

SD

MART
NİSAN
MAYIS
2016
12 TL
(KDV DAHİL)
İLKBAHAR

38

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



PROF. DR. FAHRİ OVALI SAĞLIĞIN VE HASTALIĞIN SOSYOLOJİK COĞRAFYASI | YRD. DOÇ. DR. HAMDİ ERGÜL İNSAN VE MEKÂN

PROF. DR. HAYRETTİN KARA ŞAİRLER, MEKÂNLAR VE İNSANLIK HALLERİ | PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN HASTALAR VE "HASTA MEKÂNLAR" | KEVSER AKIN HASTA GÖZÜYLE MEKÂN ALGISI | DR. MİNE HANOĞLU ÖLÜMÜ ANIMSATAN MEKÂNLAR | PROF. DR. TURAN ASLAN GUREBA HASTANESİ'NİN "DOKUZUNCU HARİCİYE KOĞUŞU"

TÜRKAN BATUR BAŞAR ENGELSİZ MEKÂN LARA DOĞRU | DR. ABDULLAH UÇAR - DOÇ. DR. MUSTAFA TAŞDEMİR HASTA BİNA SENDROMU | YRD. DOÇ. DR. EKREM GÜLER DEĞİŞEN PARADİGMALAR ARASINDA KAYBOLAN DİL | YRD. DOÇ. DR. DEVRİM TARAKÇI ERGOTERAPİ AÇISINDAN MEKÂN VE SAĞLIK | DR. SALİH KENAN ŞAHİN YEREL YÖNETİMLER PENCERESİNDEN MEKÂN VE SAĞLIK | HÜSEYİN KÜÇÜKALİ - İREM KÜÇÜKALİ - DOÇ. DR. MUSTAFA TAŞDEMİR SAĞLIĞIN YEŞİL BELİRLEYİCİLERİ: PARKLAR

YRD. DOÇ. DR. CAN CEYLAN MODERN HAYATIN FRENE BASILDIĞI YERLER: YAVAŞ ŞEHİRLER | PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ MEKÂN VE HÜYEN

YRD. DOÇ. DR. NAZENDE YILMAZ EDİRNE DARÜŞŞİFASINDA MEKÂN FORMU İLE MÜZİKOTERAPİ BAĞLANTISI | PROF. DR. ONUR EROL: GÖZÜNÜZDE PIRILTI YOKSA ESTETİK CERRAH NE YAPSA FAYDA ETMEZ | PROF. DR. OSMAN E. HAYRAN SAĞLIK POLİTİKALARININ GELECEĞİ VE SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK | PROF. DR. HASAN YAZICI GERÇEK BİR BİLİM BİZE ÇOK YABANCI | PROF. DR. KEREM ALKİN KAPİTALİZMİN KURALLARI VE İLAÇ ENDÜSTRİSİNİ BEKLEYEN TEHLİKE | PROF. DR. HACER ÖZGEN NARCI İNFORMAL CEPTEN SAĞLIK HARCAMALARI | PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK ANTİBİYOTİK DİRENCİ: "ANTİBİYOTİK ÇAĞI" NIN SONU MU? | YRD. DOÇ. DR. FİLİZ OKUMUŞ NORMAL DOĞUMLAR

GERÇEKTEN NORMAL Mİ? | PROF. DR. HASAN FEHİM ÜÇİŞİK SAĞLIK MESLEK MENSUPLARININ ODA VE BİRLİK ŞEKLİNDE ÖRGÜTLENMELERİ | DOÇ. DR. HANEFİ ÖZBEK GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP MEVZUATI: MÜZİKOTERAPİ ÖRNEĞİ | PROF. DR. TALİP ALP BİLİM TARİHİ VE FELSEFESİNE BİR BAKIŞ | DOÇ. DR. FULYA İLÇİN GÖNENÇ SAĞLIK HUKUKU EĞİTİMİNDE 5N1K | DR. İBRAHİM ERSOY SAĞLIK HABERCİLİĞİNİN ABC'Sİ | HALİL AZİZ VELİOĞLU - PROF. DR. LÜTFÜ HANOĞLU BERRAK RÜYA: DÜŞTEYİM AMA FARKINDAYIMI

PROF. DR. MEHMET YÜCEL AĞARGÜN HASTALIK VE TEVEKKÜL | PROF. DR. MUSTAFA ÖZTÜRK ŞAMAN TIBBI

DR. ORHAN DOĞAN KARİKATÜR



MART-NİSAN-MAYIS 2016
İLKBAHAR, SAYI 38
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 Özaltaş
Doç. Dr. Hanefi Özbek
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Recep Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Prof. Dr. Muzafer 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

SD'ye gönderilen makaleler, alıntı tespit programı ithenticate'te tarandıktan sonra kabul edilmektedir. 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 ve mekân

Hayatta olmak zamanı algılamakla, var olmak ise mekânı algılamakla mümkündür. Kendimizi zamanın bir kesitinde bulmak kaderle izah edilebilir belki. Mekânımızı kurmak ise sorumluluk alanımıza girer. Zamanın uygunluğu, mekânın uygunluğuyla buluştuğunda daha iyi başaramamanın mazereti kalmaz.

Uygun olana, gerekli olana, ferah olana, huzur verene ulaşma arayışı içinde bazen tabiatı taklit ederek mekânlar oluştururuz; bazen de tabiata karşı çıkarak, hatta onu tahrip ederek.

Kültür, gelenek, estetik gibi unsurlar mekânlarımıza rehber olur. Taklitle, özentile, bağlılıkla ve hatta isyanla şekillendirdiğimiz mekânlarımız da vardır. İçinde var olduğumuz mekânımız bazen içe kapanıklığımızın bazen de, dışa dönüklüğümüzün yansımasıdır.

Kendi müktesebatımızla mekânlarımızı yönettiğimiz kadar, mekânların da bizi yönetme gücü olduğunu söyleyebiliriz. Dehşete düşüren mekânlar kadar, huzur veren mekânlar da

vardır. Karanlığa mahkûm eden mekânlar kadar, hem yüzümüzü hem de gönlümüzü aydınlatanlar vardır. Hasta eden mekânlar kadar, sağlık ve sıhhat vadedenler de vardır.

Temel insan hakkı olan sağlık talebinin mekândan bağımsız olabileceğini düşünmek zordur. Sağlıklı halin tasarladığı mekânla, sağlığı vadeden mekân arasında bir köprü varlığından söz edilebilir mi? Meçhul.

Kesin olan, sağlık talebimizi yansıtarak tasarladığımız mekânlarımızın bizlere sağlık sunmasının gereğidir. Bu durum, beklentiden öte hakkımızdır.

Sağlık güvencesini sadece mekânın konforuyla sunabilme hayalinin netice vermesi beklenemez. Mekânın sağlık sunma iddiasını; düşkünü, hastayı, hastalığı ve hatta ölümü gizleyerek -yani gerçeklerin üstünü örtterek- göstermesi suni bir yanıltıcılıktan öte gidemez. Bazen tüm çıplaklığıyla gerçeği ortaya koyabilmektir sağlıklı olan.

Yani sağlık ve mekân ilişkisi kadar hastalık ve mekân ilişkisini, hayat ve mekân ilişkisi kadar ölüm ve mekân ilişkisini algılayabilmek, analiz edebilmek ve yaşayabilmek önem kazanmaktadır.

Sağlık ve mekân ana temalı bu sayımızda mekânı sağlık dairesinde kalarak irdeleyen ilginç makaleler bulacaksınız. Didaktik olduğu kadar, edebi ve felsefi yaklaşımlarla zengileşmiş bir sağlık-mekân bileşiminin sunulduğuna şahit olacaksınız. Sağlığın ve hastalığın mekânını okuyacak; mekâna insan, hasta, şair ve roman gözüyle bakma fırsatı yakalayacaksınız.

Her sayımızda olduğu gibi, sağlık düşünce binamızı yükselten uzman yazarlarımızın farklı açılara ışık tutan makaleleri; sadece günceli değil, arşivinizde her zaman başvurmak üzere hazır bekleteceğiniz bir hazine sunmaktadır sizlere.

İçindekiler

6

SAĞLIĞIN VE HASTALIĞIN
SOSYOLOJİK COĞRAFYASI
PROF. DR. FAHRİ OVALI

10

İNSAN VE MEKÂN
YRD. DOÇ. DR. HAMDİ ERGÜL



14

ŞAİRLER, MEKÂNLAR VE İNSANLIK HALLERİ
PROF. DR. HAYRETTİN KARA

16

HASTALAR VE "HASTA MEKÂNLAR"
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

20

HASTA GÖZÜYLE MEKÂN ALGISI
KEVSER AKIN

22

ÖLÜMÜ ANIMSATAN MEKÂNLAR
DR. MİNE HANOĞLU



24

GUREBA HASTANESİ'NİN
"DOKUZUNCU HARİCİYE KOĞUŞU"
PROF. DR. TURAN ASLAN

26

ENGELSİZ MEKÂN LARA DOĞRU
TÜRKAN BATUR BAŞAR

28

HASTA BİNA SENDROMU
DR. ABDULLAH UÇAR
DOÇ. DR. MUSTAFA TAŞDEMİR

32

DEĞİŞEN PARADİGMALAR
ARASINDA KAYBOLAN DİL
YRD. DOÇ. DR. EKREM GÜLER

34

ERGOTERAPİ AÇISINDAN MEKÂN VE SAĞLIK
YRD. DOÇ. DR. DEVRİM TARAKÇI

36

YEREL YÖNETİMLER PENCERESİNDEN
MEKÂN VE SAĞLIK
DR. SALİH KENAN ŞAHİN



40

SAĞLIĞIN YEŞİL BELİRLEYİCİLERİ: PARKLAR
HÜSEYİN KÜÇÜKALİ - İREM KÜÇÜKALİ
DOÇ. DR. MUSTAFA TAŞDEMİR

46

MODERN HAYATIN FRENE BASILDIĞI YERLER:
YAVAŞ ŞEHİRLER
YRD. DOÇ. DR. CAN CEYLAN

48

MEKÂN VE HİJYEN
PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ

50

EDİRNE DARÜŞŞİFASINDA MEKÂN FORMU İLE
MÜZİKOTERAPİ BAĞLANTISI
YRD. DOÇ. DR. NAZENDE YILMAZ

52

PROF. DR. ONUR EROL: GÖZÜNÜZDE PIRILTI YOKSA
ESTETİK CERRAH NE YAPSA FAYDA ETMEZ



58

SAĞLIK POLİTİKALARININ GELECEĞİ VE
SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK
PROF. DR. OSMAN E. HAYRAN

62

GERÇEK BİR BİLİM BİZE ÇOK YABANCI
PROF. DR. HASAN YAZICI

64

KAPİTALİZMİN KURALLARI VE İLAÇ
ENDÜSTRİSİNİ BEKLEYEN TEHLİKE
PROF. DR. KEREM ALKİN

66

İNFORMAL CEPTEN SAĞLIK HARCAMALARI
PROF. DR. HACER ÖZGEN NARCI

70

ANTİBİYOTİK DİRENCİ:
“ANTİBİYOTİK ÇAĞI”NIN SONU MU?
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

74

NORMAL DOĞUMLAR GERÇEKTEN NORMAL Mİ?
YRD. DOÇ. DR. FİLİZ OKUMUŞ

78

SAĞLIK MESLEK MENSUPLARININ ODA VE
BİRLİK ŞEKLİNDE ÖRGÜTLENMELERİ
PROF. DR. HASAN FEHİM ÜÇİŞİK

82

GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP MEVZUATI:
MÜZİKOTERAPİ ÖRNEĞİ
DOÇ. DR. HANEFİ ÖZBEK

86

BİLİM TARİHİ VE FELSEFESİNE BİR BAKIŞ
PROF. DR. TALİP ALP



92

SAĞLIK HUKUKU EĞİTİMİNDE 5N1K
DOÇ. DR. FULYA İLÇİN GÖNENÇ

94

SAĞLIK HABERCİLİĞİNİN ABC'Sİ
DR. İBRAHİM ERSOY

96

BERRAK RÜYA: DÜŞTEYİM AMA FARKINDAYIM!
HALİL AZİZ VELİOĞLU - PROF. DR. LÜTFÜ HANOĞLU

100

HASTALIK VE TEVEKKÜL
PROF. DR. MEHMET YÜCEL AĞARGÜN

102

ŞAMAN TIBBI
PROF. DR. MUSTAFA ÖZTÜRK

104

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

Sağlığın ve hastalığın sosyolojik coğrafyası

Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. 1985 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ni ve aynı fakültede 1991 yılında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimini bitirdi. 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi'nde, 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yaptı. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2005-2015 arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Eğitim Sorumlusu ve Başhekim olarak görev yaptı. 2008 -2013 yılları arasında Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği görevinde bulunan olan Dr. Ovalı halen İstanbul Medeniyet Üniversitesi öğretim üyesi olup aynı zamanda Rektör Yardımcılığı görevini de sürdürmektedir.

Herhangi bir hizmetin verilmesinden söz edilirken hemen daima “uygun mekân” ve “uygun zaman”dan bahsedilir. Mekânlar, içinde yaşamış olanlar ve yaşayanlarla anlam kazanır. Uzay, insanlarla, eylemlerle nesnelerle ve temsil ettikleriyle “mekân” haline gelir. Hatta mekânın kendisi de bu süreçte aktif bir “oyuncu”dur. Mekânlar, yalnızca madden meydana gelmezler, hepsinin öyle veya böyle bir ruhu vardır. Mekân, yalnızca belirli bir yerdeki ölçülebilen mesafelerden oluşmuş değildir. Bunun da ötesinde, insanlarla çevresi arasındaki ilişkiler bağlamında ortaya çıkan kültürel ve sembolik fenomenlerden oluşur (1). Hatta mekânsal ve çevresel etkilerin genler üzerindeki etkilerinin ortaya konmasından ve “yerel biyolojilerin” anlaşılmasından sonra, beden ve mekân ilişkileri üzerindeki genomik etkiler daha fazla önem kazanmıştır (2).

Mekânların sağlık ve tedavi ile ilişkisini inceleyen disipline “sağlık coğrafyası” adı verilir. Sağlık coğrafyasının günümüzde uğraştığı en önemli konuların başında “terapötik mekânlar” gelir. Bu mekânlar, coğrafi bölgelerden başlayarak şehirlere, hastanelere ve hastane odalarına kadar uzanır. Diğer uğraş konuları ise sağlık hizmetlerine mekânsal ulaşım ve bu

hizmetlerden yararlanma oranlarıdır. Sağlık coğrafyasının uğraş alanı, tüm sağlık çalışanlarını etkiler ve sağlık çalışanlarının hastalarla olan “yakınlığı” ve mekânın yarattığı güç ilişkileri “mekân siyaseti”ni meydana getirir.

Binalar, sosyal hayatı stabilize eden mekânlardır. Binalar, kurumları, sosyal ilişkileri ve davranış şekillerini belirler. Britanyalı devlet adamı Winston Churchill'in parlamento binasının bombalanmasından sonra söylediği söz, birçok şeyi açıklar mahiyettedir: “*Biz binalarımızı şekillendiririz, binalarımız da bizi şekillendirir*”. Hastane binaları da bu konseptin dışında değildir. Eskiden beri hastanelerin havadar, çevresi güzel bölgelerde kurulmasına dikkat edilmiştir. Temiz bir havanın yanı sıra, güzel bir manzaranın, iyileşmeye olumlu katkıda bulunduğu kabul edilmiştir. Bu konseptte, hastanelerin iç mekânları da dâhildir. Diğer bir deyişle, hastane mimarisi estetik ve tedavi, güzellik ve iyilik, doğa ve teknolojinin kesişim noktalarında yer almaya başlamıştır. Kanada'da 12 hastanede yapılan bir araştırmada, bekleme salonlarının hepsinde doğa manzaralı resim ve fotoğrafların bulunduğu tespit edilmiştir (3). Bu manzaraların, iyileşme sürecini olumlu etkilediği düşünülmektedir. Hipokrat'ın *Hava, Su ve Mekân Üzerine* adlı eserinde de bu kavramların

yansımalarını bulmak mümkündür. Diğer yandan böyle tablolarla doğanın pasif, hareketsiz ve uzakta resmedilmesi, onu seyreden kişinin doğa üzerinde egemen olduğu izlenimi vermektedir. Bu egemenlik hissi, hastanelerdeki “tıbbi egemenlik” kavramına göndermelerde bulunur. Bu bağlamda insan vücudu, pasif ve hareketsiz doğayı temsil ederken, hekimler ve hastane yönetimi baskınlık kazanmaktadır (3). Diğer bir deyişle, bekleme salonundaki manzara resmi, bir yandan bakan insanları rahatlatırken, bir yandan da modern tıptaki güç ilişkilerinin adeta bir aynası olmaktadır.

Zaman ve mekân, çeşitli şekillerde insanları, deneyimleri, nesneleri ve mekânları birbirine bağlar. Zaman ve mekân kısıtlı olsa da, tıbbi uygulamalar zaman ve mekâna sıkı sıkıya bağlıdır. Tıbbi mekânların prototipi ise hastanelerdir. Eskiden evlerde veya farklı mekânlarda yapılan birçok tıbbi uygulamanın modern zamanlarda hastanelere taşınması ile birlikte hastane mimarisi de farklılaşmaya başlamıştır. İnsan, hastalık ve sağlık ilişkilerinin değişmesiyle birlikte hastalar da kendi yaşadıkları mekânlardan kopararak, bir takım “modüllerin” (muayene odaları, bekleme odaları, laboratuvarlar, ofisler vb.) içine adeta hapsolmüşlerdir (4). Buralarda zaman ve mekân, randevular ve muayene odaları ile “hayattan”

Günümüzde Batı'daki birçok hastaneye alışveriş merkezi, otel ve ev konseptlerinin yerleştirilmiş olduğunu görürüz. Yeni yapılanmada hastanenin en önemli idarecilerinden birisi "otelcilik müdürü" olmakta, hastaneler "eve benzediği oranda" iyi hastane olduklarını ima etmektedir. Çiçekli duvar kâğıtları ve yumuşak mobilyalar, hastaların yabancılık çekmesini önlemeye yöneliktir. Bu durumda tıp bir "iş" haline, "tıbbi bakım" bir "meta" haline, hastalar ise "müşteri" haline gelmekte; mimari çözümler de buna göre düzenlenmektedir.



ayrılmıştır. Aslında bu tıbbi mekânların "sağlığının" da ayrıca irdelenmesinde fayda vardır. Aslında hastaneler bir yandan da insanların bir araya geldiği, sosyalleştiği, birbiriyle dertleştiği ve iletişim kurduğu mekânlar olarak da düşünülebilir. Hastane kuyruklarında edinilen dostluklara ilişkin birçok hikâye dinlemiştir.

Eskiden şifa bulmak üzere gidilen şifahaneleri, modern zamanlarda "hastahane"lere dönüştürdüğümüzden olsa gerek, sanki şifa bulma ümidini bırakıp hastalıkların ve hastaların bol bulunduğu -şifanın esamesinin okunmadığı- mekânlara mahkûm olduk. Bu cümleye hemen itiraz edecekler çıkacaktır. Ancak bu durum; deri kaplı koltuklar, parlak zeminler, neon ışıklarıyla süslü günümüz hastanelerinin şifa üretme verimliliğinin ne kadar olduğu

sorusunun cevabını vermekte zorlanmamızı hiç de kolaylaştırmayacaktır. Çünkü yapılan birçok çalışmada, zemin materyalinin, gürültü, ışık düzeyinin, tek kişilik odaların, havalandırma sistemi ve gün ışığına erişimin, pencere konumlarının ve yeşilliklere bakmanın, hastanede yatanların sağlığını etkilediği ortaya konmuştur (5, 6). Diğer yandan sosyolojik olarak bakıldığında, sosyal yapılarla fiziksel yapılar arasında kimlik ve iktidar ilişkileri bağlamında bir bağ olduğu kesindir. Hillier'e göre binaların "derin yapısı", insanları bir araya getirme veya ayırıştırma potansiyeline sahiptir (7). Dolayısıyla binaların içine "gömülmüş" anlamlar bulunur ve bireylerin yaşamları ve hareketleriyle ortaya çıkan "mekânın kafiyesi" ilişkilerimize anlam katar. Gieyn'e göre, "mekâna saygılı sosyoloji", sosyolojiyi değişik bir bakış açısıyla ele alır ve sosyologların haritalar, planlar,

fotoğraflar, tuğla, beton ve çimenler ile daha fazla haşır-neşir olması gerekir (8). İnsanların duygularını etkileyen ve mekân hakkında fikir oluşturmaya sağlayan "anlık görüntüler" mekânın ruhunu oluşturur.

Terapötik mekânlar kavramının içinde insanların tedavi oldukları bölgeler, şehirler ve hastaneler yer almaktadır. Bu çevresel algı, hasta güvenliğini de önemli hale getirmektedir. Örneğin steril veya steril olmayan işlerin yapılacağı mekânların planlanması ve yapılandırılması, hasta güvenliği ile yakından ilişkilidir. Bu bağlamda mekânsal ilişkiler, hasta güvenliği yaklaşımlarını da doğrudan etkiler. Nitekim özellikle yoğun bakım gibi özellikli ünitelerde yatakların konumlanmasından muslukların yerlerine, pencerelerden duvar boyasına, yer döşemesinden ses ve ışık izolasyonuna kadar mekân

Sağlık ve hastalık telakkileri hastane mimarisine nasıl yansır? Bu binaların içinde, kişisel ilişkiler, tıbbi pratikler ve sosyo-teknik uygulamalar nasıl gerçekleşir? Bu binalar, sosyal sınıfları ve bölümlmeleri nasıl etkiler? Mimarlar; hastane binaları tasarlarlarken kendilerini ne kadar hasta, personel, müşteri veya ziyaretçi yerine koyarlar? Mimarların tıbbi ve hastane bilgilerinin kaynağı ve düzeyi nedir? Sami Zan Hocamızın deyimiyle, 3 gün hastanede yatmamış mimarların hastane planı çizmesi ne kadar doğrudur?

yapılanmaları ve ilişkileri en ince ayrıntısına kadar kurallara bağlanmış ve kalite yönetim sistemlerince güvence altına alınmıştır. Yani bu mekânlar, yalnızca içinde dolaşılın ve yaşanılan pasif hacimler değil, hasta güvenliğine katkıda bulunan “aktif” aktörlerdir.

Binalar, yalnızca toplumun birer sembolü değildir. Binaların yarattığı ve düzenlediği mekânlar vasıtasıyla bizler de toplumu “tanırız”. İnsanların aile ilişkileri, anne-baba rolleri ve vatandaşlık vizyonları, mimari formlarla ifade edilebilir ve yönlenebilir. Mimari çevre, sağlık ve tıp alanındaki bilgileri, ideolojileri ve fikirleri açığa çıkarırken, onları kullananları da derin bir şekilde etkiler. Özellikle psikiyatri ve çocuk hastaneleri ile hospis bakımı veren kuruluşların terapötik mekâna sahip olmalarının kullanıcılar açısından faydaları ortaya konmuştur (9, 10). Hastanelerin “ev ortamına” benzetilmesi veya evin “hastane ortamına” benzetilmesi çalışmaları istenilen sonuçları vermemiştir (11). Mekânın planlanması; yalnızca çevrecilerin, mimarların veya tarihçilerin işi değil, aynı zamanda sosyologların da işidir. Brandt ve Sloane’nın dedikleri gibi, “*Tıbbi değerler, hastane duvarlarında ve mekân planlamalarında yazılıdır*” (12). Örneğin 19. yüzyıl hastane mimarisi, o dönemdeki hastalıkların nedenleri

ve tedavi yöntemlerini yansıtacak şekilde, içlerinde tıbbi bilgileri hapseden arkeolojik kalıntılar şeklindedir (13). Bu dönemde yapılan pavyon (blok) şeklindeki binalarda, hava ve ışık giriş-çıkışını kolaylaştıracak şekilde geniş pencereler yapılmış, tuvaletler, kötü kokuların çıkması için çıkışlara yakın bir konumda yerleştirilmişti. Bu tasarım, o dönemde revaç bulan miasmik hastalık teorilerine uygun bir yerleşimdi.

Günümüzde hastane dizaynı, Rönesans’ın sarayımı yapılarından her bilim dalını içeren panoptikal modele doğru bir geçiş göstermiş, modern devasa hastaneler ortaya çıkmıştır. (14, 15). Ülkemizde de geçmiş yıllarda yapılmış olan Vakıf Gureba Hastanesi, Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane binası ve daha sonra yapılan Haydarpaşa Numune Hastanesi gibi heybetli binalardan günümüz mimarisine geçiş sürecini gözlemlemek bu konuda fikir verebilir. Tıptaki gelişmelere ve değişimlere paralel olarak hastaneler de “anatomik sistemlere” veya “hasta gruplarına” göre ayrılmaya başlamıştır. Örneğin 18. yüzyılın ikinci yarısından itibaren hastalar yaş gruplarına göre ayrıştırılmaya başlanmış, pediatri uzmanlık alanının ayrılmasıyla birlikte çocuklar da ayrı “çocuk hastanelerinde” bakılmaya başlanmıştır. Dünyada çocuklar için yapılan ilk hastane olan Londra’daki Great Ormond Street Hospital’in 1852’de açılmasından sonra 1899 yılında Sultan II. Abdülhamit’in emriyle ülkemizde de çocuklar için ilk hastane olan Şişli Etfal (Çocuklar) Hastanesi açılmıştır. Bunun yanında akıl hastalığı olanlar için de ayrı hastane binaları yapılması gündeme gelmiş, bu binalarda hastaların kontrolüne uygun mimari çözümler üretilmiştir. Ancak zamanla, “delilik” kavramından “akıl hastalığı” kavramına geçiş yapıldığı için, hastanelerin yerini bu kez gündüz bakım evleri almıştır. Diğer yandan 19. Yüzyılda Batı’daki hastaneler, çeşitli vakıflar tarafından sübvansede ediliyor ve bu hastanelerde değişik sosyokültürel ve etnik zeminlerden gelen hastaların farklı binalarda bakıldığı da oluyordu (12). Böylece, her vakfın dayandığı temellere veya hedeflerine göre farklı yapılar ortaya çıktığı gibi, farklı hasta grupları için de farklı mimari tarzlar geliştirilmişti. 20. yüzyılın ikinci yarısında ise hastanelerde “yatay ve dikey kibritlet kutusu” modeli benimsendi. Bu dönemde tüm hastalar ve hastalık grupları için ortak kullanılan yatay bir binanın üzerinde kuleler şeklinde çıkan hasta koşuollarının yapıldığı binalar ortaya çıktı. İngiltere’de savaş sonrası yapılan birçok hastane, yaklaşık 1000 metrekaareye oturan, haç işareti şeklinde merkezi olan ve üç katlı bir bina olarak tasarlanmıştı ve gerektiğinde aynı sistem tekrarlanıyordu. Bu yeni yapı şekli, uzman hekimler başta olmak üzere birçok masrafin azalmasına neden olmuştur. Diğer bir deyişle,

minimum masraf yapılarak maksimum fayda sağlanmaya çalışılmıştır (16). Tabii ki hastanelerin kâr etmelerinin tek nedeni, bu mimari çözümler değildir. Ancak hastane dizaynının verimliliğe etkisi olduğunu kabul etmek gerekir.

Hastane dizaynları; ekonomik, profesyonel, demografik ve teknolojik güçler tarafından ciddi değişimlere maruz kalabilir (17). Böylece hastaneler çağdaş önceliklerin, teorilerin ve tercihlerin somut göstergeleri olarak ortaya çıkar. Örneğin bireyselliğin ve kişisel hakların öne çıkması ile birlikte hastanelerde de “hasta-merkezli” bakım ön plana çıkmış, hastane yapılarının da bu konseptte göre düzenlenmesi gündeme gelmiştir. Bu bağlamda, kişilerin psikososyal ihtiyaçları hastanelerde ön planda ele alınmaya başlanmış, karar verme süreçlerinde kişilere daha fazla haklar verilmiş ve doktor-hasta ilişkilerinde devamlılık sağlanmıştır. Birçok kişi, hastanelerin en son medikal teknolojiyle donatılmasını ve en iyi tedaviyi sunmasını arzu ederken aynı anda hastane binasının da umut, iyilik ve şefkat hissi vermesini tercih etmiştir. İyi bir mimari, başarılı bir tedavinin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu binalar makineler için değil, insanlar için yapılmaktadır. Bazı mimarlar, insani boyutu vurgulamak için çok uzun koridorlardan ve sonsuz gibi görünen oda numaralarından kaçınmak gerektiğini öne sürmüştür. Hasta odaklı yaklaşımın gereklilikleri olarak 3 nokta öne çıkmıştır: 1) Tedavide kullanılan aletlerin göz önünde olmaması, gizlenmesi, 2) Hastalara konsierj hizmeti verilmesi 3) Hasta-hekim ilişkilerinde yumuşak bir dilin kullanılması.

1) Hastane alanı, görünür olan ve olmayan olarak iki alanda düşünülebilir. Bu duruma “Disneyland konsepti” adı verilir. Disneyland konseptinde, parklardaki her şey fantastik bir dünya izlenimi verirken bu fonksiyonları gören karmaşık ve teknolojik aletler, makineler ve altyapı ortalıkta görünmez. Hastanelerde de birçok tıbbi cihaz, teknik personel ve aletler gözlerden uzaktır. Kliniklerin yerleri, asansörlerin pozisyonu, girişler ve çıkışlar hep bu konseptte göre şekillendirilir. Odaların içinde yer alan oksijen ve aspiratör çıkışları ve elektrik prizleri bile kapalı dolaplar içine gizlenmiştir ve gerektiğinde açılarak kullanılır. Tedavi odaları, tıbbi cihazlar, personel odaları her katta merkezi bir çekirdeğin içinde bulunur ve tanımlanmamış, kapalı kapılar ardında yer alır. Odaların tabelasız ve penceresiz olması, çevredekilerin içerde ne olup bittiğini öğrenmesini engeller. Buna karşılık, “görünür” halde olan koridorlar, hasta odaları ve açık koşuollar daima temiz tutulur, buralarda herhangi bir tedavi arabası veya başka alet veya ekipman bulunmaz. Dolayısıyla hastane alanının ancak yarısı gerçek hasta

bakımına ayrılır. Görüşmeler genellikle merkezi çekirdek içinde gerçekleştiği için koridorlar genellikle boştur. Hastaların ve personelin kullandığı asansörler ayırdır ve ihtiyaçtan daha fazladır. Hastane giriş lobileri ise büyük, görkemli ve şıktır ve adeta bir müze veya tiyatro lobisine benzer. Böylece aslında, hastane “hastaneye benzemez” ve birçok insan da bunu ister. Çoğu kişi kendini evde veya oteldeymiş gibi hisseder ve bundan memnun olur. Bu durum belki de günümüzde insanların bireysellik yanında “görüntüye”, “görünür olana” verdikleri önceliklerin bir sonucudur.

2) Konsierj: Tüm bu “anti-hastane” yaklaşımlara ek olarak, hastanelerde artık otellerdeki gibi “müşteri ilişkileri” servisleri devreye girmiştir. Bu kavramın temel bileşenleri, tek kişilik hasta odaları, oda servisleri ve diğer otelcilik hizmetleridir. Hastalar ve aileler servise geldiğinde buyur edilir, çay kahve ikram edilir, odaları gösterilir, özel istekleri (battaniye, yastık vb.) olup olmadığı sorulur ve her türlü şikâyetlerine anında yanıt verilir. Ancak bu durum bazı hemşirelerin kendilerini hemşireden çok kat görevlisi olarak görmelerine ve şikâyet etmelerine yol açmıştır.

Tek kişilik hasta odaları en önemli öğedir. Bu odalar en az 30 metrekare büyüklüğündedir ve içinde oturma odası mobilyaları, banyo, televizyon, radyo, kablosuz internet, refakatçi koltuğu ve geniş bir alan bulunur. Ziyaret saatleri kısıtlı değildir. Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları, hasta ve ziyaretçilerin isteklerine hangi hızda yanıt verdiklerine bakılarak değerlendirilir. Çalışanların formaları da daha şık ve çekicidir. Yemekler, hastanın isteğine göre verilir. Bu işleri yapacak olan personel de özel eğitimden geçirilir. Bu eğitim genellikle otel personellerine verilen eğitime benzer. Örneğin “hastaneye gelen herkese gülümsemek”, “ilişki kurduğunuz herkese karşı nazik olmak” gibi özellikler istenir.

3) Hasta merkezli bakımın ayrılmaz bir parçası olarak hastalarla ve ziyaretçilerle ilgili iletişim teknikleri personele öğretilir. Yönetim, belirli aralıklarla hastalarla yaptığı anketler ve geri bildirimler vasıtasıyla personelinin değerlendirir.

Hasta merkezli olmanın bir sonucu olarak, hemşireler, hekimler ve diğer hekimler için ayrılan özel alanlar ve toplantı odaları giderek azalmaktadır. Elektronik hasta kayıtları ve elektronik iletişim gibi olanakların artması da bu eğilimi kuvvetlendirmektedir. Ancak hasta bakım kalitesinin artırılması ve hasta güvenliğinin sağlanması için, personelin birbiriyle olan iletişimi hayati öneme haizdir ve bu durumun mimarlar tarafından da anlaşılması gerekir. Tek

yataklı odaların enfeksiyon kontrolü açısından faydalı olacağı öne sürülse bile tüm bu mimari özelliklerin hasta bakımına olan etkileri konusunda yapılan çalışmalar son derecede azdır. (18, 19). Bazıları tarafından terapötik olarak kabul edilen bu çevresel değişiklikler, bazıları tarafından anlamsız veya istenmeyen olarak da kabul edilebilir.

18 ve 19. yüzyıldaki dini kaynaklı mimarinin aksine, günümüzde Batı'daki birçok hastaneye alışveriş merkezi, otel ve ev konseptlerinin yerleştirilmiş olduğunu görürüz. Bu hastane mimarisi, ülkemizde de giderek yaygınlaşmaktadır. Her hastane içinde, kafeleriyle birlikte küçük bir alışveriş merkezi bulunmaktadır. Yeni yapılanmada hastanenin en önemli idarecilerinden birisi “otelcilik müdürü” olmakta, hastaneler “eve benzediği oranda” iyi hastane olduklarını ima etmektedir. Çiçekli duvar kâğıtları ve yumuşak mobilyalar, hastaların yabancılık çekmesini önlemeye yöneliktir. Bu durumda tıp bir “iş” haline, “tıbbi bakım” bir “meta” haline, hastalar ise “müşteri” haline gelmekte; mimari çözümler de buna göre düzenlenmektedir. Bu yapılanmalarla birlikte çağdaş hastaneler, “insan ölçeğinde” etkili ve prestijli binalar olmakta ve insanlara “ümit”, “tedavi olma” ve “insan olma” duygusu vermektedir. Bir hastanın deyimiyle “*Bu hastanenin güzel tarafı, hastaneye benzer hiçbir tarafının olmamasıdır*”. Ancak tüm bunlara rağmen, hastane mimarisinin her kültürde ve her toplumda farklı biçimler aldığını unutmamak gerekir.

Sağlık ve hastalık telakkileri hastane mimarisine nasıl yansır? Bu binaların içinde, kişisel ilişkiler, tıbbi pratikler ve sosyo-teknik uygulamalar nasıl gerçekleşir? Bu binalar, sosyal sınıfları ve bölümlmeleri nasıl etkiler? Tüm bu ilişkiler, gelişen süreç içinde aynı binada nasıl farklı yansımalarla neden olur? Mimarlar; hastane binaları tasarlarlarken kendilerini ne kadar hasta, personel, müşteri veya ziyaretçi yerine koyarlar? Mimarların tıbbi ve hastane bilgilerinin kaynağı ve düzeyi nedir? İnsan bedenini, birbirinden ayrı sistemler olarak gören görüşlere karşı bütüncül olarak gören görüşlerin, bedeni tedavi etme ve değerlendirme yöntemleri ve buna yönelik yapılanmaları da farklı mı olmalıdır? Eski bir hocamızın deyimiyle, “*3 gün hastanede yatmamış mimarların hastane planı çizmesi ne kadar doğrudur?*” (Sami Zan).

Bu soruların doğru cevaplarını bulmak zordur ve zaman içinde de değişir. Ancak kişisel ve toplumsal sağlığın korunması için bu sorulara uygun cevaplar bulunmadan yapılacak mekân planlamalarının eksik ve yetersiz olacağını da bilmek gerekir.

Kaynaklar

1) Andrew GJ, Moon G. *Space, place and the evidence base: part I. An introduction in health geography. Worldviews on Evidence Based Nursing* 2005; 2: 55-62

2) Shostak S. *Locating gene environment interaction: At the intersections of genetics and public health. Social Sci Med* 2003; 56: 2245-2247

3) Evans JD, Crooks VA, Kingsbury PT. *Theoretical injections: on the therapeutic aesthetics of medical spaces. Social Science Medicine*; 2009; 69: 716-721

4) Marin W, Baum F, Kalucy E, Murray C, Veale B. *The power of place: space and time in women's and community health centers in South Australia. Social Science and Medicine* 2000; 50: 1863-1875

5) Daykin N, Byrne E, Soteriou T, O'connor S et al. *The impact of art, design and environment in mental healthcare: a systematic review of the literature. Perspectives in Public Health* 2008; 128: 85-94;

6) Lawson B, Phiri M, Wells-Thorpe J. *The architectural healthcare environment and its effects on patient health outcomes: a report on an NHS estatis funded research Project. London; Stationery Office, 2003*

7) Hillier B. *Space is the machine. A configurational theory of architecture. Cambridge, Cambridge University Press* 1996

8) Gieyn T. *A space for place in sociology. Annual Rev Sociol* 2000; 26: 463-96

9) Curtis S, Geler W, Fabian K, Francis S. *Therapeutic landscapes in hospital design: a qualitative assessment by staff and service users of the design of a new mental health inpatient unit. Environment and Planning C. Government and Policy* 2007; 25: 591-610

10) Adams A, Theodore D, Goldenberg E, McLaren C. *Kids in the atrium: comparing architectural intentions and children's experiences in a pediatric hospital lobby. Social Science and medicine. 2010; 70: 658-67*

11) Hockey J. *The ideal of home: domesticating the institutional space of old age and death. In: ChapmanT, Hockey J (eds) Ideal Homes? Social change and domestic life. London. Routledge* 1999

12) Brandt AM, Sloane DC. *Of beds and benches: building the modern American hospital. In: Galison P, Thompson E (eds). The Architecture of Science. Cambridge, MIT Press* 1999

13) Prior L. *The architecture of the hospital: a study of spatial organization and medical knowledge. British J Sociol* 1988; 39: 86-113

14) Prasad S (ed). *Changing hospital architecture. London, RIBA* 2008

15) Verderber S. *Innovations in hospital architecture. New York, Routledge* 2010

16) Monk T. *Hospital Builders. Chichester: Wiley Academy, 2004*

17) Rosenberg CE. *The care of stranger: The rise of America's hospital system. Baltimore, MD. The Johns Hopkins University press* 1995.

18) Dettenkofer M, Seegers S, Antes G, Motschall E, Schumacher M. *Does the architecture of hospital facilities influence nosocomial infection rates? A systematic review. Infection control and hospital epidemiology. 2004; 25: 21-25*

19) Van de Gling, de Roode S, Goossensen A. *Do patients in hospitals benefit from single rooms? A literature review. Health Policy* 2007; 84: 153-161

İnsan ve mekân

Yrd. Doç. Dr. Hamdi Ergül



1973 yılında Erzurum'da doğdu. Fırat Üniversitesi Yapı Tasarımı Bölümünden mezun oldu. Gazi Üniversitesinde yüksek lisansını, Karabük Üniversitesinde doktorasını tamamladı. Bülent Ecevit Üniversitesi Mimarlık ve Şehircilik Bölümünde 17 yıl akademisyen olarak çalıştı. Halen Medipol Üniversitesi Güzel Sanatlar Tasarım ve Mimarlık Fakültesi İç Mimarlık ve Çevre Tasarım Bölümünde görev yapmaktadır.

Mekân aslen Arapça bir kelimedir ve çeşitli anlamlara gelmektedir. Yer, mahal, cây, durulan yer, oturlan yer bunlardan bazılarıdır. İkametgâh ve makam anlamına da gelir. Mimarlık sözlüğünde ise “İnsanı çevreden belli bir ölçüde ayıran ve içinde eylemlerini sürdürmesine elverişli olan boşluk” olarak tanımlanmaktadır (1). Mekân kurma isteği ise var olduğumuz günden beri süre gelir. Bir yer oluşturma arayışı ile hayatı tanımlamaya çalışırız. Bu arayış esnasında bazen doğaya karşı koyarak, bazen de doğayı taklit ederek kendimize tanımlı bir yer, bir mekân oluştururuz (2).

“Mekân, “kevn” yani olmak kökünden türeyen bir kelimedir. Her ne kadar “oturlan yer”, anlamına gelse de “*bulunulan çevre, ortam, yaşanan dünya ve kâinat*” anlamlarını içerdiğine göre, mekâna “var olmak” da denebilir. Mekânı tanımlarsak insanı da tanımış oluruz veya insana bakarak yaşadığı mekânı tahmin edebiliriz. Çünkü insan, yaşamının tamamını açık veya kapalı mekânlarda geçirir. İnsanı etkileyen mekânların huzurlu ve kullanışlı olması, insanın mekân ihtiyacını karşılamış ve mekânın tasarımını olumlu kılmış anlamına gelmez. İç ve dış mekân, birbirini etkiler ve tamamlar. Dış mekân da insana hitap ettiğine göre iç mekânı çözüp; dış mekânda gürültü, trafik ve çevre sorunları ortaya çıkmışsa tasarım tamamlanmış olmaz. Mekân bir bütündür, insan odaklı ve tüm çevre unsurlarını kapsayan bir alandır.

Barınma ve Mekân

Barınma; insanların gündelik ihtiyaçlarını giderdikten sonra iklim koşullarından; soğuk, sıcak, kar ve yağmurdan korunmak için sığındığı sağlıklı ve güvenli alanlar olarak tanımlanabilir. Barınmak sadece iklimsel olarak ele alındığında eksik kalır. İnsanların günümüzde güvenli ve kameralar ile izlenen, ayrıca sıcak-soğuk iklimlendirilmesi yapılmış, ileri teknoloji barınma mekânlarına sahip olabilirler hatta bu mekânların yalnız başına konforlu olduğuna da inanabilirler. Sağlıklı yaşam ve organik beslenme çözülemediğinde, tam anlamıyla sağlıklı mekânlar tasarladığımız söylenemez. Günümüz sağlık problemlerinin başında hareketsiz yaşam, beslenmeye bağlı sağlık problemleri gelmektedir. Bu problemler oluştuktan sonra çözümün tıpta aranması normaldir. Önemli olan bu safhaya gelmeden çözüm üretmek, yapılan analizlerin sonucundan geleceği tahmin etmek, buna bağlı sağlığını iyi yönde etkileyecek ortamlar tasarlamaktır. Tasarlanacak barınma mekânları doğal yaşama önem veren, toprakla temas sağlayan, kendine yetecek kadar organik sebze ve meyve üreten özellikte olmalıdır. Doğal yaşam ve organik beslenmenin mevcut şehirlerin kaos ortamında başarılması imkansız görünmektedir. Doğal yaşam ve barınma ancak mimari ile çözülebilir. Aksi takdirde organik beslenme ve doğal yaşam, varlıklı kişilerin ulaşabildiği tercihlere dönüşebilir. Tek başına barınmayı ve tüketmeyi hedeflediğimizde, günümüz şehirlerine dönüşmektedir. Barınma, evrensel insan

hakkı olduğu gibi, sağlıklı ve organik beslenme de barınmanın bir parçası ve önemlidir.

İnsanlık tarihini göz önünde bulundurduğumuzda mekânın oluşturulma amaçlarının zaman içinde değişime uğradığını görmekteyiz. Önceleri barınma ihtiyacını karşılamak için düzenlenen mekân, zamanla bu amacına yenilerini katmıştır. Yaşam alanı olan mekân hayatı, eşyaların yanında süs, dekorasyon amaçlı objelerin sergilendiği alanlar halini aldı. Hatta yıllar içinde sınıf farkları oluştukça, bu farkın göstergelerinden biri haline geldi. Kapitalist sistemin etkisiyle barınma, yaşam alanı anlamını yitirmiş vaziyettedir. Mekân; para biriktirme aracı, rant kaynağı, eşya ile kendini gösterme biçimine dönüşmüş durumdadır.

Küresel insanlık ailesinin bir ferdi olarak doğaya saygılı, adaletli davranan, yaşadığımız dünyada, gelecek nesillerin de dünya kaynaklarında haklarının olduğunun bilincinde barınaklar tasarlayan, farkındalığı yüksek tasarımcıların yetişmesine ortam sağlamak gerekir.

Mekân ve Konfor

Yaşadığımız mekânları yaşanılır kılmakla yükümlü olduğumuz düşünülrse, bu yükümlülüğü görmezden gelirsek kendimizle ilgili başka sorunları da görmezden gelmiş oluruz. Mekân oluşturulurken işlevselliği, aile fertlerinin yaşantısına uygunluğu, ekolojik ve ekonomik olması gibi unsurlar öncelik taşımalıyken;



mekânda sadece konfor aramak, insana ait başka sorunlara sebep olmaktadır. Günümüz dünyasında konfor arayışları, rahatlık daha fazla üretim ve tüketim için bütün şartları oluşturma şeklinde anlaşılmaktadır. Konforun sürdürülebilir olmadığını; mimaride, tarımda ve ekolojik dengenin bozulmasından anlıyoruz. Konforun yeniden tanımlanmasına ihtiyaç vardır.

Konfor; yaşantımızda ve eylemlerimizde zamana bağlı oluşan fiziksel ve duygusal yönde negatif etkilenmenin adıdır. Konforu uzun soluklu değerlendirmede, mevcut kent hayatındaki alışkanlıklarımız; sağlık problemlerine, obeziteye, hareketsiz yaşam eklem rahatsızlıklarına, bireyselleşmeye vs. yol açmaktadır. Mekânlar, oksijeni az ve topraktan uzaklaşan yapılara dönüşmüştür. Yaşadığımız alanlarda gürültü ve hava kirliliğinin oluşturduğu sonuçları analiz edip mekânları yaşanabilir hale getirmemiz gerekir. Mevcut kent yaşamı uygun değilse sağlığınıza ve duygularınıza uygun, fitri yaşam alanları oluşturmak için araştırmalar yapmalıyız. Mekânın sadece fiziksel ortamını iyileştirmek de yetmez.

Mekânın çevresinden de sorumluyuz. Fiziksel ve sosyal konuları birlikte ele alıp, tüm yönleri ile çözdüğümüzde dünya içindeki yaşanabilir bir alanın adı mekân olur.

Mimari ve Mekân

Özel bir yapı eylemi olan mimarlık, maddi dünyayı insanların yaşamıyla uyumlu hale getirmeye uğraşır. Yaşadığımız ortamı düzenleyerek, insan ve çevresi arasındaki ilişkileri düzenler, kontrol eder ve insan eylemlerine elverişli bir ortamın oluşmasında rol alır. Bunu yaparken sadece mekanik bir işlevi tanımlayıp onu en ekonomik veya uygun strüktürle donatmaz, aynı zamanda yaşanan çevreyi de etkiler. Hayatı ve insanları bu kadar etkileyen bir öge olmasına rağmen günümüz koşullarında mimarlık, giderek standart bir tasarım anlayışına kaymaktadır. Amacı insan olan bu eylemde, genel çözümler üretmek zamanın getirdiği bir zorunluluk olsa bile, çözümlerin insan merkezli olması şarttır. Mimarlık, teknik bir işlevden daha geniş kapsamlı bir işleve dönmelidir (3).

Tasarlanacak barınma mekânları; doğal yaşama önem veren, toprakla temas sağlayan, kendine yetecek kadar organik sebze ve meyve üreten özellikte olmalıdır. Günümüzde mekânlar, oksijeni az ve topraktan uzaklaşan yapılara dönüşmüştür. Mevcut kent yaşamı uygun değilse sağlığınıza ve duygularınıza uygun, fitri yaşam alanları oluşturmak için araştırmalar yapmalıyız. Yaşadığımız dünyada mekân, üretimi de mekanikleştirmiştir. Hak ve adaleti gözetken; insan ve çevreyi birlikte ele alan yeni sistemler geliştirip deneyebilecek cesaretli mimarlar yetişmelidir.

Kullanıcısının belli olmadığı fiziksel çevreyi tasarlamak, bundan ekonomik gelir elde etmek, mekânın evrenselliğini tartışmalı kılmaktadır. Çünkü mekânda yaşayan birey ve bireylerin çevre, insan hakları, sosyal adalet, organik beslenme, temiz su içme, temiz hava alma, sakin bir mekânda oturma, özgürlük ve mahremiyet, manzara izleme, karbon-dioksitten ve hava kirliliğinden korunma hakkı gibi her insanın doğuştan elde ettiği hakların çözülmesi mimarlığın temel görevleri arasında olmalıdır. Yaşadığımız dünyada mekân, üretimi mekanikleştirmiştir. Hak ve adaleti gözetken; insan ve çevreyi birlikte ele alan yeni sistemler geliştirip deneyebilecek cesaretli mimarlar yetişmelidir. Şehirleşme içinde insana ait doğuştan gelen haklar arasında; yaşama, eğitim ve mekân edinme hakları vardır. Günümüz şehirlerinde barınma ve konut edinme hakkı, hak olmaktan çıkmış, kar ve gelir getiren, değer kazanan araçlara dönüşmüştür. Bu nedenle insan hakları evrensel beyannamesindeki mekân edinme hakkı da teoride kalmıştır.



İnsan ve Mekân

Önce mekân vardı, yaşanabilir tüm özellikleri üzerinde bulunduran insan var oldu. İlk oluştaki gibi, mekân ve insanı birlikte ele almak gerekmektedir. Mekânı analiz edip iyileştirmek için insanı tanımak ve mekânı tüm parametreleri ile ele alarak tanımlamak gerekir. İnsan beyninde daha çok görsel uyaranlara ve algılara geniş alan ayrılmıştır. Bir nesneyi ilk önce görüp, onu bütün özellikleriyle algılamamız sağlanır. Bu süreçten geçerken, herhangi bir uyaran, duyum ve algılanmanın dışında, duygusal değişikliklere de yol açtığı, yapılan pek çok gözlem ve deneyle saptanmıştır (4). Bu sebeple, insanın hayatını idame ettirdiği, görsel algı içeren mekân, insan için son derece önemlidir.

İnsan sosyal bir varlıktır. İnsan ve mekân iç içe geçmiştir ve etkileşim fiziksel olmaktadır. Fiziksel etkileşimin olduğu mekânlar; adalet, yardımlaşma ve güzelliğe sebep olan sosyal yapılar ile canlılığını devam ettirebilir. Halen köylerde sıcak ilişkiler varken, kentlerde aynı apartman içinde yaşayanların birbirlerini tanımaz olması, mekânı paylaşan insanların yeniden sosyalleşme ihtiyacına göstergedir. Mekân içinde çevresine yabancılaşma, duyarsızlığa sebep olmaktadır. Günümüz şehir ve iş hayatındaki tempodan dolayı insan; yaşadığı topluma, doğaya ve yaşadığı mekâna yabancılaşmıştır.

Var olan çevre koşullarını *kabullenmek* yerine, o koşulları aktif girişimlerle denetleyerek, çaba harcayarak, kendi yaptığı öğelerle çevresini değerlendirmeyi, düzenlemeyi, yeni ve *yapay çevreler* oluşturmayı hedefleyen, davranış biçimiyle bunu gerçekleştiren, tüm canlılar arasında sadece insandır (5). İnsanı insan yapan, bu farklılaşmadır. İnsan, diğer canlılardan bu yolla ayrıldığı gibi, farklılaşan algılarıyla, bulunduğu çevreyle olan ilişkileriyle birbirinden de ayrılmışlardır. Bu sebeple insan için, insana özgü tasarım yapmak salt temel ihtiyaçlara bağlanamaz. Çünkü her insan bir diğerinden farklıdır ve kişisel ihtiyaçları da bu doğrultuda değişkendir. İnsanı ele alırken onun sosyal yönünü de en az fiziksel ihtiyaçlar kadar önemsemek gerekir. İnsanın tüm çevreyle ilişkileri dengede çözüldüğünde, adaletli, özgür ve yaşanabilir bir dünya oluşturmuş olacağız.

İnsanın sosyal yönünü karakter, kişilik, benlik duygusu, kimlik gibi bireye özgü temel kavramlar, kişinin özel görüşleri, düşünceleri, kültür ve yaşantılara sahip olması oluşturur. İnsana ait mekânlar tasarlanırken mekânı prestij ve estetik kaygısına teslim etmek, mekân kavramının anlamını yetirmesine sebep olmaktadır. Estetiği mantıklı hale getirmek için; fonksiyonel, kişiye özel tasarım, analiz, çevreye duyarlılık, uyum ve orantı aranmalıdır.

Mekân ve Çevre

Doğal çevre: İnsandan bağımsız var olan güçler, biçimlerdir. Doğa, ses, ışık, iklim, vb. her türlü doğa oluşumu bu gruba girmektedir. Eskiden insan üzerindeki etkisi oldukça fazlayken, gelişen teknolojiyle etkisi giderek azalmaya başlamıştır. Coğrafyanın sunduğu doğal kaynak ve malzeme olanakları, yapay çevrenin doğal belirleyicileri olarak yine de etkilir.

Yapay Çevre: İnsanın yaşamını sürdürrebilmesi için, doğal çevrede yaptığı değişiklikler sonucu, kendi amacına uygun düzenlemelerle geliştirdiği çevredir. Yani insanın oluşturduğu her türlü fiziksel oluşum bu kategoriye girer (6).

Şehirlerde yaşadığımız sorunlardan biri de doğa özlemidir. Mekâna hapsolmuş, doğadan kopmuş durumdayız. Ayrıca çocuk ve yaşlılar, yapay çevrede, beton parklarda, gelişme yerine olumsuz etkilenmektedir. Bunun yerine doğayla buluşturulmalı, toprak, su, hava, gökyüzünü tabiatın izleyerek, dokunarak algılamasına fırsat tanınmalıdır. Mevcut kentlerin sorununu yüksek teknolojinin çözeceğine inananlar olabilir. Dünyanın enerjisi ve çevreye verdiğimiz tahribat dikkate alınacak olursa yüksek teknolojiye umut bağlamak, çevre ve denge unsurunu görmezden gelmek demektir.

Yapay çevre kişinin fizyolojik ihtiyaçla-

rını karşılarken, sosyal ihtiyaçları; yani zihinsel ve davranışsal gereksinimleri açısından da gerekli konforu sağlamalıdır ki bu fizyolojik ihtiyaçlardan çok daha kapsamlı ve karmaşık parametreler barındırmaktadır. Çünkü fiziksel veriler daha belirli, saptanabilir haldeyken, zihinsel ve davranışsal gereksinimler, bireyden bireye değişebileceği gibi, zaman ve koşullara göre aynı birey için bile değişebilir. Bu ayrımda önemli olan fiziksel etkiyi ve sosyal etkiyi bir arada insanı etkileyen faktör olarak görüyor olmamızdır. Çünkü fiziksel dünya, sosyal olarak değişkenlere sebep olmaktadır (3).

Doğal hayatta mekânlar oluşturmak için her üretim bir düzensizliğe sebep olmaktadır. Günümüz dünyasında herkes çevreyi gözettiğini iddia etmektedir. “Küresel ısınmaya kim sebep oldu?” diye sormak saçma gelecektir. Geçmiş toplumların yaşantısı arzu, istekleri, güç, prestij, lüks ve konfor anlayışları günümüzden farklı değildir. Değişen sadece zamanın teknolojik araç ve gereçleridir. İnsanlar mekânı sadece barınma amaçlı ihtiyaçları için değil de daha fazlasına sahip olmak için, emek ve malzeme israfına neden olmuşlardır. Mayalar, İnkalar, Babur imparatorluğu, Mısır imparatorluklarının çöküş sebeplerinin başında çevreye karşı sorumsuz davranışları gelir. Bunun sonucunda tabiattaki iklim değişimleri, kuraklık, sel ve kasırgalar ile kendi sonlarını belirlemişlerdir. Günümüz sahiplenme ve biriktirme arzusu da bunlardan farklı değildir. Kendimize ve çevreye davranışımız, tüketme anlayışımız geleceğimizi belirlemektedir.

Toprak ve su insan için ne anlama geliyor? Toprağın cömertliği karşısında insandan yeterli kadar ilgi görebiliyor mu? Çevreyi ve doğayı görmezden gelme alışkanlığımıza rağmen, özellikle şehrin bunalımından kaçarcasına, bazen doğa özlemi ve toprağa dokunma hissi, mekânla insanın arasındaki bağın fitri olduğunu anlamak için bir göstergedir. İnsan, doğayla uyum içinde, toprağa dokunarak kendini dinlemeli ve durum değerlendirmesi yapmalıdır.

Uygurlik tarihinin geldiği seviyede, çevrenin doğal dengesini gözetecek sistemler modellemesi gerekirken, daha çok kazanç, savaş ve terör üretir duruma gelmiştir. Buna duyarsız kalmak, kendi çöküşümüze sessiz kalmaktır.

Oysa tarih içinde kısa sayılabilecek bir süre öncesine kadar şehirler; özgürleşmenin, bilgilenenmenin ve mutlu olmanın mekânıydı “Şehrin havası insanı özgür kılar” deniyordu. Galiba mekânla insan arasındaki derin bağ uzun süre görmezlikten gelindi. Ne oldu da şehirlerde

yaklaşan tehlikelerden söz ediliyor (7). Endüstri devrimi ile başlayan, insanın doğaya sahip olma ve doğaya hükmetme anlayışı artarak devam etmektedir.

Chombart de Lauwe'a (8) göre endüstri uygarlığında birey ve gruplar, geleceğin kaygısı içinde, nüfus artması, çevre kirlenmesi ve kentsel sorunlar konusunda çıkmazlar görmektedir. Çevrenin düzenlenmesi, spekülasyona ve para egemenliğine bağımlı kılınmakta ve toplumsal çatışmalara konu olmaktadır. Endüstri toplumlarında insanlar, onlara, sosyal yapılarda, düşünme biçimlerinde ve coğrafi çevrede yön bulmayı sağlayan işaret noktalarını yitirmişlerdir. Giderek renksizleşen, özgürlüklerini yitiren kentlerde, kitle iletişim araçlarının güdümünde bulunan kişiler, ihtiyaçlarıyla uyumsuz bir çevre düzenlemesi karşısında yönünü bulamamakta ve çevrenin doğal yapısını bozmadan yaşantısını sürdürememektedir.

Mekân ve Kültür

Toplumların kendisini oluşturan bireylere belli bir kültürü aktarma, kazandırma, eğitip denetim altında tutarak kültürel birlik ve beraberliği sağlayarak, toplumsal barışı ve huzuru sağlama süreci kültürlenme olarak görülür (9). Bunun yanı sıra belirli bir kültüre sahip kişilerin başka kültürden kişilerle bir araya gelerek, çeşitli şekillerde etkilenmeleri sonucunda kültürel ve psikolojik olarak yaşadıkları değişimleri de kültürlenme olarak tanımlayabiliriz. Toplumların farklılıklarını büyük bir hırsla vurgulamasının nedeni, toplumların giderek daha az farklı hale gelmesidir. Küreselleşmenin “herkes için zenginleştirici bir karışım olarak değil, yoksullaştırıcı bir tek tiplilik ve kendi öz kültürünü, kimliğini, değerini korumak için mücadele edilmesi gereken bir tehdit” gibi algılanmasından kaynaklanmaktadır (10).

Kent hayatı bireyleri tek tip yaşantıya evirmektedir. Şehirlerin mevcut temposunda, trafik- iş yoğunluğundan zaman kavramı ihmal edilmektedir. Bu sorunlara rağmen şehir hala cazibe merkezi durumundadır. Nüfus şehirlerde % 76, kırsalda % 24 oranına kadar imişti; gelecekte kırsalda kalan nüfusun % 5 civarına kadar düşeceği, köyden kentlere göçün devam edeceği tahmin edilmektedir. Şehrin tüketim ve görsel estetiğinden dolayı cezbetmeye devam etmesi başka sorunlara sebep olmaktadır. Tarım ve doğal yaşam yerine, şehirde endüstriyel üretimin geliştirdiği mekân ve beslenme maddeleri sağlık sorunlarına sebep olmaktadır. İnsanın gelişimi; bilgi birikimini ve öğrendiklerini uygulaması ile gerçekleşir. Yaşadığımız toplumun yapısına adapte olmak yerine değişim ve dönüşümü planlamak gerekir. Aksi

takdirde herkesin yaptığını yapmak, aldığını almak, tükettiğini tüketmek determinist bir yaşam tarzı olacaktır. Mevcut sorunları gözlemlemek, değişim için iyi bir fırsat ve model oluşturma becerisine sebep olabilir. Fakat bilginin tek tipleşerek kurumsallaşması yeni kararlar almamıza direnç oluşturmakta ve cesaretimizi kırmaktadır. Bu nedenle geleneksel, alışa gelmiş kabullerin yerine açık uçlu yapılar denenmelidir.

Küreselleşmeyi; kaynaşma ve kültürler arası bilgi aktarımı olarak algılamamız gerekirken, marka ve tüketmenin sebebi olarak görmekteyiz. Mekânlar da tüketimin üssü olarak kullanılmaktadır. Geçmiş toplumlardan çıkardığımız dersleri, günümüz sorunları ile birlikte ele alarak, bizim ve gelecek nesiller için yaşanabilir bir dünyanın içindeki mekânı oluşturmak daha anlamlı olacaktır. Yeni mekânlar tasarlarırken evrensel düşünölmeli, bireysel lüksümüz ve konforumuzu geleceğimize tercih etmemeliyiz. Unutulmamalıdır ki insan; doğadan, sağlıktan, gelecekten kopuk bir varlık değildir. Tarih bize gösteriyor ki dün yapılanlar bugünüümüzü; bugün yaptıklarımız da yarınımızı etkileyecek. Bu bilinçle; doğaya en az zarar veren, insani özellikleri ortadan kaldırmayacak, sosyal adaletsizliğe sebep olmayacak, üzerinde evrensel uzlaşılabilecek mekânlar tasarlayıp, bu döngüyü sürekli hale getirmeliyiz.

Kaynaklar

- 1) Hasol, D., 1995, *Ansiklopedik Mimarlık Sözlüğü*. (6th Ed.) Yapı-Endüstri Merkezi Yayınları, İstanbul.
- 2) Urry, J., 1999, ‘Mekânları Tüketmek’; Ayrıntı Yayınları, Routledge
- 3) Ellialtıoğlu, B., *Mekânda Kişiselleşme ve Kendileme*, Yüksek Lisans Tezi, İTÜ, Fen bilimleri Enstitüsü, s.1, 2007, İstanbul
- 4) Canbeyli, R., 2002. *Isık ve Beyin, Çevre Tümdür: Çok Boyutlu Bir Olguya Bütüncül Bakış* içinde, Der. İncedayı D., s 39-48, Bağlam Yayıncılık, İstanbul.
- 5) İzgi, U., 1999. *Mimarlıkta Süreç: Kavramlar-İlişkiler*, Yapı Endüstri Merkezi Yayınları, İstanbul.
- 6) Örer, G., 2002. *Konut-Kimlik-Ev Modeli ve Modelin Bir Örneği Olarak İstanbul Kentinde Uygulanması*, Doktora Tezi, İ.T.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 7) Göka, Ş., 2001. *İnsan ve Mekân*, Pınar Yayınları, İstanbul, s.68.
- 8) Chombart de Lauwe, P.H.: *Appropriation de l'espace et changement social*, Proceedings of the 3rd International Architectural Psychology Conference (I.A.P.C.), Strasbourg, 1976 3. Graumann, C.F.: *Le concept d'appropriation et les*.
- 9) Güvenç, B., 1997. *Kültürün ABC'si*, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul.
- 10) Maalouf, A., 2004. *Ölümöl Kimlikler*, Çeviri: Bora A., Yapı Kredi Yayınları, 19. Baskı, İstanbul, s.79.

Şairler, mekânlar ve insanlık halleri

Prof. Dr. Hayrettin Kara



1963 yılında Antalya'da doğdu. 1985'te İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Psikiyatri uzmanlık eğitimini Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim üyesi ve Ana Bilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Uzun yıllar Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Klinik Şefi olarak görev yapan Kara, halen Medipol Üniversitesi'nde Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesidir.

Mekân ve psikoloji üzerine düşünmeye başladığımda zihnimde birbiriyle doğrudan bağlantılı olmayan bir yığın düşünce adacığı oluştu. Bir tarafta mekân algısının benlik algımızla ilişkisine dair fikirler, bir tarafta şairlerin kendilerine özgü mekân duyarlılıklarına dair dizeler, bir tarafta kişinin hem var olup hem kaybaldığı sanal mekânlara ilişkin çağrışımlar, bir tarafta beden ve mekân uyumunun bozulması, bir tarafta... Bu düşünce adacıklarını bütünleştirmeye çalıştım ama ilk elde düşündüğümde daha zor bir uğraş olduğunu fark edip vazgeçtim. Dolayısıyla her bir alt başlığı birbiriyle doğrudan bağlantılı olmayan küçük düşünce adacıkları olarak bıraktım. Eğer ilginizi çekerse bu adacıklardan bir kaç tanesine birlikte bakalım. İlk olarak biraz sıkıcı, biraz da üzerinde gezinmesi güç olan adacığa çıkalım.

Benliğin Yapıtaşları: İlişkiler ve Mekânlar

Hiç düşündünüz mü, “ben” dediğiniz “kendim” dediğiniz şey nedir? Birisi sizden “ben” derken neyi kastettiğinizi anlatmanızı istese ne söylersiniz? Bu soruyu cevaplamaya çalıştığınızda zorlanacağınızdan, bocalayacağınızdan emin olabilirsiniz. Benliği tanımlamaya kalkışmak Borges’in deyişiyle “rüzgârın görünmeyen yüzünü paraya basmaya çalışmak” gibi nafi bir uğraştır. Ama açık seçik tanımlayamamak benliğin içerikleri üzerine konuşmamıza engel değil. En genel anlamda benliğimizin içerikleri anılarımızdır. Tüm yaşadıklarımızın bellek izleri. Eğer hafızamız olmasaydı bir benlik hissimiz olur muydu? Böyle baktığımızda benliğimiz anılardan örülmüş bir anlatıya

bir hikâyeye dönüşür. Bilinç de anılarla o anki algılarımızın şimdinin aynasında etkileşim içinde yansması olarak duyumsanır. Diyeceğim anılar hem benlik hissimiz hem de bilincimizi anlamak için anahtar bir işleve sahip. Peki, bu anılar neyin anıları? Aslında yaşadığımız her şeyin. Eğer gruplandırarak olursak anılarımız içinde bir grubun çok ama çok öne çıktığını görebiliriz. Bu grup, başta anne ve babamız olmak üzere bizim için önemli olan kişilerle ilişkilerimize dair anılardır. Öyle değil mi, kendimize geriye doğru baktığımızda en çok ilişkilerin anılarıyla karşılaşmaz mıyız? Benliğimize ille de bir yapı taşı atfedeceksek bu yapıtaşı “ilişki” olmalıdır. Bizi biz yapan ilişkilerimizdir. Biraz geç de olsa psikoloji bilimi de bu gerçeği nihayet fark etti. Benliğimizin biçimlenmesinde ilişkilerin ne denli önemli olduğu konusunda artık kimsenin bir şüphesi yok. İlişkisellik tamam da bu mekân konusu nereden çıktı? Niye alt başlığa benliğin yapıtaşı olarak ilişkilerin yanına mekânları da ilave ettim? Mekânların da benliğin biçimlenmesinde bir öneme sahip olabileceğini düşünmek garip değil mi? Zaten psikoloji içinde bu yönde bir görüş de yokken. Öyle ama ben mekân algısının benlik oluşumunda gözden kaçan bir öneme sahip olduğunu düşünüyorum. Niyesini kısaca açıklamaya çalışayım. Benliğimizin bir yönüyle anlatı olduğu ve bu anlatının özellikle ilişkilerimizin anılarından oluştuğunu söylemiştim. Peki, ilişkilerin anıları aynı zamanda o ilişkilerin geçtiği mekânın anıları da değil midir? Çocukluğunu, çocukluğundaki evi hatırlamaksızın hatırlayan kaç kişi vardır acaba? Anne ve baba ile ilgili anılar aynı zamanda çocukluğun geçtiği mekânlarla ilgili anılar değil midir? Belleğimizde mekânlar ve ilişkiler öyle iç içedir ki bu yüzden mekânlar çok güçlü duygusal yüklerle sahiptir. Tarkovski’nin “Ayna”

filminin bazı sahneleri bizim için önemli kişilerin anılarıyla mekânların anılarının iç dünyamızda ne denli iç içe geçtiğinin etkileyici biçimde anlatır. “Ayna”yı seyretmediyseniz seyredin, seyrettiyseniz benlik ve mekân ilişkisi bağlamında bir kez daha seyredin.

Şairler, Mekânlar, Şehirler

*“Sevgilim bir böcektir
Taştan duvarlar içinde
Karafatmalarla yaşar”*

Cumhuriyet döneminin en çelebi şairi Asaf Halet, “Şehir” şiirinde sevgilisini böyle anlatır. Belli ki hem insanlardan hem mekânlardan yana dertlidir. Bu şiirinde, insana da mekâna da “acıklı bir mizah”la yaklaşır. Evler böcek yuvaları gibi kutucuk kutucuktur evler. İnsanlar bu kutucukların içinde ayağa kalkmış gezinen siyah, sarı kafalı büyük böceklerdir. Bu mekânlarda artık insan sesini bile kaybetmiştir. Ses bir anlam taşıyıcısı olmaktan çıkıp bir böcek cızırtısına dönüşmüştür. Şehir mi insanı böcekleştirmiştir yoksa insan böcekleştiği için mi böyle mekânlar yaratmıştır? Asaf Halet sanırım ikincisinin doğru olduğunu söylerdi. Asaf Halet’in şehir şiirini belki okumamışsınızdır ama Cumhuriyet dönemi Türk şiirinin zirvelerinden Sezai Karakoç’un “Balkon” şiirini mutlaka okumuşsunuzdur. Hani ilk dizeleriyle insanı allak bullak eden şiir: “Çocuk düşerse ölür / Çünkü balkon ölümün cesur körfezleridir evlerde.”

Birçokları “Balkon” şiirini kültürel bir itiraz üzerinden, doğunun batıya itirazı üzerinden okur. Bu okumaya bir itirazım yok. Ama ben bu şiiri ara ara en yalın biçimiyle gerçekten de ölümün körfezi gibi hissederim. Tamam, balkon bizi yalıtın

mekânlardan sokağa, hayata, ötekine doğru bir geçiştir. Tamam, balkon çay saatlerinin, kahkahaların da mekânıdır. Tamam, tamam da, “Çocuk düşerse ölür/ çünkü balkon ölümün cesur körfezleridir evlerde.” Çok acı; tanıdığım anneler ve babalar var üçüncü, beşinci sekizinci katlarda elleri hala balkon demirlerinde kalan. Ve en çok onlar anlayacaktır Sezai Karakoç’un evleri balkonsuz yapan mimarların neden alınından öpmek istediğini.

Şairler üzerinden şehir ve mekân çağrışımları zihnimde böyle gelişigüzel dallanırken birden genelde olumsuz çağrışımlara takıldığımı fark ettim. En iyisi mi Avusturyalı yazar Thomas Bernhard’dan bir alıntıyla olumsuz çağrışım bahsini kapatayım. Bernhard, çocukluğunun geçtiği Salzburg şehrinde, bu şehrin mimarisinden ve ikliminden ölesiye nefret eder. Türkçeye “Neden” ismiyle çevrilen otobiyografik eserinde Salzburg’u şöyle anlatır: “Sert hava koşulları şehirlerde hep tedirgin edici, moral bozucu, hasta edici etki yapar. Üstelik Salzburg mimarisinin yıkıcı etkisi de buna eklenir. İklim ve mimarinin kumpasıyla yaratılan bu şehirli ırkı vicdansızca işler yapıp melankolik saplantılara kapılır”. Gerçekten de iklim ve mimari el ele verip insan ruhuna böyle bir kumpas kurabilir mi? Bu soruyu Bernhard’a sorsak o muhtemelen; “Ben size fikirlerimi değil yaşantılarımı aktardım” diyecek.

Berhard, Salzburg şehrinin insan ruhunun ahengini, mimarisini bozduğunu söylese de biliriz ki şairler için aşka dönüşmüş birçok şehir vardır. Konu aşk ve mekân olacaksa anılması gereken ilk şehir İstanbul’dur. Şairlerin, yazarların gönlünde İstanbul kadar taht kuran başka bir şehir yoktur. Eğer Kavafis İstanbul’da yaşasaydı bir şehrin umutsuzluk ve yitimin suretine dönüştüğü o şiiri yazabilir miydi? “yeni bir ülke bulamazsın, başka bir deniz bulamazsın. / bu şehir arkandan gelecektir. / sen gene aynı sokaklarda dolaşacaksın, / aynı mahallede kocayacaksın; / aynı evlerde kır düşecek saçlarına. / dönüp dolaşp bu şehre geleceksin sonunda. / başka bir şey umma” diyebilir miydi? Gerçi Kavafis üç yıl İstanbul’da kalmıştır ama kastettiğim manada İstanbul’da yaşamamıştır. Yahya Kemal’i düşünün mesela. Kavafis’in şehir duygusu ne denli yabancıdır ona. Saçlarına aynı şehirde, İstanbul’da kır düşmesi bir armağandır onun için. Yahya Kemal’in “en hoş ve uzun rüya”sıdır İstanbul. O bu rüyayı şöyle anlatır: “Nice revnaklı şehirler görülür dünyada / Lakin efsunlu güzellikleri sensin yaratan / Yaşamıştır derim, en hoş ve uzun rü’yada / Sende çok yıl yaşayan, sende ölen, sende yatan.”

Kaldırımlar’ın şairi Necip Fazıl’ı düşünün ya da. O içindeki gerilimi mekâna yansıtır ya da mekânı içinde bir gerilim olarak

yaşar. Şehirle kavgalıdır. “Uzasan göğersen / cücesin şehirde sen” derken şehrin bireysel varoluşu bozan etkisini dile getirir. Ama İstanbul şehirden öte bir şeydir onun için de. Öyle ki; “Ruhumu eritip de kalıpta dondurmuşlar / Onu İstanbul diye toprağa kondurmuşlar” mısralarında İstanbul neredeyse onun bireysel varoluşu olur.

Mekân ve Rüyalar ya da Rüya ve Mekânlar

Genellikle rüyalar “rüya” deyip geçeriz. Oysa biraz ince düşündüğümüzde rüyalarla gerçek arasındaki çizginin bir tür varsayımsal bir çizgi olduğunu fark etmeye başlarız. Eğer biraz ince düşünürsek hani Çinli filozof Chuang Tzu’nun kendisini bir kelebek olarak gördüğü rüyasından uyanıp da sorduğu “Ben rüyasında kendisini kelebek olarak gören bir insan mıyım yoksa kendisini bir insan olarak düşleyen bir kelebek miyim?” sorusunun ne denli zor bir soru olduğunu kavrarız. Amacım burada rüya-gerçek ikilemi üzerinden genel bir tartışma açmak değil. Konuyu mekân algısına getirmek için küçük bir farkındalık yaratmak istiyorum. Bizim uyanıklıktaki gerçeklik kavrayışımızın iki temel dayanağı vardır; zaman algısı ve mekân algısı. Dikkat etmişsinizdir, rüyalarda uyanıklıktakine benzer bir zaman algımız yoktur. Hani şu geçmişten geleceğe doğru akıp giden zaman algısı. Ama rüyalarda uyanıklıktakine benzer bir mekân algısı vardır. Şekiller farklı ve çarpıtılmış gibi olsa da rüyadaki benlik de uyanıklıktaki benlik gibi üç boyutlu bir mekânın içinde devinir. Fark etmişsinizdir, son cümlede rüyalarda da uyanıklıktaki gibi fenomenal bir benlik hissimiz olduğuna vurgu yaptım. Eğer böyleyse yani rüyalarda da uyanıklıktaki gibi bir benlik hissimiz varsa ve rüyalarda zaman algısının kaybolmasına karşın mekân algısı sürüyorsa... O halde benlik hissimizin temelini mekân algısının oluşturduğuna dair bir çıkarsama yapamaz mıyız?

Yalıtım ve ilişki aracı olarak mekânlar

Her canlı yaşadığı çevrenin içinde kendine ait dönüp gelebileceği, sığınabileceği, kendini çevreden yalıtın bir mekân yaratır. Hayvanların kendilerine ait mekânlarla ilişkilerinin temel bir belirleyeni vardır; biyolojik varkalım. Ya insan? İnsan mekân ilişkisinin de elbette biyolojik varkalımla ilgili bir boyutu var. Ama insanın kendini çevreden yalıtma ihtiyacının kapsamına baktığımızda biyolojik varkalımın açıklayıcı gücü azalır. Bunu yuva kavramına atfettiğimiz anlamlar üzerinden de görebiliriz. Canlıların kendilerini çevreden yalıtın için kullandığı mekânlara genel olarak “yuva” deriz.

Hayvanların yuvasını düşündüğümüzde zihnimizde hemen her zaman fiziksel mekânlar canlanır. Ama insan yuvası dediğimizde örneğin “her çocuğun sıcak bir yuvaya ihtiyacı vardır” tarzında bir cümle kurduğumuzda zihnimizde fiziksel bir mekândan öte ilişkisel bir bağlam canlanır. Çünkü insan ilişkisel, en ilişkisel canlıdır. Bu paradoksal bir durum ortaya çıkarır: ilişkiye ihtiyaç arttıkça yalıtım ihtiyacı da artar. Ve bu paradoksal durum insanı biyolojik olmaktan öte psikolojik bir hayvan yapar. Aynı anda hem ilişkiye hem de yalıtıma çok fazla ihtiyaç duyması insanda acınası bir durumun da ortaya çıkmasına yol açar. Bu durumu Schopenhauer “kirpi meseli”yle çok güzel anlatır. Kırpiller üşür ve ısınmak için yakınlaşmaya ihtiyaç duyarlar. Yakınlaşırlar ama belli bir mesafeden sonra okları birbirlerini yaralamaya başlar. Yakınlaşma ıstıraba dönüşür ve acıyla geri çekilirler. Geri çekilirler ama bu kez yine üşümeye başlarlar ve yeniden yakınlaşmaya başlarlar. Ve döngü tekrarlar durur. İnsanın trajedisi budur; insan ilişkiden yaratılmıştır, insan yakınlaşmak ister ama yakınlaşmak yaralayıcıdır. İlişkisel içinde incinen insan kendini çevreden yalıtın mekânına geri çeker. Evine, odasına kapanır, kapatır kapıyı, perdeleri çeker. İsmet Özel’in “Akdeniz’in Ufka Doğru Mora Çalan Mavis” şiirindeki o güçlü dize gibi “Beni artık kimseler arayıp da bulmasın” der. Görünürde fiziksel bir yalıtımdır bu ama asıl kişi kendini duygusal olarak yalıtın istemektedir. Bu bize, bir yalıtım aracı olarak mekânların salt fiziksel değil zihinsel bir varlıkları olduğunu da anlatır. Konu buraya gelmişken insanın duygu ve isteklerinin “saf”, “bir biçimli” olduğunu düşünmemek gerekir.

Fark edilmese de duygular çoğu zaman ikili bir doğada yaşanır. Örneğin insan, kimseler beni arayıp da bulmasın derken daha derinde aslında bulunmak istiyorum da der. Kendi sesini duymasa da. Tam bu noktada ilginç bir konuya, sanal mekânlar konusuna giriş yapabiliriz. Aynı anda hem bir yalıtım hem de bir ilişki aracı olarak sanal mekânların tuhaf özelliklerini inceleyebiliriz. Sanal mekânlarda insanın aynı anda hem saklanıp hem de gönlünce arzı endam edebilmesinin psikolojine bakabiliriz. Ama bu yeni bir düşünce adacığına atlamayı gerektiriyor. En iyisi mi bu yazıyı daha fazla dallandırıp budaklandırmayalım.

Karanlıkta kişi kendine daha görünür olur. Hayvanlar da mekân yaratırlar. Kendine ait dönüp gelebileceği bir mekân.

Bir sepette anılar

Az çok kirli çamaşırlar

Yıkayıp tütsülenecekler

Ne rahat bu devirde insan olmak

Vicdan...

Hastalar ve "hasta mekânlar"

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu, Göynük'te doğdu. İlköğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulu'nda, ortaöğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı (1992). Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalında 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürü olarak görev yaptı. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Dr. Aydın halen Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Mekânı ilk bakışta, içinde eylemlerimizi sürdürdüğümüz boşluktan ibaret olarak görebiliriz. İnsanın kavramakta zorlandığı evrensel boşluktan kendini ayırarak algılayabildiği ve kendini içine ait olarak gördüğü sınırlı bir hacimdir bir bakıma. Mekân sınırlı olmakla olup bitenleri fiziksel olduğu kadar net olmayan ve algılarımızla şekillenen bir hattı da ifade edebilir. Mekân bu yönüyle hacimden ayrılmaktadır. Kısacası mekân farklı duyularımızla algılanabilen, algılarımızla anlam kazanan bir kavramı ifade etmektedir. Algılarımız bedenimizde olup bitenleri anlamamızı sağladığı kadar çevremizde, dış dünyamızda olup bitenleri kavramamızı da sağlar. Algılama düzeyimiz bireyler arasında çok değişken olduğu kadar aynı bireyin farklı zaman ve sağlık durumuna bağlı olarak da farklılıklar göstermektedir. Bu da, içinde hayatımızı sürdürdüğümüz sabit hacimleri oldukça değişken mekânlar olarak telakki etmemize yol açmaktadır.

İnsan kendine özel olan algılarıyla bedenine ve içinde bulunduğu mekâna yine kendine özel sınırlar çizmektedir. Bu sınırlamanın mimarın projesinde işaretlediği fiziksel bir mekân sınırlamasından ibaret olmadığı aşikârdır (1). İnsanın aynı zamanda sosyal bir varlık olduğu malumdur. İçinde yaşanan hacmin kullanıcı ile olan etkileşimidir esas mekânı oluşturan. Memnuniyeti artıracak bir mekân oluşturulmasında; mekânı tasarlayanlar, mekânı kullananlar ve mekân arasında güçlü bir dil birliğinin sağlanması gereklidir. Yani mekânın tasarımcısı, tasarımına hayat verirken o mekânın kullanıcılarına ulaşabilmeli, onun ihtiyaçlarına karşılık verebilmelidir

(2). Bu mekân bir sağlık kuruluşu ise, mekân üzerinde söz sahibi olanlar, buradan yararlanacak olan hastaları ve hasta yakınlarının kederini, acılarını, sevinçlerini paylaşabilmeli; kültürünün, geleneklerinin farkında olmalı; inançlarına saygı gösterebilmelidir. Genel bir ifadeyle, bir mekânı şekillendiren anlam yüklü mekânsal öğeler; toplumun kültürü, gelenekleri, beklentileri ve anıları doğrultusunda şekillenmelidir. Sağlık kuruluşlarında ise kullanıcının sağlıklı normal bir birey değil, duyguları kırılgan bir hasta olduğu unutulmamalıdır.

Hastane ortamını anlamak için ıstırap çeken bir hastanın bakış açısıyla ortamı görebilmek gerekiyor. Bu çok kolay olmasa da, kullanıcı olan hastanın içinde bulunduğu mekânın, yani hastanenin ve nihayet o mekânı tasarlayıp kuranların ortak dili kullanmalarından başka bir yol görünmüyor. Askeri Tıp Kongresinde hastaya yaklaşımımızı eleştirirken Osman Hayran Hoca'dan duymuştum ilk kez. "Hastaneler, başvuran insanların hasta damgası vurularak kapatıldığı mekânlardır!" diyordu (3).

Gündelik hayatını sürdüren normal sağlıklı bir insan olduğunuzu hayal edin. Ani başlayan baş ağrısı ile muayene olmak üzere bir hastane polikliniğine başvuruyorsunuz. Genellikle kalabalık insanların beklediği dar bir koridora açılan penceresiz küçük bir odaya alınıp ilgili doktor tarafından muayene edilirsiniz. Güler yüz gösterme, yeterince vakit ayırma, size değer verilmesi gibi konulara hiç girmiyorum. İstenilen tetkik için laboratuvar, kan alma odası, buralardaki beklemler konusunda her şeyin olağan olduğunu varsayalım. Nihayet bir

karar veriliyor. Artık normal sağlıklı bir birey değil, "hastasınız!" Hasta olarak damgalanmışsınız ve mahkûm edilerek koğuşa yatırılmanıza karar verilmiştir.

Merdiven ya da asansörle çıktığınız katta sizi uzun fakat dar koridorlar, keskin ve hoş olmayan kokular, mermer ve paslanmaz çelik gibi malzemelerin hâkimiyetindeki soğuk bir çevre karşılar. Önünden geçtiğiniz kapılarda ne anlama geldiğini bilmediğiniz yazılı levhalar, duvar boyunca sıralı sedyeler ve garip aletler yolunuzu gözler. Bu ilginç yolculuğa adınızın yatak numarasıyla tescil edildiği bir mekânda ara verirsiniz.

Hasta mahremiyetini gözetken tek kişilik hasta odaları yaygınlaştırmaktaysa da, hala geleneksel koğuş kültürü varlığını sürdürmektedir. Eğer okulu yatılı okuma gibi bir hayat tecrübeniz yoksa, yatak odasını başkalarıyla paylaşmak zorunda bırakılmanıza ne kadar garip olduğunuzu hissedersiniz. Özgürce giyinme şansınızın bile olmadığı, pijamanızı giyerken soyunma dolabının kapağını siper edinmeye çalıştığınız, akciğerden çıkan havayı ve barsak gazlarını ortaklaşa solumak zorunda olduğunuz, kapıyı her isteyen açıp kapattığı, arada dolaşanların terlik seslerinin harmonisi ve sık sık açıp kapatılan aydınlanma efektleriye zenginleşen bir mekândır koğuş. Sağınızda, solunuzda ya da karşınızda horlayan, inleyen, bağırarak insanlarla paylaşılan bir mekân. Genelde her yatak başına bir nöbetçi dikilmektedir. Refakatçi adı verilen bu nöbetçiler, genellikle hasta yakınlarından seçilmekte ve yatak aralarındaki sandalyelere oturmalarına müsaade edilmektedir. Böylece koğuş nüfusu ikiye katlanmakta, ortam



ile hava, su ve enerji kaynakları iki kat nüfusla paylaşılmaktadır. Bu ortamda mahremiyet kavramı anlamsızlaşmaktadır artık. Oda, gürültü, hava, hijyen, tuvalet, yemek, dedikodular ve dertler, hemen her şey ortaktır.

İçinde bulunduğunuz mekânın fiziksel sınırları kadar, algılarınızla oluşturduğunuz sosyal sınırlar da vardır şüphesiz. Koğuştaki bu sosyal sınırlar o kadar muallaktır ki, birbirleriyle kesismek yerine adeta kaynaşmaktadırlar. Böyle bir ortamda “kişisel alan” kavramına yer olmadığını görürsünüz. Hâlbuki günlük hayatınızda kişisel alanınız, yani ihlal edilmesine tahammül edemediğiniz, davranışlarınızla tepkiler vermenize neden olan, gözle görünmeyen ama varlığı tartışılmayan sınırlarınız, yani mahremiyetinizdir o. (1).

Bu koğuştaki geceler istirahat zamanı değil, dertlerin sorunların alevlenme zamanıdır. Bir türlü geçmek bilmez. Öksürük ve aksırık sesleri ile baş başa kalmak bile gecenin sükûneti olarak kabul edilebilir. Saat başlarında içeri birileri girip ışıkları yakar. Tedavi seansı gelip rutin dağıtılan ilaçlar, ağrısı nedeniyle inleyenleri, bulantıyla öğrenleri ve kusanları susturmak için yapılan iğneler, ateş ölçmeler, tansiyon ölçmelerle geçen, arada hemşirenin otoriter uyarılarıyla sessizleşen, susulan ve uyutulan değil ama fırsat bulunursa sızılan bir andır geceler.

Size gösterilen yatağa sığındığınızda farklı kişilerin birtakım sorularına muhatap olursunuz. Hastalığınızla ilgili, yediğiniz içtiğiniz, soyunuz- sopunuzla ilgili birtakım sorular sorulur. Bu sorulara

verdiğiniz cevaplara bakarak birtakım kâğıtlara notlar alınır. Bu arada soruların “size” değil, adeta sizin dışınızda olan herhangi “bir hastaya” sorulduğunu ve sizin verdiğiniz cevaplar yerine o hastanın, soranın yönlendirdiği ve istediği cevapları verdiğini görürsünüz. Kısacası artık siz de hastane nesnelerinden bir nesne olarak var olmaya başlamışsınızdır. Kendi benliğinizi, duygularınızı, düşüncelerinizi gittikçe daralan bir mekâna sıkıştırır ve kendi dünyanızı hastane dışına terk etmek durumunda kalırsınız. Hemşirenin kolunuza sardığı manşon, koltuk altına verdiği derece, damarınıza soktuğu iğne, tüplere aldığı kan teferruatları artık.

Eğer yeterince fark edebilecek gücünüz varsa, hastanenin diğer nesneleriyle, yani komşu yatakların sakinleriyle iletişime geçmek istersiniz. Çoğunun koluna iğneyle sokulmuş bir hortum takılıdır ve bu hortumun üst ucuna asılı bir şişeden ne olduğunu bilmediğiniz bir takım sıvılar ve kimyasal maddeler akmaktadır. Nedense bazılarının kolu bir bez parçasıyla karyolanın kenarına bağlanmıştır. Sağ yanınızda yatanın burnunda ucunun bir torbaya bağlı olduğu anlaşılan bir hortum sokuludur. Karşınızda soluk alıp vermede zorlandığı görülen ihtiyarın ise ağız ve burunu üstelik bir de plastik bir maskeyle kapatılmıştır. Onun yanındaki yatağının kenarında içi yarıya kadar sarı bir mayiyle dolu bir torba asılıdır. Torbadan çıkan hortum yorganla çarşafın arasından hastanın bacaklarına doğru gitmektedir. Yatak başlarında duvarda fukurdayan şişeler görürsünüz. Soldaki yatağın ayakucunda ise üzerinde irin gibi bir mayi içeren büyük iki cam şişe olan motorlu bir alet vardır.

Ani başlayan baş ağrısı ile muayene olmak üzere bir hastane polikliniğine başvurduğunuzu hayal edin. Penceresiz küçük bir odaya alınıp doktor tarafından muayene edilirsiniz. Güler yüz gösterme, yeterince vakit ayırma, size değer verilmesi gibi konulara hiç girmiyorum. İstenilen tetkik için laboratuvar, kan alma odası, buralardaki bekleme konusunda her şeyin olağan olduğunu varsayalım. Nihayet bir karar veriliyor. Artık normal sağlıklı bir birey değil, “hastasınız!” Hasta olarak damgalanmışsınız ve mahkûm edilerek koğuşa yatırılmanıza karar verilmiştir.

Artık bu ortamda, “Pencere var mı, pencereden güneş içeri giriyor mu, dışarıda manzara nasıldır?” gibi soruları zihninize getirebilmek için zamana ihtiyacınız vardır. Pencereden dışarı baktıkça yeşil bir bahçeyi, bakımlı ağaçları, şırıldaayan havuzu ve havuzdan su içen kuşları seyredebilmek, sadece hayal gücünüze kalmıştır.

Sabahları ziyaret saati dedikleri bir telaş anı vardır; “hasta mahkûmlar”ın sayımı ve teftişi gibi bir şey. Sus işareti yapan hemşire resminin altında duran hemşirenin “Siviller dışarı!” diye bağırmasıyla yatak başı nöbetçileri dışarı çıkarılır; bütün mahkûmların yatağına geçmesi komutu verilir. Demek ki bu mekânda sadece nöbet bekleyen refakatçiler sivil-dir. Hastaların mahkûm, geri kalan beyaz ve mavi üniformalı görev yapanların ise zaten rütbeliler olduğu biliniyor. Bu ziyaret başlamadan önce hastane çalışanlarının yoğun bir mesaisi olur. Oda temizliği, çöplerin dökülmesi, sabah kahvaltısının dağıtılması gibi işler gün ağarmadan tamamlanır. Ardından bütün hastaların tansiyon, nabız ve ateşleri ölçülür, asistan ve hemşirelerin her gün birbirine benzeyen soruları cevaplanır ve bunlara göre notlar tutulur. Nihayet koğuşturulan vizite hazır hale gelmiştir.

Beyaz üniformalı, kadınlı erkekli bir grubun yatakları tek tek dolaştığı, teftiş ettiği ve hesap sorduğu bir manzardır ziyaret. Grubun başında genellikle üst rütbeli biri vardır. Sorularından, ona verilen cevaplardan, diğerlerinin telaşla notlarını karıştırıp bir şeyler söylemesinden anlarsınız bunu. Bazen de yüksek sesle fırça atması rütbesini ele verir. Anlamadığınız bir dil konuşurlar aralarında. Aşına olduğunuz birçok rakam ve az sayıda kelimeden sizinle ilgili bir konudan bahsettiklerini fark edersiniz, fakat bu konuşmalarda hiç adınız geçmez. Bazı sabahlar birkaç cümlelik ayaküstü konuşmalarla yanınızdan geçtikleri olur. Bazen de komutanın sizinle ilgili bazı uygulamalar, hatta bazı işkenceler yapılması talimatını verdiği şahit olursunuz. Bu işkence yönteminin uzun uzun anlatıldığı da olur.

Hangi tür görüşme olursa olsun, bu esnada gruptan nadiren yüzünüze bakanlar olur. Herkes verilen bilgilere ve yapılacak işkencelere odaklanmıştır. Siz üniformalıların yüzlerindeki mimiklerden durumun iyi mi, yoksa kötü olduğunu anlamaya çalışır, umutla yeis arasında gider gelirsiniz. Kimse size ne istediğinizi, nasıl bir davranış beklediğinizi, yapılan uygulamaları hoş karşılayıp karşılamadığınızı sormaz. Belki sonradan kendi benliğinizi bulduğunuzda itiraz etmeyersiniz, hakkınızı aramayasınız diye içinde yazılanları anlamadığınız birtakım kâğıtlara imza attırılır. Yanınızdaki

konuşmaları bile anlamadığınıza göre, kâğıtlarda yazılanları anlamanız zaten imkânsızdır. Bir kez mahkûm olmuşsunuz, kaderinize boyun eğ ve önünüze ne uzatılırsa imzayı basarsınız.

Hastane mahkûmları için bu teftişler çok önemlidir. Bütün hastaların teftişi bitince kısa bir sessizliğin ardından koşuşturmalar başlar. Verilen talimatlar doğrultusunda vücudunuza iğneler sokulur, kanlar alınır. Vücudun başka deliklerine hortumlar salınır. Damarınızdan yeni ilaçlar zerk edilir. Yemeğinin tadı giderilir. Asistan ya da hemşire tarafından hasta başı nöbetçilerine yeni talimatlar verilir, ellerine tutuşturulan talimatnamelerle ilaç ve malzeme bulmak üzere hastane dışına yollanır.

Bu teftişler, bazı mahkûmlar için çilenin son buluşunu müjdelemektedir. Artık salıverilme vaktinin geldiği kararı buralarda verilir. Beratını alan mahkûmun koğuşturulan arkadaşlarından ayrılışı hep hüznüldür. Geride bıraktığı mahkûmların bükülen dudakları karşısında özgürlük sevincini tatmak zor olmakta ve üzüntü ile sevincin kucaklaştığı buruk bir his yaşanmaktadır. Bir istisna var ki, mutlak özgürlüğü seçen mahkûmlar, üniformalıların talimatlarına değil kaderin talimatına uymakta ve koğuşturulan arkadaşlarına veda bile etmeden ayrılmaktadır. Bu tür ayrılışı seçenler, koşuşturma, damarlarına ilaçlar verme, göğsünü yumruklama, boğazına balonlu hortum takma ve hatta elektrik verme dâhil tam bir işkence seansı ile vazgeçirilmeye çalışılsa da, genellikle başaramamaktadır. Bu özgürlük yolcuları, bir sedye üzerine alınıp üstü çarşaf ile örtülerek koğuşturulan arkadaşlarından ayrılışı hep hüznüldür. Kim bilir belki de görüyorlar, duyuyorlar, haberdardırılar da biz bilmeyiz.

Bu teftişlerde sizin için de bazı özel talimatlar verilir. Bir bakarsınız dosyanızı kolunun altına sıkıştırmış bir gardiyan sizi alıp götürmek üzere başınıza dikilir. Bazen hasta başı nöbetçisinin de size eşlik etmesine izin verilir. Ya da refakat etme görevi ona tebliğ edilir. Birlikte bindiğiniz asansörle binanın en alt bodrum katına inersiniz. Dar ve loş koridorlardan yürürken duvar kenarlarındaki oturaklara büzülmüş sıra bekleyen insanlar görürsünüz. Şanslı olduğunuzdan bütün bu yolu yürüyerek geçmişsinizdir. Yürüyemeyecek kadar düşkün olan ya da yaralı olanların sedyeleri üzerinde yatırılarak veya tekerlekli sandalyelerle buralara getirildiğine şahit olursunuz.

Size de bir köşeye ilişip beklemek düşer. Bu esnada sizin gibi bekleyen insanlarla dakikalar içinde ahbap olmak işten bile değildir. Kimi film için, kimisi de aletli muayene için beklemektedir. MR’ında

tümör çıktığını anlatanlarla, tomografide bir şey göremediklerinden bahsedenlerle, dağarcığına anjiyo, ultrason, biyopsi gibi tecrübeler ekleyenlerle burada tanışırsınız. İnsanların kısa zamanda yaşayarak ne kadar çok şey öğrendiği geçer aklınızdan. Bu arada yaşadığı acı tecrübeyi sizinle paylaşıp deşarj olmak isteyenler de az değildir. Sağ yanınızdaki ihtiyaç, nasıl kan işediğini, gelir gelmez kamışından sokulan demir boruyla nasıl bir ıstıraba düşer olduğunu hemen anlatır. Gözünüzde vahşi bir işkence sahnesi canlanmaktadır.

Bu esnada koridora açılan bir kapıdan dışarı sızan garip seslere kulak verir ve kapının üzerindeki, sizin için bir anlam ifade etmeyen yazıyı hecelemeye çalışırsınız: en-dos-ko-pi. Bu kapıdan içeriye baktığınızda yarı sarhoş bir halde, işkence altında kıvranan, öğrenen, inleyen insanları görürsünüz. Bunlardan birinin boğazından aşağı yılan gibi bir şey sokulmaktadır. Diğer taraftakini ise asla görmemiş olmayı istersiniz. “Zavallı, başına gelecekleri bilseydi, bu yılanın boğazından aşağıya sokulmasına çoktan razı olurdu” diye geçer içinizden. Canilere ilişir gözünüz; tanınmamak için olsa gerek, hemen hepsinin yüzleri maskeyle örtülüdür.

Henüz muhatap olmadığınız ameliyathane personelinin de böyle yüzlerinin maskeli olduğu söylenmektedir. Söylendiğine göre insanlar masalara yatırılıyor, oraları buraları neşterle yarıyor, içlerindeki dertler dışarı çıkarılıyor. Bu kesme-biçme esnasında hastaları bayılttıkları biliniyor. O yüzden gidenler o acı sahneleri hatırlamıyormuş. Ancak ameliyat öncesi çıplak olarak soğukta bekletilenler, sonrasında kendine gelirken tokatlanırlar, kan revan içinde yatağına terk edilenler, hep hastalar arasında anlatılmaktadır. En çok korkulan ise, vücudunun her deliğine bir hortum sokulmuş olarak yatağına terk edilen biçarelerin ilk gece çektikleri acıların.

Röntgen servisinde adınızın çağırıldığını duyar ve oraya yönelirsiniz. Ana koridordan biraz genişçe, içinde birkaç kişinin bilgisayarlarında çalıştığı bir odaya alırlar sizi. Çalışanlar adeta sizin gelişinizden habersiz gibidirler. Önlerinde camdan bir duvar vardır. Bu cam duvarın öte tarafında, beyaz rengin hâkim olduğu daha büyük bir oda dikkatinizi çeker. Sizi karşılayan görevli, otoriter bir tavırla, “üstündekileri çıkar!” diye komut verir. Perdeyle ayrılmış bir köşede bir yandan talimatı yerine getirmeye çalışırken, diğer yandan şaşkınlık içinde baktığınızı görünce, üstünüzü örtbileceğinizi, temizliği konusunda emin olmadığınızı, biraz da eskimiş, önlük benzeri bir giysiye işaret eder. Ardından ikinci uyarı gelir: “yüzük, saat gibi metal bir şey kalmasını!”



Acziyetten sinmiş bir halde talimatlara harfiyen uyarsınız. Bu garip ortamda size hitap eden görevli aynı zamanda rehberiniz gibidir, onun koruyuculuğuna sığınır, komutlarına teslim olursunuz. Rehberiniz sizi cam duvarın ardında dikkatinizi çeken beyaz odaya alır. İçeri girer girmez soğuk bir havayla karşılaşrsınız. Üzerinize devrilecek gibi duran, yuvarlak, oda gibi beyaz renkli, dev bir makinanın başındasınız. Bu büyük makina başucuna gelecek şekilde kızaklı dar bir yatağa sizi yatırır. Rehberiniz, içinde “panik, korkma, alarm” gibi kelimelerin geçtiği bazı şeyler söylerse de, şaşkınlık içinde ne söylediğini tam olarak anlamazsınız. Sonra sizi korkularınızla baş başa bırakırlar.

Önce hafif bir motor sesiyle birlikte üzerinde yattığınız sedyenin kımıldadığını fark edersiniz. Başucunuzdaki dev makinaya doğru hareket eder ve daracık bir borunun içine doğru yol alırsınız. Adeta sürgülü bir tabutun içine hapsedilmişçesine ürperir, yumruğunuzu sıkar ve nefesinizi tutarsınız. Soluk alıp verişlerinizin ve kalp atışlarınızın bu kadar sesli olduğu başka bir an yaşamamışsınız. Bu sesler size, tabut içinde de olsanız hala yaşamaya devam ettiğiniz uyarısını yapmaktadır. Çok geçmeden nefesinizi de, kalbinizi de unutturacak gürültüler başlar. Bundan sonrası korku ve panikten ibarettir. Makinaya yatarken rehberinizin söylediği cümlelerde geçen bazı kelimeleri şimdi hatırlarsınız. Zamanın izafiliğini yaşayarak anlamak bu olsa gerektir. Saniyelerin dakikalarla, dakikaların saatlerle, saatlerin günlerle örtüştüğü bir karmaşadır burada yaşanan zaman.

Şükürler olsun ki, bu yazıda geçen başta “siz” olmak üzere bütün karakterler hayal mahsulüdür. Sözü edilen mekân da, bir

kurgudan ibaret olup gerçek dışıdır. Ancak yazıdaki mekân ve karakterlerin ilham kaynağının tarihimiz olduğunu yadsıyamayız. Gerçek hikâyelerin de olduğunu görmemezlikten gelemeyiz. Eşinin hastalığı nedeniyle yaklaşık 2 yıl süren hastane günlüklerini kitaplaştıran Doğan Pazarcıklı, “Eşim ölmek için çok direndi. Bana öyle geliyor ki, bu koşullarda ölmek için değil de ölmek için dirensaydı biraz daha fazla yaşardı” diyor (4).

Yukarıda dramatize etmeye çalıştığım mekânlar günümüzde gittikçe yok olmaktadır. Buna rağmen, bir bütün olarak ele alındığında sistemimiz, hastaları barındıran “hastahaneler” olmaktan uzaklaşıp, tarihimizdeki ifadeyle hastaları iyileştiren “şifahaneler” haline dönüşmeyi başarmış değildir. Mekânları sadece hacimle, fiziki donanımla değiştirmek yeterli olmuyor; insani davranışlarla mekânı daha etkili bir şekilde değiştirebiliriz. Hastaların tıbbi anlamdaki ihtiyaçlarının yanında insani ihtiyaçlarının da olduğu göz ardı edilmemelidir. Yoksa yine isyana muhatap oluruz: “Olay buysa, ben hastaneye hasta sıfatıyla değil, *insan* sıfatıyla yatmak isterim. Bu mümkün görünmüyorsa, ne doktorları, ne kızımı, ne dostlarımı sıkıntıya sokar, inşallah hemen ölürüm” (4).

Görüldüğü gibi hastayı tıbbi obje olarak görüp onu tıbbi anlamda iyileştirme çabaları, onun insan kimliğine nüfuz etmeye yeterli olmuyor. Hastanın hastalığı kadar, onu kendisi yapan algılarına da odaklanmak gerekiyor. Algıyı ise sadece insanın duyuşal sisteminden kaynaklanan tek düze fizyolojik bir olgu gibi görmemeliyiz. Duyularımız aracılığıyla çevreden gelen verileri; geçmişten gelen tecrübelerimiz, inançlarımız, yaşadığımız sosyal ve kültürel olaylarla yorumladığımız zihinsel bir süreçten geçirerek kavramsallaştırı-

yoruz. Dolayısıyla insanı nasıl anatomi ve fizyoloji ile tam olarak açıklayamıyor ve bütüncül bir bakış açısına ihtiyaç duyuyorsak, algıyı yönetmek için de, böyle bütüncül bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Sadece fizik mekânı değiştirmenin algı yönetimi için yeterli olmayacağı açıktır.

Her halde işe; daha temelden, tıp eğitiminde başlamamız gerekiyor. Bütün tıp mesleklerinde insani bilimleri öğretmek, teknik bilgidan daha fazla önem taşıyor. Faik Çelik’in ifadesiyle, “Tıp müfredatına hangi model uygulanırsa uygulansın mutlaka tıp tarihi, tıp etiği ve deontolojisi, sağlık politikaları ve ekonomisi, tıp hukuku, tıp ve sanat, tıp ve felsefe, tıp ve edebiyat, tıbbi ve genel iletişim, tıbbi inovasyon ve tıbbi bilişim dersleri konulmalıdır. İnsan sevgisinin müfredatın kalbinde yer aldığı, endüstriyel ve oporünist tıptan uzak, pratik uygulamaların yoğun olduğu bir müfredat; bir sanat olan hekimliğin olmazsa olmazıdır.” (5)

Hastalarla birlikte hasta mekânları da iyileştirmek için, insan sağlığına insan oldukları için hizmet edebilen insanlar topluluğunun oluşturduğu bir sağlık ordusu yetiştirmek zorundayız.

Kaynaklar

1) Berberoğlu Ö: *Algı, Sınır, Kişisel Alan Kavramları ve Hastane Tasarımı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2010*

2) Güç B: *Kompleks bir yapıda mekânın algısal kaliteye etkisi: SDÜ Hastanesi örneği. SDÜ International Journal of Technologic Sciences. 5(2):145-155, 2013*

3) Hayran O: *Sözlü bildiri, Türk Silahlı Kuvvetleri XVI. Askeri Tıp Kongresi, 30 Nisan-02 Mayıs, İstanbul, 2009.*

4) Pazarcıklı D: *Bir Hasta Sahibinin Hastane Günlüğü. Alt Kitap, 2001*

5) Çelik F: *Tıp Eğitimine Farklı Bir Bakış. SD 11, 2009*

Hasta gözüyle mekân algısı

Kevser Akın



1982 yılında doğdu. İlk ve ortaöğrenimini Diyarbakır'da tamamladı. 2003 yılında İnönü Üniversitesi Türkçe Eğitimi Bölümünden mezun oldu. Yüksek lisans öğrenimini tamamladığı aynı üniversitede halen doktora çalışmalarını sürdürmektedir. Akademik çalışmalarının yanı sıra öykü ve deneme yazıları kaleme almaktadır.

"Beş dakika sonra hastaneden çıkıyorum. Son not: Bu odada başkaları inleyecekler. Onları şimdiden gayet iyi tanıyorum. Üstümden çıkarıp yatağa attığım robdöşambr içinde, ebediyen aynı insan bulunacak: Hasta."

(Peyami Safa, Dokuzuncu Hariciye Koğuşu)

Söyle güzel bir hastane çizelim gönlümüzce, devasa gri duvarlarını yıkalım önce, maviye boyayalım her yanını. Gökyüzü paklığı ile karşılaşın hastalarını. Kapılarından adım atarken içeri, o kesif kokusunu çarpması yüzlerimize. Bir tutam vanilya, biraz misk, sandal ağacı, amber, azıcık da kehribar karıştırıp sihirli bir koku üfleyelim koridorlarına. İnsan kalabalığı ile dolup taşmasın kapılar, sıra bekleyen insanların yüzlerine gülen suratlar takalım. İnleme sesleri bitsin, huzurlu bir melodi yayılsın dört bir yandan. Duvarlar rengârenk boyalarla bezensin; biri kırmızıyı seçsin, bir diğeri uçuk pembeyi... Siyah girmesin içeri. Sonra doktorlarımızı koyalım içine, hemşirelerimizi, hasta bakıcılarımızı ve diğerlerini. Onlar mı? Onlar gülümsesin, umutsuzlukla, korkuyla bakan yüzlere umut versin bakışları.

Gönlümüze göre bir hastane çizmek kulağa hoş gelen bir fikir ancak uygulamaya geçirilemeyecek kadar ütöpik. Hâlihazırda böyle bir fırsatımız yokken, mekân olarak hastane ortamını algılayışımız da küçük bir azınlık dışında maalesef pek de iç açıcı değil. Renklerin, kokunun, mimari yapının mekânları sıcak, samimi, huzurlu ve güven verici algılatmadaki rolü çok büyük ancak bunların çok daha öncesinde tecrübelerimiz, ruh hâlimiz, beklentilerimiz mekânları algılayış şeklimizi çok daha fazla etkilemekte. Acı tecrübeler çoğaldıkça mekâna yüklenen olumsuz duygular artmakta. Hiç hastane deneyimi yaşamamış biriyle ömrü hastane koridorlarında geçmiş biri için hastane kuşkusuz aynı duyguyu ifade etmez. Bir hasta olarak ya da hasta yakını olarak hastanede bulunmak her zaman için bilinmezliğin anahtarlarını ödünç almaktır. Ne renge boyarsanız boyayın

duvarlarınızı, ne kadar aydınlatırsanız aydınlatın kuytularınızı, orası kurtuluşu bekleyen insanlar için siyah ve beyazın karıştığı yerdir; gridir, dardır, soğuktur ve bir bıçağın ucu kadar keskindir.

Benim hastane ile tanışma hikâyem de griye henüz dönmemiş kirli bir beyazla başladı. Peyami Safa'nın "Dokuzuncu Hariciye Koğuşu" romanındaki kahramandan çok daha küçük olduğum yıllarda tanıştım hastane koridorlarıyla. Arı sokması ile şişen bedenimi söndürmek için apar topar sağlık ocağına yetiştirildiğim günleri saymazsam eğer, ilk hastane tecrübemi on yaşında küçük bir kız çocuğu iken yaşadım. Sağlık ocağı iyiydi, zihnimdeki rengi beyazdı, ürktücü devasa duvarları yoktu, hastaların bağışlarını duymazdınız orada. Elinde ilaçları ile gelen, enjeksiyon sırası bekleyen insanların uğrak yeri. Eli hafif hemşirelerden bahsederlerdi. Eli hafife denk gelen içten bir dua okur ayrılırdı. Pansuman denen bir şey vardı, bir de aşı vardı tabii. İsmi bile güzeldi, sağlığın yuvasıydı orası, küçük ama sevimli, korkulur muydu hiç? Yanakları, parmakları, bütün bedeni minik bir arının sokması ile davula dönen beni, eski boyutlarıma döndüren sihirli ilaçların olduğu büyülü bir mekândı, kurtuluş yerimdi. Ama on yaşında tanıştığım hastane koridorları aynı hissi vermemişti bana. Hasta değildim tanıştığım, iki günlük zorunlu bir kalıştı benimkisi, hasta yakını olarak bulunduğum kırk sekiz saatlik bir sınav yeri. Küçük olduğum ve her şeyin gözüme kocaman geldiği yıllardı. Daha önce gördüğüm sevimli sağlık ocağına ve kasabanın küçük hastanesine benzemiyordu. Kocaman, gri duvarlarıyla karşılaşmıştı beni, şehrin en büyük hastanesi olduğunu söylüyorlardı büyükler. Daha önce hiç görmediğim kadar hastayı görmüştüm koridorlarında.

Hepsinin ağzında bir sıra muhabbeti... Öfkeliydi herkes, koridorlarda, sedyelerde, tekerlekli sandalyelerde bir yığın insan... Zorlukla ayakta duranlar, ağlayan bebekler, beyaz önlüklü, mavi önlüklü hastane çalışanları... Ortak tek noktaları vardı; yorgun yüzleri.

Koridorlardan uzaklaşıp bir yığın insanla asansöre tıkmış, servislere doğru yol almıştık. Bu kez göz kliniğinin kapısı aralanmıştı. Polikliniklerdeki kargaşa yoktu orada. Servisin içerisine adım attığımda kocaman bir akvaryum ve içindeki rengârenk balıklar karşılamıştı beni. Hastanenin resmi ve soğuk atmosferi içerisinde gördüğüm en güzel şeydi o balıklar. Sonra iki yataklı, pencereleri hastanenin duvarlarına bakan, gündüz ve geceyi ayırmanın pek de mümkün olmadığı o kasvetli oda... Babaannemin odasıydı, yanında yirmili yaşların sonlarında olduğunu tahmin ettiğim başka bir hasta ve refakatçisi... Beyninde tümör olduğunu anlatıyor, gözleri tümörden dolayı görmüyormuş, ameliyata alınacakmış. Anlatıyor hikâyesini, on yaşındaki ben, umut vermeye çalışıyorum. "Konuş!" diyor, "Konuş, senin yaşlarında kızım var, tıpkı sana benziyor sesi, konuş ki o yanımdaymış gibi huzur bulayım. Konuş ki görmeyen gözlerim aydınlansın." Dinledikçe onu, iki yataklı, karanlık kasvetli oda daha fazla daralıyor, duvarlar üzerime üzerime geliyor, tıpkı bir dişli gibi içine almak ve parçalamak istiyor beni, pencereden sızan cılız ışık bir nokta kadar küçülüyor. Servisin huzur veren tek yerine kaçıyorum, akvaryuma, balıklara kaçıyorum, hastanenin tek huzurlu yerine... Dışarıda bahar, içeride kara kış hüküm sürüyor. Ne doktorlar ne de hemşireler konuşmuyor bizimle. Ne olacağını bilmeden bekliyoruz, onların yüzleri de asık, tıpkı koridorlardaki diğerleri gibi.

Servisten başka servislere geçiyorum. Elllerinde sonda torbaları koridorlarda gezinen amcalar, hepsi çok yaşlı, hiçbirinin iyileşeceğine inanamıyorum. Sanki o koca hastane insanları öğüten devasa bir değirmen gibi ürkütücü geliyor. Hastanede geçirdiğim iki gün uzadıkça uzuyor, çıkış anım bir tutsağın özgürlüğüne kavuşması kadar coşkulu. Dışarıdaki insanlar mutlu, karnaval coşkusu var yüzlerinde. Hastane siyah, dışarısı annemin bembeyaz çarşafı kadar pak... Yıllar sonra hastanedeki iki günümü yazdığım günlüğümü buluyorum bodrum katında, sayfanın arasından on yaşındaki küçük kızın çizdiği hastane resmi düşüyor. Duvarlarını siyaha boyadığım bir hastane, karınca sürüsü gibi insanlar, asık suratlı yüzler ve sonda torbaları elinde gezinen yaşlı amcalar...

Hasta yakını olarak ilk kez bulunduğum hastaneye mekân olarak yüklediğim anlam hayli kötüydü, sonraki yıllarda büyük bir değişim olmadı bu hissiyatımda. Ürkütücü, kasvetli, renksiz ve mutsuz bir mekân olarak kaldı zihnimde. Koridorlarında kaybettiğim sevdiklerimin de payı büyüktü sevimsiz hissetmemde. Sonra hafızama işleyen o kesif kokusu, her metrekaresine işlenmiş ağır koku. Dünya üzerindeki hiçbir parfüm üreticisinin bastırmaya kâfi gelemeyeceği keskin koku. Peyami Safa romanında bahseder o meşhur hastane kokusundan. "...iyod, eter, yağ, ifrazat ve saire kokularından mürekkep, terkibi tamamıyla anlaşılmayan bir hastahane kokusu..." (1) her dönemde aynı olan, değişmeyen, hastaneyi hastane yapan yegâne unsur...

Hastane, mekân olarak kişinin kendini savunmasız gördüğü, korunmaya en fazla muhtaç duyduğu, empatiyi iliklerine kadar hissettiği bir alan. Orada hasta ya da hasta yakını olarak bulunduğunuzda ne yaptığınız işin ne eğitiminizin ne de bilgi birikiminizin önemi kalmıyor. Tedavi gördüğünüz odanın konforu, ne kadar ışık aldığı, yemeklerinizin hangi tabaklarda servis edildiği, duvarlarınızın hangi renge boyandığı, yatağınızın teknik donanımı bir ayrıntıdan öteye geçemiyor. Orası ortak acılarla bir araya gelmiş insanların şifa dilendiği, bir mahşer yeri gibi kurtuluşu arzuladığı ortak bir alan. Hastane, dünya üzerindeki Araf'ı yaşatır size. Ağır bir tedaviden sıyrılıp kavuştuysanız sağlığınıza, bir daha düşmemek için gayret edersiniz. Çünkü orada her şey dışarıdakinden farklıdır. Aclan Sayılğan *Sanatoryum* adlı şiirinde çok güzel anlatır bu farklılığı: "*Burada/ Her şey/Bir başka/ Ağaçların bile/Ateşi*" 37.6 (2).

Hastanede hangi klinikte yattığınızın önemi yoktur mekânı algılayışınızda, ruh hâlinizdir belirleyici olan. Ünlü şair Tezer Özlü, manik-depresif tanısıyla hayatının bazı dönemlerinde psikiyatri kliniklerinde

tedavi görür, giyotine benzettiği elektroşok tedavisi uygulanır. Bir yazısında "*Bu kapıların ardına bir daha dönmeyeceğimi biliyorum. Böylesi bir sefaleti hiçbir zaman yaşamayacağım. Beni iyileştiren, ne şok ne de ilaçlar. Beni iyileştiren, bu kliniklere bir kez daha kilitlenme olasılığının verdiği derin korku.*" (3) diyerek tedavi gördüğü kliniklerin mekân olarak üzerinde bıraktığı silinmez etkiden bahseder. Onun gözünde hastane korkuyla örülü, kaçılması gereken karanlık bir alandır.

Hastane, çoğu hasta için negatif duyguları çağırırsa da azınlıkta olan bir grup hasta için güvenli bir mekân olarak algılanabiliyor. 1964 yılında basımı gerçekleştirilmiş olan "İniltiler" adlı kitapta Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde tedavi gören hastalardan birinin kaleme aldığı *Timarhane ve Ben* başlıklı şiirde hastanenin algılanışı oldukça sevimlidir.

"*Tuhaf bir aşinalık nedir timarhaneye
Taburcu olup olup dönüyorum geriye
Her seferinde bu son dedim arkadaşlara
Yine döndüm bahçeye, yemyeşil ağaçlara
Anlaşılan aşığım yeşil güzelliklere
Ne kadar desem geldim bu defa son kere
Öyle sanıyorum ki bir özlem duyacağım
Az zaman sonra tekrar burada olacağım
Cemiyetten daha hoş ve iyi ki burası
Silinmiyor ruhumdan yıllardır hatırası
Belki bir çöl olsaydı akıl hastanesi
Gidenlerin gelmezdi tekrar geri dönesi.*" (4)

Şiirin müellifinin hastaneye karşı hissettiği derin bağlılığı, hayatının hiçbir döneminde hissetmedim. Hasta yakını olarak bulunduğum hastane koridorlarında derin izler almışken bir de hasta olarak bulunmak ve mekânı canlı canlı hissetmek nasip oldu günün birinde, üstelik bir ameliyat dolayısıyla. Peyami Safa Dokuzuncu Hariciye Koğuşu'nda ameliyathaneye giren kahramanının gözünden mekânı şöyle tasvir eder.

"Bembeyaz oda. Hamam gibi sıcak. Sessiz. Kaynayan suların ince fısıltıları. Kımıldayan ve kımıldamayan beyazlıklar arasında kamaşan gözler eşyanın çizgilerini seçemiyorlar. Bütün salonu çökertecek ağır bir sessizlik. Hayatın nasıl bir şey olduğunu unutturan bambaşka bir âlem. Bir rüya odası. Uyuşturucu koku, belki de kloroform (...) Çabuk uyumak, kaybolmak istiyorum. Kuvvetli nefes aldım. Sesler, sıcak buğular arasında halvetlere doğru uzaklaşarak eriyorlar. Kendimi son defa olarak bir an bulup kaçırıyorum." (5)

Safa'nın tasvirinden farklı bir ameliyathane tecrübesiydi benimkisi. Kaynayan sular yoktu, bembeyaz bir oda da değildi

benimkisi. Ortak olan tek şey "Hayatın nasıl olduğunu unutturan bambaşka bir âlem, bir rüya odası." benzetmesi. Mekânın bende ruhsal algısı tam olarak buydu. Ameliyathane=Bir rüya odası.

Sedye, ışıklar, yeşil örtüler, kontrolünü kaybetmiş beden, etrafta gezinen eldivenli, yeşil kıyafetli, maskeli yüzler, kendi kendine kalış ve iliklerine kadar donduran soğuk... Benim hikâyemin ameliyathanesi bunlardan müteşekkildi.

Hasta olarak bulunduğum ikinci hastane maceramda mekâna dair algılarım biraz da olsa yumuşadı. Eski ürkütücülüğünü hissetmiyorum artık. Değişen ne mi, aslında hiçbir şey. Hâlâ istediğim renklere boyamadılar duvarları, hâlâ yığınla insan bekliyor sıralarda, hâlâ dehlize benzer uzun koridorları var servislerin, o kesif koku hâlâ çarpıyor yüzüme ama ikinci deneyimimde mekânı bana güvenli hissettiren bir şey oldu. Güler yüzlü insanlar çıktı karşıma, yapılacakları tek tek anlatan, beni rahatlatan insanlar... Bir robot olmadığımı, gevşeyen vidalarımı sıkıştırmak için ameliyathaneye alınmadığımı hissettiren insanlar. Hasta psikolojisinden anlayan çalışanlar. Şimdi anlıyorum ki zihinlerimizde mekânlara yüklediğimiz simgesel anlamlar ne kadar kötü olursa olsun hâlden anlayan, insan olduğumuzu hatırlatan, değer veren, gülümseyerek içimizdeki korkuyu yok eden insanlar varsa yanımızda bulunduğumuz mekânın fiziksel darlığının, bozuk mimarisinin, karanlık ve kasvetli hâlinin, hatta kötü kokusunun bile bir önemi kalmıyor. Çünkü mekân bu insanlar sayesinde genişliyor, aydınlanıyor, anne kucağı gibi güvenli bir sığınağa dönüyor.

Bazen sevinçlere gark edip cennet bahçesine bazen ıstıraba dost edip Yusuf'un karanlık kuyusuna dönse de, her durumda bir hastanın gözünde hastanenin en güzel yeri sağlığına kavuşup kapısından bahçesine adım attığı kapı eşiği oluyor. Hâsılı onlarla da onlarsız da oluyorum. Aşık Veysel'in dizesiyle "*Dünyalar durdukça dur hastane*" (6) deyip yolumuzun az düşmesini dileyerek yapalım duamızı...

Kaynaklar

1) Safa, P. (2000). *Dokuzuncu Hariciye Koğuşu*, İstanbul: Ötüken Yayınları, s.5

2) <http://evvel.org/sanatoryum> (Erişim Tarihi: 09.01.2016)

3) <http://yedigunyazilari.blogspot.com.tr/2013/02/tezer-ozlu-kanser-hayatn-ve-olumun.html> (Erişim Tarihi:08.01.2016)

4) Tuncer, B. (1964). *Akıl Hastalarının Yazdığı Şiirler: İnilti*, İstanbul: Matbaa Teknisyenleri Basımevi, s.85

5) Safa, P. (2000). *Dokuzuncu Hariciye Koğuşu*, İstanbul: Ötüken Yayınları, s.106

6) <http://muallimce.net/saglik-haftasi-siirleri/hastane-siiri> (Erişim tarihi: 08.01.2016)

Ölümü animsatan mekânlar

Dr. Mine Hanoğlu



İstanbul'da doğdu. Almanya'da başladığı ilköğrenimini İstanbul'da tamamladı. İstanbul Erkek Lisesinden mezun olduktan sonra İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesini 1984 yılında bitirdi. O tarihte Mardin'e bağlı olan İdil ilçesinde mecburi hizmetini tamamladı. Anestezi ve Reanimasyon ihtisası yaptı. 1994'ten beri Özel Nisa Hastanesinde Anestezi Uzmanı olarak çalışmaktadır.

"O ki ölümü ve dirimi takdir edip yarattı."

(Mülk suresi, 2. Ayet)

Foransa'ya, Rönesans'ın doğum yerine gittiğimizde aylardan Marttı ve sürekli yağmur yağıyordu. Kışın kasveti henüz dağılmamış, baharın renkli neşesi zuhur etmemişti. Bu yüzden sürekli kapalı havada dolaştığımız kentte bir de beni hayrete düşüren bir durumla karşılaştık. Hemen her kilisede içinde ölülerin bulunduğu lahitler vardı. Bu lahitler bizim alışkın olduğumuz gibi açık havada veya toprağa gömülü olarak bulunmuyor, bizzat ibadethanenin köşelerini işgal ediyorlardı. Hatta aziz veya azize naaşları saydam lahitler içinde tutuluyor, merhumun kaç diş çektirmiş olduğunu bile sayabiliyordunuz. Özellikle San Lorenzo Bazilikası adlı içi siyah granitle döşeli kilise, Medici ailesinin bütün fertlerinin lahitlerini kat kat barındırıyor ve bir zombiler mekânı etkisi ile tüylerinizi diken diken ediyordu. Ölümün bizatihi canlı bir olgu gibi ele avuca geldiği böyle bir mekân hiç görmemiştim, Müslüman muhayyilem böyle bir görüntüye önceden hazırlıklı değildi üstelik. Buna karşılık Michelangelo'nun ve Galilei'nin Santa Croce Bazilikası'ndaki lahitlerini çok hoş bulduk. "Dünya yuvarlaktır" diye tutturan büyük bilginin hemen mermerin altında olduğu fikri hoşumuza bile gitti. Daha sonra Sevilla Katedral'inde dört temsili İspanya kralının bir tahtirevan üzerinde Kristof Kolomb'un lahdini taşıdıklarını gördük. Kolomb gerçekten bu lahdin içinde metfunmuş. Demek ki Katolik dünyasında kalburüstü kişileri lahitlerde muhafaza etmek bir gelenek. Bu gelenek, zaten loş ve kasvetli olan kiliseleri daha da ürkütücü hale getirmiş.

Bizim kentlerimiz böyle karanlık ve karamsar değildir. Ölüm bizler için bir "karanlıklar ülkesi" olmadığından hemen yanı başımızdaki mahalle mezarlığı ile

birlikte yaşar, yine hemen her mahallede bulunan ermiş türbelerinden değil korkmak, bilakis korktuğumuzda oralara sığınmak suretiyle ölümle ünsiyet kurarız. Dinimiz bizleri ölümü unutmamak, gündelik hayatımız devam ederken arada bir hatırlamak üzere konuşturmuştur. Fakat seküler hayatın kargaşası içinde günümüz bireyi giderek bu algıdan uzak düşüyor. Zamanın dayatması ölümü hatırlamak değil unutmak üzerine kurgulanmıştır ve kendimizi bunun dışında tutmak giderek daha imkânsız hale gelmektedir. Böylece ancak yakınlarımızın başına geldikçe aklımıza düşer olmuştur ölüm. Yakınlık derecesine göre ölüyü hastanede, gasılhanede, teneşirde, musalla taşında veya mezarda görmek suretiyle ölümle ünsiyet kurulur olmuştur; o da kısa, geçici bir süre için.

Hastane aslında artık direkt olarak ölümü hatırlatan mekân değildir. Sadece ağır hastaların hastaneye yatabildiği yokluk günleri geride kaldı. Artık bütün bebekler hastanede doğuyor; sünnet, kulak delme, tırnak çekme için hastaneye koşuluyor. Modern hayatla birlikte henüz hastalanmadan hastane kapıları aşındırılır oldu; check-up denilen tarama testleri, rutin gebe ve bebek takipleri, normal hayatlarını sürdüren hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastaların ve şimdi ek olarak unutkanlık hastalarının takip ve kontrolleri herkesin hayatının bir parçası haline geldi. Hatta hastaneler daha iyi yaşamının (fizyoterapi) ve daha iyi görünmenin (dermatoloji ve estetik cerrahi) üsleri haline geldiler. Bugün fizik tedavi ve rehabilitasyon üniteleri ameliyathaneler kadar hatta daha geniş yer tutmaya başladılar.

Gasılhaneler her hâlükârda ölümle direkt temas edilen yerler olmakla

beraber ömründe bir kere bile olsa buralara girmiş kaç kişi bulabilirsiniz? Ancak en yakınları, tabii arzu ederlerse gusle refakat ediyor. Gasılhaneyi ölümü hatırlatma bakımından toplum nezdinde yok kabul edebiliriz.

Eskiden mahalle hayatı içinde bir cenazenin mahalle sakinleri için büyük değeri olurdu. Herkesin tanıdığı, sevse de sevmese de ölümü ile birlikte kırılganlıkların unutulduğu, cenazeye iştirak edip haklarını helal ederek herkesin ölüyü son bir kez andığı, ölümü hatırlayıp şöyle bir titreyip kendine geldiği bir gün yaşanır, hatta kalabalığın bir bölümü hemen yakındaki mezarlığa kadar ölüye eşlik ederdi. Artık komşularımızı zar zor tanıdığımız günlerdeyiz, uzaktaki iş yerimizden para kazanmakta olduğumuz işimizi veya daha dünyevi bir amaç için kullanmak istediğimiz izin hakkımızı bırakıp cenazeye katılmaya geçecek ilişkiler kurmak pek mümkün olmuyor. Ölüm haberini duyan "vah vah" deyip geçiyor. Eğer kişi bir caminin müdavimi ise ancak o zaman tanımadığı cenazelere karşı da "Farz-ı Kifaye"yi yerine getiriyor. Fakat zaten Allah yolundaki kişi ölümü de hatırlayan kişidir. Bu bağlamda camiler modern hayatın dışında kaldıkları ölçüde ölümü hatırlatıcı etkileri de azalacaktır.

Bazı camiler ise neredeyse sadece ölümle birlikte anılır hale gelmiştir. Din ile arasına mesafe koymuş olan ve kendilerine "elit" denilen kişiler İstanbul'da yaşıyorlarsa öldükleri vakit cenazeleri muhakkak Teşvikiye Camii'nden kalkar. Yakınları camiye neredeyse sadece cenaze dolayısıyla gider fakat yine içeriye adım atmazlar, bütün dini törenlerin dışında kalarak kenarda beklerler. Yine mutlak surette gömüldükleri Zincirlikuyu Mezarlığı'na gitmek mecburiyetinde kalan cenaze

mensupları, mezarlığın girişinde yazılı “Her nefis ölümü tadacaktır” yazısından, bunun bir Ayet-i Kerime olduğundan bihaber bir halde kendilerine ölümü hatırlattığı için çok rahatsız olurlar.

Bizzat kendimizin ölümü direkt düşünüp korktuğumuz iki modern mekân bulunduğunu düşünüyorum: İlki uçuş kabini, ikincisi ameliyathane. Uçağa binmek ve ameliyat olmak her ne kadar farklı amaç ve sonuç barındıran eylemler olsa da önemli bir ortak noktaları vardır, buralarda kontrolün elimizde olmaması. Hatta bu ikisi kontrol edilemez, öngörülemez ve bilinemez olayların başımıza gelebileceği tekinsiz mekânlardır. Ameliyathane bilinmezini siz “anestezi” olarak da okuyabilirsiniz. Halk arasındaki yaygın kullanımıyla “narkoz”, tıpkı uçağın kalkması ve inmesi sırasında olduğu gibi başlarken ve biterken daha tehlikelidir. Her iki durumda “uçuş” süreci nispeten emniyetli seyreder.

İnsanların hiç tanımadıkları kişiler olan doktorlara güvenerek kendilerini ve dolayısıyla hayatlarını teslim etmeleri beni hep şaşırtmıştır. Hukuki süreçler bence bu noktada anlamsızdır, siz öldükten sonra suçun doktora olmasının size bir faydası olmaz. Morbidite ve mortalite hesaplarını da çöpe atabilirsiniz. Başınıza kötü bir şey gelirse, bu sizin için % 100'dür, genel popülasyondaki yüzdenin bir anlamı kalmaz. Ameliyata da ölüme gider gibi gidilir zaten, kişi bütün elbiselerinden ve kimliklerinden soyutlanır. Çıplak ve savunmasızdır, zaten ilaçlarla sersemlemiş haldedir, kendisini böylece ameliyathane personelinin insafına terk eder. Ameliyata giren hastaların hemen hepsi bildikleri duaları okuya okuya gelirler, onlara asla müdahale etmeyiz. Yanlarında yazılı muska getiren veya kutsal metinleri kollarına yapıştıranlara yardımcı oluruz. Eğer hastayı rahatlatacaksa başlarken yüksek sesle besmele okuruz, Allah'a emanet olmaları ve şifa ile uyanmaları dilekleriyle anesteziye başlarız.

Aynı şekilde uçak kalkarken de insanlar ne kadar seküler ve sosyetik görünseler de gizli gizli bildikleri duaları okumaya başlarlar, bu sırada uçuş kabini derin bir sessizlik hâkimdir. Herkes bütün dikkatini uçak motorlarından gelen seslere vermiştir, en ufak bir cızırtıda tüyler diken diken olur. Laik devletimizin hava yollarında kalkışa geçmeden Batı müziği parçaları dinletilir, sanki bütün yolcular Batılı, seküler kişilermiş gibi davranılır. Kalkış sırasında müzik sesi bıçakla kesilmiş gibi susar, bence bu da “bindik bir alamete-gidiyoruz kıyamete” hissiyatına katkıda bulunur. Oysa kutsal beldelere giderken bindiğimiz Suudi uçaklarında okunan Sefer Duası bu toprakların insanlarını ne kadar da rahatlatır. Her yola çıkışta “Sefer Dua”lı



Fotoğraf: Dr. Mine Hanoğlu

uçaklar hayal ederim ben, nihayetinde bu duayı yanıma alıp kendim okumaya başladım. Eee, sefer bu; sonunda ölüm de olabilir.

Hava yollarında mutlak olan bol ikram, “gak” deyince yemek “guk” deyince çay-kahve, insanları devamlı yeme içme ile meşgul etmek, o esnada yerden 10 bin metre yükseklikte saatte 800 km hızla gidildiğini unutturmak içindir. Yemek, hayata tutunmanın olmazsa olmazıdır çünkü. İniş sırasında yine kısa bir gerginlik yaşanır ve uçağın tekerlekleri yere değer değmez ölüm, bir dahaki zoraki hatırlatmaya kadar hemen, derhal, katiyetle unutulur. Bir an önce kabinden inmek, Freeshopta paranın nimetlerine sınırsız tutunmak ve akıp giden hayata dâhil olmak için birbirini iteleme iteleme ilkerler insanoğlu.

Ölümü hatırlatan mekânlar arasında kabul eder misiniz bilmiyorum. Fakat hiç umulmadık şekil ve zamanda bizlere ölüm soğukluğunu ve kulağa buna tezatmış gibi gelen Azrail’in sıcak nefesini hatırlatan lamekân yer, uyku ve bedenimizden kurtulmuş ruhumuzun gezindiği rüyalar. Bir düş görüp hayatı değişen

nice insan vardır, rüyada varlığından bile haberdar olmadığı Peygamber Efendimizi görüp Müslüman olmuş olanlar vardır. Bizlerden biri, düşünde çok sevdiği birini kaybettiğini görmüş. Rüya bu ya, çok üzgün ve derin bir kayıp hissi içinde imiş. Bu üzüntüyle cenaze töreninde kimseyle konuşmamış, namaza iştirak etmiş, hakkını helal etmiş, cenaze alayına katılıp mezarlığa gitmiş. Naaş gömülene kadar hürmet ve üzüntüyle beklemiş, gönlü oradan ayrılmaya bir türlü el vermemiş. Bir köşeye çökerek herkes yavaş yavaş çekilip gidene kadar beklemiş. Sonunda “geç oldu, ben de gideyim artık” diye düşünüp yerinden doğrulmak istemiş. Fakat başını sert tahtalara çarparak olduğu yere yığılıp kalmış.

Bunun sadece bir düş olması hem olayın kahramanını, hem biz okuyucuları nasıl da rahatlatıyor değil mi? Hiç ölmeyecek gibi yaşamak ne kadar da çekici, tabii karnı tok, sırtı pek ve sağlıklı iken. Yarın öleceğimizi bilsek ne yapardık, rahat bir tek soluk bile alabilir miydik? Cenab-ı Rabbil Âlemin bizleri iyi ki böyle yarattı, iyi ki ölümü kolayca unutabiliyoruz. Yoksa bütün çekiciliğine rağmen yükü çok ağır olan yaşamı taşıyamazdık.

Gureba Hastanesi'nin "Dokuzuncu Hariciye Koğuşu"

Prof. Dr. Turan Aslan



1955'te Balıkesir'de doğdu. 1980'de mezun olduğu İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlık eğitimi tamamladı. 1995-2000 yılları arasında ABD'de bulundu. 2003-2005 yıllarında SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığını yürüttü. 2005-2010 arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği Şefi olarak görev yaptı. 2007-2010 yıllarında başhekim olarak görev yaptığı Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin üniversiteleşme sürecini yönetti. Halen aynı yerde Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD Başkanı olarak görev yapmaktadır. Kızılay Denetim Kurulu Başkanlığı, Adli Tıp Kurumu 5. İhtisas Dairesi ve Genel Kurul Üyeliği görevleri de süren Dr. Aslan evlidir ve 4 çocuk babasıdır.

Bezmialem Valide Sultan (1807-2 Mayıs 1853 Pazartesi) II. Mahmud'un eşi ve 16 yaşında tahta çıkan Abdülmecid'in annesidir. Osmanlı tarihinin eserleriyle en tanınmış, fakat hakkında bilinenlerin çok sınırlı kaldığı valide sultanlarından. Yeniliklerin gerçekleştiği Tanzimat döneminde genç yaşta tahta çıkan oğlu Abdülmecid'e dirayetiyle destek olmasının yanı sıra, dört torununun da (V. Murad, II. Abdülhamid, V. Mehmed Reşad ve VI. Mehmed Vahdettin) padişah olmaları nedeniyle son dönem Osmanlı devlet işleyişine ve yenilik hareketlerine damgasını vuran bir valide sultan olmuştur. Akıllı, onurlu, iyiliksever, yoksul ve gurebaya yardımı amaç edinmiş bir anne ve ince-duygulu bir kadın olarak toplum hafızasında yerini almıştır. Bezmialem Valide Sultan'ın genç yaşta vefatına neden olan hastalığı hakkında elimizde herhangi bir kayıt olmasa da, eşi II. Mahmud ve oğlu Abdülmecid'in yanı sıra o dönem saray erkânından bazılarının da vereme yakalandığı bilindiğinden "verem-ince hastalık-tüberküloz"dan vefat etmiş olması ihtimali oldukça yüksektir.

Valide Sultan döneminde, Müslümanların gidebileceği İstanbul'da var olan çalışan haldeki sağlık kuruluşları sayıca yetersiz olduğu kadar, sağlık hizmeti sunan yeterli sayı ve kalitede eleman bulunmayan bu sağlık kuruluşlarında fiziki koşullar yetersiz, donanımları da eksikti. İşe yarayacak olanların da sayısı azdı. Bunları; Fatih'te şifahane (metruk haldedir), Süleymaniye Darüşşifası (Daha çok psikiyatrik hastalara hizmet ediyordu), Haseki (Hürrem Sultan Darüşşifası: Düşkün

kadınlara barınak rolünü karşılıyordu), Üsküdar'da eski Toptaşı Tımarhanesinin yerinde Nur-u Banu Sultan Bimarhanesi (Askeri Hastane olarak kullanılıyordu) ve Edirnekapi Gureba ve Bekâr Hastanesi (Hapishanede hastalanarlara hizmet vermekteydi) şeklinde sıralayabiliriz.

Bu yetersiz sağlık teşkilatlanmasına ilaveten, gerçekleşen bazı olayların da yeni bir hastanenin kurulmasını gündeme taşıdığını söyleyebiliriz. Bu konuda farklı rivayetler olsa da, en akla yakın olanı, Valide Sultan'ın yolda rastladığı (hastaneye yatması gerektiği halde Cerrahbaşı Halil Efendi'nin bile yatıracak hastane bulmakta zorlandığı) bir hastadan etkilene sonucunu, yoksullara yönelik bir hastane yaptırmaya karar vermesidir (1). Bilgilerimize göre 24 Eylül 1843 tarihinde temeli atılmış olan hastane, 4 Nisan 1845 Cuma günü Padişah Abdülmecid ve devlet erkânının katıldığı bir törenle hizmete açılmıştır. 1845'te düzenlenen bir vakıfname ile "Gureba-i Müslimin Hastanesi" adı ile vakfedilmiştir. Tıp tarihimizde "hastane" adını alan ilk sağlık kuruluşudur. Vakıfnamenin ilk ve en önemli maddesi, Valide Sultan'ın o günkü koşullarda en ileri donanım ve insan gücüyle desteklediği hastanesini "gureba-i müslimin'e" tahsis ettiğini belirtmesidir. Bu zamana kadar yapılmış olan, adı geçen kurumların hepsi, yine hastane manasında olmak üzere, hep "Bimarhane" unvanıyla adlandırılmışlardır. Vakfiye ile fakir ve griplerin ücretsiz tedavisi sağlanırken, nizamnamesine ise hastaların işesi ve çalışanların hakları konusunda çok titiz hükümler konulmuştur: "Bir soğanın bir altın fiyatında bile olsa alınarak hastaya verilmesi", işseden tasarruf yapılmaması,

doktorların hasta yiyecekleri konusundaki tavsiye ve isteklerine kesinlikle uyulması gibi. Talimatnamede kimlerin **hastaneye kabul edileceği** açıkça belirtilmiştir: "Tedavi / ameliyat sonunda hastalıklarından kurtulabilecek olanlarla hafifletilebilecek hastalıkları bulunan garip-gureba ve yoksul Müslümanlar" olarak net bir ifade ile tanımlanmıştır. Glokom nedeniyle gözleri görmeyenler, kalıcı sağırılık, kötürüm, yatalak, bunak, mecnun olma halinde ve cüzzam hastası olanlar ile henüz çaresi bulunamamış olan hastalıklara yakalanmış olanların **hastaneye kabul edilmeyecekleri** kuralı konmuştur (2). Çalışan sağlık ve idari personelin ücretleri ve tayinleri, mesai ve izin durumları, hasta kabul ve taburcu edilmelerinde uyulacak kurallar vb. zamanın gereklerine göre hareket edilmesi ve **hastaların tedavisinde en son tıbbi gelişmelerin uygulanması** arzu edilmektedir. Hastanenin işleyişinde bugün bile yerleştirmekte zorlandığımız kalite standartları hedeflenmiş, vakfiyenin değiştirilmesi / bozulması "**vakıf-beddua-sı**" ile önlenmeye çalışılmıştır. Bu amaçla, "Allah'ın rızasına dayanarak hayır maksadı ile sağladığım vakıflarım ve bu vakfiye eklerinde yazılı bulunanlar ahiret gününe kadar şartları ile icra oluna... Kim vakıf şartlarını değiştirir ya da bozarsa dünya ve ahirette cezaya layık olsunlar" ifadesi yer almaktadır (Bezm-i Alem Vakıfnamesi: Varak 195). Osmanlı toplumunda sağlık kurumlarının genelde vakıf olmaları, sağlık hizmetlerinin **ücretsiz** verildiği anlamını içermektedir. İhtiyaç sahibine sağlık hizmeti arzının vakıf marifetiyle karşılıksız sunulması esastır. Günümüzdeki vakıf adı altında hizmet veren vakıf hastaneleri ve diğer sağlık kuruluşları Osmanlı'daki anlayıştan çok uzaktır.

Diğer yandan, tarihsel anlamda toplumların kaderine yön verme özelliğinde, çağlar boyu süren, topluma mal olmuş bazı hastalıklar vardır ki; toplumların kaderinde rol alarak insanlık tarihinin seyrini değiştirmiştir (veba ve grip pandemileri vb.). Bazıları da veremde olduğu gibi özellikle edebiyatta roman başta olmak üzere öykü, şiir ve tiyatro eserlerinde bir antite-morbid olarak ilham kaynağı olagelmışlerdir. Verem-tüberküloz-ince hastalık, geçen yüzyılda ölümü anlamlı kılmak için biraz da çaresizlikten olsa gerek sanatla iç içe bir hal olarak anılmış ve yaşanmıştır. Bu haliyle sanat eserlerine, romanlara, hikâyelere de esin kaynağı olduğunu görüyoruz. Özellikle 19. yy edebiyatı genç insanların veremden korkup-ürkmediği, ince hastalıkla gelecek ölümü huzurla karşılayan tiplerle doludur. Tüberkülozun, bulaşıcı hastalıklar arasında korunması toplumsal bilince yansımış, özenli davranış ve fedakârlık isteyen, tedavisi irade-sabır gerektiren kendine özgü-tipik hastalıklardan birisi olma özelliğini günümüze kadar inceden inceye koruduğunu görüyoruz. Hastalıktan etkilenen ise, bazen sade bir vatandaş, bazen de sağlık çalışanı rolünü oynuyor. Ama çoğu kez amansız kara sevdanın bir şekilde tezahür etmesinin aracı olarak rol üstleniyor ince hastalık. Padişahları, valide sultanları incitiyor, hasta ediyor ve bazen de güzel insanların yapacakları güzel işleri öksüz bırakıyor.

Edebiyatımızda veremin ilk kez, Tanzimat döneminde yazar Mehmet Murat'ın *Turfanda mı Turfa mı?* adlı eserinde sahnelendiğini görüyoruz. Takiben Nâbizâde Nazım'ın *Karabibik*, Abdülhak Hâmid Tarhan'ın *Finten*, Reşat Nuri Güntekin'in *Çalıkuşu*, Halit Ziya Uşaklıgil'in *Kırk Hayatlar*, Peyami Safa'nın *9. Hariciye Koğuşu*, Necip Fazıl Kısakürek'in *Bir Adam Yaratmak* adlı eserlerinde ince hastalığın sayfalarla konuk olduğunu görmekteyiz. Cahit Sıtkı Tarancı, Peyami Safa, Mahmut Yesari, Aclan Sayılğan, Memet Fuat, Rüştü Onur ise Türk Edebiyatında hayatının bir döneminde vereme yakalanarak onu bizzat yaşamış ve hatta bazıları ise ince hastalığa yenik düşmüş ünlülerimizdir. Peki, bu anlayış Batı Edebiyatı söz konusu olduğunda değişiyor mu? Tabii ki hayır; oyun aynı özellikleri ile farklı bir coğrafyada sahne almayı sürdürür. Lord Byron, Guy de Maupassant, Paul Eluard, Maxim Gorky, Panait Istrati, George Orwell, Friedrich Schiller, Albert Camus, Dylan Thomas, Franz Kafka bu sessiz ve çaresiz oyunun önde gelen aktörlerinden bazıları teşkil etmektedir.

Bu dönemde öyle bir akım oluştu ki, romantizm veremle özdeşleşti. Sanatçılar, adeta eserlerindeki kahramanları veya kendilerini vereme yakalanma ve ölmeye zorunluluğu altında hissediyorlardı. Aslında veremden ölmenin nasıl bir ro-

mantik yönü olabilir ki; ölüme zayıflayarak, kan kusarak, nefes almaya çalışarak gitmenin romantik bir tarafı olamazdı. Ancak sosyal sorumluluk sahibi olması gereken sanatçılar, yazarlar, ressamlar romantik olabilme modası uğruna bu gerçeği görmezden geldiler, gerçeklerden kaçtılar, toplumu yeterince bilgilendirmediler. Diğer yandan bilim adamları da kendilerine düşeni yaptılar mı acaba diye düşünmeden edemiyor insan. O günlerden günümüze çok ama çok şeyin değiştiğini biliyoruz artık. Tanı koymada, korunma önlemlerinde ve dahası tedavide önemli merhaleler kat edildi bu amansız hastalıkta. Batılılar, endemik bölgelere seyahat edecekleri zamanlarda bir tehdit unsuru gördükleri tüberkülozun en azından kendileri için bir halk sağlığı sorunu olmaktan çıktığını düşünüyorlardı ki, artmakta olan AIDS olgularına eşlik eden fırsatçı bir enfeksiyon olarak tanımlamamızla birlikte yeniden dikkatleri çekerek oldu ince hastalık.

Nitekim Dokuzuncu Hariciye Koğuşu'ndaki kemik tüberkülozlu genç adamın gözüyle hastanedeki atmosfer şöyle özetleniyordu: *"Öğleye doğru muayene odasının önü doldu. Sıralarda oturacak yer kalmadığı için yeni gelenler ayakta durdular ve anneler, hasta çocuklarını dizlerine oturtabilmek için duvar diplerine çömeldiler. Karanlık dehliz. Kapalı kapıların mustatil buzlu camlarından gelen soğuk ışıkların buğusu, yüksek ve çıplak duvarlara vurarak donuyor. Saatlerce bekleyenler var. Fakat buna alışmışlar. Az kimildanıyorlar, hiç konuşmuyorlar. Köpüklenerek uçan ve uzaklarda kaybolan bir beyaz gömlek ve iyot, eter, yağ, ifrazat ve saire kokularından mürekkep, terkibi tamamıyla anlaşılmayan bir hastane kokusu. Hastalara gelince, sıralarda hiç düz oturan yok. Hastalara sarı bir kol veya bacağın bozduğu muvazene ile hep, amutları kırılmış, yamrı-yumru duruyorlar ve büyükler küçüklere doğru eğilmişler. Başının her tarafı sargılarla kaplı, yalnız bir yanağı ve bir gözünü dışarıda kalmış küçük bir kız çocuğu, ağzını oynatmadığı için babasına elleriyle işaretler yapıyor. Ötekilerin hepsi alçının kaskatı uzattığı bir bacakla, sargıların dimdik tuttuğu bir boyunla, asılmış bir kola, her tarafları kısıvrak bağlanmış gibi hareketsizdirler."*

Romanımızın kahramanı olan 15'li yaşlardaki bu genç, dizindeki kemik veremi hastalığı nedeniyle iki kere ameliyat geçirmiş fakat iyileşememiştir. Doktoru, tıbbi tedavinin henüz kür sağlayacak ilaçlara sahip olmadığını, dolayısıyla tekrar ameliyat olmasının kaçınılmaz olduğunu tavsiye eder. Ancak ameliyat sonunda bacağını kaybetme tehlikesinin var olduğunu da üstüne basarak yineler. Genç, bu kötü haberi annesinden bile saklar. Ertesi gün başka bir doktora görünür; açık hava ve iyi bir dinlenme

tavsiyesi alınca ferahlar. Hastaneden hasta dizi için yeni bir ameliyat gerektiğini öğrenerek ayrılan genç, bu durumun etkisinde kalarak çevresine/tabiata adeta "hastalık/sağlık" zıtlığı açısından bakar.

Mekân, doğrudan, kişinin dingin, mutlu, huzurlu, sevinçli, rahat olmasına etki ettiği gibi tedirgin, mutsuz, huzursuz, rahatsız olmasında da etkili olabilir. Bu açıdan baktığımızda Dokuzuncu Hariciye Koğuşu'nda romanın başkişisinin (gencin) kimliğini yönlendiren, davranışlarına etki eden ve duygu hâllerini şekillendiren etkenler, mekânlardan kaynaklanmaktadır. Gencin hastaneye sürekli gidişi, hastanenin/dokuzuncu hariciye koğuşunun kapalı, soğuk ve ürperti verici havasını sürekli teneffüs edişi sonucu kendisinde oluşan ve iç dünyasında yer eden derin etkileri, olumsuz duygu hâli ve huzursuzluğu anlatılır.

Dokuzuncu Hariciye Koğuşu'nda "kemik veremi-tüberkülozu" hastası olarak yatıp tedavi gören genç (roman kahramanı-anlatıcı, anlatan, anlatılan) İstanbul'un kenar mahallelerinden birinde annesiyle yaşadıkları evini de kendisi gibi "yıkık, hastalıklı, kederli, soluk" olarak nitelendirir olmuştur. Aralarında tam bir benzerlik vardır. Bu benzerlik, benimsemeyi, benimseme de doğal bir sevgiyi getirmiştir. Yazılı kaynakların pek azında Dokuzuncu Hariciye Koğuşu'nun, bazen "Aşağı Gureba" olarak da adlandırılan Bezmi-alem Vakıf Gureba Hastanesi'nin tarihi binasında koğuş tarzında yapılandırılmış bir bölüm olduğundan bahsedilse de o bir simgedir artık (3). Romanın yaşandığı zaman diliminde ise hala önde gelen hastanelerimizden biridir. Kahramanımızın yatacağı bölüm de "9. Hariciye Kliniği"dir. Gördüğü tedavi sonucu bacağı kesilmekten kurtulur. Bacağı hızla iyileşir, hastaneden ayrılır.

Dokuzuncu Hariciye Koğuşu'ndaki genç adam ve benzerleri / daha da zorda olanlar ve garip-gureba, "kimsesizlerin kimsesi" olmayı sessizce sayılacak bir üslupla, yüzyıllar öncesinden "Valide Sultan"ın bıraktığı vakıf eserlerin gölgesinde, emniyetle ve gururla hizmet aldılar-varlıklarını sürdürdüler; hem de bacakları kesilmeksizin.

Kaynaklar

1) Nejat Sagun: "Vakıf Gureba Hastanesi 2. Cerrahi Kliniği Tarihçesi ve Çalışmaları", Bezmi-alem Vakıf Gureba Hastanesi, Yıllık Bülteni-1970, Sayfa: 150-160.

2) Nuran Yıldırım: Gureba Hastanesinden Bezmi-alem Vakıf Üniversitesine, 2013, Sayfa: 120.

3) Dokuzuncu Hariciye Koğuşu'nun Tefrika Edildiği Gazetede "Aşağı Gureba"daki Dokuzuncu Hariciye Koğuşu'nda Yatarak Tedavi Gören Gazetecinin Röportajından Bir Bölüm. 4 Ocak 1973 Tarihli Nüsha.

Engelsiz mekânlara doğru

Türkan Batur Başar



Hacette Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Mezunudur (2011). Uşak Üniversitesinde Sosyal Hizmet Uzmanı ve Engelli Birimi Koordinatörü olarak 4 yıl görev yaptı. Halen Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Sosyal Hizmetler Bölümünde Öğretim Görevlisi ve Engelli Birimi Başkanı olarak görev yapmaktadır. Aynı zamanda Türkiye Engelsiz Bilişim Platformu İstanbul Temsilcisidir.

Mekân insan yaşamını önemli oranda belirleyen bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Hümanistik yaklaşımın temsilcilerinden olan Maslow, sağlıklı bir kişiliğin gelişebilmesi için piramit şeklinde bir ihtiyaçlar hiyerarşisi belirlemiştir. 5 aşamadan oluşan bu piramit; sırasıyla fizyolojik gereksinimler, güvenlik gereksinimi, ait olma, saygınlık gereksinimi ve kendini gerçekleştirme gereksinimi aşamalarından oluşur. Bu yaklaşıma göre temel ihtiyaçları karşılanan insan; topluma aktif olarak katılım sağladıkça kendine saygı, güven, başarı gibi ihtiyaçların bulunduğu piramidin tepelerine doğru çıkar ve nihayetinde “kendini gerçekleştirme aşamasına” ulaşır. Ruh sağlığı alanında çalışan meslek elemanlarının amacı; insanların kendini gerçekleştirme aşamasına gelmesinin önündeki engelleri ortadan kaldırmasına yardım etmektir. Bu açıdan yaklaşacak olursak; “mekân” unsurunun kişinin “kendini gerçekleştirme aşamasına” ulaşmasında oldukça önemli bir rol oynadığını söyleyebiliriz. Hareket kabiliyetinizin kısıtlandığı, ihtiyaçlarınıza uygun olmayan tasarımlarla düzenlenen bir mekânda yaşadığınızı düşünün; kendinize ve topluma ne kadar faydalı bir birey olabilirsiniz? Basit düzeyde düşünecek olursak; insan kendini huzurlu, mutlu hissettiği mekânlarda kendisiyle daha barışık yaşar dolayısıyla daha üretken, daha aktif ve topluma daha faydalı bir birey olur. Bu bilgiler ışığında burada özel bir grubun önemi ortaya çıkıyor. “Engelliler”, bir başka deyişle “engellenenler...”

Doğru Kavram

Öncelikle bir konuya açıklığa kavuşturmak istiyorum. Ülkemizde engelli bireyleri tanımlarken kullanılan “sakat”, “özürlü”, “çürük” gibi kavramlar bir

terminoloji kargaşası yaratmıştır. Bu kavramların hepsi aynı tanıma yönelse de; bazı kelimelerin daha olumsuz mesajlar taşıdığı bir gerçektir. Engelli bireylerle yapmış olduğum görüşme ve gözlemlere dayanarak söyleyebilirim ki; sakat, çürük, malul gibi kavramlar engelliler tarafından aşağılayıcı kelimeler olarak algılanıyor. Geriye daha kullanımı daha yaygın olan “engelli” ve “özürlü” kelimeleri kalıyor.

Kanunlar Engelliden Yana

“6462 sayılı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Yer Alan Engelli Bireylere Yönelik İbarelerin Değiştirilmesi Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” kapsamında ülkemizdeki tüm mevzuatta yer alan sakat, çürük, malul, özürlü gibi kelimeler 3 Mayıs 2013 tarihi itibarıyla, yerini *engelli* ifadesine bırakmıştır (1).

Türk Dil Kurumu Nasıl Tanımlıyor?

Türk Dil Kurumuna baktığımız zaman özürlü kelimesinin *kusuru olan, defolu*, engelli kelimesinin ise *engeli olan, mâniâli* şeklinde tanımlandığını görüyoruz. Doğuştan veya sonradan geçirdiği bir kaza sonucunda, vücudunda bir hasar ya da eksiklik oluşan bireylere *özürlü* diyerek onları *kusurlu, defolu* diye tanımlamamız ne kadar doğru? Oysa engelli kavramı *engellenmeyi* akla getirdiği için daha yapıcıdır.

Sosyal hizmet disiplinine göre bireylerin toplum içindeki işlevsellik yeteneğini etkileyen şey, birey ve çevresi arasındaki etkileşimdir. Buna *çevresi içinde birey yaklaşımı* denir. Engelli kelimesi de kişiyi çevresiyle birlikte değerlendiren, kişinin toplum içinde karşılaştığı sorunların etrafındaki eksikliklerden, hatalardan

kaynaklandığını gösteren bir kavramdır. Bu sebeple sosyal hizmet alanında çalışan biri olarak engelli kavramının daha çözüm odaklı olduğunu düşünüyorum.

Engel, Fiziksel Çevre ile İlgilidir!

Herkes her konuda engelli olabilir. Gece saatlerinde tüm şehirde elektrikler kesilirse zifiri karanlıkta görmemiz engellenir, internet kesilirse bilgiye erişimimiz büyük oranda engellenir. Dolayısıyla engel, fiziksel çevreyle ilgilidir. Aslında engelli birey, fiziksel çevrede yer alan çeşitli yapılar tarafından engellenen kişidir. Dik-katlerin çekilmesi gereken temel husus; bu yapıları inşa edenler de bizleriz, yine bu yapıları engelli bireylerin kullanımına yönelik düzenleyerek *erişilebilir* bir ortam hazırlayacak olanlar da bizleriz.

“*Erişilebilirlik; engellilerin evlerinden çıkabilmeleri, başkalarına ihtiyaç duymadan binalara ve açık alanlara ulaşabilmeleri ve bunları kullanabilmeleri, kısaca toplumsal yaşama katılabilmeleri için yapıları çevrede ve kentsel hizmetlerde alınması gereken fiziksel ve mimari tüm tedbirleri içermektedir. Kaldırımlarda, yaya geçitlerinde, parklarda, çocuk oyun alanlarında, kamunun hizmet verdiği ve kamu kullanımına açık tüm binalarda ve ulaşım hizmetlerinde erişilebilirlik tedbirlerinin alınması, yalnızca engelliler değil hareketlerinde kısıtlılık yaşayan yaşlılar, hamileler, çocuklar, bebek arabalılar, çok uzun veya çok kısa boylu kişiler için büyük önem taşıyan bir gerekliliktir*” (2). Aile ve sosyal Politikalar Bakanlığının bu söyleminden de anlaşılacağı üzere erişilebilirlik, sadece engellileri değil toplumun tüm bireylerini etkileyen bir konudur. Bu sebeple engellilik alanında çalışan meslek elemanları erişilebilirliğin “evrensel tasarım” bir başka ifadeyle “herkes için tasarım” ilkesine göre yapılandırılması gerektiğini savunur.

Engelleri Kaldırmak İçin Başlatılan Mevzuat Yolculuğu

Herkes için erişilebilir mekânlar oluşturmak adına mevzuatımızdaki ilk önemli yasal düzenleme, 1997 yılında 3194 sayılı İmar Kanununa “Fiziksel çevrenin özürhürler için ulaşılabilir ve yaşanabilir kılınması için, imar planları ile kentsel, sosyal, teknik altyapı alanlarında ve yapılarda Türk Standartları Enstitüsü’nün ilgili standartlarına uyulması zorunludur.” maddesinin eklenmesiyle başlamıştır (3). Süreci aktif olarak başlatan düzenleme ise 2006 yılında şimdiki adıyla 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanuna geçici maddelerin eklenmesiyle gerçekleşmiştir. Eklenen bu maddelere göre; kamu binalarının, kamuya açık alanların ve toplu taşıma araçlarının engellilerin kullanımına uygun hale getirilmesi için yetkililere yedi yıl süre verilmiştir. 2012 yılında yani yedi yıllık sürenin bitimine doğru yedi yıllık süre bir yıl daha uzatılarak sekiz yıl şeklinde değiştirilmiştir ve Kanuna, erişilebilirlik düzenlemelerini denetleyecek komisyon ile ilgili bir fıkra eklenmiştir. Eklenen bu yeni fıkraya göre; “her ilde Aile ve Sosyal Politikalar, Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İçişleri, Çevre ve Şehircilik, Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlıkları ile engelliler ile ilgili konfederasyonların temsilcilerinden oluşan komisyon, kurumlarının erişilebilirlik düzenlemelerini denetleyecektir” (4).

Denetleme komisyonunun mevzuata eklenme süreci, erişilebilirliğin gitgide daha sağlam maddelerle yasada yer alması açısından ilgili camiada sevindirici bir gelişme olarak kabul edilmiştir. Ancak komisyonun sekiz yıllık sürenin sonunda eksiklik tespit ettiği kuruma 2 yılı geçmemek üzere ek süre verebileceği ile ilgili hüküm, erişilebilirliği dört gözle bekleyenler için bir hayal kırıklığı yaratmıştır. Bu gelişmeden bir yıl sonra 2013 yılında komisyonun çalışma usul ve esaslarını belirlemek ve gelecek para cezalarının kullanımına ilişkin hususları belirlemek amacıyla, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından “Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliği” yayınlanmıştır. Bu yönetmelikte erişilebilirlik denetlemeleri için binalar, açık alanlar ve toplu taşıma araçları 3 ana gruba ayrılmış ve her biri için “izleme ve denetleme formu” oluşturulmuştur. Bu formda, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Türk Standartları Enstitüsü işbirliğiyle belirlenen “erişilebilirlik standartları” yer almaktadır (5).

Erişilebilirlik standartları

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Türk Standartları Enstitüsü iş birliğiyle belirlenen erişilebilirlik standartları, kişi ve kurumların bu alandaki çalışmalarını doğru bir biçimde gerçekleştirmelerini sağlayacak önemli bir kaynak olmuştur. Bu standartların, çıkılamayacak kadar

dik rampaları veya önünde bariyer (ağaç, direk vs.) bulunan hissedilebilir yüzey çalışmaları gibi erişilebilirlik adı altında yapılan yanlış düzenlemeleri geride bırakacağı umulmaktadır. Zira bu standartlar; rampaların eğiminden merdiven basamaklarının derinliğine, işaret tabelalarının harf büyüklüğünden priz ve aydınlatma düğmelerinin yerden yüksekliğine kadar çok kapsamlı detaylara açıklık getirmiştir.

Yasada Belirtilen Sürenin Sonuna Geldik!

2015 yılını geride bıraktığımız bu günlerde hem sekiz yıllık mühlet süresini hem de denetleme komisyonunun verebileceği ek süreyi tamamlamış bulunmaktayız. Mevzuatımıza göre kamu kurumlarının, halka açık her türlü açık ve kapalı alanların ve özel / kamu toplu taşıma araçlarının, artık erişilebilir olması gerekiyor. Erişilebilir olmayan yapılar için kanunda belirtilen cezai işlemlerin uygulanması bekleniyor. Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliğine göre; “komisyonlar tarafından yükümlülüklerini yerine getirmedeği tespit edilen halka açık hizmet veren her türlü yapılar ve açık alanlarla toplu taşıma araçlarının sahibi olan gerçek ve özel hukuk tüzel kişilerine her bir tespit için 1000 TL’den 5000 TL’ye kadar; belediyeler ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarına her bir tespit için 5000 TL’den 25000 TL’ye kadar idari para cezası uygulanabilecektir” (5).

Para cezası caydırıcı olsa da bu konuda kalıcı bir çözüm oluşturmayacağı aşikârdır. Zira engelli bireylerin kullanımına uygun olmayan bazı yapıların, erişilebilir hale getirilmesi için gereken maliyet, ceza bedelinden çok daha fazla olabilmektedir. Bu maliyeti karşılamakta güçlük çeken bazı kurum ve kuruluşlar için ceza bedelini ödemek, erişilebilirlik düzenlemelerini yapmaktan daha basit bir çözüm olarak algılanabilir. Bu algının önüne geçmek için toplumun “düşünce” boyutunda bir değişikliğe yöneltilmesi gerekmektedir. Toplumda sosyal projeler, kamu spotları gibi uygulamalar aracılığıyla erişilebilirliğin insanca bir yaşam sürmenin koşulu olduğuna ilişkin farkındalık ve bilinçlendirme çalışmalarının artırılması gerekmektedir. Çünkü insanlar ancak birbirlerini tanımaya ve özel ihtiyaçlarının farkına varmaya başladıkça uyum içinde yaşamaya başlayabilir. Kişi ve kurumlar, bir dayatma olmaksızın veya bir denetleme beklemeksizin kendi erişilebilirlik düzenlemelerini yapmaya başladıkları zaman “engelsiz bir toplum” olduk demektir.

Engelli Bireyin Dilinden “Erişilebilirlik”

Topluma aktif katılım sağlayan engelli bireylerin artması, herkes için tasarlanan “erişilebilir yaşam dostu mekânlar” ile doğru orantılıdır. Engelli birey; yaşam

dostu erişilebilir mekânların bulunduğu toplumda eğitim, istihdam gibi çeşitli alanlarda daha görünür hale gelir ve bu sayede sorunları, ihtiyaçları beklentileri doğrultusunda çözüm üretme aşamalarında aktif rol oynama şansını yakalayabilir. Bu durum, sosyal refah düzeyi yüksek bir toplumu da beraberinde getirir.

“Evden çıkacağım zaman, fiziksel koşullardan dolayı mutlaka birilerinin yardımına ihtiyaç duyuyorum. Bu genellikle kardeşim oluyor. Kardeşim yoksa kuzenim ya da annem olabiliyor. Ama hiç biri yoksa çıkamıyorum evden! Ayrıca toplu ulaşım araçlarını kullanmam mümkün değil. Metrobüste rampa sistemi inanılmaz kullanışsız. Şoförler çoğu zaman saygısız, insanlar anlayışsız. Duraklar erişilebilir değil. Asansörler %90 ihtimalle bozuk ya da kapalı! Yollar ve kaldırımlar ha keza... Sonuç olarak kendi aracım yoksa her seferinde taksi tutmak zorunda kalıyoruz. E bu da (hele İstanbul gibi bir yerde) ciddi bir mali güç gerektiriyor. Sözün özü, kentleri ve mekânları erişilebilir kurgulamayan toplumlar bizleri engelli hale getiriyor!”

Yazımı hazırlama sürecinde irtibata geçtiğim; omurilik yaralanması nedeniyle 1999 yılından bu yana tekerlekli sandalye kullanan engelliler.biz Platformunun Yayın Yönetmeni Bülent Küçükaskan’ın “Yaşam dostu mekânların önündeki engeller nelerdir?” sorusuna vermiş olduğu yukarıdaki cevap, erişilebilir mekânların önemini gözler önüne sermektedir.

Bitirirken...

Sonuç itibarıyla ülkemizde özellikle mevzuat düzenlemelerinden sonra erişilebilirlik çalışmaları hız kazansa da uygulamalarda bir takım eksiklikler bulunmaktadır. Bu eksiklikler; “engelliler için” anlayışının, yerini “engelliler ile birlikte” anlayışına bırakmasıyla önemli oranda giderilebilir. Erişilebilir yaşam dostu mekânların önündeki engelleri kaldırmak için kalıcı bir çözüm oluşturmak, ancak bu sorunu yaşayan bireylerin çözüm sürecine dâhil olması ve sorunu kendi açılarından ele alıp değerlendirmeleri ile mümkündür.

Kaynaklar

1) 6462 Sayılı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Yer Alan Engelli Bireylere Yönelik İbarelerin Değiştirilmesi Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. (2013). T.C. Resmi Gazete, 28636, 25 Nisan 2013

2) <http://eyh.aile.gov.tr/uygulamalar/erisilebilirlik/erisilebilirlik-bilgilendirme-filmi> (Erişim Tarihi: 10.01.2016)

3) 3194 Sayılı İmar Kanunu, (1985). T.C. Resmi Gazete, 18749, 9 Mayıs 1985

4) 5378 Sayılı Engelliler Hakkında Kanun. (2005). T.C. Resmi Gazete, 25868, 7 Temmuz 2005

5) Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliği. (2013). T.C. Resmi Gazete, 28713, 20 Temmuz 2013

Hasta bina sendromu

Dr. Abdullah Uçar



2011 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2013'e kadar Sultangazi Lutfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi'nde acil servis hekimi olarak mecburi hizmetini tamamladı. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yayımlanan ve tıp fakültelerinde dağıtılmakta olan Panorama Dergisinin kuruluşunda ve yayın kurulunda 2 yıl görev aldı. İyilikhane Yetimlerle Dayanışma Derneğinin kuruluşunda ve yönetim kurulunda genel sekreter olarak görev aldı. İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı doktora öğrencisi olan, aynı zamanda aile hekimi olarak görev yapan Uçar, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Doç. Dr. Mustafa Taşdemir



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 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. Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi'ni bitirdi. 2004-2005 yıllarında Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi Yönlendirme Komitesi üyesi olarak çalıştı. 2008-2009'da 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 Taşdemir halen Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ve Sağlık Yönetimi Bölümü'nde çalışmalarını sürdürmektedir.

Gelişen teknoloji ve değişen yaşam standartları sebebiyle günümüzde insanlar vakitlerinin çoğunu ev, işyeri, okul, kreş, hastane, huzurevi gibi kapalı alanlarda geçirmektedir. Amerikan Çevre Koruma Ajansı (US-EPA) verilerine göre ABD'de yaşayan insanlar zamanlarının % 87'sini kapalı ortamlarda geçirmektedir (1). Aynı çalışmaya göre bu oranın 80'li ve 90'lı yıllarda da yaklaşık seviyelerde olduğu ifade edilmektedir. Vaktimizin büyük kısmını içerisinde geçirdiğimiz binaların sağlıkla ilişkisi araştırılmakta, olası sağlık sorunlarımıza yaşadığımız binaların ne derece sebep teşkil ettiği popüler bir halk sağlığı konusu olarak önem kazanmaktadır. Konuyla ilgili ulusal ve uluslararası literatür giderek zenginleşmektedir.

Kapalı alan ve sağlık ilişkisi konusunda yapılan çalışmalar ve üretilen kavramlar "Hasta Bina Sendromu" (HBS) kavramı etrafında yoğunlaşmıştır. HBS'nin ortaya çıkmasında rolü olan bazı faktörler; binanın mimari ve yapı özellikleri, havalandırma sistemi, hava kaynaklı kirlenmeler, yapı için kullanılan malzemeler, çatı yapı şekli, kat arası yüksekliği, binalar arası

ve bina içi koridorlar, merdivenler, yalıtım malzemeleri, iş stresi ve binalara yerleşen bazı mikroorganizmalar şeklinde sıralanabilir (2).

HBS'de ortaya çıkan semptomlar tek bir nedene atfedilemez. Normalde bunlar toplumda sık rastlanılan semptomlardır. Ancak HBS'yi özel kılan ve bir kavram olarak tanımlanmasına sebep olan özellik bina içerisinde bulunmakla kişide bazı semptomların gelişmesi ve binadan ayrıldığında semptomların gerilemesidir. Kapalı alanda bulunmakla ortaya çıkan semptomlar arasındaki karmaşık neden-sellik HBS ifadesi ile kavramsallaştırılmıştır. Bu yazıda, HBS'nin ne olduğu, tarihi gelişimi, semptomları, sebepleri, tanı ve tedavi yaklaşımı, korunma yolları özetlenmeye çalışılmıştır.

Kavramsal Çerçeve

Hasta Bina Sendromu terimi, bina sakinlerinin bina içerisinde vakit geçirmeleriyle ilişkili olan ancak herhangi bir sebebe veya hastalığa atfedilemeyen akut sağlık sorunlarını tanımlamak için kullanılır (3). Kişilerin şikayetleri binanın belirli kısımlarında lokalize olmuş olabilir veya aynı şikayetler tüm binada yaygın olarak görülebilir.

HBS ile karışabilecek bir başka tanımlama ise "Binayla İlişkili Hastalık (BİH)"tır (Building Related Illness - BRI). "Binayla İlişkili Hastalık"ta, ortaya çıkan semptomlar daha önceden tanımlanmış bir hastalığın parçasıdır. Ayrıca semptomlara sebep olan kaynak da tanımlanmıştır, belirlidir; alerjik alveolit, astım gibi. Örneğin Radon'a bağlı kanserojen etki HBS kapsamında değil, BİH kapsamında değerlendirilmelidir.

HBS ile benzer olarak şu kavramlar da kullanılmıştır:

- Hasta ev sendromu (SHS; sick house syndrome)
- Hasta hastane sendromu (SHS; sick hospital syndrome)
- Hasta evler, hasta ofisler (SH, SO; sick houses, sick offices)
- Hasta binalar, hasta insanlar (SB-SP; sick buildings, sick patients)
- Sıkı/sızdırmaz bina sendromu (TBS; tight building syndrome)
- Binayla ilişkili hastalık (BRD; building related disease / BRI; building related illness)
- Binayla ilişkili sağlık sorunları (BRHP; building related health problems)

Hasta Bina Sendromunun Özellikleri ve Önemi

Bazı binalarda birtakım non-spesifik semptomların görüldüğü ve bu semptomların binada geçirilen vakitle ilişkili olduğu ancak spesifik bir sebebin ortaya konulamadığı durumlar HBS olarak değerlendirilebilir. Kişilerde organik sebepler olmamasına rağmen binaya girdikten sonra mukus membran irritasyonu, solunum sorunları, deri irritasyonu gibi semptomlar ortaya çıkar. Yapılan çalışmalarda bu semptomların iç ortama girildikten sonra 15-30 dakika ila birkaç saat içerisinde başladığı ve binadan ayrıldıktan sonra 30 dakika ila birkaç saat içerisinde düzeldiği bildirilmiştir (4).

HBS'nin en önemli iki sebebi de iç ortam kirleticileri ve yetersiz ventilasyondur. Ayrıca binaya ait yapı özellikleri, kullanılan malzemelerin çeşidi ve kalitesi, binanın içerisinde bulunduğu coğrafya, bina mimarisi, kat arası ölçüleri, havalandırma, koridor ölçüleri, ısı izolasyonu, çatı yapısı gibi faktörler HBS'nin etyolojisindeki etkenler arasındadır.

HBS'nin bir halk sağlığı sorunu olarak gündeme gelmesinin sebepleri arasında sağlık bütçesine yükü önemli bir yer tutmaktadır. Amerikan Çevre Koruma Ajansı, ABD'de HBS kaynaklı sağlık sorunlarının ülke ekonomisinde oluşturduğu yıllık kaybın 1993 yılı için 60 milyar dolar olduğunu belirtmiştir (5). Bunun yanında toplumda oluşturduğu yaşam kalitesi sorunları, iş gücü kaybı, verim düşmesi gibi sorunlar da HBS'yi önemli bir halk sağlığı konusu kılmaktadır.

Hasta Bina Sendromu Tarihi

HBS kavramının ilk izleri 1970'li yıllarda görülmektedir. 1973 yılında OAPEK (Organization of Arab Petroleum Exporting Countries - Petrol İhraç Eden Arap Ülkeleri Örgütü) tarafından gelişmiş ülkelere uygulanan petrol ambargosundan dolayı ısı izolasyonlu binaların yapımı artmış, bundan dolayı binalardaki havalandırmalarda enerji tasarrufuna gidilmiş ve böylece ortaya çıkan yetersiz havalandırma, sıcaklık kontrastları, sentetik yapı malzemelerinin ağırlık kazanması sağlık sorunlarına sebep olmaya başlamıştır.

1975 yılında yayımlanan çalışmalarında Becker ve Maiman, binaların insanların sağlığını nasıl olumsuz etkileyebileceğini ve sağlıklı bir yaşam için nelere dikkat etmeleri gerektiğini ifade etmişlerdir (6). 1982'de Ricks "hasta evler, hasta ofisler" başlıklı çalışmasında, binalarda yaşayanların sağlığı ile binalar arasındaki ilişkiden bahsetmiştir (7). 1983 yılında Steuber ve Muller, hastane binalarının psikiyatri hastaları üzerindeki etkilerini

incelemişler ve HBS kavramı ile birlikte "Hasta Hastane Sendromu" kavramını da kullanmışlardır. 1984'te Hicks "Sıkı/sızdırmaz Bina Sendromu" (SBS) kavramından bahsederek, bulunulan işyeri ortamı ile kişinin sağlığı arasındaki ilişkiyi gündeme getirmiştir.

HBS'nin Semptomları

HBS'de bina sakinlerinin temel şikayetleri baş ağrısı, göz-burun-boğaz tahrişleri, kuru öksürük, deri kaşıntısı, baş dönmesi, bulantı, konsantrasyon bozukluğu, yorgunluk, koku hassasiyeti şeklinde sıralanmaktadır. Semptomların sebebi net olarak bilinmemektedir ve bina sakinleri binayı terk ettikleri andan itibaren kısa süre içerisinde şikâyetlerinin gerilediğini ifade etmektedir. WHO, HBS'de görülen semptomları şu şekilde sıralamıştır (8):

- Mukoz membran irritasyonu: Göz, burun ve boğazda tahriş.
- Nörolojik etkiler: Baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı kusma, yorgunluk, konsantrasyon eksikliği
- Deri semptomları: Deride kızarıklık, kaşıntı, ağrı, kuruluk
- Sebebi bilinmeyen aşırı duyarlılık reaksiyonları: Nefes darlığı, öksürük, astım olmayan kişide hırıltılı solunum (wheezing)
- Koku ve tat duyu kusurları: Anormal koku algılaması

Yapılan çalışmalar HBS'de en çok boğazda akıntı, tahriş ve kızarıklık görüldüğünü, daha sonra konsantrasyon bozukluğu, gözlerde akıntı ve kızarıklık, yorgunluk olduğunu göstermektedir (9).

Binayla ilişkili hastalıkta ise öksürük, nefes darlığı, ateş, titreme, kas ağrıları gibi klinik olarak tanımlanabilir şikâyetler ve bunların belirlenebilir sebepleri söz konusudur. Ayrıca şikâyetlerin azalması binayı terk ettikten sonra uzun süreler gerektirebilir. Bu özellikleriyle de BİH ile HBS birbirinden ayrılmaktadır.

HBS'nin Temel Sebepleri

HBS konusundaki nedensellik tek bir etkene atfedilemez. Etiyolojisine dair çeşitli teoriler öne sürülmüştür. Birçok uçucu organik bileşiğin toplanarak toksik etki oluşturduğu görüşü bunlardan bir tanesidir. Ayrıca biyolojik kirleticiler de önemli rol oynamaktadır. HBS için iki temel sebep genel kabul görmektedir. Bunlardan biri binanın "yetersiz ventilasyonu" ve diğeri "iç ortam havası kirleticileri"dir.

Bazı çalışmalar, binalarda kullanılan renklerin dahi yorgunluk ve depresyona yakınlık oluşturabildiğini göstermek-

tedir. Yapılan bir çalışmada renkler ve bireylerde yarattığı etkiler incelenmiştir. Kadınlar yeşil rengi rahatlatıcı ve heyecan verici olarak değerlendirmiş, erkekler ise depresif bir renk olarak tanımlamışlar ve duygularını olumsuz yönde belirtmişlerdir (10). Şimdi de HBS'nin sebeplerini detaylı olarak inceleyelim.

1) Yetersiz Havalandırma

Gelişen teknoloji ile birlikte artık büyük binalar, gökdelenler, devasa yapılar oluşturulmaktadır. Bu büyük yapıların iç mekân havalandırmasında dış ortam havasının doğal difüzyonu çok yetersiz olduğundan havalandırma sistemleri geliştirilmiştir. HVAC (Heating, ventilating, air conditioning) akronimi ile tanımlanan bu sistemler havayı alma, ısıtma veya soğutma ve nemlendirerek ortam havasını ventile etme prensibiyle çalışmaktadır. Bu sistemlerin farklı türleri üzerinde araştırmalar yapılmaktadır. Örneğin dıştan hava alan sistemlere oranla dışarıya hava atan sistemlerin HBS oranı daha azdır (4). Ayrıca yapılan bir başka çalışma sonucuna göre iyi havalandırılan binalarda HBS semptomlarının prevalansının azaldığı rapor edilmiştir (11). Özellikle kış aylarında, ısı yalıtımı ön planda olduğundan binalar yeterince havalandırıl(a)mamakta ve iç ortamdaki kirletici konsantrasyonları sağlığı tehdit edici seviyelere ulaşmaktadır (12).

Bu sistemlerin gelişmesi iç ortam havasının sağlığa uygunluk standartlarının da oluşturulmasını gerekli kılmıştır. 1900'lerin başında ve ortasında bina içerisindeki kişi başı sağlanması gereken dış ortam havası 15 cfm (cubic feet per minute) iken 1970'lerdeki petrol ambargosu ile bu standart 5 cfm'ye indirilmiş, buna karşın çalışanlarda SBS semptomları görülmüştür. Daha sonra ASHRAE (American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers) standartlarını kişi başı minimum 15 cfm, maksimum 60 cfm (sigara içilen ortamlarda) olarak revize etmiştir. Ofis ortamında ise standart 20 cfm olarak belirlenmiştir (13).

Isı yalıtımı konusunda endüstrinin gelişimi bazı yapı değişikliklerini de beraberinde getirmiştir. Isı izolasyonu kaygısıyla birlikte pencere ve kapılarda kullanılan ahşap malzeme, yerini PVC doğramalara bırakmıştır. Ahşap kullanıldığında bina içerisinde minimal ama sürekli olan hava akımı PVC kullanılan binalarda sonlanmış, bu minimal hava akımının yerini havalandırma sistemleri almıştır. Eskiden kullanılan ahşap malzeme toplum hafızasında sağlık açısından daha pozitif bir imaja sahip olacak ki endüstride ahşap görünümlü PVC'ler üretilmeye ve daha yüksek fiyatlarla sunulmaya başlamıştır. Sağlık açısından

Isı izolasyonu kaygısıyla birlikte pencere ve kapılarda kullanılan ahşap malzeme, yerini PVC doğramalara bırakmıştır. Ahşap kullanıldığında bina içerisinde minimal ama sürekli olan hava akımı PVC kullanılan binalarda sonlanmış, bu minimal hava akımının yerini havalandırma sistemleri almıştır. Sağlık açısından daha negatif imaja sahip bir ürünün “doğal” görünümü ahşap tasarımı ile endüstri tarafından daha yüksek fiyata satılması ironiktir.

daha negatif imaja sahip bir ürünün “doğal” görünümü ahşap tasarımı ile endüstri tarafından daha yüksek fiyata satılması ironiktir. HVAC sisteminde kullanılan yalıtım malzemelerinin kalitesi de, havalandırma kanallarının rezervuara dönüşmesini engellemek için önemlidir. Kalitesiz malzeme kullanımından dolayı, salınım yapan madde bizzat havalandırma kanalından yayılabilmektedir.

2) İç Ortam Havası Kirleticileri

Yeni binalarda ve tamirat geçiren binalarda kullanılan malzemeler sürekli olarak ortama kimyasal madde salınımı yapmaktadır. Formaldehit bunların başında gelmektedir. Bu sebeple yeni tamirat görmüş veya yeni yapılmış binalar şık görünümünün aksine HBS açısından daha fazla risk taşımaktadır. Örneğin formaldehit ev içerisinde birçok alanda kullanılan yapıştırıcılarda bulunmakta ve yavaşça salınmaktadır. Tayvan’da yapılan bir çalışmada, beş farklı büro binasında formaldehit düzeyleri ölçülmüş ve çalışma saatleri içindeki sekiz saatlik ortalama formaldehit konsantrasyonunun karsinojenik riski kabul edilebilir değerin 100 ile 1000 kat üzerinde bulunmuştur (14). Yapıştırıcıların kullanıldığı mobilyalar, halılar, duvar ve tavan boyaları, izolasyon malzemeleri, reçineler, laminat

parkeler başlıca formaldehit emisyon kaynaklarıdır. Bu malzemelerin kullanım süresi arttıkça emisyon miktarları azalmaktadır (15). Diğer bir örnek CO₂ konsantrasyonları. İç ortamda CO₂ konsantrasyonunun 800 ppm’den fazla olması ile HBS semptomlarının görülmeye sıklığının artmaktadır. Yüksek CO₂ konsantrasyonları iç ortam havası açısından bir kirlilik göstergesidir (4).

3) Biyolojik Etkenler

Bu grupta küfler başta olmak üzere bakteriler, polenler, virüsler yer alır. Bina içerisindeki ıslak zeminlerde yayılırlar. Küf grubunda yer alan Stachybotrys türü sık rastlanan bir etkenidir. 25°C’de %93 bağıl nem oranında yayılabilir. Ortam ıslaklığının artışı, daha düşük nem düzeylerinde de mantar üremesini kolaylaştırır. Kirli, duvar kâğıdı kaplı veya yıpranmış yüzeyler küf oluşumuna daha elverişlidir. Stachybotrys’lerin ortamda bulunma oranı diğer küf mantarı türlerine göre daha düşük olmasına rağmen diğer bütün küflerden çok risk oluşturmaktadır. Stachybotrys mikotoksin üretir ve birçok bina eklentisinde hızla üreyebilmektedir.

Yapılan bir çalışmada kapalı alanlarda duvardan duvara serilen halıların küf rezervuarı olması sebebiyle yüksek oranda uçucu organik bileşik ürettiği, halıların bu şekilde döşenmesinin HBS semptomlarını artırdığı tespit edilmiştir. Bu halıların iç ortamlardan kaldırılması sonucunda, HBS semptomlarında önemli derecede azalmaların olduğu gözlemlenmiştir (16).

Genel olarak iç ortam kirleticilerini şu şekilde sıralayabiliriz (17):

- Uçucu Organik Bileşikler
 - Formaldehit
 - Çözücüler
 - Yazıcı ve fotokopi artıkları
 - Boyalar ve resimler
 - Matbaa materyalleri
- Tozlar/fiberler
 - Asbest
 - İnsan yapımı mineral lifleri
 - Yapı malzemesi ve kâğıt tozları
- Biyoaerosoller
 - Bakteriler
 - Küfler
 - Virüsler
 - Polenler
 - Mantarlar:
 - Ev tozu akarları
 - Hayvan atıkları ve ekstreleri
 - Ev bitki ve çiçekleri, bozulmuş besinler
- Dış etkenler
 - Araç egzozları

- Endüstri egzozları
- Fiziksel faktörler
- Sıcaklık
- Gürültü
- Nem
- Aydınlatma
- İnsan aktivitesi sonucunda oluşan kirleticiler
 - Karbondioksit
 - Parfüm
 - Diğerleri
 - Akaryakıt ürünleri
 - Sigara dumanı
 - Pestisitler
 - Radon
 - Temizlik malzemeleri
 - Yapı malzemeler

4) İş Stresi

Stres, immünsüpresyon yapması sebebiyle HBS’ye zemin hazırlayabilmektedir. Bu nedenle iş ortamında yaşanan stresin, HBS’de görülen semptomların tetiklenmesinde bir etken olduğu bilinmektedir (18).

Tanı: Tanıda hasta ve bina ayrı olarak dikkate alınmalıdır. Hastadan iyi bir çevre öyküsü alınmalıdır. Ortam ve ekipman değişikliğinin kişinin semptomlarında değişime sebep olup olmadığı, benzer semptomların diğer iş arkadaşlarında olup olmadığı, binadan uzaklaşma ile ilişkisi sorgulanmalıdır. Organik sebepler ekarte edilmelidir. Binanın değerlendirilmesinde ise hekim, mühendis ve hijyenistler ekip olarak yer almalıdır. Binanın kullanım öyküsü alınmalı, bina sakinlerinin şikayetleri sorgulanmalı, ventilasyon kalitesi ölçülmeli, CO₂ emisyon oranları ölçülmeli, HVAC bakımlarının yapıp yapılmadığı incelenmelidir.

Tedavi: Kişilerin binada kalma süreleri düzenlenmeli, semptomatik destek verilmelidir. Ancak temel ilke binanın tedavi edilmesidir. Bu kapsamda bina içi düzeltici önlemler uygulanmalıdır. Bu önlemlerden bazıları şu şekilde sıralanabilir (2):

- HVAC bakımı periyodik olarak yapılmalı
- Ortam ısısı ve nemi kontrol edilmeli
- İç mekânlardaki ıslak ortamlara dikkat edilmeli, iç mekân nemini artıracak uygulamalar yapılmamalı
- Duvar kâğıdı kullanılmamalı, silinebilen yüzeyler oluşturulmalı
- Yeni mobilyalar yerleştirilmeden önce mekân havalandırılmalı
- Matbaa ürünleri kapalı dolaplarda muhafaza edilmeli
- Bina hava girişleri kirli hava ortamından uzak olmalı

- Yemek yapımında aspiratör kullanılmalı
- Sigara içilmemeli
- Nemli zeminler halıyla kaplanmamalı

Hasta Binadan Sağlıklı Binaya

Yetmişli yıllarda “hasta bina” kavramının ortaya çıkışından sonra iç ortam kalitesini konu alan etkinlikler düzenlenmeye başlamış ve süreç içerisinde 90’lı yıllarda yurtdışında ve 2000’li yılların başlarında da ülkemizde “yeşil bina”, “sağlıklı bina”, “akıllı bina” gibi kavramlar ekseninde kuruluşlar oluşmaya başlamıştır. 1978’den itibaren İç Hava kalitesi ve İklimi Uluslararası Konferansı (International Conference on Indoor Air Quality and Climate) başlığı ile uluslararası bilimsel faaliyetler düzenlenmektedir. Bu kongrelerdeki amaç; zamanımızın çoğunu geçirdiğimiz iç ortamın kalitesinin, konforunun, sağlık düzeyinin ve verimliliğinin artırılması, yeni binaların yapımı konusunda yenilikçi projelerin geliştirilmesidir (19).

Beşinci uluslararası kongreden sonra 1992 yılında bağımsız, multidisipliner, bilimsel ve kâr amacı gütmeyen bir uluslararası kuruluş olarak International Society of Indoor Air Quality and Climate - ISIAQ ortaya çıkmıştır. Kuruluş vizyonunu iç ortamdaki çevrenin sağlıklı, konforlu ve verimli bir şekilde oluşturulması olarak sunmaktadır.

Ticari amaçla kurulan kuruluşlar temel olarak 3 başlık altında kalite hizmeti sunmaktadır: 1) İç ortam Hava Kalitesi 2) Enerji-Etkin Yapılaşma 3) Verimli Su Kullanımı. Örnek vermek gerekirse Healthy Buildings International isimli kuruluş; vizyonunu iç ortam hava kalitesi programları geliştirmek, bina verimliliğini artırmak, binalar için kalite standartları belirleyerek sertifikalandırmak, enerji ve sağlıklı su standartlarını belirlemek, izlemek ve değerlendirmek olarak beyan etmektedir. Kuruluş; sağlıklı binaların oluşturulması için Green Key Certification, Energy Star Certification, LEED sertifikalarını sunmaktadır. Diğer taraftan Healthy Buildings başlıklı yıllık kongreler düzenlemektedir.

1993 yılında kurulan US Green Building Council (USGBC) gibi sertifikasyon kuruluşları da vardır. USGBC, LEED Green Associate ve LEED AP Credentials sertifikalarını sunmaktadır. Ayrıca kuruluş her yıl Uluslararası Yeşil Bina Kongresi ve Fuarı başlığı ile etkinlik düzenlemektedir. Yine inşaat sektöründeki profesyonellere eğitim, politika belirleyicilere danışmanlık hizmeti vermektedir.

Ülkemizde de sağlıklı bina kavramı gelişmeye başlamış, bu alanda sertifikasyon firmaları kurulmuştur. Bu firmalarda enerji-etkinlik, iç ortam hava kalitesi ve verimli

su kullanımı konusunda sertifikalandırma, izleme ve değerlendirme, danışmanlık gibi hizmetler sunulmaktadır.

Tartışma

Uygulamadaki boşluklar: HBS tanı ve tedavi basamakları doğrultusunda düşünülürse şunları sormak gerekir: Mevcut muayene rutinimizde HBS sorgulanmakta mıdır? HBS’den şüphelenildiğinde binanın tanı ve tedavisi için hangi kurum ile iletişime geçilmelidir? Veya bu konudaki tanı ve tedavi akış şeması ne olmalıdır? Hasta binaları muayene edip HBS kriterlerine göre tanı koyan ve tedavi eden kuruluşların oluşturulması bir çözüm olabilir mi?

Mevzuatımızdaki boşluklar: Konuyla ilgili mevzuatımızda “hasta bina sendromu” ibaresi yer almamaktadır. 2013 yılında 28710 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik işyerlerindeki bazı sağlık tedbirlerini içermektedir. Bina yapısı ve dayanıklılığı, kapalı alanların havalandırılması, ortam sıcaklığı ve aydınlatma, işyeri taban-tavan-duvar özellikleri, çalışma alanı boyutları gibi başlıklarda kurallar belirtilmektedir. Yönetmelik uygulanmasında ise Türk Standartları Enstitüsü’nün havalandırma, bina yapı işlerinde kullanılan malzeme standartları gibi rehberleri kullanılmaktadır (20, 21). Ancak bu rehberler HBS oluşmaması için gerekli sağlık koşullarını sağlamak hususunda eksik kalmaktadır. Ayrıca rehberlerin hazırlanmasında HBS bileşenlerinin ne kadar göz önünde bulundurulduğu sorgulanmalıdır.

Tavsiyeler

HBS konusunun Sağlık Bakanlığı düzeyinde gündeme gelmesi, hastalık yükünün araştırılması, HBS riskini azaltmak için politika geliştirilmesi gerekmektedir. İş sağlığı ve güvenliği konusunda İSGB ve OSGB’lerin oluşturulması örneğinde olduğu gibi yapılaşmanın giderek daha da karmaşık bir hal aldığı günümüzde artan HBS riski karşısında yaşam ortamları için “bina tanı-tedavi rehberleri” ve ilgili hizmet birimlerinin oluşturulması, HBS açısından yapıların puanlanması ve kategorize edilmesi HBS riskini daha da azaltabilir. Ayrıca HBS konusunda başta ilgililer olmak üzere toplum bilgilendirilmeli ve güçlü bir “sağlıklı bina” inisiyatifi oluşturulmalıdır.

Kaynaklar

1) Klepeis Neil E, et al.; *The National Human Activity Pattern Survey (NHAPS): A Resource for Assessing Exposure to Environmental Pollutants*; *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology* (2001) 11, 231–252.

2) Günaydın M. Hasta Hastaneler: ANKEM Derg 2013;27(Ek 2):64-68

3) US Environmental Protection Agency; *Sick Building Syndrome; Indoor Air Facts No.4 Revised; Research and Development*; Feb. 1991

4) Zeydan ZE., Zeydan Ö, Yıldırım Y. Hasta Bina Sendromu; 9. Ulusal Tesisat Mühendisliği Kongresi; 2009

5) Deason, J. P., Tsongas, T. A., Cothorn, C. R., *Sick buildings: what have we learned and what can be done?*, *Environ Engg and Policy* 1, 37-45, 1998

6) Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations, *Med Care*, 1975;13(1):10-24.

7) Ricks DT. Sick houses, sick offices, *Respir Ther* 1982;12:59:62-6.

8) World Health Organisation. *Indoor air pollutants: exposure and health effects*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1983. (EURO Reports and Studies No 78)

9) Bourbeau J., Brisson C., Allaire S., *Prevalence of the sick building syndrome symptoms in office workers before and after being exposed to a building with an improved ventilation system*, *Occupational and Environmental Medicine*, 53, 204-210,1996

10) Manav, B. *Color-Emotion Associations and Color Preference: A Case Study for Residences Color Research and Application*, 2009: 32(2), 144-150.

11) Erdmann, C.A., Steiner, K.C., Apte, M.G., *Indoor carbon dioxide concentrations and sick building syndrome symptoms in the base study revisited: analyses of the 100 building dataset*, *Proceedings of Indoor Air 2002*, pp.443-448, 2002.

12) Jones, A.P., *Indoor air quality and health*, *Atmospheric Environment*, 33, 4535-4564, 1999

13) US Environmental Protection Agency; *Sick Building Syndrome; Indoor Air Facts No.4 Revised; Research and Development*; Feb. 1991

14) Wu PC, Li YY, Lee CC ve ark. *Risk assessment of formaldehyde in typical office buildings in Taiwan*. *Indoor Air* 2003;13:359-63.

15) Boubel, R.W., Fox, D.L., Turner, D.B., Stern, A.C., *Fundamentals of Air Pollution*, 3rd Ed., Academic Press, 1994

16) Jacobson, M.Z., *Atmospheric Pollution, History, Science and Regulation*, Cambridge University Press, 2002.

17) Carrie A Redlich, Judy Sparer, Mark R Cullen; *Sick Building Syndrome*, *Lancet*, Vol 349 April 5, p.1013-1016; 1997

18) Chang, C.C., Ruhl, R.A., Halpern, G.M. and Gershwin, M.E. , *The Sick Building Syndrome. I. Definition and Epidemiological Considerations*, *Journal of Asthma*, 30, 4, 285-295, 1993.

19) Douglas S. Walkinshaw, *Conference Summary: 5th International Conference on Indoor Air Quality and Climate; Applied Occupational and Environmental Hygiene*; 1991; 6(8) 656-663

20) TS EN 13180 (Türk Standartları Enstitüsü / Binalar için Havalandırma - Kanallar - Esnek Kanallar için Boyutlar ve Mekanik Özellikler Standardı)...

21) TSE K 367 (Türk Standartları Enstitüsü / Cam elyaf takviyeli polimer kompozit donatı çubukları-Beton donatısı için Belgelendirme Kriteri)

Değişen paradigmlar arasında kaybolan dil

Yrd. Doç. Dr. Ekrem Güler



1980 yılında Erzurum'da doğdu. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu (2004). Öğrencilik yıllarında "Marjinal" ve "Okuryazar" adlı dergileri çıkardı. Kardiyoloji uzmanlığı sonrası Milas ve Düzce Devlet Hastanelerinde mecburi hizmetini tamamladı. Halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Bölümünde Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır.

Ortak bir dile sahip olarak gerçek bir ilişki kurabilmek artık çok zor. Kadim ilişki türlerinden biri olan doktor-hasta ilişkisi değişen zaman ve koşullara göre yeniden şekillenemediği için bugün dejenerasyona uğramıştır ve kaybolan diğer tüm diller gibi tarihteki yerini almıştır. Bugün mesleğin temsilcileri olarak bizler ve hastalarımız, aramızdaki ilişkinin gerçeğinden koparılmış olarak artık birbirimizi anlayamaz noktadayız. Ulaştığımız bu noktada, yeni bir dilin inşası ve konumlarımızın tekrar ikame edilmesi mümkün mü?

Tartışmanın özünü oluşturan temel faktör, değişen rollerimizin sınırlarını, gereklerini ve tekabül ettiği gerçeği artık bilmiyor olmamızdır. Her şeyi belli bir standart temeline oturtmaya çalışan ve belli yönetmelikler dışına çıkılmasını istemeyen modern davranış, ilişkilerin gelişim ve içeriğini tarafların vicdanına bırakmadan belirleme amacındadır. Ancak doktor ve hasta arasındaki ilişki tam da tarafların vicdan, insaf, şefkat, güven ve iyilik duygularına muhtaçtır. Bütün kalıplaştırma ve matematiksel çerçeveler çizme uğraşına rağmen, her ilişki türünde olduğu gibi doktor-hasta ilişkisinin de objektif bir çerçeveye hapsolmesi imkânsızdır.

Genel doktor popülasyonu, tarihin herhangi bir dönemine kıyasla günümüzde toplumu daha çok yansıtıyor olsa bile, toplum tarafından kullanılan ortalama dil, doktor-hasta iletişiminin sağlanmasına imkân vermemektedir. Bunda, toplumun kullandığı kelime dağarcığı ve dilin anlam zenginliğinin kaybolması önemli bir etken olsa da, esas neden hastalar ile aramızdaki "a priori" ilişkinin bugün olmamasıdır. Kullandığımız cümlelerin benzerliğine rağmen, işaret ettikleri veya köken aldıkları referanslardaki farklılıklar iletişiminizi zorlaştırmıştır. Bu yazıda, değişen hastane mimarisi, beden ve

ölüm algısının doktor-hasta ilişkisine yansımaları tartışılmış, başka başlıklar altında genişletilmesi gereken bir tartışmaya giriş yapılmaya çalışılmıştır.

Beden

İnsan bedeni, fizik ve metafizik dünyanın temel çıkış öznesidir ve bedenin karşı karşıya kaldığı tehlike, hastalık vb. durumlar varoluşsal kaygı ile birebir ilişkilidir. Bu sebeple de bütün iktidarlar ve güç odakları, öncelikli olarak bedene hükmetmek ve onu şekillendirmek çabası içerisinde olagelmışlerdir. Modernite ve kendisinden doğan bütün ideolojiler, bedeni kontrol etme hedefinde olmuşlardır ve kendilerini beden üzerinden tanımlayarak şekillendirmişlerdir. Modernitenin "rasyonel akıl" ile hareket eden ve karar veren "birey"i, sağlıklı, güçlü olmak zorundadır. Uzaklaşmaya ve yok etmeye çalıştığı kadim dinler ve kültürlerden farklı gibi görünmeye çalışmasına rağmen, beden ilişkisi temelde benzerlik gösteren bu tutum rasyonel akıl ile çelişen metafizik bir çabadır.

Kadim dinler insan bedenini kutsar ve korunmasını emrederler. İslamiyet'te beden Allah'ın bir emaneti olarak insana verilmiştir. Hristiyanlık teolojisi ve metafiziği, İsa'nın bedeni ve Tanrının bedene hükmetmesi üzerine kurgulanmıştır. Uzakdoğu dinlerinde beden algısı, bedenin terbiyesi ve tanınması metafizik alana açılmanın bir basamağıdır. Modern iktidarların erken dönemde devlet eliyle bedeni şekillendirme çabaları; bizlere dikte edilen moda ile sağlık ve mükemmellik algısıyla gerçekleşmeye devam etmektedir. Tartışmamızın en önemli noktalarından biri, bu sebeplerle beden, beden algısı ve ona müdahalenin sınırları ile ilgilidir. Çünkü bir sorunu ve problemi sebebiyle acısına çözüm bulmaya çalışan kişi/ hasta ile bu acıyı dindirme bilgi, beceri ve tecrübesine sahip olduğu için danışıldığında yardımcı olan doktor ilişkisi, tıp biliminin öncelikli öznesi olan "beden"

üzerinden gelişir. Değişen paradigmlar sebebiyle artık herkesin müdahil olduğu ortak alanımız olan beden ve beden algısındaki değişim, aramızdaki ilişkiyi de deforme etmiştir. Artık doktor-hasta arasındaki ilişki, acıyı sonlandırma üzerinden tanımlanmamakta ve iktidarlar bedeni kontrol etme çabasında modern tıbbi ve doktorları kullanmaktadır.

Kişinin acısını ve ıstırabını dindirmek, sınırları ne kadar net bir uğraş ise; henüz hastalık gelişmeden kontrol edebilme ve "sağlıklı yaşam" mottosu o kadar belirsizlikler içermektedir. Gelişen teknoloji ve yaygınlaşan bilgi kullanımımız, henüz en temel hastalıklarımızın başladığı ve bittiği sınırları dahi belirlememize yetmemektedir. Tıp alanında "normal" olanın belirlenmesinin zorluğu, onun kullanılabilirlik ve pazarlanabilirliğine yol açmaktadır. Uluslararası kılavuzlarda belirlenen tansiyon veya şeker hastalığı için üst sınırlardaki birkaç birimlik değişiklikler, milyonlarca insanın "hastalık" olarak etiketlenmesine neden olmaktadır. Toplum hayatının her alanını "satış yapılacak bir pazar" olarak gören ve bunu şekillendiren modern kapitalist sistemin, bu alana dokunmayacağını düşünmek safıktır. Bu sebeple doktor-hasta arasındaki en temel ilişki nedeni olan acının dindirilmesi, yerini birçok başka çıkar ilişkilerine bırakmıştır. Doktorlar değişen bu paradigmaya alternatif olabilecek bir öneri, reaksiyon veya yeni bir ilişki dili geliştiremediler. Mega projeler içerisinde, ilişkinin diğer tarafını temsil eden hastaların katılımı olmadan dejenere olmuş ilişki dilindeki problemin değişmesi çok zor görünmektedir. Ancak doktorların bu değişimin farkına varması ve bu probleme alternatif bir dil ihtiyacını kabul etmeleri daha önceliklidir.

Ölüm

İnsan bedeninin var olma çabasının son noktası ve doğal seyir içerisinde dejenerasyona uğrayan bedenin nihai olarak

karşılaşmak zorunda olduğu reddedilemez gerçek ölümdür. Ontolojik varoluşsal kaygılar insanı başka bir seviyeye taşıyor olsa bile beden yok olma korkusu ve tedirginliği kaçınılmazdır. İnsan için ölümün değiştirilemezliği, bir gerçeklik olarak anlık bir tecrübe olmaktan çok, bütün yaşamını ve hayatını etkileyen güçlü bir etkidir. Ölümün tetiklediği korku veya kaygı, insanın yaşam şeklini belirlemektedir. Doğu ve Batı toplumları arasındaki birçok kültürel ve yaşamsal ritüel farklılıkları gibi ölüm algısı ve etkileri de farklılık göstermektedir. Bu farklılık; kültürlerin şehir mimarisinden tıbbına, insan ilişkilerinden madde ile ilişkisine kadar her şeyi etkilemektedir.

Yüzyıllardır ölümü tecrübe eden insanın geleneksel dinler ve kadim gelenekler yoluyla bu gerçekliği kabullenilme başarısı gösterdiğini görmekteyiz. Toplum genetiği yoluyla aktarılan bu tecrübeler, insanın ölüme yaklaştıkça ve ölümü düşündükçe daha sakin kalmasını ve bütün yaşamını ölüm korku ve kaygısı ile doldurmasını engellemiştir. Modern insanın daha fazla yaşama ve ölümsüzlük arzusu, teknoloji ve tıbbi gelişmelerle bir yere ulaşmış olmasına rağmen onu ölüm düşüncesi karşısında bilgisiz ve korunmasız bırakmıştır. Daha fazla yaşayarak ölümden daha fazla kaçabildiğini zanneden modern insanın hayatının her anı, her aktivitesi ölüm kaygısı ile doludur. Sağlığın satılabilir bir meta olduğunun anlaşılması sonrası bugün modern insanın maruz kaldığı en önemli problem, ölüm anksiyetesinin her türlü yoldan pompalanmasıdır. Hiçbir şikâyeti ve acısı olmayan, ancak hastanelerden uzaklaşmayan birçok genç ve yaşlı insan temelde bu anksiyete ile hareket eden müşterilerdir. Bu amaçla tüm dünyada gelişmiş olan check-up ve hastalıkların tüm hayat boyunca gelişebilme ihtimalini belirleyen “genetik analiz” sektörlerinin ve bunun uygulanma yöntemlerinin insan sağlığına ne kadar hizmet ettiğini tartışmamız gerekmektedir. Bütün bu büyük proje ve tartışmalar içerisinde doktorların nasıl bir konum almaları gerektiği ve doktor-hasta ilişkisinin çerçevesinin tekrar düşünülüp belirlenmesi gerekmektedir. Esas olarak bütün bu projelerin temelinde olması gereken bu ilişki, insanlarda değişen sağlık algısı ve sürekli tetiklenen ölüm kaygısı altında doğru bir noktada değildir. İnsanların daha eski zamanlarda kendi evinde, yatağında sevdikleriyle birlikte ölme düşüncesinin bugün hastane odalarında, yalnız başlarına ölme düşüncesine nasıl ve neden evrildiğini tartışmalıyız. Tedavisini üstlendiğimiz ve doğal sürecin bir parçası olarak kaybedilmesi beklenen hastaların dahi ölüm haberinin yakınlarına neden kolaylıkla değil de korkuyla, güvenlik güçlerinin gözetimi altında vermek zorunda olduğumuzu tartışmak zorundayız. Ölüm algısındaki bu değişimin sağlıkçılara karşı duyulan

nefret ve şiddetteki rolünün tartışılması gerekmektedir.

Mimari

Yaşanan ortam tekil olarak bireyin veya toplumun niteliklerinden (ahlak, kültür, algı vb.) ne kadar etkilenirse, çevresel faktörler de benzer oranda kişinin varoluşunda etkilidir. Bu sebeple, bütün iktidar ve güç sahipleri ideolojik dayatmanın bir parçası olarak şehirleri şekillendirmek, binaları ve mimariyi istedikleri şekle sokmak ve kendi izlerini bırakacak davranışlar sergileme meylinde olagelmışlerdir. En küçük düzeyde yaşadığımız evlerin zaman içinde uğradığı değişim, elbette kişinin içinde değiştiği ve etkilendiği paradigma değişimleriyle paralellik gösterir. Büyük aileden çekirdek aileye değişim, misafir algısının uğradığı değişim, doğa ile ilişkinin uğradığı değişim, yaşam-ölüm algısındaki değişim çevremiz gibi ev mimarimizi de değiştirmiştir. Geleneksel, modern ve post-modern mimarideki değişim insanı ve toplumları dönüştürecek etkinliği göstermenin yanında, aynı zamanda bu dönüşümün birer yansımalarıdır.

Orwel, “Kitaplar ve Sigaralar” isimli deneme kitabında 19. yy da bir süre yatmak zorunda kaldığı hastane ile ilgili gözlemlerinde, hastanelerin ancak çok fakirlerin gitmek zorunda oldukları yerler olarak tanımlar. İlk gün ile ilgili gözlemlerinden anlaşıldığı kadarı ile uygulamaların ve kuralların bir hapishaneden farklı olmadığı anlaşılmakta. Bunda; yattığı hastanenin pis kokulu, hastalığı çoğaltan ve maruz kaldığı kötü muamelenin yanı sıra günümüzde form değiştirmiş olsa da devam ettiği anlaşılan doktor ve hemşireler ile ilgili kötü niyet ve kasıtlı kötü medikal tedavi ile ilgili rivayetlerin etkisi vardır. Tarihsel seyri içerisinde uğradığı değişime bakıldığında, hastane olarak kullanılan sağlık komplekslerinin bugün bizim anladığımız anlam ve bütünlükte hizmet veren mimari yapılar olmadığı görülmektedir. Eve doktor çağırılması zenginlerin yapabildiği bir uygulama olmanın yanı sıra bildiğimiz anlamda sağlık hizmeti veren kurumsal hastane yapılarının henüz belirginleşmemiş olmasından da kaynaklanmaktadır. Modern devletlerin merkezi güç ve iktidarının yansıması olan hapishane, okul, fabrika gibi “disipliner” iktidar araçlarının bir benzeri olarak bildiğimiz anlamda hastane binalarının oluştuğu söylenebilir. Bu çerçevede klasik anlamda kabul edebileceğimiz hastane mimarisinin diğerleri ile benzerliği şaşırtıcı değildir. Blok tipte yapılmış veya farklı bölümleri birbirine bağlayan uzun koridorlardan oluşan hastane mimarisinin doktor-hasta ilişkisi çerçevesinde, bekleneceği üzere doktora bir güç atfettiği düşünülebilir. Ekonomik nedenleri de unutmamak şartı ile halk koğuştur tarzında imar edilmiş

yataklı servisler hasta mahremiyet ve hijyen koşullarını karşılamamaktadır. Bu anlamda hasta merkezli değişen sağlık hizmetlerine paralel olarak hastane mimarisi de değişmiştir ve hasta odası da dahil hizmetlerin daha kişiselleştiği görülmektedir. Bunun mahremiyet ve hijyen açısından daha iyi olduğu konusunda şüphemizin olmamasında, modern insanın daha yalnız, içine kapanık ve paylaşmak istemeyen yapısı ile ilişkisi de göz ardı edilmemelidir. Aile yapısı, misafirle ilişkisi değişen veya yalnız bireye dönüşen modern insanın ihtiyaçlarına göre şekillenen ev mimarimizin benzer bir yansıması bugün hastane mimarisini de belirlemektedir. Yaşadığımız kule evlerle hastane odaları artık birbirine çok benzemektedir ve bu nedenle bazen ev olarak inşa edilen bir yapı hastaneye kolaylıkla dönüşebilmektedir.

Bugün gelişen teknoloji ve artan tıbbi bilgimizle daha iyi sağlık hizmeti verdiğimiz doğrudur ancak “hasta merkezli” olduğunu iddia ettiğimiz sağlık ilişkimizin değişen modern algı ile ilişkisini göz ardı etmemeliyiz. Kentli modern insanı yoğunluk içerisinde boğarak varoluşsal kaygılarını unutturan bu yapının hasta ve hastalık çerçevesinden bakıldığında esas amacının unutturmak olduğunu söyleyebiliriz. Yeni hastane komplekslerimizin ortak kullanım alanları, kafe, restoran, oda servis ve satış yapan birimleri ile birlikte bir oteli andırmasındaki neden kişinin hastalık ve ilişkili ıstırabını unutturarak başka bir noktaya odaklanmasını sağlamaktır. Bu bir tercih olabilir elbette ancak buradaki temel belirleyicinin hasta ya da doktor olmadığını bilmek önemlidir. Bu değişimdeki önemli bir etkende acıya şahit olmak ve onu paylaşma ilgili değişimdir ki; değişen mimarimizin hastalık, acı ve ölüm gibi “nahoş” insani durumları saklamaya çalışan tarzda geliştiğini düşünüyorum. Hastane mimarimizin tıpkı evlerimiz için ihtiyacımız olduğu gibi daha yatay ve doğa ile bütünleşmiş, doktora ve hastaya mevcut hastalık durumunun dışında bir şeyi dikte etmeye çalışmayan, saygınlığını büyüklük ve insanları ezerek elde etmeyen, insani durumları unutturmaya hedeflemeyen, aramızdaki ilişkiyi destekleyen, mahremiyet-hijyen ihtiyaçlarını karşılayan, daha aydınlık yerler olarak dönüşmesi gerekir.

Kaynaklar

- Erol Göka, *Ölme, Timaş Yayınları, İstanbul 2009.*
- George Orwell, *Kitaplar ve Sigaralar, Sel Yayıncılık 2013.*
- Michel Foucault, *Deliliğin Tarihi, İmge Kitapevi.*
- Nazife Şişman, *Yeni İnsan, Timaş Yayınları, İstanbul 2012.*
- Pierre Hadot, *Wittgenstein ve Dilin Sınırları, Doğu Batı Yayınları, 2009*
- Susan Sontag, *Başkalarının Acısına Bakmak, Agora Kitaplığı 2014.*

Ergoterapi açısından mekân ve sağlık

Yrd. Doç. Dr. Devrim Tarakçı



1977 yılında doğdu. İlk ve orta öğrenimini Sinop'ta tamamladı. 1999 yılında İstanbul Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünden mezun oldu. Özel sektörde eğitim ve rehabilitasyon alanında yönetici ve fizyoterapist olarak görev aldı. 2013 yılında İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalında doktorasını tamamladı. Aynı yıl Medipol Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde Yardımcı Doçent olarak çalışmaya başladı. 2015 yılında aynı üniversitenin Ergoterapi Bölüm Başkanlığına atandı ve halen görevine devam etmektedir. Çalışma alanları pediatrik rehabilitasyon, virtüel rehabilitasyon ve ayak bileği bozuklukları olan Dr. Tarakçı, evlidir ve bir çocuk babasıdır.

Sağlıklı bir fiziksel ve psikososyal iş yeri çevresi; iş metodu, çalışma yeri, araç gereç ve ekipmanların ergonomik dizaynı ile yaratılır. Ve bunlar, çalışanların stresin neden olacağı etkilerle baş etmelerine yardımcı olur. Ergoterapistler, ergonomik dizayn, tekrarlayan hareketler ve iş yerinde meydana gelebilecek diğer yaralanmalarda uzman kişilerdir. Ergoterapistler iş yerinde pek çok zorluğun üstesinden gelmek için yardım ederler.

Yaşam, anlamlı günlük aktivitelerden oluşur. Aktiviteler yaşamın bir parçasıdır (bizim kim olduğumuzu ve kendimizi nasıl hissettiğimizi tanımlar). Sosyal, çevresel sorunlar, yaralanmalar ve hastalıklar günlük aktivitelerimize katılımımızı etkilediğinde ergoterapistler çözüm bulmak için anlamlı günlük yaşam aktivitelerimizi baz alarak destek verirler. Ayrıca yaralanma, hastalığı önleme ve topluma entegre etmede görevlidirler. Ergoterapistler yaşam aktivitelerimizi yönetmemize yardım ederler. İnsanlar genellikle yaşamlarını aktivite ve rolleri ile ne yaptıklarını tanımlarlar. İş, yaşamda anahtar bir parçadır. Aktiviteler kişisel olarak anlamlandırılır ve zamanını doldurur. Ergoterapistlerin iş yerinde en çok karşılaştıkları yaralanmalar; bel-boyun ağrısı, karpal tünel sendromu gibi tekrarlı hareket ve kümülatif travmalarla ilişkili olan durumlardır. İş yeri için birincil müdahale; günlük egzersiz programları, stresle

başça çıkma, fiziksel ajan modaliteleri, uygun dinlenme araları, kullanılan ekipmanların modifikasyonları, iş rotasyonu, iyiliği artırıcı programları, biofeedback, kas-iskelet eğitimi ve organizasyon kontrol metodlarının düzenli bir şekilde uygulanmasıyla mümkündür.

İş stresi; çalışanlar üzerinde oldukça zararlı bir etkiye yol açar. Depresyon, anksiyete, kardiyovasküler semptomlar, kas gerginliği, işe gelememe, yaralanmalara açık olma, tükenmişlik gibi durumlara yol açabilir. Çalışanlar için stresi azaltıcı yapılandırılmış bir çevrenin kullanımı stres yönetimine yönelik pek çok yaklaşım için gereklidir. İş yaşamı strese neden olur. İnsanlar bunu yorgunluk, tükenmişlik, motivasyon eksikliği ile deneyimlerler. Çalışma saatleri dışında olası iş stresi ve semptomlarına karşı koymak için rahatlatıcı aktiviteler sağlığı geliştirmede yardımcıdır. Ergoterapist gözüyle bu duruma 4 adımda müdahale planlanması oluşturulur.

Birinci adım: Üretkenliği, kaliteyi azaltacak ve çeşitli sağlık problemlerine neden olabilecek risk faktörlerine yol açacak iş çevresindeki fazla stresi tanımlama ve analiz

İkinci adım: İş yerindeki fiziksel ve psikolojik stresörlerin tanımlanması ve analizi

Üçüncü adım: İş yeri organizasyon yapısındaki değişim(işveren ve çalışan için stresi azaltmaya yönelik)

Dördüncü adım: Bireysel stresle başa çıkma programını planlama (meditasyon, gevşeme, egzersiz ve biofeedbackler)

İşyeri Sağlığı Neden Önemlidir?

İşyeri sağlığını koruyucu programlar önemli bir iş stratejisidir. Sadece çalışan sağlığı ve üretim için değil, işveren için de sosyal bir sorumluluğu yansıtır. Yeni yetenekleri ortaya çıkarmayı, mevcut çalışanları korumayı ve yönetmeyi sağlar. Yaralanma ya da hastalık durumunda çalışanlar gerektiğinden daha uzun süre üretimden uzak kalırlar veya optimal becerilerini, performanslarını gerçekleştirmezler. Bazı çalışanlar başka bir görev, çevre ya da araç değişikliğinde faydalı olabilecek iken bunlar gerçekleşmediği için işe dönemezler. Bu da özel sektörde kayıplara neden olur.

Ergoterapistler, çalışan sağlığının ve iş çevresinin birbirini etkileyen geniş bir yelpazesinin olduğunu farkındadırlar. Aktivitelerdeki performans, organize etme ve tatmin, kişiler arası ve çevreleriyle olan ilişkileri etkiler. Ergoterapistler iş yeri sorunlarına göre çözümler sunarlar.

- İşveren ve çalışan ile hedefler ve aktivitelerin hangilerinin önemli olduğunu anlamak için çalışanlar (bireysel-kurumsal olarak)

- İşin gereklilikleri ilgili olan kişinin becerilerini değerlendirirler(ağrı, edürans,

depresyon, korku, aile desteği, zaman, finans)

- Kişi, çevre, aktivite ve üçü arasında ki ilişkiyi değerlendirirler

- Bireysel veya grup içi paylaşım sağlarlar(ağrı yönetimi, emeği koruma, iş tatmini)

- Çalışanların gelişimini destekleme, yaralanma ve ağrı riskini minimuma indirmek için kişinin ev içi ve iş çevresini adapte ederler

İş yükü ve çalışma gücünün en iyi şekilde dengelenip, hem çalışanın sağlığını koruyan hem de üretimin artmasını sağlayan insan-makine-çevre sisteminin başarılması için biyolojik bilginin anatomi, fizyoloji ve deneysel psikoloji alanında uygulanmasına ergonomi denir. Ergonomi, kişinin çalışma postüründen kullandığı araç-gereç ve ekipmana kadar kişiyi etkileyen bütün faktörler için geçerli bir kavramdır. Ergonomi kişinin çevresini dizayn eden ve en yüksek fonksiyonun ortaya çıkmasını sağlayan bir bilimdir. Kişinin iş çevresi bir çalışan olarak becerilerine uygun olmalıdır. İyi ergonomi yaralanmayı önler, sağlığı korur, güvenliği sağlar ve çalışanların rahat olmasını destekler. Ergoterapi insan bedenini, yapı ve fonksiyonları ve hastalık/yaralanmanın etkileri üzerine eğitim görmüşlerdir. Ayrıca ergoterapistler sağlıklı ve etkili çevreyi fasilite etmek için iş yeri bileşenlerini tanımlayabilirler. Bir ergoterapist iş yerinde olabilecek yaralanmalara yönelik teknikleri belirleyip çözüm önerileri sunabilir.

Çalışma postürü, sağlığı etkileyen bir diğer önemli kavramdır. Her mesleğe ait bir ergonomik çalışma postürü mevcuttur. Mesleğe ait uygun postürün çalışanlar tarafından öğrenilmesi, doğru postürün korunması, oluşabilecek yaralanmaları önlemede oldukça önemlidir. Bunun için riskli çalışma postürlerini inceleyen değerlendirme araçlarından biri "Ovako Çalışma Postürleri Analiz Sistemidir (OWAS). Bu değerlendirme aracı, çalışma sırasında her meslek grubu için kullanılabilen; kişinin baş, sırt, üst ekstremiteler ve alt ekstremitelerinin pozisyonuna göre kas-iskelet sistemi hastalıkları açısından riskini ve ergonomik açıdan yapılması gereken müdahaleleri ve derecelendirilmesini belirler. OWAS yöntemi, ergonomik problemlerin ortaya konması ve düzeltilebilmesini sağlamaktadır. Aktiviteler sırasında da ölçümler yapılabilir. Bu ve benzeri değerlendirme sistemleri sayesinde ergoterapistler günlük çevremizde görmezden geldiğimiz yaralanmalara neden olabilecek faktörlerin belirlenmesinde ve herhangi bir kayba uğramadan ortadan kaldırılmasında önemli bir rol üstlenirler. Örneğin günlük hayatımızda sık kullandığımız oturma postürü için dikkat edilmesi gereken bazı önemli noktalar

vardır. İyi bir oturma postüründe; kalçalar, oturma yerinin mümkün olduğu kadar gerisinde olmalıdır. Lomber bölge, kişinin doğal lordozuna göre desteklenmelidir. Gövdeyle uyluklar arasındaki açı dinlenme sırasında 105-110 derece, çalışma sırasında 90-100 derece kadar olmalıdır. Ayaklar yere kolaylıkla basacak şekilde desteklenmelidir. Oturmada iyi bir postür sağlamak için fazla efor harcanmaması gerekmektedir. Sandalye düzgün postürü koruyacak şekilde tasarlanmalıdır. Masa başında çalışma sırasında kullanılacak sandalyenin şu özelliklere sahip olması önerilmektedir:

Oturma yeri: Oturma yeri derinliği, kullanıcının uyluklarının uzunluğundan daha az olmalıdır. Oturma yerinin ön kısmı baskı yapmaması için yuvarlak kesimli olmalıdır. Eğim açısının öne doğru 5-10 derece olması önerilmektedir.

Yükseklik: Sandalyenin yüksekliği çalışılan masanın üst yüzeyinin yüksekliğine göre ayarlanabilir olmalıdır. Eğer oturma yeri çok yüksekse ve ayarlanıyorsa ayakları dayamak için ayak yükseltme aracı kullanılmalıdır.

Sırt dayama yeri: Sırt dayama yeri sabit, ancak sert olmamalıdır. Lomber bölgeyi destekleyecek şekilde konveks olmalıdır. Sırt dayama yerinin yüksekliği ayarlanabilir olmalıdır. Sırt dayama yerinin sahip olması gereken doğru açı, başın pozisyonu ve çalışma açısının gözlerle olan ilişkisine bağlıdır. Bu açı 90-100 derece arasında ayarlanabilir olmalıdır.

İş tatmini ve verimlilik, çevresel ve bireysel düzenlemelerle mümkün olabilir. Ergoterapist çalışanın maksimum iş tatminine ulaşmasını ve oluşabilecek işe bağlı yaralanmayı önlemeye yardımcıdır. Genel olarak ergoterapi açısından iş yaralanmalarına ilişkin müdahaleler dört başlıkta sıralanmıştır.

1. İnsan kontrol metotları uygun geliştirici taktiklerin öğrenilmesi ve çalışanın özel ergonomik ekipmanlarının (uygun sandalye, mesai öncesi basit egzersizler, çalışanlar için wellness programları) kullanılmasını içerir. Örnekleyecek olursak, mesai öncesi yapılacak olan basit egzersizler hem kurum içi çalışanların birlikte aktivitede bulunmalarına hem de kişinin bireysel olarak çalışma zamanını daha verimli geçirmesine yardımcı olur.

2. İnsan çevresi kontrol metodları iş yerindeki çevresel stres nedenleri ile oluşacak olumsuz etkilerin azaltılmasını içerir. Sıcaklık, gürültü, ışık, vibrasyon gibi çevresel faktörler kişinin yorgunluğunun önlenmesi için uygun hale getirilir. Örneğin bir kliniğin ergonomik şekilde dizaynı için hasta ve sağlık profesyonellerinin bütün ihtiyaçları ve görevleri analiz edilmelidir. Klinik duvar renginden, panolardan,

hastaların muayene odasına giriş ve çıkış kapılarının ayrı olmasına kadar geniş bir yelpazede düşünülmelidir.

3. Ekipman kontrol metotları koruyucu ekipmanları işi fasilite edecek şekilde ergonomik dizayn edilmesini içerir. Bu dizaynlar; ergonomik klavyeler, mouse'lar, parlama önleyici ekranlar, dirsek ve el bileği için istirahat ve koruyucu destekler ergonomik sandalyeler, bel ayak destekleri, yüksekliği ayarlanabilir masaları içerir. Örneğin uygun klavye kullanımı el bileği tekrarlı hareketleri sonucu oluşabilecek kimülatif travmayı önlemede yardımcı olabilir.

4. Organizasyonel kontrol metotları iş zamanı boyunca ortaya çıkan tekrarlı hareket gibi stresörleri engelleme stratejilerini içerir. Organizasyonel olarak iş ve iş-zaman planlaması ile aktivite rol dengesi sağlanır. Örneğin klinikte uygun hasta çalışma planı oluşturma ve gün içinde dinlenme boşluklarının yaratılması hem sağlık profesyoneli motive edecek, bu sayede hizmet alan memnuniyeti artacaktır. Bu artma organizasyona pozitif getiri sağlayacaktır. İş rotasyonu organizasyonlar tarafından kullanılan diğer bir müdahale yöntemidir. Bu metot; çalışanları tükenmişlik, tekrarlı hareket ve bitkinlik durumlarının azaltılması için alternatif bir görev sunar.

Sonuç olarak hangi meslek grubundan olunursa olunsun mekân ve sağlık arasında olumlu bir ilişki vardır. Mekâna ait yapılacak çok küçük dokunuşlarla beden ve ruh sağlığını koruma, çalışma potansiyelini artırma, iş gücü ve verimini arttırma mümkündür. Kişi de kendini koruma prensiplerini öğrendiğinde iş esnasında yapacağı çok basit egzersizlerle ve korunma prensipleriyle kendi sağlığını koruyarak kendi sağlığına bağlı işte oluşabilecek stresleri, işteki tükenmişlik düzeyini kontrol edebilir hale gelir. İşverenler de bu tür programları destekleyerek hem ülke ekonomisine hem de kendi ekonomilerine katkıda bulunabilirler. Ergoterapistler almış oldukları eğitime bağlı olarak mekân ve sağlık ilişkisini fasilite edici yaklaşımlarla hem bireysel hem de kurumsal olarak verimliliği ve başarıyı sağlarlar.

Kaynaklar

Law, M.C., Baum, C.M., Dunn, W. (2005). *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy*. Slack Incorporated.

Pollock, N., McColl, M., Carswell, A., Sumsion, T. (1999) *The Canadian occupational performance measure. Client-centred practice in occupational therapy. A guide to implementation*, 103-114.

Stein, F., Cutler, S. (2006). *Occupational therapy and ergonomics: Applying ergonomic principles to everyday occupation in the home and at work*, 132-200.



Bulduğumuz mekânda sağlığımız için kolay uygulanır egzersiz örnekleri

Yerel yönetimler penceresinden mekân ve sağlık

Dr. Salih Kenan Şahin



1967 yılında Erzurum'da doğdu. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu (1990). SSK Amasya Suluova Dispanserinde mecburi hizmetini, Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde Uzmanlığını, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü'nde İşletme Yüksek Lisansını tamamladı. Özel sağlık kuruluşlarında yöneticilik yaptı. 2005 yılında SSK İstanbul Sağlık İşleri Bölge Müdürü oldu, Genel Sağlık Sigortasının kuruluş çalışmalarına katıldı. Mart 2009'dan beri Pendik Belediye Başkanlığı görevini yürüten Dr. Şahin, evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

İnsan, yaşadığı mekânı şekillendirir; yaşadığı mekân da insanı... Bu karşılıklı etkileşim, tabii ve fitridir. Birey açısından yaşadığı ev, kullandığı yol, çalıştığı iş yeri, soluduğu hava, park, bahçe, yeşil alanlar, okul, cami ve diğer sosyal kültürel yapılar, mekânı oluşturur. Tabiatın belirlenmiş kuralları vardır. İnsan da tabiatla yaşayan bir varlık olarak, yaşadığı mekânı belli kurallar çerçevesinde etkiler ve bu mekândan etkilenir. Örneğin temiz bir çevrede yaşayan insanın hayatındaki her alanda daha derli toplu, daha düzenli olduğunu görürüz. Yeşilin bol olduğu bir çevrede yaşayan bireyler, yeşille hemhal olmayı, doğayı korumayı ve sevmeyi öğrenir. Kendisini daha enerjik hisseder, yaşama karşı heyecanı artar. Yoğun yapılaşmanın olduğu alanlar ise insanı ruhen ezer, can sıkıcı hale getirir. Tarihi yapıların bulunduğu kentlerde tarih ve kültür hassasiyeti çok daha güçlüdür. Bu tarz kentte yaşayan insanlar hem tarihi ve kültürel miraslarına sahip çıkarlar, hem de kültür ve sanatla iç içe bir yaşam tarzı belirleyerek kent medeniyetlerine katkı sunmaya çalışırlar.

İnsan, mekânı yine belli kurallar çerçevesinde belirler. Zira soğuk bir yerdeki mekân algısı ile sıcak bir yerdeki mekân algısı bir değildir. Burada iklim faktörü belirleyici bir unsurdur. Yine düz bir arazideki mekân algısıyla, eğimli bir arazideki mekân algısı bir değildir. Doğa ve iklim şartlarından sonra mekânı belirleyen en önemli unsurlardan biri ise ekonomik durumdur. Örneğin liman

kentleri tarih boyunca hep gelişen yerler olmuşlardır. Ulaşımın ağlarının yaygın olduğu bölgeler geçmişten günümüze kadar prestiji yüksek ticaret merkezleri haline almıştır. İpek Yolu ve Baharat Yolu üzerindeki kentleri bu duruma örnek gösterebiliriz. Ekonomisi güçlü olan yerlerde bir mekân tasavvuru oluyor ve bu mekân tasavvuru zaman içerisinde hayata yansıyor. Ekonomik açıdan zayıf olan bölgeler ve yerleşim yerlerinde ise daha bir fukaralık gözleniyor, yerleşim yerleri birbirine benziyor, zengin bölgelerle kıyaslandığında ciddi bir fark ortaya çıkıyor.

Mekânın belirlenmesinde önemli unsurlardan biri de beşeri güçtür. Toplumun eğitim düzeyi, gelecek vizyonunun belirlenmesinde son derece belirleyici ve kritik bir unsurdur. Öngörü seviyesi düşük olan toplumlar günün sonuna huzur içinde erişmeyi planlarken, kültürel anlamda gelişmiş toplumlar yüzyıllar sonrasına ulaşacak örnek mekânlar oluşturmuşlardır. Onların öngörülleri çağları aşmıştır.

Günümüzde kamusal alandaki gelişmeler, kurumsal yapıları öne çıkarmıştır. Bugün toplumların önemli bir kısmı kentlerde yaşamaktadır. Dünyanın pek çok gelişmiş ülkesinde bugün kentlerde oturan nüfus yüzde %70'lerin üzerindedir. Bu oranın gelecek 50 yıl içinde yüzde 90'lara ulaşacağı beklenmektedir (1).

Bugün dünyamız kentlerden yönetiliyor. Kentlerde mekânın kurallarını ise be-

lediyeler belirliyor. Belediyeler elbette doğanın, ekonominin ve kentte yaşayan insanın mekâna etkisini yok sayamaz. Bu etkilerle beraber bugün mekânla ilgili kuralları yerel yönetimler belirlemektedir. Yerel yönetimlerin güçlü olduğu, rasyonel çerçevedeki kurallarını etkili uygulandığı kentler daha planlı ve daha yaşanılabilir kentlerdir. Yerel yönetimlerin güçlü olduğu toplumlarda mekânla ilgili kuralları belirleyen kadrolar, kentin bulunduğu konumu, ekonomik faaliyetlerini ve kentlerin süreç içindeki etkisini iyi değerlendirmişlerdir. Bu kadrolar etkili planlar oluşturmuş ve bu planları tam olarak hayata geçirerek nitelikli kent oluşturmaya başlamışlardır. Türkiye'de hayatın hızının, yerel yönetimlerin gelişiminden ve kurumsal gelişiminden daha hızlı olduğu bir dönemde kentleşme olmuş ve bu da "anarşik bir kentleşme"yi oluşturmuştur. Tabiatla ekonomik hayatla uyumlu, ihtiyaç odaklı ve kalite algısı yüksek mekânların oluşturduğu kent, insanı ruhen ve bedenen daha sağlıklı kılar. Kent, insanların ruh sağlığı açısından, bireyin stres kapasitesini etkilemesi açısından çok belirleyicidir. Yeşilin ve temiz havanın az olduğu, kocaman binalar arasında kaybolan birey, elbette mutsuz, umutsuz ve daha stresli olacaktır. Bugün kentlerde dikey yerine yatay, yoğun yapılaşma yerine yeşili bol olan bir yapılaşmanın hâkim olması, aynı zamanda büyük metropoller yerine yönetilebilir ölçekte kentlerin oluşturulması, ciddi bir hassasiyet olarak öne çıkmaktadır.



Konut, kent mimarisinin temelidir. Eskiler sade ve öz ifadelerle anlatırlardı meramını, tıpkı sağlık ve mekân ilişkisini “güneş girmeyen eve doktor girer” atasözünde anlattıkları gibi... Konutların belli özelliklere sahip olması gerekiyor. Gerek yaşayanların sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri, gerekse kent kültürünün yansması olarak konutlar önemlidir.

Anadolu’dan göçüp geldiğimizde, ev sadece barınabileceğimiz bir mekândı. Kent olgumuz ve yaşam mekânlarımızı düzenleme gibi bir ihtiyacımız yoktu. Neden? Çünkü yaşam mekânlarını düzenlemede idare edecek bir yönetim gereklidir. Ancak halk baktı ki her seçimde bir kat daha atılıyor ve bu katlar gelir sağlıyor; bu durumda evler sadece barınabilecek mekânlar olmaktan çıktı ve “kazanç aracı” oldu.

Sadettin Ökten’in ifadeleriyle “*Apartmanın oluşum sürecine bakarsanız, onun arkasında çok önemli birkaç yüzyıllık bir birikim var. Tüm bu birikim, bir tarihsel maceranın ve bir tarihsel zaruretin sonucu olarak bir ürün olarak ortaya çıkmış. Ortaya çıktığı toplumlarda konut ihtiyacına da bir çözüm getirmiş. Yani apartmanı, daha doğru bir ifadeyle “çözümü”, içinde olduğu toplumsal ve tarihsel süreçten soyutlayamazsınız (2).*” Bu sürecin en önemli sonucu komşuluktur. Bizler kültür olarak avlulu evlerden, iç içe geçmiş konutlardan sıyrılıp, yüksek duvarların arkasında bireysel hayatlar yaşamaya yöneliyoruz. Bu süreçte sadece mimarimiz değil, ruhsal süreçlerimiz de

değişime uğruyor, kültürümüz de...

Kültürümüzde anne babanın var olduğu büyük aile kavramı yaygındı. Çocukların eğitiminde büyüklerimiz rol oynar, geleneklerimiz böylece yeni nesillere aktarıldı. Şimdi küçük aile tiplerinin yaygınlaşmasının en önemli sebebi, yaşam şekillerinden önce barınacak mekân şekillerinin değişmesidir. Bizler toplumun ihtiyaçlarını gözetmeli, talepleri dikkate almalıyız. Çünkü mekânla birlikte aile, aileyle birlikte yaşam şekilleri değişmekte, yıpranmakta ve sonucunda bireyin ruhsal ve manevi açlığıyla birlikte yönelimleri farklılaşmaktadır.

Bireysel tercihler zamanla genelleşerek bireyden bağımsızlaşır ve toplumsal tercih haline gelir. Genel kabul gören özellikler popüler olur. Popüler kültür, tercihlerin yönlendirdiği, anlık bilgilere göre şekillenir. Konut tercihinde halkın birinci önceliği -maalesef- prim yapan konutlar olduğundan ev tiplerimiz değişti, yaşam alanları daraldı. Sosyalleşme imkânı sunacak yeşil alanlar, spor alanları veya rekreasyon kalmıyor. Taleplere yönelik konuttan çok getiri sağlayan, para kazandıran konut öncelikli oldu. Oysaki kent dediğimiz yerleşim biriminde öncelikli yapılarımız konutlarımızdır. Konutlara sadece getiri sağlayan, bizi sokabileceğimiz yaşam alanları olarak bakmamalıyız. Nasıl bir hayat akışı planlıyorsak, konutu da bu hayat akışına göre oluşturmamız. Hayat akışı ile çatışan konut, kişinin iç çatışmasını artırır.

Kırdan göçle kente gelen bireylerin kentli olma sürecini tamamlayabilmeleri ve yerleşik kentlilerle aralarındaki farkı kapatabilmeleri, kentsel yaşam kalitesini gerçekleştirmek bakımından önemlidir. Aksi durumda kırsaldan kente gelen birey “kentli kimliği”ne kavuşamamakta, kentler de “tanımsız”, “kimliksiz” ve “güvensiz” mekânlara dönüşmektedir. Böyle bir kent ortamı, “kenti umursamama”, “kendini kentle bütünleyememe” ve “kente aidiyet duymama” gibi duygular yaratmakta ve sonuçta “sahipsiz kentler” ortaya çıkmaktadır.



Tıpkı diğer tüm canlılar gibi yıllar içerisinde kentin yaşadığı hastalıklar, kazalar, kentin geleceğini etkilemektedir. Bazen savaşlar, afetler, kentler için yeniden doğuşlara vesile olmakta; bazen de gecekondulaşma gettolaşma gibi “kent kanserleri” kentleri yaşanmaz kılmaktadır. Bitkisiyle, hayvanıyla ve mikro organizmasıyla kent bir bütündür. Üzerinde yaşayan canlılarla beraber canlı bir organizma olan kent, ruhsal ve bedensel açıdan sağlıklı oldukça sağlık kaynağı olacaktır.

Sağlıklı bireyler için konut ihtiyacı kadar önemli başka ihtiyaç daha vardır. Endüstrileşme ve kentleşmenin ortaya çıkardığı yaşam biçimine sürekli uyum sağlamak zorunda olan kişilerin, harcadıkları enerjinin doğurduğu gerilimlerin periyodik olarak ortadan kaldırılması, psikolojik dengelerini korumak açısından gereklidir. Bunun için farklı zaman aralıklarında kişilere ait serbest zaman olanaklarının yaratılması toplumlarda kurumsallaşmıştır. Endüstrileşen toplumlarda iş ve yaşam koşullarının kişiyi topluma yabancılaştırması, üretim açısından son derece olumsuz bir etkidir. Bu olumsuzluğu giderebilmenin temelinde, serbest zaman olanakları yaratılarak bireyin kendini yenilemesi yatmaktadır (3).

Rekreasyon alanlarının oluşturulması, yaşam ve ulaşım alanların düzenlenerek oluşacak alanların yeni konut için değil, konut kapasitesiyle doğru orantılı sosyal ve kültürel ihtiyaçlar düşünülerek tasarlanması gerekmektedir. ABD’de 1960-2000 yılları arasında gelir düzeyinin artması, çalışma saatlerinin 32 saate düşmesi, ulaşım olanaklarının gelişmesi gibi nedenlerin etkisiyle, dış mekân rekreasyon etkinliklerine katılanlar yaklaşık % 35 oranında artmıştır (3).

Çalışanlar gibi çocuklarımızın da enerjilerini deşarj edecekleri alanlara ihtiyaçları var. Çocuklarımız okula gitsinler, eve gelsinler bilgisayarın başında, televizyonların başında akıllı uslu otursunlar! Hayır... Tam tersine çocuklarımız enerjik bireylerdir, enerjilerini atmaları lazımdır.

Yanlış yaşam şekillerimiz nedeniyle her çocuğu hiperaktif ve ilaç bağımlısı yapar hale geldik.

Yerel yönetimler avantajlı konumlarıyla kenti tasarlarken, kenti sağlıklı şehir statüsüne getirme gayesini de gütmelidir. Kentin sağlıklı şehir statüsüne getirilmesi, zihniyette dönüşüm gerektirir. Bu dönüşümde önceliklerimiz şunlar olmalıdır:

- Konut ve kent anlayışında dönüşüm
- Ulaşım düzenimizde dönüşüm
- Otopark, park ve oyun alanı dönüşümü
- Spor ve rekreasyon alanlarında dönüşüm
- Okul ve diğer kamu alanlarında dönüşüm

Sağlıksız kentleşme vurgusuyla birlikte akla ilk gelen soru, “Sağlıklı kent nedir?” olmaktadır. Sağlıklı kent kriterlerini Dünya Sağlık Örgütü şöyle sıralamaktadır:

- Temiz, güvenli, yüksek kalitede fiziksel çevre
- Dengeli ve sürdürülebilir bir ekosistem
- Güçlü ve dayanışma içinde başarılı bir toplum
- Kendi hayatı, sağlığı ve refahını etkileyen kararlara katılım ve bu kararlar üzerindeki etkisi
- Şehirde yaşayanların hepsinin temel ihtiyaçlarının karşılanması (gıda, su barınma, gelir, güvenlik, iş vb.)
- Çeşitli iletişim, etkileşim ve bağlantıları kullanarak, var olan tüm deneyim ve kaynaklara ulaşma
- Farklı, yaşam için gerekli olan ve yenilikçi şehir ekonomisi
- Kültürel, tarihi ve biyolojik geçmişine ve mirasına sahip çıkan vatandaşlar
- Herkes tarafından ulaşılabilen ve yeterli düzeyde halk sağlığı ve bakım hizmeti
- Yüksek sağlık hizmeti (4).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyi ve kentlileşme oranı arasındaki bağlantı, kentlerin ne kadar gelişmiş olduğunun veya bu gelişimin kentli tarafından benimsenip benimsenmediği belirleyicidir. Bugün kenti sadece konut, işyeri ve ulaşım olanakları sunan bir şey olmanın ötesinde algılayıp onun politik düzlemdeki temsiline de sağlıklı bir yaklaşım geliştirmek, zor da olsa gerekliliktir. Öte yandan kent-sel yönetimler; kentlerdeki iş ve çalışma olanakları, sağlık, eğitim, alt yapı ve üst yapı sorunlarını çözmek için ürettikleri makro ve mikro ölçekli planların halk tarafından kolayca benimsenmemesi ve hatta zaman zaman direnç göstermesi gibi sorunlarla karşı karşıyadır (5).

Sağlıklı kent, sadece kent olma sürecini tamamlamış, talep gören bir beton yığını değildir. İçinde yaşayan insanların her etkileşimde insanlarla birlikte

yaşayan ve onlarla birlikte değişime uğrayan bir mekânlar bütünüdür. Bu yüzden kentin zaruretten dolayı tercih edilmesinden ziyade, duygusal bağ ve geçmiş birlikteliği oluşması önemlidir. Sağlıklı kent; insanlarla birlikte çeşitli değişimler yaşayabilen, canlı, insanların talep ve ihtiyaçlarını karşılayabilecek donanımına sahip kendir. Sağlıklı kent; kültürel geçmişi, bugünü ve muhtemel gelecek planlarını bünyesinde barındırabilecek ve bu süreçlerin tamamında varlığını sürdürebilecek kalite ve nitelikte, insanların sadece çalışmak için değil yaşamak için de tercih edebilecekleri bir kendir.

Kentin oluşumundan veya tercih edilmesinden ziyade, kentlilik bilincinin ve kentin benimsenmesi önemlidir. Kentsel krizin önemli bir sebebi, kırsal nitelikli yoğun göç baskısıdır. Kırdan göçle kente gelen bireylerin kentli olma sürecini tamamlayabilmeleri ve yerleşik kentlilerle aralarındaki farkı kapatabilmeleri, kentsel yaşam kalitesini gerçekleştirmek bakımından önemlidir. Aksi durumda kırsaldan kente gelen birey "kentli kimliği"ne kavuşamamakta, kentler de "tanımsız", "kimliksiz" ve "güvensiz" mekânlara dönüşmektedir. Böyle bir kent ortamı, göçle gelenleri kentlileştiremeyeceği gibi yerleşik kentlilerde de "kenti umursama", "kendini kentle bütünleyememe" ve "kente aidiyet duymama" gibi duygular yaratmakta ve sonuçta "sahipsiz kentler" ortaya çıkmaktadır (6).

Tabi tüm bu süreçleri kültür ve ihtiyaçlar perspektifinden değerlendirdiğimiz gibi halkın taleplerine de bakmalıyız. Talepler karşılığında katılım artmakta ve böylece kent benimsenmektedir. Yaşayan halkla meseleleri konuşarak kararlar almalıyız. Çünkü bu işler yasakla halledilemiyor. Gerçek anlamda toplumun destek vermediği, toplumsal taleple örtüşmeyen hiçbir yasağı da uygulayamazsınız. Örneğin bugün şehir içi ulaşım hız sınırı 50'dir. Uygulayabiliyor muyuz? Hayır. Çünkü toplum bunu kabul etmiyor.

Kentin sahiplenilmesi, kente ait kültürün oluşmasını gerektirir. Kültürün oluşumu belli bir bilinç ve bağlılık gerektirir. Ancak hızla artan kent nüfusu, hem kenti sahiplenmeyi hem de kente sunulması gereken hizmetlerin tam manasıyla yerine getirilmemesine sebep olmuştur. "Türkiye'de kentlerin sağlıklı gelişiminin toplumsal maliyeti söz konusu olduğunda, daha çok gecekondulaşma, altyapı hizmetlerinin yetersizliği, imar planlarının gereği gibi uygulanmaması, kentsel yaşam kalitesindeki azalma gibi sorunlar dile getirilmektedir. Sağlıksız kentleşme, kent güvenliğini de olumsuz etkilemektedir. Kalabalık ve heterojen nüfus yapısı, farklı kimliklerin varlığı, toplumsal denetimin



zayıflığı, ekonomik ve mali kaynakların zenginliği, kentleri suç işlemek için ideal alanlar haline getirmektedir (7).

Kentin kimliği, daha çok bir idea olarak kurulmaktadır. Bir kentin ne olduğu, nasıl görüldüğü onun kimliğini yansıtmaktadır. Kentin kimliğini, daha çok doğrudan onda gözlenebilir özellikler, yaşayarak elde edilen deneylerden giderek ona yakıştırılanlar oluşturmaktadır. Kentin sahip olduğu her şey, kentin kimliğinin ne olabileceğini sınırlar ve kimlik de kentin varlığının gelişimini yönlendirmiş olur. Bir kentin kimliğinden söz edildiğinde, kentte yaşayanların onda buldukları bir değerler kümesinden, kente yüklenen bir idealleştirmeden söz etmiş oluruz (8). Örneğin Floransa sanat, Paris kültür, Varşova müzik, Vatikan din kentidir. Ayasofya ve Sultanahmet Camii, turistleri büyüleyen İstanbul kimliğinin iki görkemli ögesi, bütün zamanları birleştiren uygarlık simgeleridir. Paris'i Eyfel Kulesi, Pekin'i İmparatorluk Sarayı, Venedik'i gondollar, Fas'ı bedeviler, New York'u Özgürlük Anıtı, Antakya'yı Mozaik Müzesi her sözcükten daha çabuk çağırıştırır ve tanımlar (9).

Kentler canlıdırlar, bazı kentlerin yaşı binlerle ifade edilir. Kente ait yerel yönetimin etkisi kentin yaşıyla doğru orantılıdır. Tıpkı tüm diğer canlılar gibi yıllar içerisinde kentin yaşadığı hastalıklar, kazalar, kentin geleceğini etkilemektedir. Bazen savaşlar, afetler, kentler için yeniden doğuşlara vesile olmakta; bazen de gecekondulaşma gettolaşma gibi "kent kanserleri" kentleri

yaşanmaz kılmaktadır. Canlı bir yapı olan kentler, üzerinde yaşayan tüm canlılarla ilişkisindeki güçlü etkileşim nedeniyle tüm canlıları, tüm canlılar da kentleri etkilemektedir. Bitkisiyle, hayvanıyla ve mikro organizmasıyla kent bir bütündür. Üzerinde yaşayan canlılarla beraber canlı bir organizma olan kent, ruhsal ve bedensel açıdan sağlıklı oldukça, sağlık kaynağı olacaktır.

Kaynaklar

- 1) Özbay, Hasan (t.y.). "Günümüz Türk Kentlerindeki Kaybolan Birliktelik Kent ve Mimar". *Mimarlık Dergisi*, (89/5): 44-47.
- 2) Ökten, Sadettin (Mart 2015). *Fincanımda Kola Var. İstanbul: Tuti Kitap*
- 3) Mansuroğlu Sibel (2002) "Akdeniz Üniversitesi Öğrencilerinin Serbest Zaman Özellikleri ve Dış Mekân Rekreasyon Eğilimlerinin Belirlenmesi". *Akdeniz Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 15(2):53-62.
- 4) Gölcük Sağlıklı Kentler Birliği, <http://skb.golcuk.bel.tr/id3.html>, (Erişim Tarihi: 07.01.2016).
- 5) Mutlu, Ahmet, Özgür Özyayın, Ayfer İlhan (Aralık 2011). *Metropol Kent Samsun'da Kentlilik Bilinci*. Samsun: Baskı Dünyası.
- 6) Arapkirioğlu, Kumru (2007) *Kentli Kimliği ve Kentsel Siyasal Hareketler*. İstanbul: İmge Yayınları.
- 7) Karasu, Mithat Arman (2008) "Türkiye'de Kentleşme Dinamiklerinin Suça Etkisi", *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 57(4):255-281.
- 8) Tekeli, İlhan (1991). "Bir Kentin Kimliği Üzerine Düşünceler", *Kent Planlaması Konuşmaları*, Ankara: TMMOB Mimarlar Odası Yayını.
- 9) Çizgen, Nevval (1994). *Kent ve Kültür*. İstanbul: Say Yayınları.

Sağlığın yeşil belirleyicileri: Parklar

Hüseyin Küçükali



1992 yılında Kayseri’de doğdu. Lise öğrenimini Kocaeli Fen Lisesi’nde tamamladı. Halen İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İngilizce Tıp Programında 6. sınıf öğrencisidir. Tıp fakültelerinde dağıtılmakta olan Panorama Dergisinde yazarlık ve iki yıl editörlük yaptı. Ulusal ve uluslararası gençlik organizasyonlarında muhtelif görevler aldı. Halen Uluslararası Genç Derneği Yönetim Kurulu Üyesi olan Küçükali, Genç Dergisi’nde “Kolay Sağlık” köşesini yazmakta ve Hizmetkâr Kariyer Merkezi’nin koordinatörlüğünü yürütmektedir.

İrem Küçükali



2010 yılında Kocaeli Fen Lisesi’nden, 2015 yılında Sabancı Üniversitesi Bilgisayar Bilimi ve Mühendisliği Bölümünden mezun oldu. Hizmetkâr Kariyer Merkezi’nin kurucularındandır. Büyük veri projeleri üzerine çalışmaktadır. Küçükali şehirler, kamusal alanlar, nesnelerin interneti ve etkileşim tasarımı konularıyla ilgilenmektedir.

Doç. Dr. Mustafa Taşdemir



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden 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. Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi’ni bitirdi. 2004-2005 yıllarında Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi Yönlendirme Komitesi üyesi olarak çalıştı. 2008-2009’da 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 Bilimleri Enstitüsü ve Sağlık Yönetimi Bölümü’nde çalışmalarını sürdürmektedir.

Her ne kadar günlük tıp pratiğinde hak ettiği kadar değer verilmeyen bir husus olsa da, yaşanan mekân kişinin sağlığında epeyce etkilidir. Tabiatın kopuk yapılarıyla modern şehirler sağlık hizmetleri açısından birçok imkân barındırmanın yanı sıra bir dizi sağlık sorununu da beraberinde getirir. Bu tabloda şehir parklarının müstesna bir yeri vardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan “sağlık” tanımında geçen üç unsura da -fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik- belirgin olumlu etkileri söz konusudur.

Modern anlamda şehir parklarının tanımı Amerika’nın ilk peyzaj mimarı Frederick Law Olmsted tarafından 19. yüzyılın sonlarında yapılmıştır. Olmsted’in tanımlamasına göre şehir parkı; konut bahçelerinden daha geniş, daha sade ve doğal görünen ancak bir koruluk ve orman gibi yoğun bir yeşil dokuya

sahip olmayan açık ve yeşil alanlardır. Parklar, şehir halkının zihninde oluşan yapaylığı alıp götüren ve unutturan doğal elemanlar ve kompozisyonlar içerir. Bugün şehir parkları denildiğinde çoğunlukla bitkiler ve su kaynaklarından oluşan, kamunun kullanımına açık, sınırları belli açık alanlar kastedilmektedir. Tarihsel olarak parklar şehirler kadar eskidir. Babil’in Asma Bahçeleri; Antik Yunan ve Roma’daki toplanma ve pazar yerleri; Asurlular, Persler ve İngilizlerde görülen hükümdar ve aristokratların av alanları ilk parklar olarak kabul edilebilir. Kamuya açık şehir parkları ise ancak 19. yüzyılın başlarında yaygınlaşmaya başlar. Sanayi sonrası hızlı kentleşmenin insanları tabiatın ayırması sonucunda şehir plancıları şehirlerin içinde doğal ortamların faydalarını temin edebilecek alanlara ihtiyaç olduğunu görmüşlerdir. Günümüzdeki manasıyla şehir parkları böylece ortaya çıkmış; insanlara fiziksel aktivite, sosyal etkileşim, boş zaman geçirme, dinlenme ve eğlenme ortamları

sağlayacak şekilde çeşitlenmiştir. Ve dahi şehir mimarisinin en önemli unsurlarından biri haline gelmiştir. New York şehrinin sembolü olan Central Park, ilk modern şehir parklarından kabul edilir. Central Park’ın mimarı ve peyzaj mimarisinin öncüsü ismi Olmsted; parkların sağlığı geliştirdiğine, hatta ömrü uzattığına inanmıştır. Projeleri peyzaj mimarları ve jeologların yanı sıra halk sağlığıcuların da bulunduğu takımlarla uygulamışlardır. Parklar ve diğer doğal alanların sağlığı ve iyiliği geliştirici olarak kullanılması DSÖ’nün 1997 Jakarta Deklarasyonu’nda vurgulanmıştır.

Şehrin Sağlık Sorunları ve Parkların Etkileri

Fiziksel Aktiviteye Etkileri

Şehirlerimizin taşıt kullanımını gerekli kılacak şekilde planlanması; yürümek, bisiklet sürmek gibi daha sağlıklı ulaşım



seçeneklerini hayatımızdan çıkarmıştır. 2004 yılında yapılan 11 bin kişilik bir araştırma, her bir saatlik araç kullanımının obez olma ihtimalini %6 artırdığını, diğer taraftan yürünen her bir kilometrenin bu riski %4,8 azalttığını ortaya koymuştur. CDC (Centers for Disease Control and Prevention) herkesin günde 100 kalori daha fazla egzersiz (20 dakikalık bir yürüyüş) yapmasının dahi ABD'nin obezite epidemisini elimine edebileceğini tahmin etmiştir. Parklar kişilere hem bireysel olarak aktif olabilecekleri veya rahatlayabilecekleri, hem de gruplar halinde daha planlı aktivitelerde bulunabilecekleri erişilebilir mekânlar ve teşvik sağlamaktadır. Yürümek, koşmak, top oynamak, bisiklet binmek, yelkencilik, balıkçılık, hatta piknik yapmak parklarda gerçekleştirilebilecek fiziksel aktivitelerin yalnızca bir kısmıdır.

American Journal of Preventive Medicine'de yayınlanan bir derlemede parklara ve benzeri mekânlara erişimin kolaylaştırılmasının ve yeterli bilgilendirmenin fiziksel aktivite sıklığını %48,4 artırdığı bildirilmiştir. RAND Şirketi'nin Amerika'da ulusal çapta adolesan yaş grubundaki kızlarda fiziksel aktivite ile parklara yakın mesafede yaşamak arasındaki korelasyonu incelediği araştırmaya göre, yakın mesafede oturan kişilerin uzak mesafede oturan kişilere göre

fiziksel aktivitelere daha fazla katıldığı görülmüştür. İnsanlar bir spor salonunun egzersiz programını takip edecek öz disiplini göstermekte güçlük çekse de parklarda fiziksel aktivitede bulunmak için daha kolay motive olabilmektedir. Yahut farklı sosyoekonomik gruplardaki insanlar ücreti veya toplumsal algısı dolayısıyla spor salonları gibi seçeneklerden uzak kalabilirken parklarda eşit bir imkân sağlanmaktadır.

Konutlar, iş yerleri ve okulları birbirine bağlayan yolların yürünebilir mesafelerde tutulması ve bu mesafenin parklar, yürüyüş yolları şeklinde planlanması da günlük işler sırasında aktif yaşam tarzına temel bir destek sağlayacaktır. Mevcut araştırmalar, bir çevrede yeşil alanların ve parkların yoğunluğu ve yüzölçümleri ile o çevrede ulaşım amacıyla yürüme ve bisiklet kullanımının ilişkili olduğunu saptamıştır.

Psikolojik Etkileri

Şehrin insanları mecbur ettiği yaşam tarzı; aşırı kalabalık, evre kirliliği, yaygın şiddet olayları ve sosyal desteğin azalması gibi birçok stres faktörünü barındırmaktadır. Geçim şartlarının zorlaşması ise özellikle düşük sosyoekonomik kesimdeki insanlarda ruhsal hastalıklarla sonuçlanabilmektedir. Geniş

American Journal of Preventive Medicine'de yayınlanan bir derlemede parklara ve benzeri mekânlara erişimin kolaylaştırılmasının ve yeterli bilgilendirmenin fiziksel aktivite sıklığını %48,4 artırdığı bildirilmiştir. Gene ABD'de parklara yakın mesafede yaşamakla aktivite arasındaki korelasyonun incelediği araştırmaya göre, yakın mesafede oturan kişilerin uzak mesafede oturan kişilere göre fiziksel aktivitelere daha fazla katıldığı görülmüştür.

Şehir parkları özellikle sağlık faydaları gözetilerek tasarlanmalı, inşa edilmeli ve idame ettirilmelidir. Bu konuda dünyada oluşan birikimden faydalanılmalıdır. Mevcutlardan faydalanılarak ülkemize özgü değerlendirme araçları geliştirilmelidir ve izleme-değerlendirme rutin bir süreç olarak uygulanmalıdır.

kesitsel araştırmalar şehirlerde parklar gibi yeşil alanlara yakın yaşamanın daha stressiz olmakla ilişkili olduğunu göstermiştir. 2013 yılında yapılmış bir araştırmada, evlerinin çevresinde daha fazla yeşil alan bulunan insanların kişisel sıkıntılarıyla baş edebilme becerilerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu; yine 2010'da yapılan bir meta-analizin sonucunda da sentetik ortamlar yerine doğal ortamlarda yürüyen insanların öfke, yorgunluk ve depresif düşünce ve duygularında azalma olduğu tespit edilmiştir. Hartig ve arkadaşları 1991'deki araştırmalarında zihinsel yorgunluğu geçirmede doğal bir park ortamında yürümenin, kentsel bir ortamda yürümek veya rahat bir koltukta dinlenmeye kıyasla daha başarılı olduğunu tespit etmiştir. Parklarda bulunmanın dikkat eksikliği bozukluğu tanısı konulmuş çocuklardaki semptomların şiddetinde azalmaya sebep olduğu görülmüştür. Hatta parkların sadece manzarası dahi sağlık üzerine epey etkili olmaktadır. Doğaya bakmanın önemi ve stres giderici etkisi, bundan mahrum ve yoğun stresli ortamlar olan hastanelerde ve kışlalarda daha iyi anlaşılmaktadır. Meşhur Pensilvanya Hastanesi araştırmasında; cerrahi hastalarından odası doğal manzaraya bakanların tuğla duvara bakan kişilere göre iyileşme hızlarının daha yüksek olduğu, hastane yatışlarının daha kısa, post-op komplikasyonların ve ağrı kesici ihtiyaçlarının daha az olduğu tespit edilmiştir.

Sosyal İyiliğe Etkileri

Modern şehir hayatının sorunlarından biri de sosyal bağların zayıflamasıdır. Kişiler hayatlarını sosyal destekten mahrum olarak geçirmeye başlamıştır.

Genel olarak kamusal alanların özelde de şehir parklarının faydalarından biri de insanları bir araya getirerek sosyal bağları güçlendirmesidir. Parklarda insanlar sosyal çevrelerini genişletme imkânı bulurlar, yeni insanlar ve organizasyonlarla tanışır ve parklarda gerçekleştirilen etkinliklere katılarak sosyal iyiliklerini arttırma imkânı bulurlar. Bu yaşlı sağlığını destekleme potansiyeli de taşır. Banka önlerinde emekli maaşı kuyruğunda beklemenin dahi sosyal faydalar sağlayabildiği dikkate alınırsa parkların bu açıdan değeri daha iyi anlaşılır.

Çocuk Gelişimine Etkileri

Şehir parkları yetişkinler için aktivite ve dinlenme mekânı olmakla birlikte çocuklar için de oyun anlamı taşımaktadır. Oyunlarla kas koordinasyonu gelişir ve insanlar arası ilişkiler öğrenilir. Risk alma, keşif, yaratıcılık, öğrenme, kontrol, kendini tanıma, merak hissinin gelişmesi gibi deneyimlerle çocukların bilişsel bakımdan gelişmeleri için eşsiz imkân sunmaktadır. Yeşil alanlar, bu örneklerin dışında dolaylı yollarla da bu gelişimi desteklemektedir. Hava kirliliğini ve gürültüyü azaltması, fiziksel aktivitedeki artış bu dolaylı yollar arasında sayılabilir.

Çevre Sağlığına Etkileri

Hava kirliliği, gürültü, kimyasallar, su kirliliği, doğal alanların tahribatı, şehir hayatının getirdiği yaşam tarzı değişiklikleriyle birleşerek obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, sinir sistemi hastalıkları, kanser gibi rahatsızlıkların görülme sıklıklarını artırır. Yine benzer çevresel sorunlarla ilişkili olarak görülen astım, alerjiler veya bazı kanser çeşitleri özellikle çocuk sağlığı açısından endişe uyandırmaktadır.

Şehirlerde kişilerin gündelik güzergâhlarının parklar ve yeşil yürüyüş yolları şeklinde planlanması otomobil kullanımını azaltarak fosil yakıtlarla ilişkili sağlık sorunlarını azaltacaktır. Ağaçların hava kirlleticilerini temizleyici etkisi bilinmektedir. Şehir parklarının havayı serinletmesinin de insan sağlığına ciddi etkileri olmaktadır. Özellikle yaz aylarında ölümlere sebep olabilen sıcak hava dalgalarının etkisi altındayken parklardaki gölgelikler şehir sakinlerini rahatlatmaktadır. Ağaç yaprakları ultraviyole ışınları %95'lere kadar emerek insanlar için bir kalkan vazifesi görmektedir. Parklar hem içindeki hem çevresindeki sıcaklığa, kirleticilere ve küresel iklim değişikliğine sebep olan karbondioksit başta olmak üzere sera gazlarına etkileriyle hava kalitesini yerel ölçekte belirgin olarak iyileştirmektedir.

Trafik Kazalarını Azaltıcı Etkisi

Yaya ve taşıtları ayırdığından parklar ve yürüyüş yollarının trafik kazalarını azaltıcı etkisi de bulunmaktadır. Hollanda ve Almanya gibi yaya ve bisiklet yollarının motorlu araçlardan daha çok ayrıldığı ülkelerde kaza oranlarının daha düşük olduğu görülmektedir.

Biyoçeşitliliğe Katkısı

Parkların sağlığa bir diğer etkisi bağırsıklığı geliştirmesidir. Araştırmalar göstermiştir ki, insanların çevrelerindeki biyoçeşitlilik ile mikrobiyotik çeşitlilik arasında korelasyon vardır. Bu çeşitliliğin kişinin immünolojik toleransına katkı sağladığı düşünülmektedir.

Çok boyutlu bir örnek: Hobi Bahçeleri

İnsanların sağlıklı ve doğal beslenme arayışı şehirlerde aile düzeyinde bu ihtiyacı karşılamak üzere bahçecilik faaliyetleri yapabilecekleri alanlar -hobi bahçeleri- ayrılmasını sağlamıştır. Hobi bahçeleri obezite ile mücadelenin iki temel unsuru kabul edilen "sağlıklı beslenme" ve "fiziksel aktivite"nin her ikisine de hizmet edebilecek alanlardır. Çalışmalar bu bahçelerde bahçıvanlık yapanların, diğer kişilere nazaran daha fazla sebze tükettiğini göstermektedir. Ayrıca bu meşguliyetin stres azaltıcı etkisi vardır. Hobi bahçesi kullanıcıları birbirleri ile yardımlaşırlar. Bu yönüyle sosyal etkileşimi artırır ve şiddeti azaltır. İnsanlarda huzur hissi doğurur. Ayrıca birçok bahçıvan mahsullerini komşuları ve çevreleri ile paylaşmaktadır.

Bir ara form: Kent Ormanları

Kent ormanları kavramı, şehir alanlarıyla birlikte şehir sakinlerinin yeşil alana duyduğu ihtiyacın da artmasıyla ortaya çıkmıştır. 1965'te Kanada'da ilk kez kullanılmış ve Avrupa'da geniş kabul görmesi 1990'ları bulmuştur. Kent ormanları şehirlerin içinde ya da yakınlarında ağaçlandırılarak veya doğal ekosistemin korunması sonucunda oluşmuş, şehir sakinlerinin erişimine açık ormanlık alanlardır. Genellikle şehir parklarından büyük ve görece daha periferide lakin ormanlardan daha küçük ve daha merkezidirler. Bünyesinde sosyal, sportif ve rekreasyonel faaliyetler için imkânlar ve tesisler bulunur. Ülke-mizdeki ilk örnekleri Osmanlı döneminde İstanbul'da oluşturulan korulara dayandırılabilir. Doğrudan bu modern kavram çerçevesinde uygulamalara ise Çevre ve Orman Bakanlığı tarafından projelendirilerek 2003 yılında başlamıştır. Türkiye'deki kent ormanlarının sayısı 2014 istatistiklerine göre 127'yi bulmuş, 9946 hektarlık alana yayılmıştır.



Yenilikçi bir hareket: Park Reçeteleri

İnsan sağlığına yukarıda bahsedilen birçok faydası olan parklar profesyonel sağlık hizmetleri sektörünün üzerine düşen yükü hafifletme potansiyeline sahiptir. Bu bağlamda ABD National Recreation and Parks Association'ın (NRPA) yürüttüğü "Park Reçetesi" isimli hareket oldukça dikkat çekicidir. NRPA Park Reçetesi hareketinde CDC ile ortaklaşa çalışmakta ve parkların koruyucu tıbbın bir parçası olarak kullanılması amacı gütmektedir.

Sağlık Faydasının Oluşması İçin Gerekli Özellikler

Parkların bahsedilen bu faydaları sağlayabilmesi için belli özelliklere sahip olması beklenir. Öncelikle parkların sağlıklı ve güvenli ortamlar olması gerekir. Sağlıklı parklar şehir nüfusuyla orantılı büyüklükte alana sahip olmalıdır. Yeterli alan sağlansa dahi şehir içinde adil ve makul dağılım göstermelidir. Son olarak da bu sağlıklı, yeterli büyüklükte ve doğru konumdaki parkın kullanışlı, konforlu ve cazip olması gereklidir.

Güvenlik

Şehir parklarının sağlıklı ve sağlıklı destekleyici olabilmesi için öncelikle vatandaşlar tarafından güvenli bir şekilde erişilebilir olması gerekir. Bunun için de parkların, yayaların ve bisikletlilerin

kolayca ulaşabileceği yollar üzerinde konumlanmış olması elzemdir. Yine parkın ulaşımına ek olarak, parklar güvenli çevrelerde insanların aileleriyle veya yalnız rahatlıkla gelebileceği ve kendilerini emniyette hissedebilecekleri ortamlar olmalıdır. Şiddete meyilli grupların olmaması, aydınlatmanın yeterli düzeyde olması özellikleri aranabilir. Güvenli bir deneyim için parklar arazi yapısından spor aletlerine, mobilyalardan çevre düzenleme ekipmanlarına kadar farklı yaş gruplarından kullanıcılar için yaralanmalara sebebiyet vermeyecek nitelikte olmalıdır. Zehirli veya tehlikeli hayvan ve bitkilerin bulunmaması da temin edilmelidir.

Temizlik

Güvenlik şartlarından sonra temizlik şartları gelir. Su birikintileri, bataklık gibi alanlar bulaşıcı hastalık vektörleri ve mikroplar için ortam hazırlayacağından risk oluşturmaktadır. Bunun için gerekli altyapı çalışmaları yapılmalıdır. Çöp kutularının yeterliliği ve park bakımının sürekliliği de önemlidir. Hava kalitesi açısından parkların beklenen faydayı sağlayabilmesi için hava akımının iyi olduğu ve kirleticilerden uzak bir yerde konumlanmış olması gereklidir. Oyun aletlerinde ve park mobilyalarında sağlığa zararlı unsurlar bulunmamalıdır. Yapay çim kullanımı azalsa da devam etmektedir. Daha yaygın kullanılan zemin döşeme malzemesi geri dönüştürülen araba lastiklerinden elde edilen kauçuktur. İlk bakışta bu kauçuk malzemeler

düşmelerde özellikle çocukların daha az yaralanmasını sağlanacağı ve geri dönüşüm yapılarak lastiklerin veya onların yakımlarıyla ortaya çıkan gazların doğaya zararı engelleneceği için faydalı görülmüştür. Fakat bu malzemelerin içerdikleri ftalatlar, polisiklik aromatik hidrokarbonlar ve uçucu organik bileşikler dolayısıyla sağlığa zararlı oldukları düşünülmektedir. Bu kimyasalların solunması, cilt teması ve bilhassa çocuklar tarafından yenmesi söz konusu olabilmektedir. Bunlara uzun süreli maruziyetin zararlı etkileri olması muhtemeldir. Ses ve ışık kirliliğinden de kaçınılmalıdır.

Park alanlarının yeterliliği ve dengeli dağılım

DSÖ istenmeyen çevresel etkileri azaltmak ve fayda elde etmek için şehirlerde kişi başına en az 9 m2 yeşil alan olmasını tavsiye etmektedir. Bu değer Stockholm'de kişi başına 87 metrekare iken 2014 verilerine göre İstanbul'da -14 milyon 160 bin 467 nüfus ile- kişi başına 5,67 metrekare yeşil alan düşmektedir. Dağılım dengeli ve adaletli olmalıdır; yoksul muhitler yoksun bırakılmamalıdır. Ayrıca, merkezi yerlerde ihtiyaç daha fazla olabilmektedir.

Kullanımı etkileyen özellikler

Parkların erişilebilirliği önemlidir. Park girişleri kolaylıkla fark edilebilir ve şehir sakinlerini davet eder nitelikte ve alanlar

Tablo: Başlıca Doğrudan Gözlem Araçlarının Karşılaştırılması

Değerlendirme Aracı	Yıl	Madde Sayısı	Kalite Değerlendirmesi	Gençlik Odaklı	Paydaşların Katkısı
POST	1996 (2003)	88 madde	Kısıtlı	Hayır	Düşük
BRAT-DO	2005	181 madde	Var	Hayır	Düşük
EAPRS	2006	646 madde	Var	Biraz	Düşük
SOPARC	2006	7 madde (tablo)	Kısıtlı	Biraz	Düşük
CPAT	2012	41 madde	Var	Biraz	Yüksek
PARK	2015	92 madde	Var	Evet	Düşük

engellilerin erişimine uygun tasarlanmış olmalıdır. Parklar farklı fiziksel aktivitelere uygun alanları olacak şekilde planlanmalıdır. İçme suyu ve tuvalet imkânları parkların kullanımını doğrudan etkilemektedir. Parkların bakımı düzenli olarak yapılmalıdır. Parkların farklı demografik yapılarıdaki mahalleler arasında yapılması onları birer görünmez duvar haline getirerek her iki demografik grubun da parkı kullanmamasıyla sonuçlanabilir. Bunun önüne geçebilmek için parkların inşa edilecekleri bölgelerin, o bölgede yaşayan insanların ve onların ihtiyaçlarının iyi anlaşılması çok önemlidir.

Parkların Değerlendirilmesi

Parkların değerlendirilmesi sağlık etkilerinin ölçülmesi ve ihtiyaç duyulan düzenlemelerin yapılabilmesi için gereklidir. Sık kullanılan değerlendirme metodları şunlardır:

- Bölge sakinlerinin görüşlerinin alınması
- Coğrafi bilgi sistemleri
- Doğrudan gözlem

Fiziksel aktivitenin sağlığa açık faydaları bilinmesine rağmen parklar gibi açık kamusal alanlardaki fiziksel aktivitenin kantitatif olarak ölçülmesi katılımcı sayısının çokluğu, aktivite türünün çeşitliliği ve aktivite seviyesinin sürekli değişkenliği gibi sebeplerden oldukça güçtür. Bu ihtiyaca binaen parkların sağlık etkilerinin özellikle de fiziksel aktivite açısından değerlendirilmesi için bazı standardize doğrudan gözlem araçları geliştirilmiştir. Öne çıkanlar temel özellikleriyle aşağıda ele alınmıştır (Tablo).

POST (Public Open Space Tool)

Western Australia Üniversitesi tarafından 1996'da "Çevresel ve Bireysel Belirleyiciler Çalışması" kapsamında geliştirilen bu değerlendirme aracı, fiziksel aktiviteye etki eden özellikleri incelemektedir. Dört alanda bilgi toplar: Aktiviteler, çevresel kalite, imkânlar, güvenlik. 2003 yılında

yeniden gözden geçirilmiş, yapılan testlerle güvenilirliği düşük bulunan maddeler çıkartılmış ve ufak eklemeler yapılmıştır.

Google Earth ile değerlendirme

Taylor ve arkadaşları ise yerinde gözleme gerek kalmadan parkların Google Earth Pro isimli bilgisayar yazılımını kullanarak uydu görüntüleri üzerinden değerlendirilebileceğini tartışmış ve POST yöntemiyle kıyaslandığında 42 saatlik bir değerlendirmeyi 4 saat gibi kısa bir sürede ve yüksek güvenilirlikte gerçekleştirerek bu yöntemi kaynak yönetimi açısından daha etkin bulmuşlardır.

BRAT-DO (Bedimo-Rung Assessment Tool-Direct Observation)

Parkların fiziksel çevresel niteliklerinin görsel olarak tanımlanmasına yönelik bir araçtır. Bedimo-Rung ve arkadaşlarının parklar için çıkarttıkları "kavramsal model" diğer araçlar için de kaynak alınmıştır. Ağustos 2005'teki Katrina Kasırgası dolayısıyla New Orleans'ta yürütülen çalışmaları ciddi manada aksamıştır. Araştırmacılar bunun üzerine kasırga ve selden etkilenen parklar için ayrı bir modül eklemişlerdir.

EAPRS (Physical Environments of Parks and Playgrounds)

Bu araç Saelens ve arkadaşları tarafından parklar ve oyun alanlarında çevre ve davranış ilişkisini incelemek amacıyla geliştirilmiştir. Geniş kapsamlı olan bu araç çok sayıda detaylı sorular ve çeşitli puanlama sistemleri ile parka ait fiziki elemanları ve nitelikleri, fonksiyonellik ve potansiyel fonksiyonelliği açısından değerlendirmektedir. Sorgu sayısının fazlalığı diğer araçlarla karşılaştırıldığında uygulama kolaylığı açısından geri plana düşürse de, kısmi uygulama ve yeni araçlar geliştirmek için kaynak teşkil etmesi bakımından değerlidir.

SOPARC (System for Observing Play and Recreation in Communities)

SOPARC parkların, oyun ve dinlenme alanlarının ve kullanıcılarının karakteristik özelliklerinin toplamaya yarayan doğrudan gözleme dayalı bir araçtır. Toplanan bilgiler; kullanıcıların fiziksel aktivite seviyesi, aktivite tipi, cinsiyet, tahmini yaş, etnik grup; parkın erişilebilirlik, kullanılabilirlik, süpervizyon, ekipman ve organize aktivitelerin mevcudiyetidir. Değerlendirilmek üzere önceden belirlenen parklar anlık zaman örneklemi tekniği ile sistematik ve periyodik olarak taranır. Rastgele seçilmiş günlerde ve gün içinde mükerrer defa ziyaret edilir. SOPARC 2000 kadar kullanıcı ile yapılan fizibilite çalışmasına göre geçerli ve güvenilir bir araç olarak literatüre girmiştir. Kısa, pratik ve tablo şeklinde bir araç olması uygulama kolaylığı açısından avantajdır.

CPAT (The Community Park Audit Tool)

Kaczynski ve arkadaşları tarafından 2012 yılında geliştirilen bu araç, toplumdaki paydaşların da geliştirme sürecine yeterli düzeyde katkı gösterdiği bir araç ihtiyacından doğmuştur. Park ve bahçeler, şehir planlama, halk sağlığı alanlarından profesyoneller, belediyeler, akademisyenler, gençlik ajansları, öğrenciler gibi farklı disiplinlerden 30'dan fazla paydaşın katkısı ile geliştirilmiş ve test edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada araç geliştirme sürecinin dokümanite edilmesi önemsendiği için farklı amaçlara yönelik araçlar geliştirilirken istifade edilebilecek bir kaynak teşkil etmektedir.

PARK (Parks activity and recreation among kids)

Bird ve arkadaşları, POST ve BRAT-DO'dan faydalanarak toplamda 92 maddelik 5-18 yaş aralığındaki gençlere özel bir değerlendirme aracı geliştirmiş ve güvenilirliğini göstermişlerdir. Parkların belirlenmesi aşamasında



coğrafi bilgi sistemleri kullanılmıştır. Araç, değerlendirmeyi beş ana başlık altında ele almıştır: Aktiviteler, çevresel kalite, hizmetler, güvenlik ve genel izlenim.

Sonuç

Şehir parkları özellikle sağlık faydaları gözetilerek tasarlanmalı, inşa edilmeli ve idame ettirilmelidir. Bu konuda dünyada oluşan birikimden faydalanılmalıdır. Mevcutlardan faydalanılarak ülkemize özgü değerlendirme araçları geliştirilmelidir ve izleme-değerlendirme rutin bir süreç olarak uygulanmalıdır.

Kaynaklar

Bird, M. E., Datta, G. D., van Hulst, A., Kestens, Y., & Barnett, T. A. (2015). A reliability assessment of a direct-observation park evaluation tool: the Parks, activity and recreation among kids (PARK) tool. *BMC Public Health*, 15, 906.

Booker, N.W. (2015). Caution: children at play on potentially toxic surfaces. *National Center for Health Research*. <http://center4research.org/child-teen-health/early-childhood-development/caution-children-at-play-on-potentially-toxic-surfaces/> (Erişim Tarihi: 06.01.2016)

Bowler, D. E., et al. (2010). "A systematic review of evidence for the added benefits to health of exposure to natural environments." *BMC Public Health* 10(1): 1-10.

Cumhuriyet (2014). İBB açıkladı: Yeşil alanın kaç metrekaresi. http://www.cumhuriyet.com.tr/haber/turkiye/90109/iBB_acikladi__Yesil_alanin_kac_metrekare.html (Erişim Tarihi: 08.01.2016)

Dadvand, P., et al. (2015). "Green spaces and cognitive development in primary schoolchildren."

Proceedings of the National Academy of Sciences 112(26): 7937-7942.

Evans, M. (2011). What is the single best thing we can do for our health? <http://www.evanshealthlab.com/23-and-12-hours/> (Erişim Tarihi: 05.01.2016)

Gies, E. and T. f. P. Land (2007). *The Health Benefits of Parks: How Parks Help Keep Americans and Their Communities Fit and Healthy*, Trust for Public Land.

Hanni, A., Fromm, S. (2013). "THEory into ACTION: Can Community Engagement Promote Healthy Aging?". <http://psychologybenefits.org/2013/06/10/theory-into-action-can-community-engagement-promote-healthy-aging/> (American Psychology Association Psychology Benefits Blog) (Erişim Tarihi: 08.01.2016)

Healthy Schools Network. (2010). *Playgrounds and Toxins Threads*. <http://www.healthyschools.org/HSNPlaygrdGuide.pdf> (Erişim Tarihi: 06.01.2016)

İstatistikler. (2015). <http://www.ogm.gov.tr/ekutuphane/Sayfalar/Istatistikler.aspx> (Erişim Tarihi: 05.01.2016)

Kaczynski, A.T., ve diğerleri. (2011). Development and Testing of a Community Stakeholder Park Audit Tool. http://activelivingresearch.org/files/2011_Plenary_Kaczynski.pdf (Erişim Tarihi: 07.01.2016)

Konijnendijk, C.C., ve diğerleri. (2013). Benefits of Urban Parks: A systematic review.

Kurdoğlu, O., ve diğerleri. (2011) Kent Ormanlarının Kavramsal Hukuksal ve Çevresel Boyutuyla Değerlendirilmesi. *Artvin Çoruh Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi*, 12 (1): 63-76

Maller, C., ve diğerleri. (2002). Healthy parks, healthy people: the health benefits of contact with nature in a park context: a review of current literature, *Parks Victoria, Deakin University Faculty of Health & Behavioural Sciences*.

Martin, J., ve diğerleri. (2010). "The European environment – state and outlook 2010: Synthesis". *European Environment Agency*.

McKenzie, T. L., Cohen, D. A., Sehgal, A., Williamson, S., & Golinelli, D. (2006). System for Observing Play and Leisure Activity in Communities (SOPARC): Reliability and feasibility measures. *Journal of Physical Activity and Health*, 1, S203-217.

Nowak, D.J., Heisler, G.M. (2010). "Air Quality Effects of Urban Trees and Parks". *National Recreation and Park Association Research Series*.

Rocco, L. and M. Suhrcke (2012). *Is Social Capital Good for Health?: A European Perspective*, WHO Regional Office for Europe.

Russell, R., ve diğerleri. (2013). "Humans and Nature: How Knowing and Experiencing Nature Affect Well-Being." *Annual Review of Environment and Resources* 38(1): 473-502.

Srivastava, K. (2009). Urbanization and mental health. *Industrial Psychiatry Journal*, 18(2), 75-76.

Özdemir, A. (2009). "Katılımcı Kentli Kimliğinin Oluşumunda Kamusal Yeşil Alanların Rolü: Ankara Kent Parkları Örneği." *Süleyman Demirel Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi* A(1): 144-153.

Taylor, B. T., ve diğerleri. (2010). "Measuring the Quality of Public Open Space Using Google Earth." *American Journal of Preventive Medicine* 40(2): 105-112.

Thaiutsa, B., et al. (2008). "Urban green space, street tree and heritage large tree assessment in Bangkok, Thailand." *Urban Forestry & Urban Greening* 7(3): 219-229.

Türkiye'de Obezitenin Görülme Sıklığı. *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı*. <http://beslenme.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 06.01.2016)

White, M. P., ve diğerleri. (2013). "Would You Be Happier Living in a Greener Urban Area? A Fixed-Effects Analysis of Panel Data." *Psychological Science* 24(6): 920-928.

Yılmaz, S. ve diğerleri. (2006). Kent Ormanlarının Kentsel Mekâna Sağladığı Faydalar. *Atatürk Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi* 37 (1), 131-136

Modern hayatın frene basıldığı yerler: Yavaş şehirler

Yrd. Doç. Dr. Can Ceylan



1973 yılında İstanbul'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamladı. 1997 yılında ODTÜ İngilizce Öğretmeniği Bölümü'nden mezun oldu. Yüksek lisansını 2009 yılında Boğaziçi Üniversitesi Çeviribilim Bölümü'nde tamamladı. Bu tez çalışmasını, Mevlânâ'dan Önce ve Sonra Mesnevi adlı kitap olarak yayınladı. Doktora çalışmasını Yeditepe Üniversitesi Sosyal Antropoloji Bölümü'nde yaptı ve doktora tezini Dergâh'tan Akademi'ye Rifailik ve Kenan Rifai adıyla kitap olarak yayınladı. Değişik tarihlerde ebru sanatı ve klasik Türk Müziği alanlarında yurt içinde ve yurt dışında kişisel sergi, atölye ve konser çalışmaları oldu. Stratejik Düşünce Dergisi ve Yeni Şafak Gazetesi başta olmak üzere değişik gazete ve dergilerde yorum ve değerlendirmeler yazmaktadır. Çalışma alanları din antropolojisi, siyaset sosyolojisi, kültürel çalışmalar ve sivil toplumdur. Halen Medipol Üniversitesi Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler Bölümü Öğretim Üyesi olarak görev yapan Ceylan, evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

"Yavaşlığın düzeyi anının yoğunluğuyla doğru orantılıdır; hızın düzeyi unutmanın yoğunluğuyla doğru orantılıdır. Yavaşlık ile anımsama, hız ile unutma arasında gizli bir ilişki vardır. Bir şey anımsamak isteyen kimse yürüyüşünü yavaşlatır. Buna karşılık, az önce yaşadığı kötü bir olayı unutmaya çalışan insan elinde olmadan yürüyüşünü hızlandırır"

Milan Kundera

Yavaşlık isimli romanın yazarı Milan Kundera'nın kaleminden çıkan bu satırlar, günümüz dünyasındaki "hız" merakına başka bir açıdan bakmamızı sağlıyor.

Her şeyin daha fazlasını isterken sanki daha yavaş olandan duyduğumuz memnuniyetsizlikten kurtulmaya çalışıyoruz. Daha fazlasını, daha yenisini, daha büyüğünü isterken ulaşmak istediğimiz hedefi unutuyor; sadece istemek meraklısı oluyor gibiyiz. Neyi, neden istediğimiz ekseninden uzaklaşıp ya da bu eksen kaybedip, kendimizi de kaybettiğimiz veya kaybedip unutmak istediğimiz bir eksenin çekimine ve belirsizliğe kapılıyoruz. Bir Kızılderili atasözü, "koşarken düşünemezsin" diyor. Modern dünyanın koşuşturması ve hızı karşısında düşünmemeye mazeret bulmaya çalışıyoruz adeta. Dertlerinin, sıkıntılarının çaresini alkolde arayan zavallıların sarhoşken düştüğü duruma ayıkken düştüğümüzü fark edemiyoruz.

Yoran şehirler

Daha iyi bir hayata, daha kaliteli bir yaşam standardına kavuşmak için

tercih ettiğimiz büyük şehirler, burada bulunuş amacımızın aksine bizi kaliteden uzaklaştırıyor. Sabah evden iş yerine yetişmek için, akşam da iş yerinden eve yetişmek için yaşadığımızı koşuşturma arasında sıkışıp kalmış bir yaşam şeklimiz var. Bu sıkışmışlığımızı yok farz edip unutmak istercesine hayatımızdaki şeyleri hızlandırıp daha da kısır döngü içine giriyoruz. Telefon ya da internet üzerinden verdiğimiz yemek siparişlerine otuz dakikayı geçen teslimatlarda para vermiyoruz, çünkü hemen gelsin istiyoruz. Ancak bütün bu hız ve koşuşturma bizi yoruyor. Bir yanda modern hayat ve onun koşuşturması, bir yandan da bu koşuşturmayı, milyonlarca kişiyle paylaştığımız şehirlerde yaşamının verdiği gerilim, bizi fitratımızdaki özellikleri aramaya yönlendiriyor.

Hızlı yaşıyoruz; hızlı yiyoruz, hızlı iletişim kuruyoruz, hızlı okuma kursları alıyoruz, hızlı internet istiyoruz... Ancak bütün bunları, becerileri ve kapasitesi sınırlı vücudumuz ile yapmaya çabalıyoruz. Bir yerlere yetişmeye çalışıyoruz ama nereye gittiğimizi pek bilemiyoruz. Herkes çok meşgul, herkesin çok işi var ama birçok işimiz yarım kalıyor, birçok yere geç

kalıyoruz. Zengin olmak için geline büyük şehirlerden, zengin olabilirsek kaçmayı planlıyoruz. Yaşamak için zengin olmanın şart olmadığı köylere, şehirlerde kazandığımız zenginlikle gitmek gibi bir amacımız var.

İşte bütün bu karmaşanın ve çelişkili yaşam şeklinin sebebi olan moderniteyi yaşamış ve sonuçlarının bedelini ödemiş olan ülkelerde başlayan bir hareket var. "yavaş şehirler". Uluslararası bir organizasyon olan ve "cittaslow" adıyla anılan bu hareket, henüz "hızlanma kırı"nin bulaşmadığı yerleşim yerlerini bir çatı altında birleştirme amacını taşıyor.

Bir tarafta zamanla anlamsızlaşan koşuşturmanın içinde yaşadığımız "bilgi toplumu" varken diğer tarafta da bilgelik, kendinden emin olmanın fiziksel yansıması olan bir yavaşlık ve sükûnet var. Tabiata baktığımızda evini sırtında taşıyan ve ağır ağır ama kendinden emin şekilde yürüyen kaplumbağanın tavşan ile olan hikâyesini herkes bilir. Bu bağlamda kaplumbağaya benzeyen bir başka hayvan da salyangozdur. Hemen her kültürde var olan fablların kahramanı olan salyangozlar, spiral kabukları ile

sonsuzluğu ve yaşam döngüsünü simgelemektedir. Bu simgesel anlamıyla özellikle pembe salyangozlar “yavaş şehir” kavramının sembolü olmuştur.

Yavaş Şehir Felsefesi

Teknolojinin bir sonucu olarak küreselleşen dünyada nüfusun çoğunluğunun yaşadığı şehirlerdeki insanlar hızlı çalışan, hızlı yaşayan ve üretmekten çok tüketen, kendi kendine yetemeyen ve doğal yaşam alanlarını kaybetmiş bir canlı haline gelmiştir. Şehirler, kuruluş amaçları olan insanların güven içinde yaşadıkları yerler olma özelliklerini kaybetmiş durumdadır. Şehirdeki insanlar, daha hızlı hareket etmek ve daha hızlı çalışmak durumundadır. Böyle ortamda insanî duygular, sosyalleşme gibi unsurlar kaybolmuş ve tüketmek için bir araya gelinen yaşam alanları ortaya çıkmıştır.

Sabah 09.00 ile akşam 17.00 arasında çalışma zorunluluğunun verdiği monotonluğa hızlı yemek yemek, indirimdeki ürünleri kaçırmamak için hızlı alışveriş yapmak, yürüme mesafesindeki yerlere trafik sıkışıklığı sebebiyle saatler içinde varmak sadece satın alınan şeyleri değil, aslında insanın kendisini tüketmektedir. Bu yaşam tarzı; pazarlık edilen pazar, bakkal, manavları ortadan kaldırıp son kuruşuna kadar ödeme yapılan ve kasadaki kişiyle bir daha karşılaşılacak mega marketleri, önünde geçerken selam verilen terzi, bakkal, manav, kasap, kırtasiye gibi küçük esnaf yerine dev alışveriş merkezlerini, çocukların serbest oyun oynadığı açık hava alanları yerine otoparkları ortaya çıkarmıştır.

Bu hayat tarzının sürdürülebilir olmadığı gün gibi aşikardır. İnsanların mustarip olduğu hastalıkların yanında artık şehirler de tehlike sinyali vermektedir. Kendine yetmeyen şehirler, ulaşım teknolojisinin verdiği imkânlarla uzak coğrafyalarda takviye edilmektedir. Bir iklimde yetişmesi mümkün olmayan meyve ya da sebzeler orada tüketilebilmektedir. Aslında bu “kendini tüketmektir”.

Sadece tüketen, bitince başkasının hakkına göz diken ve sonuçta insanı tüketen yaşam tarzı sebebiyle ortaya çıkan arayış “yavaş şehir” hareketini ortaya çıkarmıştır. Her yerin birbirine benzediği şehirler değil, kendi içinde bile sokağın köşesini dönünce bambaşka bir atmosfere sahip şehirler, kasabalar hatta köyler, yavaş şehir anlayışı ile bir organizasyon çatısında birleşmeye başlamıştır. Yavaş şehir hareketi insanların birbirleriyle hiçbir menfaat düşüncesi olmadan, sadece insanî niyetlerle iletişim kurabilecekleri, sosyal hayata dâhil olabilecekleri, kendi becerilerine uygun sanat dallarına, doğaya ve geleneklere sahip, bunun yanında alt yapı sorunları olmayan, enerji sorunu

olmayan yerleşim alanlarının varlığına işaret etmektedir. İngilizcedeki “slow” (yavaş) ve “city” (şehir) kelimelerinden türetilen Cittaslow organizasyonunda 28 ülke ve 192 şehir bulunmaktadır.

Dünyadaki Yavaş Şehirler

İtalya: 75
Almanya: 12
Polonya: 12
G. Kore: 11
İzlanda: 11
Türkiye: 9
İspanya 6
Fransa: 8
Portekiz: 6
İngiltere: 6
Belçika: 5
Hollanda: 5
ABD: 3
Avustralya: 3
Norveç: 3
Avusturya: 3
Danimarka: 2
Kanada: 2
KKTC: 1
Finlandiya: 1
İsveç: 1
Macaristan: 1
İsviçre: 1
G. Afrika: 1
Japonya: 1
Çin: 1
İrlanda: 1
Y. Zeland: 1

Türkiye'deki Yavaş Şehirler

Yukarıdaki listeden de anlaşılacağı gibi, yavaş şehirler statüsüne sahip olma açısından Türkiye hatırı sayılır bir yere sahiptir. Türkiye'deki yavaş şehirler şunlardır:

Akyaka
Gökçeada
Halfeti
Perşembe
Seferihisar
Vize
Taraklı
Yalvaç
Yenipazar

Yavaş Şehir Nasıl Olunur?

Uluslararası üyelerden oluşan Uluslararası Cittaslow Birliği'nin belirlediği kriterleri sağlayan kentlerin “yavaş şehir” unvanı



al-
ması
için ilk kriter
nüfuslarının 50.000'den az olmasıdır. Bu kritere sahip kentler, aşağıdaki yedi başlık altındaki toplam 71 kriterleri yerine getirmeleri halinde bu unvanı almaktadır:

1. Çevre Politikaları
2. Altyapı Politikaları
3. Kentsel Yaşam Politikaları
4. Tarım, Turizm, Esnaf ve Sanatkarlarla İlgili Politikalar
5. Misafirperverlik, Farkındalık ve Eğitim ile İlgili Politikalar
6. Sosyal Uyum
7. Ortaklıklar (1)

Yeniden Öze Dönüş

Modernitenin her türlü olumsuz sonucunu tecrübe eden Batı dünyası, hem kendi düştüğü hem de dünyayı düşürdüğü durumdan kurtulmak için, yine bilimsel düşünceyi kullanarak çözüm yolları arıyor. Yavaş şehirler, bu arayışın bir sonucudur. “Fast food” beslenme anlayışına tepki olarak çıkan “slow food” düşüncesinin şehircilik anlayışına yansıması olan yavaş şehirler, insanın modern dünya kurgusu içinde yaşadığı anlamsızlığı öze dönüş ile telâfi etmek istiyor.

Son yıllarda büyük bir dönüşüm yaşayan ülkemizde de kendini belli etmeye başlayan bu anlayış ile kaybedilmek üzere olan ve geri dönüşü mümkün olmayan değer ve kültür unsurlarımızın korunmasında yavaş şehir uygulamasının katkı sağlayacağı tartışılmaz bir gerçek. Elbette bunu yaparken, modernitenin gelenekselciliğe yaptığı gibi, modern düşüncenin sunduğu imkânları tamamen inkâr ve görmezden gelme şeklinde bir tavır takınmak çözüm değil. Yavaş şehir olma şartlarında da görüldüğü gibi işin ekonomik ve iktisadî boyutu önemli bir rol oynuyor.

Özellikle uluslararası tanınırlık ve alternatif turizm alanlarında önemli bir avantaj sağlayan yavaş şehir unvanına sâhip olmak isteyen birçok yerleşim merkezinin bu unvanı almasıyla, Türkiye'nin yukarıdaki 28 ülke arasında daha üst sıralara yükselmesi için Cittaslow Türkiye Komitesi bir sivil toplum kuruluşu olarak faaliyet göstermektedir.

Kaynak

1) <http://cittaslowturkiye.org> (Erişim Tarihi: 20.01.2016)

Mekân ve hijyen

Prof. Dr. Mustafa Altındış



1966 yılında Konya'da doğdu. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1989'da mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Anabilim Dalında doktora eğitimini tamamladı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKU) Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalına kurucu öğretim üyesi olarak atandı. 2002 yılında Viroloji Bilim Doktoru, 2005 yılında Klinik Mikrobiyoloji Doçenti oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Bir yıl kadar görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals'de laboratuvar kalite sistemlerini inceledi, moleküler viroloji referans laboratuvarında çalıştı. Mayıs 2011'de AKU Tıp Fakültesinde profesörlük kadrosuna atanan Dr. Altındış, 2013 yılından beri Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji AD ve Tıbbi Viroloji BD Başkanlıklarını yürütmektedir.

Mekânlarla iç içe oluşumuz, hayatımızın onların içerisinde geçmesinden ibaret olmayıp ilişkinin etkileme ve benzeşme-bütünleşme kavramları ile tanımlanmayabileceğimiz mekân - ruh dünyamız arasında da çok sıkı bir bağı olduğunu görünür kılmıştır. Mekânlar sadece görünmez dünyamızı-ruhumuzu değil aynı zamanda fiziğimizi de doğrudan etkiler. Ergonomi bu konu ile uğraşadursun biyolojimiz ve kimyamız da çevresel mini canlılar ya da kimyasallarla etkileşimini sürdürmektedir. Mekânın mikrobik kirliliği ve dekontaminasyon / hijyen yetersizliği ile buradan bulaşacak enfeksiyonlar azımsanmayacak oranlardadır. Klima ve havalandırmaların bir dönem sonra ortama bakteri saçan odaklar olduğunu düşünüldüğünde çalışma başarısı ve verimsizliği bir yana hukuki süreçlerle karşılaşmak içten bile değildir.

Bireysel Temel Hijyen: El Yıkama

Hijyen denince ilk akla gelen el hijyenidir ve bunun çok önemli gerekçeleri vardır. Mutfak çalışanı ve mekân temizlik personellerinin ellerini sadece su ve sabunla sıklıkla yıkamaları özellikle mekân kaynaklı çocuk enfeksiyonlarının azaltılmasında önemli bir adım sayılabilir. Günlük aktivitelerde dış ortamla en çok temasta olduğumuz ve doğal olarak en çok kirlenen uzvumuzdur eller. Kontamine mekân ve alanlara temas eden ve sürülen eller temizlenmediği sürece tam bir enfeksiyon yuvasıdır. Kontamine su ve gıdalarla bulaşan enfeksiyonlar öncelikli olmak üzere bazı cilt, kulak, burun, boğaz ve göz enfeksiyonları da sadece el hijyenine dikkat edildiği zaman oldukça azalmaktadır. Bu ve benzeri nedenlerle eller düzenli temizlenmelidir. Gıdalara dokunmadan önce ve tükettikten sonra ağız, diş, yüz ve göz temizliği yapılmalı, ellerimiz tuvalet sonrası su ve sabunla özenli bir şekilde yıkanmalıdır. Günlük yaşamda kontamine flora oluşmaması için ortalama üç saatte bir eller yıkanmalıdır (1, 2).

İşyerinde Hijyen

Zamanımızın büyük bir kısmı ofis ve iş mekânlarında geçirildiğine göre bu yeni yaşam alanlarında da hijyen oldukça önemlidir. Sağlık ve verimlilik ortaya konan hijyen ile ilintilidir. Ofis temizliği kavramı; personel sağlığı, güvenli ve sağlıklı (hijyenik) bir ortam temini için gerekenlerin uygulanması ve ilintili belirlenmiş kural ve yaptırımların tamamını kapsar. Mesleki farklılıklar ve sektörüne göre değişen büro/ofis temizleme malzeme ve usulleri belirlenmiş ve sıralanmıştır. Bu usuller, bir bakanlık yönetmeliğinde de (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı; Sağlık ve Güvenlik Hakkındaki Yönetmelik) yerini bulmuştur. Yönetmeliğin 7. Maddesi "Özellikle işyeri tabanı, duvarları ve diğer yüzeyler düzenli olarak temizlenecek ve hijyen sağlanacaktır" derken, 12. Maddesi "Hijyen ve kişisel korunma" başlığı ile personeli ilgilendiren konuları sıralar, 13. Madde ise "Hijyen kuralları için personele eğitimi" öne çıkarır (3).

Ofiste temel hijyen konuları; havalandırma, klima/iklimlendirme sistemleri, tuvalet, lavabolar, yüzeyler, yiyecek, içecek-mutfak temizliği, masalar ve zemin hijyeni şeklinde sıralanabilir. Mekân en az günde bir kere sabahleyin 10 dakika için havalandırılmalı, iklimlendirme ve klimalar kesinlikle çalışır olmalı, periyodik bakımları yaptırılmalı, hepa filtreler temizlenmeli ya da zamanında değiştirilmelidir. Tuvalet ve lavabolar belli periyotlarla etkin dezenfektanlarla eğitilmiş elemanlarca kontrollü şekilde temizlenmelidir. Ofislerde ikram odaları(mutfaklar, çay ocakları) ve ikram sağlayıcılar (aşçı, hizmetli, çaycı, garson...) bütün yönleriyle eğitilmeli-denetlenmeli ve hijyen / kalite ikilisi kovalanmalıdır. Masalar ve yüzeylerin etkin ve temiz ürünlerle periyodik (en azından sabah/akşam) hijyeni sağlanmalıdır.

Ofis/iş hijyeninde bir diğer önemli konu da kimyasallara maruziyettir ve Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Çalışma

Örgütü'nün verilerine göre her yıl yaklaşık 386 bin çalışan havadaki kimyasal partiküllere maruziyet, 152 bin çalışan da işyerlerindeki kanserojen maddelere maruziyet sonucu yaşamını yitirmektedir.

Toplu Yaşanılan Yerlerde Hijyen

Günümüzde toplumların gelişmişlik seviyesini niteleyen temel ölçüt, su kullanımı ve temizliğe bakıştır (4). Böyle olmakla beraber modern insan, suya ve sabuna eskiye göre daha kolay ulaşabildiği halde el yıkama ve hijyen alışkanlığında tarihimizdeki temizlenme ve arınmadan eser göremeyebilirsiniz. Çok yıldızlı otellerde, modern merkezlerde zaman zaman tuvaletleri kullanan çok şık giyimli, varlıklı, kültürlü "çağdaş" beylerin ve kadınların ellerini yıkamadan çıkışlarına şahit olabilirsiniz.

Evde Hijyen

Kişisel hijyen tarzımız, hem çocukluktan itibaren aileden, hem de toplu yaşamın ilk merkezi kreş okul yurttan edinilen bir birikimdir. Kişinin içinde bulunduğu camia, temizlik ve hijyen alışkanlığını belirleyici niteliktedir (2). Eve sadece barınak-sığınak ihtiyacı için bir ortam olarak değil; aile sağlığı açısından da olması gerekli hijyen ile sağlığın sürekliliğini sağlayacak birer alanlar olarak da davranmalıyız (5). Cam, çerçeve ve kapılar ayda bir temizlenmeli, ev içinde en çok temas edilen noktaların (kapı kolları, elektrik düğmeleri, sandalyelerin üst kısımları, musluk başları, masaların kıyıları, buzdolabının kulpu ve ön yüzü) uygun temizliği yapılmalıdır. Nevresim, çarşaf, yastık kılıfları, haftada bir kez mutlaka değiştirilmeli, halı ve koltuklarda sık temizlenmelidir. Temizlik ve hijyen için kullanacağımız temizlik ürünlerinin doğal, zararlı kimyasallar içermeyen, sağlığa zararlı olmayan ürünlerden seçilmesi aile sağlığı için yaşamsal önemdedir. Değişik kimyasallar içeren bazı ürünlerin ise, kullanım sonrasında eşyalarımızda kalıntı bırakmamasına özen göstermeliyiz (5).

Evinde temel hijyen uygulamaları

Evin havalandırılması: Her gün sabah 10 dakika kadar eve temiz hava girmesi ve evin nem oranının oluşması açısından önemlidir. Odanın havası ne fazla nemli ne de çok aşırı kuru olmamalıdır, her ikisi de sağlığa zararlıdır. Havalandırılması/iklimlendirilmesi olumsuz ev, çocuk ve yaşlı sağlığını direkt etkileyecektir. Astım ve alerji nöbetlerini tetikleyecektir. Havanın çok kuru olması, üst solunum yolu enfeksiyonları ve yetmezliklerine, alerjilere, grip ve diğer viral enfeksiyonlara yol açabilecektir. Aşırı nemli atmosfer ise, soluk alma ve verme için uygun olmadığı gibi romatizmal yakınmalara da zemin oluşturmaktadır. İdeal ev nem oranı, % 40-50 arası olmalıdır. Fazlası ev küfleri ve mayıtları çoğaltır, çocuk ve yaşlılarda astım krizleri oluşabilir. Oda nemi %30 altı ise “kuru hava” olarak değerlendirilir, böyle durumlarda **nemlendirme cihazı** düşünülebilir. Ancak mümkünse ortamın havalandırılması daha sağlıklı ve ekonomik bir şekilde oda nemlenmesi sağlanabilir. Nemlendirme cihazlarının bakımı ve kontrolleri de ayrıca önemli ve gereklidir.

Tozla mücadele: Toz, hastalıklarda temel unsurdur. Hijyen için evin tozlarının da alınması gerekir. Yüzeydeki ve ortamdaki toz partikülleri, temiz nemli bir bez ile mümkünse her gün değilse haftada birkaç kez toparlanmalıdır. En çok tozu biriktiren ev eşyası perdedir. Perde, kirlenmesi beklenmeksizin tozlanması dikkate alınarak temizlenmelidir.

Mutfak Hijyeni: Bakteriler için en uygun çoğalma yeri mutfak ve banyo gibi ıslak zemin alanlarıdır ki buralar sıklıkla dezenfekte edilmelidir. Mutfak araç ve gereçlerinin konduğu mutfak dolaplarının temiz tutulması önemlidir. Bu dolaplarda uzun süredir kullanılmayan araçların, **kullanım öncesi** yıkanması gereklidir. Mutfaktaki hijyen için en önemli ve basit kural, yemek yapımı öncesi ellerin mutlaka sabunla yıkanmasıdır. Mutfaktaki en bakteri yoğun ürünler ise fırça, bulaşık süngerleri ve et kesme tahtasıdır.

Mutfakta Genel Hijyen Kuralları:

- Çiğ et ve tavuk ürünlerine temas eden ellerin 20 saniye sıcak su ve sabunla yıkanması gerekir. Kurulama kâğıt havluya olmalıdır.
- Saçların uzun kısımları bone/eşarp ile kapatılmalı, kesik/yaralar yara bandı ile kapatılmalıdır.
- Bulaşık bezleri/süngerler iyi temizlenmelidir.
- Çiğ etlerin hazırlanmasında kullanılan bıçaklar, diğer gıdaların kesilmesinde kullanılmamalıdır.
- Etteki -varsa- bakteri ancak 71°C de pişirilerek yok edilebilir.

- Mutfak lavabosu klorlu su ile dezenfekte edilmelidir.
- Konser ve kapağı açmadan önce yıkanmalıdır.
- Buzdolabının içi de sık temizlenmelidir.

Mutfakta Kesme tahtasına dikkat!

Kesim tahtaları kolayca temizlenebilen pürüzsüz satırlı olmalı, kullanım sonrası kesim tahtaları, tezgâhlar ve taslar, süzgeçler, bıçaklar ısıtılmış deterjanlı sularla temizlenmelidir. Kesim tahtaları; sebze meyveler için ayrı, çiğ et tavuk balık için farklı ve mümkünse ekmek tahtaları da farklı olmalıdır. Yüzeyleri pürüzsüz olan plastik, mermer, seramik kesim satırları tercih edilmelidir.

Mutfakta El Hijyeni: Mutfakta hijyenin sağlanmasında ellerin temizliği de çok önemlidir. El temizliğinde ısıtılmış akıcı su ve antibakteriyel sabun kullanılarak, eller 20-30 saniye ovularak yıkanmalı, tırnakların altı ve parmak sırtları iyice yıkanması sağlanıp eller kâğıt havluya kurulanmalıdır. Çiğ et yada tavuğa temas sonrası ellerle dokunulan sebze ve meyveler enfeksiyon bulaşına neden olabilir.

Okul, Kreş, Yurt Gibi Toplu Yaşanılan Mekânlarda Hijyen

Okul, kreş ve yurt gibi aynı anda çok sayıda öğrencinin çoğunlukla uygun olmayan koşullarda bir arada bulunmasından dolayı bulaşıcı hastalıkların görülmesi ve yayılması buralarda daha kolaydır. Okullarda su, hava, kapalı ortamları, çöp, oyun alanları vb. gibi unsurların hijyeni önem taşımaktadır. Bu tür toplu yaşanılan yerlerde enfeksiyon nedeni mikroorganizmalardan korunmak için alınması hijyene dair gereken önlemleri şöyle sıralayabiliriz:

- Yeterince temiz, sağlam ve çalışır durumda lavabo bulunmalı, tuvaletlerin temizliği rutin olarak sağlanmalı, temiz kullanım ile ilgili alışkanlık kazandırıcı eğitim verilmelidir.
- Tuvaletler havalandırılmalı, sürekli su bulunmalı, kanalizasyona akmalı, sıvı sabun, kâğıt havlu bulunmalı, periyodik kontrollerle eksikler hızla giderilmelidir. Temiz ve hijyenik olmalı, mutlaka ders aralarında temizlenmeli, kapalı tutulmalıdır. Temizliği dezenfektanlarla yapılmalıdır.
- Çöp kovası kapanabilir olmalı ve çöpler ayrıştırılmalı sistem ile toplanmalıdır (kâğıt, cam vs. ayrı konteynırlarına).
- Öğrenciler tuvalet lavabolarından su içmemeli, uygun görülen yerlerde içme sebilleri konulmalı, periyodik temizlenmelidir.
- Koridor ve salonlarda günlük temizlik yapılmalı, ıslak paspas ile silinmelidir.
- Sınıflar, revir, spor salonu, laboratuvar ve atölyeler günlük temizlenmeli ve

havalandırılmalıdır. Kapı kolu, musluk başlıkları, elektrik anahtarları, masa ve sıralar uygun dezenfektanlar ile mikrop-lardan arındırılmalıdır.

- Ayrıca buralardaki gıda satış reyonlarında da (kantin, vs.) Gıda güvenliği ve hijyeni açısından benzeri uygulama ve denetimler gerçekleştirilmelidir. Çalışan hijyeni sağlanmalı, gıda hazırlama, saklama ve sunuş biçimleri gıda güvenliğine uygun olmalıdır.

Spor Salonları ve Hijyen

Spor için tercih edilecek spor salonu **dikkatle seçilmeli**, kalitesi hijyeni ile ilintili düşünülmelidir. Kullanılan alet ve ekipmanların, duşların, tuvaletlerinin kalitesi kadar temizliği ve hijyen bakımı da önemlidir. Spor salonunda çalışan personelin de kişisel temizliği önemlidir. Salonlar iyi havalanmalı, ısı, nem ve kuruluk ayarları kontrol altında tutulmalıdır. **Mantar enfeksiyon bulaşması spor ve yüzme alanlarında sıklıkla gözlenmektedir.** Spordan önce ve sonra eller mutlaka yıkanmalı, havlu veya el kurutma makinesiyle iyice kurulanmalıdır. **Bazen** bir ıslak mendil bile hayat kurtarıcı olabilir, **spor yapılacak aletlerde** öncesinde nemli bir bez ya da bir ıslak mendil ile silinmelidir.

Sonuçta yaşanılan mekânları renklendiren bizler buralarda hayat sürecektir diğer insanlara daha sağlıklı ortamlar sağlamak için bir şeyler yapmalı, insan mekân ilişkisinde ruh ve beden bütünlüğünü de dikkate alarak mekânları insanlığa konuşturmalıyız. “*Temizlik imandandır*” düsturunu benimsemiş olanlar için mekânlarda hijyen eğitimi “*güneşi ceketin astannda kaybetmek*” gibi bir şey olsa gerektir.

Kaynaklar

1) Telatar TG. El Hijyeni İle Enfeksiyonlar Arasındaki İlişki Ve Sağlık Çalışanlarında El Hijyeni. Güler Ç, Akın L. (Editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006: 897-899.

2) Akın L, Özcebe H, Güler Ç. Kişisel Hijyen. Editörler: Akın L, Özcebe H, Haznedaroğlu D, Özbaş S, Serim H. İçinde: Adölesan Sağlığı ve Gelişimi Eğitici Eğitimi Rehberi Kitabı. 2002. 105-122.

3) <http://www.evbilgi.com/ofis-temizligi-puf-noktalar/>. (Erişim Tarihi: 15.01.2016)

4) Tunç M. Liseler İçin Sağlık Bilgisi. Ankara. 1999, 15-17.

5) <https://ailecesaglik.com/kisisel-saglik/temizlik-hijyen/evimizde-temel-hijyen-kurallari/>. (Erişim: 15.01.2016)

6) <http://www.ogretmenlersitesi.com/haber/6380>. (Erişim Tarihi: 15.01.2016)

7) <http://www.kayseriehaber.com/spor-yaparken-temizlik-kurallari-makale,2589.html>. (Erişim Tarihi: 15.01.2016).

Edirne Darüşşifasında mekân formu ile müzikoterapi bağlantısı

Yrd. Doç. Dr. Nazende Yılmaz



1975 yılında doğdu. Marmara Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesinde İç Mimarlık eğitimi tamamladı (1999). Aynı yerde yüksek lisansını, Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesinde doktorasını tamamladı. 2004 yılından beri kısmi zamanlı olarak bu iki üniversitede görev yaptı. 2012-2015 yıllarında FSMVÜ İç Mimarlık Bölümünde Yardımcı Doçent olarak görev yapan Dr. Yılmaz, halen Medipol Üniversitesi Güzel Sanatlar Mimarlık ve Tasarım Fakültesinde öğretim üyesi olarak çalışmaktadır.

Edirne'deki II. Beyazıt Darüşşifasının mekân anlamında müzikle tedaviye sunduğu katkı dikkate değerdir. Bu mekânın müzikle ilişkisini ve tedaviye katkısını anlayabilmek için öncelikle müzik ve mimari ilişkisinin tarihçesine değinmemiz gerekir. Müzikte karşılaştığımız armonik yapının mimarlıktaki izdüşümünün tarihçesi oldukça ilginçtir ve çok gerilere dayanmaktadır. İyonyalı filozof ve matematikçi Pisagor (MÖ 585-500), müzik teorilerinin ve müzikle hastalık tedavisinin ilk kurucularındandır. Ancak ilminin kaynağı klasik Mısır ve Babil kâhinlerinden aldığı 34 yıl süren inisiyatik eğitimidir. Bu ayrıcalıklı matematik ve müzik bilgisinin kaynağı ise bir görüşe göre Sümerler döneminde yaşamış olan ve Hz. Âdem'den sonra yedinci kuşak olarak bilinen İdris Peygamber'e kadar gitmektedir. Zira Kuran-ı Kerim'de bahsedilen İdris Peygamber'in ismi Kitab-ı Mukaddes'te Ehnoh (Uhnuh) olarak geçerken, lakabı ve mitolojideki ismi ise Hermes bilinmektedir. Bununla birlikte, eski Yunan'da Hermes'in arz ile sema arasında bağ kurucu ve "yukarının yorumcusu" (hermesneuta) olarak görülmesi "hermenötik" denilen yorum ilminin ortaya çıkmasına sebep olmuştur (1). Babil ve Mısır'da edildiği; müzik, matematik ve astronominin insan için yorumlandığı bu kadim bilgi altyapısıyla Pisagor, müziğin matematiksel oranlara

indirgenebileceğini ortaya koymuş ve diatonik skalayı keşfetmiştir. Diatonik skala; müziğin matematiksel oranlara indirgenip ifade edilmesi olarak tanımlanır. Pisagor, umutsuzluğa düşen kimseleri veya çabuk öfkelenen hastaları belirli melodilerle tedavi edebilmek olanağını araştırmıştır (2).

Müzikle tedavinin en erken örneklerinde biri de yine kutsal kitaplarda geçmektedir. Mezmurlar (Zebur), bizatihi Davut Peygamber'in ilahilerinden oluşmakla beraber dört kitapta da müzikle tedavi uygulayan ilk isim Davut Peygamber (MÖ 1055-974) olarak geçmektedir. Kuran-ı Kerim'de de sesinin güzelliği övülen Hz. Davut'un, hastalara güzel sesi ve sazı (harp) ile şifa kaynağı olduğu; hatta yine sesi ve sazı ile şifa duası okuduğu ve bu yolla "Saul" adlı hükümdarı iyileştirdiği nakledilmektedir (3). İlginç bir biçimde müziğin tarihçesinde olduğu gibi mimarlık ilminin Osmanlı kaynaklarındaki tarihi silsilesine baktığımızda da aynı isimlerle karşılaşırız. Mimar Cafer Efendi "Risale-i Mimariyye" adlı eserinde, hendese ilmini Hz. Âdem'den başlatıp tasnif ederek kaleme alan kişinin İdris (a.s.) olduğunu, kendisine "Ahnuh" ve "Hürmüs" isimleriyle de hitap edildiğini, İdris Peygamber'in öğrettiği bu ilmi Fisagoras'ın (Pisagor) hendese ve matematik kitabı haline getirdiğini, Davut ve Süleyman Peygamberler devrinde ise Beyti'l Makdis

inşa edilirken hendesenin derlenip divan haline getirildiğini belirtir (4).

Bergama'daki eski hastahanedeki vesikalar, Yunanlıların müziği, fiziksel ve manevî sıkıntıları yatıştırmak amacıyla kullandıklarını göstermektedir (5). İslam medeniyetinde Araplar da müzikle tedaviyi bu bilgiler doğrultusunda kullanmışlardır. 872 yılında Ahmad İbn Tulun Kahire'de böylesi bir bimarhane yaptırmıştır. Arapların medâyin (şehir) bimarhanelerinde uygulanan müzik terapi yöntemlerini Türkler geliştirerek tatbik etmişlerdir. Nizam-ül Mülk'ün gerçekleştirdiği eğitim-öğretim reformunun Anadolu'daki örnekleri Kayseri'de bulunan Gıyaseddin Keyhüsrev Tıp Medresesi ile Gevher Nesibe Darüşşifasıdır. Hastane ile tıp okulunu aynı bünyede barındıran "site-üniversiter" (6) yapıda inşa edilen bu darüşşifa, Osmanlı tıp medreselerine de örnek teşkil etmektedir. Askeri bandonun tarihteki ilk örneği olan mehterin de bu tedavide kullanılması, Türklerin getirdiği yeniliklerden biri olarak görülmektedir.

Vakfiyelerden aldığımız bilgilere göre bimarhanelerde iki çeşit müzik icra eden grup bulundurulmaktadır; fasıl musikisi ve mehter (7). Buradan zaman zaman ritmik, yüksek sesli bir müziğe, belli dönemlerde ise yumuşak etkili bir müziğe ihtiyaç duyulduğu anlaşılabılır.

Akil hastanelerinde müzikle yapılan tedavilerde, agresif tepkileri olan hastalara hafif melodili parçalar dinletildiğinde tedavinin etkili olmadığı görülmüştür. Bunun için önce kuvvetli ve yüksek bir bando müziğiyle başlayıp hastaların dikkatini çekmek ve yavaş-yavaş müziğin şiddetini hafifletip yumuşak parçalara geçmenin gerektiği ve müzik yoluyla uyuyan hastanın rahatladığı belirtilmektedir (8).

Armoninin Türk musiki tarihindeki gelişimine temas ederken öncelikle müzikoloji alanında yazılmış eserlere de bakmamız gerekir. Antik Yunan felsefe, matematik ve fiziği gibi müziğine de temas eden ve Pisagor'u yorumlayan Farabî, öğrencisi İbn-i Sina ve Kutbettin Şirazi'nin kitapları, Batının "Quadrivium"larını (aritmetik, müzik, geometri ve astronomiden oluşan dört yüksek ilim) aşan bir birikime sahiptir (9). Bu bilim adamlarının özellikle müziğe dair verilerine dayanan, Urmevi'nin temelini attığı sistemci okul, XV. yüzyılda Abdülkadir Meragi'nin ilave ettikleri ve düzelttikleriyle tamamlanmıştır. Türk Müziğinin bu sistemi XX. yüzyıla kadar geçerliliğini fazla değişime ihtiyaç duymaksızın korumuştur. Burada, 12 ana makamın burçlara, 6 âvâzenin (seslerin) de güneş etrafında dönen gezegenlere karşılık gelmesi söz konusudur. Seslerin sayısı 11. Beyazıt dönemi nazariyecisi Ladikli Mehmed Çelebi tarafından 7'ye tamamlanmıştır. "Devirler" anlamına gelen "edvar" kitaplarında, ahenk ve oranlar üzerinde de ayrıntılı biçimde durulmaktadır (10). Müziğin nazariyesinde yer alan bu kozmik sistemi, Osmanlı mimarisinde de cisimleşmiş vaziyette görebiliriz. XV. yüzyıl yapılarından biri olan Edirne'deki II. Beyazıt Külliyesi Şifhanesi, buna verilebilecek çok güzel bir örnektir. Şifhanenin altıgen planlı bu ilginç bölümünde, merkezi kubbenin altındaki havuzun ve bu alana bakan eyvanda icra edilen müziğin sesi, çevreleyen hücrelere iyi bir yankılanmayla ulaşmaktadır. Evliya Çelebi'nin aktardığına göre, farklı makamlardan biri olarak bestelenen müzik parçalarıyla hastalıklar tedavi edilmektedir (11). Doğa, matematik ve müzik ilişkisinin bu devirde sağlam temeller üzerinde kurulduğu görülmektedir. Mimariye gelince, altın oranın yanı sıra ancak XX. yüzyılda Le Corbusier'nin ortaya koyduğu, insanı temel alan oranlardan geliştirilmiş modüler ölçülere de rastlamak söz konusudur (12). Hatta İslam mimarisinin matematikle ilişkisini araştıran Keith Crichlow'a göre, bu sanattaki belli başlı karmaşık modeller, modern bilim tarafından keşfedilen çeşitli maddelerin içyapısıyla özdeşdir (9). Batı düşüncesinde gördüğümüz rasyonalist bir anlayışla parçaları tamamlayarak bütüne ulaşmaya çalışan tüme varım yerine, baştan bütünü kabul edip sentezleyen bir tüm dengelim görüşü hâkimdir.

Bu bilgiler doğrultusunda Mimar Hayreddin'in tasarladığı bilinen Edirne II. Beyazıt Şifhanesinin tasarımına baktığımızda, müziğin armonik değerlerini yapının biçiminde ve nispetlerinde kolaylıkla görebiliriz. Altıgen plan üzerinde merkezî kubbeyi çevreleyen kubbeli hücre dizilimi, merkezî yıldız etrafında seyreden gezegenlere benzer bir hiyerarşi sergilemektedir. Osmanlı cami mimarisinde gördüğümüz küresel elamanlarla merkezî kubbeye kademeli geçiş formları; bu kozmik dizilimi, hem biçimsel hem de armonik yapı itibarıyla yapının hem iç mekânından hem de dış cephelerinden hatırlatır. Platon'un söz ettiği "kürelerin müziği" kavramını, yapının armonik ölçülerle yükselişinde ve cephelerdeki altın orana uygun ölçülerinde görebiliriz. Nitekim Enver Şengül Edirne Darüşşifası üzerine çalıştığı tezinde, mimaride antik dönemden beri kullanılagelen altın oran ölçülerinin bu binanın ana kütle ölçülerinde ve pencerelerinde kullanılmış olduğunu tespit etmektedir. Bu nedenle estetik yapısı, tedavi edici etkisi ile birleşerek huzur verici anlamına gelen "Hürrem bina" adıyla nitelendirildiğinden de bahsetmektedir. Darüşşifayı gezenlerin binadan mimari olarak çok etkilenmelerinin nedenlerinden birinin de bu olduğunu belirtmektedir (13). Yani yapı yalnızca müzik icra edilen, bu müziği doğru bir akustikle hasta hücrelerine ulaştıran özellikte olmayıp, aynı zamanda kendisi de armonik değerleri barındıran bir tasarımdır. Fatih Devri ve Klasik Dönem Osmanlı mimarisinin birçok yapısını incelediğimizde, tabiatın alınan ve Fibonacci dizinini kapsayan bu oran sistemini görmek mümkündür (12). Akustiğin geldiği noktayı ise Süleymaniye ve Selimiye Camilerinde son raddesinde tecrübe edebilmekteyiz. Mimar Hayreddin'in bu XV. yüzyıl darüşşifasında uyguladığı özgün tasarımı incelemek istersek, altıgen merkezî plana yerleştirdiği bir fasıl platformuna ve odalara kanallarla uzanan fiskiyeli orta havuza dikkat etmemiz gerekir. Müzisyenler için ayrı bir bölüme, geleneksel mimarimizde ancak Mutrib maksuresi yahut "Mutribhâne" ismiyle semahanelerde rastlamaktayız. Altı adet kışık hasta odası ile biri musiki faslı, dördü yazlık hasta odası olarak toplam beş eyvandan oluşan hücreleri vardır. Merkezi kubbeli mekânı çevreleyen bu hücrelerle, az sayıda personelle çok sayıda hastaya bakma imkânı elde edilmiştir (14). Kışık odaların kapıları birbirini görmezken, mimaride mahremiyet unsurunun tesiri düşünülmüş olmalıdır. Yine de sosyalleşmeyi gerekli ölçüde sağlayan bir tedavi yöntemi uygulanmakta, hastalar belirli aralıklarla tedavi için yetiştirilen bitkilerin bulunduğu bahçelere çıkarılmakta, güzel çiçek kokularıyla aroma terapi uygulanmaktadır. Odalarda ise Evliya Çelebi'nin de belirttiği gibi dışarıdaki gülistanı açılan bir dış bir de iç mekâna

yönelik pencereler bulunmaktadır. Geleneksel Türk evinde de gördüğümüz mahremiyet ve sosyalleşmeye aynı anda hizmet veren, gün ışığından maksimum yararlandırıran bir mekân anlayışıyla karşılaşırız. Merkezdeki kubbenin aydınlık feneri ile güzel bir havalandırma yapısına da sahip olduğu, doğru havalandırmanın hastane mimarisindeki önemi de unutulmamalıdır. Külliye'nin Tunca Nehri kıyısında inşa edilmiş olması, su ile peyzaj ölçeğinde görsel bir irtibatı da sağlamaktadır. XX. yüzyılda "mekân psikolojisi" Batı literatüründe zikredilmeye başlanmış; mahremiyet, sosyalleşme, tabiat ile ilişki kurma, gün ışığından faydalanma gibi kavramlarda mimarinin etkisi tartışılmaya başlanmıştır (15). Bütün verileri değerlendirdiğimizde bu XV. yüzyıl darüşşifasının insan bednindeki dengenin aslına kavuşması için mimarî yönden de tedavi aracı olduğunu söylemek herhalde yanlış olmayacaktır.

Kaynaklar

- 1) Mahmut Erol Kılıç, "Ebu'l Hukemâ": Hikmetin Atası, Hermetik Felsefenin İslâm Düşünce Tarihinden Görünümü, *Dîvân: Disiplinlerarası Çalışmalar Dergisi*, 1998/2, yıl:3, sayı:5
- 2) Bekir Grebene, "Müzikle Tedavi", *Sanem Matbaa*, Ankara, 1978: 17
- 3) Ruhi Kalender, "Ruh Hastalıklarının Tedavisinde Müsik", *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, cilt: XXXI, Ankara – 1989: 271-281.
- 4) Ca'fer Efendi, *Risâle-i Mi'mariyye*, İstanbul Fetih Cemiyeti, İstanbul 2005
- 5) Haşmet Altınöğçek, *Müzikle Tedavi; Müzikle İletişimin terapide Kullanımı*, Kitabevi, İstanbul 2013
- 6) Gönül Cantay, "Tarih Biliminde Yeni Boyutlar: Yanlış Doğrular", 38. ICANAS, Tarih ve Medeniyetler Tarihi, Ankara 2007:771-777
- 7) Osman Şevki Uludağ, *Beşbuçuk Asırlık Türk Tababeti Tarihi*, İstanbul- 1925
- 8) M. Sadık Yiğitbaş, *Musiki ile Tedavi*, İstanbul 1972
- 9) Seyyid Hüseyin NASR, *İslam ve İlim, İnsan Yayınları*, İstanbul 2000
- 10) Nazende Yılmaz, "Mekânda Müzik ve İnsan", *Müzik-Bilim Dergisi*, 1; 44-52 Bahar 2012
- 11) Evliya Çelebi *Seyahatnamesi*, Cilt III, Üçdal Neşriyat, 469-470
- 12) Nazende Öztürk (Yılmaz), "Fatih Külliyesinde Çorba Kapısı", *Akademik Araştırmalar Dergisi*, Şubat-Nisan 2003
- 13) Enver Şengül, *Kültür Tarihi İçinde Müzikle Tedavi ve Edirne Sultan II. Bayezid Darüşşifası*, Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Yrd. Doç. Dr. Özkan Ertuğrul, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Temmuz 2008- Edirne
- 14) Fuat Sezgin, *İslam'da Bilim ve Teknik*, Cilt V; "Sultan II. Beyazıt Darüşşifası, Edirne": 74-75 Arslan Terzioğlu, *Mittelalterliche islamische Krankenhäuser*: 190
- 15) Daniel L. Ledford, 'Psychology of Space': *The Psycho-Spatial Architecture of Paul Rudolph*, Thesis. Yale, 2014. New Haven: Yale Divinity School, 2014

Prof. Dr. Onur Erol: Gözünüzde pırıltı yoksa estetik cerrah ne yapsa fayda etmez

Röportaj: Ömer Çakkal

Ulkemizde ünlülerin estetik cerrahi olarak bilinen Prof. Dr. Onur Erol, popüler bir doktor olmasının yanı sıra akademik başarısı ve sosyal yönüyle de dikkat çeken bir isim. 2007 yılında ASPS-PSEF tarafından "The Maliniac Lecturer" olarak seçilen Erol, geçen yıl da Rinopilasti Derneğinin ABD dışında bir ülkeden seçilmiş ilk başkanı oldu. Böylece bir anlamda dünya plastik cerrahlarının başkanı, bir Türk oldu. Estetik cerrahi konusunda pek çok teknik geliştiren Erol'un "Turkish Delight" ve "Kıkırdak

Enjeksiyonu" teknikleri bu alanda tüm dünyada öne çıktı. Estetik cerrahide hocaların hocası olan Prof. Erol, sahibi olduğu Onep Kliniğinde plastik cerrahi uzmanlarına 6-12 ay süreyle meslek içi eğitim veriyor, uzman estetik cerrahların yetişmesine vesile oluyor. Maddi durumu yetersiz, doğuştan damak ve dudak yarığı, kepçe kulak gibi plastik cerrahi engelli çocuklara yardım eden ve bu doğrultuda Plastik Cerrahi Özürlü Hastalara Yardım ve Plastik Cerrahi Geliştirme Vakfı'nı kuran Erol, SD'nin yeni sayısının röportaj konusu oldu.

"İÜ'deki skolastik zihniyet, tıpta ilerlememizi kısıtladı"

Röportajımızın ilk bölümünde sizi, mesleki başarılarınızı ve bu bağlamda ülkemizde estetik cerrahinin gelişimini konuşmak, ikinci bölümde ise konunun felsefi ve etik yönünü ele almak istiyoruz. Yarım asır önce tıp okudunuz. Aynı yerde genel cerrahi ve plastik cerrahi uzmanlıklarını tamamladınız. Aldığınız eğitimler üzerinden 60'lar Türkiye'sinin tıp eğitimi noktasında neler söylersiniz?





Aldığım eğitim konusunda söyleyeceğim çok şey var. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezunum. Oradaki hocalarımızdan birçok şey öğrenmemize rağmen eski üniversitelerdeki skolastik zihniyet, tıpta ilerlememizi kısıtlıyordu. İhtisas için yurtdışına gidecekken Hacettepe'ye gittim ve sonradan verdiğim konferanslarda tıbbi Hacettepe'de öğrendiğimi söyledim. Çünkü İhsan Doğramacı Hocamız Anglosakson metotlarını ülkemize getiren kişidir. Türkiye'de tıp alanında Hacettepe'de yepyeni bir doğuş olmuştu. Bu durum diğer üniversiteleri özendirdi, Hacettepe'nin getirdiği bu anlayış onlara da geçti. İstanbul Üniversitesindeyken eşimle ben hem sinemaya, tiyatroya, konsere gider hem de çok çalışırdık. Ancak maalesef bizim bu çabalarımıza cevap verecek bir eğitim sistemi yoktu. Bir iğne yapmayı bile dışarıdan birilerinin yardımıyla öğrenmeye çalışırdık. Hâlbuki o zamanlar Hacettepe'de bir son sene asistanı, mide ve göğüs tüpü takar ve acil vakalarda boğaza trakeostomi yapardı. Hayretler içinde kalıyordum ve demek ki asıl tıp buymuş diyordum. Orada gençlik o şekilde yetişiyordu. Ben genel cerrahiye orada başlarken hiçbir hocamız "ben her şeyi bilirim" demezdi. Önce bir bakalım, okuyalım diyen çok hocamız oldu. İstanbul Üniversitesinde ise bunu yapamazdınız. Bir şeyler sorduğunuzda size oradan buradan cevap verirler, sizi yerin dibine batırırlar ardından siz

mosmor olup beklerdiniz. Bunlar hep içimizde kalmış şeylerdi. Biz iyi yetişmek isteyen bir gruptuk, haylaz değildik. Biz cerrahi eğitimini Hüsnü Göksel, Yılmaz Sanaç, Akgün Hiçsönmez gibi hocalardan aldık. Bu isimler Hacettepe için önemli miydi? Hayır, tüm ülkenin eğitim sistemi için önemliydi! Biz orada sadece kitap okumayı değil, gerçek anlamda bilimsel çalışmayı ve aynı zamanda pratik cerrahiye de çok iyi öğrendik. Bilimselliği orada kazandık ve bunun üzerine her şeyimiz kuruldu. Cerrahi temelinin üzerine ben plastik cerrahi eğitimi aldım ama sistem Anglosakson sistemiydi. Bu sistemin açıklığı, dışa dönüklüğü ve modernliği sayesinde her şeyi ırdeleyerek öğrendik. Genel cerrahide ben çok büyük ameliyatlara yaptım. Hatta plastik cerrahiye seçtiğimde bana bu kadar büyük ameliyatlardan sonra plastik cerrahide ne yapacağımı soran arkadaşlarım oldu. Ancak ben o zamanlar geleceği görmüştüm. Bugün plastik cerrahi, çok geniş alanları kapsayan muazzam bir departmandır.

Merak ettim, geleceği nasıl görmüş-tünüz?

Plastik cerrahide bir yaratıcılık olduğunu gördüm. Plastik cerrahide neler olduğunu ve neler olabileceğini hissettim. Bugün cerrahinin en önemli kısmı plastik bölümü oldu. Bu arada öbür cerrahi branşları da

"İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezunum. Oradaki hocalarımızdan birçok şey öğrenmemize rağmen eski üniversitelerdeki skolastik zihniyet, tıpta ilerlememizi kısıtlıyordu. Ben tıbbi, ihtisas yaptığım Hacettepe'de öğrendim. Çünkü İhsan Doğramacı Hocamız Anglosakson metotlarını ülkemize getiren kişidir. İÜ'deyken bir iğne yapmayı bile dışarıdan birilerinin yardımıyla öğrenmeye çalışırdık. Hâlbuki o zamanlar Hacettepe'de bir son sene asistanı, mide ve göğüs tüpü takar ve acil vakalarda boğaza trakeostomi yapardı."

“Eğitim sistemi Avrupa’da da iyi değil. Avrupa’da hep şeflerin oğlu ve akrabası departmanın başına geçer. ABD ise bambaşka. Oradaki kongreler büyük bir rekabetle gerçekleşir. Adeta orada “bilim adamı pazarlaması” yapılır, klinik şefleri bilim adamı ayartmak için uğraşır. ABD’de klinik şefi ne kadar bilimsel çalışma, başarı, ödül alır ve talebelerinin notları yüksek olursa her zaman en önemli ödül şefe gider. Bizde ise şef kendi yerine fazla göz dikilmesin diye ödü kopar. İlerleyemeye doğru gitmediği için de tembelleşir.”

kendi içlerinde çok büyük ilerlemeler yaptı. O eğitimin üzerine plastik cerrahi aldıktan sonra -ki benim genel cerrahideki ihtisas tezim doçentlikten daha üstün bir tezdi- ben terbiyeyi orada aldım. Plastik cerrahideki tezim ise konseptte girmiş yepyeni bir buluştu. Amerika’dan gelen önemli plastik cerrahlar benim yaptığım bu yeniliği görünce onlar beni teşvik etti. Çalışmamı Amerika’daki uluslararası yarışmaya göndermemi söylediler. Böyle yeni bir yaratıcılığa doğru soyunuyorsunuz. Yaratıcılık derken bir şey yaratmıyorsunuz; var olanı tekrar ortaya koyuyorsunuz. Yaratıcılığın anlamı odur yoksa öbür yaratıcılık değil. Yoksa biz insanlar elbette yaratıcı olamayız! Bu durumu sanat yaratıcılığı ve bilim yaratıcılığı gibi anlamak lazım. Neyse Amerika’ya gittiğimde Hacettepe’de aldığım eğitim nedeniyle en ufak bir eksiklik hissetmedim. Sanki buradaki ile oradaki aynı idi. Ancak o zamanlar İstanbul Üniversitesinden Amerika’ya gitseydim böyle olmazdı. Şimdi öyle değil. İstanbul ve diğer üniversitelerde büyük değişimler oldu. İnşallah geri gidişler olmaz.

ABD’deki eğitim sistemi için bilim insanların önünü açar, araştırma için gereken materyali hemen önünüze getirir, bürokrasi mümkün mertebe sıfırlanır denir. Siz ne dersiniz?

Ben aslında Amerika’ya ödülümü almak için ilk defa 1975’te gittim. Çok önemli bulduğum departmanları gezdim. Daha sonra Amerika’ya gittiğimde ise bu konuları daha iyi tanıma fırsatım oldu. Amerika’da siz ne kadar başarılı işler yaparsanız size o kadar çok sahip çıkılır. Türkiye’de ise ne kadar başarılı olursanız o kadar aşağıya çekilmek istenirsiniz! Yazıktır, bu durum ülkemizin en büyük kaybidir. Bir insan yükselirken onu desteklemek ve sahip çıkmak gerekir.

“Ülkemizde ‘yerimize göz dikilecek’ diye klinik şeflerinin ödü kopuyor”

Farklı ülkeleri kıyasladığınızda başka neler söylersiniz?

Körle yatan şaşı kalkar diye bir laf vardır. Hacettepe tepedeydi, öbürleri aşağıdaydı. Sonra öbürleri yukarıya çıktı, Hacettepe ise aşağı indi. Hacettepe’nin şu an durumu bu şekilde. Eğitim sistemi Avrupa’da da iyi değil. Avrupa’da hep şeflerin oğlu ve akrabası departmanın başına geçer. Hâlbuki plastik cerrahi Fransa’da, Almanya’da, İngiltere’de doğmuş. Ancak plastik cerrahi Avrupa’da harp nedeniyle doğdu. Mesela Maliniak diye biri Fransa’da bu işleri yapıyormuş ve ABD’ye gittiğinde Amerikan Plastik Cerrahi Derneği’ni kurmuş. Ama skolas-tik düşünceyle değil oranın sistemine uymaya zorunda kalarak bunu başarmış. ABD’de kongreler büyük bir rekabetle gerçekleşir. Mesela 200 tane plastik cerrahi departmanı var ve bunlardan hangisinin tebliğleri kabul edilirse onlar bayram ederler. Adeta orada “bilim adamı pazarlaması” yapılır. Orada klinik şefleri adeta bilim adamı ayartmak için uğraşır, “Yeter ki gelin, size şu imkânları sağlayacağız!” diye teklif sunarlar. Bu imkânlar sadece maaş değil. Araştırma yapabilecek imkânları da vaat ediyorlar. Bu sayede başka departmanlardaki bilim adamlarını kendi departmanlarına çekmeye çalışıyorlar. Bizde ise şef kendi yerine fazla göz dikilmesin diye ödü kopar. Ama oradaki sistem buna mani oluyor. ABD’de klinik şefi ne kadar bilimsel çalışma, başarı, ödül alır ve talebelerinin notları yüksek olursa her zaman en önemli ödül şefe gider. Böylece orada şefin korkmasına gerek yoktur. Buradaki şef ise daha fazla ileriye gitmek istemez, olduğu gibi ne biliyorsa onunla iktifa etmeye çalışır. İlerleyemeye doğru gitmediği için de tembelleşir.

Rinoplasti Derneği kurulduğu 1996 yılından beri 18 başkan değiştirdi ve bu

başkanların tümü ABD’li cerrahlardan seçiliyordu. İlk defa ABD dışında bir ülkeden başkanlık görevine siz getirildiniz. Başkanlık sürecinizi anlatabilir misiniz?

Bu başkanlık için sizin neler yaptığınızı, ne gibi katkılarda bulunduğunuzu ve çalışmalarınızı dikkate alıyorlar. Başka derneklerde çok büyük şeyler yapmasanız dahi oranın başkanı olabilirsiniz. Ama burası daha kısıtlı ve çok seçilmiş insanlardan kurulu bir dernek ve başkan olabilmek için bir şeyleri ispatlamış olmanız gerekir. Bir Türk’ün oraya gitmesi gerçekten de önemli bir şey ve ben bundan onur duyuyorum.

Estetik cerrahide pek çok teknik geliştirdiniz? Bunlardan “Türk Lokumu Burun” tekniğini anlatabilir misiniz?

Plastik cerrahi, yaratıcılığı olan bir branştır. Mimari, sanat, heykeltıraşlık ve tıp biliminin birleşimiyle kişinin bir şeyler yaratması ve ortaya koyması gerekir. Bunu yapan plastik cerrah tepelere çıkar. Yurtdışında öyle insanlar var ki bunlar yaratıcılıkları sayesinde el üstünde tutulup tepelere çıktılar. Bu yeni tekniklerin yaratılması o konuya kafayı çok fazla vermekle ve bir de pratik zekânın bulunmasıyla mümkün olur. Çünkü bir şeyleri bulabilmek için bazı basit doneler değerlendirilebilir çok önemlidir. Size bulunduğum bir üniversitedeki silikon protezinin bulunması hikâyesini anlatayım. Başasistan gece elinde kan torbalarıyla adeta uyukluyor. Kendisini ise uykusunda kadın memesini sıkarken buluyor. Eğer ayıpsa, bunun ayıp tarafı budur. Uyanıyor ve asıl önemli olan burada başlıyor. Kan torbası içinde jel gibi pıhtılaşmış kan olduğunu ve kendisine bir intibaini verdiğini söylüyor. Bana, rüyadaki olayı bu yüzden gördüğünü söyledi. Ardından hemen hocasına gidip durumu izah ediyor. O sırada da memesi olmayan insanlara devamlı bir şeyler yapılmaya çalışılıyor. Bu çalışmalar sırasında birçok yabancı madde koyuluyor ancak çözüm bulunamıyor. İçinde jel olması gerektiği söyleniyor ve hemen ardından köpeklerle çalışılıyor. İşte silikon bu şekilde bulunuyor. Ardından 1962’de ilk defa bir kadına silikon koyuluyor. Silikon, bir rüya ile rüyaya değer vermekle bulunuyor. Ben talebelerime bunu anlatırım.

Sizin de bulduğunuz tekniklere dair böyle ilginç bir hatıranız var mı?

Olmaz mı! Hacettepe’deyiz ve Bardach isminde Polonyalı bir adam geldi. O zaman yabancılardan demonstratif ameliyatlar yapılmasını istiyoruz. Bir kulak rekonstrüksiyonu gerçekleştirecek. Bana buraya deriyi koyduğunu, 3 hafta sonra ise ters çevirip arkaya getirmemi istedi. Ben deriyi kaldırmak için kestim



ancak kestiğim yerden kan fışkırdı. Ne var burada? Nedir bu diye düşündüm. Bir de baktım ki kan damarları deri yaması (greft) ile bütünleşmiş. Oranın ucunu tuttuktan sonra kaldırdığımda flep olmuş. İşte bu buluştur. Bunu atlayıp düşünmeseniz o sırada sadece damarı tutsaydınız ve kanamayı durdursaydınız artık bitmişti, gerisi yoktu. O ufacık şeylerin sizde bir şeyler düşündürmesi, yarattırması lazım. Eğer bunu yaparsanız bir şey bulursunuz. Yoksa rutin olarak teknisyen gibi çalışırsınız. Benim plastik cerrahideki en büyük konseptim prefabrike fleptir. Yabancıların "Turkish Delight" dedikleri "Türk Lokumu" ise halkın en çok ilgilendiği konu. Bozulan burunlara tekrar kıkırdak koyuyorduk. Bir sene sonra o kıkırdaklar tekrar bozuluyordu. Derken bende bir şey uyandı ve bir teknik ortaya çıktı. Teknik ortaya çıkıyor ama Avrupa Asosiasyonunda 3 sene sonuçlarını izliyoruz. Ben takdim ettikten sonra ünlü Fransız plastik cerrah Marchac çıkıyor ve diyor ki: "Ben bunun özetini okudum, sonuçları Turkish Delight" diyor. İsim de buradan çıktı. Çok da güzel bir şey oldu. Yurtdışında Turkish Delight denildiği zaman artık herkes biliyor. Türkiye'nin adı geçiyor.

"Son yıllarda tüm dünyada Avrupa'daki güzelliğe doğru bir özentî var"

Estetik cerrahi kliniğiniz Onep, plastik

cerrahi uzmanlarına 6-12 ay süreyle meslek içi eğitim veriyor, uzman estetik cerrahların yetişmesine vesile oluyor. Her ay yapılan konsey toplantılarınız var. Onur Erol Bilim Akademini var. Merkezinizdeki eğitim süreçlerini anlatabilir misiniz?

Ben doçentken Amerika'ya gittim. Kafama takılan ve çözümünü bulamadığım birçok şeyin çözümünü bulmak için gitmiştim. Orada araştırmalarda followluk yani takipçilik yaptım. Ardından Millard beni yanına, kliniğe aldı. Kendisi dünya çapında biridir. Ardından Baylor'a gittim. Doçent olmama rağmen orada ne kadar çok şey öğrendiğimi fark edip kendi ülkemde de bunu yapmam gerektiğini düşündüm. İnsanları etkileyen bazı şeyler vardır. Ünlü Fransız cerrah Millard'ın yanında çalışırken şunu gözlemledim: Dünyanın her yerinden Millard'ı seyretmeye profesörler gelirlerdi. Bir tanesi beni gördü ve bana Türkiye'den mi geldiğimi sordu. Ben de "Evet" deyince, bana "Türkiye'de plastik cerrah var mı?" diye sordu. Bizim plastik cerrahi alanında bir dergimiz vardı. O derginin arkasına bakarsa derneğimizin ismini orada bulabileceğini söyledim. Sanki adamı mat etmişim. Oysa adam bana döndü ve "Ben oraya hiç bakmam. Sizin ülkeden hiç makalenizi orada göremiyorum, o yüzden sordum" dedi. Bu bana büyük bir şamar oldu. Benim "çılgin Türk" olmam ondan sonra başladı.

Çok sayıda araştırma ve yayın yaptım. Türkiye'ye geldiğimde hemen profesör oldum. Doçent olmak için insanların bilimsel olması lazım. Yurtdışında tez yazmak diye bir şey yok. Yurtdışında uluslararası yayınlar var. Doçent olabilmek için dış yayınının olması lazım diye dernekte teklif verdim ve kabul edildi. İki tane uluslararası yayınının olması ve ardından iyi bir plastik cerrahi dergisinde yayımlanması lazım diye teklifler sundum. Bu konular daha sonra YÖK'e kadar gitti. Artık doğru dürüst yayını olanlar bilimsel yayın kısmına geçmiş oluyor. Bunları yapabilmek için insanların tahrik ve teşvik edilmesi lazım. Bunu gören insanların buradan bir sürü araştırmaya doçent olabilmek adına yöneldiler. Bu konuda bizim yayın sayımız Amerika'dan sonra dünyada ikinciye çıktı. Bilgilerimi paylaşmak ve insanlara o bilgileri verip daha kaliteli insanlar yetiştirmeyi bir amaç edindim ve gözlemcilik sistemini kurdum. Plastik cerrahiye tamamlayan, uzman olan 35 kişi vardı. Bunların arasında doçent ve profesör olanlar da vardı. Doçent ve profesör olanları ayrıca takdir ediyorum çünkü onlar bunun önemini anlamış kişiler. Bu sistemde ameliyat teknikleri yanında hastanın fotoğrafı nasıl çekilir, onlarla nasıl konuşulur, bilimsel olarak nasıl davranmamız gerekir gibi konularda yönlendirme yapılıyor. Ben Hacettepe'den ayrılırken Doğanmacı Hoca niçin ayrıldığımı sormuştu. "Şu veya bu kişi yüzünden mi ayrılıyorsun?"

“Bir asistan gece elinde kan torbalarıyla uyukluyor. Kendisini ise uykusunda kadın memesini sıkarken buluyor. Uyanıyor ve kan torbası içinde jel gibi pıhtılaşmış kan olduğunu ve kendisine bir intibarı verdiğini söylüyor. O sırada da memesi olmayan insanlara devamlı bir şeyler yapılmaya çalışılıyor. Bu çalışmalar sırasında birçok yabancı madde koyuluyor ancak çözüm bulunamıyor. İçinde jel olması gerektiği söyleniyor ve hemen ardından köpeklerle çalışılıyor. İşte silikon bu şekilde bulunuyor.”

diye de eklemişti? Ben de ona “Hayır hocam, daha çok bilimsel çalışma yapmak için gidiyorum” demiştim. Doğramacı Hoca beni çok sever. Buranın açılışını da o yapmıştı. Neden acaba? Çünkü benim amacım burada bilimsel bir çalışmayı yapmak, uluslararası kongrelere bilimsel olarak katılmak ve insan yetiştirmekti. Eğer Hacettepe’de kalsaydım 2 yarım gün ameliyat yapabilme imkânım vardı. Ben ameliyat yapmadan nasıl ilerleyebilirdim? Yeteri kadar maddi olacağım olmadan yurtdışına kongreye gidemeyecektim, kitap alamayacaktım. Demek ki bunun geliştirilmesi lazım. Doğramacı Hoca, Amerika’dan döndüğümde bilim adamını teşvik için ne gerektiğini araştırmam için plastik cerrahi branşından beni seçti.

Anladığım kadarıyla gayretiniz ve bilim çevrelerinin desteğiyle aldığınız eğitimlerin bir anlamda zekâtı niyetine müthiş bir eğitim sürecini devam ettiriyorsunuz...

Elbette. Bazıları bana “Hocam sen şimdi bu adamları yetiştiriyorsun ama onlar sana rakip olacak” diyor. Ben de onlara, “Bana niye rakip olsunlar? Ben de yerimde durmuyorum ki, ben de ilerliyorum” diyorum. Amerika’dan çok önemli bir eğitim almıştım. “Impower” dediğimiz güçlenme! Bu ne demek?

Birilerini güçlendirdiğiniz takdirde güçlü olursunuz. Bu felsefe çok önemlidir. Birilerine eğitim verdikçe siz kendinizi daha güçlü hissedersiniz.

1981’den beri Türkiye’de maddi durumu yetersiz, doğuştan damak ve dudak yarığı, kepçe kulak gibi plastik cerrahi özürlü çocuklara yardım ediyorsunuz. Bu doğrultuda 2003 yılında Plastik Cerrahi Özürlü Hastalara Yardım ve Plastik Cerrahiyi Geliştirme Vakfı’nı kurdunuz. Vakfın çalışmalarını anlatabilir misiniz?

Burada cerrahi müdahalede bulunduğumuz hastalardan mali durumu iyi ve orta olanlar var. Çocukları görüyorlar ve onlara yardım ediyorlar. Ancak bu durum çok da hoş bir şey değil. Çünkü yardım gizli yapılır, reklam gibi yapılmaz. Eşim çocuk doktorudur ve vakıf kurmayı o da arzuluyordu. Kurmak için epey bir uğraştık. Sonunda kurduk fakat vakıfta maalesef muvaffak olmadık. Bir şeyler yaptık ama benim istediğim şey olmadı. Gerçekten parası olmayan insanlardan hekim olarak hiç ücret almıyoruz. Ancak hastane ve tedavi parasını da ödeyemeyebiliyorlar. Hem hastane masraflarını, hem de doktor ücretini almamak, cebimizden bir şey koymak demek. Bu durumda bizim başka bir kazanç elde etmemiz gerekiyor. Bir yer kurduğunuzda oranın bir gelirinin de olması gerekir yoksa batarsınız. Bu bağlamda vakfa yeteri kadar destek alamadık. Alsaydık şimdiye kadar çok daha büyük şeyler yapabilirdik. Vakfın gelişmesi içinde ilanlar vermemiz lazım. Birilerinin yardım toplaması lazım.

Ülkemizin estetik ve plastik cerrahideki yeri hakkında neler söylersiniz? Halkta talep var. Peki, uygulayıcı hekim ve sağlık personelinin niteliği hakkında neler söylersiniz?

Avrupa’dan geri değiliz. Birçok tıp fakültesinde plastik cerrahi departmanı kuruldu. Ancak hepsi yeterli değil. Yeterli düzeyde yetişemeyen kişiler yeterli derecede işler yapamazlar. Ama o arkadaşlar Balkan devletinden yine çok daha ilerideler. Ama bizim yarışımız onlarla değil. Bizim yarışımız Amerika, Fransa, Almanya ve İngiltere gibi ülkelerledir. Bence iyi merkezlerde yetişmiş arkadaşlarımız çok iyi durumdadır. Hiçbir surette geri tarafımız yok. Sadece plastik cerrahi için değil tüm branşlar için yeni üniversitelerde doğru dürüst elemanlar alınması ve doğru dürüst bir eğitimin verilmesi çok önemlidir. Maalesef politik olarak atamaların yapıldığını duyuyorum. Politik atamalar bu ülkeyi batıracaktır. Size başka bir şeyin örneğini vererek bunun ne kadar önemli olduğunu söyleyeyim: Benim kardeşim Avrupa sistemi yüzünden ABD’de çalışmak zorunda kaldı. Kardeşim burada bir dâhiliye

imtihanına giriyor. Birincilikle kazanıyor ve oranın şefi koluna girip kapıya kadar gidiyor. Ataması yapılacaktı gidiyorlar bir de bakıyor ki, ilanın yanlışlıkla verildiği söyleniyor. Kardeşime bir daha imtihan olması gerektiği söyleniyor. Meğer şefin yakını oraya ayarlanmış. Neymiş efendim, kendisi izinde olduğu için yardımcısı yanlışlıkla ilan vermiş. Kardeşim bu olayın ardından taşı tarağı toplayıp ABD’ye gitti. İhsan Doğramacı bu durumu gördü ve imtihan sistemi getirerek bu olayların yenilerinin önüne geçmeye çalıştı. Böylece yeteneği ve bilgisi olan kişiler oralara girebildi. Eğer bunu yıkarsanız ülkeyi temelden yıkmış olursunuz. Şu andaki durumumuz iyi ama gelecek için durumu hiç iyi görmüyorum. Çünkü üniversitelere hakikaten bilimsel ve kapasitesi yüksek kişilerin atanması lazım ki geleceğimiz iyi olsun. Bugünü kurtardınız ama 10 sene sonra batarsınız!

“İnsanı güzelleştirmenin manevi hazzı anlatılamaz”

Teşekkür ederiz hocam. İzninizle buraya kadarki konuşmamıza röportajın ilk bölümü diyelim. Bundan sonra ise estetik cerrahi uygulamalarının felsefi ve etik yönünü konuşmak isteriz. Sormak isterim: İnsanlar bedenlerinde neyi kusur olarak görüyor? Genç görünmek için mi, vücutlarında araz olarak gördükleri şeyleri düzeltmek ya da kapatmak için mi estetik cerrahlara gidiyor? Bu noktada ideal kabul edilen normlar var mı? Bu normlar tüm dünyada aynı mı; yoksa kültürel, ırksal, dinsel farklılıklar gösteriyor mu?

Ben hep hastalarımı söylerim. Benim modern güzellik diye konferanslarım var. Nedir modern güzellik, ne yapmak gerekir insanlara? Çocukluğumdan hatırlarım, kasap dükkânında şişman bir Kleopatra resmi asılıydı. O zaman için güzellik o idi. Zencilerdeki, Uzakdoğu’daki güzellik de farklıdır. Fakat son yıllarda tüm dünyada Avrupa’daki güzele doğru bir özentî var. Altın oranın verdiği anatomik güzellik; gözlerin, dudağın, çenenin, yüzün, burunun uygun olan orandır. Oysa güzellik ille de anatomik güzellik değildir. Eğer pırıltı ve ışıltı yoksa istediği kadar altın oranı güzel olsun güzelleşemez. Bir kişi kendinde istediği kadar gaga burun olsa bile eğer bunu problem yapmıyorsa kafasına bunu sokmamak lazım. Öyle insanlar vardır ki o gaga burunla o kadar güzel ve seksapel bir görüntü verir ki şaşırırsınız. Bu durum erkeklerde de böyledir. Humphry Bogard diye yüzü buruş buruş bir aktör vardı. Buruşmuş ama çok sempatik yani güzel gözüküyor. Demek ki sizin ruhsal yapınız ve oraya verdiğiniz ışıltı yüzünüzü süsler. İnsanı bir heykelle karıştırmamak gerekir.

Hocam, insan bedeni gibi muhteşem



bir eserde kusur görülen yerlere yeniden şekil vermek, bir estetik cerrah olarak size neler hissettiriyor? En muhteşem sanat eserine dokunmak nasıl bir his?

Eğer iyi bir şey yapabiliyorsanız hastanın mutlu olması size ödenen paranın bin katını vermiş kadar mutluluk sağlar. Doktoru manen ayakta tutan da odur. Acayip bir histir bu. Bu hisse sahip olmayan kişinin bu mesleği yapmaması lazım ki yapamaz da zaten. Düşünün ki tabloyu bile güzel yaptığı zaman insan “Oh ne güzel yaptım” diyor. O sadece tuvalin üzerinde bir çalışma ve bozulması muhtemeldir. Ama bizdeki durum böyle değil; bir insanın vücudunda çalışıyor ve bir şeyler yapıyoruz. O güzelliği de elde ettiğiniz zaman ise havalarda uçuyorsunuz. Elde edemediğiniz zaman ise batıyor, depresyona giriyorsunuz.

“Ruhsal yapınız ve verdiğiniz ısıltı yüzünüzü süsler”

Bir yerde, “İnsanoğlu ile aşırı uğraşmamak lazım” diyorsunuz. Uğraşılırsa ne olur? Aşırı uğraşmanın tehlikesi, bedeninin doğal halinden uzaklaşması mı, komplikasyonlar gelişmesi mi?

İkisi de. “Fazla uğraşma, bozarsın” diye Murphy Kanunları vardır. Bir şeye ulaşmışsanız, onunla daha fazla uğraşıp orada dokuları bozma riskiniz varsa duracaksınız. Durmayı da bilmeniz lazım.

ABD’nin popüler dizilerinden Nip Tuck’ı izlediniz mi? Orada Amerikalı iki popüler ve genç plastik cerrah, dokundukları kadınları güzelleştiriyor. Amerikalı kadınların onlardan beklentileri ise bazen çılgınca olabiliyor. Sormak isterim: Bir plastik cerrah olarak elinizde bir sihirli çubuk var mı?

Tabii o reklam amaçlı bir gösteri. Nip Tuck dizisi abartılıdır, gerçeklerle pek de uyumlu değildir. Sihirli şey, beyninizin ve elinizin maharetindedir. Dediğim gibi onu o anda yaratmanız gerekir. Aşırı yayınları

satış olarak görmek lazım.

Ulusal bir gazetede sizinle yapılan röportajın başlığı: “Dokularınızı arşivletin, ebedi gençliğe ulaşın”. Bu başlık beni biraz ürküttü. Ebedi gençlik arzusu size neler düşündürüyor?

O başlık benim tercihim değildi. Benim bir makalemde son söz olarak onu söylemiştim: “İleride kök hücre olsun diye nasıl ki kordon kanı biriktiriliyorsa, bizim yağ dokularımızda da güçlü dokular var. İçinde de kök hücre var. Eğer onları kordon kanı gibi dondurup saklayıp, ardından 30-40 sene sonra kendi yüzünüze ve vücudunuza verirseniz size gençlik verecektir. Çok basit bir yöntem ama saklamak için büyük yerler lazım.” Söylemek istediğim mesaj buydu. 10 sene önce kadar hastamın dokusunu almıştım ve küçük bir parçasını da saklamıştım. Hastamın yeni dokusu 10 sene önce aldığım eski dokuya oranla çok daha kaliteliydi. Mikroskobik çalışmada da fevkalade üstün bir doku olduğunu gördüm. Bu durum bana bunları söyledi.

İrkların tenleri, ciltleri, bedenleri uzun ömürlü olma noktasında farklı mı? Biz Türkler cilt açısından ne durumdayız? Dayanıklı ve yıpranmalara karşı direncimiz nasıl? Akdeniz insanının cildi yağlı mı? Avrupalının, Afrikalının Çinlinin, Hintlerin cildi nasıl?

Bizimki orta derecede iyi. Çinlilerin ve Japonların ciltleri ise daha dayanıklı. Çünkü daha kalın ciltleri var. Bizde mesela ince kırışıklığı olan insan azdır. Bizde bazı dokular erir, çökme olur ve sarkma olur. Ama Anglosaksonlar öyle değildir. Boşnakların mesela o pırl pırl olan ciltleri 40 yaşlarında kırış kırış olur ve hemen yaşlanır. Norveçliler ve Danimarkalılar balık yiyerek ciltlerini koruyorlar. İçindeki omega 3 cildi ve sağlığı koruyor. Aynı zamanda insanın dolaşım sistemini iyi yapıyor. Dolaşım sistemi iyi olan bir cilt daha genç kalır. Sigarayı, dolaşım sistemini bozduğu için “içmeyin” diyoruz.

Son soru: Farklı ülkelerde barbie bebek olma arzusu ile milyon dolar değerinde onlarca operasyon geçiren kadınlar var. Estetik operasyon yaptırmayı bağımlılık haline getirmiş insanlarla siz de karşılaşıyor musunuz? Bu durumda tutumunuz nasıl oluyor?

Onlar içinde psikiyatrik olanlar ve olmayanlar var. Psikiyatrik durumlarını iyi teşhis edip onlardan kaçmak lazım. Ama bir kişi sanatçı ise seyircisine daha zinde gözükme için operasyonlar yaptırıyor. Ama durmadan kendini beğenmeyip daha iyi olayım diye çırpınan insanlarda “dismorfik sendrom” diye bir durum var. Bu hem doktor için, hem de hasta için tehlikelidir.

Kimdir?

Aydın/Söke’de doğan Onur Erol, orta ve lise eğitimini İstanbul Saint Joseph Lisesi’nde tamamladı. Ardından 1965 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdi. Ardından Hacettepe Üniversitesinde önce genel cerrahi, ardından plastik cerrahi ihtisasını tamamladı. Plastik cerrahide yeni bir buluş olan ‘Damarlı Deri Flep Üretimi’ konulu doçentlik tezi, 1975 yılında uluslararası yarışmada “Genç Bilim Adamı” sıralamasında şeref ödülüne layık görüldü. 1976 yılında TÜBİTAK’tan altı aylık burs kazanarak ABD’ye gitti. Sırasıyla Eastern Virginia School of Medicine, Miami University School of Medicine ve Baylor College of Medicine’de görev yaptı. 2007 yılında, ASPS-PSEF tarafından “The Maliniac Lecturer” olarak seçildi. The Rhinoplasty Society’in ABD dışında bir ülkeden seçilmiş ilk başkanı oldu. Estetik burun ameliyatı konusunda pek çok teknik geliştirdi, “Turkish Delight” ve “Kıkırdak Enjeksiyonu Yöntemi” bu alanda tüm dünyada öne çıktı. Prof. Erol, çalışmalarını halen kendisinin kurduğu Onep Kliniğinde sürdürmektedir.

Sağlık politikalarının geleceği ve sürdürülebilirlik

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.

Ülkemizde 2003 yılından beri yürütülmekte olan Sağlıkta Dönüşüm Programı sayesinde sağlık hizmet sisteminde gelinecek nokta ve elde edilen kazanımların bir kısmı şu şekilde özetlenebilir:

- Nüfusumuzun tamamına sağlık güvencesi sağlayan bir sistem kurularak evrensel kapsayıcılık sağlanmıştır (1).
- Birinci basamak yeniden yapılandırılarak her vatandaşın ulaşabileceği şekilde yaygınlaştırılmıştır.
- Doğumda yaşam beklentisi 2002 yılında 72,5 yıldan, 2014 yılında 77 yıla çıkmıştır (2, 3).
- Bebek ölüm hızı 2002 yılında binde 39,4 iken, 2011 yılında 9,6, 2013 yılında 10,2, 2014 yılında 11,1 olmuştur (4, 5).
- Anne ölüm oranı 2002 yılında yüz binde 64 iken, 2014 yılında yüz binde 15,2'ye inmiştir (6, 7).
- Sağlık hizmetlerinden memnuniyet 2003 yılında yüzde 39,5 iken, 2011 yılında 75,4 olmuştur, 2014 yılında ise 71,2'ye düşmüştür (8).
- Cepten yapılan harcamalar 2002 yılında toplam sağlık harcamasının yüzde 19,8'i iken, 2014 yılında yüzde 16,8'e inmiştir (9).
- Sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki yüzde 5,4 olan payı değişmemiş, aynı kalmıştır (10).

• Hekim başına düşen ortalama hasta başvuru sayısı 2002 yılında 3,1'den 2014 yılında 8,3'e çıkmıştır (11).

• Nüfus başına düşen hasta yatağı sayısı, hastane yataklarında doluluk oranı, yatak devir hızı ve değişim aralığı gibi göstergelerde olumlu gelişmeler kaydedilmiştir (12, 13).

Özet olarak, son 13 yılda izlenen politikalar ve yapılan işler sayesinde tüm toplumun sağlık hizmetlerine erişimi ve güveni artmıştır. Bunun doğal sonucu olarak vatandaş memnuniyeti hızla artmış, temel sağlık göstergelerinde önemli düzeltilmeler gerçekleşmiştir. Ancak her kazanım bir süre sonra norm haline dönüşeceğinden kalite ve memnuniyet çitasının yükseleceğini, göstergelerdeki iyileşmeyi sürdürmenin ve vatandaşların beklentilerini karşılamının eskisinden daha güç olacağını unutmamak gerekir. Gelinecek noktada cevaplanması gereken en temel soru şudur: Bu kazanımlar yeterli mi, izlenen politikalar uygun mu? Daha da önemlisi sürdürülebilir mi?

İyi Sağlık Hizmetleri Sunumunun Anlamı ve Geldiğimiz Nokta

Dünya Sağlık Örgütüne göre iyi bir sağlık hizmetleri sisteminin taşıması gereken başlıca özellikler; erişilebilir, kapsayıcı, kaliteli ve güvenli olmasıdır. Sistemin iyi işleyip işlemediği, amaçların gerçekleşip

gerçekleşmediği ise sağlık düzeyi, hakkaniyet, cevap verebilirlik ve verimlilik göstergelerindeki düzeltilmeler ile değerlendirilebilmektedir (14). Ülkemizde sağlık politikaları ve sistemin geldiği nokta bu bilgilerin ışığında ele alındığında, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, kapsayıcılığı, sağlık düzeyindeki gelişmeler ve hakkaniyet konularında önemli başarılar elde edildiği görülmektedir. Ancak hizmetlerin kalitesi, güvenliği, cevap verebilirliği ve verimliliği konularında ne ölçüde başarı sağlandığını ise kestirmek mümkün olamamaktadır. Sağlık kuruluşlarında hasta haklarının, etik kurulların, hasta güvenliği ve kalite konularının ön plana çıkmış olması, hasta-odaklı sağlık hizmet sunumunun benimsenmekte olduğu anlamına gelse de elimizde sistemin kalite, güvenlik ve cevap verebilirliğine ilişkin yeterli veri ve kanıt bulunmamaktadır. Sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payını arttırmadan sağlık hizmetlerinin kullanım oranlarının artmış olması, cepten yapılan harcamaların azalmış olması, olumlu gelişmeler olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin verimliliği konusunda kanıt niteliği taşımayan gözlemler olmaktan başka anlam taşımamaktadır.

Sağlık düzeyi göstergelerinin son yıllardaki değişimlerine dikkatle bakıldığında ulaşılan düzeyin korunmasında ciddi zorlanmaların olduğu anlaşılmaktadır. Örneğin, başlangıçta sağlık güvencesi olan her vatandaşın dilediği yerden

sağlık hizmeti almasına imkân sağlayan sistem, sonraları giderek artan oranlarda katkı payı alınması uygulamasına geçmiştir. Yani, artan harcamaları kontrol için hizmetlere erişim konusunda engeller koyma ihtiyacı doğmuştur. Hizmetlere erişimin kolaylaşmasına ek olarak sevk zincirinin olmaması ve özel sektörden de hizmet alabilme kolaylığının sağlanması gibi nedenlerle hizmet kullanımı hızla artmış, kişi başına hekime başvuru sayısı 3,1'den 8,3'e çıkmıştır. Bu artışın ne ölçüde gerçek ihtiyaçtan kaynaklandığı, ne ölçüde sunucu tarafından uyarılan talep olduğu sorgulanmaya muhtaç bir konudur. Bu da bir yana artan hizmet talebini karşılayacak sağlık insan gücü yetersiz kaldığından, aile hekimlerine hafta sonu ve mesai dışı nöbet uygulaması, yabancı sağlık personeli ithali gibi çözümler gündeme gelmiştir.

Bebek ölüm hızı son beş yıldır binde 11 civarında takılıp kalmış, aynı dönemde sağlık hizmetlerinden memnuniyet az da olsa gerilemiştir. Bebek ölüm hızının binde 11'den 5'e düşürülmesinin, 39'dan 11'e düşürülmesinden daha zor olacağı; hizmetlerden memnuniyeti yüzde 70'lerden 90'lara çıkarmanın yüzde 30'lardan 70'lere çıkarmaktan daha zor olacağı dikkate alındığında bu duraklama ve gerilemenin anlamı daha iyi anlaşılabilir. Özet olarak, hizmet kullanımı ve sağlık düzeyi göstergelerindeki iyileşmeyi sürdürmek bir yana korumakta bile zorlandığımız dikkat çekmektedir.

Öte yandan değişen demografik yapımıza uygun olarak ulusal hastalık yükümüz içerisindeki payı artmakta olan bulaşıcı olmayan hastalıklar için alışılmış sağlık hizmetlerinden daha farklı hizmet türlerine, bunları sağlayacak yeni mesleklerle ve sağlık örgütlenmelerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki hızlı gelişmelere bağlı olarak hasta beklentilerinin artıyor olması sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin eski anlayışımızı değiştirmeye zorlayan bir başka nedendir. Önümüzdeki dönemin sağlık sistemlerindeki değişikliklerin başında, hastaların daha çok söz sahibi olması, daha farklı hizmet sunum modellerinin yaygınlaşması, sağlık hizmetlerinin paydaşlarının çeşitlenmesi ve rollerinin değişmesi gibi konuların yer alması beklenmektedir. Üstelik bu değişiklikler olurken sağlık harcamalarının artmaması, hatta olabiliyorsa kaliteden ödün verilmeden harcama ve maliyetlerin azaltılması gerekmektedir.

Bilimsel gelişmelere paralel olarak doğumda yaşam beklentisi uzamaktadır. Ülkemizde 2002 yılında 72,5 olan beklenti, 2014 yılında 77 yıla çıkmıştır. Bu, toplum sağlığı adına çok olumlu bir gelişmedir. Ancak, bunun bir diğer

anlamı da sağlık hizmetine duyulan ihtiyacın artması demektir. Benzer demografik değişimi bizden önce yaşayan OECD ülkelerinde son 50 yıl içerisinde sağlık harcamalarındaki artışın büyüme hızlarındaki artıştan daha fazla olduğu unutulmamalıdır (15). Dünya Ekonomik Forumu tarafından 2013 yılında hazırlanan bir rapora göre bu gidişin aynı şekilde sürmesi halinde 2040 yılında bugünküne kıyasla %50-100 arasında değişen bir artış olması ve neredeyse tüm üye ülkelerde GSYİH'nın %15'inden fazlasını oluşturması beklenmektedir (16).

Aynı rapora göre sağlık harcamalarını arttıran başlıca nedenler; yaşlı nüfusta artış, yaşam biçimi ile ilişkili hastalıklarda artış, toplum beklentilerinde artış ve sağlık hizmeti tüketici bilincinin yetersizliği şeklinde sıralanmaktadır. Benzer gelişme ve sorunların ülkemiz için de söz konusu olduğuna ve olacağına kimsenin itirazı olamaz. Tüm bu sorunların aşılması için sağlık sektörünün tek başına ele alınması yerine diğer sektörlerle etkileşim içerisinde ele alınması ve "sağlık sisteminin" sürdürülebilirliği önem taşımaktadır. Başka bir deyişle sağlık hizmetlerinin başarısı ve performansı, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği ile yakından ilişkili olmaktadır.

İnsanlar genellikle hastalandıkları zaman tedavi olabilmek ve ihtiyaçları anında her türlü sağlık hizmetine ulaşabilmek arzusunda olduğundan, onları öncelikle ilgilendiren konu sağlık hizmetlerini sunan sistemin nasıl olduğu konusudur. Oysa sağlık politikaları ele alınırken; sağlığın korunmasına, geliştirilmesine, bireylerin ve toplumun iyi olma hallerine katkıda bulunan tüm hizmetlerin, ürünlerin ve bunlara ilişkin politikaların, yani sağlık sistemlerinin dikkate alınması gerekmektedir. Kavram olarak sağlık sistemi bireylerin ve toplumun sağlığı ile doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkili olan tüm kurum, kuruluş ve sektörleri ifade etmektedir. Örneğin eğitim, tarım ürünleri, gıda endüstrisi, çevresel riskler, sağlık okur-yazarlığı gibi, sağlık hizmetinin "talep" cephesi ile ilgili konular da sağlık sisteminin içinde yer almaktadır (17). Bu nedenle de sağlık politikalarını bir ülkenin diğer politikalarından bağımsız düşünmek mümkün değildir.

Sağlık Sistemlerinin ve Politikalarının Sürdürülebilirliği

Sürdürülebilirlik kavramı 1960'larda çevresel sorunların kalkınmaya olan olumsuz etkilerine dikkat çekmek amacıyla ortaya çıkmış, zaman içerisinde sadece çevre ile sınırlı kalmayıp toplum kalkınması ile ilişkili hemen her konu için kullanılmaya başlanmış, hatta bu yüzyılın başında başlı başına bir bilim alanı



haline gelmiştir (18). Sürdürülebilirlik en kısa tanımla, gelecek kuşakların kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme yeteneğine zarar vermeden günümüz ihtiyaçlarının karşılanabilmesi becerisidir (19).

Sürdürülebilir bir sağlık sistemi için kullanılan ayrıntılı ve güncel bir tanım ise, "Bireylerin ve toplumun her türlü sağlık gereksinimlerine (koruyucu, geliştirici ve iyileştirici) cevap veren; optimal sağlık düzeyinin ve göstergelerinin gerçekleşmesini sağlayan; kültürel, sosyal, ekonomik talep ve koşullarla uyumlu; gelecek kuşakların koşullarının gerektirebileceği önlemleri engellemeyen bir sistem" şeklindedir (20).

Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği genellikle parasal sürdürülebilirlik olarak anlaşılmaktadır. Oysa bu, işin sadece bir yönüdür ve yukarıdaki tanımdan da anlaşılacağı gibi politik, sosyal, teknik ve yönetsel sürdürülebilirlikten söz etmek de mümkündür. Sağlık sistemlerindeki sürdürülebilirlik üç grup değişken arasındaki bir denge olarak tanımlanmaktadır: Hastaların ihtiyaçları, ekonomik kaygılar ve çevresel maliyetler (21). Bu nedenle de sağlık sistemlerinin en azından ekonomik, sosyal ve politik sürdürülebilirlik açısından ele alınması gerekir.

Yukarıda da değinildiği gibi gelişmiş ülkelerde son 50 yılda sağlık harcamalarının ekonomik büyüme hızlarından daha süratli artmış olması ve bu artışın devam edeceğinin öngörülmesi, ekonomik sürdürülebilirliğin önemini arttırmaktadır. Sağlık sisteminin ekonomik açıdan sürdürülebilirliğinin önündeki önemli engellerin başında, sunulan hizmetlerin etkinliği ve verimliliği konusundaki bilgi eksikliği yer almaktadır. Ne yazık ki pek çok ülkedeki duruma benzer şekilde bizim ülkemizde de hizmetlerin verimliliğine ve etkinliğine ilişkin yeterli çalışma bulunmamaktadır. Hangi hizmetlerin yetersiz, hangilerinin

Bebek ölüm hızı son beş yıldır binde 11 civarında takılıp kalmış, aynı dönemde sağlık hizmetlerinden memnuniyet az da olsa gerilemiştir. Bebek ölüm hızının binde 11'den 5'e düşürülmesinin, 39'dan 11'e düşürülmesinden daha zor olacağı; hizmetlerden memnuniyeti yüzde 70'lerden 90'lara çıkarmanın yüzde 30'lardan 70'lere çıkarmaktan daha zor olacağı bilinmelidir. Hizmet kullanımı ve sağlık düzeyi göstergelerindeki iyileşmeyi sürdürmek bir yana korumakta bile zorlandığımız dikkat çekmektedir.

aşırı, hangilerinin hatalı kullanıldığında ilişkin yeterli bilginin olmaması gerçekçi düzenlemelerin ve maliyet kontrollerinin yapılmasını engellemektedir.

Bu konulardaki bilgi ve kanıt eksikliği sağlık hizmetlerine politik bakışı da olumsuz etkilemektedir. Sağlık sektörü genellikle harcamalara neden olan bir sektör olarak tanımlanmakta; milli gelire katkı sağlayan, ülke ekonomisi ve kalkınmasının güçlü bir bileşeni olarak ele alınmamaktadır. Oysa sağlık sektörüne yapılan harcamaların hem gelişmiş hem de gelişmekte olan toplumlar için ekonomik anlamda önemli kazanımlar sağladığı, yoksulluğun azalmasına ve hane halkı gelirlerinin artmasına neden olduğu görülmektedir (22, 23). Benzer şekilde sağlık harcamalarının artışı ile sağlık düzeyindeki düzelmelerin artışı arasındaki ilişkiyi vurgulayan kanıtlar da bulunmakta ve artmaktadır (24, 25).

Sağlık hizmeti sunumu sırasındaki süreçlerin, sunum biçimlerinin, sunumu yapan insan gücünün nicelik ve nitelik açısından yeterliliğinin ne olduğu ve ne olması gerektiğine ilişkin güvenilir kanıtlarımız da bulunmamaktadır. Hal

böyle olunca gereksiz harcama ve maliyetleri önleyebilme imkânı ortadan kalkmaktadır.

Ekonomik açıdan sürdürülebilir bir sağlık sisteminin oluşması için değerlerin ve çıktıların yeniden tanımlanması, daha geniş bir paydaş kesiminin yönetim yapısı içerisinde etkin bir şekilde yer alması, hastaların ve vatandaşların kendilerine sağlıkları konusunda verilecek tanı ve tedavi kararlarına daha çok katılmaları, sağlıklı yaşam biçimlerini benimseyerek, geliştirerek sistem üzerinde oluşabilecek hastalık yükünü azaltma doğrultusunda sorumluluk sahibi olmaları gerekmektedir. Bu noktada sosyal ve politik sürdürülebilirliğin önemi ortaya çıkmaktadır.

Sosyal sürdürülebilirlik kavramı konusunda henüz tam bir görüş birliği sağlanmış olmamakla birlikte, eşitlik, çeşitlilik, demokrasi ve dayanışma sözcüklerinin anahtar sözcükler olduğu görülmektedir (26). Sosyal sürdürülebilirliğin en önemli bileşeni olan "demokrasi", vatandaşların kendilerine sunulacak sağlık hizmetlerine ilişkin kararların her aşamasında katkı ve görüşlerinin alınması, toplumun her kesiminin beklentileri ile uyumlu hizmet sunulması anlamına gelmektedir. Toplumda bazı grupların sağlık güvencesine sahip olmasının veya ihtiyaç duyulan hizmetlere erişememelerinin, toplumsal barışı olumsuz etkilediği, eşitlik, güven ve dayanışma duygularını zayıflatığı, farklılıklara saygının azalmasına neden olduğu dikkate alındığında, bunun tersinin de geçerli olacağı anlaşılmaktadır. Sağlık sistemlerinin başarısını gösteren önemli göstergelerden birisi olan cevap verebilirlik kavramının neredeyse tamamen sosyal bileşenlerle ilişkili olması, sosyal sürdürülebilirliğin önemini arttırmaktadır.

Politik sürdürülebilirlik, sağlık sistemi için gerekli olan temel politikaların oluşturulması ve korunması konusunda politik kararlılığın bulunması anlamına gelmektedir. Bu, çeşitli konulara ilişkin bir uzlaşma zemininin oluşturulmasından öte, sağlık politikalarının oluşturulması ve yürütülmesinde rolü olan tarafların temel ilkeler, inançlar ve ilgi alanları anlamında uzun vadeli hatta kalıcı bir anlaşma ortamı oluşması ile gerçekleştirilmektedir. Başka bir deyişle, etkin bir politik sürdürülebilirlik için, etkin bir yönetim anlayışı ve şeffaf bir yapılanma ile karar verici ve uygulayıcıların, sağlık endüstrisi içerisindeki önemli paydaşların, başka politik partilerin, meslek örgütlerinin, gönüllü kuruluşların ve vatandaş temsilcilerinin temel ilkelerde anlaşmış olması gerekmektedir. Politik sürdürülebilirliğin koşullarını tanımlayan ve sağlık sistemi üzerindeki olumlu ya da olumsuz etkilerini ölçen çalışmalar ne yazık ki bulunmamaktadır. Ülkemizde

Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Sağlık Politikaları Kurulu bu amaçla oluşturulmuş bir yapı gibi görünse de bu işleve ne ölçüde uygun olduğu bilinmemektedir.

Kalite ve Sürdürülebilirlik

Sürdürülebilir sağlık sistemlerinin bir başka önemli boyutu, kalitenin sürekli iyileştirilmesinin gerekliliği konusudur. Sağlık hizmetlerinde kalite "arzu edilen sonuçların, geçerli mesleki bilgi ile uyumlu şekilde ve uygun bir maliyetle elde edilmesi" şeklinde tanımlanmaktadır. Kalitenin önemli bileşenleri olan "arzu edilen sonuçlar" ile "geçerli mesleki bilgi" zaman içerisinde hızlı değişim gösteren özelliklerdir. Kalitenin iyileştirilmesi bu değişimlerin yakından izlenmesi ve uyumlandırma ile mümkün olabilmektedir.

Tıp bilgilerinin bugün için 2-3 yıl olan yarılanma ömrü giderek kısalmaktadır. Bu nedenle "geçerli mesleki bilgi"deki değişimi anında izleyebilmek neredeyse olanaksız hale gelmektedir. Bu bilgilerdeki değişimleri izleyebilecek ve kullanacak sağlık insan gücünün yetiştirilmesi sistemlerin geleceği açısından önemlidir. Tıbbi uygulamaların bir yandan çok çeşitlenmesi, bir yandan da bütüncül uygulamaların öneminin anlaşılması, pek çok yeni mesleğin yanı sıra iyi bir ekip çalışması ve işbölümü anlayışını gerektirmektedir. Bu da iyi yönetim anlamına gelmektedir.

Kalitenin bir diğer bileşeni olan "arzu edilen sonuçlar", hizmet sunucularından çok hizmeti alanların arzu ettiği sonuçlar olup hasta memnuniyetini ve sistemin cevap verebilirliğini özetleyen bir özelliktir. Yaygınlaşan iletişim araçları ve küreselleşmenin sağladığı imkânlar sayesinde hasta beklentileri hızla değişmektedir. Özellikle sağlık okur-yazarlığının artması ve internetin yaygınlaşması, ne istediğini az çok bilebilen, sağlığı hakkında verilecek kararları ve yapılacak uygulamaları öğrenme hakkı olduğunu düşünen, bu karar ve uygulamalar konusunda görüşlerinin dikkate alınmasını arzu eden bir hasta türünü ortaya çıkarmaktadır. Günümüzde iyi olduğu kabul edilen sağlık sistemlerinde bile görülen hatalı ve/ya fazla hizmete bağlı ölümlerin, sorunların yoğunluğu dikkate alındığında geleceğe yönelik malpraktis düzenlemelerinin daha da önem kazanacağı söylenebilir. Bu durumda sağlık hizmet sunucuları geleneksel baskın rolleri yerine gelecekteki yol gösterici ve danışman rollerine hazır olmak zorundadır.

Bilgi Toplumu ve İnovasyonun Önemi

Kaliteden ödün vermeden maliyetleri ve harcamaları azaltmanın bir yolu, bilgi

toplumunun nimetlerinden yararlanmak, yani, veri ve enformasyonu daha etkin kullanmak, inovasyona daha çok yer vermekten geçmektedir. Geleceğin sağlık sistemlerinde kişiselleşmiş ve öngörüye dayanan tıbbi uygulamaların önem kazanacağı, bilgi ve iletişim teknolojilerinin bu anlamda sınırsız imkânlar tanımaya başladığı görülmektedir. Her gün, sağlıkla doğrudan ya da dolaylı, bir şekilde ilgisi olan terabaytlarca veri üretilmekte ve dolaşıma sunulmaktadır. Bu büyük verinin analizi (big data analytics) sayesinde toplumsal ve bireysel sağlık sorunları konusunda güvenilir öngörülerde bulunabilmek, risk faktörlerini ve sağlık hizmetlerinin çıktılarını izleyebilmek kolaylaşmaktadır. Önemli olan veriye ve enformasyona bakış açımızın değişmesidir. Veri ve enformasyondan elde edilen kanıtlardan, başta günlük kararlar olmak üzere her türlü planlama ve strateji geliştirme aşamasında yararlanılması, hiçbir baytının israf edilmemesi gereken bir değer olarak görülmesi gerekmektedir.

İnovasyon en kısa şekilde “eski sorunlara yeni çözümler üretmek” olarak tanımlanmaktadır. İnovasyonun önemi ilk olarak her ne kadar sanayiye ve teknolojik konularda ortaya çıkmışsa da sosyal ve toplumsal konularda inovasyon da zamanla önemli bir alan haline gelmiştir. Bu anlamda sağlık hizmetlerinin sunumu için yeni modeller, yeni iş tanımları ve meslekler, yaygınlaşmaya başlayan örneklerdendir. Geleneksel olarak hekimin yetki ve güç alanında olan ilaç reçeteleme ve tedavi verme konuları yavaş yavaş başka mesleklerin de yetki alanına girmekte, hemşireler, podiatristler, kiropaktörler gibi mesleklerin güç alanları değişmektedir. Teletıp, tele evde bakım, robotik cerrahi, sanal visit, duvarlar ötesi hastane uygulamaları hızla değişmekte olan hizmet sunum modellerinin ilk örnekleridir. Sağlık hizmetlerinin aynen güvenlik hizmetleri gibi acil ve 24 saat sürmesi gereken hizmetler olduğu gerçeğinden hareketle hizmet sunumunun 7/24 olarak ve insanların yoğun olarak bulunduğu her ortamda (alışveriş merkezleri, çalışma ortamları, vb.) sunulması, ABD ve İngiltere’de örnekleri görülmeye başlanan uygulamalardandır. Öte yandan, yakın bir gelecekte nesnelerin internetinin ve genetik bilimindeki gelişmelerin de katkısı ile kişiselleşmiş tanı ve tedavi hizmetlerinin ağırlıkta olduğu sağlık sistemlerinin kurulması hayal olmaktan çıkmıştır.

Sağlık Okur-Yazarlığı, Verimlilik ve Sürdürülebilirlik

Sağlık okur-yazarlığının geliştirilmesi doğru zamanda doğru hizmetlere erişilmesini ve doğru hizmetlerin gerektiği

kadar kullanılmasını sağlamak açısından önem taşımaktadır. Günümüzde sağlık sistemlerinin verimsizliğinin temelinde yatan başlıca nedenler olan “aşırı”, “hatalı” veya “yetersiz” hizmet kullanımı, sunuculardan kaynaklanan hatalar kadar, hizmeti kullananların sağlık okur-yazarlığı ile de yakından ilişkili bulunmaktadır. Özellikle çoklu sağlık sorunları nedeniyle sürekli hizmet ihtiyacı içinde olan geriatrik yaş grubunun doğru hizmetlere uygun zamanda ulaşması ve yeterli miktarda kullanması, sağlık okur-yazarlığı ile yakından ilişkilidir. Ülkemizdeki acil servis başvurularının 2014 yılında ülke nüfusunun üzerine çıkmış olmasının nedenleri arasında, sağlık hizmetlerindeki örgütlenme veya yönetim sorunları kadar bireylerin sağlık okur-yazarlık düzeyinin de yer aldığı anlaşılmaktadır. Nitekim basına sık sık haber olan, “Kalbim 5 dakikadır atmıyor”, “Uyuyamıyorum”, “Başım ağrıyor”, “Kaşınıyorum”, “İçimde bir şey kıpırdıyor”, “Kulağıma kene yumurtladı” şeklindeki acil servis başvuruları bunun tipik bir göstergesidir. Sağlık okur-yazarlığı konusu ne yazık ki bugüne kadar görmezden gelinen bir konu olmuş, örneğin, liselerde zorunlu olan sağlık bilgisi dersini verecek öğretmen yetiştirilmesi bile gündeme gelmemiş, hatta bu amaçla kurulan Sağlık Eğitim Fakülteleri, “hasta eğitimi yapacak personel yetiştirilecek” şeklindeki saçma sapan söylenti ve algılarla kapatılmıştır. Halen biyoloji veya spor öğretmenleri tarafından verilmekte olan bu derslerin sağlık okur-yazarlığına katkısı tam bir soru işaretidir. Günlük hayatlarımız sağlık endüstrisi ve tıp bilimi tarafından alabildiğine tıplaştırılmakta iken, insanlarımızın temel sağlık bilgilerden uzak tutuluyor olması sağlık politikalarına bakımımızın neredeyse bir özeti.

Sonuç olarak, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile elde edilen başarılar sayesinde sağlık sistemimizin geldiği nokta henüz başlangıç noktasıdır. Şu ana kadarki kazanımların korunması ve sürdürülebilmesinin hayli zor olacağı anlaşılmaktadır. Sağlık sistemlerinin başarı ve sürdürülebilirliğinin, gösterişli yatırımlar ve popülist söylemlerden çok; ciddi bir uğraş, gerçekçi ve sürdürülebilir politikalarla mümkün olabildiği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

- 1) Atun R. Transforming Turkey's Health System - Lessons for Universal Coverage. *N Eng J Med*, 2015;373(14):1285-1289.
- 2) OECD (2015), *Life expectancy at birth (indicator)*. doi: 10.1787/27e0fc9d-en (Erişim Tarihi: 02.01.2016)
- 3) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Ankara 2015, s:17.
- 4) OECD (2015), “Infant mortality”, in *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-12-en. (OECD (2015), *Infant mortality rates (indicator)*. doi: 10.1787/83dea506-en (Erişim Tarihi: 02.01.2016)

2015-12-en. (OECD (2015), *Infant mortality rates (indicator)*. doi: 10.1787/83dea506-en (Erişim Tarihi: 02.01.2016)

5) <http://www.tuik.gov.tr>. (Erişim Tarihi: 02.01.2016)

6) OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.

7) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Ankara 2015, s:22.

8) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Ankara 2015, s:133

9) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Ankara 2015, s:175.

10) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Ankara 2015, s:170.

11) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Ankara 2015, s:101.

12) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Ankara 2015.

13) <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> (Erişim Tarihi: 02.01.2016)

14) World Health Organization. *Everybody's Business : Strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action*. Geneva, 2007. (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf) (Erişim Tarihi: 02.01.2016)

15) Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GFUS. *Health Care Spending in an International Context*. *Health Aff (Millwood)* 2004;23:310-312.

16) Healthcare Industry 2013: *Sustainable Health Systems Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios*. A report from the World Economic Forum Prepared in collaboration with McKinsey & Company January 2013.

17) Kickbusch I, Gleicher. 2012 and the EU Communication on Global Health, 2010.

18) Kates R, Clark W, Corell R, Hall J, Jaeger C, et al. “Sustainability science”. *Science* 2001;292 (5517): 641–642. doi:10.1126/science.1059386.

19) World Commission on Environment and Development. *Our Common Future*. New York: Oxford University Press, 1987.

20) Prada G. Sustainability: What Does This Mean for Canada's Health Care Systems. In *Proceedings of the Collaborative Meeting of the Conference Board of Canada's Health-Related Executive Networks*, Toronto, ON, Canada, 16 April 2012.

21) Jameton A, McGuire C. *Toward sustainable health-care services: Principles, challenges, and a process*. *IJSHE* 2002, 3, 113–127.

22) Bloom D, Canning D. *The health and poverty of nations: from theory to practice*. *J Human Develop* 2003;4:47–71.

23) Suhrcke M, McKee M, Arce RS, et al. *Investment in health could be good for Europe's economies*. *BMJ* 2006;333:1017–9.

24) Nolte E, McKee M. *Does Healthcare Save Lives?* London: The Nuffield Trust, 2004.

25) Nixon J, Ulmann P. *The relationship between healthcare expenditure and health outcomes*. *European J Health Econ* 2006;7:7–18.

26) McKenzie S. *Social Sustainability: Towards Some Definitions (Working Paper Series No. 27)*. Magill, South Australia: Hawke Research Institute, 2004.

Gerçek bir bilim bize çok yabancı

Prof. Dr. Hasan Yazıcı



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

Sayın Prof. Recep Öztürk'ün "*Bilimsel Yayın Noktasında Neredeyiz? Yayın Kalitesinin Artırılması İçin Öneriler*" (1) yazısını gerçek beğeni ve derin üzüntüyle okudum. Söz konusu yazıda bilim ve bilimsel çabayla, korkarım tarihimiz boyunca yüzeysel kalmış ilişkimizin günümüzde geldiği yer oldukça çarpıcı ve sayısal olarak gözler önüne seriliyor. Üzüntümün kaynağı ortada. Çok özetle, uluslararası indeksle göre ve tüm bilim alanları göz önüne alındığında bilimsel yayın sayısı açısından dünyada 20. sıradayız. Ancak yayın başına atıf sayısına bakıldığında dünyada 162. sıradayız. Hocalarımızın en üretken olduğu tıp alanında ise, dünya sıralamasında 15. sıraya yükseliyoruz. Bu yükselişin bedeli ise yayın başına atıf dönüldüğünde 191. sıraya gerilemek oluyor. Durum açık ve bir yerde onur kırıcı. Ülkemin uluslararası bilimsel çabaya katkısı niceliği bol ancak niteliği fevkalade düşük ürünlerden ibaret.

Dr. Öztürk yazısında bu denli kalitesiz yayın yapmamızın nedenlerini irdelemiş ve durumun nasıl düzeltilebileceği konusunda da yorumlar yapmış. Nedenler arasında ana başlıkları şöyle özetleyebiliriz:

1. Akademik yükseltmelerde yayın sayısına verilen önem abartılmış ve bu çok sayıda kalitesiz yayına neden olmuştur.
2. İlköğretimden başlayarak her basamak öğretim/eğitimde belirgin kalite sorunu vardır. Diğer bir deyişle hocalarımızın yetersizliği iyi öğrenci yetişmesine engel olmaktadır.
3. Başta tıp fakültelerimiz olmak üzere hazırlanan tezler, uygar ülkelerdeki emsalleriyle kıyaslanamayacak düzeyde niteliksizdir.
4. Ülke çapında yapılan merkezi doçentlik sınavları hoca kalitesini daha da düşürmüştür.
5. Bunun yanında yükseltmelerde kullanılması yine merkezi olarak öngörülmüş kıstaslar değişik üniversitelerde farklı uygulanmaktadır.

Yazıda bundan sonra bazı çözüm önerileri sıralanıyor. Öztürk şu önerileri sıralıyor:

1. Yurt dışında yaşayan Türk bilim insanlarından olabildiğince yararlanmak.
2. Akademik unvanların sadece öğretim üyesinin çalıştığı kurumla sınırlı kalması.
3. Olabildiğince sözleşmeli hoca çalıştırmak.

4. Öğretim üyelerinin ders yükünü azaltmak ve önlerindeki bürokratik engelleri azaltmak.

Sayın Öztürk hemen hepsine kalben ve aklın katıldığı noktalarla değinmiş. Ancak üniversitelerimizle ilgili ana sorunlar bence biraz daha felsefi. Öztürk'ün tartıştığı konuların önemli bir bölümü ülkemizin kültürü (harsı) sonucudur diye düşünüyorum.

Rahmetli babam ülkemizde modern sigortacılığın öncülerindendi. Ömrü boyunca ülkesinde düzgün bir hayat sigortası geleneği başlatmak istedi. Yıllar boyunca çabaladı durdu. Şirketler kurdu (Genel Sigorta ve Tam Sigorta), raporlar yazdı, bakanlarla tartıştı vb. Hayat sigortasına, "Modernleşme çabasında bir ülke ekonomisinin olmazsa olmazı" derdi. Yine yıllar boyunca, çabalarında her yenilgiye uğradığında en amansız düşmanları olarak mevzuat ve enflasyonu gördü. Vefatından kısa bir süre evvel bana söylediklerini sizinle de paylaşmak istiyorum: "*Yıllar boyu didindim durdum. Hayat sigortası çabamın başarılı olamayacağını çok daha erken anlamalıydım. Esas sorun ne mevzuat ne de enflasyon. Ana sorun ülkem insanının zihniyeti. Hayat sigortasında ana amaç*

‘tasarrufu sana nasip olmayabilecek bir tasarruf yaparak yakınlarının geleceğini güvence altına almak’tır. Tabii bunu yaparken de ödediğin primler, altın, arazi veya taşınmaza yaptığın yatırımın aksine, ülke ekonomisine katkıda bulunur. İşte Türk insanı buna razı değil, illaki her birikiminin tüm tasarrufu sonuna dek kendisinde olsun istiyor.’

Örneğimi biraz uzattım ama böyle amansız bir açmaz insanımızın “gerçek”le ilişkisinde de yatıyor. Gerçekle olan bu eksik ve çarpık ilişkimiz, iki çok önemli yaşam ve düşünün alanında kendisini gösterip duruyor. Geçmişimizde ve şimdi ne bilim ne de hukuk bizden olmuş. Çoktan elden çıkardığımız hukuku üzüntüyle uzakta bırakmaya devam ederek yazımın esas konusu olan bilime dönmek istiyorum.

Nasıl ki görece iyi yaptığımızı varsaydığımız ticarete (Öyle ya bir yandan ekonomimiz dünya sıralamasında 17. diye sevinip övünürken sayılarının 200’e yaklaşmasıyla böbürlendiğimiz üniversitelerimizin 1-2’si kalite açısından dünya üzerindeki ilk 300-400 üniversite arasına girdiğinde başta rektörlerimiz bu büyük başarıyı dünya âleme duyuruyoruz.) amaç kâr ise bilimin de amacı gerçeği aramak, bulduğunu sandığını da başka bilimcilerin irdelemesine sunmaktır.

Gerçeği aramanın temelinde iki şey yatar. 1. Gerçeği yüce görmek ve hatta onu kutsal bilmek. 2. Özgür düşünce ve onun özgürce ifadesi. Ancak bu iki öge bir araya gelebildiğinde insanoğlu gerçeği arar veya arayabilir. Ana konumuz hukuk değil dedik ama burada hukuka yine kısa bir gönderme yapmadan olmaz. Hukukun ve özellikle adil yargının temelinde de gerçeğin, özgür düşünce ve ifadenin kutsallığı vardır. Buna koşut, gerçeği içtenleştirememiş toplumlardaki -üzüntüyle belirteyim ülkemiz öyle- evrensel normlara uygun hukuk ve bilim bir türlü gelişemez. Kültürünün tüm öğelerini tartışamayan, eleştiremeyen toplumlarda bilim de daima geri kalır. Özgür düşünceden umacı gibi korkan toplumlarda bilim de olamaz. Bilim tarihimize çok kısa bir bakalım. Osmanlının üniversitesi yoktu veya çok güdüktü. Hatta Osmanlı İmparatorluğu her şeyden önce üniversitesi olmadığından göçtü gitti diyebiliriz. 20. yüzyılın başında Cumhuriyetle beraber kuşkusuz büyük bir hevesle evrensel normlara yaklaşılmaya çalışan üniversitelerimiz olsun istedik. Ancak peşin söyleyeyim, bunu başaramadık. Günümüzün 200’e yakın üniversitesi dâhil, üniversitelerimiz bir yüksekokul olmaktan öteye gidemedi. Eleştirel düşünceyi; milli ve manevi değerlerimize uymak, ülke bütünlüğünü korumak gibi pelesenk edilmiş gerekçelerle kendimizden uzaklaştırdık. Baştan beri anlamamak noktasında

akıl almaz bir şekilde direnip, eleştirel düşüncenin milli ve manevi değerlerimizi çağcıl uygarlık düzeyine yüceltmende ne denli önemli bir ivme kaynağı olduğunu bir türlü kavrayamadık. Diğer yandan ise aynı eleştirel düşüncenin ülke bütünlüğümüzü, değil onu tehlikeye düşürmek, onu korumanın belki de başta gelen unsuru olduğunu unuttuk. Daha da ötesi, arada bir hatırlayıp hatırlatmaya çalışanların da seslerini kısma çalıştık. Mustafa Kemal Atatürk’ün belki de en güzel deyişi olan “fikri hür, irfanı hür, vicdanı hür nesiller” ne onun zamanında ne de daha sonra pek yetişemedi. Sayın Öztürk’ün çarpıcı olarak irdelediği bilimsel yazılarımızın hal-i pür melali ne derece ibretlikse günümüzde ifade özgürlüğünü savunan her yazıda Avrupa İnsan Hakları veya Amerikan Yüksek Mahkemesine acele gönderme yapma zorunluluğunu hissetmemiz de o derece ibretliktir. Çünkü her iki olay da bu toplumun gerçeğe ilişkisinin ne derece hastalıklı olduğunu yüzümüze vurmaktadır.

“Adding insult to injury” diye incitmeyi hakaretle katmerlendirmek anlamına gelen eski ve güzel bir İngiliz deyişi var. Çilekeş ülkeme 12 Eylül diktasının hediye ettiği YÖK’ün yakın bir geçmişte bilimsel yayınları teşvik için yayımladığı yönetmelik (2) kanımca bu deyişi hak ediyor. Çok özetle kendisi de bir profesör olan Sayın Başbakanın müjdelediği gibi söz konusu kararnameyle devlet üniversitelerinde çalışan öğretim üyelerine bilimsel katkıları oranında teşvik ödemesi yapılacak. Herhalde önemiyle orantılı, Bakanlar Kurulu ve Sayın Cumhurbaşkanınca da onaylanan yönetmeliğin giriş kısmında bilimsel araştırmanın ne olduğu (her ne hikmetse teşvike değer bilimsel araştırma en az 3 ay sürmeliymiş!) ve bir takvim yılının 1 Ocak ve 31 Aralığı kapsadığı gibi inciler var. Daha derin uygulamalar arasında ise teşvik puanlarının akademik unvanlara oranlanması, çok sayılı yayınlarda teşvikin yazar sayısına bölünmesi gibi gerçekten hüznü verici düzenlemeler bulunuyor. Makalelerdeki yazar ismi sıralamasına da büyük önem verilmiş. Bakın nesnel örnek vereyim. Ülkemde çift kör ilaç çalışmasını ilk planlayıp uygulayan benim (3). Behçet hastalığında kolşisinin işe yararlığını irdeleyen bu çalışma, aynı zamanda Behçet Hastalığında da yapılmış ilk çift kör çalışmaydı. Ancak çalışmanın yazar listesi soyadı sırasına göre idi. Neden mi? Gayet açık. Halen Behçet Hastalığı araştırmalarında uluslararası düzeyde en fazla yayın ve atıf sahibi olan ve iftiharla söylüyorum, uzun soluklu alımlarıyla özellikle genç erkek hastalar arasında bundan 30-40 yıl evvel %80-90 dolayında olan tam körlük oranını günümüzde %10-15 dolayına indiren İÜ Cerrahpaşa Behçet Hastalığı Araştırma Grubunu o günlerde oluşturuyordum ve çalışma arkadaşlarımı teşvik etmek için isimleri

böyle sıralamıştım. YÖK ne derse desin, iyi ki de öyle yapmışım. Bunun yanında söz konusu YÖK yönetmeliğinde kendisine gönderilen yazıların ancak % 5’ini kabul eden uluslararası bir dergiyle, yeni başvuruların %80’inin kabul edildiği bir dergide yapılan yayına biçilen teşvik puanı aynı. Özetle Sayın Öztürk’ün yazısında altını çizdiği niceliğin niteliğe çok daha baskın olması çarpıklığı bu söz konusu yönetmelikle adeta meşruluk kazanıyor. Üstelik de bir yerde, hicap duyulmadan “Türk bilimi buna layık” deniyor!

Olabilirdiğince karamsar bir tablo çizdiğimin farkındayım. Ne yapmamız gerektiği ise zor ama içtenlikle söylüyorum, hiç de öyle karmaşık değil. Öncelikle kültürümüzün veya son yılların popüler deyişimle fitratımızın, gerçeğe pek barışık olmadığını cesurca kabullenelim. Bilimsel araştırmanın gerçeği araştırmaktan başka bir şey olmadığını anlayıp bunun olmazsa olmazının ifade özgürlüğü olduğunu unutmayalım. Daha evvel vurgulamaya çalıştığım bilim-hukuk ilişkisini hatırlayalım ve hepsinden öte tarihimiz boyunca bilim ve hukuk alanlarında olan eksikimizi toplum olarak kabullenelim. Gençlerimize, çocuklarımıza ve onların annelerine babalarına üniversitenin çimenli kampüsler, sarmaşık binalar, cüppeli hocalar, mezuniyet törenlerinde keplerini havaya atan öğrencilerden çok öte bir şeyler olduğunu, üniversitenin her şeyden önce o toplumun sivri düşünülerinin barınabildiği, her türlü düşünceyi en serbest şekilde geliştirip tüm dünyaya sundukları bir yer olduğunu anlatalım. Bir toplumda bağışsız yargıyla bilimin, gerçeği aramak bağlamında birbirinden ayrılmaz olduğunu öğrenelim, öğretilim.

Son olarak bir de belki size uçuk gelecek somut bir öneri sunmak istiyorum. YÖK bir süre rahat durup mevcut hiç bir şeyi düzeltmeye kalkmasın. Son 35 yıldır zaten yapmadığı kalmadı. Mevzuatta tek bir değişiklik yapalım. Nasıl futbol, basketbol takımlarımız evrensel rekabete girebilmek için yabancı antrenör, yabancı sporcu ithal ediyor ve bundan hiç gocunmuyoruz, üniversite hocalığına da yabancı rekabeti sokalım; ne dersiniz? Gerçeği bilmek ve aramak bize çok yabancı. Öğrenmemiz gerek.

Kaynaklar

1) Öztürk Recep. Bilimsel Yayın Noktasında Neredeyiz? Yayın Kalitesinin Artırılması için Öneriler. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Dergisi 37. sayı, sayfa 10-13.

2) Akademik Teşvik Ödeneği Yönetmeliği Bakanlar Kurulu Kararı 14/12/2015, 2015/8305.

3) Aktulga E, Altaç M, Müftüoğlu A, Ozyazgan Y, Pazarlı H, Tüzün Y, Yalçın B, Yazıcı H, Yurdakul S. A double blind study of colchicine in Behçet’s disease. Haematologica. 1980 ;65: 399-402.

Kapitalizmin kuralları ve ilaç endüstrisini bekleyen tehlike

Prof. Dr. Kerem Alkin



1965 yılında İstanbul'da doğdu. Işık İlkokulu, Saint Michel Fransız Lisesi ve İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesinden mezun oldu (1987). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Ana Bilim Dalında yüksek lisans, İktisat Politikası Ana Bilim Dalında doktora eğitimlerini tamamladı. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi bünyesinde doçent, İstanbul Ticaret Üniversitesi bünyesinde de profesör oldu. 2014-2015 arasında 1 yıl süreyle Nişantaşı Üniversitesi Rektörlüğü görevini üstlendi. Mart 2015'ten beri Medipol Üniversitesi İşletme ve Yönetim Fakültesinde görev yapmaktadır. Çalışma alanları iktisat politikaları, bölge ve kalkınma iktisadı, uluslararası ekonomik ilişkiler ve kuruluşlar, para-banka, uluslararası ticaret ve küreselleşme, Türk ve dünya ekonomi tarihi, bankacılık tarihi, bölgesel ve küresel rekabettir.

Sanayi Devrimi ile birlikte etkinliğini artıran, varlığını güçlendiren “Kapitalist Ekonomik Sistem”, 250 yıldır kurgusunu üç temel hedef üzerinden yürütmektedir. Bu hedefleri; “küresel talebin devamlılığını sağlamak”, “uluslararası sermaye hareketlerine akışkanlık kazandırmak” ve “uluslararası mal ve hizmet ticaretinin liberalleştirilmesi” olarak sıralamak mümkündür. “Uluslararası mal ve hizmet ticaretinin liberalleştirilmesi” esasen söz konusu mal ve hizmetlerin üretiminde kullanılan girdilerin (hammadde, işgücü, enerji, finansman, Ar-Ge ve inovasyon) de serbest dolaşımına dayanmaktadır. Ancak, küresel ekonomik sistemi şekillendiren ve bu dönem G20 Ülkeler Grubunu oluşturan önde gelen gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında, girdilerin serbestçe dolaşımına yönelik anlaşmazlıklar da halen varlığını korumaktadır.

Örnek vermek açısından, pek çok hammadde ve finansman imkânı, dünya ülkeleri arasında büyük ölçüde serbestçe dolaşabilirken, söz konusu işgücü, enerji ve Ar-Ge ve inovasyon olduğunda, bu girdilerin serbestçe dolaşımı uygun görülmemiş ve ülkeler arasında el değiştirmesine kısıtlamalar getirilmiştir. Dünya Ticaret Örgütü'nün (DTÖ) mal ve hizmet ticaretini liberalleştirme çalışmalarına rağmen, en kritik önemde kısıtlama uygulanan endüstri, sağlık ve ilaç endüstrisi olarak öne çıkmaktadır. Daha 2. Dünya Savaşı'nın başlarında, 14 Ağustos 1941'de, ABD Başkanı Roosevelt ve İngiltere Başbakanı Churchill arasında “Atlantik Sözleşmesi” veya “Atlantik Anayasası” adı altında

imzalanan küresel kurallar manzumesi; ABD'nin liderliğinde, 2. Dünya Savaşı sonrası, yeni bir ekonomi-politik düzenin oluşmasının birinci aşamasıydı. ABD'nin kapitalizme dayalı küresel ekonomik sistemin sürdürülebilirliği açısından, gözettiği üç temel hedefi şu şekilde sıralayabiliriz:

- 1) Küresel talebin devamlılığının sağlanması (Birleşmiş Milletlere Bağlı Kuruluşlar ve Dünya Bankası)
- 2) Uluslararası sermaye hareketlerine akışkanlık kazandırılması ve denetimi (IMF ve OECD)
- 3) Küresel ölçekte, mal ve hizmet hareketlerinin, ticaretinin liberalleştirilmesi (GATT Anlaşması ve DTÖ)

Kapitalist sistemin ana kurgusu, bir üretim-tüketim döngüsüdür. Üretim için de, tüketim için de gerekli olan en kritik kaynak insan kaynağıdır. Bu nedenle, insan kaynağı arz ve talep güvenliği geçmişten günümüze en öncelikli konu başlığı olma özelliğini korumaktadır. İnsan kaynağı arz ve talep güvenliği, insanın emeğini arz edecek standartlara, ölçütlere, ortama sahip olması, bunun için yerel, bölgesel ve küresel ölçekte gereken ortamın oluşturulmasına; yine aynı şekilde yerel, bölgesel ve küresel ölçekte ekonomik aktiviteyi ve sektörlerin katma değer üretim sürecini güçlü kılarak üretim için emeğin işletmeler ve şirketler tarafından talebini gerekli kılmaktadır. Bu konu; ülkelerin nüfus projeksiyonları, nüfus artış hızının belirli bir düzeyde tutulması, doğum esnasında ölen çocuk, doğum esnasında ölen anne sayılarının azaltılması, salgın hastalıklarla etkin mücadele ve sağlıklı beslenme koşul-

larının iyileştirilmesi, temiz suya ulaşma koşullarının iyileştirilmesi, dünya üzerinde kentlerden, köylere, altyapı (kanalizasyon vb.) koşullarının iyileştirilmesi gibi çok sayıda başlığı içermektedir. Bu konular, doğrudan Birleşmiş Milletler çatısı altında çalışan çok sayıda uluslararası kuruluşu ve başta Dünya Bankası olmak üzere küresel ve bölgesel ölçekte çalışan kalkınma ve yatırım bankalarını ve destekledikleri projeleri ilgilendiriyor.

Sürdürülebilir İnsan Kaynağı Arz ve Talebi

Dünya genelinde, doğurganlığın ve nüfusun korunması tek başına yeterli değildir. Çünkü küresel ölçekte, dünya nüfusunun ortalama yaşam standardı ve satın alma gücünün de iyileştirilmesi gerekmektedir. Yaşam standartlarının iyileştirilmesi, açlık ve yoksullukla etkin mücadele, daha sağlıklı nesiller, daha uzun yaşam ve bunun doğal sonucu olarak kapitalist sistemin kendi döngüsü içerisinde, üretilen mal ve hizmetlere daima müşteri bulunması, dünya ekonomisinin her geçen arttığı mal ve hizmetlerin yeterli miktarda taleple buluşması adına önemli. Esasen küresel sağlık sistemi bu nedenle; dünya ekonomisinin üretim için gerek duyduğu insan kaynağını sürdürülebilir kılma ve üretilen mal ve hizmetlere yönelik tüketici sayısını da sürdürülebilir kılma gibi bir misyon da yürütmekte. Bu noktada küresel sağlık endüstrisinin, bir yandan kendi sürdürülebilirliği adına teknoloji üretmek, inovasyon gerçekleştirmek, tıbbi tedavi yöntemlerini iyileştirici ve güçlendirici süreçler oluşturması; bir yandan da bu metotlar ile kapitalist sistemin döngüsüne katkı sağlayacak

bir ekosistemin oluşturulmasına katkı sağlaması gerekmektedir.

Küresel sağlık endüstrisi, bu boyutuyla bakıldığında 1950'lerden bu yana bir yandan doğum öncesi, esnası ve sonrasındaki ölüm oranlarını düşürmek, salgın hastalıklarla daha etkin mücadele, kronik hastalıklardan kaynaklanan kalıcı etkilerin bertaraf edilmesi ve kronik hastalıkların kontrolü, doğurganlığın artırılması, insanoğlunun ömrünün kalitesinin artırılması gibi pek çok alana yönelik ilaç ve tedavi yöntemleri üzerinde çalışmaktadır. Bu çalışmalar; belirli türdeki ilaçların zaman içerisinde, teknoloji üreten ülkeler tarafından "ilgi alanı" dışına çıkarılmasını ve insan sağlığı açısından daha kritik sonuçları olan, daha ciddi boyutlarda ölümcül risk taşıyan hastalıkların tedavisine yönelik ilaç, tıbbi cihaz ve tedavi metotlarına yoğunlaşılmasını da beraberinde getirmektedir. Bu durum; belirli hastalıklara yönelik tedavi yöntemleri, ilaç ve tıbbi cihaz boyutunda maliyet gerilemesi gösterirken, bilhassa ölümcül hastalıkların tedavisine yönelik bir "oligopolleşme", hatta "monopolleşme" sorununu da beraberinde getirmektedir. Küresel ilaç endüstrisi bir yandan olağanüstü az sayıda uluslararası firmanın kontrolünde tuttuğu bir "eksik rekabet" piyasası sıkıntısı çekmekte, bir yandan da küresel ekonomide, kritik önemdeki şirket birleşmelerini engelleyecek uluslararası "rekabet" düzenlemeleri mevcut olmadığından, dev şirket birleşmeleri ile sonuçlarının ne olacağının kestirilemediği bir "oligopolleşme" ve "yoğunlaşma" sorununu da yaşamaktadır.

Sağlık Endüstrisinde "Yoğunlaşma" Riski

Küresel ölçekte sağlık, otomotiv, savunma gibi hayli kritik yönleri olan sektörlerde ciddi yoğunlukta gözlenen "rekabet karşıtı" yoğunlaşma; esasen, 21. yüzyılın hemen başında yaşadığımız ve etkileri halen süregelen "küresel finans krizi"nin gerekçelerini oluşturan bir alanla ilintili riskler açısından da yakın gelecek için ciddi bir probleme işaret etmektedir. Bu problemin özü uluslararası yatırım fonlarıdır. Söz konusu özel sektör ve devlet boyutundaki uluslararası yatırım fonları; küresel ölçekte gayrimenkul, hisse senedi ve hammadde, emtia fiyatları üzerinde, bunlarla ilintili şirketler ve yatırımlar üzerinde, "finansal balon" etkisi olarak ifade edebileceğimiz bir büyük riski tetiklemektedirler. ABD gayrimenkul piyasasında, konut fiyatlarının aşırı şişmesine sebep olan bu süreç, 600 bin Amerikan ailesinin 1,3 trilyon dolar mortgage kredisi ödemeyecek noktaya gelmesiyle küresel ölçekte 3 trilyon dolarlık bir finansal kara deliğin oluşmasına sebep olan bir krizi tetiklemiştir.

Bugün Körfez ülkeleri, Rusya, Brezilya,

Güney Afrika ve hatta Çin dahi söz konusu uluslararası yatırım fonlarının ellerindeki kaynakla, dünyada en akıl almaz alanlara yatırım yapan, kaynak aktaran ve ekonomik yapıların dengesini bozan bu finansal "kamikaze"lerin, 2. Dünya Savaşındaki intihar pilotlarına benzer, hayli tehlikeli ve kuralları zorlayan bu tür fonlarının sebep oldukları etkilerle baş etmeye çalışmaktadır. Söz konusu fonlar, 1990'lı yılların sonlarından itibaren küresel ölçekte petrol, altın, maden ve metaller, hatta tarımsal ürün fiyatlarının kontrolden çıkmasına, aşırı "şişmesi"ne, dünya finansal sistemindeki işlem hacminin 800 trilyon doların üzerine çıkmasıyla küresel ekonomik sisteminin büyük bir tehlike ile karşı karşıya kalmalarına sebep olmuşlardır. G-20 ülkeleri dahi bu büyük "sıkıntı"ya karşı henüz bir çözüm geliştirememiştir. Eldeki veriler, pek çok bilinen finansal yatırım aracına yatırım yapan, hatta emtialara, gayrimenkullere ciddi kaynak aktaran bu hayli tehlikeli fonların, bugün ilaç endüstrisine, eski olmaları nedeniyle, üzerlerindeki "lisans kontrolü" kalkmış olan ilaçları satın almaya yöneldiklerini gösteriyor.

Bunun son dönemdeki en dikkat edici, en sıkıntılı örneklerinden birisi Daraprim adındaki ilaç. Hayatı tehdit eden bir parazit enfeksiyonunun standart tedavisinde kullanılan 62 yıllık söz konusu ilacı, eski bir serbest yatırım fonu yöneticisinin başında olduğu bir "start-up" firma olan Turing ilaç geçtiğimiz ağustos ayında satın aldı ve ilacın tablet başı fiyatını 13.50 dolardan 750 dolara yükseltti. Küresel emtia fiyatlarındaki anormal sıçramaya benzer bir tabloya işaret eden söz konusu ilaçtaki bu astronomik fiyat sıçraması, bazı hastaların yıllık tedavi masrafını yüz binlerce dolara çıkarmış durumda. Enfeksiyon hastalıkları uzmanları, fiyatının bir gecedeki inanılmaz artışını protesto etmekte. Mount Sinai'deki The Icahn School of Medicine'in Enfeksiyon Hastalıkları Biriminin başındaki Dr. Judith Aberg'in ifadeleriyle; *"Turing ilaç firması, ilacın özelliklerinde bir değişikliğe mi gitti ki söz konusu ilaçta bu derece dramatik bir fiyat artışı oldu?"*. Dr. Aberg bu fiyat artışının, hastaneleri aynı etkinliğe sahip olmayan başka tedaviler kullanmaya iteceğini belirtiyor.

Yeni Bir Risk: Yatırım Fonlarının "İlaç Stratejisi"

Verdiğimiz örnek, sadece Turing ilaç firmasına özgü değil. Küresel sağlık endüstrisinde dikkatler çoğunlukla kanser, Hepatit C ve yüksek kolesterol hastalıklarının tedavisindeki yeni ilaçlara yoğunlaşmış olsa da yıllardır çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılan eski ilaçlarda -ki bazıları jenerik ilaç-; uluslararası yatırım fonlarının veya onların kontrolündeki yeni ilaç firmalarının etkisiyle

fiyat artışlarından endişe duyuluyor. Bazı fiyat artışları stok sıkıntılarında olsa da, söz konusu yatırım fonlarının birçoğu eski ve bir süredir kıyıda köşede kalmış, ihmal edilmiş ilaçları satın alarak yüksek fiyatlı özel ilaçlara dönüştürme stratejisinden de kaynaklanıyor.

Bir başka örnek vermek gerekirse, bir tüberküloz ilacı olan Cycloserine'in 30 hap başına fiyatı, Rodelis Therapeutics tarafından satın alınmasından sonra 500 dolardan 10 bin 800 dolara çıktı. Rodelis'in Genel Müdürü Scott Spencer kendilerini savunurken, şirketin arza cevap verebilmek için yatırımlar yaptığını ve ilaçların ihtiyacı olan bazı hastalara bedava verildiğini açıklamış. Yine geçtiğimiz ağustos ayında Valeant ilaç'ın Isuprel ve Nitropress adlı iki kalp ilacını Marathon ilaç'tan satın alıp fiyatlarını sırasıyla yüzde 525 ve yüzde 212 yükseltmesine şahit olduk. İşin ilginç yanı Marathon ilaç da, yukarıda adları geçen kap ilaçlarını 2013'te başka bir şirketten satın almış ve o da ilaçların fiyatlarını 5 katına çıkarmıştı. Doxycycline adlı antibiyotiğin Ekim 2013'teki şişe başına fiyatı sadece 20 dolar iken, Nisan 2014'te 1849 dolara yükseldi. Amerikan Enfeksiyon Hastalıkları Derneği ve HIV Tıp Birliği, Turing'e bir mektup yazarak Daraprim'in fiyatının artışını tıbben zayıf/hassas hastalara karşı haksız ve sağlık sistemi için sürdürülemez olduğunu belirtmişlerdir. Bu konuların tümü, Türkiye tarafından da takip edilmesi gereken hassas gelişmeler olarak gözükmemektedir.

Küresel yatırım fonlarının, ilaç endüstrisine bu denli gösterdikleri ilginin arkasındaki dinamiği, ülkelerin nüfus başına ilaç harcamalarından çıkarmak da mümkündür. 2013 itibarıyla ABD'de kişi başına ilaç tüketimi bin 26 dolara, Japonya'da 752 dolara, Kanada'da 713 dolara, Almanya'da 678 dolara, Fransa'da 596 dolara ve İtalya'da 572 dolara ulaşmış durumda. Küresel ölçekte ilaç pazarı 1 trilyon 57 milyar dolara ulaşmış durumda. Hisse senedi, tahvil ve benzeri finansal yatırım araçlarında, emtialarda cazip finansal getirilerin artık bittiğini düşünün. Küresel ölçekteki "saldırgan" finansal yatırım fonlarının, yeni bir saldırı alanı olarak ilaç endüstrisine odaklanmaları ve giderek artan bir tempoyla çok sayıda ilacı satın alıp bunları yeniden dünya sağlık endüstrisine rekor fiyat artışlarıyla sürmeleri; önümüzdeki dönem için ülkeler ve uluslararası kuruluşlar için sağlık endüstrisinin ve tıbbi tedavilerinin sürdürülebilirliğini de, hasta haklarının korunmasını da tehlikeye atmakta. Hükümetler yakın bir gelecekte çok daha ağır ilaç ve tedavi masrafları ile karşı karşıya kalabilir! Bu nedenle, bu konunun ivedilikle, Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler ve G-20 Grubunun gündemine taşınması yararlı olacaktır.

İnformal cepten sağlık harcamaları

Prof. Dr. Hacer Özgen Narci



1968 yılında Kahramanmaraş, Elbistan'da doğdu. Kayseri Sağlık Meslek Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu'ndan mezun oldu. Yüksek lisans eğitimini Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim dalında, doktora eğitimini ABD'de Sağlık Hizmetleri Organizasyonu alanında tamamladı. 1986 yılında hemşire olarak başladığı çalışma hayatını, 2005 yılından bu yana öğretim üyesi olarak sürdürmektedir. Halen Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde görev yapmaktadır.

Hane halklarının yaptığı cepten ödemeler, sağlık sisteminin işlevlerini sürdürbilmesi için gerekli mali kaynağın toplanmasında kullanılan yöntemlerden biridir. Tanım olarak cepten ödemeler, “doğrudan sağlık hizmeti sunucularına hizmetin alındığı yerde yapılan ödemeler”dir. Formal ve informal olarak iki türü vardır (1). Formal ödemeler, yasalar veya düzenlemelerle sınırları çizilen ve kişinin sağlık hizmeti aldığı anda yapmak zorunda olduğu ödemelerdir (2). Maliyet paylaşımı ve doğrudan (tam) ödeme şeklinde gerçekleşmektedir. Maliyet paylaşımı, alınan hizmetin bedelinin yasal olarak belirlenen kısmının hizmeti alan sigortalı kişi tarafından ödenmesidir. Yapılan ödeme temelde katkı payı şeklindedir. Sağlık sigortası, fiyatı düşürdüğü için sağlık hizmetlerine olan talebi, bu da hizmete erişimi artırır. Hizmete erişimin artması birçok açıdan arzu edilen bir gelişme olmakla birlikte, beraberinde ahlaki tehlikeyi de (moral hazard) getirebilir. Dolayısıyla maliyet paylaşımı, kaynakların gereksiz kullanımına yol açabilecek kullanıcı davranışlarının kontrol edilebilmesi amacıyla hizmet eder. Doğrudan ödeme, kişilerin aldıkları hizmetin bedelinin tamamı için yaptıkları ödemedir. Doğrudan ödeme, 1) kişinin sağlık sigortasının olmaması, 2) sağlık sigortası olsa da alınan hizmetin ödeme kapsamında olmaması ve 3) alınan hizmetin ödeme kapsamında olmasının belli koşullara bağlı olması ve bu koşulların yerine getirilmemesi durumlarında yapılır. Bu bağlamda, kendi kendine tedavi ve geleneksel sağlıkçılarından alınan hizmetler için yapılan ödemeler de doğrudan ödemedir.

İnformal ödemeler, bir yolsuzluk (corruption) şekli olarak kabul edilmekte (3) ve rüşvet, tezgâh altından ödemeler, resmi olmayan ödemeler, minnettarlık ödemeleri, zarf içinde yapılan ödemeler gibi çeşitli kavramlarla da ifade edilmektedir. İnformal ödemeler, formal ödemeler gibi sınırları net olarak çizilebilen bir cepten ödeme türü değildir. Bu sebeple literatürde çeşitli tanımlarına rastlanılmaktadır. Yaygın olarak dile getirilen tanımlarına baktığımızda, informal ödemeler;

1. “Kamu sektöründe formal olarak ücretsiz alınabilecek sağlık hizmetleri için hasta ve çalışanlar arasında aynı veya nakdi olarak gerçekleşen transferlerdir” (4).
2. “Ücretsiz olarak sunulması gereken hizmetler için hizmet sunuculara yapılan ödemelerdir” (5).
3. “Herhangi bir belge olmaksızın elden verilen para ve hediye ödemeleridir” (6).
4. “Formal ödemelere ilave olarak yapılan ödemelerdir” (2, 7).
5. “Bireylerin, yasal olarak tanımlanan ödemenin dışında, hizmet sunuculara yaptıkları ödemelerdir” (8).

Birinci tanıma göre, informal ödemeler sadece kamu sektöründe gerçekleşmekte, ikinci tanıma göre ise formal olarak ücret ödemeden alınabilecek hizmetler için ücret ödenmesi durumunda gerçekleşmektedir. Ancak daha sonra anlatılacağı üzere, bu tür ödemeler özel sektörde de gerçekleşebilmektedir ve formal olarak ücret ödenerek alınması gereken hizmetlere yapılan ödemeler spesifik sebeplerle informal olabilmektedir.

Üçüncü tanıma göre, informal ödemeler sadece “illegal” boyutu olan ödemelerdir. Oysa informal ödemenin hem legal hem de illegal boyutu vardır. Her informal ödeme illegal değildir, ancak her illegal ödeme informal değildir (7). Bir ödemenin legal olup olmadığı ülkenin yasalarına ve düzenlemelerine göre değişir. Örneğin Kırgızistan ve Tacikistan’da informal ödemeler yolsuzluk olarak kabul edilmemekte, Macaristan’da ise sağlık çalışanları informal ödemeler yoluyla elde ettikleri gelirlerinden vergi ödedikleri sürece sorun olmamaktadır (9).

Dördüncü ve beşinci tanımlar, informal ödemelerin hane üzerinde yarattığı “ilave” finansal yükü vurgulaması bakımından önemlidir. Beşinci tanım Türkiye’de yapılan informal cepten ödemeler çalışmalarında da kullanılmıştır (10, 11). Bu tanımdaki “yasal olarak tanımlanan” ifadesi sağlık hizmetleri kapsamının mutlaka yasalarla tanımlanması anlamına gelmemektedir. Örneğin özel sektördeki hizmet sunucular veya sigorta kuruluşları da bu tanımlamayı yapabilir (7).

Sebepleri ve türleri

İnformal ödemeler birbirleriyle ilişkili çok faktörlü bir olgudur. Kültürel faktörlerle konu kısmen açıklanabilmekte, asıl tetikleyici faktör olarak sağlık sisteminin arz yapısı görülmektedir. Arz ile ilgili faktörler arasında özellikle kemikleşen finansman yetersizliği ve buna bağlı sorunlar önem arz etmektedir. Bu tür faktörler kişilerin ihtiyaç duydukları hizmetleri alabileceklerine dair inançlarının zedelenmesine, bu da sağlık sistemine veya hizmet sunuculara karşı bir “gü-



vensizlik" sorununun ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. İnfomal ödemelerin temel sebebi olarak bu güven sorunu gösterilmekte ve bireylerin bu duruma iki şekilde tepki göstereceği öne sürülmektedir (12):

1. Formal sağlık sistemini veya bir hizmet sunucuyu terk ederek (exit) sağlık sorunlarının çözümünü başka yerde aramak (örneğin, geleneksel sağlıkçılara başvurmak).
2. Formal sağlık sistemini veya bir hizmet sunucuyu terk etmeyip, istediklerini sistem veya örgüt içinde infomal kanallarla elde etmeye çalışmak.

İnfomal ödemeler ikinci seçenekteki tepkinin bir sonucudur ve bu tepki "içsel çıkış" (internal exit, kısaca "inxit") kavramı ile ifade edilmektedir.

İnfomal ödemeler aynı ve nakdi olabilir. Aynı ödemeler ise hediye ve aynı katkı şeklindedir (7). Hediye şeklindeki ödemeler, alınan hizmet karşılığında verilen çiçek, çikolata, altın, gayrimenkul vb. için yapılan ödemelerdir. Hediye ödemeleri bazı ülkelerde infomal değil, kültürel açıdan bir teşekkür/minnettarlık ifadesi olarak kabul edilmektedir. Minnettarlık dışında başka gerekçelerle de verildiği için hediyeler birçok çalışmada infomal kabul edilmektedir (2, 4, 13, 14, 15). Gelecekteki başvurularda daha iyi hizmet almayı garantileme arzusu, hediye vermenin yaygın gerekçesidir (3). Aynı katkı şeklindeki ödemeler, hastanede yatılan sürede hasta veya yakınları tarafından dışarıdan sağlanan ilaç, yatak çarşafı, refakatçi gibi her tür ürün ve hizmet için yapılan ödemelerdir.

Bu tür ürün ve hizmetlerin temininden hastane sorumlu olduğundan, yapılan ödemeler infomal kabul edilmektedir (2, 4, 7). Aynı infomal ödemeler tamamen "güven" sorunuyla ilişkilendirilemese de yaşanan sorunlara sistem veya örgüt içinde kalarak bir çözüm bulma seçeneğidir.

Kişinin hizmeti alabilmesinin bir önkoşulu olarak makbuz karşılığında da olsa "bağış" olarak yapılan ödeme (10, 11), sundukları hizmetlerin bedeli faturaya yansıtıldığı için çalışanlara "bahış" olarak verilen para, ücretsiz veya bedeli sağlık kuruluşuna formal kanallarla ödenecek alınabilecek bir cerrahi müdahale için "bıçak parası" olarak yapılan ödeme nakit infomal ödeme örnekleridir. Faturalı veya faturasız, "zorlama" ile özel muayenehanelere yapılan ödemeler de infomaldır. Bu zorlama iki şekilde tezahür etmektedir (16): Birincisi kişinin bizzat hekim tarafından özel muayenehaneye çağırılması, ikincisi ise kişinin bazı sebeplerden ötürü kendisinin ödeme yapma zorunluluğu hissetmesidir. Birinci durumdaki zorlama, "dışsal"dır çünkü kişi hekim tarafından ödemeye yapmaya zorlanmaktadır. Bu durum, hekimlerin başvuru alan sağlık kuruluşunda hizmet sunmayı reddederek suni arz kılığı yaratmalarına da sebep olmaktadır (supplier-reduced demand) (12). İkinci durumdaki zorlama ise "içsel"dir çünkü kişi kamuda çalışan bir hekime özel muayene ödemesi yapmadığı takdirde temel ihtiyaçlarını karşılayacak hizmeti alamayacağı inancını taşımaktadır. Her iki durumdaki ödeme aslında özel muayene için değil bir kamu sağlık kuruluşunun sunduğu temel hizmetlere erişmek için yapılmaktadır. Bu

2002 yılında Kırıkkale'de 2 bin 327 kişi ile yapılan araştırmada infomal ödemeler yaklaşık %25 bulunmuştur (10). Bu araştırmada, infomal ödemelerin yaklaşık %72'sinin nakit olduğu ve çoğunluğunun özel muayenehanelerde gerçekleştiği bulunmuştur. Aynı araştırmada, nakit infomal ödemelerde daha iyi sağlık hizmeti alma isteğinin, hediye ödemelerinde ise minnettarlığın sadece %30 oranında gerekçe oluşturduğu belirlenmiştir.

Türkiye’de cepten ödemenin ne kadarının informal olduğu ve sebepleri hakkında Türkiye temsiliyeti olan araştırmalardan elde edilecek bilgilere ihtiyaç vardır. Bu bilgi, informal ödemelerin bir sağlık politikası konusu olup olmadığı ve nasıl çözülebileceğine ilişkin tartışmalara ve kararlara ışık tutabilecektir.

sebeplerdir ki, bu tür ödemeler kamu kaynaklarının özel sebeplerle kullanımı şeklinde yorumlanmaktadır (17).

Ülke örnekleri

İnformal ödemelerin varlığı, çoğunluğunu eski Sovyet Bloğu ülkelerinin oluşturduğu Orta ve Doğu Avrupa ile Asya ülkeleri başta olmak üzere birçok ülkede gözlenmektedir. Örneğin Macaristan’da sistemin yetersiz finansmanı ve hekimlerin maaşlarının diğer sektör çalışanlarına göre düşük olması kültürel bir norm haline gelen informal ödemelerin temel nedenleridir. Ödemeler çoğunlukla yatan hasta hizmetleri ve ameliyatlar içindir (8). 2007 yılında getirilen katkı payı uygulaması, bir başka ifadeyle informal ödemelerin formalleştirilmesi, düşük gelir grupları için informal ödemeleri azaltmıştır, ancak bunun hizmete erişimin azalmasından kaynaklanmış olması muhtemeldir (18).

Polonya’da da informal ödemelerin daha çok yatan hasta hizmetleri ve ameliyatlar için yapıldığı (8) ve bir hekimin brüt maaşının iki katından fazlasını informal ödemelerden sağladığı raporlanmaktadır (19). Kamu sağlık sektörünün yetersiz finansmanı, düşük hekim maaşları, monopson güce sahip devletin fiyatları düşük tutması, minnettarlık ve ödeme yapılmadığı takdirde iyi hizmet alınamayacağı endişesi informal ödeme nedenlerindendir (17).

Gürcistan’da nakit informal ödemeler yatan hastalarda yaygındır, hediyeeler ise kültürel bir normdur. Ödeme nedenleri arasında sektörün yetersiz finansmanı buna mukabil kamu kaynaklarının

verimsiz kullanımı, hizmet paketinin iyi tanımlanmaması, kötü satın alma uygulamaları, düşük maaşlar, ödeme yapılmadığı takdirde hizmet alamama korkusu, devlete ve özel sigortalara güvensizlik yer almaktadır (2).

Olumsuz etkileri ve çözüm önerileri

İnformal ödemelerin bireyler ve sistem açısından olumsuz etkileri vardır. Bireyler açısından en önemli etkisi “ilave finansal yük” yaratmasıdır. Bu, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin ertelenmesi veya hiç alınamaması, dolayısıyla kötüleşen sağlık statüsü ve yaşam kalitesi, azalan işgücü verimliliği ve gelir ve de yoksullaşmayla sonuçlanabilir. Hizmet alındığında ise finansmanda hakkaniyetsizliğe, katastrofik harcamaya ve informal ödemeleri karşılayabilmek için varını yoğunu tüketerek yoksullaşmaya veya yoksulluğun derinleşmesine yol açabilmektedir (11, 14). Bu sorunların yoksullar için önemi aşikârdır. Bazı ülkelerde informal ödeme miktarı kişinin ödeme gücüne göre belirlenebildiği ve hekimler “Robin Hood” rolü üstlenebildiği için finansmanda hakkaniyet sorunu yaşanmayacağı ileri sürülmektedir (20). Ancak, yapılan araştırmalar bu görüşü desteklememektedir (11, 21). Ayrıca, yoksullar hiç informal ödeme yapmasa da zenginlere getirilen “ilave” yük netice itibarıyla informaldır.

İnformal ödeme yapan ve yapmayanlar arasında hizmet kalitesi açısından farklılık olabileceğinin işaretleri vardır (16, 22). Bu farklılık, kaliteli hizmete erişimde hakkaniyeti, hekim-hasta ilişkisini ve toplumun sağlık düzeyini olumsuz etkiler (23). Ayrıca, hizmet sunucuların informal ödemeleri kaliteyi iyileştirecek yatırımlardan çok gelirlerini artırma amaçlı kullanmaları olasılık dâhilindedir (7, 22).

Sağlık sisteminin büyük ölçüde informal ödemelerle finanse edilmesi durumunda ödeme yapmayanlara hizmet sunulmayabilir ve ödeme yapanları memnun etmek için gereksiz hizmetler sunulabilir. Bir başka ifadeyle, etkililik ve verimlilik zayıflayabilir (20, 24). Aynı katkı ödemeleri perakende fiyatlar üzerinden yapılacağından, hizmet sunucunun toptan alımlarda elde ettiği fiyat indirimi avantajından yararlanamaz (14, 20). İnformal ödemeler ihtiyaç duyulan hizmetlere erişimi sınırladığında, teşhis ve tedavide gecikme nedeniyle aynı sağlık sorunu gelecekte daha pahalı müdahaleler ile çözülmek zorunda kalır. Bu da sistemin verimliliğini azaltır, sağlık düzeyini kötüleştirir. İnformal ödemelerden elde edilen gelir yüksek olduğunda, sorunun çözümüne yönelik reformlara direnç gösterilebilir (4, 7, 25).

Bu bilgiler ışığında, informal ödemelerin mücadele edilmesi gereken bir sorun olduğu ortadadır. Mücadele kararı için informal ödeme boyutunun ve ödemenin gönüllülük durumunun birlikte ele alınması önerilmektedir (7). Ödeme yapan ve yapmayan hastalar arasında ayırım yapılmadığı sürece tamamen “gönüllü” ve minnettarlık ifadesi olarak yapılan aynı veya nakdi ödemeler “hediye” olarak nitelendirilmekte ve bir problem olarak görülmemektedir (26). Bu tür informal ödemelerle sektöre ilave mali kaynak sağlanacağı, katkı paylarının yarattığı hakkaniyet sorununun yaşanmayacağı, çalışan verimliliğinin artırılabilceği ve minnettarlık ödemelerinin büyük ölçekte olduğu uzmanlık dallarında sürdürülebilir insan kaynaklarının mümkün kılınabileceği ileri sürülmektedir (7). Ne var ki, tüm informal ödemelerin doğası böyle “iyi huylu” değildir. Yapılma gerekçesinde içsel veya dışsal bir “zorlama” barındıran ödemeler, yukarıda bahsedilen olumsuzluklardan ötürü informal ödemelerin “kötü huylu” doğasını yansıtmakta ve “hizmet başına ödeme” olarak nitelendirilmektedir. Sonuç olarak, boyutu ne olursa olsun, zorlama içeren informal ödemeler sistemin başarısızlığına işaret ettiği için müdahale edilmesi gereken bir politika konusudur (7).

İnformal ödemelerle mücadele etmenin tek bir yolu bulunmamaktadır. Çeşitli yollardan biri, informal ödemeleri formal ödemeye dönüştürmektir. Bu yönde alınacak karar, yoksullar üzerindeki olası etkilerinin dikkatle değerlendirilmesini gerektirir. Çünkü asıl amaç sadece informal ödemeleri ortadan kaldırmak değil, aynı etkilere sahip formal ödemeleri yoksulları koruyarak planlamak olmalıdır. Maaşlarda iyileştirme ve performans dayalı ödemeyle hizmet sunumu iyileştirilebilir (3, 14, 24). Bunun getireceği ilave yük ise etkililik ve verimlilikteki artışla karşılanabilir (3). Hem yolsuzlukla mücadelede yasal düzenlemeler yapılmalı (24) hem de hizmet sunucuların hesap verme sorumluluğu artırılmalıdır (16). Güçlü yönetimlerin ve yazılı performans değerlendirmelerinin olduğu Bolivya gibi ülkelerde informal ödemelerin düşük olduğu raporlanmıştır (3). Bu sorunla etkili mücadelede hizmet kullanıcılarının da davranışlarında değişiklik hedeflenmelidir (örneğin hasta hakları ile) (7,21). Rekabetin artırılması da öneriler arasındadır (5).

Türkiye’de durum

İnformal ödemeler ülkemizde çeşitli sebeplerle uzun yıllardır sağlık hizmetleri finansmanının bir parçası olmuştur. Bu konuda ilk bilgi Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hanehalkı Araştırması kapsamında elde edilmiş ve informal ödemelerin toplam cepten ödemeler

içindeki payı %5 olarak belirlenmiştir (27). İnfomal ödeme tanımı açısından uluslararası literatürle uyumlu olarak 2002 yılında Kırıkkale’de 2 bin 327 kişi ile yapılan bir diğer araştırmada bu rakam yaklaşık %25 bulunmuştur (10). Bu araştırmada, infomal ödemelerin yaklaşık %72’sinin nakit olduğu ve çoğunluğunun özel muayenehanelerde gerçekleştiği bulunmuştur. Aynı araştırmada, nakit infomal ödemelerde daha iyi sağlık hizmeti alma isteğinin, hediye ödemelerinde ise minnettarlığın sadece %30 oranında gerekçe oluşturduğu belirlenmiştir. Çalışmada infomal ödemeler iki temel nedene dayandırılmıştır: 1) yarı zamanlı hekimlik uygulaması, 2) eksik sigorta (underinsurance). Böylece bu çalışma aynı zamanda Türkiye’de eksik sigorta sorununu gündeme getiren ilk çalışma olmuştur. Bu tespit OECD ve Dünya Bankası’nın Türkiye sağlık sistemi ile ilgili değerlendirmelerinde de teyit edilmiştir (28).

Bu araştırmaları müteakip geçen sürede cepten ödemelerin toplam sağlık harcamaları içindeki payı 2003 yılında %18,5’den 2013 yılında %16,8’e gerilemiş (www.tuik.gov.tr) ve infomal ödemeleri etkileme olasılığı olan çok sayıda değişiklik hayata geçirilmiştir. Bu değişiklikler arasında aşağıdakileri sayabiliriz:

- SSK’ya bağlı sağlık kuruluşlarının 2005 yılında Sağlık Bakanlığı’na devredilmesi
- Sağlık kuruluşlarına bağlı derneklerin 2005 yılında kapatılması
- Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde performansla bağlı ödemelerin hayata geçirilmesi
- Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde tam gün yasının hayata geçirilmesi ve üniversite hastanelerinde özel muayene uygulamalarının kaldırılması
- Özel sektörün büyümesi ve rekabetin artması
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi
- Kamuda katkı payı uygulamasının getirilmesi
- Genel sağlık sigortasının hayata geçirilmesi ve tamamlayıcı özel sağlık sigortası ile ilgili gelişmeler
- Kamu hastane birliklerinin oluşturulması ve hesap verme sorumluluğunun artırılması
- Hasta haklarında ilerleme
- Kamu sağlık sektöründe de hizmet kalitesine ve hasta memnuniyetine önem verilmesi.

Bu gelişmelerin infomal ödemelere yansımaları hakkında bilgi verebilecek yayımlanmış çalışmalara baktığımızda, Aralık 2013 - Ocak 2014 döneminde Ankara’da yapılmış bir çalışma bulunmaktadır (29). Infomal ödemelerin boyutuna dair bilgi,

araştırmaya katılan kişiler arasında infomal ödeme yapanların yüzdesi (%29) itibarıyla verilmektedir. Ancak, bu çalışmanın bulguları izlediği metodoloji sebebiyle Ankara iline de genellenebilir nitelikte değildir. Ayrıca daha önceki çalışmadan farklı bir infomal ödeme tanımı benimsendiği için bulguların karşılaştırılabilirliği tartışmalıdır.

Tüm bu bilgiler ışığında, Türkiye’de cepten ödemenin ne kadarının infomal olduğu ve sebepleri hakkında Türkiye temsiliyeti olan araştırmalardan elde edilecek bilgilere ihtiyaç vardır. Bu bilgi, infomal ödemelerin bir sağlık politikası konusu olup olmadığı ve nasıl çözülebileceğine ilişkin tartışmalara ve kararlara ışık tutabilecektir.

Kaynaklar

- 1) World Health Organization, 2004. *What Are the Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe? Health Evidence Network (HEN) Report.*
- 2) Belli P. et al. 2002. *Qualitative Study on Informal Payments for Health Services in Georgia.* Washington: World Bank, HNP Discussion Paper.
- <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13773> (Son erişim tarihi: 12 Temmuz 2015).
- 3) Lewis, M. 2007. *Informal Payments and the Financing of Health Care in Developing and Transition Countries.* Health Affairs 26(4), 984-997.
- 4) Balabanova, D., McKee M. 2002. "Understanding Informal Payments for Health Care: The Example of Bulgaria", *Health Policy*, 62, 243-73.
- 5) Lewis, M., 2000. *Who is Paying for Health Care in Eastern Europe and Central Asia?*, Washington, DC, Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia, Region, The World Bank.
- http://web.worldbank.org/archive/website00504/WEB/PDF/WHO_IS_P.PDF (Erişim Tarihi: 24.07.2015)
- 6) Gordeev, VS., Pavlova, M., Groot, W. 2014. "Informal payments for health care services in Russia: old issue in new realities", *Health Economics Policy and Law*, 9(1), 25 – 48, DOI: 10.1017/S1744133113000212.
- 7) Gaal, P., Belli PC, McKee, M., Szocska, M. 2006. "Informal Payments for Health Care: Definitions, Distinctions, and Dilemmas", *Journal of Health Policy and Law*, 31(2), 251-93.
- 8) CEEHN (Central and Eastern European Health Network). 2002. *Formal and Informal Household Spending on Health: A Multicountry Study in Central and Eastern Europe.* Harvard School of Public Health.
- <https://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/lac/MerckReportFINAL.pdf> (Erişim Tarihi: 20.07.2015)
- 9) World Health Organization. 2010. *Implementing Health Financing Reform Lessons from countries in transition*, Edited by Joseph Kutzin, Cheryl Cashin, Melitta Jakab. *European Observatory on Health Systems and Policies, the United Kingdom.*
- 10) Tatar, M. et al. 2007. "Informal Payments in the Health Sector: A Case Study from Turkey", *Health Affairs*, 26(4), 1029-1039.

11) Ozgen H. et al. 2010. "Predictors of Informal Health Payments: The Example from Turkey", *Journal of Medical Systems*, 34(3), 387-396.

12) Gaal, P., McKee, M. 2004. "Informal Payment for Health Care and the Theory of 'Inxit'", *International Journal of Health Planning and Management*, 19, 163-78.

13) Thompson, R., Witter, S. 2000. "Informal Payments in Transitional Economies: Implications for Health Sector Reform", *International Journal of Health Planning and Management*, 15(3), 169-187.

14) Falkingham, J. 2004. "Poverty, Out-Of-Pocket Payments and Access to Health Care: Evidence from Tajikistan", *Social Science and Medicine*, 58, 247-58.

15) Ensor, T. 2004. "Informal Payments for Health Care in Transition Economies", *Social Science and Medicine*, 58(2): 237-46.

16) Gaal, P., McKee, M. 2005. "Fee-For-Service or Donation? Hungarian Perspectives on Informal Payment for Health Care", *Social Science and Medicine*, 60(7), 1445-57.

17) Shahriari H. et al. 2001. *Institutional Issues in Informal Health Payments in Poland: Report on the Qualitative Part of the Study.* Washington: World Bank, HNP Discussion Paper.

18) Baji, P. et al. 2012. "Changes in Equity in Out-of-pocket Payments during the Period of Health Care Reforms: Evidence from Hungary", *International Journal for Equity in Health*, 11-36.

<http://www.equityhealthj.com/content/11/1/36> (Erişim Tarihi: 16.07.2015)

19) Gaal, P. 2004. *Informal Payments for Health Care in Hungary.* Ph.D. Thesis, London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London.

20) Ensor, T., Savelyeva L. 1998. "Informal Payments for Health Care in the Former Soviet Union: Some Evidence from Kazakhstan", *Health Policy and Planning*, 13(1), 41-49.

21) Szende, A., Culyer A.J. 2006. "The Inequity of Informal Payments for Health Care: The Case of Hungary", *Health Policy* 75, 262-272.

22) Mæstad, O., Mwisongo, A. 2011. "Informal payments and the quality of health care: Mechanisms revealed by Tanzanian health workers", *Health Policy*, 99, 107–115.

23) Nekoeimoghadam, M., Esfandiari, A., Ramezani, F., Amiresmaili, M. 2013. "Informal Payments in Healthcare: A Case Study of Kerman Province in Iran", *International Journal of Health Policy and Management*, 1(2), 157–162.

24) Stepurko, T. et al. 2015. *Informal payments for health care services: The case of Lithuania, Poland and Ukraine.* *Journal of Eurasian Studies*, 6: 46-58.

25) Delcheva, E., Balabanova, D., McKee, M. 1997. "Under-the-counter Payments for Health Care: Evidence from Bulgaria". *Health Policy*, 42(5), 89-100.

26) Dodge, J. M. (1978). *Beyond estate and gift tax reform: including gifts and bequests in income.* *Harvard Law Review*, 91(6), 1177e1211.

27) Berman, P., Tatar, M. 2004. *Turkey National Health Accounts 1999-2000.* Ankara: Ministry of Health.

28) OECD & IBRD/World Bank, 2008. *OECD Health System Reviews Turkey.* Paris.

29) Tengilimoğlu, D. et al. 2015. *Informal Payments in Health Systems: Purpose and Occurrences in Turkey.* 41(5): 684-696.

Antibiyotik direnci: “Antibiyotik çağı”nın sonu mu?

Prof. Dr. Recep Öztürk



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

Antibiyotikler, daha geniş bir kavramla antimikrobik maddeler; insan sağlığını koruma ve geliştirme açısından son yüzyıl içinde çok büyük katkı sağlamıştır. 1900’lü yıllarda dünyada ölümlerin %50-60’dan daha fazlasını oluşturan enfeksiyon hastalıkları; antibiyotiklerin keşfi, değişik hastalıklar için kullanıma giren aşılarda ve sosyal yaşam düzeyinde sağlanan olumlu gelişmeler (yeterli emniyetli gıda/su, sanitasyon tedbirlerinin gelişmesi vd.) sayesinde düşük gelirli ülkeler dışında %25’lerin altına düşmüştür. Antimikrobik maddeler, sadece insan sağlığı için değil, tarım ve veterinerlik alanında da çok olumlu katkılar sağlamıştır. Antimikrobik maddelerin iki önemli etkisi vardır: Tedavi amaçlı olarak hastalık yapan mikroorganizmayı öldürür, ancak hastalık yapmayan diğer organizmalara da zarar vererek ekosistemin çeşitliliğine, bütünlüğüne ve duyarlı-dirençli organizma dengesine zarar verip “kollateral hasar” oluşturur, dirençli mikroorganizmaların seçilip yayılmasına neden olur.

Antimikrobik maddelerin tıp, tarım ve veterinerlik alanında yaygın kullanılması sonucu mikroorganizmalar değişik mekanizmalarla uzun yıllardan beri direnç geliştirmeye başlamış, sorun zamanla katlanarak büyümüştür. Antimikrobik

maddelerin kullanım miktarı ve yaygınlığıyla paralel şekilde artan direnç, doksanlı yıllardan sonra hızla artış göstermiş; günümüzde çok yaygın, halk sağlığını ciddi şekilde tehdit eden küresel bir sorun haline gelmiştir. Bu yazıda antimikrobiyal direncin tanımı, sorunun mekanizmaları, nedenleri, boyutu ve çözüm önerileri ele alınacaktır.

Antimikrobiyal direnç nedir?

Antimikrobiyal direnç, daha önce “doğal kökenle” (wild type) oluşan enfeksiyon hastalıklarının tedavisinde etkili olan bir antimikrobik maddeye karşı ilgili mikroorganizmaların değişik mekanizmalarla dirençli hale gelmesidir. Bakteriler, mantarlar, virüsler ve parazitlerin “doğal köken”leri, antimikrobiklerle karşılaştıktan sonra dirençli hale gelmekte; ilgili antimikrobik madde tedavi veya profilakside artık etkisiz kalmakta, sonuçta ilgili enfeksiyonlar etkin şekilde tedavi edilememektedir. Tedavi edilemeyen hastalardan diğer şahıslara veya çevreye doğrudan/dolaylı veya vektörler aracılığıyla bulaşan mikroorganizmalar enfeksiyonların yayılmasına neden olmaktadır.

Mekanizmalar

Kullanıma girdiğinde değişik antimikrobiklere karşı dirençli mikroorganizma cinsi/cinsleri olabilmektedir. Bu du-

ruma, doğal direnç (intrinsik direnç) adı verilmektedir; yapı ve biyokimya özellikleriyle ilişkilidir. İlgili antimikrobik kullanıma girdiğinde “doğal köken”leri bu antimikrobik maddeye duyarlı olan mikroorganizmalar, daha sonra değişik genetik mekanizmalarla dirençli hale gelebilmektedir. Bu duruma ise kazanılmış (kalıtsal) direnç adı verilmektedir. Bu tür direnç; mikroorganizmada gelişen mutasyonlarla (kromozomal direnç) olabildiği gibi değişik genetik elementlerle (plazmid, transpozon, integron) bir mikroorganizmadan diğerine (yeni nesillere, aynı/başka cins ve türlere geçiş) yayılabilmektedir.

Mevcut durum

Antimikrobiklere karşı gelişen direnç, ilgili antibiyotiklerin keşfinden kısa sonra karşılaşılan bir sorun olmuştur. Üretilen her antimikrobik maddeye er geç direnç gelişmektedir. 1950’lerin başında penisiline, 1960’ların başında metisiline direnç dikkati çekecek ölçüde artmaya başlamıştır. Son 2-3 dekattır direnç çok daha yaygın duruma gelmiştir. Çapraz direnç durumu, sorunu çok daha yaygın duruma getirmiştir. Günümüzde hemen her bakteri kendilerine karşı kullanılan antimikrobik ajanlara karşı belli oranlarda direnç kazanmış durumdadır. Direnç sorunu bakteriler dışında, virüs, mantar ve parazitler için de söz konusudur. Direnç

sorunu yaşanmayan bakteri cinsi/türü kalmamış gibidir.

Son 70-80 yıl içinde kullanıma giren antibiyotikler insan yaşamında en önemli katkıyı sunmuş, ölümcül pek çok enfeksiyon hastalığının başarıyla tedavisine imkan sağlamıştır. İnsanlık tarihinin en önemli buluşlarından olan antibiyotikler, başta uygunsuz ve gereksiz kullanımları sonucu gelişen direnç nedeniyle etkilerini önemli oranda kaybetmektedir. Mikro-organizmalar kendilerini yok etmek için kullanılan antimikrobik maddelere karşı er ya da geç karşı koyma gücü (direnç) kazanmaktadır. Ölümün yüzde 45'inin halen enfeksiyon hastalıklarına bağlı olduğu düşük gelirli ülkelerde, direnç gelişmesine bağlı olarak enfeksiyonlar ne yazık ki daha da öldürücü olmaktadır ve olmaya devam edecektir. Bu tip ülkeler için önemli olan solunum yolu enfeksiyonları, akut ishaller, sıtma, tüberküloz direnç nedeniyle sorun yaşanan hastalıklar içinde başta yer almaktadır. Antimikrobiklere karşı direnç; toplumda enfeksiyonların etkili tedavi edilememesi, enfeksiyon hastalıklarının daha uzun sürmesi; ölüm riskinin artması, salgınların sıklaşması ve uzaması, sağlam toplum kesimlerinde enfeksiyon riskinin artması anlamına gelmektedir. Son 20-25 yıldır değişik ülkelerde konuyla ilgili çalışmalar artırılmış, ulusal sağlık kuruluşları konuyu öncelikle gündemlerine almışlardır. Konu, daha geniş kesimlerin de dikkatini çekmiştir. Günümüzde küresel ölçekte bir sorun haline gelen antimikrobiklere karşı direnç gelişmesi halk sağlığını ciddi boyutta tehdit etmektedir. Doksanlı yılların başlarında olayın dünya için bir kriz olduğu belirtilmiş, direnç sorunu TIME, Newsweek vb. dergilerde "Antibiyotik çağının sonu mu?" benzeri kapak konusu sorularla halkın gündemine taşınmıştır.

Kullanıma giren her antibiyotik için direnç gelişimi söz konusudur. Günümüzde, penisiline dirençli pnömokoklar, 3. kuşak sefalosporinlere dirençli gonokoklar, metisiline dirençli stafilocoklar, vankomisine dirençli enterokokoklar, çoklu dirençli / panrezistan fermentatif ve nonfermentatif bakteriler, çoklu dirençli M. tuberculosis, çoklu ilaç dirençli P. falciparum, HIV ve influenza virüslerde direnç ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Son dekatların geniş spektrumlu, "yaşam kurtarıcı" bir antibiyotiği olan karbapenem grubu antibiyotiklere son yıllarda dünya genelinde hızla artan direnç sonrasında, toksik etkileri nedeniyle terk edilmiş eski bir antibiyotik olan kolistin, gram negatif bakteri enfeksiyonları için "kurtarıcı" olarak kullanıma tekrar girmiş, ancak kısa süre içinde buna karşı da direnç ülkemizden vd. ülkelerden bildirilmeye başlanmıştır. Hatta kolistin kullanım öyküsü olmayan insanlardan bile dirençli kökenler izole edilmiştir. Günümüzde hastanelerde



kullanımdaki tüm antibiyotiklere direnç geliştirmiş panrezistan kökenlerin oranı giderek artmaktadır. Bu durum, tıpta bir felaketin, başka bir ifadeyle "iflas"ın habercisidir.

ABD Hastalık Kontrol Merkezi (CDC), konuyla ilgili olarak "Antimikrobik Direnç Tehdidi" başlığı altında ayrıntılı bir raporu 2013 yılında yayımlamıştır. Raporda dirençli bakterilerin ABD'de neden olduğu ölümler ve sağlık harcamalarına dikkat çekilmiştir. CDC, 2 milyona yakın insanın çok ilaca dirençli mikroorganizmalarla hastalandığını ve bunlardan en az 23.000 kişinin öldüğünü raporlamıştır. Dirençli bakterilerin neden olduğu sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların ABD'de doğrudan 20, dolaylı 35 milyar dolar ek harcamaya neden olduğu bildirilmektedir. ABD'de bizzat Başkan Obama'nın himayesinde antibiyotik direncini önleme ve kontrol konusunda 2014 yılında başlatılan çalışmalar, 2015 yılında bir ulusal eylem planı hazırlanmasıyla sonuçlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de konunun halk sağlığını tehdit küresel bir sorun olduğunu belirtmiş ve 2014 yılında dünya genelinde direnç durumunu ortaya koyan bir rapor yayımlamıştır. 114 ülke verisinin yer aldığı DSÖ raporuna göre, gram negatif çomaklarda (E.coli ve K. pneumoniae) antibiyotiklere %50 üzerinde direnç varlığı bildirilmektedir. Benzer çalışmalar ve raporlar dünyanın değişik ülkeleri (İngiltere, Almanya, Kanada, Avustralya vd.) ve Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (ECDC) tarafından da hazırlanmıştır.

Ülkemizde de direnç oranları çok yüksektir. Avrupa'da en fazla antibiyotik kullanan ve en yüksek direnç oranlarına sahip ülkelerden biri durumundayız. Ülkemizde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, akılcı ilaç kullanımı kapsamında akılcı antibiyotik kullanımı konusunda farkındalık

ve eğitim çalışmaları yürütmektedir. Ayrıca, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından "Ulusal Antimikrobiyal Direnç Surveyansı" çalışması yürütülmektedir. Ancak ilgili çalışmalar, henüz etkin ve yaygın ulusal bir strateji belirlenmesine imkân verecek ölçekte değildir. Tarım ve veterinerlik alanında da tıp alanında olduğu gibi önemli bir direnç sorunu mevcuttur. İlgili direncin hayvanlardan insanlara bulaşması (et, süt ve süt ürünleri, çıkartılarla temas) konuyu çok daha önemli hale getirmektedir.

Direnç artışı nedenleri

Antimikrobiyal direncin nedenleri çeşitli ve karmaşıktır. Değişik toplum seviyelerindeki insan davranışlarıyla yakından ilişkilidir. Sonuçları dünyadaki herkesi, her canlıyı ilgilendirmektedir. Direnç artışında en önemli neden, antibiyotik tüketimindeki artış ve sonuçta oluşan seçici baskılamadır. Direnç gelişimi kullanılan antimikrobik madde miktarıyla doğru orantılıdır. Sağlık hizmeti sunan değişik birimlerin yaygınlaşması (aile sağlığı merkezleri, diyaliz merkezleri, kronik hasta bakım merkezleri vd.); hastanelerde yatışların ve invazif uygulamaların artması, bağışıklık sistemi bozulmuş hastaların sayısında artma, yoğun bakım ünitelerinin sayısında olan artışlar antibiyotik kullanılmasına olan ihtiyacı artırmıştır. Tıp alanında toplum kökenli ve hastane kökenli enfeksiyonlarda da yaygın kullanım söz konusudur. Burada esas sorun, akılcı olmayan gereksiz kullanımdır. Antibiyotiklerin gereksiz kullanılması, gereksiz kombinasyonlar, gereğinden uzun süre kullanıma, dirençli kökenlerin seçilip yayılmasına imkân vermektedir.

Değişik ülkelerde uygunsuz kullanım oranları genellikle %50 üzerinde olmaktadır. Üst solunum yolu enfeksiyonları (%60-70'i viral) , akut ishaller (antimik-

robik madde gereksinimi %10), cerrahi antimikrobik profilaksi antimikrobiklerin uygunsuz olarak kullanıldığı en iyi bilinen örneklerdir. Cerrahi profilakside genellikle tek doz halinde nispeten dar spektrumlu sefazolin vb. bir antibiyotik kullanılması gerekirken, ülkemizde geniş spektrumlu antibiyotikler günlerce kullanılmaktadır. Genelde hastanede bir kaç gün verilen parenteral antibiyotikler dışında, ayrıca hasta oral yolla bir antibiyotik verilerek taburcu edilebilmektedir (!) Gelişmiş ülkelerde tüketim sıralamasında 3-4. sırada olan antibiyotiklerin ülkemizde son yıllara kadar birinci sırada olması akılcı olmayan antibiyotik kullanımının bir kanıtıdır. Ülkemiz, OECD ülkeleri arasında bölgesinde en fazla antibiyotik kullanan ülke konumundadır.

Bağışıklık sistemi bozulmuş hastaların sayısında artma, yoğun bakım ünitelerinin sayısında artma; protez, yapay cisim uygulamalarında artma dirençli kökenlerin seçilip başkalarına bulaştığı diğer faktörlerdir. Riskli kişi veya birimlerde enfeksiyon önleme ve kontrol tedbirlerine gerekli özenin gösterilemeyeşi direncin yayılıp devamından sorumludur. Hastane yönetimleri ve daha üst yöneticilerin antimikrobiyal direnç ve enfeksiyon önleme ve kontrolüne gereken önemi vermemesi direncin önlenmesinde olumsuzluk oluşturan önemli bir sorundur. Enfeksiyon önleme ve kontrol tedbirlerine uyumun denetimi, sanitasyon tedbirlerinin yaygınlaştırılması, emniyetli su ve gıda temini için gerekli yapının kurulup denetiminin sağlanması direncin artmasının engellenmesinde çok önemli konular olduğundan bu alanlarda yaşanan eksiklikler direncin artışı ve yayılmasında çok önemlidir. Antimikrobiyal yönetimin kurumsal ve ulusal ölçekte kurulamaması, kurulanların etkin çalıştırılmaması direncin artmasının önlenmesi ve kontrolü açısından önemli bir "yönetim sorunu"dur.

Antimikrobikler sadece tıpta değil, tarım ve veterinerlik alanında da çok yaygın kullanılmaktadır. Hayvanların değişik enfeksiyonlarında tedavi ve profilakside kullanılma yanında kümes hayvanlarında büyümeyi artırma faktörü (büyümeyi kolaylaştırma, üretim performansını ve verimliliği artırma; anabolik etki) olarak kullanılması antimikrobik tüketimini çok aşırı miktarda artırmaktadır. Tarım ve veterinerlik alanında kullanılan antimikrobik madde üretilen antimikrobik maddelerin %70'ini oluşturmakta olup, tıp alanında kullanılanlardan çok fazladır. Yasal bekletme süresine uyulmadan, antibiyotiklerin metabolize edilmesine fırsat vermeden tüketime sunulma nedeniyle ülkemizde kanatlı hayvanlardan alınan örneklerde antibiyotik kalıntısı saptandığı bazı çalışmalarda bildirilmiş olup direnç gelişiminde öneme alınması gereken bir sorundur.

Sonuçlar

Direnç pek çok olumsuzluğun nedenidir. Dirençli mikroorganizmalarla oluşan enfeksiyon hastalıklarında; tedavi başarısızlığı, morbidite ve mortalitede artış yanında tedavi masrafları da artmaktadır. Bir antibiyotiğe yüzde 20'den yüksek oranda direnç gelişmiş olması ampirik tedavide kullanılmasına engel olmakta, sonuçta daha pahalı seçenekler gündeme gelmektedir. Dirençli kökenlerle oluşan enfeksiyonların tedavi maliyeti 2-4 kat daha fazla olmaktadır. Başta hastanelerde olmak üzere çok ilaca karşı dirençli kökenlerle gelişen hastane enfeksiyonları, hastanede kalışı ve ölüm oranlarını artırmakta ve ciddi bir ek maliyet oluşmasına neden olmaktadır. Artık günümüzde sadece hastane kökenleri değil toplumdan kazanılmış kökenlerde de direnç önemli oranlarda artmakta bu olay sorunu daha da büyütüp ciddi boyutlara taşımaktadır. Yukarıda değinildiği gibi bir hastane veya sınırlı bir bölgedeki dirençli patojenler bütün bir ülkeye, sınırları aşarak diğer ülkelere yayılabilmektedir. İnsan yaşamında özellikle toplu yaşam ortamları direnç gelişiminde katkı sağlamaktadır. Kreşler, huzurevleri, diyaliz merkezleri, hastaneler, vb. dirençli kökenlerin kolay bulaştığı alanlardır. Antibiyotiklerin kaybedilmesi sadece bilinen klasik enfeksiyon hastalıklarını tedavi edememek anlamına gelmez. Modern tıbbın protez cerrahisi vd. büyük cerrahi girişimleri, transplantasyon, prematüre bebeklerin tedavisi, kanser kemoterapisi gibi önemli başarıları etkili bir antibiyotik tedavisi olmadan başarıyla devam edemeyecektir.

Hayvanlardan (kümes hayvanları, domuz vd.) insanlara kinolonlara dirençli E.coli, Salmonella; Camylobacter bulaşmaktadır. Salmonella hayvanlardan insanlara kesim esnasında direkt temas, hayvan çıkartıları ile temas veya et, yumurta, süt ve süt ürünleri gibi hayvansal ürünlerin tüketimi ile bulaşmaktadır. Antibiyotiklere dirençli bakteriler hastaneler ve çiftlikler gibi antibiyotiklerin çok yoğun kullanıldığı yerlerde varlığını devam ettirirken, toprakta antibiyotiklere dirençli genlerin varlığının tespit edilmesi doğada da bulaşmaların sürdüğünü göstermektedir. Atıkların kontrolsüz olarak çevreye (toprak, su) atılması dirençli bakterilerin ve genlerin çevreye yayılmasına neden olmaktadır. Veterinerlikte sık kullanılan antibiyotiklerden olan penisilin, tetrasiklin, kinolonlar, üçüncü kuşak sefalosporinler, makrolid ve kotrimaksazole karşı direnç ciddi bir toplum sağlığı sorununa neden olmakta; besin kaynağı olarak tüketilen hayvanlar dirençli bakteriler için rezervuar görevi görmektedirler. Kümes hayvanlarında tetrasiklin ve kinolon grubu antibiyotiklerin yaygın kullanımı direncin artmasına ve ilgili kökenlerin insanlara

da bulaşmasına neden olmaktadır. Acil olarak tıbbi, sosyal ve ekonomik süreçler kapsamında ulusal ve uluslararası önlemler ve eylem planları eşgüdüm içinde alınıp devam ettirilemezse küresel tehdidin yaygınlığı ve olumsuz sonuçları büyük insan kitlelerini ve hayvanları yaygın şekilde etkileyecektir. Direnç nedeniyle antimikrobik maddelerin raf ömrünün çok kısılması, ruhsatlandırmadaki zor aşamalar ve 10 yılı aşan üretim süreçleri sanayicileri yeni antibiyotik geliştirme açısından caydırıcı etki göstermektedir.

Çözüm önerileri

Antibiyotiklere karşı direnç gelişmesini tamamen önlemek mümkün değildir. Ama uygun önlemlerle azaltılıp kontrol edilebilir. Potansiyel olarak insanlığın sağlığının geleceğini karartma tehlikesi arz eden direncin azaltılması için henüz tek pratik bir çözüm yolu yoktur. Konuyla ilgili değişik önerilerden kısa ve orta vadede önemli olanların bir kısmı aşağıda özetlenmiştir.

1. Antimikrobiyal direnç tehdidine karşı küresel işbirliği zorunludur. Multidisipliner yaklaşım, ulusal ve uluslararası önlemler antibiyotik direnç problemi ile ilgili farkındalığı arttırılabilir. Bu anlamda, ulusal veya uluslararası yakın bir işbirliğinden bahsetmek ne yazık ki şu an için söz konusu değildir.

2. ABD vd. bazı ülke örneklerinde olduğu gibi direnç sorunu, diğer büyük sorunlar gibi ülkemizde en üst düzeyde sahiplenilmelidir. Yeni ve yeniden önem kazanan enfeksiyonların başta seyahat olmak üzere değişik nedenlerle ülke içinde ve uluslararası yayılması sorunu, direnç, aşı geliştirilmesi vd. nedenlerle, "Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı" bünyesinde henüz kurulmamış olan "Enfeksiyon Hastalıkları Enstitüsü" acilen kurulmalı, direnç vd. enfeksiyon hastalıkları sorunlarını çözücü uygulamaları başlatmalıdır.

3. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun akılcı ilaç kullanımı kapsamında başlatıldığı çalışmalar, "Hastane Enfeksiyonları Bilimsel Kurulu" vd. ilgili kurul, birim ve kurumlarla eşgüdüm içinde genişletilmeli ve etkin uygulama, değerlendirme ve denetleme imkânı oluşturulmalıdır.

4. Akılcı antibiyotik kullanım politikalarını belirleyip, belirlenen kurallara sıkı uyumu ve denetimi sağlamak gereklidir. Hastaların ısrarlı antibiyotik reçete ettirme istemi, tanı yetersizliğinin doğurduğu korkular antibiyotiklerin reçete edilmesini artırmaktadır. Antibiyotiklerin profilaksi ve tedavide yanlış ve aşırı kullanımından kaçınarak toplam antibiyotik tüketimini azaltmak dirençli kökenlerin seçilmesini önleyen en etkili kökettir. Antimikrobik

maddeler, uygun endikasyonla, yeterli doz ve sürede kullanılmalı; hastalar ilaç kullanımı uyumu için eğitilmelidir.

5. Sağlık Bakanlığı ve tıp fakülteleri yakın işbirliği yaparak hastanelerde ve toplumda akılcı antibiyotik kullanımını artıracak politikaların geliştirilmesine katkı sağlamalıdır. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından tasarruf amacıyla gündeme gelen bütçe uygulama talimatındaki kısmi kısıtlamaların tasarruftan ziyade bilimsel bir gereklilik olduğu dünya örnekleri ile birlikte paydaşlara iyi anlatılmalı, konunun sahiplenilmesi ve içtenlikle uygulanması sağlanmalıdır.

6. Sürekli direnç surveyansı yapıp, analiz sonrası verilerin hekimlere düzenli iletilmesi, direnç verilerini dikkate alan antibiyotik kullanım rehberlerinin hazırlanması ve zamanla güncelleştirilmesi sağlanmalıdır.

7. Enfeksiyon hastalıklarının erken ve doğru tanısı için laboratuvar imkânları artırılmalı, sonuçların hızlı çıkıp raporlanması sağlanarak viral enfeksiyonlar için gereksiz antibiyotik kullanımını önlenmelidir.

8. Tıp eğitiminde “enfeksiyon hastalıkları, klinik mikrobiyoloji ve antibiyotik kullanımı” konusuna bilgi, beceri, tutum kazandırarak düzeyde mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimde daha fazla önem verilmelidir.

9. TÜBİTAK vd. araştırma, proje destekleme kurumları bu alanlarda verilen destekleri artırmalı, çok disiplinli çalışmaların uygulamaya konması konusunda aracılık etmelidir.

10. Toplum kökenli ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon önleme ve kontrol önlemlerine sıkı uyum sağlanmalı, özellikle el yıkamaya büyük özen gösterilmelidir. “Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlara sıfır” tolerans anlayışının yaygınlaşması için gayret edilmelidir. Hastane enfeksiyon kontrol komiteleri antibiyotik direnci kontrolü için daha yoğun çalışmalı, komite bünyesinde “antimikrobiyal yönetim alt komitesi” kurularak etkin şekilde çalıştırılmalıdır. Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önleme ve kontrolünde ülke genelinde artmaya başlayan özen, denetimlerle daha da artırılmalıdır.

11. Aşıyla önlenemez hastalıklar için etkin aşılama sürdürülmeli; sadece çocuklar için değil ülke olarak ulusal erişkin aşılama programı başlatılmalıdır. Yaygın aşı kullanımının oluşturacağı maliyet dikkate alınarak bazı aşıların ülkemizde üretilmesi için devam etmekte çalışmaların başarıyla sonuçlanması için her tür kamu desteği sağlanmalıdır.

12. Yeni antibiyotiklerin üretimi, geliştirilmesi konusunda AR-GE desteği verilmesi; uluslararası işbirliğiyle projeler, araştırmalar yapılması sağlanmalıdır.

13. Halkın kitle iletişim araçlarıyla bilinçlendirilmesi, hekime antibiyotik yazma baskısını önleyebilir. İlköğretimden üniversiteye kadar eğitim; yazılı ve görsel basını bu amaçla etkin kullanma; kamu spotları; dizilerde konuya yer verme vb. aktiviteler yarar sağlayabilir.

14. Uzun yıllardır önerilen ve nihayet yürürlüğe konulan reçetesiz antibiyotik verilmesinin önlenmesi kuralına eczacılar mutlaka uymalı, uyum etkin şekilde denetlenmelidir.

15. Ülkemizde 2013 yılında çıkan yönetmeliğe göre antibiyotiklerin (koksidiyostat ve histomonostatlar hariç) yem katkı maddesi olarak kullanılması yasaklanmış olmakla birlikte, kayıt dışı kullanım sürekli takip edilip denetlenmelidir. Büyümeyi uyarıcı olarak antibiyotikleri kullanmaksızın modern ve kârlı hayvancılık yapılabileceği İsveç örneği üzerinden üreticilere iyi anlatılmalıdır. Sağlık ve Tarım Bakanlıkları ile sektör konuyla ilgili yakın işbirliği içinde olmalı, insan ve hayvanlarda direnç surveyansı daha geniş çerçevede yapılmalı, moleküler metotlarla insan ve hayvan kökenlerindeki direnç ilişkisi sürekli araştırılmalı verilere göre politikalarda gerekli değişiklikler yapılmalıdır.

Sonuç olarak; küresel bir tehdit haline gelen antimikrobik maddelere karşı direnç sorunu için ulusal strateji ve politikalar belirlenmeli, direnci önlemek ve kontrol için eylem planları hazırlanıp uygulanmalı, gerekli durumlarda uluslararası işbirliğine gidilmelidir.

Kaynaklar

Bozkurt İ, Leblebicioğlu H. Hayvanlarda Oluşan Antibiyotik Direncinin İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri. *Türkiye Klinikleri J Vet Sci Pharmacol Toxicol-Special Topics* 2015; 1:76-82

Can HY, Çelik TH. Kanatlı Hayvan Yetiştiriciliğinde Antibiyotik Kullanımı ve Kalıntı Riski. *Veteriner Hekim Der Derg* 2008; 79:35-40.

CDC. Antibiotic resistance threats in the United States, 2013. <http://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/ar-threats-2013-508.pdf> (Erişim Tarihi: 09.01.2016)

DART German Antimicrobial Resistance Strategy http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Sonstiges/DART_-_German_Antimicrobial_Resistance_Strategy.pdf (Erişim Tarihi: 27.01.2016)

Department of Health. UK Five Year Antimicrobial Resistance Strategy 2013 to 2018 https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/244058/20130902_UK_5_year_AMR_strategy.pdf (Erişim Tarihi: 09.01.2016)

European Commission. Communication from the Commission to the European Parliament and the

Council. Action plan against the rising threats from Antimicrobial Resistance. http://ec.europa.eu/dgs/health_food_safety/docs/communication_amr_2011_748_en.pdf

Laxminarayan R, Duse A, Wattal C, et al. Antibiotic resistance-the need for global solutions. *Lancet Infect Dis*. 2013;13:1057-98

Leonard FC, Markey BK. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in animals: a review. *Vet J* 2008;175:27-36.

Morgan M. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and animals: zoonosis or humanosis? *J Antimicrob Chemother* 2008; 62:1181-7.

Olaitan AO, Morand S, Rolain JM. Emergence of colistin-resistant bacteria in humans without colistin usage: a new worry and cause for vigilance. *Int J Antimicrob Agents*. 2016 ;47:1-3.

Öztürk R. Antimikrobiklere karşı direnç: Küresel bir sorun, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilar/138/Antimikrobiklere-karsi-direnc-Kuresel-bir-sorun.aspx> (Erişim Tarihi: 01.02.2016)

Public Health Agency of Canada. antimicrobial resistance and use in Canada. <http://healthycanadians.gc.ca/alt/pdf/drugs-products-medicaments-produits/buying-using-achat-utilisation/antibiotic-resistance-antibiotique/antimicrobial-framework-cadre-antimicrobiens-eng.pdf> (Erişim Tarihi: 09.01.2016)

Tenover FC. Mechanisms of antimicrobial resistance in bacteria. *Am J Med* 2006;119(6 Suppl1):3-10.

The Department of Health. Antimicrobial resistance. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ohp-amr.htm> (Erişim Tarihi: 27.01.2016)

The White House. National action plan for combating antibiotic resistant bacteria, March 2015. https://www.whitehouse.gov/sites/default/files/docs/national_action_plan_for_combating_antibiotic-resistant_bacteria.pdf (Erişim Tarihi: 09.01.2016)

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Akılcı Antibiyotik Kullanımı. http://www.akilcilac.gov.tr/?page_id=88&lang=tr_TR (erişim tarihi: 28.01.2016)

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ulusal Antimikrobiyal Direnç Surveyans Sistemi <http://mikrobiyoloji.thsk.saglik.gov.tr/uamdss.html> (Erişim Tarihi: 27.01.2016)

Van den Bogaard AE, Stobberingh EE. Epidemiology of resistance to antibiotics. Links between animals and humans. *Int J Antimicrob Agents* 2000; 14:327-35.

WHO. World Health Day - 7 April 2011. Antimicrobial resistance: no action today, no cure tomorrow. <http://www.who.int/world-health-day/2011/en/> (Erişim Tarihi: 27.01.2016)

WHO. Combat antimicrobial resistance http://www.who.int/world-health-day/2011/WHD201_FS_EN.pdf http://www.who.int/world-health-day/2011/WHD201_FS_EN.pdf

WHO. Antimicrobial resistance <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/> (Erişim Tarihi: 22.01.2016)

WHO. Antimicrobial resistance. Global report on surveillance, 2014. <http://www.who.int/drugresistance/documents/surveillance-report/en> (Erişim Tarihi: 22.05.2014)

World Health Organization Regional Office For Europe. European strategic action plan on antibiotic resistance. http://www.who.int/drugresistance/global_action_plan/General_and_national_plans_amr_Dec_2014.pdf (Erişim Tarihi: 09.01.2016)

Normal doğumlar gerçekten normal mi?

Yrd. Doç. Dr. Filiz Okumuş



Ortaöğrenimini 1996 yılında Kahramanmaraş Sağlık Meslek Lisesi Ebelik Bölümü'nde tamamladıktan sonra Sağlık Bakanlığı kadrosuna ebe olarak atandı. Batman Sosyalleştirme Bölgesi'nde mecburi hizmetini tamamladı. Ardından Gaziantep Üniversitesi'nde lisans ve yüksek lisans, Marmara Üniversitesi'nde doktora eğitimlerini 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 Medipol Üniversitesi'nde görev yapmaktadır.

Doğum, doğal fizyolojik bir eylem olmasına rağmen çoğu zaman kadınlar tarafından rasyonel bir korkuya neden olur. Doğum hakkında olumsuz bir durum teorik olarak ispatlanmış olmasa da söylentiler, kadınların doğuma yönelik korkularını artırmaya yetmektedir. Kadınların doğum hakkında yaşadıkları korkuların çoğu kişisel deneyimlerinden kaynaklanmaktadır. Doğum hakkında oluşmuş korku kültürünün etkisi gün geçtikçe daha da artmaktadır. Doğum korkusu yaşayan kadın için sezaryen, bu korkudan kaçmanın en yakın ve emin yolu olarak görülmektedir.

Günümüzde Türkiye, OECD ülkeleri arasında en yüksek sezaryen oranına sahip ülkedir. Bu durumdan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gündeme gelen "Performans Yasası" sorumlu tutulsa da ülkemizde sezaryene olan eğilimin 90'lı yıllarda başladığını biliyoruz. Performans sistemi hakkındaki eleştiriler, olayı biraz daha gözler önüne sermiş olsa da günümüzde gelinen nokta, artık sezaryenin doğrudan kadınlar tarafından talep edilmesidir. Kimi yurt içi yayınlarda anne isteğine bağlı sezaryenin %40'lar da olduğunu görüyoruz. Üstelik bu oran sağlık çalışanlarında %70'lerdedir. Bu bize, sağlık çalışanlarının da doğumdan korktuklarını göstermektedir. Uluslararası yayınlarda kadınların doğum korkusunun temel sebebinin doğum ağrısı yaşama

ile ilgili olduğu görülürken, ülkemizde yapılan çalışmalar daha farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Türkiye'de kadınlar ağrıyı doğumun doğal bir parçası olarak görürken, çoğunlukla doğum esnasında sağlık çalışanlarının nazik olmayan yaklaşımlarından dolayı doğum korkusu yaşamaktadır.

Hemen her ailenin evvelinde, geçmişteki olumsuz sağlık koşullarımız nedeniyle bir anne ölüm hikâyesi mevcuttur. Kadınlar tarafından yapılan gün toplantılarında her kadının doğumu ile ilgili anlatacağı olumsuz ve uzun bir hikâyesi vardır. Kadınlar, adeta kendi doğum hikâyelerinin daha dehşet verici olduğuna dair birbirleri ile yarışır. Piyasada bulunan kitaplar, gebeliğin ve doğumun komplikasyonlarından bahsetmektedir. Kadınlara doğumun doğal bir süreç ve manevi yönden önemli olduğunu anlatan kitap sayısı ise oldukça kısıtlıdır. Türkiye'de normal doğum ortamları suni sancı serumlarına, perine kesilerine ve karından bastırmalara sahne olmaktadır. Şüphesiz bütün bu uygulamalar tıbbi neden olmaksızın yapılmamaktadır. Ancak doğuma müdahale uygulamaları dediğimiz bu uygulamaların eskiye göre daha çok kullanılması ve Dünya Sağlık Örgütü önerilerinin aşılmış olması, ülkemizde "normal doğumlar gerçekten normal mi" sorusunu akla getirmektedir.

Değişen dünyada kadınların ve aile-

lerin değişen tercihleri doğumlara da yansımaktadır. Günümüzde çoğu kadın ve aileleri doğum için de tercihlerine uygun bir sağlık hizmeti arayışındadır. Esasen sezaryen ortamları onların tercihlerini daha çok karşılamaktadır. Normal doğum adı altında sayısız müdahalelere maruz kalmaktansa daha olumlu koşullar sağlayan ameliyathaneleri tercih etmektedirler. Çünkü ülkemizde gelişen sağlık sistemi içerisinde cerrahiye verilen önem sayesinde ameliyathaneler gelişirken doğumhaneler hep arka planda kalmış ve unutulmuştur. Çünkü cerrahi operasyonlar, hastaneye en çok gelir sağlayan alanlardır. Hastane yönetimi, daha becerikli ve akıllı bulduğu hemşire ve ebeleri ameliyathanede görevlendirir. Burada çalışmak için personelin asepsi ve antisepsiden tutun da cerrahi aletlerin kullanımı ve hastaya yaklaşım açısından farklı bir eğitimden geçmesi gerekir. Oysa doğumhaneler, hastanelere çok para kazandıran alanlar değildir ve bu yüzden burada çalışan elemanların hastaya nasıl yaklaştığı, yaptığı işte ne kadar uzman olduğu önemli değildir. Zaten buraya gelen kadınlar doğurmakta başarısız olursa -ki bu çoğu zaman doğumhanede yeterli destek görmediklerinden olur- ameliyathane zaten onları beklemektedir.

Teknolojik gelişmeler annelerin bebeğine kavuşması için yeni imkânlar sunmuş olsa da tıbbi yönden geçerli bir endikasyon olmadan sezaryene alınan kadınlar, anne-bebek bağlanmasına ve emzirme



sürecine etki edebilecek doğum olayından kendilerini ve bebeklerini mahrum bırakmaktadır. Fransız hekim Prof. Dr. Michel Odent, toplumsal şiddetin artış nedenlerinin temel sebeplerinden biri olarak isteğe bağlı sezaryen artışını göstermektedir. Sezaryen, gerekli olduğunda hayat kurtarıcı bir operasyondur. Ancak gereksiz yere yapılan sezaryenler insanın doğasına aykırı olduğu için aynı zamanda bir “sessiz şiddet” türüdür. Sezaryen oranlarını azaltmak için yapılacak çalışmalar, kadınların doğum korkusunu oluşturan nedenlere yönelik olmalıdır. Türkiye’de bununla baş etmek için ulusal nedenlere bakmak gerekir. Kadınların doğumhanelerdeki yaklaşımlardan dolayı doğumdan korktukları düşünülmüşse doğum ortamlarımıza bir göz atmak önemli hale gelmiştir. Fiziki şartlar ve sağlık bakım yaklaşımları doğumlarımızı olumsuz etkilemektedir. Bu yazıda, doğum korkusunun nedenleri sağlık hizmetleri açısından değerlendirilmiş ve çözüm yolları ele alınmıştır.

Sağlık Çalışanlarının Doğum Korkusu

Doğum korkusu sadece kadınlarla ilgili bir olgu değildir. Sağlık çalışanları da doğumdan korkmaktadır. Çünkü ebelik ve tıp eğitiminde, komplikasyonlar ve komplikasyonların erken tanı ve tedavisine yönelik dersler verilmekte, ancak doğumun manevi yönü atlanmaktadır.

Doğumun bütün sorumluluğu doğum görevlilerine yüklenmiş durumdadır. Bundan dolayı doğum görevlileri, doğum esnasında olabilecek muhtemel sorunlara karşı önlem alma zorunluluğu hissetmektedir. Gebelik ve doğumla ilgili malpraktis davalarının fazla olması, sağlık çalışanlarını profesyonel çalışmaları esnasında oldukça fazla strese sokmaktadır. Bakım hizmetleri adeta hekimleri, yasal süreçlerden koruyucu bir bakım modeline dönmüş durumdadır. Gebe izlemeleri sırasında ultrasonografi ve non-stress test Dünya Sağlık Örgütü önerilerini aşarak fazla miktarda talep edilmektedir. Gebelikler, teknolojik aletler vasıtasıyla patolojik bulgu arama sürecine dönüşmüştür. Teknolojik yöntemler, fetüsün durumu hakkında kesin bir yargı ortaya koymamasına rağmen bazı bulgular, kadınları tüm gebelik boyunca psikolojik yönden etkileyebilmektedir.

İlkel dönemlerden beri gebelik ve doğum hep vardır. Doğum, kadın bedeninin içgüdüsel eylemidir. Diğer memelilerden farklı olarak insanda gelişmiş olan neokorteks doğumun önündeki en büyük engeldir. Prof. Dr. Michel Odent, fikirlerini bilimsel yayınlarla desteklediği *The Caesarean* isimli kitabında (2004) doğum ortamlarında kadınların neokorteksini uyaran etkenlerin doğum sürecine zarar verdiğinden bahsetmektedir. Bunlardan birincisi ve en önemlisi “dil”dir. Doğum esnasında kadınlara kullanılan rasyonel dil, doğum sürecini olumsuz etkilemekte-

Doğuma hazırlanan anne adayı, gerek hastane personeli gerekse hastane koşullarından dolayı sürekli olarak sorular, sesler ve komutlarla karşı karşıyadır. Doğum görevlilerinin kullandığı “ağrın başladı mı?”, “sancıların kaç dakikada bir geliyor?” gibi söylemler korkularının güçlenmesine neden olur. Kimi hastanelerde annelerin bekleyeceği odaların kapısında “sancı odası” yazılı tabelalar asılıdır. Sağlık çalışanları; “kalp atışları düşüyor”, “başı, omuzu takılabilir”, “güçlü ıkmazsan bebek kanalda sıkışabilir” gibi sözlerle farkında olmayarak kendi korkularını gebeye ve bebeğe aktarırlar.

dir. Ne yazık ki doğuma hazırlanan anne adayını, gerek hastane personeli gerekse hastane koşullarından dolayı sürekli olarak sorular, sesler ve komutlarla karşı karşıyadır. Kadın, doğum için hastaneye girdiğinde doğum görevlilerinin kullandığı “ağrın başladı mı?”, “sancıların kaç dakikada bir geliyor?” gibi söylemler doğumda ağrı çekmesine dair inançların ve korkuların daha da güçlenmesine neden olmaktadır. Hatta kimi hastanelerde doğuma kadar annelerin bekleyeceği odaların kapısında “sancı odası” yazılı tabelalar asılıdır. Sağlık çalışanları, doğum esnasında farkında olmayarak bazı sözlerle kendi korkularını gebeye ve bebeğe aktarabilmektedir. “Bebeğin ölebilir!”, “bebeğin sakat kalabilir!”, “kalp atışları düşüyor!”, “başı, omuzu takılabilir!”, “güçlü ıkmazsan bebek kanalda sıkışabilir!”, “ıkmamıyorsun!”, “sezaryene almamız gerekebilir!”, ve “ıkın ıkın ıkın ıkın!” gibi sözler herkesin doğumhanelerde çokça duymaya alışık olduğu türdendir. Söyleyen için çok basit gibi görünse de bu sözler, doğum yapan kadın için oldukça ürkütücü ve hayatidir. Ayrıca sözlerin tesiri ile doğumun daha da kötüye gitmesi ihtimali yüksektir.

Günümüzde doğumların hemen hemen tamamı hastaneye taşınmış, doğumevi kavramı neredeyse ortadan kalkmıştır. Doğum yapmak için hastaneye gelen kadınlara hasta dosyası çıkarılmakta, hasta odasına alınmakta, hasta yatağına yatırılmakta ve hasta kaydı yapılmaktadır. Bir yandan Sağlık Bakanlığının normal doğum oranlarını artırma yönünde çabaları devam ederken diğer yandan gebeye normal olmadığı yani “hasta” olduğu şeklinde hitap edilmesi kafa karıştırıcıdır. Gebe de hastaneye girdiğinden itibaren kendini hasta olarak hissetmekte, doğumu ise sağlık ekibinin inisiyatifine bırakmaktadır. Hal böyle olunca da müdahaleler rutin hale gelmektedir. Gebe, hasta yatağına yattığından itibaren damar yolu açılmakta, suni sancı verilmekte, lavman yapılmakta, her an sezaryene alınabilme riski öngörülerek aç bırakılmakta, su dahi içmelerine izin verilmemektedir. Gebenin yatağa bağımlı bırakılması, bebeği ilerletmek için yapması gereken doğal hareketlere izin vermemekte; aç kalması ise daha travayın ortasında yorgun düşmesine ve tükenmesine neden olmaktadır. Tüm gebeler, sırt üstü yatırılarak doğurtulmakta ve bebeğin çıkımı anında artık bitkin düşmüş oldukları için karından bastırmalar ve perine kesileri ile müdahale edilmek zorunda kalmaktadır. Ebelik bakımı neredeyse unutulmuş, doğum süreci hekimlerin yoğun poliklinik ve yatan hasta ziyaretleri arasına sıkıştırılmıştır. Travay takibi; indüksiyon, tuşe ve NST takibi ile sınırlı hale gelmiştir. Tüm bu şartlar içerisinde gebeler, travay boyunca ebe desteğinden yoksun ve yalnız kalmaktadır.

Oksitosin, bebeğin doğumu ve emzirme sırasında anneden salgılanan hipofiz arka lob hormonudur. Doğum esnasında oksitosin ve bir dizi hormonun birbiri ile etkileşim halinde olduğu artık bilinmektedir. Korku hormonu olan adrenalin ile oksitosin birbirine zıt hormonlardır. Yani etkili oksitosin salgısı için adrenalin olmaması beklenir. Oksitosin, doğumda bebeğin ilerlemesine yardım ederken kadın bedeninin doğal ağrı kesici hormonu olan endorfin salgısını tetiklemekte, doğum sonrasında ise anne-bebek bağlanması ve emzirmede önemli etkileri bulunmaktadır. Halk arasında suni sancı olarak bilinen ve damardan verilen oksitosinin istenen etkiyi yapmadığı fare deneyleriyle kanıtlanmıştır. Ayrıca bilim adamları 2014 yılında uterus kas dokularının, karanlık hormonu olarak bilinen melatonin reseptörleri de olduğunu keşfetmişlerdir. Yani uterus hücreleri doğrudan bu karanlık hormonuna duyarlıdır. Doğumun kolaylaşmasında büyük etkisi bulunan oksitosin hormonu, melatonin reseptörleri ile birlikte çalışmaktadır. Prof. Dr. Odent’e göre “parlak ışık”; neokorteksi etkileyen ikinci etkidir. Hastanelerde hasta odaları ve doğum ortamları genellikle iyi aydınlatılmıştır. Bebeğin doğumu esnasında ise doğum yapan kadını ve bebeği izlerken ışık kaynağına mutlaka ihtiyaç duyulmaktadır. Odent geçtiğimiz yıl bir konferansında, karanlık hormonu olarak bilinen melatoninin neokortikal aktiviteyi inhibe ettiğinden bahsetmiştir. Karanlık, melatonin hormonunun salgılanmasını uyarmakta ve insanların gece rahat uyumasını sağlamaktadır. Doğum yapan kadın ışığa maruz kaldığında, doğumun doğal süreci için gerekli olan melatonin, dolayısıyla oksitosin salgısı olumsuz etkilenmektedir. Oksitosine izin vermeyen doğum ortamlarının anne-bebek bağlanmasını ve doğum sonrası emzirme oranlarını da düşürdüğünü akla getirmektedir. Nitekim TNSA 2013 verileri, emzirme oranlarımızın da oldukça düşük olduğu bildirmektedir. “Bebek dostu hastane” çalışmaları bugün kâğıt üzerinde kalmıştır. Ne yazık ki doğumda kadın merkezli bir bakım sunmadan bebek dostu olmayı beklemek ütopya gibi görünmektedir.

Prof. Dr. Michel Odent, doğum yapan kadının neokorteksini etkileyen üçüncü etken olarak “gözlemlenme hissi”ni tanımlamıştır. Bir gözleyen varlığına dair verilen fizyolojik yanıt, kadının doğum sürecinin doğal akışına kendini bırakamamasıyla sonuçlanmaktadır. Kadınların travay ve doğum esnasında sağlık personelinin sürekli odaya girip çıkması “gözlemlenme” hissini arttırmakta ve mahremiyeti bozmaktadır. Kadınlar için hastane ortamı ve sağlık çalışanlarının varlığı her zaman alışık olmadıkları bir durumdur. Gebenin takip edilmesi düşüncesinden dolayı doğumhanelerin kapısı açık bırakılmakta

ve sayısız personel, mahrem olması gereken bu ortama girip çıkmaktadır. Kadınlar doğurtulmak için sırtüstü yatırılmakta ve iyi aydınlatılarak doğum yolu net bir şekilde gözler önünde açık bırakılmaktadır.

Esasen kadınlarda doğum korkusuna neden olan etkenler, sezaryen olmaktan başka çare bırakmamaktadır. Kadınlar sezaryeni bir doğum yöntemi olarak görmekte, gebeliğin başında doğum yöntemleri arasında karar verme uğraşı içerisine girmektedirler. Bilimsel literatür de kadınların sezaryenin bir doğum yöntemi olduğu yönündeki inançlarını destekler niteliktedir. Ulusal yayınlarda sezaryenden bahsedilirken “sezaryen ile doğum”, “sezaryenle doğum” ya da “sezaryen doğum” şeklinde terimler kullanılmaktadır. Ayrıca doğum için ise “vajinal doğum” ya da “normal doğum” terimlerine sık rastlanmaktadır. Akademik yayınlar için önerilen anahtar kelimelere bakmak için başvurduğumuz Medical Subject Heading (MeSH)’de bu terimlere rastlamak mümkün değildir. MeSH’de “vaginal birth” terimi sadece sezaryen sonrası vajinal doğumu ifade ederken “vaginal birth after caesarean” şeklinde önerilmektedir. Ulusal literatürde kullandığımız normal doğum ve vajinal doğum gibi terimlerin tek karşılığı uluslararası literatürde “childbirth”, sezaryenle doğum ve sezaryen doğum gibi terimlerin ise “caesarean section”dır.

Çocuk Doğumunun Memelileştirilmesi

Prof. Dr. Michel Odent kitabında, “eğer doğum yapan kadının gerçek ihtiyaçları yarım yüzyıl önce fark edilseydi, doğumunun tarihinin başka bir yöne gideceğini” iddia etmektedir. Eğer böyle olsaydı, bazı ülkelerde olduğu gibi ebelerin protokol mahkûmları haline gelerek özerkliklerini ve özelliklerini kaybedip fiilen ortadan kalkmayacaklarından bahsetmiştir. Kadın doğum uzmanlarının ebe sayısını geçtiği ülkelerde ebeler, özerkliklerini kaybetmiş ve sezaryen oranları birdenbire yükselmiştir. Odent’e göre doğum yapan kadının gerçek ihtiyaçları belirlenirken ebelerin gerekliliğinin göz önünde bulundurulması önem taşımaktadır.

Odent, sezaryen oranlarını azaltma yönündeki hedeflerin, doğum söz konusu olduğunda memelilere özgü ihtiyaçların karşılanması gereğine, insani olan her şeyin ortadan kaldırılmasının önemine dikkat çekmiştir. Bu noktada doğumun insanileştirilmemesi, “çocuk doğumunun memelileştirilmesi”nin hedeflenmesini önermiştir. Memelilere özgü ihtiyaçların karşılanması demek, öncelikle mahremiyetin sağlanması demektir. Çünkü memeliler, doğururken kendisinin gözlemlenmediğinden emin

olmak isterler. Bu, aynı zamanda kendini güvende hissetmek anlamına gelmektedir. Odent'e göre doğum sırasında ebe aslında bir anne figürüdür. Ebe, gebenin gözlemlendiğini ya da yargılandığını hissettirmeden yanında güvende hissedilen kişi prototipi olarak bulunur. Ayrıca Odent, doğum görevlilerinin niteliklerini kanıta dayalı olarak açıklamıştır. Doğumda bulunan görevlilerin ya da ebelerin başlıca niteliklerinden birinin fazla göze çarpmama, sessiz kalma ve özellikle de net yanıt gerektirecek sorular sormaktan kaçınma olduğunu savunmaktadır. Hatta Odent konferanslarında ebelere, doğum takip ederken doğum süreci ile ilgili olarak kendini stresli hissediyorsa gebenin yanından uzaklaşmasını ya da bir kenarda örgü örmesini tavsiye etmektedir.

Doğumda kullanılan dilin, kadınların neokorteksini uyardığı dikkate alınırsa doğum görevlileri, kullandıkları kelimeleri özenle ve nezaketle seçmelidir. Çünkü doğum, neokorteksle değil ilkel beyinle ilgili bir olgudur. Günümüzde bu yüzden eğitilmiş kadınların içgüdüsel doğurma yeteneklerinin farkına varmaları için belirli bir felsefeye temellenmiş doğuma hazırlık eğitimi almaları gereği ortaya çıkmıştır. Marie Mongan, Hypnobirthing felsefesinde doğumda dilin pozitif kullanımını çok iyi açıklamıştır. Morgan, doğum sancısı yerine "rahim kasılması ya da rahim dalgası", doğurtulmak yerine "doğurmak", beklenen doğum tarihi yerine "doğum zamanı ya da doğum ayı", su kesesinin yırtılması yerine "zarların gevşemesi", ıkınma yerine "doğum nefesi", komplikasyonlar yerine "özel durumlar", doğum kanalı yerine "doğum yolu", gibi daha pozitif terimler kullanılmasını önermektedir. Güzel söz kültürümüzde de önemli bir yer teşkil etmektedir. Yunus Emre der ki; "Söz ola kese savaşı, söz ola kestire başı/ Söz ola ağulu aşı, bal ile yağ ede söz". Konuşurken ne söylendiği değil, nasıl söylendiği daha etkilidir. Bir sağlık çalışanının da gebesine doğum esnasında söyleyiş tarzı önem taşımaktadır. Doğumla ilgilenen kişi, güzel konuşmasının yanında mümkün olduğunda alçak sesle ve az konuşmalıdır. Çünkü doğumun doğasında, sözcükler değil hisler ön plandadır.

Dünyaca ünlü ebe Ina May Gaskin *Ina May's Guide to Childbirth* (2008) isimli kitabında, doğum yapan kadınların normalde onlardan beklenmeyecek sesler çıkardıklarından bahsetmiştir. Kadınlar, doğum esnasında rahatlamak için içgüdüsel olarak bazı sesler çıkarabilirler. Ağzı sıkıca kapalı tutmak, doğum yolunun açılmasını zorlaştıracaktır. Boğazı açan ve titreten seslerin her zaman doğumu da kolaylaştırdığı görülmüştür. Bazı kadınlarımızın doğum

esnasında içgüdüsel olarak derin bir nefesle sürekli ve ağır ağır "Allah" dediklerine şahit olmaktayız. Bu sözün dilimizde kutsallığı yanında doğum nefeslerine yardımcı ve odaklanmayı sağlayıcı etkisi bulunmaktadır. Budist öğretilerde de "ah" meditasyonunun önemli bir yeri vardır. Bu meditasyon sırasından boğazın ötesinden gelen derin "ahhh" sesi meditasyona eşlik eder. Ayrıca "ah" sesi kuantumun sesi olarak bilinir. Doğum esnasında kadının yüzünü ve dudaklarını gevşek bırakacak her türlü ses doğum yolunu da gevşetecek, boğazdan ve derinden gelen sesler ise doğumu kolaylaştıracaktır. Önemli olan kadını desteklemek ve bu sesleri rahat çıkarması için uygun ortam sağlamaktır.

Doğada memelileri, herkesin ortasında doğururken göremeyiz. Bir kedi ya da köpek her zaman doğum için güvenli ve loş bir ortam arar. Bu yüzden genellikle doğumlar gece olur. Günümüzde kadınların hastane ortamından kaçıp kuytu bir yerde doğurmasını bekleyemeyiz ama her kadının kendisine özgü mahremiyet koruma yöntemleri vardır. Kadınları doğal olarak bırakıp müdahale etmediğimizde içgüdüsel olarak kendi mahremiyetini koruyucu pozisyonlar almaktadır. Ebeler doğurmakta olan kadını doğum masasına almaya uğraşırken, kadınların dört ayak üzerinde durmak gibi tipik memeli pozisyonu alması çok ilginç ve kayda değerdir. "The Farm" adını verdiği doğum çiftliğinin sahibi Ebe Ina May Gaskin de memeli hayvanlarda yaptığı gözlemler neticesinde doğada canlıların doğum yapmak için gizlenmeleri, sessiz ve loş bir ortam seçmelerinin canlılar dünyasındaki en elverişli doğum şartlarını açık ve net bir şekilde gösterdiğini ifade etmiştir. Zor doğumların ebeleri olarak tanınan Gaskin, özellikle omuz takılmalarında dört ayak üzerinde durarak yapılan doğumlarda, bebeğin doğum kanalında daha geniş bir alana sahip olduğundan bahsetmektedir. Active Birth Centre'nin kurucusu Janet Balaskas ise felsefesini kadınların doğum esnasında doğal olarak aldıkları pozisyonlara ve yaptıkları hareketlere dayandırmıştır. Fetüsün doğum yolunda ilerlemesine bağlı olarak doğum yapacak kadın, travay esnasında ve doğum sürecinde gerek beli ve kalçası gerekse bacakları ile çeşitli hareketler yapmakta ve sadece memelilere özgü çeşitli pozisyonlar almaktadırlar. Aslında Osmanlı kültüründe de doğumlar, kadının çömelerek doğurmasına fırsat sağlayan doğum taburelerinde olmaktadır. Her ebeinin bir doğum taburesi vardır ve doğuma giderken bunu yanında götürürdü. Sağlık çalışanları, doğum esnasında kadınların içgüdüsel olarak çıkarmak istedikleri sesler, almak istedikleri pozisyonlar ve yapmak istedikleri hareketler konusunda kısıtlayıcı değil destekleyici olmalıdır.



Şekil: Doğum Korkusuna Yönelik Ekip Yaklaşımı Modeli

Sonuç

Doğumun korku verici bir durum ve ortam olduğu fikrinin terk edilmesi için, öncelikle sağlık çalışanlarının kendi doğum korkuları ile baş etmeleri ve kadınlara da bu yönde destek olmaları gerekmektedir. Türkiye'de kadınların doğum korkusuna bağlı sezaryen taleplerini önlemeye yönelik çalışmalar; toplum, medya, gebeler, sağlık çalışanları, hastane yönetimleri ve bilim insanları ile işbirliği halinde yürütülmelidir. Hayata daha yumuşak bir geçiş yapmak ve şiddetsiz bir dünya için normal doğumlarımızın gerçekten normal mi olduğunu bir kez daha düşünmeye ve doğumhanelerimizi iyileştirmeye ihtiyacımız vardır. Temel hedef; sezaryen oranlarını azaltarak vajinal yoldan doğum oranlarını artırmak değil, kadınların keyifli bir gebelik geçirmesi ve tercihlerine uygun bir doğum yapması olmalıdır. Şüphesiz 90'lardan beri temellendirilmiş doğum korkumuzu toplumca ve sağlık çalışanları olarak yenmemiz o kadar çabuk ve kolay olmayacaktır. Ancak bu, toplumsal şiddetin önüne geçmek için bir zorunluluk haline gelmiştir.

Sezaryen oranlarının düşük olduğu ülkelerde; doğum öncesi, doğum ve doğum sonu hizmetler ebe tabanlı ve kadın merkezli olarak yürütülmektedir. Sezaryen oranlarının azaltılmasında en temel yaklaşım, ülkemizde "ebelik sistemi"nin yeniden kurulması ve sağlık hizmetlerinin "kadın merkezli" olarak yeniden tasarlanması olacaktır. Ebeler felsefesi ve etik kodları, doğumun doğal fizyolojik bir eylem olduğu esasına dayanır. Ayrıca "ebelik bakım modeli", "kadın merkezli" bir bakım modeli sunar. Doğumhanelerde, ebeler bakım modeline dayalı bir akreditasyon çalışması, ülkemizde doğum alanını yapılıp yapılacak yeniliklerin temelini oluşturabilir.

Sağlık meslek mensuplarının oda ve birlik şeklinde örgütlenmeleri

Prof. Dr. Hasan Fehim Üçışık



1943 yılında tarihinde İstanbul'da doğdu. 1964 yılında İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi'ni bitirdi. 1982 yılında doktor, 1983 yardımcı doçent, 1986 yılında doçent ve 1992 yılında profesör oldu. Marmara Üniversitesi'nde İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku Anabilim dalında çalıştığı dönemde Rektör Yardımcılığı, Hukuk Fakültesi Dekanlığı, Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Müdürlüğü yaptı, 2001 yılında emekli oldu. Halen Doğuş Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde öğretim üyesi ve Dekan V. olarak görev yapmakta, ayrıca Türkiye Gazeteciler Cemiyetince çıkarılan Bizim Gazete'de ülke gündemiyle ilgili haftalık yazılar yazmaktadır.

Ülkemizde çalışanların mesleki örgütleri; dernek, sendika ve kanunla kurulu meslek kuruluşu şeklinde olmak üzere üç çeşittir. Herhangi bir mesleğin mensupları, genel nitelikteki dernek düzenlemeleri çerçevesinde isteğe bağlı olarak bir veya birden fazla dernekte örgütlenebilirler. İşçiler, işverenler ve işçi niteliği taşımayan kamu görevlileri, isteğe bağlı olarak bir veya birden fazla sendikada örgütlenebilirler. Belirli bir mesleğe mensup olanlar için kanunla oda ve birlik kurulabilir. Bu yazımızda, 1982 Anayasasının bu örgütlere ilişkin düzenlemeleri, başlıca oda ve birlikler, sağlık meslekleri ve sağlık alanındaki oda ve birlik şeklinde örgütlenmeler belirtilmeye ve sağlık meslek mensupları ile ilgili olarak değerlendirme yapılmasına çalışılacaktır.

I- 1982 Anayasasının İlgili Düzenlemeleri

1982 Anayasasına göre, herkes önceden izin almaksızın dernek kurma ve bunlara üye olma ya da üyelikten çıkma özgürlüğüne sahiptir. Hiç kimse bir derneğe üye olmaya ve dernekte üye kalmaya zorlanamaz (m.33/I, II). Çalışanlar ve işverenler, üyelerinin çalışma ilişkilerinde ekonomik ve sosyal hak ve menfaatlerini korumak ve geliştirmek için önceden izin almaksızın sendikalar ve üst kuruluşlar

kurma, bunlara serbestçe üye olma ve üyelikten serbestçe çekilme haklarına sahiptir (m.51/I). İşçi niteliği taşımayan kamu görevlilerinin bu alandaki haklarının kapsam, istisna ve sınırları, gördükleri hizmetin niteliğine uygun olarak kanunla düzenlenir (m.51/IV).

1982 Anayasasına göre, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ve üst kuruluşları, belli bir mesleğe mensup olanların müşterek ihtiyaçlarını karşılamak, meslekî faaliyetlerini kolaylaştırmak, mesleğin genel menfaatlere uygun olarak gelişmesini sağlamak, meslek mensuplarının birbirleri ile ve halk ile olan ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hâkim kılmak üzere meslek disiplini ve ahlakını korumak maksadı ile kanunla kurulan ve organları kendi üyeleri tarafından kanunda gösterilen usullere göre yargı gözetimi altında, gizli oyla seçilen kamu tüzelkişilikleridir. Kamu kurum ve kuruluşları ile kamu iktisadî teşebbüslerinde aslî ve sürekli görevlerde çalışanların meslek kuruluşlarına girme mecburiyeti aranmaz (m.135/I, II).

Anılan düzenlemenin Danışma Meclisinde kabul edilen taslağında, kamu kurum ve kuruluşlarında devamlı çalışanların serbest meslek icra etmediklerinden meslek kuruluşlarına giremeyecekleri öngörülmekteyken Milli Güvenlik Konseyi Anayasa Komisyonu, bu hükmü değiştirmiştir. Bu değişikliğe ilişkin

gerekçede, meslek kuruluşlarına üye olmanın bu kişilerin iradelerine bırakıldığı belirtilmiştir (1).

II- Başlıca Oda ve Birlikler

Çok sayıda meslek için, çeşitli kanunlarla odalar ve birlikler kurulmuştur. Bunlardan 5174 sayılı *Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği ile Odalar ve Borsalar Kanunu*, ticaret ve sanayi odaları, ticaret odaları, sanayi odaları, deniz ticaret odaları, ticaret borsaları ile üst kuruluşları olan Türkiye Odalar ve Borsalar Birliğinin kuruluş ve işleyişini ve üyeleri ile olan karşılıklı hak ve yükümlülüklerini düzenlemektedir (m.1, m.2). Anılan Kanuna göre, Odalar illerde Birliğin olumlu görüşü üzerine ilgili Bakanlığın kararı ile kurulur (m.5/I).

6964 sayılı Ziraat Odaları ve Ziraat Odaları Birliği Kanunu, çiftçilerin müşterek ihtiyaçlarını karşılamak, mesleki hak ve menfaatlerini korumak, mesleki faaliyetlerini kolaylaştırmak, çiftçilik mesleğinin genel menfaatlere uygun olarak gelişmesini sağlamak, meslek mensuplarının birbirleri ve halk ile ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hâkim kılmak, meslek disiplin ve ahlakını kollayıp gözetmek amacıyla kurulan Odaları ve Birliğini düzenlemektedir (m.1, m.2).

5362 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar Meslek Kuruluşları Kanunu, amacını, esnaf ve sanatkarlar ile bunların yanlarında



çalışanların mesleki ve teknik ihtiyaçlarını karşılamak, mesleki faaliyetlerini kolaylaştırmak, mesleğin genel menfaatlerine uygun olarak gelişmelerini ve mesleki eğitimlerini sağlamak, meslek mensuplarının birbirleriyle ve halkla ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hâkim kılmak, meslek disiplini ve ahlakını korumak ve bu maksatla kurulan Esnaf ve Sanatkarlar Odaları ile bu Odaların üst kuruluşu olan Birlik, Federasyon ve Konfederasyonun çalışma usul ve esaslarını düzenlemek şeklinde belirtmektedir (m.1). Anılan Kanuna göre, Odalar, Oda kurulmak istenen yerde çalışmakta olan sanat, hizmet ve meslek sahipleri ile esnaftan en az beş yüz kişinin isteği ve ilgili Bakanlığın izni ile kurulur. Bakanlık bir ay içinde kuruluş için izin verip vermediğini bildirmediği takdirde Oda kurulmuş sayılır (m.4).

1136 sayılı Avukatlık Kanununa göre, barolar, avukatlık mesleğini geliştirmek, meslek mensuplarının birbirleri ve iş sahipleri ile ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni sağlamak, meslek düzenini, ahlakını, saygınlığını, hukukun üstünlüğünü, insan haklarını savunmak ve korumak, avukatların ortak ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla tüm çalışmalarını yürüten meslek kuruluşlarıdır (m.76/I). Bölgesi içinde en az otuz avukat bulunan her il merkezinde

bir baro kurulur. Türkiye Barolar Birliği yeni kurulacak Baro bölgesindeki avukatların listesini düzenleyip en kıdemli avukatı Baroyu kurmakla görevlendirir. Barolar, kuruluşlarını Birliğe bildirmekle tüzel kişilik kazanırlar (m.77/I-III).

1512 sayılı Noterlik Kanunu (m.163, m.179) noterlik mesleğinin amaçlarına uygun bir şekilde görülmesini, mesleğin gelişmesini ve meslektaşlar arasında birlik ve yardımlaşmayı sağlamak üzere, Türkiye Noterler Birliği ve Noter Odaları kurulmasını öngörmektedir. Anılan Kanuna göre, üç veya daha fazla noterlik bulunan her belediye sınırları içinde bir Noter Odası kurulur. Her noter bir Noter Odasına kaydolmak zorunluluğundadır (m.179, m.180).

Sağlık alanında ise pek çok meslek bulunmasına rağmen yalnızca, tabip, diş hekimi ve eczacıların Oda ve Birlikleri bulunmaktadır; diğer meslek mensuplarının bir kısmı sendika ve dernek şeklinde örgütlenmişlerdir.

III- Sağlık Meslekleri

Sağlık alanında, Oda ve Birlik şeklinde örgütlenmiş olan tabipler, diş hekim-

Sağlık alanında tabipler, diş hekimleri ve eczacılar dışında, 150 bin kadar hemşire, 50 binden fazla ebe ve 150 bin dolayında diğer sağlık meslekleri mensupları için Oda ve üst kuruluşlar olmaması, böylece sağlık çalışanlarının ve toplumun bu tür meslek kuruluşlarının sağlayacağı yararlardan yoksun bırakılması fevkalade isabetsizdir. Bu, sağlık çalışanları açısından eşitlik ilkesine de aykırıdır. Bize göre, tüm sağlık çalışanları için Odalar ve üst kuruluşlar kurulmalıdır.

Sağlık alanında Oda ve Birlik şeklinde örgütlenme öngören yürürlükteki üç Kanun, birleştirilerek mevcut ve gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık mesleklerinin tümünü kapsayan bir tek Sağlık Meslek Mensupları Oda ve Birlikleri Kanununa dönüştürülmelidir. Tüm sağlık meslek mensuplarının Oda ve Birliklerinin tek kanunda düzenlenmesi, bizce, mükerrer veya benzer hükümler ve gereksiz farklılıklar olmaması yönünden de daha isabetli olacaktır.

leri ve eczacılar dışında, hemşirelik, optisyenlik meslekleri ile özel birer kanunda ve ebeler, klinik psikologlar, fizyoterapistler, diş protez teknikerleri, odyologlar, diyetisyenler, dil ve konuşma terapistleri, podologlar, sağlık fizikçileri, anestezi teknisyen ve teknikerleri, tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikerleri, tıbbi laboratuvar teknisyenleri, tıbbi görüntüleme teknisyen ve teknikerleri, ağız ve diş sağlığı teknikerleri, tıbbi protez ve ortez teknisyen ve teknikerleri, ameliyathane teknikerleri, adli tıp teknikerleri, odyometri teknikerleri, diyaliz teknikerleri, fizyoterapi teknikerleri, perfüzyonistler, radyoterapi teknikerleri, eczane teknikerleri, iş ve uğraşı terapistleri, iş ve uğraşı teknikerleri, elektronörofizyoloji teknikerleri, mamografi teknikerleri, acil tıp teknikerleri, hemşire yardımcıları, ebe yardımcıları ve sağlık bakım teknisyenleri hakkında 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrası Hakkında Kanunda (Ek m.13) düzenleme yapılmıştır.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2014 yılı itibarıyla Türkiye'de 75 bin 251'i uzman tabip olmak üzere 135 bin 616 tabip, 22 bin 996 diş hekimi, 27 bin 199 eczacı, 142 bin 432 hemşire, 52 bin 838 ebe ve 149 bin 616 diğer sağlık personeli bulunmaktadır (2).

IV. Tabip, Diş Hekimi ve Eczacıların Oda ve Birliklerinin Kurulmaları, Yapıları ve Çalışma Esaslarına İlişkin Düzenlemeler

1. Tabiplerle İlgili Düzenlemeler

6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanununa göre, Türkiye sınırları içerisinde mesleklerini icraya yetkili olup da mesleğini serbest olarak yapan veya meslek diplomasından istifade etmek suretiyle resmi veya özel görev yapan tabiplerin katıldığı Türk Tabipleri Birliği, tabipler arasında mesleki deontolojiyi ve dayanışmayı ve meslek mensuplarının hak ve yararlarını korumak amacıyla kurulmuş mesleki bir kuruluştur (m.1). Tabip odaları, Merkez Konseyi, Denetçiler, Yüksek Haysiyet Divanı ve Büyük Kongreden ibaret teşekküllerin bütünüdür (m.2). Umumi Heyet, İdare Heyeti ve Haysiyet Divanından oluşur (m.11).

Tabip odalarına kayıtlı en az yüz tabip bulunan her ilde Tabip Odası kurulur. Oda kurmak için yeter sayıda tabip bulunmayan illerdeki tabiplerin hangi illerdeki tabiplerle birleştirilerek yeni bir oda kurulacağı ve merkezinin hangi il olacağı veya bu gibi illerdeki tabiplerin hangi il tabip odalarına bağlanacağı Büyük Kongrece kararlaştırılır. Odalar, kuruluşlarını Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi aracılığı ile Sağlık Bakanlığına bildirmekle tüzelkişilik kazanırlar (m.6).

Üye sayısı beş yüze kadar olan tabip odalarında idare heyeti beş asıl, beş yedek, beş yüzden fazla olanlarda yedi asıl, yedi yedek üyeden oluşur (m.19). İdare heyetinin görev süresi iki yıldır. İki dönem üst üste seçilen üyeler, aradan bir dönem geçmedikçe yeniden seçilemezler (m.20/1). İdare heyetine seçilebilmek için yurt içinde en az beş yıl meslekte çalışmış olmak şarttır (m.21).

Türk Tabipleri Birliği Büyük Kongresi, Tabip Odaları Genel Kurulunca gizli oyla seçilen delegelerden oluşur. Üyesi iki yüze kadar olan odalar 3, beş yüze kadar olanlar 5, bine kadar olanlar 7, binden sonraki her bin kişi için birer delege ve aynı sayıda yedek seçer. Tabip odaları başkanları, büyük kongrenin tabii delegeleridir (m.60/1). Büyük kongre, her yıl Haziran ayının ikinci yarısında toplanır (m.62/1).

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, büyük kongrenin gizli oyla seçeceği 11 asıl, 11 yedek üyeden teşekkül eder. Merkez Konseyinin görev süresi iki yıldır. İki devre üst üste seçilen üyeler, aradan bir dönem geçmedikçe yeniden seçilemezler. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyinin çalışma yeri Ankara'dır (m.55). Konsey üyeleri haftada en az bir defa toplanırlar (m.56).

2. Diş Hekimleriyle İlgili Düzenlemeler

3224 sayılı Kanuna göre, Türk Diş Hekimleri Birliği, bütün diş hekimleri odalarının katılımıyla kurulur. Birliğin merkezi Ankara'dır. Birlik ve odalar, bu Kanunda yazılı esaslar uyarınca diş hekimliği mesleğine mensup olanların müşterek ihtiyaçlarını karşılamak, mesleki faaliyetlerini kolaylaştırmak, bu mesleğin genel menfaatlere uygun olarak gelişmesini sağlamak, meslek mensuplarının birbirleri ve hastaları ile olan ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hâkim kılmak üzere meslek disiplini ve ahlakını korumak maksadıyla kurulmuş meslek kuruluşlarıdır (m.19, m.3/1). Birliğin organları, Birlik Genel Kurulu, Birlik Merkez Yönetim Kurulu, Birlik Yüksek Disiplin Kurulu ve Birlik Merkez Denetleme Kuruludur (m.20). Odaların organları, Oda Genel Kurulu, Oda Yönetim Kurulu, Oda Disiplin Kurulu ve Oda Denetleme Kuruludur (m.5/1).

Sınırları içinde kayıtlı en az yüz diş hekimi bulunan her ilde bir Oda kurulur. Yeter sayıda diş hekimi bulunmayan illerdeki diş hekimlerinin hangi illerdeki diş hekimleri ile birleştirilerek yeni bir Oda kurulacağı ve merkezinin hangi il olacağı veya bu gibi illerdeki diş hekimlerinin hangi ildeki Odaya bağlanacağı Birlik Genel Kurulunca kararlaştırılır. Odalar, kuruluşlarını Birlik Merkez Yönetim Kurulu aracılığıyla Sağlık Bakanlığına bildirmekle tüzelkişilik kazanırlar (m.4).

Oda Yönetim Kurulu iki yıllık bir dönem için Genel Kurulca üyeleri arasından seçilen, üç yüz üyeye kadar 5; üç yüzden fazla üyesi olan Odalar için 9 üyeden oluşur (m.9/1). Oda ve birlik organlarına seçilebilmek için en az beş yıl mesleğini icra etmiş olmak şarttır (m.33).

Türk Diş Hekimleri Birliği Genel Kurulu, Oda Genel Kurullarınca iki yıllık bir dönem için seçilen delegeler ile tabii delege olan Oda Başkanlarından oluşur. Üye sayısı iki yüze kadar olan Odalar 5, beş yüze kadar olan Odalar 7, bine kadar olan Odalar 10, üye sayısı binden fazla olan Odalar, ilave olarak her beş yüz üye için ayrıca bir asıl ve aynı sayıda yedek delege seçer (m.21). Birlik Genel Kurulu iki yılda bir Ekim ayında olağan olarak Ankara'da toplanır (m.23/1).

Türk Diş Hekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu iki yıllık bir dönem için Birlik Genel Kurulu tarafından, delegeler ve Birlik merkez organları asıl üyeleri arasından seçilen 11 üyeden oluşur. Merkez Yönetim Kuruluna seçilebilmek için meslekte en az on yıl çalışmış olmak şarttır (m.24). Birlik Merkez Yönetim Kurulu ayda bir defa Birlik merkezinde olağan olarak toplanır (m.27/1).

3. Eczacılarla İlgili Düzenlemeler

6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanununa göre, Türkiye sınırları içinde mesleklerini yürütmeye yetkili olup da, özel kanunlarında üye olamayacakları belirtilenler hariç, meslekleriyle uğraşan ve meslekleriyle ilgili hizmetlerde çalışan eczacıların katılmasıyla, eczacıların müşterek ihtiyaçlarını karşılamak, mesleki faaliyetlerini kolaylaştırmak, eczacılığın genel menfaatlere uygun olarak gelişmesini sağlamak, eczacıların birbirleri ve halk ile olan ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hâkim kılmak üzere, meslek disiplini ve ahlakını korumak maksadıyla Türk Eczacıları Birliği kurulmuştur (m.1/l). Anılan Birlik, Eczacı Odaları, Merkez Heyeti, Yüksek Haysiyet Divanı ve Büyük Kongreden oluşan bir kuruluştur (m.2). Odaların organları, Umumi Heyet, İdare Heyeti ve Haysiyet Divanıdır (m.6).

Sınırları içinde kayıtlı en az yüz elli eczacı bulunan her ilde bir Eczacı Odası kurulur. Sınırları içinde Oda kurmak için yeter sayıda eczacı bulunmayan illerdeki eczacıların hangi illerdeki eczacılar ile birleştirilerek yeni bir Eczacı Odası kurulacağı ve merkezinin hangi il olacağı veya bu gibi illerdeki eczacıların hangi il Eczacı Odasına bağlanacağı Büyük Kongrece kararlaştırılır. Odalar kuruluşlarını Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti aracılığı ile Sağlık Bakanlığına bildirmekle tüzelsel olarak kazanır (m.5).

Üye sayısı 250'ye kadar olan Eczacı Odalarının İdare Heyeti 5 asıl ve 5 yedek, 250'den fazla olanlarda 7 asıl ve 7 yedek üyeden oluşur (m.14). İdare Heyetinin görev süresi iki yıldır (m.15/l). Eczacı Odaları İdare Heyetlerinin görevleri arasında, eczacılık ile ilgili mevzuatın, Deontoloji Tüzüğü hükümlerinin ve Oda ve Birlikçe alınmış mesleki kararların gerektiği şekilde uygulanıp uygulanmadığını belirlemek için, eczacıların çalışmalarını ve işyerlerini denetlemek de bulunmaktadır (m.20/m).

Türk Eczacıları Birliği Büyük Kongresi Oda Umumi Heyetlerince gizli oyla seçilen temsilcilerden oluşur (m.51). Odalardan; iki yüze kadar üyesi olanlar 5, beş yüze kadar üyesi olanlar 5 temsilciye ilave olarak iki yüzden fazla her tam 150 üye için birer, beş yüzden fazla üyesi olanlar 7 temsilciye ilave olarak beş yüzden fazla her tam beş yüz üye için birer temsilci ve aynı miktarda yedek temsilci seçer (m.51). Birliğin olağan Büyük Kongresi her iki yılda bir Kasım ayında Ankara'da toplanır (m.53/l).

Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti, iki yıllık bir dönem için, Büyük Kongrece mesleklerinde beş yılını tamamlamış delegeler arasında seçilen 11 asıl ve 11 yedek üyeden oluşur. Merkez Heyetinin

merkezi Ankara'dır (m.35). Merkez Heyeti onbeş günde bir olağan olarak toplanır (m.36/II). Merkez Heyetinin görevleri arasında eczanelerden sağlık hizmeti satın alacak bütün kamu ve özel kurum ve kuruluşlarla anlaşmalar yapmak, imzalanan protokole uygun tip sözleşmeleri bastırmak ve belirleyeceği bedel karşılığı eczanelere dağıtmak da bulunmaktadır (m.39/j).

V. Değerlendirme

Ülkemizde, genel olarak çalışanlar dernek şeklinde bir veya birden fazla mesleki örgüt, iş sözleşmesiyle çalışanlar ve çalıştıranlar bir veya birden fazla dernek ve sendika kurabilirler. Dernek veya sendika şeklindeki örgütler, genellikle, belirli faaliyette bulunanların tümünü kapsamaz. Sendikalar, meslek esasına göre değil, iş kolu esasına göre kurulmaktadır, dolayısıyla belirli bir işyerinde çalışan farklı meslek mensupları aynı sendikaya üye olabilirler.

Oda ve Birlikler; kanunla kurulan, kamu kurumu niteliğinde olan ve belirli bir meslek veya meslek grubunun kural olarak zorunlu üye oldukları, üyelerin müşterek ihtiyaçlarını karşılamaları yanı sıra üyelerinin birbiri ile ve halkla ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hâkim kılmak üzere meslek disiplini ve ahlakını korumak ve mesleğin genel menfaatlere uygun olarak gelişmesini sağlamak amacını da güden kuruluşlardır. Kanunla kuruldukları ve kural olarak zorunlu üyelik öngörüldüğü için, dernek ve sendikalarından farklı olarak, o alanda başka Oda veya üst kuruluş bulunmamaktadır.

Odalara ve üst kuruluşlarının, ilişkilerde dürüstlük ve güvenin hâkim kılınmasının ve mesleğin genel menfaatlere uygun olarak gelişmesinin ötesinde, üyeleri dışındaki kişilerin ve toplumun yararına özel amaçları da olabilmektedir. *Esnaf ve Sanatkârlar Meslek Kuruluşları Kanunu*, üyelerin yanlarında çalışanların da mesleki ve teknik ihtiyaçlarının karşılanmasını, mesleki faaliyetlerinin kolaylaştırılmasını ve mesleki eğitimlerinin sağlanmasını öngörmektedir. Avukatlık Kanununa göre Baroların görevleri arasında, hukukun üstünlüğünü ve insan haklarını savunmak ve korumak da bulunmaktadır.

Odalara ve üst kuruluşlarının bu nitelikleri dolayısıyla, bizce genel olarak ve özellikle sağlık alanında mesleki örgütlenme açısından dernek veya sendika kurulması yeterli sayılamaz. Kanunla Oda ve üst kuruluş kurulmasında, eşitlik ilkesine uyulmalı, meslekler arasında gereksiz ayırım olmamalıdır. Bizce çeşitli alanlardaki çalışanlar, mesela tacirler, sanayiciler, çiftçiler, esnaf ve sanatkârlar, noterler, avukatlar için Odalar ve üst kuruluşlar bulunmaktayken sağlık alanında

tabipler, diş hekimleri ve eczacılar dışında, 150 bin kadar hemşire, 50 binden fazla ebe ve 150 bin dolayında diğer sağlık meslekleri mensupları için Oda ve üst kuruluşlar olmaması, böylece sağlık çalışanlarının ve toplumun bu tür meslek kuruluşlarının sağlayacağı yararlardan yoksun bırakılması fevkalade isabetsizdir (3) ve bu durum sağlık çalışanları açısından eşitlik ilkesine aykırıdır. Bize göre, tüm sağlık çalışanları için Odalar ve üst kuruluşlar kurulmalıdır (4). Sağlık alanındaki mesleki örgütlenme, her meslek için ayrı Odalar ve ayrı birer Birlik şeklinde yahut belirli sağlık meslekleri için birer Birlik, diğer meslekler için ortak bir üst kuruluş şeklinde olabilir. Bizce, sağlık mesleklerinin sayısının bir hayli artmış ve artacak olması karşısında, sağlık alanındaki her mesleğin mensupları için ayrı birer kanun çıkarılması uygun sayılamaz (5). Bize göre tabiplerin, eczacıların, diş hekimlerinin ve diğer belirli meslek mensuplarının ayrı birer üst kuruluşları olması için bu meslek mensuplarının örgütlenmelerinin ayrı kanunlarda düzenlenmesi zorunluluğu bulunmamaktadır. Genellikle benzer örgütlenme öngörülen meslekler için olabildiğince az kanunla, çok sayıda mesleği kapsayan, gereği gibi düzenleme yapılabilir ve yapılmalıdır.

Sağlık alanında Oda ve Birlik şeklinde örgütlenme öngören yürürlükteki üç Kanun, birleştirilerek mevcut ve gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık mesleklerinin tümünü kapsayan bir tek Sağlık Meslek Mensupları Oda ve Birlikleri Kanununa dönüştürülmeli, bu kanunda her bir meslek veya meslek grubu mensuplarının Oda ve Birlikleri için gereken özel düzenlemeler yapılmalı, bu mesleklerin mensupları her bir ilde belirli sayıya ulaştığında idari işlemle Oda kurulabilmelidir. Tüm sağlık meslek mensuplarının Oda ve Birliklerinin tek kanunda düzenlenmesi, bizce, mükerrer veya benzer hükümler ve gereksiz farklılıklar olmaması yönünden de daha isabetli olacaktır.

Kaynaklar

1) TBMM, *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası - Madde Gereğeli*, Ankara Haziran 2011, s.261.

2) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014*, s.141.

3) Üçışık, H. Fehim, "Sağlık Meslek Mensuplarının Örgütlenmesi", *Bizim Gazete*, 07.02.2001; Üçışık, H. Fehim, *Sağlık Hukuku Sorunları ve Çözüm Önerileri*, İstanbul 2013, s.117.

4) Üçışık, H. Fehim, "Sağlık Alanında Örgütlenme Eşitsizliği", *Bizim Gazete*, 18.09.2004; Üçışık, H. Fehim, *Sağlık Hukuku Sorunları ve Çözüm Önerileri*, İstanbul 2013, s.119; Üçışık, Fehim, *Sağlık Hukuku*, İstanbul, s.153.

5) Üçışık, H. Fehim, "Sağlık Çalışanlarının Örgütlenmelerinde Eşitsizlik", *Bizim Gazete*, 27.12.2014

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Mevzuatı: Müzikoterapi Örneği

Doç. Dr. Hanefi Özbek



1965'te Sivas'ta doğdu. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi (1991). Van Kapalı Cezaevi'ne tabip olarak atandı (1991). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık-Kültür ve Spor Dairesi Başkanlığı tabip kadrosuna naklen geçti (1993). Van Türk Musiki Derneği'ni kurdu (1993). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Müzik Eğitimi Bölümü'nün kuruluşunda görev aldı (1994). Farmakoloji ve Toksikoloji doktorasının ardından (1998) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yardımcı doçent doktor olarak göreve başladı (1998). Sağlık Bakanlığı'na İlaç ve Eczacılık Genel Müdür Yardımcısı olarak geçti (2008). Tıbbi farmakoloji alanında doçent unvanını aldı (2011). Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi olan Dr. Özbek, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

İnsanın ihtiyaçları, dünya kaynaklarının pek çoğunun seferber edilmesine rağmen bir türlü doyurulamamakta, her geçen gün yeni ihtiyaçlar belirmektedir. Sağlık konusunda da insanlığın ihtiyaçları ve arayışları aynı şekilde devam etmekte; günümüz tıbbının tatmin edemediği durumlarda, farklı yaklaşımlar ve yeni tedavi metotları denenmekte veya eskiden yapıldığı bilinen tedavi yöntemleri tekrar güncel hale gelmektedir. Müzikoterapi, mezoterapi, hipnoz, kayropratik, akupunktur, apiterapi, homeopati, proloterapi, ozon uygulaması, sülük uygulaması, kupa uygulaması, osteopati, refleksoloji gibi alanlar günümüzde "geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları" başlığı altında ele alınmakta olup, bu alanların birçoğu binlerce yıldır insanlar tarafından kullanılmakta iken, bir kısmı da günümüzde yeni yeni ortaya çıkmaya başlamış yardımcı tedavi alanları arasında sayılmaktadır. Bitkilerle tedavi (fitoterapi) örneğinde olduğu gibi bu alanlar, insanların sağlığa olan ilgisi nedeniyle çabucak moda olabilmekte; kolayca suiistimal edilip merdiven altı uygulamalarla insanların sağlığı tehlikeye atılabilmektedir. Dolayısıyla bu alanları başıboş bırakmamak, halkın sağlığını tehlikeye atacak uygulamalara geçit vermemek için ilgili alanlarda kapsamlı bir mevzuata ve ciddi denetimlere ihtiyaç vardır. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı son yıllarda bazı düzenlemeler yapmaya başlamıştır. Bu yazıda, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile

ilgili mevzuat ve bunun müzikoterapiye yansımaları üzerinde durulacaktır.

663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) (2)

Kararnamenin 8. Madde 1. fıkrasının (ğ) bendine göre: "Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili düzenleme yapmak ve sağlık beyanı ile yapılacak her türlü uygulamalara izin vermek ve denetlemek, düzenleme ve izinlere aykırı faaliyetleri ve tanıtımları durdurmak" Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün görevleri arasında sayılmıştır. Bu KHK'nin yayımlanması ile aralarında müzikoterapinin de bulunduğu geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları hususu mevzuata girmiş ve sorumlu merci mevzuatta belirtilmiş olmaktadır. Kanun Hükmünde Kararnamenin yayımlanmasının ardından "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" ve ekleri yayımlanmıştır. Bu Yönetmelik ve eklerinde, 663 sayılı KHK'da belirtilen hususlar detaylandırılmıştır.

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği (3)

Amaç:

MADDE 1 – (1) Bu Yönetmeliğin amacı, insan sağlığına yönelik geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama yöntemlerini

belirlemek, bu yöntemleri uygulayacak kişilerin eğitimi ve yetkilendirilmeleri ile bu yöntemlerin uygulanacağı sağlık kuruluşlarının çalışma usul ve esaslarını düzenlemektir.

Kapsam:

MADDE 2 – (1) Bu Yönetmelik, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının yapıldığı kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda yöntemleri uygulayacak kişileri kapsar.

"Amaç" ve "kapsam" maddelerinin, Yönetmeliğin sınırlarını net bir şekilde çizdiğini söyleyebiliriz.

Tanımlar:

MADDE 4 – (1) Bu Yönetmelikte geçen;

- a) *Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,*
- b) *Bilim Komisyonu: Bakanlıkça oluşturulan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Bilim Komisyonunu,*
- c) *Genel Müdürlük: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,*
- ç) *Müdürlük: İl Sağlık Müdürlüğünü,*
- d) *Sağlık kuruluşu: Kamu kurum ve kuruluşlarına bağlı hastaneler, tıp fakültesi veya diş hekimliği fakültesi sağlık uygulama ve araştırma merkezi, 27.3.2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Özel Hastaneler*



Yönetmeliğine göre ruhsatlandırılmış özel hastaneler ile 15.2.2008 tarihli ve 26788 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre ruhsatlandırılmış sağlık kuruluşlarını,

e) Sertifikalı tabip: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili olarak Bakanlıkça tescil edilmiş sertifikaya sahip tabibi,

f) Sertifikalı dış tabibi: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili olarak Bakanlıkça tescil edilmiş sertifikaya sahip dış tabibi,

ğ) Uygulama merkezi: İlgili alanda sertifikası bulunan tabip ve/veya dış tabibi sorumluluğunda ve bu Yönetmelikte belirlenen uygulamaları yapmak üzere eğitim ve araştırma hastanesi ve tıp fakültesi veya dış hekimliği fakültesi sağlık uygulama ve araştırma merkezi bünyesinde kurulan ve Bakanlıkça yetkilendirilmesi halinde eğitim verilebilecek merkezi,

h) Ünite: İlgili alanda sertifikası bulunan tabip ve/veya dış tabibi sorumluluğunda ve bu Yönetmelikte belirlenen uygulamaları yapmak üzere, kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait sağlık kuruluşları bünyesinde kurulan birimleri ifade eder.

Yönetmeliğin tanımlar kısmında, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarından sorumlu Bakanlık, ilgili Genel Müdürlük ve illerde Müdürlükler açıkça belirtilmiştir. Ayrıca yapılacak uygulama, uygulamanın yapılacağı sağlık kuruluşu, merkez ve ünitelerin tanımı yapılmıştır. Buna göre geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları (dolayısıyla müzikoterapi

uygulamaları), Sağlık Bakanlığının ve Bakanlık içerisinde de Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün sorumluluğuna bırakılmıştır.

Yönetmelikte geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının yapılabileceği sağlık kuruluşlarının tanımlanması ve sınırlarının çizilmesi, ayrıca sertifikalı tabip ve sertifikalı dış tabibi tanımlarının yapılması önemli bir gelişmedir. Böylece, ilgili uygulama alanları sağlıkla ilgisi olmayan kişilerin eline bırakılmamaktadır. Ayrıca, bu Maddedeki hükümlerden (örneğin müzikoterapi ile ilgilenecek hekim ve dış hekim için) sertifikalı eğitimler yapılacağı sonucu da çıkarılabilir. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları böylece hem sağlıkla birinci dereceden ilgili hem de konu hakkında belli düzeyde eğitim almış kişilerin ellerine teslim edilmektedir.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları için Bakanlık bünyesinde kurulacak bilim komisyonu da bu bölümde tanımlanmıştır. Nitekim Yönetmelik yayımlandıktan sonra, 22 Ocak 2015 tarihinde bilim komisyonu, ilgili Genel Müdürün başkanlığında Ankara'da ilk toplantısını yapmış ve belirlenen 15 ayrı başlık için (fitoterapi, mezoterapi, homeopati, müzikoterapi gibi) komisyon üyelerinden birer kişi başkan olarak görevlendirilmiştir. Ardından her bir başkan kendi alt komisyonunu oluşturmaya başlamıştır.

Yönetmelikte "geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları"nın tanımı yapılmamıştır. Bunun bir unutkanlıktan kaynaklanmadığı, tanımın kendisinden kaynaklanan sebeplerden dolayı şimdilik mevzuata dahil edilmediği kanaatindeyiz. Dünya

Sağlık Örgütü'nün yaptığı ve aşağıda verdiğimiz "geleneksel tıp" tanımı incelendiğinde ne demek istediğimiz daha iyi anlaşılacaktır: Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre "geleneksel tıp", fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanrı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı -izahı yapılabilen veya yapılamayan- bilgi, beceri ve uygulamaların bütünüdür. "Tamamlayıcı tıp" veya "alternatif tıp" ise yakın anlamda kullanılan kavramlardır. Bu terimler, ülkenin kendi geleneklerinin parçası olmayan ve hâkim sağlık sistemine entegre olmamış sağlık uygulamaları yelpazesini kapsamaktadır (1).

Yine Yönetmelik ekinde geçen "Müzikoterapi" isminin de sorunlu olduğunu belirtmeliyiz. Bu terimin "müzikoterapi" olarak yazılması daha uygun olacaktır kanaatindeyiz. Yönetmelikte müzikoterapi olarak geçtiği için terimi aynen almayı uygun gördük.

Bilim komisyonunun görevleri:

MADDE 7 – (1) Bilim komisyonunun görevleri şunlardır:

- Uygulama alanlarının belirlenmesine, uygulamaların endikasyon ve oluşabilecek yan etkilerine ilişkin görüş vermek,
- Uygulama yapılan ünite ve merkezlerde bulunması gerekli tıbbi araç ve gereç, personel, fiziki standartların oluşturulması hususunda görüş bildirmek,
- Ünite ve uygulama merkezi başvurularını bilimsel, teknik alt yapı ve personel yönünden değerlendiren, uygunluğu

hususunda görüş vermek,

ç) Bu Yönetmelikte tanımlanmamış uygulamalarla ilgili bilimsel ve teknik çalışmaları yapmak,

d) Uygulamalar ile ilgili yönlendirici, aydınlatıcı ve bilimsel çalışmalar yapmak ve yaptırmak,

e) İhtiyaç duyulan konularda çalışma yapmak üzere alt komisyonlar kurmak.

Bilim komisyonunun görevleri arasında zikredilen (ç), (d) ve (e) bentleri üzerinde durmak istiyoruz:

• (ç) bendindeki hükümle; Yönetmelikte belirlenememiş veya henüz ortaya çıkmamış durumlarla ilgili sorun(lar) yaşanmaması için bilim komisyonuna bilimsel ve teknik çalışmalar yapma yetkisi verilmiştir. Bu hükümden, mevzuatta değişiklik yapmak gerektiğinde herhangi bir boşluğa meydan vermeden sorunun çözülmesinin hedeflendiği izlenimi edinilmektedir.

• (d) bendinde; hâlihazırdaki uygulamalarla ilgili yönlendirici, aydınlatıcı ve bilimsel çalışmalar yapmak ve yaptırmak suretiyle geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının kanıta dayalı bir zemine oturmasının teşvik edildiği anlaşılmaktadır. Böylece bu tür uygulamaları “tamamen yok saymak” veya bu uygulamalara “gereğinden fazla önem atfetmek” yerine, herkesin kabul edebileceği bilimsel verilerle konuya yaklaşma prensibinin benimsendiği sonucu çıkarılabilir.

24 Şubat 2016 tarihi ile PubMed’de yapılan “music therapy” taramasında 3110 adet makale, bu anahtar kelimelere ek olarak “turkish” kelimesi de eklenip tarandığında 6 (altı) adet makale listelenmektedir. Bu bilgiye dayanarak müzikoterapi alanında bilimsel çalışmaların henüz emekleme döneminde olduğunu, Türk Müziğinin ise müzikoterapi yönünden neredeyse araştırılmadığını söyleyebiliriz. (d) bendi, diğer alanların yanında müzikoterapi alanındaki bilimsel araştırmaları da teşvik edici olması yönünden dikkat çekicidir.

• (e) bendinde, “ihtiyaç duyulan konularda çalışma yapmak üzere alt komisyonlar kurmak” şeklindeki hükümle, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları alanlarındaki bütün yükü bilim komisyonuna yüklemek yerine bu yükün alt komisyonlara da paylaştırıldığı anlaşılmaktadır.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları, aslında görüldüğünden çok daha fazla bir yük ve sorumluluk gerektirmektedir. Akupunkturun da aralarında olduğu birkaç alan hariç diğer alanlarda henüz yeterli bir birikim

olduğu söylenemez. Bu nedenle ilgili alanları takip etmek, sorunları tespit edip çözüm önerileri getirebilmek için konuya hâkim ve konuyla alakadar ekiplere ihtiyaç duyulacağı açıktır.

Uygulamaların genel esasları:

MADDE 8 – (4) Uygulamalar hastalığın standart tedavisinin yerine geçecek ve devam eden tedaviyi aksatacak şekilde yapılamaz. Bu husus bireylere açık bir şekilde anlatılır ve onaylanmış rıza formunda belirtilir.

(5) Tabip ve dış tabibi olmayan uygulama alanında temel eğitimi bulunan sağlık meslek mensupları sertifikalı tabip ve dış tabiplerinin gözetimi ve denetimi altında uygulamalara katılırlar.

8. Maddenin 4. Fıkrası, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının başlı başına birer tedavi yöntemi değil, bilinen standart tedavileri destekleyici uygulamalar olduğunun altını çizmektedir. Aynı durum müzikoterapi için de geçerlidir. Bu husus geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları alanlarında yapılacak suistimalleri önleyici, yerinde bir tedbir olarak düşünülebilir. Ayrıca, hastalardan onaylanmış rıza formu alınması mecburiyeti ve bu formun içeriğinde, “Uygulamalar hastalığın standart tedavisinin yerine geçecek ve devam eden tedaviyi aksatacak şekilde yapılamaz” şeklinde bir ibarenin bulunmasının zorunlu tutulması, hem hasta haklarının korunması hem de yapılacak girişimin etik olması yönünden önemli detaylardır. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının hastalara uygulanmadan önce ne gibi prosedürlerden geçilmesi gerektiği hususunda da bu madde birçok ipucu vermektedir.

Uygulamaların yapılabileceği yerler ve yetkili kişiler:

MADDE 9 – (1) Uygulamalar, Bakanlıkça yetkilendirilmiş ünite ile uygulama merkezlerinde ve ilgili alanda “uygulama sertifikası” bulunan tabip ve sadece dış hekimliği alanında olmak üzere dış tabibi tarafından yapılabilir. Uygulama alanında temel eğitimi bulunan sağlık meslek mensupları merkez ve ünitelerde sertifikalı tabiplere uygulamada yardımcı olabilirler.

(2) Dış hekimliği uygulama ve araştırma merkezlerinde, dış hastanelerinde ve ağız ve dış sağlığı merkezleri ile dış polikliniklerinde sadece dış hekimliği alanında uygulama yapılabilir.

9. Maddenin birinci fıkrası (müzikoterapi yönünden ele alınacak olursa) müzikoterapi olarak yapılacak uygulamanın (müzikoterapi çeşidine, dinletilecek

müziğin türüne, bunun süresine, vb.) sertifikalı hekim veya dış hekiminin karar vermesi gerektiği şeklinde anlaşılmalıdır düşüncesindeyiz. Çünkü hekim veya dış hekiminin müzikoterapi uygulamasının tümünü yapabilmesi (örneğin canlı müzik performansı göstermesi) her zaman için beklenemez. Bu amaçla seçilmiş müzik eserlerini, belirli bir kalitenin altına düşürmeden icra edebilecek müzisyenlere ihtiyaç vardır. Sertifikalı hekim ve dış hekimi, müzikoterapi yapılacak hastalar için uygun gördükleri müzikoterapi uygulamasını seçmeli, buna göre yapılacak işleri tespit edip bir talimat (order) hazırlamalıdır. Bu talimatın müzik icrasıyla ilgili kısmı (müziğin türü, süresi, vs.) hekimin kontrolünde olmak üzere müzisyenlere bırakılmalıdır.

Uygulama merkezi ve ünitelerin çalışma usul ve esasları:

MADDE 10 – (1) Uygulama merkezi veya ünite, Bakanlığın sağlık kuruluşu/tesisi planlaması kapsamında açılabilir, bu yöndeki izinler yeni bir özel sağlık kuruluşu açılması veya kapasite artışı için ayrıca hak oluşturmaz. Uygulama merkezi veya ünite açmak isteyen kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait sağlık kuruluşları Ek-1’de yer alan belgelerle birlikte Bakanlığa başvurur. Uygulama merkezi ve/veya ünite açma başvuruları, standartlara uygunluk ve başvuru yapılan ilde ihtiyaç bulunup bulunmadığı bakımından Bilim Komisyonunca değerlendirilir. Bilim Komisyonunca uygun görülen başvuruların Bakanlıkça da uygun görülmesi halinde uygulama merkezi ve/veya ünite açma izni verilir. ...

(3) Ünite ve uygulama merkezinde, yapılan tüm uygulamalar ile ilgili olarak hastalara ait hasta dosyası hazırlanır. Hastaya ve uygulamalara ilişkin verilerin elektronik ortamda talep edilmesi halinde, kişisel sağlık verilerinin mahremiyeti gözetilerek, Bakanlığa gönderilmesi zorunludur.

(4) Yapılan uygulamalara bağlı olarak hastalarda ortaya çıkan her türlü istenmeyen etki, her ay düzenli olarak müdürlüğe bildirilir ve bu bilgiler Bakanlığa gönderilir.

(5) Uygulamalar için 1.8.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğine uygun “Bilgilendirme ve Rıza Formu” hazırlanır ve uygulama yapılacak tüm hastalardan rıza alınır.

10. Maddenin birinci fıkrasında geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili uygulama merkezi veya ünitenin nasıl açılacağı hükme bağlanmıştır.

10. Maddenin üçüncü fıkrasında, ünite

ve uygulama merkezinde uygulama yapılacak her hasta için hasta dosyası hazırlanması zorunluluğu getirilmektedir. Böylece uygulama yapılan hastalar ve yapılan uygulamalara ilişkin veriler bir arşivde toplanabilecektir. Bu tür arşiv verileri ileride retrospektif olarak çeşitli sorgulamalar yapılmasına imkan verecek olup bunun sonra yapılacak çalışmalar için yol gösterici bir mahiyete sahip olacaktır.

10. Maddenin dördüncü fıkrasında, yapılan uygulamalar sonucu ortaya çıkan her türlü istenmeyen etkinin Bakanlığa bildirim zorunluluğu getirilmektedir. Bu durum ilaç için yapılan *farmakovijilans*, bitkisel ürünler için yapılan *fitovijilans*, kozmetik ürünler için yapılan *kozmetovijilans* bildirimlerinin bir benzeri olarak kabul edilebilir. İstenmeyen etkilere ait geri bildirimler, bundan sonra yapılacak uygulamaların daha sıhhatli yapılması açısından yol gösterici olacaktır.

10. Maddenin beşinci fıkrasında, uygulama yapılmadan önce hastaların her birinin ayrı ayrı bilgilendirilmesi ve rızasının alınması zorunluluğu getirilmiştir. Eğer yapılacak uygulama bilimsel bir araştırma amacıyla da yapılacaksa, bu durumda *etik kurulu izni* ve hastalardan *bilgilendirilmiş gönüllü olurunun* da alınması zorunludur.

Eğitim:

MADDE 13 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sertifikalı eğitimler, 4.2.2014 tarihli ve 28903 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği kapsamında, Bakanlıkça eğitim vermek üzere yetkilendirilmiş merkezler tarafından verilir.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını yapacak olanlar için sertifika eğitimi verecek merkezlerin Bakanlıkça yetkilendirileceği, sertifikaların Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği hükümlerine göre düzenlenebileceği bu madde ile hükme bağlanmıştır. Böylece sertifikanın nasıl ve nereden alınabileceği de belirtilmiş olmaktadır.

Ünite ve uygulama merkezinde bulundurulması zorunlu asgari birimler:

MADDE 14 – (1) Ünite ve uygulama merkezinde asgari olarak aşağıda belirtilen bölümler bulunur:

- Asgari 12 metrekaare yüzölçümünde muayene ve uygulama için gerekli asgari tıbbi malzemenin ve donanımın bulunduğu muayene ve uygulama odası.
- Hasta kabul ve bekleme alanı.
- Arşiv.

Madde 14'te, ünite ve uygulama merkezinde asgari olarak bulunması gerekli bölümler belirtilmiştir.

Aşağıda ünite uygulama yerleri ile ilgili denetim yapılmasının şartları verilmiştir.

Denetim:

MADDE 16 – (1) Ünite ve uygulama merkezleri, şikâyet, soruşturma veya Bakanlıkça yapılacak olağan dışı denetimler hariç olmak üzere, Müdürlükçe en az bir dâhili branşlardan uzman ve bir cerrahi branşlardan uzman tabibin yer aldığı en az 3 kişilik bir ekip tarafından yılda en az bir defa denetlenir.

Uyulması gerekli diğer hususlar ve yasaklar ile idari müeyyideler aşağıda verilmiştir.

Uyulması gereken diğer hususlar ve yasaklar:

MADDE 17 – (1) Ünite ve uygulama merkezlerinde, aşağıda belirtilen hususlara uyulmak zorundadır:

- Ünite ve uygulama merkezi Bakanlıktan izin almadan hizmet veremez.
- Ünite ve uygulama merkezinde bu Yönetmelik ve eklerinde yer alan bulundurulması zorunlu asgari birimler yer almak zorundadır.
- Ünite ve uygulama merkezleri amacı dışında faaliyet gösteremez.
- Ünite ve uygulama merkezlerinde herhangi bir faaliyet alanının veya biriminin, yetkisi olmayan kişiler tarafından kullanılması yasaktır.
- Ünite ve uygulama merkezlerinde Bakanlıkça ilgili mevzuat hükümlerine göre ilgili alanda sertifikaları bulunmayan ve gerekli çalışma izinleri olmayan tabip, diş tabibi ve diğer sağlık personeli çalıştırılmaz.
- Tabip ve diş tabipleri uygulama sertifikası ile yetkilendirildikleri alan dışında uygulama yapamazlar.

İdari müeyyideler:

MADDE 18 - (1) Bu Yönetmelikte belirlenen usul ve esaslara uymayanlar hakkında, Ek-4'te yer alan idari müeyyideler uygulanır.

(2) Ünite ve uygulama merkezlerine ilişkin hüküm bulunmayan hallerde, uygulamanın yapıldığı ilgili sağlık kuruluşunun tabi olduğu mevzuatta yer alan idari müeyyideler ile ilgili mevzuatta belirlenen diğer idari müeyyideler uygulanır.

Yönetmeliğin "Ekler" kısmında aşağıdakiler bulunmaktadır:

- Ünite ve uygulama merkezi açma izin başvuru dosyasında bulunması gerekli evraklar,
- Ünite ve merkezlerde bulundurulması zorunlu asgari cihaz ve malzemeler,
- Ünite ve uygulama merkezlerinde yapılabilecek uygulamalar listesi.

Yönetmelik kapsamında belirlenmiş olan 15 farklı uygulama alanı ile ilgili olarak yapılacak klinik (insan üzerinde) araştırmalar için Etik Kurulu onayının alınması gerekli olup bu onay alınmadan çalışmaya başlanamayacağı unutulmamalıdır. Etik kurulu onayı şimdilik, araştırmacının özelliğine (bir girişim olup olmamasına) göre Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmış bir Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan veya herhangi bir Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınabilir. Etik kurulu başvurusuna bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ve araştırmayı yapacak hekim veya dış hekimlerinden en az birinin ilgili alanda almış olduğu sertifikanın sureti (örneğin Müzikoterapi sertifikası) eklenmelidir.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının sertifika eğitimleri ile ilgili olarak sertifika eğitim standartları bazı geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları için hazırlanmış olup diğerlerinin de tamamlanmak üzere olduğu bilgisini aldık. Bakanlığın sayfasından (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı) sertifika eğitim standartlarını içeren bilgilere ulaşılabilir.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları alanında bilimsel çalışmalar yapılabilmesinin yolunu açacak Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik" ise taslak olarak hazır olup bu taslağın yakın bir zamanda kurumların görüşlerine açılacağını tahmin ediyoruz.

Önümüzdeki süreçte geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının ülkemizdeki serencamını izlemeye devam ediyor olacağız.

Kaynaklar

1) Aydın S. DSÖ ve gelenekten küresele tıbbın alternatif serüveni. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2012, 22: 8-11.

2) 02 Kasım 2011 tarihli ve 28103 sayılı (mükerrer) Resmî Gazetede yayımlanan 663 karar sayılı Kanun Hükmünde Kararname (<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1.htm>) (Erişim Tarihi: 20.01.2016)

3) 27 Ekim 2014 tarihli ve 29158 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm>) (Erişim Tarihi: 20.01.2016)

Bilim tarihi ve felsefesine bir bakış

Prof. Dr. Talip Alp



İngiltere'de The Pitman College of English ve Londra Üniversitesi North-Western Polytechnic'te eğitim gördü. Manchester Üniversitesi Metalürji Bölümünden 1966 yılında metalürji mühendisi, 1970 yılında doktora unvanlarını aldı. Yurtiçinde ve yurtdışında birçok üniversitede öğretim, araştırma ve Ar-Ge faaliyetlerinde bulundu, ayrıca tarih ve İslami ilimler alanlarında incelemeler yaptı. American Society for Materials, Heat Treatment Society'nin kurucu üyelerinden olan Prof. Alp, halen TÜBİTAK Bilim ve Teknoloji Kurulu Üyesi ve Medipol Üniversitesi Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır.

Yaradılışı icabı insan, çevresindeki eşyanın özelliklerini, tabiatta vuku bulan olayları ve kâinatın aklı zorlayan fenomenlerini temaşa etmek, sorgulamak, anlamaya çalışmak, yorumlamak ve makul sonuçlara varmak istidadındadır. Hadiselerin vuku bulma sebeplerini araştırma, sebep ve sonuçlar arasındaki bağlantıları kavrama cehdi, bu bağlantıların gerçekleşme yöntemlerini teşhis gayretleri ve nihayet kâinattaki istisnasız canlı cansız her şeyin varoluş ve davranışlarını etkileyen mutlak kural ve temel gerçekler insan zekâsının ilgi alanı olagelmıştır. Felsefe, Yunanca “philo” (dost) ve “sophie” (hikmet) sözcüklerinden türetilmiştir. Bu bağlamda gözlem, tefekkür, muhakeme, müzakere, sinama ve yanılma felsefenin araçları ise, tecrübe ve bilgi de bu araçları kullanarak elde edilen değerli ürünlerdir. Antik Mısır, Sümer, Babil, Çin, Hindistan, İran, İyonya, Helen, Fenike hatta Japonya gibi uzak coğrafyalarda benzer süreçleri zaman farkı ile yaşayan toplumlar; asırlar boyunca edindikleri bilgi ve becerileri sınıflandırarak farklı “bilimlere” dönüştürme iradesini göstermişlerdir. Böylece matematik, astronomi, tıp, eczacılık, coğrafya, fizik ve benzeri bilim alanları antik çağ felsefesinin içinde mütalaa edilmiştir. Bu manada felsefenin muhtelif pozitif bilimlere ayrışması için asırların geçmesi gerekiyordu.

M.Ö. 4000 yıllarında Güney Mezopotamya'nın Uruk şehrinde Sümerliler resimlemeye dayalı bir yazı geliştirdiler.

Yumuşak çamur levhalar üzerine yazmak için çivi benzeri şişler kullanıldığında ortaya çıkan şekiller çiviye benzediğinden, bu yazıya “çivi yazısı” denmiştir. M.Ö. 2800-2700 zaman diliminde çivi yazısı resimleri soyut simgelere dönüştürülmüş, M.Ö. 2000'li yıllara gelindiğinde lisanda yer alan iki binden fazla ses sembolü beş yüz sembole indirgenmiştir.

Çivi yazısı Sümer sınırları dışında antik Doğunun farklı ülkelerinde konuşulan dilleri de ifade etmek için benimsenmiştir. Nitekim çivi yazısı Babil, Asur, Akad, Ablavi, İlam ve Hitit dillerinin yazıya dökülmesinde kullanılmıştır. Bu yazı türü zamanla kaybolmaya yüz tutmuş ve M.S. 100 yıl kadar Mezopotamya'nın güney mıntıklarında varlığını sürdürmüştür. M.Ö. 3100 yıllarında Mısır yerlileri bugün “hiyeroglif” olarak adlandırılan yazıyı geliştirmişler. Eski Yunancada “kutsal kazı” veya “kutsal nakış” manalarını taşıyan hiyeroglif muhtemelen “kutsal sayılan metinlerin kayda geçirilmesi için kullanıldığından böyle isimlendirilmiştir. Yüzlerce simgenin hatasızca hatırlanmasını gerektiren çivi ve hiyeroglif yazıları müteakip asırlarda vuku bulan gelişmeleri ifade etmekte yetersiz kaldıklarından, Orta Doğu'nun muhtelif bölgelerinde her sesin ayrı ayrı temsil edildiği heceli alfabetik yazı usulü geliştirilmiştir. M.Ö. 10. yüzyıla kadar uzanan örnekleri bulunan Fenike Alfabeti 22 sessiz harften müteşekkildi. Ortadoğu'da İslam'ın zuhuruna kadar geçen zaman içinde yirmiden fazla yazı geliştirildiği görülmektedir (1).

Kayda geçmeyen bilgiler unutulmaya mahkûmdur. Bunun içindir ki dünyanın farklı ülkelerinde vuku bulan sosyal, siyasi ve bilimsel gelişmeler hakkında doğru bilgiler edinebilmek ancak olayları vuku buldukları zamanda kayda geçen yazılı metinleri incelemekle mümkündür. M.Ö. 5. yüzyılda yaşayan Halikarnaslı tarihçi Herodot (484-425), “*Fenikeliler, Yunanistan'a Kadem isimli birinin başkanlığında geldiler ve yanlarında Yunanistan'a pek çok ilim ve sanat taşıdılar, bunların arasında Yunanlıların onlardan aldığı yazı da vardı*” diye yazmaktadır.

Kadim Mısır'da var olan bilim kültürü hakkında günümüze kadar ulaşan bilgiler sistemleştirilememiştir. Mamafih yaklaşık son iki asırdır süregelen tarih araştırmaları ve arkeolojik kazılar, antik Mısır dâhil geçmiş uygarlıklar hakkında değerli bilgi ve bulgular sunmaktadır. Mısır'ın ilk kurucu kralı Menes (yaklaşık M.Ö. 3100)'ten önce kültür ve medeniyet seviyesi Mezopotamya'da hüküm süren Sümerlerden çok gerilerdeydi. Mısır'da siyasi birliğin tesisinden sonra sosyal, kültürel, teknik ve idari alanlarda çok hızlı gelişmeler kaydedilmiştir. Menes devrini takip eden iki bin yılın büyük bölümünde ekonomik zenginlik ve kültürel donanım açısından dünyanın önde giden ilk iki devletinden biri Mısır olmuştur. Şüphesiz ülke, bu parlak başarılarını Menes'in başlattığı siyasi istikrar, idari reformlar, kurum ve kuruluşların verimli çalışmalarına borçludur. Menes devri, takriben “bronz çağ”ın başlangıcına tekabül eder. Çok



köklü ve göz kamaştırıcı bir medeniyete sahip olan Mısır'ın M.Ö. 2000-1500 yılları arasında medeni faaliyetler açısından altın çağ yaşadığı anlaşılmaktadır (2).

Takriben M.Ö. 2600 yıllarında yaşayan firavun Keops'un kendisi için mezar olarak Giza'da inşa ettirdiği Büyük Piramit, günümüze kadar insan zekâ ve maharetinin ürünü olarak ayakta kalmış ve dünyanın yedi harikasından biri kabul edilmiş bir eserdir. Bir mühendislik şaheseri olan Keops Piramidi, her biri ortalama 2,5 buçuk ton ağırlığında 2 milyon 300 bin adet hatasız kesme taştan oluşan, 150 metre yüksekliğinde, devasa cüssesi ile 4600 yıllık tarihe tanıklık etmiş ve geleceğe meydan okuyan muhteşem bir yapıdır. İnşaatin 20 yılda tamamlandığı kabul edilirse, günde ortalama 300 taşın (7500 ton) taşınıp, kaldırılıp, yerine dakik bir biçimde yerleştirildiği ortaya çıkar (3). Günümüzün modern makine ve teçhizatının olmadığı 4600 yıl öncesi Mısır'ında böylesine dev bir yapının nasıl inşa edildiğine, günümüzde bile bir izah getirilememiştir. Gelişmiş inşaat teknolojisi, trigonometri, hesap, dakik imalat ve lojistik planlama gibi bilgi ve beceriler gerektiren bu projenin Antik Mısır'da gerçekleştirilmiş olması o çağda Mısır'ın eriştiği bilim seviyesine işaret etmektedir.

Hemen her devirde, dini inançların ferdi ve içtimai hayatta olduğu kadar bilimsel inkişaflarında da çok önemli yansımaları vardır. Eski Mısır'da pek çok âdet ve uygulamaların halkın itikatları ile ilişkili olduğu kesindir. Mısırlılar tek Tanrı'ya, ölümden sonra dirilişe, mahşer ve hesap gününe inanırlardı. Nitekim arkeolojik kazılarda bunu destekleyen resim, yazı ve ibarelere rastlanır. Dirilişe kadar cesedi bozulmadan koruma arzusu, "mumyalama teknolojisi" diyebileceğimiz bir uzmanlık alanını doğurmuştur. Günümüzde bile kimyasal bileşimi ve üretim usulü hala bilinmeyen mumya malzemelerinin Antik Mısır'da üretilmiş olmasının, araştırma ve denemelerin sonucu olduğu tahmin edilebilir. En elverişsiz iklim şartları altında bile yıpranmasının 1 milyon sene alacağı, hatta bir atom bombasının dahi büsbütün tahrip edemeyeceği hesaplanan piramidin inşa edilmesi; "kendisine özel tanrılık" payesi veren firavunun cesedini, dirileceği güne kadar bozulmadan korumak içindir. Keza, mumyaların yanı başında çömlek kaplar içinde binlerce sene bozulmadan muhafaza edilebilen bal bulundurulması, aynı inanca işaret etmektedir.

Klasik Avrupa tarihçileri, bilim tarihini Antik Yunan dönemiyle başlatırlar. Ancak gerçek şudur ki Antik Yunanda gözlemlenen harikulade "bilimsel gelişim", aniden ve kendiliğinden or-

taya çıkmamıştır. Bunun hilafına, bilim tarihçisi Sarton'un da ifade ettiği gibi "Yunan mucizesi" diye adlandırılan güzel sanatlar, felsefe, edebiyat ve mimaride ortaya konan fevkalade başarı birden bire doğmadığı gibi, en az bunlar kadar fevkaladelikler taşıyan "Yunan bilimi" şimdi anlıyoruz ki çarpıcı kalıntılarına günümüz Mezopotamya, Mısır ve Ege Denizi havzasında rastladığımız uzun gelişim evrelerinin semeresidir (2). Tarih araştırmaları ilerledikçe Antik Yunan ve diğer medeniyetlerin bilim malzemelerini nerelerden devşirdiklerini ve geçmiş toplumlardan ne kadar bilgi ve tecrübe aktardıklarını daha iyi anlıyoruz.

Homer'e atfedilen ve kesin olmamakla beraber yaklaşık M.Ö. 9. asırda yazılıp 8. asrın ortalarında nihai şeklini aldığı zannedilen *İliad* ve *Odyssey* adlı manzum hikâyeler, Avrupa'nın o günkü bilgi ve el sanatları hakkında malumat ihtiva eden ilk eserlerdir. Destan tarzında yazılan bu iki eserde kadim Yunan halkları hakkında değerli bilgiler vardır. O çağda, tıbbi uygulamalar, yara cerrahisi, hekimler, ağrı kesiciler, yara iyileştirici ilaçlar, demir pasının tıbbi uygulaması, evlerin içini temizlemek için kükürt yakılması gibi bilgileri bu iki destandan öğreniyoruz.

Öteden beri süregelen araştırmaların ışığında bakıldığında Mısır ve Babil

geleneklerinin Yunanistan'ı pek çok açıdan etkilediği görülmekle beraber, sözü edilen gözlem ve geleneklerin Yunanistan'a nasıl aktarıldığını eksiksiz ve dakik biçimde izah etmek için gereken sistemli çalışmalar yapılmamıştır. Mamafih, “tabiat felsefesinin” bu bilgi aktarma süreci sırasında önce İyonya'da doğduğu kabul edilir. Tales, gök gözlemci Kleostratos ve Zenofan gibi isimler ve bunların hemen ardından, Güney İtalya'da Pisagor, bir taraftan felsefe ve şiirle uğraşırken aynı anda kainatı kamilen izah etmeye kalkışan ilk düşünceleri yaymaya başlarlar. Tabidir ki bu ilk açıklama teşebbüsleri oldukça ilkel hipotezler olmaktan öteye geçememiştir. Bunlardan İyonya'da doğan Tales'in (M.Ö. 624) aslen Fenikeli olduğu söylenir. Zamanının “yedi akıl” adamlarından sayılan Tales, Yunan bilim ve felsefesinin kurucusudur. Mısır'da yaşadığı yıllarda matematik ve astronomi öğrendiği kesindir. Bu sayede, M.Ö. 28 Mayıs 585 yılında vuku bulan güneş tutulmasını önceden hesaplayabilmiştir. Mısırlıların gözleme dayanan (ampirik) bilgilerinden esinlenerek ilk tasarı geometri kavramlarından bahsetti. Tales'e göre, su her şeyin aslıdır. Bu isimlerin içinde en çok sivrilen Pisagor (M.Ö. 532-497) güney İtalya'da, sonradan önemli bir bilim ekolüne dönüşen dini kardeşlik topluluğunu kurdu. Matematiği bilim seviyesine yücelten bu ekolün geometri ile ilgili pek çok buluşları olduğu gibi, ölçülemeyen miktarlar kavramı, akustik ve müzikle ilgili matematik incelemeleri vardır. Onlara göre dünya küreseldir. Tıp kuramının başlangıcı bu ekole atfedilebilir. Ekolün temel felsefesi, “tarafsız ilim tahsili en büyük arınmadır” ve “sayılar eşyanın özüdür” ibareleri ile özetlenebilir. Bu felsefe, bir taraftan “sayı mistisizmi”ne, diğer taraftan tabiatın kantitatif olarak araştırılmasına yol açtı. Ünlü “Pisagor teoremi” ($a^2 + b^2 = c^2$) olarak bilinen bağıntının Yunanlılardan bağımsız olarak Hintliler tarafından evvelce keşfedildiğini yazan Avrupalı araştırmacılar vardır. Tales ve Pisagor'un Babil ve Mısır bilim geleneklerini Yunanistan'a taşıdıkları üzerinde ittifak vardır.

Müteakip asırlarda bilimin hemen her dalında eser veren, özgün buluşlar yapan sayısız bilim adamlarından; şöhretleri günümüze kadar ulaşan birkaçını zikrediyoruz:

Demokritos (M.Ö. 460-370) Trakya'da doğdu. Yunan “atomistik felsefesi”nin öncüsü sayılır. Bunun Hint atomistik felsefesinden bağımsız olduğu iddia edilmiştir. Atomistlere göre “dolu hacim” sonsuz sayıda parçalanması imkânsız zereler (atomlar) ihtiva eder. Atomların şekil ve düzen gibi farklı geometrik yapıları vardır. Boş hacmin (vakum) olabileceğini ilk savunanlardır. Demokritos “matematiksel devamlılık” üzerinde

çalışarak piramit ve koninin hacimlerinin aynı taban alanı ve eşit yüksekliğe sahip müteakibil prizma ve silindirin hacimlerinin üçte biri olduğunu keşfetti. Bukalemunun anatomisini, duyu ve tenasülün fizyolojilerini inceledi. İltihap, hidrofobi (sudan tikslenme) ve insanlar arasında salgın hastalıkları açıklamaya çalıştı. Ayrıca psikoterapi ve müzikle tedavi kitapları vardır.

Sokrat (470-399) Batı dünyasının en büyük öğretmeni olarak kabul edilir. Felsefesi, “her şeyin hakikatini keşfetme”ye odaklıydı, “sorgulanmayan hayat yaşamaya değmez” düşüncesindeydi. Sofist felsefecilerin bilimin itibarını düşürücü davranışlarından dolayı bilime karşı şüpheci bir tavır takınmasına rağmen geliştirdiği “istidlal metodu”, “berrak tarif”, “mantıki şüphecilik” felsefesiyle bilimsel gelişmeye büyük ölçüde hizmet etmiştir. Aşırı doğruculuğundan ürken Atinalı politikacılar, Sokrat'ı ölümle cezalandırdı.

Hipokrat (d. M.Ö. 460) tıbbın babası olarak kabul edilir. Mısır'da biriken ampirik bilgiyi sistemleştirdi. Bugün bile geçerli olan tıbbi “deontolojiyi” kurdu. Bazı yönleriyle, cerrahisi 19. asra kadar varlığını korudu. Çalışmaları, genel tıp, anatomi ve fizyoloji, diyetetik, genel patoloji, özel patoloji, terapöti, cerrahi, oftalmoloji, jinekoloji-obstetrik pediatri başlıkları altında tasnif edilmiştir.

Heredot (484-425) bilim ve sanatı çalışmalarında buluşturan ilk büyük tarihçidir. Avrupa, Asya ve Afrika'da seyahatleri sırasında gördüklerini kaydetmiştir. Mısır hakkında verdiği bilgiler okumaya değer.

Eflatun (M.Ö. 428-348) Sokrat'ın talebesidir. Filozof ve matematikçidir. M.S. 529 yılına kadar Atina'da faaliyetlerini sürdüren “Akademi” adlı okulun kurucusudur. Eflatun'un “makrokosm” (evren) ve “mikrokosm” (küçük kâinat, yani insan) kavramları, Orta Çağın temel felsefe doktrini olmuştur.

Aristo (M.Ö. 384-322) Eflatun'un talebesi, Makedonyalı İskender'in öğretmenidir. Bütün çağların en büyük filozof ve bilim adamlarındandır. Pek çok konuya el atmış, önemli buluş ve görüşleri vardır. “*Ses, havanın titreşimi ile yayılır*” demiştir. Mukayeseli anatominin kurucusu sayılabilir. İlk sistematik meteoroloji araştırmalarını yapmıştır. Atina'da Lyceum adlı felsefe okulunu kurdu. Aristo'nun bilimin ilerlemesine engel olan ciddi hataları da olmuştur. Bitkilerde cinsiyetin olmadığı fikrini savunmuş, bu hata ancak 1694 yılında Camerarius tarafından düzeltililebilmiştir. Arterlerin kan ile beraber hava taşıdıkları iddiası kan dolaşımı sisteminin keşfini geciktiren ana engel sayılmıştır. Kalbi düşünme

merkezi, beyni ise kalbi serinleten cihaz zannetmiştir (2).

Öklid'in İskenderiye'de Mısır kralı I. Batlamyus (M.Ö. 323-285) devrinde yaşadığı tahmin ediliyor. Zamanın matematik bilimini *Elementlerin 13 Kitabı* adlı eserinde düzenledi. Bu kitap zamanımıza kadar elemanter geometrinin temel ders kitabı olageldi. Sayılar kuramının ilk teoremleri Öklid'e mal edilir. Geometrik optiğin iki temel prensibi olan ışığın yansıma ve doğrusal yayılma kanunları ona aittir.

Antik çağın en büyük matematikçisi, fizikçisi ve mühendisi, **Arşimed** (M.Ö. 287-212) Romalıların Syrakuz'u yağmaladıkları sırada öldü. Yüzeylerin alanlarını ölçmeye çalışırken entegral hesabını formüllemeye, Newton'dan 18 asır evvel yaklaşmış, ama sonuçlandıramamıştır. Arşimed, Heiberg tarafından 1906 yılında İstanbul'da keşfedilen *Metod* adlı kitabında integrale alternatif bir çözüm önermiştir. Pi (π) sayısını bulmuş, kaldırma ve ağırlık merkezi kuramını ortaya koymuş, statik ve hidrostatik alanlarında çalışmalar yapmış, suyun kaldırma kuvvetini bugün *Arşimed Kanunu* olarak bilinen ibaresiyle tarif etmiştir. Birleşik makara, sonsuz vida, hidrolik vida ve yakıcı aynalar Arşimed'in buluşlarındandır.

Batlamyus (Ö. 161) Mısır'da doğdu, İskenderiye'de yaşadı. Gökbilimci, matematikçi, coğrafyacı, fizikçi ve kronolojisttir. *Almagest* isimli ansiklopedik astronomi kitabı 1543 yılına kadar şöhretini sürdürmüştür. Yer merkezli (geocentric) gezegenler kuramı ve ayın hareketinde keşfettiği ikinci eşitsizlik (evection), gökbilimine yaptığı başlıca katkılardır. Uyguladığı ince düzlem ve küresel trigonometri hesaplarıyla astronominin bir matematik disiplini olmasını sağlamıştır. Çoğunluğu meşhur yerlerin enlem ve boylamlarını veren cedveller ihtiva eden coğrafya çalışmasının yanı sıra içinde bir ışık kırılması deneyini anlatan optik çalışması vardır.

Miladi 2. asrın ikinci yarısında yoğun bilimsel faaliyetlere rastlansa da, tıp alanı haricinde, bilimin parlak günleri artık geride kalmıştır. Galen'in zamanı (129-199), Batlamyus'a kıyasla gerileme devridir. Bergamalı Galen, Hipokrat'tan sonra antik çağın en önemli anatomisti, hekimi ve filozofudur. Pek çok hayvan ve birkaç insan cesedini şerh etmiştir. Bu sayede anatomi, fizyoloji, embriyoloji, pataoji, terapöti ve farmakoloji alanlarında çok sayıda yeni veriler elde etti. En önemli hizmeti anatomik ve tıbbi bilgi ve uygulamaları birleştirip düzenlemesidir. 16. asra kadar başvuru alan önemli bir kaynak olarak kabul görmüştür. Galen, nihai sebepleri esas alan (teleolojik) izahlara sadık kalarak Aristo felsefesinin

hayatiyetçi (vitalistik) fikirlerini güçlendirerek devam ettirmiştir.

Antik Yunan geleneksel bilim felsefesinin temelinde iki önemli haslet görülmektedir: “Titizlik” ve “tarafsızlık”. Buna karşılık Roma kültürünün içgüdüsünde “faydacılık” hâkimdi. Roma, medeniyet ve refahın zirvesinde olduğu zamanlarda bile bilimsel çalışmaları teşvik etmedi. Sonucunda maddi fayda gözükmeyen hiçbir araştırmaya destek vermedi. Bu menfi tavır, bağımsız bilimsel araştırmaların sonunu getirdi. Buna ilaveten Greko-Romen kültürünün nihai değerlendirmesini yaparken bu kültürün korkunç bir hesaplaşmaya maruz kaldığını unutmamak gerekir. İşte o zaman aralığında tarihin en amansız entelektüel çatışmalarından birisi baş gösterdi. Bu vahim mücadele, Antik Yunan idealleri ile başta Hristiyanlık ve Yahudilik olmak üzere muhtelif Doğu dinleri arasında patlak verdi. Her türlü inanç ve tasavvur, “ameliyat masasına” yatırıldı. Asırlarca süren bu ölümcül savaş, pek çok farklı amiller ve o devirde oldukça revaçta olan Neoplatonizm (Yeni Eflatunculuk) felsefi sisteminin uzlaşma (taviz) yanlısı müdahalesiyle içinden çıkılmaz karmaşık bir seyre girdi. Bu uzun ve zorlu savaş, nihayet Hristiyanlığın zaferiyle sonuçlandı. Ahlak ve maneviyat açısından bakıldığında bunun bariz bir kazanç, ama bilimsel araştırma açısından büyük bir hüsrana olduğu muhakkaktır. Yunanlılar gerçek ve estetik yolunu seçmiş, Romalılar faydacılığı tercih etmiş, Hristiyanlar ise ahlakın üstünlüğünü ısrarla savunmuşlardı. Sarton’un dediği gibi “hayır olmayan bilginin” “bilgisiz hayır” kadar değersiz ve tehlikeli olduğunu insanlara anlatmak 1500 yıl gibi bir zaman aldı (2). Pek çok insan hala bunu anlayabilmiş değildir.

Antik çağın bilinen en büyük dâhiyane buluşlarını Yunanlıların yaptığını teslim ettiğimiz gibi, Ortaçağın en muhteşem buluşlarını Müslümanlar ve Doğunun dâhilerinin gerçekleştirdiğini ifade etmemiz gerekir. Bununla beraber aynı zamanda Latince, Yunanca, Farsça, Süryanice, Sanskritçe, Çince ve Japonca yazılmış dikkate değer eserler ortaya konmuştur. Bunların içinde en değerli, en özgün ve en çok bilimle yüklü olanlar Arapça yazılmış olanlardır. Arapça, 8. asrın ikinci yarısından 12. asrın sonuna kadar insanlığın bilim ve ilerleme lisaniydi. O dönemde iyi bilgi sahibi, güncel olmak isteyen kim olursa olsun Arapça öğrenmek zorundaydı. Aynı günümüzde ilmi gelişmeleri anında öğrenmek isteyenlerin Batılı dillerden birini bilmesi gerektiği gibi! Bu ifadeleri ispatlamak için delil arayanlar Sarton, Sezgin, Saliba ve benzeri ciddi bilim tarihçilerinin eserlerine başvurabilirler. Avrupa’da deneysel usulün kurucusu Oxford’lu bilgin Roger Bacon, (1214-

1292) eğitimini İspanya’da Müslüman Endülü’s’ün öğretim kurumlarından aldı. Arapça lisanına vakıf olan Bacon, her fırsatta Arapça bilmenin ve Arap (İslam) biliminin gerçek bilgiye giden tek yol olduğunu vurgulardı (4).

Sarton, her ne kadar İslam bilim geleneğini 8. asrın ikinci yarısında başlatırsa da, Saliba bu geleneğin Emevi Halifelerinden Abulmelik bin Mervan zamanında başladığını *İslam Bilimi ve Avrupa Rönesans’ının Oluşumu* adlı kitabında savunur (2, 5). İslam bilimini tetikleyen en önemli etken, Kur’an da “Göklerin ve yerin yaratılışında, gece ile gündüzün birbiri ardınca gelip gidişinde akıl sahipleri için ibretler vardır.” (2: 190) gibi kâinatın sırlarını çözmeye teşvik eden çok sayıda ayetin bulunmasıdır. Keza İslam, “iman” ve “salih amel”i pek çok ayette eşleştirmiştir. Salih ameli, faydalı işler ve erdemli davranışlar olarak anlıyoruz. Yine, “*İnsanların en hayırlısı insanlara faydalı olanıdır*”, “*İlim öğrenmek her Müslüman erkek ve kadın için farzdır*” şeklinde Peygamber tavsiyesi hikmetli öğütler, İslam’a inananların hayata ve kâinata bakış felsefelerinin temelini teşkil eder. İslam dini, ilim sahibi ve topluma faydalı olmayı “ibadet” mertebesine yücelttiğine göre, bu çerçevede mütalaa edilebilecek faaliyetlerin erken tarihte başladığına şaşmamak gerekir. Kennedy, Kunitzsch ve Lorch’un bir bilim tarihi araştırmasından öğrendiğimiz gibi, Habeş el Hasib’in (y.850) trigonometri ve matematiksel projeksiyon alanında kaydettiği şaşırtıcı ilerlemeler, günün Hint ve Yunan kaynaklarındaki bilgi seviyesinin fevkindedir (6). Habeş, küre üzerinde belirli bir noktaya (mesela Mekke’ye) yön gösterme ve o noktaya olan uzaklığı hesaplama gibi özelliklere sahip düzlem-küresel usturlapların projeksiyon tasarımını gerçekleştirmiştir. Habeş’in usturlabındaki yeni projeksiyonlar, Mekke’ye müteveccihen beş vakit namaz kılmak ve hayat boyunca en az bir defa hacca gitme farzları ile alakalıydı.

Avrupa’da 7. asrın ikinci yarısı ile 8. asrın ilk yarısında görülen entelektüel ataletin ardından Orta Doğu coğrafyasında yepyeni bir bilimsel hareket doğmuştur. Devrim niteliğindeki bu hadisenin hemen tamamı Müslümanlarca gerçekleştirildiğinden, Sarton bu devre “Cabir bin Hayyan” ismini veriyor (2). Bu devirde büyük devlet adamı ve Abbasi devletinin başkenti Bağdat’ın kurucusu Halife el Mensur (Ö. 775); Farsça, Hintçe, Süryanice ve Yunancadan Arapçaya çok sayıda tercümeler yaptırarak bilimin gelişmesi için unutulmaz bir hizmette bulunmuştur. Keza büyük Abbasi halifesi Harun Reşid (763-809) bilim, sanat ve edebiyatın büyük hamisidir. Hummalı tercüme hareketleri onun zamanında da devam etmiştir. Harun Reşid 807 yılında,

Antik Yunan geleneksel bilim felsefesinin temelinde iki önemli haslet görülmektedir: “Titizlik” ve “tarafsızlık”. Buna karşılık Roma kültürünün içgüdüsünde “faydacılık” hâkimdi. Roma, medeniyet ve refahın zirvesinde olduğu zamanlarda bile bilimsel çalışmaları teşvik etmedi. Sonucunda maddi fayda gözükmeyen hiçbir araştırmaya destek vermedi. Yunanlılar gerçek ve estetik yolunu seçmiş, Romalılar faydacılığı tercih etmiş, Hristiyanlar ise ahlakın üstünlüğünü ısrarla savunmuşlardı.

Frankların kralı Şarلمان’a harikulade bir su saati hediye etmiştir. İbrahim el Fezari (Ö. 777) bilinen ilk Müslüman usturlab tasarımcısıdır. Gökbilimi üzerine yazılmış birkaç çalışması vardır. Yakup bin Tarık (Ö. 796) zamanın en büyük gökbilimcilerindendi. 767-778 yıllarında Bağdat’ta yaşadı. El Mensur’un sarayında, *Siddhanta* adlı eseri Hindistan’dan getiren Hindu Kankah ile tanıştı. Bu eserden alınan cedveller üzerine müzekkireler yazdı. Muhammed bin İbrahim el Fezari (Ö. 796) Müslüman bilim adamı ve gökbilimcidir. 772 yılında El Mensur’un emriyle bir astronomi çalışması olan *Siddhanta*’yı Sanskritçeden tercüme etti. Muhtemelen bu vesileyle Hindu rakamlar (sıfır dâhil) Hindistan’dan İslam bilimine intikal etti. Aslen Mısırlı bir Yahudi olan Maşallah (Ö. 815) İslam bilim tarihinde ilk gökbilimci ve astrologlardandır. Orta Çağ’da en çok okunan kitabı, Kremonalı Gerard’ın tercüme ettiği “*De scientia motus orbis*”tir. El Naubakht (Ö. 776) el Mensur’un astrologuydu. İranlı gökbilimci ve mühendistir. Maşallah ile beraber Bağdat’ın kuruluşundan önce (762-763) gerekli ölçümleri yaptı. “*Kitab al Ahkâm*” isimli astroloji kitabı vardır. El Fadl bin Naubakht (Ö. 815), Harun Reşid’in kütüphane müdürü ve gökbilimcidir.

Cabir bin Hayyan el Ezdi, Kufe’de

yaşadı (776). Orta Çağ Avrupa'sında "Geber" ismi ile bilinen en meşhur Arap kimyacıdır. Kimya araştırmaları hakkında çok sağlam ve dikkat çekici görüşleri vardır. Bazik kurşun karbonat; sülfütlere arsenik ve antimon hazırlanması, metallerin saflaştırılması, çelik hazırlama, kumaş ve derinin boyanması, su geçirmeyen kumaş ve demirin korunması için vernik hazırlama, manganez dioksit cam imalatında kullanılması, yaldızlı yazı için demir sülfürlerinin kullanılması, konsantre asetik asit elde etmek için sirkenin damıtılması gibi çeşitli uygulamalarla uğraştı. 12. asır ve sonrası Latince kitaplarda Geber'e atfedilen bazı gerçeklerin Cabir'e mal edilmesi gerekir. Cabir'in henüz hiç el değmemiş Arapça el yazmaları layıkıyla tasnif, tedvin ve müzakere edildikten sonra ancak bu bilim adamı hakkında tam bilgiye sahip olabileceğiz. Her hâlükârda Cabir'in Orta Çağ biliminin çok büyük şahsiyetlerinden biri olduğu kesindir.

Dünya bilimine çeşitli katkıları olmuş, İslam Medeniyetinin yetiştirdiği (Müslüman ve gayri Müslim) bilim insanlarının isim ve eserlerini bu sınırlı yazıya sığdırmak imkânsızdır. 9. asır gerçek manada bir İslam asrıdır. Bu asırda Müslüman bilim adamlarının faaliyetleri, muasırlarının çalışmalarından kahir biçimde üstündü. Sarton'un deyişiyle "Ö günlerde Müslümanlar medeniyetin gerçek bayraktarlarıydı" (2).

Ebu Yusuf Yakub el Kindi, 9. asrın başında Basra'da doğdu. (Ö. 873) Me'mun ve el Mu'tasim (813-842) zamanında Bağdat'ta çalışmalarını sürdürdü. Araşların filozofu olarak anılır. Yunan bilimi ve felsefesinde derin bilgi sahibiydi. Ansiklopedik bir bilim adamıydı. Kaleme aldığı 270 kadar eserin çok azı günümüze ulaşmıştır. Bunlar matematik, fizik, tıp, eczacılık, coğrafya, müzik ve astroloji hakkındadır. Hindu rakamlarının uygulaması hakkında dört kitabı vardır. Yunancadan pek çok kitabı tercüme etti ve hatalarını tashih etti. Geometrik ve fizyolojik optik üzerine yazdığı ve Latinceye çevrilen *De aspectibus* isimli önemli kitabı; Roger Bacon, Witelo ve diğer bilim adamlarını etkiledi. *Di medicinarum compositarum gradibus* adlı eseri "posoloji"yi matematik bir temele oturtmak için fevkalade bir gayretin ürünüdür. Pek çok eseri Gerardo da Cremona tarafından Latinceye çevrildi. Cardano, el Kindi'yi "12 en büyük zekâ"dan biri olarak gösterir.

Ebu Abdullah Muhammad bin Musa el Harizmi (Ö. 850) Aral Gölünün güneyinde bugünkü Hiva'da (eski Harezmi) doğdu. 813-833 yılları arasında el Me'mun zamanında çalıştı. Bugün matematikte kullanılan algoritma ve logaritma kelimeleri bu büyük bilginin adından türetilmiştir.

Matematik, gökbilimi ve coğrafya alanlarında özgün eserler vermiştir. Soyunun en büyük matematikçilerindendir ve zamanının en büyük matematikçisidir. Orta Çağda matematiği en fazla etkileyen bilim adamıdır. Arapça yazdığı aritmetik kitabı kaybolmuştur. Ancak bu kitabın 12. asırda yapılan Latince tercümesi mevcuttur. *Hesab-ül Cebir vel-Mukabele*, alanında devrim niteliğinde bir iltir; lineer ve kodratik denklemlerin analitik çözümlerini izah eder. Kodratik denklemlerin şekillerle geometrik çözümlerini izah eder. Kodratik denklemlerin şekillerle geometrik çözümlerini de anlatır. Misal olarak verdiği $x^2 + 10x = 39$ denklemini kendisinden sonra gelenler tarafından tekrarlanmıştır. *Liber ysagogarum Alchorismi* isimli kitabı, Latinceye Bathlı Adelard tarafından tercüme edilmiştir. Aritmetik, geometri, astronomi ve müzik konularını işler. Harizmi'nin astronomi ve trigonometri cedvelleri, 10. asrın ikinci yarısında Mesleme el Mecriti tarafından gözden geçirilmiş ve 1126 yılında Bath'lı Adelard tarafından Latinceye çevrilmiştir. Bu cedveller, sinüs ile beraber tanjant fonksiyonlarını da ihtiva etmektedir. El Harizmi, Batlamyus'un coğrafyasının hem metnini hem de haritalarını düzeltmiştir.

Ebul Abbas Ahmed el Fargani, Fergana'da (bugünkü Özbekistan) doğdu. El Me'mun'un en büyük gökbilimcilerindendi. 861 yılında hayattaydı. *Kitabu Fi harakat el-semaviyye ve cevami ilm el nucum* isimli astronomi eseri, 12. asırda Latinceye çevrildi. Bu kitap, Regimontanus'tan önce Avrupa gökbilimini çok büyük ölçüde etkiledi.

Latin kaynaklarda Rhazes olarak anılan Ebu Bekr Muhammed el Razi (Ö. 923) 9. asrın ortalarında Rey şehrinde doğdu. Rey ve Bağdat'ta yaşadı. Hekim, fizikçi ve kimyacıdır. İslam'ın ve Orta Çağın şüphesiz en büyük klinisyenidir. Kuramda Galen'ci olup, muazzam ilmi ile gerçek Hipokratik hikmeti birleştirdi. Kimya bilgisini tıbbı uygulamalı. Kimyacıların atası sayılabilir. Pek çok eserleri içinde en önemlileri *Kitab el Havi* (Latincesi, Continens), devasa bir tıp ansiklopedisidir. Bu kitapta kendi tecrübelerine ilaveten Grek ve Hindu müelliflerden Hülâsa bilgiler de vardır. Bir diğer eseri, *Kitab el Mansuri* (Liber al-Nmansoris) daha çok Yunan bilimine dayanan on kitaptan oluşan bir derlemedir. Meşhur eserlerinden biri de çiçek ve kızamık hastalıkları üzerine yazdığı *Kitab al Cüderi vel-Hasbe* (Latincesi: De variolis et merbillis; De peste; De pestilentia) İslam tıbbının şaheseridir. Jinekoloji, obstetrik ve oftalmik ameliyatlara yapılan pek çok katkıları el Razi'den kaynaklanmıştır. "El-Mizan el-Tabii" dediği hidrolik teraziyi kullanarak özgül ağırlık araştırmaları yaptı. Muhtelif kimya çalışmaları ona atfedilir. *Arcandorum liber, apocryphal* adlı ese-

rinde yirmi beş adet kimya cihazından bahseder.

İslam biliminin muhteşem şahsiyetlerinden Ebu'l-Vefâ el-Bûzcânî (940-997) Kuhistan'da doğdu. Gökbilimci ve İslam matematikçilerinin en büyüklerindendir. Öklid, Disfantos ve el Harizmi'nin çalışmaları hakkında yorumlar yazdı. *Kitabul Kâmil* ve uygulamalı geometri olan *Kitabul Hendese*'nin yanı sıra maalesef günümüze ulaşamayan eserleri vardır. Pek çok geometri problemi çözmüştür. Trigonometrinin gelişmesine önemli katkıları oldu. Sinüs cedvellerinin hazırlanması için yeni ve dakik bir yöntem geliştirdi. Bildiğimiz $\sin(\alpha \pm \beta)$ ya eşdeğer ifadeler geliştirdi. Tanjantlar cedveli hazırlandı; trigonometriye ilk defa "secant" ve "cosecant" kavramlarını getirdi.

Filozof, matematikçi, gök bilimci, coğrafyacı, ansiklopedist olarak bilinen Abu Reyhan Muhammed el Biruni (973-1048) Hiva'da doğdu. Bilim tarihçisi Sarton (2) O'nun için, "İslam'ın ve bütün çağların en büyük bilim adamlarındandır" der. "Allah'ın âlim (sonsuz ilim sahibi) sıfatı cehaleti mazur kılmaz" cümlesi, El Biruni'nin bilim felsefesini özetler. İki yüzden fazla eserinin çoğu kaybolmuştur. Başlıca eserleri, bir astronomi ansiklopedisi olan *El-Kanunü'l-Mesudi, Tarih el Hind ve El Âsâr'ul Bâkiye*'dir. Enlem ve boylamların dakik hesabı, 18 kıymetli taş ve metalin özgül ağırlığının tespiti, su kaynakları ve artezyenlerin hidrostatik prensiplerle izahını yapmıştır. Işığın sestene çok daha hızlı yayıldığını ifade etmiştir.

Ali bin Yunus (Ö. 1009) İslam'ın en büyük gökbilimcisi sayılır. Kahire'de Fatimilerin kurduğu "Darul Hikme" akademisinin çok donanımlı rasathanesinde pek değerli araştırmalar yaptı. Logaritmanın icadından önce çok elzem olan $\cos \alpha \times \cos \beta = \frac{1}{2} [\cos(\alpha - \beta) + \cos(\alpha + \beta)]$ formülüne eşdeğer formüller geliştirdi. Bir derecenin sinüsünün yaklaşık değerini şöyle ifade etmiştir:

$$\sin 1^\circ = \frac{1}{3} \times \frac{8}{9} \sin\left(\frac{8}{9}\right)^\circ + \frac{2}{3} \times \frac{16}{15} \sin\left(\frac{15}{16}\right)^\circ$$

Birleşmiş Milletler (BM) UNESCO Teşkilatı, 2015 yılını "uluslararası ışık yılı" ilan etti. Bu vesileyle Latince kaynaklarda Alhazen ismi ile bilinen Ebu Ali el Hasan ibn el Heysem'i (965-1039) bilim dünyası takdirle anıyor (7). İslam'ın en büyük fizikçisi ve bütün çağların en büyük optik araştırmacılarındandır. Tahsilini o çağların bilim ve medeniyet başkenti Bağdat'ta tamamladıktan sonra çalışmalarını Mısır'da sürdürdü. Karanlık odadan, ışığın kırılması ve yansımaya kadar ışıkla ilgili her konuda çalıştı. Aynı zamanda gökbilimci, matematikçi ve hekimdi. *Kitab el Manazir* isimli optik kitabının Latince tercümesi Batı bilimini (R. Bacon ve Kepler) büyük çapta etkiledi. Bu deneysel yöntem çok

büyük bir merhale idi. Ortaya çıkardığı ilkeler sayesinde ışığın tabiatını çözen insanlık; zaman içinde gözlük, teleskop, mikroskop, prizma, fotoğraf makinası gibi tasarımlarla yoluna devam ediyor. "Al Hazen problemi" olarak bilinen ve dördüncü dereceden bir denklemin çözümünü hiperbol ile bir daireyi kesiştirme yöntemi ile gerçekleştirdi. Bunun gibi "Al Mahani problemi" olarak bilinen üçüncü dereceden bir denklemin de benzer yöntemle çözdü.

Ömer Hayyam (1088-1124) Nişabur'da doğdu. Orta Çağın en büyük matematikçilerindendir. Gökbilimci ve "Rubaiyat" şairidir. Hayyam'ın cebir çalışmalarında hem geometrik hem de alcebrik çözümler vardır. 1074-1075 yıllarında Selçuklu Sultanı Melikşah'ın davetine icabet ederek Rey'de kurulan yeni rasathanede çalıştı. Sultanın emriyle bir takvim geliştirdi. Ömer Hayyam takviminin Gregoryen takviminden daha dakik olduğu kabul edilir. Gökbilimci Uluğ Bey, (Ö. 1449) bu takvimin 3770 yılda 1 gün hata yaptığını söyler. Modern yoruma göre hata, 5000 yılda 1 gündür. Gregoryen takvimi 3330 yılda 1 gün hata yapar. Harizmi'nin yöntemlerini kullanarak üçüncü derece polinom denklemlerin ne zaman kökleri olacağı sorusuna ilk cevapları verenler arasında Ömer Hayyam da vardır (8).

İslam kültür ve medeniyeti; İspanya ve Kuzey Afrika'dan Orta Asya'ya, oradan Çin ve Hindistan'a kadar uzanan coğrafyada sayısız ilim merkezlerinden dünyayı aydınlattı. Müslümanların Ortadoğu'da kurdukları ilk yüksek tahsil kurumu Beyt'ül Hikme (Hikmet Evi)'dir. Abbasi Halifesi al-Me'mun tarafından 830 yılında Bağdat'ta açılmıştır. Akademik eğitim veren bu müessese; çok yoğun çalışan ve dünyanın değişik dillerinden kitap tercüme eden bir tercüme bürosu, halka açık büyük bir kütüphane ve gökbilimi tedrisatı yapan rasathaneye sahipti. Yine bu dönemde tarih sahnesine çıkan hastahaneler, aynı zamanda tıp eğitimi vermekteydi. El Me'mun bilim ve sanatın gerçek hamisiydi. Bağdat'taki rasathaneye ilaveten Tedmur Ovasında bir rasathane daha kurdu. Devrin gökbilimcileri eliptik eğimin 23° - 33° olduğunu hesapladılar. Halife el Me'mun gezegen hareketlerine ait cedveller hazırlattı. Biri Tedmur yakınlarında olmak üzere, dünyanın çapını hesaplamak için ölçmelerin yapılmasını emretti. (Buna göre bir derece = $56 \frac{2}{3}$ mil, dünyanın çevresi = 20400 mil, dünyanın çapı = 6500 mil olarak hesaplandı.) Büyük bir dünya haritası hazırlattı. Her türlü bilimsel çalışmayı destekledi.

Ancak öğrencilerinin bütün ihtiyaçlarını karşılayan ve sonradan kurulan yüksek eğitim-öğretim kurumları için örnek teşkil eden İslam'da ilk akademi ise bilgin ol-

duğu kadar da bilge olan, Selçuklu Veziri **Nizamülmülk**'ün tesis ettiği (1067-70) Nizamiye medreseleridir. Avrupa'da ilk üniversitelerin Nizamiye örneğini taklit ettiklerini, Rauben Levy'nin *A Baghdad Chronicle* adlı eserinden öğreniyoruz (9). Gazali, Bağdat Nizamiyesinde dört yıl ders vermiş (1091-5) ve ilim tahsil edenlere aynı zamanda ahlak şuurunu verilmesini savunmuştur. Nizamülmülk, Nişabur ve Selçuklu devletinin diğer şehirlerinde de Nizamiye Medreseleri kurdurarak ilmin yayılmasına büyük hizmette bulunmuştur. Bu bilgin vezirin devlet adamları için kaleme aldığı *Siyasetname* adlı meşhur bir Farsça eseri de vardır. Aslen İranlı ve Şafii olan Nizamülmülk, Sultan Alpaslan ve Sultan Melikşah'ın divanlarında devlet hizmetlerini ifa ederken ilim adamlarına hamilik yapmıştır. Devrin önemli matematikçilerinden Ömer Hayyam, Nizamülmülk'ün medrese arkadaşıdır. 1966 yılında IBM için hazırlanan modern matematikçiler başlıklı bir bilim afişinde Ömer Hayyam'a da yer verilmiştir.

Princeton Üniversitesi tarihçilerinden Philip Hitti, Müslümanların dünyaya eşsiz iki hediye sunduğunu söyler: *Kâğıt* ve *ondalık sistemi* (10). Kâğıttan önce yazı malzemeleri kıt ve yetersizdi. Parşömen ve papirüs ayrıca dayanıksızdı. Çinliler dut yaprağından ipek kâğıt yapmayı gerçekleştirmişti ancak ipek kâğıt pahalıydı ve Çin'den kâğıt ithali uzun zaman alıyordu. Kâğıt imalatını Çinlilerden öğrenen Müslümanlar, bugün bildiğimiz kâğıdı ilk defa 750 yılında Semerkant'ta üretti. Bağdat'ta ilk kâğıt imalathanesi 794 yılında kuruldu. Kısa zamanda kâğıt imalathaneleri diğer Müslüman şehirlerine yayıldı. Kâğıt teknolojisi hakkında yazılmış bir İngilizce kitabın giriş bölümünde, Halife Harun Reşit zamanında Bağdat'ta 900 kâğıt imalathanesinin varlığından bahsedilir. Bu rakam İslam Dünyasının o günkü başkenti olan Bağdat'ta entelektüel ve bilim faaliyeti hakkında bir fikir verir. 10. asrın sonlarına gelindiğinde Endülüs dâhil olmak üzere İslam dünyasının her yanında kâğıt kullanılmaktaydı. Henüz matbaa olamamasına rağmen el yazması kitapların haddi hesabı yoktu. Tarihçi Yakubi, 891 yılında Bağdat'ın sahaflar (kitapçılar) çarşısında 100'den fazla kitapevi olduğunu yazar. Kâğıda olan büyük talepten dolayı kâğıt ticareti yapan ve "varrak" denilen kırtasiyeciler esnaf oluşmuştu.

Bilim ve sanatta yükseliş ve medeniyet yolunda ilerleme uzun süren bir huzur ve istikrar sayesinde mümkün olmuştu. Gerçi başta Kudüs ve Antakya olmak üzere Doğu Akdeniz'i işgal eden Avrupa Haçlı Orduları Anadolu, Suriye ve Mısır'ı sarsmış, ama sonunda Sultan Selahaddin Eyyubi'nin ordusu tarafından



Ortadoğu'dan atılmıştı. Ancak barbar ve müşrik Moğolların 1258 yılında Bağdat'ı yağmalamaları, İslam'ın 500 yıllık bilim mirasını birkaç gün içinde yok etmişti. Nedim'in fihristinde yer alan kitapların binde biri bile katliamdan kurtulamamıştır. İslam biliminin alt yapısını oluşturan ve tarihin evvelce şahit olmadığı bilim hazineleri yok edildikten sonra, İslam bilimi giderek gerilemiş eski ihtişamına bir daha ulaşamamıştır. Benzer bir felaket 1492 yılında Endülüs'te yaşanmış ve böylece İslam biliminin "altın çağı" kapanmıştır. Dünya bilim mirası ile beslenen Batı Dünyası, 15-16 asırda Rönesans'ı doğurmuş, 18. asrın ortalarında Sanayi İnkılabını gerçekleştirmiş ve art arda sıçramalarla harikulade buluşlar yapmıştır. Haçlı seferleri, Moğol İstilas ve Endülüs'ün düşüşü gibi felaketler yaşanmasaydı, Endüstri Devrimi muhtemelen Bağdat-Konya-İstanbul gibi bir İslam ekseninde doğacaktı.

Kaynaklar

- 1) El Sadi, F. I. And El Munif, A.M. *The Civilization of writing, Riyadlı 1425 (Hijrah)*
- 2) Sarton, George, *Introduction to the History of Science From Homer to Omar Khayyam*, Newyork, 1975.
- 3) Hart, Michael, H. *The 100, A Ranking of the Most Influential Persons in History* Kensington Publishing Corporation, 1992.
- 4) Al-Hassani, S.T.S. *Bin Bir İcat, Dünyamızda İslam Mirası, İstanbul, 2010.*
- 5) Saliba, George *İslam Bilimi ve Avrupa Rönesansının oluşumu. İstanbul Mahya Yayınevi, 2012.*
- 6) Kennedy, E. S., Kunitzsch, P., ve Lorch, R. P., *The Melon-Shaped Astrolabe in Arabic Astronomy, Stuttgart, 1999.*
- 7) Yazıcı, Enis, *Işık Uygarlığında, Bilim ve Teknik, sayı 574, 2015.*
- 8) Sertöz, Ali Sinan, *Cebir Tarlada Başladı, Bilim ve Teknik, Sayı 576, 2015.*
- 9) Reuben, Levi, *A Baghdad Chronicle, Cambridge, 1929.*
- 10) Hitti, Philip, *A History of the Arabs, Mc Millan, 1970.*

Sağlık hukuku eğitiminde 5N1K

Doç. Dr. Fulya İlçin Gönenç



Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi mezunudur. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde yüksek lisans (1996) ve doktorasını tamamladı (2002). 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. Çeşitli üniversitelerde Roma Hukuku, sağlık-tıp hukuku ve farklı alanlarda lisans, yüksek lisans ve doktora dersleri vermektedir. Hasta hakları, tıp hukuku ve etiği, engelli hakları konusunda sivil toplum örgütlerinde ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda görev yapmaktadır.

Gazetecilik mesleğine dair sık duyduğumuz kavramlardan birisi; 5N1K kuralıdır. Bir haberin, “5N1K” formülündeki sorulara cevap vermediği sürece eksik hazırlanmış bir haber olacağı kabul edilir. Bir haberde olmazsa olmazları ifade eden ve “haberciliğin altın kuralları” olarak bilinen 5N1K; ne, nerede, ne zaman, nasıl, neden ve kim sorularının bir haber metninde olması gerektiğini ifade eder. Sağlık hukuku eğitimi kısa bir yazının konusu olamayacak kadar kapsamlı bir konu olmakla ve bu yazı bir haber niteliği taşımamakla birlikte, zihnimizdeki sorular, 5N1K kuralında yer alanlar ile benzerlik göstermektedir:

Ne? (Verilecek Eğitim Nedir?)

Cevap: Sağlık hukuku eğitimi

Neden? (Sağlık Hukuku Eğitimi Neden Verilmeli?)

Tıp ve hukuk, yüzyıllardır birbirini tamamlayan iki alan olarak kabul edilmektedir. Bunun nedeni, bunlardan birisinin insan yaşamını ve sağlığını, diğerinin ise temel hak ve özgürlükleri korumaya adanmış iki disiplin olmasıdır. Sağlık hukuku, hukukun bir alt disiplini olarak hasta haklarının gelişmesi ile şekillenmeye başlamıştır. Esas olarak insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını

dile getiren ve dayanağını insan hakları ile ilgili temel belgelerden alan hasta hakları, karmaşık sağlık sistemi içindeki hastanın korunması gereği ile ortaya çıkmıştır.

Diğer yandan tıp ve hukuk, izledikleri amaç doğrultusunda aynı konulara farklı şekilde yaklaşır. Hukukçu karşılaştığı sorunda mevcut hukuk kuralına uygun çözümü ararken, hekim en yararlı çözüm peşindedir. Hukukun; hasta, hastalık, sağlık, sağlık hizmetleri gibi kavramlara verdiği anlam ile tıbbın bu kavramları ele alış şekli birbirinden farklıdır. Akademik açıdan ayrı alanlar olarak görülen tıp ve hukukun son dönemlerde hızla yakınlaştığı alanlardan birisi olan sağlık hukuku ile sağlık hizmetlerinin işleyişini etik ve hukuk kurallarına göre değerlendirmenin önemi daha fazla ortaya çıkmıştır. Özellikle tıp bilimi ve teknolojinin gelişimiyle sağlık hizmetleri ve tıbbi girişimlerin boyutlarında yaşanan yeniliklerin biyoetik alanında yarattığı tartışmalar, tıp ile hukuk arasındaki ilişkiye yeni bir boyut kazandırmıştır.

Tıp alanında yaşanan gelişmeler tıbbın birçok alanında hukuk kökenli kavramların daha yaygın biçimde kullanılmasına yol açtığı gibi, hukuk diline de tıp kavramlarının girmesini hızlandırmıştır. Sağlık hizmetlerinin gereği gibi işleyebilmesi, ihtiyaçların karşılanmasına olduğu kadar etkin bir hukuk sisteminin varlığına da bağlıdır. Daha açık bir ifadeyle, sosyal ve

siyasi alanda olduğu gibi tıp alanında da hukukun meşrulaştırıcı bir etkisi vardır.

Sağlık hukuku; disiplinler arası bir hukuk dalı olarak anayasa hukuku, ceza hukuku, idare hukuku, medeni hukuk gibi hukukun tüm diğer alanları ile de ilişkilidir. Bu nedenle de sağlık hukuku, hukukun belli bir alanında uzmanlaşmış hukukçulara bırakılamayacağı gibi, sadece hukukçulara da bırakılamayacak kadar önemli bir alandır. Özellikle tıbbın günlük uygulaması içinde ortaya çıkan değer sorunları ve ikilemler konusunda hastalar, hasta yakınları, hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının tutum, davranış ve beklentileri göz ardı edilemez. Her türlü tıbbi müdahalenin hukuki sınırlarını çizen, hekim-hasta arasındaki hukuki ilişkiyi belirleyen, hasta-hekim-diğer sağlık çalışanlarının hak ve sorumluluklarını düzenleyen sağlık hukukunun her açıdan ve herkes için taşıdığı önem büyüktür.

Nerede? (Sağlık Hukuku Eğitimi Nerede Verilmeli?)

Tıp eğitiminin niteliği dâhil olmak üzere, sağlık alanındaki tüm sorunların sağlık hukukunun konusu olduğu bir gerçektir. Günümüzde tıp eğitiminin hasta hakları, tıp hukuku ve etiği gözetilerek kurgulanması gerektiği tartışmasız olarak kabul edilmektedir. Uygun olan; sağlık hukuku eğitiminin sadece tıp fakültelerinde değil, tüm sağlık bilimleri fakülteleri ve yükseköğretim kurumlarının müfredatında yer almasıdır.

Sağlık hukukunun ayrı bir ders olarak hukuk öğretiminin bir parçası olması ise artık bir zorunluluk halini almıştır. Sağlık alanındaki her türlü konuyu bütüncül bir yaklaşım içinde değerlendirebilecek hukukçuların yetiştirilmesi için hukuk fakültelerinde “Sağlık Hukuku” eğitiminin verilmesi son derece önemlidir.

Nasıl? (Sağlık Hukuku Eğitimi Nasıl Verilmeli?)

Hukukun farklı disiplinleri ile bağlantılı olan sağlık hukukunun gelişebilmesi ancak hukuk fakültelerinde ayrı bir anabilim dalı olarak yapılması ile mümkündür. Sağlık hukukunun ayrı bir disiplin olarak kabul edilmesi, konunun bilimsel olarak bütüncül bir yaklaşımla ve tüm yönleri ile ele alınmasını sağlayacağı gibi, sağlık hukuku eğitimi verebilecek insan gücünün yetiştirilmesi açısından da önemlidir.

Hukuk fakültesi öğretim üyelerinin sağlık hukukuna ilişkin yaptığı çalışmalar kendi çalışma alanları ile sınırlı kalmakta, konunun tüm yönleri ile değerlendirilmesi konusunda eksiklikler olmakta, zaman zaman aynı konuda hukuk disiplinleri arasında dahi farklı yaklaşımlardan kaynaklanan sorunlar giderilememektedir. Daha da önemlisi sağlık hukukunu bir yan dal olarak gören akademisyenlerin, tıbbi teknolojilerdeki gelişmeleri izleyerek muhtemel hukuki ve etik sorunları tespit etmelerini, ulusal ve uluslararası hukuki düzenlemeleri, bilimsel yayınları takip etmelerini beklemek mümkün de değildir. Çoğu zaman biyohukukun tartışmalı ve çözüm bekleyen sorunları konuya ilgi duyan az sayıda akademisyen tarafından ele alınmakta, hatta tıp hukuku ve etiğinin önemli bazı konuları hiçbir bilimsel çalışmaya konu edilmemektedir.

Günümüzde tıp eğitiminin içinde sağlık hukuku eğitiminin yer alması gerektiği yönündeki bakış giderek güçlenmektedir. Tıp ve hukuk fakültelerinde yer alacak sağlık hukuku eğitiminde, derslerin tıp ve hukukun ortak konularının belirlenerek uygulamaya yönelik olarak tasarlanması, sağlık hukuku yanında tıp etiğinin temel prensiplerinin ders içeriğine dâhil edilmesi ve ayrı bir ders olarak verilmesi genel bir yaklaşımdır. Tıbbi uygulamalar sırasında yaşanan hukuki ve etik ikilemlerin aşılmasında eğitimin gerekliliği yanında, hekimin hasta ile ilişkisinin hukuki niteliğini bilmesi, gerek kendisinin gerekse hastanın hak ve yükümlülüklerinin farkında olması, klinik uygulamalar ve bilimsel çalışmaların hukuki ve etik sınırlarını çizebilmesi önemlidir. Her şeyden daha önemli ve değerli olan ise, sağlık hukuku eğitimi ile hekim ve diğer sağlık çalışanlarının hukuki ve etik bir bakış açısına sahip olabilmelerinin sağlanmasıdır.

Kim? (Sağlık Hukuku Eğitimi Kim Tarafından Verilmeli, Kime Verilmeli?)

Sağlık hukuku eğitiminin tıp ve hukuk fakültelerinin müfredatına girmesi, sağlık hukukunun anabilim dalı olarak yapılması, bu konuda çalışacak genç akademisyenlerin desteklenmesi, sağlık hukukunun doçentlik temel alanı olarak kabul edilmesi, sağlık hukukunun ve sağlık hukuku eğitiminin öncelikli konularının başında gelmektedir. Eğiticisi olmayan bir eğitim programından söz edebilmek mümkün değildir. Sağlık hukuku, hukukun diğer dallarında olduğu gibi belli bir uzmanlaşmayı gerektirir. Bu durumda sağlık hukuku eğitimini verebilecek olanlar; bilgi, görüş ve becerisi ile bu yeterliliğe sahip uzman hukukçular ve/veya bu konuda akademik eğitim almış kişilerdir.

Gelişen ve tanınırlığı artan sağlık hukuku alanında eğitime olan ihtiyaç ve artan ilgi, bu konuda çeşitli üniversitelerde açılan tezli-tezsiz yüksek lisans programları ve Medipol Üniversitesi bünyesinde açılan Sağlık Hukuku Doktora Programı ile akademik bir nitelik kazanmıştır. İstanbul başta olmak üzere, Ankara, İzmir ve farklı illerdeki üniversitelerde birbirinden farklı ders ve ders içeriklerine sahip programların büyük bir kısmına hukuk lisans diplomasına sahip olmayan öğrenciler de kabul edilmektedir.

“Sağlık hukuku eğitimini kim verebilir?” sorusunun cevabı, belirlenmiş kriterlerin olmaması nedeniyle kolay cevaplanabilecek bir soru değildir. Sağlık hukuku eğitimi içinde yer alan konuların bir kısmı o konunun gerektirdiği bilgiye sahip uzmanlar tarafından verilebilirken (sağlık yöneticileri, adli tıp uzmanları, hekimler, sağlık çalışanları, idareciler, avukatlar, hâkim ve savcılar vs.), müfredatta yer alan sağlık hukuku dersinin sorumluluğu veya eğitimin planlanması sağlık hukukunda uzmanlaşmış kişiler tarafından üstlenilmelidir.

“Sağlık hukuku eğitimini (isteğe bağlı) kim alabilir?” sorusuna verilebilecek cevap gayet net iken, “Sağlık hukuku eğitimini (zorunlu olarak) kim almalıdır?” sorusu tartışmaya açıktır. Uygun bir içerikle eğitim planlandığı takdirde; hasta, hasta yakınları, hekimler, hemşireler, tüm sağlık mesleği mensupları, hukukçular ve isteyen herkes sağlık hukuku eğitimi alabilir. Bu konuda meslek odaları, sivil toplum örgütleri, üniversiteler, sağlık kurum ve kuruluşları, danışmanlık ve eğitim şirketleri farklı gruplara yönelik eğitim çalışmaları yapmaktadır. Ücretli ya da ücretsiz eğitim, sertifika programlarının belirli kriter ve esaslara bağlı olmaması ise ayrıca ele alınması gereken bir diğer sorundur.

Ne Zaman?

- Ne zaman sağlık bilimleri / tıp ve hukuk fakülteleri müfredatında sağlık hukuku eğitimi yer almalıdır?
- Ne zaman sağlık çalışanlarına yönelik hizmet içi eğitimler planlanmalı, hasta hakları konusunda her kesime yönelik ayrı eğitim programları hazırlanmalıdır?
- Ne zaman sağlık hukuku eğitimi verebilecek eğiticiler yetiştirilmelidir?
- Ne zaman sağlık hukukuna ilişkin mevzuat komisyonlarında yer alabilecek, etik kurul üyesi, bilirkişi, arabulucu olarak görev yapabilecek, sağlık kurum ve kuruluşlarına, araştırma şirketlerine danışmanlık hizmeti verebilecek, hatalı tıbbi uygulamalara ilişkin davalarda tıp hukuku ve etiğine uygun davranış ve tutum sergileyebilecek uzman hukukçu yetiştirmeye yönelik sağlık hukuku eğitimi verilmelidir?
- Ne zaman bu konularda gereken çalışmalara başlanmalıdır?

Cevap: Zaman kaybedilmeksizin, hemen!

Kaynaklar

Campbell A.T. (2012), *Teaching Law in Medical Schools: first, reflect*, J Law Medical Ethics, 40(2): 301-310.

Henderson A. (1969), *Innovations in Medical Education*, The Journal of Higher Education, 40(7): 505-519.

http://www.gmc-uk.org/Tomorrow_s_Doctors_1214.pdf_48905759.pdf (Tomorrow's Doctors, Outcomes and Standards for Undergraduate Medical Education, General Medical Council) (Erişim tarihi 02.12.2015)

Mattick K., Bligh J. (2006), *Teaching and Assessing Medical Ethics: Where are we now?*, J Med Ethics, 32(3): 181-185.

Nirav D., Shah J.D. (2008), *The Teaching of Law in Medical Education*, American Medical Association Journal of Ethics, 10 (5): 332-337.

Samuel W. B. (2008), *Structure and Ideology in Medical Education: An Analysis of Resistance to Change*, Journal of Health and Social Behavior, 29(4): 294-306.

Savulescu J., Crisp R., Fulford K.W.M., Hope T. (1999), *Teaching Medical Ethics: Evaluating Ethics Competence in Medical Education*, Journal of Medical Ethics, 25: 367-374.

Olick R. S. (2001), *It's Ethical, but is it Legal? Teaching Ethics and law in the Medical School Curriculum* Anat. Rec., 265(1): 5-9.

Williams P. C., Winslade W. (1995), *Educating Medical Students About Law and the Legal System*, Acad. Med., 70(9): 777-786.

Sağlık haberciliğinin ABC'si

Dr. İbrahim Ersoy



1999 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1999 yılında Medimagazin Gazetesini çıkarmaya başladı ve 15 yıldan bu yana gazetenin genel yayın yönetmenliğini yapmaktadır. Tıp hekimlerine yönelik 12 adet kitabın editörlüğünü de üstlenen Dr. Ersoy, ayrıca 1998 yılından bu yana Hekimler Birliği Vakfı'nın yöneticiliğini, 2012 yılından beri de Sağlık İletişim Derneği'nin kurucu başkanlığını yürütmektedir. Çalışma alanları sağlık politikaları, sağlık eğitimi ve sağlık iletişimidir.

Sağlık haberleri, hem toplumun sağlığını doğrudan hem de sağlık giderlerini dolaylı yoldan etkilemesi nedeniyle son yıllarda önemini giderek artırmıştır.

Bu stratejik önem, nicelik açısından sağlık haberlerinin medyada görünür-lüğünü artırmışken, nitelik olarak da tartışma konusu olmuştur. Bu yazının amacı Türkiye'de mevcut sağlık haberciliğinin bir fotoğrafını çekmek, konuyla ilgili tartışmalara yer vermek ve sağlık haberciliğinin geleceği açısından bir perspektif sunmaktır.

Sağlık haberleri

Bilim haberleri ve özelde de sağlık haberleri, içinde "haber" unsurlarının evrensel niteliğini taşıırken, diğer taraftan da "bilgi" verdiklerinden dolayı, diğer haber türlerinden farklılık gösterir. Sağlık haberleri, kamusal alanı daha geniş kapsamı nedeniyle de, bilim haberleri açısından bir adım öne çıkar. Bu iki nedenden dolayı sağlık haberi; kamuyu sağlık alanında etkileyen her türlü haberi içerisine alır. Sağlık haberleri, sağlığın; ekonomik, sosyal, kültürel, siyasal, dini, felsefi birçok yönü olmasından dolayı geniş bir alana sahiptir. Sağlığın bu kadar geniş bir çerçeveyi içine alması, aslında bir haberin sağlık haberi olup olmadığına okuyucunun/ izleyicinin mi yoksa haberi yayımlayanın mı karar vermesi gerektiği ile ilgili bir tartışmaya da neden olabilir. Ülkemiz açısından bir örnek vermek gerekirse, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun bir tıbbi girişimi tamamen ekonomik nedenlerden dolayı geri ödeme listesinden çıkarması,

doğrudan kamu sağlığına yönelik bir eylem olarak algılanabilir ve bu haber ekonomi haberi olmasının yanı sıra aynı zamanda sağlık haberi. Dolayısıyla sağlık haberlerine asıl karar veren, haberi okuyan/izleyendir.

Burada değinmemiz gereken diğer bir nokta ise, haberciliğin yeni medya denilen sosyal medya ile ayrı bir boyut kazanmasıdır. Haberciliğin tüm alanlarını etkileyen sosyal medya, diğer haber türlerinde olduğu gibi sağlık haberlerinde de değişime yol açmış, tek yönlü haber yerine iletişimi gerekli kılan bir hale bürünmüştür. Bu ise sağlık haberciliğinin gelecekte "sağlık iletişimine" dönüşmesinin öncülü kabul edilebilir. Halen yürütülmekte olan sağlık haberciliğinde ise "ilan-reklam sağlık haberi" veya halkla ilişkiler PR şirketlerinin gönderdiği bir basın bülteninin sağlık haberi olup olmadığı tartışma konusudur. Bu durum belki sağlık haberlerinin kalitesi konusunda bir tartışma alanı içine girerken, söz konusu yayınların kamunun sağlığını etkilediği ve bir sağlık haberi olduğu gerçeğini değiştirmez. Sağlığın politik, sosyal birçok yönü olduğu gibi kendi içinde de ayrıldığı birçok alan olması (kardiyoloji, radyoloji, acil hastalıklar, bakım hizmetleri vb.) sağlık haberlerinin zenginliğinin yanı sıra alanda haber yapan muhabir için zorlukları da beraberinde getirir.

Sağlık muhabirleri

Türkiye'de sağlık haberi yapan 40'a yakın sağlık muhabiri bulunmaktadır. Bu muhabirlerden yaklaşık dörtte üçü halka yönelik yayınlarda, geri kalanı da sadece sağlık profesyonellerinin

okuduğu yayınlarda haber yapmaktadır. Ulusal gazetelerin ve televizyonların birçoğu alanında uzman sağlık muhabiri istihdam ederken, ajanslarda sadece sağlık haberleri üreten muhabirler mevcuttur. Sağlık muhabirliği, hem medya yönetim kadrosu tarafından hem de bu alanda çalışmaya başlamış muhabirler tarafından sağlık alanının bir uzmanlık alanı olarak yeterince benimsenmemesi nedeniyle, değişimin diğer alanlara göre daha fazla olduğu bir haber alanı olarak sorun yaşamaktadır.

Sağlık haber sunucuları

Türkiye'de hem ulusal, hem de yerel medyanın sağlık haberlerine ilgisi oldukça yüksektir. Görsel medyada da durum farklı değildir; neredeyse her televizyonda bir sağlık programı mevcuttur. Ulusal gazetelerde son yıllarda başlayan "sponsorlu sağlık sayfaları"nın ardından televizyonlarda da "sponsorlu sağlık programları" giderek artmakta, ne yazık ki sağlık alanı medya için tamamen bir gelir kaynağı olma yönünde ilerlemektedir. Sponsorlu "sayfa" ve programların temel çıkması, verilen sağlık bilgilerindeki tarafsızlık ve doğru bilgi sorunudur. Hastane veya kişi bazlı yapılan sponsorlu sayfa ve programlarda, kamu sağlığından daha önce, sponsor olan kişi veya kurumun ticari öncelikleri gelmektedir. Bu durumun yaygınlaşması, sağlık haberciliği açısından bir tehdit olarak algılanabilir.

Sağlık haberciliğindeki diğer önemli tehdit ise internette yer alan sağlık haber ve bilgilerindeki aşırı "kirlilik"tir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) son verileri,

bu kirliliğin ne kadar dikkat çekici boyuta ulaştığını da gösteriyor. TÜİK verilerine göre internet kullanımında ilk sırada sosyal medya, sonra haber siteleri onun ardından ise sağlık bilgileriyle ilgili ara-malar geliyor. Bir anlamda her gün bu kirliliğin havuzunda binlerce insan yüzüyor. Sadece bu yönüyle ilgili bile düşünülse, sağlıkla ilgili yayınların ne kadar önemli olduğu görülecektir. Birçok kez internetteki sağlık yayınlarına yönelik bir düzenleme düşünülse de, bu gerçekleşmemiş ve internetin doğası gereği gerçekleşmesi de imkânsız gözükmektedir.

Sağlık haberlerinin bilgi kaynakları

Türkiye’de yayımlanan sağlık haberlerinin önemli bir bölümü hekim görüşlerinden oluşur. Bunun dışında bilimsel yayınlardan kaynak gösterilerek yapılan habercilik ve diğer kurumsal görüşler haber olarak diğer başvuru kaynaklarıdır. Hekim ve medya ilişkisi, sağlık haberlerinin önemli bir kaynağı olması açısından dikkat çekilmesi gereken bir ilişkidir. Bu ilişkinin sağlıklı olmaması, bazen toplum sağlığını tehdit eder bir duruma dahi yol açabilir. Hekim-medya (muhabir) ilişkisindeki en temel sorunları, güvensizlik ve anlaşılabilirlik olarak sıralasak, sanırım epey kapsayıcı bir tanımlama yapmış oluruz. Hekimlerin medyaya duyduğu güvensizlik ve bir anlamda da korku, iletişim kurmanın önündeki en büyük iki engel olarak sayılabilir. Burada bazı hekim-medya ilişkilerinin de reklam aracı olarak sık kullanıldığını ifade etmek gerekir. Ülkemizdeki birçok akademisyenin medyayla iletişiminin bir şekilde önünü açmanın, sağlık haberlerindeki kalite ve zenginliği artıracağı aşîkârdır.

Diğer taraftan medya gözüyle olaya bakıldığında en büyük sorun, hekimlerin sağlık bilgilerini yeterince anlaşılabilir olarak sunamamasıdır. Muhabirler, hekimlerin meslektaşları arasında kullandıkları Latince kelimelerle bezeli “tıp dilini” halkın anlayacağı bir hale dönüştürme hususunda zorlanmakta, bazen sadece dilden kaynaklanan önemli sorunlar yaşanmaktadır. Her iki tarafın da zaman kısıtlılığı, son çıktı olan haber ürününün istenilen şekilde olmaması için bir diğer önemli sorun olarak sayılabilir. Ayrıca pek çok uzman hekim; zaman sorunu, medyatik hekim olarak anlaşılma endişesi ve vereceği demecin halka yanlış aktarılacağı gibi endişelerle medya mensuplarına görüş açıklamamaktadır. Bu durum, muhabirleri, sponsorlu çalışmaları özel sağlık merkezlerinin uzmanlarına yöneltilmekte, böylece konunun en doğru uzmanlarının görüşlerinden istifade edilememektedir. Bu ilişkinin gelişmesi ve her iki tarafın birbirini daha iyi anlayabilmesi, sağlık



haberlerinin kamu sağlığı üzerindeki etkisini arttıracak önemli bir nokta olarak vurgulanmalıdır.

Halkın sağlık haberlerine bakışı

Toplum olarak sağlık bilgilerinde medyada başvuru kaynaklarımız sırasıyla internet, televizyon ve gazetelerdir. Burada internetin bir haber kaynağından çok bilgi kaynağı olarak kullanıldığını vurgulayalım. Bu kaynaklardan beslenen vatandaşların izledikleri veya okudukları bilgiye genel olarak güvendiklerini, hatta bu bilgileri kendi bedenleri üzerinde uygulayanların olduğunu belirtmekte fayda var. Hekimlerin iş yoğunluğundan dolayı birçok hastaya hastalıklarıyla ilgili bilgi vermede güçlük çektikleri göz önüne alındığında, hasta ve yakınlarının bu boşluğu medya ile doldurmaları, sağlık haberciliğinin önemini de artırıyor.

Sağlık haberleri ve sosyal medya

Başta vurgulandığı gibi sosyal medyadan sonra iletişimin farklı bir boyut kazanması, sağlık haberciliğinde de önemli bir kırılmaya neden olmuştur. Artık birçok hastane ve hekim, hastalarına sosyal medyadan ulaşır olmuş; onlarla “etkileşim haline” girmiştir. Özellikle sosyal medyada görsel destekli spot sağlık bilgilerinin talep görmesi, hekimleri de bir anlamda “sağlık habercileri” haline getirmiştir. Geleceğin iletişim modeli olarak yeni medya içinde yer alan sosyal medyanın sağlık haberciliğine çok daha farklı bir boyut kazandıracağı ve haber sunucularının da bu anlamda yeniden organize olacağı da kaçınılmaz görünüyor.

Sağlık haberciliğinin denetimi

Denetim, sağlık habercileri arasında her zaman için bir gündem olmuş ve konu hakkında birçok görüş ileri sürülmüştür.

Sağlık haberlerinin, kamu sağlığını doğrudan ilgilendirmesi nedeniyle bu “denetim” konusu sürekli gündemde tutulmakta, sağlık habercileri de buna gönüllü olmaktadır. Ancak bu denetimin nasıl ve kim tarafından yapılacağı noktasında tartışmalar yaşanmaktadır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı geçtiğimiz Haziran ayında bir adım atmış ve medya önüne çıkan uzman konukların artık açıklamalarının bilimsel gerçeklere dayandığını yazılı olarak belgelemek zorunda olduklarını belirtmiştir. Verilen her demeçteki tüm bilgilerin bilimsel gerçeklere dayandığının yazılı olarak belgelenmesinin zorluğu, belki de imkânsızlığı bir yana, bu konudaki yaptırımların ne olacağı hâlihazırda netlik kazanmamıştır.

Sağlık haberciliğinin geleceği

Dünyada ekonomik ve politik anlamı olan her değerın yükselmesi gibi, sağlığın da yükseldiği ve yaşlanan dünya nüfusuna ülke yönetimlerinin çözüm aradığı dünyamızda; sağlık, tarihte olduğu gibi gelecekte de yükselen değer olarak kalacaktır. Sağlık haberciliği ise buna paralel olarak gelişecek ve yakın zamanda teknolojik gelişmelerden dolayı form değiştirecektir. Türkiye’de hem sağlık iletişimi hem de sağlık haberciliği konusunda yetersiz olan literatürün önümüzdeki yıllarda hızla artacağı tahmin edilmektedir. Sağlıkla ilgili bilgi kirliliğinin had safhaya ulaşması, alanın uzmanlarının değerini arttıracaktır. Uzman sağlık habercilerinin yetişmesi bir yana, sağlık haberciliğinin kendi içinde dahi uzmanlaşmaya gitmesi gerekse de, henüz bu konuda umut vadedilen gelişmeler yoktur. Konvansiyonel haberciliğin teknik anlamda yetersizliği şu an için gözlenirse de, habercilik ruhunun teknolojik olarak donatılması ile birlikte gelecekte sağlık haberciliğinde de önemli gelişmelerin yaşanacağı öngörülmektedir.

Berrak rüya: Düşteyim ama farkındayım!

Halil Aziz Velioğlu



1988 yılında Trabzon'da doğdu. 2013 yılında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden mezun oldu. 2014 yılı itibarıyla sinirbilim doktora programına başladı. Araştırmalarını nöromodülasyon özelinde transkranyal manyetik stimülasyon konusunda yoğunlaştırmıştır. Lusid rüya, nörogenez ve mikrobiyotanın alanlarında da çalışmalar gerçekleştirmektedir. Velioğlu, çalışmalarını halen hocası Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu ile kognitif sinirbilim alanında sürdürmekte, aynı zamanda İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'nda öğretim görevlisi olarak görev yapmaktadır.

Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu



1962'de Manisa'da doğdu. 1985'te Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmetini 1985-88 yılları arasında pratisyen hekim olarak Mardin'in Silopi İlçesi'nde yaptı. 1988-1992 arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Nöroloji İhtisası yaptı. 1993-2000 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 3. Nöroloji Kliniğinde başasistan olarak çalıştı. 1996'da Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi nöropsikoloji laboratuvarı ve davranış nörolojisi konsültasyon polikliniğini kurdu ve yönetti. 2000 yılından itibaren devlet hizmetinden ayrılarak özel sektörde çalışmaya başladı. Hanoğlu halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Christopher Nolan'ın ABD yapımı filmi "Inception" (2010) rüyaları ve zihni konu olarak seçer ve aslında gerçekte "nerede" yaşadığımız konusunda bizi kararsız/huzursuz bırakır. Benzer biçimde Borges'in kahramanı, zihninde sürekli birbirine dönüşen karanlık bir ormanda insan kurban edenler tarafından kovalanan bir av, metropolde asfaltı inleyen bir motosikletçi ve hastanede ateşler içerisinde kıvrılan sayrılı bir hasta kimliklerinin içerisinde dönüp durur umutsuz ve sonuçsuzca. Bu tema, aslında yeni değildir. Çinli bilge, düşünde bir kelebek mi gördüğü, yoksa kendisinin bir kelebeğin düşü mü olduğu konusunda kararsızdır. Mümin zaten iman etmiştir; şu anda uykudayız, ölünce uyanacağız. Gerçekten de şahsen doğrudan bilebildiğimiz tek şey kendi zihnimizdir ve bilimin bize söylediği kadarıyla zihnimizin anlık durumları beynimizin değişen durumları tarafından inşa edilir. Öyleyse bu zihinsel/beyinsel durumlardan biri olan rüya nedir? Her zaman gerçek dışı bir kurmaca mıdır?

Rüya nörofizyolojik olarak, beynin uyku sürecinde kendi kendini etkinleştirilmesi

olarak ifade edilmektedir. Rüya, uykunun bölümleri olan Non-REM ve REM evrelerinin her ikisinde deneyimlenmesine rağmen, hatırlanma olasılığı daha fazla olan REM evresi ile özdeşleşmiştir. Rüyalarda genelde iç kaynaklı pek çok gariplik, acayip entrikalar, hezeyanlı düşünceler, nesnenin gerçek durumuna ait algının tümünden kaybedilmesi gibi deneyimlere rastlanılmaktadır. Bundan dolayı rüya görme, şizofrenideki zihinsel bozuklukla ilişkili psikozları, halüsinasyonları, çağırışım yapma ve kendi düşüncesi üzerindeki denetim eksikliğini andırmaktadır (1). Bu bağlamda Kant ve Schopenhauer rüyalar ile delilik arasında bir ilişki olduğuna vurgu yapmış, "delinin rüya gören uyanık kişi" ve "rüyanın kısa süreli psikoz, psikozun ise uzun süreli rüya" olduğunu belirtmişlerdir. Wundt'a göre akıl hastanesinde bulunabilecek her şey rüyalarda mevcuttur. Jung, rüya görmekte olan bir bireyin etrafta dolaşması ve rüyasına ait davranışları uyanıkmişçesine sergilemesi durumunda, bunun bir erken bunama tablosu olarak değerlendireceğini ifade etmiştir (2).

Rüyalar bilincin değişmiş durumlarıdır ve beyin bu esnada halüsinasyon olarak tanımlanabilecek canlı görüntüler, imgeler içeren sanal bir dünya inşa eder. Rüya-

nın bu halüsinasyonlu ve sanal doğası benzersiz yapıda acayip ve de tutarsız elementler içermektedir. REM uykusu sırasında prefrontal kortekste azalmış aktivite söz konusudur. Dolayısıyla rüya gören birey mantıklı düşünme ve anlamlı karar verme yetilerinden mahrumdur. Yine de rüya gören mental kapasitesini kullanıyormuş gibi hisseder ve sıkça karşı konulamaz emosyonel içeriğe sahip rüya deneyimine angaje olur. Sonuç olarak rüya dünyası gerçek olmamasına rağmen gerçekmiş gibi algılanır. Dahası rüya gören rasyonel olmayan özellikteki düşüncelerini ve davranışlarını fark etmede başarısız olur ve kendisini yanlışlıkla gerçek rasyonel bir öge zanneder (3). Bütün bu özellikler normal bir rüyanın nitelikleridir. Ama zihinsel bir etkinlik olarak farklı özellikler taşıyan rüyalar da vardır. Normal/sıradan (berrak olmayan) rüyalarla farklı olarak daha çok uyanıklık durumuna yakın özellikler gösteren ve rüyada olma durumunun farkındalığı olarak ifade edilen bu rüyalar "berrak" (lusid) rüyalar olarak isimlendirilmektedir (3, 4).

Berrak Rüya Nedir?

Berrak rüya, düş görenin rüyada olduğu-



na dair farkındalığa ve rüya içeriğini kendi iradesi ile kontrol edebilme yetisine sahip olması ile karakterize özel bir durumdur. Rüya lüsiditesinin esas ölçütü, devam etmekte olan rüya sanal gerçekliği içinde olduğuna dair bilginin rüya gören tarafından kavranmasıdır (3). Lüsid rüya gören kişiler, rüya esnasında tüm kognitif becerileri üzerinde hâkimiyet kurduklarını rapor etmişlerdir: Açık bir biçimde akıl yürütebildiklerini, normal yaşamdaki durumları rüyada hatırlayabildiklerini ve isteğe bağlı bir biçimde davranabildiklerini ya da uyumadan önce yaptıkları planlar üzerine hareket edebildiklerini belirtmişlerdir (4).

Tibet Budizmi, Sufizm ve Hindistan Yogasında lüsid rüyaların kullanıldığına dair kanıtlar vardır. Tibet'in rüya yogileri, rüyaları ilk kez rüyayı görenin mental yaratışı olarak tanımlamışlardır. Eski geleneklerin tümünde rüyalar tanrısal bir esinle ilişkilidir. Onlar için berrak rüyalar, rüya deneyimlerinin kendine

has doğasını dolayısıyla da uyanıklık durumunu deneyimlemek ve kavramak için önemli bir imkân ortaya koymaktaydı. Hemen tüm gelenekleri yansıtan bu bakış açısı, 20. yüzyılda Freud ile farklılaşmış görünmektedir. Freud rüyaların bilinçaltı tarafından yönlendirilmiş olduğunu bildirmiş ve kişinin rüyaları veya psikolojik iç görüşünün onun günlük yaşamını etkilediğini ifade etmiştir (4). Böylece rüyalar, tanrıdan insana ulaşan "kral yolu"ndan insandan terapistle ulaşan "kral yolu"na dönüşmüştür.

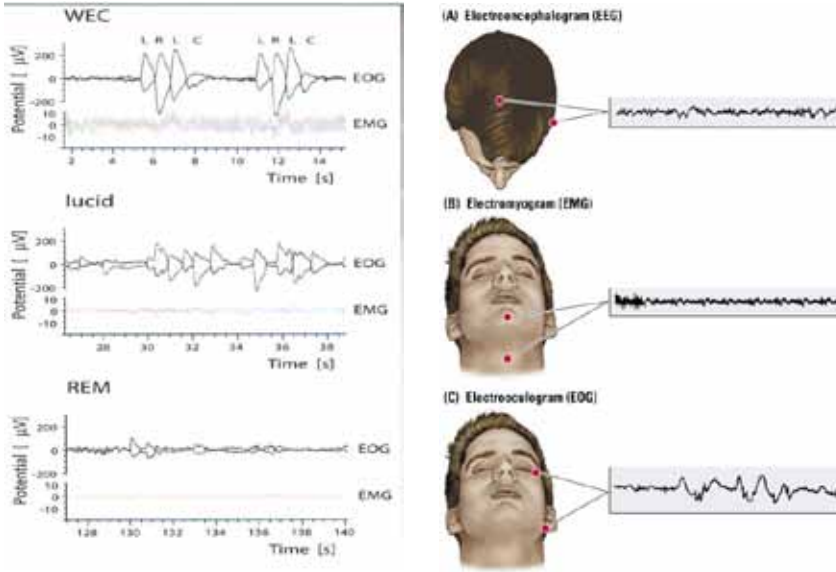
Rüya raporlamaları ve berrak rüyalar üzerine ilk sistematik araştırmalar, Prof. Marquis d'Hervey de Saint-Denis tarafından 1867 yılında yapılmıştır (4). Ancak berrak/lüsid rüya terimi ilk kez Danimarkalı psikiyatrist Williems van Eeden tarafından 1913 yılında kendi rüyasını betimlerken şu şekilde kullanılmıştır: "Bu berrak rüyalarda, uyuyan birey günlük yaşamı ve kendi durumunu hatırlar ve mükemmel bir farkındalık (uya-

Lüsid rüya gören kişiler, rüya esnasında tüm kognitif becerileri üzerinde hâkimiyet kurduklarını rapor etmişlerdir: Açık bir biçimde akıl yürütebildiklerini, normal yaşamdaki durumları rüyada hatırlayabildiklerini ve isteğe bağlı bir biçimde davranabildiklerini ya da uyumadan önce yaptıkları planlar üzerine hareket edebildiklerini belirtmişlerdir. Berrak rüya, düş görenin rüyada olduğuna dair farkındalığa ve rüya içeriğini kendi iradesi ile kontrol edebilme yetisine sahip olması ile karakterize özel bir durumdur.

nıklık) düzeyine ulaşır. Dikkatini istediği tarafa yönlendirebilir, kendi iradesi ile farklı davranışlara teşebbüs edebilir". 1980'lere gelindiğinde Stephen LaBerge ve arkadaşları bilimsel olarak kontrol edilmiş bir sistem inşa ederek, eğitilmiş deneklerin uyku esnasında göz hareketlerini izleyerek rüyalarında lüsiditeye girip girmediklerini dışarıdan belirlemişlerdir. LaBerge'nin tekniği sonraları berrak rüyayı deneyimleyen deneklerden eş zamanlı EEG kayıtları alınmasına olanak sağlamıştır (2). (Resim 1)

Berrak rüyalarla dair en kapsamlı tanımlama 1985 yılında Paul Tholey tarafından yapılmıştır. Tholey'e göre eğer bir kişi rüyadayken aşağıdaki 7 duruma haiz ise o kişi berrak rüya görmektedir (5).

- Rüya görüldüğüne dair tam farkındalığa sahip olma
- Özgür karar alma imkânına sahip olma
- Bilincin açık olması



Resim 1: Berrak rüyaların uyku esnasında elektrofizyolojik olarak ayrılmanması

- Tüm duyuların algılanabilmesi
- Uyanıklık durumuna ait hafızaya sahip olma
- Uyanıklık ve rüya durumlarında lüsid rüya deneyimine ait belleğe sahip olma
- Sembollerin anlamlarının farkında olma

Yukarda adı geçen faktörlerin bir kısmı ya da tamamı berrak olmayan/normal rüya durumlarında ortaya çıkmamaktadır. Normal rüyada, rüya gören kişi düş senaryosunun etkisinde ve yönlendirmesindedir. Dolayısıyla bilinç durumu ancak senaryonun izin verdiği ölçüdedir. Berrak rüyada ise rüya gören senaryonun bizzat hâkimi ve kurucusudur.

Bilinç durumları birincil ve ikincil diye iki kategoride ele alınacak olursa, berrak olmayan rüyalarda bilincin birincil durumunun, berrak rüyalarda ise bilincin hem birincil hem de ikincil durumunun mevcut olduğu gözlenir. Rüyaların delüzyonel/sanrısız, şizofrenik karakteri bilincin birincil modunun baskınlığı tarafından oluşturulur ve bilinç sürekliliğindeki bu farklı kısım genelde düşük bilinç seviyesine işaret eder. Söz konusu bu bilinç durumu (birincil bilinç), geçmişin, şimdinin ve geleceğin bir birleşimi ile karakterize durumdadır. Birincil bilinç, yaşanmakta olan şimdi ile yönetilmektedir. Birincil modda rüya gören devam eden deneyimi kontrol etme ve etkileme yeteneklerinden mahrumdur. Onun tek seçeneği ani ve durmadan değişen görüntüyü kopyalamaktır. Uyanıklıkta denek, ikincil moda (yüksek düzey bilinç) girer. Bu mod kişinin biraz sonraya dönük plan yapmasına, geçmişe yönelik refleks göstermesine ve geleceğe dair düşünmesine olanak sağlamaktadır. Berrak rüyalarda denek bir yandan uyanıklıktakine benzer mantıklı düşünme, plan yapma, irade kullanımı gibi ikincil bilinç seviyesine ait içeriklere sahipken

diğer yandan, rüyanın kendine has karakteri olan psikozlu ve halüsinojenik içeriklerin var olması hasebiyle de birincil bilinç durumu karakteristiği gösteriyor diyebiliriz. Dolayısıyla lüsid rüyalar bilincin bir hibrit durumudur (3).

Berrak rüyanın ilginç özelliklerinden biri de eğitimle öğrenilebilen bir nitelik taşımasıdır. Herhangi bir eğitim almamış normal popülasyonun %5'i haftada bir, %30'u yılda birkaç berrak rüya görürken, popülasyonun %50'si berrak rüyayı hiç deneyimlemez (1). Bu düşük oranların üstüne çıkmak için, bazı teknikler geliştirilmiştir.

LaBerge tarafından geliştirilen "bilişsel" tekniğe göre, denek uykuya dalmadan önce lüsid rüyaya girdiğine dair provalar yapar, lüsid rüyayı bir kaç kez hayalinde canlandırır. Denek böylece rüya gördüğü zaman rüyada olduğunu hatırlaması için kendini bir nevi şartlandırır. "Hayal/gerçek testi" olarak adlandırılan başka bir teknikte kişi gün içinde kendisine düzenli bir şekilde rüyada olup olmadığını sorar. Böylece çevresindeki muhtemel uyumsuzlukları değerlendirme imkânı bulur. Söz konusu bu değerlendirmeyi rüyada da yaparak lüsid rüyaya geçişini kolaylaştırır. "Niyet" tekniğinde birey uykuya dalmadan önce kendisini olabilecek en yoğun şekilde rüyada olduğunu hayal eder ve böylece rüya gördüğünün farkına varır. Niyet tekniği, LaBerge'nin bilişsel tekniğine benzemektedir ancak, niyet tekniğinde hatırlatıcı, anımsatıcı içerik bulunmamaktadır. Bu nedenle bilişsel teknikte kişi rüyada olduğunu hatırlar, niyet tekniğinde ise rüyada olduğunu fark eder. Yine başka bir teknikte, kişi uyumadan önce rahat bir durumdayken gece sürecinde lüsid rüya göreceğine dair kendi kendine telkinde bulunur. Bu tekniklerin yanı sıra rüya esnasında bir teypten "bu bir rüya" şeklinde bir

cümlelerin dinletilmesi, ışık, su, dokunma, bileğe hafif elektrik verme ve de sallama (hamakta uyuma) şeklinde dışarıdan bir uyaran verilerek uygulanabilen teknikler de vardır. Bunların dışında asetilkolin estera inhibitörü bir ilaç olan donezepil kullanımının da berrak rüya durumlarını arttırdığı gözlenmiştir (1, 4, 5).

Berrak Rüya Durumunda Beyin

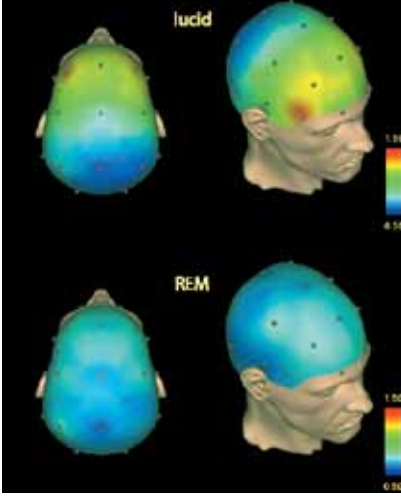
Hem berrak rüyalar hem de normal rüyalar, REM uykusunda görülmesine rağmen, neden pek çok insan berrak olmayan rüyasız REM uykusu geçirmektedir? Berrak rüyalı REM uykusu esnasındaki beyin aktivitesi, berrak olmayan rüyalı REM uykusu ile karşılaştırıldığında ayırt edici değişiklikler gözlenmektedir (2). fMRI/EEG kayıtlamasının birlikte yapıldığı uyku laboratuvarı çalışmalarından elde edilen verilere göre, berrak rüya EEG'nin yüksek frekanslı aktivitesinde, yani gama bandında normal REM aktivitesinden daha yüksek aktivite gösterir. Beynin ön bölgeleri olan, Dorsolateral prefrontal kortekste oluşan 40 Hz bandındaki gama aktivitesi berrak olmayan rüyaya göre berrak rüyada artış göstermektedir (3). (Resim 2) Diğer çalışmalarda ise, berrak rüya esnasında beyin yürütücü olan ön bölgelerinden çok, imgenin/zihnin içeriğinin oluştuğu üst düzey bilişsel işlevler ile ilişkili arka bölgelerinde, biraz daha düşük olmakla beraber yine yüksek frekanslı (beta/yüksek alfa) aktivitelerinde artış olduğu bildirilmiştir (6, 7).

Zihnin farklı durumları, bu arada rüya görme esnasında beyin işleyişine yönelik araştırmalarının belki en ilginç örneklerinden birisi, Voss ve ekibi tarafından gerçekleştirilen yeni bir çalışmadır. Bu çalışmada uyumakta olan denekler normal REM rüyası görmeye başladıklarında kafatası üzerinden beyin ön bölgelerinde 25-40 Hz dolayında bir senkronizasyon yapacak küçük bir elektrik akımı verilerek, rüyanın "berrak" hale getirilebildiği gösterilmiştir (8).

Berrak rüyanın öğrenilebilir ve dışardan etkiyle elde edilebilir nitelikte olması, günümüzde bu deneyimin bazı durumlarda rehabilitasyon ya da tedavi amacıyla kullanılmasına imkan sağlamıştır.

Berrak Rüya Tekrarlayan Kâbuslar için bir Terapi Olabilir

Kâbuslar uzun ve korkutucu rüyalar ve genelde hayatta kalmayı, güvenliğini ya da özsaygıyı tehdit eden içeriklere sahiptirler. İnsanların çoğu nadiren de olsa kâbuslar görür ancak kâbuslar bazen sık tekrarlayan hale gelebilir ve önemli bir stres faktörü oluşturabilirler. Bu özellikler genelde post travmatik stres bozukluğunda ve depresyonda bu gözlenir.



Resim 2: Berrak (lucid) ve normal (REM) rüyalarda izlenen EEG aktiviteleri

Post travmatik stres bozukluğu korku eğilimli hislerle, acizlikle karakterize bir durumdur. Söz konusu bu bozukluk; içeriğinde ölüm, ciddi sakatlık ya da yaralanma, kişiliğine tehdit gibi bireyin şahidi olduğu, yüzleştiği sıkıntılı durumlarda ortaya çıkmaktadır. Dünya nüfusunun üçte ikisinden fazlası yaşamlarında travmatik olaylarla karşılaşmaktadırlar. Depresyon en yaygın mod bozukluğudur. Enerji ya da ilgi azlığı, konsantrasyon olumsuzluk, başarısızlık ve pişmanlık hissi yanında azalan, artan iştah ile karakterizedir. Depresyon hastaları önemli derece uyku rahatsızlığı ve bunun yanında intihar eğilimi ile ilişkili tekrarlayan kâbuslarla karşı karşıyadırlar (2).

Berrak rüyayı tetiklemeyi temel alan psikoterapiler tekrarlayan kâbusları tedavi etmede efektif bir yol olabilir. Kâbusu berrak rüyayı çevirmenin muhtemel üç yararı vardır: Denek kâbusun negatif etkisinden kurtulmak için kendi iradesi ile uyanabilecektir. İkinci olarak, denek rüya gördüğünün farkına vardığında, doğal olarak korkudan kurtulacak ve ortamda gerçek bir tehdidin olmadığını fark edecektir. Üçüncü olarak denek, berrak rüyanın niteliği olan rüya senaryosunu ya da içeriğini değiştirme olanağını kullanarak kâbusu negatif etkisi olmayan ya da keyifli bir rüyaya dönüştürecektir (2,6).

Berrak Rüya Motor Bozuklukların Rehabilitasyonuna Yardımcı Olabilir

Motor becerilerin mental uyarımlarla zihinsel tekrarları, asıl davranışın performans seviyesinde artışlara neden olmaktadır. Kas kasılmasının tekrarlanan hayali, kas gücünü tek başına arttırır, bunun yanında mental uyarımlar motor kabiliyetleri, öğrenmeyi ve spor performansını da arttırır. İlginç bir şekilde, motor beceriler bilinçsiz bir şekilde ve

öğrenme süreçleri olmadan da elde edilebilir. Bu gözlemlere göre, berrak rüya esnasında hayali olarak hareket edebilme, uyanıklık durumundaki gerçek motor becerileri etkileyebilmektedir. Fiziksel rahatsızlıkları olan hastalar berrak rüya esnasında bu rüyaların özelliklerini kullanarak potansiyel olarak motor ödev alıştırmaları yapabilir ve rüya tekrarlarının motor semptomları azaltıp azaltmadığını değerlendirebilirler (2). Berrak rüyalarındaki motor alıştırmaları aynı zamanda normal deneklerde fiziksel nitelikleri geliştirmek için de kullanılabilir. Örneğin araba sürmeyi öğrenen bir bireyin arabayı kullanmak için art arda yapması gereken hareketleri berrak rüyalarda tekrarlaması, araç kullanmayı öğrenmesini kolaylaştıracaktır. Bütün bu analizlere dayanarak, berrak rüya esnasındaki motor ödev performansının, sensori motor kortekste aktiviteyi arttırdığı söylenebilir.

Hem rüyaların, hem de rüya esnasında beynin işleyiş özellikleri bugün hala gizemini korumaktadır. Ama öyle görünüyor ki giderek bu gizemlerin çözülmesine yönelik yaklaşım ve tekniklere doğru ilerliyoruz.

Peki ya anlam? Bir düşün anlamı nedir, nereden gelir?

Kaynaklar

- 1) Dresler M, Wehrle R, Spoormaker VI, Steiger A, Holsboer F, Czeisler M, Hobson JA. Neural correlates of insight in dreaming and psychosis. *Sleep Medicine Reviews* 2015;20:92-99
- 2) Mota-Rolim SA, Araujo JF. Neurobiology and clinical implications of lucid dreaming. *Medical Hypotheses*. 2013;81: 751-756
- 3) Voss U, Schermelleh-Engel K, Windt J, Frenzel C, Hobson A. Measuring consciousness in dreams: The lucidity and consciousness in dreams scale. *Consciousness and Cognition*. 2013; 22: 8-21
- 4) Holzinger B, Laberge S, Levitan L. Psychological correlates of lucid dreaming. *Dreaming* 2006;16(2):88-95
- 5) Stumbrys, T., Erlacher, D., Schädlich, M., & Schredl, M. Induction of lucid dreams: A systematic review of evidence. *Consciousness and Cognition*, 2012;21(3): 1456-1475
- 6) Dresler M, Wehrle R, Spoormaker VI, Koch SP, Holsboer F, Steiger A, Obrig H, Sämann PG, Czeisler M. Neural correlates of dream lucidity obtained from contrasting lucid versus non-lucid REM sleep: a combined EEG/fMRI case study. *Sleep*. 2012 Jul 1;35(7):1017-20
- 7) Hanoğlu L, Yamanoğlu M, Yıldız S, Yılmaz N, Çadırcı F, Mantar N, Toprak G, Süzgün E, Yıldırım E, Yalçın B. The differences and similarities between the consciousness of dream and wakefulness: A phenomenological and electrophysiological study. *Toward a Science of Consciousness 2015/Helsinki*
- 8) Voss U, Holzmann R, Hobson A, Paulus W, Koppehele-Gossel J, Klimke A, Nitsche MA. Induction of self awareness in dreams through frontal low current stimulation of gamma activity. *Nature neuroscience*. 2014;17(6):810-812

Araba sürmeyi öğrenen bir bireyin arabayı kullanmak için art arda yapması gereken hareketleri berrak rüyalarda tekrarlaması, araç kullanmayı öğrenmesini kolaylaştıracaktır. Bütün bu analizlere dayanarak, berrak rüya esnasındaki motor ödev performansının, sensori motor kortekste aktiviteyi arttırdığı söylenebilir. Hem rüyaların, hem de rüya esnasında beynin işleyiş özellikleri bugün hala gizemini korumaktadır. Ama öyle görünüyor ki giderek bu gizemlerin çözülmesine yönelik yaklaşım ve tekniklere doğru ilerliyoruz. Peki ya anlam? Bir düşün anlamı nedir, nereden gelir?

Hastalık ve tevekkül

Prof. Dr. Mehmet Yücel Ağargün



1965'te Kahramanmaraş'ta doğdu. 1988 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümünde 1996'da doçent, 2002 yılında profesör oldu. 2001-2002 arasında Chicago'da Rush University Medical Center'da Sleep Disorders Service'de misafir profesör olarak çalıştı. Sleep and Hypnosis Dergisi'nin editörlüğünü yürüten Ağargün, halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD'da çalışmaktadır.

Sen Hakk'a tevekkül kıl
Tevfiz et ve rahat bul
Sabr eyle ve razı ol
Mevla görelim neyler
Neylerse güzel eyler

İbrahim Hakkı Erzurumi

Tıbbın tüm dallarında hekimler, hastalarının ruh hallerini değerlendirmek ve dikkate almak durumundadır. Bu ihtiyaç, hasta-hekim ilişkisini mekanik sınırların ötesine geçirdiği gibi, hasta beklentilerinin karşılanması, hastada var olan kaygıların giderilmesi, tedavi uyumunun güçlendirilmesi, hasta yakınlarının rahatlatılması gibi çok sayıda faydayı da içerir. Hastanın güven duyma, iyi anlaşılma, doğru teşhis konulması ve tedavi süreçlerinin ideal şekilde sürdürülmesi gibi beklentileri; hekimi doğrudan ya da dolaylı olarak yönlendirir. Hekim; "hastalık yoktur, hasta vardır" öngörüsü, empati kurma, yargılamama, yeterince zaman ayırabilme şeklindeki ilkeleri ideal haline getirdiği ölçüde bu beklentileri karşılayabilir.

Hasta-hekim ilişkisinin hasta tarafında hekimi yüceltme ve bazen bağlanma şeklinde kendini gösteren özelliklerin varlığı tedavi sürecini etkiler. Bu etki, kimi zaman olumlu, kimi zaman ise olumsuz yansımaları içinde barındırır. Hastada sıklıkla hekime güvenme ve sığınma ihtiyacı doğar. Hastalığın teşhisine ve şiddetine paralel olarak bu ihtiyaç yoğunluk kazanabilir. İlişkinin hekim tarafında bu durum fark edilebilmeli ve dikkate alınmalıdır. Bu noktada, hekim hastadaki bu eğilimi fark edebilmeli ve doğru yönlendirmeli ve yönetebilmelidir.

Hastalık belirtilerinin anlık etkileri yanında, gelecekle ilgili tahayyüllü düşünceler hastada doğal bir kaygıya neden olabilir. Hafiften şiddetliye kadar yaşanan/hissedilen belirtiler, sonunda ölüme kadar giden bir sürecin işlediği zihinsel şemalar, kimi zaman otomatik

düşünceler, kimi zaman aşırı genellemeler şeklinde inanışlara neden olabilir. Hastalık algısı hafif bir belirtiden ölüme kadar uzanan bir çizgide hiyerarşik bir düşünce süreci başlatır. Sonunda savunma düzeneklerinin niteliği ve gücü oranında kişi bu tür kaygıların üstesinden gelmeye çalışır.

Hasta; hastalık tanısı ve tedavi sürecindeki öngörü ve beklentilerin getirdiği kaygılarla başa çıkmada değişik yöntemler kullanır. Stres verici olaylar ya da etkenlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek amacıyla bazı başa çıkma tutumlarını kullanmak evrensel bir tutumdur. Başa çıkma tutumları yaş, cinsiyet, kültür ve hastalık gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak değişebilir. Hastalıkla başa çıkma tutumları özgül bilişsel, duygusal ve davranışsal çabaları içerir.

Başa çıkma tutumları sorun çözmeye yönelik olanlar ve duygu odaklı olanlar şeklinde ikiye ayrılabilir. Sorun çözmeye yönelik olanlar, sorunun ana kaynağına ilişkin başa çıkma tutumlarını, duygu odaklı olanlar ise ana kaynağın yol açtığı duygusal etkiyle başa çıkma tutumlarını içerir. Bu sınıflandırmanın yanı sıra, başa çıkma tutumlarını aktif ve pasif olan tutumlar ya da uyuma yönelik olanlar ve olmayanlar şeklinde ayrıştırmak da mümkündür. Hangi türden olursa olsun, insanlar başa çıkmada çok sayıda strateji geliştirirler ve kullanırlar. Boş verme, yok sayma, alkol ve madde kullanma, şakaya vurma, geri çekilme, kabullenme, sosyal destek arayışı, sorun aşırı odaklanma gibi değişik tutum ve davranışlar sergilenebilir. Bunlar arasında "dini olarak baş etme", üzerinde özellikle durulması gereken çok önemli bir bileşendir.

Dini olarak baş etme, kültürümüzde toplumsal ve bireysel yaşantımızla bağlantılı olarak "tevekkül" kavramıyla iç içe girmiştir. Tevekkül, Kuran-ı Kerim'in birçok ayetinde geçmektedir. Tevekkülle ilgili çok sayıda Hadis-i Şerif vardır. İslami edebiyatta çokça üzerinde durulan konulardan biridir. Kuran-ı Kerim'de yer alan tevekkülle ilgili bazı ayetler şunlardır:

"Öyleyse müminler ancak Allah'a güvenip dayansınlar" (2/160).

"(Gerçek anlamda) inananlar ancak o kimselerdir ki Allah'ın adı anıldığı zaman yürekleri titrer, O'nun ayetleri kendilerine okunduğu zaman, (bu) onların iman (nur)larını artırır (kuvvetlendirir). Ve (her işlerinde) ancak Rablerine güvenirlere" (8/2).

"Allah sizin Mevla'nız (sahibiniz)dir. O ne güzel Mevlâ ve ne güzel yardımcıdır!" (8/40)

"De ki: "Allah'ın bizim için yazdığından başkası, bize asla isabet etmez. O, bizim Mevla'mızdır." Onun için, müminler yalnız Allah'a güvenip dayansınlar" (9/51).

"Bana Allah yeter. O'ndan başka hiçbir ilâh yoktur. Ben ancak O'na güvenip dayandım. O, büyük (ve yüce) Arş'in Rabbidir (sahibidir)" (9/129).

"Eğer Allah, sana bir zarar dokundursa artık onu, kendisinden başka kaldıracak (hiçbir güç) yoktur. Eğer sana bir hayır dilerse, O'nun lütfunu geri çevirecek hiçbir kuvvet de yoktur. (O,) kullarından dilediğini buna erdirtir. O çok bağışlayıcı, çok esirgeyicidir" (10/107).

“Şüphesiz ben; benim de Rabbim, sizin de Rabbiniz olan Allah’a güvenip dayandım. Hiçbir canlı yoktur ki O, onun alnından tutmuş (onu hükmü ve denetimine almış) olmasın. Şüphesiz benim Rabbim dosdoğru bir yol üzeredir (O âdildir, hüküm ve tasarrufunda hakkaniyet üzeredir, kimseye zulüm ve haksızlık etmez)” (11/56).

“Göklerin ve yerin gaybı(nı bilmek) Allah’a aittir. Bütün işler ancak O’na döndürülür. O halde O’na kulluk et. O’na güvenip dayan” (11/123).

“(Ne siz ne ben,) en iyi koruyucu Allah’tır. O, merhametlilerin en merhametlisidir” (12/64).

“Sen (sadece) mutlak galip ve çok merhametli olan (Allah’a) güvenip dayan” (26/217).

“Allah’a güvenip dayan. Vekil olarak Allah yeter” (33/3).

“Allah insanlara rahmetinden her neyi açar (gönderir)se, onu tutup önleyecek yoktur. Her neyi de tutup kısarsa ondan sonra onu salıverecek de yoktur. O, mutlak galip, hüküm ve hikmet sahibidir” (35/2).

“De ki: “Öyleyse bana söyleyin. Allah bana bir zarar vermeyi dilerse, sizin Allah’ı bırakıp yalvardıklarınız (başına toplanıp sığındıklarınız), O’nun bu zararını (benden) giderebilirler mi? Yahut (Allah), bana bir rahmet (bir iyilik) dilerse, onlar O’nun rahmetini alıkoyabilirler mi?” De ki: “Allah bana yeter. Tevekkül edenler de ancak O’na güvenip dayanır(lar)” (39/38).

“Allah, kendisinden başka hiçbir ilâh olmayandır. Müminler ancak Allah’a güvenip dayansınlar” (64/13).

“Kim de Allah’a güvenip dayanırsa, O, ona yeter” (65/3).

Peygamberimizin (sav) evden çıkacağı zaman şu iki duayı yaptığı bildiriliyor: “Allah’ın adıyla çıkıyorum, Allah’a güveniyorum, Allah’ım sapmaktan ve saptırılmaktan, doğru yoldan kaymak ve kaydırılmış olmaktan, haksızlık etmekten ve haksızlığa uğramaktan, cahilce davranmaktan ve cahillerin davranışlarına muhatap olmaktan sana sığınırım.” “Allah’ın adıyla çıkıyor, Allah’a güveniyorum, günahlardan korunmaya güç yetirmek ve ibadette kuvvet bulmak ancak Allah’ın yardımındır.”

Büyük mutasavvıf İbrahim Hakkı Erzurumi Hazretlerinin meşhur tevfiznamesinde yer alan tevekkül ile ilgili mısralar terapötik niteliktedir:

Tefvizname

Hak şerleri hayreyler
Zannetme ki gayr eyler
Arif onu seyreyler
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Sen Hakk’a tevekkül kıl
Tefviz et ve rahat bul
Sabreyle ve razı ol
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Kalbin O’na berk eyle
Tebirini terk eyle
Takdirini derk eyle
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Hallak-ı rahim Ol’dur
Rezzak-ı kerim Ol’dur
Fa’al-ı hâkim Ol’dur
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Bil kadıy-ı hacatı
Kıl O’na münacatı
Terk eyle muradatı
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Bir işi murad etme
Olduysa inad etme
Haktandır o reddetme
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Hakk’ın olacak işler
Boştur gam-u teşvişler
Ol hikmetini işler
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Hep işleri faiktir
Birbirine layıktır
Neylerse muvafıktır
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Dilden gamı dür eyle
Rabbimle huzur eyle
Tefviz-i umur eyle
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Sen adli zulüm sanma
Teslim ol oda yanma
Sabret sakın usanma
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Deme şu niçin şöyle
Yerincedir ol öyle
Bak sonuna sabreyle
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Hiç kimseye hor bakma
İncitme, gönül yıkma
Sen nefsine yan çıkma
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Mü’min işi renk olmaz
Âkil huyu cenk olmaz
Ârif dili tenk olmaz
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Hoş sabr-ı cemilimdir
Takdir kefilimdir
Allah ki vekilimdir
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Her dilde O’nun adı
Her canda O’nun yadı
Her kuladır imdadı
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Naçar kalacak yerde
Nagâh açar Ol perde
Derman eder ol derde
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Her kuluna her anda
Kâh kahr-u kâh ihsanda
Her anda O bir şanda
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Kâh mu’ti-u kâh mani’
Kâh darr-u kâh nafi’
Kâh hafız-u kâh rafi’
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Kâh abdin eder ârif
Kâh eyman-ü kâh haif
Her kalbi O’dur sarif
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Kâh kalbini boş eyler
Kâh halkını hoş eyler
Kâh aşkına düş eyler
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Kâh sade-ü kâh rengîn
Kâh tab’in eder sengîn
Kâh hurrem-ü kâh gamgîn
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Az ye, az uyu, az iç
Ten mezbesinden geç
Dil gülşenine gel göç
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Bu nas ile yorulma
Nefsine dahi kalma
Kalbinden ırak olma
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Geçmişle geri kalma
Müstakbele hem dalma
Hâl ile dahi olma
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Her daim O’nu zikreyle
Zirekliği koy şöyle
Hayran-ı hak ol şöyle
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Gel hayrete dal bir yol
Kendin unut O’nu bul
Koy gafleti hazır ol
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Her sözde nasihat var
Her nesnede ziynet var
Her işte ganimet var
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Hep remz-ü işaretir
Hep gamz-ü beşaretir
Hep ayn-ı inayettir
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Her söyleyeni dinle
Ol söyleteni anla
Hoş eyle kabul canla
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Bil elsin-i halkı
Aklam-ı hak ey hakkı
Öğren edeb ve hulku
Mevlâ görelim neyler
Neylerse güzel eyler

Vallahi güzel etmiş
Billahi güzel etmiş
Tallahi güzel etmiş
Allah görelim netmiş
Netmişse güzel etmiş

Şaman tıbbı

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 Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesidir.

Şamanizm denince aklımıza, Türklerin ilk dini olduğuna dair bilgimiz gelir. Bugünlerde TRT'de ekrana gelen *Diriliş Ertuğrul* dizisinin müdahimleri için Moğolların kanlar içinde çılgınca dans eden gizemli rahibidir şaman. Şamanizm ilkel toplumların batıl inançlarının eseri olarak görüldüğünden bu insanların gerçekte hangi bilgilere ya da becerilere sahip olduğu pek merak edilmez. Semavi dinler, algıladığımız dünya ile sıradan algının ötesindeki âlemlerin ilişkilerini sistematik ve ayrıntılı bir şekilde izah ettiğinden şaman gelenekleri bir kenara atılmıştır. Modern zamanlarda ise bilim her şeyi izah etmeye soyunduğundan hayatın içinde ne ilkel ne de semavi bir dine yer bırakmak istemez. Modern bilime göre ilkel insanın mahiyetini anlayamadığı tabiat olaylarına mistik açıklamalar arama zorunluluğu Şamanizm'i doğurmuştu. Peki, gerçekte öyle mi acaba? Şamanik bilgi; modern bilimin yanında bir kıymet ifade edebilir mi, semavi dinlerin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olabilir mi?

Şamanizm sadece Orta Asya kültürünün bir parçası değildir. Hepsî Şamanizm başlığı altında toplanmakla birlikte her biri farklı özellikler gösteren pek çok büyücü-şaman geleneği Güney Amerika'dan Sibiryâ steplerine, Avustralya çöllerinden Afrika ormanlarına kadar çoğu kültürde mevcuttu. 16. yüzyılın başlarında İspanyol kâşif Gonzalo Fernandez de Oviedo, Dominik adalarındaki yerlilerle karşılaştığında, "tabako" içerek kendinden geçen ve şeytanla konuşan yaşlı rahiplerden bahsediyordu. Takip eden yıllarda İspanyol kâşifler kabîle büyücüleriyle ilgili tecrübelerini aktarırken, bu

insanların hem hastalıkları iyileştirdikleri, hem de düşmanlarına büyü yaparak zarar verdiklerini aktarmışlardır. İlkel dinlerde şaman, toplumsal hayatın merkezinde yer alır. Her önemli işten önce şamanın ruhlarla konuşması ve yön göstermesi beklenir. Hastalar şamana götürülür, düşman kabîleye zarar vermek istendiğinde önce şamandan büyü yapması istenir, savaşa gidileceği zaman şamandan ruhların koruyuculuğu için aracılık etmesi beklenir. Şaman, bu dünya ile öte dünya arasında iletişimi sağlayan insandır.

Peki, nasıl şaman olunur? Esasen şamanlık genelde talep edilmez, şaman "ruhlar" tarafından seçilir. Şaman olacak insanlarda bazı özel fiziksel işaretler aranmakla birlikte, çoğu zaman yaşlı şaman kendisinden sonra kimin bu işi üstleneceğini seçer. Şaman olmak, hemen her kültürde acılı ve zor bir süreç gerektirir. Uzun süren açlıklar, toplumdan soyutlanma, fiziksel ve ruhsal işkenceler sonunda şaman olunur. Büyük şamanlar bu acılara daha uzun süre katlanarak daha büyük yetenekler kazanırken, yeterince sabredemeyenler ya şamanlıktan reddedilir ya da iyileştirme yeteneği olmayan ancak insanlara zarar verebilen basit büyücüler olarak kalırlar.

Türk kültüründe şaman adayı herkes-ten uzak bir evde, yeni soyulmuş bir karaağaç üstüne çıplak olarak yatırılır, "kara su" adı verilen bir sudan başka içecek verilmez, yemek yedirilmez. Hizmetini, erkek görmemiş bir kız ya da kadın görmemiş bir erkek yapar. 16. yüzyıl kâşiflerinin Brezilya yerlilerindeki şamanik inisiyasyon törenleri de buna çok benzer. Adayın yeni yapılan bir kulübede

tutulması, aç bırakılması, özel bir içki içirilmesi, bir bakirenin hizmet etmesi hep aynı şekildedir. Türk kültüründe şaman adayının bu evrede korkunç ruhsal işkencelerden geçtiği söylenir. Trans halindeki şaman adayı, etinin ruhlar tarafından kaynatılıp parçalandığı ve yenildiğini tecrübe eder. Bazı adaylar bu aşamada ölebilirler. Sağ kalan ve eti ruhlar tarafından yenilen aday şaman olarak yeniden doğmuştur ve artık ruhlar âlemiyle temasa geçebilir.

Orta Asya ve Sibiryâ'da şamanik gelenekler yok olmaya yüz tutarken, Amazon ormanlarının derinliklerinde halen yaşılmaktadır. İlkel ve modern yaşam arasında bir yerlerde hayatlarını sürdüren bu kabîlelerde şamanik pratikler hala günceldir ve bu nedenle iyi incelenmiştir. Amazon yerlilerinde ise şamanik inisiyasyon yıllarca süren izolasyon ve diyetler gerektirir. Bu izolasyon sırasında tek başına ormanın derinliklerinde yaşayan şaman adayı tek bir tür bitkiden ve izin verilen bir balık türünden yer, tütün ya da halüsinojenik bitkilerden yapılan içkilerden içer. Halüsinojenlerle birlikte tükettiği bitkinin ruhu trans halindeyken "uvişin" şamanına gelir; ona kendisinin güçlerini ve hangi hastalıkları iyileştirebileceğini anlatır ve bir de özel şarkı öğretir. "İkaro" denilen bu şarkılar şaman tarafından ayın sırasında okunduğunda bitkinin ruhu gelir ve hastanın iyileştirilmesinde şamana yardımcı olur. Uvişin ne kadar azimli ve güçlü bir şaman ise, o kadar çok ikaro bilir. Uvişinin hastayı iyileştirmesi için bitkinin kendisini de kullanması gerekmez, sadece trans halinde ikarosunu söylemesi yeterlidir. Uvişinin kendi "farmakopedisini" oluşturması için yıllarca süren izolasyon, açlık ve diyetler

gereklidir. Kötücül yetenekler ise daha kolay elde edilir; tamahkâr uyuşınlar bu çileleri çekmeden kolay yoldan büyü yapmayı öğrenir ve müşterilerinin düşmanlarına zarar verecek büyüler yaparak geçimlerini sağlarlar.

Amazon şamanları, ruhlarla temas etmek için bitkisel karışımlar kullanırlar. Halüsinojenik bu içkilerin en iyi bilineni ayahuashadır. Ayahuasha ya da diğer adıyla yage, iki ayrı bitki kökünün bir arada kaynatılmasıyla elde edilen bir içkidir. Koyu kıvamlı ve içilmesi zor olan bu içki, çoğu zaman bulantı ve kusmaya yol açmakta ve sonrasında saatler süren halüsinasyonlar görülmektedir. Uyuşınlar bitki ruhlarıyla tanışmak için, o bitkiyle birlikte ayahuasha içerler ve bunu aylar boyunca tekrarlarlar. Ayahuasha içindeki bitkilerin birinde halüsinojenik etkisi olan dimetiltriptamin (DMT) maddesi vardır. İnsanda ve hayvanda endojen olarak sentezlenen bu maddenin sentetik formu intravenöz olarak alındığında ölüm benzeri bir deneyimle birlikte çoğu zaman büyük bir ekstazik aşk hissi duyulmakta ve çeşitli halüsinasyonlar görülmektedir. Bu özelliklerinden dolayı “ruh hormonu” olarak isimlendirilmiştir. Kötüye kullanımı da söz konusu olduğundan uyuşturucu maddeler kapsamında kabul edilen DMT, oral alındığında etkisizdir. Gastrointestinal sistemdeki monoamin oksidaz (MAO) enzimi tarafından parçalanmaktadır. Amazon yerlileri, oldukça zeki bir yolla DMT’yi oral olarak etkili hale getirmişlerdir. Ayahuashanın içindeki diğer bitkide MAO enzimini engelleyen başka bir kimyasal vardır ve böylece DMT’nin parçalanmadan kana karışması sağlanmaktadır. Ayahuashanın etkisindeki şaman, tedaviye gelen hastada hastalık yapıcı etkiyi görür ve bunu çıkarabilir. Çoğu zaman metafizik bir “ok” (tsentzak) ile sembolize edilen bu hastalık etkeni şaman tarafından elle ya da emilerek çıkarılır ve hasta iyileşir. Hastanın içindeki tsenzakı bulup çıkaracak şamanın kendisinin de bu tsenzaklarının olması gerekir. Hastalık yapıcı bu okların çıkarılıp atılması gerekir, eğer kazara yutarsa şamanın kendisi de hasta olur ya da ölebilir.

Ayahuashanın etkisindeki insanlar tipik halüsinasyonlar görür; içen ister yerli olsun ister bir Avrupalı olsun hep benzer görsellikleri tarif eder. Pablo Amaringo’nun çizimlerine bakarak fikir edinebileceğiniz bu halüsinasyonlarda anakonda yılanı başrollerde olmakla birlikte, jaguar ya da papağan gibi orman yaratıkları, geçmiş ruhlar, muhteşem şehirler, saraylar vs. görülür. Sentetik DMT’nin halüsinasyonları daha farklıdır ancak ayahuashadaki gibi bazı metafizik yaratıklar -Terence McKenna tarafından tanımlandığı şekilde “self transforming machine elves”- ile irtibat kurulabilir.

Amazon yerlileri, bilinç değişikliği oluşturmak için sadece ayahuasha kullanmıyorlar. Ayınlarının çoğunu tütün dumanı ile yapıyorlar. “Tobakero” denilen tütüncü şamanlar, nikotin içeriği çok yüksek olan Amazon tütünü içerek dumanını hastalarının üzerine üflüyorlar ve ikarolar söyleyerek yardımcı ruhlarını çağırıyorlar.

Aslında diğer şaman kültürlerinde de bilinç değişikliği oluşturarak ruhlarla temas etmek ana temayı oluşturur. Kuzey Amerika yerlileri bunun için peyote adlı halüsinojenik bir mantar yiyorlar. Peyotenin halüsinasyonlarında Meksika desenlerinin hâkim olduğu stereotipik özellikler mevcuttur. Halüsinojenik mantarlar, Aztek ve Maya kültürlerinde rahipler tarafından yaygın olarak kullanılmıştır. İneklerin kuruyan tezekerlerinde yetişen narın yapılı psilocybin mantarları da kuvvetli halüsinojendir ve Lewis Carroll’un *Alis Harikalar Diyarında* romanını yazarken bu mantarın deneyimlerinden esinlendiği söylenir. İneklerin kutsal kabul edildiği Hindu kültüründe ise psilosibin mantarı kullanımının izleri görülebilir. Hinduizm’de ineğin kutsal kabul edilmesinde, dışkısında yetişen bu mantarın rolü olmuş olabilir. Ortadoğu’da ise halüsinojenik bitkilerin kullanımı çok yaygın olmamakla birlikte, üzerlik (ya da yüzerlik) otunun Peygamber Efendimizden (SAV) önceki zamanlardan beri bilindiği kayıtlarda mevcuttur. Halen Anadolu’da kötü ruhları uzaklaştırmak için evlere asılan bu otun tohumlarında MAO inhibitörü harmalin mevcut olup, yüksek dozlarda halüsinojenik etki gösterdiği bilinmektedir.

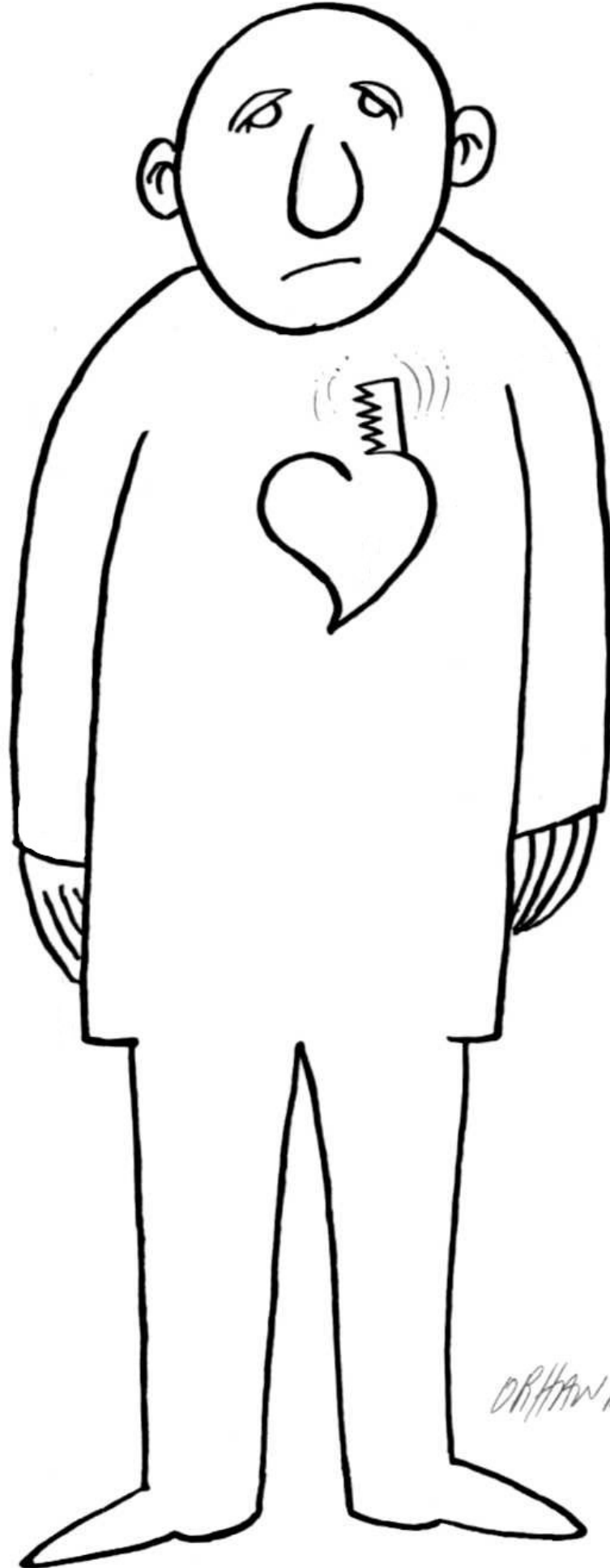
Orta Asya şamanları bilinç değişikliği yapmak için davul sesi kullanmışlardır. Modern şamanik akımın önde gelen ismi Michael Harner’a göre belli bir hızda (dakikada 205-220 vuruşla) çalınan davul sesi, konsantre olunduğunda içinde bulunduğumuz “orta dünyadan” üst ya da alt dünyalara geçiş yapılabilecek bilinç değişikliği oluşturabiliyor. Bir dönem sentetik halüsinojen LSD ile çalışan Stanislav Grof ise, kendi geliştirdiği bir hızlı nefes alıp verme tekniğiyle ilaçlarla elde edilebilen bilinç değişikliğine ulaşılabileceğini savunuyor.

İster ritmik seslerle olsun, ister nefes egzersizleri, isterse sentetik ya da bitkisel maddele olsun, bu bilinç hallerinde kullanılan yöneme özgü ortak algı deneyimleri oluşturuyor. Modern bilim bunlara halüsinasyon diyor, yani beyin algısının yanılsaması. İçinde yaşadığımız fiziksel dünyanın gerçekliği, herkes tarafından ortak olarak aynı şekilde algılanmasından kaynaklanıyor. Halüsinojenik mantarların ya da kimyasalların oluşturduğu algılar da tecrübe edenlerde büyük oranda ortaktır. DMT gibi güçlü bir halüsinojenin yarattığı

bilinç hali, tecrübe edenler tarafından “gerçekten daha gerçek” olarak tarif edilebiliyor. Ancak bilimsel yöntemlerin işlemediği bu bilinç durumunda neyin gerçek neyin yanılsama olduğunu test etmek mümkün değildir. Materyalist ateistler, ilkel ya da semavi tüm dinleri, beyin algısının kimyasal yanılsamaları ile izah edip işin içinden çıkabiliyorlar. Kuran-ı Kerim’de Hicr Suresi’nde (14-15) “Onlara gökten bir kapı açsak da oradan yukarı çıksalardı: «Herhalde gözlerimiz döndürüldü; belki de biz büyüye tutulmuş bir topluluğuz.» diyeceklerdi” buyruluyor. Yani olay inanmak ya da inanmamak noktasında düğümleniyor.

Şamanın dünyasında tabiattaki her şeyin bir ruhu vardır. İnsanların da ruhları vardır; bu ruh eksilebilir, parçalanabilir, kaybolabilir. Hastalıkların birçoğu fiziksel ya da ruhsal travmaların ruhun bütünlüğünü bozması ve parçalaması sonrası gelişir. Orta dünyanın bedensiz ruhları, -ki Türk Şamanizm’inde “bizden yeyler” olarak adlandırılır- ruhu eksilen ve parçalanan insanlarda hastalık oluştururlar. Şamanın görevi bazen ikarosuyla, bazen davuluyla çağırdığı yardımcı ruhlarını kullanarak hastalığı yapan kötü ruhları hastadan uzaklaştırmaktır. Amazon yerlilerine göre kötü bir uyuşının kurbanında her türlü hastalığı yapabilmesi mümkündür. Bizim bir enfeksiyon ya da tümör olarak gördüğümüz bir hastalık, Amazon yerlisi için kötü bir uyuşının tsenzakı ile ortaya çıkmış bir büyüdür. Bunun neticesi, düşman kabileler arasında bitmek tükenmek bilmeyen büyü mücadeleleridir. Her ölüm büyü neticesi olabilir. Ölenin ailesi bir uyuşına giderek yakınlarının kimin büyüyle öldüğünü sorguladığında, düşman uyuşın için tehlike çanları çalıyor demektir. Bu nedenle bir uyuşının eceliyle ölmesi pek mümkün değildir ve günümüzde çoğu kendini korumak için silah taşır.

Modern tıpta büyüye, cine, kötü ruha -hatta ruha- yer yoktur. Tıp profesörü olmama rağmen, benimse kişisel görüşlerim farklı. Cinlerin varlığını inkâr etmek Kuran-ı Kerim’i inkâr etmek anlamına geldiğinden, bir Müslüman olarak mevcut duyularımızla algılamadığımız başka bir gerçeklik olduğuna “iman ediyorum”. Besmeleyle birlikte şeytandan Allah’a sığındığımıza göre, algılayamadığımız bu yaratıkların insanlara zarar verebileceklerine de “inanıyorum”. Bunun da ötesinde bu zararların enderi nadirat olgular olmadığı, hemen her gün karşılaştığımız ve bizim başka başka isimler verdiğimiz hastalıkların etiolojisinde yer aldığını düşünüyorum. Bunun da ötesinde, ruh/cin/şeytan gibi sıradan algımızın dışındaki yaratıkların tamamen fizik dışı olmadığını, ölçülebileceğini ve deneylenebileceğini biliyorum!



Karikatür: Orhan Doğan