklı servisler de kaçırılan diğer bir fırsat olacaktır.

Finansal baskı hisseden sağlık hizmeti kurumlarının bir diğer refleksi de “daha fazla gelir getiren” faaliyetlere yönelmektir. Özellikle cerrahi branşlarda geleceğin iyi cerrahlarının yetişmesi için olmazsa olmaz olan, ancak gelir getirmediği hatta zarara sebep olduğu gerekçesiyle öğretim üyelerince yapılması tercih edilmeyen bir ameliyat grubu oluşması bu alandaki eğitimin eksik kalmasına yol açacaktır. Finansal açmazda olan kurumlar, “bazı gider kalemlerinden kesintiler yapma” refleksini de geliştirirler. İşte bu kesintiler için genelde en iyi aday asistan ve öğrencilere ayrılmış olan fonlardır. Nöbet ücretleri veya ek ödemeleri zamanında ödenmeyen asistanların kaybettikleri motivasyon eğitim süreçlerine negatif olarak yansıtılabilmektedir.

Buraya kadar bahsedilen sorunlar silsilesinin çözümünde, merkezi düzenleyicilerin alacakları bazı kararlar etkin rol oynar. Eğitim kurumlarının ön görülen çeşitlilikte klinik olguya hizmet etmeleri ve klinik çıktılar kapsamında belirli kalite göstergelerini tutturabilmeleri koşuluyla geri ödeme sistemlerinden daha kolay ve daha yüksek pay alabilmeleri sağlanabilir. Tabi ki en ideali, yazının devamında da değineceğim gibi eğitim kurumlarına kendi kendilerine yetmeyi başarmak gibi bir sorumluluğun yüklenmemesidir. Çünkü sağlık eğitime yapılacak yatırım ülkeler için en önemli yatırımlar arasındadır.

Sağlık eğitimi kurumlarının önemli güçlerinden biri de öğretim üyeleri ve öğretim elemanlarıdır. Esas görevleri sağlık insan gücünün uygun sayı ve kalitede eğitilmesi olan bu öğretim elemanlarının sayısı son 7 yıl içerisinde 7794'ten 11551'e kadar artış (1,5 katın üzerinde) göstermiştir. Bu sayılar nasıl hesaplandıklarına göre bazen yanıltıcı olabilse de da en azından artış yönündeki bir eğilimi anlatması açısından önemsenmelidir. Ülkelerin sağlık insan gücü yetiştirmek üzere yaptıkları yatırımların önemli bir kısmını bu alanda kalifiye öğretim üyelerinin yetiştirilmesi oluşturur. Yetiştirilen bu öğretim görevlilerinin enerjilerini sağlık profesyonelleri yetiştirmek yerine sağlık hizmeti sunumunda kullanmaları, değerli bir yatırımın uygun kullanılmamasına sebebiyet verecektir. Tabi ki, klinik eğitim ile üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunumu birbirlerinin ayrılmaz birer par-

Oldukça değerli olan bir diğer konu, eğitim kurumlarımızda özellikle uzmanlık öğrencilerimizi yüksek kalitede sağlık hizmeti sunma bilinci ile yetiştirebilmektir. Bu bilinç kazanıldığında, hem sağlık hizmetleri üçüncü basamak kurumlara yakışır bir çerçevede olacak hem de geleceğin yetkin uzmanlık hekimlerinin yetiştirilmesi çabaları daha kolaylaşacaktır.



Eğitim ortamlarımızı finansal baskılardan biraz kurtarabilmek adına uzmanlık eğitiminin merkezi bütçeden direkt olarak fonlanabilmesi için çaba harcamamız gerekiyor. Belki, üçüncü basamak kurumlar için SGK tarafından sağlanan hizmet başı %10 ek ödenek bir kazanım olarak görülebilir. Yine de bu ek ödenek direkt bir iyileştirme olmaktan çok, yine hizmet sunumu üzerinden işlemektedir.

çasıdır. Yalnız, bir olgunun klinik eğitim için değerlendirilebilmesi için öğrenen ve öğretmenin çift yönlü iletişimine izin veren bir görüşme ortamı ve süresine ihtiyaç duyulur.

Birinci ve ikinci basamakta uygun şekilde ayırıcı tanısı yapılmadan ve bir sevk zinciri oluşturulmadan direkt olarak sağlık eğitimi kurumlarının hastanelerine başvuran hastalar, eğitim kurumlarında büyük bir yük oluşmasına sebebiyet verebilmektedir. Eğitim kurumlarının temel felsefe olarak sadece sağlık hizmeti sunumu için planlanmış kurumlar olmamaları, yardımcı personel sayısında ve uygun fiziki koşulların sağlanmasında yetersiz kalmaları sonucunu doğurmaktadır. Birçok sağlık hizmeti kurumu gerek bir gelir kapısı olması, gerekse de öğrencilerine her türlü vakayı bu sayede sunabilmesi nedeniyle bu yükü kabullenmiş durumdadır. Burada atılabilecek bir adım, üniversite hastanelerinin semt poliklinikleri örneğinde olduğu gibi toplumun içinde bazı birinci ve ikinci basamak hizmetleri sunacak ek yapılar oluşturmaları olabilir. Buralarda istihdam edilecek birinci veya ikinci basamak hekimleri ile gelir getirici faaliyetler planlanabilir, öğrencilere ve asistanlara yeteri kadar olgu buralarda sunulabilir ve yönetilemez duruma gelme riskini beraberinde getiren kaotik üniversite hastanesi ortamı bir miktar rahatlatılabilir.

Artan hasta yükünün beraberinde getirdiği önemli sorunlardan biri, hasta merkezli sağlık hizmeti sunulabilmesinin

bir noktadan sonra imkânsız hale gelmesidir. Hasta merkezli sağlık hizmeti, yapılacak tetkikler ve tedavi süreçlerinde hastanın yeterince bilgilendirilerek kararların bir arada verilmesini gerektirir. Kısa görüşmelerde bu hedefe ulaşabilmek oldukça zorlaşmaktadır. Asistanların ve öğrencilerin bu sanatın inceliklerini öğretim gözlemleyerek öğrenmeleri genelde mümkün olamamaktadır.

Klinik eğitimin gereklerinden biri de öğrenciden asistana, uzmandan öğretim üyesine kadar hasta ile ilgili sorumlulukların kademeli olarak artan yapısıdır. Bu yapı, kendi içerisinde birbirini tamamlayan öğrenme ve öğretme gruplarının oluşmasını sağlar. Bu unsurların etkili çift yönlü iletişim içerisinde birbirlerini tamamlayabilmeleri adına her olgu için belirli bir derecede etkileşimde olmaları gerekir. Kişisel deneyimlerim ve gözlemlerim, olgu çeşidine göre 4 - 10 dk. arası bir sürenin sadece bu etkileşime ayrılması gerektiğini düşündürmektedir. Hastanın sağlık hizmeti almak için ihtiyaç duyduğu ortalama 10 dakikalık süre buna eklenince öğrenci (mezuniyet öncesi) olan eğitim kurumlarında her olgu için 15-20 dakika, öğrenci olmayan ortamlarda ise 10-15 dakika ayrılmasının uygun olacağı çıkarımı yapılabilir. Yani planlamanın bir poliklinik odasında 1 saatte bir tıp fakültesinde 3-4, bir eğitim araştırma hastanesinde ise 4-6 hasta görülecek şekilde olması uygun olur. Bu alanda ciddi bir metodoloji ile yapılacak araştırmalara bugün fazlaca ihtiyaç vardır.



Geleceğin ülkeler arası rekabet ortamlarında diğer ülkelerdeki meslektaşlarından daha donanımlı sağlık profesyonelleri yetiştirebilmek için kariyer gelişim basamaklarında zengin çeşitliliğe imkân sunacak ortamın eğitim kurumlarımızda tesis edilmesi de önemsenmelidir. Bu da asistanlarımıza ve öğrencilerimize mesleki ve kariyer gelişimleri için izole zaman dilimleri için fırsat vermemizi gerektirir. Sürekli olarak artan sağlık hizmeti sunum yükü bu zaman dilimlerini de kesintiye uğratacaktır.

Eğitim kurumlarımızda öğretim görevlileri kademesinde üzerinde durulması gereken noktalardan biri de ikili görevler üstlenen kişi sayısının fazlalığıdır. Bu ikili görevlere, klinisyen-eğitimci, hekimlik-arastırıcılık, sağlık hizmeti sunumu-yöneticilik gibi gruplamalar örnek olarak verilebilir. Kurumlarımızın ve bir bütün olarak sağlık hizmetlerinin geleceğinin planlanması ve şekillendirilmesinde vizyoner öğretim üyelerimizin bu farklı rolleri de üstleniyor olmaları birçok defa gerekliliktir. Bu nedenle öğretim üyeleri direkt ve kesintisiz olarak sağlık hizmeti sunucusu olarak plana dâhil edilemezler. Bu plan biraz daha farklı faktörleri içererek haftalık çalışma planlarına göre 1 veya 2 günü sağlık hizmeti sunumuna ayırmaları şeklinde yapılabilir. Çünkü ülkemizin, onların yöneticilik becerilerine, yapacakları araştırmalara ve yetiştirecekleri sağlık insan gücüne de ihtiyacı vardır. Görevler arası hassas denge dikkatlice oluşturulmalıdır.

Klinik eğitim ortamlarının en önemli karakterlerinden biri de sürekli geliştirilmesinin gerekliliğidir. Bu amaç için, hem öğrenenler hem de eğiticiler hataların ve eksikliklerin analizlerini sürekli olarak yapıyor olmalıdır. Bu analizler ve sonuçlara göre atılması gereken adımların planlan-

ması ek bir zaman alıcı işlemdir. Hizmet sunumu ile iyiden iyiye meşgul olan bir klinik ortamda bunun başarılabilmesi oldukça zor olacaktır. Bunun yanında bu analizler, hataların ve eksikliklerin rapor edilmesini gerektirdiğinden suçlama temelli ortamlar yerine anlayış zemininde bir iletişim oluşturulması da gereklidir.

Oldukça değerli olan bir diğer konu, eğitim kurumlarımızda özellikle uzmanlık öğrencilerimizi yüksek kalitede sağlık hizmeti sunma bilinci ile yetiştirebilmektir. Bu bilinç kazanıldığında, hem sağlık hizmetleri üçüncü basamak kurumlara yakışır bir çerçevede olacak hem de geleceğin yetkin uzmanlık hekimlerinin yetiştirilmesi çabaları daha kolaylaşacaktır. Kalite unsurunu pratiğimize dahil edebilmek, hizmet yükünün uygun kontrolünü de gerektirir.

Günümüz klinik ortamının ayrılmaz birer parçası olan bilişim teknolojileri (bilgisayar destekli orderlar, elektronik kayıtlar, e-reçeteler) büyük bir hizmet sunumu yükü altında ideal olarak kullanılamamaktadır. Özellikle poliklinik şartlarındaki yoğun hasta iş yükü bu alanda önemli düzenlemelere aracılık edebilecek teknolojik yatırımların atılmasına sebebiyet verir durumdadır. Bu kayıtların en ideal olarak tutulabilmesi ek bir zamanı gerektirmektedir.

Kurumların kendi kendilerine yetmesi gerekliliği bakış açısı, kurumsal bir politika olarak daha fazla hastaya hizmet sunma hedefini oluşturmakta ve hasta yükü olarak sağlık çalışanlarına yansımaktadır. Bunun bir sonucu olarak öğretim üyelerinden daha fazla klinik üretkenlik beklenmektedir. Yine kurumsal liderlik mekanizmaları öğretim görevlilerinden ayrıca dış kaynaklar bulmalarını ve ses getirecek yayınlarda bulunmalarını da

beklemektedir. Tüm bu farklı sorumluluk ve beklentilerin bir arada dikkatlice planlanması gerekmektedir.

Eğitim ortamlarımızı finansal baskılardan biraz kurtarabilmek adına uzmanlık eğitiminin merkezi bütçeden direkt olarak fonlanabilmesi için çaba harcamamız gerekiyor. Belki, üçüncü basamak kurumlar için SGK tarafından sağlanan hizmet başı %10 ek ödenek bir kazanım olarak görülebilir. Yine de bu ek ödenek direkt bir iyileştirme olmaktan çok, yine hizmet sunumu üzerinden işlemektedir. En ideali, eğitim kurumlarımızın üstlendikleri sağlık insan gücü eğitimi görevlerini yerine getirebilmeleri için sübvans edilmeleridir.

Tanımlanan düzende bir diğer sorun da yatış endikasyonlarında ve yatış sürelerinde yaşanmaktadır. Daha kısa yatış süreleri için giderek daha çok temellenen görüş birliği, işlemleri hızla tamamlanarak kuruma mali anlamda fayda sağlayacak hastaların yatırılması yönünde bir eğilim oluşturmaktadır. Yatan hastalara verilen bazı hizmetler için hastalardan ek ödentiler alınması gündeme gelmiş olsa da eğitim kurumlarının tarihi fonksiyonlarından biri de kapılarının tüm sosyoekonomik sınıflara açık olması olduğundan bu görüş fazla taraftar toplayamamıştır.

Özellikle bazı vaka sayılarının giderek daha fazla görülmesi, süre ile belirlenen bitiş süreleri yerine belirli becerilerin kazandırıldığından emin olduğunda biten uzmanlık eğitimi gündeme getirmiştir. Bu durum, önceden tahmin edilemez ve planlanamaz olabileceğinden (kim ne zaman bitirecek?) ve belirli bölümlerde yeni yetiştirilecek uzmanlar için bekleme sıraları oluşturabileceğinden bu görüş de şimdilik pek önemsenmemektedir. Ayrıca akşam veya hafta sonları sadece hizmet sunumunda görev alacak bazı sağlık çalışanlarının istihdamı da gündemdedir. Ancak bu pek fazla çözüm olmayacaktır, çünkü ideal eğitim öğrenenlerin her zaman diliminin ve sürecin bütünüyle içinde olabilmesini gerektirmektedir.

Kaynaklar

Fitzgibbons JP. ve ark. *Redesigning Residency Education in Internal Medicine: A position paper from APDIM. Ann. Inter Med. 2006; 114: 920-926*

Genç Hekim Platformu 2013 Uzmanlık Eğitimi Çalıştayları Sonuçları Kitapçığı.

Global Standards on Postgraduate Education. World Federation of Medical Education. 2002

Meyers FJ ve ark. *Redesigning Residency Training in Internal Medicine: The Consensus Report of the Alliance for Academic Internal Medicine Education Redesign Taskforce. Acad. Med. 2007; 82: 1211-19*

Türkiye Sağlık İnsan Gücü Durumu Raporu. Yükseköğretim Kurulu. 2014

Sağlıkta aşırı talep ve hasta hakları

Doç. Dr. Fulya İlçin Gönenç



Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi mezunudur. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde yüksek lisans (1996) ve doktorasını tamamlayan (2002) Gönenç, 1993 yılında Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak başladığı akademik yaşamını, 2015 yılından itibaren Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk Anabilim Dalında sürdürmektedir. Medipol Üniversitesi İlaç ve Sağlık Hukuku Merkez Müdürlüğü görevini yürüten Gönenç, hasta hakları, tıp hukuku ve etiği, engelli hakları konusunda sivil toplum örgütlerinde ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda görev yapmaktadır. Çeşitli üniversitelerde Roma hukuku, tıp - sağlık hukuku ve farklı alanlarda lisans, yüksek lisans, doktora dersleri vermektedir. Çalıştığı alanlarda ulusal ve uluslararası sempozyumlarda sunumları, makaleleri ve kitapları bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kullanımı ve kullanımı etkileyen faktörler konusunun pek çok çalışmada temel olarak sağlık harcamaları yönüyle ele alındığı görülmektedir. Ancak sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin sunuma ilişkin yaklaşımları sadece finansal etkileri, mal ve hizmet sunumu kriterleri, piyasanın işleyiş mekanizmaları, tüketici davranışları ile açıklamak mümkün olmadığı gibi, hasta hakları bakımından şu ana kadar elde edilen kazanımlara katkı sağlamayacağı hatta zarar vereceği açıktır.

Her şeyden önce temel bir insan hakkı olan "sağlık hakkı", her bireyin sağlığının korunması, ihtiyacı halinde tedavi edilmesi, bu konudaki tüm hizmet ve olanaklardan yararlanabilmesini gerektirir. Anayasa ile teminat altına alınmış olan bu hak, devlete bireylerin sağlığının korunması ve sağlık hizmetleri sunumunun bir görev olarak yüklenmesi sonucunu doğurmuştur. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin alınıp satıldığı piyasayı tanımlayan "sağlık piyasası" yerine, temelde bir kamu hizmeti olarak sağlıklı olma halini korumak, sağlamak, sürdürmek ve geliştirmek üzere yapılan tüm faaliyetleri kapsayan "sağlık hizmeti" ve bu hizmetlerin sağlanmasını konu alan "sağlık hizmeti sunumu" ifadelerini kullanmayı tercih etmekteyiz.

Hiç şüphesiz sağlık hizmet alanındaki maliyetlerin çok yönlü olarak analiz edilmesi, iktisadi olarak değerlendirilmesi, planlanması gereklemekle birlikte sağlık hizmeti, sunulan bir herhangi bir mal veya hizmet niteliğinde olmadığı gibi, sağlık hizmetlerine olan talebin yönetilmesi, piyasanın işleyiş şekline uygun olarak üretim maliyetlerine bağlı tüketim fiyatlarının oluşturulması da mümkün değildir. Sağlık hizmeti çıktıları paraya çevrelemeyen bir hizmet türü olduğu gibi,

söz konusu hizmetlerin yetersizliğinin pek çok toplumsal soruna yol açacağı da bir gerçektir. Piyasa da alınıp satılan mal ve hizmetlerden farklı olarak, sağlık hizmeti istisnasız herkese sunulması gereken bir kamu hizmeti olmasının yanı sıra insan yaşamını doğrudan ilgilendirdiği için ertelenemez, ikame edilemez hizmetlerdir. Diğer yandan bu hizmetlerden yararlananların kişisel özelliklerine göre (yaş, genetik, hastalıklar...) taşıdığı riskler gözetilerek planlanan sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini de kapsadığı gibi, sadece hastalık ortaya çıktığında değil, hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve tedavi sonrası hizmet sunulmasını da gerektirir.

2003 yılında uygulamaya konan Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanma konusundaki bilinç ve farkındalık düzeylerinin artması amacıyla yapılan çalışmalar, hasta odaklı hizmet anlayışı, süreç içinde hasta hakları konusunda yaşanan gelişmeler hasta ve yakınlarının beklentilerinin artmasında etkili olmuştur. Bu süreçte hasta memnuniyetindeki artışa ilişkin somut veriler de sıklıkla gündeme getirilmiştir. Uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programının başından itibaren ve zaman içinde ortaya çıkan sonuçlarına yönelik bazı eleştirilerin haklılığı bir gerçek olmakla birlikte, sosyal güvenlik kurumlarının SGK çatısında birleşmesi, nüfusun çok büyük bir bölümünün sağlık güvencesi kapsamına alınması, sağlık hizmetlerine erişim konusunda ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu gelişmeler olumlu olmakla birlikte, sadece beklentinin değil sağlık hizmetlerine olan talebin de belirgin bir biçimde artmasında etkili olmuştur.

Kişilerin sağlık hizmetini kullanımını etkileyen faktörler çok ve çeşitlidir. Burada kişisel faktörler içinde demografik, sosyo-

ekonomik faktörler, tutum ve davranışlara ilişkin özellikler yer alabileceği gibi, bir kişinin sağlık hizmetine ihtiyaç duyması dışında, hizmetlerin ulaşılabilirliği (zaman ve mesafe), kabul edilebilirliği (kullanılacak hizmete duyulan güven ve kullanma arzusu) ve karşılanabilirliği de (gelir ve zaman olarak) talep bakımından etkili olmakta hatta sağlık hizmetlerinin gereğinden fazla talep edilmesi ve tüketilmesi sorununu da beraberinde getirmektedir. Sağlık hizmetlerindeki aşırı talebin, kaçınılmaz olarak sağlık harcamalarında artışa neden olduğu açıktır. Söz konusu aşırı talep ve maliyetin sadece sağlık bilincinin yükselmesi, hasta memnuniyeti, nüfusun yaşlanması, ileri teknolojinin kullanılması gibi nedenlerle açıklanamadığı ortadadır.

Kişinin sağlık hizmeti ihtiyacı olduğunun farkına vardktan sonra, talep ettiği hizmetin gerekli olup olmadığına ya da hangi tür hizmetin gerekli olduğuna karar verecek olan hasta değil, hekimdir. Sağlık hizmetini talep eden hasta, hekimin sahip olduğu tıbbi bilgiye sahip değildir, dolayısıyla hekim, hasta adına hizmetin kalitesini ve tüketim miktarını belirlemede temel role sahiptir. Bu noktada sağlık profesyonellerinin gerekmediği halde sağlık hizmeti talebini arttırabilmeleri ve aşırı tüketime neden olmaları mümkündür. Diğer yandan sağlık işletmelerinin gelirini ve karlılığını arttırmasının en temel yolu, sağlık hizmet sunucusuna başvuran hasta sayısını ve ona sunulan tıbbi hizmet sayı ve çeşitliliğini arttırmaktır. Hekimlere yapılan hizmet başı ödeme, başka bir ifade ile hekimin hastalara sunduğu hizmetle orantılı ücret alması ve sistemin mali açıdan daha fazla hizmet vereni ödüllendirmesi sağlık harcamalarındaki artışı körüklemekte, hekimin gönüllü ya da gönülsüz sistemin bir parçası haline getirmektedir. Bugün Sağlıkta Dönüşüm Programına getirilen eleştirilerin büyük bir kısmı 2004 yılından itibaren uygulanmaya

başlayan “performansa dayalı ek ödeme sistemi” konusunda yoğunlaşmıştır. Sağlık hizmetlerinin aşırı tüketimi konusu özellikle sağlık harcamaları bakımından pek çok kez ele alınmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin kullanımı etkileyen faktörler yeterli ve gerçekçi bir yaklaşımla ele alınmamış, konunun tıp hukuku, etik ve hasta hakları bakımından değerlendirilmesinde yetersiz kalınmıştır.

Tıp eğitiminin niteliği dâhil olmak üzere, sağlık alanındaki tüm sorunların hasta haklarının konusu olduğu bir gerçektir. Son yıllarda her ne kadar hasta ile hekimi her konuda karşı karşıya getirme eğilimi içinde yer alan bakış açısı, hasta haklarının adeta karşısında kalkan görevi üstlenen bir hekim hakları kavramı yaratmışsa da, bizce hasta hakları, temelde hastaların hekim ve diğer sağlık çalışanlarının birlikte sahip çıkması gereken haklar olarak sadece hastanın değil, hekimin de haklarını konu alır. Bu noktada sözde değil yasalarca düzenlenmiş ve koruma altına alınmış hekim ve diğer sağlık çalışanlarının haklarının, hasta hakları kapsamında değerlendirileceği açıktır. Konumuz bakımından da ayrılmaz şekilde birbirine bağlıdır, zira sağlıkta aşırı talebin diğer yönü hekim ve diğer sağlık çalışanları bakımından aşırı iş yükü olarak karşımıza çıkmaktadır. Kolaylıkla ulaşılabildiğimiz tüm veriler, hasta, sağlık kurumlarına başvuru, her türlü tıbbi müdahale ve özellikle cerrahi müdahale sayısındaki artışa işaret etmektedir.

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk sebeplerinin başında, tıbbi müdahalenin yetkili kılınmış kişilerce gerçekleştirilmesi, hukukun öngörülüş amaçlara yönelik olması, tıp biliminin ilke ve kurallarına uygun olması, tıbbi gerekliliğin bulunması (endikasyon) ve hastanın aydınlatılmış onamının varlığı yer alır. Performansa dayalı ödeme sistemi yapılan müdahalelerin tıbbi gerekliliği konusunda endişe yaratırken, artan iş yükü hastasına yeterli zaman ayıramayan hekimin aydınlatma yükümlülüğünü tam ve doğru şekilde yerine getirmesini de zorlaştırmakta hatta olanaksız hale getirebilmektedir. Tanı ve tedavi için gerekli olmayan tetkiklerin istenmesi, alternatif tedavi yöntemleri yerine cerrahi girişimlerin tercih edilmesi, sağlıklı yaşam önerileri ile durumundan düzelme olabilecek hastaya ilaç veya gereksiz başka tedavi yöntemlerinin önerilmesi, aydınlatmanın gerekli süre ve kapsamda yapılmaması çok açık olarak hasta haklarının ihlali sonucunu doğuracağı gibi, söz konusu tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluk koşullarını ortadan kaldıracak, başka bir ifadeyle söz konusu tıbbi müdahaleler hukuka aykırı olacaktır.

Hastaya gerekmeyen veya gereğinden fazla tedavi verilmesi, gerekli olmayan tıbbi müdahaleye maruz bırakılması, performans sistemi içinde puanı yüksek

olan girişimlere öncelik verilmesi yüksek maliyet sorunu dışında önce zarar verme, yararlılık ve özerklik gibi temel tıp etiği prensiplerinin ihlali olup, hasta haklarına ve hukuka aykırılığı da beraberinde getirmektedir. Tıbbın kısıktırılmış kullanımının en somut örneklerinden biri ilaç tüketimidir. Türkiye’de ilaç harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı çok yüksektir ve giderek artmaktadır.

Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının iş yükündeki artış, hastaya ayrılan sürenin kısılması, hasta bakım kalitesinin düşmesi ve tıbbi hataların artması anlamına gelmektedir. Hekimlerin hatalı tıbbi girişimlerin hukuki sonuçlarıyla karşılaşma tehlikesi karşısında kendilerini koruma güdüsüyle hareket etmeye başladıkları bilinen bir gerçektir. Tıbbi kötü uygulamadan (malpraktis) kaynaklanabilecek sorumluluğun yarattığı endişe ile hekim, görevini yaparken kaçınma davranışları sergilemektedir. Riskli hasta ve yüksek risk içeren teşhis ve tedavi yöntemlerinden kaçınma şeklinde kendini gösteren defansif tıp, diğer yönüyle hasta için izlenecek prosedürlerin gereksiz olarak genişletilmesi, gereksiz hastaneye yatış işlemlerinin yapılması, konsültasyon talep edilmesi gibi tıbbin yoğun olarak ve gereğinden çok uygulanması sonucunu yaratmaktadır. Ofansif tıp olarak nitelendirilen bu durum, hekimin karşı karşıya kalabileceği hukuki sorunda veya muhtemel bir davada teşhis ve tedavi sırasında hiçbir prosedürel eksikliğin olmadığını ve tüm tıbbi standartların fazlasıyla uygulandığını ispat edebilme kaygısına dayanmaktadır. Bu nedenle gerekli olmadığı halde yapılan her işlem, açık bir hasta hakkı ihlali olduğu gibi hekim, sağlık çalışanları ve hasta bakımından zamanın gereksiz harcanmasına ve mali külfete neden olmaktadır. Ofansif tıpta önemli yer alan tanı koymaya yardımcı yöntemlerden radyolojik incelemeler ve özellikle MR ve BT uygulamaları bakımından sadece Türkiye’deki cihaz ve çekim sayılarının incelenmesi dahi konunun ciddiyetini göstermek açısından yeterli olacaktır. Yüksek tıbbi teknolojinin yanlış ve gereksiz kullanımı hasta hakları bakımından ayrıca ele alınması gereken bir konudur.

Kendisine verilen sağlık hizmetinin doğruluğu, yerindeliği ve yeterliliği konusunda değerlendirme olanağı bulunmayan hasta veya yakınları kısıktırılmış sağlık hizmetlerini, sağlık hizmetinin doğası olarak algılama eğiliminin bir sonucu olarak daha da talepkâr hale gelmişlerdir. Hizmete erişimin kolaylaşmasının getirdiği memnuniyet artan hasta beklentileriyle birlikte giderek azalmaya başlamıştır. Hastanın aynı sağlık sorunu için birden fazla sağlık kurumu veya hekime başvurma gereksinimi duyması ise her yönü ile irdelenmesi gereken ayrı bir sorundur.

Hukuk çok genel olarak toplum yaşamını düzenleyen ve devlet yaptırımlarıyla

güçlendirilmiş bulunan kurallar bütünü olarak tanımlanmakla birlikte; sosyal görünümde içinde kavranabilen, insan iradesinin yarattığı, sosyal etkileri ve yansımaları olan bir alandır. Kurumsal yapılarla, bu yapıların içinde geliştiği toplumsal gerçeklik içinde organik ilişkiyi kuran en önemli araç olan hukukun ve tıbbin temel konusu insandır. Başta adalet ve özerklik gibi pek çok ortak ilkeyi paylaşan tıp ve hukuk, sosyal, ekonomik ve siyasi değişimlerin etkilerini en önce fark ettiğimiz alanlardır. İki alan birbirini tamamlar ve birbirine hizmet ederken, hukuk insan yaşamı ve vücut bütünlüğü ile yakın ilgili olan tıbbi müdahalelerin meşruyetini sağlayan en önemli araçtır. Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının tıp hukuku ve etiğinin temel prensipleri konusunda eğitim almaları, “sağlık hukuku” dersinin tıp disiplinleri ve hukuk öğretiminin bir parçası olması, sağlık alanındaki her türlü konuyu bütüncül bir yaklaşım içinde değerlendirebilecek hukukçuların yetişmesi için hukuk fakültelerinde “Sağlık Hukuku”nun ayrı bir anabilim dalı olarak yapılması gereklidir. Tıp ve sağlık sistemindeki hızlı değişim sağlık hizmet sunucuları, hekimler ve diğer sağlık çalışanları, sosyal güvenlik kurumları, sigorta şirketleri ve tüm bu bileşenler ile hastalar arasındaki ilişkilerin yeniden tıp hukuku ve etiğinin temel alındığı bir çerçevede tasarlanmasını gerektirmektedir.

Kaynaklar

Atasever M. (2014), *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi*, Ankara.

Bilgili E./Ecevit E. (2008), “Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm önerileri”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt 11, Sayı 2, s.201-228.

Brownlee S. (2008), *Overtreated Why too much Medicine is Making us Sicker and Poorer*, New York.

Çınarlı, S. (2013), *İdarenin Sağlık Hizmetinin Sunumundan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluğu*, Ankara.

Erdem R./Pirinççi E. (2008), “Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler”, *O.M.Ü Tıp Dergisi*, Cilt 20, No. 1, s. 39-41.

Gilbert, W. (2015), *Less Medicine More Health, 7 Assumptions that Drive too much Medical Care*, Massachusetts.

http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/Saglik_Harcamaları_Kitabi/saglik_harcamaları_kitabi.pdf (Erişim tarihi 02.04.2015)

http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet_raporu_2014/faaliyet_raporu_2014/index.html (Erişim tarihi 02.04.2015)

<http://www.resmiistatistik.gov.tr/?q=tr/content/25-sa%C4%9Flık-istatistikleri> (Erişim tarihi 02.04.2015)

Kart, E. (2013), “Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri”, *Çalışma ve Toplum Ekonomi ve Hukuk Dergisi*, 2013/3(8), s.103-139.

Özsel, H.(2015), *“Performansa Dayalı Döner Sermeye Sistemi ve Ofansif Tıp”*, İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Resnik, B.R. (2004), *Bilim Etiği*, Ankara.

Yılmaz, K. (2014), *Defansif Tıp*, Ankara.

“Sağlıkçı Dükkânı”ndan...

Prof. Dr. Şaban Şimşek



1956 yılında Rize’de doğdu. İlkokulu doğduğu köyde, ortaokul ve liseyi İstanbul’da tamamladı. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nden mezun oldu (1980). Göz Hastalıkları ihtisasını Göztepe ve Okmeydanı SSK Hastanelerinde tamamladı. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi’nin kurucuları arasında yer aldı. Klinik Şefliği, Baştabiplik, Tabip Odası Başkanlığı ve Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı görevlerini yürüttü. 1999’da doçent, 2006 yılında profesör oldu. Milli Eğitim Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu, Yükseköğretim Kanun çalışmalarını yürüttü. Bu dönemde yaşadıklarını anlatan “Kırmızı Çizgi YÖK”, mizahi yazılardan oluşan “Doktorum Altın Kafeste”, gazete yazılarını derlediği “Vakitli Yazılar” ve “Göz Hastalıkları Temel Öğreti” (Türkçe ve İngilizce) adlı kitapları yayımlandı. Dr. Şimşek evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Bana dediler ki “aşırı sağlık talebinin yönetimi konusunda bir dosya hazırlıyoruz, bağlamını kendinizin belirleyeceğiniz bir makale de siz yazar mısınız?” Olur

desem bir türlü, olmaz desem bir türlü. Yani şimdi ben ne yazayım ya da neyi neresinden tutayım da yazayım? Mesela; sisteme bakıp hava mı desem, cıva mı desem; ayrık mı desem, savruk mu desem; yoksa sağlık personelinin haline bakıp kavrık mu desem; Ne desem? Hem yazsam ne işe yarayacak ki? Büyüklerimizden bir büyük üstünkörü de olsa bir göz atacak mı veya bir başka en az onun kadar büyük, kulak verecek mi söylediklerimize? Yaz babam yaz, de babam de; ha babam ha! Kimin umurunda?

TV’lerde, gazetelerde, dergilerde, konferanslarda vs. çok denedik o yolu, kitabını bile yazdık; olmadı. Mesleğimizin kutsallığını anlattık övündük, şimdiki halimize işaret ettik dövündük, “*Ya arkadaşlar böyle olmuyor, şuralarını mutlaka düzeltmek gerek*” dedik sistemi biraz yerdik, dövüldük. Velhasıl şairin dediği gibi; “*Türkü yine o türkü, sazlarda tel değişti / Yumruk yine o yumruk, bir varsa el değişti*”

Ama mademki dostlar beni de mecliste görmek istemişler, icabet etmemek olmaz. Peki, ama yine aynı şeyleri mi yazalım? Aynı dili mi konuşalım? Hayır, eskisi işe yaramamıştı ki! O zaman, farklı

bir yol izleyelim; dilimizi değiştirelim, mizahla anlatmaya çalışalım konuyu. Hani değişim çağındayız ya, işe yaramazsa da hiç olmazsa muasır medeniyetten geri kalmamış oluruz yani!

Doğrusu bunu yapmakla, bir ölçüde aslımı da inkâr etmiş oluyorum! Zira bir Karadeniz atasözü diyor ki; “*Baktun ki olmayı, bakmiyacasun*.” Şimdi ben “*Bakıp olmadığını gördüğüm halde*” sözde dil-mil değiştirme ayağıyla “*yeniden bakacağım*” ve durumu “*oldurmaya çalışacağım!*” Olacak şey değil. Demek ki bu hayatta onu kaybettük, buni kaybettük, aslimuzi da kaybettük da haberumuz yok! Vay halumuza!.. Huzurunuzda, bu konida atalarımın affına sığınıyorum!

Yeni sağlık sisteminde durum nasıl? “Tikine” durabiliyi mi?

Aslında sistem için neler düşündüğümü, yine bu dergideki bir söyleşide, bir türkü ile anlatmıştım:

“*Nemrut’un kızı yandırdı bizi
Çarptı sillesini felek misali
Sil yazımızı kurtar bizi
Çarptı sillesini felek misali
Mevlâm gör bizi*”

“*Ocağım söndü nasıl beladır
Bırakıp gitti bu ne devrandır
Dünya gözümde Kerbelâdır
Allah’tan bulasan*”

“*Kararsın bahtın yıkılsın tahtın
Yalvardım yakardım yol bulamadım
Ah doğmasaydım kara yazım
Evirdim çevirdim yaranamadım
Ayandır halim.*”

Bunca yıl geçti ben hala aynı türküyü söylüyorum. Ancak son bir buçuk yıldır bir türkü daha ilave ettim repertuarıma:

“*Mavi yelek mor düğme
Yine düştün gönlüme
Her gönlüme düşende
Kan dağlar yüreğime*”

Sanıyorum ki pek çok meslektaşım da bu türküleri söylüyor, kah kelimeleri yutarak, kah (etraftan duyulamayacak kadar kısık bir sesle) mırıldanarak sistemin sahiplerini yâd ediyor!

Aşırı sağlık talebi performansı tetikliyor! Ama performans da...

Söylenen:

Yaş 24; Genç pratisyene: “*Yürü de performansını görelim.*”

Yaş 30; Genç uzmana: “*Yürü de performansını görelim.*”

Yaş 40; Genç doçente: “*Yürü de performansını görelim.*”

Yaş 50; Genç profesöre: “*Yürü de performansını görelim.*”



Yaş 60; Kıdemli profesöre, kıdemli uzman: “Yürü de performansını görelim.”

Yaş 70; Emekli profesöre, emekli uzman: “Yürü de performansını görelim.”

Evet, söylenen bu ama heyhat nerede o eski performanslar!

İstenen-aranan her yaşta aynı performans ve her performansa aynı değer! Oysa *“performans vaar, performans var!”* Yaşa, başa, zamana, zemine, ameliyat lambası-fener dâhil ekibe-ekipmana vs. göre öylesine değişir ki bu, onu hakkıyla ölçmek zinhar mümkün değildir? Tabiatı gereği teraziye, metre, sayıya, kiloya, ölçüye de gelmez, gelebilemez! Ama maalesef bunu SUD’çulara, BUD’çulara, performans-ölçer’cilere anlatmak mümkün değil.

Aslında sistemin özünde bir fonksiyonellik var ama niteliğe dair hiç bir kayıt yok kütükte. Varsa yoksa sayılar; kaç tane yaptın, kaç tane baktın, kaç defa ettin, kaç defa... Hep; kaç, kaç, kaç? Yaşlandıkça (ya da meslekte eskidikçe diyelim) bu sorular daha da can sıkıcı oluyor.

Kanımca sistemin çıkmazı; planlama, ücretlendirme dâhil bir hastanın hastalığının, bir operasyonun ameliyesinin, bütünüyle, sadece sayılarla ifade edilmesi üzerine kurulmuş olmasıdır. Bu aşılsa, yani bakım fonksiyonelliği hakkıyla ölçülebilen bir yöntem bulabilirse ve hem sağlığıya

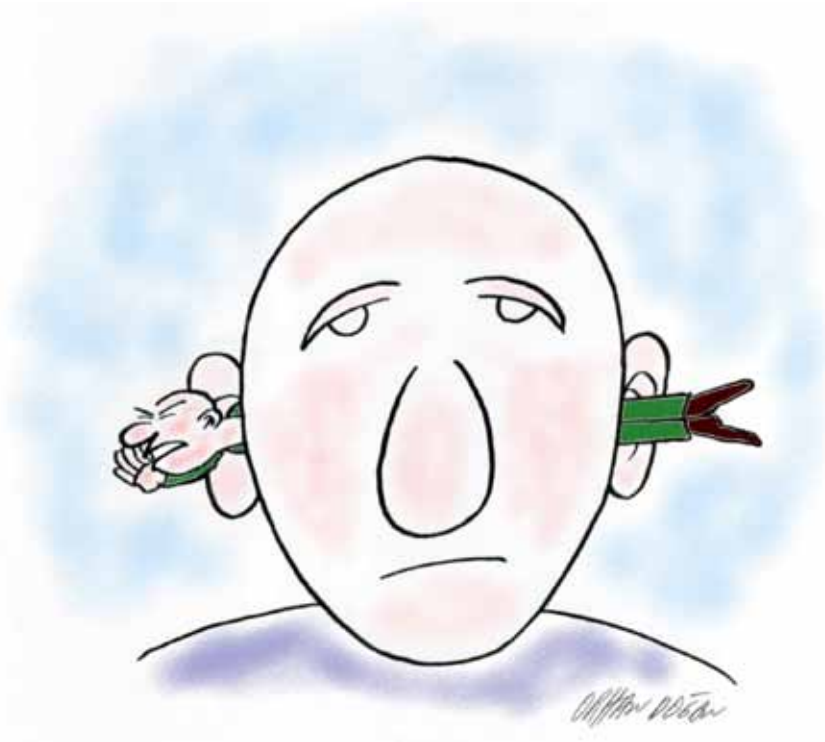
hem de hastaya olan ücretlendirmeyi (sigorta, prim) buna göre düzenlerse, bu arada bir nebze de olsa hastaneleri safi ticari işletme olma mantığından sağlığıyı da daha azami performans yapma cenderesinden kurtarabilirse sistem rahatlayacak! *“Çuk diye oturdu”* diyemesek de artık öyle hissedecek ve daha fazla debelenmeden oturmuş kabul edeceğiz onu. *“Hakkımızda hayırlısı buymuş!”* diyeceğiz; geri dönüşü yok bu işin çünkü.

Yoksa sistem bu haliyle sürdürülebilir değil; devletin kasasını, sağlığının da hem kafasını hem hassasını zorluyor.

Bilmiyorlar ki 65 yaşındaki bir hoca tarafından yaşanan-üstesinden gelinen *“küçük bir performans durumu”* (yanlış anlaşılmasın, mesela asistanına *“oğlum öyle olmaz”* diyen bir kaş-göz hareketi veya *“çocuklar bunun tanısı o değil”* diyen küçük bir parmak hareketi!) gençlikte yaşanan-becerilen (mesela; yeni bir uzmanın ya da genç bir doçentin yapmış olmakla övüneceği) büyük bir ameliyattan çok daha değerlidir. Öylesine değerlidir ki Bakanlık dâhil herkes *“dünya malına değer”* demelidir onun için. Kişisel olarak *“Geçmiş zaman olur ki hayali cihan değer”* dense de (nihayetinde yaş kemale ermek üzeredir yani!) Bakanlığın bunu söylemeye hakkı yok!

Sonuç olarak; yaş itibarıyla son noktaya yaklaşan meslektaşlar *“insani değil, bilimsel değil, sürdürülebilir değil”* diyerek

Şimdi ben ne yazayım ya da neyi neresinden tutayım da yazayım? Mesela; sisteme bakıp hava mı desem, cıva mı desem; ayırık mı desem, savruk mu desem; yoksa sağlık personelinin haline bakıp kavruk mu desem; Ne desem? Hem yazsam ne işe yarayacak ki? Büyüklerimizden bir büyük üstünkörü de olsa bir göz atacak mı veya bir başka en az onun kadar büyük, kulak verecek mi söylediklerimize?



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

sisteme karşı çıkıyor ve mutlaka bir an önce rehabilite edilmesini istiyorlar.

Gençlere gelince... Onlar daha çok toy, hayatın sillesini yememişler. Artık günümüzde yirmi dört saatte bir değil yirmi dört defa dönen dünyada, yaptıklarını performans sanıyor ve onunla öğünüyorlar! Öğünsünler, iyidir. İleride bırakalım bol-bolar bir yaşam düzeyini, normal standartları dahi tutturmakta zorluk çektiklerinde nostaljik takılmak için onlara ihtiyaçları olacak çünkü!

Aşırı sağlık talebi hasta haklarını tetikliyor, hasta hakları da...

Tedavi olma hakkı şüphesiz insanlığın doğuştan sahip olduğu haklarından. İnsanın en zor zamanı olan hastalık durumlarında onu koruyup kollayacak, madden ve manen sarıp sarmalayacak bir sistemin oluşturulması da devlet dediğimiz organizasyonun temel görevlerindendir. Evet, durum böyle ama "hastalık-tedavi hakkı" yerine "hastanın kişisel hakkı" söz konusu olursa ve devlet mekanizması da bunu "her durumda, hastanın hizmeti verene karşı hakkı-üstünlüğü" şeklinde yorumlarsa iş amacından sapıyor. Bununla sağlık personelinin ensesinin üstüne, psikolojik ve fiziksel bir baskı unsuru olarak "Demokles'in Kılıcı" asılmış oluyor.

Bu bağlamda, feodal kültürle yetişmiş olan bir kısım insanımız hastaneye geldiğinde kendini şeyh, ağa, patron; çalışanları da (profesöründen hemşiresine kadar) tebaası veya hizmetlisi filan zannediyor!

Bakan, Başbakan ne söylüyor, siz! (Prof. Dr. Münir Demirci'den uyarılama)

Klinikteki odamın (Ankara EAH Kulak Burun Boğaz Kliniği Şef Odası) kapısı çalındı; tık, tık, tık! "Buyurun" dedim, giren olmadı. "Herhalde vazgeçti" deyip yazmakta olduğum metne döndüm. Birkaç saniye sonra kapım tekrar çalındı; tak, tuk, tak, tuk, küt! Bu sefer daha yüksek sesle "Gir" dedim ama yine giren olmadı. Dayanamadım, gidip kapıyı açtım. Orta yaşlarda bir erkek hasta (!) vardı kapının önünde.

– Buyurun kardeşim, neydi? İki defa "girin" dedim girmediniz, kapıya vurmaya da devam ettiniz!
– Evet ama...
– Yoksa işitme sorunun mu var?
– Hayır, hayır.
– Başka bir şikayetiniz!
– Yok yok!
– Peki, kardeşim o zaman ne diye iki de bir kapıyı çalıp duruyorsun?
– Ya! Ben bu koridordaki son oda hangisi, onu soracaktım!

İçimden derin bir "la havle" çektim ve ağızımdan kötü bir laf çıkmadan arkamı dönüp aceleyle kapıyı kapattım. Herhalde o sinirle biraz sertçe kapatmış olacaktım ki, deminden beri "gir" dediğim halde bir türlü içeri girmeyen adam kapıyı hışımla açtı ve bağırılmaya başladı: "Seni şikâyet edeceğim. Hasta hakları nerede kaldı? Bakan, Başbakan ne söylüyor siz ne biçim davranıyorsunuz."

...
Ne diyelim; Başbakanlarımız, bakanlarımız velhasıl büyüklerimiz sağ olsun!

Hasta hakları da doktorun performansını etkiliyor! Bakın nasıl?

Katarakt ameliyatı yapmıştık onu. Şimdi hatırlayamadığım bir sebeple operasyonu biraz sıkıntılı geçmiş, yakın takip amacıyla üç gün hastanede yatırmak zorunda kalmıştık. Bu yatıştan canı sıkılmıştı biraz. Zira katarakt ameliyatını "beş dakikalık iş" olarak belletilmişlerdi ona (Bu konuda bazı meslektaşlarımızın ve özel hastanelerin günahı çoktur, Allah onları affetsin!) Taburcu edilirken, üç gün sonra kontrole gelmesini ve mutlaka bana görünmesi gerektiğini tembihlemesini söyledim asistanıma.

Asistan yanıma geliyor; biraz sıkıntılı hali var:

- Hocam, ısrarla söyledim ama G.. Hanım kontrole gelmek istemiyor.

- Şu biraz önce baktığım İzmirli teyze değil mi bu?

- Evet, evet.

- Olmaz! Mutlaka gelmesi lazım. Niye gelmek istemiyormuş?

- Hocam, bir şey söylemiyor ama biraz mutsuz galiba.

- İyice konuştun mu?

- Evet, Hocam.

- Nasıl konuştun?

- ...

- Evladım, bak bu durumdaki hastalarla onların hoşlanacağı dilden konuşacaksınız. O hasta okumuş yazmış, güngörmüş, şehirli bir tipe benziyor!

- Evet Hocam. Konuştum ama...

- Neyse getir bakıyım, bir de ben konuşayım.

- Tamam Hocam.

...

- Merhaba güzel teyzem, nasılsın?

- Teşekkür ederim Doktor Bey. Biraz önce bu doktor beye söylediğim gibi...

- İyi, iyi, durumun iyi! İş toparladık, Allaha şükür. Şimdi taburcu olacaksınız ama seni bir daha görmem gerekiyor... İstersen randevuleşelim!

- ...

- Mesela Çarşamba günü Kordonboyu'nda, saat tam beşte... Bir masada otururuz, karşılıklı; grup vaktine kadar... Aramızda buradaki gibi asistan masistan da olmayacak; yalnızca sen ve ben! Tamam mı teyzem?

- Tamam, Doktor Bey!

- Okey. Anlaştık. Hadi şimdilik şu güzel yanaktan bir makas alayım!

- Al bakalım, al!

- Beni seviyor musun?

- Seviyorum; sevmez miyim Doktor Bey?

- Tamam! O zaman Çarşamba günü,

sabah tam sekizde, bu odada... Okey mi?
- (gülerek) Ama “Kordonboyu” demiştiniz!
- Ya en güzel teyzem, sevene her yer
“Kordonboyu” değil mi?
- Peki, Doktor Bey; öyledir, öyledir,
doğrusun!
- Görüşmek üzere. Çarşambaya bek-
liyorum.
- Geliyoruuum!

Not: Kordonboyu İzmir’de kafeteryaların,
restoranların ve oturma alanlarının bu-
lunduğu güzel bir deniz kıyısıdır.

Sadede gelelim: Sistemde rehabilitasyon şart.

Bir EAH’de çalışan eğitim görevlisi
hastane yöneticiliğine şöyle bir resmi
yazı yazıyor...

... Haziran 2013

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

(...) EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
ÜST YÖNETİMİ’NE

Bilindiği gibi özellikle son yıllarda ülke-
mizde uygulanan sağlık sisteminin bir
gereği ve sonucu olarak hekimlerin ve
sağlık çalışanlarının iş yükü ve sorumlu-
luğu çok artmış-arttırılmış durumdadır.
Günlük işlerinin üstesinden gelmeye
çalışan hekim ve diğer personel ayrıca
toplumda gelişen ve sağlık çalışanlarını
psikolojik baskı altında tutan olumsuz
bir bakış açısı ile de karşı karşıyadır.
Bu bağlamda hasta ve yakınları hekim
ve sağlık çalışanını olur olmaz, haklı
haksız suçlayabilmekte, davalar açmak-
ta-çalışabilmekte, SABİM ya da diğer
yetkili mercilere rahatça şikâyetlerde
bulunabilmektedirler. İlgililerin demeçleri
buna zemin hazırlamakta, genelgeler,
tüzükler ve hatta bazı kanunlar buna
cevaz vermekte, şikâyet müessesesinin
işlemesini kolaylaştırmaktadır. Aslında
sağlık çalışanlarına yapılan fiziksel
tacizlerin sosyo-psikolojik temelinde de
bunların olduğu kanaatindeyim.

Buna mukabil, vatandaşlık haklarını
kullanma iddiasındaki bu insanlara,
sorumluluklarını hatırlatan ya da bu hakkı
kullanılırken sağlık çalışanının hukukuna
tecavüz etmelerine de dikkat çeken, keyfi
hareketleri önlemeye yönelik herhangi bir
mevzuat ya da sağlık hizmetini almaya-
alamamaya-tazminat ödemeye-prim
ücretini arttırmaya dair herhangi bir
müeyyide söz konusu değildir.

Bu konuya işaret eden masum ve
basit bir örneği huzurlarınıza getirmek
istiyorum: Bir hastayı muayene ediyor-
sunuz, tanısını koyuyorsunuz, tetkiklerini
yapıyor-yaptırıyorsunuz, ameliyata karar
veriyorsunuz, hastayla konuşuyorsunuz
ve ameliyat günü veriyorsunuz. Yatışını



da yapıyorsunuz ve o ameliyat gününü
bir doktor ve ameliyat ekibi olarak ona
ayırıyorsunuz. Her şey hazır... Ancak
bakıyorsunuz ki hasta ortada yok.
Kendinizin veya yardımcınızın cep
telefonundan, üç ayrı zamanda, hastayla
bağlantı kurmaya çalışıyorsunuz; “Ne
oldu, bugün siz ameliyata gelecektiniz”
diyeceksiniz... Ama cevap veren bile
yok! Ve siz o günü ameliyatsız geçirir-
yorsunuz, ekibiniz de öyle. Bırakın üç
kuruşluk kazanacağınız performansı, o
gün boşuna maaş alıyor, yaptığınız bütün
hazırlıklar, tetkikler, konsultasyonlar filan
da boşa gidiyor.

Şimdi sormak gerekiyor: Buna kimin
hakkı olabilir? “Hasta hakları-hasta hak-
ları” derken hekimin, sağlık çalışanının,
müessesensin, devletin hiç hakkı yok
mu? Hem böyle bir davranış hasta hakları
içerisinde yorumlanabilir mi? Nihayetle
hepimiz bu ülkenin imkânlarını kullanıyor,
milletin verdiği vergilerden maaşlarımızı
alıyoruz. Oysa bu hasta bütün bunları
boşa çıkarmış, hekim-sağlık personeli ve
(maddi imkânlar olarak) milli servetimizi
(ona harcadığımız ve boşa geçen süre
kadar) heba etmiş olmuyor mu? Kanimca
bunu yapmaya da yapılmasına göz
yumulmasına da kimsenin hakkı yoktur.

Gelişmiş ülkelerde, bırakınız devlet
hastanesini, bir özel doktordan dahi
randevu alıp gitmediğinizde sigortanız-
dan parası anında kesilir. Tabii sigorta
da randevusuna gitmeyen hastadan
keser onu. Çünkü doktor size zamanını
ayırmıştır, siz de onu kullanmamışsınız.
Yani bu sizin sorunuzdur...

Bizde ise bu gibi durumlarda hiçbir işlem
yapılmamakta, tabiri caizse “gelmediyse
gelmedi, ne yapalım” denmektedir.
Oysa tersi bir durumda, mesela o gün
hasta değil de doktor ameliyata gelmese
veya gelemese, hasta veya yakınının iki
cümlelik bir yazılı ya da sözlü şikâyeti
ile kıyametler koparılmakta; hastane
idaresi, SABİM, Bakanlık vesaire anında
harekete geçmekte, incelemeler, so-
ruşturmalar devreye girmekte, sonuçta
hekim ya da sağlık çalışanı canından
bezdirilmektedir.

Ülkemizin sağlık sorunlarının ancak ve
ancak hekimle, çalışanıyla, idarecisiyle
ve özellikle haklarını yerinde kullanan
ama onun sorumluluğunu da üzerinde
taşıyan vatandaşlarıyla, birlikte ve bir

İstenen-aranan her yaşta
aynı performans ve her
performansa aynı değer!
Oysa “performans vaar,
performans var!” Yaşa,
başa, zamana, zemine,
ameliyat lambası-fener
dâhil ekibe-ekipmana vs.
göre öylesine değişik ki bu,
onu hakkıyla ölçmek zinhar
mümkün değildir? Tabiatı
gereği teraziye, metreye,
sayıya, kiloya, ölçüye de
gelmez, gelebilemez! Ama
maalesef bunu SUD’çulara,
BUD’çulara, performans-
ölçer’cilere anlatmak
mümkün değil.

bütün olarak ele alınırsa çözülebilece-
ğine dair inancımı yüksek makamınıza
iletirken, bu konuda sizlere yardımcı
olmak üzere bir hasta dosyasını da ekte
sunuyorum. İnaniyorum ki yapılacak
herhangi bir işlem, uygulanacak basit
bir müeyyide bile bu tür suistimallerin
önüne geçecek, devletin daha iyi sağlık
hizmet vermek hususundaki çabalarına
katkı sağlayacaktır.

Bu meyanda gerekli işlemin ve girişim-
lerin yapılmasını müsaadelerinizi arz
ederim.

Saygılarımla,
Prof. Dr. ...
Göz Kliniği Eğitim Görevlisi

Sonuç: Hastane üst yönetiminden
genel sekreterliğe, oradan da bakanlığa
giden bu yazı, incelenmiş (!) ve sadece
“hastaların muayene olma haklarına dair
cari mevzuat maddelerini hatırlatan” bir
cevapla, ilgili profesöre geri dönüşmüştür!

Ya işte böyle! Ben dememiş miydim
“Yazacaksın da ne olacak” diye!

Mehmet Şevket Eygi: Tıp, endüstri haline gelince sağlık çöker!

Ömer Çakkal

Gazeteci-yazar Mehmet Şevket Eygi, dindar kesimin nadir aristokrat isimlerinden biri olarak bilinir. Galatasaray Lisesi ve Ankara Siyasal mezunu olan Eygi'nin İslami hayat, mimari, sanat, edebiyat ve kültür üzerine gazete yazıları, konuşmaları ve kitapları her dönem ilgiyle takip edildi. Dindar çevrelere bu alanlarda sert eleştiriler yönelten Eygi, yeni sayımızın röportaj konuğu oldu. Kendisi ile daha çok hastalıklar, hastane mimarisi, doktor-hasta ilişkileri ve iletişimi üzerine sorular yönelttik. Hem politika yapımcıların, hem hekimlerimizin, hem de genç hekim adaylarının Eygi'nin eleştiri ve uyarılarına kulak kabartmasında fayda var.

“Bugünkü millî eğitim; ideolojik, miadını doldurmuş, müflis bir eğitimidir”

İlk, orta ve liseyi GS Lisesi'nde, Mekteb-i Sultani'de okudunuz. Röportajımızı dünden bugüne getirmeye çalışırsak, temel olarak baktığınızda günümüz eğitimi ile o dönemki eğitimin arasındaki farklar nelerdir?

Çocukluğumda ve gençliğimde Türkiye'de çok az sayıda lise veya lise dengi okul vardı ama öğretim kadroları ve seviyeleri çok yüksekti. Günümüzde nice-lik, sayı çokluğu var, lakin nitelikte vasıf ve keyfiyette (nadir istisnalar dışında) dehşet verici bir gerilik, düşüklük, yetersizlik, cahillik, kültürsüzlük, noksanlık görülüyor. Eski öğretilerin bir kısmı çok kaliteliydi. Meselâ GS Lisesinde Nihat Sami Banarlı, Orhan Şaik Gökyay, Ahmet Kudsî Tecer ve daha nice seçkin ve kudretli şahsiyet-

ler edebiyat öğretmenliği yapardı. 1940'lı yıllarda, Sivas ortaokulu öğretmeni Vehbi Cem Aşkun'un yayımlamış olduğu iki ciltlik Sivas Folkloru adlı kitap o zamanın kalitesini gösteren çarpıcı bir örnektir. Bugün binlerce lise var ama vasıflı ve güçlü lise eğitimi yok.

Medenilik, kentlilik kültürü, kentli olmak, medeniyet tasavvuru; üzerine en çok düşünüp yazdığınız konular. “Türkiye Müslümanlarının dini, İslami ve kültür seviyesi çok düşük” diyorsunuz. Dünden bugüne bu konularda bir ilerleme gözlemliyor musunuz? Bir de bu sorun sadece Müslümanların sorunu mu? Hristiyanlarda, Yahudilerde, diğer dinlere mensup kişilerde de bu sorunlar yok mu?

İspanyol filozof Jose Ortega y Gasset'in “Kitlelerin İsyanı” adlı kitabında belirttiği gibi dünyada bir kültür ve medeniyet gerilemesi görülüyor ama bizim dışımızdakiler paraşütle düşerken, yarı tutan frenlerle pompa yapa yapa yokuş aşağı giderken biz paraşütsüz frensiz düşüyoruz. Şu günlerde Fransız liselerinde bakalorya imtihanları heyecanı yaşanıyor. Biz de eskiden olgunluk imtihanı vardı, şimdi yok. Türkiye'nin liseleri çağ seviyesinde genel kültür, yüksek seviyede edebiyat, tarih ve felsefe kültürü veremiyorsa; millî kimliği koruyamıyorsa o ülke batmış demektir. Sadece maddî kalkınma ile betonî imar ile para zenginliği ile ayakta durmak mümkün değildir. Eğitim meselesi, Türkiye'nin birinci meselesidir. Bu meseleyi gündemden çıkartmak intihar olur. Ülkemizin yüksek kültürü İstanbul kültürüdür. Bu kültürü yitirir, onun yerine kırsal kesim ve taşra kültürünü hâkim kı-

larsak, dejenere olmaktan kurtulamayız. İşin başı eğitimidir. Rasgele eğitim değil, gerçek millî eğitimidir. Bugünkü millî eğitim kesinlikle millî değildir. İdeolojik, çaptan düşmüş, miadını doldurmuş müflis bir eğitimidir. Sayısız gökdelenler, AVM'ler, havaalanları, köprüler, limanlar, rezidanslar yapılıyor ama bir tane evet bir tane bile, İngiltere'nin Eton Koleji ayarında vasıflı ve üstün lise açılmıyor.

“Her çirkin bina, bir şiddet hareketidir”

Eski İstanbul kartpostallarda kaldı. Şehrin dününü de bilen, yaşayan biri olarak bugünkü hali size neler düşündürüyor? Bu kadar Avrupa milleti şehirlerine sahip çıkabilmişken bir bizim bu kadim şehrimizi mahvetmemizin nedeni ne olabilir?

İstanbul'un bugünkü hale gelmesinin sebeplerini anlayabilmek için yüksek ve derin düşüncülerin, tarih felsefecilerinin, dünya çapında estetiklerin fikir ve görüşlerini öğrenmek gerekir. Bunlardan biri olduğum iddiasında değilim ama İstanbul konusunda şunları söyleyirim: Biz kendi kimliğimizin ve kültürümüzün medenî insanları olabilseydik, İstanbul bu duruma düşmezdi. İstanbul'u bugünkü hale, medenî düşmanlar bile getiremezdi. Bu ancak vandalların, gözü para hırsıyla dönmüş rantçıların işidir. Şehrin şu anda nüfusu 30 milyonu aşmıştır, daha da çoğaltılmaktadır. Büyük bir zelzeleden sonra yahut ateşleri Türkiye'yi de saracak bir savaşta şehrin işi bitiktir. Medenî bir şehrin en az üçte bir bölümünün parklar, korular, bahçeler, yapay göller ile kaplı olması gerekir... Mısırlılar İskenderiye'ye



8 milyon kitaplık muhteşem bir kütüphaneye kazandırdılar. Peki, İstanbul'un niçin böyle bir kütüphanesi yok? Medenî Avrupa şehirlerinde, içlerinde hâlâ ikamet edilen 300 yıllık tarihî evler var da bizde niçin yok? İstanbul bize 1453'te emanet olarak verilmişti. Bu emanete riayet mi ettik, hıyanet mi? Size, merhum Çelik Gülersoy'un 2003 senesinde Radikal Gazetesi'nde yayımlanan röportajından bir sözünü nakledeceğim: Bu İstanbul'u, Türklere bırakmayacaklar. Gelecek ve geri alacaklar...

İstanbullu olmak ve İstanbul hemşehriciliği üzerine de görüşlerinizi almak isteriz. Trabzonlu, Antep'li, Sinoplu kentine sahip çıkarken, İstanbullunun şehrini sahiplenmemesinin nedeni nedir? Kimileri bu durumu, "Burası metropol, küçük şehirlerden gelenler sahiplenmiyor" diye açıklıyor. Peki, ama New York, Tokyo, Paris, Londra gibi metropollerden farkı ne İstanbul'un? Oraya da küçük şehirlerden göçler oluyor ama bir kentlilik bilinci orada var da bizde neden yok?

Çocukluğumda İstanbul'un nüfusu bir milyondur. Otuz misli göç alırsa elbette kimliğini, özelliklerini, kültürünü yitirir. Eskiden İstanbul'a gelenlerin yeterli kısmı İstanbullu olabiliyordu. Bu, artık mümkün değildir. İstanbul'un bünyesinde Sivaslar, Erzincanlar, Karslar, Malatyalılar ve daha nice şehirler vardır. Maddî bakımdan zengin olmakla iş bitmiyor. İstanbul kültürünü, ahlakını, nezaketini, inceliğini, kibarlığını, görgüsünü nasıl kazanacaktır? Çocukluğumda bu şehrin kibar halkı, günlük hayatta en çok şu üç kelimeyi kullanırdı: Efendim... Teşekkür ederim... Estağfurullah... Bunlar kaldı

mı? Eskiden İstanbul'da yeterli sayıda beyefendi, hanımefendi, küçük bey, küçük hanım vardı. Nereye gitti onlar? Bir şehrin trafiğine bakınız ve not veriniz. Medenî bir şehrin medenî sakinleri, yeşil ışık yanar yanmaz kornaya basmazlar. Basılıyorsa orası magandalar kentidir.

"Ülkemiz edebiyat ve mimari bakımından tam bir çukura dönmüştür"

Bugünün ev ve cami mimarisi hakkında görüşleriniz kamuoyunda biliniyor. Biz, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi olarak bugünün hastane mimarisi hakkında görüşlerinizi merak ediyoruz. Bilhassa Osmanlı dönemi şifahane mimarisi ile kıyas yapmak gerekirse neler söylersiniz? Bir de bugünün hastane mimarisi, hastanın psikolojisine ne derece uygun, ne derece değil?

Her çirkin bina bir şiddet hareketidir. Güzel binalara bakanların içi açılır. Çirkin, gudubet, kasavet verici binalara bakanların ise içi kararır. Ülkemiz edebiyat ve mimari bakımından tam bir çukura dönmüştür. Belki Norveç'te olur ama Türkiye'de hüsnühat sanatını, klasik Türk musikisini, Abdülkadir Merağî'yi, tasavvuf kültürünü bilmeyen mimarlar güzel proje çizemez. İtalya'da gerekmez ama Türkiye'de bir mimarın yüksek olabilmesi için Fuzulî'yi okuması ve anlaması gerekir. Fuzulî'den kopmuşların çizdikleri projeleri görüyoruz. Türkiye hastahaneleri Selçuklu, Beylikler, Osmanlı mimarisinden, kervansaraylardan ilham alınarak yapılmalıdır. Altın oransız bir hastanede şifa bulmak zordur.

"Türkiye'nin liseleri çağ seviyesinde genel kültür, yüksek seviyede edebiyat, tarih ve felsefe kültürü veremiyorsa; millî kimliği koruyamıyorsa o ülke batmış demektir. Sayısız gökdelenler, AVM'ler, havaalanları, köprüler, limanlar, rezidanslar yapılıyor ama bir tane evet bir tane bile, İngiltere'nin Eton Koleji ayarında vasıflı ve üstün lise açılmıyor."

Sizce ideal bir sağlık kurumu nasıl olmalı?

İdeal sağlık kurumunun ana özellikleri şunlar olmalıdır: İnsan fıtratına uygun olacak, hastalara müşteri gözüyle bakılmayacak, ana gayesi para kazanmak olmayacak, yüzde 51 koruyucu tıp, yüzde 49 tedavi yolunda hizmet verecek, ilaç fabrikalarını zengin etmek için çalışmayacak, genel ahlaka ve tıp etiğine yüzde yüz bağlı olacak, çeşitli tıp ekollerinin müntesiplerini çalıştıracak.

Memleketimizin, insanlığın sağlığını nasıl görüyorsunuz? Ülkemizde son 10-12 yılda sağlıkta önemli değişiklikler oldu. Bugünün hastaneleri, bugünün sağlık sistemi hakkında ne gibi yorumlarınız olur?

Sağlık durumumuzu son derece kötü görüyorum. Tıp ve ilaç sanayii bir sektör olmuştur. Hasta ikinci plana atılmış, yerini müşteri almıştır. Gereksiz yere pahalı tahliller yaptırılmakta, lüzumsuz ilaçlar yutturulmaktadır. Yine hiç gereği olmadığı halde ameliyatlar yapılmaktadır. Tıp, endüstri haline gelince sağlık çöker. Bu konularda Dr. Ahmet Rasim Küçükusta'nın yazılarının okunmasını tavsiye ederim. Tıbbi inkâr etmemekle birlikte, modern Tıp kilisesini inkâr ediyor, başta İslam tıbbi olmak üzere paralel yumuşak tiplara dönülmesini istiyorum. Hastaların yürüyerek gittiği, muayeneden sonra sedyeleri taşıdığı bir tıp sistemi insanî ve İslamî olamaz.

“Tıp, öğretmenlik gibi zenginleşilmeyen bir hizmet branşı olmalıdır”

Teşekkür ederiz. Peki, kişisel sağlığınız ne durumda? 60 ve 70’li yaşlarınızı nasıl geçirdiniz? Kronik bir rahatsızlığınız, kullandığınız düzenli ilaçlar, gördüğünüz tedaviler var mı?

Elhamdülillah iyiyim. Şekerim yüksek ama ensüline bağımlı değilim. Kalbi tanzim eden Beloc ilacından başka düzenli ilaç kullanmam. Daha çok bitkisel ilaçlar kullanırım. Zeytin yaprağı ekstresi, tarçın, ekinezya, ginseng vs. gibi. Dizlerimde kireçlenme var ama ayakta namaz kılabiliyorum. Gözümün birinde epey kayıp var. Zihnim açık, aklım berrak... Yürüyorum, elimi ayaklarımı kullanabiliyorum, seyahate çıkabiliyorum. Şükürler olsun. Yaşlılıktan ileri gelen birtakım arızaları, güçsüzlükleri şikâyet konusu yapmayı nankörlük kabul ederim.

Bu rahatsızlıkları nasıl değerlendiriyorsunuz? Hastalıklar imtihan vesilesi midir?

Hastalıklar da sağlık da, zenginlik de, fakirlik de her şey imtihandır. Şeyh Abdülhakim Arvasî Hazretleri “Elhamdülillahî âla külli hal, sivel küfri ved’dalal” sözünü vird-i lisan edermiş. Küfür ve dalalet dışındaki her hale, Allah’tan sıhhat, selamet ve afiyet dileyerek sabretmek, hamdetmek gerekir.

Hem karakter, hem mesleki açıdan sizce ideal hekim nasıl olmalıdır?

Merhum Prof. Dr. Ahmet Yüksek Özemre'nin “Hasretini Çektiğim Üsküdar” adlı kitabında; biri Türk, diğeri Yahudi iki doktordan bahsedilir.

Sultantepli Sibgatullah Bey ile Amon Efendi... Bunların ikisi de, fakir hastaları muayeneye gittiklerinde, yazdıkları reçeteyi dürüp bükerek hastanın yastığı altına koyarlarımış. Fakir aile, “Doktor Bey, borcumuz ne kadar?” diye sorduğunda, “Bu sefer ücret almayacağım” derlermiş. Gittiklerinde reçete açılmış ve içinden ilaç parası çıkarmış. Doktor dediğin böyle olmalı. Müslüman tıp talebelerine, Prof. Ahmed Güner Bey’in “Süheyl Ünver” hakkındaki kitabını mutlaka okumalarını ve onun gibi bir doktor olmalarını önemle tavsiye ediyorum.

Eski hekimlerden tanıdıklarınız var mı? Örnek gösterebileceğiniz yönleri neler?

Merhum Ayhan Songar Bey, Adapazarlı merhum Dr. Ahmet Baytuz, Dr. Asım Taşer Bey, Prof. Süleyman Yalçın, has Nurculardan merhum Emrullah Nutku Bey, Ayvansaray’da Dr. Remzi Sakarya, Dr. İsmail Niyazi Kurtulmuş ve daha niceleri... Onlar tüccar doktor değildi. Onların gözünde para birinci planda yer almazdı. Onların müşterisi yoktu, hastaları vardı. Onlar insan doktorlardı.

“İslam’ın beslenme sistemine ve kanaate dönülmezse çöküş kaçınılmaz”

Osmanlı döneminin sağlık hizmetlerinde dini hassasiyetler ve sağlık eğitimi kurumları hakkında da görüşlerinizi almak isteriz.

Müslümanın dini İslam’dır, medeniyeti İslam’dır, hayat tarzı İslamîdir, tıbbı da İslam’dır. Rasulallah Efendimizin kurucusu olduğu İslam tıbbi, tıp sistemlerinin en iyisi ve insan yapısına en uygun olanıdır. Türkiye halkı İslam’a uygun bir hayat sürse hastaların sayısında büyük azalma olur. Lakin bu işimize gelmez. Çünkü İslam tıbbında acıkmadan sofraya oturmak yoktur. Sofradan, doymadan önce kalkmak vardır. Yeme içme konusunda israf eden bir toplumun sağlıklı yaşama şansı yoktur. Osmanlılar Müslümanca yaşadıkları müddetçe sağlıklı ve güçlü olmuşlar, tıkinmaya başlayınca gerileyip yıkılmışlardır.

Müslümanlar açısından hasta - hekim ilişkisi, iletişimi nasıl olmalıdır?

En iyi tıp, koruyucu tıptır. Müslüman doktorun hastası vardır, onlara müşteri olarak bakmaz. Tıp, öğretmenlik gibi zenginleşilmeyen bir hizmet branşı olmadıkça düzelme ve ıslah olmayacaktır.

Kendi hayatınızdan hekim-hasta iletişimine yönelik hatıralarınız var mı?

Çok sayıda doktor dostlarım, ağabeylerim, tanıdıklarım oldu. Onların hastaları olmak istemem. Hastalanırsam elbette

muayene olurum ama öncelikle dostluk, ağabeylik, arkadaşlık...

Çok teşekkür ederiz efendim. Peki, temizlik alışkanlıkları, sağlıklı beslenme, temiz ve helal gıda, günümüzün beslenme alışkanlıkları ve Müslüman toplumların beslenme profili hakkında neler söylersiniz?

Müslüman halkta büyük bir yabancılığa görünüyor. Müslümanız diyoruz ama Müslümanca yaşamıyoruz, yemiyoruz, içmiyoruz, giyinmiyoruz. Bugünkü yeme içme alışkanlıklarımız, aldığımız gıdalar ve meşrubat sağlığa uygun değildir. Sadece, bembeyaz ekmek tüketimi bile uzun vadeli bir intihardır. Günde 5 milyon ekmeğin çöpe atıldığı bir ülkenin iflah olacağını sanmak büyük bir felaket olur. İslam’ın beslenme sistemine, tevazu ve kanaate dönülmezse çöküş önlenemez.

“Eskiye nispetle en fazla artan hastalıklar, ruh ve akıl hastalıklarıdır”

Dünden bugüne Anadolu’da yaşanan ciddi salgın hastalıklar hakkında neler söylersiniz?

Çocukluğumda Türkiye’nin kırsal kesimi fakir halktan müteşekkildi. Sıtma, verem, frengi ile kırılıyordu. Şimdi kanser, diyabet, kalp hastalıkları aldı yürüdü. Fakirliğin ayrı hastalıkları var, zenginliğin ayrı hastalıkları. Eskiye nispetle en fazla artan hastalıklar ruh ve akıl hastalıklarıdır. Resmî ideoloji devrimleri halkın maddî mânevî sıhhatini berhava etmiştir. Kur’an’dan uzaklaşan Müslümanlar hasta olur. Çünkü Kur’an şifadır.

Günümüz hız-haz toplumunun iletisimsizliği hakkında neler söylersiniz?

Bugün bütün insanlık hastadır. Bilhassa ruh ve akıl bakımından... Dünyada on küsur ayrı medeniyet var ama Batı medeniyeti her yere hâkim olmuş durumda. Batı medeniyeti insan fitratına aykırı bir medeniyet olduğu için hastalık, denge-sizlik, fitne, fesat ve savaşın da kaynağı durumunda. Bir buçuk milyarlık İslam âlemine gelince; ümmet birliğini yitirdiği ve âdil, râşid, muktedir bir İmam’a biat ve itaat etmediği için Batıdan gelen bütün maddî ve manevî hastalıkların saldırsına maruz kalıp perişan olmuş durumda. Batı; parayı, zenginliği, konforu, zevki, hazzı, hızı ana değerler olarak kabul etmiştir. Müslümanlar da, Batılılar sıçan deliğine girseler, peşlerinden girecek kadar onları taklit ettikleri için hasta, huzursuz, dengesiz olmuşlardır. Kendimize, İslam’a dönmemiz lazım ama onu da yapamıyoruz. Dünya sarhoşlarının, ayakta uyuyanların uyanmaları çok zordur. İslam dünyası mâneviyat Selahaddinlerine, Şamillerine muhtaçtır...

Toplumumuzun lûgati, dili ve üslubu geçmişten bugüne çok değişti. Argo ve küfürlü konuşma, sizce nasıl bir kültür ve ruh halinin göstergesi?

Bir kimsenin ne mal olduğunu anlamak için onun lisanına bakmak yeterlidir. "Efendim" yerine "Aha, Oha" diyenler medenî vatandaş olamaz. Eskiden "Üslûb-i beyân, aynıyla insandır" denirdi. Kibar Osmanlılar babalarına "Benim veliyy-i nimetim muhterem pederim hazretleridir" dermiş. Şimdi bazıları "Lan buba be!" diyor. Hep argo konuşan insanlar argo insanlardır.

Ailenin toplumsal alandaki zayıflayan gücü etkisi üzerine düşünceleriniz neler?

Toplumumuzun temeli fert değil, ailedir. Aile yıkılınca Türkiye yıkılır. Yeni Medenî Kanunumuz (eskisi de öyleydi ya!) aileyi yıkıyor. Bu kanunda aile reisi yoktur. Zina suç olmaktan çıkartılmıştır. Boşanmalar anormal şekilde artmıştır. Karısına kızıp "Yeter artık!" diyen kocalara evden uzaklaştırma cezası verilmektedir. Kadın hakları, kadın özgürlükleri perdesi ardında aile yıkılıyor ve biz seyrine bakıyoruz.

Küresel obezite salgınına nasıl değerdendirsiniz?

Dünya, şu 7 milyarlık insanlık âleminin sofrasıdır. Zengin ve obur insanların bir kısmı bu sofrada ihtiyaçlarından fazla yerse bir kısım insanlar aç kalacaktır. Fazla yiyecekler obez olacak, çeşitli vahim hastalıklara yakalanacak, aç kalanlar da perişan olacak, sürünecek ve bir kısmı ölecektir. İslam dini ve medeniyeti yemek için yaşamak değil, yaşamak için yemek prensibini kabul eder. Peygamberimiz (Salat ve selam olsun ona) "Perhiz sağlığın ve tedavinin başıdır" buyurmuştur. Toplumumuzun bir kısmı çalgınlar gibi yiyor, birileri için yemek de statü olmuştur. İstanbul'da bir kişinin bir öğünde 850 liraya yemek yediği bir lokanta açılmış... Hastalık!

Bağımlılığa "kölelik" diyorsunuz. Sizce sigara, alkol, uyuşturucu, teknoloji, internet, alışveriş bağımlılıklarının kölelik listesindeki yerleri nedir?

Bütün kötü alışkanlıklar, ilerleye ilerleye kölelik haline gelir. Toplumumuz cep telefonu konusunda köleşmiştir. Cep telefonu bir ihtiyaç olmaktan çıkmış, bir statü haline gelmiştir. Bütçesi müsait olmayan bir genç, 3 bin liraya telefon almış ama cebindeki kalem (o da varsa) bir liralık. Zavallının not alacak küçük, zarif bir defteri bile yok. Kötü yayınlar yapan televizyon kanallarını seyretmek, sabah akşam lüks otomobille tek başına evden işe işten eve gidip gelmek, marka manyağı olmak, cemaat parti

tarikat holiganlığı yapmak... Bunlar hep köleştirir...

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, "fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam iyilik hali" olarak tarif ediyor? Bu tarifi nasıl değerlendirirsiniz?

İyilik göreceli bir kavramdır. Bir ateist, materyalist, agnostik için iyilik olan Müslüman için olmayabilir. İslam'da bütün iyiliklerin, doğruların, güzelliklerin kaynağı Kur'an, sünnet ve şeriattır. Bu üç ana kaynak ve değere aykırı iyilikler iyilik değil, kötülüktür. Bir Müslüman için maddî ve manevî sağlık; İslami kriterlere, hükümlere, ölçülere uygun haldir, hayat tarzıdır.

"Ecdadının Türkçe mezar kitabelerini okumaktan aciz cahiller mi aydın?"

Röportajımızın son bölümünde 3 farklı konuda görüşlerinizi almak istiyorum. Ülkemizde dindar ya da seküler hayat süren, sağcı ya da solcu, etnik kimlikleri farklı aydın-entelektüel kesimi üzerine bir sorum olacak. Bugünün aydınları toplumumuzun temel değerlerini tanıyor, toplumun tüm kesimlerinde yankı bulacak fikir ve görüşler sunabiliyorlar mı?

Affınıza sığınarak, Türkiye'de aydınlar bulunduğu fikrinizi kabul edemeyeceğim. Türkiye'mizde (varsa) üç veya beş kişiden fazla aydın yoktur. Ötekiler kendilerini aydın sanan, fakat aydın olmayan kimselerdir. Bendeniz kendime aydın demekten hayâ ederim. Okuryazar bir kimseyim, o kadar. Aydın olabilmek için birtakım şartların olması gerekir. Bunlardan biri muhalif olmaktır. Siyasî muhalefeti kastetmiyorum. Kültürel ve sosyal muhalefet... Aydın kişi ülkesindeki, dünyadaki, insanlık âlemindeki bütün kötülüklere muhalif olan, onlara seviyeli bir şekilde isyan eden kimsedir. Vaktiyle aydın olmanın şartlarıyla ilgili birtakım yazılar kaleme almıştım. Ecdadının Türkçe mezar kitabelerini okumaktan aciz cahiller mi aydın olacak?

İlk, orta ve lisede Fransızca eğitim aldınız. Sizce gençlere yabancı dil ne kadar lazım?

Galatasaray mektebinde derslerin bir kısmı Fransızcadı. Fransızca öğrenmenin kültür bakımından çok faydasını görmüşümdür. Yabancı lisanslar, dünyaya açılan büyük, orta veya küçük pencerelerdir. 1960'lara kadar Fransızca, dünyada hâkim dil idi. Şu anda onun yerini İngilizce aldı ama Fransızca yine de önemini kaybetmedi. Türkiye'nin bugünkü eğitim ve kültür seviyesi karşısında, gençlerimizin mutlaka İngilizceyi öğrenmelerini tavsiye ederim. Lakin... Yazık ki, yabancı dili iyi öğrenebilmek için



kendi ana dilinin edebiyatını iyi bilmek gerekir. Türkçeyi iyi bilmeyenlerin iyi İngilizce, iyi Fransızca veya Almanca öğrenebilmeleri çok zordur. İngiltere eğitim sisteminde okullarda 70 bin kelime tedavül ediyormuş. Bizde ise bu rakam, çoğu bilimsel terimler olmak üzere 9 bin imiş. Harf inkılabı, onun ardından Türkçenin devlet terörü ile sadeleştirilmesi, arı duru zayıf bir dil haline getirilmesi bizim kültür ve eğitim açısından belimizi kırmıştır. Param olsa, yatırım yapılmaya layık bir gencimiz için 250 bin lira harcayarak zengin Türkçe, onun yanında yine 100 bin dolar harcamak suretiyle İngilizce öğrettirirdim.

Son soru: Mısır, Suriye, Irak'ta yaşananlar hepimizi üzüyor. Osmanlı'dan sonra orta yerde kalmış bir birlik sorunu var. Türkiye'nin bu birliğe katkı sunma meselesi sizce nereye varır?

Osmanlı, duraklama, gerileme ve yıkılış devirlerinde, mükemmel olmasa bile bir İslam devleti idi. Bütün İslam ülkelerini kapsamasa bile İttihad-ı İslam'ı temsil ediyordu. Osmanlı sonrası bilhassa Ortadoğu'da gök kubbe Müslümanların başına çöktü. İslam dünyası bugünkü kültür ve medeniyet seviyesi ile bugünkü tefrika ile bugünkü bedevî zihniyet ile birleşemez. Bu birleşme için ne yeterli niyet, ne de yeterli irade var. Müslümanların birleşebilmesi için Selahaddinlere, İmam Şamillere, Emîr Abdülkadirlerle muhtacdır. Nerede onlar?

“Bir yazı” üzerine: Veriler nasıl okunmalı?

Yrd. Doç. Dr. Mahmut Tokaç



1963 yılında Ordu, Ünye’de doğdu. 1979’da Ünye Lisesi’nden, 1985’te İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nden mezun oldu. 2000 yılında İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü’nde doktorasını tamamladı. 2002-2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003-2009’da Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlüğü ile 2009-2013 arasında İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimliği görevlerinde bulundu. Dr. Tokaç halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Başkanı ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Araştırma Merkezi Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Türk Tabipleri Birliği’nin (TTB) eski Başkanlarından sayın Dr. Eriş Bilaloğlu’nun, SD’nin 34. sayısında yayımlanan ve “2023’deki Hekimliğe TTB’nin Bakış Açısı”nı anlattığı yazısındaki bazı hususlara dair görüşlerimi aktarmak istiyorum. Öncelikle belirtmeliyim ki Sayın Bilaloğlu yazısının en başında hekimlerin etik değerlere bağlılığının gerekliliğini çok güzel satırlarla tanımlamaktadır: *“Hekimler olarak, hasta-hekim ilişkisinin ayrıcalığının ne anlama geldiğini biliyoruz; etik değerler ve güven çerçevesinde bilimsel bilgi aktarımı ve hizmet sunumunu kolaylaştıran eşsiz bir ilişki... Ana öğeler olan etik değerler ve güvenin korunabileceği, güvence altında olabileceği, sürdürülebileceği, uygulamada bilimsel bilgiye ve yönetime hürmet eden bir zeminde kurulan ilişki... Tıp uygulamasının temel özelliklerinden sevecen yaklaşım, başka birisinin sıkıntısını anlamak ve onun için kaygılanmak biçiminde tanımlanmaktadır.”*

Ancak hemen ardından etik değerlerden bahsederken etiğin dört temel ilkesinden biri olan **“özerklik”** konusunu çok farklı bir noktaya götürdüğünü müşahade edemekteyiz. Etikçiler olarak bizler özerkliği hasta temelli bir özerklik olarak yani hastanın kendisiyle ilgili kararları kendisinin vermesi şeklinde algımlarken, Sayın Bilaloğlu hekimin özerkliği şeklinde algılamakta ve şu şekilde ifade etmektedir: **“Özerklik ya da kişinin kendi kaderini belirlemesi,**

tıbbın yıllar içinde en çok değişen temel değerlerindendir. Hekimler geleneksel olarak, hastalarını nasıl tedavi edeceklerine karar vermek anlamında bireysel bir özerkliğe sahiptirler. Hekimlik mesleği ise bir bütün olarak tıp eğitimi ve tıp uygulamasının standartlarını belirlemekte özgürdür.”

Tabii ki hekimler hastalarını tedavi ederken özgür iradeleri ile karar vermektedirler ama bu kendilerine hastaların özerkliğini ihlal etme yetkisi olarak asla algılanmamalıdır. Sayın Bilaloğlu’nun bu satırlarından **“Paternalist=Babacı”** bir hekim tarzı sezilmektedir ki bu, eskide kalmış ve günümüz etik anlayışı ile bağdaşmayan bir tutumdur. Aslına bakarsanız Sayın Bilaloğlu’nun yazısında aktardığı, 2011 yılında yapılan ve 45 ülkeyi kapsayan bir çalışmanın Türkiye bulgularına göre de hekimlerin hastalarına tüm tedavi yollarını göstermediklerine inanan %54’lük geniş bir kitle olduğunu görüyor ve bu tutumun hekimler arasında yaygın olduğunu anlıyoruz.

Yazısının ilerleyen kısımlarında Sayın Bilaloğlu, özerklik kavramını **“mesleki özerklik”** şeklinde algıladığını belirtirken şöyle demektedir: **“Mesleki özerklik, hekimler açısından salt kendi çıkarlarını kollamak üzere güç sahibi olma aracı değildir. Mesleki özerklik, hastayı merkeze alan kritik bir amaç taşır ve bunun tüm paydaşlarca bilinmesini sağlamamız gerekir.”**

Mesleki özerkliğin kısıtlanmaması gerektiğini ise izah sadedinde şu satırları aktarmaktadır: **“Birçok ülkede hekimlerin bu türden özerk uygulamalarına hükümetler ve diğer yetkililer tarafından çeşitli sınırlamalar getirilmiştir. Buna karşın hekimler yine de klinik ve mesleki özerkliklerine değer vermekte ve onu mümkün olduğunca korumaya çalışmaktadırlar.”**

“Hekimler ne zaman üçüncü tarafın emirlerini izlemeye zorlanırlarsa, bilinsin ki hastaların çıkarları en sonda gelecektir”

“Hekimler, sağlık sisteminin yapısını ve eldeki kaynakları dikkate alma zorunluluğunun bilincindedirler. Ne var ki, klinik bağımsızlığa hükümetler ve yönetimlerce dayatılan ve makul olmayan kısıtlamalar, hastaların yararına değildir. Bu tür kısıtlamalar, en azından hasta-hekim ilişkisinin vazgeçilmez bir ögesi olan güven duygusuna zarar verebilecektir.”

Burada bir konuyu dikkatlerinize sunmak durumundayım. Burada da vurgulanan “makul olmayan” kısıtlamalara tabii ki hepimiz karşı olmalıyız ki özellikle SGK’nın bu gibi birçok uygulamalarını çeşitli platformlarda eleştirdiğimiz, konunun takipçilerinin malumudur. Ancak yazıda geçen **“üçüncü tarafın emirleri”** meselesi “hükümetler ve yönetimler” olarak belirlenirken “gizli taraf” olarak niteleyebileceğimiz bir grup göz ardı edilmektedir. Hükümetler ve yönetimler

doğrudan buyurdıkları için kolayca fark edilse de doğrudan buyurmayıp yönlendirmeler yapan “bir kısım (!) sağlık sektörü”nün dolaylı yollardan yapmış olduğu buyurmalar yok sayılmaktadır. Sektörün aktardığı bilgilerin tümünü doğru varsayarak uyguladıklarında, özgür iradeleri ile davrandıklarını mı düşünmektedir hekimler?

Bunun en tipik örneğini 2009 yılında İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü görevinde iken yayımladığımız “Eşdeğer İlaç Genelgesi” dolayısıyla yaşamıştık. Biyoeşdeğerliği kanıtlanmış, birbirinin tıpatıp aynısı eşdeğer ilaçların birbirinin yerine ikamesinin sakıncası olmadığını, bu hususta yönlendirme yapılmasının uygunsuzluğunu ifade eden genelgemiz karşısında, sayın yazarın Genel Sekreterliğini yaptığı dönemde TTB, hekim özerkliğine müdahale olarak algılamış ve şiddetle karşı çıkmıştı. İşi, hakkımızda dava açacak kadar ileri götüren bir tabip odası yetkilisi ile görüştüğümde ise, jenerik ilaçların orijinal kadar etkili olmadığını gözlemlediği için karşı çıktığını beyan etmişti. Kendisinden bir örnek vermesi istenildiğinde verdiği örnek ise çok manidardı. Örnekteki orijinal ilaç, o dönemde verdiği diğer örnek olan jeneriğinin fabrikasında ve aynı hammadde ile üretilmekte idi. Aslında aynı ilacın farklı ambalajları idi söz konusu olan ve hekim arkadaşımız jeneriğinin orijinal kadar etkili olmadığını gözlemlediğini iddia ediyordu. Sayfa 53’de yer verdiğim karikatür TTB’nin yayımladığı Hekim Sorunları broşüründen. Mesleki bağımsızlığı anlatırken üçüncü tarafı güzel de tanımlanmışlar değil mi? Başka söze ne hacet?



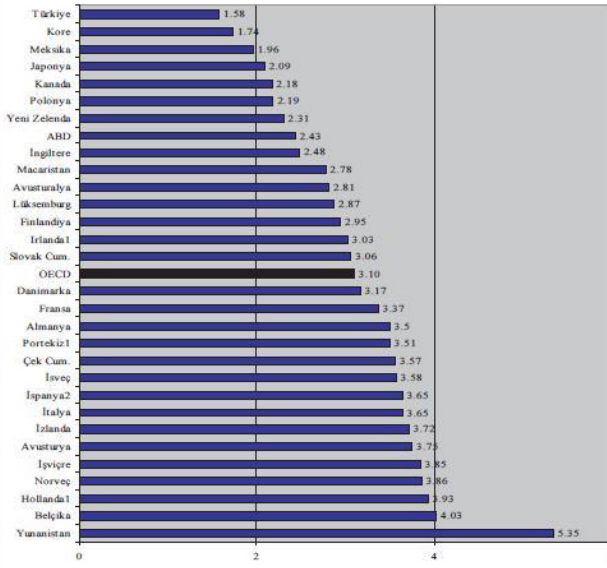
Asıl konumuz bu olmadığından bu hususa şimdilik bu kadarlık bir değinme ile yetinelim. Yazının genelinde gözümüze çarpan ve belki de benzer dünya görüşüne sahip olanların tüm yazılarında ve konuşmalarında dikkatimizi çeken bir husus var ki bu da rakamların yanlış kullanımı ve kendi verdikleri hükümlerin mutlak hakikatmış gibi sunulması. Hani gazeteciler için türetilmiş meşhur fıkralar vardır: Amerika’yı ziyarete giden Papa’ya bir gazetecinin havaalanında “Amerika’daki genelevler hakkında ne düşünüyorsunuz?” diye sorması ve Papa’nın sinirlense de soruyu geçiştirmek için “Amerika’da genelev var mı ki?” diye mukabele etmesi üzerine ertesi gün gazetelerde şöyle manşet vardır: “Papa Amerika’ya iner inmez genelev var mı diye sordu”. Bir başka fıkrada gazetecilerin hakkında yaptıkları aleyhteki yayınlardan bunalan bir politikacı, epey gayet ederek su üzerinde yürüme gibi olağanüstü bir yetenek geliştirir. Gazetecilere filan gün falan saatte deniz kenarında basın toplantısı yapacağını haber verir. Basın toplantısı için gelen gazetecilerin gözü önünde denizin üstünde yürümeye

başlar ve ertesi gün neler yazılacağını bekler. Sabah gazeteleri eline aldığı anda şok olmuştur. Gazetelerdeki manşet “Bakan yüzme bilmiyor” şeklindedir. Keçisi çalınan müftü haberinin “Müftü keçi çaldı” şeklinde haberleştirilmesi de bir darb-ı mesel olmuştur zaten.

Bugün bazı çevrelerde ne yazık ki benzeri tavırlar sergilenmektedir. Ancak bu tavır, her zaman kasıtlı olmayabilir de. Sadece ezbere dayalı söylemleri olanlar, bu söylemlerinin doğru olmadığı ispat edilse bile söyleyecek sözü olamayacağından yine ezberlerini tekrar etmekten başka yol bulamazlar. Örneğin 2006 yılında İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Yasa Tasarısı Taslağı kamuoyu ile paylaşılarak ilgili tarafların görüşleri alındıktan sonra revize edilip 2007 yılında yeni haliyle Başbakanlığa gönderilmişti. Akabinde bir panelde konuyu tartışmak üzere davet edildiğimizde ilk konuşmacı olduğum ve eski taslak hakkındaki eleştirileri de bildiğim için o eleştiriler tekrarlanmasın diye Başbakanlığa giden metinde eski taslağın eleştirilen yönlerinin ortadan

Sadece ezbere dayalı söylemleri olanlar, bu söylemlerinin doğru olmadığı ispat edilse bile söyleyecek sözü olamayacağından yine ezberlerini tekrar etmekten başka yol bulamazlar. Gönül isterdi ki TTB, on yıllardır ülkemizde “Hekim açığı yok!” söylemini o zamanlar terk etmiş olsaydı da, bugün bu kadar agresif bir hekim yetiştirme telaşı yaşıyor olmasaydık.

Grafik 1: OECD Ülkelerinde 1000 Nüfus Düşen Hekim Sayısı



Grafik 2: Avrupa Ülkelerinde Ve Türkiye'de 100.000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı



kaldırdığını belgelerle ortaya koyan bir sunum gerçekleştirmiştim. Benden sonra mikrofona gelen bir eczacı odası başkanı, sanki hiç o konuşma yapılmamış gibi ezberlediği cümlelerle eski tasarıyı eleştirmeye devam etmişti.

Gelelim Sayın Bilaloğlu'nun yazısındaki katıl(a)madığımız kısımları aktarmaya. Bilaloğlu'nun söz konusu yazısında, "Temel amacı performans sisteminin sağlık hizmeti sunan hekimler tarafından nasıl değerlendirildiğini ortaya koymak" olan bir araştırmanın sonuçları verilirken "hemen bütün hastalarca bilinmekte olup" gibi bir ifade ilave edilerek sanki araştırma hastalar arasında yapılmış ve

bunun bilimsel sonuçları aktarılmış gibi bir algı oluşturulmaktadır. Cümle aynen şöyle: "Kamuda performans sistemi, özelde ciro baskısı gibi uygulamalar hemen bütün hastalarca bilinmekte olup performans sisteminin hizmete olumsuz etkileri hekimlik uygulamasını tahrip etmiştir."

Yine Bilaloğlu "Hekimlerin yürürlükte olan Sağlıkta Dönüşüm Programıyla (SDP) mutsuzlaştıkları sayısız açıklama ve çalışmayla kamuoyuna mal olmuştur." şeklinde bir hükme varmaktadır. Hekimlerin mutsuzluğu hususu kısmen doğru olmakla birlikte mutsuzluğun SDP ile birlikte oluşup oluşmadığı belirtilmeden ya da SDP'den önce ne durumda olduğu konusunda bir kıyaslama yapılmadan böyle bir hüküm vermek ne kadar sağlıklı olabilir? Üstelik kaynak olarak gösterilen açıklama ve çalışmaların ikisi konuya taraf olan iki tabip odasından, diğeri de iktidara yakın durmakla birlikte konumu itibarıyla kazanımlar elde edebilmek için memnuniyetsizlik izharında bulunması gereken bir memur sendikasıdan alıntılanmaktadır. Hâlbuki bu konuda Sağlık Bakanlığının bizzat kendisinin gerçekleştirdiği çalışmalar Bakanlık sayfalarında yer almaktadır. (Burada Sağlık Bakanlığının yaptığı çalışmaların tarafsız olamayacağı şeklinde bir itiraz yapılırsa, zaten muhalif olduğu bilinen tabip odalarının araştırmalarının tarafsız olabileceğini nasıl düşünebiliriz? Üstelik Bilaloğlu'nun yazısında belirttiği kaynakların büyük bir kısmı, ya doğrudan TTB kaynakları ya da basında TTB veya tabip odalarının demeçlerinin haberleri. Yani bu, kendi çalıp kendi söylemek gibi bir şeydir. Gerçi hakkını yemeyelim, kaynakların 3 tanesinin yani 1/5'inin hariçten olduğunu da belirtmemiz gerekir!)

Eğer biraz merak (!) edip internette kısa bir araştırma yapsalardı, bizim 12-13 Ekim 2012 tarihlerinde İstanbul Acıbadem Üniversitesinde düzenlenen Türkiye Biyoetik Derneği VII. Kongresinde sunduğumuz ve ne yazık ki aynı saiklerle Kongre Kitabına alınmadığı için Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisinin 2014;22(2) sayısında yayımlanan "Sağlıkta Dönüşümün Biyoetik Etkilerine İçeriden Bir Bakış" isimli makalemize müracaat ederek orada tarafsız kaynaklarla verilen eski ve yeni dönemlerle ilgili çalışan memnuniyet oranları hakkında bilgi sahibi olabilirdi. Yazıdaki benzer bir cümle de şu şekilde: "Son 2 yıldır ülkemizde 12 binlere ulaşan tıp fakültesi kontenjanları yıllık nüfus artışı ile kıyaslandığında her yeni 58 birey için 1 hekim anlamına geliyor."

Sanırsınız ki memlekette hekim enflasyonu var da her 58 birey için bir hekim yetiştiriyoruz. Hâlbuki daha geçen yıl yayımlanan **Türkiye'de Sağlık Eğitimi**

Sağlık Bakanlığının yaptığı çalışmaların tarafsız olamayacağı şeklinde bir itiraz yapılırsa, zaten muhalif olduğu bilinen tabip odalarının araştırmalarının tarafsız olabileceğini nasıl düşünebiliriz? Üstelik Bilaloğlu'nun yazısında belirttiği kaynakların büyük bir kısmı, ya doğrudan TTB kaynakları ya da basında TTB veya tabip odalarının demeçlerinin haberleri. Yani bu, kendi çalıp kendi söylemek gibi bir şeydir.

ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu (2014)'na göre 100 bin kişiye düşen hekim oranlarında halen OECD ülkeleri içinde sonuncu, tüm Avrupa'da ise Arnavutluk'un hemen üstünde sondan ikinci sıradayız. Yandaki grafiklere bakılabilir.

Aynı yazıda aktarılan bir rapor dayanak alınarak şöyle denmektedir: "2023 yılında 85 milyonu geçmeyen, büyük olasılıkla 83 milyon civarında bir Türkiye nüfusu tahmin ediliyor. Hekim sayısının (tıp fakültesi kontenjanlarının seyri devam ettiği takdirde) yerli seri üretim hekimlerle 200 bini bulacağı ve kabaca 400 kişiye bir hekim düşeceği anlaşıyor (Bu sayıya yabancı ülkelere göç eden hekimleri, çevre/komşu ülkelere gelecek hekimleri, TC vatandaşı hekimleri, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname zemininde serbest bölgelerde yapılacak hekimlik faaliyetlerinde bulunacakları katmadığımızı hatırlatalım). Bu rakamlara göre hekim oranı binde 2,5 eder ki aslında 2023 yılında bile şu andaki OECD ortalaması olan 3,1 oranını yakalamaktan uzak olacağız demektir. YÖK'ün Kalkınma, Maliye ve Sağlık Bakanlıklarıyla ortaklaşa hazırladığı 2023 Yılı Sağlık İşgücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi Hakkında Rapor'a göre bu, hızla hekim yetiştirsek bile 2023 yılında hekim sayısının 189 bin olacağı ve bu haliyle ihtiyacımız olan 200 bin sayısına ulaşamayacağından 2023 de hekim açığının devam ediyor olacağı anlaşılabılır.

Bilaloğlu sayıca fazla hekim yetiştirilmesinin kaliteyi düşürdüğünü şu



Erdil Yasaroğlu © www.komikaze.net

Tablo: Ülkemizde gelire göre sıralı % 20'lik grupların harcama türleri içindeki payları (2013)

Harcama türleri	Toplam	Gelire göre sıralı hanehalkı yüzdeleri				
		Gelirden en az pay alan → Gelirden en fazla pay alan				
		1. %20	2. %20	3. %20	4. %20	5. %20
Toplam	100,0	8,8	13,5	17,9	22,7	37,2
Gıda ve alkolsüz içecekler	100,0	12,7	17,4	19,9	22,8	27,3
Alkollü içecek, sigara ve tütün	100,0	11,0	15,3	20,6	25,3	27,8
Giyim ve ayakkabı	100,0	6,4	11,5	16,5	23,0	42,5
Konut ve kira	100,0	11,7	16,0	18,8	21,9	31,6
Ev eşyası	100,0	7,5	12,1	17,5	24,3	38,5
Sağlık	100,0	9,0	14,1	17,7	22,9	36,5
Ulaştırma	100,0	4,1	9,4	16,7	22,6	47,2
Haberleşme	100,0	6,7	12,1	17,8	24,3	39,1
Kültür, eğlence	100,0	4,8	9,8	15,1	21,2	49,4
Eğitim hizmetleri	100,0	2,5	6,2	10,8	17,1	63,5
Otel, lokanta, pastane	100,0	6,0	11,1	16,3	23,3	43,3
Çeşitli mal ve hizmetler	100,0	7,0	11,6	15,2	22,7	43,4

TÜİK, Hanehalkı Bütçe Araştırması, 2013

sözlerle aktarmaktadır: “Batıda “sağlık için hekim” yetiştiriliyor. Sayı da önemli, ancak kalite ön planda. Ülkemizde ise “sayı için hekim” yetiştiriliyor. Kalite göz ardı ediliyor. Amaç Batı ülkelerinin sahip olduğu sayı veya oranda hekime sahip olmak.” Haklıdır, sayısal açığı gidermek için kaliteden ödün verilmektedir. Gönül isterdi ki TTB, on yıllardır ülkemizde “Hekim açığı yok!” söylemini o zamanlar terk etmiş olsaydı da, bugün bu kadar agresif bir hekim yetiştirme telaşı yaşıyor olmasaydık.

Sayın Bilaloğlu, vatandaşın cebinden sağlığa harcadığı paranın 2009 yılında 8,1 milyar TL iken 2013'te 13,2 olduğunu, 2014'te ise 15 milyar TL olacağını tahmin edildiğini belirtiyor. Doğrudur ama aktardığı TÜİK verilerinin yanında yer alan bir başka veri de harcamaların kimler tarafından yapıldığına dair verilerdir. Bu tabloya göre 2013 yılında cepten harcamaların çoğunu yine gelir düzeyi yüksek olan kesimin gerçekleştirdiği, başka bir deyişle daha özel hizmet almak için cepten harcama yapıldığı aşikârdır.

Tabii ki gelirden en az pay alan %20'lik dilimin de cepten sağlık harcamalarının %9'unu gerçekleştirdiğini göz ardı etmiyoruz. Ancak aynı grubun alkollü içecek, sigara ve tütün harcamalarının %11'ini gerçekleştirdiklerini ve bunun toplam rakamının sağlık giderlerinin iki buçuk katından fazla olduğunu da hatırlatmamız gerekiyor. (Sağlık için 73.797.403 TL harcarken alkollü içecek, sigara ve tütün için 186.495.246 TL harcamışlardır.)

Belki çok da önemli olmayabilir, hatta buraya alınmayabilirdi ama yanlış anlaşılmalara sebebiyet vermeyecek şekilde rakamların açıklanması verilmesini hatırlatmak açısından aldığım bir husus var. Daha çok, yoksulların durumu anlatılan veriler içinde olduğu için mazur görülebilecek bir cümle: “Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında tahakkuk eden prim 7 milyar 300 milyon civarında iken bunun ancak 350 milyon TL'si tahsil edilebilmiş.” Aslında sadece ödeme gücü olmayanlar sınıfına girmediği için pirim ödemesi gereken sigortasızların ödemesi gereken prim ve gerçekleşen

tahsilat rakamlarını bildirirse de, bu ifade GSS kapsamındaki tüm kişilere tahakkuk eden prim şeklinde anlaşılabilirdiği için uyarıyı yapma ihtiyacı hissettim.

Şimdi de bu cenahta sürekli yapıldığı gibi bu yazıdaki bazı klişe cümleler ve peşin hüküm yargılardan bazı örnekleri yorumsuz olarak verelim: “Mevcut tercih; piyasacı, eşitsizlikleri derinleştiren, bu can acıtıcı durumu; dini tüm toplumsal yaşama yön veren bir araçsallaştırmayla örtmeye çabalayan bir hatırdır.”

“Hükümetçe izlenen hat hemen her alanda olduğu gibi sağlık alanında da piyasa hâkimiyetini, piyasanın “serbest üst aklının” hegemonyasını egemen kılmaya odaklanmıştır. Bu üst aklın hemen hiçbir zaman “serbest” olmadığı, olamayacağı sağlık alanında yapılanlarla da somutlanmıştır.”

Son olarak da şunu aktararak bitirelim: Söz konusu yazıda “Türk Tabipleri Birliği'nin 663 sayılı Kanun Hükmünde Karamame nedeniyle yürüttüğü uluslararası çabalarla ilgili bilgi veren broşür”den alıntı yapılmaktadır ki aslında tam bir fecaat örneği olan bu broşür, bir atasözümüzü aklıma düşürdüverdi nedense: “Merd-i Kipti şecaatin arz ederken sirkatin söylemiş.”

Kaynaklar

2023 Yılı Sağlık İşgücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi Hakkında Rapor, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012 Ankara

Hekim Bağımsızlığı, Meslek Örgütü Özerkliği İçin Dünya Tabipleri Birliği Hekimlerle Buluşuyor

<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/insan-gucu.pdf> (Erişim tarihi: 10.05.2015)

<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/insan-gucu.pdf> (Erişim tarihi: 10.05.2015)

http://www.ttb.org.tr/kutuphane/dtb_brosur.pdf (Erişim tarihi: 10.05.2015)

http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/yayinrapor/katastrofikSaglikHar_1Ekim2014.pdf (Erişim tarihi: 10.05.2015)

<http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-saglikta-donusumun-biyoetik-etkilerine-iceriden-bir-bakis-68834.html> (Erişim tarihi: 10.05.2015)

Tokaç M. Sağlıkta Dönüşümün Biyoetik Etkilerine İçeriden Bir Bakış, Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2014;22(2):60-7

TÜİK raporları: <http://rapory.tuik.gov.tr/04-05-2015-12:23:53-8607069321371381344180840433.html?> (Erişim tarihi: 10.05.2015)

Türkiye'de Katastrofik Sağlık Harcamaları, TÜİK, 2014.

Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, Şubat, 2014.

Finansal arayışlar, kamu özel ortaklıkları ve şehir hastaneleri

Dr. Şuayip Birinci



1973 yılında Rize’de doğdu. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden mezun oldu (1998). 2001 yılına kadar Sağlık Ocağı, 112 Acil ve Rize Devlet Hastanesi’nde görev yaptı. 2005-2009 arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Başhekim Yardımcısı, 2009-2012 yılları İstanbul İl Sağlık Müdür Yardımcısı, 2012-214 arasında İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Genel Sekreteri olarak görev yaptı. Çalışma alanları sağlık teknolojileri, sağlık bilişimi, iletişim teknolojileri, sağlık yönetimi olan Birinci, e-Nabız, Tele-Tıp ve Sağlık Yönetim Sistemi gibi kamu e-sağlık projelerini kurgulamış ve hizmete alınmasına liderlik etmiştir. Dr. Birinci, 2014 yılı Mayıs ayından beri Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevini sürdürmektedir.

Politik kararların oluşma süreçlerinde ülkelerin uzun vadeli ekonomik durumlarının sonuçları ve kararların oluşma zaman dilimlerindeki konjonktürel finansal göstergelerinin mutlak surette etkisi vardır. Her ne kadar politik kararların farklılığı hükümet etme pozisyonundaki yapıların temel siyasi bakış açılarına göre farklılık gösterse de politik karar oluşturma süreçlerine etki eden faktörler ve göstergeler, siyasi bakış açısı farklılıklarına rağmen tüm siyasi aktörlerin mecburi ortak algılar ile muhatap olmasına sebep olmaktadır. Küresel ekonomik alanın gittikçe kuşatıcı hale gelmesi ve ideolojik argümanları tamamen yok etmesi, politik söylemlerin finansal konulara bakış açısının farklılığını olabildiğince daraltmıştır. Politik yaklaşımları son derece farklı olan hükümetlerin finansal politikalar gündeme geldiğinde neredeyse aynı düzlemde bir araya gelme gerçeği, yüzyılın tek bir ekonomik modele doğru sürüklendiği tezini güçlendirmektedir. Farklı bakış açılarına sahip olsalar dahi reel politika üreten siyasi otoritelerin toplumların temel ihtiyaçlarına karşılık ürettikleri çözümler, söylemler farklı olsa da uzun vadede bakış açılarının benzeştiği hususunu delillendirmektedir. Toplumun temel ertelenemez ihtiyaçlarından olan alt yapı yatırımlarının gerçekleştirilmesinde kullanılacak finansal kaynakların temini hususu gündeme geldiğinde,

siyasal otoritelerin tamamını bekleyen cevaplanması gereken onlarca soru ortaya çıkmaktadır. Altyapı finansmanı hususunda farklı siyasal anlayışların gündemlerine oturan soruların aynılığı, cevapların da mecburen benzetmesine yol açmaktadır. Çünkü temel soru, “*Alt yapı finansmanına harcayacak kaynağı nereden bulacaksınız?*” sorusudur.

Gelişmekte olan ülkelerde toplumun sosyal ihtiyaçlarının yanında altyapı yatırımlarının da toplumsal beklentiler yüzünden hükümetleri zorladığı gerçeği bilinmektedir. Ülkemizde de altyapı yatırımlarının finansmanı konusu uzun yıllar boyunca çözümlenmeye çalışılmış, farklı siyasal aktörlerce geliştirilen çözümler uygulamaya konulmuştur. Cumhuriyet tarihi boyunca gündemden düşmeyen siyasal istikrarsızlık ekonomik alanı sürekli bozmuş ve ülkenin finansal yeterliliklerinin sorgulanmasına sebep olarak uluslararası ekonomik alanın etkili bir oyuncusu olmasını engellemiş, borçluluk sarmalından kurtulamadığı için de altyapı finansmanına yeteri kadar kaynak bulamamıştır. Geleceği planlayan büyük çaplı altyapı yatırımlarının “hazine öz kaynaklarıyla” yapılamadığında hazine garantili borçlanma kabiliyetlerinin geliştirilmesine yönelik model arayışları söz konusu olmuştur. Model arayışları çerçevesinde küresel ekonomik alanın uyguladığı alt yapı finansman modellerinden olan ve genel olarak “kamu özel

ortaklıkları” üst terminolojik kavramı ile özdeşleşen yaklaşım benimsenmiş, enerji, ulaştırma sektörlerinde “yap-işlet devret” gibi modellerle hayata geçirilmeye çalışılmıştır. Bu tarz modellerde temel şart olan “siyasal kararlılık ve istikrar” uzun vadede başarılı örneklerin yanında başarısız ve kamu maliyesini bozma riskini de getiren örnekler oluşmuştur.

Günümüzde altyapı yatırımları, yatırımlara ayrılan geleneksel kamu fonlarının büyük bir kısmını tüketmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerin altyapı yatırımlarını gerçekleştirmek için gerekli finansman ihtiyacı, son yıllarda kullanımı yaygınlaşan kamu-özel ortaklığına (KÖO) olan ilgiyi artırmaktadır. Kamu bu yolla en azından mali imkânsızlıklar nedeniyle gerçekleştiremediği yatırımların yapılmasının yolunu açmaktadır. Geçmiş tecrübeleri iyi okuyan ve “alt yapı finansmanının nasıl karşılanacağı sorusu” ile muhatap olan son dönem siyasal otoritesi de 2002 ve sonrası dönemdeki mevcut konjonktür şartları altında mecburen alt yapı finansmanında farklı arayışlara girmiştir. Öncelikle sosyal sektörlerden olan sağlık alanında hastane yatırımlarını hızla yapmak ve toplumun sağlık altyapısı alanındaki beklentilerini karşılamak üzere daha önce hiç uygulanmamış olan “sağlıkta kamu özel ortaklığı modeline” yönelik hukuki altyapı oluşturma girişimine başlamıştır.

Genel anlamda KÖÖ; “bir sözleşmeye dayalı olarak yatırım ve hizmetlerin, projeye yönelik maliyet, risk ve getirilerinin, kamu ve özel sektör arasında paylaşılması yoluyla gerçekleştirilmesini” ifade etmektedir. Ülkemizde kamu özel ortaklığı çalışmalarının geçmiş kronolojisine bakmak gerekmektedir ki geldiğimiz noktanın bugünle beraber dünün de sonucu olduğu gerçeğini gözden kaçırmayalım. Bu yöntemi klasik yöntemlerden ayıran en önemli özellik, özel sektörle işbirliğinin sadece inşaat aşamasında değil işletme aşamasında da devam etmesi ve özel sektör inşaat ve işletme sinerjisinin oluşturulmasıdır. Geleneksel anlayışta kamu hizmetlerinin ve bazı malların kamu tarafından üretilmesi anlayışı hâkim iken, bu faaliyetlere özel sektörün katılımı son yıllarda artan bir hız kazanmaktadır.

Özel sektör bu faaliyetlere çeşitli şekillerde katılabilmektedir. Özel sektörün çeşitli başlıklar altında kamunun mal ve hizmet üretimine destek olduğu bu uygulamalar, kamu-özel ortaklığı işbirliği olarak adlandırılmaktadır. Ülkemizde uygulanmakta olan yap-işlet-devret, yap-işlet, işletme hakkı devri ve yap-kirala gibi modeller, KÖİ uygulamalarının birer örneğidir. KÖÖ modeli başlangıçta, ülkelerin altyapı yatırımlarının karşılanması için ihtiyaç duyulan finansmanı sağlamak üzere başvuru bir yol olarak görülürken, günümüzde özel sektörün verimli işletmecilik becerilerinden yararlanılacağı, kamunun ise yatırımların koordinasyonu, genel planlama, denetleme ve politika belirleme gibi alanlarda odaklaşmasının sağlanacağı bir model olarak kabul edilmektedir. KÖÖ projeleri için kullanılması gereken fonların büyüklüğü, finansmanı, projelerin tasarımı, inşaatı ve işletilmesi konularında karşılaşılan güçlüklerin yanı sıra, bu tür projelerin sahip olduğu karmaşık yapılar kamu yönetiminin karar ve uygulama aşamalarında önemli bir çalışma altyapısının kurulmasını zorunlu kılmaktadır. Bu amaçla çeşitli ülkeler mevzuatlarını KÖÖ modeline uygun şekilde güncelleştirme yoluna gitmişler ve sadece KÖÖ projelerine yönelik faaliyet gösteren özel birimler kurmuşlardır. AB ülkelerinin bireysel performanslarına bakıldığında KÖÖ modelini uygulama konusunda İngiltere’nin yanı sıra Fransa, İspanya ve Almanya’da KÖÖ pazarı geliştirilerek çeşitlendirilmiştir.

Ülkemizde mevcut altyapının iyileştirilmesinin yanında ilave altyapı yatırımlarının hayata geçirilmesi yönündeki ihtiyaç sürekli artmaktadır. Artan nüfus ve şehirleşme, gelişen ekonomik ve ticari faaliyetler altyapı yatırımlarına olan ihtiyacı beraberinde getirmektedir. Bununla birlikte, mevcut altyapımız hem yoğunluk hem de standartlar bakımından gelişmiş ülkelerdeki seviyenin altındadır.



Ülkemizde 1994 yılında çıkarılan 3996 sayılı “Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli ile Yapılması Hakkında Kanun” ile yaygınlaşan ve otoyollardan havaalanlarına, yat limanlarından gümrük kapılarına kadar pek çok farklı sektörde başarıyla uygulanan KÖÖ projeleri, 2002 sonrası hükümet politikaları ile 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” kapsamında yap-kirala modeli ile gerçekleştirilecek entegre sağlık kampüsleriyle yeni bir boyut kazanmıştır.

Ülkemizde, 3996 ve 3359 sayılı Kanunlar kapsamında bugüne kadar, toplam 137 proje için Yüksek Planlama Kurulundan (YPK) yetki alınmıştır. Yetki alınan 137 projeden 42’sinin uygulama sözleşmesi imzalanmıştır. 42 projenin 29 tanesi işletmede olup kalan 13’ünün yapımına devam edilmektedir. Uygulama sözleşmesi imzalanan projeler içinde sayı bakımından yat limanları ilk sırada yer alırken, havaalanları ve gümrük tesisleri yat limanlarını izlemektedir. Son 3 yıllık süreç içerisinde ise 19 projeye YPK’dan en fazla yetki alan sektör, entegre kampüsleri inşasıyla hizmetlerini daha modern koşullarda sunmayı amaçlayan sağlık sektörüdür.

Projelerin modellere göre dağılımına bakıldığında ülkemizde en yaygın olarak kullanılan KÖÖ modelinin 83 projeye yap-işlet-devret olduğu görülmektedir. İşletme hakkı devredilen projeler %34’lük

Kamu-özel ortaklığı modeline muhalif olan yapılar, modelin bir özelleştirme olduğu tezini işlemişlerdir. Küresel olarak da bilinir ki KÖÖ modeli ideolojik köken olarak sosyalist ekonomi modelinin savunucuları tarafından dahi bir özelleştirme yaklaşımı olarak değerlendirilmemektedir. KÖÖ modeline ve özellikle yüksek yatak kapasiteli entegre sağlık kampüslerine bazı çevrelerin karşı oluşlarının temelinde özel sektör hastaneciliğinin kendi çıkarlarını koruma içgüdüsüne dayalı lobicilik faaliyetleri yatmaktadır.

pay alırken, yap-işlet modeli ile elektrik üretimi için inşa edilen doğalgaz çevrim santralleri dışında yap-işlet modelinin kullanılmamış olduğu görülmektedir. Şu anda ihale aşamasında olan entegre sağlık kampüsü projelerinin hayata geçmesiyle birlikte yap-kirala modeli toplam içerisindeki payını artıracaktır. Bahsi geçen KÖO modellerine ilişkin yasal mevzuatta zaman içerisinde güncellemeler yapılmış olup KÖO modellerine ilişkin 2007-2011 dönemindeki mevzuat değişiklikleri aşağıdaki şekilde özetlenebilir.

1) 3996 sayılı *Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapılmasına Hakkında Kanun*'a 2008 yılında eklenen bir madde ile YİD modelinde "katkı payı" uygulamasına geçilmiştir. Yapılan bu değişiklikle, üretilen mal veya hizmetin bedelinin kullanıcıları tarafından tamamen veya kısmen ödenmesinin mümkün olmadığı yatırımlarla ilgili YİD projelerinde kamu kesimi tarafından görevli şirkete katkı payı verilebileceği düzenlenmekle birlikte; katkı paylarının hangi esaslara göre, nasıl verileceği belirtilmediğinden katkı payının uygulanma imkânı olmamıştır. Bu sebeple 6111 sayılı Kanun, katkı payına ilişkin esasların Kalkınma Bakanlığınca tespit edilerek Bakanlar Kuruluna sunulması hususunu düzenleyerek katkı payının uygulanabilirliğini sağlamayı amaçlamıştır. Bu çerçevede 2011 yılında revize edilerek yeniden düzenlenen ve 11.06.2011 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan 2011/1807 sayılı 3996 sayılı *Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapılmasına Hakkında Kanunun Uygulama Usul ve Esaslarına İlişkin Bakanlar Kurulu Kararı* ile katkı payının esas ve usulleri belirlenmiştir.

2) 25.02.2011 tarihinde yayımlanan 6111 sayılı Kanun ile daha önce YİD uygulama sözleşmeleri için alınması gereken YPK onayı aşaması kaldırılmıştır. Artık idareler uygulama sözleşmelerini YPK onayına sunmayacaktır. Bunun yerine idarenin bağlı ya da ilgili olduğu Bakanın onayına sunacaklardır. Böylece iki aşamalı olan YPK süreci tek aşamaya inmiştir. Ayrıca yeni düzenlemeye göre, YİD projeleri için idareler, *Kamu İhale Kanunu*'na tabi olmaksızın müşavirlik hizmeti alabileceklerdir. Böylece, daha nitelikli dokümanların daha kısa sürelerde hazırlanması suretiyle uygulamanın kolaylaştırılması amaçlanmaktadır. Bir diğer değişikliğe göre, kamu kurumlarına ya da Hazineye ait taşınmazlar için kullanım bedeli ve hâsılat payı alınmayacak ve ilgili projenin sahibi olan idareler özel sektöre talep garantisi verebileceklerdir. Bu değişikliklerle YİD projeleri yatırımcılar için daha cazip hale getirilmeye çalışılmaktadır.

11.06.2011 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan 2011/1807 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile 3996 sayılı *Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapılmasına Hakkında Kanunun Uygulama Usul ve Esaslarına İlişkin Bakanlar Kurulu Kararında* değişiklik yapılmıştır. Bu değişiklikle bir yandan 6111 sayılı Kanunla getirilen değişiklikler karara yansıtılırken, diğer yandan karar, günün ihtiyaçları dikkate alınarak revize edilmiştir. Bu çerçevede KÖO projelerinin hazırlanması, değerlendirilmesi, onaylanması ve uygulanması sürecinde görev alan kamu kurumlarının görevi yeniden tanımlanmıştır. Buna göre;

- Kalkınma Bakanlığı; proje stokunun kalkınma planları, programlar, sektörel stratejiler ile uyumluluğunu sağlayacak tedbirleri almak, YİD projelerini izlemek, değerlendirmek ve taraflar arasındaki koordinasyonu sağlamak,
- Maliye Bakanlığı; merkezi yönetim bütçesi kapsamındaki kamu idareleri tarafından taahhüt edilen mali yükümlülükleri izleyip değerlendirerek kamunun mali yükümlülüklerinin merkezi yönetim bütçesiyle uyumlu olmasını sağlamak,
- Hazine Müsteşarlığı; idareler tarafından görevli şirketlere verilen taahhütlerin kamuya muhtemel mali yükünü hesaplayarak riskleri ve paylaşımını değerlendirmekle ilgili iş ve işlemleri yerine getirmek konularında görevlendirilmişlerdir.
- Uygulayıcı kuruluşların ise "projenin teknik, finansal, ekonomik, çevresel, sosyal ve hukuki açılarından yapılabilirliklerini analiz eden, öngörülen katkı payı ve garantiler de dâhil olmak üzere risk analizlerini ve paylaşımını içeren ve yatırımın geleneksel tedarik yöntemleri yerine YİD modeli ile hayata geçirilmesinin gerekçesini karşılaştırmalı ekonomik ve finansal analizlerle ortaya koyan ön yapılabilirlik etüdü raporu" ile YPK'ya yetki başvurusunda bulunacakları belirtilmiştir. Böylece projelerin daha nitelikli bir şekilde hazırlanmasının yolu açılmıştır.

3) 31.03.2012 tarihli ve 6288 sayılı *Katma Değer Vergisi Kanunu ile Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapılmasına Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun* ile 2023 yılına kadar 3996 ve 3359 sayılı kanunlar kapsamında gerçekleştirilmesi planlanan KÖO projeleri ihale edilirken, projeyi üstlenen firmaların proje kapsamında inşaata yönelik olarak yaptığı mal ve hizmet teslimleri ile anılan sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığına kiralanmasının katma değer vergisinden müstesna olması hususu düzenlenmiştir. Yine aynı Kanunla YİD modelinde "kredi üstlenimi" hususu düzenlenerek yasal zemine kavuşturulmuştur.

Bu düzenleme ile "Görevli şirket ile

yapılacak sözleşmede, sözleşmenin feshedilerek yatırım ve hizmetin süresinden önce ilgili idare tarafından devralınması halinde, görevli şirket tarafından temin edilen dış finansmanın, gerçekleştirilmiş yatırım ve hizmetlere ilişkin kısmının idare tarafından üstlenilmesine, gerçekleştirilmemiş yatırım ve hizmetlere ilişkin kısmının ise idarenin talebine bağlı olarak kullanılabileceğine ilişkin hükümlere yer verilebilir." Esası getirilmiş ve yine maddenin 2'nci fıkrası ile "Genel bütçe dışındaki kamu kurum ve kuruluşları ile bağlı ortaklıklar ve mahalli idareler tarafından gerçekleştirilen yatırım ve hizmetlere yönelik sözleşmelerin feshedilerek yatırım ve hizmetin süresinden önce ilgili idareler tarafından devralınması halinde, yatırım ve hizmetlerin finansmanı amacıyla temin edilen dış finansmanı üstlenmeye söz konusu idare yetkilidir. Bu idarenin, özel bütçe kapsamında olması halinde, söz konusu dış finansmanın, ilgili idarenin bağlı olduğu Bakanlığın teklifi üzerine ilgili idare tarafından ya da ilgili idarenin bağlı olduğu Bakanın talebi Hazine Müsteşarlığının bağlı olduğu Bakanın teklifi üzerine Hazine Müsteşarlığı tarafından üstlenilmesine karar vermeye Bakanlar Kurulu yetkilidir" şeklinde düzenlenme yapılarak Hazinesin YİD modelinde kredi üstlenimine imkân sağlanmıştır.

4) Yeni sağlık tesislerinin planlanması, bölgesel ihtiyaçların belirlenmesi, yeni yatırımların nasıl finanse edileceğine yönelik alternatif çözüm yollarının araştırılması, daha kaliteli, etkili ve hızlı sağlık hizmeti sunumu için yerli ve/veya yabancı özel sektör kaynaklarının belirlenecek ekonomik aktörlerle teşvik edilerek sağlık yatırımlarına yönlendirilmesi, yatırım ihtiyaçlarının kısa, orta ve uzun vadeli olarak tespit edilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

5) Sağlık sektöründe kamu-özel ortaklığı finansman yönteminin uygulanması ile riskin paylaşılması, her kesimin en iyi bildiği işi yapması, sağlık tesisi faaliyetine geçirilinceye kadar kamu adına herhangi bir maliyet üstlenilmemesi, ödenek yetersizliği nedeniyle kamuda ortalama 8-10 yılı bulan bina yapım süresinin kısaltılması ve kısıtlı kamu kaynakları üzerindeki yatırım yükünün kira bedeli ödeme düzeyinde uzun yıllara yayılması gibi temel unsurları ve avantajları içeren, uygulamanın esasını Kamu-Özel Ortaklığı Finansman Modeli (KÖO)'nın oluşturduğu ve birçok uygulama alternatifi bulunan modeli esas alan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa bir madde ekleyen 5396 sayılı Kanun 15 Temmuz 2005 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

6) Sağlık alanındaki çalışmalarda önemli hukuki araçlardan olan Bakanlar Kurulu

Kararı; Bakanlar Kurulu'nca 03.07.2006 tarihinde kararlaştırılan ve 22 07 2006 Tarih ve 26236 Sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Yönetmelikte; kamu özel ortaklığı ile sağlık tesisi yapımı safhasında uyulması gereken usul ve esasları belirleyen söz konusu yönetmeliğin amacı, "3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 7'nci maddesi uyarınca; yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine 49 yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılmasına, bu amaçla Maliye Bakanlığınca Hazineye ait taşınmazlar üzerinde gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri lehine bedelsiz olarak 49 yıla kadar bağımsız ve sürekli nitelikli üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesine; kira bedeli ve kiralama süresinin tespitine, sağlık tesislerindeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesine, ihale yöntemlerine, isteklilerde aranacak niteliklerin belirlenmesine, sözleşmelerin kapsamı ve diğer hususlara dair usul ve esasları belirlemektir." şeklinde tanımlanmıştır.

7) Sağlık alanında yapılan son mevzuat düzenlemesi ile 3359 sayılı Kanunun Ek 7.maddesi çerçevesinde hazırlanan ve Bakanlar Kurulu Kararı eki Yönetmelik olarak yayımlanan uygulama usul ve esasları yönetmeliği kanunlaştırılarak TBMM de kabul edilmiş ve 6428 sayılı "Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" adıyla yürürlüğe konulmuştur.

KÖO'ların altyapı finansman çözümünün uzun vadeye yayılarak sağlık alanında kullanılmasının temel getirileri şu şekilde sıralanabilir:

- Altyapı temininin hızlandırılması: KÖO'lar, genellikle kamu sektörüne gelip geçici sermaye harcamalarını devam etmekte olan hizmet ödemeleri akışına dönüştürme imkânı sağlamaktadır. Bu da projelerin, kamu sermayesinin erişilebilirliği kısıtlandığında (ya kamu harcamalarının durdurulması ya da yıllık bütçe devirleri tarafından) devam etmesini ve bu suretle çok gerekli yatırımların ortaya çıkmasını sağlamamıştır. Daha hızlı uygulama - tasarım ve inşaa sorumluluğunun özel sektöre tahsisi ile birlikte hizmetin var olmasına bağlanan ödeme özel sektörün ana projeleri daha kısa bir yapım süresi çerçevesinde teslim etmesi için önemli bir teşvik teşkil etmektedir.

- Toplam ömür giderlerinin azalması: İşletim ve bakım hizmeti şartı gerektiren KÖO projeleri, geleneksel kamu sektörü bütçe sınırları içerisinde ulaşılması zor olan bir şeyi, projenin toplam ömrü süresince giderlerin en aza indirgenmesi için özel sektöre güçlü bir teşvik sağlar.

- Daha iyi risk dağılımı: Her KÖO'nin ana prensibi riski en az maliyet ile en iyi yönetebilecek tarafa tahsis etmektir. Burada amaç en iyi değere ulaşabilmek için risk transferini azamileştirmekten ziyade faydalı duruma getirmektir.

- Performansın daha iyi teşvik edilmesi: Proje riskinin tahsisi özel sektör yükleniciyi verilen bir proje içerisinde yönetim ve performansını geliştirmeye teşvik etmelidir. Çoğu KÖO projeleri altında özel sektör yükleniciye tam ödeme ancak devam etmekte olan bazda gerekli hizmet standartlarının sağlanması durumunda yapılmaktadır.

- Hizmet kalitesinin artması: Uluslararası deneyim KÖO altında ulaşılan hizmet kalitesinin genellikle geleneksel alım ile elde edilenden daha iyi olduğunu önermektedir. Bu da hizmetlerin destekleyici varlıklar, gelişmiş ölçek ekonomileri, hizmet tesliminde yeniliklerin sunulması ya da doğal olarak KÖO sözleşmelerine dâhil edilen performans teşvikleri ve cezaları ile daha iyi birleştirildiğini göstermektedir.

- İlave gelirlerin üretilmesi: Özel sektör üçüncü taraflardan ek gelirler oluşturabilir ve dolayısıyla gerekli herhangi bir kamu sektörü yardımının maliyetini düşürebilir. Ayrıca yedek kapasitenin kullanımından ya da kalan safi mevcutların tasfiyesinden ilave kazanç sağlayabilir.

- Kamu yönetiminin güçlenmesi: Kamu hizmeti verme sorumluluğunun transferi ile devlet yetkilileri düzenleyici olarak görev yapacak ve kamu hizmetlerinin günlük temin yönetimi yerine hizmet planlama ve performans denetimi üzerinde yoğunlaşacaktır. Ayrıca kamu hizmetlerinin rekabete açılmasıyla verilen paranın en iyi karşılığının alınması için KÖO'lar kamu hizmetlerinin maliyetini pazar standartlarına göre değerlendirilmesini sağlayacaktır.

Şehir hastaneleri

- İçerisinde tıbbın temel bilim dallarını, kendi içinde uzmanlaştıran kadroları ve özgün fonksiyonel mekânları barındıran ve aynı zamanda diğer birimlerle yakın ilişki içerisinde tıbbî araştırma ve çalışmaların yürütüldüğü,

- Bünyesinde farklı alanlarda uzmanlaşmış ihtisas hastanelerinin, Ar-Ge laboratuvarları ve merkezlerinin, teknopark, sosyal tesislerin, otel, alışveriş merkezi, konaklama ve açık alan kullanımlarını bir bütün olarak barındıran,

- Eğitim, ticaret, dinlenme, spor, dini

KÖO konusu, ülkemizde akademik çevrelerde hala tam olarak anlaşılamamış ve doğru anlaşılması yönünde de yeteri kadar kurumsal kapasite oluşturulamamıştır. Geldiğimiz noktada hala Sağlık Bakanlığının diğer ülke örneklerinde olduğu gibi ilgili diğer hiçbir kurumun desteğini tam olarak alamamadan projeleri bu noktaya kadar getirmiş olmasının başarı olarak görülmesi gerektiği gerçeği göz ardı edilmekte ve Bakanlık çalışmaları ideolojik yaklaşımlarla baltalanmaya çalışılmaktadır.

hizmetler gibi pek çok farklı türdeki hizmetleri sunan farklı işlevsel alanlarla daha nitelikli hizmetleri verebilen sağlık kompleksleridir.

Mevcut durumda uygulamada olan KÖO Kanununun uygulama aşamalarındaki sorumluluk alanlarının dağıtımında Bakanlıkça;

- Arsa temin edilerek, temin edilen arsaların imar işlemleri, tapu tescil ve tahsis işlemleri ile zemin etüdünün yapılması,
- Yapılacak tesisin ön (avan) projelerinin hazırlanması,

- Yapılacak tesise ait fizibilite etüdünün yapılarak hazırlanan raporun Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı kanalı ile Yüksek Planlama Kurulu'na gönderilmesi ve Kurulca onaylanması sürecinin takibi işlemleri,

- İşin sözleşmesinin ve ihale dosyasının hazırlanarak ihale edilmesi,

- İnşaa edilen sağlık tesisindeki tıbbî hizmet alanlarının kullanımı ve işletilmesi,
- Sözleşmede belirlenen süre ve miktarda kira ödenmesi,

Özel sektör tarafından ise;

- Avan projelere göre sözleşme hükümleri doğrultusunda uygulama projelerinin hazırlanması,

- Projelere uygun olarak tesisin inşası,
- İnşaa edilen sağlık tesisinde yapılan sözleşme hükümlerinde belirlenen

tıbbî hizmet alanları dışındaki alanların kullanımı ve işletilmesi,

- Sözleşmede belirlenen süre sonuna kadar yine belirlenen şartlar doğrultusunda tüm tesisin bakım ve onarımının yapılması,

Anayasa'nın 56'ncı maddesinde; herkesin bedensel, ruhsal, toplumsal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde yaşaması temel bir hak olarak vurgulanmaktadır. Bu çerçevede, ülkenin sağlık şartlarının geliştirilmesi, kişinin ve toplumun sağlığına zarar veren etkenlerle mücadele edilmesi ve sağlık hizmetlerinin halka daha kolay ulaşılabilirliğinin sağlanması gerekmektedir.

6428 sayılı Kanunun amacı; ihale ile özel hukuk hükümlerine göre, kamu özel iş birliği modeli çerçevesinde; Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca yapılmasına ihtiyaç duyulan tesislerin ön proje, ön fizibilite raporu ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, Hazine'nin özel mülkiyetindeki taşınmazlar üzerinde sözleşmede belirtilen sabit yatırım dönemi hariç otuz yılı geçmemek üzere bağımsız ve sürekli nitelikte üst hakkı tesis edilmek suretiyle yaptırılması, mevcut tesislerin yenilenmesinin sağlanması ve bu projeler için alınacak danışmanlık, araştırma-geliştirme hizmetleri ile ileri teknoloji ya da yüksek mali kaynak gerektiren bazı hizmetlerin gördürülmesine ilişkin usul ve esasları belirlemek olarak öngörülmüştür.

Özel sektör kaynaklarının ve yeteneklerinin kamunun kaynakları ve yetenekleri ile harmanlanma olanaklarının keşfedilmesiyle birlikte, KÖO uygulamasının temelleri/kuralları son yıllarda gelişmeye başlamıştır. Başlangıçta otoyol, yol ve diğer alt yapı çalışmalarına yönelik uygulamaya konulan KÖO yatırım modeli, sosyal alt yapı çalışmaları olan okul ve hastane yapımı konularında da uygulanmaya konmuştur. Yeni sağlık tesislerinin planlanması, bölgesel ihtiyaçların belirlenmesi, yeni yatırımların nasıl finanse edileceğine yönelik alternatif çözüm yollarının araştırılması, daha kaliteli, etkili ve hızlı sağlık hizmeti sunumu için yerli ve/veya yabancı özel sektör kaynaklarının belirlenecek ekonomik aktörlerle teşvik edilerek sağlık yatırımlarına yönlendirilmesi, yatırım ihtiyaçlarının kısa, orta ve uzun vadeli olarak tespit edilmesine ihtiyaç duyulmuştur. Sağlık Bakanlığının KÖO modeli ile altyapı yapma kabiliyetlerini geliştirme niyetinin temelinde; 2002 yılının ekonomik koşulları yani T.C. Hazinesinin iç ve dış borçlanma kabiliyetlerinin zayıflığı, Maliye bütçesinde alt yapı finansmanına ayrılacak kaynakların son derece sınırlı oluşu ve mevcut kaynaklarla başlanılan yatırım portföyünün o günkü siyasal yaklaşımlardan dolayı zirvede oluşu gibi sebepler yer almaktadır.

Modele muhalif olan yapılar, modelin bir özelleştirme olduğu tezini işlemişlerdir. Küresel olarak da bilinir ki KÖO modeli, ideolojik köken olarak sosyalist ekonomi modelinin savunucuları tarafından dahi bir özelleştirme yaklaşımı olarak değerlendirilmemektedir. Özelleştirme yaklaşımlarında bir devlet mülkü olan yatırım, devletin işletme beceriksizliklerinden kaynaklanan sorunların aşımı ve liberal ekonomi teorisinin baskıları ile özel sektöre devri ilkesine dayanırken, KÖO modelinde tam tersine devletin uzun vadeli borçlanma ile mülk edinmesi ve mülkün sahibi olması gerçeğine dayanır. KÖO modeline ve özellikle yüksek yatak kapasiteli entegre sağlık kampüslerine bazı çevrelerin karşı oluşlarının temelinde özel sektör hastaneciliğinin kendi çıkarlarını koruma içgüdüüne dayalı lobicilik faaliyetleri yatmaktadır.

Yıllarca ihmal edilmiş olan sağlıkta kamu tarafının fiziksel altyapı ihtiyacının çözülmesinde alternatif finanslama tekniği olarak KÖO modellerinin kullanılması, siyasal yelpaze farklılıklarını mecburen aynı potada eriten ve her siyasal yaklaşımın belki de mecburen seçmesi gereken bir yöntemdir diye düşünülebilir. Bakanlıkta son derece az imkân ve kadroyla başlatılan KÖO çalışmaları Bakanlık içinde hiçbir idari yapılanması olmayan bir konu olarak çalışılmaya başlanmış, daha sonra Kanun ile Bakanlık teşkilatı içine KÖO Daire Başkanlığı Müstakil Başkanlık olarak kurularak göreve kurumsal bir çatı ile devam edilmesi imkânı oluşmuştur. O günün yokluklarından bugünün temeli atılmış devasa sağlık kampüslerinin yükselmeye başlamış olması tüm gecikmelere ve eksikliklerine rağmen takdir edilmesi gereken bir aşamadır. Başarılı dünya örneklerinde KÖO modelinin uygulama aşamalarında çok sayıda devlet kurumu entegre olarak bir arada çalışmaktayken, Sağlık Bakanlığı entegre çalışma konusunda diğer ilgili kurumlardan gerekli desteği yeterli olarak alamamıştır. Bakanlık bir yandan yeni projelerin şartname ve sözleşme taslakları gibi temel dokümantasyon çalışmalarını yürütürken bir yandan da inşaatı bitmek üzere olan projelerin nasıl yönetileceğine dair çalışmalarını yoğunlaştırmakta ve en uygun alan yönetim ve ortak işletme modeli arayışını sürdürmektedir.

Sağlık Bakanlığı hizmet sunumu için gerekli fiziksel kapasitenin tesisi için mevcut altyapı finansman kaynaklarının dışında alternatif uzun vadeli finansman çözümü yöntemi olarak KÖO yaklaşımını benimsemiştir. Bu çerçevede yapılan analizler ile bulunduğu şehir ve bölge ölçeğinde hizmet verebilecek yeterlikte "entegre sağlık kampüsleri" (şehir hastaneleri) projelerini tasarlamış ve hayata geçirmek üzere çalışmalarını ger-

çekleştirmiştir. Mevzuat çalışmalarının gerçekleştirilme periyodunun uzunluğu ve dönemsel olarak değişen yönetim anlayışlarına ve sektörel değişkenliklere rağmen çalışmaların devamlı aynı ekseninde devam ettiği gözlenmektedir. Bu mecburi bir istikamet olarak yönetimlerin alt yapı finansmanına farklı alternatiflerle uzun vadeli ve sürdürülebilir çözüm bulma arayışlarının neticesidir.

Kamu özel ortaklıklarının sağlıkta sektöründe uygulanabilirliği hususu 2002 sonrası dönemde Bakanlıkça yoğun olarak tartışılmış bu tartışmalar ancak 2005 yılında hukuki altyapının ilk basamağı olan Sağlık Hizmetleri Kanununa yapılan Ek 7'nci madde enjeksiyonu ile somutlaşmıştır.

Ülkemizde KÖO konusunun, akademik çevrelerde sağlık sektöründe nasıl uygulanacağına dair temel bilgi düzeyinde dahi fikri mülahazalarının olmadığı bir döneme denk gelmesi dolayısıyla bu alan, o günlerde belki de hala tam olarak anlaşılamamış ve doğru anlaşılması yönünde de yeteri kadar kurumsal kapasite oluşturulamamıştır. Geldiğimiz noktada hala Sağlık Bakanlığının diğer ülke örneklerinde olduğu gibi ilgili diğer hiçbir kurumun desteğini tam olarak alamamadan projeleri bu noktaya kadar getirmiş olmasının başarı olarak görülmesi gerektiği gerçeği göz ardı edilmekte ve Bakanlık çalışmaları ideolojik yaklaşımlarla baltalanmaya çalışılmaktadır.

Bir diğer konu ise kavramsal alanda sürdürülen terminolojik kavram tartışmalarıdır. Projelerin adının Entegre Sağlık Kampüsü veya Şehir Hastanesi olmasının pratikte çok fazla anlamı yoktur. Kompleks bir yapı gibi anlaşılrsa da aslında tek bir amaç söz konusudur ki tek bir alan üzerinde farklı klinik servislere ve dal hastanelerine erişimin mümkün olması ve tek bir alanda ortak kullanım imkânlarının ve ortak insan kaynağı kullanımının mümkün hale getirilmesidir. Kompleks alanların yönetiminin zor olacağı iddiasının herhangi bir geçerliliği yoktur. Çünkü Bakanlık inşa edilen kampüslere yakın yatak kapasitesini mevcut durumda zaten yönetmektedir. Kamu tarafının yıllardır yaptığı tesis yönetme kabiliyetini yok saymak mümkün değildir.

Aslında odaklanması gereken konu, proje finansman yöntemleri ve borçlanma rakamlarıdır. Projelerin sözleşmelerinde kullanılan borçlanma maliyetleri ve vadeye göre geri ödeme rakamlarının küresel borçlanma rakamlarına göre yorumlanması meselesidir. Proje stoku ve sürdürülebilir geri ödeme kabiliyetinin gelecek on yıllarda kamu maliyesi üzerine getireceği yükler de dikkatle izlenmesi gereken bir alandır.

Şehir Hastanesi alanlarının yönetimi meselesine gelince Bakanlığın önündeki en önemli çözüm gerektiren alanlardan birisi de ortak hastane yönetimi modeli konusu olacaktır. Yönetim modelinin işletilebilmesi için öncelikle her iki tarafın sözleşme şartlarına azami riayet etmeleri gerekmektedir. Yönetim modelinin her iki taraftan kaynaklanacak ihtilafların yargı yoluna müracaat edilmeksizin haliyle imkân verecek usul ve esasları içeriyor olması gerekmektedir. Tasarım, yapım ve işletim süresinde KÖO'nun yönetiminde ve düzenlenmesinde kamu makamlarının kritik bir rolünün olduğu tartışmasızdır. Hem kalite hem de zamanlama itibarıyla sözleşme koşullarına uyulmaya devam edilmesini sağlamak için KÖO'lar etkili sözleşme denetim prosedürleri gerektirmektedir. İdareler sözleşme denetimi ve izlenmesi ile ilgili de proje özelinde mekanizmalar devreye sokmalıdır.

Sağlık Bakanlığının, sağlık sektöründe kamu-özel ortaklığı modeli ile genel hedefleri şunlardır:

1. Kalkınmanın ana unsurunu insan olarak gören bir anlayış çerçevesinde sağlık sektörüne ayrılan kısıt kaynakların zenginleştirilmesi ve çeşitli yöntemlerin bir arada yürütülmesi ile sağlık sektörüne olan yatırımların artırılması.
2. Kamu ve özel sektör kaynaklarının ülkenin ihtiyaçları doğrultusunda yönlendirilerek gereksiz yatırımların önüne geçilmesi ve kaynak dağılımında akılcılığın sağlanması.
3. Geleneksel yöntemlerle yapılan finansman yöntemlerine ek olarak yeni modeller geliştirmek ve sağlık sektörü yatırım olanaklarını artırmak.
4. Sağlık sektörü finansman açığını gidermek ve geleneksel yöntemlerle yapılan süreçleri kısaltarak maliyet etkili yöntemlere geçmek.
5. Sağlık sektörünün kendine has özellikleri dolayısıyla ile ve geleneksel yöntemlerin de buna katkısı ile 8-10 yıla ulaşan (özellikle büyük sağlık yatırımlarında; eğitim hastanesi, devlet hastanesi, araştırma merkezleri gibi vb.) inşaat sürelerini kısaltmak ve en kısa sürede hizmete açılmasını sağlamak.
6. Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve kaliteli verilmesini sağlamak. Hizmete ulaşmayı engelleyen süreçleri kısaltmak.
7. Sağlık tesislerinin inşası bitene kadar kamu kaynaklarının kullanılmaması ve ortaklık çerçevesinde riskin paylaşılması.

Sağlık sektörünün altyapı finansmanının sağlanmasında KÖO mevzuatının hazırlanması, hazırlanan mevzuata göre uygulama projelerinin hayata geçirilmesi süreci çok kolay olmamış, uygulamaya yönelik bazı sağlık kampüsü projelerinin yargı sürecine taşınması sürecin uzamasına ve uygulanan mevzuatın

değiştirilmesine sebep olmuştur. Ülke-miz yukarıda sıralanan KÖO mevzuat tecrübesine sahip olmakla birlikte sağlık sektörünün kendi içsel dinamikleri ve güçlükleri nedeniyle ilk uygulama örneklerinde zorluklar yaşamıştır. Sağlık Bakanlığı, gelinecek nokta itibarıyla hukuki süreçlerdeki sorunları aşmış ve KÖO alanında kurumsal kapasitesini geliştirme noktasında önemli atılımlar gerçekleştirmiştir. Hâlihazırda ihalesi tamamlanmış şehir hastaneleri projeleri hızla inşaat aşamasına geçmiş ve önümüzdeki yıllarda devreye alınmak suretiyle ülkemizin sağlık altyapı ihtiyacının çok önemli bir fiziksel altyapı ihtiyacını karşılamış olacaktır. Gelinecek noktadaki başarıda KÖO projelerinin başarı kriterleri içinde olmazsa olmazlarından sayılan “siyasi istikrar” olgusu son derece önem arz etmektedir. Şehir hastanelerinin başarı kriterleri siyasi kararlılık ve istikrar temel yaklaşımları yanında birçok başka faktörlerinde varlığına ve sürdürülebilirliğine dayanmaktadır. Bunlardan bazıları;

- Nitelikli ve kaliteli fizibilite etütleri hazırlanarak süreçte zeyilnamelere ihtiyaç duyulmaması,
- Projeye yönelik risklerin doğru olarak tanımlanması ve gerekli analizler sonucunda risklerin paylaşılması,
- Diğer kamu yatırımlarına ait fizibilitelerden farklı olarak, geleneksel yöntemler ile KÖO alternatifinin karşılaştırmalı analizlerinin yapılması,
- Yatırımcı kuruluşlarda bu analizlerin yapılmasına imkân verecek güçlü ekiplerin varlığı,
- Şeffaf ve rekabete dayalı ihale sistemi,
- Üst düzey (siyasi) karar vericilerin desteği,
- Merkezi koordinasyon biriminin varlığı, projelerin nitelikli bir izleme ve değerlendirme sistemi ile takibi ve raporlanması, olarak sıralanmaktadır.

Kamu idareleri KÖO projelerinin gerçekleştirilmesinde bazı hususlarda dikkatli davranmalı ve ilgili kurumların önerilerine daha kabullenici ve uygulayıcı yaklaşımlara bulunmalıdırlar.

1. KÖO uygulamalarında gelecekte küresel finans krizleri ve bunlara cevap olacak politikalar öne çıkacak ve KÖO pazarını etkileyecektir.
2. KÖO projelerine finans bulmak zorlaşacak, özellikle borç stoku şişkin olan ülkeler KÖO ile finansman bulma maliyetlerinde zorlanacaklardır.
3. Devlet garantili projelerde hazine borçlanma parametreleri olumsuz etkilenecektir.
4. Uzun vadeli finansman bulma imkânları gittikçe zaman içinde daha azalacaktır.

Sonuç

KÖO, yatırım ihtiyaçlarının giderilmesinde çok önemli bir araç olarak karşımızda bulunmaktadır. Ancak KÖO, geleneksel olarak gerçekleştirilen yöntemlerin ve yatırım programının bir alternatifi değil tamamlayıcısı olarak değerlendirilmelidir. KÖO projeleri açısından uzun vadede uluslararası piyasaların durumundan kaynaklanan sorunların başında finansman sorunları gelebilecektir. Dolayısıyla kamuyu aşırı risk altına sokmayacak şekilde destek araçlarının şekillendirilmesi önem arz etmektedir. Bu kapsamda KÖİ projelerinin öncelikli olarak değerlendirilmesi yapılarak yüksek finansman bulma potansiyeli olan projelere öncelik verilmesi faydalı olabilecektir. Kamu ve özel sektör açısından küresel kriz ortamında ihtiyaç duyulacak olan KÖO sürecini en iyi şekilde yönetecek donanıma sahip bir uzmanlık oluşturabilmesi önemlidir. Bütün projeler KÖO modeli için uygun değildir. Herhangi bir KÖO projesinin kamu için faydalı olabilmesi için öncelikle % 100 kamu finansmanlı bir projeye kıyasla eşit veya daha fazla harcama etkinliği sağlaması gereklidir. Diğer finansman ve işletme seçeneklerine göre harcama etkinliğini tam manasıyla değerlendirecek mekanizmaların kurulması ve büyük ölçekli KÖO projeleri hayata geçirilirken beraberinde bir süreçle KÖO uzmanlık kapasitesinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Söz konusu uzmanlık oluştuğunda; dünya KÖO proje örneklerinde, finansman anlaşmalarında veya KÖO sözleşmelerinde ortaya çıkan riskler karşısında anlaşmaların yenilenmesi, proje maliyetinin artması, kamunun ödemesi gereken garanti ve katkı paylarının artması ve kamunun ortaya çıkan maliyeti üstlenmek zorunda kalması, kamu bütçesini zorlayacak yükümlülüklerin ortaya çıkması veya projenin öngörülen tarihten daha sonra hayata geçmesi gibi olumsuz faktörlerin ortadan kaldırılması ya da azaltılması sağlanmış olacaktır.

Kaynaklar

CUTTAREE, V., *PPP in Roads and the Current Economic Crisis*, The World Bank, 2009.

EIB, *Public-Private Partnerships in Europe: Before and During The Recent Financial Crisis*,

EPEC, *Review of the European PPP Market in 2010*, European PPP Expertise Centre, 2011.

EPEC, *Review of the European PPP Market in 2011*, European PPP Expertise Centre, 2012.

European Investment Bank *Economic and Financial Report*, 2010.

T. C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı,

T.C. Kalkınma Bakanlığı

T.C. Sağlık Bakanlığı

Tıbbın geleceği hakkında mülahazalar

Prof. Dr. Gürkan Öztürk



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

Bilim ve teknolojiadaki gelişmelerin ürüne en hızlı dönüş-tüğü alanların başında tıbbi tanı ve tedavi yöntemlerinin geldiğini söylemek yanlış olmaz. Bir başka açıdan bakıldığında da tıp alanında kayda değer ne gelişme varsa, büyük oranda yeni teknolojilerin eseri olduğu görülmektedir. Ancak bu alan o derece geniş kapsamlı ve hızlı ki araştırmaların içinde bulunan bilim adamları dahi yenilikçi yöntemlerin kısa ve orta vadedeki uygulanabilirliğini kestirmekte yetersiz kalabiliyor. Bunlara dair küçük bilgi parçaları basın yayının eline geçtiğinde ise senede bir kaç kez kansere ilaç, Alzheimer'a çare bulunuyor, kök hücre ile organlar yenileniyor, diyabet tarihe karışıyor! Bu yazımızda 10 yıl içinde tanı ve tedavi alanında beklenebilecek muhtemel gelişmeleri eldeki verilere göre tahmin etmeye çalıştık.

Kanser daha iyi anlaşılacak

Her ne kadar uzun süreden beridir kanser patogenezi bildiğimizi düşünsek de son bir kaç yıl içinde başta epigenetik mekanizmalar ve tedaviye dirençli kök hücreler olmak üzere farklı bazı yeni aktörler klasik senaryoyu ciddi boyutta değiştirmektedir. Bu bağlamda bazı kanser türlerinde epigenetik müdahaleler, bazılarında ise tedaviye dirençli kök hücrelerin hedeflenmesi kür ya da ya da küre yakın tedaviye kavuşturabilecektir. Ancak kanserin katagorik olarak "yenilmesi" gerçekçi bir beklenti değildir. Tam aksine artan çevresel kirlenimler, yapaylaşan gıda kimyası ve doğal olmayan yeme alışkanlıkları ve yaşlı nüfustaki artış kanser insidansında artışı beraberinde getirecektir.

Öte yandan kanser biyolojisini kesinlikle

çok daha iyi anlar hale geleceğiz. Buna en kuvvetli ivmeyi kanseri bir sistemik hastalık olarak kabul edip eldeki tüm teknolojileri bu sistemi çözmek için bir araya getirme yaklaşımı verecektir. Bu yaklaşımın özünü ise süper bilgisayarlar desteğindeki biyoinformatiğin-omics verilerini meczedip yorumlaması oluşturacaktır.

Bu hastalığa sistemler biyolojisiyle yaklaşım genel kabullerin yanı sıra her hastayı tek tek ele almayı, dolayısıyla kişiselleştirilmiş tıbbi zorunlu hale getirecektir. Böylece tıbbın çok yaygın mottosu "hastalık yoktur hasta vardır", kanser için bir hatırlatmanın ötesinde bir zorlama haline gelecektir. Ancak bu kapsamlı yaklaşım, özellikle tanı ve en uygun tedavi yönteminin belirlenmesi sürecini son derece maliyetli hale getirecek, bu ise yaygınlaşmasını sınırlandıracaktır. Omics verilerinin patlama yapması ile kanser tedavisinde yeni pek çok ilaç beklenebilir. Bunların çoğunluğu protein yapıda agonist ve antagonistler ve muhtemelen çoğunlukla da antikör yapıda olacaktır. Tüm bu gelişmelerin kanserli hastaların beklenen yaşam sürelerini arttıracaklarını tahmin etmek zor değildir. Özetle önümüzdeki on yıl içinde kanseri daha iyi anlayacağız ve mücadelede bazı mevziler kazanacağız. Ancak kesin galibiyet ufukta gözüküyor.

Organ nakli ve yapay organlarda devrim yakın değil

Bu alandaki iyimser medya yaklaşımına rağmen önümüzdeki on yıl içinde çok büyük gelişmeler beklenmiyor. Fazla iyimser beklentiler temel olarak birkaç yeni teknolojiye neşet buluyor. Birincisi genetik manipülasyonla hayvanlarda "insanlaştırılmış" dokuların üretilmesi.

Henüz küçük hayvan modellerinde kavramsal olarak başarılabilen bu yöntemin büyük hayvanlarda hastalar için sipariş organ üretilmesi aşamasına gelmesi umuluyor. Bir başka çözüm, hücrelerinden arındırılarak sadece doku iskeletiyle kalan kadavra, donör ve hatta hayvan organlarının hastanın kök hücreleriyle yeniden oluşturulması, böylece nakil için yüzde yüz uyumlu organlar üretilmesi yöntemidir. Bu iki yöntemin önümüzdeki on yıl önemli aşama kaydetmesi beklenirse de klinik uygulama ihtimali çok yüksek görünmemektedir.

Mühendisliğin son yıllarda biyolojik bilimlere armağan ettiği heyecan verici yeni bir teknoloji, üç boyutlu yazıcılar. Bu yazıcılara, hücre ve hücre dışı matriks yüklenerek doku yazdırılması deneysel olarak başarılmıştır ve hatta şu an laboratuvar ortamında kullanılabilir karaciğer dokusu siparişi verilebilir hale gelmiştir. Her ne kadar küçümsenemeyecek bir adım olsa da bu teknolojinin kısa ve orta vadede anatomi - fizyoloji - patoloji ilişkisini daha iyi anlamaya yardımcı olacak modeller sunmadan öteye geçmesi beklenemez. Bunun en önemli sebebi, doğru hücre ve hücre dışı elemanlarla aslına uygun bir doku "modellemenin" bunların bir arada fonksiyonel birimler oluşturacağı anlamına gelmemesidir.

Kök Hücreler, Organoidler ve Gen Terapisi

Tanımlandığı tarihten beri "çaresiz dertlere deva, kelliğten yaşlanmaya kadar her şeye ilaç" gibi kamuoyuna mal olan kök hücre, aradan geçen hayli zamana rağmen kanıta dayalı uygulamalarını kemik iliği naklinin ötesine götürememiştir. Bunun altında yatan sebepler arasında,

kompleks kök hücre biyolojisini, kanser gibi ciddi riskleri, embriyonik dokuları kullanmanın önündeki etik problemleri ve yüksek maliyeti sayabiliriz. Tüm bunlara rağmen kök hücre çalışmaları ivme-nerek devam ediyor ve kendine yeni mecralar buluyor. Örneğin son yıllarda eldesi nisbeten kolay olan mesenkimal kök hücreleri (en bol kaynak yağ dokusu) ve indüklenmiş pluripotansiyel kök hücreleri (IPS) klinik uygulamalar için büyük ümit vadediyor. Bu noktada kök hücre araştırmalarındaki iki temel yaklaşımı irdelemek yerinde olacaktır. Bunlardan birincisi ve aslında kök hücrelerinin tanımlandığı tüm çalışmaların temeli “aşağıdan yukarıya” yaklaşımdır. Buna göre önce kök hücre biyolojisi ve bunun üzerinde etkili olan faktörler tanımlanır ve muhtemel bir tedavi ancak bu bilgiler üzerine tasarlanır. IPS teknolojisi halen katı bir şekilde bu yöntemle geliştirilmektedir. Özetle, vücudun deri gibi kolay erişilebilir bir yerinden alınan bir hücre, yapay ortamda bir takım biyolojik molekülün sıralı ve tanımlanmış miktarlarda eklenmesiyle önce kök hücreye dönüştürülür. Ardından başka bir protokolle hedeflenen hücre tipine başkalaştırılır. Yani bir deri fibroblastından bir kalp hücresi ya da nöron elde etmek mümkündür. Her ne kadar sağlam ve güvenilir adımlarla ilerliyor olsa da bu yaklaşım hem çok yavaş ve hem de halen çok maliyetlidir ve önümüzdeki on yıl içinde IPS hücrelerinin yaygın klinik uygulamaya girebilmesi fazla iyimser bir tahmin olur. Kök hücre çalışmalarına ikinci yaklaşım daha hızlı ancak daha az güvenilir “yukarıdan aşağıya” çalışmalardır. Bu, tam anlamıyla “bir verelim bakalım, iyi gelecek mi?” yaklaşımıdır. Halen kamuoyunu meşgul eden ve bazıları gerçekten başarı hikâyesi sayılabilecek uygulamaların çoğu bu nevidendir ve genellikle mesenkimal kök hücrelerle yapılmaktadır. Mevzuatın ve etik kuralların sınırlarının zorlanabildiği bu uygulamalar çok ciddi araştırmacılar ve araştırma merkezlerince de yürütüldüğü gibi, maceracı hekimler ve doğal olarak şarlatanlardan da rağbet görmektedir. İlgili mevzuatın da düzenlenmesiyle önümüzdeki on yıl içinde bu konuda umulmadık gelişmeler kaydedilebilir ve bu gelişmeler organ yetmezliklerinden romatolojik hastalıklara, yanıklardan beyin felcine kadar geniş bir spektrumda gerçekleşebilir.

Gen terapisi de uzun zamandır konuşulan ancak halen uygulamaya girememiş ileri tedavi adaylarından biridir. Bu alanda hızlı ilerlemesi beklenebilecek bir uygulama genetik hastalık riski taşıyan çiftlerin IVF yöntemi ile elde edilen embriyolarında implantasyon öncesi düzeltme yapılması olabilir. Doğum sonrası ve yetişkinlik dönemindeki müdahaleler için ise organoid teknolojisi işe yarayabilir. Bu teknikte hastadan

elde edilen kök hücreler genetik olarak düzeltildikten sonra bozukluğun en bariz olduğu hedef doku özelliklerini taşıyan “doku çekirdeği” denebilecek kompleks yapılar yani organoidler oluşturacak şekilde başkalaştırılmaktadır. Ardından çok sayıda organoid hastanın sorunlu organına transplante edilebilecek, bunların entegre olup çoğalmaları sağlanabilirse organ normal şekilde işlev görmeye başlayabilecektir. Örneğin enzim eksikliği ile ortaya çıkan metabolik bir hastalık bağırsak epitelinin ya da karaciğerin bu şekilde normalleştirilmesi ile tedavi edilme şansını yakalayabilecektir. Şimdilik prelinik çalışmaları yapılan bu uygulamanın klinik denemelerinin on yıl içinde başlaması beklenebilir.

Nörolojik Bozukluklar İçin Çözümler

Nüfusun yaşlanması ve kazalar tedavi seçenekleri çok kısıtlı olan nörolojik problemlerin ekonomik ve sosyal yükünün gittikçe artmasına neden olmaktadır. Alzheimer ve Parkinson gibi bazı nörodejeneratif hastalıklar, bu yazıda bahsedilen pek çok yeni yöntemden fayda görebilecektir. Daha özgün olarak ise nöromodülasyon kavramı içine giren elektrik stimülasyonu (beyin pili) bir süredir kullanımda olup daha da yaygınlaşması beklenebilirken nöroprotezler önümüzdeki on yıl içinde yaygın klinik uygulamaya girebilir. Nöroprotezler beyinden ya da kesik bir sinir ucundan kaydedilen elektrik aktivitesinin kaydedilip felçli bir vücut bölgesinin ya da robotik bir protezin çalışmasını sağlayacak komutlara kodlanması prensibiyle çalışırlar. Bunların çok başarılı prototipleri çoktan üretilmiş olup önümüzdeki on yıl içinde ticari olarak temin edilebilir ürünleri klinik uygulamada görmemiş büyük ihtimaldir. Omurilik hasarının ilaç, kök hücre ya da başka biyolojik bir müdahale ile tamir ihtimali henüz yakın ufukta gözükmezken felçli bir hastanın beyin dalgaları ile yönetilen giyilebilir bir robotik protezle serbestçe hareket edebilmesi başarılmış ve 2014 Dünya Futbol Şampiyonası, Brezilya’da böyle bir hastanın topa vuruşu ile başlamıştır.

Doğal Olana Dönüş ve Mikroplar

Sanayileşme ve modern hayatın getirdiği fizyolojiye aykırı çevresel etmenler ve yaşam tarzı alışkanlıklarının hastalıklara neden olabileceği her zaman kabul edilmiştir. Ancak son yıllarda bunun tahminlerin üstünde bir tehdit olduğuna dair ciddi bulgular konuyu gündemin üst sıralarına taşımaktadır. Bunların çoğunun kesiştiği yer ağız yoluyla bilerek ve bilmeyerek aldığımız kimyasallar ve dahası fazla kalorilerdir. İnsan bedeni tarihte hiç bu derece fazla kalori ile sınanmamıştır ve açıkça bu

sınavı kaybetmiştir. Diyabet, obezite ve bunlara bağlı hastalıklar gıdaya erişimin kolaylaşmasıyla endemik hale gelmiştir. Aslında bunların çözümü basitçe daha az yemek olsa da elbette ilaç sanayi için bunun ticari bir değeri yoktur. Öte yandan insanların kolay kolay buna yanaşmayacağını tahmin etmek de zor değildir. Bu nedenle iştahı yönetebilecek ilaçların geliştirilmesi üzerinde yoğun çalışmalar vardır ve önümüzdeki on yıl içinde raflarda yerini alabilir.

Son birkaç yılda daha önce normal fizyolojinin bir parçası olduğunun pek de bilincinde olmadığımız bir kavramı gittikçe daha çok duyar hale geldik: mikrobiyom. Klasik olarak vücudun dış (deri) ve iç yüzeyinin (sindirim kanalı) zengin bir bakteri florası olduğu bilinmekteydi. Temel olarak bakterilerin oluşturduğu ama virüs ve hatta parazitlere kadar genişletilmesi gereken bu toplulukların sindirimden üremeye, sinir sisteminden endokrin sisteme kadar pek çok fizyolojik sistemin bir parçası ve / veya modülatörü olduğu ortaya konmuştur. Dahası hemen her gün bilinen hastalıklardan bazılarında mikrobiyom bozukluğu olduğuna dair ciddi yayınlar çıkmaktadır. En ilginç hipotezlerden biri ise artan otoimmün hastalık insidanslarının sebebinin milyonlarca yıldır bir arada olduğumuz parazitlerden ayrılmamız olduğunu öngörmektedir. “Sağlıklı” insanlardan “sağlıklı” mikrobiyom transferi, obesiteden Alzheimer’a kadar pek çok durumda gündeme gelebilecek ve muhtemelen önümüzdeki on yıl içinde mikropların artık “sağlık” da bulaştırabildiğine şahit olacağız. Bazı ülkelerde otoimmün hastalık tedavisi için parazit yumurtalarının ve bakteri flora formüllerinin klinik ticari formlara çoktan dönüştürülmüş olması, konunun sektörel yönünün kısa sürede ciddi gelişmeler göstereceğinin bir işareti olarak değerlendirilebilir. Çoğu zaman marjinal ve romantik olarak görülen doğal olana dönüş ve yapay olanın zararlı olduğu fikri somut olarak gösterilecek patofizyolojik ilişkilerle toplumun geneline benimsenen bir tavır haline gelecektir.

Hülasa...

Önümüzdeki on yıl içinde muhtemelen bunların dışında, belki şu an kestirilemeyecek ancak belki de önem bakımından hepsinin önüne geçebilecek başka gelişmeler de beklenebilir. Mesleki ve sektörel olarak sağlıklı ilişkisi olan resmi ve özel kuruluşların, sağlık çalışanlarının ve en önemlisi araştırmacı bilim adamlarının gelişmeleri profesyonel olarak takip etmeleri ve dahası bunların bir parçası olmaları ülke olarak hızla gelişen yeni tıbbi anlayış, yöntem ve araçlara vakit kaybetmeden sahip olabilmemiz için esas teşkil etmektedir.

Ebelere yeni unvan arayışları

Yrd. Doç. Dr. Filiz Okumuş



Ortaöğrenimini 1996 yılında Kahramanmaraş Sağlık Meslek Lisesi Ebelik Bölümü'nde tamamladıktan sonra Sağlık Bakanlığı kadrosunda ebe olarak atandı. Batman Sosyalleştirme Bölgesi'nde mecburi hizmetini yaptı. Ardından 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. Sağlık Bakanlığı kadrosunda 12 yıl ebe olarak görev yaptıktan sonra Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi'nde Ebelik Bölüm Başkanı oldu. Yeditepe Üniversitesi'nde de çalışan Okumuş, 2012 yılından beri İstanbul Medipol Üniversitesi'nde yardımcı doçent olarak görev yapmaktadır.

Ebeler tarihler boyu gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde kadınların yanında, onların yardımcısı ve destekçisi olmuşlardır. Kimi eski zamanlarda kendi yöntemleri ile hastalıkları iyileştirmiş ve bunu nasıl yaptıkları anlaşılamadığından “büyücü” olacak nitelendirilmiş, kimi zamanlarda ise bu tanımlanamayan iyileştirici güçleri nedeniyle dönemin hekimleri tarafından “cadı” olarak damgalanmışlardır. Modern çağda bile gerek hemşireler gerekse hekimler tarafından varlıkları hep eleştirilmiş, hemşireliğin bazı branşlarının ve jinekologların, ebelerin görevlerini yerine getirebilecekleri savunulmuştur. 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. İnsanlık var oldukça ebelik de var olmaya devam edecektir.

Osmanlı devleti döneminde ebeler, halk tarafından saygı duyulan, ailenin bir üyesi gibi görülen ve bağımsız olarak çalışabilen sağlık çalışanlarıydı. Cumhuriyet'in kuruluşundan sonra yeni kanunlar gündeme gelmiş ve diplomasız ebelerin doğuma yardım etmeleri yasaklanmış ve suç sayılmıştır. Geleneksel ve deneyimli ebelerin faaliyetleri yasaklanırken henüz ortaokul mezunu genç kızlar köylerde ebe olarak görevlendirilmişlerdir. Ülkenin doğusundan batısına hemen her kesimin gebelik, doğum ve sonrasında ayrıca yenidoğan

ile ilgili durumlarda ilk başvurduğu kişiler hep ebeler olmuştur. Ebeler, altmışlı yıllarda dönemin Sağlık Bakan Müsteşarı Sayın Prof. Dr. Nusret Fişek öncülüğünde Sosyalleştirme Kanunu ile birlikte ülkenin en ücra köşelerine kadar her alanda görevlendirilmiş, kanunun belkemiğini oluşturmuşlardır. Hükümetlerinin pronatalist politikalarında doğumların artırılması, antinatalist politikalarında aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması konusunda hep ebelerden faydalanılmıştır. Yıllar itibarıyla ebelerin eğitim düzeyi de yükseltilmiş, ortaokul seviyesinde olan ebelik okulları yerine önce sağlık meslek liseleri bünyesinde ebelik bölümleri daha sonra da ön lisans eğitimleri ile ebeler, çağın gereklerine uygun şekilde diplomalara sahip olarak mesleklerini icra etmeye devam etmişlerdir. Bu dönemlerde ön lisans eğitimi alan ebeler, lise eğitimi olanlardan farklı olarak “yüksek ebe” unvanı almıştır. Osmanlı Devleti döneminde oldukça saygın bir konuma sahip olan ebeler, belki de ilk kez formal eğitime geçildiği Cumhuriyet'in ilk yıllarından itibaren gerçeğe uygun olmayan kanunlarla sisteme küstürülmeye başlanmıştır. Geleneksel ebelere doğumların yasaklanması, sonraları ise eğitilmiş ebeler için “ebenin yaptıramadığı doğumu halk sağlığı hemşiresi yaptırır” şeklinde politikalar belirlenmesi, en geniş çalışma alanına sahip olduğu halde en dar yetkilerin tanınması, ebeleri üzen ve rahatsız eden durumlar arasında yer almıştır.

Yıllar itibarıyla halkın eğitim düzeyi arttıkça doksanlı yılların sonlarında ebelerin

de eğitim düzeyi artmaya devam etmiştir. Ebelik, temel eğitim sonrası dört yıllık lisans düzeyine çıkarılmış, sağlık meslek lisesi binaları üniversitelere devredilmiş ve sağlık yüksekokulları bünyesinde ebelik bölümleri açılmıştır. Ancak ebelikte lisans eğitimine geçilmesi ebelik açısından pek de parlak bir sonuç doğurmamıştır. Çünkü lisans seviyesinde eğitim verecek ebelik bölümleri, bu binalara sahip olduğu halde sağlık meslek lisesi dönemindeki kütüphane, laboratuvar, teknik oda ve eğitimci alt yapısını kaybetmiştir. Üstelik lise ya da ön lisans mezunu ebelerin lisans eğitimlerini tamamlamaları yönünde önceleri bir atılımda bulunulmamış ve eğitimi lisans düzeyinin altında kalan ebeler, sisteme tekrar küstürülmüştür. Artık lise mezunu ebeler “ebe” unvanı, ön lisans mezunlarına “yüksek ebe” unvanı verildiği halde lisans mezunu ebeler bir unvan arayışına girilmemiş, bu durum çalışanlar arasında “yüpyüksek ebe” gibi esprilere neden olmuştur. Alanda lise, ön lisans ve lisans eğitimi alan ebeler, aralarında bir fark olmadan aynı düzeyde istihdam edilmeye devam edilmiştir. Hatta ülkede var olan genel hemşire sıkıntısı, ebelerin hemşire olarak çalıştırılmasına neden olmuştur. Ne Sağlık Bakanlığı bünyesinde ne de hastanelerde ebelik koordinatörlüğü ya da ebelik hizmetleri hakkında eğitim sürecini takip eden bir birim kurulmamıştır. Ebelik, yönetim ve eğitim anlamında hemşireliğin içinde kaybolup gitmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve ardından gelen performans sistemi 2005 yılından



sonra artık ebelerin doğuma yardım yetkisini de elinden almıştır. Yıllardır kadınlara doğumları esnasında ebeler yardımcı olduğu halde doğumun performans puanı hekimlerin hanesine yazılmaya başlanmış, bu durum bir kez daha ebelerin sisteme küsmesine neden olmuştur. Ebeler doğum alanlarından uzaklaştıkça sezaryen oranları artmış ve bu on yıllık zaman diliminde Türkiye, dünyada sezaryen oranı en yüksek ülke haline gelmiştir. Gebelik, doğum ve doğum sonu kliniklerde uygulamalar kanıt temelli olmaktan uzak, yasaların izin verdiği ölçüde yürütülmeye başlanmış, sahada yapılan uygulamalar hekimleri yasal süreçlerden koruyucu bir bakım modelini ortaya çıkarmıştır. Yine sağlıkta dönüşüm projesinin bir sonucu olarak aile sağlığı merkezlerinde ailenin önemli bir bileşeni olan ebe, “aile sağlığı elemanı” adı altında hemşire, sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni ile aynı tanımda birleştirilmiştir. Son olarak ise geçtiğimiz yıl çıkarılan “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” ebeleri üzen yeni bir politika olarak gündeme gelmiştir. Çünkü bu yönetmelik ile geçmişte ebeler tarafından uygulanan geleneksel uygulamaların yetkisi sadece hekimlere tanınmış, bu yönetmelikte ebeler yine göz ardı edilmiştir.

Günümüzde geline nokta bir yandan üniversitelerde ebelik lisans eğitimleri devam etmekte, sisteme birçok yeni ebeler katılmakta, ebelikte yüksek lisans ve doktora eğitimleri veren üniversitelerin sayısı her geçen gün artmakta, diğer yandan kamu ve özel kuruluşlarda ebelerin ebelik yapmalarının önünde engeller bulunmaktadır. Hastaneden ayrılarak ebelik ofisi açmak suretiyle alanda bağımsız 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 yardım etmeleri konusunda desteklenmemekte ve evde doğum için kanuni engeller bulunmaktadır. Takip ettikleri gebelerin doğumları esnasında hastanelerde kabul görmemekte ve doğum salonlarına alınmamaktadırlar.

Ebelik öğrencileri, eğitimleri sırasında ideal ebelik bakım modelini benimsemiş olsalar dahi stajları ya da profesyonel çalışmaları esnasında teorik bilgilerine uygun klinik ortam bulamamakta ve sonuç olarak ideal ebeler yerine sistemin ebeleri yetiştirmektedir. Hatta çoğu ebelik mezununa “ebe” demek bile güç hale gelmiştir. Birçoğu hemşirelik yapmakta ya da yapmak zorunda bırakılmaktadır. Ülkemizde maalesef hemşirelik de sadece serum takan enjeksiyon yapan bir sağlık elemanı olarak görüldüğünden dolayı tam bir hemşirelik hizmeti de sistem içinde oturmuş değildir. Ebelik mezunlarının hemşirelerin çalışması gereken alanlarda çalıştırılmasına rağmen hemşireler için açılan sertifika programlarına kabul edilmemeleri, ebeleri rahatsız eden ve üzen başka bir sorundur. Enfeksiyon hemşireliği, yoğun bakım hemşireliği, işyeri hemşireliği gibi alanlarda eğitim programlarına ebeler alınmamaktadır. Üstelik sahada çalışan ebelere 2004 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı tarafından “Çocuk Psikososyal Gelişimini Destekleme” ve “Kadına Yönelik Şiddet” eğitimleri verildiği halde “Aile Danışmanlığı Sertifika Programları”na ebelerin kabul edilmemesi ve kabul edilse dahi bakanlık tarafından aile danışmanı olarak görevlendirilmeyeceği, ebeler adına oldukça üzücüdür.

Günümüzde sezaryen oranlarının artması Sağlık Bakanlığının yeni eylem planları geliştirmesine yol açmıştır. Son beş yılda sezaryen oranlarını azaltma yönünde yapılan çalışmalar hız kazanmasına rağmen

Lise ya da ön lisans mezunu ebelerin lisans eğitimlerini tamamlamaları yönünde önceleri bir atılımda bulunulmamış ve eğitimi lisans düzeyinin altında kalan ebeler, sisteme tekrar küstürülmüştür. Artık lise mezunu ebelere “ebe” unvanı, ön lisans mezunlarına “yüksek ebe” unvanı verildiği halde lisans mezunu ebelere bir unvan arayışına girilmemiş, bu durum çalışanlar arasında “yüpyüksek ebe” gibi esprilere neden olmuştur.

men başarılı olunamamış, oran eğrileri yükselmeye devam etmiştir. Sezaryen oranlarının azalması konusunda ebelerle işbirliği yapılması, Sayın Sağlık Bakanı Dr. Mehmet Müezzinoğlu döneminde gündeme gelmiş ve “uzman ebelik” kavramı ortaya atılmıştır. Sezaryen oranlarını azaltmak konusundaki bundan sonraki eylem planı, doğumların “yüksek lisans eğitimi” alan uzman ebelere bırakılması yönündedir.

Tarihsel sürece baktığımızda ebelerin eğitim seviyesinin artırılması esnasında eğitimin kalitesinin sorgulanması ve

gerekli düzenlemelerin yapılması hep ihmal edilmiştir. Üstelik gerçekleştirilen her yeni açılım, adeta alanda mevcut olan ebelerin varlığı göz ardı edilerek yapılmış, her yeni unvanla birlikte ebeler daha çok sisteme küstürülmüş, eğitim farkıyla birlikte kendi meslektaşları arasında da derin uçurumlar oluşturulmuştur. Sağlık politikaları, sistemde var olan ebeleri kazanmak yönünde adım atmak yerine sil baştan kanunlarla ve kurallarla ebeliği yeniden inşa etmeye çalışmış ancak başarılı olamamış, bir önceki sistemden daha başarısız bir ebelik modeli ortaya çıkmıştır. Şu anda tartışılan “uzman ebelik” kavramının da başarılı olacağı meçhuldür.

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013’e göre ülkemizde lisans eğitimi veren 34 ebelik bölümü bünyesinde 56 öğretim elemanı bulunmaktadır ve öğretim elemanı başına 148 öğrenci düşmektedir. Bu, her bölümde iki öğretim elemanı dahi bulunmadığını göstermektedir. Ebelik gibi insan ile direk temas halinde bulunan bir meslek için 148 öğrenciye bir öğretim elemanının düşmesi, ebelik öğrencilerinin derslerden yeterince verim alamamaları ve uygulama sahalarında yalnız kalmaları demektir. Üniversitelerde eğitim verecek düzeyde ebe eğitmen ve akademisyen bulunmadığı için hemşirelik, tıp, biyoloji, veterinerlik gibi sağlığın diğer alanlarından mezun eğitmenler eğitim vermek durumunda kalmaktadır. Ebelik bölümü eğitmenlerinin kendilerini geliştirmelerine katkıda bulunacak yeterlilikte kurslar bulunmamaktadır. Eğitmeni sayısında yetersizlikler ve çalışma saatlerinin yoğunluğu nedeniyle eğitmenler kendi gelişimleri için seminerlere ve kurslara katılmakta güçlükler yaşamaktadır. Ebe eğitmenleri 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 ağı kurulmamıştır. Hal böyle iken yüksek lisans yapmış ya da yapacak olan ebelere “uzman ebe” unvanı verilerek “doğum yaptırmaya yetkisi”nin tanınması düşüncesi üniversitelerde ebe öğretim elemanı açığının uzun yıllar daha devam etmesine neden olacaktır.

Kaliteli ve nitelikli ebelik hizmetinin verildiği Hollanda, Almanya, Birleşik Krallık, Yeni Zelanda gibi ülkelerde ebelik eğitimi temel eğitim sonrası 3- 4 yıllık lisans eğitimi modeline dayanmaktadır. Türkiye şu anda niceliksel açıdan Avrupa standartlarında bir ebelik eğitimine sahiptir. Ancak ebelik bölümlerinin müfredatlarının AB ve DSÖ tavsiyelerini yorumlayış biçimi birbirinden farklılık göstermektedir. Ebelik mezunları,

mezuniyet sonrasında eğitim açıklarını kapatmak için kurs arayışı içindedir. Kimi özel kuruluşların ebe okulu ya da doğum koçluğu eğitimi adı altında hedeflerini “ebe yetiştirmek” şeklinde ilan ederek ebelik eğitime soyunmuş olmaları, hayretle karşıladığımız durumlar arasındadır. Türkiye’de Cumhuriyet’in kurulduğundan bu yana yapıldığı gibi mevcut ebeleri ya da ebelik eğitimi iyileştirmeden yeni bir eğitim seviyesi belirlenmesi sistemdeki sorunları çözecek gibi görünmemektedir.

Türkiye’de ebelik eğitiminde sorunlar sadece eğitimden değil, esasen kurulu bir ebelik sisteminin olmayışından kaynaklanmaktadır. Ebelerin doğum yaptırmaması ya da yaptıramamasının en önemli sebebi; uygulama alanlarında gebelik, doğum ve doğum sonu takiplerin hekimler tarafından yapılıyor olması ve ülkede sezaryen oranlarının yüksek olmasıdır. Ayrıca alanda kanıt temelli uygulamalara önem verilmemesi birçok negatif doğum hikâyelerine, annelerin ve bebeklerinin ruhsal ve sosyal yönden aldıkları doğum travmaları ile evlerine dönmelerine neden olmaktadır. Türkiye’de ebelere yeni unvan ve eğitim seviyesi arayışları yerine ebe olarak kabul edilmeye, Avrupa ülkelerindeki meslektaşları gibi değer görmeye, gebelik, doğum, doğum sonu ve yenidoğan dönemlerindeki mesleki uygulamalarının aktif hale getirilmesine ihtiyaç vardır.

Yıllardır defalarca küstürülen ebelerin gönlünün yeniden kazanılması; gerek sezaryen oranları gerekse gebelik, doğum, doğum sonu ve yenidoğan hizmetlerinin geliştirilmesi anlamında Sağlık Bakanlığı’nın yapacağı en büyük açılım olacaktır. Öncelikle alandaki ebeler arasında eğitim düzeyi farkı ortadan kaldırılmalı, lise ve ön lisans mezunu ebelere, lisans eğitimlerini tamamlamaları yönünde kolaylıklar sağlanmalıdır. Ebelik mezunlarının hastanelerde gebelik, doğum, doğum sonu ve yenidoğan klinikleri dışındaki alanlarda çalışmalarını engelleyici kuralları kaldırılmalıdır. Hastanelerde “ebelik hizmetleri koordinatörlüğü” kurulmalı, birinci basamak hizmetlerde “aile ebesi” kavramı getirilmeli ve ebeler eğitimlerine uygun alanlarda istihdam edilmelidir. Serbest ya da bağımsız çalışmak isteyen ebeleri denetleyici ve destekleyici sistemler ve politikalar gündeme getirilmeli, ebelerin kendi alanları ile ilgili geleneksel ve tamamlayıcı uygulamalar konusunda eğitim almaları ve uygulayıcı olarak bizzat sorumluluk almalarına dair yönetmelik çalışmaları yapılmalıdır. Eskiden olduğu gibi bazı ilaçların reçete edilmesi konusunda ebelere yetkileri yeniden verilmelidir. Evde gebe, doğum, lohusa ve yenidoğan takibi için ebelerden oluşan birimler gerek özel kuruluşlar gerekse kamu

bünyesinde kurulmalıdır. Bu hizmetler, ebelik hizmetleri koordinatörlüğüne bağlı olarak yürütülmelidir.

Günümüzde lisans eğitimi veren ebelik bölümlerinde ebe akademisyenlere oldukça fazla ihtiyaç vardır. Ayrıca ülkemize özgü gebelik, doğum, doğum sonu ve yenidoğan ile ilgili ebelik hizmetleri konusunda ciddi bir klinik araştırma ve kanıt temelli uygulama eksikliği bulunmaktadır. Ülkemizde ebelikte yüksek lisans eğitiminin amacı zaten lisansta doğum yaptırmaya yetkinliğini kazanmış olan ebelere yeniden bu yetkinliği kazandırmaya çalışmak değil, klinik araştırma yapabilen, kanıt temelli araştırmalarla mesleğin sağladığı hizmetlerin gelişimine katkıda bulunacak ebelerin yetiştirilmesidir. Ayrıca ebelikte yüksek lisans, doktora geçiş ve hazzırlık evresidir. Ebelerin alanda klinik araştırma yapması önünde de engeller bulunmaktadır. Durum böyle olunca da yapılan araştırmalar tanımlayıcı nitelikten öteye gidememektedir. Yüksek lisans ya da doktora yapan ebeler, alanda klinik araştırma yapmaları yönünde desteklenmeli ve kanıt temelli uygulamalar hayata geçirilmelidir. Yüksek lisans yapan ebeler, kendi tercihlerine ve yetkinliklerine göre alanda yönetici ve eğitmeni olarak ya da üniversite bünyesinde araştırmacı ve akademisyen olarak değerlendirilmelidir.

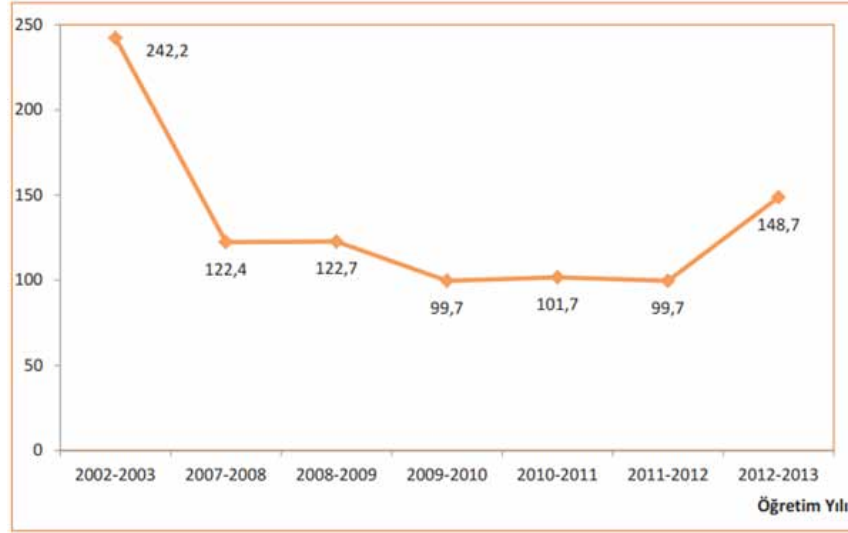
Uzman ebelik kavramı ya da ebelikte uzmanlaşma eğitimi yüksek lisanstan ayrılmalıdır. Uzman ebelik eğitimi tıpta, diş hekimliğinde olduğu ve gelecekte eczacılıkta olacağı gibi ebelikte uzmanlık sınavı ile ve kadroları uygun, normal doğum oranları yüksek hastanelere sahip olan üniversiteler bünyesinde açılan eğitim programlarında klinik uygulama ağırlıklı olarak yürütülmelidir. Bu programlarda ebelerin “doğum öncesi bakım ebeliği”, “doğum uzmanlığı”, “doğuma hazırlık eğitimciliği”, “yenidoğan ebeliği”, “gebe izlem ebeliği”, “lohusa ebeliği”, “emzirme ebeliği” “aile ebeliği” gibi tercih edebilecekleri bir branşta uzmanlaşmaları sağlanmalıdır. Ayrıca ebelerin aile danışmanlığı sertifika programlarına katılarak Bakanlık tarafından aile danışmanı olarak görevlendirilmesinin yolu açılmalıdır. Ebeler için “hemşirelik de yapar, ebelik de yapar” imajı ortadan kaldırılmalı, yeni ebelik bakım modeli teorik ve pratik temellere oturtulmalı, gebelik, doğum ve doğum sonu hizmetlerde ebeler liderliğinde bir ekip yaklaşımı sağlanmalıdır. Doğum ekibinde yer alan sağlık profesyonellerinin de haklarını koruyucu politikalar ile gebelik ve doğumla ilgili malpraktis yasaları hayata geçirilmelidir. Doğumu gerçekleştirilen anneler ve bebeklerini hastaneden taburcu ederken amaç; sadece bedenen değil, aynı zamanda

ruhen ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinde evlerine dönmelerini sağlamak olmalıdır.

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 ise kaliteli ve nitelikli ebelik eğitimi için akademik kadrolarda görev alacak eğitimcilerin ebelle ilgili alan deneyimine sahip kalifiye yetişmiş elemanlar olması önem taşımaktadır. Üniversitelerin ebelik bölümlerinde öğretim elemanı niteliği gözden geçirmeli, öğretim elemanlarının uygun hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi sağlanmalıdır. Ebellek alanında yüksek lisans ve doktora eğitimi veren üniversitelerin sayısı artırılmaya devam edilmeli, lisans mezunu ebelerin yüksek lisans yapabilmelerini kolaylaştırmak amacıyla çalışmaları klinik ya da merkezlerde esnek çalışma saatleri uygulanmalıdır. Ebellek eğitiminin kalitesi sorgulanmalı, eğitimde akreditasyon çalışmaları başlatılmalıdır. Sağlık eğitiminde akreditasyon çalışmaları üniversiteler bünyesinde tıp eğitiminden, diş hekimliği, eczacılık, ebellek, hemşirelik, fizyoterapistliğe kadar tüm sağlık branşlarını kapsayacak şekilde ekip anlayışı ile yürütülmeli, eğitim içeriği yetki ve yetkinlikleri sağlık ekibinin diğer üyeleri arasında da kabul görmeli ve fikir birliğine varılmalıdır.

Sonuç olarak bir ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren anne ve yenidoğan hastalık ve ölüm hızlarının düşürülmesi için Türkiye'de ebelerin en iyi şekilde değerlendirilmesi amacıyla ebelere sorumlulukları yeniden verilmeli, yüksek lisans eğitimi almış ebeler çalışma alanlarında yetkinliklerine göre yönetici ve eğitimci olarak ya da üniversite bünyesinde araştırmacı ve akademisyen olarak değerlendirilmelidir. Sağlık Bakanlığı'nın ebelere yeni unvan arayışları, niceliksel olarak AB standartlarında yürütülen ebellek eğitimlerimizin niteliğine yönelik çalışmaları kapsmalıdır. Ebellek alanında eğitimsel sorunların yanında yönetsel ve sistem açısından mevcut olan sorunlara da çözümler üretilmelidir. Ebellekte uzmanlık programları, yüksek lisans programlarından ayrı olarak uzmanlık sınavı ile alınan kontenjanlarda, klinik uygulama ağırlıklı yürütülmelidir. Aile ebelleği kavramı gelmeli ve ebelerin

Şekil 1: Ülkemizde öğretim yıllarına göre lisans düzeyinde eğitim veren ebellek okullarında öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısı



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014

Tablo 1: Ülkemizde öğretim yıllarına göre lisans düzeyinde eğitim veren ebellek okulları, öğrenci ve öğretim elemanı sayıları

Öğretim Yılı	Fakülte veya Yükseköğretim Sayısı	Öğrenci Sayısı			Öğretim Elemanı Sayısı
		Yeni Kayıt Yapılan	Toplam Öğrenci	Mezun Olan	
2002-2003	27	1.270	5.087	842	21
2007-2008	32	1.488	5.997	1.331	49
2008-2009	33	1.873	6.382	1.254	52
2009-2010	33	1.898	6.977	1.307	70
2010-2011	33	1.889	7.627	1.393	75
2011-2012	34	1.926	8.072	1.842	81
2012-2013	34	2.100	8.328	-	56

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014

bağımsız olarak çalışmalarını denetleyecek ve destekleyecek politikalar oluşturulmalıdır. Gebelik, doğum, doğum sonu ve yenidoğanı ilgilendiren alanlarda yapılacak politikalar ve yaklaşımlar için oluşturulan komisyonlara ebe akademisyenler de dâhil edilmeli ve görüşleri alınmalıdır.

Yasal anlamda izin verilir ve imkân sağlanırsa Türkiye'de fikri, vicdani ve irfanı hür gençler eliyle kendi köklerinden aldıkları ebellek pratiğine dayalı olarak çağdaş ebellek bilinci ile birlikte ebelleğin yeniden yapılandırılması mümkündür. Bu sayede ebellek hak ettiği değere yeniden kavuşacak ve aileler bundan sonra şiddetsiz ve korkusuz doğumlarla daha olumlu doğum anıları biriktirecektir. Ülkemizde kadınlar, zaten içlerinde mevcut olan doğurma gücünü yeniden keşfedecek ve normal doğum oranları artacaktır. Daha güzel yarınlar için her bireyin hayata yumuşak bir geçiş ve sağlıklı bir başlangıç yapması, doğuma saygılı doğum ortamları ve sağlık profesyonelleri ile mümkündür. Bunu sağlamak ise ebelerin sağlık sistemi ile yeniden barıştıkları ekip anlayışı pratiğinin geliştirilmesiyle mümkündür.

Kaynaklar

Okumuş F. (2014) Travay Dönemindeki Ebellek Mesleğinin Keyifli Doğumu. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, 32; 54-57. <http://www.sdplatform.com/Dergi/816/Travay-donemindeki-ebellek-mesle-ginin-keyifli-dogumu.aspx> Erişim tarihi: 13.05.2015)

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: 02.05.2015)

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: 02.05.2015)

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: 02.05.2015)

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: 02.05.2015)

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: 02.05.2015)

Bir sağlık sorunu olarak şiddet

Prof. Dr. Akile Gürsoy



İngiltere Durham Üniversitesi Antropoloji Bölümünden mezun olduktan sonra Hacettepe Üniversitesi'nde sosyal antropoloji doktorasını tamamladı. 1983-1998 yıllarında Marmara Üniversitesi Uluslararası İlişkiler Bölümünde öğretim üyesi, 2009-2011 arasında İstanbul'da yeni kurulan bir vakıf üniversitesinde rektörlük yaptı. 2009'dan bu yana Avrupa Bilim Vakfı (ESF) Sosyal Bilimler Daimi Komitesi'nde Türkiye'yi temsil etmektedir. Araştırma alanları sağlık antropolojisi, nüfus konuları, göç ve bilimde ideolojilerdir.

Evrinde, doğada ve insanlık tarihinde şiddet hiç eksik olmamıştır. Büyük patlama, deprem gibi varoluşun köklerinde bulunan şiddete felsefeciler kozmik şiddet tanımını getirmişlerdir (1). İnsan davranışı olarak uygulanan ve yaşanan şiddet ise daha farklı niteliktedir. Bu türüyle şiddet, değişik biçimlerde ve oranlarda olsa da, bütün toplumalarda görülen önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Şiddet yaşamımızın her alanında karşımıza çıkabilmekte, içimizde barınmakta ve üzerimizde yönlendirici, bazen de onarılmaz derin izler bırakmaktadır. Şiddet anlayışı ve şiddete karşı tutumlar, kültürden kültüre ve çağlar boyunca değişime uğramıştır. Şiddet son yıllarda kriminolojinin, suç ve hukuk dünyasının ötesinde bir sağlık sorunu olarak görülüp ele alınmaktadır. Medyada sıkça gündeme gelen sağlık sektöründe sağlık çalışanların maruz kaldıkları, çoğunlukla hasta yakınları tarafından uygulanan şiddeti bu genel şiddet sarmalının bir parçası olarak değerlendirmekte yarar var. Sosyal bilimciler şiddeti tanımlamanın ötesinde, şiddetin sebep ve sonuçlarını anlamının kaçınılmaz önemini vurguluyorlar (2).

Dünya Sağlık Örgütü, şiddet kavramının etrafı bir tanımını vermenin yanı sıra, bu tanımda yapılan eylemin sonucunda ne olursa olsun, niyetin önemini hesaba katmakta, ancak niyet olmadan da karşı tarafa bir zarar geldiyse, şiddetten söz etmenin mümkün olduğunu söylemektedir. Dünya Sağlık Örgütü, çoğu şiddet türlerinin önlenabilir olduğunu; ayrıca yoğun yoksulluk yaşayan bölgelerin varlığının, kadın-erkek eşitsizliğininin, gelir dağılımı bozukluğunun, alkolizmin,

çocuklar ve ebeveynler arasında sevgi ve dayanışma ilişkisinin bozulmasının şiddeti artırıcı faktörler olduğunu kabul etmektedir (3).

Şiddet Türleri

Şiddet dediğimizde akla öncelikle, insanın bedensel varlığına karşı gerçekleştirilen fiziksel şiddet geliyor. Burada nihai olarak bir insanın yaşamına son veren, ölümcül bir darbe oluşturan şiddet türü öne çıkıyor. İstatistikler bize kasıtlı öldürme (cinayet) ve çatışma ölümleri olarak tanımlanan (*homicide*) oranlarının toplumdan topluma, hatta bir ülkede bölgeler arası farklı olduğunu gösteriyor. 100 000'de bir olarak ifade edilen bu ölüm oranları Latin Amerika ve Orta Afrika, Orta Doğu gibi bölgeler için göreceli olarak daha yüksek; Kuzey ve Orta Avrupa gibi bölgeler için daha düşük çıkıyor. Mesela 2012 yılı verilerine göre, Türkiye'de ve Nepal'de 2,6 / 100.000 olan bu ölüm oranı, Japonya ve İsveç için 0,7; Pakistan için 7,7; Güney Afrika için 31; Belize için 44,7; Venezuela için 53,7 ve rekor düzeyde yüksek orana sahip olan Honduras için 90,4 olarak veriliyor (4). Kişiler arası şiddet sonucu gerçekleşen ölümlerin çoğu silahlı saldırı ve bıçak gibi keskin aletler sonucu gerçekleşmektedir.

Bir insanın canına kast eden veya neticede bir canın yok olmasına yol açan şiddet türü esasında bir buzdağının görünür tepesi gibidir. Ancak ölüm çok kesin ve ölçülmesi tartışılmaz olduğu için sayısal olarak en kolay ifade bulan şiddet istatistiği kabul edilmektedir. Oysa adli kayda geçmiş olan cinayetler ve çatışma neticesi ölümler, bize toplumdaki

fiziksel şiddetin sadece bir şeklini ifade etmektedir. **Fiziksel şiddet**; dayak, tokat atma, tekmeleme, itme, yumruklama, bedenin bir uzvuna zarar verme, gibi eylemleri içerebilir ve yaralanma, bir uzvu veya yetiyi kaybetme gibi neticeleri doğurabilir. Şiddete maruz kalan kişi için bu neticeler geçici veya ömür boyu kalıcı olabilir.

Fiziksel şiddetten söz etmek için mutlaka karşı tarafın bedenine dokunmak gerekmiyor. Vuracakmış gibi el kaldırmak, üstüne yürümek, etraftaki eşyaların yerlere atılıp kırılması, çevrede bir hayvana tekme atmak gibi şiddet tezahürleri ile hedef alınan şahsın etrafındakilere zarar verilmesi suretiyle şiddet görüntüsüne maruz bırakılarak sindirme hareketleri de fiziksel şiddet sayılıyor. Fiziksel şiddete kıyasla toplumda çok daha sık rastlanan ancak tespit edilmesi daha da güç olan sözel, psikolojik, cinsel ve ekonomik şiddet türlerini de algılayabilmek önemlidir.

Sözel şiddet ise, hedef alınan insanı aşağılayıcı, alay edici, küfür, tehditkâr veya ezici sözler içeren veya yüksek ses tonuyla karşındakini sindirmeye yönelik bir hitap tarzını içeriyor. Sosyal bilimciler gizli şiddetten hatta severek uygulanan şiddetten de söz ediyorlar. Neticede hedeflenen karşı tarafı ezmek, rahatsız etmek, duygu ve düşüncelerini ele geçirmektir. **Cinsel şiddet** genellikle kadınlara olmakla birlikte erkeklere de uygulanabilen zorla veya baskıyla cinsel ilişkiye zorlamak, sözle cinsel tacizde bulunmak, zorla cinsel içerikli yayınlar izletmek gibi uygulamalar şeklinde de olabiliyor. Tecavüz ve ensest toplumlarda değişen oranlarda görülebilen cinsel şiddet uygulamaları ve sosyal sorunlar olarak karşımıza çıkıyor. **Ekonomik**



şiddet, geçim kaynaklarının ve paranın bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak kullanılması ve bu vasıta ile insanların boyun eğmelerinin, kendi rızaları dışında eylemlerde bulunmalarının sağlanması anlamına geliyor. Ayrıca bir insanı zorla çalıştırmak veya çalışmaktan men etmek; birinin maaşına, gelirin, malına mülküne el koymak ekonomik şiddet kapsamına giriyor (5). Para kaynaklarının kısıtlanması, insanın temel ihtiyaçlarını alamayacak durumda olması ekonomik şiddet olup yoksulluk, başlı başına bir şiddet durumudur.

Fiziksel şiddete kıyasla psikolojik şiddetin tanımı daha karmaşıktır. Gerek hukukta, gerekse ruh sağlığı dünyasında psikolojik şiddetin tanımı üzerinde anlaşmakta zorluk yaşanmaktadır. Fiziksel şiddete kıyasla, psikolojik şiddetin etkilerinin daha az ciddi olduğu varsayımı yaygındır. Oysa özellikle yakın ilişkilerde yaşanan psikolojik şiddetin en az fiziksel şiddet kadar, hatta bazı durumlarda çok daha fazla olumsuz etkileri olduğu yapılan araştırmalarda ortaya çıkmaktadır. Ayrıca genellikle fiziksel şiddetten önce psikolojik şiddet uygulandığı da araştırmalarda sistemli şekilde bulunmaktadır (6). **Psikolojik şiddet**, yıldırma, bezdirme, alay etme, küçük düşürme, engelleme gibi bir dizi davranışı uygulayarak karşı tarafı rencide etme, itibarsızlaştırma, güçsüz durumda bırakma eylemidir. Sistemli ve

uzun süreli olarak uygulandığında bu tür şiddete maruz kalanlar ciddi sıkıntı ve semptomlar yaşayarak olumsuz etkilenirler. **Mobbing** türü psikolojik şiddette ise, genellikle birden fazla saldırganın tek bir kurban üzerine gelmeleri söz konusudur (7). Kökeni Latince *güruh*, tehdit edici kalabalık anlamına gelen “mob” kelimesi olup; *mobbing* olarak tanımlanan saldırganlık, tıpkı hayvanlar dünyasında olduğu gibi, tek bir kurbanı birkaç kişinin birden duygusal taciz ile üstüne gitmesi ve yıldıması anlamını taşımaktadır. Türkçeye de girmiş olan *mobbing* kelimesi, psikolojik taciz anlamını taşımaktadır ve özellikle işyerleri ortamları için kullanılmaktadır (8). Araştırmalar, genelde kadınların işyeri şiddetine daha fazla çok maruz kaldığını göstermektedir (9).

Toplumsal Kurumlarda ve Sağlık Sektöründe Şiddet

Özellikle okullarda çocukların ve gençlerin birbirlerine yaptıkları yoldırıcı, bezdirici davranışları anlatmak için zorbalık (*bullying*) kavramı kullanılmaktadır. Zorbalık, okul ortamlarında genellikle daha büyük çocukların kendilerinden daha küçük veya bir şekilde daha güçsüz veya farklı olarak algıladıkları çocuklar üzerinde uyguladıkları kolektif şiddet davranışlarıdır. Mağdurla sistemli şekilde alay etme, küçük düşürme, eşyalarını

Fiziksel şiddetten söz etmek için mutlaka karşı tarafın bedenine dokunmak gerekmiyor. Vuracakmış gibi el kaldırmak, üstüne yürümek, etraftaki eşyaların yerlere atılıp kırılması, çevrede bir hayvana tekme atmak gibi şiddet tezahürleri ile hedef alınan şahsın etrafındakilere zarar verilmesi suretiyle şiddet görüntüsüne maruz bırakılarak sindirme hareketleri de fiziksel şiddet sayılıyor.



veya parasını alma, itekleme, sosyal dışlama, dövme ve daha ileri fiziksel şiddete maruz bırakma şeklinde tezahür edebilir. Daha “güçlü” olan ve zorbalıkta başı çeken büyük çocuğun etrafındaki arkadaşları da bu bezdirici davranışlara katılarak veya seyirci kalarak hedefteki öğrencinin yaşamını birlikte zehir eder, onu sindirirler (10).

Yapılan araştırmalar, sistemli şekilde uzun süreli bu tür davranışlara maruz kalan çocuğun okuldan soğuma, depresyona girme, okulda başarısızlık ve iler ki yaşlara taşınan psikolojik sorunlar gibi pek çok bedel ödediği ve olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Dünya genelinde çocukların üçte birinin okulda en az bir dönem zorbalıkla karşı karşıya kalmaktadır. İlginci olanı, bir çocuk aynı zamanda hem şiddet mağdurudur, hem de kendisi şiddet uygulayıcısı olabilmektedir. Net çizgilerle ayrılmış “iyiler” ve “kötüler” yerine, şiddet denklemine yer değiştiren bireylerden söz etmek mümkündür.

Zorbalık, ciddi bir şiddet türüdür ve okul ortamlarında bununla mücadele etmek için pek çok eğitim ve entervansiyon programı yürütülmektedir (11). Amaç, okul ortamlarını şiddet kültüründen uzaklaştırarak okulların eğitim almaya gelen çocukların potansiyellerini gerçekleştirmeye elverişli, yapıcı ve destekleyici ortamlar olmalarını sağlamaktır (12). Ayrıca şiddetin toplumda kabul gören, gözden kaçan, geçerli bir davranış türü olarak sayılmasını önlemektir. Okulda bu tür şiddetin aile içi şiddetle ve devlet-sivil vatandaş ilişkilerinde görünen şiddet kalıplarıyla da yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Gerek ailede kadınlara, çocuklara, yaşlılara ve bazen yetişkin erkeklere uygulanan şiddet ve devletin kolluk kuvvetlerinin uyguladığı “meşru” şiddet konuları başlı başına irdelenmesi gereken olgulardır.

Araştırmalar, sağlık sektöründe çalışanların diğer hizmet sektörlerine göre 4-16 kez daha fazla şiddete maruz kaldıklarını söylüyor (13). Yaşam ve sağlık vadeden mekânlar olan sağlık kurumlarında yer alan ve son zamanlarda medyada gündeme gelen şiddet, üzerinde ciddi olarak durulması gereken bir gelişmedir (14). Savaş hukukunda hastaneler korunması beklenen mekânlardır. Savaş zamanında dahi şiddete maruz kalmaması gereken yerlerdir. Bu bakımdan, sağlık kurumlarının toplumdaki günlük şiddet sarmalından arındırılmaları için özel gayret gösterilmeli, ülke genelinde programlar ve yaptırımlar geliştirilmelidir. Diğer taraftan, çoğu sağlık kurumu aslında kendi içinde şiddet barındıran kurumlar da olabilmektedir (15). Sağlık personelinin birbirlerine uyguladıkları şiddet ülkemizde de pek çok araştırmaya konu olmuştur (16). Ayrıca, hastalar da sağlık personeli tarafından şiddete maruz kalabilmektedirler. Bir diğer konu da modern tıp bilimi ve uygulamalarına yapısal analizlerle yöneltilen eleştirilerdir. Michel Foucault, “tıbbi gözlem” (*medical gaze*) kavramını geliştirmiş ve tıbbın bir insanın bedenini parçalara ayırarak hastanın birey olarak insanlığını elinden aldığını iddia etmiştir (17). Yani tıbbi uygulamalar bir sembolik ve yapısal şiddet ortamı oluşturmuştur. Toplumumuzun geleneksel hiyerarşik üst yapısının temel taşları olan *mülkiye*, *harbiye*, *tıbbiye* üçlüsünün otoritesinin son dönemlerde sarsılmasıyla acaba sağlık kurumlarında arttığı ifade edilen şiddet arasında bir ilişki var mıdır?

Şiddet Mekânları ve Şiddet Kültürü

Şiddetin yer aldığı mekânların incelenmesi şiddeti anlamamız açısından önemlidir. Bu mekânlardaki güç ve iktidar ilişkileri, otorite merkezleri ve

bu mekânlarda rolü olanların kurdukları ilişkiler şiddetin sebeplerini ve oluş süreçlerini anlamamız açısından çok belirleyicidir. Şiddet eylemleri insanların yaşadığı hemen tüm mekânlarda gerçekleşebilmektedir. Ancak şiddetin şekli görgü tanıklarının varlığından, etkin müdahale olup olmadığından da etkilenmektedir. Yukardaki örneklerden de anlaşıldığı gibi, şiddet sadece savaş meydanlarında veya tehlikeli olarak algılanan sokaklarda, ormanlar gibi ıssız ortamlarda, gece vakti karanlıkta, hapishane ve karakol gibi güvenlik güçleri ile suçluların buluştuğu mekânlarda yer almamaktadır. Okulda, iş yerinde, siyasette ve mecliste, siyasi parti ve dernek çatıları altında, spor yapılan yerlerde, parklarda, trafikte, toplu taşıt araçlarında, çocuk yetiştirme yurtlarında, huzur evlerinde, internet ortamında ve üstelik en güvenli sığınağımız olarak kabul ettiğimiz evlerimizin içinde gerçekleşmektedir. Kadın-erkek; genç-yaşlı; çocuk-yetişkin, farklı grupların şiddete maruz kaldıkları mekânlar birbirinden farklıdır. Mesela, genç erkekler genellikle sokaklarda, kadınlar ise ev içi mekânlarda şiddet kurbanı olmaktadır.

Şiddet, sadece insanların bulunduğu somut ortamlarda yer almamakta, zihinsel ve sanal olarak çocukların oyunlarında, masallarda; medyada, dizilerde, filmlerde, romanlarda da varlık gösterebilmektedir. İnternet çağında çocuklara sunulan oyunların çoğunda şiddet unsurlarının yaygın şekilde yer alması, çocukların hayal güçlerini ele geçirmesi pek çok psikoloğu ve eğitimciyi derinden kaygılandırmaktadır (18). Şiddetin geleneksel iletişim şekli olarak yaygınca ön plana çıktığı, şiddetin egemen olduğu kurumlar ve toplumlar şiddet kültürüne sahip olarak nitelendirilmektedir. Erkek-egemen sporlar, gençlik çeteleri gibi kurumsal yapıların, alt-kültürlerin kimlik belirleyici

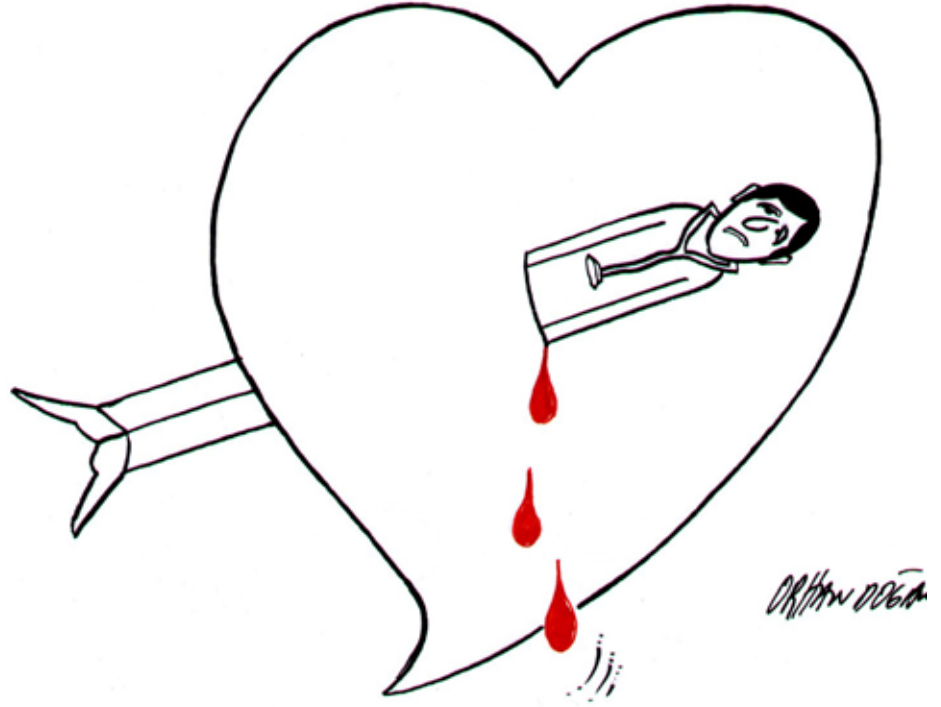
özellikleri arasında şiddetle olan sembolik bağlar söz konusu olabilmektedir (19). Gençlik çetelerinde sivrilme isteyen bir genç ne kadar acımasız olduğu ve kaç kişi öldürdüğü ile etrafında otorite kurabilir. Ya da ne kadar çok şiddet ve işkenceye maruz kalmış olsa da ayakta kalmış olan bir üyeye ayrı bir saygı duyulabilir. Şiddetin araçları olan tüfek, bıçak, kama gibi objeler çetenin sembolleri arasına girebilir.

Antropolog Napoleon Chagnon, Güney Amerika'da yağmur ormanlarında yaşayan Yanomamö kültürü üzerine yapmış olduğu ve etik açıdan çok tartışmalı araştırmasında bu kabileyi şiddete yatkın olarak tanımlamış, onları "Fierce People" başlıklı kitabıyla tanıtmıştır. Evlenmek için bir kelle getirmeleri, erkekliğin tezahürü olarak şiddet gösterisinde bulunmaları gerekliliği Yanomamö erkeklerini şiddete sevk etmekte ve kabilenin en önde töreni olan "savaş dansı" kültürlerinin simgesi haline gelmektedir (20). Antropolog Ruth Benedict, savaş sırasında incelediği Japon kültürünün hem şiddet eğilimli savaşçı, hem de ince estetik duyarlılığını birlikte ele aldığı etnografik araştırmasına "Krizantem ve Kılıç" adını vermiştir (21).

1990'larda vizyona giren "Kuzuların Sessizliği", kurbanlarını yiyen seri katil Hannibal Lecter'i konu edinen korku filmi Amerika'da U.S. Library of Congress tarafından "kültürel, tarihi veya estetik olarak" önemli bulunarak 2011'de Ulusal Film Kayıtlarında saklanmaya değer bulundu (22). Aslında, bu tür dehşet barındıran korku filmleri ve şiddetin odak yapıldığı "eğlence" türü bizim geleneksel kültürümüze yabancı bir sanat tarzı. Türkiye'yi de içine alan coğrafyada yerli filmlerin can alıcı cazibe noktası kendisini acındırarak sergilenen mağduriyet ve kader kurbanlığı üzerine kurgulanmış bir sanat tarzını ortaya çıkartıyor. "Ayşecik", "Küçük Emrah" gibi arabesk tadında filmler, ezilmiş yaşamların acıklı öykülerini sunarak izleyenleri duygu seline çekiyor. Türk filmlerinde görülen şiddet, genellikle yoksulluğun, çaresizliğin şiddeti. Batı filmlerinde ise şiddet hayal gücünün sınırlarını ırkötücü, dehşet verici şekilde zorlayarak şeytani boyutuyla korku salıyor. Son yıllarda Türk sinemasında da korku filmleri üretilmeye başlandı. Ancak sinemalar arasındaki bu geleneksel fark, acaba kültürlerimiz adına bize ne söylüyor?

Bitirirken Son Sözler

Şiddeti anlamaya ve önlemeye çalışırken, tabii yeryüzünde büyük dinlerin, felsefelerin ve öğretilerin şiddeti caydırıcı duruşlarını da hatırlamakta yarar var. Bu bağlamda, bir yerli Amerikalı hikâyesini aktarmak istiyorum: Bir Cherokee reisi çocuklarına yaşam dersi verirken, kendi bedenine iki kurdun ölesiye savaştığını



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

söyler. Kurtlardan birisi öfke, şiddet, kibir, üstünlük, yalan dolan, haset ve doyumsuzluktur. Diğer kurt ise sevgi, barış, umut, tevazu, dinginlik, cömertlik, dürüstlük, empati ve iyiliktir. Reis, bu savaşın herkesin içinde sürdüğünü söyler. Hikâyeyi dinleyen çocuk biraz düşündükten sonra, "Hangi kurt kazanacak?" diye sorar. Reis ise hemen cevap verir: "Hangisini beslersen o kazanacak" der.

Ülkelerin savunmaya / silahlanmaya ayırdıkları miktarlar ve bu miktarların genel bütçe içindeki oranları düşünülürse, uluslararası boyutta şiddete hazırlıklı olma / şiddete başvurma eylemlerinin tüm diğer bütçe kalemlerini geride bıraktığını görmekteyiz. Hemen bütün toplumlarda eğitim ve sağlık bütçeleri askeri bütçenin çok gerisinde geliyor. Güven ve şiddetsiz ilişki becerilerini yitirmiş bir dünyada sosyal bilimcilerin şiddet olgusunu ve yeni tezahürlerini incelemeleri kaçınılmaz önem arz ediyor. Uluslararası boyutta dünyamız adına, kurumlarımızda ve bireysel yaşamlarımızda içimizdeki hangi kurdu besliyoruz?

Kaynaklar

- 1) Ahmet İnam, Şiddeti Anlamak, <http://mimoza.marmara.edu.tr/avni/dersbelgeligi/kunduz/siddet/ahmetinamn.htm> (Erişim tarihi: 01.05.2015)
- 2) Yasemin Oğuz, Şiddeti Anlamak, Bilim ve Ütopya, Haziran 1998
- 3) Dünya Sağlık Örgütü, World Report on Violence and Health, 2002
- 4) 2012 Homicide Rates, Global Status Report on Violence Prevention, 2014
- 5) Elif Yılmaz, Ekonomik Sömürü ve Şiddet Mağduru Çocuklar, Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı 1, Bahar 2013
- 6) O'Leary, K. Daniel, O'Leary, K. Danie, Psychological Abuse: A Variable Deserving Critical Attention in Domestic Violence, Violence and Victims, Volume 14, Number 1, 1999, pp. 3-23(21) Springer Publishing

Company, ISSN 0886-6708, Online ISSN: 1945-7073

7) Bayram Şahin, Tuğba Dündar, Sağlık Sektöründe Etik İklim ve Yıldırma (Mobbing) Davranışları arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 66-1

8) Serap Özen, İşyerinde Psikolojik Şiddet ve Nedenleri, "İş, Güç", Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, Cilt 9, sayı 3, Temmuz 2007

9) Serpil Aytaç, Salih Dursun, Çalışma Hayatında Kadına Yönelik Şiddet. Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, İstanbul Üniversitesi Hukuk fakültesi mecmuası, Cilt 71, Sayı 1, 2013

10) Rıza Gökler, Okullarda Akran Zorbalığı, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, Cilt 6, sayı 2, 2009

11) Milli Eğitim Bakanlığı: Zorbalıkla mücadele www.meb.gov.tr (Erişim tarihi: 01.05.2015)

12) www.bullyingcourse.com (Erişim tarihi: 01.05.2015)

13) Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, Cilt 14, Sayı 1, s. 19*74, 2015;

14) Behçet Al, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet, The Journal of Academic Emergency Medicine, 2012

15) Sibel Asi Karakaş, Ayşe Okanlı, Hemşirelik ve Mobbing, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt 2, Sayı 4, 2013

16) Hülya Arslantaş vd., Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Klinik Uygulamalarında Karşılaştıkları Şiddetin Boyun eğici Davranışlar ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi, I.Ü.F.N. hem. Derg (2012) cilt 20, Sayı 1: 53-61.

17) Michel Foucault, La Naissance de la Clinique, Presses Universitaire de France, Paris, 1963

18) Osman Dolu vd., Şiddet İçerikli Video Oyunlarının Çocuklar ve Gençler Üzerindeki Etkileri: Saldırganlık, Şiddet ve Suça Dair Bir Değerlendirme, Adli Bilimler Dergisi / Turkish Journal of Forensic Sciences, 9 (4): 54 - 75, 2010, * Suç Önleme Araştırma Merkezi Polis Akademisi Anıttepe Ankara

19) Sezer Ayan, Şiddet ve Fanatizm, Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 7, sayı 2, 2006

20) Napoleon Chagnon, Yanomamö: The Fierce People, 1967

21) Ruth Benedict, The Chrysanthemum and the Sword, 1946

22) National Film Registry

Hasta ve hekimler etiyooloji konusunda ortak bir dil oluşturabilir mi?

Prof. Dr. Mustafa Bilici



1965 yılında doğdu. İlk ve orta öğrenimini Adana'da tamamladı. 1990 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Uludağ Üniversitesi'nde tamamladığı psikiyatri uzmanlığının ardından (1995), KTU'de doçent (2000), Medipol Üniversitesi'nde profesör oldu (2012). 2003-2005 yılları arasında İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde çalıştı. 2005'te Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne kurucu başhekim olarak atandı. Halen Gelişim Üniversitesi'nde İİBF Psikoloji AD'da çalışmaktadır. Ayrıca 2014'te Dr. Sena Yenel Özbay ile birlikte kurduğu İstanbul Psikiyatri Akademisi'nde (www.psikiyatriakademisi.com) hasta ve danışan kabul etmektedir. Psikiyatride Sinema, Sinemada Psikiyatri adlı kitabın editörlüğünü yapan Bilici, evli ve 3 çocuk babasıdır.

Dr. Sena Yenel Özbay



2001 yılında İstanbul Tıp Fakültesinden tıp doktoru olarak mezun olan Sena Yenel Özbay, 2010 yılında psikiyatri uzmanı unvanını aldı. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi başta olmak üzere çeşitli kamu hastanelerinde ve Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yaptı. Çeşitli dergilerde yayınlanmış makaleleri bulunmaktadır. Özellikle anksiyete bozuklukları ve uyku bozuklukları alanında çalışmalar yapmaktadır. Öncelikli olarak bilişsel psikoterapiler, uyku bozuklukları, kaygı bozuklukları ve rüyaların psikoterapide kullanımı alanlarıyla ilgilenmektedir. Şu anda Prof. Dr. Mustafa Bilici ile birlikte kurdukları İstanbul Psikiyatri Akademisi'nde çalışmaktadır.

Birçok çalışmada hastaların ve hekimlerin kurdukları ilişki biçimi, bu ilişkinin oluşum süreci ve yansımaları açısından yakından incelenmektedir. Yakın zamanda yapılan bir meta-analizde hasta-hekim ilişkisinin, sağlık hizmetlerinin sonucu üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu gösterilmiştir. Hasta-hekim ilişkisinin kendine mahsus bir takım ayırt edici özellikler taşıdığı söylenebilir. İşin ilginç yanı, her bir hasta-hekim ilişkisinin bile kendine özgü bazı özel karakteristikler içermesidir. Böyle bakınca sayısız hasta-hekim ilişkisi biçiminden bahsetmek mümkün olabilir. Bu yazıda kaçınılmaz olarak hasta-hekim ilişkisi geliştirilerek verilecek ve bu ilişki ekseninde “ tarafların” hastalıkların etiyojilerini anlama biçimlerinin örtüşme düzeyi anlaşılmaya çalışılacaktır. Tüm kişilerarası ilişkilerde anlamak ve anlaşılacak, güvenmek ve güvenilmek, saygı duymak ve saygı görmek temel öğelerdir. Hasta ve hekim ilişkisi de bu temel öğelere dayanmak durumundadır. Hasta-hekim ilişkisinin bu temel öğelere dayanması genelde herkes için birçok yarar sağlasa da özelde hastalıkların

etiyojilerini anlama ortak bir dil kurulmasını da sağlar.

İlişkinin ayrıntılarına girmeden önce “ tarafları”, yani hastaları ve hekimleri yakından tanımak gerekiyor. Hekim, hem hastalığı tanımlama hem de hastalığı tedavi etme yetki ve becerisine sahip olan kişi olarak tanımlanabilir. Hekimin bu yetkisi sahip olduğu özel bilgi ve beceriler ile yasa koyucu tarafından kendisine verilen ruhsattan gelmektedir. Bu nedenle hekimin rolü söz konusu ilişkide oldukça “ belirleyici” bir konumdadır. Bu belirleyicilik iki tarafı keskin bir bıçak gibidir, zira bir tarafı ile hekime müthiş bir rahatlık ve manevra alanı sağlarken, diğer tarafı ile suiistimal potansiyeli taşır. Yani hekim hastayla kurduğu ilişkide bu iki uç arasında bir yerde bulunur. Ancak gerek bu suiistimal potansiyelinin gerekse manevra kabiliyetinin pratiğe dökülebilmesi, ortada bir hasta olması durumunda mümkün hale gelecektir. Hekimi merkeze alan ilişki biçiminde hastaya ayrılan zaman çok azdır. Bu ilişkide hekim, hastaların duygularını anlamak konusunda isteksiz olursa hastayla sahici bir ilişki kuramaz.

Bu durum hekimin sevimsiz olmasıyla sonuçlanır. Oysa hastayı merkeze alan ilişki biçiminde dinlemek, katlanabilmek, hastanın endişelerini yorumlamak, açıklamada ve geri bildirimde bulunmak ve geri bildirim almak önemlidir.

Hasta ise bir hastalığı nedeni ile tedaviye muhtaç kişidir. Hasta, tedavi ihtiyacını bir tabip üzerinden gidereceği için hekimle kaçınılmaz biçimde bir ilişkinin içine girecektir. Hasta bir yönü ile zora düşmüş biri iken diğer yönü ile hekimin ihtiyaç duyduğu parayı veren ve hekime tedavi etme hazzını yaşatan kişidir. Dolayısı ile hasta yoksa hekim diye bir şeyden bahsetmek mümkün değildir. Yani ortada bir hekim olmadığında bile hastalar her zaman varlığını sürdürebilir ama tersi zorunlu değildir. Hastayı merkez alan ilişki, kaçınılmaz bir biçimde empatiyi gündeme getirmektedir. Empati özetle karşıdaki gibi düşünebilmek ve hissedebilmek anlamına gelmektedir. Empati etkin dinlemeyi sağlayarak hastaya söylediklerinin tümünün algılandığı iletisini ulaştırır. Hastanın sıkıntısının hekim tarafından anlaşıldığının ya da en azından anlaşılmasına çalışıldığının hasta

tarafından hissedilmesi sadece empati içeren bir ilişkide mümkün olur. Etkin ve empatik iletişimin sağlık hizmeti neticelerini olumlu etkilediği bildirilmiştir ancak empati, sadece hekimin anlamasına ve hastanın anlaşılmasına yönelik olursa eksik kalmış olur. Hastanın doktorun verdiği bilgileri anlamasının sağlanması da gereklidir. Bu durumda etkin empatik iletişim için “anlamak” için olduğu kadar “anlaşılma” için de çaba gösterilmelidir.

Hastanın merkeze alındığı ilişki biçiminde en önemli risk, hekimin sempatik bir tutum takınmasıdır. Sempatik tutum, duygusal atf içeren tutum olarak tanımlanabilir. Yani hekimin hastasını aileden biri ya da sevgilisi gibi duygusal ilişki içinde olduğu gibi her iki tarafın da kurulacak ilişkiyi belirleyen güçlü ve zayıf yönleri vardır. Çeşitli nedenlerle tarafların sahip olduğu bu özelliklerin dengesi bozulduğunda aralarındaki ilişkinin niteliği de doğrudan etkilenecektir. Hasta-hekim ilişkisine devlet, töre, din, teknoloji, kültür, ekonomi, etik ve hukuk gibi pek çok faktörün müdahil olma potansiyeli vardır. Bu faktörler hasta ve hekimi ne kadar ayrı saflarda konumlandırmaya zorlarsa, aradaki ilişkinin de o kadar gergin ve sorunlu olacağını öngörebiliriz. Meselâ hastanın hekimin ücretini doğrudan ödeme hakkı elinden alınırsa ve bir kurumun bu ödemeyi yapması sağlanırsa ya da hastayı tedavi edecek hekimin hastasına ayırması gereken süreyi hekim dışı bir otorite belirlerse hasta-hekim ilişkisi onulmaz bir yara almış olur.

Tarafları kısaca tanıdıktan sonra aradaki ilişkiye odaklanabiliriz. Hekimle hasta arasındaki ilişki, hem hekimin ve hem de hastanın psikolojik özellikleri, ilişkinin başlama biçimi ve ilişkiyi başlatan unsurlar gibi pek çok etken tarafından belirlenir. Bilinç bozukluğu olan ya da akıl melekeleri ortadan kalkmış ağır mental retarde (zekâ geriliği olan), ya da gerçeği değerlendirme yetisi ileri derecede bozuk bir hasta tümüyle edilgin konumda olacağı için hekim kaçınılmaz olarak etkin olmak durumunda olacaktır. Bazen kültürel etkenler de etkinlik-edilginlik şeklinde bir ilişkinin ortaya çıkmasına yol açabilir. Bu ilişki biçiminde bırakın hekimin hastasına etioloji hakkında bilgi vermesini, doğru dürüst karşılıklı bir konuşma bile gerçekleşmeyebilir.

Sağlığını kazanmak için kendisine ne yapılması gerektiğini söyleyen hekimin komutlarını kabul eden hasta ile onun karşısında bilgi ve becerisini kullanan hekim arasında daha çok ikinci tipte bir ilişki söz konusudur. Burada hekim bir öğretmen, hasta ise bir öğrenci gibidir. Etiyolojiyi anlama konusu da doğal olarak öğreten ve öğrenen ekseninde gerçekleşecektir. Ancak burada hasta ve hekim arasında etiyojolojiyi anlama konusunda

ortaklaşa kurulan bir dilden bahsetmek zordur. Hekim genellikle bilgiyi verir hasta da ne anlarsa onu kâr sayar. Böyle bir ilişkide hasta, hekimin açıklamalarını anlamadığında soru sormaktan imtina eder, zira hem hekimi kızdırmaktan hem de anlamamış görünmenin getirdiği utançtan çekinir.

Üçüncü tip ilişki ise en iyi psikiyatrist-hasta ilişkisinde gözlenir ve bu ilişkide diğer iki ilişkiden farklı bir biçimde hasta ve hekimin “aynı safta” yer alması söz konusudur. Bazen bu aynı safta olma hali o kadar iç içe geçer ki, zaman zaman kimin hasta, kimin hekim olduğunun önemi bile ortadan kalkabilir. Bu durum psikiyatri dışı branşlarda pek görülmez. Görüldüğü üzere bu ilişki ideale yakındır, zira empati düzeyi en yüksek ilişki budur. Hâl böyle olunca tarafların birbirinden beklentileri net bir şekilde ortaya konur ve karşılanır. Sonuçta etiyojolojiyi anlama konusunda da empatik tutum etkisini gösterecek ve ortak bir dilin kurulması mümkün hâle gelecektir.

Günümüzde hekim-hasta ilişkisinin, “karşılıklı katılıma dayalı” bir eksende gelişmesi gerektiği düşünülmektedir. Ancak yukarıda saydığımız ve hasta-hekim ilişkisinin özelliklerini belirlediğini belirttiğimiz pek çok faktör aynı zamanda karşılıklı katılıma dayalı ilişki biçiminin oluşmasını önemli ölçüde aksatma potansiyeli taşımaktadır. Bu nedenle her bir hasta-hekim ilişkisinde bu faktörlerin belirleyiciliği ve aksatma gücü ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Pratik bir örnek verelim: Günde ortalama on dakika arayla hasta muayene ve tedavi edilmesi istenen bir devlet hastanesinin polikliniğindeki hasta-hekim ilişkisi (A tipi ilişki) ile günde en fazla altı hastanın kabul edildiği, hastalara en az elli dakikanın ayrıldığı muayenehanedeki hasta-hekim ilişkisini (B tipi ilişki) gözünüzde canlandırmaya çalışın. Tahmin edileceği gibi A tipi ilişkinin, yüzeysel, soğuk, kopuk, empatiden yoksun, zaman baskısı altında ezilen, tatminsiz, def’i belâ kabilinden ve tükenmeyle sonuçlanmasının kaçınılmaz olduğunu söylemek mümkün. Oysa B tipi ilişki, A tipi ilişkinin karşılıklı işbirliğine dayanan, empatik, saygılı, tatminkâr, tarafları geliştirici ve sürdürülebilir özellikte olduğu gün gibi aşikârdır. Çünkü A tipi ilişkide hekim ve hasta arasına pek çok “karıştırıcı” etken girmekte ve güven zedelenmektedir. B tipi ilişkide ise mümkün olduğunca “dolaysız” bir ilişki kurulmakta ve güven sürekli tazelenmektedir. A tipi ilişkide araya giren etkenler hasta ile hekimin en başta kurması gereken iletişim becerilerini baltalayarak güven ilişkisinin oluşumunu engellemektedir. Elbette tüm hasta-hekim ilişkileri A ve B kutuplarında yer almamaktadır. Ancak başta da belirttiğimiz gibi bu iki kutup arasında dağılan ve neredeyse tüm ilişkilerin toplam sayısı kadar ilişki

biçiminden bahsetmek mümkündür.

Hasta-hekim ilişkisini bozma potansiyeline sahip bir diğer etken hekimin omnipotent (tüm güçlü) bir konuma yükseltilmesi ya da deyim yerindeyse “tanrılaştırılması”dır. Hekime, sahip olmadığı bir takım “mistik” özellikler atfedilerek hem hekimin ayakları yerden kesilmiş olur, hem de ilişkinin niteliği değiştirilmiş olur. Hastaya ayrıntılı bilgi vermemek, onunla konuşmamak ya da konuşsa bile hastasının anlayamayacağı Latince ağırlıklı bir dille konuşmak böyle bir hekimin belirgin özellikleridir. Sadece hastanın tutumu değil, hekimin kendi içinde taşıdığı omnipotensini dizginleyememesi de bu durumun ortaya çıkmasına yol açabilir. Hasta, dert sahibi biri olarak ister istemez “yüce” bir varlıkla ilişkiye girme ihtiyacı hisseder; hekim de şifanın kendisinden sâdır olan bir özellik olduğu zehabına kapılarak omnipotansını besler. Bu durum iki tarafın eseri olsa da burada omnipotans tuzağını görmek ve bu tuzağı etkisiz hale getirmek hekimin görevidir. Sonuç olarak etkili bir hasta-hekim ilişkisinin tesis edilebilmesi için aradaki ilişkinin mümkün olduğunca “demistifiye” edilmesi, yani aynı düzleme oturtulması gerektiğini söyleyebiliriz.

Günümüzde hasta hekim ilişkisini sağlıklı mecrasından sapıtırma potansiyeli taşıyan en önemli unsur teknolojik gelişmelerdir. Herkesin ekrana baktığı bu dönemde hekim de ister istemez bu akıma kapılmış ve hastanın yüzü yerine ekrana bakmayı tercih eder hâle gelmiştir. Hasta ne söylerse söylesin teknolojinin sunduğu verilerin esas alınması, “hasta”nın baypas edilerek, hekimle “hastalığın” ilişkiye geçmesi gibi tuhaf bir ilişkinin doğmasına yol açmaktadır. Aynı durum hasta cephesi için de geçerlidir: İnternetin söyledikleri hekimin söylediklerinden daha inanılır hale gelince bu kez “hekimin” baypas edildiği ve hasta ile teknolojinin ilişkiye geçtiği garip bir durum ortaya çıkmaktadır.

Sonuç olarak hasta ile hekimin etiyojoloji konusunda ortak bir dil oluşturmasını bozan birçok faktör bulunsun da ortak bir dil oluşturulmasını sağlayan en önemli etken hekimin empatik tutumudur. Bu tutum psikiyatrist-hasta/danışan ilişkisinde en net biçimde ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla diğer hasta-hekim ilişkilerinin de mümkün olduğu kadar psikiyatrist-hasta ilişkisine benzetilmesinin etiyojoloji konusunda ortak bir dil oluşturulmasını kolaylaştıracağını söyleyebiliriz.

Kaynaklar

Crandall SJ, Marion GS. Identifying Attitudes Towards Empathy: An Essential Feature of Professionalism. Acad Med. 2009; 84:1174–1176.

N. Yasemin Oğuz. Klinik Uygulamada Hekim-Hasta İlişkisi. T Klin Tıbbi Etik 1995, 2-3: 59-65.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda beklenmeyen durumlar ve halkla ilişkiler

Yrd. Doç. Dr. Yasin Bulduklu



Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümünden 2000 yılında mezun oldu. 2005 yılında Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde Kamu Yönetimi alanında Yüksek Lisansını yaptı. Aynı üniversitenin Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı'ndan 2010 yılında doktora derecesini aldı. Doktora çalışmasında televizyonda yayınlanan sağlık programlarını ve izleyicilerini araştırdı. Sağlık İletişimi ve Hastalarla İletişim adlı kitapları yazdı. Alternatif tıbbi uygulamalar ve iletişim, kitle iletişim araçlarındaki sağlık yayınları, sağlık kurumlarında kriz iletişimi, sağlıkta iletişim yönetimi ve sağlık hizmeti sunumunda iletişimin rolüne ilişkin konularda çalışmalar yaptı. 2011 yılından bu yana Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi Halkla İlişkiler ve Reklamcılık bölümünde öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin konusu yaşam ve yaşam kalitesidir. Olaylar hayati boyutta cereyan eder. Sağlık hizmetinin sunumunda hizmetten yararlananlar ve onların yakınlarıyla iyi niyete dayalı ve karşılıklı yarar çerçevesinde iki yönlü iletişim, hem sağlık hizmetinin çıktılarının değerlendirilmesi hem de hizmetin etkinliği açısından önemlidir. Bu önem, iki taraflı bir boyuta sahiptir. Sağlık kurumu açısından imaj, itibar, tercih edilebilirlik ve daha fazla hasta anlamı taşır. Hasta açısından tam iyilik hali için doğru tercih, zaman kaybetmeme, kafa karışıklığından kurtulma ve tedavide etkinlik sonuçlarını ortaya çıkarır. Hasta ile sağlık hizmeti sunucusunun karşılıklı anlayışını geliştirmeye yönelik uygulamalar denilince akla halkla ilişkiler gelmektedir. Halkla ilişkiler, sağlık hizmeti sunucularının ve sağlık hizmeti sunan örgütlerin stratejik düzeyde kullanabilecekleri, rekabette fark yaratabilecekleri bir etkileşim desendir. Beklenmeyen durumları ve halkla ilişkilerin bu koşullardaki işlevi, gözlem ve Literatür taraması yoluyla bu makalede açıklanmakta, beklenmeyen koşullar ve yönetimine ilişkin önerilerde yer almaktadır.

Halkla İlişkilerin Sağlıkta Beklenmeyen Durumlarda Kullanımı

Sağlık hizmetlerinin sunumu, insan sevgisini içeren saygıya dayalı bir süreçtir ve kişilerin deneyimlerinin güvenilir bir biçimde ve şefkat çerçevesinde incelenmesini gerektiren bir ortaklıktır. İlişkisel süreç, tarafların birlikte çalışmasını ve karşılıklı işbirliğini içerir. İşbirliği bireylerin ortak yarar algıladıkları durumda ortaya çıkan bir durumdur. Ortak yarar ya da anlayış halkla ilişkilerin temel felsefesini oluşturur. İletişimin stratejik düzeyde uygulanması için de halkla ilişkiler konusunda uzmanlaşmış bireylere ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetleri yapısı gereği riskleri bünyesinde taşıyan bir niteliğe sahiptir. En küçük tıbbi müdahalenin bile sonuçları bireyin yaşamını ve yaşam kalitesini etkiler niteliktedir. Rutin uygulanagelen yöntemler konusunda sağlık hizmeti sunucuları kendilerini geliştirmiş olsalar da zaman zaman sıradanlaşan uygulamaların kendileri, sorunun kaynağı olabilmektedir. Hasta ve yakınları için önemli kaygıları ortaya çıkaran bazı uygulamalar, sağlık hizmetinin sunucuları açısından sıradan işlemler olarak kabul edilmekte, küçük bir özensiz davranış

tıbbi hatalara ve hatayla bağlantılı hukuki sorunlara yol açmaktadır. Çoğunlukla uygulanan ve sonucu her zaman öngörülebilir sıradan durumlar dışında ortaya çıkan ve tarafların istemediği sonuçlar doğurması olası koşullar sağlık hizmetinin karakterinin bileşenidir. Sürekli yapılan eylemlerde ortaya çıkan komplikasyonlar, düşük bir oranda da olsa hizmet sunucusunun beklediği bir durumken, hizmetin alıcısının beklemediği bir sonuç olabilmektedir. Hasta ile hizmet sunucusunun etkileşiminde beklenmeyen sonuçların önemsiz olarak kurgulanması, hastanın olumlu sonuç bekleme düzeyini artırmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin sunumunda rutin ile olağanüstü ya da beklenilmeyen durumların taraflar arasında ayrımının yapılması oldukça güçtür.

Beklenmeyen durum, sağlıkta hekim ya da hastanın uygulanan işlemlerin başlangıcında öngöremedikleri, arzu edilen sonuçlardan bir sapma durumu, olarak tanımlanabilir. Beklenmeyen durumun en dramatiği kuşkusuz ölümdür. Tıbbi hatalar, yanlış tetkik veya tedavinin uygulanması, operasyon ya da tedavi sırasında ortaya çıkan aksilikler, ihmal ya da kusur nedeniyle olasılığı düşük



Beklenmeyen durumların ortaya çıkma olasılığını artırmak ve olası zarar düzeyini azaltmak öncelikle tüm çalışanların iletişim becerilerini mesleğin hazırlığı aşamasında öğrenmesi ile olanaklıdır. Bu noktada sağlık alanına işgücü ve bilim insanı yetiştiren eğitim kurumlarında, halkla ilişkiler, iletişim ve kriz iletişimi konularının ders olarak okutulması yararlı olacaktır. Zira beklenmeyen durumların ve krizlerin en sık yaşandığı alan sağlık hizmetleri alanıdır.

olan sakat bırakmalar, çalışanların tavırlarından kaynaklanan iletişim sorunları, iletişim araçlarının yaptığı yayınlar ve çeşitli gerekçeler sonrası ortaya çıkan kriz koşulları, beklenmeyen sağlık durumlarına örnek olarak gösterilebilir. Bu noktada beklenmeyen durum, ortaya çıkan ancak henüz krize yol açmamış sonuçları ifade eder.

Beklenmeyen olaylar, kafa karışıklığı, belirsizlik, güven kaybı ile karakterize edilir. En basit sonucu, sağlık kurumunun ya da sağlık profesyonelinin hasta sadakatini yitirmesidir. Hastayı kaybetmemek ve onu daha fazla üzmemek için sağlıkta beklenmeyen durumlarda hastanın yararı ve ona merhamet etme güdüsü, beklenmeyen durumlarda gerçeğin hastadan gizlenmesi güdüsünü ortaya çıkaran durumlardır. Sağlıkta beklenilmeyen koşullar, pek çok faktör tarafından ortaya çıkarılabilir. Aşağıda bu faktörlerden bazıları sıralanmıştır:

- a) Bir girişimin doğasından kaynaklananlar,
- b) Nadir olarak ortaya çıkan ve girişimin bir parçası olan komplikasyonlar,
- c) Hastanın durumu nedeniyle öngörülemeyen sonuçlar,
- d) Bireysel ya da takım olarak ortaya çıkan etmenler ve insani bir hata ya da ihmal,

e) Kliniksel ya da çevresel ortamdan köken alan sorunlar,

f) Hizmeti sunarken sistemde meydana gelen önlenemez ya da önlenmesi olanaksız aksaklıklar.

Beklenmeyen durumlarda bilginin açık olarak kamulara ya da kişilere aktarılması sağlık kuruluşları ve hizmet sunucuları tarafından yapılan önemli bir hata olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca durumu ortaya çıkaran ve beklenmemesine neden olan hataları gizlemeye çalışmanın kısa bir süre için başarılılabileceği, gerçeğin er ya da geç ortaya çıkacağı da unutulmaktadır. Beklenmeyen durumlarda yaygın olarak yapılan iletişim hataları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- a) Eksik veya yanlış bilgilerle durumu açıklamaya çalışmak,
- b) Tam ve açık olarak saptanmamış klinik verilerle desteklemeyen yetersiz bilgilerle kurumu ya da kişiyi savunmaya çalışmak,
- c) Araştırma sonucunda elde edilmiş bilgiyi paylaşmak veya iletmekte isteksiz davranmak, bireylerin ya da kurumun zararına olma olasılığı bulunan bilgileri değiştirmek,
- d) Sonuçların ve hizmetin güvenilirliğinin doğru olduğunu savunmaya çalışmak,

e) Hasta ya da yakınlarını ve onların koşullarını mazeret olarak sunmak.

Sağlık hizmeti talebinin kendisi beklenmeyen bir durum sonrasında ortaya çıkmaktayken, hizmetin sunumunda ya da sonrasında ortaya çıkan beklenmeyen durumların yönetilmesi uzmanlık ve stratejik iletişim yönetimini gerektirir. İletişimin stratejik yönetilmesi, akla halkla ilişkileri getirmektedir. Sağlık hizmetlerinde halkla ilişkiler, genellikle bilgiyi yaymak için kullanılır. Ayrıca halkla ilişkiler, hasarı azaltmak ya da riski denetim altına almak için de kullanılmaktadır. Tüm halkla ilişkiler faaliyetlerinde olduğu gibi, beklenmeyen durumlarda kurulacak iletişimin etkinliği üzerinde kamu politikaları, toplumsal normlar, kurumsal faktörler, kültürel unsurlar, kişilerarası ilişkiler, sonuçlar üzerinde önemli rol oynar. Halkla ilişkiler, beklenmeyen durumların ortaya çıkmasını önleme ve etkisini azaltma amaçlı olarak kullanılabilecek en etkili yöntemdir. Buna göre halkla ilişkilerin stratejik olarak yönetilmesi yoluyla beklenmeyen durumların üstesinden gelinebilir veya örgüte ya da profesyonel yaşama vereceği zararların etkisi azaltılabilir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda beklenmeyen durumlar, iki türden halkla ilişkiler yöntemi kullanılarak yönetilebilir.

1. Proaktif halkla ilişkiler

Proaktif yaklaşım, olay ya da sorun ortaya çıkmadan önce önlem almayı gerektirir. Proaktif halkla ilişkilerin sağlık hizmetlerinde etkin kullanımı, kurum ikliminin ve kurumsal iletişimin yönetimi ile başarılabılır. Buna göre sağlık kurumunun ya da biriminin proaktif halkla ilişkiler bağlamında yapması gerekenler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Beklenmeyen durumların derecesine göre bir risk haritasının oluşturulması, her bir duruma eylem planlarının oluşturulması,
- Kurum içi açık ve güvene dayalı iletişim sisteminin kurulması,
- Takım çalışmasına ilişkin farkındalığın artırılması ve takım içi güveni bozan konu ya da sorunların tespiti ve ortadan kaldırılması,
- Medya ile yakın ve düzeyli ilişkilerin kurulması,
- Kamularla iletişimde güven unsurunun odak noktası olacak biçimde tutum ve tavırların sergilenmesi,
- Hükümet organları ve sivil toplum kuruluşlarıyla yakın iletişim ve ilişki içinde olunması,
- Sosyal sorumluluk uygulamaları ve yönetimine önem verilmesi, kurumun kendi gücü nispetinde toplumsal düzeyde konulara gönüllü ilgi göstermesinin sağlanması,
- Sağlık kurumunun ilişki içinde olduğu çıkar ve baskı gruplarının tanımlanmasının yapılması, bu gruplarla ilişki ve iletişimde karşılıklı çıkar anlayışının hâkim olması,
- Rakiplerle ilişkilerde saygı çerçevesinin dışına çıkılmaması,
- Tıbbi etik ilkelere ve özellikle hasta mahremiyetine en üst düzeyde duyarlılığın gösterilmesi, iletişim ve ilişkinin yapılandırılmasında özellikle hastanın mahrem bilgilerinin ifşa edilmesinden uzak durulması,
- Sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarı olmasını sağlayacak eğitimlerin verilmesi, çalışanların kendi düzeylerine uygun şekilde sağlık iletilerini okuma, yorumlama ve doğru anlama becerilerini kazanmasının sağlanması,
- Kişilerarası ilişkiler ve medya konusunda çalışanların bilgilendirilmesi, yetiştirilmesi,
- Kurum kültür ve kurum amaçlarının tüm paydaşlar tarafından bilinirliğinin ve kabulünün sağlanması,
- İhtiyacı olan bazı alanların desteklenmesi amacıyla sponsorluk faaliyetlerine kurumun ölçeğine göre ilgi göstermesi.

Doğasında var olan belirsizlik nedeniyle sağlık kurumlarının, düşünmedikleri ya da öngöremedikleri konularla yüzleşmeleri kaçınılmazdır. Bu türden durumlara hazır olmak, yapılacakları önceden tasarla-

mak, olası sektörel sorunlardan daha az etkilenmek demektir. Beklenmeyen durumları doğru yöneten ve hazırlıklı olan kurumlar, rekabet avantajını da elde etmiş olurlar.

2) Reaktif halkla ilişkiler

Halkla ilişkilerin reaktif boyutu, olay olduktan sonra etkilerini ortadan kaldırmaya ve hasarı hafifletmeye yönelik yapılan çabaları ifade eder. Beklenmeyen durumlarda reaktif yaklaşım, öngörülemediği ancak kurumu, birimi veya kişiyi çeşitli düzeylerde tehdit edecek sonuçların etkisini azaltmayı amaçlar. Reaktif anlamda sağlık kurumlarının beklenmeyen durumlarda yapabilecekleri bazı uygulamalar aşağıdaki gibidir:

- Beklenmeyen durum anında kamularla ya da hasta ve yakınlarıyla iletişimi kuracak kişinin belirlenmesi,
- Olayın medyaya aktarımı halinde, kurum sözcüsünün belirlenmesi,
- Konuya ilişkin ön araştırmanın hızlıca yapılması, sorumluluğu olanların saptanması,
- Aktarılabilecek bilginin niteliğinin ve miktarının kararlaştırılması,
- Durum, hukuksal sonuçları doğurma olasılığı taşıyorsa, hukuki danışmanların görüşünün alınması; olayı tazmin edilme olasılığı var ise hızlıca bu tazminata ilişkin çalışmanın yapılması,
- Kurum ya da birimlerin kendini koruma güdüsü yerine halkla ilişkiler profesyonelinin önerisi doğrultusunda bir açıklama metninin oluşturulması, sorumluluk varsa gerekirse özür dilenmesi,
- Zaman yönetiminin farkında olunması, ilk andan itibaren iletişim kanallarının açık tutulması,
- Kamuoyu önderlerinden yardım alınması olasılığı varsa değerlendirmenin yapılması ve kişi/kişilerin belirlenerek kurum adına konuşmasının sağlanması,
- Beklenmeyen durum, krize neden olmuşsa kurum üst yöneticisinin medyada sık yer almasının sağlanması,

Reaktif halkla ilişkiler kapsamında kamularla kurulacak iletişimde unutulmaması gereken ana nokta, sonuçlar ne kadar olumsuz olursa olsun hasta veya onun ailesi bir açıklama yapılmayı hak etmekte olduğudur. Açıklama, durum ne olursa olsun açık yüreklilikle ve nezaket çerçevesinde yapılmalıdır. Bu etik bir sorumluluktur. Açıklama sonrası hasta ya da yakınlarının tepkisi; duruma, uygulamaya ve hasta ya da yakınlarının kişilik özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Buna göre yapılacak açıklamanın tonu, biçimi ve açıklamanın ortamı hasta ya da kamuların durumları göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Beklenmeyen bir durum sonrası, yakını sakat kalmış

ya da hayatını kaybetmiş bireyden iletiyi duyduğu anda metanet beklemek doğru bir yaklaşım olmayacaktır. Bu noktada doğru bilgi, doğru ortamda, empatik çerçevede sunulmak durumundadır.

Reaktif halkla ilişkiler çerçevesinde beklenmeyen durumların şeffaf ve anlaşılabilir biçimde kamulara aktarılması kamular ve hizmetin sunucuları açısından çeşitli yararlar sunar:

- İlk anda yapılan açıklamalar, sonuçların neden beklenildiği gibi olmadığının aile ve hasta tarafından anlaşılmasına yardımcı olur. Bu konuda bilgi kirliliğinin oluşmasının önüne geçilmiş olacaktır. Kurum gerçeği tam olarak ifade ettiğinde, kamuların sempatisini de kazanacaktır.
- Hastaların sağlık sistemine ve hizmet sunucusuna olan güvenini artırabilir. Açık ve anlaşılır bilgi, sağlık kurumlarının elinden geleni yaptığına ilişkin inancın ve kadenci bakış açısının ortaya çıkmasını kolaylaştırır. Bu haliyle de sisteme ve kuruma duyulan güven zedelenmemiş olacaktır.
- Beklenmeyen durumlarda ilişkinin planlanmasında en çok yapılan hata durumu idare ederek kamu gündeminde düşürmeye çabalamaktır. Hasta, durumun idare edildiğini hissederse öfkesi ve ihanet duygusunun arttığı ileri sürülmektedir. Hasta gizlenen bir şeylerin olduğunu hissederse, bu durumda daha farklı kaynaklardan bilgi elde etme çabası göstermektedir. Kaynağın kurum olmaması, beklenmeyen durumların yönetimini zorlaştırmaktadır.
- İlk anda, hızlı ve açık iletişim, hastanın tedaviye ilişkin bilgiyi uygun ve zamanında elde etmesi yoluyla uygulamaya ilişkin görüşleri değerlendirebilmesine olanak sağlar.
- Sağlık hizmetinin diğer sunucularına sonrasında kullanmak için ihtiyaç duyacakları uygun sağlık bakım hizmetine ilişkin bilgisi sunar.
- Beklenmeyen durumların doğrudan hasta ya da yakınına uygun dil ile aktarılması, hizmet sağlayıcıların yardımıyla, hatanın kabulünü ve hastanın ya da yakınının hatanın duygusal etkisinden kurtulmasını kolaylaştırabilir,
- Hizmet sunanların yapılan hata ya da ortaya çıkan istenmeyen koşulların düzeltmelerine olanak sağlar. Bu sayede kişi, birim ya da kurumun kendi uygulamalarını geliştirmesine katkıda bulunabilir; kendi hatalarını kabul ettiklerinde uygulamanın geliştirilmesi ve değiştirilmesine yönelik yapıcı eleştirilerle kendi hizmet biçimlerini iyileştirebilirler.

Sağlık hizmeti sunumu, olağan koşullarda veya beklenmeyen durumlar sonrasında oluşan iki yönlü iletişim deseni çerçevesinde planlanmak zorundadır. Olağan durumda halkla iki yönlü iletişim kurmak

önemliyen, olağandışı koşullarda hastanın durumu öğrenmesini sağlamak daha büyük önem arz etmektedir. Bu noktada beklenmeyen duruma maruz kalan kişi ya da kamularla ilişkisinin iletişim yoluyla halkla ilişkiler çerçevesinde sunulması başarılı durum yönetiminin gereğidir.

Halkla ilişkiler uygulamalarının ve halkla ilişkiler çalışanlarının sürecin bir parçası olduğu bilindiğinde sağlık hizmeti sunumunda beklenmeyen durumların yönetimi daha da kolaylaşacaktır. Süreç ve işbirliği denilince takım çalışmasının farkında olmak gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Hizmetin sunumunda takım çalışması, öncelikle uygun iç ortamın yaratılması ile olanaklıdır. Sağlık hizmetinin sunumunda uygun ortamın yaratılması da halkla ilişkiler uygulamalarının hayata geçirilmesi ile olanaklıdır. Uygun ortam yaratılmasının sağlık hizmetleri açısından yararları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

a) Hastaya sunulan hizmetin etkinliğinin sağlanması: Bireyler huzurlu ve her şeyi paylaşabildikleri çevrede daha verimli olurlar. Diğer bireylerle etkileşim, kişinin mesleki açıdan gelişmesini ve dolayısıyla hizmetin etkin sunumunu sağlamış olacaktır.

b) Hizmet karmaşıklığının azaltılmasına yardımcı olur: Sağlık konusunda sunulan hizmet, bir bireyin tek başına sahip olduğu bilgi ya da yetenekle üstesinden gelemeyeceği kadar karmaşık bir niteliğe sahiptir. Bu karmaşıklık en iyi takım çalışması ile yönetilebilir.

c) Çalışan güvenliğine olanak sağlar: İletişim ve ilişkilerin gelişmesi için güvene dayalı ortamın yaratılması, ekip üyelerinin birbirlerine karşı açık ve samimi olması sonucunu doğurur. Hizmetin sunumu sırasında üyelerin birbirleri ile açık etkileşimleri, olası hatalı veya yanlış uygulamaların öncesinde ya da sırasında kişilerin göremedikleri veya göz ardı ettikleri konuların açık paylaşımına imkân sağlayacak, bu şekilde oluşacak güven ortamı da çalışanların hata yapmasının önüne geçecektir.

d) Çalışanların birbirlerini suçlamaları yerine, hatalarından ders almalarına imkân sunar: Açık iletişim, başarının paylaşılması kadar hataların ve suçlamaların da göğüslenmesine olanak sağlar.

e) İşgörenler için daha fazla tatmin edici ödüllendirici bir ortamın oluşmasını sağlar: Stratejik olarak planlanan halkla ilişkiler, olumlu örgütsel iklimi yaratır. Olumlu iklim, daha çok işgören doyumunu ortaya çıkarır.

f) Nitelikli işgücünün kurumda tutulmasını sağlar: Sağlık hizmeti sunan organizasyonlardaki huzurlu takım çalışması ortamı, önemli sağlık profesyonellerinin elde tutulmasını sağlar, nitelikli işgücünün de böyle organizasyonları tercih etmesi bu sayede kolaylaşır.

Sonuç ve öneriler

İyi sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesinde iletişim stratejilerinin de öğretilmesi ve iyi tıbbi uygulamaların ortaya çıkmasında bu iletişim yeteneklerinin kullanımı sağlık hizmetlerinin tatmini açısından oldukça önemlidir. Her geçen gün değişen tıp uygulamaları sadece bilimsel verilere ve teknik yargılara ihtiyaç duymamakta aynı zamanda iletişim stratejilerinin de kullanımını zorunlu kılmaktadır. Sağlık çalışanları aynı ortamda tek tip gibi görünseler de çok farklı sosyoekonomik düzeyden ve eğitim seviyesinden gelen kişilerdir. Sistemin ana iki unsuru hekimler ve hemşirelerin de yetiştirme şekilleri birbirlerinden farklıdır. Ülkemizde hemşirelerin yetiştirilmesini sağlayan müfredatta sosyal ve kişisel gelişime yönelik derslere yer verilirken, tıp fakülteleri çoğunlukla pozitif bilimlere yönelik derslere ağırlık vermektedir. Bunun sonucu olarak da hemşireler daha çok iletişim kurma çabası gösterirken hekimler doğrudan sorunu çözmeye yönelik iletişim kurmaktadırlar. Beklenmeyen durumların ortaya çıkma olasılığını artırmak ve olası zarar düzeyini azaltmak öncelikle tüm çalışanların iletişim becerilerini mesleğin hazırlığı aşamasında öğrenmesi ile olanaklıdır. Bu noktada sağlık alanına işgücü ve bilim insanı yetiştiren eğitim kurumlarında, halkla ilişkiler, iletişim ve kriz iletişimi konularının ders olarak okutulması yararlı olacaktır. Zira beklenmeyen durumların ve krizlerin en sık yaşandığı alan sağlık hizmetleri alanıdır.

Güven, hekim hasta iletişiminin zorunlu bir parçasıdır ve duygusal açıdan hastanın açılmasına yardımcı olmaktadır. Beklenmeyen durumlarda, konunun muhatabı olan birimler arasında oluşan güven, sorunun üstesinden gelinmesini kolaylaştırmaktadır. Kişilerarası ilişkilerde güveni yaratan unsur iletişimdir. Beklenmeyen koşullarda iletişim, diğer iletişim yönetim biçimlerinde olduğu gibi en başta stratejik bir bakış açısını zorunlu kılar. İlk anlamda sorunun analiz edilmesi, stratejik taktiklerin seçimi, hedef kitle analizi, davranışsal amaçlar, mesajın geliştirilmesi, iletişim kanallarının saptanması, paydaşların belirlenmesi ve değerlendirme aşamalarından sonra iletişim taktiklerinin uygulanmaya başlanması krizin ortaya çıkmasını ya da büyümesini önleyecektir.

Beklenmeyen durumun düzeyi ne olursa olsun; her zaman yüksek derecede gerilim yaratır. Gerilim ve öfkeyle başa çıkabilen birey ya da gruplar uzun vadede ve uzun süreli kazanımları elde ederler. Gerilim ve öfkeyle karşılaşmanın yolunun rutinlerin farkında olmak olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Rutinlerin farkında olmak, mesleki özeni göstermenin yanı sıra iletişimi de geliştirir. Aynı şekilde rutinleri sıradan-

laştırmayan çalışanlar, ekip uyumu ve takım çalışması dürtüleri olan kişilerdir. Ekip üyeleri arasında açık iletişim ve ekip içi sürekli iletişim, olası sorunlarda veya soruna yol açması muhtemel durumlarda kişilerin birbirlerini açık biçimde uyarması sonucunu ortaya çıkarır. Ekip içi kötü iletişim ise vurdumduymazlık, kıskançlık ve intikam duygularını çağırıştırır.

Kararı doğru ve hızlı verebilmek, planlama ile ilgilidir. Kurumların veya bireylerin olası durumlarda nasıl tepkiler vereceklerini önceden planlamış olmaları, kararın hızlı, doğru ve etkin olmasını sağlayacaktır. Yanıtı verirken üzerinde ayrıntılı düşünülmesi halinde kararın etkinliğinin artacağı bilinmelidir. Ancak ayrıntılı düşünme, beklenmeyen durumun krize dönüşmesine yol açacak kadar uzun olmamalıdır. Medya ihtiyaçlarının karşılanması ve bilginin erişilebilir tutulması gerçeğin kamulara aktarılması açısından önemlidir. Beklenmeyen durumlarda halkla ilişkilerin etkinliği ve sorunun doğru yönetilmesi medya ile proaktif şekilde yürütülen ilişkilerin iyi olmasına bağlıdır. Kriz ve beklenmeyen diğer durumlarda medyanın durumu doğru yansıtmaması, olağan koşullarda medya ile iyi ilişkiler kurmuş olmakla yakından ilişkilidir. İyi ilişki içinde olunan gazeteci ya da editörün, bilgiyi sağlık kurumunun istediğine yakın biçimde sunma olasılığı daha fazladır.

Sağlık kurumunun özel ya da kamu girişi olduğuna bakılmaksızın, toplumsal düzeyde stratejiler geliştirmesi, çevresel, kültürel ve sosyal konulara ağırlık vermesi, beklenmeyen durumlarda karşılaşması olasılığını azaltacaktır. Aynı şekilde krize dönüşen koşullarda da daha az kayıp ile sonuçlanacak, krizin derinleşmesinin önüne geçilmiş olacaktır. Sağlık hizmetinin esas unsuru hastadır. Hasta ve hizmeti sunanların insan olduklarında hareketle, olumlu örgüt iklimi, çalışanların ilişki ve iletişimi geliştirilmelidir. Sunulan hizmetlerde takımlar oluşturulmalı, takım içi ve takımlar arası uyumu geliştirecek programlara ağırlık verilmelidir. Çalışanların kurumsal aidiyetlerinin artırılmasına yönelik, kimlik çalışmalarına ve etkinlik yönetimine ağırlık verilmelidir.

Kaynaklar

Haskard, K.B, Williams, S.L, DiMatteo, M.R (2009). *Physician-Patient Communication, Psychosocial Care, Emotional Well-Being, and Health Outcomes, Communicating to Manage Health and Illness*, (D. E. Brashers ve D. J. Goldsmith, Eds.), NY: Routledge, 15-40.

Seeger, M.W (2006). *Best Practices in Crisis Communication: An Expert Panel Process*, *Journal of Applied Communication Research*, 34 (3), 232-244.

Parker, M (2004). *The Ethics of Communication, An Introduction to Basics, Difficult Conversations in Medicine* (E. Macdonald, Ed.), NY: Oxford Un. Press, 20-31.

“Pediatrik birey”le iletişim nasıl olmalıdır?

Doç. Dr. Arzu Yükselen



1972 yılında Ankara’da doğdu. Hacettepe Üniversitesi Ev Ekonomisi Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Bölümü’nde lisans eğitimini (1993), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Ana Bilim Dalı’nda yüksek lisans (1998), yine aynı enstitünün aynı programında doktora derecesini aldı (2003). 1995-2014 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Çocuk Gelişimi Bölümü’nde öğretim elemanı olarak görev yaptı. 2014 yılında İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü Başkanı olarak görev yapmaya başladı. İlgili alanları, gelişimsel olarak risk altındaki çocuklarda, normal gelişim gösteren çocuklarda, hastanede yatarak tedavi gören çocuklarda ve özel gereksinimli çocuklarda gelişimsel değerlendirme ve izlem, erken müdahale, çocuk edebiyatı, yaratıcı dramadır.

İletişim, insan yaşamında oldukça önemlidir. Bireylerin çevreleriyle sağlıklı iletişim kurmaları, temel iletişim becerilerine sahip olmalarına bağlıdır. İletişim becerileri, yardım etmeye özgü özel beceriler olmayıp günlük yaşamımızdaki ilişkilerimizde ihtiyaç duyduğumuz değişik becerilerin uzantılarıdır. Çevresindeki kişilerle etkili iletişim kuramayan kişiler, karşısındaki kişileri doğru biçimde anlamakta ve sorunlarına çözüm bulmakta yetersiz kalırlar. İletişim, tüm insanların etkileşimi için gerekli olan temel bir beceridir. Kişiler arası ilişkiler, iletişim olmaksızın mümkün olamaz. Etkili iletişim insanlarla bilgi alışverişini, insanların birbirini daha iyi anlamasını, iletişim stratejilerini geliştirmesini ve grup etkinliklerinde daha etkin rol almasını sağlar.

Çocukla iletişimde, çocukların gelişim dönemlerinin özelliklerini bilmek, çocukları kendilerine özgü bireyler olarak kabul etmek, ihtiyaçlarının farkında olmak ve dikkate almak, etkili iletişim yöntemlerini kullanmak ve çocuğun yaşına uygun davranmak önemlidir. Çocuklarla sağlıklı iletişim kurabilmek için öncelikle onları kabul etmek, beraberinde ise onlara değer vermek, onların ayrı bir birey olduğunu kabul etmek, onlarla iletişim kurmak, anlamaya çalışmak ve dinleme becerisine sahip olmak gerekmektedir. Yetişkinler gibi çocuklar da gerek sağlık sorunları gerekse sağlık kontrolleri gibi sebeplerle hastane ortamında bulunmak durumundadır. Ancak yetişkinlerden farklı olarak başta doktorlar olmak üzere

diğer tüm sağlık çalışanlarının onlarla nasıl iletişim kuracağını bilmesi oldukça önemlidir. Bunun da temelinde onları tanımak ve ihtiyaçlarının ne olduğunu bilmek yer almaktadır.

Bebeklik döneminden itibaren ergenlik döneminin sonuna kadar her yaş grubundaki çocuğa gösterilecek yaklaşım, birbirinden farklılık gösterebilir. Genel olarak çocuklar için çok da keyifli olmayan hastane ortamında sağlık çalışanlarının gösterecekleri olumlu tavır ve davranışlar ve etkili iletişim, onların bu ortamda verecekleri tepkileri doğrudan etkileyebilecektir. Çocukla iletişim kurarken en temel nokta, onun bir birey olduğunu kabul etmektir. Çocuğu sorunu ve hataları ile yargılamadan kabul etmek önemlidir. Olumlu iletişimin önemli unsurlarından biri de karşısındaki kişinin duygu ve düşüncelerini açıklamasına fırsat vermek ve onun duygu, düşünce ve davranışlarında özgür bir birey olduğunun kabul edilmesidir. Kabul etmek, onaylamaktan farklı bir kavramdır. Kabul edilen, bireyin kendisidir. Onaylanan ya da onaylanmayan ise davranıştır. Bu nedenle anne babaların çocuklarını olumlu-olumsuz, iyi-kötü, yeterli-yetersiz yönleri ile olduğu gibi kabul etmeleri önemlidir. Anne-babalar ve genel olarak yetişkinler, çocukların duygularını ve neyi nasıl algıladıklarını, ne ile ilgilendiklerini dikkate almazlar. “Ne var bunda bu kadar ağlayacak?”, “Kocaman çocuksun, iğne olmaktan korkulur mu hiç?” gibi tepkiler verebilirler. Bu ve benzer tepkilerle yaklaşım gösterilip duyulmadığını,

anlaşılmadığını düşünen çocuk daha çok bağıırır, daha çok ağlar veya daha çok huysuzluk yapabilir. Anlaşıldığını hisseden çocuk ise sakinleşir ve daha uyumlu bir tavır takınıp yetişkinle iletişime geçebilir.

Çocuklarının duygularının, hislerinin algılarının kabul edilmesinin yanı sıra düşünce ve davranışlarının da kabul görmesi son derece önemlidir. Davranışların kabul edilip edilmemesi, kişinin çocuğun gösterdiği o davranışa karşı hissettiği duygularla alakalıdır. Kişi davranışla karşılaştığında olumsuz duygular hissediyorsa davranışı kabul etmez, olumlu duygular hissediyorsa davranışı kabule eder. Çocukların davranışlarının kabul görülüp görülmediği mutlaka çocuklarla paylaşılmalıdır. Çocuğun kabul görme-yen davranışları onun benlik saygısını zedelemeyecek biçimde, “ben dili”ni kullanarak ve açıklayıcı bir biçimde ifade edilmelidir. Kabul edildiğini fark eden çocuk, başkalarıyla çok daha rahat iletişime girebilecek, duygu ve düşüncelerini açıkça ifade edebilecek, değerli olduğunu hissedecek, kendine ve başkalarına karşı güven duygusu artacaktır. Bu da onun kişilik gelişimini doğrudan olumlu yönde geliştirebilecektir.

Çocuklarla sağlıklı iletişimin temel taşlarından biri de empatidir. Empati, karşıdaki kişinin ne düşündüğünü, ne hissettiğini anlamak ve ona bunu ifade etmektir. Burada önemli olan, karşıdaki kişinin duygu ve düşüncelerini



anlamak ve ona bunu onu yargılamadan anlatmaktır. Özellikle çocuklarla iletişim kurarken onun yaşadığı sıkıntıları anlamaya çalışmak, duygularını algılayıp ona bunu ifade etmek, ona empatik bir duyarlılıkla yaklaşmak çocuğun anlaşıldığını hissetmesini sağlayacaktır. Tedavi amacıyla hastane ya da sağlık kuruluşlarına getirilen çocuklarla karşı karşıya kalan sağlık çalışanlarının çocuklarla empati yapabilmeleri önemlidir. Yapılacak müdahalelerin onda nasıl bir duygu veya düşünce yaratacağını, ne hissedeceğini düşünerek hareket etmek, sağlık personelinin işini çok daha kolay ve huzurlu bir atmosferde yapmasını sağlayabilecektir. Örneğin damar yolu açılacak bir okul öncesi yaş çocuğunun az da olsa canının acıyacağını bilerek ona yaklaşımda bulunmak, yapılan uygulamadan dolayı kaygı duyan çocuğu rahatlatılabilecektir.

Çocuklarla iletişimde diğer önemli bir faktör de dürüst olmaktır. Dürüstlük, içtenlik, saydamlık, doğruluk anlamına gelmektedir. Dürüstlük, bireyin olduğu gibi görünmesi, rol yapmamasıdır. Ancak burada dürüst olmak çocukların duygu ve düşüncelerini dikkate almadan, içinde bulunduğu ortamı göz ardı ederek davranmak anlamına gelmemelidir. Çocuklarla iletişimde bulunan kişiler için iletişimde dürüst olmak ilişkilerde de dürüst olmayı beraberinde getirmektedir. Çocuklar ne düşündüklerini ve hissettiklerini ifade etmekte güçlük yaşayabilirler. Onlarla iletişim kurmaya çalışan yetişkinlerin onları bir birey

olarak algılayarak onların anlayabileceği şekilde dürüstçe iletişim kurmaları doğru olacaktır. Tedavi amacıyla hastaneye gelen bir çocuğa kendisine yapılacak tedavi işlemlerinin ne olacağı ve nasıl uygulanacağı onun gelişimsel düzeyi dikkate alınarak dürüstçe açıklanmalıdır. Böylece çocuk, karşısında bulunan sağlık personeline güven duyacak ve yapılacak uygulamalar sırasında çok daha uyumlu tepkiler gösterebilecektir. Dürüstçe iletişim kurmak ve çocuğun sağlık personeline karşı daha yakın olmasını ve aralarındaki ilişkinin niteliğinin artmasına da neden olabilecektir.

Çocukla sağlıklı iletişim kurulmasında çocuğu dinlemenin de önemi büyüktür. Dinleme, bilgi edinmenin anlamının ve öğrenmenin en temel yollarından biridir. Dinleme, aynı zamanda bir beceridir de. Çocuklarla iletişim kurarken onlara bir şey söylemeden önce, onların ne söylemeye çalıştıkları dikkatli bir şekilde dinlenmelidir. Kendisinin dinlendiğini gören çocuk, karşısındaki kişiye duygu ve düşüncelerini daha kolay ifade edebilecektir. İletişimde karşısındaki kişinin sözlü ve sözsüz mesajlarını dikkate almada, dinleme sırasında verilen cevaplar kadar dinleyenin beden duruşu, bedensel olarak dinleme pozisyonunda olması da önemlidir. Bedenen dinler duruma gelirken bedenin duruşu, göz kontağı, yüz ifadesi, baş hareketleri, bedensel yakınlık ve dokunma da önem taşıyor ve iletişim sürecini doğrudan etkiler.

Beden duruşu: Rahat bir beden duruşu

Tedavi amacıyla hastaneye gelen bir çocuğa kendisine yapılacak tedavi işlemlerinin ne olacağı ve nasıl uygulanacağı onun gelişimsel düzeyi dikkate alınarak dürüstçe açıklanmalıdır. Böylece çocuk, karşısında bulunan sağlık personeline güven duyacak ve yapılacak uygulamalar sırasında çok daha uyumlu tepkiler gösterebilecektir.



dinlemeye hazır ve açık olduğu anlamını taşır. Dinleyen kişinin rahat ve doğal tavırları karşısında duran kişiyle daha rahat ilgilenmesini sağlayabilir. İletişim sırasında karşıdaki kişinin yüzüne bakmak hem dinleyen hem de konuşan kişi üzerinde önemli bir etki yaratacaktır. Hastaneye gelen çocukla iletişim kuran sağlık personelinin çocukla konuşurken çocukla aynı hizaya inmesi ya da çocuğu kendi görüş hizasına yükseltmesi son derece önemlidir. Yetişkin ve çocuğun aynı mesafede olması, aradaki mesafenin ortadan kalmasına, çocukla yetişkinin eşit duruma gelmesini sağlayacaktır. Çocuğun kendisiyle konuşan sağlık personeli ile aynı seviyede olması onun gözüyle iletişimi kurmasını, kendisiyle konuşan yetişkinin yüz ifadesini fark etmesini, mimiklerini gözlemlemesini dolayısıyla da konuşmaya odaklanmasını sağlayacak ve kendisine söylenenleri daha iyi anlamasını sağlayacaktır.

Göz ilişkisi: İletişim sırasında göz kontağı kurmak, çocuğun yetişkini daha iyi anlaması ve çocuğun neyi anlatmaya çalıştığını anlamak bakımından önem taşımaktadır. Hastaneye gelen çocukla sağlık personelinin iletişim sırasında göz kontağı kurması, çocuğun iletişim kurduğu kişi tarafından dinlendiğini düşünmesine, dolayısıyla kendisine saygı duyulduğunu düşünmesine neden olabilecektir. Eğer yetişkin bakışlarını çocuktan kaçırıyorsa, bu, çocukta güvensizlik hissi uyandırabilecektir.

Yüz ifadesi: Gülen bir yüz, sıcak ve samimi bir yaklaşım, oldukça dost ve

sıcak bir yüz ifadesi iletişimde oldukça etkilidir. Çocuklar bulundukları her ortamda özellikle de hastane ortamı gibi bilinmezliklerle dolu, kendilerine yabancı bir ortamda görev yapan kişilerin güler yüzlü olmalarından büyük oranda etkilenmektedir. Kendisini daha rahat ve güvende hissetmesini sağlayan bu kişilerle iletişim kurmakta güçlük yaşamayabilecektir.

Baş Hareketleri: Dinleme esnasında başı sallama, konuşulan kişiye ve konuşulan şeye karşı ilgi gösterildiğinin bir ifadesidir. Böylece karşıdaki kişiye “seni anlıyorum” mesajı gönderilirken karşı tarafın da “anlaşıyorum” mesajını almasını sağlar. Çocukla iletişim kuran sağlık personeli çocuğu dinlerken baş hareketleriyle onay verdiğinde çocuğun konuşmaya devam etmesine yardımcı olacaktır.

Bedensel Yakınlık: Hastaneye gelen çocuk sıkıntısının ne olduğunu paylaşırken kendisine bedenen yakın duran, yüz yüze konuşabildiği sağlık personeline karşı kendini çok daha yakın hissedecektir. Bu da onun karşısındaki kişiye güven duymasını sağlayacak, dolayısıyla daha rahat ve kolay bir şekilde kendisini ifade edebilecektir.

Dokunma: İletişimde bedensel temas, dokunma, içsel samimiyeti, duyguları ve yakınlığı yansıtır. Ruhsal durum üzerinde ani değişikliklere yol açabilir. Çocukla iletişim sırasında onun omzuna dokunmak, başını okşamak gibi temaslarda bulunmak onu konuşmaya istekli hale

getirebilir. Dokunma, bireyin fiziksel olarak mevcudiyetini kabul etme ve ona değer verme anlamına gelmektedir. Ancak çocukları herhangi bir şekilde rahatsız edebilecek dokunmalardan da kaçınılması gerektiği unutulmamalıdır.

Edilgin Dinleme: Edilgin dinlemede, sessizlik ve karşı taraftan gelen mesajlara açık ve dikkatli olduğunu gösteren sözel olmayan etkin bedensel dinleme davranışları (başı öne eğme, vücudu öne eğme gibi) gösterilir. Edilgin dinlemede “sessizlik” kişiye konuşma olanağı veren güçlü bir unsurdur. Konuşan kişide kabul edildiği duygusu uyandırır. Kendisini ifade etme fırsatı verir. Çocuklarla iletişim kurarken sessiz kalmak, çocuğun konuşmasını sürdürmesi için cesaretlenmesine fırsat verebilir. Çocuklar özellikle de bir sorunları olduğunda bunu ifade etmekte zorluk yaşayabilir ve sessizliğe ihtiyaç duyarlar.

Dinleyen kişinin dinlediğini belirtebilmesi için bazı tepkiler vermesi gerekebilir. “Baş sallamak, öne doğru eğilmek, gülümsemek, hıı hıı gibi” ifadeler kullanmak şeklinde bazı onay ve kabul tepkileri göstererek çocuğu dinlediğimizi ona hissettirebiliriz. Bazı kişiler de konuşmak için yüreklendirilmeye ihtiyaç duyarlar. Onların konuşmalarını desteklemek için de “anlıyorum, doğru mu, yaa, devam etmek ister misin” gibi kapı aralayıcı olarak ifade edilen bazı mesajlara ihtiyaç duyabilirler. Hastane ortamında muayene ya da tedavi sırasında korku ve kaygı hisseden çocuklar kendilerini kolayca ifade etmekte zorlanabilirler.

Sağlık personeli olarak onları dinlerken sessiz kalmak, yukarıda belirtilen tepkileri vermek iletişimi kolaylaştırabilecektir.

Aktif /Etkin Dinleme: Aktif dinleme, dinleyenin karşısındaki anladığını ya da anlayabildiğini, konuşanın söylediği sözleri açarak, tekrar ederek “geri bildirimde” bulunarak gösterebilmesi biçimindeki dinlemedir. Aktif dinleme, öğrenilmesi gereken son derece önemli bir dinleme ve dolayısıyla etkili bir iletişim biçimidir. Aktif dinlemeyi anne ve çocuk arasında geçen bir diyalogdan yola çıkarak örneklendirebiliriz.

Anne: “Bugün diş hekiminde randevumuz var biliyorsun. Dişlerine tel takılacak, hazır mısın, çıkmamız gerekiyor.”

Çocuk: “Anne, benim karnım ağrıyor. “Gitmek istemiyorum...”

Anne: “Keşke gitmek zorunda olmasaydın.”

Çocuk: “Acaba iğne yapacak mı?”

Anne: “Diş telin takılırken iğne yapılıp yapılmayacağını merak ediyorsun.”

Çocuk: “Evet.”

Anne: “Ne olacağını bilmemek seni korkutuyor olmalı.”

Çocuk: “Evet. Canımın acımasından nefret ediyorum. Aslında canımın yanmasından korkuyorum.”

Anne: “Korktuğunu biliyorum. Pek çok insan senin gibi canının yanmasından korkar.”

Yukarıdaki örnekte de görüldüğü üzere, anne çocuğunun diş hekimine gitmekten duyduğu rahatsızlığı ve kaygıyı anlamış ve onun duygularını kendisi de ifade etmiştir. Çocukların gelişim düzeylerini dikkate alarak duygu ve düşüncelerini dile getirmek ve en önemlisi de onlara karşı dürüst olmak önemlidir. Böylece çocuk kendini rahat ve güvende hissedebilecektir.

Çocukla Konuşma: Sen-Dili: İletişim sırasında sen-dili kullanılması, kişiler arasında bir mesafe, uzaklık olduğu hissi doğuracaktır. Ayrıca sen-dili içindeki iletiler karşı taraftaki kişiyi suçlamaya yönelik bir anlam içerir. Bu nedenle de sen-dili iletileri gönderilen kişi kendisini suçlu ya da hatalıymış gibi hisseder, bu yüzden de savunmaya geçebilir. Yetişkinler tarafından çocuklara yönelik olarak kendi duygularını içeren ifadeler (salak, beceriksiz, yapma şunu, sen adam olmazsın... gibi) olumsuz yargı içermektedir. Bu ifadeler maruz kalan çocukların ne yapmaları nasıl davranmaları gerektiğini bilemezler. Etkili olmayan bu tarz bir iletişimin çocuklar üzerinde herhangi bir olumlu davranış değişikliğine sebep olmadığı, hatta olumsuz davranışların devam ettiği bilinmektedir. Hastanede yatarak tedavi gören ya da

kısa süreli bir sağlık kuruluşuna gelen çocuğun kendisine yapılacak tedavi veya müdahale hakkında sorular sorduğunda sağlık personeli tarafından “Çok soru soruyorsun, ne meraklı şeysin sen, çok işim var, sorularına cevap veremem...” şeklinde verilen cevap, çocuğun kaygılarının artmasına yol açabilir.

Ben-Dili: Çocuklarla sağlıklı ve etkili bir iletişim kurmak için ben-dilini kullanmak gerekmektedir. Ben-dili, bireyin karşılaştığı davranış ve durumun kendi üzerindeki somut etkisi ile onunla ilgili duygu ve düşüncelerini karşı tarafa ifade etme biçimidir. Ben-dili mesajı, yumuşak bir ses tonuyla “ben... hissediyorum” şeklinde başlayan cümlelerle belli bir konu hakkındaki duygu ve düşüncelerin ifade edilmesidir. Ben-dili ifadeleri, kişinin hissettiği duygularını olumlu bir biçimde ifade etmesine fırsat vermektedir.

Ben-dili ile konuşma, kişinin kendinden söz etmesi ya da kendisini övmesi demek değildir; karşılaşılan durum veya davranış karşısında kişisel tepki, duygu ve düşüncelerini içtenlikle ifade edebilmesidir. Çocuklarla iletişim kurma durumunda olan sağlık personeli, sıklıkla muayene ya da herhangi bir müdahale sırasında çocuklarla olumlu ya da olumsuz etkileşim yaşar. Çocuklar için her durumda çok da olumlu karşılanmayan hatta bazen az da olsa acı ve ağrı veren müdahaleler sırasında ben-dilini kullanmak çocukla yetişkin arasındaki iletişimi çok daha olumlu hale getirebilecektir. Örneğin, “Tetkiklerinin yapılması için damarından biraz kan almam ve en kısa sürede laboratuvara göndermem gerekiyor. Ancak sen sürekli ağlayıp kolunu hareket ettirdiğinde bunu yapmakta zorlanıyorum, bu duruma üzülüyorum” şeklinde bir açıklama ile çocukla iletişim kurmak onun tepkilerinin daha olumlu hale gelmesini rahatlatmasını sağlayabilir.

Ben-dili ile konuşmanın çocuk ve yetişkin üzerindeki etkilerini kısaca şöyle sıralayabiliriz:

- İleten ve iletilen kişiyi rahatlatır.
- Davranış değiştirme sorumluluğunu karşı tarafa verir.
- Kişiye kendini kötü hissettirmez.
- Aşırı savunmacı yaklaşımın azalmasını sağlar, direnci azaltır.
- Benlik algısını zedelemeyiz.
- İletişimde ben-dilinin kullanılmasını sağlar.

Sonuç olarak, insan yaşamının temelinde ve ilişkilerinin devam etmesinde iletişim en temel konudur. Çocuklarla etkili ve sağlıklı bir iletişim kurarken mümkün olduğunca onların kendileri gibi olmalarına fırsat vermek gerekmektedir. Karşılarındaki kişilerle özgürce, açık ve

Çocuklarla etkili ve sağlıklı bir iletişim kurarken mümkün olduğunca onların kendileri gibi olmalarına fırsat vermek gerekmektedir. Karşılarındaki kişilerle özgürce, açık ve sağlıklı iletişim kurabilen çocuklar, kendi gelişim potansiyelleri doğrultusunda yaşamlarını mutlu ve başarılı bir biçimde sürdürebileceklerdir.

sağlıklı iletişim kurabilen çocuklar, kendi gelişim potansiyelleri doğrultusunda yaşamlarını mutlu ve başarılı bir biçimde sürdürebileceklerdir. Çocuklara çocuklar gibi düşünmeye çalışarak yaklaşım gösteren tüm yetişkinler, ortam her ne olursa olsun onlarla etkili ve sağlıklı iletişim kurabileceklerdir.

Kaynaklar

Arsıanoğlu, İ. (2013). *Sağlıklı İnsan İlişkileri ve Etkili İletişim*. Ankara: Pegem Akademi.

Baykoç, N. (2006). *Hastanede Çocuk ve Genç*. Ankara: Gazi Kitabevi.

Bee, H. Ve Boyd, D. (2009). *Çocuk Gelişim Psikolojisi (Çev. Okhan Gündüz)*, İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Çifçi, M. (2001). *Dinleme Eğitimi ve Dinlemeyi Etkileyen Faktörler*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2 (2), 165-177.

Gordon, T. (1999). *E.A.E. Etkili Ana Baba Eğitimi; Aile İletişim Dili*. (Çev. Emel Aksay), İstanbul: Sistem Yayıncılık.

İzgören, A. Ş. (2009). *Dikkat Vücudunuz Konuşuyor*. Ankara: Elma Yayınevi.

Navaro, L. (1998). *Çocuklarla İletişim Nasıl Kurulur? Ana-Baba Okulu İçinde (S. 133-144)*. İstanbul, Remzi Kitabevi.

Özbay, M. (2005). *Bir Dil Becerisi Olarak Dinleme Eğitimi*. Ankara: Akçağ Yayınları.

Reobuck, C. (2000). *Etkili İletişim*. (Çev. A. C. Akkoyunlu). İstanbul: Doğan Kitapçılık.

Ünal, F. (2014). *Çocuklarla İletişim Kurma*. Abide Güngör Aytaç (Ed.), *Etkili İletişim İçinde (S. 68-94)*. Ankara: Hedef Yayıncılık.

Voltan-Acar, N. (1998). *Terapötik İletişim. Kişiler Arası İlişkiler*. Ankara: US-A Yayıncılık.

Yavuzer, H. (2001). *Çocuk Eğitimi El Kitabı. Onikinci Basım*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yavuzer, H. (2001). *İletişim ve Etkili Yaşama Kültürü*. Aytaç Açıkalin, Haluk Yavuzer, Nurgül Yavuzer, Ziya Selçuk (Ed.) *Çocuklarımız İçin Eğitim Sohbetleri İçinde (S. 115-170)*. Ankara. Pegem Yayıncılık.

Psikiyatrinin penceresinden göç ve sağlık

Dr. Veysi Çeri



2008 yılında İÜ. Çapa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2009-2010 yılları arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Dâhiliye Asistanlığı yaptı. 2014 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD uzmanlığını tamamladı. Halen Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çocuk psikiyatri uzmanı olarak çalışmaktadır. Anne bebek ilişkisinin ruh sağlığı üzerine etkileri ile mülteci çocukların psikososyal durumları üzerine çalışmalar yapmaktadır. Çeri, Amerikan Psikanaliz ve Dinamik Psikiyatri Akademisi ile Türkiye Psikiyatri Derneği üyesidir.

Dr. Serhat Nasıroğlu



2005 yılında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2005-2007 yılları arasında Batman'da pratisyen hekim olarak mecburi hizmetini tamamladı. 2011 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı olduktan sonra 2014 yılına kadar Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Mecburi Hizmetini tamamladı. 2014 yılından itibaren Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmaktadır.

Prof. Dr. Bengi Semerci



1986 yılında Hacettepe Tıp Fakültesinden mezun oldu. Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.B.D Erişkin Psikiyatrisi, Hacettepe Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi A.B.D Çocuk ve genç psikiyatrisi uzmanlıklarını tamamladı. 2000 yılına kadar Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi A.B.D öğretim üyesi olarak çalıştı. 2004-2011 yılları arasında Yeditepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi A.B.D başkanlığı yaptı. Halen Hasan Kalyoncu Üniversitesi Psikoloji ve İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesinde ders vermekte ve Bengi Semerci Enstitüsü'nde klinik hizmeti ile eğitim ve araştırmalarını sürdürmektedir.

Türkiye, yaygın iç göç yaşayan başka ülkelerden yoğun göç alarak, farklı sorunlarla karşılaşmaya başladığı süreç olmuştur. Özellikle 2011 yılında başlayan savaş nedeniyle Suriye'den kaçarak Türkiye'ye sığınan, açık kapı politikası ile kabul edilen, tahmini olarak sayıları iki milyona ulaşan göçmenler tüm göç politikası ile birlikte, göçmen sağlığı konusunda da yeni atılım gereksinimi doğurmuştur. Yaşadıkları savaş nedeniyle ruhsal travmaları ile birlikte gelen bu kişilerin psikiyatrik sorunlarına; Türkiye'de yaşadıkları koşullar, kayıpları, geçirdikleri süre, ekonomik durumları, eğitim şartları vb. etkenler yeni psikiyatrik sorunlar eklemektedir. Göç politikalarını oluştururken göçmenlerin bugün olan psikiyatrik sorunları kadar, gelecekte

ortaya çıkabilecek psikiyatrik sorunlarını da iyi bilmek ve ona göre politikalar oluşturmak gerekmedir.

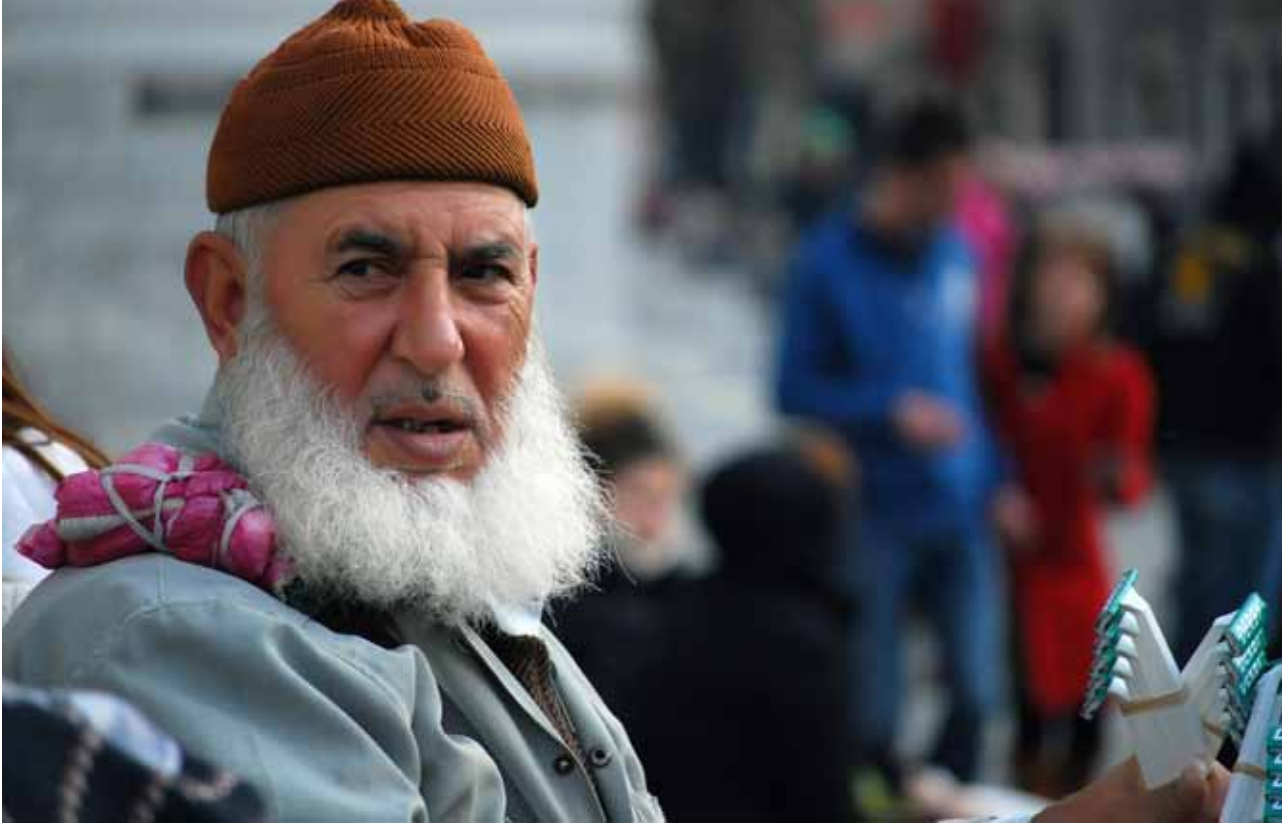
Göç Olgusunu Tanımak

Göç, kişinin ikamet etmekte olduğu yer, bölge ya da ülkeyi terk ederek başka bir yere yerleşmesi olarak tanımlanmaktadır (1). Göç hareketi çok değişik biçimlerde sınıflandırılabilir. Ancak bu sınıflandırmalardan belki de en belirleyicisi, göç eden insan açısından göç kararının alınıp süreci ile ilgili olan sınıflama olmasıdır. Buna göre göçler, istemli ve zorunlu olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Howard ve Hodes'a göre bireydeki ruhsal ve toplumsal etkileri büyük farklar gösterdiği için bu iki kavramı birbirinden ayırmak gerekir (2). Bunun için göçmenin yaşadığı yeri hangi koşullarda ve nasıl terk ettiğini bilmek, ruhsal örgütlenmesini anlamak için oldukça önemlidir. Bununla birlikte göçlerin hemen tamamının gerek ekonomik, siyasal, etnik, dinsel

sebepler, gerekse çatışmalar veya doğal afetlerden kaynaklansın, zorunlu nitelik taşımakta olduğu belirtilebilir ve hemen bütün göçlerin özünde yoksulluk, yoksunluk ve sosyal-ekonomik-politik dışlanma yatmaktadır (3). Çocuklar açısından bakıldığında ise göçün her zaman zorunlu olduğu, kendilerinin seçimi olmayıp, ebeveynlerinin kararı olduğu ise açıktır (4).

Tarihçe

DNA çalışmaları, ilk olarak Afrika'dan Asya'ya doğru gerçekleşen göçün, 100.000 yıldır bizlere eşlik ettiğini göstermektedir (5). Göç ilk avcı-toplayıcı topluluklardan, günümüzün milyonlarca insanın küçük, konsantre bölgelerde yaşadığı şehirlerinin oluşumuna dek, sürekli olarak tarihimizin bir parçası olmaya devam etmiştir. Birçok göç hareketi, insanın daha iyi şartlarda yaşama isteğinin bir dışavurumu olmakla beraber, bu hareket, kimi zaman hayatta kalabilmenin tek yolu,



kimi zaman ise baskı, şiddet, politik karışıklıklar ve doğal afetler nedeniyle zorunlu olabilmektedir (6).

Farklı kültür üyeleri arasında sorunlar hep olmuş ve halen olmakla beraber, tarihi kayıtlar milattan önce 18. yüzyıldaki antik Babil'de bile farklı kültürlerin birlikte yaşayabildiğini göstermekte, buna rağmen kültürler ya da topluluklar arası çatışma ve sorunlar halen göçün en önemli nedenlerinden biri olarak durmaktadır.

Uluslararası Göç Organizasyonu (IOM) verilerine göre, 2010 yılındaki toplam uluslararası göçmen sayısının yaklaşık olarak 214 milyon (dünya nüfusunun yaklaşık %3'ü) olduğu ve bu sayının 2050 yılına dek 230 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (7-9). Uluslararası göçmenlerin %57'sinin gelişmiş ülkelerde yaşadığı belirtilmekte, Amerika'da 42, Rusya'da 12, Almanya'da 10,5, Suudi Arabistan ve Kanada'da ise yaklaşık 7,5 milyon başka ülke doğumlu insan yaşadığı tahmin edilmektedir. Nüfusunun %86,5'inin başka ülke doğumlu olduğu Katar, göçmen oranı en yüksek ülke konumunda bulunmakta, bu ülkeyi Birleşik Arap Emirlikleri (%70), Kuveyt (%68,8), Ürdün (%45,9), işgal altındaki Filistin toprakları (%43,6), Singapur (%40,7) ve İsrail (%40,4) izlemektedir. Verilere bakıldığında birçok göçmenin ülkelerinin sınırlarına geçerek başka bir ülkeye yerleştikleri görülse de gerçekte göçlerin çoğu, kırdan kente ya da çeşitli nedenlerle zorunlu olmak üzere, ülke sınırları içerisinde olmaktadır. Karşılaştırma sonuçları ise oldukça çarpıcıdır; 214 milyon uluslararası göçmene karşılık, küresel ölçekte 740 milyon ülke içi göçmen bulunmaktadır (6).

Birleşmiş Milletler Gelişim Programına göre göç hareketlerini şekillendiren temel faktör hükümet politikaları olmaktadır. 19. yüzyılın sonlarına kadar, insan göçünü kısıtlayan hemen hiçbir ülke olmadığı

gibi göçü teşvik eden ülkeler bile mevcuttu. 1800'lerin sonuna doğru, çeşitli nedenlerle bazı ülkeler kendi topraklarına girişleri yasaklamaya başlamış, Avusturya ve Amerika gibi ülkeler ise her ulus için kotalar koymaya başlamıştır (6).

Türkiye'deki göç hareketlerine bakıldığında da toplumun oldukça hareketli bir yapıya sahip olduğu izlenmekte, Türkiye'deki kentsel ve kırsal nüfus oranlarına bakıldığında bu toplumsal hareketliliğin boyutları daha iyi anlaşılmaktadır. Buna göre 1925 yılında %25 olan kent nüfusu bugün %70 dolaylarında seyretmekte, bu veri toplumun büyük kısmının göç etmiş olduğunu gözler önüne sermektedir.

Göçmenin Ruhsal Örgütlenmesi

Göç, oldukça karmaşık bir süreci kapsayan, çok değişkenli bir denklemi oluşturmaktadır. Göçü fiziksel bir yer değişikliği ya da demografik bir değişim olarak ele almak, göç alan veya göç veren yerlerde yaşayan insanları anlamayı güçleştirir. İnsanla mekân arasındaki romantik ilişkinin varlığı, göçün dramatik ve duygusal boyutuna da işaret etmektedir. Bunun dışında göç, göç etmeye neden olan tüm olguları bir bütün olarak ele almayı da gerektirir. Çünkü göç birçok durumun aynı anda ve farklı ilişkisel ağlarla dönüşümü demektir. Göç sürecinde yaşanan mekânsal hareketlilik ve buna bağlı olarak ortaya çıkan tüm değişkenler bu ilişkisel ağı dinamik hale getirir (10).

Bir yeri yurt edinmek, o yere ait olmakla başlar. Gündelik alışkanlıklar, aidiyetler ve kültürel yapı ait olunan yerin ekseninde kimlik kazanmaya başlar. Bir yerin mahremiyetiyle sarmalanmak, oranın ekonomik, sosyal ve kültürel ayrıntılarıyla tanışık olmayı gerektirir (11).

Kişinin sosyal çevresi ve kültüründen

Bir ülkeden diğerine göç etmek, bireyin kimliğinde ve iç dünyasında belirgin ve kalıcı etkiler yaratan karmaşık bir psikososyal süreçtir. Ve kişinin ülkesinden ayrılması, derinlere işleyen kayıplar yaşatır. Kişi alışık olduğu yemekleri, ulusal müziğini, kendi ülkesinde sorgulanmayan geleneklerini ve hatta dilini bırakmak zorunda kalır.

uzaklaşması yas reaksiyonuna neden olabilir (12). Göç, yakın olunan tutum, değer, sosyal yapı, dil ve destek bağlarının kaybını içerdiğinden, bu kayıpların yasını tutmak, normal bir reaksiyon olabilir. Bununla birlikte, bu semptomlar ciddi sıkıntı oluşturduğunda ya da işlevsellikte bozulmaya sebep olup, uzun süre devam ettiğinde psikiyatrik müdahale gerektirir (13). Göç eden kişi, yeni yerleşim yerinde sıklıkla istikrarsızlık, emniyetsizlik ve güvensizlik gibi duygulanımlar arasında savrulmakta, bu durum kendisini nevrozların gelişimi açısından incinebilir kılmaktadır (14).

Göç olgusu, hangi nedenle yapılmış olursa olsun uyum sağlanmış çevreyi değiştirmek, yeni ortamın getirdikleriyle mücadele etmek anlamına gelir. Tüm aile bireylerini etkiler ama çocuklar ebeveynlerinin yansıttıkları duygularla

Göçmen, bilinmeyenle
karşılaşma anksiyetesi ve
bu anksiyeteye eşlik eden
regresyon düzeyine bağlı
olarak, ciddi güven ve
belirsizlik sorunu yaşar.
Bu sırada güvenebileceği,
korku ve anksiyetesini
giderecek insanlar arar.
Aradığı şey tıpkı bir bebeğin
yalnız bırakıldığı zaman
annesinin alıştığı yüzünü
çılginca araması gibi tanıdık
bir sima, koku ya da tattır.

algıladıkları yeni çevreyi, benlik güç-
lerinin sınırlılığı nedeniyle, korkutucu
olarak algılayabilirler (15). Bilinmeyenle
mücadele etmek her zaman güç olmakla
beraber, çocuğun etkilenme düzeyi,
içinde bulunduğu gelişim dönemi ile ya-
kından ilişkilidir (4). Ergenlik döneminde
akranlarından ayrılma, uyum sağlanmış
çevrenin değişmesi gibi nedenler kimlik
arayışı, ikincil ayrılma bireyleşme süreci-
nin daha krizli atlatılmasına yol açabilir.
Anoreksiya ve bulimiya nevroza bozuk-
luğunu tetikleyen nedenlerden biri olarak
ailenin iç dengesini bozan ve doğrudan
benlik saygısına etki eden ayrılık, kayıp
ve göç gibi çevresel etkenlerin olduğu
bildirilmiştir (16).

Akhtar'a göre; bir ülkeden diğerine göç
etmek, bireyin kimliğinde ve iç dünya-
sında belirgin ve kalıcı etkiler yaratan
karmaşık bir psikososyal süreçtir. Ve
kişinin ülkesinden ayrılması, derinlere
işleyen kayıplar yaşatır. Kişi alışık ol-
duğu yemekleri, ulusal müziğini, kendi
ülkesinde sorgulanmayan geleneklerini
ve hatta dilini bırakmak zorunda kalır.
Yeni ülke ise; değişik tatlarda yemekler,
yeni şarkılar, farklı politik sorunlar, alışık
olunmayan bir dil, garip gelen eğlenceler,
bilinmeyen kahramanlar, ruhsal açıdan
sindirilmemiş bir tarih ve görsel açıdan
değişik bir manzara sunar. Sürecin
getirdiği kayıpların acısı ile değişimin
getirdiği kaygının birleşmesi, bir yas
sürecini harekete geçirir (17).

Akhtar, kişilerin göç deneyiminden
etkilenme düzeylerinin aynı olmayacağı
görüşünü dile getirmiş, etkilenme düze-
yini etkileyen çeşitli faktörlerin olduğunu
ifade etmiştir. Buna göre, göç yaşantısının
kişinin ruhsal yapılanması üzerine etkisin-
de en önemli faktör, göçün istemli ya da

zorunlu (sürgün) oluşu ve kişinin zaman
zaman memleketine gidebilme imkânının
olup olmamasıdır. Akhtar, kişinin ara ara
memleketini gidişini, bebeklikteki "yeni-
den beslenme"ye (refueling) benzetir.
Duygusal açıdan yeniden beslenme (re-
fueling) kavramı, yürümeye yeni başlayan
bebeğin durmadan genişleyen dış dün-
yaya açılmak için yaptığı denemelerden
sonra, sık sık annesine geri dönmesini
ve ondan enerji almasını açıklamak için
ortaya atılmıştır. Bu enerji, anne-bebek
arasındaki ortakyaşamsal birliğin içsel
piliyi yeniden yükler ve çocuğun güvenliğini
artırır. Annenin, daha sağlam ve kalıcı bir
biçimde içselleştirilmesiyle, bu tür temas-
lar azalır. Ayrıca, benlik gücünün artması
ve yaşın ilerlemesiyle, duygusal açıdan
yeniden beslenme kalıpları çeşitlenir ve
anneden daha uygun olduğu görülen
başka ruhsal güç kaynaklarına yöneli-
nir. Bu olgunun göçmenin yaşamında
büyük önemi vardır. "Anayurt"tan ayrılan
göçmen, anayurduyla kurmuş olduğu
içsel bağını dışarıdan desteklemek ister.
Geride kalan akrabalarla uluslararası te-
lefon görüşmeleri ve anayurt ziyaretleriyle
iç dünyasındaki anayurt tasarımını canlı
tutmaya çalışır.

Göç süreci, herkes için stresör olmakla
beraber, kadın ve çocukların göçün
olumsuz etkilerine karşı daha savun-
masız olduğu belirtilmiş, gebelik ve
postpartum dönemde artmış incinebi-
lirliklerine, göçün doğal anksiyetesinin de
eklenmesi ile göçmen kadınların, çeşitli
psikiyatrik bozuklukların gelişimine karşı
daha savunmasız olduğu belirtilmiştir
(18). Yeni yerleşilen ortamdaki biyolojik
ve psikososyal risk faktörlerine maruz
kalmanın yanında, değişen çevre ve
yaşam tarzının da kadınların sosyal
incinebilirliklerini artırdığı (19), böylelikle
maternal stresi tetikleyerek, anne-bebek
sağlığını bozarak prematür doğum,
düşük doğum ağırlığı ve yeni doğan
döneminde mortaliteyi artırabildiği ileri
ifade edilmiştir (20). Göç sürecine eşlik
eden stresörler özellikle doğum sonrası
dönemde daha da önemli olabilmekte
ve bu dönemde görülebilen postpartum
bunalım, psikoz ve depresyon gibi komp-
likasyonları alevlendirebilmektedir (21).
Göçün böylelikle incinebilirliği artırıyor
olması, göçmenlerin sağlık sistemine
ekonomik zorluk, dil problemi, kültürel
farklılık ve sağlık çalışanlarının tutumları
gibi nedenlerle ulaşımındaki güçlükler
konusunda alarm durumuna geçmemiz
gerektiğini düşündürmektedir (22).

Lisan bariyerinin sağlık kuruluşlarına
ulaşım, bakım kalitesi, hasta memnu-
niyeti ve tedavi yanıtını olumsuz yönde
etkilediğine dair önemli kanıtlar bulun-
maktadır (23-25). Fransa'da yapılan
bir çalışmada postpartum anne ölüm
oranlarının göçmen annelerde iki kat
daha sık olduğu, hipertansif bozukluk

ya da infeksiyon nedenli ölümlerin ise 4
kat daha fazla görüldüğü gösterilmiştir.
Ölen göçmen kadınların aldığı bakımın
Fransız annelere oranla daha kötü
olduğu ve böylelikle bazı ölümlerin
engellenebilir olduğu belirtilmiştir (26).
İngiltere, Kanada ve Avustralya'da
yapılan çalışmalarda da, postpartum
depresyonun göçmen kadınlarda daha
sık görüldüğü bulunmuştur (20, 27-29).

Göç öncesi dönemde evin reisi, her
şeyi bileni ve en güçlüsü durumundaki
babalar, göç sonrasında birçok konuda,
kendilerinden daha kolay öğrenen ve
uyum yetileri daha yüksek çocuklarına
bağımlı hale gelebilmektedir. Bu çarpıcı
değişim özellikle eğitim durumları düşük
ve dil problemleri olan kırsal bölgeler-
den göç etmiş ailelerde daha keskin
olmaktadır. Artık her şeye hâkim ve
her sorunu halleden kişi olamayan
babalar, güven bunalımı yaşayabilmekte,
yetenek ve tecrübelerine uygun işler
olmadığından genelde işsiz kalmakta; bu
durum, giderek daha yalnızlaşmalarına
ve geçmişe dair derin muhasebeler
içine girmelerine neden olabilmektedir.
Bazen çok şiddetli biçimde yaşanan
bu muhasebe, kendilerini gerçeklikten
koparabilmekte, giderek duygusuz ve
uzak bir baba profili ortaya çıkmaktadır.
Göç kararını verenler genelde kendileri
olduğundan her türlü başarısızlık du-
rumunda gerek kendi iç dünyalarında,
gerek diğer insanların gözünde suçlu
olmakla itham edilmekte, buna bir de
çocuklarını çalıştırarak geleceklerine
ipotek koydurdukları suçlamasına maruz
kalmaları eklenmektedir. Oysa her baba,
çocuğuna iyi bir gelecek hazırlamak
ister. Hatta bazı durumlarda göçün temel
nedeni de bu olmaktadır. Ancak yeni
yerleşim yerinin yaşam tarzı ve ekono-
mik yapılanmasında eski babaya yer
olmadığından, bütün çabalarına rağmen
başarısız olduğunda, babayı bir erkek
olarak, iktidar sorunları, değersizlik ve
işe yaramazlık hissiyle beraber derin bir
öfke beklemektedir. Bu karmaşık durum
içerisindeki baba, saygınlık ve sözünün
dinlenilirliğinde hafif bir azalmayı, içsel
 çatışmalarının da katkısıyla, iktidarına
yönelik çok büyük bir saldırı olarak
algılar. Sonuç olarak anne ve çocuklar
giderek daha öfkeli, daha saldırgan,
daha otoriter, nasıl tepki vereceği önce-
den kestirilemeyen ve duygusal anlamda
uzak, ihmalkâr bir baba ve eş portresi ile
karşı karşıya kalır. Böylelikle de çocuklar,
ruhsal anlamdaki ilk ek besinlerinden,
yani 'babalarından' mahrum olarak
büyümek zorunda kalırlar.

Göçün bir güvenlik sorunu olarak
görülmesi ve göçe, göç edilen yerde
yaşayanların penceresinden bakılması
sonucunda göçmen, pek çok düzlemde
potansiyel bir suçlu olarak değerlendiril-
mekte ve yaşanmakta olan toplumsal

sorunların asıl sorumlusu olarak görülebilmektedir. Bu durum sadece ülke içindeki göç bağlamında değil aynı zamanda uluslararası göç bağlamında da sıkça karşılaşılan bir değerlendirme olarak karşımıza çıkabilmektedir. Nitekim ülkemizde olduğu gibi Avrupa ülkelerinde de birçok toplumsal sorun göçmen nüfus ile ilişkilendirilebilmektedir. Terrio birçok Avrupa ülkesinde olduğu gibi Fransa'da da göçmen gençler ile çocukların suçla doğrudan bağlantılı olarak algılandıklarını belirtir ve eğitim, sağlık ya da çalışma olanakları gibi temel hak ve hizmetlerden yararlanamayan göçmen kökenli çocukların suça itildiklerini ifade etmiştir (30). Son dönemde ülkemizdeki göçmenlerin de medya ve diğer alanlarda benzer bir algılama tarzıyla değerlendirildiği görülmektedir. Fransa'da yaşayan Afrikalı göçmenlerin yaşadığı siteler ile zorunlu göçle gelen nüfusun yaşadığı gecekondu ve semtlerin algılanması da benzer bir çerçevede gelişmektedir (3). Türkiye'de yapılan araştırmaların da, göçe, daha çok göç edilen yer ve göç edilen yerde yaşayanların penceresinden bakmakta olduğu görülmektedir. Oysa özellikle ruh sağlığı açısından düşünüldüğünde göç edenlerin en ağır bedeli ödedikleri söylenebilir. Araştırma sonuçları, göç edilen yerin ergen ruh sağlığı açısından önemli bir etmen olduğunu işaret etmektedir. Göç edilen yer ile göç veren yer arasındaki kültürel, sosyal ve ekonomik farkların büyüklüğü ergen ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (31).

Psikiyatri Literatüründe Göç

Göçün yetişkin ve ergenlerde şizofreni, depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kullanımı ve otizm gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklarda artışa neden olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (32-35). Göç kararının kendilerinin seçimi olmayışının da çocuklar için ayrıca bir stres kaynağı olduğu belirtilmektedir (36). Motivasyon ve şartları ne olursa olsun gerçek şudur ki; her göç, insanların ruhsal streslerle karşı karşıya bırakır (37). Bununla birlikte, göçün zorla ya da mecbur kalarak evlerinden veya sürekli yaşamakta oldukları yerlerden, özellikle silahlı çatışmaların etkilerinden, genel olarak şiddet içeren durumlardan, insan hakları ihlallerinden veya doğal ya da insan kaynaklı felaketlerden korunmak için yapılması bu sağlık sorununu ruhsal açıdan daha da karmaşıklştırmaktadır (38).

Literatürde göç yaşayan çocuklarda, göç yaşamayan çocuklara göre daha fazla davranış problemleri ve duygusal problemler görüldüğü ifade edilmektedir (39-44). Bu problemler arasında çoğunlukla daha yüksek anksiyete/depresyon puanları (40, 42, 44, 45), arkadaş ilişkilerinde problemler, hi-



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

raktivite semptomları, travma sonrası stres bozukluğu, düşük benlik saygısı, düşük yaşam doyumu puanları yer almaktadır (41-45). Sonuç olarak göç ve ülke içinde yerinden edilmenin geniş kitleleri ilgilendiren bir halk sağlığı sorunu olduğu öne sürülebilir.

Çocuklar yaşananlardan doğrudan etkilenebildiği gibi, travmaların dolaylı etkileri de kendilerini etkilemektedir. Etkilenen ebeveynlerden etkilenim, okul, beslenme ve yetişme koşullarındaki aksaklıklar, yakın kaybı, sosyal bağlardaki kopukluklar ve yoksulluk gibi pek çok etmen çocukların başa çıkmaya çalıştığı zorluklardır (38). Göç deneyimi, çocuğu büyüme stresiyle baş etmeye çabalamasının yanında, fiziksel, sosyal ve kültürel olarak yeni bir yere taşınmanın yarattığı stresle de karşı karşıya bırakarak, incinebilir kılmaktadır (46).

Genelde göçmen ailelerin çocukları yerli çocuklara göre daha fakir olmakta, daha kalabalık evlerde yaşamakta ve daha azının sağlık sigortası bulunmaktadır. Ayrıca bu çocuklar lisan bariyeri, koruyucu sağlık birimlerinden tam yararlanamama, sağlık servislerine gerektiğinden az gitme ve verilen tedavileri düzenli ya da uygun kullanmama gibi nedenlerle daha fazla risk altında bulunmaktadır (6).

Yaşanılan travmalarla travmatik stres arasında doğrudan ilişkiler bulunmasına karşın sosyodemografik özellikler gibi çeşitli etmenler de bu durumu karıştırmaktadır. Çocukların sorunlara direnmesinde sosyal destek önemlidir. Bu alanda ise annenin varlığı ön plana çıkar. Annenin fiziksel ve ruhsal durumu çocuk için önemli olmaktadır (38). Aşırı stres durumlarında ebeveyn tutum ve davranışları değişebilmektedir. Böyle durumlarda ebeveynler daha otoriter olmakta ve ihmalkâr tutum ve davranışlar sergileyebilmektedir (38, 47, 48). Göç

sonucunda büyük çocuklar, daha küçüklere bakmak durumunda kalabilmekte, çocuk ve ergenlerde, ev ve/veya okulda uyum sorunları gözlenebilmektedir. Ayrıca bir ya da her iki ebeveyninden ayrılmak durumunda kalmak, bağlanma sorunları ile diğer gelişimsel problemlere neden olabilmektedir (1). Kişinin çocukluğunda sık taşınma (üç ve üzeri) öyküsü bulunmasının, bu taşınmalar farklı kültürel bir yere olmasa bile, kişide yaşam boyu depresyon sıklığıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (49).

İkinci Kuşak

Göçün önemli sonuçlarından birisi de göçmen kişiden sonraki ikinci kuşak üzerine olan etkileridir. Göçmenlerin kırdan getirdikleri kültür ile kent kültürü arasındaki gerginlik sadece dışsal hane halkı olarak görülen göçmenler ile ev sahibi kentli yetişkinleri karşı karşıya getirmekle kalmaz, aynı zamanda göçmen çocukları ile kentli çocukları da karşı karşıya getirir. Göçmen çocuklar, toplum genelinde bir yandan içinde yaşadıkları ailenin kültürel değerlerini öncelikle aile içinde sürdürme mecburiyeti taşıırken, diğer yandan da aile içinde almış oldukları kültürel değerler ile içinde yaşadığı toplum geneli arasında bir denge kurma mecburiyeti ile karşı karşıya kalır (50). Öte yandan, Rex ve Josephides'e göre göçmen çocuk, hem ailelerinin beklentilerine hem de ev sahibi toplumdaki akran gruplarına uyum sağlamada ciddi güçlüklerle karşı karşıya gelirler. Bu, kendini, en somut şekilde göçmen çocuklarının eğitim sisteminde karşı karşıya kaldıkları önemli ve anlamlı bir dezavantajlık çeşidi olarak günlük yaşamdaki dil ile göçmen ailenin içinde kullanılan dil arasındaki farklılıkta kendini gösterir (51). Göçmen çocuğun küçük yaşlarda karşı karşıya kaldığı bu dezavantajlık, çoğu zaman yetişkinlikte de devam eder. Bu kendini, göçmen çocuğun ev sahibi toplumun işgücü



Göçmen çocuklarının en büyük zorluğu ne anne babaları gibi 'yabancı', ne de yeni yerleşim yerinde yaşayanlar 'yerli' olamamaları ve böylelikle hep 'öteki' olarak kalmaları olmaktadır. Böylelikle bu bireyler, günlük yaşamın getirdiği zorluklar karşısında savunmasız kalarak savrulabilmekte, tutunabilecekleri, sığınıp bağlanabilecekleri bir liman olmamasından, denize düşen yılanın sarılır misali, marjinalize örgütler ile radikal akımlara katılabilmektedirler.

pazarında da yaşayacak olduğu dikkate değer dezavantajlarla kendini gösterir ki, bu ayrım noktası göçmen çocuğun ev sahibi topluma uyum sorununun temel hareket noktası olarak değerlendirilmiştir (50). Ne ana-babaları gibi yabancı ne de oyun, okul, iş arkadaşları gibi yerli olmadıklarının bilinci, çoğu zaman kendilerini bir sosyal varlık olarak tanımlama gereksinimi duydukları ergenlik çağına, Erikson'un normatif kriz olarak adlandırdığı kimlik bunalımını patolojik

boyutlarda hissetmelerine neden olur (52). Bunlara ek olarak ebeveynlerin yaşadıkları travmatik süreçli çeşitli şekillerde çocuklarına aktardıkları belirtilmektedir. Bu aktarımın, biyolojik yatkınlık gelişimi ile kişisel gelişim öyküsü, ailevi ve sosyal etkileneşimin karmaşık ilişkisi sonucunda geliştiği belirtilmiştir (53).

Genel olarak göçmenler, daha çok yoksul insanların yaşadığı ve alt yapı olarak kötü durumdaki mahallelerde toplanır (54). Göçmenlerin kaldıkları evler de sıklıkla düşük standartlara sahip olmakta ve yaşam koşulları ile sağlık durumları uygunsuz olmaktadır (55). Göç standart bir durum ve tıbbi bakım almak herkesin hakkı olmasına rağmen, etnik azınlıklar ile göçmenlerin sağlık kurumlarına başvurmada çeşitli engellerle karşılaştıkları görülmektedir. Çeşitli çalışmalarda benzer durumdaki göç etmemiş kişilerle karşılaştırıldığında, göçmenlerin sağlık kurumlarını daha az kullandıkları gösterilmiştir (44). Şehirlerin az gelişmiş mahallelerinde büyüyen göçmen çocuklarının ruh sağlığını olumsuz etkileyen çevresel faktörlere daha fazla maruz kalmaları bir yana, ebeveynlerince sağlık kurumlarının çeşitli nedenlerle daha az kullanılması da kendilerini mental hastalıklara karşı daha savunmasız kılmaktadır (56).

İngiltere'de doğmuş ikinci kuşak İrlandalı göçmenlerle yapılmış bir çalışmada, bu bireylerin ölüm oranlarının İngilizlerden yüksek olduğu, bu riskin her iki ebeveynde göçmen olduğunda daha da arttığı bulunmuştur (57). Yine İngiltere'de yapılmış başka bir çalışmada, İngiltere doğumlu ikinci kuşak göçmenlerin ebeveynlerine ve yerli yaşıtlarına göre daha eğitilmiş oldukları görülmüş ancak benzer özelliklere sahip yerli yaşıtlarına oranla daha az iş sahibi oldukları ve daha az ücret aldıkları belirtilmiş böylesi ayrımcı faktörlerin de kendilerini psikiyatrik bozukluklara karşı daha incinebilir kıldığı belirtilmiştir (58).

Sonuç ve Öneriler

Göç olgusunun sadece göç eden nesil için değil, sonraki nesiller için de oldukça zorlu ve örseleyici bir süreç olduğu, ayrıca kişiyi çeşitli tıbbi ve psikiyatrik bozukluklara karşı daha incinebilir kıldığı bir gerçektir. Göçün başlangıcında daha çok ekonomik, siyasal, toplumsal kaygılar ve beden sağlığına ilişkin sorunlar ön plana çıkmakta, psikiyatrik problemler acil durumlar dışında gözden kaçabilmektedir. Bu durum ise süreç içinde, sonraki kuşaklara da aktarılan birçok psikiyatrik soruna neden olmaktadır. Benzer durum şu anda Türkiye'de yaşanan göç olgusunda da göze çarpmaktadır. Kamplara yerleştirilen göçmenlerle, dağınık bir şekilde farklı bölgelerde ve

farklı koşullarda yaşayan göçmenlerde ortaya çıkabilecek psikiyatrik sorunlar farklı olacaktır.

Üç yılı aşkın bir süredir Türkiye'de yaşamakta olan bu bireylerin önemli bir kısmının hep Türkiye'de kalacağı göz önüne alındığında, bu kişilerin entegrasyonlarına yönelik politikalar ile psikososyal projelerin hazırlanması gerektiği açıktır. Uzun soluklu ve çok değişkenli entegrasyon sürecinin başarısı, bu bireyler ile daha sonraki kuşakların ruhsal iyilik halleri ve bununla ilişkili toplumsal uyumları için oldukça önemli olmaktadır. Entegrasyonun ilk basamağının yurtlarını terk etmek zorunda kalmış bu bireylere ve beraberlerinde getirdikleri farklılıklarına yönelik saygılı olunması, yaşadıkları travmatik yaşantıların acısı ile üzüntülerinin paylaşıldığının kendilerine hissettirilmesi ve kendilerine yönelik hoş geldiniz tutumu takınılması olduğu unutulmamalı, sonraki süreçte zorlamadan, biraz da özendirerek yeni yerin dilinin ve çeşitli kültürel öğelerinin öğretilmesinin hayati önem taşıdığı göz önünde bulundurulmalı, entegrasyon sürecinin başarısı için çocukların okulla buluşma seviyelerinin de can alıcı mahiyette olduğu göz önünde bulundurularak gerekli adımlar hızlıca atılmalıdır.

Göçmen ve sığınmacılar arasında psikiyatrik hastalık sıklığının oldukça yüksek olduğu ve bu kişilerin başta dil problemi olmak üzere çeşitli nedenlerden dolayı psikiyatrik yardım hizmetlerinden yeterince yararlanamadığı bilinmektedir. Bundan dolayı bu bireylerin yaşadığı yerlere yakın bölgelerde, ücretsiz yararlanabilecekleri, randevu alma zorunluluğu olmayan ve profesyonel çevirmenlerin çalıştığı psikososyal destek merkezlerinin açılmasının, uzun dönemde oldukça maliyetli olabilecek bazı psikiyatrik bozuklukların erken teşhis ve tedavisinin önünü açarak, göçmenlerin bu bozukluklardan dolayı daha az işlev kaybı yaşamalarına, böylelikle uyum süreçlerinin de hızlanmasına katkıda bulunacağı belirtilebilir.

Göçmen ve sığınmacı çocuklarının kendilerine has sorunları olduğu, bu çocukların gelişimleri için oldukça önemli olan okul ortamından ve akran etkileşiminden mahrum kaldığı, maruz kaldıkları şiddet yaşantılarından dolayı güven duygularında ciddi zedelenmeler olabileceği, ebeveynlerin böylesi ortamlarda ihmalkâr veya otoriter tavırlar sergilemesinden dolayı iletişimlerinin bozulabileceği akılda tutulmalıdır. Bu çocukların mutlaka okul veya benzeri bir kurum çatısı altında akranları ile karşılıklı etkileşime girebilecekleri, aynı zamanda kendilerini ifade edebilecekleri ve savaş ile şiddet yaşantısından dolayı kendilerinde gelişebilecek yoğun öfke ve

şiddet duygulanımları ile davranışlarını sublime edebilecekleri bir ortamın sağlanması, bu bireylerin gelecekte daha huzurlu ve toplumsal olmalarının önünü açacak ve sonraki yıllarda gelişebilecek birçok psikiyatrik bozukluğun belki de hiç gelişmemesini sağlayacaktır. Göçmen ve sığınmacı çocukların toplumsal katılımını artırmaya ve entegrasyonlarını desteklemeye yönelik her türlü girişimin sonraki yıllarda gerek yerel gerek küresel barışın sağlanmasında kilit rol alacağını düşünmekteyiz.

Kaynaklar

- 1) Bhugra, D. and S. Gupta, Migration in Mental Health. 2011: Cambridge University Press.
- 2) Howard, M. and M. Hodes, Psychopathology, adversity, and service utilization of young refugees. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2000. 39(3): p. 368-377.
- 3) Kaya, A., Türkiye'de İç Göçler Bütünleşme mi Geri Dönüş mü. İstanbul, Diyarbakır, Mersin, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2009.
- 4) Murad, S.D., et al., Predictors of self-reported problem behaviours in Turkish immigrant and Dutch adolescents in the Netherlands. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2003. 44(3): p. 412-423.
- 5) Stanyon, R., M. Sazzini, and D. Luiselli, Timing the first human migration into eastern Asia. *Journal of biology*, 2009. 8(2): p. 18.
- 6) Loue, S. and M. Sajatovic, Encyclopedia of immigrant health. 2012: Springer.
- 7) Bhopal, R.S., Ethnicity, race, and health in multicultural societies: foundations for better epidemiology, public health, and health care. Vol. 1. 2007: Oxford University Press.
- 8) Nations, U., Trends in total migrant stock The 2005 revision. <http://esa.un.org/migration>. Accessed 24.01.08., 2005.
- 9) Koser, K. and F. Laczo, World Migration Report 2010. The future of migration: Building capacities for change, Geneva, Switzerland. IOM: International Organization for Migration, 2010.
- 10) Bağlı, M. and A. Binici, Kentleşme tarihi ve Diyarbakır kentsel gelişimi. Vol. 8. 2005: Bilimadamı Yayınları.
- 11) Can, Y., Göç ve kent: 1989'dan günümüze göç eden insanların kent adaptasyonu, Diyarbakır örneği. Yüksek Lisans Tezi, 2011.
- 12) Eisenbruch, M., The cultural bereavement interview: A new clinical research approach for refugees. *Psychiatric Clinics of North America*, 1990.
- 13) Bhugra, D., et al., WPA Guidance on Mental Health and Mental Health Care in Migrants. *World Psychiatry*, 2011. 10(1): p. 2-10.
- 14) Yavuz, R., Göç ve Nevrozlar, in *Medikal ve Psikososyal Açından Göç Olgusu*, İ. Balcıoğlu, Editor. 2002, Alfabe Basım Yayın: İstanbul.
- 15) Çetin, F.Ç., Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Demeği, 2008.
- 16) Rutter, M., et al., Rutter's child and adolescent psychiatry. 2011: Wiley. com.
- 17) Akhtar, S., Göç ve Kimlik (Kargaşa, Sağaltım ve Dönüşüm). 2010, İzmir: Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri Yayınları.
- 18) Dunkel Schetter, C., Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual review of psychology*, 2011. 62: p. 531-558.
- 19) Fernandes, A. and J.P. Miguel, Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009.
- 20) Eastwood, J.G., H. Phung, and B. Barnett, Postnatal depression and socio-demographic risk: factors associated with Edinburgh Depression Scale scores in a metropolitan area of New South Wales, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2011. 45(12): p. 1040-1046.
- 21) Bunevicius, R., et al., Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2009. 88(5): p. 599-605.
- 22) Almeida, L.M., et al., Maternal Healthcare in Migrants: A Systematic Review. *Maternal and child health journal*, 2013: p. 1-9.
- 23) Choté, A., et al., Explaining ethnic differences in late antenatal care entry by predisposing, enabling and need factors in The Netherlands. *The Generation R Study. Maternal and child health journal*, 2011. 15(6): p. 689-699.
- 24) Ekéus, C., S. Cnattingius, and A. Hjerm, Epidural analgesia during labor among immigrant women in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2010. 89(2): p. 243-249.
- 25) Bollini, P., U. Stotzer, and P. Wanner, Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: results from a focus group study. *International Journal of Public Health*, 2007. 52(2): p. 78-86.
- 26) Philibert, M., C. Deneux-Tharaux, and M.H. Bouvier-Colle, Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care? BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2008. 115(11): p. 1411-1418.
- 27) Stewart, D.E., et al., Postpartum depression symptoms in newcomers. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 2008. 53(2): p. 121.
- 28) Lansakara, N., S.J. Brown, and D. Gartland, Birth outcomes, postpartum health and primary care contacts of immigrant mothers in an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Maternal and child health journal*, 2010. 14(5): p. 807-816.
- 29) Sword, W., S. Watt, and P. Krueger, Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian-born women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2006. 35(6): p. 717-727.
- 30) Terrio, S.J., Migration, displacement, and violence: Prosecuting Romanian street children at the Paris Palace of Justice. *International Migration*, 2004. 42(5): p. 5-33.
- 31) Gün, Z. and F. Bayraktar, Türkiye'de İç Göçün Ergenlerin Uyumundaki Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2008. 19(2).
- 32) Ebata, K., et al., Impact of migration on onset of mental disorders in relation to duration of residence. *American Journal of Social Psychiatry*, 1983.
- 33) Gillberg, I. and C. Gillberg, Autism in immigrants: a population-based study from Swedish rural and urban areas. *Journal of Intellectual Disability Research*, 1996. 40(1): p. 24-31.
- 34) Haasen, C., et al., Schizophrenic disorders among Turkish migrants in Germany. *Psychopathology*, 2001. 34(4): p. 203-208.
- 35) Storch, G. and F. Poustka, Mental disorders in hospitalized children of migrant families from the Mediterranean). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 2000. 49(3): p. 199.
- 36) Birman, D., et al., Immigrant youth in US schools: Opportunities for prevention. *The Prevention Researcher*, 2007. 14(4): p. 14-17.
- 37) Balcıoğlu İ, K.N., Savrun M. Suç, Göç, Çocuk. in *Yeni Symposium Dergisi*. 2000.
- 38) Aker, T., Zorunlu Göç Yaşayan Ailelerin İkinci Kuşak Üyelerinin Sağlık Durumu, in *Halk Sağlığı*. 2006, Kocaeli Üniversitesi: Kocaeli.
- 39) Janssen, M.M., et al., Comparison of self-reported emotional and behavioral problems in Turkish immigrant, Dutch and Turkish adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2004. 39(2): p. 133-140.
- 40) Bengi-Arslan, L., et al., Understanding childhood (problem) behaviors from a cultural perspective: comparison of problem behaviors and competencies in Turkish immigrant, Turkish and Dutch children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1997. 32(8): p. 477-484.
- 41) Fazel, M. and A. Stein, Mental health of refugee children: comparative study. *BMJ*, 2003. 327(7407): p. 134-134.
- 42) Diler, R.S., A. Avci, and G. Seydaoglu, Emotional and behavioural problems in migrant children. *Swiss medical weekly*, 2003. 133(1-2): p. 16-21.
- 43) Gün, Z., Kültürler arası gelişimsel psikoloji. Yayınlanmamış yüksek lisans semineri, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2000.
- 44) Glover GR. The pattern of psychiatric admissions of Caribbean-born immigrants in London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1989;24(1):49-56.
- 45) Heptinstall, E., V. Sethna, and E. Taylor, PTSD and depression in refugee children. *European child & adolescent psychiatry*, 2004. 13(6): p. 373-380.
- 46) Aksel, S., et al., Migration and psychological status of adolescents in Turkey. *Adolescence*, 2007. 42(167): p. 589-602.
- 47) Yehuda, R., S.L. Halligan, and L.M. Bierer, Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. *Journal of psychiatric research*, 2001. 35(5): p. 261-270.
- 48) Rowland-Klein, D. and R. Dunlop, The transmission of trauma across generations: identification with parental trauma in children of Holocaust survivors. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1998. 32(3): p. 358-369.
- 49) Gilman, S.E., et al., Socio-economic status, family disruption and residential stability in childhood: relation to onset, recurrence and remission of major depression. *Psychological medicine*, 2003. 33(8): p. 1341-1355.
- 50) GÜZEL, S., Göçmen çocuklar ve Denizli'de yaşam koşulları. Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar E-Dergisi.
- 51) Gümüş, A., Göç, Din ve Asimilasyon, Toplum ve Göç II. Ulusal Sosyoloji Kongresi, Mersin. Sosyoloji Derneği Yayınları, 243-251, 1996.
- 52) Saydam, M.B., İkinci kuşak göçmenler ve psikoaktif madde bağımlılığı. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, 1987.
- 53) Kellermann, N.P., Transmission of Holocaust trauma-An integrative view. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 2001. 64(3): p. 256-267.
- 54) Scheppers, E., et al., Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice*, 2006. 23(3): p. 325-348.
- 55) Bäärnhielm, S. and S. Ekblad, Turkish migrant women encountering health care in Stockholm: a qualitative study of somatization and illness meaning. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2000. 24(4): p. 431-452.
- 56) Ayazi, T. and K. Bøgwald, Immigrants' use of out-patient psychiatric services). *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 2008. 128(2): p. 162.
- 57) Harding, S. and R. Balarajan, Patterns of mortality in second generation Irish living in England and Wales: longitudinal study. *BMJ: British Medical Journal*, 1996. 312(7043): p. 1389.
- 58) Dustmann, C., T. Frattini, and N. Theodoropoulos, Ethnicity and second generation immigrants. *The Labour Market in Winter: The State of Working Britain*, 2011: p. 220.

Sağlığımızı etkileyen gizli ajanlar: Gıda katkı maddeleri

Prof. Dr. Fatih Gültekin



1966 yılında Konya'da doğdu. 1990 yılında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Aynı üniversitede Biyokimya doktorasını tamamladıktan sonra 1997 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi'ne yardımcı doçent olarak atandı ve 2007 yılında profesör oldu. Doçentlik yıllarında Fulbright bursiyeri olarak Amerika'da araştırmalar yaptı. Halen Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı Başkanı'dır.

Gıda katkı maddeleri gıdaların renk, tat, koku ve raf ömrü gibi özelliklerini değiştirmek amacıyla gıdalara katılan maddelerdir. Bu maddelerin bir kısmı doğal bitkisel ve hayvansal kaynaklardan elde edilirken diğer kısmı sentetik olarak üretilmektedir. Katkı maddelerinin zararlarıyla ilgili endişeler katkı maddeleri kullanıldığı sürece duyarlı tüketicilerin gündeminden düşmemiştir. Bu endişelerin bir kısmı tüketicilerin kendilerine zarar verebilecek düzeyde aşırı duyarlılıktan kaynaklanırken, bir kısmı haklı gerekçelere dayanmaktadır. Nitekim katkı maddelerinin kanser, hiperaktivite, alerji ve cilt problemleri, iltihabi bağırsak hastalıkları, spastik kolon, bazı kalıtsal metabolik hastalıklar, epilepsi ve migren gibi bazı hastalıkların oluşmasına veya şiddetinin artmasına yol açabileceğine ilişkin kanıtlar mevcuttur. Aşağıda bu hastalıkların bir kısmı ve gıda katkı maddeleri arasındaki ilişkilerin araştırıldığı çalışmalar hakkında bilgiler verilecektir.

Kanser

Kanser, bazı etkilerle değişime uğramış hücrelerin, gerek yerel ve gerek uzak noktalarda kontrolsüz olarak büyüyüp çoğalmalarının sonucu oluşan habis hastalıklar grubudur. Normal hücrelerin kanser hücrelerine dönüşmesine sebep olan başlıca etkenler kimyasal maddeler, ultraviyole ışınlar, radyasyon gibi fiziksel ajanlar ve virüslerdir.

Beslenme şeklimiz ve yediklerimiz kanser oluşumunu etkilemektedir. Günümüz yaşam tarzında gıda katkı maddeleri beslenmemizin bir parçası haline gelmiştir. Katkı maddelerinin bir kısmı kanserojen iken bir kısmı da kanserojenlerin etkinliğini artırmaktadır. Ancak bu etkilerin ortaya çıkması için tüketilen miktarlar önemlidir. Yapılan araştırma sonuçlarına göre tüketilmesi için güvenli miktarlar belirlenebildiyse bu miktarların gıdalarda kullanılmasına izin verilmektedir. Bunun yanında güvenli sınır belirlenemeyip insanlarda kanserojen olduğu net olarak ortaya koyulduysa yasaklanmaktadır. Örneğin dulcin (1), cinnamyl anthranilate (2), thiourea (3), safrole (4) ve butter yellow (5) gibi bazı sentetik katkı maddelerinin karaciğer kanserine neden olduğu yapılan deneylerle tespit edilmiş, bunun üzerine bu maddelerin gıdalarda kullanılması yasaklanmıştır. Ülkemizde de bu katkı maddelerinin kullanılması yasaktır. Kullanılmasına izin verilen katkı maddelerinin bazılarının kanserojen olup olmadığıyla ilgili tereddütler süregelmektedir. Yani halen üzerinde tartışmalar devam etmektedir. Tartışmalı katkı maddelerinden birisi 'nitrit'tir. Nitritin tuzları olan sodyum nitrit (E250) veya potasyum nitrit (E249), sos ve sucuk gibi işlenmiş et ürünlerine antibakteriyel olarak ve renk tutucu olarak eklenmektedir.

Amerika Kanser Araştırma Enstitüsü işlenmiş et ürünlerinin içerdikleri kimyasal maddelerden dolayı bağırsak ve değişik organ kanserlerinin artışına

neden olduğunu bildirmiş ve günde 50 gr işlenmiş et tüketmenin, bağırsak kanserine yakalanma riskini % 21 artırdığını belirtmiştir (6). İşlenmiş et derken kastedilen sucuk, salam ve sosis gibi et ürünleridir. İşlenmiş et – kanser ilişkisini ortaya koyan birçok araştırma yayınlanmıştır (7).

Hiperaktivite

Gıda katkı maddeleriyle fazlaca ilişkilendirilen hastalıklardan birisi hiperaktivitedir. Tam ismi "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" veya "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" olan bu hastalık, çocuğun yaşamının her anını etkileyen, gelişimiyle uyumlu olacak şekilde dikkati toplayamama ya da uygun biçimde sürdürmemeye ve hiperaktivite ile karakterize bir nörobiyolojik bozukluktur (8). Çocukların % 5'inde, yani her sınıfta ortalama bir ya da iki öğrencide görülür. Bu rahatsızlıkta sorun, dikkati tek bir noktaya odaklayamamak ve organize olamamaktır.

Dikkat Eksikliği Sendromunun nedenleri henüz tam olarak bilinmemektedir yaygın görüşe göre hastalığın oluşmasında genetik ve çevresel faktörler rol oynamaktadır (9, 10). Hiperaktivitenin oluşması veya şiddetinin artmasında gıdaların ve gıdalardaki katkı maddelerinin rolleri uzun yıllardır tartışılmaktadır. Bir yandan katkı maddelerinin hiperaktiviteye neden olmadığı belirtilirken (11), diğer yandan birçok araştırmada hiperaktivite üzerine olumsuz etkilerinin olabileceği bildirilmiştir.

tir (12-14). Ayrıca hiperaktif çocukların tedavisi planlanırken diyetlerinin gözden geçirilerek katkı maddeleri gibi risk faktörlerinden arındırılması önerilmektedir (15).

Alerji ve cilt problemleri

Alerji, bağışıklık sistemimizin normalde zararlı olmayan bazı maddelere karşı aşırı hassasiyet göstermesidir. En sık alerjiye neden olan alerjenler polen, akar, küf mantarı, hayvan kılları, ilaçlar, böcek sokmaları, gıdalar ve gıdalar içindeki katkı maddeleri gibi maddelerdir. Gıda katkı maddelerine karşı alerjik reaksiyonlar erişkinlerde % 1'in, çocuklarda % 2'nin altındadır. Hassas bünyeli yani atopik kişilerde ise bu oran % 2-7 arasına çıkmaktadır (16). Oluşan bu reaksiyonlar vücudumuzda birçok sistemi etkilemektedir.

Atopik dermatitli hastalara katkı maddeleri verilerek yapılan bir araştırmada hastaların % 40'ının cildinde katkı maddeleri verilmesiyle egzama gelişmiştir (17). Ciddi alerjik reaksiyon sonucu gelişen anafilaktik şoklu bir hastada şokun nedeni araştırılmış ve yapılan alerji testinde yediği gıdalar içinde bulunan ve bir kıvam artırıcı olarak kullanılan guar gama (E412) karşı alerjisi olduğu tespit edilmiştir (18). Bir böcek türünden elde edilen ve çilekli yoğurt gibi kırmızı renk vermesi istenilen gıdalarda kullanılan karmin (E120) gıdalarla tüketildiği veya soluyarak solunum yollarına temas ettiği zaman bazı kişilerde ciddi alerjik reaksiyonlara neden olmuştur (19).

Migren

Migren, toplumda oldukça yaygın görülen, kişilerin günlük işlerini etkileyen, bulantı, kusma, baş dönmesi gibi bulguların eşlik ettiği, çoğu kez zonklayıcı ve genellikle tek taraflı baş ağrısı tipidir. Nedeni henüz tam olarak ortaya koyulamamıştır. Migreni gıdaların başlatabildiği veya artırdığını bildiren çok sayıda araştırma mevcuttur. Bunların bir kısmında katkılardan uzak basit gıdalarla beslenmenin migrenli çocukların çoğunda baş ağrısını azalttığı gösterilmiştir (20, 21). Nitritler, sukraloz ve aspartam gibi bazı katkı maddelerinin migreni tetiklediği vakalar rapor edilmiştir (22-24). Bunun yanında az sayıda vakadan elde edilen bu sonuçlarla bir genelleme yapmak mümkün olmadığı da belirtilmiştir (25).

Sonuç

Gıda katkı maddeleri gıda üretiminde kullanılmadan önce zararlı olup olmadıklarına ilişkin birçok toksikolojik araştırma yapılmaktadır. Bunların sonucunda, tüketilmesi sağlık açısından bir risk oluşturmayan miktarlar belirlenmektedir.

Bu miktarlar tüketilirken de tüketiciler izlenmekte, beklenmedik etkiler ortaya çıkarsa, izin verilen emniyetli miktar düşürülmekte veya katkı maddesinin tüketilmesi yasaklanmaktadır. Yukarıda özetlendiği üzere halen kullanılmakta olan katkı maddelerinin bir kısmı her ne kadar toksikolojik testlerden geçmiş almış olsalar da bazı hastalıkların oluşmasında veya şiddetlenmesinde rol oynayabilmektedirler. Bu yüzden yukarıda bahsedilen hastalıklara sahip bireyler ile bu hastalıkların tedavisiyle ilgilenen hekimler gıda katkı maddelerini dikkate almalıdır. Koruyucu hekimlik açısından da özellikle kanser için risk taşıyan katkı maddeleri bilinmeli, hem üretimde kullanılmaları ve hem de tüketilmeleri azaltılmaya çalışılmalıdır.

Kaynaklar

- 1) International Agency for Research on Cancer (IARC), "Dulcin, summaries & evaluations", 1976, 12, s 97, <http://www.inchem.org/documents/iarc/vol12/dulcin.html> (Erişim tarihi: 05.10.2009)
- 2) National Cancer Institute, "Bioassay of cinnamyl anthranilate for possible carcinogenicity" in Carcinogenesis, Technical Report Series, 1980, No. 196, NTP No. 80-10.
- 3) International Agency for Research on Cancer (IARC), "Thiourea, summaries & evaluations", 1974, 7, s 95, <http://www.inchem.org/documents/iarc/vol07/thiourea.html> (Erişim tarihi: 05.10.2009)
- 4) Borchert P, Miller JA, Miller EC, Shires TK, "1'-Hydroxysafrole, a proximate carcinogenic metabolite of safrole in the rat and mouse", Cancer Res, 1973, 33(3), 590-600.
- 5) International Agency for Research on Cancer (IARC), "para-Dimethylaminoazobenzene, summaries & evaluations", 1975, 8, s 125, <http://www.inchem.org/documents/iarc/vol08/p-dimethylaminobenzene.html> Güncellenme tarihi 21/03/1998 (Erişim tarihi: 05.10.2010)
- 6) International Agency for Research on Cancer (IARC), "The facts about red meat and processed meats", The Facts about ... Series, <http://www.aicr.org/site/DocServer/FPC-E83-FMW.pdf?docID=1663> (Erişim tarihi: 10.12.2009)
- 7) Cross AJ, Leitzmann MF, Gail MH, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Sinha R, "A prospective study of red and processed meat intake in relation to cancer risk", PLoS Med, 2007, 4(12):e325.
- 8) Floet AM, Scheiner C, Grossman L, "Attention-deficit/hyperactivity disorder", Pediatr Rev, 2010, 31(2), 56-69.
- 9) Curtis LT, Patel K, "Nutritional and environmental approaches to preventing and treating autism and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a review", J Altern Complement Med, 2008, 14(1), 79-85.
- 10) Aguiar A, Eubig PA, Schantz SL, "Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Focused Overview for Children's Environmental Health Researchers", Environ Health Perspect, 2010, doi:10.1289/ehp.1002326.
- 11) FDA/IFIS, "Food color facts", FDA/IFIS brochure, January 1993, <http://www.cfsan.fda.gov/~dms/qa-topad.html> Güncellenme tarihi 06/03/2002 (Erişim tarihi: 18.07.2003)
- 12) McCann D, Barrett A, Cooper A, Crumpler D, Dalen L, Grimshaw K, Kitchin E, Lok K, Porteous L, Prince E, Sonuga-Barke E, Warner JO, Stevenson J, "Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial" Lancet, 2007, 370(9598), 1560-1567. Erratum

Gıda katkı maddeleri gıda üretiminde kullanılmadan önce zararlı olup olmadıklarına ilişkin birçok toksikolojik araştırma yapılmaktadır. Bunların sonucunda, tüketilmesi sağlık açısından bir risk oluşturmayan miktarlar belirlenmektedir. Bu miktarlar tüketilirken de tüketiciler izlenmekte, beklenmedik etkiler ortaya çıkarsa, izin verilen emniyetli miktar düşürülmekte veya katkı maddesinin tüketilmesi yasaklanmaktadır.

in: Lancet, 2007, 370(9598), 1542.

- 13) Pollock I, Warner JO, "Effect of artificial food colours on childhood behaviour", Arch Dis Child, 1990, 65(1), 74-77.
- 14) Boris M, Mandel F, "Foods and additives are common causes of the attention deficit hyperactive disorder in children", Ann Allergy, 1994, 72, 462-468.
- 15) Schnoll R, Burshteyn D, Cea-Aravena J, "Nutrition in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder: a neglected but important aspect", Appl Psychophysiol Biofeedback, 2003, 28(1), 63-75.
- 16) Wilson BG, Bahna SL, "Adverse reactions to food additives", Ann Allergy Asthma Immunol, 2005, 95(6), 499-507; quiz 507, 570.
- 17) Worm M, Ehlers I, Sterry W, Zuberbier T, "Clinical relevance of food additives in adult patients with atopic dermatitis", Clin Exp Allergy, 2000, 30(3), 407-414.
- 18) Papanikolaou I, Stenger R, Bessot JC, de Blay F, Pauli G, "Anaphylactic shock to guar gum (food additive E412) contained in a meal substitute", Allergy, 2007, 62(7), 822.
- 19) Greenhawt MJ, Baldwin JL, "Carmine dye and cochineal extract: hidden allergens no more", Ann Allergy Asthma Immunol, 2009, 103(1), 73-75.
- 20) Carter CM, Egger J, Soothill JF, "A dietary management of severe childhood migraine", Hum Nutr Appl Nutr, 1985, 39(4), 294-303.
- 21) Egger J, Carter CM, Wilson J, Turner MW, Soothill JF, "Is migraine food allergy? A double-blind controlled trial of oligoantigenic diet treatment", Lancet, 1983, 2(8355), 865-869.
- 22) Blumenthal HJ, Vance DA, "Chewing gum headaches", Headache, 1997, 37(10):665-666.
- 23) Millichap JG, Yee MM, "The diet factor in pediatric and adolescent migraine", Pediatr Neurol, 2003, 28(1), 9-15.
- 24) Bigal ME, Krymchanski AV, "Migraine triggered by sucralose--a case report", Headache, 2006, 46(3), 515-517.
- 25) Grotz VL, "Sucralose and migraine", Headache, 2008, 48(1), 164-165.

Bir ilaç olarak Ankaferd: Gelenekten bilime

Prof. Dr. İbrahim C. Haznedaroğlu

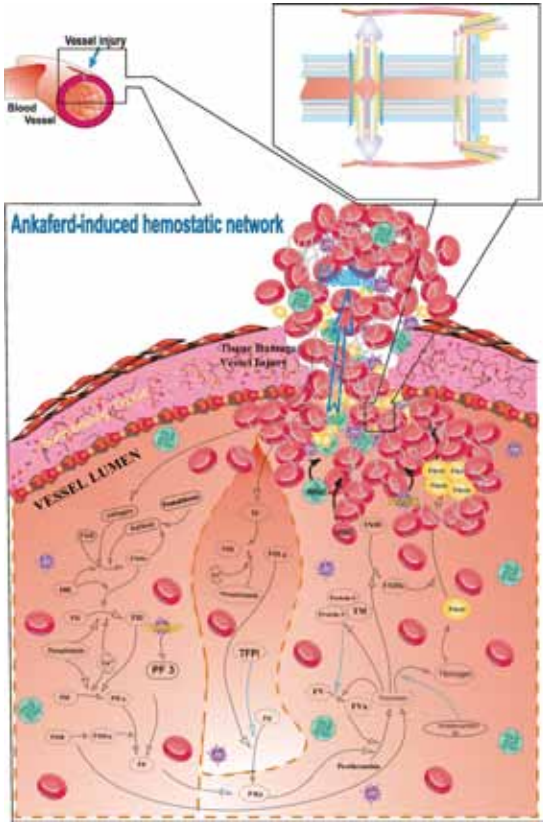


1963 yılında Aksaray'da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini bu ilde tamamladı. 1988 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Uzmanlık eğitimi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda tamamladı (1993). Yan dal eğitimini tamamladı ve Hematoloji uzmanı oldu. (1996). 1996-2003 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Ünitesi'nde öğretim üyesi olarak görev yaptı. 2003'te profesör oldu. Pek çok dernekteki üyeliklerinin yanı sıra Türk Hematoloji Derneği Kronik Lösemiler Alt Komitesi'nde son dönemde başkan olarak görev yaptı. Uluslararası üstün nitelikli çalışmaları nedeniyle 2002 yılında TÜBİTAK Teşvik Ödülü'ne layık görülmüştür. Başlıca çalışma alanları kronik myeloid lösemi, hematolojik neoplaziler ve patolojik hemostaz mekanizmalarıdır.

Ankaferd, ülkemizde yeni geliştirilmiş ve evrensel literatürde kabul görmüş hemostatik (kanama durdurucu) bir ilaçtır. Ankaferd-bağımlı özgül protein ağı oluşumu ve vital eritroid

aggregasyon (kırmızı kürelerin canlılığını koruyarak doku onarımı amaçlı olarak bir araya gelişi) global fizyolojik hemostatik süreçleri yönetir.(1) Ankaferd kanama durdurucu ve çeşitli patolojik durumlara bağlı gelişen hasarlarda doku iyileştirici olarak topikal (yüzeysel olarak) kullanılmaktadır. Ankaferd'in hemostatik etki mekanizması ve doku hasarını iyileştirmesi Ankaferd-bağımlı vital eritroid aggregasyon ve özgül protein ağı oluşturmak yoluyla fizyolojik yara iyileşmesine hizmet ederek gerçekleşir. Bu mekanizma resimde gösterilmiştir.

ederek eritroid fonksiyonları yönetir. Urotensin II de Ankaferd uygulaması sonrası travmadan hasar görmüş damar duvarı, adeziv proteinler ve aktive kırmızı kan hücreleri arasında bağlantı kurmada görev alır.(1 - 4) Ankaferd'in hemostaz sürecindeki pleiotropik etkilerinin altında yatan mekanizmaya yönelik bu hipotetik kavramlar ileri bilimsel yöntemlerle (MALDI-TOF proteomik moleküler analizler, sitometrik yöntemler, transkripsiyon analizleri, ve SEM ultrastrüktürel incelemeleriyle *in vitro* ve *in vivo* çalışmalarda) elde edilmiştir.(2, 4-7)



Resim: Ankaferd'in hemostatik etki mekanizması ve doku hasarını iyileştirmesi

Bitki ekstraktları, geleneksel tıp alanında geniş kullanım alanlarına sahip olmuşlardır. Ankaferd, folklorik olarak yüzyıllar boyunca geleneksel Türk hekimliğinde hemostatik ajan olarak kullanılmış bir bitkisel ekstrattır. Ankaferd, kekik (*Thymus vulgaris*), meyan (*Glycyrrhiza glabra*), Üzüm (*Vitis vinifera*), havlican (*Alpinia officinarum*) ve ısırgan otu (*Urtica dioica*) bitkilerinin standardize karışımından oluşmaktadır. Ankaferd isimlendirmesi (Anka ve Ferd kelimelerinin kökenleri), uluslararası bir kongrede tartışılmıştır.

Ankaferd uygulaması sonrası gelişen hemostatik ağı farklı hücreler ve biyolojik temelleri vardır. Vital eritroid aggregasyon, Ankaferd uygulaması sonrası eritrosit yüzeylerinde bulunan spektrin ve ankrin reseptörleri ile gerçekleşir. Bu proteinler ve gereken ATP biyoenerjisi Ankaferd protein kütüphanesinde bulunur. Ankaferd ayrıca hücre içinde GATA/FOG transkripsiyon sistemini aktive

Ankaferd'in sağlıklı gönüllülerde topikal kullanımının güvenliliğinin araştırıldığı, plasebo ile karşılaştırmalı olarak ve randomize, çift-kör, çapraz-geçişli bir faz I klinik çalışma yapılmış ve Kasım 2008'de sonuçlandırılmıştır.(8) Ankaferd ile kontrollü klinik çalışmalar da yapılmıştır. Örneğin; kanser hastalarında vasküler port giriş yeri kanamaları, anterior epistaksis, ve post-tonsillectomi hemorajileri alanında Ankaferd'in bilinen standart anti-hemorajik yöntemlere üstünlüğünü gösteren klinik çalışmalar yayınlanmıştır.(9-11) Kadın doğum alanında, tiroidektomide, ve dental kanamalarda da kontrollü klinik çalışmalar yapılmıştır.(12-14) Üroloji alanında renal taş kanamalarının operatif tedavisinde de klinik çalışma yapılmıştır.(15)

Etki mekanizmasının aydınlatılmasını takiben, Ankaferd Blood Stopper (ABS) ürünleri stabilite, toksisite, sterilite ve iritabilite testlerinden başarıyla geçmiş ve Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel

Müdürlüğü tarafından harici kanamaların kontrolünde kullanılmak üzere “ara ürün” olarak ruhsatlandırılmıştır (Mayıs 2007). Bu bağlamda öncelikle insanlarda dental girişimlerde diş hekimliğinde, acil servisler ve 112 ilk yardım ambulanslarında kanama kontrolü amacıyla kullanılmaktadır. Ayrıca ülkemizde pek çok tıbbi merkezde standart tedavilerle durdurulamayan ve yüksek morbidite-mortalite (hastalık-ölüm) riskine neden olabilen değişik komplike klinik kanamalar, bilgilendirilmiş onam çerçevesinde hastada Ankaferd kullanımını gerekli kılmış ve buna ilişkin raporlar değişik bilimsel platformlarda tartışılmıştır. Bu yayınlara istinaden CE belgesi alınarak tıbbi cihaz kategorisinde konumlanmıştır. Ankaferd’in klinik çalışmaları artarak devam etmiştir. 2014 yılı itibarıyla PubMed’de yayımlanmış 136 adet Ankaferd yayını mevcuttur.

Kaynaklar

- 1) Haznedaroglu BZ, Beyazit Y, Walker SL, Haznedaroglu IC. Pleiotropic cellular, hemostatic, and biological actions of Ankaferd hemostat. *Crit Rev Oncol Hemat* 2012;83:21-34.
- 2) Haznedaroglu IC. Molecular Basis of the Pleiotropic Effects of Ankaferd Blood Stopper. *Iubmb Life* 2009;61:290-.
- 3) Karabiyik A, Gulec S, Yilmaz E, Haznedaroglu I, Akar N. Reversible Protease-Activated Receptor 1 Downregulation Mediated by Ankaferd Blood Stopper Inducible With Lipopolysaccharides Inside the Human Umbilical Vein Endothelial Cells. *Clin Appl Thromb-Hem* 2011;17:E165-E70.
- 4) Yilmaz E, Gulec S, Torun D, Haznedaroglu IC, Akar N. The effects of Ankaferd (R) Blood Stopper on transcription factors in HUVEC and the erythrocyte protein profile. *Turk J Hematol* 2011;28:276-85.
- 5) Demiralp DO, Haznedaroglu IC, Akar N. Functional proteomic analysis of Ankaferd (R) Blood Stopper. *Turk J Hematol* 2010;27:70-7.
- 6) Ozel-Demiralp D, Igci N, Ayhan B, Egin Y, Haznedaroglu IC, Akar N. Prohemostatic and Antithrombin Activities of Ankaferd Hemostat Are Linked to Fibrinogen Gamma Chain and Prothrombin by Functional Proteomic Analyses. *Clin Appl Thromb-Hem* 2012;18:604-10.
- 7) Beyazit Y, Sayilir A, Suvak B, Torun S, Haznedaroglu IC. Molecular Basis of Ankaferd-Induced Hemostasis in the Management of Sternal Bleeding. *Heart Surg Forum* 2012;15:E305-E.
- 8) Balcik OS, Koroglu M, Cipil H, et al. A Placebo-Controlled, Randomized, Double-Blinded, Cross-Over Phase-I Clinical Study Indicating the Safety of Topical Ankaferd Hemostat in Healthy Volunteers. *Uhod-Uluslar Hematol* 2012;22:267-74.
- 9) AIB, Yidirim C, Cavdar M, Zengin S, Buyukaslan H, Kalender ME. Effectiveness of Ankaferd blood stopper in the topical control of active bleeding due to cutaneous-subcutaneous incisions. *Saudi Med J* 2009;30:1520-5.
- 10) Teker AM, Korkut AY, Gedikli O, Kahya V. Prospective, controlled clinical trial of Ankaferd Blood Stopper in children undergoing tonsillectomy. *Int J Pediatr Otorhi* 2009;73:1742-5.
- 11) Teker AM, Korkut AY, Kahya V, Gedikli O. Prospective, randomized, controlled clinical trial of Ankaferd Blood Stopper in patients with acute anterior epistaxis. *Eur Arch Oto-Rhino-L* 2010;267:1377-81.

12) Eyi EGY, Engin-Ustun Y, Kaba M, Mollamahmutoglu L. Ankaferd blood stopper in episiotomy repair. *Clin Exp Obstet Gyn* 2013;40:141-3.

13) Guler M, Maralcan G, Kul S, Baskonus I, Yilmaz M. The Efficacy of Ankaferd Blood Stopper for the Management of Bleeding Following Total Thyroidectomy. *J Invest Surg* 2011;24:205-10.

14) Odabas ME, Cinar C, Tulunoglu O, Isik B. A

New Haemostatic Agent's Effect on the Success of Calcium Hydroxide Pulpotomy in Primary Molars. *Pediatr Dent* 2011;33:529-34.

15) Istanbuluoglu MO, Kaynar M, Cicek T, Kosan M, Ozturk B, Ozkardes H. A New Hemostatic Agent (Ankaferd Blood Stopper (R)) in Tubeless Percutaneous Nephrolithotomy: A Prospective Randomized Study. *J Endourol* 2013;27:1126-30.



Ankaferd'in doğuşu

Vedat Fırat

Eskiden yeterince hekim ve sağlık personelinin olmadığı dönemlerde ülkemizin az gelişmiş kırsal yörelerinde her köyde usta-çırak usulü el alma suretiyle diş çekimi ve iğne (enjeksiyon) yapan bilge insanlar olurdu. Dedem de bunlardan biriydi ve Malatya'nın Arapgir İlçesi'nin Eskiarapgir Köyü'nde (şimdi mahalle) diş çekimi ve enjeksiyon yapardı. O günkü diş çekimlerinde bugün için ilkel diyebileceğimiz teknikler kullanılmakta olduğundan çekim sonrası kanama ve ağrıya sıkça rastlanırdı. Dedem çektiği her dişte yapma bir ilaç kullanır ve böylelikle onun çekimlerinde diğer diş çekenlerinkine göre daha az kanama ve daha az ağrı olduğu gibi iyileşme süresi de kısa olurdu. Bu da çevredeki diğer dişçilere göre dedemin tercih edilme sebebi olurdu. Dedem bu ilacı ilmi konularda çok ileri seviyelere ulaşmış bir âlimden öğrendiğini ve bunun İslam âleminin önemli âlimlerinden olan Muhyiddin ibn-i Arabî hazretlerinden intikal ettiğini aktarırdı.

Az gelişmiş bölgelerde bilenler tarafından kullanılan bu karışım modern tıbbın gelişmesi ile unutulmaya yüz tutmuş ve artık kullanılmaz hale gelmiş iken zamanın Başbakanı Recep Tayyip Erdoğan'ın yerli ilaç geliştirme çağırısı bu karışımın ilaç olma yolunda ilk adımının atılmasına vesile olmuştur. Yüz yıllar önceye dayanan karışımla başlayan bu ürünün günümüzde bilimsel çalışmalarla yeniden gündeme gelmesi ve yüzden fazla makale ile taçlanması, Prof. Dr. İbrahim Haznedaroğlu başta olmak üzere çok

kıymetli Türk bilim adamlarının sahip çıkmasıyla mümkün olmuştur.

Ürünümüzün Ankaferd adıyla piyasaya sürülmesi sürecinde eski Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ başta olmak üzere o günkü ilaç Eczacılık Genel Müdürü Dr. Mahmut Tokaç ve şu andaki Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Başkanı Dr. Saim Kerman ile o günden beri destek veren bürokratların katkılarını da zikretmeden geçemeyeceğim.

Arapgir'in bir köyünde devamı sağlanan ve o günkü şartlarda bitkiler ezilerek ve kaynatılarak elde edilen bu karışımın bugün modern tesislerde GMP (iyi üretim şartları) kurallarına uygun TSE'nin CE belgesi ile Avrupa pazarlarında yer alması, emeği geçen herkesi gururlandırmaktadır. Şimdilik harici kullanımı olan tıbbi cihaz statüsündeki ürünümüzün “Yeni Türkiye”nin geliştirilen ilk ruhsatlı ilacı olması yolunda çalışmaları son aşamaya gelmiştir. Bu ilaç, emeği geçenlerin olduğu gibi milletimizin de gururu olacaktır. Unutulmaya yüz tutmuş binlerce terkinin olduğunu ve bunların günümüz tekniği ile hayata kazandırıldığında katma değeri yüksek yüzlerce Ankaferd'in ülkemize kazandırılacağını düşünüyor ve bu konuda Ankaferd'in bir öncü, bir örnek olmasını istiyoruz. Kendisinin öğrenerek hazırladığı bu karışımı babama öğretmek bu günlere gelmesini sağlayan dedeme, ona bu terkinin öğretene o âlim zata ve hepsinden önemlisi Muhyiddin ibn-i Arabî hazretlerine rahmet diliyorum. Türk halkının olan bu ürünün ülkemize kazandırılmasında emeği geçen herkese teşekkür ediyorum.

Geleneksel tıp nedir, ne değildir?

Prof. Dr. Ayten Altıntaş



Tokat'ta doğdu. İlk ve orta öğretimini Konya'da, yükseköğrenimini 1966-1970 yıllarında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde tamamladı. Aralık 1975'de Prof. Dr. Bedii N. Şehsuvaroğlu'nun yanında tıp tarihi çalışmalarına başladı. Hocasının vefatı üzerine Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde Prof. Dr. Emine M. Atabek'in kürsüsüne geçti. 1982 yılında doktor, 1988'de doçent, 1996 yılında profesör oldu. Çalışmalarında tıp tarihi ve tıp etiği alanlarında yoğunlaşmış, Türk tıp eğitimi ve Osmanlı Tıbbında tedavi konusuna ağırlık vermiştir. Ders notlarının dışında 130 araştırma makalesi, 5 kitabı vardır. Türk Tıp Tarihi Kurumu ve Uluslararası Tıp Tarihi Kurumu üyesidir. Halen İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı öğretim üyesi olan Dr. Altıntaş, evlidir ve iki çocuk annesidir.

Geleneksel tıp konusunda 2010 yılında "Geleneksel Bitkisel Tıbbi Ürünler Yönetmeliği", 2014 yılında ise "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" çıkınca çok sevindim (1, 2). Tıp tarihi ile uğraşmaya başladığımdan beri geleneksel tıbbın önemini fark ettim ve bu tecrübelerin bugünkü tıba katacağı çok şey olduğunu düşündüm. Geleneksel Tıp Yönetmeliği çıktıktan sonra birçok tıp fakültesinin "merkez" kurduğunu öğrendim ve bunlardan birkaç tanesini yakından tanıma imkânım oldu. Burada gördüğüm tablo; araştırmacıların hali hazırda yaptıkları araştırmaları "geleneksel tıp" şemsiyesi altında sunmalarıydı. İkili görüşmelerim sırasında da pek çok doktor ve eczacının bu konuda İbni Sina isminden başka bir bilgileri olmadığı, günlük hayatta gördüğümüz bitkisel ilaçların şarlatanca pazarlanmasının geleneksel tıbbımız sanıldığı kanaatini edindim. Bu sebeple benim gibi tıp tarihçilerinin bu konuda doktor ve eczacıları bilgilendirmesi gerektiğini anladım. Bu makaleyi ve bir kitabı kaleme almaya karar verdim.

Geleneksel tıbbımızın ne olduğunu "biraz olsun" anlamak bile "ne olmadığını" anlamaya kâfi gelecektir. Bugün bütün dünyada geleneksel tıptan bahsedebiliyorsak Hindistan, Çin gibi "Eski Tıbbı" bugüne kadar devam ettirmiş ve yaşayan örneklerini görebildiğimiz tıp sayesinde. Bir de her türlü yasağa rağmen dünyanın birçok yoresinde devam ettirilen "Eski Tıp" uygulamalarının bugünkü doktorlar

tarafından fark edilmeleri sayesinde. Geleneksel tıbbı anlamak için bugünkü tıbbın ne olduğunu çok iyi bilmek lazım. Tıbbın gelişim tarihine baktığımızda; 19. yüzyılda başlayıp bugünkü tıba kadar gelen "yeni tıp" ve tarihin ilk dönemlerinden itibaren başlayıp yeni tıp ile uygulama alanını terk eden eski tıptan bahsetmemiz lazımdır.

Tıbbın gelişim çizgisi içinde yeni tıp dediğimiz bugünkü tıbbımız; evrensel bir tıp olup 1850'li yıllardan itibaren şekillenen bir tıptır. Gözlem ve deneye dayalı bir tıp bilimini esas alır, istatistik ve kimya dilini kullanır (3). Ölçülebilir tek maddelik ilacı tercih eder ve bu ilaçlar genellikle kimyasal olup maksimum dozda zehirli minimum dozda etkisizdir. Bu yüzden doz çok önemlidir. Bugünkü tıp, cerrahi ve acil konusunda çok gelişmiş olup kronik hastalıklar konusunda başarısızlığı ise en yetkili şahıslar tarafından beyan edilmektedir (4).

Eski tıp da evrensel. Tarihin ilk dönemlerinden beri uygulanan tıp birikimleri, kitaplarla ve eğitimlerle aktarıldı; binlerce kere denenerek etkili olanlar kullanılmaya devam etti. Tamamen doğadan doğal maddelerle yapılan ilaçların madensel olanları özenle çıkarıldı, bitkisel olanlar da toplandı ya da tarımı yapıldı. Bu ilaçlar bir diyardan başka diyarlara tüccarlar vasıtası ile taşındı, etkili ilaç veya tıp uygulamaları dünyanın pek çok yerinde pek çok hekim tarafından uygulandı. Bizim geleneksel tıbbımız da bu şekilde oluştu. Ortaçağ'da İslam Medeniyetinin tıp konusunda yaptığı büyük birikimler ve aldığı tıp mirası ile Osmanlı hekimlerinin

kendi tecrübeleri birleşerek oluştu. Bu sebeple geleneksel tıbbımızdan bahsederken "Osmanlı Tıbbı" terimini kullanmak yanlış olmaz. Osmanlı Tıbbını tanımak ve bilmek, geleneksel tıbbımızı biraz olsun tanımak demektir.

Osmanlı Tıbbı dediğimizde, 14. yüzyıldan başlayan ve 19. yüzyılda tıbbın yenilenmesi ile bu geleneğini bırakan bir tıptan bahsediyoruz. Bu tıp, klasik dönem diye bahsettiğimiz dönemin Klasik Osmanlı Tıbbı'dır. 17. yüzyıldan itibaren Avrupa'da etkili olmaya başlayan madensel ilaçların etkisinin ön plana çıkması ile değişmeye başlayan tıp uygulamaları da bunun dışındadır.

Osmanlı Tıbbının Kaynakları

Geleneksel Tıbbımızın ne olduğunu anlamak için bu konudaki yazılı kaynakları bilmemiz gerekir. Kulaktan kulağa aktarılan ve bir sonraki nesillere öğretilen bilgileri bu kaynakların dışında tutuyorum. Çünkü bu bilgiler zamanla ve insan faktörüyle çok değişmiş ve bozulmuş olabiliyor. "Halk tıbbı" dediğimiz bu tıp, ayrı bir çalışma alanıdır. Geleneksel tıbbımızın yazılı kaynakları konusunda çok şanslıyız. Belki pek çok tıp kitabımız kayboldu, yandı, yakıldı ama kalanlar bize yeter. Payitahtın başşehri olan İstanbul, bu konuda çok şanslıdır. Kütüphanelerimizde, özellikle Süleymaniye Kütüphanesi'nde bu kitapları rahatlıkla bulabiliyoruz. Bu kitapların birçoğu da bugünkü alfabemize çevrildi ve Osmanlıca bilmeyenlerin de rahatlıkla okuyacağı hale geldi. Bunlardan bir kaçışöyledir:



Geredeli İshak b. Murat, “Edviye-yi Müfrede” 1390 (H.792)

Mustafa Canpolat, Zafer Önler. İshâk bin Murâd Edviye-i Müfrede. Türk Dil Kurumu Yayınları, Ankara, 2007.

Celâlüddin Hızır (Hacı Paşa) Müntahab-ı Şifâ, Süleymaniye Pertevniyal No. 744/1.

Celâlüddin Hızır (Hacı Paşa) Müntahab-ı Şifâ, Giriş Metin, Zafer Önler, Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu, Türk Dil Kurumu Yayınları: 559, Ankara, 1990.

Abdülvehhâb bin Yûsuf ibn-i Ahmed el-Mârdânî. Kitâbu'l-Müntehab fî't-Tib. (823/1420). Hazırlayan Prof. Dr. Ali Haydar Bayat, İstanbul, 2005.

“Kitâb'ül Mühimmât” Hazırlayan Sadettin Özçelik. XV. Yüzyılda Yazılmış Bir Tıp eseri, Atatürk Kültür Merkezi Başkanlığı yayınları, Ankara, 2001. 157

Muhammed bin Mahmûd-ı Şîrvânî. Mürşid (Göz Hastalıkları). Hazırlayan Prof. Dr. Ali Haydar Bayat, Dr. Necdet Okumuş. Atatürk Kültür Merkezi Başkanlığı Yayınları, Ankara, 2004

Eşref Bin Muhammed, Hazâ'inü's-Saâ'dât, 1460(H.864), Hazırlayan Dr. Bedi N. Şehsuvaroğlu, Türk Tarih Kurumu Yayınlarından, IX.Seri-Sayı 9, Ankara, 1961.

Tabîb İbn-i Şerîf, Yâdigâr . Topkapı Revan 1684.

Tabîb İbn-i Şerîf, Yâdigâr; 15. yüzyıl Türkçe Tıp kitabı Yâdigâr-ı İbn-i Şerîf

Proje Danışmanı A. Altıntaş, Editör Orhan Şahin, Yerküre Yayınları. İstanbul 2003 Cilt I

Tabîb İbn-i Şerîf, Yâdigâr; 15. yüzyıl Türkçe Tıp kitabı Yâdigâr-ı İbn-i Şerîf

Proje Danışmanı A. Altıntaş, Hazırlayanlar; Y.Okutan, D.Koçer, M.Yıldız. Yerküre Yayınları, Cilt II, İstanbul, 2004.

Şirvanlı Mahmud, Kemâliye. (Giriş-İnceleme-Cümle Bilgisi-Metin-Sözlük) İ.Ü. Edebiyat Fakültesi Yayınları No. 3255. Hazırlayan Doç. Dr. Muhammet Yelten, İstanbul, 1993.

Kemâliye. Orignal Metin, sözlük, sadeleştirilmiş metin, tıpkıbasım. Prof. Dr. Ali Haydar Bayat, Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği, İstanbul, 2007.

Sabuncuoğlu Şerefeddin. Cerrahiyyetü'l-Haniyye. Şerafeddin Sabuncuoğlu. Hazırlayan Prof.Dr. İlter Uzel. Atatürk Kültür, Dil Tarih Yüksek Kurumu Yayınları. Ankara 1992,cilt 1: Sabuncuoğlunun Hayatı, Eserleri, Şahsiyeti, Cerrahname Nüshaları, Karşılaştırmalı Metin. 495 Sayfa. Cilt II: Tıpkıbasım (Faksimile), 200 sayfa.

Geleneksel Tıp Yönetmeliği

çıktıktan sonra birçok tıp fakültesi “merkez”

kurdu. Bunlardan birkaç tanesini yakından

tanıma imkânım oldu.

Burada gördüğüm tablo;

araştırmacıların hali hazırda

yaptıkları araştırmaları

“geleneksel tıp” şemsiyesi

altında sunmalarıydı. İkili

görüşmelerim sırasında da

pek çok doktor ve eczacının

bu konuda İbni Sina

isminden başka bir bilgileri

olmadığı, günlük hayatta

gördüğümüz bitkisel ilaçların

şarlatanca pazarlanmasının

geleneksel tıbbımız sanıldığı

kanaatini edindim.



Şerafeddin Sabuncuoğlu. Mücerreb-nâme. (İlk Türkçe Deneysel Tıp Eseri-1468), Hazırlayan İlter Uzel, Kenan Süveren, Atatürk Kültür Merkezi Yayınları, Ankara, 1999.

Sinoplu Mü'mîn bin Mukbîl. Miftâhu'n-Nûr ve Hazâinu's-Sûrûr (Göz Nurunun Anahtarı ve Neşe Hazine) Editörler. H.Kadircan Keskinbora, İbrahim Başağaoğlu. Nobel Tıp Kitabevi, 2010 (5).

Geleneksel tıbbımızı öğrenmek için kolaylıkla ulaşabileceğimiz yukarıdaki kitaplara bakabiliriz. Bu tıp kitaplarındaki bilgiler herkesin okuyup anlayabileceği şekilde yazılmıştır. Çoğunun başında, hekimi olmayan yerlerde müracaat edilmesi için yazıldığı bildirilir. Bu sebeple geleneksel tıbbımızdaki pek çok bilgi herkese ulaşmış ve uygulanmıştır. Bu amaç, "Yadigâr" adlı kitapta şöyle belirtilir: "... Bu kitap, Müslüman ve Mümin olanların sağlığının bozulduğu, hastalandıkları zamanlardaki ihtiyaçlarında kullanmaları, böylece sıhhat ve şifalarına sebep olmak olacağından...". Müntahab-ı Şifâ'da da şöyle yazılır: "...Kaçan ki bir yerde üstad hekim bulunmasa, bu kitapla amel edeler Hak Teâlâ sıhhat rûzi kıla..."

Kitapların İçeriği

Geleneksel tıbbımızı öğrendiğimiz Osmanlı Tıp kitaplarının içeriğine baktığımızda ne kadar önemli ve geniş bilgilere sahip olduklarını görüyoruz. Bu tıbbın hacamat, sülûk veya birkaç bitkisel ilaçla sınırlanmadığını sadece kitapların bölümlerine bakarak görebiliriz. Kitap bölümleri genellikle aşağıdaki gibidir (6):

Tıp kitaplarındaki bölümler

Birinci Bölüm: Tıbbın ne olduğu, esasları ve sınırları

İkinci Bölüm: Anatomi

Üçüncü Bölüm: Sağlık ve Hastalık hakkında Bilgi

Dördüncü Bölüm. Teşhis; Nabız ve idrar tetkiki ile

Beşinci Bölüm: Sağlıklı Olmak için Yapılacaklar

Altıncı Bölüm: Hastalıklar; Baştan Ayağa doğru organların hastalıkları

Yedinci Bölüm: Bir Organa Ait Olmayıp Vücudun Tümüne Etki Eden Hastalıklar

Sekizinci Bölüm: Basit İlaçlar (Müfred Deva); Tek olarak ilaç olarak kullanılan maddeler.

Dokuzuncu Bölüm: Terkip Olarak Kullanılan İlaçlar (Mürekkep Devalar)

Yukarıdaki bölümlerin her biri çok önemli bilgiler içerir. Fakat bizim için birinci derecede önemli olan "bedenin hastalıkları" bölümüdür. Hastalıklar genellikle aşağıdaki gibi sıralanır;

Baştan Ayağa Hastalıklar

Başta olan hastalıklar

Gözde olan hastalıklar

Burun ve hastalıkları

Ağız ve boğaz Hastalıkları

Göğüstten göbeğe kadar organlara arız olan hastalıklar

Akciğer hastalıkları

Mide hastalıkları

Bağırsak hastalıkları

Yürek hastalıkları

Bağırsak hastalıkları

Kalın bağırsak hastalıkları

Karaciğer hastalıkları

Dalak hastalıkları

Böbrek ve mesane hastalıkları

Erkek hastalıkları

Kadın hastalıkları

Nikris ve mafsals ağrıları

Kalan organların hastalıkları

Bedenin dış yüzünde olan hastalıklar

Bu bölümlerde hastalıklar nasıl tanınır, nasıl ayırt edilir gibi bilgiler ile tedavi için hangi ilaçların kullanılacağına dair bilgiler yer alır. Burada tedavide kullanılan ilaçlara kısaca değinilmiş olup daha geniş olarak anlatılan formüller ve ilaçlar ayrı bölümlerde verilmiştir.

İlaç Olarak Kullanılan Maddeler (Müfred Devalar)

Osmanlı hekiminin bilmesi gereken en önemli bilgilerden biri, kullanılacak ilaçların bilgisidir. "İlaçlar, tıp biliminin aletleridir. Her ilacın kendine has özelliği ve etkisi vardır" denerek aşağıdaki ilaçlar hakkında bilgi verilir. Bunlar ortalama bir tıp kitabındaki ilaçlardır: Abdüsselam Otu, Aftimon, Afyon, Ağaç Kavunu, Akik, Alıç, Anason, Anber, Andız, Armut, Arpa, Ayva, Badem, Badılcın, Bakla, Bal, Baldırı Kara, Balık Otu, Balıklar, Behmen, Belesan, Belile, Bellut, Benefşe, Besfayeç, Beyan Kökü, Bezir Kutn, Bildircın, Biberiye, Böbrek, Böğrek, Börülce, Buğday, Buhuru Meryem, Büber, Cel Kafa, Centuyana, Cevz-İ Bevva, Cevz-İ Hindi, Cevz-i Rumi, Çadır Uşağı, Çavşır, Çelapa, Çil Kuşu, Çöpçini, Çörek Otu, Darçın, Darıföf, Demirdiken, Demirhindi, Dilki, Dişotu, Dut, Ebe Gömecı, Ebu Cehil Karpuzu, Efracia, Eftimon, Eğir, Eğreli, Elma, Elmas, Emliş, Encibar, Endez, Erik Espit Yağı, Ferasyon, Ferencemşek, Fesleğen, Fındık, Fıstık, Firuze, Gafes, Garikon, Gota Ganba, Gül, Günlük, Güvercin, Habbül Aziz, Habbül Neyl, Harbak, Hardal, Haşhaş, Hatmi, Havlican, Havuç, Hazaz, Helile, Helyavn, Hıyar, Hıyarışenbe, Hıyofarikon, Hurma, Husyetussalep, İsfahani Sürme, Isırgan Dikenı, İspanak, İbrişim, İğde, İki Kardeş Kanı, İnci, İncir, Jalapa, Kabak, Kafur, Kahve, Kakule, Kantaryon, Kaplumbağa, Karabaş, Karaca, Karanfil, Karpuz, Kasteron, Katır Kuyruğu, Kavun, Kaya Kuyruğu, Kaymak, Kaysı, Kaz, Kebere, Keçi, Keçi Boynuzu, Kedi Otu, Kehrubas, Keklik, Kelermenı, Kemadriyus, Kemafıtus, Kene Tohumu, Kerfes, Kesira, Kestane, Kilyemisk, Kına, Kızıl Boya, Kızılıcık, Kilermenı, Kimyon, Kiraz, Koruk, Köknar, Köynük, Kudret Helvası, Kunduz Hayası, Lacivert Taşı, Ladin, Lahana, Lal, Limon, Lisanı Sevr, Mahmude, Marul, Maydanos, Mazeryon, Mazi, Mecukan, Mekke Ayrığı, Menekşe, Mercan, Mercimek, Mersin, Meyan Kökü, Mısır Baklası, Misk, Nahvayı Hindi, Nana, Nar İnar, Nevruz Otu, Nilüfer, Nohut, Oğlak, Ördek, Paça, Pamuk Yağı, Panzehir, Papatya, Patlıcan, Pazu, Pelin, Pelit Yosunu, Peygamber Ağacı, Peygamber Çiçeği, Peynir, Pirinç, Piruze, Ravend, Raziyanes, Ribas, Safran, Sakız, Samkı Arabi, Sandal, Sarımsak, Sasgıras, Sater, Semiz Kabak, Semiz Otu, Serçe, Sezap, Sığın Geyiği, Sığır, Sığır Kuyruğu, Sina,

Sincap, Sinirli Yaprığı, Sirke, Sumak, Surincan, Susam, Süğlün, Sümbülü Hindi, Süt, Sütlüce Otu, Şahtere, Şakayık, Şalgam, Şebboy, Şeftali, Şeker, Tarçın, Tarhun, Tavşan, Tavuk, Temer Hindi, Tere, Tilki, Tini Mahtum, Turaç, Turak Otu, Turp, Turunç, Tut, Tuz, Ud, Udul Kahr, Udussalip, Unnap, Üzümler, Vaşak, Vişne, Yabani Fesleğen, Yağ, Yakut, Yarpuz, Yasemen, Yeşim, Yılkon, Yumurta, Zağferan, Zahter, Zambak, Zamkı Arabi, Zeberret, Zencefil, Zernebad, Zerrini Kadeh, Zeytun Yağı, Zufa, Zümrüt (7).

Tekip olarak kullanılan ilaçlar (Mürekkep devalar)

Osmanlı hekimi kullanacağı ilacı öncelikle müfret devadan (tek ilaç) seçer. Tek bir ilacın tedavide yeterli olmadığı zamanlar birçok maddenin bir araya geldiği mürekkep ilaçları da bilmeli ve kullanmalıdır. Bu konu Osmanlı Tıbbında çok gelişmiş ve uzmanlaşmış bir konudur. Hazırlanan ilaçlar aşağıdaki şekillerde preparatlar halinde hazırlanır:

1. Fasil: Mürekkep Şerbetler
2. Fasil: Macunlar, cevarişler (müshil ve kabız olanlar)
3. Fasil: Müshil olan macunlar cevarişler
4. Fasil: Hap olarak kullanılan ilaçlar
5. Fasil: Kurslar (Tabletler)
6. Fasil: Sufullar (Toz halindeki ilaçlar)
7. Fasil: Luukat (Pastiller)
8. Fasil: Merhemler
9. Fasil: Tıbbi Yağlar
10. Fasil: Şaflar (Şiyaf, Fitiller) (8)

Bir örnek

Osmanlı Tıbbı konusunda fikir sahibi olmak için küçük bir örneği aşağıda sunuyorum:

Hastalıklar bölümünde karaciğer hastalıklarında yer alan sarı sarılık (yarakân-ı asfer) hakkında özetle şu bilgiler verilir: Osmanlı hekimlerine göre “sarı sarılık” 14. yüzyıl Türkçesi ile şöyle açıklanır: “*Bu illetden cemî’ bedeninin rengi ve gözün agının rengi sâru olur ve bevl (idrar) rengi gâyet saru olur Türkçe bu maraza sarılık derler*” şeklindedir. Sarı sarılık hastalığı sebebi olarak safra özsuyunun çokluğu veya sevda hıltı denilen kana akan bir başka özsuyun çokluğu gösterilir. Bu özsuların çokluğu karaciğer ile safra kesesi ya da safra kesesiyle bağırsak arasında ya da karaciğer ile dalak arasında oluşan zararlı maddelerin çokluğu olarak izah edilir. Bu durumda yapılacak ilk şey, sağ kolun iki ana damarından kan alarak zararlı maddeleri uzaklaştırmaktır. Hastayı haftada iki gün birbiri ardınca kusturmakta zararlı maddeleri uzaklaştırır.



İlaç olarak hindibadan (cichorium endiva) yapılan özel şuruplar, temürhindi bitkisi, küsküt (bağbozan, cuscuta epythimun) gibi bitkilerden hazırlanan şurup verilir. Özellikle tavsiye edilen, “peynir suyu” ile hazırlanan ilaçlardır. Peynir suyunun hazırlanmasını Tabip İbni-Şerif şöyle anlatıyor: Süt kaynatılır, içine sirke katılarak sütün kesilmesi sağlanır. Bunun peyniri ayrılarak süzülür. Süzülen peynir suyu iki defa kaynatılır, kefi alınır ve şişeye konur. Bu şişe, soğuk suya oturtarak soğutulur. Bu su, karaciğer hastalıklarında çok faydalı bir ilaç olup hastalığın durumuna göre hekim bazı bitkiler katarak etkisini artırır. Bu cins sarılıkta her sabah aç karnına bal ve sirke ile hazırlanan “sikencübîn” içirilir. Dört saat sonra da bademyağı ve şeker yemesi tavsiye edilir. Sarılık hastalarına tatlı nar suyu ve ekşi nar suyunun çok faydalı olduğu bildirilir (9). Bazı özel durumlar için başka mürekkep ilaç formülleri verilir.

Sonuç

Geleneksel tıbbımız, Osmanlı Tıbbı ile genelleştirilebilir. Bu bilgiler yazılı kaynaklar olarak günümüze kadar bozulmadan gelmiş; okunabilir, anlaşılabilir ve uygulanabilir bilgilerdir. Binlerce yıllık tıp bilgilerinin Osmanlı hekimi tarafından süzgeçten geçmiş ve denenmiş bilgileridir. “*Tıp bilimi bütün bilimlerin en üstünüdür. Öyle ki, tıp bilimini öğrenmek, beden sağlığını korumak için bütün insanlara gereklidir*” denilerek önemi bildirilir. “*Tabip, üstat, akıllı, zeki ve âlim olmalı, çok kitaplar okumalı, hastahanelerde çok çalışarak çeşitli hastalıkları tanıyıp tecrübeler kazanmalı; öğüt verici, doğru sözlü, güler yüzlü, temiz huylu, sözüne bağlı ve mizacı kusursuz olmalıdır*” (10) denerek zamanlarının değerlerini kitaplarına yazmışlardı.

Geleneksel tıbbın dünyada ve Türkiye’de

önem kazanmaya başladığı bu günlerde bu bilgilerden faydalanmak istiyorsak yapacağımız tek şey vardır, o da bu bilgileri öğrenmek. Hekimlerimiz ön fiksiz ve özgür olarak bu tıptan bir şeyler öğrenirlerse bugünkü tıbbın kazanacağı çok şey olabilir.

Kaynaklar

1) Geleneksel Bitkisel Tıbbi Ürünler Yönetmeliği (Resmî Gazetede 27721 Numara ile 6.10.2010 tarihinde yayımlandı.)

2) Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği (Resmî Gazetede 29158 Numara ile 27.10.2014 tarihinde yayımlandı.)

3) A. Altıntaş. Tıp Tarihi Ders Notları. (Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğrencileri için Hazırlanmış), 2010-2015. Ali Haydar Bayat. Tıp Tarihi. İzmir 2003.

4) Kronik hastalıkların tedavi edilemediği Dünya Sağlık Teşkilatı tarafından defalarca rapor edilmiştir. 3.7.2012 Tarihli Medimagazin; Kronik Hastalıklar: Dünya Sorunu Dünya Sağlık Örgütü (WHO) raporlarına göre kronik hastalıklar dünyada tüm ölümlerin %60’ından (36 milyon kişi) sorumludur. Ayrıca Hacettepe Üniversitesinde yapılan araştırma raporu; Dünyada ve Türkiye’de Kronik Hastalıklar. Prof. Dr. H. Erdal Akalın. Medimagazin 29 Nisan 2015 Kronik Solunum Hastalıklarına Karşı Küresel İşbirliği GARD.

5) Daha geniş olarak bakınız; Ali Haydar Bayat. Tıp Tarihi. İzmir 2003.

6) Mârdâni esas alınmıştır; Abdülvehhâb bin Yûsuf ibn-i Ahmed el-Mârdânî. Kitâbu’l-Müntehab fi’l-Tıb. (823/1420). Hazırlayan Prof. Dr. Ali Haydar Bayat. İstanbul 2005.

7) Edviye-yi Müfrede esas alınmıştır; Geredeli İshak b. Murat, “Edviye-yi Müfrede” 1390 (H.792) Mustafa Canpolat, Zafer Öner. İshâk bin Murâd Edviye-i Müfrede. Türk Dil Kurumu Yayınları Ankara 2007.

8) Gayetül Beyan esas alınmıştır. Salih bin Nasrullah, Gayetü’l- Beyan Fi Tedbiri Bedeni’l-İnsan. Köprülü Ktp. No.975.

9) Yedigâr esas alınmıştır; Tabîb İbn-i Şerîf, Yâdigâr. Topkapı Revan 1684. Tabîb İbn-i Şerîf, Cilt I. Yâdigâr; 15. yüzyıl Türkçe Tıp kitabı, Yâdigâr-ı İbn-i Şerîf Yerküre Yayınları. İstanbul 2003. Cilt II, İstanbul 2004.

10) Sinoplu Mü’min bin Mukbîl. Miftâhu’n-Nûr ve Hazâinü’s-Sûrûr (Göz Nurunun Anahtarı ve Neşe Hazineleri) Nobel Tıp Kitabevi 2010. Sayfa 195,196

Güzellik cerrahisi ve hukuki durumu

Doç. Dr. Mustafa Keskin



1973 yılında Ordu, Fatsa'da doğdu. Ankara Atatürk Anadolu Lisesini bitirdikten sonra 1990 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Ondokuz Mayıs Üniversitesinde Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi uzmanlık eğitimi aldı. ABD'de Michigan eyaletindeki Institute of Craniofacial Surgery Kliniğinde bir yıl "research fellow" olarak çalıştı. Selçuk Üniversitesi meram Tıp Fakültesinde 2004-2010 yılları arasında Yardımcı Doçent olarak görev yaptı. 2010 yılında Doçent oldu. Halen Özel İstanbul Medipol Hastanesinde görev yapmaktadır. Dr. Keskin evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Güzellik çevremizde her yerdedir ve içgüdüsel olarak ilgimizi çekmektedir. Güzellik arzulanmakta ve güzele-güzelliğe herkes tarafından değer verilmektedir. Doğuştan gelen ilgimizle güzel bir manzaraya, iyi tasarlanmış yapılara, resimlere ya da estetik olarak güzel olan her şeye dikkatimiz yoğunlaşır. Güzellik tanım olarak ayrıcalıktır, standartların üzerinde olmaktır. Güzellik kelime olarak insanın bütün olumlu duygularını temsil eden en iyi kelime, nitelediği her isim ve eylemi olağan üstü etkili hale getiren en güzel sıfattır. Güzel sıfatını bazen bir manzarayı, bazen de bir bebeğin masum uyumasını tanımlamak için kullanırız. Ama güzelliğin en çok kullanılan anlamı, bir insanın özellikle kadınların fiziksel olarak çekici olmasıdır. Güzel yüzlere bakmaya güdüsel olarak eğilimliyizdir. Hatta belki en çok ilgimizi çeken şey, güzel insan yüzüne bakmaktır.

Yüzlerimiz dış dünyaya açılan kapılarımızdır. Vücudumuzun en dinamik ve en çok ifade ileten bölümüdür. Çok sayıda duyguyu hatta kelimelerin ifade edemeyeceği şeyleri yüz ifademiz ile açığa vurabiliriz. Güzellik çoğu insan için tek başına bir beğenilme aracıdır. Güzellik ilk izlenime en çok etki eden şeydir ki ilk izlenim bir kişi hakkında değişmesi en zor olan fikirdir. Bir erkek için karşısına çıkan kadını görüp tarayıp çekici olup olmadığını karar vermesi için 0,15 saniye yeterlidir. Aynı süreç kadınlar için de geçerlidir. Kişinin fiziksel güzelliği ile onu sağlığı ve fertilitesi hakkında doğru orantı kurarız.

Güzelliğin önemi, kişisel hayatın gelişimine etkisi, güzelliğin önemli olup olmadığı ve dış güzelliğin iç güzelliği ne kadar yansıttığı tartışılardır, şüphesiz gerçek şudur ki dış güzellik önemli bir etkindir ve kişinin benliğinin en önemli göstergesidir. İçinde bulunduğumuz kültür, özellikle kadınlar için, güzelliğe diğer tüm doğuştan ya da sonradan kazanılan özelliklerden daha çok değer vermektedir. Güzellik aptal kadına bela, akıllı kadına ödül, hırslı kadına silah olarak görülür. Erkeklerde ise "başarı" belki daha çok değer verilen bir özelliktir. İçinde bulunduğumuz kültürde güzellik tek notalı çalgı aleti gibidir; "ya sahipsindir ya da değil." Güzelliğin eş seçmede, arkadaş seçmede ve hatta iş bulmada önemli rolü vardır. Güzel bir yüzün iyi bir tavsiye mektubu olduğu söylenir. Bu cümlelerin önemini layıkıyla izah eden en iyi örnek iş ilanlarının vazgeçilmez klişesi, olan "prezantabl" sözcüğüdür. Hayatın neredeyse her parçasını etkileyen böyle bir özellik için aslında yapabilecek şeyler sınırlıdır. Güzellik kitapları, dergiler, diyet kitapları, fitness kulüpleri, artan kozmetik cerrahi fiyatları güzelliğin sosyal yararlarını ve önemini pratik hayatta ortaya koymaktadır. Güzel insanların daha kolay iş buldukları, öncelik tanındığı, daha iyi hizmet aldıkları, daha çok tolere edildikleri yönünde bir inanış vardır.

Eski Yunan medeniyetinde güzelliğin göreceli olduğu ya da güzelliğin bakanın gözünde olduğu söylenmiştir. Kimine göre göreceli, kimine göre kesin tarifi yapılacak bir kavram güzellik. İkisinden de haklılık payı var aslında, "güzellik" kimi zaman bakan gözde kimi zamansa bakılan yüzdedir. Ama çoğu felsefeciye göre güzellik göreceli değildir. Çirkin çirkindir,

değişmez. Göreceli olan beğenidir. Beğenen için durum bambaşkadır, o da kimseyi ilgilendirmez zaten. Bu yüzden Veysel; "Güzelliğin on para etmez / Bu bendeki aşk olmasa" demektedir. Sorun güzellik ile beğeni kavramları arasında çıkan yanılgıdır. Güzel kavramı estetik ile ilgilidir ve net olmasa da akla yatkın kıstasları vardır. Bütüncül bir anlam taşır ve tek tek parçalardan ziyade, bütünün güzel algılanmasıyla ilgilidir. Özdemir Asaf "Güzellik bir bütünün sonucudur. Bunun için kolay görülmez, kolay varılmaz, kolay anlaşılmaz" diyerek güzelliğe mistik hava katar iken Amerikalılar olaya daha pragmatik yaklaşırlar ve "Güzelliği tanımlayamam ama odaya girerse hemen tanırım" derler. Bir İtalyan ressam ise güzelliğin tanımını daha romantik bir biçimde yapar, "Hiçbir şeyin eklenmesini, çıkartılmasını, değiştirilmesini gerektirecek şekilde birlikte çalışan parçaların bir bütündür" der. Günümüzün modern zamanında güzelliğe bu kadar önem verilmesine rağmen hala güzelin ne olduğuna dair net bir tanımlama yoktur. Elimizdeki en eski yazıtlar da güzelliğin önemine vurgu yapmaktadırlar. Homer, İliad ve Odyssey adlı eserlerinde birçok karakterde güzelliği yüceltmıştır. On yıl sürecek Truva kuşatmasına neden olacak şey Helen'in güzelliğidir. Ama 7. yüzyılda Antik Yunanda Midilli'de yaşayan Sappho'nun güzellik üzerine yaptığı bir tespit çok önemlidir. Sappho der ki "Güzel olan iyidir." Dolayısıyla ne yazık ki çirkin olan kötüdür. Kiklop (Cyclops, insan yiyen tek gözlü canavar) gibi kötü ve şeytani karakterler ise hep çirkin olarak tasvir edilmiştir. Bunlar Batı tarihinde nasıl görüldüğümüz düşüncesinin ne kadar eski olduğuna dikkat çekmesi açısından önemlidir.

Çok küçük yaşlardan itibaren toplumda güzelliğin önemi ve gücü taze beyinlere işlenmektedir. Gece uykudan önce çocuklara okunan masallarda sadece iyi ile kötünün değil aynı zamanda güzel ile çirkinin de mücadelesini görüyoruz. Bu hikâyelerde kötülük çirkinlikle özdeşleştirilmektedir. Sinderella'da güzel genç kızın, kötü ve çirkin üvey kardeşleri ile yaşadığı sıkıntılar işlenmektedir. Güzel kızı bir kez gören yakışıklı prens onu aramakta ve onu bulunca da ömür boyu mutlu yaşamaktadırlar. Güzel insanların başına iyi şeyler gelmektedir. Güzellik-çirkinlik kutupları ile ahlaki iyilik-kötülük kutupları denk gelmektedir. Bu mantıkla güzellik hiçbir zaman pür fiziksel değildir ayrıca ahlakidir. Bu değerler edebiyata asırlar boyunca sızmıştır. Kötüler hep çirkin tasvir edilmiştir. Shakespeare'in oyunundaki kötü kamba Richard, Dr. Frankenstein'in canavarı, Notre Dame'in kamburu, Hazine Adası'ndaki tek ayaklı Long John Silver, Peter Pan'daki Kaptan Hook, Oscar Wilde'in Dorian Gray karakteri ve Dr Jackyl Mr Hyde romanında Hyde'in kötüleştiği çirkinleşmesi örnek olarak verilebilir. Bunların hepsinde gördüğümüz şey fiziksel olarak ortaya konan çirkinliğe ahlaki sapmanın eşlik etmesidir. Hollywood filmlerinde kötülüğün çirkin ile yansıtılması vazgeçilmez propaganda'dır. Enteresan olarak 20.yüzyılın büyük insani yardım faaliyetlerinde bulunmuş evrensel şahsiyetlerden Mother Teresa, Nelson Mandela, Martin Luther King ve Gandi'nin öyle çok çekici tipler olduğu söylenemez.

Pamuk prenses ve yedi cüceler hikâyesinin hepimizin bildiği meşhur cümlesi şöyledir: "Ayna ayna söyle bana; en güzel kim bu dünyada?" Bu basit bir soru değildir, daha derin anlamı vardır. Kraliçe kendi güzelliğinin kaybı ile ve başkasının ondan daha güzel olabilme ihtimali ile çatışmaktadır. Güzellik sadece fiziksel antite değil ayrıca gücün ve konumun da sembolüdür. Hikâyenin sonunda kraliçe sadece güzelliğini değil ayrıca kraliçe olarak konumunu ve gücünü de kaybetmektedir. Bu yüzden pamuk prensesi zehirlemeye çalışır. Yani en güzel olabilme uğruna gerekirse başkasına zarar vermek uygundur. Güzellik dünyanın lanetidir; insanlığın başlangıcından beri peşinden koşulan güzelliği elde etmek için bugüne kadar sayısız kötülükler yapıldığı doğrudur, herkes bir şekilde beğenilmek veya daha önemli olan kendini beğenilir bulmak adına en dikkat çeken sıfat olan güzelliği kullanmak ister. Peşinden koşulan şey her ne olursa olsun insanları korkunç şeyler yapmaya zorlayabilir. En basitinden bir pamuk prenses ve yedi cüceler masalındaki kraliçe örnek gösterilebilir, masalda kraliçe en güzel olabilme uğruna acımasızca insanları öldürmeyi göze alabilmiştir. Fakat hikâyenin sonunda aynen Sinderella'daki gibi güzel olan



yine kazanır ve yakışıklı prens ile bir ömür mutlu yaşarlar.

Ama güzellik dendiğinde aklımıza nedense hep pozitif şeyler gelmektedir. O zaman bir ironi çıkıyor karşımıza; güzel olabilmek uğruna güzel olmayan şeyler yapmak. Tabi bu cümleden çıkarılması gereken güzel olmak isteyen herkesin başkasına kötülük yapması değildir, insanlar günümüzde güzel olmak pahasına kendi vücutlarını riske atabilmektedirler. Bu gün bayanlara baktığımda onlar için güzel olmanın en öncelikli koşul olduğunu görmekteyim. Çok az bir kesim için güzellik ve gençlik arayışı obsesif takıntı ve narsizim boyutundadır. Ama çok küçük yaşlardan itibaren genç kızlar makyajla, moda ve benzeri sektörün diğer etkenleri ile tanışmaktadırlar. Washington Üniversitesi'nin yaptığı anket çalışmasına göre 13 yaşındaki kızların %53'ü bedenlerinden mutlu değil. Bu oran 17 yaşına gelindiğinde %53'e çıkmakta. Makyaj ve kozmetik ürünlerinin 2010 yılı pazar miktarı 382 milyar dolar.

Güzelliğin globalleşmesi

Her ne kadar güzelliği tarif etmek zor hatta imkansız olsa da kesin olarak söylenebilir ki güzellik evrensel ölçüde yayılan ve kabul edilen öneme sahiptir.

Günümüzde beyaz Avrupalının mavi gözü, klasik küçük burnu, dolgun İspanyol tarzı dudak, tüysüz Asya cildi, bronzlaşmış Kalifornia teni, Jamaika kulüp dansçıların poposu, uzun İsveç bacakları, küçük Japon ayakları, fitness salonlarındaki spor hocasının karnı, ergen gencin beli, zenci kadınlarının kolları ve Barbie bebeğin dik göğüsleri ideal estetik kriterlerini oluşturmaktadır ve talep edilmektedir.



Sanıldığı ya da medyaya aktarıldığı gibi biz plastik estetik cerrahlar sanatçı değiliz. Bizler tıp biliminin el verdiği ölçüde ve sınırdaki, insan vücudundaki fazlalıkları almakta, yerini değiştirmekte ya da eklemeler yapmaktayız. Sanatçılar özgürdürler. Hayal güçleri onların sınırlarıdır. Cerrahide fanteziye ve hayale yer yoktur, sadece bilime yer vardır.

Her kültürün normları farklı olmakla beraber kendi estetik anlayışı vardır. Fakat global ölçekte baktığımızda evrensel, tek tip estetik ideale doğru bir ilerleme vardır. Nature'da yayımlanan çalışmaya göre Japon ve İskoç öğrenciler Avrupalı yüzleri çekici bulmaktadırlar. Güzellik sosyal baskılardan etkilenen öğrenilmiş davranış şeklidir ve kişinin güzellik idealleri dinamiktir. Günümüzün çok kültürlü dünyasında toplulukların farklı kültür anlayışları kaynaşmakta ve iç içe girmekte ya da biri diğerini dominize etmektedir. Farklı ırklardan ve kültürlerden insanlar arası evlilikler ve bu evliliklerin sonucu doğan çocuklardan dolayı toplumsal melezeleşme artmaktadır. Güzellik kavramının aslında fizyolojik değil, sosyal tabanı olduğu, emperyalizmi en başarılı ve yaygın yapan milletin kendi güzellik kavramını insanlara empoze ettiği fikrine dayanır. Günümüzün modern tabir ettiğimiz dominant kültüründe bize özellikle yazılı ve görsel medya aracılığıyla empoze edilen güzellik kriterleri vardır. Buna göre, beyaz Avrupalının mavi gözü, klasik küçük burnu, dolgun İspanyol tarzı dudak, tüysüz Asya cildi, bronzlaşmış Kaliforniya teni, Jamaika kulüp dansçıların poposu, uzun İsveç bacakları, küçük Japon ayakları, fitness salonlarındaki spor hocasının karnı, ergen gencin beli, zenci kadınlarının kolları ve Barbie bebeğin dik göğüsleri ideal estetik kriterlerini oluşturmaktadır ve talep edilmektedir.

Özellikle kadın yüzüne odaklandığımızda dar yüz şekli, kalın üst dudak, gözler arası mesafenin fazlalığı, koyu dar kaşlar, sık uzun koyu kırpıklar, belirgin elmacık kemikler, dar burun, gözaltında torbalanma olmaması, gergin kapaklar çekici ve güzel görünmeyi sağlar. Erkeklerde ise testosteron hormonuna maruz kalmanın etkileri gösteren bulgular yani maskülen yapılar ilgi çeker. Bunlar dar yüz şekli, üst dudağın daha az dolgun olması, iki dudağın simetrik olması, koyu sık kaş ve kırpıklar, üst yüzün alt yüze göre daha geniş olması, belirgin elmacık kemiklerin olması, çıkıntılı çene, alnın açılmaması, kırışıklığın olmaması olarak örneklendirilebilir. Özetle karşı cinsten onun üreme kapasitesini yüksek olduğunu gösteren işaretler çekici ve güzel olarak algılanır.

Güzelliğin bilimi / matematiği

Güzellik analizi şüphesiz bir bilimdir. Birçok araştırmacı bu konuda emek vermekte ve güzelliğin tanımını matematiksel olarak yapmaya çalışmaktadırlar. Estetik, güzellik, çekicilik gibi soyut kavramların somut bir biçimde değerlendirilmesi bir bütünü oluşturan parçaların birbiri arasında bir takım orantı ve ölçümler, kıyaslamalar yapmakla mümkün olabilir. Bir şey gözümüze hoş geliyorsa mutlaka bazı farkında olmadığımız makbul ölçü

ve oranlara sahiptir. İdeal-mükemmel yüzün tanımı yüzyıllardır oran ve orantılar ile açıklanmaya çalışılmıştır. Ve sonunda phi(ϕ) sayısı, altın oran olarak da bilinen 1,6 sayısına erişilmiştir. Buna göre basitçe bir doğru herhangi bir yerinden bölündüğünde bölünen iki parçanın oranı, bölünmemiş doğrunun bölünmüş büyük parçaya oranına eşitse ve bu oran 1,618 ise orda altın oran vardır. Yapılan incelemelere göre gerek yüzümüz gerekse de vücudumuzun çeşitli referans noktaları arasında altın oran bulunmaktadır. Altın oran, doğada sayısız canlının ve cansızın şeklinde ve yapısında bulunan özel bir orandır. Doğada bir bütünün parçaları arasında gözlemlenen, yüzyıllarca sanat ve mimaride uygulanmış, uyum açısından en yetkin boyutları verdiği sanılan geometrik ve sayısal bir oran bağıntısıdır. Eski Mısırlılar ve Yunanlılar tarafından keşfedilmiş, mimaride ve sanatta kullanılmıştır. Göze çok hoş gelen bir orandır.

Yüzümüzde ve vücudumuzda birçok referans noktası diğerinin 1,6 katı uzunluğundadır. Mesela burun genişliği ile ağız genişliği arasındaki oran altındır. Burnun uzunluğu ile projeksiyonu arasındaki oran altındır. İnsan yüzünün oturduğu dikdörtgenin kenarlarının birbirine oranı altındır. Ön iki kesici dişimizin oluşturduğu dikdörtgenin uzun ve kısa kenarlarının oranı altındır. Göbek deliğinin yeri, bedeni birbirine oranı altın olan iki parçaya ayırır. Memenin tabanı ile yüksekliği arasındaki oran altındır. Parmakları oluşturan parçaların birbirlerine oranı altındır. Bu örneklerin sayısını daha çok artırmak mümkündür. Fakat böyle bir altın oranın biz estetik cerrahlar açısından bir pratiği yoktur. Biz hiçbir hastamızda bu tür ölçümler yapıp bu oranları yapalım diye uğraşmamaktayız. Uzunluk ölçümleri ve açılar bizim için daha önemlidir. Özellikle kemik cerrahisi yaptığımız ve çene ilerletme geriletme yaptığımız ameliyatlarda bu hassas ölçümleri yapmaktayız ama altın oran peşinde koşmuyoruz (Örnek: Burun boyu = kulak boyu=ortalama 65 mm(55-80); Nazofrontal açı 115-130; Nazolabial açı erkekte 95-105, kadında 102-115). Altın oranlara sahip olduğu söylenen herhangi bir bayan gerçekten de güzel olabilir, yüzünde gerçekten altın oranlar da olabilir. Ama kim diye bilir ki yüzünde altın oranlar olmayan bir bayan çirkinidir, mesela Türkan Şoray'da altın oranlar yoktur.

Güzellikte simetri, gençlik ve zayıflık

Da Vinci'den itibaren güzellik simetri ile ifade edilir olmuştur. Fakat hiçbir yüz aslında simetrik değildir. Hatta mutlak simetrik yüzlerin çekici olmadığı söylenebilir. Mutlak simetrik yüz doğal değildir ve daha az çekicidir. Simetri,

düzgün genlerin en iyi belirtildiği özelliktir. Simetrik bir fizik genlerde bir bozukluk olmadığı fikrini verir. Simetri mekaniktir asimetri ise doğallıktır. Bir yüz fotoğrafını ortadan ikiye ayırıp her birinin ayna görüntüleri ile birleştirip mutlak simetrik yüz elde ettiğimizde, iki farklı yüz elde edebiliriz. Bir de ne yazık ki güzellik eşittir gençliktir. Güzellik çabuk çürüyen ve daimi olmayan yaz meyveleri gibidir. Nambikwara Kızılderililerince gençlik ile güzellik kavramları aynı kelime ile yaşlılık ve çirkinlik kavramları ise yine aynı kelimelerle ifade edilmektedir. Ne yazık ki zaman özellikle kadınlar için çok acımasızdır. Yaşlanmak hakikaten hoş bir şey olmayabilir ama en azından şu an için uzun yaşamanın bilinen tek yolu budur.

Güzel mutlaka ve mutlaka zayıf olmalıdır. Aslında bu hep böyle değildi. En azından öyle olduğu söylenir. Raffael (1505) ya da Rubens'in (1615) "Three graces" ve "Venus before the mirror" isimli tablolarında örneklenildiği üzere baktığımızda gördüğümüz gibi zayıflık fakirlere mahsus bir şey olarak algılanır iken özellikle soylu ve iyi geliri olan ailelerin iyi beslenmeden dolayı kilolu görünmeye çalıştıkları iddia edilir. Sonra ince belin makbul olduğu dönem başlıyor ki bu dönem hala devam etmektedir. 1920 yılının Amerika Birleşik Devletleri güzellik kraliçesinin bel çevresi 67 cm kalça çevresi ise 95 cm'dir. Oranların en altını ve en işe yarayanı Bel Kalça Oranı'dır (BKO). Bunun 0,7 olması bayanlar için idealdir. BKO erkeklerde biraz daha yüksektir. Puberte öncesi kız ve erkeklerde oran eşit ve 0,9 iken, sonra östrojenin etkisi ile kadınlarda pelvis büyür ve yağ kadınlarda tipik olarak kalça ve üst uyluk-basen bölgesinde birikir ve oranı 0,7'ye düşürür. Erkeklerde ise 0,9 olarak kalmaya devam eder. Devendra Singh adlı araştırmacı BKO üzerine çalışmış. 1920-1980 arasında tüm Amerikan güzellik kraliçelerinin BKO 0,72-0,69 arasında ölçülmüş. Bu yıllar içinde kilo ve boylar çok değişmiş ama bu oran hiç değişmemiş. Kiloları çok farklı olsa bile Marilyn Monroe, Sophia Loren, Twiggy ve Kate Moss'un ortak yanları BKO'larının 0,7 olması.

Estetik plastik cerrahi

Ülkemizde estetik cerrahi, dünyadaki gelişimine paralel şekilde hızla ilerlemiş ve yaygınlaşmıştır. Türkiye estetik cerrahi düzey olarak dünyanın en önemli ülkelelerinden biri konumundadır. Fakat sanıldığı ya da medyaya aktarıldığı gibi biz plastik estetik cerrahlar sanatçı değiliz. Bizler tıp biliminin el verdiği ölçüde ve sınırdan, insan vücudundaki fazlalıkları almakta, yerini değiştirmekte ya da eklemeler yapmaktayız. Sanatçılar özgürdürler. Hayal güçleri onların sınırlarıdır. Cerrahide fanteziye ve hayale yer yoktur, sadece bilime yer vardır.

Estetik cerrahide hukuki uyuşmazlıkların çözümü

İnsan varoluşundan bu yana, toplumsal kabul gören güzelliği yakalamak amacıyla olmuştur. Bu amacın gerçekleşmesinde, tıbbın klinik uygulamaları, bireye değişik, bazen inanılmaz olanaklar sunmaktadır. Ancak bu olanakların sunulması etik ikilemleri ve hukuksal sorunları da beraberinde getirmektedir. Estetik cerrahide hasta ile hekim arasında yaşanan uyuşmazlıkların temel nedeni hasta açısından ameliyattan beklentilerin karşılanamaması ya da vaat edilenlerin sağlanamamasıdır. Cerrah yaptığı müdahale ile daha güzele daha iyiye ulaşmayı hedefler. Ancak burada önemli bir sorun ortaya çıkar. O da güzellik kavramındaki subjektif kriterler ve göreceliklerdir. Cerrahi olarak iyi ve doğru bir teknik uygulanarak muntazam bir sonuç elde edilse de bu sonuç hastayı tatmin etmeyebilir. Ruhsal durumundaki sıkıntısını gidermek bir yana daha mutsuz hale getirip sağlık açısından daha sorunlu hale getirebilir.

Estetik amaçlı tıbbi müdahalelerde hekimin kusurlu davranışı nedeniyle hastaya verdiği zarar nedeniyle doğan hukuki sorumluluğunun belirlenebilmesi için, öncelikle hekim ile hasta arasındaki ilişkinin hukuki adının konulması gerekir. Tıbbi uygulamalardaki uyuşmazlıkların çözümü konusundaki hukuki boşluk genel nitelikteki "Borçlar Kanunu" hükümleriyle doldurulmaya çalışılmıştır. Borçlar Kanunu'nun genel hükümlerine göre değerlendirildiğinde üzerinde durulması gereken ilk nokta hekim ile hasta arasında kurulmuş geçerli bir sözleşme ilişkisinin olup olmadığıdır. Hekimlik sözleşmesinin "vekâlet sözleşmesi" hükümlerine tabi olması gerektiği kabul edilmektedir.

Vekâlet sözleşmesi, tarafların iradelerine bağlı olarak belirli zaman kaydına bağlı olmadan ve sonucun elde edilmesinin kesin olmadığı ve bu nedenle vekile risk getirmeyen bir iş görme akdidir. Tüm tıbbi ve cerrahi müdahaleler, bu kapsamda değerlendirilir. Fakat sadece estetik cerrahi kapsamında gerçekleştirilen tıbbi müdahaleler "eser sözleşmesi" kapsamında değerlendirilir. Çünkü estetik cerrahi girişimlerinin tedavi amaçlı yapılmadığı kabulünün olmasıdır. Yargıtay 13. Hukuk Dairesinin 05.04.1993 tarih ve 1993/2741 sayılı kararında "Estetik ameliyatlarda ameliyatı yapan doktor, estetik görünüm konusunda belli bir teminat vermişse taraflar arasındaki bu sözleşme eser sözleşmesidir." Yargıtay kararlarına göre Estetik Cerrahi müdahaleler, yaşamın sürdürülmesinde gerekli olmayan, yaşam için zorunlu olmayan müdahaleler statüsünde değerlendirilip, tedavi amacı gütmeyeceği yorumları yapılmaktadır.

Hekimin belirli bir sonucu ve tedaviyi taahhüt ederek eser sözleşmesi yapabileceği, estetik ameliyatlarda da hekimin sonucu taahhüt ettiğini belirterek, estetik ameliyatların eser sözleşmesi durumu oluşturduğu kabul edilmektedir. Eser meydana getiren tarafın (hekim) eseri (estetik müdahale) meydana getirme borcu vardır. Estetik cerrahi müdahaleler hukuki açıdan ise bir bina teslimi, bir ürün teslimi gibi görülüp eser sözleşmesi kapsamında değerlendirilmektedir. Estetik cerrahi sonrası ve tüm diğer tıbbi-cerrahi müdahalelerde ortaya çıkan bir yapıt olabilir. Ancak bu vücudun elverdiği ve gerektirdiği ölçüdedir. Sonuçta ortaya çıkan yeni oluşumun ne kadar güzel ya da tatminkâr olacağı belirlenemez. Bu açıdan bu tür müdahalelerin basit olarak eser sözleşmesi kapsamında değerlendirilmesi son derece eksik, yanlış ve haksız bir yorum olacaktır.

01.07.2012 tarihinde yürürlüğe giren 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu 471. maddesine, eski hükümden farklı olarak "Yüklenicinin özen borcundan doğan sorumluluğunun belirlenmesinde, benzer alandaki işleri üstlenen basiretli bir yüklenicinin göstermesi gereken mesleki ve teknik kurallara uygun davranışı esas alınır." fıkrası eklenmiştir. Uygulamadaki sıkıntıları gidermeye yeterli olmasa da bu değişiklik ile de artık estetik uygulamalar bakımından olası hasta memnuniyetsizliklerinde hekimin sorumluluğunun kapsamı belirlenirken, benzer bir alanda hizmet vermekte olan başka hekimlerin mesleki ve teknik kurallara uygun davranışı yasal bir zorunluluk olarak esas alınacaktır. Bu sayede hekimin sorumluluğu mesleki ve teknik dayanakları içeren, daha objektif bir şekilde değerlendirilebilecek ve belirlenebilecektir.

Kaynaklar

Adamson PA, Doud Galli SK. Modern concepts of beauty. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2003;11(4):295-300

Çınarlı S, Avcioğlu AGE, Kızılkaya SA. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahinin içerisinde yer alan estetik operasyonların hukuki olarak nitelendirilmesi ve idari yargı sürecine etkileri. Mevlana Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 231.

Dimitrije E. Panfilov, Aesthetic Surgery of the Facial Mosaic, Springer Science & Business Media, 2007

Hasan PETEK Güzelleştirme Amaçlı Estetik Ameliyatlardan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluk. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi Cilt: 8, Sayı: 1, 2006, s.177-239

Perrett DIMK, May KA, Yoshikawa S. Facial shape and judgements of female attractiveness. Nature 1994;368(6468):239-242

Prof.Dr. Atilla Arıncı. Kişisel İletişim, 2014

Sands NB, Adamson PA. Global facial beauty: approaching a unified aesthetic ideal. Facial Plast Surg. 2014 Apr;30(2):93-100.

Geçmişten günümüze askeri tıbbı bir bakış

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, halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında görev yapmaktadır. Dr. Tan evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Tıp ve sağlık gibi çok geniş ve insanlık tarihi kadar eski bir konudan bahsederken bazı sınıflamalar, tanımlamalar, kategori belirlemeleri yapmak mutlaka gerekir. Yine de bu makede olduğu gibi sosyal hayatın neresinde askeri, neresinde sivil olunduğu; tarihteki olayların nereye kadar askeri, nereye kadar sivil statüde ele alınabileceğini belirlemek pek kolay olmayacaktır. Aynı şekilde tıptan bahsettiğimizde asker-sivil ayrımındaki bulanıklaşma eğitim kurumu olarak hastaneleri anlatırken de sıkça yaşanabilmektedir. Yani hastaneler ile eğitim yapılan hastanelere ait tarihsel kayıtlar ne yazık ki her ikisi içinde kullanılabilmekte, yorumlanırken de belirli bir zorluk oluşturmaktadır. Bazen tıp eğitimi, bazen eğitimin parçası olan staj veya diğer akademik çalışmalar ister istemez hastanede gerçekleştiğinden, dokümanlar hem hastane için hem de eğitim kurumu için kullanılmaktadır. Günümüzde bu kurumsallaşma ayrım yapmamızı kolaylaştırırken, tarih içinde eskilere gidildikçe karışıklık daha da artmaktadır.

Antik çağlardan itibaren sadece Batıda değil Doğuda da özellikle İslam dünyasında, bu günkü hastanelerin karşılığı olan birçok tedavi kurumu bulunmaktaydı. Hastane olarak tanıdığımız bu kurumlara Türkler tarihte pek çok isim vermişlerdir. Kayseri'de (1205) Maristan, Sivas'ta (1217) Darürraha, Diyarbakır'da (1228) ve Çankırı'da (1235) Darüşşifa, Bursa'da (1399) Dar'üt-tıp ve Edirne'de (1485) Timarhane adıyla birçok kurumun olduğunu görebiliriz. Hastane tanımının ise daha çok 1839'dan sonra yaygın

olarak kullanıldığını görmek mümkündür. Daha önceleri birçok yataklı tedavi kurumu olsa da, "hastahane" adıyla ilk önceleri askerler için yapılan tedavi kurumlarında, daha sonra 1847 de ilk sivil tedavi kurumu olarak "Bezmi Âlem Valide Sultan" Gureba Hastanesinde bu tanımla karşılaşırız.

Hekim yetiştirilen okul yani "Dar'üt-Tıp" kavramına, Osmanlılarda yükselme devrine kadar pek karşılaşılmamaktadır. Önceleri, medrese usulü eğitim gören herkes hem din, hem hukuk, hem fıkıh, hem edebiyat hem de felsefe gibi konularda yetişmiş kabul edilirdi. Hakîm kelimesinden devşirilen "hikmet sahibi" anlamına gelen hekim kelimesi de, daha çok İbni Rüşd, İbni Sina gibi şeriat âlimi, tasavvuf erbabı, tabiat âlimi aynı zamanda filozof olan büyük âlimler için kullanılabildi. Bu tarihlerde Arapça ve Farsça öğrenmiş, her ilimde okumuş veya eser vermiş en önemlisi de adını yukarıda saydığımız kurumlarda çalışmış hele hele İbni Sina'nın "El Kanun Fi't Tıbb" kitabını okumuş ve öğrenmiş kişiler, tabip kabul edilirdi. Bu şekilde Mısır ve İran'da eğitim görmüş kişiler Anadolu'ya gelerek hekimlik yaparlardı. Sonraları tıp ilmini ayrı bir mektepte okutmak gereği ortaya çıkmış ve bu maksatla da 1399'da Bursa'da Yıldırım Bayezid, 1470'te İstanbul'da Fatih Sultan Mehmet daha sonrada da Kanuni Sultan Süleyman tarafından külliye (bu günkü üniversiteler) kurulmuştur.

Osmanlı'da geleneksel olarak şehirler; bir cami etrafında toplanan medrese, imaret, hastane, hamam, han, tekke, kervansaraylarla kurulurken; medreseler ve hastanelerin yan yana olmaları hem

teorik hem pratik eğitimin birlikteliğine de imkân tanımıştır. İstanbul'da yıllar içerisinde Tıp medreseleri zaman zaman "Dar'ül Hadis" adını alan ve ulema sınıfı hatta Rumeli ve Anadolu kazaskerlerince derslerin verildiği haline gelmiş, Tıphane ve Cerrahhane olarak ayrı ayrı çalışan aynı amaçlı kurumlar olmuştur. Sonraki yıllarda 139 mevcutlu Tıphane ve 107 mevcutlu Cerrahhane, 1836'da İstanbul Sarayı'nda Otlukçu Kışlasına taşınarak "Mektebi Tıbbiye" adını alarak kurumsallaşmıştır.

Ortaçağ'da Batı dünyası tıpta da diğer bilimlerde olduğu gibi skolastik düşüncenin yani teolojik bağnazlığın açmazındayken Selçuklu ve Osmanlı tıbbı bunun tersine gözlem ve tecrübeye dayanan akılcı bir seyir izlemiş, bu devirde verilen eserlerle yüzyıllarca hekim yetiştiren okullarda ders kitabı olarak okutulmuştur. Osmanlı'nın bu döneminde karşılaştığımız ilk bilimsel sağlık kuruluşu da Yıldırım Bayezid'in Bursa'daki Darüşşifasıdır. Yine sağlık örgütlenmesinde, bu örgütlenmenin başı olan Hekimbaşı ilk defa II. Beyazid döneminde görmek mümkündür. Hekimbaşı öncelikle padişahın ve hanedan mensuplarının sağlığı ile ilgilense de, saraydaki eczane ve hekimlerin idaresi de ülkenin her yerindeki sağlık alanındaki işleyiş ve tabiplerin, cerrahların, eczacıların en önemlisi ordu cerrahlarının tayini de gene sorumlulukları arasındaydı.

Burada genelde tıbbın kurumsallaşmasından bahsederken özelde askeri tıbbı bir kapı açmak gerekiyor. Yani ordu hekimliği ya da başhekimliğinden bahsetmek gerekiyor. Devlet yönetimi dendiğinde bürokrasi içerisinde askeri



bürokrasi Osmanlı devlet geleneğinde her zaman etken ve çoğunluğu oluşturan bir rol oynamıştır. Bu nedenle ordu hekimliği ve başhekimliği de tıpta adından söz ettiren hâkim bir konumda olmuştur. Elbette askeri bir oluşumdan bahsedildiğinde kurumsallaşmada da sefer ve barış durumlarında farklılıklar görülür. Saray hekimlerinin hatta hekimbaşlarının da gittikçe görevleri hassa başhekimliğine doğru olmuştur. Başhekimler barışta Enderun kısmında Lalapaşa Köşkünde kalır ve Arap, Fars ve Batıdan gelen Yahudi hekimlerin ve yerli hekimlerin görevlendirilme, görevden alınma işlerine bakar; aynı zamanda devletin sağlık başkanı veya bakanı durumunda bulunurlardı. Seferde ise padişahla birlikte otağı hümayun yanında bulunur, padişaha danışmanlık yaparlardı.

Selçuklular ve Osmanlıların ilk yıllarında ordu hekimleri veya ordudaki sağlık hizmetlerinin kurumsallaşmasından bahsetmek pek mümkün değildir. Seferlerde seyyar hastanelerin olduğu, buralarda ücret alan hekimlerin görev yaptığı, cerrahların bulunduğu, sivil tıbbın bu alanlarda da yürüdüğü bilinse de tam bir organizasyondan bahsedilemez. Ancak I. Murad döneminde yeniçeri ocaklarının kurulması ile birlikte askeri sağlık hizmetleri de bir düzene girmeye başlamıştır. Çelebi Mehmet döneminde artık genelde Osmanlı, özeldense askeri alanda tababetten kurumsal olarak bahsetmek mümkün olmaktadır. Özellikle Fatih döneminde yukarıda bahsettiğimiz hekimbaşlığın aktif hale getirilmesi ile ordu sağlık hizmetleri düzenli hale getirilmiş, kurduğu Sahn-ı Seman Medreselerinde hem asker hem sivil hekimler yetiştirilmiştir. Yine de bu büyük hükümdarın son seferinde ve vefatında Âşık Paşazade'den öğrendiğimize göre, tedavisinde hatta başarısız tedavisinde Yahudi saray hekiminin rolü büyük

olmuştur. Yavuz döneminde Çaldıran seferinde orduda genel bir muayenenin yapıldığı ve sefer şartlarına göre askerlerin hazırlandığı, hastalıklardan korunmaya çalışıldığı yani ciddi bir askeri hekim çalışmasının olduğu görülebilir. Kanuni döneminde ise ünlü Külliyesinin büyük bir bölümünün Darüşşifa olması, aslında tıbbı ne kadar önem verildiğinin de bir işaretidir.

Askeri zaferler ve ekonomik refahla geçen bu yıllarda askeri tıpta da düzenli bir işleyiş söz konusuysa; sonraki yıllarda ve özellikle III. Mustafa döneminde orduya kendini bir şekilde sokmayı başaran sahte hekimlerden, dağınık denetimlerden bahsetmek mümkündür. Nasıl ki bozulan ordunun ıslahı mühim bir mesele olmuşsa ve bu düzeltme çabaları "batılılaştırma", "gâvurlaştırma", "yenileştirme" kavramları arasında ciddi tartışmalara neden olmuşsa; buna benzer çatışmalar bozulan ordu içinde askeri hekimlikte de kendini göstermiştir. III. Selim'in Nizam-ı Cedid faaliyetleri ve tahttan indirilmesi, daha sonra II. Mahmut'un yeniçeri ocağını kanlı olaylara ve ciddi direnişlere rağmen ortadan kaldırması, ordu içinde topyekûn bir yenileşmeyi de beraberinde getirmiştir.

II. Mahmut dönemi, bu nedenle tıp tarihi ve askeri tıp alanında önemli değişikliklerin olduğu bir dönem olmuştur. En önemli gelişmelerden biri, 14 Mart 1827'de ordu yenileşmişken, tıbbın öğretilmesi ve hekimlerin yetiştirilmesi için yeni bir tıp okulunun yani "Tibhane-i Amire"nin bazı kaynaklara göre ise "Tibbiye-i Askeriye-i Şahane"nin açılmasıydı. Bu yenileştirme hareketlerinin bir parçası olan Tıp Okulu, İtalyanca ve Fransızca dilini de öğretecek şekilde planlanmıştı. Bu eğitim 1833 ve 1839'daki düzenlemelerle Sarayburnu'ndaki Askeri kışlada devam ederken, aynı zamanda sağlık alanının

Antik çağlardan itibaren sadece Batıda değil Doğu'da da özellikle İslam dünyasında, bu günkü hastanelerin karşılığı olan birçok tedavi kurumu bulunmaktaydı. Hastane olarak tanıdığımız bu kurumlara Türkler tarihte pek çok isim vermişlerdir. Kayseri'de Maristan, Sivas'ta Darürraha, Diyarbakır'da ve Çankırı'da Darüşşifa, Bursa'da Dar'üt-tıp ve Edirne'de Tımarhane adıyla birçok kurumun olduğunu görebiliriz. Hastane tanımının ise daha çok 1839'dan sonra yaygın olarak kullanıldığını görmek mümkündür.

daki yeniliklerin yurda yayılmasında ve yeni sistemlerin kurulmasında askeri bir yapının etken olmasına da neden olmuştu. Daha sonra Tıp okulunun Nazır Ahmet Necip Efendi'nin talebi ile Galatasaray'daki Enderun mektebinde düzenlemeler yapılarak, buraya taşındığı ve bu tarihten itibaren "Mekteb-i Tibb-ı Cedid" adının daha çok kullanıldığı görülmektedir. Daha sonra Mektebin başına Viyana'dan Dr. Bernard'ın getirilmesi ile 17 Şubat 1839 tarihinde "Mekteb-i Tibbiye-i Şahane" olarak tekrar bir açılış yapılmıştır. Bu okulun başında Avusturyalı doktorun olması toplumda da bazı tartışmalara neden olmuştur. İlerleyen yıllarda kurulan Gülhane ve bu okulun başına da Riedel Paşa gibi Alman bir doktorun bulunması da "yerli ve yabancı yönetici" nedeniyle tartışmalarının tekrar toplum tarafından alevlenerek devam etmesine neden olmuştur. Bu aslında ülkenin o yıllardaki Batılılaştırma serüveninin de halk ve akademik çevrelerdeki bir tezahüründen ibarettir.

İmparatorluğun içinden çıkmaya çalıştığı zor yıllarda II. Mahmut zamanında sadece tıp eğitimi değil, askeri hastaneler konusunda da önemli adımlar atılmıştır. Asakir-i Mansure-i Muhammediyye'nin kurulmasının hemen



arkasından, İstanbul'da birçok askeri hastane devreye sokulmuştur. Maltepe Askeri Hastanesi'ni burada saymakta fayda vardır. Bu hastane, daha sonra II. Abdülhamit döneminde gelişmesini sürdürerek Balkan ve I. Dünya Savaşlarında büyük hizmetler vermiştir. Beyazıt'ta Bab-ı Serasker Hastanesi ve Tophane-i Amire'ye bağlı olarak kurulan Cebehane Hastanesi (sonraki yıllarda Zeytinburnu Askeri Hastanesi), Selimiye Askeri Hastanesi ve Sultan Abdülmecit zamanından itibaren Kuleli Askeri Hastanesi bu yeniden şekillenme dönemindeki çalışmalar olarak sayılabilir.

Askeri hastaneler açılıp hayata geçirilirken, aynı yıllarda Tıbbiye Mektebi ve Cerrahhanenin ilk öğrencileri o yılların iyi yetişmiş geleneksel eğitim almış öğrencileriyken, disiplinli ve yetişmiş hekimler mezun etmekteydi. Fakat ilerleyen yıllarda yabancı öğretmenlerin çok olmasına rağmen eğitim seviyesinin düşmesi, yeterli hekim yetişememesi gibi konular ağırlık kazanmaya başladı. Bu okullar, aslında imtihanlarına üst düzey bürokratların, sadrazam ya da padişahın bile bizzat katıldığı gözde kurumlardı. II. Mahmut, yabancı dilde ağırlıklı eğitim yapan ve kendisine çok umut bağlanmış bu okulda yaptığı bir konuşmasında; "Hekimlik mesleğini sizlere Fransızca okutturmaktan maksadım, dilini öğretmek değil iyi bir tıp eğitimi almanız ve hekimlik hakkındaki bilgileriniz geliştikçe bunu dilimize göre değiştirmenizdir" diyerek açıklama yapma gereğini duymuştu. Fakat padişahı bu açıklamalara iten toplumsal baskılar devam edince 1866'da Tıbbiyeyi Şahane yanında bir de "Mülkiye Tıbbiyesi" adı ile Türkçe eğitim veren bir okul daha kuruldu. Mülkiye tıbbiyesi kurulmuş olsa da yıllar içinde tıp eğitimi ve lisanın ne olacağı tartışmaları devam etti. Sonunda 1870'te Mülkiye tıbbiyesinin başarılı olduğu düşünülerek Tıbbiye-i Şahanede de Türkçe eğitime geçilmesine karar verildi. Yine aynı yılda Tıbbiye mezunlarının ilave eğitime tabi tutulmalarına bunun içinde, Haydarpaşa Askeri Hastanesi'nde 2 yıl süreyle tatbikat ve ameliyat yapmalarına karar verildi. 1872'de askeri disipline tamamen uymak kaydıyla yatılı olmayan öğrencilerin de kabulüne başlandı ve 1874'te o zamana kadar Harbiye Mektebinde yetiştirilen

veterinerler de tıbbiyede eğitime alınmaya başlandı.

1888'e gelindiğinde geçen yıllarda sürekli savaşlar ve toplumsal tartışmalarda Mülkiye tıbbiyesinin idadi kısmı kapatılmış, Haydarpaşa gibi orduya cerrah ve eczacı yetiştirilen okullarında sonu gelmişti. Bu yıllar, aynı zamanda hakkında birçok halk hikâyesi anlatılan Marko Paşa'nın Müdürlük yıllarıydı ve askeri tıbbiyelilerin imparatorlukta siyasi gelişmelerden etkilenecek siyasi guruplar oluşturdıkları, dolayısıyla birçok disiplin-sizliğin de yaşandığı yıllar olarak tarihe geçmişti. Bu ve benzeri gelişmeler ışığında 1897'ye gelindiğinde tıpta özellikle askeri tıp alanında yeni bir atılım yapmak gereği düşünülmüş ve alınan kararla Bonn Üniversitesinden Operatör Doktor Robert Rieder ile anlaşarak 1898'de Sultan Abdülhamit'in doğum gününde, adını bu günkü Gülhane semtinden alan "Gülhane Hastanesi" kurulmuştur. Artık Tıbbiyeyi Şahaneden mezun olanlar Gülhane'de 1 yıl süreyle teorik ve pratik eğitime alınmaya başlamıştır.

Prof. Dr. Rieder, gelirken yardımcısı olarak Hamburg Epindorf Hastanesinden Doktor Dayke'yi beraberinde getirmişti. O yıllarda sivil ve askeri tıbbiye arasında hem bir rekabet vardı, hem de Fransız hocaların hâkimiyeti fazlaydı. Rieder Paşanın gelişiyle artık hem Osmanlı kültürü hem de Fransız ve Alman ekollerinin rekabeti çeşitli tartışmaları da beraberinde getirmişti. Okul idareciliğini sonraları tümgeneralliğe yükselen Prof. Dr. Robert Rieder (1898-1904) ve Prof. Dr. Tuğg. George Deycke (1904-1907) yürütmüş daha sonra bu görevi Prof. Dr. Tuğg. Julius Weiting (1907-1914) üstlenmiştir. Rieder Paşa zamanında, Türk tıbbında bir gelişme de; o yıllara kadar hastabakıcılık, teskerecilik gibi aslında önemi yeni yeni fark edilen alanlarda, eskiden genellikle kör, topal ve sakatların seçilmesi değiştirilerek, ciddi derslerle yetiştirilmek üzere personel alınması olmuştur. Aynı yıllarda Almanya'da hastanelerde hastane hizmetlerine soyluların tercih edilmesi ve malzemelerin hastaların idaresinden "şvester" adı verilen (sörler) bayanların çalışması örnek alınarak Gülhane'de de bayan şvesterler görevlendirilmiştir.

Böylece sadece tıp öğrencilerinin eğitimi değil, hastanede hekimlerin çalışması ve malzemenin de doğru kullanılması yolunda rahatlatıcı adımlar atılmıştı. Aslında bu ve benzeri birçok adımın atılmasında bile birçok engelle karşılaşmış, birçok tartışma yaşanmıştır.

Daha sonraki yıllarda, Dayke ve Weiting Paşa dönemlerinde; Gülhane fakülte olmaktan ayrılarak asker hekimliği için bağımsız bir okul haline getirilmiştir. Weiting zamanında, Gülhane'deki Askeri hekimlik eğitimleri artırılmış, "Gülhane Seririyat Hastanesi" ismi değiştirilerek "Gülhane Tatbikat-ı Askeriye Tatbikat Mektebi ve Seririyatı" olmuştur. Gülhane Seririyat Hastanesindeki modern eğitim ve öğretim nedeniyle, burada yetişen asker hekimler Balkan Savaşı, I. Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı yıllarında çeşitli cephelerde, savaş alanlarında, ordu içinde başarılı görevler yapmışlardır. Dr. Wieting döneminde, tıp dersleri yanında askeri hekimlik açısından gerekli hasta muayenesi, revir hizmeti, askeri hastane hizmetlerine de önem verilmiştir. Büyük ve zengin bir kütüphane kurularak Gülhane askeri tıbbın uygulama okulu ve kliniği haline getirilmiştir. Yine ordu ihtiyacı için ilaç ve pansuman malzemesi üreten kurumlar hayata geçirilmiştir.

1908'de Meşrutiyet ilan edildikten sonra, tıp konularında yapılmak istenen reform girişimleri sonucu askeri ve sivil tıp okulları birleştirilmiş ve 1909'da kurulan İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne Gülhane öğretim üyelerinin 11 kişilik önemli bir kısmı da transfer edilerek bu günkü tıbbın güçlü ve önemli okullarından biri kurulmuş, sivil tıbbın gelişmesi için önemli bir hamle yapılmıştır. Arkasından askeri tıbbiyelilerin bütün vatandaşlar gibi büyük fedakârlıklar gösterdiği Çanakkale Harbi ve I. Dünya Savaşı yılları ile İstanbul'un işgal edildiği zor yıllar geldi. Bu yıllarda aslında günümüzde her yıl kutlanan tıp bayramı uygulaması da sürpriz bir şekilde başlamıştır. Her şey Haydarpaşa'da ki tıbbiyenin İngilizlerce işgali ve getirdiği zorluklara, tıbbiyelilerin bir araya gelmek ve bu işgali protesto edebilmek için 1919'dan itibaren başladıkları ve 14 Mart'taki ilk tıbbiyenin kuruluş tarihini esas aldıkları "tıp bayramı kutlamaları" ile olmuştu. Yine bu yıllarda, ilk kez 20 Eylül 1914 tarihinde kurulan Küçük Sıhhiye Heyetlerinin yerini tümen merkezlerinde bulunan hastaneler ve "Sıhhiye Astsubayları Okulları" almıştır. Birinci Dünya Savaşında ve mütareke döneminde, bu tümen merkezlerindeki okulların çalışmaları durdurulmuştur. Mütareke döneminin ardından başlatılan milli mücadelede, Ankara ve Konya'daki Talimghâh Eğitim Merkezlerinde Sıhhiye Astsubayları yetiştirilmeye tekrar başlanmıştır.

Gülhane Hastanesi de Cumhuriyetin ilanından sonra 1941 de II. Dünya Savaşına girme ihtimali üzerine Ankara'ya nakledilmiş, 1947'de "Gülhane Askeri Tıp Akademisi" adını almış, 1953 yılından 1971 yılına kadar Bahçelievler'deki şimdiki Kara Kuvvetleri Komutanlığı binasının bir bölümünde ve Harp Okulu'nun yanında bulunan o zamanki Mevki Hastanesi'nde hizmetine devam etmiştir. Bu arada astsubay okulları da 1957 yılında, okul binasının tamamının Amerikalılar tarafından kullanılmak istenmesi üzerine, okul İzmir'deki Sıhhiye Eğitim Merkezi'ne nakledilmiştir. Okul 1968 yılında kapatılmış, 1968 - 1974 yılları arasında, sivil sağlık kolejlerinden mezun olan sağlık memurlarından, sağlık astsubayı temin edilme denemelerinin olumlu sonuç vermemesi üzerine, 1972 yılında Tıp Akademisi bünyesinde Sağlık Astsubay Sınıfı Okulu olarak yeniden kurulmuştur. Askeri tıp hekimleri 1960 ve 70'li yıllarda fakülte ve yüksekokullar komutanlığı adı altında çeşitli fakültelerde eğitim alan askeri öğrencilerle yetiştirildi. 1980 tarihinde ise 1827'de kurulup 1908 yılında sivil tıbbiye ile birleştirilerek kapatıldıktan sonra Gülhane bünyesinde tekrar kurulmuş ve astsubay hazırlama okulu ile birlikte bir tıp akademisi haline getirilmiştir. 1985 yılında fakülte seviyesinde kurulan Hemşirelik Yüksekokulu ile idari ve tıbbi sağlık hizmeti vermek üzere subay statüsünde hemşire yetiştirilmesi de, hemşirelik hizmetlerinin karşılanmasında ordu hemşiresi yetiştiren hemşire kolejlerinin yanında etkili olmuştur.

Günümüze gelindiğinde, Gülhane Tıp Fakültesinde tabip subay yetiştirilirken, hemşire kolejlerinde ordu hemşireleri, yüksek hemşirelik okullarında hemşire subaylar ve sağlık astsubay hazırlama okullarında da sağlık teknisyeni astsubaylar yetiştirilir hale gelmiştir. Deniz, hava ve kara kuvvetlerine bağlı 200 ve 400 yataklı hastaneler şeklinde, askeri birliklerde kıtalarda revirlerde askerlere ve askeri personel ile ailelerine sağlık hizmeti vermek üzere askeri hastaneler düzenlenmiştir. Yıllarca askeri hastanelerin sadece TSK sağlık fişi bulunanlara hizmet vermesi ve askeri personelin sadece askeri hastanelerde tedavi olması birçok hizmetin aksamasına da sebep olmuştur. Önce GATA'larda % 5 ve %10 gibi oranlarda 2005 yılından itibaren diğer askeri hastanelerden de sivil vatandaşların sağlık hizmeti almasına imkân tanınmıştır. Sonraları ise diğer bölge hastaneleri de bu sisteme dâhil edilmiş, 2007 yılından itibaren askeri personelin de sadece askeri hastanelerden değil tüm üniversite ve sivil hastanelerden hizmet almasına imkân sağlanmıştır.

Türk Silahlı Kuvvetleri, kuruluşu itibarıyla kara, hava, deniz kuvvetleri ve jandarma sınıfından oluşmaktadır ve bu her dört

sınıfın da kadro ve kuruluşu kendi sınıfına özeldir. Bu nedenle birçok ilde kurulan askeri hastanelerde hava, kara veya deniz askeri hastaneleri olarak fakat tüm silahlı kuvvetler personeline sağlık hizmeti verecek şekilde kurulmuşlardı. Özellikle 926 sayılı TSK Kanununa göre askeri personelin heyet işlemlerindeki sağlık yeteneği yönetmeliğine göre işlem yapılması, diğer hastaneler ve heyetlerinden daha özel bilgileri içermekteydi. Aynı şekilde 1980 tarihinde kurulan Gülhane Tıp Fakültesi ile bu hastanelerde görev yapacak hekimler sadece bu kaynaktan yetiştirilmeye, bir şekilde diğer kuvvetlerin harp okulu gibi görev yapmaya başlamıştır. Yüksek hemşirelik okulu ile fakülte seviyesinde diploma verilerek subay statüsünde hemşire yetiştirilmeye 1985 yılından itibaren başlanmıştır. Yine astsubay hazırlama okulu ile de yardımcı sağlık sınıfı astsubay rütbesinde diğer okullarda yetiştirilirken, 1972 yılından itibaren Ankara'da GATA da yetiştirilmeye başlanmıştır. Askeri hastanelerde görev yapacak subay tabipler, subay ve ordu hemşireleri ile teknisyen astsubaylar hava, kara, deniz ve jandarma sınıfının kendi personel hizmetlerine göre atama ve kadro işlemlerine tabi tutuluyordu. Bu nedenle de zaman zaman yan yana olan iki hastanede kuvvet farkından dolayı bazı branşlarda, birinde fazla doktor ve personel bulunurken diğerinde hiç doktor ve personel bulunmadığı oluyordu. Hava hastanelerinde uçuş, deniz hastanelerinde su altı fizyolojileri ile ilgili branşlar ve heyet işlemleri yapılırken bazen kadro farklılıkları nedeniyle bu işlemlerin yapılması olanaksız hale gelebiliyordu. Askeri hastanelerin sivil hastalara bakması da, ancak aciliyet, tıbbi zorunluluk, bölgesel şartlara bağlı ve komutanlık izniyle oluyor, askeri personelde sadece askeri hastanelerden sağlık hizmeti alabiliyor ve sadece askeri hastane olmayan yerlerde özel protokollerle bu hizmetler düzenlenebiliyordu.

2000 yılında hem eğitim faaliyetlerini yürüten hem de gelişmiş büyük hastane olan İstanbul'da Haydarpaşa ve Ankara'da Gülhane Hastaneleri'ni bilimsel faaliyetlerinde rahatlatmak, verimliliği arttırmak, aynı zamanda kuvvetlere dağılmış olan askeri hastaneleri bir çatı altında toplayarak, personel verimliliğini arttırmak amacıyla "Sağlık Komutanlığı" kuruldu, başına bir korgeneral atandı. Her iki GATA komutanlığı ile tüm askeri hastaneler, ilaç ve tıbbi bakım üniteleri, rehabilitasyon merkezi de bu komutanlığa bağlanarak sınıf farkı ortadan kaldırıldı. Böylece Sağlık Komutanlığı tarafından Ankara GATA Komutanlığı ve buraya bağlı tıp fakültesi, astsubay hazırlama okulu, hemşirelik yüksekokulu ile tüm askeri hastaneler tek elden idare edilmeye başlandı. Fakülteden mezun olan tabip ve hemşire subaylar ile astsubay ve ordu hemşireler mezun oldukları

yıl kıta ve hastanelerdeki görevlerine başlamadan 1 yıl süreyle Gülhane ve Haydarpaşa Akademi Hastanelerinde eğitime alınıp savaş ve barış şartlarına göre buralarda eğitildikten sonra görev yerlerine gönderilmeye başlandı. Yine 2005 yılında önce eğitim hastaneleri belirli bir oranda daha sonra da diğer hastaneler sivil hastalara da hizmet vermeye başladı. Daha sonra ise 2007 yılında askeri personelin sivil eğitim ya da devlet hastanelerinden hizmet alması sağlandı. Sadece askeri akademik personel halen GATA bünyesinde akademik çalışmalarını sürdürmek durumunda ancak özel durumlarda izinle yurt içi ve yurtdışı kuruluşlarda akademik çalışma yapılmasına izin verilmekte, aynı şekilde akademik askeri hastane ve kuruluşlarda sadece askeri personel akademik çalışma yapabilmektedir. Aynı yıllarda Sağlık Bakanlığı ve Genelkurmay Başkanlığı arasındaki görüşmeler ve varılan protokoller sonucunda, daha sonra ülkemizde yaygınlaşacak ve kurumsallaşacak olan "aile hekimliği" de Ankara'da askeri lojmanlar bölgesine tabip subayın aile hekimi olarak atanması ile başlatılmış oldu.

Barış şartlarında sosyal ortamla uyumlu ve askeri personelin sağlık işlemlerini yürüten hastaneler aynı zamanda sefer durumunda yani savaş şartlarında da katılacakları cephe ya da savaş bölgesi belirlenmiş olarak ve sefer şartlarının malzemelerini de bulundurmaktadır. Her hastane aynı zamanda seferde oluşturulacak yaralı ve hasta tahliye zincirinde belirlenmiş görevlerine adapte olmaktadır. Bunun yanı sıra zaman zaman eğitim ve tatbikatı yapılan seferde kullanılacak mobil hastaneler de bulunmaktadır. Aynı şekilde hasta ve yaralı sevkinde kullanılan hava ambulans uçakları, helikopterleri de görevlendirilmiştir. Ordu ilaç fabrikasında tescilli birçok ilaç üretilerek sağlık malzemesi ile birlikte bu hastane ve kuruluşlarda kullanılmaktadır.

Günümüzde birçok askeri hastane, kurulan bölge sağlık komutanlıklarının ihtiyaç ve talepleriyle kapatılıp bazıları da güçlendirilerek yeni organizasyonlara gidilerek daha etkin bir sağlık hizmeti hedeflenmektedir. Bazı ülkelerde yüzyıllardır olan, bazı ülkelerde de hiç açılmayan askeri tıp akademileri, okulları, hastaneleri ve toplum hayatındaki yeri, tıp alanındaki çalışma düzeni birçok gri alan oluştursa da, sivil tıp yanında savaş ve barıştaki askeri alanların doldurulması gerekmektedir. Nasıl ki tıp alanında antik çağlardan beri savaş alanlarında cerrahinin, salgın hastalıklarla mücadelenin vs. gelişmesinden bahsedilebilirse; günümüzde de değişen teknoloji ve şartlara bağlı olarak askeri alanda da gelişecek bir askeri tıp olacaktır diyebiliriz.

Ortak mirasın bilinmeyen varisleri

Doç. Dr. Murat Salim Tokaç



1969 yılında Kırıkkale'de doğdu. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1992'de mezun oldu, aynı fakültede Mikrobiyoloji doktorası yaptı. Kendisi de neyzen olan babası Dr. Turgut Tokaç tarafından 5 yaşında ud ve ney eğitimine başlatıldı. 1991 yılında kurulan Kültür Bakanlığı Samsun Devlet Klasik Türk Müziği Korosu'na ney ve tanbur sanatçısı olarak atandı, 2004 yılında aynı koronun şefliğine getirildi. 2007 yılında İstanbul'da kurulan Devlet Türk Müziği Araştırma ve Uygulama Topluluğu'na Sanat Yönetmeni olarak atandı. Sanat Yönetmeni ve icracı olarak katıldığı pek çok albümün yanı sıra "Gençlik Hülyaları" ve "Dem" isimli iki solo albümü bulunmaktadır. Halen Kültür ve Turizm Bakanlığı Güzel Sanatlar Genel Müdürü olarak görev yapmakta, aynı zamanda İstanbul Devlet Türk Müziği Araştırma ve Uygulama Topluluğu Sanat Yönetmenliği görevini yürütmektedir.

Mütefekkirler, medeniyet kavramının tanımını; "bir millet ve toplumun maddi, manevi varlığına ait üstün niteliklerden, değerlerden, fikir ve sanat hayatındaki çalışmalarından, ilim, teknik, sanayi, ticaret vb. sahalardaki nimetlerden yararlanarak ulaştığı bolluk, rahatlık ve güvenlik içindeki hayat tarzı, yaşama biçimi, medenilik, uygarlık." şeklinde yapmışlardır. Bu tanım, ancak ve ancak birlikte yaşamının, fakat birlikte uyumlu yaşamının sırrına vakıf insanlar tarafından gerçekleştirilebilir. İşte tam bu noktadan hareketle kendimizin farkına varmalı ve bu hayat idealini yüzyıllar boyunca sürdürmüş bir neslin torunları olduğumuzu hemen her fırsatta hatırlamalıyız. Hoşgörü temelli, hakkaniyet ve nezaketle örülmüş bir hayat, bir içtimai yapı... Yukarıdaki mananın bize fısıldadığı üzere, hiç şüphesiz en önemli medeniyet unsurlarından biri sanattır. Mimariden musikiye, edebiyattan diğer görsel sanatlara kadar ortaya çıkan eserlerde bu kadim medeniyetin detaylarını öğrenebilir ve ne denli büyük bir yapının parçası olduğumuzu daha iyi okuyabilirsiniz.

Musikinin de genel sanat kavramının ve buna bağlı olarak medeniyetimizin içerisinde ne denli önemli olduğunu anlamamız için şu tanımları tekrar hatırlamakta fayda görmekteyiz; "İnsanın duygu ve düşüncelerinin seslerle ifade

edildiği sanat..." Kelime manası bize gösteriyor ki müzik doğrudan insanın manevi kişiliğine hitap eden en önemli sanat dallarındandır. Bir taraflı maddi âlemde, bir diğer taraflı manevi âlemde olan musikinin birleştirici gücü sanatın her alanında göremeyeceğimiz türdendir. Bu tespitin en büyük kanıtı, barındırdığı çeşitliliktir. Dini müzik, din dışı müzik, enstrümantal müzik, edebiyatla harmanlanmış sözlü müzik bu tür çeşitliliğinden sadece birkaçıdır. İşte bu çeşitlilik, farklı yapıdaki grupları bir yerlerinden muhakkak yakalar ve bir paylaşımın parçası haline getirir.

İçimizdeki Bilmediklerimiz...

Bu paylaşımın belki dinleyici olarak bir yerindesinizdir; belki icracı, belki de o paylaşımın üreticisi olarak... Biz bu yazımızın konusunu, ortak medeniyet mirasımızın mimarlarından, paylaşımın üretici olarak bir parçası olanlarından, gayrimüslim bestecilerimizden birisine ayırdık. Artaki Candan... Osmanlı Medeniyetinin Ermeni vatandaşlarından, tam bir İstanbul Beyefendisiydi diyerek anılanlarından... "Bu gece çamlarda kalsak ne olur / Cismin gibi ruhun da güzel zannedip ey mah / Koklasam saçlarını bu gece ta fécere kadar / Ruhumda bahar açtı onun bülbulü sendin / Son hatıra aşkımda kalan bir sarı saçtı" gibi onlarca zevk-i selim bestenin sahibi, müzik yolunun önemli bir kilometre taşı olan tam ismiyle Artaki Candan (Terziyan)...

Millet-i Sadıka'nın Sanatı...

Artaki Candan'ın hayatını sizlere aktarmadan önce kısaca "gayrimüslim sanatkarlıktan" bahsetmek konunun bütünlüğü açısından yerinde olacaktır. Tarih içerisinde Osmanlı İmparatorluğu dönemi Türk Müziği'nin ve dahi kültürünün en üst seviyede üretildiği ve icra edildiği dönem olmuştur. İmparatorluk bünyesinde bulunan tüm halklar, imparatorluğun baskın kültür alanlarına hizmet etmişler ve önemli katkı sağlamışlardır. Özellikle askerlik hizmetlerinin bulunmayışı, bu vatandaşların sanat ve ticaretle rahatlıkla ilgilenmelerine fırsat sağlamıştır. Mimari ve musikide karşımıza çıkan eserler, bunun en önemli ispatlarındandır. Ayrıca farklı etnik kimliklere sahip olmalarından dolayı gayrimüslim sanatkarların sanata son derece müspet yansımaları da olmuştur. Din ve dil bakımından farklılık göstermelerine rağmen, yakalanan ortak payda her zaman müzik alanında olmuştur. Benimsedikleri ve ileri seviyelere gitmesine katkı sağladıkları müzik türü daima Türk Müziği'dir. Eserlerinde kullandıkları makamsal yapı ve buna bağlı olarak kullanılan Türk Müziği ses sistemi bu gerçeğin teknik izahı olarak karşımızda durmaktadır.

Bu etnik yapılanmaya baktığımızda, kendi içlerinde nüfus bakımından en üst seviyede olanlar Yahudiler, Rumlar ve Ermenilerdir. Söz konusu üçlü içerisinde -sanat alanında- özellikle bestecilik ve

icracılık sahaları incelendiğinde Rumların ve Ermenilerin hatırı sayılır bir birikime sahip oldukları görülmektedir. Yazımızın da konusu olması hasebiyle tespitine çalıştığımız Ermeni sanatkarların çokluğu da bunun apaçık göstergesidir. Örneğin Baba Hamparsum Limonciyan, Nikoğos Ağa, Ama Sebuhan Kemani, Dikran Çuhacıyan, Hanende Asdik Ağa, Levon Hancıyan, Serkis Nurluyan, Bursalı Mihran, Garbis Uzunyan, Afet Mısırlıyan, Hanende Karabet Ağa, Tatyos Efendi, Kirkor Çulhayan, Gomidas Vartabed, Karnik Garmıyan, Lavtacı Ovrik, Bimen Şen, Üsküdarlı Hosep Efendi (Havseb Ebeyan Efendi), Agopos Alyanakyan, Udi Arşak Çömlekçiyan, Kirkor Berberyan, Kemani Serkis Efendi, Mandoli Artin, Artaki Candan, Udi Marko Melkon Alemşaryan, Udi Hrant Kenkulian, Artemi Ayvazyan, Aram Haçaturyan, Nubar Tekyay, Zehra Bilir bu sanatkarlardan bazılarıdır.

Biz geçmiş güzel günleri yâd etmek maksadıyla Osmanlı'nın "millet-i sadıka"sına, onların sanatına, Türk Müziği'ne kattıklarına bakacağız. Babasının "oğlum çalgıcı mı olacak" diyerek korkup her türlü imtiyazı sağlamış olmasına rağmen sanattan vazgeçmeyen bir babanın oğluna... Hakiki bir Osmanlı Ermeni Vatandaşı olan Artaki Candan'a...

Doktorluktan Musikiye...

1885 yılında Selanik'te dünyaya gelen Candan, ortaöğrenimini Selanik'te tamamladıktan sonra, tıp tahsili görmek için ailesi ile birlikte İstanbul'a yerleşir. Ancak müzik tutkusunun ağır basmasından mütevellit, Tıbbiye'nin ikinci yılından sonra, ailesini İstanbul'da bırakarak Selanik'e geri döner. Orada Selanikli Udi Ahmed Efendi ile çalışarak müzik bilgisini ilerletir. Takip eden birkaç yıl sonra İstanbul'a tekrar gelir. Uzun yıllar İstanbul'da Eldorado Gazinosu'nda sazende olarak çalışan Artaki Candan, fevkalade efendi, nazik, kimseyi incitmemeye büyük özen gösteren kişiliği nedeniyle ve yakınlarının ısrarı üzerine Terziyan olan gerçek soyadını bırakarak daima lakabı olan Candan soyadını aldı.

Uzun yıllar İstanbul Belediye Konservatuvarı İcra Heyeti'nde çalışan Artaki Candan, I. Dünya Savaşı yıllarında "Sahibinin Sesi" firmasına girdi. Önceleri bu şirketin saz sanatkarları arasında yer almasına rağmen daha sonra yine bu firmanın müdürlüğünü yapar. Ölüncüye kadar da bu görevini sürdüren Candan'ın o dönemde pek çok eseri plağa alınır ve icrasından örnekler vardır. İyi bir bestekâr olan bu değerli sanatkar, şarkı repertuarımıza güzel eserler kazandırmıştır. İlk eseri Nihavend makamından "Bugün dil-i divaneden..." ikincisi ise "Parlıyor cismim gibi" güfteli eserlerdir. Bugün 50

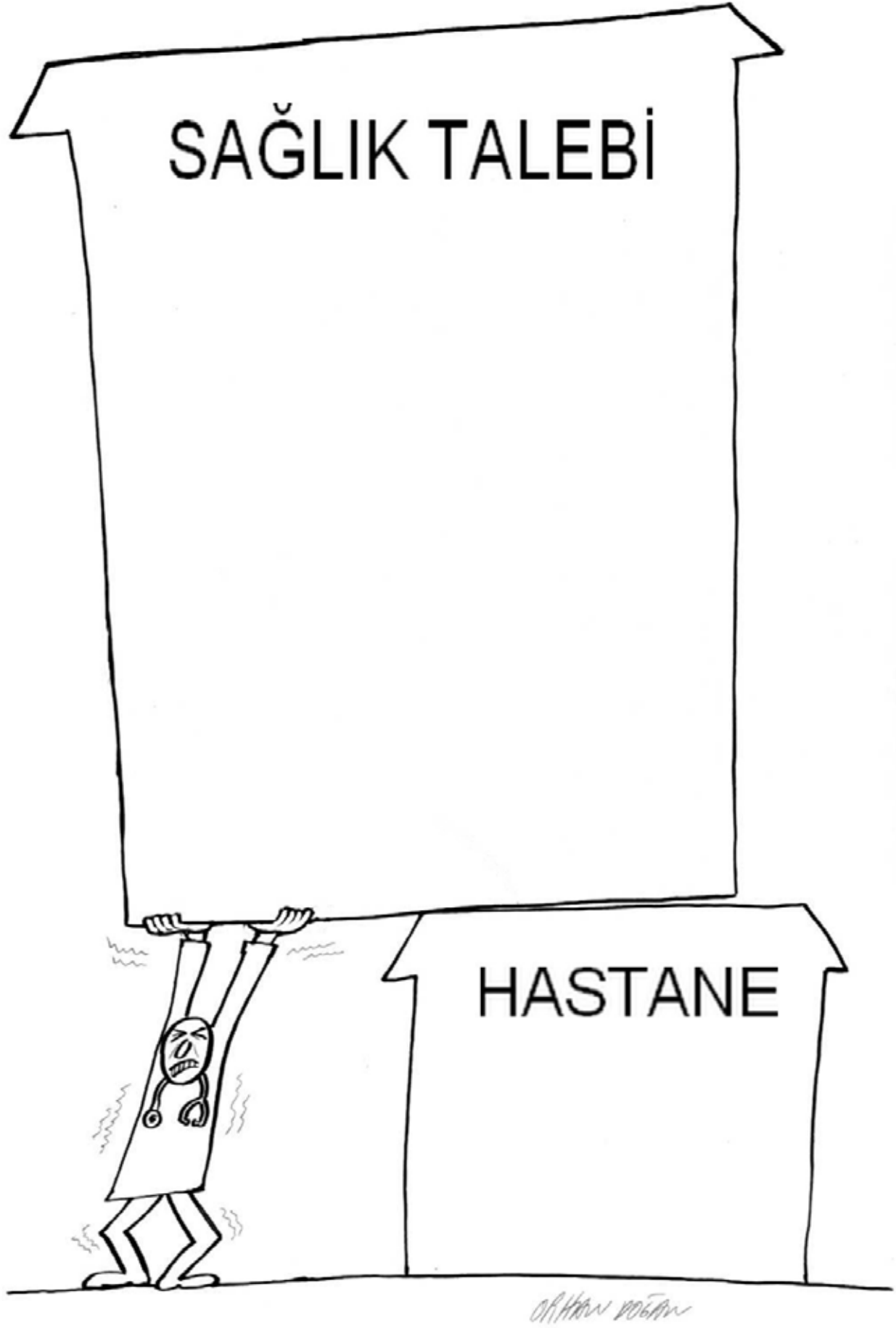


kadar eseri bilinmektedir. Yakalandığı mesane kanseri nedeniyle 30 Ocak 1948 tarihinde İstanbul'da hayatını kaybetmiştir. Vasiyeti üzerine, ölümünün 40. günü Şişli Ermeni Mezarlığı'ndaki mezarının başında kendi bestesi olan Bayati Peşrev çalınmıştır.

Eserleri...

Acemaşiran Şarkı - Ne kadar gözyaşı döküm o gözün üstüne ben
Bayati Peşrev
Evç Şarkı - Aşkınla harab olduğumu söyleyebilsem
Ferahnak Şarkı - Ruhumda bahar açtı onun bülbülü sensin
Hicaz Şarkı - Adalarda gezer durur Adalı
Hicaz Şarkı - Bazı günler ruhumu ağlat da geç
Hicaz Şarkı - Ne olursun beni sevsen
Hicaz Şarkı - Sensiz gecenin var mı sabahı
Hicazkâr Şarkı - Kırılırdı oyuncak olsa bile
Hüseyni Şarkı - Çekilmez doğrusu gayri cevri cihanım
Hüseyni Şarkı - Yetti gayri çektiğim
Hüzzam Şarkı - Aşkın halini zalim bilmiyor
Hüzzam Şarkı - Kirpiklerinin her teli bir katre taşıırken
Hüzzam Şarkı - Şebi hüznümde hayalinle teselli bulurum
Hüzzam Şarkı - Son hatıra aşkımda kalan bir sarı saçtı
Hüzzam Şarkı - Vuracak sine arar gizlice tigi nigahın
Karcıgar Şarkı - Bu gece çamlarda kalsak ne olur
Karcıgar Şarkı - Bülbül sesi ah oldu

bu yıl faslı baharda
Karcıgar Şarkı - Her zaman bir olur mu ey hunriz nigahım
Kürdilihicazkâr Şarkı - Artık ne siyah gözlerinin
Kürdilihicazkâr Şarkı - Bağlandı gönül bir güzele
Kürdilihicazkâr Şarkı - Cismim gibi ruhunda güzel zannedip ey mah
Kürdilihicazkâr Şarkı - Ey dalgalanır-ken suların oynak izinde
Kürdilihicazkâr Şarkı - Gitti gelse gamda bitse tükense
Kürdilihicazkâr Şarkı - Göz önünde çürüdü mahvu harab oldu benim
Kürdilihicazkâr Şarkı - Hani ya sen benimdin niye döndün sözünden
Kürdilihicazkâr Şarkı - İmtidadı aşkıma çeşmi siyahındır sebep
Kürdilihicazkâr Şarkı - Kanuni dilin her teli sazımla
Kürdilihicazkâr Şarkı - Parlıyor fikrim o parlak gözlere baktıkça ben
Kürdilihicazkâr Şarkı - Yetmez mi tükenmez mi acep bunca meşakkat
Nevakürdi Şarkı - Geçti o gülünç aşk ü heves ey dili şeyda
Nihavend Şarkı - Bugün deli divaneyin tükendi ahu zarı
Nihavend Şarkı - Ey hayali gözden gitmeyen dilber
Nihavend Şarkı - Koklasam saçlarını bu gece ta fere kadar
Saba Şarkı - Aşkımın hep yıkılınca siteminle temeli
Saba Şarkı - Bekler beni her gün susamış bir ecelim var
Suzinak Şarkı - Şen gözlerinin şiirine ben kalbimi verdim
Uşşak Şarkı - Sevdama yakın gel beni elleri gibi tutma
Uşşak Şarkı - Sonbaharın çiçekleri yavaş yavaş soluyor



Karikatür: Dr. Orhan Doğan