



EYLÜL-EKİM-KASIM 2016
SONBAHAR, SAYI 40
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
Yrd. Doç. Dr. İlker Köse
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Dr. Bülent Özalp
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

Göçe mecbur kalmak

Milyonlarca insanın bugün doğduğu ve doyduğu yerleri terk etmek zorunda kalmasının ardında doğal afetlerin değil, küresel çıkar hesaplarının yattığını yaşayarak görüyoruz. Yeryüzü kaynaklarını paylaşım kavgası yüzünden milyonlarca insan yerinden yurdundan olmaktadır. Bu paylaşım için her formda kullanışlı terör örgütleri ve yakılmayı bekleyen iç savaş fitilleri hep hazır tutulmaktadır. Ne yazık ki, gittikçe küçülmesi beklenen bu sorun, aksine durmadan büyümektedir. Birleşmiş Milletler'in açıkladığı Küresel Göç Raporuna göre uluslararası göçmenlerin sayısı 1990 senesinde 154 milyon iken 2000'de 175 milyona, 2010'da 221 milyona ulaşmıştır. 2013'teki 232 milyon göçmen, dünya nüfusunun %3,2'sini oluşturmakta ve dünya tarihinde de ulaşılan en yüksek göçmen sayısını temsil etmektedir.

Dünyanın değişik bölgelerdeki, iç/dış savaş, terör/şiddet, insan hakları ihlalleri gibi büyük sorunlar, göç olayını giderek artırmaktadır. Günümüzde dünya genelinde değişik nedenlerle ülkesini terk eden insanların en az dörtte biri "zorla yerlerinden edilmiş" durumdadır ve her gün yaklaşık 42 bin kişi mülteci olmaya devam etmektedir. Çağımız bu yönüyle bir "göç çağı" olarak adlandırılabilir.

Küresel göç hareketleri, etnik ve kültürel farklılıkları daha belirgin hale getirmekte ve toplumların sosyal, ekonomik ve siyasal dinamiklerini önemli ölçüde etkilemektedir. Batıda bu göç hareketlerine insani bir yaklaşım sergilemek yerine yerleşik refah düzenlerinin ve hatta siyasal düzenlerin dengesini bozacağı kaygısı ile bakıldığını üzümlerle gözlemliyoruz. Bilindiği üzere, daha önce Bulgaristan ve Irak örneklerinde olduğu gibi, Suriye meselesinde de Türkiye'nin tutumu farklı olmuştur.

Komşumuz Suriye'nin yaşadığı iç savaş, ülke içinde ve dışında 5 milyondan fazlası göçmen olmak üzere 15 milyon Suriye

vatandaşını ciddi şekilde etkilemiş ve sosyal hayattaki büyük yıkıcı tahribatın yanında sağlık alanında da çok ciddi sorunlarayol açmıştır. Ülkemizin büyük bir fedakârlıkla kapılarını açtığı Suriyeli kardeşlerimizin göç sürecinde yaşadığı çok acı hayat tecrübeleri sıklıkla medya gündemini işgal etmektedir. Özellikle gelişmiş Batı ülkelerinin göçmenlere karşı takındığı tavır, insanlık değerlerinin kaybolmaya yüz tuttuğunun net bir göstergesidir. Cesedi Bodrum'da kıyıya vuran üç yaşındaki Suriyeli mülteci Aylan Kurdi, bireylerin kuruyan göz pınarlarından yaşlar akmasına yol açmış ama ülkelerin vicdanını harekete geçirememiştir.

Dünyada göç ve göçün yol açtığı ekonomik, sosyal, kültürel ve sağlık sorunları küreselleşirken, beklendiği gibi kaynakların adil paylaşımından giderek uzaklaşmakta; refah ve servet küçük mutlu bir azınlığın tekelinde olmaya devam etmektedir. Toplumsal refahlarını ve gelişmişliklerini emperyalist politikalarına borçlu olan ülkeler için sosyal olaylar; çıkarla olan bağlantısı oranında değer kazanabilmekte, küreselleştiği oranda da etkili olabilmektedir.

Batı dünyasının aksine ülkemizin geleneksel insani tutumunun; yurdundan edinmiş mağdur insanlara kucak açmayı sadece bir iyilik davranışı, hayırseverlik ve misafirperverlik olayı olarak değil, bir "hak sorunu" olarak idrak etmekten kaynaklandığı kanısındayız. Göçmen sorununa eğilmenin, insanları şiddet nedeniyle göçe zorlayan şartlarla mücadele etmenin ve her şeye rağmen göç etmek zorunda kalanlara kucak açmanın uluslararası insan hakları konusu olduğunu kabul etmemiz gerekir.

Onuncu yılımızı tamamladığımız bu sayıda can yakıcı bir insanlık sorunu haline gelen göç konusu değişik yönleriyle ele alınmış; göçle ilgili yönetim ve politikalarından uyum sürecine, enfeksiyon hastalıklarından psikiyatrik sorunlara kadar değişen bir yelpazede konu tartışmaya açılmıştır. Sorunu bizzat yaşayanların gözlem ve görüşleri de paylaşılmaya çalışılmıştır. Neticede ortaya konan gerçek şudur: Göç sorunu bir ya da birkaç ülkenin yalnız başına altından kalkabileceği boyutu çoktan aşmış, küresel bir sorun haline almış durumdadır. Bu sorun ulusal ve uluslararası ileri bir eşgüdüm, yönetişime, büyük maddi katkıya ve daha fazla insani değerlere ihtiyaç duymaktadır.

SD, elinizdeki nüshası ile 40. sayısına ulaştı. "Kırk" kadim kültürümüzde önemsenen, gizemli bir sayıdır. Kırk rakamı genel anlamda dengenin, olgunluğun, tecrübenin, yeterliliğin, bilgeliğin simgesidir. SD'nin adanmışlık ruhuyla çalışan yayın kurulu, her sayının ön hazırlığını ve değerlendirmesini ortak akılla, "kılı kırk yararcasına", ciddi bir gayretle yapmaktadır.

Yola çıkarken belirlenen temel hedef, tıp ve sağlık alanında bir "okul" olabilmektir. Geriye dönüp baktığımızda tıp ve sağlığın hemen her alanında çok değişik ve önemli konularda, alanının yetkin isimlerinin kaleme aldığı yazılar ve çok önemli röportajlarla dolu sayıların toplam hacmi 4000 sayfayı aşmış ve bir külliyat durumuna ulaşmıştır.

SD, bir ayağıyla kadim medeniyetimizin değerlerine sağlam şekilde tutunup, diğer ayağıyla dünya genelinde tıp ve sağlık alanında biriken tecrübeden, "hikmetten" yararlanmaya devam edecektir.

İçindekiler

6

MÜLTECİ SAĞLIĞINA BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM
DOÇ. DR. İLKER İNANÇ BALKAN



10

GÜVENLİK VE İNSANCILIK YELPAZESİNDE
GÖÇ POLİTİKALARI
DR. KEREM KINIK

12

GEÇİCİLİKTEN KALICILIĞA SAĞLIKLI BİR GÖÇ
YÖNETİMİ POLİTİKASININ OLUŞTURULMASI
MUHAMMED MURTAZA YETİŞ

16

TÜRKİYE'DE SURİYE MESELESİ VE SURİYELİLER
PROF. DR. SAMİ ŞENER

22

GÖÇ SORUNU VE ENFEKSİYON HASTALIKLARI:
YAPILMASI GEREKENLER
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

24

GÖÇMEN GRUPLARINDA HALK SAĞLIĞI
SORUNLARI VE YÖNETİMİ
DR. MUHAMMED ATAK

26

TOPLUM MERKEZLERİNİN GÖÇ VE UYUM
SÜRECİNDEKİ ROLÜ
AYŞENUR BÜLBÜL - A. BETÜL KIYIKLIK KASAPOĞLU

28

SURİYELİ MÜLTECİLERİN SAĞLIK SORUNLARI
VE BİR ÇÖZÜM MODELİ
DR. TURGUT ÖZCAN



32

SIĞINMACILARIN RUH HALİ
YRD. DOÇ. DR. NESLİHAN ARICI ÖZCAN

34

SURİYELİ DOKTORLARIN GÖZÜNDEN
MÜLTECİLER VE SAĞLIK
PROF. DR. ÖMER ANLAR

36

KADİM MEDENİYETE MİSAFİR OLMAK
PROF. DR. MUZAFFER ŞEKER

38

SURİYELİ HEKİMLER ENTEGRASYON İSTİYOR
ÖMER ÇAKKAL

40

TÜRKİYE'DE DOĞAN SURİYELİ
ÇOCUKLAR VE SAĞLIK
DOÇ. DR. FAZİLET DUYGU

42

SGK AÇISINDAN GÖÇ VE SAĞLIK
DR. ORHAN KOÇ

44

GÖÇMENLİK, DİL ENGELİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ
YRD. DOÇ. DR. H. DENİZ GENÇ



48

SURİYELİ SİĞİNMACILARIN İLACA ERİŞİMİ
YRD. DOÇ. DR. MAHMUT TOKAÇ - İSA TAKTAK

52

GÖÇ VE MÜZİK
DOÇ. DR. HANEFİ ÖZBEK

56

KÜRESEL SAĞLIK SORUNLARI VE
SAĞLIK DİPLOMASİSİ
PROF. DR. OSMAN E. HAYRAN

60

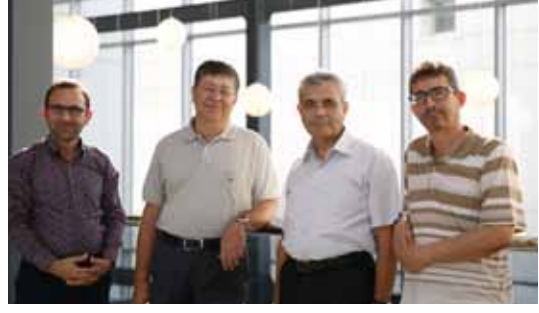
SAĞLIK SİSTEMLERİ - 1:
ALMANYA VE BİRLEŞİK KRALLIK
DR. ÖMER ATAÇ - PROF. DR. HAYDAR SUR

66

HALK SAĞLIĞI MERKEZLERİ ÇÖPE Mİ ATILMALI?
DR. YUSUF İZZETTİN GÜVEN

68

SD OKULUNDA 10 YILIN TANIKLIĞI



76

KRONİK HASTALIKLAR VE EKONOMİK DİNAMİKLER
DOÇ. DR. HATİCE KARAHAN

78

İNSAN KIYMETLERİNİN GELECEĞİ VE
SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ
PROF. DR. KEREM ALKİN

80

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE MENTORLUK
YRD. DOÇ. DR. PELİN VARDARLIER

84

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİNDE
GELECEK ÖNGÖRÜLERİ
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

90

İÇ HASTALIKLARI UZMANLIĞI EĞİTİMİ ANALİZİ (2):
YAKIN GELECEĞE BAKIŞ
DR. AHMET MURT

92

KAFA TRAVMASI BİR İNSANI SUÇA İTER Mİ?
FATMA GİRGİN KARDEŞ
PROF. DR. LÜTFÜ HANOĞLU

96

ANESTEZİ YAHUT "BANA NARKOZ DOKUNUYOR"
DR. MİNE HANOĞLU

100

İNSANLAR, KONUŞA KONUŞA...
PROF. DR. AKİF TAN



104

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

Mülteci sağlığına bütüncül yaklaşım

Doç. Dr. İlker İnanç Balkan



1976'da Giresun'da doğdu. 2000'de İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ihtisasının ardından çeşitli hastanelerde uzman hekim olarak çalıştı. 2009 yılında sözleşmeli uzman hekim olarak çalışmaya başladı. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD'da görevini sürdürmektedir. Dr. Balkan Avrupa Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (ESCMID) Göç ve Seyahat Enfeksiyonları Çalışma Grubu ile Yeryüzü Doktorları Yönetim Kurulu Üyesidir.

Göçler, dünya tarihi boyunca daha çok iklim koşulları ve ekonomik nedenlerle ortaya çıkmış ve yeni uygarlıkların kurulması ile sonuçlanmıştır. Yirminci yüzyıldan sonra ise nüfus hareketleri daha çok dünya savaşları ve sonrasında süregiden bölgesel çatışmaların doğurduğu sürgünler ve zorunlu göçler şeklinde devam etmiştir. Yeryüzünde düzen kurmak için terörü ve iç savaşı bir enstrüman olarak kullanan Batılı ülkeler bugün bu politikaların sonucu olarak dünya tarihinin en büyük "sığınmacı krizi" ile yüzleşmektedir. Dünya genelinde değişik nedenlerle ülkesini terk eden 230 milyon insanın 60 milyonu "zorla yerlerinden edilmiş" durumdadır ve her gün yaklaşık 42 bin kişi mülteci olmaya devam etmektedir.

Suriye'de 2011 Mart'ında başlayan iç savaş ile birlikte yaklaşık 9 milyon kişi ülke içinde yer değiştirmiş, yaklaşık 5 milyon Suriyeli ise ülkesini terk etmek zorunda kalmıştır. Bunlardan 2 milyon 750 bin kadarı Türkiye'ye, 1 milyon 70 bin kadarı Lübnan'a, 635 bin kadarı Ürdün'e, 245 bin kadarı Irak'a, 125 bini diğer orta-doğu ve kuzey Afrika ülkelerine sığınmış durumdadır. Komşu ülkelere sığınanlardan bir milyon kadarı daha sonra Avrupa ülkelerine sığınmacı olarak geçmiştir (1). Türkiye, komşu coğrafyalarda devam eden savaş ve çatışmalardan kaçan topluluklar için "Açık Kapı" politikasını

sürdürmekte, toplamda 3 milyonu geçen mülteci sayısı ile dünyanın en büyük mülteci nüfusunu barındırmaktadır. Bu yazıda, mültecilerin sağlık sorunlarına, zorunlu göç ile yeniden gündeme gelen enfeksiyon hastalıklarına, mültecilere verilen sağlık hizmetlerinin kapsam, organizasyon ve başlıca sorunlarına, sivil toplum kuruluşlarının bu alanda verdiği hizmetlere örnek olarak Yeryüzü Doktorlarının saha çalışmalarına değinilecektir.

Mültecilerin Başlıca Sağlık Sorunları

Çatışma bölgelerinden zorunlu göçler ciddi sağlık risklerini beraberinde getirmektedir. Suriye'de 2011'de başlayan iç savaşla birlikte sağlık altyapısı çökmüş, ilk üç yıl içinde devlet hastanelerinin %60'ı, birinci basamak sağlık kuruluşlarının %40'ı, ambulansların %80'i kullanılamaz hale gelmiştir (2, 3). Özellikle kronik hastalığı olan kişilerde, gebelerde, bebeklerde ve yaşlılarda sağlık sorunları ağırlaşmış, olumsuz göç koşullarına bağlı yeni sağlık sorunları ortaya çıkmış ve mortalite belirgin olarak artmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporlarına göre mültecilerde görülen başlıca sağlık sorunları şöyle sıralanabilir:

1. Cerrahi müdahale ve fizik tedavi rehabilitasyon gerektiren savaş yaralanmaları ve kazalar (travmalar, yanıklar, hipotermi dahil)

2. Kronik açlığa bağlı malnütrisyon
3. Akut sulu ishal başta olmak üzere gastrointestinal sorunlar
4. Gebelik ve doğum ile ilgili komplikasyonlar
5. Güvenlik, aile bütünlüğü ve gelecek kaygısına bağlı psikolojik sorunlar ve uyku bozukluğu
6. Diş sağlığı ile ilgili sorunlar
7. Anemi, diyabet, hipertansiyon, KOAH gibi kronik hastalıklar
8. Üst solunum yolu enfeksiyonları, daha az olmak üzere alt solunum yolu enfeksiyonları
9. Bit-pire-uyuz gibi olumsuz barınma koşullarına bağlı cilt enfestasyonları
10. Şark çıbanı (Kutanöz Layşmanyaz)

Enfeksiyonlar listenin alt sıralarında yer almakla birlikte salgın riski nedeniyle dikkat gerektirmektedir. Suriye ve çevresinin içinde yer aldığı riskli bölgede enfeksiyonların artmasına yol açan ve kontrolünü güçleştiren etmenler Tablo 1'de verilmiştir (4, 5).

Komşu ülkelere sığınan beş milyondan fazla Suriyeli mültecede belirtilen koşullar nedeniyle enfeksiyonların artacağı, hatta belirli hastalık etkenlerinin ciddi salgınlar oluşturacağı beklenmekteydi (5). Savaşın altıncı yılına gelindiğinde bu öngörülerin "korkulan düzeyde olmamakla birlikte" kısmen gerçekleştiği söylenebilir. Lübnan'da ve Ürdün'de tü-

berküloz olguları artmış, Suriye'de 15 yıl aradan sonra 37 adet poliomyelit (çocuk felci) olgusu görülmüş, Irak'ta mülteciler arasında 1500 olguya ulaşan bir kolera salgını meydana gelmiş, kızamık ve şark çıbanı tüm bölgede normalin oldukça üzerinde olgu sayılarına ulaşmıştır (4, 6). "Korkulan olmadı" diyebiliriz çünkü belirtilen salgınlar belirli bölgelerle sınırlı kalmış ve yayılmadan etkisini yitirmiştir. Enfeksiyonlara tek tek yakından bakalım:

Tüberküloz

Lübnan'da tüberküloz prevalansında 2011'den sonra %27 artış ortaya çıkmıştır. Nüfusunun %10'u kadar Suriyeli mülteci misafir eden Ürdün'de ise tüberküloz prevalansı iki katına yükselmiş, 2013 yılı itibarıyla tüberküloz olgularının %22'si Suriyeli mültecilerde saptanmıştır (7). Türkiye'de tüberküloz tanı, tedavi ve takibi verem savaş birimleri aracılığı ile ücretsiz ve doğrudan gözlem altında yapılmaktadır. Kamplarda ve kamp dışında yaşayan 10.689 Suriyeli mülteci PPD, akciğer grafisi (ve pozitif olgularda ileri testler) ile yapılan taramada (pulmoner ve ekstrapulmoner) tüberküloz prevalansı 18.7/100 bin olarak saptanmıştır. Bu oran Türkiye toplumundaki prevalans ile aynıdır ve DSÖ'ye göre "düşük endemik (<20/100 bin)" olarak kabul edilmektedir. Mayıs 2016 itibarıyla 2750 000 Suriyeli mülteci toplam 638 olguya tüberküloz tanısı konmuştur (8). Bu rakamlar ile prevalans hesaplandığında 23.2/100 bin olarak bulunmaktadır. Sonuç olarak savaşın ve zorunlu göçün doğurduğu her türlü olumsuz koşula rağmen, Suriyeli mültecilerin tüberküloz tanı ve tedavisi açısından altyapısı sağlam bir ülke için ek risk oluşturmadığı söylenebilir.

Şark Çıbanı

Kum sineği (tatarcık) ısırgığı ile bulaşan Leishmania türlerinin (tropica / major) ciltte oluşturduğu kronik yaralar, şark çıbanı (kutanöz layşmanyaz) olarak adlandırılmaktadır. Dünyadaki şark çıbanı olgularının %60'ı DSÖ'nün Doğu Akdeniz bölgesi olarak tanımladığı Suriye, Irak, İran, Lübnan'ın da içinde yer aldığı Afganistan'dan Yemen'e kadar uzanan bölgede bulunmaktadır. Suriye'de hiper-endemik olarak bulunan şark çıbanı, savaşla birlikte artış göstermiş, 2012 yılında 50 binden fazla olgu kaydedilmiştir. Lübnan'da yıllık şark çıbanı olgu sayısı 0-6 arasında iken 2013'te Suriyeli mültecilerle ilişkili bir salgın görülmüş ve 1033 olgu saptanmıştır. Şark çıbanı açısından en yüksek olgu sayıları ve en etkin mücadele Türkiye'de kaydedilmiştir. Türkiye'de savaş sonrasında yıllara göre şark çıbanı olgu sayılarındaki değişim Tablo 2'de gösterilmiştir (8).

Suriyeli göçmenlerin gelişyle 2013 yılın-

da şark çıbanı salgını tespit edilmiş, TC Sağlık Bakanlığı Türk Halk Sağlığı Kurumu tarafından yürütülen aktif surveyans, filyasyon, takip, ücretsiz tedavi, yaygın ve hedefe yönelik koruyucu uygulamaların başlatılmasıyla salgın kontrol altına alınarak olgu sayısı yeni göçmenlerle sınırlı hale getirilmiştir. Şark çıbanı, endemik bölgeden gelen göçmenlerdeki sıklığı ve uzun inkübasyon süresi (2 hafta-2 yıl) göz önüne alındığında ev sahibi ülkelerin sağlık otoriteleri ve sağlık çalışanları tarafından akılda tutulması, koruyucu önlemler ve tedavi edici ilaçlar açısından hazırlıklı olunması gereken en önemli enfeksiyonlardandır.

Kızamık

Kızamık, Doğu Akdeniz ve Avrupa bölgesinde 2011 öncesinde yeni başlayan bir salgın şeklinde mevcut idi. Türkiye'ye özellikle Bulgaristan üzerinden geçen kızamık olguları nedeniyle TC Sağlık Bakanlığı makülopapüler döküntülü hastalık bildirimlerini mercek altına almış, duyarlı nüfusa ilave kızamık aşısı uygulamalarını başlatmış idi. Suriye'de patlak veren savaş ve ardından yaşanan kitlesel göç, bölgedeki salgının genişlemesine ve şiddetlenmesine yol açmıştır. Lübnan'da 2012'de bildirilen kızamık olgu sayısı 9 iken 2013'te 1760'a yükselmiştir. Benzer artışlar Ürdün ve Irak'ta da kaydedilmiştir (5). Türkiye'de 2010 yılında başlayan kızamık salgını, 2012'den sonra artan nüfus hareketi ile genişlemiştir. 2012-2015 yılları arasında toplam 8661 kızamık olgusu görülmüş, olgular içinde Suriyeli misafirlerin oranı 2012'de %5-6 iken 2015'te %32'ye yükselmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan aşı kampanyaları ile 9-12 ay arası bebekler, 40-66 ay arası anasınıfı öğrencileri, kamplarda kalan çocuklar ve Suriyeli misafirlerin yoğun olduğu illerdeki riskli popülasyon kapsanarak beş milyondan fazla ek aşı dozu uygulanmıştır. Aşı çalışmalarının başarılı sonuçları hızla görülmüş ve olgu sayıları 2016 yılı itibarıyla sıfır düzeyine indirilmiştir (8).

Şubat 2016'da Fransa'da 3500 mültecinin barındığı bir kampta, içinde sağlık çalışanlarının da yer aldığı 13 olgulu bir kızamık salgını doğrulanmıştır (9). Avrupa ülkelerinin mülteciler ve duyarlı popülasyon ile birlikte sağlık çalışanları da aşılması önerilebilir.

Poliomyelit

Savaştan önce Suriye'de %90'lara ulaşan poliomyelit aşı oranı 2012'de %60'a gerilemiş, savaştan sonra doğan çocukların yarısından fazlasına polio aşısı uygulanamamıştır. On beş yıldır hiç poliomyelit olgusu görülmeyen Suriye'de 2014 yılında 37 olgu saptanmıştır. Irak'ta da aynı yıl Suriye'deki olgularla benzer

Tablo 1: Enfeksiyonların Artmasına Yol Açan ve Kontrolünü Güçleştiren Etmenler

Enfeksiyonları kolaylaştıran etmenler	Enfeksiyon kontrolünü güçleştiren etmenler
Açlık	Dil ve iletişim bariyerleri
Kalabalık ve sağlıksız yaşam koşulları	Ev sahibi ülkelerin sağlık görevlilerinde tecrübe eksikliği
Çöp birikintileri	Kültürel farklılıklar (El yıkama alışkanlığı gibi)
Sağlıksız gıda ve su tüketimi	Sağlık hizmetinin kapsamında yetersizlik
Güvensiz ulaşım ve nakliyat	Aşırı yüklenmiş sağlık sistemi
Yetersiz sağlık alt yapısı ve sağlık hizmeti	Sağlık ve sosyal hizmetlerde koordinasyon eksikliği
Aşı programlarının kesintiye uğraması	Aşı kapsayıcılığında yetersizlik
İlaç yetersizliği	Tedaviye erişimde sorunlar

Tablo 2: Türkiye'de yıllara göre şark çıbanı olguları (Türk Halk Sağlığı Kurumu verileri, 2016)



Tablo 3: Türkiye'de kızamık olguları



genotipe sahip olgular belirlenmiştir (8). Lübnan, Ürdün ve Türkiye'de yaygın aşı kampanyaları yürütülmüş, poliomyelit olgusu saptanmamıştır. Türkiye'de 1998 yılından beri poliomyelit olgusu bildirilmemiştir. Göçmen çocukların tamamı Türkiye'ye girişlerinde aşı programına alınmaktadır. Aşı programının başarısı %90'ların üzerindedir. Göçmen nüfusunun yoğun olduğu bölgelerde toplam bir milyondan fazla Türkiyeli çocuk da aşılanmıştır.



Son beş yılda 151 bin Suriyeli çocuk dünyaya gözlerini Türkiye’de açmıştır. Geçici barınma merkezlerinde, aile sağlığı merkezlerinde, kamu hastanelerinde, özel hastanelerde ve 17 ilde yeni açılan (Suriyeli 550 doktor, 300 hemşirenin istihdam edildiği) 57 mülteci sağlığı merkezinde 15 milyondan fazla muayene gerçekleştirilmiştir. Bir buçuk milyondan fazla göçmen çocuk aşılanmış, 668 bin göçmene hastanelerde yatış verilmiş, 473 bin ameliyat/tıbbi girişim uygulanmıştır.

Gastrointestinal Enfeksiyonlar

Son beş yılda Suriye’de ve Lübnan’daki Suriyeli mültecilerde enterik ateş (tifo) olgularında ciddi artış olduğu bildirilmektedir. Irak’taki Suriyeli mülteciler arasında 2015 yılında bir kolera salgını patlak vermiştir. *Vibrio cholerae* O1 Inaba kökeni ile gelişen salgında 2810 olgu laboratuvarca doğrulanmış ve iki olgu hayatını kaybetmiştir (11, 12). Türkiye’de 250 binden fazla göçmenin misafir edildiği 26 kampta enfeksiyon hastalıklarına yönelik aktif sürveyans ve geri bildirim sistemi uygulanmaktadır. Ortalama 22 kişiye bir banyo ve tuvaletin düştüğü kamplarda farklı kişisel hijyen alışkanlıklarına bağlı sulu ishal (akut gastroenterit) ve sarılık (akut hepatit A) olguları görülmektedir. Tifo, kolera bildirilmemiş, amebik dizanteri ve giardiyazis sıklığında artış saptanmamıştır (8).

Solunum Yolu Enfeksiyonları

Yerleşik yaşayanlarda olduğu gibi göçmenlerde de en sık görülen enfeksiyon üst solunum yolu enfeksiyonudur. Türkiye’deki geçici konaklama merkezlerinde son beş yılda bir milyondan fazla solunum sistemi enfeksiyonu kaydedilmiştir. Şırnak Ezidi Kampında Yeryüzü Doktorları tarafından tutulan kayıtlara göre solunum enfeksiyonlarının %80’den

fazlasını üst solunum yolu enfeksiyonları oluşturmaktadır. Spesifik etiyoloji (influenza, pertussis vd.) hakkında yeterli veri bulunmamaktadır.

Sıtma

Suriye, Türkiye gibi, bölgesel vivaks sıtmasını 90’lı yıllarda elimine etmiş, sporadik olarak görülen gerek falsiparum gerekse vivaks sıtması olgularının “importe olgu” şeklinde kaydedildiği ülkelerdendir. Savaş sonrasında göç ile ilişkili sıtma olgularında artış görülmüştür. Türkiye’de misafir edilen Suriyeli göçmenlerden alınan 150 binden fazla periferik kan yayma örneğinde hiç sıtma olgusuna rastlanmamıştır (8).

Sağlık Taramaları

DSÖ göçmenler için zorunlu enfeksiyon taraması önermemektedir. Hem faydasına dair yeterli kanıt yoktur hem de sağlık taraması mültecilerde ve toplumda gereksiz anksiyeteye neden olabilmektedir. Bunun yerine tüm mülteci ve göçmenlerin sağlığının korunabilmesi için gerek bulaşıcı gerek bulaşıcı olmayan hastalıklar açısından sağlık kontrollerinin yapılması önerilmektedir. Ülkemizde Suriyeli misafirler için rutin enfeksiyon taraması uygulanmamakta, “semptom bazlı yaklaşım” uygulanmak-

ta, ortaya çıkan semptomla göre gerekli tetkikler yapılmaktadır.

Mülteci Sağlığına Bütüncül Yaklaşım

Mültecilere yönelik sağlık hizmetlerinin göç sürecini tamamlamış mültecilere dahi yeterince verilememesinin başlıca nedenlerinden biri “dil” engelidir. Halk sağlığı açısından yeterli bilgilendirmeler yapılamamakta, mültecilere ait sağlık sorunları zamanında ve yeterli şekilde ilgili sağlık kuruluşlarına iletilmemektedir. Ev sahibi ülkelerin yeterli sağlık alt yapısından mahrum oluşu, legal, psikolojik ve fiziksel engeller nedeniyle sağlık hizmetine erişimin sınırlı oluşu, ev sahibi ülkelerde göçmenlerin ihtiyaçları ve hakları konusunda eğitilmiş yeterli sağlık personelinin bulunmaması, ülkeler arasında hukuki düzenlemeler ve standardizasyon açısından belirgin farklılıkların varlığı, kişisel sağlık bilgilerinin yer değiştirmeler sırasında aktarılamaması da diğer önemli sorunlar arasında sayılabilir. Türkiye, dünyanın en büyük mülteci nüfusunu ağırlamaktadır. Bu yük; kamu kurumları, sivil toplum kuruluşları ve toplumun tüm duyarlı fertleri tarafından hep birlikte omuzlanmış ve dünyaya önerilebilecek yeni, entegre bir insani model ortaya çıkmıştır.

DSÖ, mülteci kabul eden ülkeler için bulaşıcı hastalıkların yayılımının önlenmesine yönelik olarak genel enfeksiyon kontrol önlemlerinin ölümsüz uygulanmasını (el hijyeni, yeterli tuvalet alt yapısı, güvenli gıda ve temiz su), barınma ortamının yeterli havalandırılmasını, endemik enfeksiyon hastalıklarının taranmasını (örn. Şark çıbanı), tüm çocuklar için zorunlu aşılama programının başlatılmasını, sığınmacıların uygun şekilde ev sahibi ülkenin sağlık sistemine entegre edilmesini ve bulaşıcı hastalıkların tanı ve tedavisi açısından kamu sağlığı merkezlerine ücretsiz erişimin sağlanmasını önermektedir. Bu öneriler Türkiye Cumhuriyeti’nin mevcut bütüncül sağlık uygulamalarını tarif eder niteliktedir. Türkiye’de 2013 yılında çıkarılan yeni göç kanunu ve ardından yapılan bir dizi düzenlemeler ile savaş nedeniyle ülkemize sığınan tüm göçmenler (Suriyeli, Iraklı vd.) yalnızca bulaşıcı hastalıklar değil tüm tıbbi aciller ve sevk koşulu ile tüm kronik / elektif tıbbi sorunlar açısından sağlık güvencesi kapsamına alınmış durumdadır. Bu geniş kapsam fiilen hâlihazırda herhangi bir Avrupa ülkesinde bulunmamaktadır.

Son beş yılda 151 bin Suriyeli çocuk dünyaya gözlerini Türkiye’de açmıştır. Geçici barınma merkezlerinde, aile sağlığı merkezlerinde, kamu hastanelerinde, özel hastanelerde ve 17 ilde yeni açılan (Suriyeli 550 doktor, 300 hemşirenin istihdam edildiği) 57 mülteci sağlığı

merkezinde 15 milyondan fazla muayene gerçekleştirilmiştir. Bir buçuk milyondan fazla göçmen çocuk aşılanmış, 668 bin göçmene hastanelerde yatış verilmiş, 473 bin ameliyat/tıbbi girişim uygulanmıştır. Tüm göçmen çocuklar TC Sağlık Bakanlığının ülke genelinde uyguladığı çocukluk çağı aşı programına alınmıştır. Nüfusunun %90’ı kamp dışında yaşayan ve %53’ü 18 yaşın altında olan 3 milyona yakın göçmen için ülkenin dört bir yanında Suriyeli (ve diğer bölge ülkelerinden) öğretmenlerin eğitim verdiği, Milli Eğitim Bakanlığı, yerel yönetimler ve sahadaki binlerce sivil toplum kuruluşu tarafından desteklenen yüzlerce okul kurulmuştur.

Sağlığa bütüncül yaklaşım; Türkiye örneğinde uygulandığı gibi güvenlik, seyahat özgürlüğü, eğitim, istihdam ve diğer sosyal / profesyonel ihtiyaçları mümkün olduğunca karşılanabilmesi anlamına gelmektedir. 2016 itibarıyla Başbakanlık göç ve insani yardımdan sorumlu başdanışmanlığı tarafından hayata geçirilen uygulama sayesinde savaş mağduru 400 civarında akademisyen TC üniversitelerinde istihdam edilmiştir. Ocak 2016 itibarıyla yürürlüğe giren çalışma hakkı kapsamında ilk altı ayda 3000-4000 Suriyeli çalışan ve işveren kayıtlı hale gelmiştir. Bu oran hızla artmaktadır. Savaşın kaçarak ülkemize yerleşen tüm göçmenlere koşulları sağladığı taktirde vatandaşlık verilmesi gündeme alınmış ve gerekli çalışmalar başlatılmıştır. Türkiye, kısıtlı ekonomik olanaklarına rağmen tarihinden getirdiği kucaklayıcı misyon ile bölgesi için bir kardeşlik ve insanlık adası haline gelmiştir.

Yeryüzü Doktorlarının Penceresinden Mülteci Sağlığı

Suriyeli misafirlerin büyük çoğunluğunun geçici konaklama merkezleri dışında ikamet etmeyi seçtiği düşünülürse özellikle büyük şehirlerde mültecilere özel sağlık birimlerine ihtiyaç olduğu açıktır. Bu ihtiyacı karşılamak için yeni düzenlemeler ile Sağlık Bakanlığı tarafından açılan ve sayısı 57’ye ulaşan kliniklere destek olmak üzere Yeryüzü Doktorları Hatay’da, Diyarbakır’da, İstanbul’da ve İzmir’de birinci basamak sağlık merkezleri açmış ve binlerce mülteciye sağlık hizmeti vermiştir (13). Coğrafi komşuluk nedeniyle mülteci toplulukların sosyokültürel yapıları ve hastalık yükleri Türkiye toplumu ile büyük benzerlikler gösterdiğinden, mültecilere yönelik sağlık hizmeti sunumunda (tropikal hastalıklar vb. gibi) özelleşmiş uzmanlıklara şu an için acil gereksinim bulunmamaktadır. Mültecilerin sağlık hizmetlerine erişiminin önündeki en büyük iki engelden biri olan “koşulsuz sağlık güvencesi” sorunu çalışma ve vatandaşlık haklarının tanınması ile nihai

çözüm bulacaktır. İkinci önemli engel olan “dil farkı” ise çift dilli (Arapça ve Türkçe) örgün eğitim olanaklarının yaygınlaşması ve sivil toplum kuruluşlarının benzersiz katkıları ile devam eden sosyal kaynaşma sayesinde hızla aşılabacaktır.

Sokaklarında barışın ve huzurun teneffüs edildiği bir ülke olmak, halk sağlığının en temel bileşenidir. Yeryüzü Doktorları, diğer sivil toplum kuruluşlarıyla birlikte bu büyük insanlık sınavında üzerini düşeni yerine getirme çabası içerisinde. İyilik ve sağlık yolunda; orada ve her yerde...

Kaynaklar

- 1) Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği web sayfası, <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php> (Erişim Tarihi: 15.05.2016)
- 2) Dünya Sağlık Örgütü Suriye web sayfası, http://www.who.int/hac/syria_dashboard_6june2013_final_small_.pdf (Erişim Tarihi: 15.05.2016)
- 3) Reliefweb uluslararası insani yardım örgütleri iletişim web sayfası, http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/SAVE_THE_CHILDREN_A_DE-VASTATING_TOLL.PDF (Erişim Tarihi: 15.05.2016)
- 4) Ozaras R, Leblebicioglu H, Sunbul M, Tabak F, Balkan II, Yemisen M, Sencan I, Ozturk R. The Syrian conflict and infectious diseases. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2016 Jun;14(6):547-55.
- 5) Petersen E, Baekeland S, Memish ZA, Leblebicioglu H. Infectious disease risk from the Syrian conflict. *International Journal of Infectious Diseases* 17 (2013) e666–e667.
- 6) Sharara SL, Kanj SS. War and infectious diseases: challenges of the Syrian civil war. *PLoS Pathog.* 2014; Nov 13;10(10):e1004438.
- 7) Dünya Sağlık Örgütü web sayfası, http://www.emro.who.int/images/stories/lebanon/NO_14_Tuberculosis_30_June_2014.pdf?ua=1, (Erişim Tarihi: 15.05.2016)
- 8) Türk Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı verileri, Suriyeli misafirlere yönelik çalışmalar, http://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/strateji_db/dokumanlar/faaliyet_raporu/THSK_2015_Faaliyet_Raporu.pdf (Erişim Tarihi: 15.05.2016)
- 9) Jones G, et al. *Euro Surveill* 2016;21(11)
- 10) Dünya Sağlık Örgütü poliomiyelit sayfası, http://www.who.int/csr/don/2014_3_21polio/en/, (Erişim Tarihi: 15.05.2016)
- 11) <http://www.emro.who.int/irq/iraq-news/response-to-cholera-outbreak-stepped-up.html> (Erişim Tarihi: 15.05.2016)
- 12) International Society for Infectious Diseases, http://www.promedmail.org/Cholera_diarrhea_dysentery_update (34): Middle East Fri 6 Nov 2015 (Erişim Tarihi: 22.06.2016)
- 13) Yeryüzü Doktorları web sayfası, Afet, acil durum projeleri, <https://www.yyd.org.tr/tr/heler-yapiyoruz/projeler/afet-acil-durum-projeleri/savas-kriz-durumu-projeleri.html?showall=&start=3#icerik> (Erişim Tarihi: 15.05.2016)

Güvenlik ve insancılık yelpazesinde göç politikaları

Dr. Kerem Kınık



1970 yılında Malatya, Hekimhan'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamladı. 1993 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1995 yılına kadar Amasya'da Sağlık Ocağı Sorumlu Hekimi ve İBB Sağlık Dairesi'nde Müdür Yardımcısı olarak çalıştı. İstanbul 10. dönem İl Genel Meclisinde Meclis Üyesi ve Sağlık Komisyonu Başkanı olarak görev yaptı. Avrupa Birliği Bölgeler Asamblesi Sağlık ve Sosyal Politikalar Komisyonunda İstanbul'u temsil etti. Yeşilay Genel Başkan Yardımcılığı, Yeryüzü Doktorları Başkanlığı görevlerinde bulundu. Halen Türk Kızılayı Genel Başkanı olan Dr. Kınık, 3 çocuk babasıdır.

Göç, insanlık tarihi kadar eski bir olgudur desek yanlış olmayız. Zira günümüzdeki pek çok yerleşik medeniyetin kurucu toplumları atalarının doğduğu toprakların dışına göç ederek şimdiki topraklarında yurtlanmışlardır. Göç başlığı altında incelenen kitlesel nüfus hareketleri genellikle doğal ya da beşeri afetler, üretim ve yaşam tarzı değişiklikleri, ekonomik veya politik nedenlerle oluşur. Bu hareketlerin gönüllü veya zorunlu olması, ülke içi ya da ülkeler arası olmasına göre göç farklı kavramlarla tanımlanır. Bu çerçevede gönüllü olarak ülkesini terk edenlere göçmen (migrant), zorunlu olarak terk edip sığındığı ülkece iltica talebi kabul edilenlere mülteci (refugee), mülteci statüsü almak üzere bekleyenlere sığınmacı (asylum-seekers) ya da geçici koruma altındaki kişi, ülkesine dönenlere geri dönenler (returnees), vatanında sürülenlere ülke içinde yerlerinden edilenler (internally displaced persons-IDPs), bir ülke vatandaşlığı olmayanlara da vatansızlar (stateless persons) denmektedir.

Koruma

İnsanların uluslararası hukuk çerçevesinde kendi devletinden korunma güvencesi alma hakkı vardır. Bir başka deyişle devletler vatandaşlarına temel insan hakları çerçevesinde koruma sağlamakla yükümlüdürler. Devletleri

tarafından koruma sağlanmayan/sağlanamayan kişilerin de ulaşabildikleri diğer devletlerden güvenliğe kavuşturulmaları ve hayati tehlikesinin olduğu ülkelere gönderilmemelerini talep etme hakları vardır. Uluslararası koruma statüsü geçicidir, asıl olan kişilerin kendi devletlerince korunmalarıdır. Devletlerarası çatışma çözümleme ve barış tesisi mekanizmaları temel amaç olarak bu noktayı hedeflemekte ise de sıklığı artan, nedensellikleri karmaşıklaşan, süresi uzayan çatışmalar bu uluslararası sistem tarafından durdurulamamaktadır. Çatışmaların ilk etkisi de sahada nüfus hareketliliği olarak karşımıza çıkmaktadır.

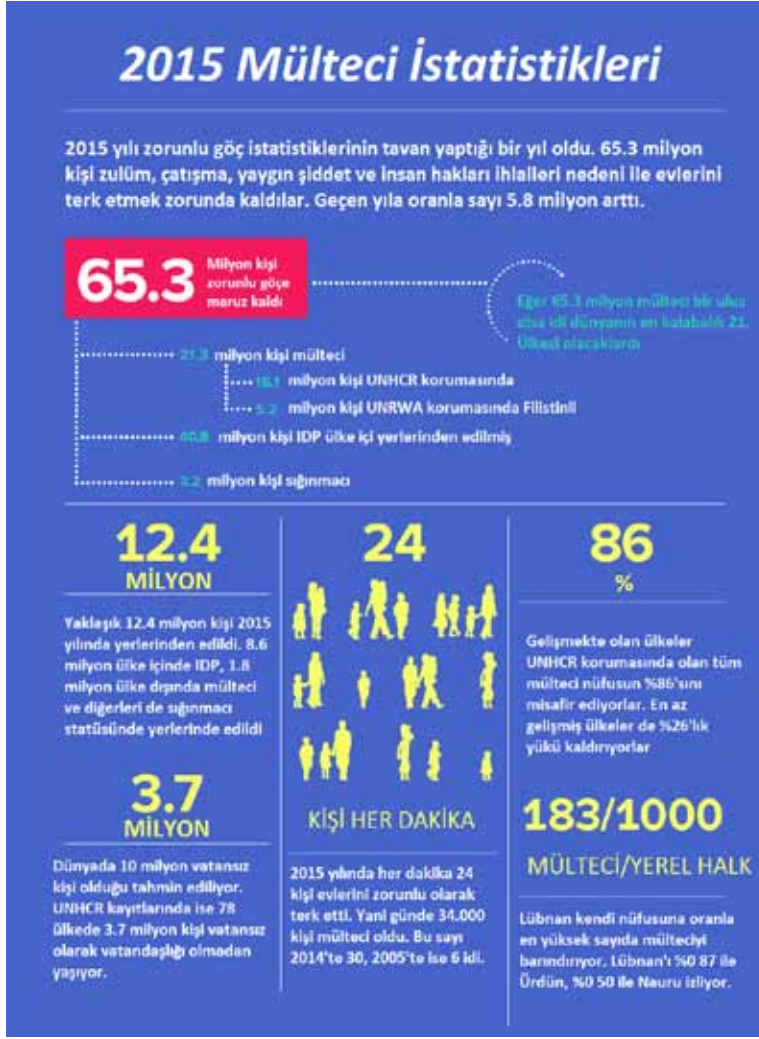
Kendilerinden koruma talep edilen devletler için uluslararası hukuk dört yol önermektedir: Öncelikle geçici koruma ya da mülteci statüsü verme, ülkelere gönüllü geri dönüş imkanı sağlama, mümkün değil ise entegrasyon ya da üçüncü ülkelere geçiş ve iskan hakkı sağlamak. Mültecilerin yabancı ülkede bulunmaları sırasında; temel insan haklarının güvence altına alınması, ayrımcılığa tabi tutulmaması, seyahat belgesi olmadan sınır geçtiler ise suçlanmaması, kendi topraklarına erişim imkânlarının açık tutulması gibi hakları uluslararası yasalarla tanımlanmıştır. Türkiye altıncı yılına giren Suriye krizinde yaklaşık üç milyon kişiye mültecilik değil geçici koruma statüsü vermiştir. Bu statü de uluslararası hukukta tanımlı geçici bir çerçevedir. Büyük kitlesel göç risklerinde, ev sahibi ülkenin mülteci statüsü ile

ilgili uluslararası sorumlulukları hususundaki kapasite sorunları nedeniyle uygulanmaktadır.

Mülteci Hakları

Uluslararası hukuk ile koruma altına alınmış olan temel insan hakları mülteciler için özellikli mekanizmalarla izlenmeli ve korunmalı; ayrımcılığa tabi tutulmadan güvenlik, sağlık, eğitim, çalışma, sosyal hizmetler, adalet gibi alanlarda hakları ve ödevleri düzenlenmelidir. 1951 Sözleşmesi ve 1967 tarihli ek Protokolünün uygulanması, uluslararası mülteci korumasının temelidir. Ancak sözleşmeye taraf devletlerin tüm coğrafi bölgeleri kapsayacak şekilde genişletilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda mülteci statüsünün belirlenmesi ile ilgili yaklaşımların yerel mevzuatla uyumlaştırılması ve tamamlayıcı koruma türlerinin tüm devletlerce kullanılması gerekmektedir. Mülteci hareketlerinin kaynağındaki nedenlerle ilgili kararlı müdahaleler, toplu sığınma krizine karşı daha etkin müdahaleler, kabul politikalarının iyileştirilmesi ve genel olarak mülteci korumasına daha iyi olanak sağlayan bir çevre, mültecilerin korunması rejiminin daha iyi uygulanmasına katkıda bulunacaktır.

Geniş göç hareketlerinin içerisinde mültecilerin korunması için ülkelerin göç ve iltica yönetimi alanlarında sistemlerini geliştirmeleri gerekmektedir. Ayrıca insan kaçakçılığı ile etkin



Kaynak: Birleşmiş Milletler Mülteci Yüksek Komiserliği (UNHCR) 2015 Mülteci İstatistikleri

mücadele, düzensiz göç ve iltica ile ilgili analitik veri oluşturarak dünya ile paylaşma, düzensiz ve ikincil hareketlilikle mücadele için uluslararası sistem tarafından birincil ülkelerin yükünün adil paylaşılması, uluslararası korumaya ihtiyacı olmayan kişilerin geri gönderim şartlarının iyileştirilmesi gibi konuların da krizlerin etkilerinin azaltılması için takibi şarttır.

Asgari Hizmetler

Halk sağlığı açısından sağlığın korunması, temel sağlık hizmetlerine erişim, üreme sağlığı hizmetleri, gıda güvenliği ve beslenme, temiz suya erişim, hijyen ve sanitasyon öncelikli planlanması gereken alanlardandır. Mültecilerin yerleşim ve barınma ihtiyaçlarının güvenli, onurlu ve sürdürülebilir bir şekilde karşılanması gerekmektedir. Ayrıca yemek pişirme, iletişim ve aydınlanma ihtiyaçları açısından yakıt ve enerjiye olan ihtiyaçların da aynı şekilde karşılanması gerekmektedir. Temel ihtiyaçlarını karşılayabilecek geçimlikleri de insanlık onurunu zedelemeyen çözümlenmelidir. Kitlesel göç olaylarında tüm bu hizmetlerin önceden planlanması için ülkelerin

beşeri afet planlarının ve göç senaryolarının hazır olması gerekir. Ulusal afet kapasitesi planlanırken bu senaryoların da düşünülerek hizmet kümelerinin ve sorumlulukların tanımlanması olaya müdahalede etkinliği artıracaktır.

Mülteci toplulukların özellikle anne ve çocuk sağlığı, aşılama hizmetleri, üreme sağlığı, ruh sağlığı, adli tıp, acil tıp gibi alanlarda normal topluluklara nazaran farklı ve özel ihtiyaçları bulunmaktadır. Göç ve iltica durumlarında verilecek hizmetlerin öncelikle göç eden topluluğun içindeki yetkinliği olan kişilerce verilmesinin çok büyük faydaları vardır. Bu organizasyon için mevzuatın olağanüstü durumlar düşünülerek önceden geliştirilmesi gerekir. Örneğin Suriye krizindeki sağlık hizmetlerinin organizasyonunda ilk yıllarda bu konuda gerekli adımları maalesef hızlı atamadık. Savaş öncesi Suriye'de 36.000 hekimin bulunduğu ve bunların 31.000'inin ve tüm sağlık çalışanlarının %70'den fazlasının ülkesini terk ettiği biliniyor. Bu insanların büyük bölümü öncelikle Türkiye'ye geldi ama çalışma şartlarındaki düzenlemeler gecikince maalesef kendilerine uygun imkânlar sunan başka ülkeleri tercih

ettiler. Bu durum akademisyenler, ka-naat önderleri, iş adamları, sanatçılar, hukukçular, öğretmenler ve mühendisler gibi meslek erbaplarının pek çoğu için ilk etapta geçerli oldu. Sonrasında yapılan bazı düzenlemelerle bir kısmı çalışma ve üretim imkânı bulsa da önemli ve nitelikli insan gücü Türkiye'den ayrıldı.

İnsanlık, Artan Göç ve İlticaya Hazırlıklı Olmalı

Toplumsal insan hareketliliklerinin gelecekte pek çok nedene bağlı olarak artacağı öngörülmektedir. Burada refah paylaşımındaki adaletsizlikler, çatışmalar ve iklimsel afetler başat rol oynuyorlar. İmparatorluk - ulus devlet dönüşüm sürecinin tekrar site devletlerine doğru eğilim göstermesi de mikro milliyetçilikleri tırmandıran, dolayısı ile göç ve göçmen olgusuna tehdit olarak bakan insan sayısını artıran bir başka sosyolojik vakıa. Artan dünya nüfusu, ulaşım olanaklarının fazlalığı, göç olgusunu önümüzdeki on yıllarda daha fazla gündemde tutacak. Burada güvenlik ve insancılık dengesini koruyarak, ama mutlaka küresel ölçekte kapsayıcı bir yaklaşıma ihtiyaç var.

Geçicilikten kalıcılığa sağlıklı bir göç yönetimi politikasının oluşturulması

Muhammed Murtaza Yetiş



Adıyaman Lisesi ve İstanbul Tıp Fakültesini bitirdi. Pediatri alanında ihtisas yaptı. Çocuk hekimliğinin yanı sıra uzun yıllar hastane yöneticiliği yaptı. Yeryüzü Doktorları ve UNICEF gibi uluslararası kuruluşlarda gönüllü olarak görev yaptı. 2011-2015 yılları arasında Adıyaman Milletvekili olarak TBMM Sağlık, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonunda görev yaptı. 2016 yılı nisan ayına kadar göç ve insani yardımlardan sorumlu Başbakan Başdanışmanlığı görevini yürüten Yetiş, halen Başbakan Başdanışmanlığı görevini sürdürmektedir.

Tunus'ta halk devrimiyle sonuçlanan ve "Arap Baharı" diye adlandırılan özgürlük mücadelesi, 26 Ocak 2011 tarihinde küçük ölçekli barışçıl protestolarla Suriye'ye de sirayet etmiştir. Halkın, özgürlük ve demokrasi taleplerinin Esed rejimi tarafından baskı, şiddet ve zulümle bastırılmaya çalışılması sonrası Suriye büyük bir iç savaşa sürüklenmiştir. Yaşanan iç savaştan kaçan Suriyeliler komşu ülkelere (özellikle Türkiye, Ürdün, Lübnan) sığınmak zorunda kalmıştır. Türkiye, Nisan 2011 tarihinde başlayan Suriyeli akınına karşı tarihsel misyon ve insan odaklı dış politika temelinde kucak açmış ve "açık kapı politikası" uygulamıştır. İç savaşın şiddetinin artmasıyla birlikte kısa bir zaman içerisinde ülkemize gelen Suriyelilerin sayısında büyük bir artış olmuş ve bugüne kadar Türkiye 2,8 milyonu aşan Suriyeli sığınmacıyı kabul etmiştir.

Türkiye, Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) verilerine göre dünyada en fazla sığınmacıya ev sahipliği yapan ülkedir. Refah düzeyi daha yüksek ülkelerin Suriyeli mültecilerle ilgili duyarsızlığına karşın Türkiye 10 ilde kurduğu 25 kampta Suriyelileri tüm uluslararası kuruluşların övgüyle bahsettiği yüksek standartlarda ağırla-

mıştır. Nüfusun %90'ının Türkiye geneline dağılan ve Türkiye'nin "kamp dışı yaklaşımı" olarak uluslararası kuruluşlarca yine örnek olarak gösterilen yaklaşımı ile de Suriyeliler eğitim, sağlık, barınma, sosyal destek, çalışma gibi imkânlardan faydalanmaktadır.

Türkiye, Suriyeli sığınmacılara yönelik olarak uygulamış olduğu politikalarla uluslararası camianın vicdanı olmuş, sınırlarını korumaya çalışan onca ülke arasında insanlığı korumaya çalıştığını ispat etmiştir. Bu bölümde Türkiye'nin, Suriye sığınmacılara yönelik insancıl, zamanlı ve esnek politikaları tartışılacak ve Suriyeli sığınmacılara daha iyi hizmet vermek amacıyla çıkarılan mevzuata ve bürokratik yapıya odaklanılacaktır.

Türkiye, Suriye'den gelen sığınmacılara, Cenevre Sözleşmesi ve 1967 tarihli Mültecilerin Hukuki Statüsüne ilişkin Protokol gereklerine uygun olarak açık kapı politikası uygulamış, geri göndermeme (non-refoulement) ilkesi doğrultusunda geçici koruma sağlamıştır. Türkiye'ye gelen Suriyeliler, yukarıda zikredilen coğrafi çekince nedeniyle mülteci olarak nitelendirilmemekte, "Geçici Koruma" rejimi kapsamında ihtiyaçları karşılanmaktadır. 2014 tarihli Geçici Koruma Yönetmeliğine göre Geçici

Koruma; ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak veya bu kitlesel akın döneminde bireysel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızdan geçen ve uluslararası koruma talebi olarak değerlendirilmeye alınamayan yabancılara sağlanan koruma olarak tanımlanmaktadır. Tanımdan da anlaşılacağı üzere geçici koruma, acil durum gerektiren insan akınlarına yönelik olarak bulunan pratik ve geçici bir çözümdür. Geçici koruma statüsü, ilk olarak Bosna Savaşı sırasında Almanya, Hollanda, Avusturya gibi komşu ülkelere yönelik kitlesel insan akını ile birlikte uygulanmaya başlanmış bir yaklaşımdır.

Geçici Misafirlerimiz - Geçici Komşularımız

Türkiye Hükümeti, Suriyelilere öncelikle herhangi bir hukuki dayanağı olmayan ancak tarihsel ve dini referanslara gönderme yapan bir sosyolojik kavram olarak "misafir" ifadesini kullanmıştır. Suriye sınırına yakın şehirlerde kurduğu kamplarda ve bunun yeterli olmadığı hallerde de şehirlerde barınma imkânı sağlamıştır. Kamp + şehir yaklaşımının temelinde toplumsal duyarlılığa güvenin yanı sıra Suriyelilerin geçici bir süre kalacakları ve kısa bir süre sonra



Türkiye, Nisan 2011’de başlayan Suriyeli akınına karşı tarihsel misyon ve insan odaklı dış politika temelinde kucak açmış ve “açık kapı politikası” uygulamıştır. Suriyeliler için, herhangi bir hukuki dayanağı olmayan ancak tarihsel ve dini referanslara gönderme yapan bir sosyolojik kavram olarak “misafir” ifadesi kullanılmıştır. Geçici koruma altında bulunan Suriyelilerin Türkiye’de kaldıkları süre arttıkça önemli bir bölümünün kalıcı olacağı tespit edilmiş, bu meyanda politikalar yürürlüğe konulmaya başlanmıştır.

tekrar ülkelerine dönecekleri öngörüsü belirleyici olmuştur. Bu itibarla Türkiye, Suriyeli sığınmacı akınına 1994 tarihli İltica Yönetmeliği ve genelgelerle yönetmeye çalışmış, Suriye’de krizin öngörülenden uzun olacağı ortaya çıktığında ise esnek ve günün ihtiyaçlarını karşılayan mevzuat çalışmalarını yapmıştır. Ayrıca geçici koruma altında bulunan Suriyelilerin Türkiye’de kaldıkları süre arttıkça en azından önemli bir bölümünün kalıcı olacağı tespit edilmiş, bu meyanda politikalar yürürlüğe konulmaya başlanmıştır. Türkiye’deki Suriyelilerin mevcut durumda “geçici kalıcılar” olduğu gözlemlenmektedir.

Geçicilikten Kalıcılığa

Türkiye, II. Dünya Savaşından bu yana en büyük sığınmacı akınıyla karşı karşıyadır. BMMYK, Suriyeli mültecileri “yakın tarihte görülen en büyük göç dalgası” olarak tanımlamaktadır. BM

deneyimleri bizlere yerinden edilenlerin kendi ülkelerine dönme ortalamalarının 17 yıl olduğunu göstermektedir. Yakın zamanda savaşın duracağına dair belirtiler henüz görünmemekle beraber savaş bitse dahi, geri dönüşlerin uzun yılları alacağı öngörülmektedir. Bunun yanında gönüllü geri dönüş politikaları dışında, yerinden edilenleri ülkelerine geri döndürecek yasal bir mekanizmanın olmaması da kalıcılığı etkileyen temel unsurlar olarak göze çarpmaktadır. Ancak uzun vadeli bir stratejide yerinden edilenlerin kendi ayakları üzerinde durduklarında ülkelerine geri dönme ihtimallerinin daha yüksek olduğunu yine BM deneyimleri bizlere göstermektedir. Bu nedenle “toplumsal uyum çalışmaları” sağlıklı göç politikasının en temel unsuru olarak dikkate alınmalıdır. Bu bağlamda özellikle kaldıkları süreci uzun vadeli bir yaklaşımla değerlendirmek, toplumsal yapının gelecekteki sağlıklı işleyişi için de rehber olacaktır.

İhtiyaç Analizinin Önemi

Ülkemizde bulunan Suriyelilere ilişkin hizmetlerin daha kaliteli bir şekilde verilmesi, bu alanda faaliyet gösteren kurum ve kuruluşlar arasındaki eşgüdüm ve işbirliğinin artırılması amacıyla 2015 tarihli Başbakanlık Genelgesiyle “Başbakanlık Göç ve İnsani Yardımlar Başmüsavirliği” kurulmuştur. Başmüsavirlik, çalışma dönemi sürecinde Suriyelilere verilen hizmetlerin kalitesinin artırılması için çok sayıda faaliyeti başarıyla yürütmüştür. Başmüsavirlik, Suriyeli mültecilere ilişkin hizmetlerin verilmesinde önemli görevler üstlenen kamu kurumları ile başta BMMYK ve AB olmak üzere uluslararası kurumlar, akademi dünyası ve sivil toplum kuruluşlarıyla iletişim ağlarını güçlendirmiştir.

Türkiye’de kalış süresi arttıkça, Suriye’deki iç savaş ve siyasi belirsizlik devam ettiği sürece Suriyelilerin önemli bir bölümünün

Türkiye'nin karşılaştığı meydan okumalar karşısında önümüzdeki süreçte iki alternatifi bulunmaktadır. Ya başlattığı tarihi girişiminden vazgeçmek ya da hedeflediği misyon doğrultusunda eksik olan kapasitesini geliştirmek. Bu bağlamda, yakın coğrafyadaki çalkantıların yerinden edip Türkiye'ye sevk ettiği göç, “şerden çıkan hayır” misali, Türkiye'nin ihtiyaç duyduğu açığı kapatacak tarihi ve stratejik bir fırsat sunmaktadır.

Türkiye'de ikamet edecekleri öngörülerek toplumsal entegrasyonu sağlayıcı, uzun dönemli strateji ve politikalar uygulamaya konmuştur. Esasen bu alanda yapılan araştırmalar Türkiye'deki toplumsal kabul düzeyinin üst düzeyde olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla ülkemizde geçici olarak ikamet etmesi öngörülen Suriyelilere yönelik uzun dönemli politikaların uygulanması gereği gündeme gelmiştir. Bu amaçla Başmüsavirlik koordinasyonu ile yapılan “2016-2018 Birinci Aşama İhtiyaç Analizi”, geleceğe yönelik sağlıklı bir perspektif sunması bağlamında önemli bir çalışma olarak yerini almıştır.

Bu politikaların en önemlilerinden biri Türkiye'de bulunan Suriyelilerin çalışabilmelerini sağlayan yasal düzenlemedir. Bu meydana, toplumsal entegrasyonun en önemli unsurlarından biri olarak değerlendirilen çalışma hayatı alanında önemli düzenlemeler yapılmıştır. Ancak yapılan mevzuat değişikliklerinin uygulamaya dönüşmesi, özellikle eğitimli/nitelikli Suriyelilerin çalışma hayatına entegre edilmesi ve Suriyeli akademisyenlerin üniversitelere alınması gibi kritik alanlara ilişkin somut bir ilerleme henüz kaydedilememiştir.

Sağlıklı Bir Göç Politikası Yönetiminin Temel Unsurları

Türkiye için günümüzde ve gelecekteki ihtiyacını karşılayacak bir Uluslararası Göç Politikası vizyonunun ve temel stratejilerinin geliştirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Böyle bir politikanın ahenkli ve tutarlı olması için ilk önce **bütüncül bir üst tasavvurun** oluşturulması, temel hedeflerinin belirlenmesi, bunlara yönelik temel yaklaşımların çerçevesinin çizilmesi gerekir. Bu doğrultuda, Uluslararası Göç Politikası ele alınırken yönetim boyutu, muhteva boyutu ve yaklaşım tarzı olmak üzere meseleye üç temel düzlemde bakmakta fayda vardır.

Yönetim Boyutu

Stratejik bakışın, parçalı kurumsal bakışmalara bölünmesinin önüne geçilmesinin yolu, hem sağlam bir üst çerçevenin bulunması, hem de onu taşıyıcı ve gözetici üst yapının/merkezin bulunmasıdır. Bu merkezin, göç politikasının zirve yönetimi fonksiyonunu icra eden siyasi bir yönlendirme ve koordinasyon otoritesi olması gerekmektedir. Ayrıca bütüncül ve stratejik bir yaklaşımın benimsenmesi ve ilgili paydaş kurumların bu vizyon etrafında ahenk içinde seferber edilmesi için üç unsurun bir araya gelmesi gerekmektedir: Vizyoner liderlik, stratejik akıl ve etkin idare.

Muhteva Boyutu: Göç Politikası Temel Alanları

Kamu politikası yapımı açısından uluslararası göçün türlerini üç temel başlıkta toplamak mümkündür:

Zorunlu göç: Ülkenin kontrol edemediği olumsuz gelişmelerden dolayı yurt dışından bireysel veya kitle halinde gelen göçtür. Bu yolla gelenlere mülteci veya sığınmacı denir. Geçici koruma altındakiler de bu kapsama girmektedir. Bu göçün temel özelliği; insani sebepler, siyasi sebepler ve çeşitli uluslararası yükümlülüklerden dolayı kabul edilen ve ciddi ekonomik ve sosyal maliyeti olsa dahi devlet ve toplum olarak “**katlanılan**” göç olmasıdır. Bu göç türüne yönelik temel yönetim refleksleri **reaktif** olarak tanımlanabilir.

Gönüllü göç: İnsanların çeşitli sebeplerden dolayı hür iradeleri sonucu ve çeşitli faydaları elde etmek amacıyla ülkeye geldikleri göç türüdür. İş kuran, işçi olarak çalışan, evlilik veya aile birleşimi ile gelen, emekliliği geçirmek için yerleşen, emlak satın alıp oturan, çeşitli iş sektörlerinin yerli eleman bulamadığı için veya dışa dönük çalışan sektörlerin hizmet özellikleri gereği gelen işgücü vb. Temel özelliği; bu insanların ülkede

bulunmalarının belirli fayda getirdiği veya en azından zararı olmadığı hususunda üzerinde devlet ve toplum açısından mutabık kalınan, “**uzlaşılan**” göç olmasıdır. Buna yönelik temel yönetim refleksleri ise aktif olarak tanımlanabilir.

Aranan göç: Yüksek vasıflı, kalifiye ve nitelikli olan, yani gelmesi devlet ve toplum açısından şiddetle “**arzulanan**” göç. Bu grup; entelektüel üretim kapasitesi yüksek, sanatta marka değeri olan, spor alanında üstün başarılarla imza atan, ileri teknoloji üreten, büyük ve kritik yatırım yapma gücü bulunan ve Türkiye'ye gelmek ile başka cazip yerlere gitmek arasında geniş bir seçki yelpazesine sahip olan kitleyi içermektedir. Bu tür göçe yönelik temel yönetim refleksleri proaktif olarak tanımlanabilir.

Bu üç göç türünü siyaset kurumunun verdiği önem, kamuoyunun atfettiği katma değer, toplumsal mutabakatı sağlama ve paydaşları seferber etme kabiliyeti açısından belirli bir “tercih kademisine” yerleştirmek mümkündür. Göç politikasının bir bütün olarak ele alınması, bu çerçevede üç basamağın kademeli teşvik aracı olarak düşünülmesi ve her birinin bir sonraki aşamayı hazırlayacak ve teşvik edecek şekilde tasarlanması gerekir. Ayrıca muhatap kitle açısından da sürekli cezbedici faktörler devrede tutulmalıdır. Bu bağlamda vatandaşlık politikasının göç ve uyum politikasından ayrı ve bağımsız bir konu olarak değil bilakis göç ve uyum sürecini taçlandıran unsur olarak görülmesinde fayda vardır. Başarılı olan ve dünyanın dört bir köşesinden insanları cezbeden gelişmiş ülkelerin politikalarını bu unsur belirgin bir araç olarak durmaktadır. Bu üç aşamada nitelikli, kolaylaştırıcı, tamamlayıcı, sonuç alıcı, dünya ile rekabetçi araçların geliştirilmesi elzemdir. Hâlihazırda temel sorunlardan biri, bu aşamalara dair uygulama araçlarının bağımsız bir şekilde, sadece o aşamanın ihtiyaçlarını karşılamak adına sınırlı ve yeterli esnekliğe sahip olmadan tasarlanmış olmasıdır.

Uluslararası göçün ülke için faydasının azami, zararların ise asgari düzeyde olmasını sağlayacak şekilde yönetilmesi kısa, orta ve uzun vadeli politika araçlarını gerektirmektedir. Göçün temsil ettiği mevcut veya potansiyel beşeri servetin iyi yönetilmesi için kademeli bir uygulama ve teşvik politikasına ihtiyaç duyulmaktadır. İlk aşaması ülkeye giriş ve yerleşme ile ilgili araçlar, ikinci aşama ülkede yaşama sürecindeki uyum ve toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik hayatına katılım yolları, üçüncü aşama ise vatandaşlığın verilmesi ve kalıcı bir yurttaşlık bağın kurulması alanıdır.

Vize ve Giriş/Yerleşme Politikası: Bu

aşama, ülkeye girişi ve yerleşmeyi yöneten ve kolaylaştıran ilk aşamadır. Vize uygulamaları, sınır, giriş, kayıt, ikamet, uluslararası koruma, belge sorunlarına idari ve hukuki çözümler, temel güvenlik ve asayiş çözümleri, coğrafi dağılım, iskân politikası, çalışma izni, şirketleşme izni vb. konuları kapsar.

Uyum ve Katılım Politikası: Orta vadeli planlamalar çerçevesinde sosyal ve ekonomik hayata katılımı kolaylaştıran ve teşvik eden aşamadır. Sosyal uyum, kültürel politika, eğitim, aktif istihdam, ekonomik hayata katılım, ekonomik teşvik araçları, ekonomi stratejileri, yatırım, yerelde katılımcı demokrasi uygulamaları, bilinçlendirme faaliyetleri vb. konuları kapsar.

Vatandaşlık ve Diaspora: Uzun vadeli bir yaklaşımla vatandaşlığa geçişi ve sınır ötesinde yurttaşlığı teşvik eden aşamadır. Vatandaşlığı kazandırma politikası, çift ve çoklu vatandaşlık çözümleri, uzun soluklu yurttaşlık çalışmaları, diaspora ilişkileri, lobicilik stratejileri, geleceğe yönelik ekonomik, sosyal ve siyasi köprü stratejileri vb. hususları kapsar.

Yaklaşım Tarzı

Bir ülkenin göç politikasının üç temel sacayağı üzerinde kurulduğu ve bunları temsil eden üç kutuptaki aktörlerin ve yaklaşım tarzının etkileşimi neticesinde şekillendiği söylenebilir. Bunlar içinde; **hak/standart eksen**i, hak ve dayanışma merkezli yaklaşımlar ile uluslararası standartları ve kriterleri benimseme eğilimlerini temsil etmektedir. Bir diğeri **güvenlik/korumacılık eksen**i olup burada bir yandan güvenlik ve asayiş kaygıları ile diğer yandan iş ve istihdam piyasasını korumaya yönelik korumacılık faktörleri devrededir. Üçüncüsü ise yine göç politikasının oluşumunu etkileyen **fayda/değer kutbudur**. Bu yaklaşımda uluslararası göçün getireceği düşünülen yararlar öncelikli görünmektedir. Bunlar içe dönük ekonomik veya kültürel faydalar ya da dışa dönük daha ziyade siyasi, jeopolitik ve stratejik kazanımlar gibi çıkarlar olabilmektedir.

Bu konsept çerçevesinde, Türkiye’de göç politikası yapım sürecinde üç sacayağının ahenkli bir şekilde tasarlandığı ve temel ihtiyaçlar arasında dengeli bir dağılımın kurulduğu model benimsenmelidir. Bu bağlamda; güvenlik/korumacılık ekseninin asgari/elzem düzeyde tutulduğu, hak/standart ekseninin güçlendirildiği, ancak asıl odaklanmanın fayda/değer ekseninde yapıldığı bir formül esas alınabilir. Uluslararası göçün ve mültecilerin sağlayabileceği yararlar üzerinde aktif bir şekilde durulmalıdır. Bunun için hem bu potansiyeli harekete geçirmenin yolları aranmalı hem de

kamuoyuna yönelik bu yaklaşım tarzı etkili bir söylem geliştirilerek destek zemini pekiştirilmelidir.

Göçe doğru noktadan bakmak: “Yük ve fırsat yaklaşımı”

Göç politikası alanında temel stratejiler belirlenip sağlıklı bir göç yönetimi süreci oluşturabilmek için yönetim, muhteva ve yaklaşım tarzları kategorileri iyi planlandığında, 3 milyona yaklaşan nüfusun sadece yükünü çeken bir ülke olmak durumundan çıkıp, göçün kazanımlarından hem ülke, hem de göçmen kitlesi adına yararlanmak mümkün olacaktır. Her 3 kategori işlevsel olarak devreye sokulduğunda göçü fırsata dönüştürecek; uluslararası koruma ve mültecilik, uyum politikası (kültürel, sosyal, istihdam vb.), çalışma izinleri, yatırımı çekme politikası, emlak piyasası vb. ile göç ilişkisi, girişimcilik, yeni niş ekonomiler ve göç politikası ilişkisi, eğitim politikası ve göç ilişkisi (milli eğitim, yükseköğretim ve yabancı öğrenciler vb.) yabancı akademisyenler ve araştırmacılar, yüksek vasıflı profesyoneller (expat), yabancıların yönetiminde yerel yönetimlerin rolü, yerel siyaset, katılım ve yurttaşlık politikası ve yabancılar ile ilişkisi, göç psikolojisi ve halk sağlığı ilişkisi, aile birleşimi, evlilik, kültürel etkileşim ve göç, yatırımcı göçü: kârdan ziyade temel hedefi vatandaşlık elde etme amaçlı olan göçler ve buna yönelik politikalar (dünyadaki “yatırım karşılığı oturma/vatandaşlık” programları), dış politika, jeopolitik ve göç politikası ilişkisi, dış ticaret politikası ve göç ilişkisi, uluslararası kalkınma ve insani yardımlar politikası ile göç ilişkisi, diaspora politikası ve göç/mültecilik politikası ilişkisi, vize politikası ve göç politikası ilişkisi, kamu diplomasisi ve göç politikası ilişkisi, vatandaşlık politikası ve göç politikası ilişkisi, vb. temel politika alanları da kurgulanmış olacaktır. Zikredilen bu hususlar, aynı zamanda temel başlıklar halinde ülkemizin göç politikasına ilişkin geliştirmek zorunda olduğu alanları da içermektedir.

Entelektüel Sermaye ve Sağlıklı Göç Yönetimi

Türkiye son on yılda bir asırdır kopuş yaşadığı coğrafyalar ve kültürlerle ilişkilerini yeniden güçlü bir şekilde tesis etme teşebbüsü içine girmiş, siyasi ve ekonomik ilişkiler ve stratejik ittifaklar alanında **Batı-bağımlı/endeksli** bir konumdan kurtulmayı ve daha dengeli bir pozisyon arayışına girmiştir. Bu arayış çerçevesinde Doğu olarak tarif edilen kültürel coğrafyada özellikle Arap dünyası ile etkileşim son derece görünür ve sembolik değeri yüksek bir örnek teşkil etmiştir. Böylece toplumun büyük bir bölümünün ve özellikle kendi seçmen kitlesinin hassasiyet gösterdiği havzalara

doğru yeni “kapılar” açılmıştır. Ancak bu tarihi girişimin ortaya çıkardığı fırsatları hakkıyla değerlendirmek, oluşturabileceği riskleri yönetebilmek, sakıncaları bertaraf edebilmek için Türkiye’nin yeterli donanımına sahip olmadığı kısa sürede görülmüştür. Lider takımının vizyoner ve cesur girişimlerin asırlık duvarlarda açtığı gediklerden gelen fırsatları, beklentileri ve zorlukları yönetebilecek kurumların ve birikimlerin yok denecek düzeyde az olduğu anlaşılmıştır. Türkiye’nin Batı ile ilişkilerindeki durumdan çok farklı olarak, Türkiye’nin bu alandaki açığı zaman içinde belirgin hale gelmiştir. Üstelik son yıllarda Doğu ekseninde yaşanan çeşitli zorluklar, beraberinde üç olumsuz netice getirmiştir. Birincisi, Batı nezdinde hedeflenen “Doğu ile vazgeçilmez köprü”, hatta “Doğunun kilidi” iddiası ciddi oranda etkisini kaybetmiştir. İkincisi, iç düzlemde rakip siyasi kampın, iktidarın Doğu ile ilişki seyrine artan ölçüde eleştiri yapmasına meydan sağlamıştır. Üçüncüsü olarak da Doğuda Türkiye ile ilgili oluşan beklentileri (mahir bir aktör, yol gösterici/rehber, Batı ile etkin köprü/arabulucu, güçlü ve alternatif müttefik vb.) karşılamaktan uzak kalmış, hatta önemli bir hayal kırıklığı da oluşturmuştur.

Türkiye’nin karşılaştığı bu meydan okumalar karşısında önümüzdeki süreçte iki alternatifi bulunmaktadır. Ya başlattığı tarihi girişiminden vazgeçmek ya da hedeflediği misyon doğrultusunda eksik olan kapasitesini geliştirmek. İşte bu bağlamda, yakın coğrafyadaki çalkantıların yerinden edip Türkiye’ye sevk ettiği göç, “şerden çıkan hayır” misali, Türkiye’nin ihtiyaç duyduğu açığı kapatacak tarihi ve stratejik bir fırsat sunmaktadır. AK Parti Türkiye’sinin cesur girişimlerinin gün yüzüne çıkardığı “bilgi ve insan” unsurlarındaki eksikliğe karşın Suriyeli mülteci göçü adeta “hastalık şifasını beraberinde getirdi” dedirtircesine Türkiye’ye “marifet” ve “beşeri birikim” yönüyle besleyecek unsurları sunmuştur. Tabii, bütüncül bir üst tasavvur geliştirmek kaydıyla...

Kaynaklar

Bayraklı, Enes, Keskin K, (2015) *Türkiye-Almanya-AB Üçgeninde Mülteci Krizi, SETA Yayınları Analizi Sayı:143.*

Davudov, M. *Göç Stratejisinin Temel Unsurları, Çalışma Raporu, Şubat 2015*

Davudov, M. *Arap/Suriyeli Göçünün Stratejik Önemi, Çalışma Raporu, Mart 2016*

Erdoğan, M, (2014)*Türkiye’deki Suriyeliler: Toplumsal Kabul ve Uyum,(Birinci Baskı) İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.*

Kutlay, M, Akcalı Ö, *Uluslararası Stratejik Araştırma Kurumu, Analiz No: 29 Mülteci Krizi ve Türkiye- AB ilişkilerinde Eksen Kayması.*

Türkiye'de Suriye meselesi ve Suriyeliler

Prof. Dr. Sami Şener



Erzincan'da doğdu. İ.Ü. Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümünü bitirdi ve bu bölümde doktorasını yaptı. Sakarya Üniversitesi Sosyoloji Bölümünü kurdu ve Bölüm Başkanlığının yanı sıra Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü ve Senato Üyeliği görevlerini sürdürdü. İngiltere'nin Leicester ve Southampton, Amerika'nın Iowa Üniversitelerinde araştırmalar yaptı. İnsan kaynakları, yeniden yapılanma, kurumsal değişim ve halkla ilişkiler konularında çok sayıda proje yürüttü ve eğitimler verdi. İnsan Hakları ve Sosyal Araştırmalar Merkezi ile Sosyologlar Derneğinin dört yıl kurucu başkanlığını yapan Şener, halen Sosyologlar Derneği'nin de başkanlığını yürütmektedir.

Türkiye son üç yıldır Suriye meselesi ile karşı karşıya. Bu olay sadece bir iç savaşın getirdiği problemler dizisi olmayıp; bir yanıyla uluslararası, diğer yönüyle de iki kardeş toplumun zor zamanda birbirleriyle hangi şartlar içinde ve ne tür duygu ve anlayışlarla birbirleriyle ilişki kurmalarına yol açan dinamiklerin varlığını gösteriyor. Türkiye'ye yönelen uluslararası göç hareketlerini, ağırlıklı olarak çevre ülkelerde yaşayan etnik Türklerin ya da Türk kimliğine kolay uyum sağlayacak etnik kimlik ve kökenlerden gelen kişilerin göçü oluşturmuştur. Bundan farklı olarak son yıllarda Türkiye, çok çeşitli ülkelere çeşitli etnik ve dinsel kökenlere sahip ve farklı amaçlarla gelen ve daha çok "yabancı" olarak nitelenen göçmen gruplarının akımlarına sahne olmuştur (1). Son birkaç yıldır Ortadoğu'da Batılı güçlerin dizayn ettiği politikalar sonunda Irak'tan ve özellikle Suriye'den gelen ve çoğunluğu Müslüman olan göçmenler göç hareketinde en yoğun akımı temsil etmektedir. Bu yazıda, farklı olayların nasıl bir çerçeve içerisinde birbiriyle ilişkili olduklarını sosyolojik açıdan ele almaya çalışacağız.

Suriye'de Savaş ve Göç

Suriye, Osmanlı Devleti zamanında bir vilayetimiz olan önemli kardeş ülkelerden biridir. Özellikle diğer Arap toplumlarına göre Türklere daha yakın ve

birçok özelliği itibarıyla Türklere en fazla benzeyen bir halktır. Osmanlı'nın Batılı güçler tarafından kontrol altına alınıp elinin kolunun bağlandığı bir dönemde Arap ülkelerini çeşitli devletlere ayıran Batılılar, bu ülkelere kendilerine bağlı olan içlerinden bazı azınlık grupları başa getirip, böylece kendi hâkimiyetlerini sürdürmeye çalışmışlardır. Suriye'de de dağ köylerinde yaşayan azınlıklardan olan Nusayrilerden seçtikleri gençleri orduda görevlendirerek ülkenin çoğunluğu olan Müslümanları sindirecek güçler oluşturmuşlardır. Hafız Esad böyle biriydi ve onun dönemi sıkıyönetimleri bile mumla aratacak derecede baskı, zulüm ve katliamlarla dolu bir devirdi.

Hafız Esad, kendi yerine oğlu Beşar Esad'ı getirdiğinde Beşar'ın ilk dönemlerde baskı ve şiddeti azaltıcı politikaları oldu. Türkiye ve bazı ülkelerle ilişkileri gelişti. Fakat bir süre sonra dış güçlerin etkisi ve Baas Partisinin baskısı ile tekrar bir zulüm ve şiddet dönemi başladı. Bu durum, yıllardır Esad rejimlerinden eziyet çeken grupları silahlı mücadele noktasına getirdi ve Esad'a karşı bir isyan başladı. Fakat Batılıların Esad rejimine yönelik mücadelede, muhalif grupları desteklemesi beklenildiği gibi kalıcı olmadı. Muhalifler bir süre sonra yalnızlaştı ve Türkiye ve bir iki Müslüman devletten başka onlara yardım eden olmadı. Bu arada önce İran ve ona bağlı Hizbullah teşkilatının, daha sonra da Rusya'nın Suriye'yi desteklemesi ve ağır silah ve

uçak bombardımanına başlamasıyla çoğu Müslüman olan halk, çeşitli komşu ülkelere göç etmeye başladı. Bu göç en fazla Türkiye, Lübnan, Ürdün gibi ülkelere yönelik oldu. Halen de bu göçler az da olsa devam etmekte ve potansiyel olarak da tekrarlanma özelliği göstermektedir.

Suriye, Türkiye İçin Ne İfade Ediyor?

Suriye, biraz önce de belirtildiği gibi Müslüman bir ülkedir ve Osmanlı'nın eski bir vilayetidir. Suriye'nin diğer Müslüman ülkelerle olan ilgisi gibi, Türkiye ile ortak din, kültür ve tarihi birliktelik gibi önemli bağları bulunmaktadır. Elbette ki ortak aidiyetler bazı sorumluluklar yüklemektedir. Bu yüzden AK Parti Hükûmeti de geçmiş hükûmetlerin aksine sadece Suriye meselesi ile değil; Filistin, Irak başta olmak üzere tüm sıkıntı içinde olan kardeş toplumlara yönelik ilgi ve çabasını göstermiş ve bu konuda aktif bir siyaset yürüterek bir manada Müslüman halkların hamisi olmuştur.

Türkiye'nin Suriye'ye yönelik dış siyaseti ile ilgili bazı hatalardan bahsediliyorsa da bu konuyu dış politika uzmanlarına bırakarak olayın sosyal, kültürel ve psikolojik yönü üzerinde durmak istiyorum. Suriye halkı aslında Suriye'ye sınırı bulunan Türkiye'deki halkın akrabaları idi. Uzun yıllar önce aynı topraklarda yaşayan insanlar, Batı ülkelerin zorbalığı ve



parçalayıcı politikaları sebebiyle çekilen suni sınırlarla birbirinden ayrılmışlardı. Ailelerin bir bölümü Suriye ve Irak'ta, bir bölümü ise Türkiye'de kalmıştı. Her iki ülkenin geçmişteki yöneticileri bu konu ile ilgili kalıcı ve mantıklı çözümler üretmemişlerdi. Bu yüzden suni olarak parçalara ayrılmış bu ailelerin, hükûmetin yakın geçmişte Beşar Esad ile anlaşarak sınırdan geçip birbirlerine ziyaret etmesi sağlanmıştı. Fakat siyasi gerilimin artmasıyla birlikte bu görüşme imkânları da ortadan kalktı.

Savaşın şiddetlenmesiyle yoğun ve büyük kitlelerin göçü başladı. Şu anda dünyanın son yıllarda gördüğü en büyük mülteci kriziyle karşı karşıyayız. Ancak krizin boyutları yeterince konuşulmadığı için bilinmiyor. "Çoğu İstanbullu, mahşeri kalabalıkların arasında onları görmezden geliyor. Küçük şehirlerde, hele de sınıra yakın yerlerde Suriyeli sığınmacıların sayısı çok daha fazla. İşsizlik, enflasyon derken giderek daha fazla "göze batıyor", istenmiyorlar." (2)

Türkiye Hükûmeti yoğun ve hızlı bir şekilde gelen göçmenler için geçici barınma mekânları olarak kamplar kurdurdu. Bu kamplarda gelenlere yemek, tıbbi bakım, giyecek ve barınma imkânları sağladı. Zaman içerisinde gelen göçmenlerden durumları iyi olanlar Türkiye'nin çeşitli bölgelerine dağılmaya başladı. Bu dağılma, ya kendilerinin tanıdıkları veya elde ettikleri bilgilere göre seçtikleri yerler

oldu. Fakat bu yoğun ve beklenmeyen göç olayı, sadece ekonomik veya fiziki imkânların karşılanması ile çözülecek bir problem değildi. Nitekim zaman içerisinde göç konusu ile ilgili konuların problemleri yanları ortaya çıkmaya başladı.

Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı'nın (AFAD) yaptığı araştırmaya göre, Suriyelilerin yerleşim durumu şu şekilde ortaya çıkmaktadır: "Kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacıların yaklaşık dörtte üçü Türkiye'de bir ev veya apartman dairesinde oturmaktadır. Konut koşulları kalabalık sayılabilir. Kamp dışında yaşayanların yaklaşık yüzde 62'si, 7 veya daha fazla insan ile bir arada yaşamaktadır. Kamplarda yaşayan Suriyeli sığınmacıların dörtte üçü ve kamp dışında yaşayanların yarıdan fazlası, içinde yaşadıkları konut biriminin iklim koşullarına uygun olmadığını düşünmektedir" (3).

Türkiye'ye göç eden Suriyeliler içinde Suriye istihbaratı veya diğer illegal gruplardan gelen insanların çeşitli vesilelerle masum Suriyeli görünümü ile Türkiye'ye sızdıkları da yaşanan olaylardandır. "Fransa'nın Lille kentinde yaşayan Türk vatandaşı Tuncel Perçin, arabasına aldığı kişilerin Suriye'ye savaşmak için gittikleri iddiası üzerine Fransız polisi tarafından 30 saat sorguya çekildi. BFM TV Televizyonu'nun duyurduğu habere göre, Temmuz 2015 tarihinde tatilini geçirmek için gideceği Türkiye'ye

Suriye'nin diğer Müslüman ülkelerle olan ilgisi gibi, Türkiye ile ortak din, kültür ve tarihi birliktelik gibi önemli bağları bulunmaktadır. Elbette ki ortak aidiyetler bazı sorumluluklar yüklemektedir. Bu yüzden AK Parti Hükûmeti de geçmiş hükûmetlerin aksine sadece Suriye meselesi ile değil; Filistin, Irak başta olmak üzere tüm sıkıntı içinde olan kardeş toplumlara yönelik ilgi ve çabasını göstermiş ve bu konuda aktif bir siyaset yürüterek bir manada Müslüman halkların hamisi olmuştur.

Suriye'deki savaşın arka planındaki uluslararası plan ve politikaları Türkiye'deki muhalif partiler göremiyor ve belki de görmek istemiyorlardı. Olay, tamamen insanlık meselesi ve özellikle de aynı tarih ve kültürü yaşamış kardeş toplulukların bir dayanışma örneği idi. Öte yandan Suriye meselesini bir mezhep savaşı şeklinde lanse etmeye çalışan uluslararası merkezlerin takipçisi durumundaki bazı yerli basın organı ve siyasi gruplar, Suriye'de halkını zorla kendine tabi kılmak isteyen bir despotu görmezlikten geliyordu.

kadar yol masraflarına katkısı olacak birini bulmak için bir "araç paylaşım" sitesine ilan veren Perçin, ilanına olumlu cevap veren bir aileyi İstanbul'a kadar getirdi. Yanında getirdiği insanların "aile" oldukları için daha güvenilir olduklarını düşünen Tuncel Perçin, bu kişilerin Suriye'ye "cihat" yapmaya gittiğini, pazartesi günü Lille'deki evini basan polislerden öğrendi "(4). Türk güvenlik birimleri savaşla birlikte bu türden çok sayıda girişimle karşılaşmış ve bu tür kişileri anında sınır dışı ederek muhtemel problemleri önlemiştir.

Göçten Rahatsızlık Duyanlar

Suriyelilerin göç olayı aslında çok yönlü ele alınması gereken bir konudur. Öncelikle göç olayının muhatabı sadece Suriyeli Müslümanlar değildi. Suriye'nin Hristiyan, Yezidi ve Hristiyan kesimleri de bu göç krizi içinde vardı. Ayrıca çeşitli olayların sonucunda Irak'tan da Türkiye'ye yönelen bir göç dalgası vardı. Savaşın devam etmesi ve savaşa İran ve Rusya'nın da Beşar Esad'a destek vererek uçak ve diğer ağır silahlarla

katılması, daha büyük katliamların ve neticesinde büyük göçlerin olmasına imkân veriyordu. Bütün bu olanlara karşılık, Batı ve onun büyük paktı Birleşmiş Milletler bir sorumluluk almıyor ve sadece beyanat vererek olayın fiilen dışında kalıyorlardı.

Türkiye, gerek çadır kentlerde ve gerekse şehirlerde Suriyeli ve diğer göçmenlerin yerleşmesine müsaade ederek imkânları ölçüsünde farklı seviyelerde bir yerleşim programı ve güvenlik tedbirleri alıyordu. Ama göç ve onun getirdiği çok yönlü sosyal, ekonomik ve psikolojik problemler, göçmenleri tedirgin ediyordu: "Telaşlı ve kaba adımların arasında ezilmemeye çalışan... Apartman kapılarının, metro girişlerinin önünde oturup çocuklarıyla sessizce dilenen Suriyeli kadınlar artık herkesin aşına olduğu bir manzara."

Göçlerin başlaması ile bir siyasi parti savaşın suçlusu olarak Hükûmeti sorumlu tutarken, bir diğeri de göçün neden olduğu kargaşadan yola çıkarak Hükûmeti yıpratmaya ve kaostan fayda temin etmeye çalışıyordu. Hâlbuki savaşın arka planında olan uluslararası plan ve politikaları bu muhalif partiler göremiyor ve belki de görmek istemiyorlardı. Olay, tamamen insanlık meselesi ve özellikle de aynı tarih ve kültürü yaşamış kardeş toplulukların bir dayanışma örneği idi. Halk da olayı çoğunlukla böyle değerlendiriyordu. Öte yandan Suriye meselesini bir mezhep savaşı şeklinde lanse etmeye çalışan uluslararası merkezlerin takipçisi durumundaki bazı yerli basın organı ve siyasi gruplar, Suriye'de halkını zorla kendine tabi kılmak isteyen bir despotu görmezlikten geliyordu. Bir basın organındaki şu ifadeler, olayın ne tarihi ve ne de sosyal boyutunu görmeden ideolojik bir yanlılıkla bakıldığını gösteriyor: "Büyük çoğunluğu oluşturan Sünni Araplara gelince, onlar da iktidar partisi ile birlikte Hükûmetin, Sünni taretatların, cemaatlerin hem yardım hem de örgütlenme sahası oldu" (5).

Halk içinde de bazı gruplar ise bu göç olayından adeta vurgun vurmak istercesine bu yeni göçerlere en izbe yerleri büyük meblağlarla kiralayarak, insanlık dramından kâr devşirmeye kalkışıyorlardı. Bu durum, Türkiye'nin hemen her yerinde rastlanılan bir durumdu. Bir iki siyasi parti ve bazı grupların yabancı düşmanlığı, halkın bir bölümü üzerinde etkisini gösteriyor ve göçmenlerin bir yandan ülkenin geleceğini tehlikeye attığı dile getirilirken, diğer yandan da kendilerinin rahatını bozduğunu söylüyorlardı. Hâlbuki toplumların ileride nelerle karşılaşabileceğini kim bilebilirdi ki? Önemli olan insani değerlere uygun bir tavır ve tutumu ortaya koymaktı. Fakat değerleri zayıflamış bazı kesimlerin, elbette ki böyle büyük ve onurlu bir

düşünce içinde olmaları düşünülemezdi.

Bütün bu olumsuz yaklaşımlara rağmen, Müslüman Türk Halkının çok büyük bir bölümü kendi dindaşları ve kardeşleri için büyük fedakârlıklar içine girdi. Halkın yaklaşık yüzde 80'i göçmenleri bağrına bastı. Onlara "hoş geldin" ve "geçmiş olsun" ziyaretlerinde bulundu, ihtiyaçlarını sordu. Evlerinde bulunan fazla eşyalarını onlara verdi. Bazı insanlar birkaç komşu bir araya gelerek ortak bir bütçe oluşturup, Suriyeli göçmen ailelere yardımlarda bulundu. Hatta bazı aileler Suriyeli aileyi evlerinin müstemilatına alıp çocuklarını kendi çocukları gibi gördüler. Türkiye'de Arapça bilenler Suriyeli ailelerin okul, iş, sağlık ve diğer ihtiyaçları için gönüllü tercümanlık yapmaya başladı. Böylece Türk halkının çoğunluğu kardeşlik hukuku ve insani değerler doğrultusunda dünyaya karşı çok iyi bir sınav vermiş oldu.

Dil Problemin Getirdiği Zorluklar

Suriye'den gelenlerin ana dili Arapça olduğu için, ancak Türkiye'nin güney doğu bölgesinden olanların bir kısmı bu konuda kendilerine destek olabiliyorlardı. Suriyeli göçmenlerin dil eksikliği sebebiyle var olan mağduriyetleri daha da artıyor ve kendilerine olan güvenlerini kaybediyorlardı. Türkiye Hükûmeti, Suriyeli çocukların okullara alınması konusunda imkânlar sağlamasına rağmen, bazı yönetici veya öğretmenler olumsuz tavırlar takınarak yabancılara sıcak yaklaşmıyorlardı. Fakat bu tür olumsuzluklar, çok büyük boyutlara ulaşmamıştı. Çocuklarını Türk okullarına gönderen Suriyeli Anne/Babalar, çocuklarının Türk çocuklarından geri kalmasından dolayı büyük üzüntü duyuyorlardı. Konu sadece dil konusu da değildi. İkinci problem, alfabe konusuydu. Arap çocukları, Latin alfabesine de alışmakta büyük zorluk çekiyorlardı. Bu durum, çocukların okula gitme konusunda isteklerini azaltıyor ve okuldan soğumaya başlıyorlardı. Sonunda hükûmet, bazı okulların sadece Suriyeli çocukların eğitimine tahsis edilmesi kararını verdi. Böylece, okula adapte olamayan ve kendini ezik hisseden çocukların daha rahat eğitim görmeleri sağlanmış oldu. Ayrıca, bazı belediyeler açtıkları Türkçe kursları ile yetişkinlerin de hayata adapte olmalarına yardımcı olmaya başladı.

Göçmenlerin çalışma ve iş bulma sıkıntıları

Suriyeli göçmenler, memleketlerinde yaşama standartlarını ve sosyal konumlarını kaybetmeyi göze alarak Türkiye'ye sığınmaya karar vermişlerdi. Fakat sosyal statüleri bir anda değişmiş, daha önce yaşadıkları hayat şartlarının çok gerisine düşmüşlerdi. Aralarında öğretim üyeleri,

doktorlar, avukatlar, bürokratlar, ekonomistler ve çeşitli mesleklerde çalışan kalifiye insanlar, bir anda işsiz ve becerisiz bir konuma düşmüşlerdi. Bazı kişiler memleketlerinde önemli iş adamları iken, birden işçi seviyesine inmişlerdi. Üstelik başka bir ülkede idiler ve o ülkenin diline de sahip değillerdi. Dolayısıyla nitelikleri bir anda yok olma durumuyla karşı karşıya kalmıştı. Kendilerini ve becerilerini kabul ettirebilmelerinin de ilk şartı Türkçe konuşabilmektir. Bazıları İngilizce bilmeleri sebebiyle belli iş kollarında çalışabilme imkânına sahip olmuştu. Fakat çoğunluğun böyle bir niteliği de yoktu.

İş çevreleri ve kuruluşları, Suriyelilerin Türkiye’de kayıt dışı çalıştırılarak haklarının gereği gibi verilmediğini dile getirmekteydi. Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu (TİSK) Türkiye’ye gelen 2,2 milyon Suriyelinin kalıcı olacağı varsayımından yola çıkarak ekonomiye etkilerini araştırdı. Hürriyet’ten Şebnem Turhan’ın haberine göre, “Hacettepe Üniversitesi Göç ve Siyaset Araştırmaları Merkezi (HÜGO) işbirliğiyle yapılan çalışmaya göre, Suriyelilerin yüzde 54’ü 18 yaşından küçük, sadece 3 bin 686’sı kayıtlı çalışıyor ve çoğunluğu çocuk 400 bin Suriyeli kayıt dışı, düşük ücretli ve sağlıksız koşullarda istihdam ediliyor. Öyle ki çocuklar eğitimsiz kaldığı gibi Türkiye’deki Suriyelilerin de hem eğitim durumu oldukça kötü hem de işgücü açısından niteliksizler. Suriyeliler Türkiye’deki işgücü piyasasında işsizlik ve kayıt dışı baskısını artırırken çocuk işçiliği sorununu da büyütüyor. Ve Suriyeliler tarafından kurulan işyerlerinin tamamına yakını kayıt dışı.”

Bazı Suriyeliler, iyi niyetli Türklerin çabalarıyla onların işlerine ortak olarak iş alanına girmişlerdi. Bazıları ise güvindikleri Türk yatırımcılara belli bir sermaye vererek onlarla kâr ortaklığı yapma durumuna geldiler. Bu tablo herkes için geçerli değildi: “Çoğunluk iki yönden böyle bir imkân elde edememişti. Birincisi, Türkiye’deki kötü niyetli insanların gelen göçmenlerin paralarını kendilerine mal etmesi, ikincisi ise yine önemli sayıda kişinin, Türkiye’ye para getiremeden göç etme durumunda kalmasıydı. Bu iki problem, Suriyelileri yeni bir savaşın eşiğine getirmekteydi. (6)”

Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu (DEİK) Başkanı Ömer Cihad Vardan, Türkiye’deki Suriyeli sığınmacılara başta tekstil olmak üzere emek yoğun sektörlerde iş verip, onların ürettiği ürünleri gümrüksüz Amerika’ya satma konusunda düşünceleri olduğunu açıklıyordu: “Bir grup gazeteciye açıklamalarda bulunan Vardan, Türkiye’deki Suriyeli sığınmacılara başta tekstil olmak üzere emek yoğun sektörlerde iş verip onların

ürettiği ürünleri gümrüksüz Amerika’ya satma konusunda bir fikirleri olduğunu kaydetti. Vardan, bu konuyu Türkiye-ABD Ekonomik ve Ticari Stratejik İşbirliği Çerçevesi (ETSIÇ) bünyesindeki iş adamları ile görüşeceklerini, eğer bu fikir onlar tarafından da kabul görürse, ardından bunu hükümetlere tavsiye kararı niteliğinde sunacaklarını ifade etti (7).”

Bazı art niyetli veya uluorta konuşanların söylediğinin aksine, Suriyelilerin Türkiye’nin ekonomisine katkı yapan yönleri, Standard&Poor isimli kredi derecelendirme kurumu tarafından da belirtilerek, bu etkinin Türkiye’nin büyümesine olumlu katkı yapacağı açıklanıyordu. Uluslararası kredi derecelendirme kuruluşu Standard&Poor’s (S&P), Türkiye’de Hükûmetin Suriyelilere verdiği desteğin ve kişisel tüketimin gayri safi yurt içi hasıla (GSYH) büyümesine yüzde 0.2-0.3 katkıda bulunabileceğini açıkladı. S&P hazırladığı raporda Türkiye’ye gelen mültecilerin ülkenin GSYH üzerindeki etkilerinin hafife alındığını söyleyerek, Suriye’de iç savaşın başladığı 2011’den bu yana 3 milyon kişinin sınırı geçerek ülkeye girdiğini belirtti. Kurum, mültecilerin birikmiş paralarını ve burada kazandıkları maaşlarını Türkiye’de harcayarak tüketimi artırdıklarını belirtti. (8)” Aslında, göçmenlerin Türkiye’ye getirdiği para ve altın miktarın daha da fazla olduğu tahmin edilmektedir.

Kötü Niyetli Çevrelerin Suriyelileri Kullanması

Türkiye’de var olan yeraltı ve illegal çevrelerinin bu yeni gelen Suriyeli göçmenleri kendi amaçlarına alet ederek onları kullanmaları, yaşanan dramın daha da katlanmasına yol açan bir dizi problemi gündeme getirmekteydi. Suriye’den gelen göçmenlerin hepsinin iyi aile ferdi ve problemsiz insanlar olduğunu söylemek durumunda değiliz. Her toplumun içinde sağlıksız ve problemlili insanlar bulunmaktadır. Gazete ve haber ajanslarından da takip edildiği gibi Suriye’den bazı istihbarat elemanları ve terörist gruplara mensup insanlar da sızmakta ve Türkiye’yi karıştırmak istemektedirler. Dolayısıyla Suriyelilere yönelik politikalar geliştirilirken böyle düşman ve zararlı grupları da göz önüne alarak tedbirlerin alınması gerekmektedir.

Bu istismarlardan biri, maddi imkânı yeterli olmayan ailelerdeki kadınları, bazı kadın tüccarlarının ele geçirerek çalıştırmaları ve böylece hem bu insanları ve hem de toplumu, ahlak dışı bir uçuruma sürüklemeleriydi. Bazı doktorlar, kendilerine gelen Suriyeli hastalarda cinsel hastalıkların yaygın olduğunu fark etmişlerdir. Emniyet kuvvetleri de, kadınları çalıştıran bazı grupları tespit etmişlerdir.

“Asayiş Büro Amirliği’ne bağlı ahlak polisleri, İskenderun’da Suriye uyruklu kadınlara fuhuş yaptırıldığı ihbarı üzerine harekete geçti. Yapılan çalışmalarda bazı Türk erkeklerin Suriyeli kadınlara para karşılığı müşteri bulduğu ve kadınların da erkeklerle otellerde birlikte olduğunu belirleyen polis, Meydan Mahallesi, Yaşar Doğu Caddesi, Yeni Şehir Mahallesi, Ziya Gökalp Caddesi ve Akçay’da bulunan otellere operasyon yaptı. (9)”

“Suriye’de süren iç savaştan kaçarak Adana’ya gelen bir kadın yine Suriye’den kaçan 2 kadına “Hem eğleneceksiniz hem de para kazanacaksınız” diyerek kandırıp fuhuş yaptırırken yakalandı. Olay Adana’da gerçekleşti. Polis, Adana’ya gelen Ravva Haskir (39) isimli bir kadının Suriye’den iç savaştan kaçarak Adana’ya gelen ve zor durumda olan kadınları kandırarak fuhuş yaptırdığı ihbarını aldı. (10)”

Ebetteki bu konuya yönelik tedbirler, çok yönlü olmak zorundadır ve halkın da geniş bir desteğinin varlığını ile gerçekleşebilecek nitelik arz etmektedir. Bütün bu durumlar, Suriye’deki göç meselesinin arka planını ve getirebileceği problemleri içine alan karmaşık bir yumak olmuş durumdadır. Bu karmaşıklığı, çeşitli araştırma ve inceleme çalışmaları ile netleştirerek, problemleri böyle bir perspektiften çözmeye çalışmak önem taşımaktadır. Çünkü göç meselesi, çok yönlü boyutlarıyla araştırılması gereken “sosyal bir konu”dur.

Suriyeli Çocukların Eğitimi

Suriyeli çocukların eğitim görmesi, hayati bir konu olmasına rağmen, ailelere rehberlik yapacak ve Türkiye’de geçerli olan kural ve prosedürleri bilecek insanlara ihtiyaç olmaktadır. Hükûmetin böyle bir çalışma biriminin olmaması, bu konudaki işleyişi oldukça zorlaştırmıştır. “İstanbul’da yürütülen 3 proje ile öğrenimine devam etmek isteyenlere kurslar ve rehberlik faaliyetleri sağlandı. İstanbul Fatih’te 310 gencin yararlandığı “Yarına Umut Projesi”nde eğitsel faaliyetlerin yanı sıra gençlerin sportif faaliyetlerle serbest zamanlarını değerlendirmeleri hedeflendi. Suriyeli gençler tarafından tiyatro, müzik, izcilik ve halk oyunları gösterileri sahnelendi. Katılımcılar zor zamanlarda kendilerine kucak açan Türkiye’ye ev sahipliği için teşekkür ederken kardeşlik mesajlarını vurguladılar” (11).

“Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi (AFAD) Başkanı Fuat Oktay, Türkiye’nin 10 sınır ilindeki 26 sığınmacı kampında bulunan kız çocuklarının tamamının eğitiminin devam ettiğini belirtti. Oktay, “80 bin öğrenci ve 3 binin üzerinde öğretmenimiz var. Bunun ötesinde kamp

Türkiye, göç meselesini sadece bir dış toplumsal hareket olarak değil, aynı zamanda iç nüfusu ve onun sosyal tutum ve anlayışları ile yaşama tarzını da etkileyecek bir “dış etki” gibi görmek ve buna göre bir tavır almak durumundadır. Hem göçmenler ve hem de göçe maruz kalan bölgelerdeki insanların, yeni bir toplumsal anlayış ve kavrayış içine girdiği kabul edilerek buna yönelik sosyal koruma ve savunma mekanizmalarının oluşturulması şarttır.

dışıyla birlikte toplam öğrenci sayımız 330 bin, yılsonu itibarıyla da 450 bini hedefliyoruz” demektedir.” (12)

Eğitim konusunda Suriyelilere yeni eğitim imkânlarının açılması sebebiyle, bu ihtiyacı karşılamak isteyen ailelerin yalnız veya başkalarından destek olarak eğitim kurumlarına gidip çocuklarını bu kurumlara teslim etmeleri, diğer problemlerinden biraz daha kolay olmaktadır. Ama Suriyelileri bir yük gibi görüp onları kendi imkân ve hayat şartların daraltan kimseler olarak kabul eden ve bu yüzden onlara hiçbir yardım yapmayan kişilerin de az da olsa onların hayata uyum sağlamalarında olumsuz roller oynadıklarından bahsetmek mümkün.

Yetim ve Kimsesiz Çocuklar

Suriye iç savaşının getirdiği en önemli yara, şüphesiz bu savaşta ölen insanların geride bıraktıkları dul eş ve çocuklarıdır. Bu konu, başlı başına bir problem olarak ortaya çıkmıştır. Kamplarda ve şehirlerin belli bölgelerinde çocuklarıyla beraber yaşayan anneler, imkânları ölçüsünde hayatlarını sürdürme mücadelesi içine girmekte ve çocuklarına sahip olmaya çalışmaktadırlar. Bu tür ailelerin büyük ölçüde meslek sahibi olmayan kadınlardan oluştuğunu bilmek gerekiyor. Bu durumda olan bir ailenin kendi geçimini

sağlayacak imkânı olmayacağı için her türlü kötü ve zararlı etkilere açık bulunmaktadır. Bazı Suriyeli hanımların, çevrelerindeki aile veya iş yerlerinde çalışma imkânı buldukları bilinmektedir. Fakat bu kişilerin yaptıkları işi, yine dil eksikliği sebebiyle gereğince yapamadıkları ve bundan dolayı yeterli ücret alamayarak hayatların çok zor bir şekilde sürdürdüklerini de belirtmek gerekir.

Bazı vakıflar, Suriyelilere destek olarak değişik çalışmalar içine girmiş ve devletin eksik bıraktığı bazı görevleri üstlenmişlerdir: “Suriyelilere sağlık hizmetine gönüllü olarak destek veren Suriyeli Ahmet Mayati, temizlik işleri ile de uğraşıyor, belirlenen zamanlarda Hüdâyi Vakfı’ndan gelen iki minibüsle Suriyeli aileleri dolaşıyor ve hasta olan çocuk, kadın ve yaşlıları sağlık merkezine götürülüyor” (13).

Fikset isimli bir sivil toplum kuruluşu Suriye’de eşleri şehit olmuş kadınların hayatlarını sürdürebilmeleri ile ilgili olarak hanımların bilgi ve becerilerini arttırmak maksadıyla bazı kültürel programlar başlatmıştır. Ayrıca bu kuruluş Hatay’da “lego evler” projesi başlatarak onlara hayatlarını sürdürecekt evler inşa etme düşüncesindedir. Dernek, işi ve mesleği olmayan kadınların hayatta kalmalarını sağlamak için kadınlara yönelik mesleki kursları da başlatmayı programına almış bulunmaktadır.

Aslında böyle bir durumda, annelerin özellikleri ve hangi işe yatkın oldukları ile ilgili bir çalışmanın belediyeler tarafından yapılması sağlanabilir ve bu durumdaki Suriyeli kadınların üretim ve beceri imkânları ortaya koyularak daha verimli çalışmalar yapılabilir.

Bütün bu problemlerin yanında, Suriyelilerin Türkiye’de önemli ölçüde çocuk sahibi olduğunu ve bu yeni bebeklerin “Türkiyeli Suriyeliler” kavramının doğmasına yol açtığını söylemek mümkün. Bu çocuklara yönelik, bir rehabilitasyon programının çok yönlü faydalar sağlayacağı açıktır: “Beş aylık saha çalışmasıyla Suriyelilerin en fazla olduğu 18 ilde ekonomide söz sahibi olan 134 kişiyle yapılan görüşmelerle hazırlanan rapor dün açıklandı. Rapor kamunun düzenlemelerinin kalıcı olduğu gerçeğine göre değiştirmesi gerektiğini vurguluyor. Rapora göre Türkiye’de 2,2-2,5 milyon Suriyeli var. 150 bin çocuk Türkiye’de doğdu ve 18 yaşından küçük Suriyelilerin sayısı 1,2 milyon. Beş yıl içinde Suriyeli sayısının 3,5 milyona çıkma ihtimali çok yüksek. Okul çağındaki 600 bin çocuktan ise sadece yüzde 15-20’si eğitim alırken Suriyelilerin yüzde 90’ı kamplar dışında yaşıyor. Kayıt dışı çalışan Suriyelilerin ise Türk işçilerin üçte biri ücretine razı olduğuna dikkat çekiliyor.” (14)

Göçmen Gençlerin Sosyo-Psikolojik Durumları

Suriyeli göçmenlerin en problemli alanı, gençlerin muhafaza edilmesi ve yönlendirilmesi meselesidir. Gençler, farklı bir dünyaya adım atarak birçok şeye yeniden başlamak durumunda kalan, henüz kişilikleri oluşmamış gruplar olarak özel bir ilgi alanını oluşturmaktadırlar. Sokağın çok yönlü cazip ve insanı dejenere edici etkilerinin, Türkiye’ye göre daha kapalı ve muhafazakâr bir cemiyet olan Suriyeli gençleri değiştirici etkileri söz konusudur. Bu gençlerin Türkiye’de zamanlarını eğlence, gösteriş ve verimsiz işlerle geçiren yaşama tarzından olumsuz modeller alma ihtimalleri yüksektir.

Kanaatimce bizim modern hayata alışmamış genç insanımızın Avrupa’da yaşadığı psikolojik şokları, Türkiye’de Suriyeli gençler özellikle büyük şehirlerimizde yaşamak durumunda kalmışlardır. Aynı zamanda bu gençlerin gelecekle de pek net değildir. Tam hayata atılacakları bir dönemde karşı karşıya kaldıkları bu göç olayı, çeşitli psikolojik ve sosyal travmalarla daha da zor bir hale gelmektedir. Suriyelilerin çoğunluğunun mali ve statü açısından Suriye’dekinden daha zor şartlar içinde yaşadığını kesinlikle söylemek durumundayız. İşte bu zor şartlara uyum gösterebilme gücü ve tahammülü, büyük ölçüde gençlerin kolayca katlanabilecekleri bir durum değildir. Bu yüzden göçmenlerin en riskli grubunun gençler olduğunu belirtmek durumundayız. Bazı göçmen kadın ve kızlarının, maddi imkânlar karşılığında yanlış ve ahlak dışı ilişkilere meyletmesi zor değildir. Özellikle çok zor şartlar ve imkânsızlıklarla karşı karşıya kalan kadınları, maalesef bu tür alanlara çekecek yüzlerce organizasyon bulunmaktadır.

Bu konuda Gençlik ve Spor Bakanlığının bazı çalışmalarının varlığı bir fırsat olarak söylenebilir: “Gençlik ve Spor Bakanlığı, Suriyeli gençlerin ülkemizde yoğun olarak yaşadığı şehirlerdeki problemleri en aza indirmek için çalışma yapan sivil toplum kuruluşlarına destekte bulunmaya başladı. Bakanlık, 2015 yılında 5 ilde uygulanan 6 projeye yaklaşık 600 bin TL destek sağladı. İstanbul, Siirt, Gaziantep, Kayseri ve Hatay’da gerçekleştirilen Suriyeli sığınmacılara yönelik projelerden 2 bin 250 Suriyeli yardımlardan yararlandı. Kamplarda ve şehirlerde yaşayan Suriyelilere yönelik olarak hazırlanan projelerle onların topluma uyum probleminin giderilmesi ve verilen eğitimlerle aynı zamanda meslek sahibi olmaları da amaçlandı” (15).

Bu tür imkanların, daha fazla artırılması; yaşanabilecek sosyal problemleri azaltabilecektir.

Göçmenlere Yönelik Sağlık Hizmetleri

Hükûmet, Suriyeli göçmenlerin sağlık hizmetini kısa zamanda aktif hale getirmiş, verdiği kimlik kartları ile hastanelerde ücretsiz bakım imkânlarını sağlayarak önemli bir problemin önüne geçmiştir. Özellikle sağlıksız yerlerde yaşayan ve savaş ortamının getirdiği fiziki ve psikolojik sıkıntılarla yüz yüze gelen göçmenler için bu durum büyük bir sıkıntının giderilmesini sağladı. Eczanelerden ilaç alma konusunda da önemli kolaylıklar sağlanmış durumda. Bazı eczaneler, Suriyelilere ücretsiz ilaç verebilme hususunda yetkilendirilmesi güzel bir uygulama. Kızılay bu alanda önemli roller üstlenmektedir: “Türk Kızılayı ve Birleşmiş Milletler Göç Komiserliği, Suriyeli misafirlere eğitim ve sağlık gibi alanlarda hizmet sunuyor. Yürütülen hizmetler kapsamında 850 derslikte toplam 68 bin 638 çocuk ve gence eğitim veriliyor. 17 Temmuz 2014 itibarıyla kamplardaki sağlık merkezlerinde 62 bin 216 ameliyat gerçekleştirilirken 18 bin 764 doğum yaptırıldı. Bu merkezlerde verilen poliklinik hizmeti bedeli ise 3,7 milyon lirayı aştı” (16).

Hükûmetin aldığı bu tedbirlerin yanında bazı kuruluşlar kendi imkânları ile Suriyelilerin sağlık problemlerini giderici tedbirler almış durumda. “İstanbul'daki Bezmialem Hastanesinin Fatih Polikliniğinde saat 17.30'dan sonra dil değişiyor. Hastane koridoru Suriyeli hastalarla doluyor, Türk doktorlar odalarını Suriyeli meslektaşlarına bırakıyor. Yani Suriyeli hastaları Suriyeli doktorlar muayene ediyor. Proje Yeryüzü Doktorlarının. Amaçları Suriyeli sığınmacıların tedavilerini kendi dillerinde görmesi.” (17)

Suriye göçünden çıkarılacak dersler

Suriye iç savaşı, Türkiye'nin karşı karşıya kaldığı çok önemli hadiselerden biriydi. Böyle büyük bir göçe bir manada hazırlıksız yakalan Türk Hükûmeti, yine de ciddi bir kaos yaşamadı. Fakat çalışmaların çok boyutlu olması, önemli bir koordinasyon beceri ve kültürünün eksikliğini hissettirmektedir: “Koordinasyonsuzluk” bir eksiklikten ziyade kasıtlı olarak üretilmiş bir unsur. Örneğin mültecilere ilişkin herhangi bir konunun her şehirde farklı bir uygulama içinde ele alınması yadırganmıyor. Ancak herhangi bir kurumun içinde bile her departmanın, hatta her departman içinde farklı memurların farklı “tavsiyeleri” ile karşılaşılabilir. Bu sadece kural ve yönetmeliklerin bilinmemesinden değil, muhtemelen her memurun kendine has “iş yapma” alışkanlığından besleniyor ve söz konusu “iş yapma” tarzının sonuçta

para üreten bir mekanizmaya işaret etmesi de kimseyi şaşırtmıyor”(18).

Sonuç ve değerlendirme

Türkiye, Suriyeli göçmenler ve muhtemel yeni göç tehditleri ile karşı karşıya kalma durumunda olduğunu, kardeş ülkelere yönelik “hamilik politikası” sebebiyle yeniden yaşayabilir. Aynı zamanda, bu sosyal hareketliliğin karşılaştığı yeni problemler ile de yüzyüze gelebilecektir: “Türkiye'ye dış göç hareketleri ile gelen göçmen nüfusun artışı, birçok kentte çok daha karmaşıklaşan bir yapı ortaya çıkarmaktadır. Bu noktada hem niceliksel hem de niteliksel bir dönüşüm süreci içindeki Türkiye'ye gelen veya sığınan gruplar; kentlerde sosyal dışlanma, ayrımcılık, ırkçılık, yabancı düşmanlığı, ötekileştirme, kayıt dışı çalışma, yoksulluk gibi sorunlarla baş etmek durumunda kalabilmektedirler” (19).

Türkiye, göç meselesini sadece bir dış toplumsal hareket olarak değil, aynı zamanda iç nüfusu ve onun sosyal tutum ve anlayışları ile yaşama tarzını da etkileyecek bir “dış etki” gibi görmek ve buna göre bir tavır almak durumundadır. Hem göçmenler ve hem de göçe maruz kalan bölgelerdeki insanların, yeni bir toplumsal anlayış ve kavrayış içine girdiği kabul edilerek buna yönelik sosyal koruma ve savunma mekanizmalarının oluşturulması şarttır.

Bu konu öncelikle şehir belediyelerinin yapmaları gereken bir iştir. Belediyenin oluşturacağı göç birimlerinde sosyolog, psikolog ve iletişim alanına sahip uzmanlardan oluşacak bir grubun göç olayını çok boyutlu inceleyerek nasıl bir politika oluşturulacağını belirlemeleri önem taşımaktadır. Her kuruluşun, benzer çalışmalar yaparak; imkan ve eleman kapasitesini verimsiz hale getirilmesi doğru değildir. Yeni şartların ortaya çıkaracağı durumlara cevap verecek ilmi ve organizasyonel bilgi ve anlayış, sosyal problemlerin çözümünü kolaylaştırabilecektir.

Kaynaklar

- 1) İçduygu, Ahmet (2014) Türkiye'nin Uluslararası Göç Politikaları, 1923-2023, MiReKoç Proje Raporları 1/2014 TÜBİTAK 1001_106K291, <https://mirekoc.ku.edu.tr/sites/mirekoc.ku.edu.tr/files/T%C3%BCbitak%20Raporu.pdf> (Erişim Tarihi: 06.06.2016)
- 2) Evin, Mevheş (2015) Suriyeli Mültecilerin Büyük Çaresizliği, Milliyet Gazetesi 2 Şubat <http://www.milliyet.com.tr/suriyeli-multecilerin-buyuk-gundem/ydetay/2007266/default.htm> (Erişim Tarihi: 06.06.2016)
- 3) AFAD Başkanlık Acil Durum ve Yönetimi Başkanlığı, (2013) Türkiye'deki Suriyeli Sığınmacılar, Ankara
- 4) Otomobiline Aldığı Terör Zanlısı Çıktı, Akşam

Gazetesi, 20 Şubat 2016, <http://www.hurriyet.com.tr/otomobiline-aldigi-suriyeliler-teror-zanlisi-cikti-40057869> (Erişim Tarihi: 06.06.2016)

5) Suriye Kutuplaşmanın Neresinde, Evrensel Gazetesi, 23 Mayıs 2016, <http://www.evrensel.net/haber/281229/suriyeliler-kutuplasmanin-neresinde> (Erişim Tarihi: 06.06.2016)

6) Çoğu Çocuk 400 Bin Suriyeli Kayıt Dışı Çalıştırılıyor, T24.com 8, Aralık, 2016, <http://t24.com.tr/haber/cogu-cocuk-400-bin-suriyeli-kayitdisi-calistiriliyor,319466> (Erişim Tarihi: 06.06.2016)

7) DEİK'ten Mülteci İstihdamı, Yeni Şafak Gazetesi, 19 Mayıs, 2016 <http://ekonomi.haber7.com/turkiye-ekonomisi/haber/1956144-deikten-mul-teci-istihdamini-cozecek-proje> (Erişim Tarihi: 06.06.2016)

8) Suriyelilerin Ekonomiye Doping Etkisi, Hürriyet Gazetesi 9 Mayıs, 2016 <http://www.hurriyet.com.tr/suriyeliler-ekonomiye-doping-etkisi-yapacak-40101432> (Erişim Tarihi: 06.06.2016)

9) İskenderun'da Suriyeli Kadınlara Fuhuş Gözaltısı, Habertürk Gazetesi, 24 Kasım 2014 <http://www.haberturk.com/gundem/haber/1012415-suriyeli-kadnlara-fuhus-gozaltisi>

10) Suriyeli Kadınları Kandırp, Fuhuşa Sürüklediler, Sabah Gazetesi 28 Ocak 2016 <http://www.sabah.com.tr/yasam/2016/01/28/suriyeli-kadnlari-kandirip-fuhusa-suruklediler>

11) TC Gençlik ve Spor Bakanlığı Basın Odası, 31 Aralık, 2015

12) AFAD Başkanından Açıklamalar, Hürriyet Gazetesi, 29 Mayıs 2016 <http://www.hurriyet.com.tr/afad-baskanindan-carpici-aciklamalar-26285764> (Erişim Tarihi: 06.06.2016)

13) Sivil Toplum Kuruluşlarının Suriyelilere Yardımı, Akit Gazetesi, 24 Mayıs, 2016 <http://www.yeniakit.com.tr/haber/hudayi-vakfiinden-suriyelilere-saglik-yardimi-177443.html> (Erişim Tarihi: 06.06.2016)

14) Türkiye'de Kayıt Dışı Çalışanların Çoğu Çocuk, Hürriyet Gazetesi, 8 Aralık Hürriyet'ten, A Haber Yorum, <http://sayfala.com/haber/turkiyede-kayit-disi-calisan-cogu-cocuk-400000-suriyeli-var-13833> (Erişim Tarihi: 06.06.2016)

15) Gençlik Spor Bakanlığı Basın Odası, 31 Aralık, 2015, Bakanlık Sivil Toplum Kuruluşlarına Destekte Bulunuyor, <http://www.gsb.gov.tr/HaberDetaylari/1/53033/suriyeli-gencler-genclik-ve-spor-bakanliginin-destegiyle-hayata-tutunuyor.aspx> (Erişim Tarihi: 06.06.2016)

16) Türk Kızılay'ının Suriyelilere Yardımı, 23 Şubat Yeni Şafak Gazetesi, <http://www.yenisafak.com/yazidizileri/kilis-in-yuzde-67si-suriyeli-2087617> (Erişim Tarihi: 06.06.2016)

17) CNN Türk, 18 Nisan 2016 Bezmialem Hastanesinde Suriyeli Doktorlar, <http://www.cnnturk.com/video/turkiye/bezmialem-hastanesi-aksamlari-suriyeli-doktorlar-ve-hastalarina-aiturk> (Erişim Tarihi: 06.06.2016)

18) Suriyeliler ve Türkiye, Mahcupyan, Etyen, 6 Ocak 2016, Sabah Gazetesi, İstanbul, <http://www.usasabah.com/Yazarlar/etyen.mahcupyan/2016/01/06/suriyeliler-ve-turkiye-3> (Erişim Tarihi: 06.06.2016)

19) Türkiye'nin Beklenmedik Konukları: “Öteki” bağlamında Yabancı Göçmen ve Mülteci Deneyimi, Ünal Serdar, 2014, Zeitschrift für die Welt der Türken Journal of World of Turks, ZIWT Vol. 6, No.3

Göç sorunu ve enfeksiyon hastalıkları: Yapılması gerekenler

Prof. Dr. Recep Öztürk



1962 yılında İkizdere'de (Rize) doğdu. Tulumpınar Köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu, Rize Lisesi ve 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'de YÖK üyesi, 2011-2015'de Tıpta Uzmanlık Kurulu üyesi olarak görev yapan Öztürk, Sağlık Bakanlığı Hastane Enfeksiyonları Bilimsel Danışma Kurulu üyesidir.

Savaşlar, kuraklık/kıtlık vb. olaylar gibi büyük afetler göçleri günümüzde olduğu gibi gündemde tutmuştur. Göçler bugün dünya nüfusunun ortalama%2-3 kadarını etkilemeye devam etmektedir. Dünyada sosyal ve politik alandaki gelişmeler (iç/dış savaş, terör/şiddet, insan hakları ihlalleri vd.) göç olayını giderek artırmaktadır. Göç sorunu tüm dünyayı ilgilendiren küresel bir sorun durumundadır. Savaş olan ülkelerde sağlık sisteminin çökmesi, göç alan ülkelerde sağlık ve sosyal hizmet kapasitesinin çok aşılması nedeniyle başta enfeksiyon hastalıkları olmak üzere değişik sağlık sorunları acil hastalıklar, kazalar (denizde batan tekne ve botlardaki ölümler, mayın patlaması vd.), depresyon, kaygı bozukluğu, post travmatik stres gibi psikiyatrik hastalıklar/psikolojik sorunlar, beslenme bozuklukları/çocuklarda büyüme ve gelişme geriliği, böcek ve yılan sokması, dış hastalıkları(çürükler, apse, jiniyit vd.) yaşanmaktadır.

Günümüzde göçle ilişkili en büyük sorun Suriye iç savaşı ile ilgili olmaktadır. Büyük bir insanlık dramına ve uluslararası krize dönüşen Suriye savaşının yarattığı tahribat, Suriye'de fiziki ve insan gücü açısından sağlık sistemini de çökertmiş ve büyük kitleler halinde göçe sebep olmuştur. Suriye'deki iç savaş, ülke içinde ve dışında 15 milyon Suriyeli vatandaşı ciddi şekilde etkilemekte (yaklaşık 5 milyon göçmen), sosyal yaşamdaki büyük yıkıcı tahribat dışında sağlık alanında çok ciddi sorunlar oluşturmaktadır. Kısa süre içinde bazı ülkelerin toplam nüfuslarından daha büyük göç eden sayısı ilgili ülkelerde ciddi sorunlara yol açmakta, Lübnan örneğinde olduğu gibi ülkenin kendi nüfusunun üçte birine ulaşan göçmen kitlesine sağlık hizmeti sunmak imkânsız hale gelebilmektedir. Bu yazıda bölgeyi geniş şekilde etkileyen ve küresel bir sorun

haline gelen Suriye iç savaşı sonrası yaşanan örnekten yola çıkarak "uluslararası işbirliği" ile yapılması gerekenler üzerinde duracağız. Yapılması gerekenler konusunu enfeksiyon hastalıkları kapsamında inceleyeceğiz.

Enfeksiyon hastalıklarının etkili tedavisi, önlenmesi ve kontrolü göçmenlerle birlikte ilgili ülkelerin vatandaşları için halk sağlığı açısından çok önemlidir. Enfeksiyonların önlenmesinde, enfeksiyon ajanlarına teması/maruziyeti önlemek (kişisel hijyen önlemleri, emniyetli su ve gıda, vektör kontrolü, uygun-kalabalık olmayan yaşam koşulları, sanitasyon tedbirleri (yeterli, uygun tuvalet; çöplerin uygun toplanması)), hastalık gelişimini önlemek (aktif /pasif bağışıklama, kemoprofilaksi), hastalığın bulaşmasını/yayılmasını önlemek (el hijyeni, öksürük adabı, izolasyon), sürveyans, salgın takibi ve kontrolü, bulaşıcı hastalıkların bildirilmesi önemlidir. Doğal olarak enfeksiyon hastalıklarını önleme ve kontrol için belirlenen ilkeler, iyi organize edilmiş sağlık alt yapısı ve eğitimli insan gücü ile mümkündür. Bunların sağlanması güçlü, istikrarlı yönetimlerin uygulayacağı ulusal stratejilerle birlikte gerekli hallerde uluslararası işbirlikleriyle sağlanır. Afet ve "büyük/yaygın" göç durumlarında kriz yönetimi ve uluslararası işbirliği ihtiyacı daha önemli hale gelir. Göç edilen ülkelerin sağlık ve sosyal hizmet kapasitesinin çok üstündeki göçmen sayısı, göçmenlere sağlık vd. sosyal alanlarda hizmet verecek nitelikli-becerikli insan gücü ihtiyacı, göçmenlerin tekrarlı geri dönme ve aynı veya başka ülkeye tekrar gelme/gitme sorunları, ailelerin ayrılığı/birleşmesi, göç trafiğinin karmaşık/travmatik süreci, çocuk ve kadınlar dâhil bu süreçte yüksek sayıda ölümler vd. çok farklı risklerin varlığı, özellikle göç edilen ülkelerde enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü dâhil geniş bir alanda ve üst seviyede hızlı ve önemli politik kararların alınması

ve uygulanmasını gerekli kılmaktadır.

Göçmenlerde enfeksiyon hastalıklarının yerleşik topluma göre daha sık görülme nedenleri altı ana başlık halinde özetlenebilir:

- 1) Sağlık güvencesi eksikliği/olmayışı, sağlık hizmetlerinden yararlanmada sorunlar (Kaçak yaşayanların sağlık kuruluşlarına başvurmaması vd.)
- 2) Göçmenlerin korku vd. nedenlerle hastalıklarını gizlemesi
- 3) Yetersiz beslenme, açlık
- 4) Kalabalık, sağlıksız ve alt yapısı uygun olmayan ikamet yeri ve çevre
- 5) Aşılama programı eksikliği/yokluğu
- 6) Fiziksel ve psikolojik travma

Yukarıda özetlenen hususları ortadan kaldıracak tedbirlerin alınması, enfeksiyonları önleme ve kontrolün temelini oluşturur. Bahse konu olan önlemlerin alınabilmesi; güçlü finans desteğiyle işleyen (fonksiyonel) sağlık ve sosyal yaşam için uygun fiziki alt yapı, nitelikli insan gücü (sosyal hizmet ve sağlık alanında: mobil hastane, laboratuvar, su sanitasyonu, donanımlı ambülans vd.), göçmenlerle ilgili aktivite gösteren/göstereceklerin eğitimi(sürekli eğitim, eğitim güncelleme), antibiyotik vd. ilaçlar, aşılar, sarf malzemeleri ve ekipman temini ile sağlanabilir.

Sivil toplum kuruluşları, BM kuruluşları vd. uluslararası kuruluşlar, yönetici makamların eşgüdümüyle yapılan uygun bir koordinasyonla gerekli insani yardımı sağlarlar. Etkili bir koordinasyon, göçmen kabul etmiş ülkelerde göçmenler için sunulan sağlık ve sosyal hizmetlerle ilgili mevzuatın da uygun olmasını gerektirir. Bölgede göçmen kabul etmiş Türkiye vd. ülkelerin, kendi ekonomik zorlukları vd. sorunları bilinmektedir. Böylesi bir ortamda beş yıldır devam eden bir savaş ve giderek artan ve çevre ülke-

lerin ekonomik kapasitesini aşan göçün doğurduğu diğer sorunlarla birlikte sağlık sorunları bölge ve dünya için büyük bir krizdir ve ancak uluslararası güçlü-sürekli desteklerle sorunun altından kalkılabilir. Bu amaçla gelişmiş ülke hükümetleri ve güçlü sivil toplum kuruluşları sorunu öncelikli gündemlerine almalı; yakın, orta ve uzak vadede yapılacak planlamaya uygun bir şekilde önlemleri hayata geçirilmelidir. Konu sadece siyasi yönüyle değil, insanlığın büyük bir krizi olarak BM gündemine alınmalı ve konuyla ilgili farkındalık artırılmalıdır. Ülkeler, afet ve göçler için fon ayırmalı ve beklenmeyen kriz durumlarında kullanabilmelidir. Türkiye vd. göç alan ülkelerde, gerekli alt yapı desteği (sanitasyon eksikliğinin giderilmesi, emniyetli su, gıda, antibiyotik vd. ilaçlar ve malzeme temini öncelikli), sağlıklı su ve gıda temininin sürekliliğiyle aşı, ilaç vd. gerekli destekler ve UNHCR tarafından hazırlanmış program ve stratejilerin uygulanması açısından insan gücü ve finans desteği için uluslararası desteğe ihtiyaç vardır.

Enfeksiyon hastalıklarının önlenmesi ve kontrolü, göçmenlerin sosyal ve ekonomik durumlarının düzeltilmesini gerektirir. Bu amaçla uluslararası destek bölge ülkelerinin çoğu için gereklidir. Göçmen topluluklarında fiyat etkin ve "damgalayıcı olmayan" tarama yaklaşımları, hedefli aşılama, aktif olgu tespiti dünyada henüz gerçekleştirilememiştir. Bu amaçla hedef(ler) konmalı, hedeflere ulaşmak için gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Nerede, ne zaman ve hangi sıklıkla faydalı bir halk sağlığı girişimi (tarama, aşılama, aktif vaka bulma, çok ilanca dirençli tüberküloz dâhil antimikrobiyal direnci izleme) yapılması hakkında daha çok şey öğrenilmesine ihtiyaç olduğu ECDC raporunda belirtilmektedir. Konuyla ilgili olarak ABD-CDC, AB-ECDC, Kanada örneği klinik rehberler artırılmalıdır. Tanımlar dâhil ilk sağlık taraması ve triajdan başlayarak sonraki taramalar, sürveyans, veri toplanması ve analizi, göçmenlerde görülen enfeksiyonların tanı, tedavi, önleme ve kontrolünü de içeren rehberler DSÖ tarafından hazırlanmalı ve belli aralarla güncellenmelidir. Çoğu AB ülkesinde bile göç ve enfeksiyon hastalıkları konusunda ayrıntılı bilgi ve konuyla ilgili kaynaklar olmadığını dikkate alırsak böyle rehberlere olan ihtiyaç açıktır.

Göç alan ülkelerin bu rehberlerin uygulanmasına imkan veren yönetsel kararları alıp, sağlık hizmetlerine sınırlı erişim/düşük kullanıma sebep olan hukuki, idari, dil ve kültür farklarını dikkate alan önlemler alması, gerekli yasal düzenlemeleri yapması gereklidir. Yasal düzenlemeler, ülke genelinde, il/ilçe, kamplara kadar ayrıntılı şekilde planlanmış, merkezli ve yerel idarelerinin periferdeki yetkilerinin eş güdümünü sağlayan yasal destek ve politikaları kapsamalıdır. Göç alan ülkelerin yıllar içinde belirlenmiş göç politikalarını gözden geçirip güncellemeleri gerekir. Ayrıca sağlık ve sosyal alanda nitelikli hizmet verecek, yukarıda bahsedilen

sorunları öne alıp çözecek insan gücü desteği sağlanmalıdır. Göçmen sağlığı stratejileri göç alan veya alma potansiyeli olan ülkelerde belirlenmelidir. Enfeksiyon hastalıkları vd. göçmen ilişkili hastalıklarda yol gösterecek ayrıntılı, paylaşılabilir veri bankası (aşı durumu, geçirilmiş/mevcut hastalıklar, MDR TB dâhil antimikrobiyal direnç durumu vd. durumlar/riskler), tarama, sürveyans, tedavi, önleme/kontrol stratejilerinin belirlenmesi için bölgesel veya gereğinde küresel koordinasyon gerekir. Bu kapsamda bir koordinasyon BM/DSÖ, Avrupa-CDC yapabilir. Sürveyans takibi için uygun bir program geliştirilmeli ve bu program ülkeler arası veri paylaşımına imkân vermelidir.

Göçmenlerle ilgili olarak, enfeksiyonlar vd. halk sağlığı sorunlarıyla ilgili daha ileri bir karşılıklı bilgi alışverişine ihtiyaç vardır. İlgili ülkelerin etkili bir enfeksiyon hastalıkları yönetimi için göçmenlerle ilgili demografik, biyometrik, mobilite, görülen enfeksiyonlar, salgınlar vb. konularda doğru bilgileri kaydedip paylaşmaları gerekir. Sağlık alanında çalışacakların (hekim, hemşire, sağlık yöneticisi vd.) eğitim müfredatlarında göçmen sağlığı sorunları yer almalı, ilgili alanda sürekli eğitim sağlanmalıdır. Mezuniyet öncesi ve uzmanlık döneminde göçmen sağlığı konusunda ileri düzeyde yeterlilik kazandıracak bir eğitim verilmeli, özellikle enfeksiyon hastalıkları uzmanları için göçmen, afet vb. durumlarda enfeksiyonları yönetme yeterliliği sağlanmalıdır. Enfeksiyon hastalıkları uzmanları ve diğer pratisyen ve uzman hekimler kendi ülkelerinin dışında var olan ama göç ve seyahat vb. durumlarla karşılaşacakları enfeksiyonları tanı, tedavi, korunma ve kontrolü konusunda yeterli olacak şekilde eğitilmeli; bu amaçla halk sağlığına uluslararası bir destek amacıyla bilimsel toplantı vd. araçlarla bilgi ve tecrübe paylaşımı sağlanmalıdır. Göçle ilişkili, küreselleşme kapsamındaki enfeksiyon hastalıklarıyla ilişkili tehditlerle başa çıkabilme stratejilerinde, göçmen odaklı sürveyans, tanı ve yorumlama, tedavi, önleme ve kontrole katkı sunacak "network" sistemlerine klinisyenlerin ihtiyacı vardır.

Sivil toplum kuruluşları, tüberküloz vd. bulaşıcı hastalıklar konusunda bilinçlendirme çalışmalarına yardım etmeli, saptadığı sorunları yetkililere ileterek sağlığa erişimin artmasına katkıda bulunmalıdır. Sivil toplum kuruluşlarının afet ve göç ilişkili hastalıklar ve özellikle bulaşıcı enfeksiyon hastalıkları için özelleşmiş, eğitimli birimleri olmalıdır. Toplumun bilinçlendirilmesi, her alanda israfın önlenmesi, kaynakların insanlık krizi kapsamındaki afet ve göçmenlere aktarılmasına öncülük edilmelidir. Uzmanlık dernekleri, bilim dernekleri konuyu çalıştay, sempozyum ve kongrelerde gündeme taşımali, daha çok kişinin konuyla ilgili farkındalık ve yeterlilik kazanmasına aracılık etmelidir.

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin sınırları/çerçevesi tartışılmalı, Lübnan örneğindeki gibi (çöplerin ortadan kal-

dırılmaması vb.)olumsuz sonuçlarının önlenmesi için yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Ürdün örneğindeki gibi kamplar dışında yaşayan göçmenler için sağlık güvencesinin olmayışının doğuracağı sorunlar dikkate alınıp uluslararası destekler bu gibi durumlarda acilen artırılmalıdır. İlgili önlemler zamanında alınamaz, sağlık hizmetleri planlanan düzeyde sürdürülemezse göçmenler arasında görülen enfeksiyonlar ilgili toplumu da etkileyecek; hatta küreselleşme çağında yakın ve uzak ülkeleri seyahatler nedeniyle enfeksiyonlarla ilgili tehditler (bulaşıcı hastalıklar, dirençli mikroorganizmalar) etkileyebilecektir. Sonuç olarak giderek artmakta olan göç sorununun oluşturduğu çok yönlü sorunlarla uğraşmak, bir/bir kaç ülkenin altından kalkabileceği bir sorun değildir. Bu sorun ulusal ve uluslararası ile-ri bir eşgüdüm ve "yönetişimle" çözülebilir.

Kaynaklar

2014 SyriaRegionalResponse Plan Strategic Overview (Mid-Year Update) <http://www.unhcr.org/syriarrp6/midyear/docs/syria-rp6-midyear-full-report.pdf> (Erişim Tarihi: 31.08.2016)

ECDC Technical Report. Migrant health: Background notetothe 'ECDC Report on migrationand infectiousdiseases in the EU, http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0907_TER_Migrant_health_Background_note.pdf (Erişim Tarihi: 28.08.2016)

Epidemicpreparednessandresponse in refugee-campsettings: a pocketguideforPublicHealthOfficers. UNHCR, 2011. <http://www.unhcr.org/4f707f509.html> (Erişim Tarihi: 30.08.2016)

Evidence-basedclinicalguidelinesforimmigrantsandrefugees <http://www.cmaj.ca/content/suppl/2010/06/07/cmaj.090313.DC1> (Erişim Tarihi: 22.12.2015)

Gayer M, Legros D, Formenty P, Connolly MA. Conflictandemerginginfectiousdiseases. *Emerg Infect Dis.* 2007;13:1625-31.

Gushulak BD, MacPherson DW. Population mobilityand infectiousdiseases: the diminishing impact of classicalinfectiousdiseasesandnewapproaches forthe 21st century. *Clin Infect Dis* 2000; 31:776-80.

Guidelinesforthe U.S. Domestic MedicalExaminationforNewlyArrivingRefugees <http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/domestic-guidelines.html> (Erişim Tarihi: 22.12.2015)

<http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/index.shtml> (Erişim Tarihi: 30.08.2016)

Öztürk R. Göç ve Enfeksiyonlar, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi (SD), 2014; 32: 58-59 <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/374/Goc-ve-enfeksiyonlar.aspx> (Erişim Tarihi: 30.08.2016)

Ozars R, Leblebicioglu H, Sunbul M, Tabak F, Balkan II, Yemisen M, Sencan I, Ozturk R. TheSyrianconflictand infectiousdiseases. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2016 ;14:547-55

Principlesandguidanceforreferralhealthcarefor-refugeesandotherpersons of concern. UNHCR 2009. <http://www.unhcr.org/pages/49c3646cdd.html> (Erişim Tarihi: 30.08.2016)

RegionalPublicHealthandNutritionStrategyforSyrianRefugees EGYPT, IRAQ, JORDAN, LEBANON AND TURKEY 2014 - 2015 <https://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjpgZmwhuvJahWGDA8KHVuFCbcQFggaMAA&url=https%3A%2F%2Fdata.unhcr.org%2Fsyrianrefugees%2Fdownload.php%3Fid%3D5636&usq=AFQjCNEqrKrk558JjVO0oSXjzNkZ4n8DA&sig2=f1RtYKvVkwVj62JLY4pEA&cad=rja> (Erişim Tarihi: 30.08.2016)

United Nations Department of Economicand-SocialAffairsPopulationDivision. International migrantstock 2013:Total <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimatestotal.shtml> (Erişim Tarihi: 30.08.2016)

Göçmen gruplarında halk sağlığı sorunları ve yönetimi

Dr. Muhammed Atak



1986 yılında Cizre'de doğdu. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde mezun oldu (2012). Öğrencilik yıllarında birçok sivil toplum kuruluşun gençlik biriminde aktif rol aldı. Bitlis merkezde ve Hizan ilçesine bağlı Sağın köyünde aile hekimi olarak çalıştı. İstanbul Beykoz Devlet Hastanesinde acil servis hekimliği yaptı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünde baş denetçi olarak çalıştı. 2014-2016 arasında Genç Yeryüzü Doktorları Başkanlığı yaptı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda doktora eğitimini sürdüren Dr. Atak, Üsküdar İlçe Sağlık Müdürü olarak çalışmaktadır.

İnsanların yaşadıkları alandan, mekândan çeşitli sebeplerle ayrılıp başka bir yere kalıcı veya geçici olarak geçmesine, yerleşmesine göç deniliyor. Yaşadığı yerden başka bir yere göçenlere de göçmen deniliyor. İnsanlık tarihi boyunca çeşitli göçler olmuştur. Bu göçlerin bir kısmı dünyanın çehresini değiştirecek boyutlarda, bir kısmı da sadece belirli bir bölgeyi etkileyecek şekilde olmuştur. İklim şartları ve kuraklıkların, savaşların, doğal afetlerin, coğrafi keşiflerin, dini, siyasi ve ekonomik durumların, sanayi devrimi ve kapitalizmin neden olduğu göçler insanlık tarihinde önemli yer tutmuş ve dünyayı siyasi, ekonomik, sosyal, kültürel ve demografik açıdan ciddi şekilde etkilemiştir.

Göçler zorunlu veya isteğe bağlı olur. Silahlı çatışmalar, doğal afetler, ekonomik ve siyasi nedenlerden dolayı insanlar yaşadıkları yerin güvensiz hale gelmesi ile daha güvenilir ve emin bir yer bulmak amacıyla yaşadıkları yeri terk ederler. Daha iyi yaşama olanakları, iş bulma, iyi bir eğitim almak amacıyla bazen de yaşanan yerden standartların daha iyi olduğu başka yerlere istekli olarak göçer olur. Bu göçler bazen kalıcı, bazen de süreli olabilir. Göçlerin yönü de ya ülke sınırları içinde ya da ülke sınırları dışına olur. Birleşmiş Milletler'in 2015 yılı rakamlarına göre dünya çapında 244 milyon insan, göçmen olarak yaşamaktadır.

Türkiye'de Göç

Türkiye jeostratejik konumu nedeniyle tarih boyunca birçok göç dalgasına ev sahipliği yapmıştır. 15.yüzyılda İspanyadan kaçan Yahudiler, Balkan Savaşı ve 1.Dünya Savaşı ile Balkanlardan göç edenler, Cumhuriyet döneminde değişik ülkelerden Türkiye'ye mübadele ile göç edenler ülkemizi yurt edinmiştir. Yakın zamanda da savaşlardan kaçan milyonlarca insan Türkiye'ye sığınmıştır. Irak'tan, İran'dan, Orta Asya Cumhuriyetlerinden, en nihayet yaklaşık 6 yıldır savaşla boğuşan Suriye'den göçlere Türkiye ya ev sahipliği yapmakta ya da geçiş güzergâhı olarak

kullanılmaktadır. Türkiye'ye özellikle 1980 sonrasında uluslararası göçler artmıştır. Türkiye'nin batı ülkelerine yakın olması bu göçleri etkilemektedir. Diğer yandan ülke içinde de terör, köy boşaltmaları, ekonomik ve siyasi nedenlerden dolayı dönem dönem göçler yaşanmış ve bu da beraberinde birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında dezavantajlı grupları doğurmuştur.

1951'de BM'nin Mültecilerin Hukukî Durumuna Dair Cenevre Sözleşmesine Türkiye taraf olmuş, sınırlı da olsa sözleşme maddelerine uymaya çalışmıştır. Türkiye sadece Avrupa Konseyi üyesi ülke vatandaşlarına mülteci statüsü verebilmektedir. Avrupa Konseyi üyesi olmayan ülkelerden gelen kişilere "geçici sığınma" imkânı tanımaktadır.

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği kayıtlarına göre Mayıs 2016 itibarıyla mülteci statüsü alamamış sığınmacılarla birlikte toplam 269.451 kişi bulunmaktadır. Bunların 40.290 kişisi mülteci statüsü sahibi, 229.161 kişisi mülteci başvurusunda bulunmuş sığınmacılardan oluşmaktadır. Ayrıca 2,7 milyonu geçen Suriyeliler ise geçici koruma statüsüne alınmıştır.

Türkiye'nin ev sahipliğinde göçmen gruplara yönelik birçok alanda hizmet sunulmaktadır. Özellikle son yıllarda sayıları milyonları bulan göçmen Suriyelilere yönelik tüm imkânlar seferber edilmiş durumdadır. AFAD koordinasyonunda; ilgili bakanlıklar ve ilgili valilikler ile Genelkurmay Başkanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, Gümrük Müsteşarlığı ve Kızılay ortak çalışmalar yürütmektedir. Geçici koruma altındaki kişilerin barındırıldığı geçici merkezlerde barınma, gıda, sağlık, güvenlik, sosyal aktiviteler, eğitim, ibadet, tercümanlık, haberleşme, bankacılık ve diğer hizmetler verilmektedir.

Göçmen Grupların Karşılaştığı Genel Sorunlar

Göçlerin çoğu plansız olduğundan dolayı, evlerini, yurtlarını terk etmek

zorunda kalan insanların sorunları da bir hayli fazla olmaktadır. Göçmenlerin yaşadıkları yerleri, alıştıkları ortamları, sahip oldukları malları ve statülerini bir anda yitirmeleri, kendilerini bambaşka ortam ve şartlarda bulmalarıyla beraber hem fiziki hem de psikolojik anlamda çöküntü yaşamalarına sebep olmaktadır. Gittikleri yer şayet yabancı bir belde ise yaşanan sorunlar katlanmaktadır. Dil bilmemeleri, ortama ve kültüre yabancı olmaları barınma sorunlarını ve ekonomik sıkıntılarını belirginleştirmektedir. Göçmen grupların yaşadıkları belli başlı sorunları şöyle özetleyebiliriz:

Barınma: Şu an Türkiye'deki kamplarda 300 bine yakın Suriyeli göçmen vardır. Geri kalan kısmı Türkiye'nin her tarafına yayılmış durumdadır. Çoğunluğu şehirlerin kenar mahallelerinde derme çatma evlerde yaşamlarını sürdürmeye çalışıyorlar. Bir kısmı da mevsimlik tarım işçisi olarak geçici barınma yerlerinde ikamet etmektedirler. Diğer yandan Avrupa'ya geçmeye çalışan bir kısım göçmenler de parklarda, açık alanlarda yaşamaktadır. Suriyeli göçmenler özelinde görüldüğü gibi göçmenlerin çoğunluğu iyi barınma şartlarından mahrumdur.

Beslenme: Göçmenler ekonomik nedenler ve kötü barınma şartlarının da etkisiyle düzenli bir beslenme imkânına sahip değiller. Yapılan incelemeler gösteriyor ki göçmen grupların büyük çoğunluğu günde üç öğün yemek yiyemiyor. Özellikle çocuklarda ciddi beslenme bozukluğu bulguları vardır.

Eğitim: Göç durumlarında en çok aksayan alanlardan biri eğitimdir. Eğitim imkânı bulamayan birçok göçmen çocuk akranlarından geri kalmaktadır. Suriyeli göçmenlere yönelik kamplarda eğitim imkânları sunulmaya çalışılıyor. AFAD verilerine göre kamp dışında kalan 6-11 yaş arası Suriyeli göçmen çocukların sadece %14'ü eğitime devam edebilmektedir. Dil problemi, müfredat farklılıkları da eğitimin aksamasında etkili olan diğer faktörlerdir.

Kayıt: Sınırı kaçak geçenlerin yakalanma korkuları, kayıtlara girmemek için saklanmaları oluşabilecek her türlü probleme karşı onları savunmasız hale getirmektedir.

İş Hayatı: Genellikle iş güvenlikleri ve güvenceleri olmadan çalışmak durumunda kalıyorlar; bu da onları istismara açık, ucuz iş gücü haline getiriyor.

Özellikli Gruplar: Göçmen grupların tamamı dezavantajlı duruma düşmektedir. Ancak özellikle yaşlılar, çocuklar ve kadınlar daha belirgin zorluk çeken gruplardır. Özellikle savaş mağduru olan ve eşini ailesini kaybeden, yalnız kalmış kadınların yaşadıkları sorunlar, istismarlar daha belirgin durumdadır.

Ayrımcılık ve Ötekileştirme: Süreç içerisinde karşı karşıya kaldıkları muameleler göçmenleri kendi içinde gruplaşmaya iter ve toplumla bütünleşik yaşamalarını daha da zorlaştırır. İşsizlik, dil ve kültür problemi, ayrımcılık bireyleri toplum dışına itmekte ve kötü alışkanlıklara meyletmelerini kolaylaştırmaktadır.

Psikososyal Durum: Göçe zorlayan faktörlerin travması, yoksulluk, yabancılaşma hissi, yeni toplumla entegre olamama gibi pek çok faktör göçmen grupların ciddi psikolojik sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır.

Göçmen Grupların Karşılaştığı Sağlık Sorunları

Göçmen grupların karşılaştığı en önemli problemlerden biri de sağlık sorunlarıdır. Henüz göç ederken yolda karşılaştıkları şiddet, yaralanmalar, kazalar, yol şartlarının getirmiş olduğu diğer olumsuz durumlar göçün başında sağlığı olumsuz etkilemeye başlamaktadır. Göçmenler gittikleri yerlerde birçok açıdan olduğu gibi sağlık konusunda da dezavantajlı duruma düşmektedirler. En temel ihtiyaçlardan olan barınma, güvenlik, beslenme, su ve hijyen konularında yetersiz kalınması beraberinde aşağıdaki sağlık sorunlarını getirmektedir:

- Fiziksel şiddet ve buna bağlı yaralanmalar
- Cinsel istismar
- Beslenme bozuklukları
- Malnütrisyon
- Çocuklarda büyüme ve gelişme geriliği
- Anemi
- İshal
- Kızamık, sıtma, solunum yolu enfeksiyonları gibi bulaşıcı hastalıklar
- HIV/AIDS gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar
- Üreme sağlığı ve aile planlamasının aksamaması ile;
- Yüksek doğurganlık düzeyi
- Yetersiz doğum öncesi bakım ve beraberinde yükselen düşük oranları
- Çocuk ölümlerinde artış görülmektedir.
- Göçün travmatik etkisi ile;
- Depresyon
- Kaygı bozukluğu
- Uyku problemleri

- Post travmatik stres bozukluğu gibi ruhsal problemler sıklıkla karşımıza çıkmaktadır.

Diğer yandan kronik hastalıklar göçün zorlukları nedeniyle tetiklendiği gibi, mevcut kronik hastalıklar da yüksek morbidite ve mortalite ile seyretmektedir. Dezavantajlı özel gruplardan olan kadın, çocuk ve yaşlı sağlığı daha çok etkilenmeye açıktır.

Göçmen Gruplarında Halk Sağlığı Sorunları

Göçmen gruplarında zorunlu göçler, gidilen yerdeki şartların yetersizliği veya göçmen gruplara yaklaşımın olumsuz olması birçok sorunun ortaya çıkmasını tetiklediği gibi halk sağlığı sorunlarını da doğurmaktadır. Yetersiz su, sanitasyon ve gıda, kötü yaşam alanları, baraka veya çadırdan müteşekkil kamplar, çevre sağlığı hizmetlerinin yetersizliği, ekonomik sıkıntılar, kötü çalışma şartları göçmen gruplarında hastalığa sebebiyet verdiği gibi bulaşıcı hastalıkların meydana gelmesini kolaylaştırır. Kalabalık ortamlarda, su ve sanitasyon eksikliği sık rastlanılan bir durumdur.

Göçmenler başka bir yere göç ettiklerinde gerek yeni bir ortama girdikleri için gerekse de kötü koşullarda yaşadıkları için tüberküloz, bit, uyuz, solunum yolu enfeksiyonları, cilt enfeksiyonları gibi bulaşıcı hastalıklara yakalanma riski yükselmektedir. Çocuklarda bağışıklama hizmetleri aksadığı için çocuk sığınmacılarda suçiçeği, difteri, boğmaca, kaba-kulak, neonatal tetanoz gibi hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Erişkinlerde ise cinsel yolla bulaşan hastalıklar daha sık görülebilmektedir.

Beslenme ve gıda erişiminin yetersiz olmasından kaynaklı beslenme bozuklukları, anemi, çocuklarda büyüme ve gelişme geriliğine sık rastlanmaktadır. Sigara ve alkol tüketimi, yüksek kalorili beslenme göç eden gruplarda sık rastlanan sağlıksız durumlardır.

Göçmenlerin %94'ü ekonomik sıkıntılar yaşamaktadır. Göç ederken yollarında getirebildikleri ile bir müddet idare edebilseler de geçinmek ve hayatta kalmak için çalışmak durumunda kalırlar. Başka bölgeden farklı sebeplerle göç ederek gelip yerleşen veya sığınan göçmenler çoğunlukla ucuz iş gücü olarak görülmekte ve en ağır işlerde kötü şartlarda sosyal güvenceleri olmadan, iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri almadan çalıştırılmaktadır. Diğer elverişsiz şartların yanında sağlık riski yüksek işlerde çalıştırılan göçmen gruplarında ciddi sağlık problemlerinin görülmesi ihtimali yüksektir.

Göçmenlerin yabancı bir ortamda yaşamış oldukları iletişim problemleri de var olan sağlık hizmetlerine ulaşmaları önünde engel teşkil etmektedir. Bağışıklama gibi koruyucu hizmetlere ulaşmada da yine kayıt dışı olmaları ve dil problemleri nedeniyle erişim kısıtlı olmaktadır. Suriyeli göçmenlerin %54'ü 18 yaşın altındadır.

Çoğunluğu da kadındır. Gebelerin tespiti ve izlemeleri, doğum sonrası bakım ve yeni doğan bakımı, gerekli taramalar, bebek ve çocuk izlemeleri, aile planlaması hizmetleri doğru düzgün yapılamamaktadır. Son 4 yılda Türkiye'de yeni doğan Suriyeli bebek sayısı yaklaşık 150.000 kadardır. Bebeklere ve çocuklara yönelik koruyucu hizmetler ya hiç yok veya eksiktir. Anksiyete, depresyon, post travmatik stres sendromu gibi ruhsal problemler, özellikle çocuk ve kadınlar için önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır.

Göçmen Gruplarında Halk Sağlığı Yönetimi

Göçmenlere yönelik sağlık hizmetleri insani bir hak olarak ayırım yapılmadan sunulmalıdır. Göç dalgalarından sonra birinci basamak örgütlenmesi yeniden planlanmalı ve değişen nüfus yapısına göre verilecek sağlık hizmetleri güncellenmelidir. Göçmenlere yönelik koruyucu hizmetler yerinde sunulmalı, başvuru yapmaları beklenmemelidir. Göç edenler kayıt altına alınarak gerekli muayeneler ve takipler yapılmalıdır. Kayıt altına alındığı takdirde gebe, bebek, çocuk, aşı, aile planlaması izlemeleri yapılabilecek ve koruyucu hekimliğin gerekleri yerine getirilmiş olacaktır.

Göçmen gruplara farklı sağlık alanlarında hizmet verecek sağlık personeli sağlanmalıdır. İçinde bulundukları koşullar nedeniyle bulaşıcı hastalıklar açısından dezavantajlı olan bu gruplara yönelik aşılama ve hastaneye erişim stratejileri belirlenmelidir. Çevre sağlığı hizmetleri verilmeli ve takip edilmelidir.

Belli başlı hastalıklar için riskli gruplara yönelik tarama programları verilen hizmetlere dâhil edilmelidir. Kronik hastalıklar açısından rutin muayeneleri, izlemeleri yapılmalı, ilaçları ücretsiz verilmelidir. Ruhsal problemlere yönelik psikososyal ve tıbbi destek verilmelidir. Kamplarda ve dışarıda istismara karşı önlemler alınmalıdır. Sağlıklı barınma koşulları sağlanmalıdır. Bu minvalde banyo ve mutfak araç-gereçleri, hijyen için malzemeler, battaniye, döşek vs. gibi ev ihtiyaçları, yakacak kömür odun, soba vb. ısınma araç gereçleri temin edilmelidir.

Anne sütünün önemi ve ek gıdalara geçiş konusunda doğum yapan kadınlara eğitim verilmelidir. Gereksinimi olanlara sağlıklı ve güvenilir mamalar ücretsiz olarak dağıtılmalıdır. Soğuktan koruyacak giysi, ayakkabı, bere ve çorap türü giysiler gibi başta kışın zorlu şartları göz önüne alınarak mevsimlere uygun giyim olanakları sağlanmalıdır. Poliklinik hizmetleri sırasında dil farklılığının neden olduğu iletişim sorunlarını engellemek amacıyla dil bilen sağlık çalışanlarına öncelik verilmesi düşünülmeli veya bu iş için çevirmenler görevlendirilmelidir. Sağlık hizmetlerinin tümü (koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici) kayıt altına alınmalı, gerekli sağlık göstergeleri periyodik olarak izlenmeli ve değerlendirilmelidir.

Toplum merkezlerinin göç ve uyum sürecindeki rolü

Ayşenur Bülbül



Orta Doğu Teknik Üniversitesi Okul Öncesi Öğretmenliği Bölümünden mezun oldu. Öğretmenliğin yanı sıra Milli Eğitim Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Gençlik ve Spor Bakanlığı koordinasyonunda farklı ulusal ve uluslararası projelerin yazımında, yürütülmesinde ve değerlendirilmesinde görev aldı. Başbakanlık Göç ve İnsani Yardımlar Başmüşavirliği'nde Suriyeliler ve diğer sığınmacılar konusunda uluslararası izleme faaliyetlerini yürütmekte görev aldı. Halen Milli Eğitim Bakanlığı Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü Göç ve Acil Durum Eğitimi Daire Başkanlığında görevine devam etmektedir.

A. Betül Kıyıklık Kasapoğlu



İstanbul Eyüp İmam-Hatip Lisesi'ni bitirdikten sonra Almanya'da Erlangen-Nürnberg Üniversitesinde Kimya Mühendisliği okudu, aynı yerde yüksek lisansını tamamladı. Almanya'da bulunduğu sürede çeşitli bilimsel projelerde ve konferansların hazırlanmasında görev aldı. Avrupa Yetişkin Öğrenme Gündemi Türkiye Uygulamaları ve İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi Operasyonel Programında değerlendirmeci olarak görev aldı. Başbakanlık'ta Göç ve İnsani Yardımlar Başmüşavirliği'nde Uluslararası izlemeden sorumlu olarak çalıştı. Halen Başbakanlık'ta Basın ve Halkla İlişkiler Müşaviri olarak görevine devam etmektedir.

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra en büyük göç akınıyla karşılaşan tüm dünya, bu sorunla baş etmek için büyük çaba sarf etmektedir. Dünya Bankasının Ekim 2015 verilerine göre dünya genelinde neredeyse 60 milyon kişi ülkeleri içinde ya da farklı bir ülkeye şeklinde evlerinden uzaklaştırılmış durumda. İnsani krizlerden doğan en büyük sorunların başında kontrolsüz göçün geldiğini ve savaştan kaçan birçok mazlumin çareyi komşu ülkelere sığınmakta bulduğunu görmekteyiz. Uluslararası kuruluşlar ve büyük devletler; babası nüfuzlu bir esnaf olan, 3 katlı evinde oyuncakları ile oynarken ertesi gün dilini bilmediği bir ülkeye annesiz, babasız, hiçbir şeyi olmadan zorunlu olarak gitmek durumunda kalan küçük Ceylan'a ve yaşadıklarına seyirci kalmaktadır.

Günümüzdeki savaşların başında Suriye'de devam eden iç savaş gelmektedir. Suriye krizi beşinci yılını doldururken bu krizden payına en çok sığınmacı düşen ülke ise yaklaşık 2,8 milyon Suriyeli sığınmacıyla Türkiye'dir. Türkiye karşılaştığı bu göç akını sürecinde çeşitli sivil toplum kuruluşları, uluslararası kurum ve kuruluşlar, özel sektör kuruluşları ile birlikte bu yükü omuzlamaya çalışmaktadır. 2011'de başlayan süreçle birlikte insani yardım, eğitim, sağlık vb. alanlarda faaliyet gösteren uluslararası kuruluşlar ve STK'lar faaliyetlerini Türkiye'de de devam ettirme kararı almışlar ve özellikle 2013 yılından sonra uluslararası kuruluşların

sayısı önceki dönemlerle kıyaslanamayacak derecede artmıştır. Bu kuruluşlar, Türkiye'de faaliyet izni alma konusunda uzun bir inceleme sürecine tabi olmalarına rağmen, bu kuruluşların ülkemizdeki saha çalışmalarında tam anlamıyla bir denetim bulunmamaktadır. Faaliyet izni aldıktan sonra uluslararası kuruluşların ülkemizde ne tür çalışmalar yaptıklarına dair soru işaretleri oluşmakta, faaliyet gösterdikleri şehir ve alanın şu andaki ihtiyaçlarla örtüşüp örtüşmediği, faaliyet gösterirken asgari şartları yerine getirip getirmediği konusu tam anlamıyla takip edilememektedir. Bu durum, Türkiye'de sığınmacıların sorunlarının çözümünde büyük rol oynayan uluslararası kuruluşlar aracılığıyla verilen hizmetlerin verimli ve etkili kullanımını olumsuz etkilemektedir.

Sosyal Uyum Sürecinde Toplum Merkezlerinin Önemi

Sığınmacılar, içinde bulundukları toplumda temel ihtiyaçlarını giderme ve hizmetlere erişebilme gibi konularda doğru bilgiye ulaşma konusunda sıkıntılar yaşamaktadır. Yapılan araştırmalar, yabancı ülkelere kendi yaşamlarını kimseden destek almadan sürdürebilen sığınmacıların ülkelerine geri dönüş oranlarının inanılanın aksine yüksek olduğunu göstermektedir. Toplum içerisinde çekinik ve yabancı durumda olan sığınmacılara, ihtiyaç duydukları hizmetlerin bir arada sunulduğu mekânların sağlanması erişilebilirliği arttıracaktır. Hem sığınmacılara hem de ev sahibi ülkenin sakinlerine meslek edindirmeden

kültürel etkileşime kadar birçok fırsatı bir arada sunan toplum merkezleri, sosyal denge ve uyum sürecinde sığınmacıların yaşadığı sorunları çözmek için etkili bir araç olacaktır. Toplum merkezleri, mesleki eğitimlerin verildiği mekânlar olmalarının yanı sıra sağlık hizmetleri, dil kursları, danışma merkezleri ve psikososyal desteğin verildiği yerler olarak da sığınmacılara hizmet vermektedir. Daha önce hiç görmedikleri bir ülkede hayatlarını sürdürmeye ve o ülkeye uyum sağlamaya çalışan sığınmacıların uyum sürecini hızlandırmak için projelendirilen toplum merkezleri, şu an toplumsal sıkıntılara karşı ideal çözümlerden biri olarak kabul edilebilir. Bu merkezlerde çocuklar güvenilir bir ortamda eğitimlerini sürdürürken; yetişkinlere yaşamlarını sürdürebilme, ihtiyaçlarını karşılayabilme ve topluma daha kolay uyum sağlayabilme açısından fırsatlar sunulmaktadır.

Günümüzde başta savaşlar olmak üzere birçok sebeple 60 milyon kişiyi içine alan büyük bir insan hareketliliği ve değişen dinamikler karşısında sosyal gerginlikler, şiddet ve çatışma gibi sorunların yaygın bir şekilde yaşanması olasıdır. Öte yandan bu sıkıntıların yaşanmaması; hem ev sahibi halk, hem de sığınmacı nüfus için tercih edilecek bir husustur. Ev sahibi ülkede kalma süresinin uzaması ve sosyoekonomik baskıların artması ile birlikte sığınmacı nüfusu ile ev sahibi topluluklar arasında olumlu ilişkilerin ve hoşgörünün devam etmesini teşvik etmek için özellikle sosyal uyuma yatırım yapılması gerekmektedir.

Temel ihtiyaçları karşılanmış, hizmetlere erişim imkânına ulaşmış, topluma uyum sağlamış bireyler kalıcı barışın tesis edilmesinde rol oynayarak sığınmacı oldukları ülkedeki toplumsal kalkınmaya katkı sağlar ve ev sahibi ülkeye kültürel zenginlik kazandırır. Bu amaca hizmet eden toplum merkezlerinin sayısının ve niteliklerinin artırılması, toplum merkezleri arasında koordinasyonun oluşturulması büyük önem arz etmektedir.

Toplum Merkezi Modelinin Oluşturulması

Sığınmacılara ev sahipliği yapan ülkelere baktığımızda toplum merkezi hizmeti sağlayan kuruluşlar arasında uluslararası kurum ve kuruluşların yoğunlukta olduğunu görmekteyiz. Türkiye, en fazla Suriyeli sığınmacıya ev sahipliği yapan ülke olarak uluslararası kurum ve kuruluşlarla da koordineli çalışmak durumundadır. Sahada ortaya çıkacak sorunları çözmek, kamu kurumları, yerli STK'lar ve uluslararası kuruluşlar arasında koordineli hareket etmek, ilgili şehrin ve alanın ihtiyaçlarının giderilmesi üzerinden bir çalışma yapmak, çalışmalara bir standart kazandırmak amacıyla tarafların tüm yönleriyle buluşmalarını sağlayan ve mültecilere hizmet sunmanın en uygun olduğu toplum merkezleri üzerinden bir koordinasyon yapılması gerektiği fikri, göç konusu ile ilgilenen kamu kurumlarının önemli bir gündemi haline gelmiş durumdadır. Bu kapsamda öncelikle hangi kuruluşların nerede hizmet verdiğine yönelik çalışmaların yapılması, toplum merkezlerinin asgari standartlarının belirlenmesi, ideal toplum merkezi modellemesinin yapılması elzem hale gelmiştir. Ayrıca toplum merkezleri açımına yönelik bir yönerge veya toplum merkezi açmak için izin alma/bildirimde bulunma zorunluluğu getirilmesi, çalışmaların koordinasyonunun sağlanması ve verimliliğinin artırılabilmesi için önemlidir.

Yabancı ülkelerdeki uygulamalar incelendiğinde toplum merkezlerinin sağlıklı toplumun inşasında önemli rol oynadığı görülmektedir. İyi örnekler ışığında öncelikle illerdeki nüfus yoğunluğuna göre temel modeller belirlenmesi, belirlenen toplum merkezi modellerinin ihtiyaç analizi yapılarak şehrin ihtiyaçlarına göre çeşitlendirilmesi, modellerin bölgede yaşayan sığınmacıların sağlık ve eğitim gibi temel hizmet ihtiyaçlarını da içermesi ve sosyalleşmesine katkı sağlaması gibi unsurlar göz önünde bulundurulmalıdır. Toplum merkezlerinin yapılandırılması aşamasında aşağıdaki hususlar önem taşımaktadır:

- Ev sahibi ildeki sığınmacı nüfus yoğunluğuna göre temel toplum merkezi modellerinin belirlenmesi

- Ev sahibi şehrin sakinleri ve sığınmacıların birlikte faydalanabilecekleri imkânların sunulması

- Temel olarak sığınmacıların sağlık ve danışma hizmetlerinden faydalanabilecekleri birimlerin oluşturulması

- Koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanması (aşı, anne-çocuk sağlığı, beslenme, hijyen eğitimi vb.),

- Oluşturulan ekipler tarafından bölgesel saha çalışmaları yapılması, taleplere ve toplanan verilere yönelik hizmetler ve eğitimlerin belirlenmesi

- Özellikle çocuklar, gençler ve kadınlara yönelik faaliyetler yapılması

- Merkez yöneticisi ile birlikte genellikle eğitim programcıları ve uzman personel için hizmet içi eğitimler planlanıp düzenlenmesi

- Hizmet alanlar içerisinde yeterli olanların, hizmet veren sınıfı içerisine dâhil olabileceği mekanizmaların oluşturulması

- Verilen eğitimler/kursların çeşitlendirilmesi (dil eğitimi, mesleki kurslar, ev ekonomisi kursları, bilgisayar kursları, aile eğitimi kursları vb.)

- Sığınmacıların kendi kültürlerini tanıtabilecekleri ortamların sağlanması

- Standart prosedürler yerine her farklı bölgeye ve duruma göre farklı değerlendirmeler

Sağlıklı Toplumdan Güvenli Geleceğe

Sağlıklı bir toplumun inşası ve sürdürülebilirliği, toplumu oluşturan tüm kültürlerle ulaşabilme ve toplumdaki farklılıklara saygı gösterebilme derecesiyle alakalıdır. Toplumdaki farklı kesimlerin etkileşimiyle oluşan kültürel zenginlik, sağlıklı bir sosyal toplum yapısının temel taşıdır. İnsanoğlunun içinde bulunduğu sosyal yapı ve bu yapıya ait karakteristikler, insanın fizyolojisine ve psikolojisine doğrudan veya dolaylı olarak tesir ettiği bugün şüphe götürmez bir gerçek hâline gelmiştir. Stanley'e (1977) göre mültecilerin göç alan ülkeye yerleşebilmelerindeki ve uyumlarındaki başarı ya da başarısızlıkları; o ülkedeki hükümetlerin ve toplumların tutumlarına, göç politikalarına, göçmen-mültecilere yönelik yerleşme ve destek programlarına ve son olarak göçmen-mültecilerin fizik ve ruh sağlıklarına yönelik kolaylaştırıcılıklarına bağlı olmaktadır. Çözümün kolay ve var olduğu inancı insanlara yaşama arzusu, gayret ve başarıma duygusu aşılar. Sığınmacılara tüm bu duyguları sağlamak, sığınmacıların içinde yaşadıkları toplumun görevidir. Bu bağlamda toplum merkezlerinin rolü önem kazanmaktadır. Bu merkezlerin temel hedefi sığınmacı çocuk, genç ve yetişkinler ile yerel halk arasındaki kültürel diyalog ve sosyal uyumu geliştirebilmek ve böylelikle sağlıklı toplumun oluşmasına zemin hazırlamaktır.

tirebilmek ve böylelikle sağlıklı toplumun oluşmasına zemin hazırlamaktır.

Tüm bunlar sağlandığı takdirde sığınmacıların sadece tüketen, hiçbir şey üretmeyen, tedirginlik hissi veren ve içinde bulunduğu topluma yük olduğu algısının yerini; onların güvenilir, çalışan, üreten ve ev sahibi toplumun yükünü paylaştığı algısı alacaktır. Bu yapılmazsa tedirgin ve herkesten şüphe eder bir hale gelen sığınmacılardan hiçbir verim alınamayacağı gibi bu durum onların içinde yaşadıkları toplumu da güvenlik kaygılarıyla tedirgin hale getirerek gerginlik oluşmasına yol açabilir. Erdoğan'a (2014) göre; "Türkiye'de Suriyeliler konusu günlük hayatın ve siyasetin bir parçası haline gelmiştir. Toplumsal kabul düzeyi konusundaki olumlu tabloya rağmen son bir yılda Suriyeliler konusunda kaygı yaratacak toplumsal olaylar meydana gelmeye başlamıştır. Bugüne kadar oldukça yüksek bir toplumsal kabul gösteren ve Suriyelilere destek olmaya çalışan Türk toplumu içindeki bazı gruplarda süreç iyi yönetilemezse hızla yabancı düşmanlığının yayılması, nefret üretme ve saldırılara yönelebileme ihtimali yüksektir."

Ev sahibi toplumlar için sığınmacılar, toplum içinde yaşanan gerginliklerin nedeni olarak görülmekte ve neticede onlara karşı güvensizlik duyulmaktadır. Bu durum, sığınmacıların toplumsal uyumunu güçleştirmektedir. Yerel halk ile sığınmacıların etkileşim halinde olabilecekleri ortamlar, güvensizlik sebebiyle oluşan gerginliklerin giderilmesine katkı sağlayacaktır. Çözümün bir parçası olmak istediğini belirten herkes, milyonlarca mazlumun vicdanına güven duygusunu aşlamak için sığınmacılarla etkileşim halinde olma konusunda korkak davranmamalıdır. Aksi takdirde oluşan güvensizliğin; adalet, özgürlük ve eşitlik duygusunu zedelemekte, milyonlarca mağdur insanı umutsuzluğa sevk etmekte olduğunu söylemek çok zor değildir. Terör, umutsuzluk ve güvensizlikle beslenir. Çocukların özgürlüklerinden edilip başka ülkelere sığındığı bir dünyada yaşıyoruz. Çözüme ortak olabilmek, hep birlikte güvenli bir toplumda yaşamak için toplumsal uyuma katkı sağlayacak toplum merkezleri gibi mekanizmalar hızla harekete geçirilmelidir.

Kaynaklar

Dünya Bankası, 2015, Türkiye'nin Suriyeli Sığınmacı Krizine Müdahalesi ve Önümüzdeki Süreç

Erdoğan, M. M., (2014). Türkiye'deki Suriyeliler: Toplumsal Kabul ve Uyum Araştırması.

Hacettepe Üniversitesi Göç ve Siyaset Araştırmaları Merkezi, Ankara

Stanley, S., (1977), Community Mental Health Services To Minority groups : Some Optimism, Some Pessimism. American Psychologist, 32 (8).

Suriyeli mültecilerin sağlık sorunları ve bir çözüm modeli

Dr. Turgut Özcan



1967 yılında Almanya'da dünyaya geldi. Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1993 yılında mezun oldu. Sinop Boyabat'ta Ayancık Sağlık Ocağında, Gaziosmanpaşa Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğünde, Gaziosmanpaşa Verem Savaş Dispanserinde, 112 Hızır Acilde ve Eyüp Sağlık Grup Başkanlığında hekimlik ve yöneticilik görevlerini yürüttü. Aile hekimliği yaptı, İstanbul Aile Hekimliği Derneği'nin kurucu başkanlığını üstlendi. Yeryüzü Doktorları, İHH, İNSADER, Yeşilay gibi çeşitli derneklerde gönüllü olarak görev yaptı. Halen Tuzla Belediyesi Başkan Yardımcılığı görevini yürüten Dr. Özcan evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Resmi olmayan 2016 rakamlarına göre Türkiye'de 3 milyon civarında Suriyeli mülteci bulunmaktadır. Bu kişilerin 200 binden fazlasının 20 ilde, 20 geçici barınma merkezinde bulunduğunu, diğerlerinin ise farklı kentlerde kendi olanakları ile yaşamaya çalıştıklarını biliyoruz. Bilindiği üzere bu kamplarda yaşayan mültecilerin tüm ihtiyaçları Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından karşılanmaktadır. Barınma, beslenme, sağlık eğitim vs. gibi insani ve sosyal ihtiyaçlar en üst düzeyde sağlanmaktadır. Ancak esas sorun kamp dışında yaşayan çoğunluktur. Kamp dışında yaşayan Suriyelilerin hemen hiçbir olanağı yoktur ve onlar sadece hayatta kalabilmek için kaçmış, ölümden kurtulmuş sivillerdir. Biz bu makalede Türkiye'de bulunan ve kamplar dışında yaşayan Suriyeli mültecilerin sağlık sorunlarına odaklanmayı amaçladık.

Sağlık hizmetleri; gerek fiziki ortam ve ekipman, gerek sarf malzemesi, gerekse de sağlık hizmeti veren personel (uzman ve pratisyen hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru vs. gibi yardımcı sağlık personeli) açısından oldukça spesifik ve maliyeti yüksek bir hizmet koludur. Bu hizmetin diğer bir yönü ise zaman zaman aciliyet arz etmesi ve başka bir hizmetle ikame edilememesidir. Bu yüzden de sağlık hizmetleri, doğası gereği ciddi ve hayati bir hizmettir.

Temel Sağlık Hizmetleri

Temel sağlık hizmetleri, 1978 yılında, Birleşmiş Milletler Temel Sağlık Hizmetleri Konferansının sonunda imzalanan Almatı Bildirgesinde de belirtildiği üzere; tüm toplumu ilgilendirir. Buradaki toplumdaki kasıt sayıları itibarıyla Suriyelileri öncelese de genel manada tüm mültecilerdir. Herhangi bir ayırım yapılmamalıdır. Hizmet sürekli ve ülkenin koşullarına uygun olarak yapılmalıdır. Verilecek hizmet birinci basamak ağırlıklı ve sevk zincirine tabi olmalıdır. Yani özetle aile sağlık merkezlerinde (ASM) verilen hizmetlerin aynısı "Mülteci Sağlık Hizmetleri" (MSH) merkezlerinde de verilmelidir.

Yöntem ve Çözüm Önerileri

Göç eden Suriyelilerin bir kısmı çeşitli illerde oluşturulan geçici barınma merkezlerinde yerleştirilmiş olsa da bu merkezlere yerleştirilenlerin sayısı en fazla 250 bin civarındadır. Resmi rakamlar Türkiye'ye giriş yapan Suriyelilerin sayısını 2 buçuk milyondan fazla olarak göstermektedir. Bu sayı dikkate alındığında, yaklaşık 2 milyon 250 bin kişinin kendi imkânlarıyla yaşamaya çalıştığını görüyoruz. Ayrıca resmi olmayan yollardan Türkiye'ye giriş yapan Suriyeliler olduğu da bilinmektedir. Bu rakamın da tahminen 100 bin civarında olduğu düşünülmektedir.

Ticari sebeplerle Türkiye ile ilişki halinde olan ya da Türkiye'li akrabaları yakınlarıyla iletişim kurarak Türkiye'ye gelen Suriyelilerin kendi olanakları ile bir yaşam sürdürmeleri mümkün olsa da bu sayının çok yüksek olmadığı tahmin edilmektedir. Herhangi bir bağlantıları olmadan Türkiye'ye gelen ve kamplara yerleştiremeyen Suriyeliler, başta Güneydoğu Anadolu Bölgesi olmak üzere gittikleri tüm illerde günlük hayatın bir parçası olarak yaşamaya başladılar. Genellikle halk onları dilenirken görmeye başladı. Giderek artan sayıda Suriyeli kadın ve çocuğun günlük hayatın bir parçası haline gelmeye başlaması, bir türlü organize edilemeyen yardımlar ve soğuk kış koşulları sorunun giderek büyümesine, beslenme ve barınma yetersizliği sonrası hastalıkların artmasına neden oldu.

Hizmet alacak kesimin Suriyeli mülteciler olduğu göz önünde bulundurulacak olursa; hizmet verenlerin de Suriyeli olması birçok sorunun kaynağında çözülmesi için elzemdir. Hatay İli, Kırıkhan ilçesinde 50 bin den fazla mülteci bulunmaktadır. Hatay Yardımlaşma Derneği (HAYAD) çatısı altında yaklaşık 5 yıldır sahada "Suriyeli mültecilerin sağlık sorunu" konusunu yakından takip etmekteyiz. Bu hizmetlerin nasıl ve nerede verileceğine dair planlanması ve uygulanması konusunda önerilerimiz bulunmaktadır. Bugün itibarıyla ilçemizdeki Suriyeli mülteciler Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları

Mültecilerin ilaçlarının ücretsiz karşılanması ve TC vatandaşlarından alınan hasta katkı payının mültecilerden alınmaması, hem SGK'ya ciddi maliyetler getirecek hem de toplumsal barışı olumsuz etkileyecektir. Bu konuyla ilgili önerilerimiz, aslında temelden başlayarak yeni bir sistem oluşturmak, son tahlilde SGK ile birleşme hedefi saklı kalmak şartıyla tüm mülteciler için BAĞ-KUR, SSK gibi farklı bir sistem oluşturmaktır.

ile sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanmaktadır. Gerek ayaktan poliklinik hastaları, gerek yatan hastalar ilçe devlet hastanesinde sağlık hizmetlerini ücretsiz almaktadır. Ameliyat, ortez/protez, stent gibi cihazlardan da yararlanan hastalardan kronik ilaç kullananların ilaç raporları dahil tüm ilaçlardan da ücretsiz yararlanmaktadırlar. Bu durum genel itibarıyla sorunsuz gibi görünse de hizmet alışı aksaklıklar yaşandığı gibi hizmetlerin sürdürülebilirliği konusunda da belirsizlikler vardır. Evvela bu hizmetlerin başından yani ilk hastaneye başvurmaktan sonuna yani ilaç alımına kadar geçen süreç sorunsuz yaşandı diyelim. Bir defa bu hizmetler, Kırıkhan ilçesinin nüfusuna dahi yeterli gelmeyen ilçe devlet hastanesinin kapasitesini bir hayli aşmaktadır. Bu da verilecek hizmetin kalitesini, sağlık personelinin mesleki yıpranmışlığını olumsuz etkileyebileceği gibi kalabalık poliklinik sıraları yerel halkla mülteciler arasındaki gerilimi de artıracaktır. Ayrıca lisan sorunu da başlı başına bir mesele gibi görünmektedir. Kaldı ki iletişimin esas teşkil ettiği sağlık hizmetinde lisan bilmeyen mültecinin derdini izah etmesi oldukça güç görünmektedir. Gerek hasta kayıta ve gerekse de her poliklinikte tercüman bulundurmak ciddi maliyet yükü doğuracaktır. Mültecilerin ilaçlarının ücretsiz karşılanması ve TC vatandaşlarından alınan hasta katkı payının mültecilerden alınmaması, hem SGK'ya ciddi maliyetler getirecek



hem de toplumsal barışı olumsuz etkileyecektir. Bu konuyla ilgili önerilerimiz, aslında temelden başlayarak yeni bir sistem oluşturmak, son tahlilde SGK ile birleşme hedefi saklı kalmak şartıyla tüm mülteciler için BAĞ-KUR, SSK gibi farklı bir sistem oluşturmaktır. MSH ya da başka uygun bir isimle kurulacak sistemi aşağıda sağlık hizmetlerinin finans boyutu, fiziki mekân ve istihdam şeklinde üç temel başlıkta inceleyelim.

Sağlık Hizmetlerinin Finans Boyutu

MSH oluşurken tabi ki hayati konu ekonomidir. Aslında yeterli kaynak bulunduktan sonra geriye organizasyona kalmaktadır. Tabi ekonomik kaynağın bulunmasının zorluğu bir yana, bunun sürdürülebilirliği daha da zordur. O yüzden bir taraftan ekonomik kaynak aranmalı, diğer taraftan da mevcut imkânlarla ne yapılabileceği gündeme gelmeli; dolayısıyla hizmet

maliyetleri asgariye düşürülmelidir. Avrupa Birliği fonları, Birleşmiş Milletler vs. gibi kuruluşlardan fon sağlanması gibi resmi yollar dışında Arap-İslam dünyasından da yardım amaçlı bağışlar geçici de olsa ilk akla gelen çözümlerdir. Mültecilerin kalıcı olabileceğini de göz önünde bulunduracak olursak bu kişilerin de SGK'ya dâhil olması ve gelecekte zor bir ihtimal de olsa kendi sağlık primlerini yatıracak düzeye gelmeleri de teşvik edilmelidir. Zira gelen mülteciler artık yavaş yavaş işyerleri ve şirketler kurup iş üretmeye başlamıştır. İmkânı olanlar MHS üzerinden prim sistemine dâhil edilebilir. Ödeme gücü olmayanlara "Prim Borçlanma Kredisi" adı altında belirli bir süre borçlanma imkânı sağlanabilir. Tabi burada zikrettiğimiz ekonomik kaynağa dair çözüm yolları ilgili resmi kurumlar tarafından muhakkak düşünülmelidir. Biz sadece hatırlatma yapıp ayrıntıları devlet yetkililerine bırakıyoruz



Sağlık Hizmetlerinin Verileceği Fiziki Mekânlar

Hizmet verilecek mekânlar Sağlık Bakanlığı ve diğer kamu kurumlarının hizmet verdiği binalardan ayrı olmalıdır. Hatta mümkünse uzaktaki yerlerde kurulmalıdır. Böylelikle hem olası kalabalık ve karışıklıklardan hem de Türk-Suriyeli hastaların olası bir karşı karşıya gelişinden kaçınılmış olunur. Her ne kadar bunun bir izolasyona sebep olabileceği düşünülebilirse de, Suriyeli mültecilerin sosyal adaptasyonu hastanede değil daha az riskli alanlarda (okul, cami, mahalle, cenaze, bayram, düğün gibi) gerçekleştirilebilir. Sağlık hizmeti verilecek yerler mültecilerin ortalama nüfus durumları göz önünde bulundurularak üç bölgeye ayrılabilir:

1. Bölge: Nüfusu 50 bin den fazla olan yerler
2. Bölge: Nüfusu 50 bin ile 10 bin arası olan yerler

3. Bölge: Nüfusu 10 binden az olan yerler

Mültecilerin bulunduğu bölgenin durumuna göre şu çözümler gündeme gelebilir:

a) Şayet o bölgede yerel halk tarafından kurulan veya hâlihazırda faal olan hayırsever ya da çeşitli dernekler tarafından açılan sağlık kuruluşları varsa; ilk önce bunların sayılarının, durumlarının ve kapasitelerinin belirlenmesi gerekmektedir. Örnek verecek olursak Hatay İli Kırıkhan İlçesi'nde HAYAD Derneğine ait 20 çalışanı bulunan (hepsi Suriyeli doktor, hemşire eczacı, diş hekimi) resmi ve ruhsatlı bir geçici sağlık kuruluşu mevcuttur. Bu tarz kuruluşların Türkiye genelindeki tam sayısının, kapasite ve imkânlarının belirlenmesi gerekmektedir. Sonrasında bu kurumların eksiklikleri ve ihtiyaçları belirlenip; finansman imkânları varsa sadece idari ve denetleme işlevlerinin devlet tarafından sağlanması ve yeterli kapasiteye ulaşılması durumunda,

mültecilere yönelik sağlık hizmetlerinin bu tarz kurumlar aracılığıyla verilmesi düşünülebilir.

b) O bölgede gerek Suriye orijinli gerekse de diğer yabancı ülke orijinli kurum ve derneklerin açtığı sağlık kuruluşlarının sayısı, durum ve kapasitelerinin belirlenmesi gerekmektedir. Yine Hatay İli, Kırıkhan İlçesinde bulunan Orient Geçici Sağlık Kuruluşu bu duruma örnektir. Tamamı Suriyelilerden oluşan ve giderleri Orient adlı dernek (Suriyeli olup da çoğu Avrupa olmak üzere Suriye dışında yaşayanların kurduğu bir dernek) tarafından karşılanan bir kuruluş. Yine Reyhanlı ilçesinde birden fazla olmak üzere bu tarz sağlık kuruluşları mevcuttur. Bunların başına CEO tarzı bir Türk hekim sorumlu olarak atanırsa başta iletişim olmak üzere birçok açıdan daha isabetli olacaktır.

c) Şayet a ve b seçenekleri mevcut değilse, Sağlık Bakanlığımız tarafından yeni sağlık teşekküllerinin oluşturulması gündeme gelebilir. Daha önce de belirttiğimiz gibi mekân olarak mümkün olduğunca Sağlık Bakanlığına ve diğer kamu kurumlarına ait sağlık tesislerden uzak olmalıdır. Bazı bölgelerde Suriyelilerin kümelenme şeklinde bulunan bölgelere kurulması uygun olabilir. Tesislerin konteyner tarzı olması daha isabetli olacaktır.

Sağlık Hizmetlerini Sunacak Personelin İstihdamı

Hizmet verilecek bölgede yaşayan tüm sağlık personelinin sayısı ve branşı net olarak Sağlık Bakanlığınca belirlenmelidir. Burada bir bilgi notu olarak düşmemiz gereken durum söz konusudur. Mültecilerin yaşadıkları genel zorluklar neticesinde meslekleri ve uzmanlıkları hakkında gerçeğe uygun olmayan söz ve belgeler ile yalan beyanda bulundukları tarafımızca çok kere tespit edilmiştir. İmkân varsa Suriye Devleti Sağlık Bakanlığı ile iletişime geçip adı geçen şahsın aldığı eğitimin ve mezuniyetinin gerçek mahiyeti resmi olarak belirlenmelidir. Hizmet verecek sağlık personelinin maaş durumu, özlük hakları vs. gibi konuların da belirlenmesi gerekmektedir. Önerdiğimiz sistemin belirgin yararları olacaktır. Sistemin SGK dışında kurulması öncelikli olarak SGK'yı rahatlatacak ve Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarına verilen hizmetin kalitesinin düşmesinin önüne geçilmiş olacaktır. Çalışacak sağlık personelinin Suriyeli olması iletişim sorununu çözecek ve tercüman gereksinimi ortadan kalkacaktır. Sağlık Bakanlığı tarafından kontrol edilecek ve ağırlıklı olarak STK'lar ile yerli-yabancı hayır kurumlarının üstleneceği hizmet; SGK'nın maddi ve iş yükünü ciddi ölçüde azaltacaktır. İşleyiş ve mevzuat bakımından ASM

gibi kurulacak bu yerlerde genellikle 1. Basamak Sağlık Hizmeti verilecek; laboratuvar ve görüntüleme işlemleri içinse 2. Basamağa sevk verilecektir. Yine ASM'lerde verilen aşılama, gebe ve bebek takibi, sağlık taramaları hizmetleri de bu merkezlerde verilebilecektir.

Kamer Vakfı - Hasna INC tarafından 2013 yılında 214 mülteci üzerinde yapılan bir anket çalışmasında Tablo 1'deki sonuçlar elde edilmiştir. Anket uygulanan ailelerde sağlık açısından acil olarak müdahale edilmesi gereken problemleri olanlar % 28,0'dir. Sağlık hizmetlerine erişim durumuna bakıldığında ise yeterli düzeylerde olmasa bile kamu hastanelerinden yararlanılmaktadır. Hastaneye gitmeyip komşu/çevre yardımı ile sağlık sorunlarını gidermeye çalışanların (% 9,8), sağlık konusunda hiç bir hizmete erişemeyenlerin ise (% 15,9) oranı az değildir. Sağlık hizmetlerine erişim konusunda en önemli problemlerin başında, hastaneye gidildiği halde ilaç alamamak gelmektedir. Sağlık hizmetlerine erişim konusunda muayene hizmetlerinin yanında dil engeli ile ilaca erişim hızlı bir şekilde çözüm sağlanması gereken problemlerdir. Zaten mültecilerle yapılan görüşmelerde sağlık konusunda en önemli problem olarak % 58'lik bir oran ile ilaç temini ön plana çıkmaktadır. Hastane ve doktor gereksinimi ise % 27'lik bir oran ile ikinci sorun olarak görülmektedir.

Mültecilerin Sağlık Sorunları

Savaş ya da iç karışıklıklar nedeniyle meydana gelen mülteci hareketleri, çok sayıda insanın uygun olmayan yaşam koşullarında hayatlarını devam ettirmek zorunda kaldıkları durumları ortaya çıkarır. Bu kişiler genellikle çadır veya konteynırlardan oluşan geçici barınma birimlerinde yaşamlarını sürdürmektedir. Ancak gerek çadırlar gerekse konteynırlar hastalıklara ve dış etkenlere karşı yeterince korunaklı olmadığı için hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Bununla birlikte toplu barınma alanlarında su ve kanalizasyon altyapısının çoğu zaman yetersiz kalması, hijyenik açıdan kötü yaşam koşulları ortaya çıkarır. Hastalıklardan korunmak için gerekli olan hijyen kurallarına riayet edilememesi durumunda yaşanan sağlık sorunlarında artış meydana gelir. Mültecilerin en sık karşılaştıkları sağlık sorunları şunlardır:

- Beslenme bozuklukları
- Çocuklarda büyüme ve gelişme gerilikleri
- Anemi
- İshal, kızamık, sıtma, solunum yolu enfeksiyonları gibi bulaşıcı hastalıklar
- Fiziksel şiddet ve buna bağlı yaralanmalar
- Cinsel istismar

Tablo 1: Suriyeli mültecilerin ihtiyaç analizi

Sağlık konusundaki sorunlarınızı nasıl gidermeye çalışıyorsunuz?	Sayı	Yüzde
Devlet hastanelerine gidiyoruz	54	25,2
Komşu/çevre yardım ediyor	21	9,8
Hastanelere gidiyoruz ama dil sorunu yaşıyoruz	11	5,1
Hastanelere gidiyoruz ama ilaç temin edemiyoruz	84	39,3
Kendi bildiğimiz yöntemlerle çözmeye çalışıyoruz	1	0,5
Hiçbir şey yapamıyoruz	34	15,9
Diğer	9	4,2
Toplam	214	100

Tablo 2: HAYAD Geçici Sağlık Tesisinde Hizmet Verilen Hasta Sayısı ve Hastalıkların Dağılımı (Ocak-Şubat 2016)

Hastalık adı	Hastalık sayısı (2016 Ocak)	Hastalık sayısı (2016 Şubat)
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	2263	2320
Diabetes Mellitus	361	630
Astım	175	248
Hipertansiyon	262	364
Pansuman	125	184
Ülser	454	255
Miyokard İnfarktüsu	45	15
İdrar Yolu Enfeksiyonu	70	133
Artritis	90	162
Dermatitis	129	121
Uyuz Skabiyes	59	62
Bit	13	8
Cilt Layşmanyozu	2	2
Konjonktivit	10	13
Diğer Hastalıklar	2957	2262
Toplam	6775	6879

- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar
- İstenmeyen gebelikler, riskli gebelikler
- Düşükler, doğum komplikasyonları
- Kronik hastalıklar
- Depresyon, kaygı bozuklukları, uyku bozuklukları ve post-travmatik stres bozukluğu başta olmak üzere ruhsal sorunlar
- Dış sağlıklı sorunları

Sonuç ve Değerlendirme

Suriye'deki iç savaş yaklaşık beş yıldır devam etmekte, yerinden edilmiş ve Türkiye'ye sığınan kişilerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır. İlk zamanlar geçici bir sorun olarak görülen göç olgusu, gün geçtikçe kalıcı bir hal almaktadır.

Suriye meselesi ile ilgili olarak yürütülen politikaların nihai amacı kalıcı çözüm olmalıdır. Bu bağlamda önerdiğimiz modelin mültecilerin sağlık sorununun karşılanması noktasında önemli olduğunu düşünüyorum. Son olarak şunu da belirtmek gerekir ki devletin mülteciler için sağladığı sağlık hizmetinin, kendi vatandaşlarına sağlanan yardımlardan daha fazla olmaması gerekir. Aynı hizmeti alan kişilerden Türk vatandaşı olan kişi sağlık hizmetinin finansmanına katılırken Suriye uyruklu kişinin tedavi giderleri valilikler tarafından karşılanmaktadır. Bu durum, Türk ve Suriye vatandaşları arasındaki toplumsal barışı ve yerel halkın mültecilere olan misafirperverliğini de zedeleyebilir.

Sığınmacıların ruh hali

Yrd. Doç. Dr. Neslihan Arıcı Özcan



1982 yılında Bursa'da doğdu. İlk ve orta öğretimi bu kentte tamamladı. 2006 yılında Boğaziçi Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programından birincilikle mezun oldu. Uzmanlığını 2009 yılında Okan Üniversitesinde, doktorasını ise 2014 yılında Sakarya Üniversitesinde tamamladı. 2006-2015 yılları arasında özel sektörde uzman klinik psikolog olarak çalıştı. Halen Medipol Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümünde görev yapmaktadır.

“Her aktarım aynı zamanda bir dönüşümdür.”
(Albert Cicone)

M.Ö. 2000'li yıllara kadar dayanan sığınma ve mülteci olma kavramları son yıllarda Ortadoğu ülkelerindeki iç savaşlar ve karışıklıklar sonrasında birçok ülke için çözülmesi gereken bir sorun olarak görülmektedir (1). 1951 tarihli *Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair Cenevre Sözleşmesine göre sığınmacılar*; Avrupa ülkeleri dışındaki ülkelerden çeşitli sebeplerden (ırkı, dini, milliyeti, siyasi düşünceleri vb.) ötürü zulüm göreceği korkusu ile ülkesinden kaçmak zorunda kalan, ülkesine geri dönemeyen ve başka bir ülkeye sığınmak zorunda kalan bireylerdir. Bu bireylere sığınmacı statüsü gittikleri ülkenin Dışişleri Bakanlığı'na verilmektedir. Sığınmacılar Avrupa dışından geldiklerinden bulundukları ülkelere geçici olarak sığınabilmektedir (2). Yukarıda bahsedilen tanım, aslında sığınmacının yaşadığı sorunları ve ruh hallerini de kısaca anlatmaktadır. Sığınmacılar ülkelerinden başka bir ülkeye giderken ve gittikleri ülkede yaşarken fiziksel, ekonomik, sosyal, siyasi, hukuki, psikolojik birçok sorunla karşılaşmaktadır. Bu sorunlar; geliş süreci sorunları, sığınma ve ikamet süreci sorunları ve gittiği ülkeye alışma süreci sorunları olarak üç başlık altında toplanabilmektedir (3).

Geliş süreci sorunlarının en başında travmatik olaylar sonucu yoğun korku ve çaresizlik duyguları ile ülkelerini, ailelerini ve arkadaşlarını geride bırakarak başka bir ülkeye gitmeye karar vermek gelmektedir. Bu karar; yolculuk sürecinin bütün zorluklarını, yol boyunca karşılabilecekleri güvenlik, barınma, yeme içme, kabul edilme, kimlik ve işkence sorunlarını içermektedir. Bütün bu sorunlarda sığınmacıları en çok etki-

leyen ise her türlü tehditle karşılaşabilme riski ve belirsizliktir. Sığınma ve ikamet sürecinde sığınmacılar kendilerini geliş sürecine göre fiziksel olarak daha güvende hissetseler de psikolojik olarak yaşadıkları tehditler ve belirsizlikler halen devam etmektedir. Sığınma sürecinde karşılaşılan sorunlar ise uzun bekleme süreleri, ilkel yaşama koşulları, sağlık sorunları, seyahat sınırlamaları, yakınların kaybı, ikamet ve çalışma koşullarının belirsizliğidir. Bütün bu sorunlar sığınmacılarda korku ve çaresizlik duygularının yanı sıra öfke ve üzüntü duygularının ön plana çıkmasına yol açabilmektedir. Bu da beraberinde sığınmacılar arasında fiziksel ve psikolojik çatışmaların ve kavgaların yaşanmasına ve sığınmacıların sığındıkları ülkeden sınır dışı edilmesine neden olabilmektedir. Sığındıkları ülkenin yaşam koşullarına alışma da sığınmacıların karşılaştığı bir süreçtir ve bu süreç sığınmacıların uzun sürede başa çıkmaları gereken sorunları içinde barındırmaktadır. Gittikleri ülkeye alışma sürecinde sığınmacılar farklı bir yandan o kültüre, dile, çevreye, topluluğa ve değişen sosyal statülerine alışmaya çalışırken öte yandan kendi kültürlerini, dillerini, geleneklerini yoğun derecede kaybetme korkusu, gelecek kaygısı ve umutsuzluk yaşamaktadırlar. Bu kaybetme korkusu ve gelecek kaygısı, gördükleri muamelenin olumlu veya olumsuz olmasına göre artmakta veya azalmaktadır. Gittikleri ülkede ayrımcılık ve ırkçılık gibi sorunlarla karşılaştıkları takdirde sığınmacıların gündelik yaşama uyum sağlamaları zorlaşmakta ve geleceğe dair umutsuzlukları artmaktadır. Bu durum ise hem sığınmacılar hem de gittikleri ülke vatandaşları için daha çok sosyal, ekonomik, psikolojik ve hukuki sorunun yaşanmasına yol açabilmektedir (4).

Yukarıda bahsedilen sorunlar ve yoğun olumsuz duygular karşısında bireylerin kendilerini (*ben çok çaresizim*), dünyayı ve çevrelerini (*çevrem ve dünya çok tehlikeli ve güvenilmez*) algılama ve anlamlandırma süreçleri olumsuz etkilenebilmektedir (6). Bütün bu tepkilerin içeriği, biçimi ve şiddeti bireyden bireye değişmektedir ve genellikle “normal dışı bir olaya verilen normal tepkiler” olarak nitelendirilmektedir. Ancak zaman zaman bu tepkiler şiddetini kaybetmeden uzun bir süre devam etmekte ve psikolojik sorunların ortaya çıkmasını sağlamaktadırlar. Sığınmacılarda görülen psikolojik sorunlar arasında kaygı bozuklukları, depresyon ve travma sonrası stres bozuklukları yer almaktadır. Özellikle stresin ve travmatik olayların sayıca çokluğu, sığınmacılarda travma sonrası stres bozukluğunun daha çok görülmesine sebep olmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğu; bireyin kişiliği ve ruhsal yapısı üzerinde şu veya bu ölçüde kalıcı bir etki bırakan her türlü olağandışı, felaket niteliğinde olaydan kaynaklanan rahatsızlık ve bunaltı durumudur. Yaşadıkları travmatik olayların büyüklüğü, kadın ya da küçük yaşta olmaları, eğitim seviyesinin düşük olması ve özgüven eksikliği; travma sonrası stres bozukluğunun sık görülmesinde büyük bir risk oluşturmaktadır (5).

Yapılan araştırmalarda, sığınmacıların normal popülasyona göre on kat daha fazla travma sonrası stres bozukluğuna maruz kaldıkları ifade edilmektedir (7). Travma sonrası stres bozukluğu yaşayan sığınmacı yoğun bir kayıp duygusu yaşamaktadır. Kayıp duygusunun içinde; sığınmacının güvenlik duygusu, kimliği ve geleceği, geçmişe bakıp geleceği tahmin etme yetisi, yaşamı üzerindeki kontrolü, yakınları ve diğerlerine olan gü-

veni, umutları, kişisel gücü, arkadaşları, evi, eşyaları, kısacası sığınmacıya dair her şey vardır. Bu yoğun kayıp duygusu sığınmacıyı adeta dünya hayatından uzay boşluğuna fırlatmaktadır. Uzay boşluğunda asılı kalan sığınmacının bedeni de bu durumdan etkilenmekte ve donma halini almaktadır. Bu yüzden sığınmacı zaman zaman hissizlik, zaman zaman da aşırı uyarılma hali (irkişmeler) yaşamaktadır. Hissizlik ve aşırı uyarılma hali sığınmacının hem yeme ve uyku düzenini bozmakta, hem de zihninin her şeyi tehdit olarak algılamasına yol açmaktadır. Sığınmacı her şeyi tehdit olarak algılayarak bir taraftan da önceden yaşadığı olumsuz yaşantıyı anlamlandırmaya çalışmaktadır. Anlam, sığınmacının yaşadığı olayla başa çıkması için gereklidir. Ancak sığınmacının verdiği anlam, tehdit algısı ve yaşadığı olaydan kalan görüntüler ve imajlarla birlikte olumsuz ve çarpıtılmış (çaresiz, güvenilmez) olmaktadır. Bedenindeki hissizlik, duygularındaki yoğun çaresizlik, zihnindeki tehdit algısı sığınmacının her türlü etkinlikten kaçınmasına ve geri çekilmesine yol açabilmektedir. Bütün bu durum da sığınmacının ruhsal bütünlüğünü bozmakta ve sığınmacının kimliğinde ve varoluşunda ciddi yaralanmalara sebep olabilmektedir (8).

Kimlikte açılan yaraların kapanması uzun bir süreçtir. Çünkü kimlik, bireyin doğumundan ölümüne kadarki süreçte bireye ait tüm özelliklerin hem birey hem de toplum tarafından görülmesini sağlayan, yaşam boyu gelişen, değişen ve bireyi kişisel bütünlüğünü koruyan özelliklerin tümüdür. Kimliğin birçok türü vardır. Bireysel ve toplumsal kimlik bunlardan sadece ikisidir. Travmatik olaylar türlerine göre bireyin bireysel ve toplumsal kimliğine zarar verebilmektedirler. Travmatik yaşantıları bireyin hem bireysel hem de toplumsal kimliğinde çeşitli hasarlar bırakabilmektedir. Bireysel kimlik hasarları daha çok psikolojik sorunları ve kendilerine zarar verici davranışları artırırken; toplumsal kimlik hasarları kendi kimliklerine olan bağlılığını arttırmakta, daha agresif ve anti-sosyal davranışlar sergilemelerine yol açabilmektedir (9). Bu bağlamda sığınmacılara gösterilecek sosyal destek çok önemlidir.

Bireyin çevresinden elde ettiği sosyal ve psikolojik dayanak olarak tanımlanan “sosyal destek”; desteği algılayan ve destek veren kişinin özelliklerine bağlı olarak kişinin kendisini iyi hissetmesi için önemli bir değişkendir (10). Sosyal destek ayrıca bireyin kendi kaynaklarını ve güçlerini fark etmesi ve kullanması için de iyi bir araçtır. Kısacası sosyal destek, bireyin psikolojik dayanıklılığını arttıran önemli bir etkidir (11).

Pozitif psikoloji kavramlarının içinde belir-



tilen “psikolojik dayanıklılık” ise zorluklar karşısında direnmek ve toparlanmak olarak ifade edilmektedir ve pozitif uyumu içeren dinamik bir süreçtir. Psikolojik dayanıklılık kavramının ortaya atılması ile bireyin hasta olduğunu ve tedavi edilmesi gerektiğini ifade eden “patojenez” anlayıştan, bireyin sağlıklı olduğunu ve pozitif özelliklerinin geliştirilmesi gerektiğini dile getiren “salutogenez” anlayışa geçilmiştir. Salutogenez anlayışa dayanan psikolojik dayanıklılık, içinde iki önemli kavramı barındırmaktadır. Birincisi her türlü olumsuz koşulu ve stresli yaşam olaylarını içeren zorluk, ikincisi ise davranışsal ve sosyal becerileri içeren pozitif uyumdur (12).

Sığınmacılar psikolojik dayanıklılık bağlamında değerlendirildiğinde her türlü zorlukla karşılaşan ancak bu sorunlarla başa çıkmayı, uyum sağlamayı ve büyümeyi öğrenme ihtimali en yüksek olan popülasyondur. Anormal yaşantılar karşısında gösterdikleri ve normal düzeyde olan olumsuz tepkileri ile kendi güçlü yanlarını ve kaynaklarını kullanarak yaşama uyum sağlamaya çalışmaları; bu sorunları yaşamayan diğer insanlara göre sığınmacıları daha dayanıklı kılmaktadır. Travmatik yaşantılar yukarıda bahsedildiği gibi birey için sıkıntı yaratan pek çok belirtiyi ortaya çıkarsa da, kişisel gelişim için bir fırsat olarak da görülmekte ve travmatik yaşantı sonrasında bireylerin, travmatik yaşantı öncesine göre daha iyi bir işlevsellik düzeyine de ulaşabildikleri araştırmalarda da belirtilmektedir. Bu bağlamda travmatik yaşantılar, sığınmacılara yaşamda başa çıkmayı, yaşama uyum sağlamayı ve varoluşsal olarak büyümeyi öğretmektedir (13). Travma sonrası büyüme konusunda yapılan araştırmalarda travma sonrası büyüme gözlemlenen bireylerin kişilerarası ilişkilerde olumlu değişimler gösteren, kendi daha olumlu algılayan, yaşamın değerini anlayan, yeni seçeneklerin fark edebilen, inanç sistemindeki gelişim olan bireyler oldukları ifade edilmektedir (14). Son olarak şu ifade edilebilir ki sığınmacılar, yaşamlarında deneyimledikleri bu farklı ruh halleri sayesinde dünya üzerinde

varoluşlarıyla temas edebilme ihtimali en güçlü insanlardır. Sığınmacılar kadar güçlü ve dayanıklı olabilmek temennisi ile...

Kaynaklar

- 1) Kap, D. (2014). Suriyeli mülteciler: Türkiye'nin müstakbel vatandaşları. Akademik Perspektif, 30-34
- 2) Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin 1951 Cenevre Sözleşmesi
- 3) Altun, U., & Görel, Ö. (2013). Sığınmacılar ve Mülteciler Raporu, Türkiye Barolar Birliği Yayınları , 311, 91-95
- 4) Gong-Guy, E., Cravens, B., & Patterson, T. E. (1991). Clinical Issues in Mental Health Service Delivery to Refugees. American Psychological Association, 46 (6), 642-648
- 5) Pumariega, A.J., Rothe, E., & Pumariega, J. B. (2005). Mental Health of Immigrants and Refugees. Community Mental Health Journal, 41 (5), 10597-10605.
- 6) Malkinson, R. & Ellis, A. (2000). The Application of Rational-Emotive Behavior Therapy (REBT) in Traumatic and Non-Traumatic grief. In R. Malkinson, S. Rubin ve E. Witztum (Eds.) Traumatic and Non-traumatic Loss and Bereavement, 2000, s. 173-195. Madison, CT: Psychosocial Press.
- 7) Fazel, M. Wheeler, M. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. Lancet, 365, 1309-1314.
- 8) Figley, C. R. ve Kiser, L. J. (2013). Helping Traumatized Families. New York: Routledge
- 9) Kira, İ.A., Wahhab, A. Alawneh, N., Aboumediane, S., Mohanesh, J. Ozkan, B. Alamia, H. (2011). Identity salience and its dynamics in palestinians adolescents. Scientific Research, 2 (8), 781-791.
- 10) Yıldırım, İ. (2004). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Revizyonu. Eurasian Journal Of Educational Research, (17), 221-236
- 11) Walsh, F. (2006). Strengthening Family Resilience (2nd ed). New York: The Guilford Press
- 12) Luthar, S. S., Cicchetti, D. ve Becker, B. (2000). Research on Resilience: Response to Commentaries. Child Development, 71(3), 573-575.
- 13) Tedeschi, R. G. (1999). Violence transformed: Posttraumatic growth in survivors and their societies. Aggression and Violent Behavior, 4, 319-341.
- 14) Joseph, S. & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. Review of General Psychology, 9, 262-280.

Suriyeli doktorların gözünden mülteciler ve sağlık

Prof. Dr. Ömer Anlar



1957 Hatay'da doğdu. 1983'de Şam Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdi. 1992'de Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalında Uzmanlığını tamamladı. 1994-2005 yılları arasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalında Öğretim Üyesi ve Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. 2004 yılında Doçent, 2009 yılında Profesör oldu. Halen Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalında Öğretim Üyesi olarak görev yapmakta, aynı zamanda Suriyeli mültecilerin Sağlık Koordinatörlüğünü yürütmektedir.

İnsanı yaşat ki devlet yaşasın! Bu ibare, asırlar önce Şeyh Edebalı'nın Osmanlı'nın kurucusu olan Osmangazi'ye söylediği bir öğüttür. Osmanlı Devletini kuran Osmangazi, dünyanın karanlık yıllarını yaşadığı bir çağda bölgesinde adaleti tesis etmiştir. Ama bugün Ortadoğu'da komşumuz olan Suriye'de öyle bir rejim var ki, öyle bir lider var ki hem insanı hem de insanı yaşatmaya çalışan sağlık mensuplarını hunharca katletmekten başka bir işi yok! Bu rejim uçakları, geçen Nisan ayında üç milyon nüfuslu Halep şehrinde muhaliflerin kontrolündeki bölgede son çocuk doktoru olan Muhammed Vasim Muaz'ı öldürdü. Uçaklar, adı geçen doktorun çalıştığı hastaneyi hedef aldı ve doktorla birlikte 14 sağlık personeli katletti. O doktorun ailesi Türkiye'ye göç etmişti. Ancak Muaz, Suriye'de bulunduğu yerde bombardıman altında görevine devam ediyordu (1).

Suriye'de buna benzer bombardıman ve katliamlar her gün devam ediyor. Sağlık personeli ve sağlık kuruluşları bu katliamlardan ciddi şekilde nasibini alıyor. Buna dış güçler de destek veriyor. Medeniyet misyonuna; demokrasi, özgürlük ve insan hakları gibi birçok özelliklere sahip olduklarını iddia eden ülkeler bu katliamları seyretmekle yetiniyor. Zaman zaman üzüntü ve teessüf ibareleri sarf ediyorlar. Belki de bu savaşın uzun sürmesi işlerine de geliyor. Halk ayaklanması ve rejimin

kanlı baskısı sonucu Haziran 2016 yılı itibarıyla 760 doktor ve sağlık personeli öldürüldü. Bunların binlercesi ülkeyi terk etti veya ülkelerinde başka bölgelere göçmek zorunda kaldı. Bazıları aileleriyle birlikte Ege Denizi'nde boğularak hayatını kaybetti. Birkaç Suriyeli doktor ise bir ümit çalışmak için gittikleri Somali'de haydutların saldırısı sonucu vefat etti.

Günümüzde Türkiye'de yaklaşık 300 bini kamplarda olmak üzere 3 milyona yakın mülteci bulunmaktadır. Kamplarda kalan mültecilere çalışma izni verilmemektedir. Onların bütün ihtiyaçlarını devlet karşılamaktadır. Kamp dışında kalan mültecilere mülteci kimlik kartı verilmekte ve bu kart sayesinde mülteciler Sağlık Bakanlığımıza bağlı kuruluşlarda ücretsiz tedavi edilmektedirler. Bu karta sahip mülteciler ilaçlarını bedava alabilmektedirler. Kamp dışında kalan mültecilere çalışma izni verilmektedir. Türkiye'de bine yakın Suriyeli doktor bulunmaktadır. Ancak doktor ve sağlık elemanları için çalışma izni, makalenin hazırlandığı Haziran 2016 itibarıyla henüz çıkmış değil. Sağlık Bakanlığı bu konuda bir çalışma başlattı ve Suriyeli doktorların kendi vatandaşlarını Bakanlığa bağlı sağlık kuruluşlarında muayene edebilmeleri için gereken adımları attı. Bu konuda merkezi Gaziantep'te bulunan "Geçici Suriye Hükümeti" ile koordine bir çalışma yapılmaktadır (2-6).

Suriyeli mülteciler ve Suriyeli doktorlar Türkiye'nin kendilerine gösterdiği ilgi ve ihtimamın farkında. Ancak Suriyeli doktor ve hastaların bazı sorunları var. Bir defa onlarda mülteci psikolojisi mevcut. Her ne kadar ister kamplarda, ister bulundukları şehirlerde barınak, sağlık ve eğitim olanakları kısmen temin edilmiş olsa da tam anlamıyla istikrar ortamına kavuşmuş sayılmazlar. Bu nedenle bunların bir kısmı Avrupa'ya veya başka yerlere göç etmek istiyorlar. Bir kısmı savaş ve bombardıman da olsa ülkelerine döndüler. Avrupa Birliği ile Türkiye arasında mülteciler konusunda anlaşma olmasaydı, hala her gün denizde boğulan ve kaybolan iç parçalayıcı haberleri izlemeye devam edilirdi. Suriyeli mültecilerin bir kısmının bu anlaşmadan memnun olmasalar da, uzun vadeli olarak faydasını göreceklerdir. Çünkü kaçak olarak geçmeye çalıştıkları yollarda görünen sıkıntı ve tehlikeler haricinde, gittikleri ve gidecekleri yerlerde onları, çocuklarını, torunlarını ve nesillerini etkileyecek görünmeyen nice tehlikeler var.

Suriyeli hastalarla Türk doktorlar arasında iletişim sorunu yaşanıyor, bu sorunu tercümanlar bazen çözemiyorlar. Ya da hastanelerde tercüman sayısı yetersiz kalıyor. Bu nedenle tercüman sayısını artırmak gerekiyor. Bununla birlikte görev yapan tercümanların halkın yerel dillerini bilmeleri gerekir. Çünkü iyi derecede

Arapça bilen ve Arapça gramerine hâkim olan bir tercüman bile zaman zaman Suriye'nin yerel kelimelerini hiç anlamayabilir. Yerel lehçeleri bilen tercümanlara ihtiyaç var. Kaldı ki hasta, tercüman aracılığı ile her sorununu söylemeyebilir. Bu kadın hastalar için daha ön plandadır. Mahrem konularını ancak doktora söyler. Hastanın psikolojik sorunları da olabilir. Bunları birebir doktora söylemek ister. İletişim sorununun giderilmesi için Suriyeli doktorların çalıştırılması çok önem arz ediyor. Böylece Suriyeli doktor kendi vatandaşına daha aktif ve verimli bir şekilde hizmet verir.

Suriyeli hastaların sınırdan geçişlerinde sıkıntılar yaşıyor. Hasta bazen aylarca giriş izni beklemek zorunda kalıyor. Çünkü hasta girişleri için sınırlı bir limit var. Bekleyen hastalar arasında kanser hastası veya ciddi hastalığı olanlar bulunmaktadır. Türkiye'ye giren Suriyeli hastanın, Türk makamlarınca tedavi olabilmesi için kayıt yaptırıp Suriyeli sığınmacılara verilen kimlik kartına kavuşması aylar sürebiliyor. Bu da tedavisinin gecikmesine neden oluyor. Bunların haricinde Türk makamlarınca mülteci kimliği sahibi olan Suriyeli vatandaş herhangi bir nedenle bulunduğu ilin dışında hastalandığı takdirde sağlık kuruluşlarına başvurduğunda büyük bürokratik sorunlarla karşılaşmaktadır. Hastadan hangi ile ait olduğu makamlardan sevk yapılması istenmekte ve dil bilmediği için çoğu zaman sıkıntılara maruz kalmaktadır.

Diğer bir husus olarak Suriyeli doktorların sorunlarını da ele almak gerekir. Kamplar dışında bulunan Suriyeli doktorlar geldikimiz şu güne kadar Türkiye'de çalışma izni alamadılar. Diploma denklik belgesini alabilmek için YÖK'e başvurdıklarında şöyle bir cevap ile karşılaşıyorlar: Suriye Hükümeti gönderdiğimiz yazılara yanıt vermiyor. Doğrudur, çünkü oradaki rejim, insanları öldürmekten başka iş yapmıyor! Doktorların bir kısmı bombardıman ve savaştan kaçarken yanlarında belgelerini bile getiremediler. Bunların çalışma olanakları çok daha zor oluyor. Belki bunları sınavlara alarak doktor olup olmadığını veya yeterlilik düzeylerine bakılarak iş verilebilir. Bazı Suriyeli doktorlar çalışma ortamı bulamadıkları için aileleriyle birlikte ateş ve bombardıman altına geri dönmeyi tercih ediyorlar. Bunların bir kısmı canlarından oluyor.

Suriyeli doktorun çalışması kendi vatandaşı için faydalı olabileceği gibi, Suriyeli mültecilerin yoğun olduğu Kilis, Gaziantep ve Hatay gibi illerde Türk doktorların işini ve yoğunluğunu da hafifletebilir. Suriyeli doktor kendi mesleğini icra etmiş olur, başka yerlere göç etmek zorunda kalmaz. Ailesinin geçimini temin etmek için, mesleği dışında yapamadığı ve beceremediği

işlerde çalışmak zorunda kalmaz. Bu şekilde doktorun mesleki onuru korunmuş olur. Mevcut durumda, adı geçen illerde Suriyeli doktorlar bazı derneklerin çatısı altında veya kendilerinin kurduğu -tabiri caizse- merdiven altı muayenehane veya poliklinik benzeri kuruluşlarda çok düşük ücretle çalışmaktalar.

Kamplarda yaşayan Suriyeli mülteciler kendi vatandaşları olan doktorlar tarafından tedavi ediliyor. Ancak orada da bazen sıkıntılar yaşıyor. Kamplarda Suriyeli doktorlara bazen tam olarak tedavi yetkisi verilmiyor. Enjeksiyon ve aşı takibi gibi görevler veriliyor. Onlardan alınan bilgiye göre maaşları düşük. Maaş ödemelerinde de aksamalar oluyor. Çünkü bunların maaşlarını bazı dernek ve sivil toplum kuruluşları ödüyor. Bu sıkıntıların giderilmesi için ayrı çalışmalara ihtiyaç var. Suudi Arabistan'da Hac mevsiminde Türk doktorların Türk hacılarını Diyanet İşleri Başkanlığına bağlı hastanelerde tedavi ettikleri gibi örnekler bu noktada baz alınabilir. Tabii ki bu hizmet poliklinik ve acil müdahaleler için olmalıdır. Cerrahi müdahale, yoğun bakım ve benzeri durumlarda Türkiye'deki hastaneler gerekeni zaten yapmaktadır. Suriyeli doktorları mesleğine kazandırabilmek için yeni adımlar atılıyor ancak bu çalışmalar çok yavaş ilerliyor. Bunları hızlandırmak gerekir.

Kamplarda yaşayan Suriyeli mültecilerin başka sıkıntıları da var. İster çadır kentlerde, ister karavana şeklinde evlerde yaşayan mültecilerin sıkıntıları gün geçtikçe ve seneler ilerledikçe artmakta. Her ne kadar televizyonda ve haberlerde yaşadıkları temiz ortamı, çadırlarını, karavana tipi nizamı evlerini görsek de onlar bu yaşam ortamından çok memnun değil. O daracık karavana odalarında veya büyük bir çadırın içinde bölmeler arasında yaşayan ailelerin durumunu tahmin etmek çok zor olmasa gerek. Büyük çadırların içinde duvarlar yerine çadır bölmeleri mevcut. Hangimiz, ailesiyle birlikte böyle bir çadırdaki aylarca, yıllarca yaşamak ister?

Kamplar dışında yaşayan Suriyeli mültecilerin muayene ve tedavi dışında da birçok sorunu var. Suriyeliler çoğunlukla sağlıklı koşullarda yaşamıyor. Çoğunun maddi durumları düşük olması nedeniyle bir evde üç-dört aile birlikte kalabiliyor. Dolayısıyla bulaşıcı hastalıklar kolayca yayılıyor. Aile fertleri sağlıksız koşullarda çalışmak zorunda kalabiliyor, çocukları ise gereken eğitimi alamıyor. Eğitim ve sağlık bilindiği gibi ayrılmaz ikilidir. Eğitim alamayan çocuklar ve iş bulamayan büyükler bazen dilencilik yolunu seçiyor. Sokaklarda, köşe başlarında, trafik ışıklarında, parklarda ve cami kapılarında maalesef Suriyeli vatandaşlara veya Suriyeli olduklarını iddia eden veya

ellerinde yazı taşıyan insanları sıkı sıkı görmekteyiz. Belki bunların bir kısmı dilencilik meslek edinmiş, belki bir kısmı zaten kendi memleketinde bu işi yapmaktaydılar. Ancak bunların arasında eşini hatta bütün ailesini kaybeden ve gerçekten hiçbir dayanağı olmayan kadınlar da olabiliyor. Ayrıca dilencilik yapan Suriyeli mülteciler istismar veya tacize maruz kalabiliyor veya sokak çeteleri ve uyuşturucu mafyasının tuzaklarına düşebiliyor. Bu da Suriyeli mültecilerin sorunlarına başka bir boyut kazandırıyor.

Beş yılını dolduran Suriye'deki iç savaş gün geçtikçe yeni sorunları ortaya çıkarmakta. Bu savaşın uzun yıllar süreceğini tahmin etmek artık hiç de zor değil. Dünyaya hâkim olan büyük güçler savaşın durmasını istemiyor. Bu güçler, Suriyeli mültecilerin yaşadıkları sorunları umursamaz durumdadır. Suriyeli mülteciler de Türkiye'den başka onlara sahip çıkan kimsenin olmadığını anlamışlar ve Türkiye'ye büyük ümitler bağlamış haldeler. Hükümetin Suriyeli mültecilerin bir kısmını vatandaşlığa alma girişimi, sorunlarına büyük ölçüde çözüm getirmekte. Ama Suriye'deki savaş durmadan ve Suriye istikrara kavuşmadan mültecilerin sorunları devam edecek gibi görünüyor.

Hükümet, Suriyeli mültecilerin sağlık sorunlarına yönelik büyük ilgi göstermesine rağmen iletişim sorununu gidermek için Suriyeli doktor ve sağlık elemanlarının bir an önce çalışabilmesi için daha hızlı adımların atılmasına ihtiyaç var. Bunu yaparken eğitim ve sosyal desteği ihmal etmemek gerekir. Suriyeli mültecilerin Türk toplumu ile entegre bir şekilde yaşamaları için ileri program ve projelere ihtiyaç var.

Not: Savaş ve göç ile ilgili verilen rakamlar yaklaşık rakamlardır. Kaynaklar internetten alınmıştır. Bu makale; birçok Suriyeli doktor, sağlık elamanı, yakınları ve mülteci ile yapılan görüşmelerin ardından kaleme alınmıştır.

Kaynaklar

1) <http://m.t24.com.tr/haber/halepte-hastane-vuruldu-doktor-ve-hastalar-oldu,338235> (Erişim Tarihi: 08.06.2016)

2) <http://www.internethaberlerim.com/haberler/halepte-3-saatte-3-hastane-vuruldu-e72d0a76> (Erişim Tarihi: 08.06.2016)

3) <http://www.turkiyegazetesi.com.tr/dunya/375945.aspx> (Erişim Tarihi: 08.06.2016)

4) <http://www.sabah.com.tr/galeri/yasam/10-soruda-multeci-sorunu/10> (Erişim Tarihi: 08.06.2016)

5) <http://www.aksam.com.tr/guncel/suriyeli-hastalarin-yuzunu-guldurecek-calisma/haber-485992> (Erişim Tarihi: 08.06.2016)

6) <http://www.hemsireaktuel.com/HaberDetay.aspx?HaberId=17194&Title=Suriyeli%20doktorlar> (Erişim Tarihi: 08.06.2016)

Kadim medeniyete misafir olmak

Prof. Dr. Muzaffer Şeker



1961 yılında İzmir'de doğdu. 1986'da Uludağ Üniversitesi Veteriner Fakültesi'nden mezun oldu. 1995 yılında İngiltere'de Leicester Üniversitesi Tıp Fakültesinde insan anatomisi üzerine doktora derecesi aldı. 2000 yılında doçent, 2006'da profesör oldu. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Başkanı olarak da görev yapan Şeker, 2008- 2010 yılları arasında Medipol Üniversitesi Kurucu Mütevelli Heyetinde de görev aldı. 2002 yılından beri Türk Anatomi ve Klinik Anatomi Derneği ile Temel Tıp Bilimleri Platformunda ve ÜHBD yönetiminde görev yapan Şeker, aynı zamanda kamu yönetimi lisans mezunu olup TÜBA Konsey Üyesi, Sağlık Turizmi Üst Kurulu, TÜBİTAK Bilim Kurulu ile InnoPark Yönetim Kurulu üyesidir. Halen Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi'nin kurucu rektörü olan Dr. Şeker, evlidir ve üç çocuk babasıdır.

**“Bulanmadan ve donmadan akmak ne hoş”
Hz. Mevlana**

Göç, bu coğrafyanın ve özel olarak Türkiye'nin en aşina olduğu kavramlardan biridir. Sosyolojik olarak toplumlarda farklı sonuçları ortaya çıkarma özelliği aşikâr olan göç, somut bilimsel değerlendirmeler yanı sıra sübjektif değerlendirilme özelliği olan bir durum olarak da kabul edilebilir. Bu özelliği sayesinde hem kişisel, hem de toplumların kültürleri bağlamında farklı farklı biçimlerde anlaşılabilmektedir. Genellikle Anadolu kültüründe olumsuz bir çağırışım ekseninde değerlendirilme potansiyeline sahip olarak kavramsallaştırıldığı görülen göç, yine bu coğrafya açısından her dönem kargaşanın, karmaşanın, sürgünlerin, mutsuzlukların, umutsuzlukların yanında politik anlaşmazlıkların ve en acısı da savaşların kaçınılmaz bir parçası olagelmıştır. Göç bu toprakların sahipleri için Batıda, ABD'deki gibi yaşamı değiştirmenin, rüyalara yelken açmanın, özgürlük vaatlerinin, “yenidünya” umutlarının çağırıştıracısı değildir. Aksine bu topraklarda göç, derin köklerinden kopma, bir savruluş, kutsal olandan vazgeçmenin zorunluluğu, sılanın yüreğe gömülmesi, atalara sadakatsizliğin mahcubiyeti ve gelecek nesillere ihanetle eşdeğerdir. O yüzden Türk kültüründe ne kadar olumsuz nitelendirilse göç ile eşleştirilir.

Göç toplumsal olarak zorunlulukla ortaya çıkan bir nüfus hareketidir. Ancak kişiler de çeşitli gerekçeler kapsamında bir yerden bir yere gitmek durumunda kalmaktadırlar. Bireysel düzeyde ortaya çıkan zorunluluğun sonuçları bile Türk kültürü açısından güçlükler anlamına gelmektedir. Zira bireysel yaşamda “ekmek”le eşdeğer olsa da göç, doğduğu topraklardan, sevdiklerinden ve geçmişinden uzaklaşmaktır. “Gurbettir”, “hasrettir”, “özlendir”, dahası silâdır, acıdır ve elbette “türküdür”.

O yüzden bu kültürün insanı, vatansız olmanın ne demek olduğunu iyi bilir. Altaylardan, Asya steplerinden, Balkanlardan, Kafkasya'dan, Ortadoğu'dan Anadolu'ya ve Avrupa'ya göçler bizlere Selçuklu ve Osmanlı kuruluş ve çöküş süreçlerinden günümüze değin acı tatlı devam edegelen birçok efsanevi destansı hikâyeyi çağırıştırır. Nedeni ne olursa olsun aynı kültür içindeki bu hareketliliğe mecburiyetin bile can sıkıcı olduğu düşünüldüğünde toplumların birinin diğerine misafirliğinde ortaya çıkan güçlükler ancak yaşayanın bilebileceği hüviyettir. Bu kapsamda düşünüldüğünde 2011 yılında çıkan iç savaşın zorladığı Suriyeliler için durumu tanımlamak konusunda kelimeler aciz kalmaktadır.

2010 yılında Arap coğrafyasında yaşanan ve “Arap Baharı” diye isimlendirilen sürecin 2011 yılı Mart ayında Suriye'ye yansımasıyla başlayan ve kısa sürede önlenemez bir iç savaşa dönüşen olaylar sebebiyle yüzbinlerce sivil hayatını kaybetmiş, milyonlarcası başta Türkiye Lübnan, Ürdün, , Irak, Mısır ve Libya gibi ülkelere sığınmak zorunda kalmıştır. Aniden ortaya çıkan ve hazırlıksız yakalanan bu tablo karşısında her ülke farklı tavırlar geliştirmek durumunda kalmıştır. Sürece ilişkin Türkiye'nin takındığı tavır, uyguladığı açık kapı politikası ve misafirlere sunduğu imkânlar; ülkelerinden kaçan Suriyeliler için adeta bir nefes olmuştur. Her ne kadar gelen misafirler için ülke içinde ve dışında barınma merkezleri hızla inşa edilse de artarak devam eden göç, misafirlerin Türkiye'nin neredeyse tüm şehirlerine dağılmasıyla sonuçlanmıştır.

Maalesef çeşitli hesapların peşinde olanların kendi amaçları için bölüp parçalayıp birer birer karıştırdığı medeniyetler ocağı olan Ortadoğu'da kirli “özgürlük ulakları”nın (!) son kurbanı Suriyeliler olmuştur.

Ortaya çıkan iç savaş sonrası vatanını terk etmek zorunda kalan Müslüman kardeşlerine ilk kucak açanlar da yine Anadolu'nun kadim medeniyetinin mirasçılardır. Türk halkı, Avrupa'nın almamak için duvarlar ördüğü Suriyeli Müslümanları her zaman olduğu gibi İslâm kardeşliği ve sıcaklığıyla kucaklarken; bunun aksine modernliği, çağdaşlığı, ileri olmayı ve gelişmişliği, kendi sahip olduklarından menkul sanan sözde muasır medeniyetlerin timsalleri ise duvarlar ördüler, jiletli teller çektiler. Ama Anadolu'nun çilekeş ve yardımsever insanları, insanlığın kıyıya vurmasını beklemediler. Bu medeniyetin torunları için adının Aylan olmasının, Ayşe olmasının, Angela olmasının ya da Cristina olmasının bir önemi yoktu zaten. Asırlarca savaşlarda geçen bir tarihin mirasçıları için insanlık, savaştan kaçanları kucaklamaktır. Ümrân bebek üzerinden sözde medeniliği simgesel göstermek değil Esma için Rabia olmaktır. Bu kültürün evlatları belki empati, sempati gibi afilli kavramları bilmez; ama yüreği yanan her anne ile “yüreği yanar”. İlericiliği, özgürlüğü, barışı, insan haklarını ve evrenselliği işlerine geldiği anda kullananlar için göçe zorlananlar Müslüman olduğunda mültecidir, sığınmacıdır, göçmendir. Ama din, milliyet, dil, mezhep ve köken gibi faktörlerden bağımsız biçimde bu kültür için; darda kalan ve kapıyı çalan “tanrı misafiri”dir. Yolda kalan “Hızır”dır. Muhacirse gelen elbette “ensar”dır. Kısaca bu kadim medeniyetin sahipleri için vatansız olmak, topraktan uzaklaşmak; kökeninden, özünden kopmak, yarından umutsuz olmak ve geleceğe güvensiz bakmak demektir. Kısa sürede üç milyonu aşan göçmen sayısı Türkiye'nin hukuktan dış politikaya, güvenlikten sağlığa, eğitimden istihdama, ekonomiden kültüre toplumsal yapının tümünde kendini hissettiren yeni bir olgu olarak şehirlerimizi de ailemizi

de birey olarak tüm vatandaşlarımızı da etkisi altına almıştır.

Dokuz bin yıllık bir tarihe sahip olan ve iki asırdan daha fazla süre kadim medeniyete başkentlik yapmış bir şehir olan Konya, diğer illerde olduğu gibi bu süreçte Suriyeli misafirlerine en iyi biçimde ev sahipliği yapmıştır. Mevlana'nın "Sevgiden başka bir tohum ekmedik bu topraklara" diyerek tanımladığı şehrin yöneticilerinin gösterdikleri duyarlılığa ek olarak hayırseverleri, sivil toplum kuruluşları ve iş dünyası gerek Konya'da mukim olan, gerekse Konya dışındaki illerde ya da sınırdaşında kurulan kamplarda yaşayan göçmenlere karşı hayırdan yarışmıştır. Tüm dinamikleri ile birlikte onların yanında olmuş, beraber olduklarını hissettirmiş; sessiz sedasız İslâm kardeşliğinin en güzel örneğini sergilemeye gayret etmiştir. Bu durum geçmişte Bosna için, Kuzey Irak içinde yaşanmıştı. Bu, toplumsal bir görev bilinci içinde yüksünmeden, bilakis yarışılarak yürütülen bir süreçti.

Konya'nın önemli değerlerinden biri olarak Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi de bu kardeşliğe en üst düzeyde katkıda bulunmanın çabasını eyleme dönüştürmüştür. "Geleceğe güvenle bakmak" ve "İyi insan, güzel insan yetiştirmek" düsturunu benimsemiş olan Necmettin Erbakan Üniversitesi, bölgenin makûs talihinin son kurbanları için başta toplumsal bağların kurulması, çocukların eğitilmeleri ve kültürel işbirliği noktalarının saptanması kapsamında önemli çalışmalar yapmıştır ve halen yapmaktadır. Sadece bilimsel olarak temellenmeyen bu çalışmalardan bazıları bu sürecin iyi örnekleri olarak aşağıdaki biçimde özetlenebilir:

- Göç hareketinin başladığı andan itibaren Üniversitemiz akademisyen ve öğrencilerinden oluşan bilimsel bir çalışma grubu, sosyolojik açıdan olayın analizi ile ilgili olarak çalışmalar planlamıştır. Metodolojik ve nitelik açısından alanında Türkiye'de bir ilk olan bu araştırma, daha sonra Doç. Dr. Ahmet Koyuncu yönetiminde "Kent'in Yeni Misafirleri: Suriyeliler" adıyla Ağustos 2014'te yayımlanmıştır. Suriyeli misafirlerin ülkemize geliş serüveni, mevcut yaşam koşulları, pratikte karşılaştıkları sorunlar, temel ihtiyaçları, beklentileri ve geri dönüşe ilişkin görüşleri ortaya konulmuştur. Ayrıca Türkiye'de bir ilk olarak yerel halkın bu konuda uygulanan politikalara ve Suriyeli misafirlere ilişkin kanaatlerini içeren araştırma sonuçları da çalışma raporu olarak kamuoyunun ve yetkililerin dikkatine sunulmuştur. Konuyu derinlemesine analiz eden araştırmada resmi kurum ve STK'lerden farklı sektörel temsilcilerin görüş ve kanaatleri ortaya konmuştur. Çalışma, özeldir Konya ile sınırlı olsa da Türkiye'nin birçok ilinde benzer şartlarda yaşamalarını devam ettirmeye çalışan misafirlerin sorunlarına da ışık tutacak sonuçları ortaya koyması açısından önemli bilgiler sunmaktadır.

Bu ön çalışma sonrası Kalkınma Bakanlığı Mevlana Kalkınma Ajansı (MEVKA) ile Konya MÜSİAD Şubesi'nin de desteklediği bir araştırma projesi akademisyenler tarafından projelendirilerek "Konya'daki Suriyeli misafirlerin ekonomik potansiyelleri ve işbirliği imkânlarının belirlenmesi araştırması" başlıklı proje hayata geçirilmiş ve Aralık 2015'te sonuç raporu kamuoyu ile paylaşılmıştır.

- Necmettin Erbakan Üniversitesi Turizm Fakültesi tarafından geleneksel olarak 3.sü düzenlenen yemek yarışması kapsamında yarışma kategorilerinde biri, "Suriye Mutfağı" olarak belirlenmiştir. Mutfak kültürü başta olmak üzere iki toplumun üyelerinin kaynaşmasını amaçlayan yarışma Konya Büyükşehir Belediyesi ile ortaklaşa düzenlenmiş; belediye - üniversite işbirliğinde yarışma aynı zamanda karşılıklı etkileşim sonucunu da ortaya çıkarmıştır. İki kültürü kaynaştırma amacının yanında yarışma ile Anadolu ve Selçuklu mutfağının geleneksel lezzetlerinin hatırlanması sağlanmıştır. Ayrıca Suriyelilerin kendi toprakları dışında mutfak geleneklerini yaşatmalarına ve tanıtımalarına olanak sunulmuştur.

- Suriyeli çocukların toplumsal entegrasyonunu sağlanması ve sanat yeteneği olanların saptanması amacıyla ailelerin de içinde yer aldığı Müzik Eğitimi Projesi, Türk Kızılay Derneği Konya Toplum Merkezi ile işbirliği içinde hayata geçirilmiştir. Oldukça kısa bir süre içinde Türk ve Suriyeli çocuklardan oluşan karma bir koro oluşturulmuş; Türkiye ve Suriye'nin geleneksel parçalarından oluşan bir repertuar ile ilk konserlerini Sayın Cumhurbaşkanımızın katıldıkları bir programda vermişlerdir. Müzik Bölümü akademisyenlerinin önderliğinde multidisipliner bir yaklaşımla uzun dönemli olarak tasarlanan proje kapsamında Suriyeli misafir çocukların ve ailelerinin Türk kültürü ile bütünleşmeleri, Türk çocukların ise Suriyeli akranlarını tanımak yoluyla iyi ilişkiler geliştirmeleri amaçlanmaktadır. Proje, aynı zamanda çocukların sanat yoluyla yeteneklerinin, özgüvenlerinin ve öz yeterliklerinin gelişmesine ve müzik yoluyla dilin ve kültürün öğretilmesine yönelik çalışmaları da kapsamaktadır.

- Necmettin Erbakan Üniversitesi tarafından 2016 yılında 2.si düzenlenecek "Uluslararası Uygulamalı Bilimler Kongresi"nin konusu; Türkiye'de akademik ve uluslararası anlamda ilk kez olmak üzere "Göç, Yoksulluk ve İstihdam" olarak belirlenmiştir. 23 - 25 Eylül 2016 tarihlerinde Konya'da yapılacak olan kongre, Göç İdaresi Genel Müdürlüğü işbirliğinde düzenlenmektedir. Ulusal ve uluslararası 150'den fazla bildirinin sunulacağı kongrede; güvenlik, kültür, istihdam, göçmen kaçakçılığı ve insan ticareti, çevre ve iletişim konularında yapılacak olan kongrenin sonuç raporu ve yayımlanan bildiriler Göç İdaresi Başkanlığına iletilecektir.

- Suriyeli misafirlerin Türkçe öğrenimlerini hızlandırmak ve kolaylaştırmak amacıyla Necmettin Erbakan Üniversitesi Dil Öğretim Merkezi (KON-DİL) bünyesinde üç farklı çalışma başlatılmış ve yürütülmektedir. Projelerden ilki, Birleşmiş Milletler ve Yurtdışı Türkler ve Akraba Topluluklar Başkanlığı ile ortaklaşa sürdürülmektedir. Türkiye'de bulunan 1050 Suriyeli ve Iraklı misafirlerin Türkçe öğrenmelerini amaçlayan proje kapsamında ilk dönem eğitimleri tamamlanmış, yeni eğitim öğretim yılı ile birlikte projeye devam edilecektir. İkinci proje, Konya'da yaşayan Suriyelilerin bireysel başvuruları doğrultusunda kurslar açmak suretiyle yıl içinde tekrarlanan niteliktedir. Son proje ise Türkiye Bursları kapsamında başlatılmış ve devam etmektedir.

- 2012 yılından başlayarak öğrencilerin farkındalıklarını artırmaya dönük çok sayıda sosyal sorumluluk projesi, etkinlik ve yarışmalar düzenlenmektedir. Öğrencilerin yaşayarak öğrenme ve sorumluluk alma duygularını geliştirmesi yanında Suriyelilerin gözüyle bakma becerisi de bu uygulamalarla kazandırılmaktadır.

Bizim anlayışımıza göre tüm insanlık âlemi, her bir göçün acı bir ders ve uyarı olduğunun bilincinde olmalıdır. Göç mecbur olanlar salt toplum içinde birer birey değil aynı zamanda belirgin değerlere sahip; dağılmış, savrulmuş bir toplumun ve kültürün temsilcileridir. Bu temsilcilerin, birer misafir ve en önemlisi yaratılmışların en şerefliisi yani "eşrefi mahlûkat" oldukları bilinci ile davranmak, onlara bu felsefe ile yaklaşmak, en yalın haliyle insanlık görevidir.

Sonuç olarak 2011'den itibaren Suriye'de ortaya çıkan iç karışıklık sonrası ülkemize misafir olmak zorunda kalan Suriyeliler için Konya'nın pek çok dinamiği gibi Necmettin Erbakan Üniversitesi de Türkiye'nin Avrupa'ya vermiş olduğu insanlık dersi çerçevesinde elinden gelen gayreti göstermiştir ve göstermeye devam etmektedir. Başta sosyolojik araştırmalar olmak üzere, bilimsel çalışmalarla onların yaşamlarının kolaylaştırılması, üniversite - sanayi - sivil toplum - yerel yönetim etkileşimi bağlamında her geçen gün artan sayıda projeyi hayata geçirmektedir. Yukarıda sadece bir kaç madde ile somutlaştırılanlar maddi ve manevi katkıları içinde yer aldığı kültürün kılavuzluğunda yapmaya devam etmektedir. Daha fazlasını ve daha iyisini yapmak için gelecek her tür öneri değerlendirilmekte; olanaklar ölçüsünde eyleme geçirilmektedir.

Kaynaklar

Koyuncu A. (2014) Kentin yeni misafirleri: Suriyeliler Çizgi Kitabevi, Konya

Yalçın A., Topçuoğlu A., Özensel E., Koyuncu A. (2015) Konya'daki Suriyeli misafirlerin ekonomik potansiyelleri ve işbirliği imkânlarının belirlenmesi araştırılması. Proje raporu www.musiadkonya.org.tr

www.konya.edu.tr

Suriyeli hekimler entegrasyon istiyor

Ömer Çakkal



1982 yılında Çorum'da doğdu. Marmara Üniversitesi İletişim Fakültesinde Gazetecilik eğitimi tamamladı (2004). Öğrencilik yıllarından itibaren Yeni Şafak'ta çalışmaya başladı. Meslekteki ilk yıllarında kültür-sanat, sonraki yıllarda gündem ve politika muhabirliği yaptı. Yeni Şafak'ta film eleştirileri yayımlandı, Sonsuzkare Sinema Dergisinin editörlüğünü yürüttü. Eğitimbilim, Dergâh, Kırklar gibi dergilerde öykü, haber, dosya ve söyleşileri yayımlandı. TRT ve çeşitli kurumlar için belgesel ve kitap projeleri hazırladı, radyo programları hazırlayıp sundu, çeşitli haber portallarında editörlük ve yazı işleri müdürlüğü görevlerini yürüttü. 2008 yılından beri Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisinin ve sdplatform.com'un yayın koordinatörlüğünü yapan Çakkal evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Yirmi altı yaşındaki Tunuslu Muhammed Buazizi 17 Aralık 2010 günü bir pazar yerinde kendisini ateşe verdiğinde belki de hiç kimse o anda Ortadoğu'da büyük bir değişimin fitilini ateşlediğini düşünmemiştir. Ancak Arap halklarının demokrasi, özgürlük ve insan hakları talepleri ile ortaya çıkan ve adı literatüre "Arap Baharı" olarak geçen protestolar, Ortadoğu'da pek çok diktatörün koltuğunu salladı, bazılarını iktidarından etti. Arap Baharı 2011 yılında Suriye'ye de sıçradı. Devlet Başkanı Beşar Esad'ın protestolara uçaklardan atılan bombalarla karşılık vermesi, ardından da Batı - Rusya/İran bloğunun çatışmalara müdahil olması, DAES'in de bölgedeki hâkimiyetini artırması sonrası olaylar zamanla iç savaşa dönüştü. İç savaş, geride kalan 5 yılda Suriye'nin parçalanmasına ve 25 milyonluk nüfusunun 10 milyonunun ülkeden göç etmesine neden oldu. Sığınmacıların 3 milyonunu Türkiye kabul etti. İç savaştan kaçan Suriyeliler, başlarda olayların bu kadar süreceğini düşünmüyordu. Ancak savaş uzadı, Suriyeliler geldikleri bu ülkede yeni bir yaşam kurmak zorunda kaldı. Bu da, günlük hayatta birçok sorunu beraberinde getirdi. Suriyeliler kurdukları derneklerle sorunlarına çözüm bulmaya çalıştı.

Kurulan derneklerden biri de, açtığı kliniklerle sığınmacılara sağlık hizmeti veren Suriye Nur Derneği. Derneğin yöneticilerinden Said Süleyman, Suriyeli sığınmacıların ve hekimlerin durumunu SD'ye anlattı. Fatih'te yan yana birkaç apartmanın izbe haldeki bodrum katlarında Suriyeli sığınmacılara sağlık hizmeti vermeye çalışan derneklerinde konuştuğumuz Süleyman, Suriye Nur Derneği'nin kuruluşunu şöyle anlatıyor:

"2011 yılında Suriye'deki ayaklanma başlamıştı ama henüz bu denli büyük bir göç dalgası yoktu. Irak, Lübnan, Ürdün gibi ülkelerde STK faaliyetleri yapmak konusunda rahat değildik, o nedenle Suriye'deki iç savaş mağdurlarına destek olmak için faaliyetlerimize İstanbul'da başladık. O günden bu yana iç savaş mağdurlarına sağlık ve eğitim başta olmak üzere yardımcı olmaya çalışıyoruz. Çalışmalarımızın büyük bir bölümü Suriye içinde gerçekleşiyor. Derneğin başkanlığı dışında Türkçe, İngilizce, Arapça, Kürtçe bildiğimden ötürü tercümanlık ve koordinatörlük yapıyorum. Avrupa'dan ve diğer ülkelerden gelen yardımların doğru yerlere ulaşmasına da aracılık ediyoruz."

"Dil bilmediklerinden bize geliyorlar"

Başlarda amaçları Suriye'deki protestolara destek vermek olan Said Süleyman ve arkadaşları zamanla göç dalgası başlayınca sağlık ve eğitim faaliyetlerine ağırlık vermeye başlamış. Türkiye'de 5 sağlık merkezi olan dernek; Antep, Urfa ve Antakya olmak üzere üçü sınır bölgesinde, ikisi ise en fazla Suriyeli nüfusun olduğu İstanbul'da sığınmacılara sağlık hizmeti ulaştırıyor. İstanbul'daki merkezlerden biri Fatih'te, diğeri ise Esenyurt'ta. Süleyman'ın verdiği bilgiler şu şekilde: "Türkiye'deki 5 merkezimiz ayda 15 bin hastayı ayakta muayene ediyor. Tüm doktorlarımız iç savaştan kaçan Suriyeliler. Toplanan yardımlar sayesinde hem onlara cüzi de olsa bir maaş verebiliyoruz, hem de Suriyeli sığınmacılara ücretsiz tedavi ve ilaç imkânı sunuyoruz. İlaçları hayırseverlerden, eczane ve ilaç depolarının bağışlarından elde ediyoruz. Burada muayene ve kan alma odalarımız ile küçük bir eczanemiz

var. Kadın-Doğum, Dâhiliye, Diş ve Çocuk branşlarında birden fazla doktorumuz var. KBB ve Göz Hastalıkları gibi polikliniklerimiz de var. 21 doktor burada görev yapıyor. Doktor muayenesinin ardından yazılan ilaçları eczanemizde stok durumuna göre ücretsiz veriyoruz. Laboratuvar ile MR ve röntgen gibi tetkikler noktasında ise irtibatlı olduğumuz hastanelere, özel laboratuvarlara ya da Türk doktorlara yönlendiriyoruz. Suriyeliler bu özel merkezlerde SUT parası ile yani cüzi ücretlerle hizmet alabiliyor."

Said Süleyman'a, Türkiye'nin Suriyeli sığınmacılara ücretsiz sağlık hizmeti sunduğunu, hal böyleyken bu tür merkezlerle neden ihtiyaç olduğunu soruyorum. Verdiği yanıt şu şekilde: "Türkiye'ye sığınan 3 milyon Suriyelinin yaklaşık 200 bini kamplarda yaşıyor. Kamplarda sağlık ve eğitim hizmeti noktasında bir sorun yok, tümü Türkiye Cumhuriyeti Geçici Kimlik Kartı sahibi. Ancak esas sorun şehirlerde yaşayanlarda. Kesin bir rakam yok ama benim tahminime göre bu büyük nüfusun 3'te biri kimlik sahibi değil. Tabi bu oran 1 milyona yakın sığınmacıya denk geliyor ve bilhassa onların sağlığa erişiminde sorunlar var. Kimlik sahibi olanlar devlet hastanelerinde ve halk sağlığı merkezlerinde de ücretsiz sağlık hizmeti alabiliyor ama dil sorunundan ötürü hastalıklarını anlatmakta güçlük çekiyorlar. Eczanelere gelince, çoğu eczane sığınmacılara ücretsiz ilaç veriyor ama vermeyenler hatta Suriyelileri kovanlar da olabiliyor. Sistemde sorunlar var ve onlar da Suriyelilere verdikleri ilaçların ücretini devletten zaman zaman alamayabiliyor. O nedenle kimlik kartı sahibi olsalar da bizim gibi merkezleri tercih eden hastalar var. Geçici kimlik kartı sahibi olmayanlar ise sağlık konusunda bizim de aralarında

olduğumuz STK'lara başvuruyor. Türk STK'lar da bu noktada büyük bir açığı kapatıyor."

"Türkiye'de kaçan 550 doktorun kimi tektilde çalışıyor, kimi hamallık yapıyor"

İç savaş sonrası Türkiye'ye kaçan Suriyeli doktorlardan ne kadarı Türkiye'de kaldı? Said Süleyman, bu rakamın tespit edebildikleri kadarıyla yaklaşık 550 civarında olduğunu söylüyor. Peki, bu doktorlar ne yapıyor? Burada resmi bir çalışma izinleri olmadığından kiminin Suriye Nur Derneği gibi merkezlerde hizmet verip hem kendi halkına faydalı olduğunu hem de cüzi bir maaş alabildiğini anlatan Süleyman, bir kısım Suriyeli hekimin ise tektilden hamallığa kadar farklı bir sürü işlerde çalıştığını üzümlere kaydediyor. Yaşadıkları sıkıntıları ve çözüm için önerilerini de anlatan Süleyman, en önemli sıkıntılarının sistem tarafından tanınmamak olduğunu belirtiyor. Süleyman şöyle diyor: "İhtiyacımızın üçte biri kadarlık ilaca sahibiz. Bağışlar ihtiyacı karşılamaya yetmiyor. Kanseri ilaçları ve ithal ilaçlar noktasında bilhassa sıkıntı yaşıyoruz. Suriye meselesi Türkiye'de şu anda politik bir mesele. Bazen bazı hususlar sadece bir memurun politik tercihi ve inisiyatifine göre çözülebiliyor ya da çözülmeyebiliyor. Memur iktidar partisini destekliyorsa yardımcı olabiliyor, muhalif ise yardımcı olmayabiliyor. En önemli sorun ise şu: Suriye'de tıp okumuş ve yıllarca görev yapmış doktorların Türkiye'de çalışma izinleri yok. Bir entegrasyon gerekiyor. Suriye'den gelen hekimlerden istifade edilmesi hem bu doktorlar, hem de Türkiye için faydalı olur. Örneğin biz tek bir dernek olarak ayda 15 bin hastayı ayakta muayene ediyoruz. Ortalama 20 TL'den hesapladığınızda aylık 300 bin TL'lik yükten kurtarıyoruz devleti. Biz bu hastalarla ilgilenmesek bu hastalar devletin hastanelerinden istifade edecek, oralara yük olacaklar. Entegrasyon, Suriyeli doktorlara mesleklerini icra edip ailelerinin geçimini sağlayabilecekleri bir ortam sağlarken beyin göçünü önlediği gibi Türkiye'deki hekim açığına da küçük bir nebze de olsa destek olabilir. Avrupa'ya giden doktorlar, Suriye'deki iç savaş bir gün bitse bile ülkesine kolay kolay dönmezler. Ama Türkiye'de kalırlarsa dönerler. Yani bu doktorların Türkiye'de kalması, iç savaş sonrası Suriye'nin yeniden inşası noktasında da çok önemli. Şu anda zaten bir kanun taslağı hazırlandığını biliyorum ama bu çalışmalar hızlandırılmalı. Dil, mesleki yeterlilik gibi kıstaslara tabi tutarak ve bir eğitim sürecinden geçirerek Suriyeli doktorlar Türk sağlık sistemine kazandırılmalı. Suriyeli hekimler güvenli bir şekilde sağlık sistemine entegre edilmeli. Bizdeki bilgilere göre 2017 yılının sonunda bu entegrasyon sürecinin tamamlanması planlanıyor."

"Savaştan önce Suriye'de sağlık hizmeti ücretsizdi"

Suriye'den göçüp Türkiye'ye gelen hekimlerin ne kadarı Türkiye'de kaldı, ne kadarı Avrupa'ya geçti? Bunun kayıt altına alınamadığını belirten Said Süleyman şöyle devam ediyor: "İç savaştan önce Suriye'de 25 milyon insan yaşıyordu. Savaş, 10 milyon insanı göçe zorladı. Bu 10 milyon içinde binlerce doktorun Suriye'yi terk ettiğini tahmin etmek zor olmasa gerek. 10 milyon sığınmacının 3 milyonu Türkiye'ye geldi ve burada kaldı. Zorlu göç süreci çoğu insanı yaşamından etti. Aylan Bebek olayından hemen önce batan bir teknede 100'ün üzerinde doktor hayatını kaybetti. Bugün Suriye içinde durum daha da kötü. Düşünün ki Halep'te şu anda hizmet veren bir tane çocuk doktoru yok."

Peki, Suriyelilerin iç savaştan önce ülkelerinde sağlığa erişimi nasıldı? Sağlığa erişim ücretsiz miydi? Devlet ve özel sağlık sigorta şirketleri var mıydı, prim ödeniyor muydu? Suriye'deki sağlık sisteminin komünist ülkelerin sağlık sistemine benzediğini anlatan Süleyman, savaştan önce Suriye'de sağlık hizmetinin neredeyse tümüyle ücretsiz olduğu bilgisini veriyor. Süleyman şöyle devam ediyor: "Devlet hastanelerinde muayene ve tetkiklerin yanında ilaçlar da bedava idi. Tabi özel sağlık kuruluşları da vardı ancak bunlar da cüzi fiyatlara hizmet vermekteydi. Örneğin muayene ücretleri 4 ile 10 dolar arasında değişirken apandisit ameliyatını 100 dolara yaptırabiliyorduk. Ortalama bir Suriyelinin aylık 150-200 dolar kazandığını düşünenecek olursanız bu fiyatlar cüzi sayılır. Sigorta ya da prim ödeme gibi bir durum da yoktu. Bazı şeyler, mesela randevu sistemi pek gelişmemişti ama cihaz ve teknoloji altyapısı iyiydi. Ortadoğu'da Suriyeli ve Ürdünlü doktorlar en iyi cerrahi girişim konusunda yarışan, en başarılı ülkelerdi."

İç savaş öncesindeki Suriye sağlık sistemi ile Türk sağlık sistemini kıyaslayan Süleyman, şu bilgileri veriyor: "Türk sağlık sistemi özellikle son 10 yılda çok gelişti. Ben de bu süreçte Türkiye'de tıp okudum ve sistemin gelişimini yakından izledim. Özellikle data akışı, sağlık bilgilerinin kaydedilmesi, bilgilerin hastanelerde olması ve doktorlar arasında paylaşımı konusunda Suriye'den ileride. Suriye'de klasik sistem yaygın; evraklar, tozlu kâğıtlar vs. Otomasyon sistemi konusunda Türkiye son 10 yılda ciddi mesafe kat etti. MR için aylarca sıra bekleme kalmadı mesela. Suriye'de bu sorunlar bugün de devam ediyor."

"Türk vatandaşları ile aynı haklara sahip olmak istiyoruz"

"Suriyeli 3 milyon sığınmacı Türkiye'de kalıcı olursa sizce sağlık hizmetinden nasıl istifade etmeli?" diye sorduğum

Said Süleyman bu noktada kendilerinin önerisinin de, Suriyelilerin beklentisinin de aslında Türk vatandaşları ile aynı şekilde hizmet almak noktasında olduğunu anlatıyor: "Türk vatandaşları çalışıyorlarsa sağlık primleri işyerlerinde yatıyor. Devlet bu vatandaşlara sağlık hizmeti sunuyor. Çalışmayanlara da ücretsiz sağlık hizmeti sunuluyor. Suriyeliler de aynı şeyi talep ediyor. Türkiye'de, oturmuş bir sağlık sistemi var, bunun üzerinden gitmek gerekir. Türkiye'de yaşayan Suriyelilerin yüzde 10'u zaten ikamet sahibi ve sigorta sistemine kayıtlı. Çeşitli sektörlerde çalışıyorlar, esnafılık yapıyorlar. Geçici kimlik sahibi insanları da sigorta şemsiyesi içine alarak sorun çözülebilir diye düşünüyorum. Prim ödemeleri noktasında ise devlet adil olmalı. Bugün İstanbul'da güç bela bir lokanta açabilmiş Suriyeli bir girişimci tüm çalışanlarına asgari ücretten nasıl maaş verebilsin, en az 650 TL civarındaki primlerini nasıl ödeyebilir? Zaten işyerlerinin çoğunda insanlar evine ekmek götürebilsin diye Suriyeliler çalıştırılıyor. Prim ödemeleri konusunda adil, insancıl ve uygulanabilir düzenlemelere ihtiyaç var."

Peki, Suriyeliler, kendilerine vatandaşlık verilmesi konusunda ne düşünüyor? Bu konunun Türk kamuoyunda yanlış bir zeminde tartışıldığını savunan Süleyman şöyle diyor: "Suriyelilere vatandaşlık verilirse iç savaş bitse bile ülkelere dönmezler sanılıyor. Oysa insanlar bin yıllık ata topraklarında özgürce yaşamak varken neden başka bir ülkede yaşasınlar ki! Suriyeliler Türkiye'den vatandaşlık talep ediyor. Çünkü vatandaşlık olursa şu anda imkânsız olan pek çok şeye erişebilecekler. Örneğin bir yakınları Suriye'de ya da Avrupa'da hastaysa ziyaretine, öldüyse cenazesine gidemiyor. Eğitime, sağlığa, sosyal hayata erişimlerinde şu anda sıkıntılar var. Vatandaşlık olursa pek çok sorun tek seferde çözülebilir."

Suriye'deki iç savaş bir gün biter mi? Hangi şartlar oluşursa biter? Said Süleyman bu noktada iyimser: "Suriye'yi Suriyelilere bıraksalar iç savaş 5-6 ayda biter. Evet, büyük kırılmalar yaşandı ama bizi birbirimize bağlayan yüzlerce yıllık ortak bir tarihimiz, ortak geçmişimiz var. Ancak uluslararası çeteler ve küresel medyayı elinde tutanlar bizi bize bırakmıyor. Kim zayıfsa onun eline silah tutuşturuyor ve savaşın sürmesini sağlıyorlar. Hem silah ticareti yapıp bu işten büyük paralar elde ediyorlar hem de özgürlüğünü ele almak isteyen, dikta rejimlerine başkaldırma potansiyeli taşıyan diğer Orta Doğu halklarına aba altından sopa gösteriyorlar. Suriyeliler kendiyile barışık ve kin gütmeyen bir toplumdur. Bu uluslararası çeteler Suriye'den ellerini çektiğinde yeniden bir devlet olabileceğimize inanıyorum. Bizim kardeşliğimiz on binlerce yıla dayanıyor, birkaç kavga ve çatışma ile sonlanmaz. İşte o gün geldiğinde ülkelerini terk edenlerin yüzde 90'ı ülkelere dönecektir."

Türkiye'de doğan Suriyeli çocuklar ve sağlık

Doç. Dr. Fazilet Duygu



1976 yılında Ankara'da doğdu. 2000 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlığını Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı. Tokat Devlet Hastanesi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumunda çalıştı. Halen Ankara Onkoloji EAH'nde çalışan Dr. Duygu, evlidir ve iki çocuk annesidir.

“Dünyada bir tane dahi çocuk mutsuz olduğu sürece, büyük icatlar ve ilerlemeler yoktur”
Albert Einstein

Suriye'deki çatışma, II. Dünya Savaşı'ndan sonra yaşanan en ağır insani krizdir. Çatışmalarda 200 binden fazla Suriyeli öldürüldü ve nüfusun yarısından fazlası yerinden edilerek göç etmek zorunda bırakıldı. Sağlık alt yapısının yıkılması, milyonlarca Suriyelinin sağlık sorunları ile karşı karşıya kalmalarına neden oldu. Mülteciler açlık, barınma ve eğitim sorunları, parçalanmış aileler, ulaşımında güvensiz koşullar, soğuk ve yağışlı iklim, ruh sağlığı sorunları ve savaş yaralanmaları gibi birçok sorunla karşı karşıya kaldılar. Ülkemizde 29.04.2011 tarihinden itibaren Suriye'den göç edenler misafir edilmeye başlamıştır. Suriye krizinden etkilenen ülkeler arasında yer alan Türkiye, en çok sayıda (yaklaşık 3 milyon) Suriyeliyi ağırlamaktadır. Yani Suriye nüfusunun yaklaşık yedide biri Türkiye'ye sığınmıştır. Adana'da 1, Adıyaman'da 1, Gaziantep'te 5, Hatay'da 6, Kahramanmaraş'ta 1, Kilis'te 2, Malatya 1, Mardin 3, Osmaniye'de 1, Şanlıurfa'da 5 adet olmak üzere 10 ilde toplam 26 geçici barınma merkezinde hizmet verilmekte; 20 Haziran 2016 itibarıyla barınma merkezlerinde 256 bin 451 Suriyeli ve 16 bin 500 Iraklı misafir konaklamaktadır.

Çocuk Mülteciler

Çocuk haklarına dair sözleşme, tarihte en geniş kabul gören insan hakları belgesidir. İlk kez 1989 yılında onaylanan sözleşme, BM üyesi 191 ülke tarafından onaylanarak mutabakata varılmıştır. Bu sözleşme gereğince;

1) Yaşadığı ülkenin dışında bir başka ülkeye gitmek zorunda kalan her çocuğun gittiği ülke tarafından korunmaya hakkı vardır.

2) Nerede doğduklarına, kim olduklarına, cinsiyetlerine, dinlerine ya da sosyal kökenlerine bakılmaksızın her çocuğun sağlık hizmetinden yararlanma hakkı vardır.

3) Hastalıklardan korunması devletin ve toplumun güvencesi altında olup çocukların beslenmesine, aşılanmasına, çevrenin temizliğine ve diğer sağlık koşullarına dikkat edilir. Hastalanan çocuklar tedavi edilir.

4) Her çocuğun gelişme hakkı ve sağlığı güvence altında olmalıdır. Bu konuda çocukların daha iyi bir yaşam sürdürmeleri için gerektiğinde yardım edilir.

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu'nun (UNICEF) ve Oxford Research Group verilerine göre, Suriye'deki 5,5 milyon çocuğun (ülkedeki çocukların %56'sı) 323 bini abluka altında veya erişilmesi zor bölgelerde yaşamaktadır. Aralarında savaşıma zorlanan çocukların da bulunduğu 10 bini aşkın Suriyeli çocuk çatışmalarda hayatını kaybederken, Suriye rejiminin Gota'ya yönelik kimyasal silah saldırısında 128 çocuk hayatını kaybetmiştir. Komşu ülkelere sığınmak zorunda kalan çocukların yaklaşık 425 bini, 5 yaş altında ve 8 binin üzerindeki çocuk ise yalnız başına sınırı geçerek çevre ülkelere sığınmak zorunda kalmıştır. Suriye'de Şiddet ve İhlalleri Belgelendirme Merkezine göre, 98 bin 823 çocuk çatışmalar nedeniyle yetim kalırken; savaş Suriyeli çocukların yaşamlarını, eğitimlerini, refahlarını ve geleceklerini olumsuz yönde etkilemiş ve çatışmanın en büyük mağduru haline getirmiştir. Bu çocuklar, savaş sonrası post travmatik stres bozukluğu ve major depresyon gibi ruhsal problemlerle aynı zamanda travmatik olaylar, uyum problemleri ve kaybolma riskiyle karşı karşıyadır.

Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı (AFAD) göçmen ve sağlık hizmetleri biriminin verilerine göre yaklaşık 150 bini Türkiye'de doğan toplam 525 bin 217 çocuk mülteci (%20'si <5 yaş altı çocuklar, %53'ü <18 yaşından küçük çocuklar) bulunmaktadır. Bu rakam, barınma merkezlerinde konaklayan toplam Suriyeli sayısının yüzde 54,5'ini oluşturmaktadır. Sadece 2016 yılı içerisinde 21 bin 566 doğum gerçekleşmiştir. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği verilerine göre ise, 37 bin 498 Suriyeli çocuk mülteci olarak komşu ülkelerde doğmuştur. Tabiiyetine bakılmaksızın tüm çocukların korunması 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu'nun yasal çerçevesinde refakatsiz ve ayrı düşmüş mülteci çocuklar dâhil Suriyeli çocukların koruma ihtiyaçlarını karşılamaktadır. Geçici Koruma Yönetmeliği 23.Madde uyarınca Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı koordinasyonunda, refakatsiz çocuklarla ilgili tüm işlemlerde çocuğun yüksek yararı gözetilerek geçici barınma merkezlerindeki (kamplar) ayrı alanlarda Sağlık Bakanlığı koordinasyonu ile temel eğitiminin yanı sıra tıbbi bakımları da sağlanarak barındırılır.

Ülkemizde geçici koruma altına alınan yabancılara verilen sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 04.11.2015 tarihli ve 9648 sayılı Bakanlık Makam Onayı ile yürürlüğe konulan “Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar” çerçevesinde güncellenmiştir. Geçici koruma altına alınanlara aşağıdaki hizmetler verilmektedir:

- Ayaktan tanı ve tedavi hizmetleri
- Bağışıklaama hizmetleri
- Bulaşıcı hastalık ve salgın ile mücadele hizmetleri
- Tüberküloz hizmetleri

- Çevre sağlığı hizmetleri
- Kadın ve üreme sağlığı hizmetleri
- Çocuk ve ergen sağlığı hizmetleri

Kamplarda yaşayan çocuklar, çocuk izlem takvimine göre izlenmektedir. Kamp dışındaki çocuklar ise başvurdukları ölçüde takip edilmeye çalışılmaktadırlar. Çocukluk yaş grubundaki tüm Suriyeli konuklarımız tedavi edici sağlık hizmetlerinden olduğu kadar koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamından ücretsiz olarak ve gerek aile sağlığı merkezleri gerekse toplum sağlığı merkezleri kanalı ile yararlanabilmektedirler.

Bu kapsamda Türkiye’de doğan tüm bebeklere rutin ve ücretsiz olarak yapılan yenidoğan taramaları Suriyeli bebeklere de yapılmaktadır. Doğumun hemen ardından Suriyeli bebeklerden topuk kanı alınarak yenidoğan taramaları, ayrıca yenidoğan işitme taramaları yapılmaktadır. 2014 yılında 40 binin üzerinde (43 bin 543) Suriyeli bebekten topuk kanı alınarak taramaları yapılmıştır. Bu bebeklerden 13’ü konjenital hipotiroidi, 1 bebek de fenilketonüri tanısı almış ve tedavileri sürmektedir. 2015 yılında yine 68 bin 908 Suriyeli bebekten topuk kanı alınarak taramaları yapılmış, 40 bin 652 bebeğe de işitme taraması yapılmıştır. Erken tanı konduğunda, bu hastalıkların olumsuz etkileri azaltılabilmekte, özellikle işitme kaybı olan çocuklar topluma kazandırılabilir. Ülkemizde mikrobesein desteği olarak tüm bebeklere doğumdan itibaren D vitamini ve 4 aydan itibaren demir desteği yapılmaktadır. Bu kapsamda Suriyeli bebekler de dâhildir. 2014 ve 2015 yılında 35 binin üzerinde bebeğe demir ve D vitamini desteği yapılmıştır. Tüm bu tarama ve uygulamalar Suriyeli bebekleri içerecek şekilde 2016 yılında da uygulanmaya devam etmektedir. Bebeklerin gelişiminde önemli rolü olan kolay önlenebilir bazı hastalıklar, bu taramalar, takipler ve mikrobesein destekleriyle önlenebilmektedir. Sadece bireylerin değil, toplumun da sağlıklı olması için gereken bu uygulamalardan Suriyeli bebeklerin de yararlanması, güçlü ve sağlıklı toplum yapımızın devamı için önemlidir.

Sağlık Bakanlığı’nın tıbbi hizmetlerin sağlanmasına yönelik koordinasyon ve denetimine öncülük etmesiyle, Geçici Koruma Yönetmeliği’nde (Madde 27) sağlık ve tıbbi hizmetlere erişime ilişkin olarak tüm Suriyeli mülteciler için tıbbi tedaviye ücretsiz erişim kamp içinde ve dışında sağlanmaktadır. Temel ve acil sağlık hizmetleri veya ilgili tedavi ve ilaçlar için hasta katkı payı alınmamaktadır. İkincil ve üçüncül sağlık hizmeti devlet hastanelerinden sevk ile Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) esasları çerçevesinde sağlanmaktadır. Tıbbi tedaviye erişim için kayıt, bir ön koşuldur.

Bu çocuklara, Aile ve Sosyal Politikalar

Tablo: Geçici Barınma Merkezlerinde sunulan çocuk sağlığı hizmetlerinin yıllara göre sayıları

	29 Nisan 2011-2012 yılı sonuna kadar	2013	2014	2015	2016	TOPLAM
Aşı Sayısı (Toplam)	45.351	182.254	163.471	175.882	60.573	627.531
Bebek İzlem Sayısı	4.573	32.528	33.266	41.527	16.766	128.660
Çocuk İzlem Sayısı	3.831	42.522	22.526	29.031	10.328	108.238

Bakanlığı’nın desteği ile psikososyal hizmetler sağlanmaktadır. Yönetmelikle çocuğun yüksek yararı gözetilerek, şiddet mağdurlarına yönelik olarak önleyici ve koruyucu tedbirlerin alınması ve insan ticareti kurbanı olarak saptananlar için yardım ve korumaya önlemlere yer verilmektedir. Tabloda geçici barınma merkezlerinde çocuk sağlığı hizmetlerinin yıllara göre sayıları verilmiştir.

Suriye’de sağlık tesislerinin yıkılmış olması, tıbbi personel eksikliği ve ilaç sıkıntısı nedeniyle birçok hastalığın özellikle bulaşıcı hastalıkların yönetimini zorlaştırmıştır. Suriye’de tüberküloz, şark çıbanı, çocuk felci, kızamık vakalarının artışı dikkat çekicidir. Suriye, Ürdün ve Lübnan’da şark çıbanı vakalarında artış bildirilmiştir. Türkiye’de şark çıbanı yerli vaka sayısında artış olmamakla birlikte, Suriyeli misafirlerde şark çıbanı nispeten yaygın bir sorun olarak görülmektedir. Çocuklarda da görülen hastalık için hastaların yoğun olduğu bölgelerde şark çıbanı için ayrılan polikliniklerde tedavi ücretsiz uygulanmakta olup, yıllar içerisinde vaka sayısında azalma olmuştur.

Suriye’de kızamık salgını, Irak’taki Suriyeli mülteciler arasında ise kolera salgını bildirilmiştir. Ülkemiz dışındaki bazı kamplarda kalabalık, sağlıksız koşullar, yetersiz tıbbi bakım, yoksulluk ve beslenme yetersizliği çocuklarda tifo, kolera ve Hepatit A gibi enfeksiyon hastalıklarının gelişme riskini artırır. Azalmış aşılama oranları da aşı ile önlenebilir hastalıkların artışına yol açabilir. Türkiye’ye giriş yapan 15 yaş altı tüm çocuklar aşılanmaktadır. Ülkemizde bulunan Suriyeli çocuklara yönelik genişletilmiş bağışıklama programı çerçevesinde tüm aşılar ücretsiz uygulanmaktadır. Suriye’de çocuk felcinin görülmediği 15 yıllık dönemden sonra 2013 yılında Suriye’de yaşanan çocuk felci salgınının ardından 1 milyon 106 bin 935 Suriyeli ve Türk vatandaşı çocuk felci ve kızamığa karşı aşılanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından Mayıs-Haziran 2015’te iki dönem yürütülen çocuk felcini bitirme kampanyasında 1 milyon 339 bin 523 Suriyeli ve Türk çocuk aşılanmıştır. Türkiye’de Polio eradikasyon programı sonrası 18 yıldır yeni vaka görülmemektedir. Ülkemizdeki kamplarda yapılan düzenli sağlık kontrollerinde ve kamp dışı sağlık hizmeti alan Suriyeli çocuk misafirlerde herhangi bir salgın görülmemiştir.

Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesi’nde de belirtildiği gibi eğitim hakkı, çocukların temel haklarından. Milli Eğitim Bakanlığı’nın Eylül 2014 tarihli Genelgesi’nde de (No: 2014/21) yabancı çocukların ücretsiz olarak tüm eğitim haklarından faydalanacağı belirtilmiştir. 68 bin 638 Suriyeli çocuk eğitimlerine Türkiye’deki barınma merkezlerinde kurulan okullarda devam etmektedir.

Suriye halkıyla dayanışmasını sürdüren ülkemiz, insani ve vicdani sorumluluğunu yerine getirerek bu zor günlerinde Suriyeli kardeşlerimizin acılarını bir nebze olsun azaltabilmek için her türlü yardımı sağlamaktadır.

“Kendileri, geriye zayıf çocuklar bıraktıkları takdirde, onların geleceğinden endişe duyacak olanlar, (yetimler hakkında da aynı) endişeyi duysunlar, Allah’tan sakınsınlar ve doğru söz söylesinler.” (Nisa-9)

“Onlar, seve seve yiyeceği yoksula, yetime ve esire yedirirler.” (İnsan-8)

Kaynaklar

- 1) Ozaras R, Leblebicioglu H, Sunbul M, Tabak F, Balkan İİ, Yemisen M, Sencan İ, Ozturk R. The Syrian conflict and infectious diseases. Expert review of anti-infective therapy, 2016 <http://dx.doi.org/10.1080/14787210.2016.1177457> (Erişim tarihi: 10.07.2015)
- 2) Leblebicioglu H. Managing health and infections in refugees: Turkey’s experience. Int J Infect Dis. 2016;45(Suppl 1):56.
- 3) Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı (AFAD) Göçmen ve Sağlık Hizmetleri Birimi. Ülkemizde geçici koruma altına alınan yabancılara sunulan sağlık hizmetlerine ait Nisan 2016 tarihli sağlık hizmetleri raporu
- 4) https://www.unicefturk.org/suriye/Suriyeli_Cocuklar_UNICEF_Bilgi_Dokumani10_09_2015%201835-TR.pdf (Erişim tarihi: 10.07.2015)
- 5) http://www.oxfordresearchgroup.org.uk/publications/briefing_papers_and_reports/stolen_futures (Erişim tarihi: 10.07.2015)
- 6) Suriye’de Şiddet ve İhlalleri Belgelendirme Merkezi verileri. <http://www.vdc-sy.info/index.php/en> (Erişim tarihi: 10.07.2015)
- 7) Saltaji H1, Al-Nuaimi S2. Do not forget the orphan children of Syria. Lancet. 2016 Feb 20;387(10020):745-6. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00323-8. Epub 2016 Feb 18.
- 8) Geçici Koruma Yönetmeliği <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141022-15-1.pdf>. (Erişim tarihi: 10.07.2015)
- 9) http://www.unicef.org/turkey/crc_cr23d.html (Erişim tarihi: 10.07.2015)

SGK açısından göç ve sağlık

Dr. Orhan Koç



1966 yılında Gümüşhane'de doğdu. İlkokulu Arpalı Köyünde, orta ve lise tahsilini Bursa'da tamamladı. 1992'de Karadeniz Teknik Üniversitesi'nde tıp eğitimini, 2004'te Çocuk Cerrahisi Uzmanlığını tamamladı. Ordu, Aydın ve Ankara'da hekimlik ve hastane yöneticiliği yaptı. 2009 yılında Sağlık Bakanlığında göreve başladı; Personel Genel Müdür Yardımcılığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcılığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Finans Hizmetleri Başkan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. Evli ve üç çocuk babası olan Dr. Koç, halen Sosyal Güvenlik Kurumu Başkan Yardımcısı olarak görev yapmaktadır.

İç karışıklıklar başlamadan önce 20 milyon civarında bir nüfusa sahip olan Suriye'de bugün yaklaşık 13 milyondan fazla kişi acil insani yardıma ihtiyaç duymaktadır. Bu süreçte yaklaşık 12 milyonu aşkın Suriyeli evini terk etmek zorunda kalmış, 4,8 milyonu aşkın Suriyeli de kurtuluşu komşu ülkelere sığınmakta bulmuştur. Türkiye, uyguladığı "Açık Kapı Politikası" çerçevesinde giriş yapan hiçbir Suriyeliyi geri göndermemiş, onlara "Geçici Koruma Statüsü" vermiştir. Türkiye, 3 milyona yakın Suriyeli sığınmacıyı misafir etmektedir. Suriyeli misafirlerimizin 260 binden fazlası

Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı'nın (AFAD) 10 ilde kurduğu ve yönettiği 26 barınma merkezinde yaşamaktadır. Suriyeli misafirlerimizin tüm ihtiyaçları, AFAD'ın koordinasyonunda; İçişleri, Dışişleri, Sağlık, Milli Eğitim, Gıda Tarım ve Hayvancılık, Ulaştırma ve Maliye Bakanlıkları, Genelkurmay Başkanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, Gümrük Müsteşarlığı ve Kızılay'ın ortak çalışmalarıyla yürütülmektedir.

Mart 2012 tarihinde AFAD koordinasyonunda, Bakanlık, kurum ve kuruluşların katkılarıyla "Türkiye'ye Toplu Sığınma

Amacıyla Gelen Suriye Arap Cumhuriyeti Vatandaşlarının ve Suriye Arap Cumhuriyetinde İkamet Eden Vatansız Kişilerin Kabulüne ve Barındırılmasına İlişkin Yönerge" hazırlanmıştır.

Suriye'den ülkemize yönelik nüfus hareketlerinin artması ve söz konusu kişilerin büyükşehirlerimiz başta olmak üzere tüm illerimize yayılması nedeniyle ortaya çıkan sağlık sorunlarının çözülmesi amacıyla AFAD tarafından 09.09.2013 tarih ve 12816 sayılı 2013/8 genelge yayımlanmış ve ülkemizdeki Suriyelilerin tüm giderleri ücretsiz hale getirilmiştir (1).



22.10.2014 tarih ve 29153 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren Geçici Koruma Yönetmeliği Geçici 1 maddesi ile ülkemizde 28.04.2011 tarihinden itibaren geçici koruma bulma amacıyla gelen Suriyeliler "geçici koruma" statüsüne alınmıştır (2).

12.10.2015 tarih ve 2015/8 sayılı Geçici Koruma Altındaki Yabancılar İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi konulu Genelge ile 15.10.2015 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere geçici koruma altındaki yabancılar verilecek sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli yürütülmesi için bu hizmetlerin koordinasyonu Sağlık Bakanlığı işbirliğinde AFAD'a verilmiştir.

Geçici koruma altındaki yabancıların karşılanabilen tedavi hizmetleri AFAD ile Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve 01.07.2015 tarihinde yürürlüğe giren "Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı

Tablo 1: Geçici Koruma Altındaki Yabancılar İlişkin Reçete İstatistikleri

Dönem	Teslim Tarihi	Fatura Veren Eczane Sayısı	Reçete Sayısı	Fatura Veren İl Sayısı	Toplam Fatura Tutarı
Ekim 15	01-16.11.2015	1.148	81.800	41	2.889.892 TL
Kasım 15	01-15.12.2015	2.089	300.734	52	10.241.939 TL
Aralık 15	01-15.01.2016	2.467	407.638	66	13.312.945 TL
Ocak 16	01-15.02.2016	2.877	442.002	68	14.626.806 TL
Mart 16	01-15.04.2016	2897	500.875	68	17.862.124 TL

Tablo 2: Aralık 2015-Ocak 2016-Şubat 2016 Reçetelerinin İllere Dağılım Tablosu (4)

İncelenecek Dönemi	Suriye Reçete Dağıtımı Yapılacak İller	İncelenecek Reçetesi Olan İl Sayısı	İncelenecek Reçete Sayısı	Gönderilen Reçete Sayısı	Gönderilen Kutu Sayısı
Aralık 15	Adana SSGM	Adana + Bursa + Elazığ + Hatay	87.000	84093	617
Aralık 15	Samsun SSGM	Samsun + Şanlıurfa	70.000	70151	311
Aralık 15	İzmir SSGM	60 il	260.000	244935	1964
Ocak 16	Bursa SSGM	Bursa + Adana + Osmaniye	54.000	54975	424
Ocak 16	Eskişehir SSGM	Eskişehir + Şanlıurfa	76.000	77238	329
Ocak 16	Kocaeli SSGM	Kocaeli + Elazığ + Hatay + Siirt	50.000	50058	367
Ocak 16	İstanbul SSGM	59 il	260.000	259731	2273
Şubat 16	Kayseri SSGM	Kayseri + Adıyaman + İstanbul	50.000	51258	450
Şubat 16	Konya SSGM	Konya + Hatay + Osmaniye	67.000	68982	471
Şubat 16	Ankara SSGM	62 il	325.000	330567	2318
			1.299.000	961421	7206

ile Sağlık Bakanlığı arasında Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Protokolü” hükümleri doğrultusunda verilecek olup; tedavi giderleri protokolde belirlenen götürü bedel üzerinden AFAD tarafından afet ve acil durum faaliyetleri ödeneğinden Sağlık Bakanlığına ödenek aktarmak suretiyle karşılanır (3).

Geçici koruma altındaki yabancıların karşılanabilen ilaç giderlerinin Sağlık Uygulama Tebliği'ne uygun olarak karşılanması için düzenlenen elektronik/manuel reçeteler Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşması bulunan eczanelerce kabul edilerek SGK bilgi işlem sistemine (MEDULA) kaydedilir.

Her ayın birinci günü ila son gün arasında SGK ile anlaşması bulunan eczaneler tarafından karşılanan reçetelere ilişkin eczanenin ticari faaliyeti sürdürdüğü il valiliği adına düzenlenen fatura ve eki belgeler, takip eden ayın birinci gününden on beşinci gününe kadar süre içinde incelenmek üzere SGK tarafından belirlenen Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü/Sağlık Sosyal Güvenlik

Merkezi'ne gönderilir.

Söz konusu reçeteler inceleme birimleri tarafından fatura teslim tarihinden itibaren 90 (doksan) gün içerisinde incelenir. İncelenmesi tamamlanmış ve itirazları değerlendirilmiş olan fatura tutarlarının tamamı eczanenin ticari faaliyetlerini sürdürdüğü il valilikleri acil yardım harcama komisyonu tarafından yedi gün içerisinde ödenir.

13.10.2015 tarihli Kurumumuz duyurusu ile Türkiye geneli reçetelerin Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne teslim edileceği duyurularak, reçete kontrolleri için de yine Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü görevlendirilmiştir.

Tablo 1 incelendiğinde geçici koruma altındaki yabancıların reçete istatistiklerine bakıldığında her geçen gün reçete sayılarının ve fatura tutarlarının arttığı görülmektedir (4).

Halen uygulamada devam ettiği gibi 27.04.2016 tarih ve 2464844 sayılı Makam Olur'u ile geçici koruma altındaki

yabancılar ait fatura ve eki belgelerin iller bazında hangi İl Müdürlüklerine teslim edileceği yeniden düzenlenmiştir.

Geçici koruma altına alınmış olan Suriyeli göçmenlerin, belirli bir standartta çalışabilmeleri ve kaçak çalışmalarının önüne geçilerek iş piyasasındaki düzeni sağlamak amacıyla, Geçici Koruma Sağlanan Yabancıların Çalışma İzinlerine Dair Yönetmelik 15.01.2016 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girdi. Bu şekilde çalışma izni alma süreçleri düzenlenerek, hangi şartlar altında çalışabilecekleri/çalıştırılabilecekleri ve çalışırken de haklarını elde edebilmeleri yönünde önemli adımlar atılmıştır.

Yeni düzenlemeyle kolaylaşan çalışma izni alma sürecinde başvurular geçici koruma kayıt tarihinden altı ay sonra Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na yapılabilecektir. Yapılan düzenlemeyle, geçici koruma sağlanan göçmenlere en az asgari ücret düzeyinde ödeme yapılacak, asgari ücretin altında ücret ödemesi yapılamayacaktır. Ülkesinde eğitim sağlık gibi bazı alanlarda meslek sahibi olanların ülkemizde bu meslekleri icra edebilmeleri açısından çalışma izni alınabilmesi için ön izin belgesinin de alınması gerekecek, bunlar için ilgili bakanlıklardan ön izin alınma şartı bulunmaktadır. Mevsimlik tarım ve hayvancılık işlerinde çalışacaklar için çalışma izni muafiyetini bulundukları ilde Valiliğe başvurarak almaları gerekmektedir.

Ülkemizde yoğun şekilde bulunan göçmenlerin istihdam edilmeleri yönünde düzenleme yapılırken, mevcut istihdam yapısının olumsuz etkilenmemesi için iç dengelerde gözetilerek, geçici koruma sağlanan yabancılar illere ve sektörlerle göre kota uygulaması getirilmiştir. İşyerinde, geçici koruma sağlanan yabancı olup da çalışma izni alanların sayısı, Türk vatandaşı sayısının %10'unu geçemez, çalışan sayısı ondan daha az olan işyerlerinde ise bir geçici koruma sağlanan kişi çalışabilecektir (5).

Kaynaklar

1) <https://www.afad.gov.tr/TR/icerikDetay1.aspx?ID=16&icerikID=747> (Erişim Tarihi: 03.07.2016)

2) 22.10.2014 Tarih ve 29153 sayılı Resmi Gazetede Yayımlanan 13.01.2014 Tarih ve 2017/6883 Sayılı Bakanlar Kurulu Kararı Eki Geçici Koruma Yönetmeliği.

3) Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı Arasında Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Protokolü

4) SGK MEDULA Sistemi Verileri.

5) 15.01.2016 tarih ve 29594 Sayılı Resmi Gazetede Yayımlanarak Yürürlüğe Giren 2016/8375 Sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ekindeki Geçici Koruma Sağlanan Yabancıların Çalışma İzinlerine Dair Yönetmelik

Göçmenlik, dil engeli ve sağlık hizmetleri

Yrd. Doç. Dr. H. Deniz Genç



1980'de İstanbul'da doğdu. 2003 yılında Marmara Üniversitesi Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler Bölümü'nden mezun oldu. Doktora tezinde Avrupa Birliği, İspanya ve Türkiye'de insan hareketliliğine karşı sınır oluşturma süreçlerini inceledi. Pompeu Fabra ve Leicester Üniversitelerinde misafir araştırmacı olarak bulundu. Oxford Üniversitesinin düzensiz göç araştırmalarına odaklanan merkezi COMPAS'da misafir araştırmacı olarak bulundu. Başlıca çalışma konuları uluslararası göç, sınırlar, bölgeleşme ve uluslararası meseleler olan Dr. Genç, halen Medipol Üniversitesi Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler Bölümü'nde öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Küreselleşme, eşitsizlikler, demografik değişiklikler, siyasi çalkantılar, savaşlar ve diğer güvenlik tehditleri, son 20 yılda dünyadaki göç dinamiklerini değiştirmiş ve karmaşıklştırmıştır. Dünyadaki göçmenlerin sayısı baş döndüren bir hızla artmaktadır. Birleşmiş Milletler, 2000 yılında 173 milyon olan uluslararası göçmen sayısının, 2010 yılında 222 milyon ve 2015 yılında 244 milyona eriştiğini belirtmektedir (1). Göç süreçlerinin bu kadar çok kişiyi içermesine ve göç üzerine çok geniş bir yazın bulunmasına rağmen, 'göçmen' kavramının üzerinde anlaşılmış, evrensel bir tanımla bulunmamaktadır. UNESCO 'göçmen' kavramından 'geçici veya kalıcı olarak doğduğu ülke dışında yaşayan ve bu ülkede sosyal bağlantılar edinmiş kişinin' anlaşıldığını belirtmektedir (2). Uluslararası Göç Örgütü ise (International Organization for Migration, IOM) kavramı, uluslararası bir sınır aşmış veya kendi ülkesi içinde ikamet ettiği yeri değiştirmiş bireyleri tanımlamak için kullanmaktadır (3). Her iki tanımın da 'göçmen kişiyi', nereye ne zaman gideceğini seçen kişi olarak tahayyül ettikleri ve mülteci, sığınmacı veya yerinden edilmiş kişileri bu tahayyül nedeniyle içermeyecekleri tartışılmaktadır. Bu kurumlardan farklı olarak Birleşmiş Milletler, daha detaylı tanımlamalar yapmış ve yabancı bir ülkede bir yıldan fazla yaşayan bireyi 'uluslararası göçmen' olarak tanımlamıştır (4). Sadece ekonomik nedenlerle

değil, çevre kirliliği, çatışmalar, güvenlik, sağlık ve eğitim hizmetlerine erişim vb. nedenlerle de çok sayıda birey ve zaman zaman aileler göç etme kararı alabilmekte veya göç etmeye mecbur kalmaktadırlar. Birleşmiş Milletler, 2015 yılında 244 milyon olarak verdiği göçmen sayısının 59,5 milyonunun zorla yerinden edilmiş kişilerden oluştuğunu belirtmekte, bu sayının 19,5 milyon mülteciyi ve 10 milyon vatansız kişiyi de kapsadığını not etmektedir (5). Düzensiz göçmenlerin sayısı ise bilinmemektedir. Uluslararası Göç Örgütü'ne göre bütün uluslararası göçmenlerin %10 ila 15'i düzensizlik içindedir (6).

Öte yandan, bu tartışmaların iç göç süreçleri sonucunda 'göçmen' olan kişileri içermediği anlaşılmaktadır. Oysa yaşadıkları ülke içinde göç yollarına düşen kişilerin sayısı da azımsanmayacak kadar büyüktür. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO) iç göç süreçlerine dâhil olan kişilerin sayısını 750 milyondan fazla olarak vermektedir. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK), dünyada 38 milyon kişinin, yaşadıkları şiddet nedeniyle kendi ülkesi içinde yerinden edildiğini belirtmektedir. Yaşanan savaş nedeniyle, dünyada en fazla yerinden edilmiş kişinin bulunduğu (7,6 milyon) ülke olan Suriye, aynı zamanda dünyanın en fazla mülteci (3,8 milyon) üreten ülkesidir. Suriye'yi sırasıyla Afganistan ve Somali izlemektedir (7).

Gönüllü, zorunlu, uluslararası veya ülke içinde göç etmiş olsunlar, göçmenler yaşadıkları toplumların en kırılgan grupları arasında yer almaktadırlar. Çoğu göçmen, ekonomik krizlerde işini ilk kaybedenler arasındadır. Birçok ülkede göçmenlerin eşit işe eşit ücret almadıkları, temel hak ve hürriyetlerinin ihlal edildiği, istismara ve ayrımcılığa uğradıkları not edilmektedir. Dahası, özellikle kadın ve çocuk göçmenler sıklıkla insan ticareti ve her türlü sömürünün mağduru olmaktadır (8). Bu olumsuzluklara rağmen, göç etmek dünyanın çeşitli yerlerindeki birçok insan için iş bulmak, baskı, zulüm, şiddet ve yoksulluktan kurtulmak için tek seçenek olarak ortaya çıkmaktadır. İnsanları göç yollarına iten de budur.

Dünyadaki insan hareketliliğinin baş döndüren bu hacmi karşısında göçmenlerin sağlığı da küresel bir mesele haline gelmiştir. Göçmenlerin sağlık ihtiyaçları ve bu ihtiyaçların nasıl karşılandığı/karşılanacağı önemli tartışma konularından biridir (9). Daha önce de ifade edildiği gibi, 'göçmen' şemsiyesi, altında çok farklı grupları barındırmaktadır. Göçmen işçiler, yabancı öğrenciler, mülteciler ve düzensiz göçmenler bu gruplar arasında en kalabalık olanlardır. Bu çeşitli grupların her birinin sağlık durumları, ihtiyaçları ve kırılganlık seviyeleri birbirinden farklıdır (10). Bir sonraki bölümde kısaca tartışıldığı gibi, toplumdaki bütün bireyler gibi göçmenlerin de sağlık hizmetlerine erişimi elzemdir. Ancak karşılaştıkları





Birçok ülke sığınmacı ve düzensiz göçmen gruplarının sağlık hizmetlerine erişim haklarını kısıtlamaktadır. Bunlara ek olarak yasal, idari, sosyoekonomik ve kültürel engeller, dil engeli, sağlık sistemini yeterince tanıtmıyor ve ilgili haklarını bilmiyor oluşları, kendi inançlarına göre sağlık hizmeti arayışları, sosyal dışlanma ve ayrımcılık; göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimlerine engel teşkil edebilmektedir.

engeller bu hizmete ulaşmalarına her zaman olanak vermemektedir.

Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi

Göçmenlerin sağlığını etkileyen ve belirleyen çok sayıda etmen bulunmaktadır. Bu etmenlerden başlıca olanları, kültürel ve dilsel etmenler, ayrıldıkları toplumların sağlık çevresi, gönüllü veya zorunlu göçmen olmaları, ayrıldıkları ve yerleştikleri toplumlardaki sosyoekonomik koşullar, yaşam standartları ve ayrıca yerleştikleri ülkelerin sağlık sistemlerinin kapsayıcı veya kısıtlayıcı olması olarak sıralanabilir (11).

Öncelikle göçmenlere, özellikle düzensiz göçmenlere önleyici ve koruyucu sağlık hizmetlerine erişim imkânı tanınmasının oldukça tartışılan bir konu olduğu ifade edilmelidir. İnsani açıdan bakan bir görüşe göre, göçmenlere verilen sağlık hizmetleri toplumsal ve kültürel olarak kapsayıcı olmalı, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi insan hakları perspektifinden değerlendirilerek toplumdaki bütün bireyler gibi göçmenlere de sağlık hizmetlerine eşit erişim hakkı verilmelidir (12). İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesine dayanarak bu görüşü savunan yazarlara göre sağlık hizmetine erişim, temel bir insan hakkıdır. İlgili maddenin (a) bendi şöyle demektedir: "Herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve

tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir" (13).

Bir diğer görüş ister geçici, ister mevsimlik veya temelli göç etmiş olsunlar, göçmenlerin kendi sağlık durumları ve riskleri ile seyahat ettiklerini ve ayrıldıkları toplumlarla geldikleri toplumların bireysel ve çevresel sağlığını birbirine bağladıklarını vurgulamaktadır (14). Bu görüşe göre, ayrıldıkları ve göç sürecinde geçiş yaptıkları toplumlardaki tüberküloz gibi bazı bulaşıcı hastalıkları yerleştikleri topluma yayabilme potansiyelini taşıdıkları için göçmenlerin önleyici ve koruyucu sağlık hizmeti almaları elzemdir (15).

Ancak bu görüşler karşısında göçmenlerin sağlık sistemlerine yük olacakları düşüncesi baskın çıkmaktadır. Birçok ülke bu nedenlerle sığınmacı ve düzensiz göçmen gibi bazı göçmen gruplarının sağlık hizmetlerine erişim haklarını kısıtlamaktadır. Bunlara ek olarak, göçmenler, yerleştikleri ülkelerin yerli halkına göre, sağlık hizmetlerine çok daha zor bir şekilde erişmekte, türlü engellerle karşılaşmaktadırlar. Yasal, idari, sosyoekonomik ve kültürel engeller, dil engeli, göçmenlerin sağlık sistemini yeterince tanıtmıyor, ilgili haklarını bilmiyor oluşları, kendi inançlarına göre sağlık hizmeti arayışları, sosyal dışlanma ve ayrımcılık sağlık hizmetlerine erişimlerine

engel teşkil edebilmektedir (16). Böyle bir durum göçmenlerin ve bütün toplumun sağlığına olumsuz etki edebilmektedir (17). Ayrıca göçmenlerin birçok ülkede sağlık sistemi kapsamı dışında bırakılmaları da olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Bu ülkelerde, sağlık sigortası olmayan göçmenler, önleyici ve koruyucu sağlık hizmeti alamamakta ve hastalandıklarında sağlık sisteminin dışında oldukları için çok yüksek meblağlara tedavi olmaktadır (18).

Diğer etmenlerin başında dil engeli gelmektedir (19). Yapılan araştırmalar, göçmenlerin çeşitli nedenlerle, yerleştikleri toplumun dilini öğrenmekte geciktiklerini ortaya koymaktadır. Göç edilen ülkelerdeki sağlık personeli de hemen her zaman göçmenlerin dilini konuşmamaktadır. Sağlık kurumları ve örgütleri ise bu engeli aşacak çok dilli ve çok kültürlü uygulamaları maliyetler nedeniyle üstlenmemeyi tercih etmektedirler (20). Bu şekilde, dil engeli göçmenlerle sağlık personeli arasındaki iletişimi olumsuz etkilediği için hem göçmenlerin sağlık hizmetine erişimini hem de aldıkları tıbbi bakımın kalitesini olumsuz etkilemektedir (21). Ayrıca yine dil engeli nedeniyle göçmenler arasında sağlık okur-yazarlığının düşük olduğu, göçmenlerin sağlık sistemleri ve önleyici sağlık hizmetleri hakkında bilgi sahibi olmadıkları belirtilmektedir. Araştırmalar göçmenlerin bu nedenlerle kanserle mücadele ve aşılama programlarına ve AIDS testlerine çok az katılım gösterdiklerini not etmektedirler (22). Dil engelinin göçmenlerin sağlığına başka bir olumsuz sonucu da göçmenlerin sağlık sistemini tam olarak öğrenememeleri, yükümlülüklerini yerine getirememeleri ve bunların sonucunda yaşadıkları sorunlar nedeniyle sisteme güvenlerini tümten yitirmeleridir. Araştırmalar, ayrıca dil engeli nedeniyle tıbbi hataların ortaya çıkma riskinin yüksek olduğunun da altını çizmektedir (23).

Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimleri ve aldıkları tıbbi bakımın kalitesi üzerinde bu olumsuz etkilere sahip olan dil engelinin nasıl aşılabileceği üzerine tartışmalar sürmektedir. Araştırmacılar, birçok ülkede tıp eğitiminin artık hasta odaklı olduğunu ve iletişim becerilerinin de tıp eğitimine dâhil edildiğini not etmektedirler. Bu olumlu adımlara rağmen, dil engeli, göçmen hastaların konsültasyonundaki en büyük engel olarak yerini korumaktadır (24). Bazı ülkelerdeki sağlık sistemleri ise dil engelinin aşmanın yolunu çevirmenlerde aramaktadır. Örneğin İsveç ve Hollanda 1980'lerin başından beri, aynı göçmen grubun içinden gelen ve toplumun dilini de çok iyi bilen çevirmenlerden destek almaktadır. Bu uygulama, İsveç'te daha sonra "hastanın çevirmen talep etme

hakkı olarak" düzenlenmiş ve yasalaşmıştır. 2011 yılında İsviçre'de sağlık personelinin danışabilmesi için telefonla hizmet veren çeviri sistemi kurulmuştur. Güney ve orta Avrupa ülkelerinde ise doktorların göçmenlerle iletişim kurarken 'kültürel araçlardan' yararlandığı belirtilmektedir. Ancak hem Avrupa hem de dünyanın diğer bölgelerinin sağlık sistemleri, dil engelinin göçmenlere düşük kaliteli tıbbi bakım sunulmasına neden olduğu gerçeğini kabul edip, bu sorunla mücadele etmek için gerekli adımları atmaktan oldukça uzaktırlar.

Kaynaklar

- 1) United Nations Department of Economic and Social Affairs. 2016. *International Migration Report 2015*. New York: United Nations.
- 2) Unesco. 2015. *International Migration and Multicultural Policies*.
http://www.unesco.org/most/migration/glossary_migrants.htm (Erişim Tarihi: 08.06.2016).
- 3) International Organization for Migration (IOM). *Key Migration Terms*. <http://www.iom.int/key-migration-terms> (Erişim Tarihi: 24.06.2016).
- 4) Anderson, Bridget and Blinder, Scott. 2015. *Briefing: Who Counts as a Migrant? Definitions and their Consequences*. The Migration Observatory at the University of Oxford. <http://www.migrationobservatory.ox.ac.uk/sites/files/migobs/Briefing%20%20Who%20Counts%20as%20a%20Migrant.pdf> (Erişim Tarihi: 24.06.2016).
- 5) UNHCR. 2015. *Worldwide displacement hits all-time high as war and persecution increase*. <http://www.unhcr.org/news/latest/2015/6/558193896/worldwide-displacement-hits-all-time-high-war-persecution-increase.html> (Erişim Tarihi: 23.06.2016).
- 6) International Organization for Migration (IOM). *Irregular Migration*, 2010. http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/managingmigration/managingmigration_irregular-migration. (Erişim Tarihi: 16.06.2016).
- 7) UNHCR. 2016. *Internally Displaced People*. <http://www.unhcr.org/internally-displaced-people.html>. (Erişim Tarihi: 09.06.2016).
- 8) International Labor Organization (ILO); International Organization for Migration (IOM) and Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). 2001. *International Migration, Racism, Discrimination and Xenophobia*. <http://www.unesco.org/most/migration/imrdx.pdf> (Erişim Tarihi: 23.06.2016).
- 9) Pace, Paola. 2011. 'The right to health of migrants in Europe' in Bernd Rechel, Philipa Mladovsky, Walter Devillé, Barbara Rijks, Roumyana Petrova-Benedict, Martin McKee (eds.) *Migration and Health in the European Union*. Berkshire: McGrawHill Open University Press, 55-67; Marie Nørredam, Marie; Krasnik, Allan. 2011. 'Migrants' access to health services' in Bernd Rechel, Philipa Mladovsky, Walter Devillé, Barbara Rijks, Roumyana Petrova-Benedict, Martin McKee (eds.) *Migration and Health in the European Union*. Berkshire: McGrawHill Open University Press, 67-81.
- 10) World Health Organization (WHO). 2008. *Bulletin of the World Health Organization*, 86 (8): 584-585.
- 11) International Organization for Migration (IOM), 2009. *Developing a Public Health Workforce to Address Migrant Health Needs in Europe*. <http://www.migrant-health-europe.org/> (Erişim Tarihi: 08.06.2016).

www.migrant-health-europe.org/ (Erişim Tarihi: 08.06.2016).

12) World Health Organization (WHO). 2008. *Bulletin of the World Health Organization*, 86 (8): 584-585.

13) Türkiye Büyük Millet Meclisi İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu. 2008. *Evrensel İnsan Hakları Beyannamesi*. <http://www.ombudsman.gov.tr/contents/files/688B1--Insan-Haklari-Evrensel-Beyannamesi.pdf> (Erişim Tarihi: 16.06.2016).

14) International Organization for Migration (IOM), 2009. *Developing a Public Health Workforce to Address Migrant Health Needs in Europe*. <http://www.migrant-health-europe.org/> (Erişim Tarihi: 08.06.2016).

15) Brandeis University, International Center for Ethics, Justice and Public Life, 2012. *Ethical Inquiry: Do Undocumented Immigrants Have a Right to Healthcare?* <https://www.brandeis.edu/ethics/ethicalinquiry/2012/March.html> (Erişim Tarihi: 16.06.2016).

16) Durieux-Paillard, Sophie. 2011. 'Differences in language, religious beliefs and culture: the need for culturally responsive health services', in Bernd Rechel, Philipa Mladovsky, Walter Devillé, Barbara Rijks, Roumyana Petrova-Benedict, Martin McKee (eds.) *Migration and Health in the European Union*. Berkshire: McGrawHill Open University Press, 203-213.

17) International Organization for Migration (IOM), 2009. *Developing a Public Health Workforce to Address Migrant Health Needs in Europe*. <http://www.migrant-health-europe.org/> (Erişim Tarihi: 08.06.2016).

18) Ku, Leighton. 2006. 'Why Immigrants Lack Adequate Access to Healthcare and Health Insurance?' <http://www.migrationpolicy.org/article/why-immigrants-lack-adequate-access-health-care-and-health-insurance> (Erişim Tarihi: 16.06.2016).

19) Durieux-Paillard, Sophie. 2011. 'Differences in language, religious beliefs and culture: the need for culturally responsive health services', in Bernd Rechel, Philipa Mladovsky, Walter Devillé, Barbara Rijks, Roumyana Petrova-Benedict, Martin McKee (eds.) *Migration and Health in the European Union*. Berkshire: McGrawHill Open University Press, 203-213.

20) Marek, Michal. 2010. *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

21) International Organization for Migration (IOM), 2009. *Developing a Public Health Workforce to Address Migrant Health Needs in Europe*. <http://www.migrant-health-europe.org/> (Erişim Tarihi: 08.06.2016).

22) Marek, Michal. 2010. *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

23) Durieux-Paillard, Sophie. 2011. 'Differences in language, religious beliefs and culture: the need for culturally responsive health services', in Bernd Rechel, Philipa Mladovsky, Walter Devillé, Barbara Rijks, Roumyana Petrova-Benedict, Martin McKee (eds.) *Migration and Health in the European Union*. Berkshire: McGrawHill Open University Press, 203-213.

24) Ingleby, David. 2011. 'Good practice in health service provision for migrants' in Bernd Rechel, Philipa Mladovsky, Walter Devillé, Barbara Rijks, Roumyana Petrova-Benedict, Martin McKee (eds.) *Migration and Health in the European Union*. Berkshire: McGrawHill Open University Press, 227-245.

Suriyeli sığınmacıların ilaca erişimi

Yrd. Doç. Dr. Mahmut Tokaç



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

İsa Taktak



1977 yılında Afyon Bolvadin'de doğdu. Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi'nden mezun oldu (2002). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi yüksek lisansının ardından sağlık memurluğu yaptı, İstanbul 112'de çalıştı. 2004-2010 yıllarında Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünde Şube Müdürü, Daire Başkanı ve Özel Kalem Müdürü olarak görev yaptı. 2010 yılından bu yana Başakşehir Devlet Hastanesinde Hastane Müdürü olarak çalışmaktadır.

Tunus'ta 26 yaşındaki Muhammed Buazizî isimli seyyar satıcının, güvenlik güçlerinin kendisine uyguladığı kötü muameleyi protesto etmek amacıyla belediye binası önünde güpegündüz kendisini yakması üzerine sokaklara dökülen Tunuslu gençlerin öfkesi bir isyan halini aldı ve çıkan olaylar, 23 yıldır ülkeyi yöneten diktatör Zeynel Abidin Bin Ali'nin ülkeden kaçması ile sonuçlandı. Çok geçmeden Tunuslu gençlerin sesleri sadece kendi ülkeleri içinde değil, benzer özellikler gösteren komşu ülkelerde de duyuldu ve çok sayıda taraftar buldu. İsyen dalga dalga yayılmaya başladı. Arap Baharı olarak ifade edilen bu halk ayaklanmaları sonucunda Tunus'ta olduğu gibi Mısır, Libya ve Yemen'de de çok kısa bir zamanda mevcut yönetimler değişmiş; Bahreyn, Ürdün, Cezayir, Fas, Lübnan, Suudi Arabistan, Moritanya, Umman, Irak ve İran'da bir takım ekonomik ve siyasal reformlar gerçekleştirilmiştir. Suriye'de ise 15 Mart 2011 tarihinde Dera'da başlayan yönetim karşıtı gösteriler, Beşşar Esad yönetiminin sert müdahaleleri ve

muhafiflerin güçlü askeri direnişi nedeniyle zamanla iç savaşa dönüşmüştür. İç karışıklıklar başlamadan önce 23 milyon civarında bir nüfusa sahip olan Suriye'de oluşan çatışma ortamı nedeniyle bugün yaklaşık 12 milyonu aşkın Suriyeli evini terk etmek zorunda kalmış, çoğu kadın ve çocuklardan oluşan 7,2 milyona yakın Suriyeli ise ülkelerini terk etmek zorunda kalarak kurtuluşu komşu ülkelere sığınmakta bulmuştur.

29 Nisan 2011 tarihinde Suriye'den kaçarak Hatay'ın Yayladağı ilçesinden Türkiye'ye giriş yapan ve 252 kişiden oluşan ilk kafileden bu yana, ülkemize gelen sığınmacılar kayıt altına alınarak Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından oluşturulan barınma merkezlerine yerleştirilmiş, AFAD'ın tabiriyle "misafir" edilmişlerdir. Bu tarihten sonra da Türkiye'nin uyguladığı "açık kapı politikası" çerçevesinde giriş yapan hiçbir Suriyeli geri gönderilmemiştir. Mart 2012 tarihinde AFAD koordinasyonunda, "Türkiye'ye Toplu Sığınma Amacıyla Gelen Suriye Arap Cumhuriyeti Vatandaşlarının ve

Suriye Arap Cumhuriyetinde İkamet Eden Vatansız Kişilerin Kabulüne ve Barındırılmasına İlişkin Yönerge" hazırlanmıştır. Ekim 2014'de ise Suriyeli sığınmacılara "Geçici Koruma Statüsü" vermiştir. Halen Suriyeli sığınmacıların 260 binden fazlası AFAD'ın 10 ilde (Hatay, Gaziantep, Şanlıurfa, Kilis, Mardin, Kahramanmaraş, Osmaniye, Adıyaman, Adana, Malatya) kurduğu ve yönettiği 26 barınma merkezinde (çadır kent ya da konteyner kent) yaşamaktadır.

Kamplardaki güvenlik sorunu, barınma koşullarının yetersizliği gibi bahaneleri öne süren sığınmacıların bir kısmı kamplar dışında kendi imkânlarıyla tuttıkları derme çatma evlerde yaşamaya başlamışlardır. Dalga dalga gelen ve sayıları 3 milyona yaklaşan Suriyeli sığınmacıların önemli bir bölümü Şanlıurfa, Hatay, Gaziantep, İstanbul, Adana, Mersin, Bursa, İzmir gibi büyükşehirlerimiz başta olmak üzere tüm illerimize yayılmışlar ve başarabilen küçük bir azınlık kendi işlerini kurmuşlarsa da, önemli bir kısmı geçici tarım işçiliği gibi güvencesiz işlerde ya da kayıt dışı olarak düşük



Ücretlerle istihdam edilerek hayatlarını sürdürmeye çalışmaktadırlar (Grafik 1).

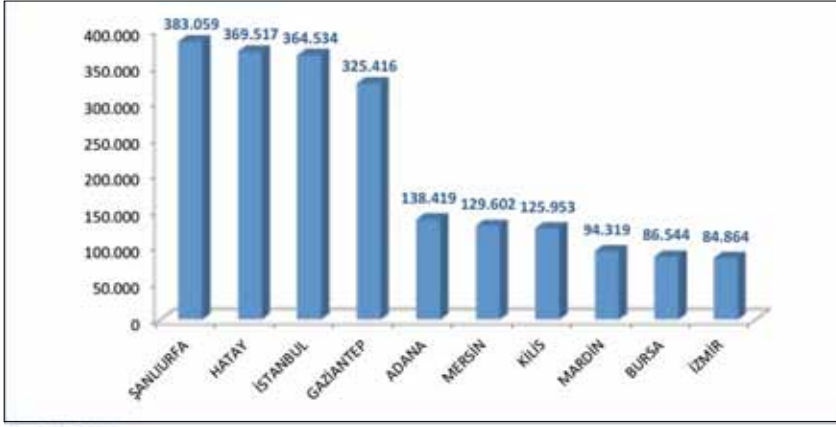
Sağlık Hizmetleri ve İlaça Erişim

Kamplarda kalan Suriyeli sığınmacılar, hem sağlıklı barınma imkânı elde etmekte hem de sağlıklı bir yaşam için gerekli olan su, gıda ve beslenme yardımlarından sistematik olarak faydalanabilmekteyken kamplar dışında kendi imkânları ile yaşamlarını idame ettirmeye çalışan sığınmacılar ise bu yardımlardan yeterince istifade edememeleri dolayısıyla önemli sorunlar yaşamışlardır ki bunların en önemlisi sağlık sorunlarıdır. Başlarda kamplarda kalınmasını teşvik için sadece kamplardaki sığınmacılara sağlık hizmetleri ücretsiz olarak verilirken kamp dışında yaşayan sığınmacılar, sağlık hizmetine ulaşmakta güçlük çekmekte idiler. Ancak sığınmacı sayısının artışı ve kampların yetersiz kalması üzerine AFAD tarafından 18.01.2013 tarihinde "Suriyeli Misafirlerin Sağlık Hizmetleri Hakkında" 2013/1 numaralı genelge yayımlandı. Bu genelgeye göre kamp dışında yaşayan

sığınmacılar, kayıt yaptırmaları şartıyla geçici yerleşim merkezlerinin yer aldığı 10 ildeki sağlık kurumlarına başvurmaları durumunda önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin masrafları AFAD tarafından karşılanacaktı. Ancak kamp dışında yaşayan mülteciler, sadece bu 10 şehirde değil Türkiye'nin pek çok farklı şehrinde ikamet ettiği için söz konusu düzenleme yetersiz kalmıştır.

Bu satırların yazarlarının yöneticiliğini yaptığı hastanenin bulunduğu ilçe olan Başakşehir, İstanbul'da en fazla sığınmacının barınması nedeniyle bu sorunun en fazla hissedildiği yerlerin başında gelmekteydi. Başakşehir Devlet Hastanesi ilçenin tek hastanesi ve Suriyeli sığınmacıların sağlık sorunları olduğunda ilk sığınacakları sağlık kuruluşu olması dolayısıyla sıkça bu sorunla yüzleşmek zorunda kalmışlardır. O zamanki Başakşehir Kaymakamı (Şimdiki Tokat Valisi) Sayın Cevdet Can Beyefendinin destekleriyle Suriyeli hastalarımızın tedavisini hastanemiz imkânları nispetinde karşılasak da daha ileri tedavi gereken durumlarda sorun

yaşanmaktaydı. Bu sorunun çözümü için Sağlık Bakanlığı yetkilileri ile görüşmeler yapılarak AFAD genelgesinin İstanbul'u da kapsayacak şekilde genişletilmesi için çaba sarf edilmiştir. Bu çabalarımız sonuç vermiş ve nihayet AFAD tarafından 09.09.2013 tarihi ve 2013/8 numaralı yeni bir genelge ile önceki uygulamanın kapsamı 81 ile genişletilmiştir. Bu genelgeye göre Suriyeli sığınmacılardan herhangi bir kampta kayıt altına alınmamış, konaklamasını kendi imkânları ile sağlayan ya da sınırdan acil durumda giriş yapan hastalar, herhangi bir ildeki sağlık kurumuna müracaatı veya nakli halinde, sağlık kurumunca kayıt işlemi yapılırken, eşzamanlı olarak o ilin valiliğince görevlendirilmiş il emniyet müdürlüğü personeli ve il emniyet müdürlüğünce belirlenmiş sabit bir telefon numarası üzerinden 7/24 esasına göre kayıt altına alınarak ücretsiz olarak sağlık hizmeti alabilmekte ve bu hizmetin ücreti kurumun bulunduğu ilin valiliğine fatura edilmektedir. Çeşitli sebeplerle kayıt yaptırmayanlara ise hiçbir hak sağlanamamaktadır. Amaç Suriyeli sığınmacıları eksiksiz kayıt altına almak olsa da bu



Kaynak: GİGM, 2016.



durum herhangi bir gerekçe ile kayıt altına alınmayanların sağlık hizmetine erişememesine sebep olmakta ya da acil sağlık hizmeti görüntüsü altında karşılanmaya çalışılmaktadır.

İlaç Temini ve Yaşanan Sorunlar

AFAD, 2013 yılı Türkiye'deki Suriyeli sığınmacılarla ilgili saha araştırması sonuçlarına göre kamplarda kalanlardan "ilaç erişebiliyorum" diyenlerin oranı kamp dışında kalanlara göre daha fazladır. Bu da bize kamplarda ilaç hizmetinin daha düzgün yürüdüğünü düşündürmektedir (Grafik 2). 22 Ekim 2014 tarihinde yayımlanan Geçici Koruma Yönetmeliği'ne göre hasta katkı payı temel ve acil sağlık hizmetleri ile ilgili tedavi ve ilaçlar için alınmamaktadır. İkincil ve üçüncül sağlık bakımı Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamındaysa ve sevk bir devlet hastanesinden yapılırsa benzer şekilde yönetmelik altında sağlanmaktadır.

Acil dışı sağlık hizmeti alanlar için söz konusu genellere "ilaç, protez diş, gözlük, işitme cihazı gibi malzemelerin Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) belirtilen usul ve esaslara göre temin edilmesi" hükmü getirilmişti. AFAD tarafından 12.10.2015 tarihinde 2015/8 numaralı üçüncü genelge yayımlandı. Genelge doğrultusunda hasta sığınmacıların ilaçlarını serbest eczanelerden alabilmeleri için

15.10.2015 tarihi itibarıyla Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nın MEDULA sistemleri kullanıma açıldı. Suriyeli sığınmacıların eczane giderlerinin ödeme işlemi şu basamaklardan oluşmaktadır:

- Eczaneler belgelerini Ankara İl SGK Müdürlüğüne (ya da SGK'nın belirlediği diğer illerdeki SGK Müdürlüklerine) göndermektedir.
- SGK tarafından gerekli inceleme yapıldıktan sonra ilgili İl AFAD Müdürlüğüne geri gönderilmektedir.
- İl AFAD Müdürlüğü tarafından gelen evrak üzerinde gereken işlemleri yapıldıktan sonra AFAD Başkanlığından ödenek istenmektedir.
- Ödenek geldikten sonra karar ve banka talimat yazısı ile yasal kesintiler yapılarak tahakkuk işlemleri sonrası ödeme işlemleri gerçekleştirilmektedir.

Ancak eczaneler ve hastalar açısından uygulamada yaşanan bazı sıkıntılar Türk Eczacıları Birliği (TEB) tarafından şu şekilde tespit edildi:

- Kimlik bilgileri SGK Provizyon Sisteminde kayıtlı olmayan kişilere ilaç temin edilememesi;
- Bu kişilerin reçetelerinde çıkan fiyat farklarının kimden ve ne şekilde tahsil edileceği konusunda belirsizlik yaşanması;
- Ankara dışındaki eczacıların Ankara İl SGK Müdürlüğü'ne reçete teslimi, reçete

eczane ödemelerinin gecikmesinin sebepleri de şu şekilde tespit edilmektedir: SGK'dan gelen evrakların dijital ortamda gelmemesi ve evrakların İl AFAD Müdürlükleri tarafından yeniden tasnifinin yapılması, fatura bedellerinin icmali oluşturularak gerekli bilgilerin sisteme girilmesi ile tüm eksiklerin tamamlanarak tespiti ve düzeltilmesinin uzun bir süreç içermesidir. İllerdeki AFAD Müdürlüklerinde yeterli personel olmaması bu süreçleri artırmaktadır.

kesintilerine itiraz edebilmeleri için belge teslimi ve kesintilere itiraz sürecinde sıkıntı yaşamaları;

- SGK tarafından 90 günde tamamlanan reçete kontrollerinin İl Valiliklerine gönderildikten sonra kaç gün içerisinde eczacı adına ödeme yapılacağı bilgisinin Genelge'de açıkça belirtilmemesi, bazı bölgelerdeki eczacılarımızın ödemelerinin gecikmesi."

Eczane ödemelerinin gecikmesinin sebepleri de şu şekilde tespit edilmektedir: SGK'dan gelen evrakların dijital ortamda gelmemesi ve evrakların İl AFAD Müdürlükleri tarafından yeniden tasnifinin yapılması, fatura bedellerinin icmali oluşturularak gerekli bilgilerin sisteme girilmesi ile tüm eksiklerin tamamlanarak tespiti ve düzeltilmesinin uzun bir süreç içermesidir. İllerdeki AFAD Müdürlüklerinde yeterli personel olmaması bu süreçleri artırmaktadır. (Gaziantep örneğinde Sayın Vali Ali Yerlikaya'nın özel ilgisiyle başka kurumlardan gönderilen elemanlarla son dönemde ödeme süreleri oldukça kısaltılabiliştir.) Bir başka gerekçe, ödenek beklenmesidir. İl Müdürlükleri evrakı tamamladıktan sonra AFAD'a ödenek talebiyle göndermekte, ödenek geldikten sonra ödeme işlemine geçilmektedir. Bu süreçlerde bazı kişisel kasti kötü davranışlar da geciktirme sebebi olabilmektedir. En önemli sorunlardan biri de eczanelerin SGK ile yaptıkları



türden bir sözleşmenin, AFAD ya da Sağlık Bakanlığı ile yapılmamış olmasıdır ki, eczanelerin belli bir protokole bağlı ve güvenli bir şekilde ilaç ihtiyaçlarını karşılayamamalarına yol açmaktadır.

Türkiye genelindeki tüm eczacıları kapsayan genel bir protokolün AFAD ile yapılmasının gerekliliği TEB tarafından birkaç kez AFAD'a iletilmesine rağmen herhangi bir sonuç alınamamıştı. Bunun üzerine TEB, sığınmacıların ilaç hizmetinin sürdürülebilir olabilmesi konusunda 54 Bölge Eczacı Odasının da imzaladığı "AFAD'a Sesleniyoruz!" başlıklı bir basın açıklamasıyla yaşadıkları sorunları basın mensuplarıyla paylaştı. Açıklamada 31 Mart'a kadar somut bir adım atılmadığı takdirde, bu tarihten sonra mültecilere ilaç temininde ortaya çıkacak sorunlarda bütün sorumluluğun AFAD'a ait olacağını belirtildi. Aynı döneme denk gelen SGK ile TEB arasında yürütülen ilaç alım protokolü görüşmelerinde gündem maddelerinden biri de Suriyeli sığınmacıların ilaçlarının ödemelerinin AFAD yerine SGK tarafından yapılması idi.

Uzun süren SGK-TEB protokol görüşmelerinde iş çıkmaza girince dönemin Başbakanı Ahmet Davutoğlu'nun girişimiyle mutabakata varıldı. Bu protokole göre AFAD reçetelerinin SGK tarafından zamanında incelenmesi ve fatura bedellerin SGK aracılığı ile ödenmesi hususunda çalışma yapılması, bu doğrultuda Kuruma yeni eczacı istihdamının sağlanması konularında mutabakat sağlandı. Reçete incelemelerinin SGK tarafından zamanında incelenmesi ya da fatura bedellerinin ödenmesinin SGK aracılığıyla yapılması konusunda henüz adım atılmamış olması, ödemelerin

zamanında yapılmayacağı endişesiyle eczacıların Suriyeli sığınmacılara ilaç vermekte gönülsüz davranmalarına yol açmaktadır.

Aslında konunun uzamasının zikredilmeyen gerekçesinin 2005 yılındaki Yeşil Kartlıların ilaçlarını serbest eczanelerden almaları sağlandığında yaşanan olumsuz tecrübe olduğunu düşünmekteyiz. Yeşil Kartlıların ilaçlarının nasıl karşılanacağı konuşulurken katkı payı meselesi gündeme geldiğinde dönemin Başbakanı Recep Tayyip Erdoğan'ın "Fakir insanlardan katkı payı alınmaması" ısrarıyla katkı payı alınmadan ilaçların karşılanacağı hükmü getirilmişti. Ancak katkı payı alınmamasının istismar edilmesi ve bir yıllık bütçenin daha yılın ilk üç ayında tükenmesi üzerine katkı payı uygulamasına geçilmişti. Suriyeli sığınmacıların ilaçlarının temininde katkı payının olmamasının 2005 yılındaki Yeşil Kart örneğine benzer bir duruma dönüşmemesi için, %10 gibi düşük bir katkı payının alınması ve eczanelere yapılacak ödemelerin ödeneğe bağlı olmaksızın SGK tarafından ödenmesi halinde eczanelerden ilaç temini daha sorunsuz olarak sağlanabilecektir.

Kaynaklar

AFAD web sitesi (<http://www.afad.gov.tr>) (Erişim Tarihi: 01.07.2016)

Anadolu Ajansı, İHA, NTV Haber, 31 Mart 2016

BMMYK Türkiye, Ocak 2015

Cansu Akbaş Demirel: "İnsan Güvenliği Bağlamında Suriye'den Türkiye'ye 2010 Sonrası Göçler", Akdeniz Üniversitesi Uluslararası İlişkiler Sempozyumu 2014 Bildiri Kitabı, 6-7 Kasım 2014 / Antalya

Ceyda Acar, Dr. Büşra Sandıklı, Dr. Meltem

Bu süreçlerde bazı kişisel kasti kötü davranışlar da geciktirme sebebi olabilmektedir. En önemli sorunlardan biri de eczanelerin SGK ile yaptıkları türden bir sözleşmenin, AFAD ya da Sağlık Bakanlığı ile yapılmamış olmasıdır ki, eczanelerin belli bir protokole bağlı ve güvenli bir şekilde ilaç ihtiyaçlarını karşılayamamalarına yol açmaktadır.

Mücaz, Dr. Zekiye Ülger, Yrd. Doç. Dr. Perihan Torun; İstanbul'da Yaşayan Geçici Koruma Altındaki Suriyeliler İhtiyaç Analizi Raporu, Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul - Ocak 2015.

Demet Şenbaş; "Türkiye-Suriye İlişkileri: Türk Dış Politikasında Kırılma Noktası", Akdeniz Üniversitesi Uluslararası İlişkiler Sempozyumu 2014 Bildiri Kitabı, 6-7 Kasım 2014 / Antalya

Derya Kap; Suriyeli Mülteciler: Türkiye'nin Müstakbel Vatandaşları, Akademik Perspektif, Aralık 2014, 30-35.

Görkem Birinci, Hüsnüye Akıllı, H. Serkan Akıllı, Abdullah Dirkoç; Nevşehir Valiliği İl İnsan Hakları Kurulu Geçici Koruma Altındakiler, Sığınmacılar, Göçmenler ve Mülteciler Raporu, Ocak 2016.

İGAM Sivil Toplum Örgütlerinin Türkiye'deki Suriyeli Mülteciler İçin Yaptıkları Çalışmalar ile İlgili Rapor, 2013.

Mehmet Güçer, Sema Karaca, O. Bahadır Dinçer; Sınırlar Arasında Yaşam Savaşı Suriyeli Mülteciler Alan Araştırması, USAK Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ocak 2013

Ömer Yavuz; "Türkiye'deki Suriyeli Mültecilere Yapılan Sağlık Yardımlarının Yasal ve Etik Temelleri", Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Yıl: 2015, Cilt: 12, Sayı: 30, s. 265-280.

Savaş, Göç ve Sağlık, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, Şubat 2016.

Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ocak 2014, Ankara

http://www.bbc.com/turkce/haberler/2015/10/151008_multeciler_saglik (Erişim Tarihi: 01.07.2016)

<http://www.teb.org.tr/news/7128/sgk-protokol%C3%9C-%C4%B0mzalandi> (Erişim Tarihi: 01.07.2016)

<http://www.hakimiyetgazetesi.com/haber/eczacilardan-afada-tesekkuz-ziyareti-haberi-7042.html> (Erişim Tarihi: 01.07.2016)

<https://www.afad.gov.tr/tr/IcerikDetay1.aspx?icerikID=747&ID=16> (Erişim Tarihi: 01.07.2016)

Göç ve müzik

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 ilaç ve Eczacılık Genel Müdür Yardımcısı olarak geçti (2008). Tıbbi farmakoloji alanında doçent unvanını aldı (2011). Halen Medipol Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO Müdürü ve Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi olan Dr. Özbek, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Göç, Türk Dil Kurumu sözlüğünde “ekonomik, toplumsal, siyasi sebeplerle bireylerin veya toplulukların bir ülkeden başka bir ülkeye, bir yerleşim yerinden başka bir yerleşim yerine gitme işi, taşınma, hicret, muhaceret” olarak tanımlanmıştır. Kavimlerin ve dini cemaatlerin göçlerinden tutun da ailelerin bir evden başka bir eve göçüne, hatta kuşların bir coğrafyadan başka bir coğrafyaya göçüne kadar her bir göç, insan zihninde müspet veya menfi pek çok iz bırakmıştır. Göç olgusu tarih, coğrafya, arkeoloji, sosyoloji, psikoloji gibi pek çok bilim alanının araştırma konusu olmuş; edebiyat, müzik gibi sanat alanlarının önemli temaları arasında yerini almıştır. Evdeki televizyonun göçü (yerinin değiştirilmesi) bile evin tüm havasını değiştiriyor iken, canlıların topluca göçünün oluşturacağı etkilerin yekünü herhalde muazzam olacaktır. Bu da göçün, birbirinden farklı pek çok bilim ve sanat alanını neden ve nasıl etkilediğinin bir açıklaması olarak kabul edilebilir. Gelişen iletişim araçları (internet, televizyon, sinema) sayesinde göç kavramı da günümüzde evrilmekte. Artık “insanların göçü” yerine “bilginin insanlara göçü” şeklinde ifade edilebilecek bir göç olgusu ile de karşı karşıya olduğumuz söylenebilir.

Göç, bir coğrafyanın bitki örtüsü çeşit-

liliğini dahi etkileyebilmektedir. Kuşların ilkbahar ve sonbahar mevsimlerinde güneyden kuzeye ve kuzeyden güneye göçü, örneğin Anadolu'nun bitki örtüsünü diğer pek çok coğrafi bölgeye göre daha zengin bir hale getirmiştir. Anadolu, kuşların göç yolları üzerinde bulunan önemli bir coğrafi alan olduğu için mesela Afrika'dan kalkan kuşların, oradaki çeşitli bitkilerin tohumlarını kursaklarında taşıyarak Anadolu'da bıraktığı, böylece Anadolu bitki örtüsünün örneğin Avrupa'ya göre çok daha zengin olduğu bilinmektedir.

Göç, kimya biliminin dahi belki de en önemli konularından biridir. Çeşitli atom veya moleküllerin göçü (birbirlerinin alanına girmesi), kimya biliminde sayılamayacak kadar çok olaya sebep olmaktadır. Bu sayede bugün bildiğimiz ve henüz bilemediğimiz pek çok karışım alaşım, bileşik ve çözeltiler meydana gelmektedir. Örneğin demir elementi tek başına sadece demir iken; oksijen, kükürt (küherçile) ve karbonun demirin içine göç etmesi durumunda ortaya “çelik” denilen bir karışım çıkmaktadır. Çelik artık ne demirdir, ne oksijen, ne kükürt ve ne de karbon. Ama bu sayılan elementlerin hiçbirinde bulunmayan yepyeni özelliklere sahip bambaşka bir göç (ve de güç) ürünüdür. Bu yönüyle bakıldığında çelik, -yani bir göç ürünü- medeniyetleri derinden etkileyen, savaşların kaderini değiştiren, saatlerin

zembereğinden arabaların çelik jantına kadar pek çok şeyi meydana getiren bir araçtır artık.

Peki, çelikten çok daha karmaşık bir yapıya sahip olan insan olgusu; kültürü, dili, dini, yaşam tarzı ve hayalleri ile birlikte bir yerden başka bir yere göç ettiğinde neler olacaktır bir tahayyül edin! Hz. Adem ve Hz. Havva'nın Cennet'ten dünyaya indirilmesi (göçü), Buzul çağıının sona ermesi sonrası bir kısım insanın Amerika kıtasına göç etmesi, Yahudilerin Filistin'den çıkıp tüm dünyaya yayılması, Türklerin Orta Asya'dan Asya ve Avrupa kıtalarına göçü, Hz. Muhammed (SAV) ve ashabının Mekke'den Medine'ye hicreti, Moğol istilâsı, Haçlı Seferleri, Afrikalı insanların Avrupa ve Amerika'ya köle olarak göç ettirilmesi, Avşarlar'ın iskan meselesi yüzünden Anadolu'nun çeşitli yerlerine göçü, Çerkezlerin Rusya'dan Anadolu'ya göçü, Balkan Savaşı sonrasında Balkanlar'dan Anadolu'ya göç, Anadolu'dan Avrupa'ya Türk işçilerinin göçü, Türkiye'de köyden kente, özellikle de İstanbul gibi büyük merkezlere göç, ve nihayetinde günümüzde Suriyelilerin Türkiye, Ürdün ve Avrupa'ya göçü nelere sebep olmuştur ve daha nelere sebep olacaktır? Peki ya insanın bu dünyadan ahirete göçü?

Göç kavramının aslında ne kadar geniş ve derin manalar ihtiva ettiğini; ne derin, tahmin edilmesi ve önüne geçilmesi



neredeyse imkânsız sonuçlara sebep olabileceğini anladıkça insan hayretten hayrete düşmekte; dünyadaki tüm gelişmelerin ana kaynaklarından birini “göç” olarak kabul etmenin hiç de yanlış bir kanaat olmayacağı aklı yatmaktadır. İşte böyle bir kavramı tüm yönleriyle ele almanın zorluğunu baştan kabul etmek ve çizmeyi aşmamak adına göçü, sadece bir yönüyle ve o da kendi sığ bilgi ve birikimimizin izin vereceği ölçüde ele almak durumunda olduğumuzu hissediyoruz. Şimdiden bütün eksiklerimiz ve kusurumuz için okurdan özrümüzün kabulünü istirham ederiz.

Yazının başlığından da anlaşılacağı gibi işleyeceğimiz konu “göç ve müzik” etrafında dönüp dolaşacaktır. “Dünyada tek bir millete veya kültüre ait olmayan bir şey söyleyin” denilse, buna verilecek ilk örnek herhalde “müzik” olacaktır. Çünkü hiçbir müzik türü yalnızca bir millete mâl edilememekte. Müzik, Sümerlerden (onların kimden aldığını henüz bilmiyoruz) Akadlara ve Babil’e, oradan değişerek ve gelişerek Mısır’a, ardından Anadolu ve Eski Yunan’a ve sonunda günümüze kadar uzanmaktadır (müziğin göçü). Örneğin piyano sazı, sanki bir Batı medeniyeti (Avrupa medeniyeti) buluşu gibi algılanmakta; Avrupalıların bir anda ortaya koyduğu ve o güne kadar kimsenin akledemediği bir buluş gibi gelmektedir insana. Hâlbuki Eski Çin Müziğinde de örneklerine rastladığımız

ve bugünkü santuru andıran çalgılar tarih boyunca çeşitli milletlerin müziklerinde yer almakta olup bugünkü piyanonun da altyapısını oluşturmuştur. Osmanlı’da santur adı ile bir süre kullanılmış olan bu saz, günümüzde İran’da halen kullanılmakta olup ülkemizde bilinen en ünlü icracısı Santûrî Ethem Bey (1855-1926), halen yaşayan icracısı ise bestekâr Dr. Ümit Mutlu’dur (1939-). Aynı sazın Avrupa’da da eskiden kullanıldığı çeşitli resimlerde gözükmemekte olup şimdiki kanun sazına ve piyanoya ilham verdiği bellidir. Avrupa’ya herhalde Haçlı Seferleri sırasında geçmiş olmalıdır. Nitekim bir piyanonun kapağı kaldırılıp içerisi incelendiğinde, santur benzeri uzunlu kısıklı bir tel sisteminin üzerine birer tokmak ve bu tokmakların her birinin bağlı olduğu birer piyano tuşu düzeneğine sahip olduğu görülmektedir. Dolayısı ile piyano, tokmak ve tuş düzeneği ile Avrupa medeniyetine, tel düzeneği ile de Doğu medeniyetine ait bir sazdır denilebilir. Biri olmadan diğerini yapmak mümkün olamayacağına göre; “piyano sazı aslında hangi medeniyete aittir?” sorusu anlamını yitirmekte ve “piyano sazı pek çok medeniyetin ortak malıdır” sonucu ortaya çıkmaktadır.

Vurmalı çalgıların (davul, zil vs.) Avrupa Müziği’ne Osmanlı’nın mehter müziğindeki vurmalı çalgılardan ilham alınarak (bu çalgıların Avrupa’ya göçü ile) girdiği bilinmektedir. Ancak çeşitli

Demir elementi tek başına sadece demir iken; oksijen, kükürt ve karbonun demirin içine göç etmesi durumunda ortaya “çelik” denilen bir karışım çıkmaktadır. Çelik artık ne demirdir, ne oksijen, ne kükürt ve ne de karbon. Ama bu sayılan elementlerin hiçbirinde bulunmayan yepyeni özelliklere sahip bambaşka bir göç (ve de güç) ürünüdür. Peki, çelikten çok daha karmaşık bir yapıya sahip olan insan olgusu; kültürü, dili, dini, yaşam tarzı ve hayalleri ile birlikte bir yerden başka bir yere göç ettiğinde neler olacaktır bir tahayyül edin!



davul ve zillerin birliğinden meydana getirilen “bateri sazı”nın kime ait olduğu sorusunun, piyanoda olduğu gibi, hem Doğu hem de Batı medeniyetlerinin ortak malıdır şeklinde cevaplanması herhalde daha uygun olacaktır.

Telli çalgıların binlerce yıldır kullanıldığı, her bir medeniyette şekilden şekle girerek farklı isimler aldıkları bilinmekte; pantur, tambur, sitar, gitar, bağlama, ud, lut, lavta gibi isimler altında Sümer, Hint, Türk, Avrupa gibi coğrafya ve medeniyetlerde kendini göstermektedir. Örneğin ud sazı üzerinde Farabi (870-951) tarafından önemli değişiklikler yapıldığı, bu gelişmiş udun Endülüslü Emevileri aracılığıyla (Emevilerin Avrupa'ya göçü) İspanya'ya götürüldüğü; burada lut, lavta isimleri altında üzerinde epeyce bir değişiklik yapıldıktan sonra bugünkü gitara dönüştürüldüğü bilinmektedir. Gitar sazı da görüldüğü gibi göç neticesinde ortaya çıkmış yeni bir üründür. Gitar, artık ne bir ud ne bir lut ne de bir lavtadır; bilakis hepsinin evrimiyle oluşmuş yepyeni bir

sazdır. Gitar tek başına ne Farabi'ye, ne Endülüslü Emevilerine ve ne de İspanyollara ait değildir. Gitarın göç sayesinde evrimleştiği ve bu sayılanların hepsine ait ortak bir ürün olduğu rahatça söylenebilir.

Afrika Müziği, ritim yönüyle dünyadaki en zengin müziklerden biridir. Örneğin 1900'lü yıllara kadarki Avrupa Müziği ritim yönüyle Afrika Müziği'nin yanına bile yaklaşamaz. Bilim ve teknolojiye belirli bir seviyeyi yakalayamayan medeniyetlerde müziğin gelişmiş olması pek rastlanan bir şey değildir. Bu yönüyle bakıldığında Afrika'da (Kuzey Afrika haricinde kalan Afrika'da), şimdilik bilinmeyen bir zamanda, son derecede gelişmiş bir medeniyetin veya medeniyetlerin olduğu ve bu medeniyetlerin bir sonucu olarak Afrikalıların gelişkin bir müziğe sahip oldukları; çeşitli sebeplerle (savaşlar, afetler, belki de göçlerle) bu medeniyet(ler)in unutulup şimdiki Afrika'nın şekillendiği düşünülebilir. Henüz Afrika'da (Mısır ve civarı hariç) ciddi arkeolojik araştırmaların yapıldığını

Piyano Avrupa'ya herhalde Haçlı Seferleri sırasında geçmiş olmalıdır. Nitekim bir piyanonun kapağı kaldırılıp içerisi incelendiğinde, santur benzeri uzunlu kısıklı bir tel sisteminin üzerine birer tokmak ve bu tokmakların her birinin bağlı olduğu birer piyano tuşu düzeneğine sahip olduğu görülmektedir. Dolayısı ile piyano, tokmak ve tuş düzeneği ile Avrupa medeniyetine, tel düzeneği ile de Doğu medeniyetine ait bir sazdır. Tükenmeye yüz tutan Batı Müziği'ne 1900'lerin başında “ilkel” Afrika'nın Amerika'daki köleleştirilmiş insanları tarafından can suyu verilip böylece Afrika Müziği'nin zengin ritimleriyle beslenmiş blues ve caz gibi müzik türlerinin ortaya çıkmasını da, göçün müziğe etkilerine örnek olarak gösterebiliriz.

bilmiyoruz. Afrika kıtasında halen süren savaşlar bitip de kıta ülkeleri kendilerine gelmeye başladığında, elbette tüm kıtayı kapsayacak ciddi arkeolojik araştırmalar yapılmaya başlanabilecektir. Bu araştırmaların sonucunu merakla bekliyoruz, çünkü bu araştırmalarla Sümerlerden bile öncesine gidilebilecek verilere erişilebileceği hissine kapılıyoruz. (Böyle bir sonucun ortaya çıktığını, Avrupa ve Amerika'nın “ilkel” diye yaftaladığı Afrika'nın bugünkü Batı medeniyetinin temellerine katkıda bulunduğunu hayâl edelim. Bu durumda “beyazlar”ın “siyahlar” karşısında ne renk alacağını okurların hayâl dünyasına bırakıyoruz.) Tükenmeye yüz tutan Batı Müziği'ne 1900'lerin başında “ilkel” Afrika'nın Amerika'daki köleleştirilmiş

insanları tarafından can suyu verilmiş; böylece Afrika Müziği'nin zengin ritimleriyle beslenmiş blues ve caz gibi müzik türleri meydana getirilmiştir.

Türklerin Orta Asya'daki müziği hakkında bilgi sahibi olmak için bugünkü Orta Asya'da yaşayan Türklerin müziğini incelemek kısmen de olsa yeterli olabilir. Bu müziğin Türkiye'deki Türk Halk Müziği ve Türk Sanat Müziği ("Türk Sanat Müziği" yerine "Türk Makam Müziği" denilmesi daha doğru olacaktır) ile fazlaca bir benzerliği olmadığı da bu müzikleri dinleyen hemen herkesin ortak kanaatidir. Öyleyse Türk Halk Müziği ve Türk Makam Müziği kime aittir sorusu akla gelecektir. Türkler Orta Asya'dan Anadolu'ya geldiklerinde elbette ki kendi müziklerini de beraberlerinde getirdiler. Nasıl ki Anadolu'ya geldiklerinde her biri çekik gözlü iken artık bu özelliklerini neredeyse kaybettiler ise; getirdikleri (Anadolu'ya göç ettirdikleri) müzik de Anadolu ve çevresinde bulunan medeniyetlerin müzikleri ile karışıp bugünkü halini almıştır. Genel itibarıyla beş sesli (pentatonik) müzik sistemine sahip Orta Asya Türk Müziği, Anadolu'da 53 komalı ses sistemine dönüşürken, sazları da zenginleşmiş olup klasik kemençe (tırnak kemençesi), Karadeniz kemençesi, ney, kanun, santur, ud, mey, tulum gibi sazların bu coğrafyada Türk Müziğine eklendiği söylenebilir. Bu bilgiler kısmen eksik veya yanlış da olabilir. Çünkü Türklerin Orta Asya'dan Anadolu'ya tam olarak neleri getirdiğini net bir şekilde henüz söyleyemiyoruz. Organoloji (çalıcı bilgisi) çalışmaları ilerledikçe bu bilgiler elbette daha doğru bir temele oturacaktır. Sonuçta göçe bağlı olarak Anadolu'da Türk Halk Müziği ve Türk Makam Müziği adı altında bambaşka bir müzik anlayışı ortaya çıkmış olup, Selçuklu Devleti ve Osmanlı İmparatorluğu dönemlerinde şekillenen bu anlayışın kendini meydana getiren diğer medeniyetlerin müziklerine göre daha da gelişkin olduğu söylenebilir. Dolayısıyla göçün, müziğin farklılaşmasına hatta gelişimine müspet yönde katkıda bulunabileceği bu örneğe bakılarak rahatça söylenebilir.

Karadeniz yöresindeki tulum sazı ile İskoçların gaydası arasındaki benzerlik mutlaka dikkatinizi çekmiştir. Bu sazın Haçlı Seferleri (göçü) ile ilgisi (İskoçların mı Anadolu'dan tulumu aldıkları yoksa Karadeniz halkının mı gaydayı İskoçlardan aldığı) yine araştırmaya muhtaç bir konu olarak durmaktadır. Belki de kökleri Sivas'a dayanan Keltler (bugünkü İrlandalılar) binlerce yıl önce Anadolu'dan İngiltere'ye göçmek suretiyle bu sazı taşımış, orada İskoçların sahiplenmesiyle gayda sazı günümüze kadar gelmiş de olabilir.

Anadolu insanının köylerden kentlere,

özellikle de İstanbul'a göçü sonrası ortaya çıkan Arabesk müzik yine bir göç ürünü olarak kabul edilebilir. Bu müzik, ne bir Türk Halk Müziği, ne de bir Türk Makam Müziği'dir. Ama arabesk, her iki müzik türünü de içinde barındırabilen, Anadolu'nun çevresindeki ülkelerin müziklerinden ve ayrıca Avrupa Müziği'nden de etkilenmiş karma bir müziktir denilebilir. Arabesk müziğin sanat değeri, getirdikleri ve götürdükleri ise ayrı bir tartışmanın konusudur. Ama köyden kente göçün bir ürünü olduğu aşîkârdır.

Türkiye'den Japonya'ya kadar pek çok ülkede Batı Müziği orkestraları, opera binaları ve bale gösterilerinin yapıldığı salonlar mutlaka dikkatinizi çekmiştir. Ayrıca hepsinin devlet tarafından desteklenmesi de ayrıca dikkat çekicidir. Bu durum "evrensel müzik denilince mutlaka Batı Müziği (Avrupa Müziği) akla gelmelidir, diğer müzik türleri yöreseldir" anlayışının adeta gözlere sokulurcasına dayatıldığının açık bir göstergesidir. Bu müziği sevmek, dinlemek, zevk alınmasa bile alınıyormuş gibi yapıp konserlerine gitmek, diğer insanların yanında daha bir elit görünme, onlara karşı bir üstünlük sağlama aracı olarak halen kullanılmaktadır. Hâlbuki bugün Batılıların bile konser salonlarını neredeyse boş bıraktığı, Avrupa'da opera salonlarının eski günlerini yıllardır mumla aradığı, tükenmiş bir kültürün ürünleridir bunlar. Avrupa'nın en azından 200 yıldır uyguladığı kültür emperyalizminin, başka bir deyişle kültür göçünün sonucu olarak bu tür uygulamalar diğer milletlerin kültür genlerine enjekte edilmiştir. Bunun sonucu olarak Avrupa dışındaki diğer orijinal kültürlerin gördüğü zarar çok büyüktür ve telafisi de mümkün gözükmemektedir. Bu da göçün insanlığa aynı zamanda zarar da verebileceğine dair bir örnek olarak verilebilir..

Günümüzde göç, insanların yalnızca yerlerini değiştirmekle olmamakta, iletişim imkanlarının (sinema, televizyon, internet) gelişmesiyle birlikte, artık insanların bir yerden başka bir yere göçü yerine, "bilgi ve kültürün insana göçü" şeklinde de meydana gelmektedir. Müzik açısından bakıldığında ise örneğin pop müzik denilen müzik türü bütün dünyaya hızla yayılmakta, yeni çıkan bir pop müziği ürünü özellikle gençler arasında saatler içerisinde tüketilmektedir. Pop müziğinin sanat değeri ve medeniyete katkısı soru işaretleri ile dolu olup aynı şekilde yukarıda bahsedilen Arabesk müziğin müspet veya menfi katkısı da tartışmalıdır. Dolayısı ile göçün her zaman yenilik ve müspet gelişim yerine bazen yozlaşmaya da neden olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Biraz da göç türkülerinden söz edip yazıyı hitama erdirelim. Kırşehirli

Muharrem Ertaş'a ait uzun hava, Avşar Türkmenlerinin Anadolu'da iskân edilmesi konusunda Osmanlı ile aralarında çıkan anlaşmazlığa vurgu yapan, Halk Müziğimizin göç konulu en güzel eserlerinden biridir:

Kalktı göç eyledi Avşar Elleri
Ağır ağır giden eller bizimdir
Arap atlar yakın eder ırağı
Yüce dağdan aşan yollar bizimdir

Belimizde kılıcımız Kirmani
Taşı deler mızrağımın temreni
Hakkımızda devlet etmiş fermanı
Ferman Padişahın, dağlar bizimdir

Dadaloğlu'm bir gün kavga kurulur
Öter tüfek davlumbazlar vurulur
Nice koçyiğitler yere yerilir
Ölen ölür, kalan sağlar bizimdir

Hıdır Ersoy ve Muazzez Turin aracılığıyla repertuvarımıza kazandırılmış ve sözleri Pir Sultan Abdal'a ait bir Erzincan/Tercan Türküsü:

Şu karşı yaylada göç kater kater
Bir güzel sevdası serimde tüter
Bu ayrılık bana ölümden beter
Geçti dost kervanı eyleme beni

Şu benim sevdiğim başta oturur
Bir güzelin derdi beni bitirir
Bu ayrılık bize zulüm getirir
Geçti dost kervanı eyleme beni

Pir Sultan Abdal'ım kalkın aşalım
Aşıp yüce dağı engin düşelim
Çok nimetin yedik helallaşalım
Geçti dost kervanı eyleme beni

Yunus'suz yazının tadı mı olurmuş deyip
Yunus Emre (KS)'den bir ilahi ile söze son verelim:

Ah nice bir uyursun uyanmaz mısın
Göçtü kervan kaldık dağlar başında
Çağırışır tellallar inanmaz mısın
Göçtü kervan kaldık dağlar başında

Emir hac göçeli hayli zamandır
Muhammed cümleye dindir imandır
Delilsiz gidilmez yollar yamandır
Göçtü kervan kaldık dağlar başında

Yunus sen bu dünyaya niye geldin
Gece gündüz Hakkı zikretsin dilin
Evliyaya uğramaz ise yolun
Göçtü kervan kaldık dağlar başında

Küresel sağlık sorunları ve sağlık diplomasisi

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. 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. Bu görevi 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesine geçen Hayran, Yeditepe'de Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Hayran, halen Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

Yetmişli yılların sonunda önce neoliberal politikalarla ekonomik alanda gündeme gelen; daha sonra siyasi, sosyal ve kültürel alanlarda yaygınlaşan ve bilişim teknolojilerindeki gelişmelerle hayatın her alanına egemen olan **küreselleşme**, sağlık üzerindeki etkileri açısından önemli bir süreçtir. Küreselleşmenin toplum sağlığı üzerinde olumlu etkileri, her türlü bilgi ve teknolojiye kolay ulaşma imkânı sağlaması ile sınırlı kalırken, olumsuz etkileri sayfalar dolusu listelemeyi mümkün kılacak kadar fazla olmuştur. Ekonomik küreselleşmenin en önemli sonucu olan eşitsizliklerin artması, sağlık alanında da ortaya çıkmış, hem yoksul ülkeler ile zengin ülkeler arasındaki, hem de aynı ülkenin yoksulları ile zenginleri arasındaki sağlık düzeyi farkı açılmıştır.

Doğumda yaşam beklentisi 1990-2013 yılları arasında tüm dünyada 6,2 yıl, sağlıklı yaşam beklentisi (HALE) ise 5,4 yıl artmış, yani yaşam beklentisi artmakla birlikte hastalıklı ve engelli geçirilen süreler de uzamıştır. Öte yandan Sahra-Altı Afrika ülkelerinde doğumda yaşam beklentisindeki artış bile belirgin şekilde yavaş olmuştur ve buralarda erken ölümlülük hala diğer bölgelerden çok daha yüksektir (1). Ülkeler arasında özellikle bulaşıcı hastalıklara, savaşa, şiddete, doğal afetlere bağlı ölümler ile analık ve erken çocukluk dönemine

ilişkin ölümler açısından ciddi farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıkların ülkeler içerisindeki gelir eşitsizliğini gösteren Gini katsayısı ile yakından ilişkili olduğu dikkati çekmektedir. Yani gelir eşitsizliği ne kadar fazla ise bu sorunlar nedeniyle ölümler de o denli fazla olmaktadır (2). Küreselleşme ile birlikte eskiden ağırlıklı olarak güney yarım-kürenin önemli sorunları olan bulaşıcı hastalıklar kuzey yarım-küreye, kuzey ülkelerinin yaşam biçimleri ile ilişkili olan bulaşıcı olmayan hastalıkları güneye yayılmış, bir anlamda sorunlar da küreselleşmiştir.

Ekonomik küreselleşmenin en önemli sonuçlarından birisi olan tüketim toplumlarının yaygınlaşması ve küresel tüketim artışı, doğal kaynakların hızla azalmasına, çevrenin tahrip edilmesine neden olmuştur. Dünya Doğal Hayat Vakfı tarafından 2015 yılında yayımlanan rapora göre, 1970-2010 arasındaki 40 yıl içerisinde tatlı sulardaki canlı türlerinde %76, tuzlu sulardaki canlı türlerinde %39, karada yaşayan canlı türlerinde %39'dan fazla kayıp olmuştur (3). Aynı vakıf tarafından yapılan saptamalara göre küresel kirlenme bu hızla devam ederse 2030 yılında yaşamımızı sürdürebilmemiz için dünya gibi iki gezegene daha ihtiyacımız olacaktır. Klorlu fluoro karbonların denetimsiz kullanımı nedeniyle ozon tabakası incelmıştır. Buna bağlı olarak önümüzdeki yıllarda özellikle kentsel kesimlerde akciğer enfeksiyonlarının,

cilt kanserleri ve kataraktın artması söz konusudur.

Küreselleşmenin en belirgin sonuçlarından birisi olan "ulus devlet" anlayışının ortadan kalkması, yerel etnik gruplar arasında milliyetçilik hareketlerinin artışını körüklemiştir. Başka bir deyişle bir yandan ülkeler arasındaki coğrafi ve politik sınırlar ortadan kalkarken, bir yandan da yerel etnik grupların kimlik arayışı ve bağımsızlık talepleri gündeme gelmiştir. Bunun doğal sonucu olarak son yıllarda Balkanlar, Kafkaslar ve Ortadoğu başta olmak üzere pek çok bölgede silahlı çatışmalar yaşanmış ve yaşanmaya devam etmektedir.

Diğer yandan "terör" ve terörle mücadele şekli değişmiştir. Özellikle New York'taki ikiz kuleler saldırısından sonra Afganistan ve Irak'a yapılan müdahaleler, "Arap Baharı" sözcükleri ile özetlenebilecek bir dizi rejim kargaşaları, küresel güçlerin oyun alanına dönüşen Suriye iç savaşı ve çeşitli ülkelerde ortaya çıkan bombalama eylemleri, bazılarının göre adı konulmamış üçüncü dünya savaşının görüntüleridir. Yeni savaşın teröristleri, başta bilgi ve iletişim teknolojileri olmak üzere, küreselleşmenin araçlarından sonuna kadar yararlanmakta, hangi ülkeye ait olduğu ve neye hizmet ettiği belli olmayan yeni nesil küresel terör örgütleri dünyanın her yerinde terör

Küresel kirlenme bu hızla devam ederse 2030 yılında yaşamımızı sürdürebilmemiz için dünya gibi iki gezegene daha ihtiyacımız olacaktır. Klorlu fluoro karbonların denetimsiz kullanımı nedeniyle ozon tabakası incelmıştır. Buna bağlı olarak önümüzdeki yıllarda özellikle kentsel kesimlerde akciğer enfeksiyonlarının, cilt kanserleri ve kataraktın artması söz konusudur.

estirilebileceğinin örneklerini sergilemektedir. Buna tepki gösteren ya da bunu fırsat bilen çeşitli devletler ise, sözde terörü önlemek ama özde güç alanlarını genişletmek uğruna başka ülkeleri işgal edebilmekte, her türlü insan hak ve özgürlüklerini bir çırpıda askıya alabilmektedir. Halen milyonlarca insan savaş ve silahlı çatışmalar nedeniyle göçmen konumundadır. Bunların sağlık sorunları yerleşik insanlara kıyasla çok daha büyük boyutlarda olup, bu gidişle artmaya da devam edecektir.

Kısaca özetlemeye çalıştığım küresel sağlık sorunları tek bir ülkenin ya da bir ülke grubunun sorunu olmayıp tüm insanlığı tehdit eder niteliktedir. HIV/AIDS, SARS, domuz gribi gibi hastalık salgınları sınır tanımadan yayılmakta, bir kısım insanların bilinçsiz kullanımına bağlı olarak gelişen antibiyotik direnci tüm insanlığın antibiyotiklerden mahrum kalması sonucuna yol açabilmekte, tüketim toplumlarının neden olduğu çevre sorunları ve küresel ısınma aslında açık çeken toplumları da etkileyebilmektedir. Dünyanın bir kısmının daha konforlu yaşaması için yürütülen petrol ve doğalgaz savaşları, yüzbinlerce insanın ölümüne, milyonlarcasının mülteci konumuna gelmesine neden olmaktadır.

Özetle, yerküre üzerindeki hiçbir toplumun ortaya çıkan küresel sorunlardan muaf olması, güvenlikçi politikalarla, önleyici savaşlarla ya da kapatılan sınırlarla kendisini koruması mümkün görünmemektedir. Küresel sağlık yönetimi ve sağlık diplomasisi kavramları bu gerçekler nedeniyle ortaya çıkmış kavramlardır.



Küresel Sağlık Yönetişi ve Sağlık Diplomasisi

Küresel yönetim ve diplomasi kavramlarının geçmişi daha eski olmakla birlikte “küresel sağlık yönetişi” ve “sağlık diplomasisi” kavramları son on yıl içerisinde önem kazanan kavramlardır. PubMed kapsamındaki yayınlarda ilk kez 2000 yılında kullanılmaya başlanan “küresel sağlık yönetişi” konusunda son on yılda yapılan yayın sayısı 130’a ulaşmıştır. Benzer şekilde ilk kez 2001 yılında makale konusu olan “sağlık diplomasisi” kavramı, son on yılda 115 yayının konusu olmuştur.

Küresel yönetim, “sınırlar ötesindeki ilişkilerin egemen bir güce, bir iktidara

bağlı olmadan yönetilmesi” olarak tanımlanmaktadır (4). Bu kavramın “küresel hükümet” ile karıştırılmaması özellikle önem taşımaktadır. Küresel hükümet, her türlü küresel düzenleme ve faaliyetin bir otorite tarafından yapılmasını, yaptırımların bulunmasını ve denetim için örneğin polis örgütü gibi zorlayıcı veya caydırıcı unsurların bulunmasını gerektirmekte iken, küresel yönetim, paylaşılan ve üzerinde anlaşılacak ortak amaçlar doğrultusunda sürdürülen, kesinlikle polis gücü gibi zorlayıcı güce dayanmayan bir takım faaliyetlere verilen isimdir (5). Küresel yönetimin bir diğer özelliği “hükümet dışı kuruluşlar ile işbirliği” olarak öne çıkmaktadır (6). “Küresel sağlık yönetişi” ise, henüz üzerinde görüş birliği sağlanmış bir



Yeni dünya düzeninde sağlık diplomasisi, ülkelerin yumuşak gücünün en önemli birleşenlerinden birisi olarak ön plana çıkmaktadır. Nitekim gelişmiş ülkelerin neredeyse tamamının bu amaçla kurulmuş birer devlet kuruluşu bulunmaktadır. ABD'deki USAID, Danimarka'daki DANIDA, Japonya'daki JICA, ülkemizdeki TİKA, uluslararası yardımlaşma ve dayanışmayı hedefleyen devlet kuruluşlarının bazı örnekleridir. Bu kuruluşların faaliyetlerine bakıldığında, sağlık konularının payının sürekli olarak artmakta olduğu dikkati çekmektedir.

tanımı olmamakla birlikte "sağlıkla ilgili sorunlar konusunda, uluslararası ve uluslar ötesi bağımlılığın gerektirdiği ortak düzenlemelerin yapılması için gereken tüm çabalar" anlamına gelmektedir (7).

Gerek küresel yönetim, gerekse küresel sağlık yönetimi tanımlarının vurguladığı ortak nokta, küresel sorunların çözümü konusunda artık hükümetlerin ve uluslararası kuruluşların, örgütlerin yeterli olamayacağı, mutlaka uluslar üstü ve sivil toplumu da kapsayan yapılanmalara yer verilmesi gerektiği konusudur. Bunu başarmak için şimdiye kadar geliştirilmiş en önemli araç ise **diplomasi**dir.

Diplomasi kavramı ülkeler arasındaki sorunların savaş yerine karşılıklı görüşmeler, değiş tokuşlar ve uzlaşmalar yoluyla daha rahat çözülebileceği fikrinden hareketle ortaya çıkmıştır. Başlangıçta sınır güvenliği, ticaret gibi konularda önem taşıyan diplomasi, zaman içerisinde bulaşıcı hastalık salgınları, çevre kirlenmesi gibi sorunların da güvenlik sorunu haline dönüşebilmesi nedeniyle sağlık konularında da gündeme gelmiştir. Hastalıkların ve hastalık etkenlerinin sınır tanımamaları, güvenlikçi yaklaşımlardan fazlaca etkilenmemeleri, bu alanın sadece devletlerin değil, özel kuruluşların, bireylerin ve sivil toplumun da faaliyet alanı olması, sağlık alanındaki diplomasi-nin önemini arttırmıştır. Günümüzde tüm bu ilişki dinamiklerinin sağlıklı yürümesi

için kullanılan kavram "**küresel sağlık diplomasisi**" kavramıdır. Diplomasi sadece sorunların çözümü için görüşmeler yapmak, uzlaşma zeminleri ve işbirliği yolları aramaya çalışmaktan ibaret olmayıp, bu uzlaşma ve işbirliğini sürekli kılmak için gerekli olan izleme, denetleme, gerekli durumlarda yasal düzenleme gibi bir dizi faaliyeti de kapsamaktadır. Halen bu işlevlerin koordinasyonunu üstlenmiş olan başlıca uluslararası örgütler Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile Dünya Ticaret Örgütüdür (DTÖ).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948 yılında faaliyete geçmesi ile birlikte uluslararası sağlık konularında kabul gören kalıcı bir örgütlenme yoluna gidilmiş olsa da bu çalışmaların küresel bir nitelik kazanması 1980'li yıllardan itibaren hızlanmıştır. Bu dönemde, gerek Sovyet sisteminin çözülmesi ve soğuk savaş döneminin kapanması, gerekse neoliberal politikaların, yani ekonomik küreselleşmeye gidiş yolunun çok sayıda ülke tarafından kabul görmesi, ulus toplumlar arasındaki sınırların gevşemesine neden olmuştur. Başlangıçta tamamen üye ülke temsilcilerinden oluşan uluslararası bir kuruluş olan DSÖ zamanla bünyesine çeşitli kuruluşları (Papalık, Uluslararası Rotary Vakfı, Bill-Melinda Gates Vakfı, gibi) gözlemci ya da oy hakkı olmayan katılımcı sıfatıyla alarak "**küresel yönetim**" ilkelerine uygun bir yapıya dönüşmüştür.

Özellikle HIV/AIDS salgınının zengin-yoksul ayrımı olmaksızın tüm toplumları tehdit eder hale gelmesi, dünyanın bir yerinde ortaya çıkan sağlık sorunlarından sınırları kapatarak ya da içe kapanarak korunmanın mümkün olamayacağını insanlara bir kez daha hatırlatmıştır. Aynı dönemde bilişim teknolojilerindeki hızlı gelişmeler ve internetin yaygınlaşmaya başlaması sayesinde sağlıkla ilgili enformasyona erişim kolaylaşmış, uluslararası bilgi dolaşımı hızlanmıştır. Bu sayede dünyanın herhangi bir yerinde çıkan ve yayılma eğilimi gösteren sağlık sorunlarından anında haberdar olmak ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak mümkün hale gelmiştir. Ne var ki bu önlemlerin bir kısmı uluslararası toplumun birlikte hareket etmesini gerektiren, sınır ötesi işbirliklerine ihtiyaç duyan önlemlerdir. Bu gerçek nedeniyle daha önce ekonomik ve siyasi amaçlarla oluşmuş olan çeşitli ülke gruplarından oluşan ittifaklar, iş planlarında sağlıkla ilgili konulara daha fazla yer ayırmaya başlamışlardır. Örneğin Avrupa Birliği, Afrika Birliği, Şanghay Beşlisi, ASEAN, APEC, Asya-Afrika Zirvesi, Güney Amerika Devletler Birliği (UNASUL), Güney Konisi Ortak Pazarı (MERCOSUR) gibi ortaklıkların programlarında sağlık faaliyetlerinin yeri her geçen yıl önemli şekilde artış göstermektedir (8). Artık ulusal sağlık sistemleri, küresel sağlık sisteminin bir parçası olarak görülmekte, sorunların da çözümlerin de bu kapsamda düşünülmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

Tüm bu gelişmeler sağlık diplomasisinin önemini ve gerekliliğini net olarak ortaya koymaktadır. Sağlık alanında ikili veya çoklu diplomatik ilişkiler toplumların sağlığı, güvenliği ve kalkınmaları için her zamankinden daha fazla önem kazanmıştır. Bu ilişkiler ülkelerdeki dışişleri bakanlığı bürokratlarının baş edebileceğinin çok ötesinde bir özelliğe sahiptir. Yeni dünya düzeninde sağlık diplomasisi, ülkelerin yumuşak gücünün en önemli birleşenlerinden birisi olarak ön plana çıkmaktadır. Nitekim gelişmiş ülkelerin neredeyse tamamının bu amaçla kurulmuş birer devlet kuruluşu bulunmaktadır. ABD'deki USAID, Danimarka'daki DANIDA, Japonya'daki JICA, ülkemizdeki TİKA, uluslararası yardımlaşma ve dayanışmayı hedefleyen devlet kuruluşlarının bazı örnekleridir. Bu kuruluşların faaliyetlerine bakıldığında, sağlık konularının payının sürekli olarak artmakta olduğu dikkati çekmektedir.

Küresel yönetim ve diplomasi ilişkilerini yürütmenin ilk ve en temel kuralının karşdakini iyi dinlemek, dilini, kültürünü ve bakış açısını iyi anlamak olduğu görülmektedir. Bunu başarmak için de devletlerin dış işlerini yürütmekle görevli diplomatların yeterli olmadığı, yeri geldiğinde gönüllü kuruluşlardan,

görsel ve yazılı medyadan, hatta sıradan insanlardan da yararlanılması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Ancak bu dinamikleri anlamak ve ilişkileri yürütmek yol-yordam, yöntem bilmeyi gerektirmektedir. Küresel sağlık diplomasisi, "sağlık için gerekli olan küresel politika ortamını şekillendirmek ve yönetmek amacıyla yönelik çok aşamalı görüşme süreçleri" olarak tanımlanmaktadır (9). Küresel sağlık diplomasisi konusunda yetkin olmak şu bilgi ve becerileri gerektirmektedir (10):

- Diplomatik ilişkilerin anlamını, güvenlik, ticaret ve kalkınma konularının küresel sağlık sorunlarıyla bağlantısını bilmek
- "Küresel kamu malları" ve "küresel sağlık yönetişi" kavramlarını bilmek
- Küresel sağlık bileşenlerini ve dış ilişkiler ile ilgisini anlayabilmek
- Küresel sağlık konusunun insan hakları açısından etik ve moral temellerini kavramak ve farklı kültürlere göre açıklayabilmek
- Küresel sağlık diplomasisinin çok uluslu ve çok yönlü yapısını anlayabilmek
- Görüşme süreçleri, iletişim teknikleri ve becerileri konusunda eğitilmiş olmak.

Ülkemiz insani yardımlar konusunda dünyanın en çok kaynak harcayan üç ülkesinden birisi durumundadır. Yıllardır bölge ülkelerindeki savaşlardan kaçan insanların sığınağı durumuna gelmiş olan ülkemiz son olarak 3 milyondan fazla Suriyeliye ev sahipliği yapmaktadır. Devlet kuruluşları ve sivil toplum örgütleri, Balkanlar, Afrika, Orta Doğu ve Orta Asya bölgelerinde çok sayıda ülkede başta sağlık olmak üzere çeşitli insani yardım konularında yoğun bir faaliyet içerisinde. Bu faaliyetlerin amacına ulaşması, harcanan emek ve kaynakların boşa gitmemesi için, bu alanda çalışanların küresel sağlık yönetişi ve sağlık diplomasisi konularında bilgili ve eğitilmiş olmaları gerekmektedir. Aksi halde, kaş yaparken göz çıkarmak, dost kazanmak yerine basit iletişim ve diplomasi hataları yüzünden düşman edinmek çok mümkündür. Önemli olan çok yardım etmek, çok para harcamak değil, sorunların çözümüne gerçekçi yaklaşmak, kalıcı katkılar sağlamak ve küresel ilişkilerde etki bırakmaktır.

Kaynaklar

- 1) GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet* 2015; 386: 2145-91.
- 2) GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study

Ülkemiz insani yardımlar konusunda dünyanın en çok kaynak harcayan üç ülkesinden birisi durumundadır. Bu faaliyetlerin amacına ulaşması için, bu alanda çalışanların küresel sağlık yönetişi ve sağlık diplomasisi konularında bilgili ve eğitilmiş olmaları gerekmektedir. Aksi halde, kaş yaparken göz çıkarmak, dost kazanmak yerine düşman edinmek çok mümkündür. Önemli olan çok yardım etmek, çok para harcamak değil, sorunların çözümüne gerçekçi yaklaşmak, kalıcı katkılar sağlamak ve küresel ilişkilerde etki bırakmaktır.

2013. *Lancet*, 2015;385:117-71.

3) WWF. *Living Planet Report-2014. World Wildlife Fund, Gland, Switzerland, 2014.*

4) Finklestein L. What is global governance? *Glob Gov* 1996;9(3):367-372.

5) Rosenau J. *Governance, Order and Change in World Politics. In: Governance without Government: Order and Change in World Politics. Edited by Rosenau J, Czempel E. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.*

6) Krahmann E. *National, regional and global governance: One phenomenon or many? Glob Gov* 2003;9(3):323-346.

7) Hein W, Kohlmorgen L. *Global health governance. Conflicts on global social rights. Global Social Policy* 2008;8(1):80-108.

8) United Nations. *Global Health and Foreign Policy: Strategic opportunities and challenges. Note by the Secretary-General A/64/365, 2009.*

9) Kickbush I, Silberschmidt G, Buss P. *Global health diplomacy: The need for new perspectives, strategic approaches, and skills in global health. Bulletin of the World Health Organization* 2007;85(3):243-244.

10) Roskam E, Kickbush I. (eds.). *Negotiating and navigating global health: Case studies in global health diplomacy. London: WorldScientific/Imperial College Press, 2011.*

Sağlık sistemleri - 1: Almanya ve Birleşik Krallık

Dr. Ömer Ataç



1988 yılında Ankara, Beypazarı'nda doğdu. 2005 yılında İstanbul Atatürk Fen Lisesi'nden, 2012 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2012-2015 yılları arasında İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde görev yaptı. Daha sonra bir firmada tıbbi cihaz direktifi kapsamında denetim ve değerlendirme süreçlerinde klinik uzman olarak yer aldı. Medipol Üniversitesi'nde öğretim görevlisi olarak çalışan Ataç, halk sağlığı doktorasını sürdürmektedir.

Prof. Dr. Haydar Sur



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

Sağlık hizmetlerinin nihai amacı toplumun sağlığının geliştirilmesidir. Toplumun (ve eğer o anda hizmeti alan pozisyonunda birey bulunuyorsa bireyin) fayda sağlama umudu bulunmayan hiçbir faaliyeti sağlık hizmeti olarak kabul etmemek ve hizmet kapsamından çıkarmak gerekmektedir. Bireylerin (sonuçta toplumun) fayda sağlayabileceği hizmet parçalarını bütün haline getiren parçaları birbirini destekler şekilde birbirine bağlayan ve birbirine bağımlı kılan düzeneğin adı da sağlık sistemidir. Dünya Sağlık Örgütü konuyla ilgili yayınlarının neredeyse tamamında, sağlık sistemlerinin hiçbir durumda vazgeçilmeyecek değerlerini etkililik, verimlilik ve hakkaniyet olarak açıklamaktadır. Bir ülkenin sağlık sisteminin ne gibi özellikler taşıması gerektiği bu şekilde tartışmasız ortaya konulabildiği halde, bunu nasıl gerçekleştirebileceğimizin ayrıntılarına ilişkin açık reçeteler yoktur. Bir ülkede yararlı olan bir uygulama başka bir ülkede aynı yararı göstermeyebilmektedir. Ülkelerin ekonomik, politik ve sosyokültürel dinamikleriyle etkileşim bu ülkelerin uygulamasına yönelik her durumda geçerli olabilecek öneriler geliştirmeyi engellemektedir.

Yirminci yüzyılın son çeyreğinden bugüne ülkelerin sağlık sistemlerinin belirli bir yöntemle incelenmesi, ülkelerin iyi ve kötü deneyimlerinin diğer ülkeler tarafından öğrenilmesi ve deneyimlerin ortak akıl haline getirilmesi çabaları sağlık sistemleri adıyla sağlık yönetimi bilim dalında yeni bir alanın açılmasına yol açmıştır. SD'nin önümüzdeki yıllarında sırasıyla bir veya birkaç ülkenin sağlık sisteminin ele alınarak tanıtılması amaçlanmaktadır. İlk yazımızda ülkelerin sağlık finansmanı konusunda en kaba sınıflamada ikiye ayrıldığı ve bu sınıfların Almanya ve Birleşik Krallık ülkelerinin sistemlerinin öncülüğünde olduğu gerçeğinden hareketle Almanya ve Birleşik Krallık'ın sağlık sistemleri ele alınmaktadır.

Almanya

Almanya, 9 Kasım 1989'da Berlin Duvarı'nın yıkılıp Batı ile Doğu Almanya'nın birleşmesinden itibaren 16 eyaletten oluşan bir federal parlamenter cumhuriyettir. Federal yapının varlığı, yazının ilerleyen bölümlerinde daha detaylı değinmeye çalışacağımız gibi, sağlık hizmetlerinin denetim ve uygulama süreçlerinde kendine has durumları

meydana getirmektedir. Ülkenin 2015 nüfusu yaklaşık 81 milyon olup, dünyanın en kalabalık 16. ülkesidir. Nüfusun yaşa göre dağılımına baktığımızda 15 yaş altı nüfus %13, 65 yaş üstü nüfus %21'dir. 2015 verilerine göre Gayrisafi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) kişi başı yıllık 37.000 Dolar olarak hesaplanmıştır. Sağlık göstergeleri açısından ele aldığımızda doğumda beklenen yaşam süresi 81 yıldır. Erkeklerde 79, kadınlarda ise 83 yıldır. Kaba doğum hızı binde 8 iken, kaba ölüm hızı binde 10'dur. Beş yaş altı ölüm hızı binde 4, anne ölüm oranı ise yüz binde 6'dır.

Sağlık Sisteminin Genel Yapısı ve İşleyişi

Sağlık sisteminin icrasında ulusaldan yerele doğru inen bir yapıdan söz edebiliriz. Federal Bakanlık; yasa ve kuralların hazırlanması, denetim, lisans ve ruhsatlandırma, bilimsel danışmanlık gibi görevlere sahiptir. Bunların uygulanması ise eyaletlerin sorumluluğu altındadır. Ayrıca eyalet sınırları içerisindeki hastane planlama ve yatırımları, halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetleri eyalet yönetiminin görevleri arasındadır. Sağlıkla ilgili tüm paydaşların yer aldığı Ulusal



Ortak Komisyon (Gemeinsamer Bundesausschuss – Federal Joint Committee) ülkenin sağlık sistemine dair her konunun görüşüldüğü yerdir.

Hizmet sunumu açısından ise halk sağlığı hizmetleri, ayakta tedavi hizmetleri ve hastane hizmetleri işleyiş bakımından birbirinden ayrılmış durumdadır. Halk sağlığı hizmetleri ülke genelinde bulunan 350 kadar halk sağlığı merkezi tarafından yürütülmektedir. Ayakta tedavi hizmetleri aile hekimleri ve uzman hekimlerin muayenelerine ve klinikleri (bizdeki tıp merkezlerine benzer) üzerinden sunulurken, hastaneler büyük çoğunlukla yataklı tedavi hizmetleri için kullanılmaktadır.

Vatandaşlar sağlık kuruluşu seçme özgürlüğüne sahiptirler. Fakat aile hekiminden başlayan silsile izlenmezse sevk zinciri haricinde yapılan işlemler için kişi cebinden ödemek durumundadır. Eğer önce aile hekimine başvuru yapılmakta ve hekimin sevk ile uzman hekime veya hastaneye başvurulursa sigorta kapsamındaki işlemler için kişinin ödeme yapmasına gerek kalmamaktadır. Sigorta sistemine dâhil ayakta tedavi hizmeti sunan hekimlerin maaşları hizmet başına ödeme şeklinde yapılmaktadır. Hekimler ücretlerini sigortadan almakta, hastane hekimleri ise genelde maaşlı olarak çalışmaktadır.

Kronik hastalığı olan bireylerin tedavi süreçleri, kayıtlı oldukları aile hekiminin takip ve koordinasyonu ile sürdürülmektedir. Örneğin diyabet hastası olan bir kişi, retinopati açısından rutin göz takipleri için, göz doktoruna aile hekimi vasıtasıyla yönlendirilir ve uygun kontrol zamanları aile hekimi tarafından takip edilir. Bu hizmetler için aile hekimine *hastalık yönetim programı* (Disease Management Program) kapsamında ek ödeme yapılır. Ayrıca çeşitli gönüllü kuruluşlar da sağlık hizmetlerinin belli alanlarında hizmet verir. Özellikle engelli ve yaşlıların uzun dönem bakımlarında bu kuruluşlar rol oynamaktadır.

Sigorta Sistemi

Alman sağlık sisteminde sigorta yapısı çok önemlidir. Literatürde Bismarck modeli olarak yer alan Alman ekolü sigorta yaklaşımı, İngilizlerin Beveridge modeliyle beraber dünyada en çok kabul gören 2 modelden birisidir. Bismarck'ın ortaya koyduğu sigorta ve sosyal güvenlik sistemi birden çok sigorta üzerinden prim toplanması esasına dayanır. Yani sistemin temel kaynağı, gelirlerden kesilen primlerdir. 1883'te kömür işçilerinin iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu doğan sağlık harcamalarını karşılamak için kurulmuş ve giderek ülke genelinde yaygınlaşmıştır. Bugün 132 tane zorunlu sağlık sigortası hastalık fonu mevcuttur.

Bu fonlar genellikle meslek grupları ve coğrafi yerleşimlere göre oluşturulmuş yapılardır. Özel fon sayısı ise 43'tür. Katılımcısı az olan fonlar, son yıllarda birleşme veya büyük fonlar tarafından yutulma eğilimindedir.

Sigorta sistemi 2009 itibarıyla tüm vatandaşlar için zorunlu hale gelmiştir. Sigortalıların yaklaşık %85'i zorunlu sağlık sigortası, %11'i ise özel sağlık sigortasına sahiptir. Geriye kalan %4 ise özel mesleki (mesela askeri personel gibi) sigortalar kapsamında sigortalıdır. Aylık gelirin yaklaşık %15'i sağlık sigortası için kesilmektedir. Aylık 4500 Avro ve üzerinde geliri olanlardan sabit prim alınmaktadır. Ayrıca belirli bir gelir seviyesinin üstündeki kişiler isterlerse özel sağlık sigortası da yaptırabilmektedir. Özel sağlık sigortası temelde 2 çeşittir. Zorunlu sağlık sigortası olanlara destek anlamında tercih edilebilir veya kişi tamamen özel sigorta ile sigortalanabilir. Özel sağlık sigortalarının kapsayıcılığı daha geniş ve daha lüks şartlarda hizmet almaya elverişlidir. Sigorta kapsamı dışında kalanlar, kaçak göçmenler ve kendi adına çalışan küçük işverenlerdir ki toplam oran %0,5'dir.

Son yıllarda sağlık sisteminde yapılan reformlar incelendiğinde sigorta sistemine dair iyileştirme çabaları öne çıkmaktadır. Nüfusun yaşlanması, teknolojinin ilerlemesi ve beklentilerin yükselmesi neticesinde artan maliyetler nedeniyle sigorta prim kesintileri artırıldığında bu durum toplumun tepkisini çekmektedir. Ülke nüfusu giderek yaşlandığı için, yakın geçmişte getirilen *zorunlu uzun dönem bakım sigortası* ile yaşlılık döneminde bakım hizmetleri için yeni bir havuz oluşturulmuştur. Ayrıca kanser taramaları gibi bazı koruyucu sağlık hizmetleri sigorta kapsamında sürdürülmektedir.

Sağlık Finansmanı

Almanya'nın sağlığa harcadığı para yılda 300 milyar Avroya yakındır ki GSYİH'nin %11,4'üne karşılık gelmektedir. Bu oran AB ülkeleri arasında en yüksek oranlardan biridir. Sağlığa harcanan paranın çok büyük kısmı tahmin edildiği üzere ayakta ve yataklı tedavi hizmetlerine gitmektedir. Zorunlu sağlık sigortası nüfusun %85'ini kapsamasına rağmen, sağlık harcamalarına katkısı %60 civarında kalmaktadır. Kapsayıcılıkta %11 olan özel sağlık sigortaları ise harcamaların %28'ini sağlamaktadır. Geriye kalan %12 ise cepten harcamalardır. Kamunun katkısının 1995 yılından beri yüzde olarak azalma eğiliminde olduğunu da ekleyelim. Hem özel sigortaların hem de cepten harcamaların ağırlığı ise artmaktadır.

Ayakta tedavi hizmetlerine harcanan para

dalgalı bir seyir izlemekte, 1990'larda artan harcamalar, 1996-2005 arasında azalmaktadır. Sonra tekrar artmaya başlıyor ve 2009 yılında tepe noktayı görüyor. Daha sonra hafif bir azalma söz konusudur. Vergilerden sağlığa ayrılan pay ise toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır. Bu gelirler hastane yatırımları ve halk sağlığı hizmetlerinde kullanılıyor. Bu payın 1996'da ise %10,8 olduğunu belirtmekte fayda var. Hastanelerin finansmanı iki kaynaktan sağlanıyor. Yatırımlar devlet bütçesinden finanse edilirken, cari harcamalar hizmet başına ödemelerle yapılır. Bu ödemelerin miktarı ve sağlık hizmetlerinin fiyatları ise hastalık fonları ile hastaneler arasındaki görüşmelerle tespit edilir.

İlaç harcamaları da artış eğilimindedir. Ayrıca, eczaneden reçeteli ilaç alırken reçete başına 5-10 Avro katkı payı ödemek gerekiyor. 2010 yılında hastalık fonları tarafından 300 milyon Avro, birincil koruma ve iş sağlığının geliştirilmesine harcanmıştır. Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirilmesine ayrılan kaynaklar da artmaktadır.

Sağlık Hizmeti İşgücü ve Kapasitesi

Almanya'da yüz bin nüfusa 382 hekim ve 1.154 hemşire düşmektedir. Aktif çalışan yaklaşık 350 bin hekimin 144 bini ayakta tedavi hizmetlerinde 175 bini ise hastanelerde çalışıyor. Geriye kalan 30 bin kadar hekim ise maaşlı bir şekilde halk sağlığı hizmetlerinde veya idari pozisyonlarda görevlidir. Ayakta tedavi hizmetlerinde çalışan hekimlerin %88'i zorunlu sağlık sigorta sistemine dâhil, geri kalanı ise sadece özel hastalara hizmet veriyor. Ülkede hizmet veren aile hekimi sayısı ise 55 bindir.

Ülke genelinde 2017 hastanede toplam 501.475 yatak mevcuttur. Bin kişiye düşen 6,2 yatak ortalaması AB ülkeleri arasında en yüksek orandır. Bu yatakların %48'i devlet, %34'ü kâr amacı gütmeyen özel hastaneler ve %18'i ise kâr amacı güden özel hastanelere aittir. Hastane yataklarının genel doluluk oranları ise %77 düzeyindedir. Hastanede ortalama yatış süresi ise son 20 yılda azalarak 7,7 güne gerilemiştir. Rehabilitasyon hizmetleri için yatak sayısı ise 168.968 (2.1/1000 kişi) Bu alanda kamunun yatak oranı %18'dir. Doluluk oranı %81 ve ortalama yatış süresi 25,5 gündür.

Hastane yöneticiliğinde özelleşme eğilimi söz konusudur. 1991'de %61,4 olan kamu yatak kapasitesi 2012'de %8'e inmiş durumdadır. Devlet hastanelerinin özel sektöre devri/satışı söz konusudur. Bunun başlıca nedenleri arasında; hastanelere kamu yatırımının



Almanya'nın sağlık sisteminde sigorta yapısı çok önemlidir. Literatürde Bismarck modeli olarak yer alan Alman ekolü sigorta yaklaşımı, İngilizlerin Beveridge modeliyle beraber dünyada en çok kabul gören 2 modelden birisidir. Bismarck'ın ortaya koyduğu sigorta ve sosyal güvenlik sistemi birden çok sigorta üzerinden prim toplanması esasına dayanır. Yani sistemin temel kaynağı, gelirlerden kesilen primlerdir.

sıkı bütçe nedeniyle azalması, işveren ve sendikalar arasındaki anlaşmaların kamuda daha maliyetli olması ve devletin hizmet sunumu yerine denetim ve politika belirleyici rolünü arttırma isteğini sayabiliriz.

2011 yılı itibariyle uzun dönem bakım için ise durum şu şekildedir: Toplam bakıma muhtaç kişi sayısı 2,5 milyon, bunların %47'si evde yakınları tarafından bakılmakta, %30'u bakım evlerinde ve %23'ü ise hastanelerdedir. Bakım evleri çoğunlukla (kar amacı güden veya gütmeyen) özel sektöre aittir.

Sigorta sistemleri, kişinin özelliklerine göre (yaş, eşlik eden hastalıklar, bakım durumu vb.) bu süreçte masrafların bir kısmını veya tamamını karşılamaktadır. Bu süreç için geliştirilen bir uzun dönem bakım sigortasının varlığını tekrar hatırlatalım. Teknolojik altyapı açısından, Almanya'da 1 milyon kişiye düşen BT cihazı sayısı 18,3, MR cihazı ise 10,8'dir.

2002 yılında Robert Koch Enstitüsü tarafından tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarına özgü bir rapor yayımlandı. Bu rapora göre naturopati, homeopati ve akupunktur ülke genelinde en yaygın kullanılan tamamlayıcı tıp uygulamalarıdır. 16 yaş üstü Almanların %73'ü daha önce en az 1 defa bu yöntemlere başvurduğunu ifade etmiştir. Geri ödeme açısından sadece diz ekleminde kronik diz ağrısı olanlar için akupunktur tedavisi geri ödeme kapsamındadır. Akupunktur konusunda lisanslı hekim

sayısı 13.245'dir.

Ülke genelinde 36 tıp fakültesinde yaklaşık 80 bin öğrenci eğitim görmektedir ve yılda 10 bine yakın doktor adayı mezun olmaktadır. Yabancı sağlık çalışanlarına kapılar tam kapalı olmasa da, çeşitli ön koşullara tabidir. 2012 itibariyle ülkede 32.548 yabancı doktor çalışmaktadır. Hekimlerin kazançları branşlara göre değişmekle beraber yıllık 130 bin-400 bin Avro arasındadır.

Sorunlar, Dezavantajlar

Son yıllarda yapılan reformların ağırlıklı olarak sigorta sistemi, uzun dönem bakım hizmetleri ve ilaç ödemeleri hakkındaki düzenlemeler ve hasta hakları ile ilgili olduğunu görüyoruz. Sigorta sisteminin sahip olduğu eksik noktalar kapatılmaya çalışılıyor. Sisteme getirilen en büyük eleştiri, hizmet kalitesindeki eşitsizliklerdir. Özel sigortaya sahip kişilerin aldığı sağlık hizmeti çok daha üst düzeydedir. Ayrıca artan maliyetler ve yaşlı nüfusun artması da yeni çözümler gerektiren konuların başında geliyor. Bu durum, gelecekte sistemden faydalananın kısıtlanması ve cepten yapılan harcamaların artmasına yol açabilir. Aile hekimliği sisteminde hizmet başı ödeme kullanıldığı için suistimale açık bir yapı söz konusudur. Aşırı-gereksiz kullanıma veya bazı hasta-hastalıkların önemsiz görülmesine neden olabilir. Düşük gelir gruplarının aldığı sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, gelişmiş ülkelerin sahip olduğu hastalık yelpazesindeki hastalık-

larla mücadele yakın gelecekteki öncelik konuları olarak göze çarpmaktadır.

Birleşik Krallık

Yönetimsel yapısından dolayı değerlendirilmelerde beraber ele alınan Birleşik Krallık; İngiltere, Kuzey İrlanda, İskoçya ve Galler'den oluşmaktadır. Birleşik Krallık'ın nüfusu yaklaşık 64,5 milyondur. Krallık içinde en kalabalık ülke olan İngiltere 54,7 milyon nüfusa sahiptir. Tarihi ve siyasi nedenlerle kraliçeye bağlı bir genel bir yönetim olmakla birlikte bazı konularda yerel ülke yönetimlerine de yetki devirleri yapılmıştır. 1997'de yapılan yetki devriyle, her ülke kendi sağlık harcaması planı yapma hakkına sahip oldu ve bu durumu desantralizasyon yolunda bir adım olarak değerlendirebiliriz. Ülkeler arası bazı uygulama farklılıkları olsa da genel hatlarıyla yakın sağlık hizmetleri sunumu benzerdir. Bu yazıda yer verilen çeşitli istatistik veriler, aksi belirtilmedikçe Birleşik Krallık'a aittir.

Demografik özelliklere baktığımızda; 0-14 yaş nüfusun oranı %17,4 ve 65 yaş üstü nüfusun oranı ise %17,5'tir. Birleşik Krallık'ta kişi başı GSYİH 41 bin dolar civarındadır. Sağlık göstergeleri açısından, doğumla beklenen yaşam süresi erkeklerde 79,1 kadınlarda 82,8 ve ülke ortalaması 80,7 yıldır. Kaba doğum hızı 12 / 1000 iken, kaba ölüm hızı 9,3 / 1000'dir. 5 yaş altı ölüm hızı 4 / 1000 ane ölüm oranı ise 9 / 100.000'dir. (2013)

Almanya'da yaklaşık 350 bin hekim aktif çalışmaktadır. Eczaneden reçeteli ilaç alırken reçete başına 5-10 Avro katkı payı ödemek gerekiyor. Ülke genelinde 2017 hastanede toplam 501.475 yatak mevcuttur. Yatakların %48'i devlet, %34'ü kâr amacı gütmeyen özel hastaneler ve %18'i ise kâr amacı güden özel hastanelere aittir. Sisteme getirilen en büyük eleştiri, hizmet kalitesindeki eşitsizliklerdir. Özel sigortaya sahip kişilerin aldığı sağlık hizmeti çok daha üst düzeydedir.

Sağlık Sisteminin Genel Yapısı ve İşleyişi

Birleşik Krallık'ın günümüzdeki sağlık sistemi NHS (National Health Services) 1948 yılında kurulmuş ve genel yapısı korunarak bugünlere gelmiştir. Temel yaklaşım, tüm vatandaşların kamu tarafından işletilen hastanelerde ücretsiz olarak sağlık hizmeti almasıdır. Bu hastanelerin finansmanı vergi gelirleri üzerinden sağlanmaktadır. Bu model, genel sağlık harcamalarını gelir üzerinden finanse eden Beveridge modeli olarak adlandırılır ve model burada doğmuştur. İkinci Dünya Savaşı sonrası sosyal politikalar ekseninde, devletin vatandaşından ekstra prim almadan, sağlık hizmetini sunması esasına dayanır. DSÖ'nün sağlık sistemi değerlendirmelerinde üst sıralarda yer alan Krallık, Commonwealth Fund 2015 araştırmasına göre ilk sıradaki sağlık sistemidir.

2012 yılında yürürlüğe giren Sağlık ve Sosyal Hizmetler Yasası (The Health and Social Care Act-2012) öncesi Sağlık Bakanlığı sistemin merkezindeydi. Sağlık politikalarının belirlenmesi, hizmete dair kalite standartlarının belirlenmesi, denetimler temel görevleriydi, halen de öyledir. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetleri ile tanı-tedavi-rehabilitasyon hizmetlerinin sunumunda da ana rolü oynar. Bakanlık sağlığın merkezinde olsa

da yerel anlamda ciddi teşkilatlanmış bir sahada sağlık sistemi mevcuttu. Özellikle, İskoçya gibi nüfusun dağınık olarak yaşadığı bölgelerde sağlık hizmetlerinin toplumun erişebileceği noktalara götürülmesine dikkat edilmiştir. Bu açıdan, iktidar partisi değişimlerinde bazı özellikleri değiştirilse de özünü koruyan yerel sağlık merkezleri faaliyet göstermekteydi.

Bakanlığın taşra teşkilatı olarak adlandırabileceğimiz Stratejik Sağlık Mercileri (Strategic Health Authorities-SSM) ve Birinci Basamak Tröstleri (Primary Care Trusts) vardı. Ülke genelinde 10 tane stratejik sağlık yönetimi mercisi ve 152 birinci basamak tröstleri mevcuttu. Bahsi geçen merciler; sorumlu oldukları bölgedeki ihtiyaçların belirlenmesi, hizmetlerin planlanması ve finansmanın buna göre tahsisinde görev üstlenmekteydi. Ayrıca hizmet sunucularla yapılması gereken çeşitli sözleşmeleri de yapma yetkisine sahipti. Bir SSM bölgesinin nüfusu yaklaşık en az 2,5 milyon en fazla ise 7,4 milyondur. Birinci Basamak Tröstler ise SSM'lerin yerel uzantılarıydı ve ortalama 500 bin nüfustan sorumlu idiler.

2012 yılında Birleşik Krallık'ta yürürlüğe giren Sağlık ve Sosyal Hizmet Yasası (The Health and Social Care Act-2012) yukarıda bahsettiğimiz yapıda önemli değişikliklere neden oldu. Birinci Basamak Tröstleri ve Stratejik Sağlık Mercileri tamamen kaldırıldı ve yerlerine "Clinical Commissioning Groups" kuruldu. (Bu tanımlarımıza doğru bir şekilde çevirmekte zorlandığımız için orijinal haliyle yazıldı ve yazının geri kalanında CCG olarak ifade edildi). Bir CCG, genel pratisyenler tarafından oluşturulan ve yönetimin de hekimlerde olduğu yarı otonomik yapılardır. NHS hizmet sunumundan büyük oranda çekildi, bir bakıma yetki devri yapıldı. Bu değişiklikteki amaç, hekimlerin hastaları hakkında kontrol ve karar noktalarında etki ve güçlerinin artırılması, bir bakıma birinci basamak hekimlerinin sorumlu oldukları yerel bölgelerin sağlık ihtiyaçları ve sağlık hizmeti sunumunda daha fazla sorumluluk almalarını sağlamaktır. Ülke genelinde toplam 221 CCG mevcuttur. Bu yapıları, ülkemizde bir ilçenin aile hekimlerinin bir araya gelip, kendi kendilerini idare ettikleri ilçe bazlı bir Aile Sağlığı Merkezleri Birliği gibi düşünebiliriz. CCG bünyesinde genel pratisyenler haricinde uzman hekimler de görev yapabilmektedir. Birinci basamak hizmetler dışında acil sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, elektif hastane hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri de bu yapıların niteliği ölçüsünde verilebilmektedir. Bir CCG'nin sorumlu olduğu nüfus ise ortalama 250 bin civarındadır. Sunulan hizmetler ve kayıtlı nüfusun özelliklerine göre NHS üzerinden ödeme yapılmak-

tadır. CCG'lerin kendi bütçelerini idare etme yetkileri mevcuttur. NHS'in tüm bütçesinin %60'ı CCG'lere ayrılmış durumdadır. Çalışanlar memur değil, sözleşmeli statüdedirler. NHS ile yerel sağlık otoriteleri üzerinden sözleşme yaparak çalışırlar. BBT'lerin sunduğu halk sağlığı hizmetleri ise, yerel halk sağlığı otoriteleri tarafından sunulmaya devam etmektedir. Yerel sağlık otoriteleri ve CCG'ler toplum sağlığını ilgilendiren konularda beraber çalışmalar da yapmaktadır. Bu amaçla yerel otoritelerce kurulan Sağlık ve Refah Kurulları (Health and Wellbeing Boards) bünyesinde sağlığın tüm paydaşları bir araya gelmektedirler. NHS England, CCG'lerin performansını ölçmek için bir dizi kriter hazırlayarak denetim ve takip görevini sürdürmektedir. Bunun yanında liderlik ve yol göstericisi bir role sahiptir.

Birinci basamak hizmetleri yaygın bir şekilde genel pratisyenler tarafından, ikinci basamak hizmetler maaşlı doktorlar tarafından kamu hastanelerinde ve üçüncü basamak hizmetler ise daha spesifik ve genelde tıp fakültesi veya eğitim hastaneleriyle verilmektedir. Bu merkezler, daha çok nadir görülen veya kompleks vakaların teşhis ve tedavileriyle ilgilidir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri tröstler vasıtasıyla sunulmaktadır. Bu yapılar içinde kuruluş yapısına göre devlet tarafından yönetilenleri de var, yönetilmeyenleri de var. NHS'in sunduğu hizmetler ise, birinci basamakta CCG'ler haricinde kalan alanlardadır. (Toplum ağız diş sağlığı, eczane, NHS 111 çağrı merkezi gibi) Ayrıca, akut tröstler (ikinci basamak hizmeti sunan CCG haricindeki az sayıda yer), ambulans tröstleri, ruh sağlığı tröstleri ve toplum sağlığı hizmetleridir. Askeri personel ve mahkûmlara sağlık hizmeti de NHS tarafından sunulmaktadır.

Kişiler istediği herhangi bir genel pratisyene kayıt yaptırmamakta, yaşadıkları bölgeden sorumlu hekimlerden birine kayıt yaptırabilmektedirler. Sistemde sevk zinciri mevcut, kişiler kayıtlı oldukları pratisyenlere ilk başvuruyu yapıp oradan ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşuna gidebilirler. Zincir boyunca hizmet ücretsizdir. Sevk zincirini takip etmeyen hastaların maliyetleri ise devlet tarafından karşılanmamakta, kişi cepten ödeme yapmaktadır. Sevk zincirinde toplumun alışkanlıkları ve kültürel faktörler de önemlidir. Yapılan bir çalışmada birinci basamaktan ikinci basamağa sevk oranı %6 olarak hesaplanmıştır.

Sağlık Finansmanı ve Sigorta Sistemi

Sağlığa harcanan para yılda yaklaşık 260 milyar Avro'dur. Bu meblağ 2013 itibarıyla GSYİH'nın %9,4'üne karşılık gelmektedir. Bu oran 2000 yılında

%6,9 imiş. Sistemin finansmanının büyük çoğunluğunun genel vergilerden olduğunu belirtmiştik. 2013 itibarıyla sağlık harcamalarının %83,5'i kamu kaynaklarından sağlanmıştır. Bu rakam İskandinav ülkelerinde de benzerken, %76 olan AB ortalamasının üstündedir. Geri kalan kısım, ise son yıllarda artmakta olan özel sağlık sigortaları ve cepten harcamalardır. Cepten harcamaların oranının %9,3 olduğunu belirtelim.

Birleşik Krallık nüfusunun yaklaşık %11'i özel sağlık sigortasına sahiptir. Bunların %18'i sigortayı kendileri yaptırırken, %82'si ise özel sektörde işverenlerin çalışanlarına yaptırdıkları sigortalardır. NHS'in kapsamının en düşük olduğu alan uzun dönem bakım hizmetleridir. Cepten harcama ve özel sağlık sigortaları bu alanda önemli yere sahiptir. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri, ilaç masrafları ve sosyal bakım hizmetleri de cepten harcamanın yüksek olduğu alanlardır. Ayrıca otelcilik hizmetleri -özel oda vs.- gibi durumlarda da cepten ödeme yapılıyor.

Vergiye dayalı sağlık sisteminin sürdürülebilirliğinde, kayıtlı ekonominin iyi olması ve vergi toplama sisteminin iyi olması gerekir. Toplanan vergilerin Krallık ülkelerine dağıtımında, İngiltere için para sağlık idaresine (Department of Health) devredilirken, diğer 3 ülke için tüm vergi gelirleri toplu bir şekilde ülke yönetimlerine veriliyor. Her ülke bu para içinden sağlığa ayıracağı meblağı kendi belirlemektedir.

Özellikle geçmişte yıllarda sistemin en çok öne çıkan noktalarından biri de, başarılı sağlık sonuçlarının yanında harcamaların nispeten düşük olmasıdır. Sistem genel pratisyenler üzerine kurulu, iyi çalışan bir sevk zinciri sonucunda muayene yükünün büyük çoğunluğu birinci basamakta hallediliyor. Böylelikle uzmanlaşmanın getirdiği maliyetler azalmıştır. İdari harcamalar %5 civarında ve malpraktis davaları henüz pek yaygın değildir. Özel gruplar (<15 yaş, >60 yaş, gebeler, engelliler vs.) haricinde reçete başına cepten ödemesi yapılmaktadır.

Sağlık Hizmeti İşgücü ve Kapasitesi

Avrupa'nın diğer ülkelerinde olduğu gibi İngiltere'de de hastane sayıları giderek azalmaktadır. Ayrıca küçük hastaneler yerine kapasitesi daha büyük hastaneler oluşturulmaktadır. 100.000 kişiye düşen hastane yatağı 229'dur. On yıl önce bu oran 395/100.000miş. Hastanede ortalama yatış süresi de 2000 yılından 2011 yılına kadar 8,1 günden 6,5 güne düşmüş durumdadır. Doluluk oranı ise %84 civarındadır.

100.000 nüfusa düşen hekim sayısı 278, hemşire sayısı ise 870'dir. Personel sayısının az olması ve maaşların da beklentileri karşılamaması sağlık çalışanlarının en çok şikâyet ettiği noktalar. Yaklaşık 180 bin hekimin 40 bini genel pratisyen olarak tanımlanan birinci basamak çalışanlarıdır. Hekimlerin yıllık gelirleri 50 bin ile 100 bin Pound arasında değişmektedir. Genel pratisyenler 55 bin Pound civarındayken, uzmanların büyük çoğunluğu 70 bin Pound civarında kazanmaktadır.

AB ülkeleri içerisinde en düşük MR ve BT cihaz sayısına sahiptir. 2000 yılından itibaren sağlık teknolojilerine yapılan yatırımlar arttığı halde, DSÖ verilerine göre 2012 yılında, kamuya ait MR cihazı oranı 1 milyon nüfusta 6,8; BT ise 8,7'dir. Bu durum MR ve BT randevu tarihlerini 12 haftaya kadar uzatmaktadır.

Ülke genelinde 34 tane tıp okulu mevcuttur. ALO 111 ile hattı 7/24 tüm vatandaşlara ücretsiz danışmanlık hizmeti verilmektedir. İlaç endüstrisi güçlüdür. Dünyada önde gelen ilaç şirketleri arasında Birleşik Krallık firmaları da yer almaktadır.

Sorunlar, Dezavantajlar

Yaşlanan nüfus, artış gösteren kronik hastalıklar ve toplumun sahip olduğu kötü sağlık alışkanlıklarıyla mücadele ülke için önem arz ediyor. Sağlık işgücünün bazı noktalarda AB rakamlarının gerisinde veya ortalama civarında seyretmesi de başka bir sorun olarak değerlendirilmektedir. Bu durumun yol açtığı önemli bir problem de hem muayene hem de elektif ameliyatlarda bekleme sürelerinin uzun olmasıdır. Halkın sağlık hizmetlerine dair en büyük şikâyetinin bu olduğu, yapılan çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Zengin ve fakir nüfus arasındaki ekonomik anlamdaki eşitsizlikler, sağlığa da yansıyor. GINI katsayısı 36,0 olarak hesaplanmış ki bu oran gelişmiş ülkeler arasındaki en yüksek olarak göze çarpmaktadır.

Son haftalarda yaşanan Brexit sürecinde de sağlık önemli bir tartışma konusu olarak ön planda yer aldı. AB'den ayrılmayı savunan kanadın argümanlarından bir tanesi de, "AB'ye haftalık ödenen 350 milyon Pound'un, NHS'in güçlendirilmesine ayrılabilceği" oldu. Referandum sonrasında ise bu açıklamaların bir hata olduğu, açıklamanın sahibi Bağımsızlık Partisi lideri Nigel Farage tarafından ifade edilmiştir.

Kaynaklar

Busse, R., Blümel, M., *Germany Health System Review - Health Systems in Transition*, Vol. 16 No. 2, WHO Publications, 2014

Chenot, J.F., *Undergraduate Medical Education*

İngiltere'de 2013 itibarıyla sağlık harcamalarının %83,5'i kamu kaynaklarından sağlanmıştır. Cepten harcamaların oranı %9,3'tür. Yaklaşık 180 bin hekimin 40 bini genel pratisyen olarak tanımlanan birinci basamak çalışanlarıdır. AB ülkeleri içerisinde en düşük MR ve BT cihaz sayısına sahiptir. MR ve BT randevu tarihleri 12 haftaya kadar uzamaktadır.

in Germany, German Medical Sciences, 2009; 7: Doc02.

Cylus, J., Richardson E., Findley, L., Longley, M., O'Neill, C., Steel, D., *United Kingdom Health System Review - Health Systems in Transition*, Vol. 17 No. 5, WHO Publications, 2015

Çetin, R., *İngiltere, Almanya ve Türkiye'de sosyal güvenlik sistemleri ve sağlık reformları* (06.09.2007) <http://emekdunyasi.net/ed/arastirmalar/450-ingiltere-almanya-ve-turkiye-de-sosyal-guvenlik-sistemleri-ve-saglik-reformlari> (Erişim Tarihi: 22.06.2016)

Dinç, G., *Birleşik Krallık Sağlık Sistemi*, Celal Bayar Üniversitesi Yayınları, Manisa, Haziran 2009

Farage, N., "£350 Million Pledge to Fund The NHS Was a Mistake" *The Telegraph*, 24.06.2016, <http://www.telegraph.co.uk/news/2016/06/24/nigel-farage-350-million-pledge-to-fund-the-nhs-was-a-mistake/> (Erişim tarihi: 11.07.2016)

Göktaş, P., *Almanya ve Fransa Sağlık Sistemlerinden Nasıl Yararlanılabilir?*, 23.12.2014, <http://www.saglikaktuel.com/yazi/almanya-ve-fransa-saglik-sistemlerinden-nasil-yararlanilabilir-6966.htm> (Erişim Tarihi: 21.06.2016)

Kılıç, B., *Sağlık Sistemlerinde Finansman ve Ödeme Biçimleri-ABD ve Almanya Örnekleri*, 5.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Manisa, 10-11 Mayıs 2007

Kılıç, B. ve Bumin, Ç., *İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi*, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 8(56) s. 32-41, 1993

Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., Samak D., *International Profiles of Health Care Systems-2015*, *The Commonwealth Fund Press*, January 2016

Obermann, K., Müller, P., Müller, H.H., Schmidt, B., Glazinski, B., *Understanding the German Health Care System*, *Mannheim Institute of Public Health, Heidelberg*, 2013

Tatar, M., *Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi*, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1) s. 103-133, 2011

Understanding The New NHS - A Guide For Everyone Working and Training Within The NHS, *NHS England*, 26.06.2014

Halk sağlığı merkezleri çöpe mi atılmalı?

Dr. Yusuf İzzettin Güven



Akdeniz Üniversitesi Antalya Tıp Fakültesi'nden mezun oldu (1988). Sağlık ocağı, acil servis ve işyeri hekimliğinin ardından özel sağlık kuruluşlarında yöneticilik, hekimlik ve işletmecilik yaptı. 2010 yılından beri aile hekimi olarak Ümraniye de görev yapmaktadır.

HASAM (Halk Sağlığı Merkezi) adı altında Sayın Sağlık Bakanı Dr. Mehmet Müezzinoğlu zamanında uygulanmaya konulan projenin Sayın Sağlık Bakanı Dr. Recep Akdağ tarafından kaldırılmış olduğunu öğreniyoruz. Bu projenin, SD Dergisinin 2014 yılında yayımlanan 30. sayısındaki makalemde belirttiğim modellemenin farklı bir versiyonu olduğu rahatlıkla anlaşılabilecektir. O günün şartlarında aynı zamanda acillerdeki tıkanmaya da bir çözüm olması ve yeni bina vs. için gerekli zaman olmadığından mevcut hastanelerde ya da yakın mekânlar da uygulanmasını önermiş, orta, uzun vadede kendi mekânında asıl işlevlerine dönerek aile hekimliğine destek merkezleri olarak dönüşmeleri kurgulanmıştı.

HASAM hakkında daha önce değişik medya kanallarında özünde son derece gerekli olduğuna inandığımı ama uygulamaya konulduğu şekliyle kesinlikle karşı olduğumu dile getirmiştım. Benzer kaygı ve kanaatlere sahip olunmuş ki Bakanlık bu projeden vazgeçerek mevcutların Sağlıklı Yaşam Merkezleri adı altında faaliyet göstereceklerini, yenilerinin ise yapımından vazgeçildiğini kamuoyu ile paylaşmıştır.

Kısaca hatırlatmak gerekirse, uygulamaya konulduğu haliyle karşı olmamın nedeni, birinci basamağı desteklemek için değil, birinci basamak diğer basamakları desteklesin diye kurgulanmış olması idi. En azından uygulama yaklaşımları bu algıyı oluşturmaktaydı. Aile hekimliğinin en temel felsefi yapılarından biri olan "hizmetin sahanın en uç noktalarına aracısız sunulması ilkesi"nin göz ardı edilmesi, Sağlıkta Dönüşümün felsefesine aykırı ve geçmiş alışkanlıkların

devamı niteliğinde idi.

Peki, şimdi ne olacak? HASAM projesi de geçmişte çok sayıda örneğini gördüğümüz gibi boşa giden emekler ve yatırımlar kervanına mı katılacak?

"Sağlıkta Dönüşüm"ün temel taşlarından biri olan basamaklı sağlık sistemi ve aile hekimliği, ne yazık ki kuruluş ve yapılandırmanın ardından işletme dönemine sağlıklı bir şekilde geçirilememiştir. Gerekli entegrasyonlar ve alt yapı tamamlamaları gerçekleştirilememiş, saha uygulamalarının geri bildirimleri yeterince alınamamış ve değerlendirilememiştir. Zaman içinde ortaya çıkan bürokratik değişikliklere siyasi iradedeki değişiklik de eklenince bakış açıları ve felsefi yaklaşımlar değişmeye başlamış, bu da ne yazık ki ortaya ciddi çelişkiler çıkarmıştır.

Esasen artık verilmesi gereken karar basit ama basit olduğu kadar da önemlidir. Bu ülkenin medcezirlerle kaybedecek ne zamanı, ne de kaynağı vardır. Sağlık sisteminin uygulatıcıları basamaklı sağlık sistemi çerçevesinde aile hekimliği ile devam edeceklerse, bunu sağlık sisteminin işletilme planında temel almalı ve yatırım ve iş planlamalarını buna göre yapmalıdırlar.

Mevcut durumda ülkede her basamak kendi kendine hizmet sunmakta, aralarındaki entegrasyon sağlanamadığından her biri yapabildiğince bütün hizmetleri kendi bünyelerinde sunmaya çalışmaktadır. Özellikle büyük şehirlerde 3. basamağın yeni yatırımlar ve yapılanmalarla güçlendirilmesi sırasında ne yazık ki 2. basamak ortadan kaldırıldığı için 3. basamak ortaya çıkan açığı semt poliklinikleri ile kapatmaya çalışmaktadır.

Bu sonuçta, elbette ülkede uygulanan yanlış performans sisteminin de büyük katkıları söz konusudur. Semt polikliniklerinin tesis edilemediği yerlerde ise bu açık aile hekimlikleri ile kapatılmaya çalışılmaktadır. Bu baskı altında aile hekimlikleri asıl işleri olması gereken koruyucu hekimlik ve birinci basamakla ilgili diğer işlerinden çok, 3. basamağın hasta akışının düzenleyicileri gibi işleve zorlanmaktadır.

Sistem, oluşturan parçaların her birinin kendi işini tam ve eksiksiz yapmasından öte daha çok güncel popülist yaklaşımlarla 3. basamağın yataklı tedavi bölümüne hasta temini ve hastaların hastaneye ulaşma hızlarının düzenlenmesine odaklanmış durumdadır. Olaya aile hekimliği açısından bakarsak, aile hekimliğini destekleyerek işlevini tam ve eksiksiz yerine getirmeleri yerine aile hekimlerinden alınan desteklerle diğer basamakların -ki özellikle büyük şehirlerde 3.basamağın- desteklenmesi ön plana çıkmaktadır. Hastanın ancak hastanede tedavi edilebileceği mantığına dayanan bu durum, kesinlikle ekonomik ve verimli olmadığından sürdürülebilir de değildir. Bu gün içinde bulunduğumuz durum, herhangi bir net karar verilmeden bazen öyle bazen böyle tarzında işe gelindiği gibi yürütülmeye çalışıldığı görüntüsü vermektedir; ki bu çok daha kötüdür.

İşte HASAM'lar ya da benim önerdiğim şekliyle AHDEM (Aile Hekimliği Destekleme ve Eğitim Merkezi); eğer kararımız basamaklı sağlık sistemi ise hem 1.basamağın desteklenip kalite ve verimliliği ile güvenilirliğinin artırılması, hem de basamaklar arası eklemlenmenin sağlanması açısından kesinlikle değerlendirilmelidir.

AHDEM'ler neden gereklidir?

Bu merkezler insan kaynağını ekonomik ve verimli kullanmak adına büyük bir açığı kapatacaklardır. Sahada koruyucu hekimlik uygulamaları sırasında eksik kalan diyetisyen, psikolog, sosyal uzman hatta diş hekimi gibi personeli istihdam edeceklerinden ve hızlı laboratuvar, görüntüleme ihtiyacına katkı sağlayabileceklerinden gereklidirler. Hatta belki de son zamanlarda özellikle büyük şehirlerde neredeyse ortadan kaldırılmış olan ikinci basamak tekrar tesis edilinceye kadar belli ana branşlarda uzman hekim bulundurularak aile hekimlerine konsültasyon desteği de sağlayabileceklerdir.

AHDEM'ler nasıl olmalıdır?

AHDEM'ler kesinlikle aile hekimliğini ve aile hekimini desteklemek üzere kurulmalıdır. Bu yapı aile hekimliğini güçlendirebilecek, eksiklerini gidererek verimliliğini ve kalitesi ile işlevselliğini arttırabilecek unsurları yani hızlı, etkin laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerini, koruyucu hekimliğin alt yapısını oluşturacak diyetisyen, FTR (Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon) teknisyeni, aile ve sosyal yardım uzmanı, psikolog, diş hekimi, sosyal bilimciler, eğitimciler, halk sağlığı uzmanlarını barındırmalıdır. Belki tekrar sağlıklı bir 2.basamak kuruluncaya kadar aradaki boşluğu kapatmak için belli ana branşlar da poliklinik hizmetleri ile birinci basamağa destek ve eksik ikinci basamağın açığını gidererek 3.basamağı verimliliştirmeye katkı sağlamaya yönelik eklemelerle en azından "geçici" bir süreliğine genişletilmesi de düşünülebilir.

Buralarda bulunacak yardımcı sağlık personelleri kesinlikle belli ve planlı periyotlarla ASM'de (Aile Sağlığı Merkezi) ASM yöneticilerinin nezaretinde hizmet sunmalılar ve aile hekimlerine hizmetleri sırasında destek olmakla görevli olmalıdırlar. Vatandaş, aile hekimine koruyucu hekimlik hizmetlerini başından sonuna alabileceğini bilmenin güveni ve rahatlığı ile başvurmalı, hizmeti en yakın yerde alabilmelidir. Bu durum, aile hekimine ve aile hekimliğine güveni arttırarak tercih edilmelerine de büyük katkı sağlayacağı gibi, aynı zamanda aile hekimliği çalışanlarının kişisel eğitimleri ve hizmet kalitelerine de büyük katkı sağlayacaktır.

Buralarda hizmet içi ve toplumsal eğitimler yapılabilir, aile hekimlerinin gerekli planlamalarını yaparak kayıtlı nüfusundaki hedef kitleleri (diyabet, hipertansiyon, metabolik sendrom, bağımlılar, evlilik ya da okul, sınav öncesi vb.) buralarda bu destek ekibi ile birlikte ve hatta belki de "Aile Hekimliği Akademisi" ihyâ edilerek (ki Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile bu çok daha kolay hale

gelmiş, alt yapı hazırlanmıştır) işbirliği ile akademik destekle eğitimler vermeleri veya verdirmeleri sağlanmalıdır.

Bu merkezlerin yönetiminin yerelde aile hekimlerinin etkin ve çoğunlukta olacağı Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, SGK ve belki başka ilgi kurulabilecek kurum ve kuruluşların temsilcilerinin de dâhil edileceği bir heyet tarafından yürütülmesi çok daha verimli olacaktır. Çünkü ülkenin gerçekleri gereği aynı il içerisinde bile yerel birçok farklılık olduğu açıktır ve artık merkezden tek bir talimatla hizmetin yürütülemeyeceği net bir şekilde görülmektedir.

Bu merkezlerin hangi saatler arasında, hangi konularda hizmet vereceği yukarıda belirttiğim heyet tarafından yerel ihtiyaçlara göre belirlenmelidir. Eğer geçici bir süre için (2.basamağın boşluğu giderilinceye kadar özellikle büyük şehirlerde) belli ana branşlarda konsültasyon amaçlı poliklinik hizmeti sağlanacaksa, bu hizmet asla mesai sonrasına sarkıtılarak ana amaçtan uzaklaşmamalıdır. Bu tür geçici uygulamalar dışında verilecek hizmet, tamamen koruyucu hekimliği desteklemeye yönelik 1.basamak sağlık hizmetleri ile sınırlı kalmalıdır.

Eğer AHDEM'lerin yönetimini ve işletmelerini yürütecek yerel komisyonlar gerek görürler de mesai dışı hizmet verilecek olursa gerekli hekim ve aile sağlığı elemanı hatta belki de tıbbi sekreter desteği o hizmet çevresindeki aile hekimi, aile sağlığı elemanı ve tıbbi sekreterlerden yukarıda belirttiğim heyet tarafından gönüllülük esasına göre temin edilmelidir. Bu durumda burada verilecek hizmetin bedeli normal mesainin iki katı olarak tespit edilmeli, çalışacak personeli tatmin edip özendirecek bedeller ödenerek hizmetin verimliliği desteklenmelidir. Ana hatlar belirlenip yerele inisiyatif tanınarak il sağlık müdürlükleri ya da çoklu bakanlık dahli söz konusu olacaksa valilikler tarafından mevzuatla belirlenmiş koşullar çerçevesinde hizmet açısından denetlenmeleri sağlanmalıdır.

Bugün TSM'ler (Toplum Sağlığı Merkezi) mevzuatla belirlenmiş birçok işlerini fiilen yapamaz hale gelmişler ve sanki ana işleri denetleme gibi algılanır olmuştur. AHDEM'lerin denetlenmesi için önerdiğim komisyonlar yerelde uygulanacak bazı denetlemeleri rahatlıkla devir alabilirler. Bazı konuların denetlemelerini ise merkezde THSK (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu) veya il halk sağlığı müdürlükleri zaten dijital ortamda rahatlıkla yapabilirler. Bu şekilde denetleme görevlerini aktardığımızda TSM'lerin diğer işlerinden aile hekimliklerince ve AHDEM'ler aracılığı ile yapılabilecek olanlar da devir edildiğinde rahatlıkla buralarda ki

kadrolar daha verimli kullanılmak üzere AHDEM'ler bünyesine alınarak TSM'ler kapatılabilecektir.

Fiziki yapılar ve teknik donanımlar HASAM'lar için gerekli olanlardan fazla olmadığı gibi belki de daha azdır. Çünkü önerdiğim şekliyle hizmet asıl olarak AHB'lerde verileceğinden, bina alanına değil personel sayısına ihtiyaç söz konusu olacaktır. İhtiyaç duyulan personel de mevcut TSM'lerde ve aileden sorumlu Bakanlık bünyesinde atıl durumda fazlasıyla bulunmaktadır. Yeni yeni hizmet noktaları açmak yerine mevcut hizmet alanları desteklenerek olası karışıklıklara mahal verilmezken hem gereksiz mekân vb. yatırımlar yapılmamış olacak hem de AHB'ler desteklenerek daha verimli çalışmaları sağlanmış olacaktır. İhtiyacımız olan şey ne un, ne şeker, ne de yağdır; sadece helva yapacak ehil ustadır!

AHDEM'lerde aile hekimliğine destekle onların verimlilikleri ve hizmet kaliteleri arttırılacaktır. Bu şekilde kendi işlerini tam ve eksiksiz yapmalarını sağlanacağından esasen tüm sağlık sistemi desteklenmiş olunacaktır. Takdir edilir ki bu, aile hekimlerinin diğer basamaklara destek olarak sadece o basamakların eksiklik aksaklıklarını kapatmaya çalışmalarından çok daha akılcı, ekonomik ve verimli olacaktır.

HASAM'ın mevcut haliyle devre dışı bırakılması isabetli olmuşsa da kapatılmaları yerine, uygulamadaki çok önemli eksiklikleri gidermek üzere AHDEM olarak yeniden yapılandırılıp sisteme kazandırılmaları sağlanmalıdır.

SD okulunda 10 yılın tanıklığı

Ömer Çakkal

Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, elinizde tuttuğunuz 40. sayısı ile 10.yılıni doldurmuş oldu. 2006 yılı Aralık ayında ilk sayısını yayımlayan SD'nin yeni sayısında, dergiye emek veren isimlerden birkaçı ile SD'nin serüvenini konuştuk. SD'nin Genel Yayın Yönetmenliğini fahri olarak 10 yıldır üstlenen Prof. Dr. Sabahattin Aydın ile Yayın Kurulu Üyelerinden Prof. Dr. Fahri Ovalı ve Yrd. Doç. Dr. Mahmut Tokaç'a, 8,5 yılına Yayın Koordinatörü olarak tanık olduğum SD'nin dününü, bugününü ve yarınını sordum.

İzniniz olursa öncelikle 2000'li yılların başına, hatta öncesine gitmek; SD'ye hayat veren atmosferi sizlerden biraz dinlemek istiyorum. Öncelikle şunu sormak isterim: Buradaki 3 hocamız birbirleri ile nereden tanışıyorlar, yolları nerede kesişti?

Sabahattin Aydın (SA): Bu soruya ben cevap vereyim. Arkadaşlar olarak bizlerin yollarının kesişmesi SD ile bağlantılı değil. Üçümüz de aynı yıl üniversiteden mezunuz. Fahri Bey ile biz ortaokul ve lise yıllarından beraberiz. Mahmut Bey ile fakültelerimiz ayrı olsa bile üniversite yıllarından arkadaşız.

Mezuniyet hangi seneler?

SA: 1985. Dolayısıyla bu birlikteliğimizi SD ile doğrudan ilişkilendirmek mümkün değil ama birlikteliğin SD'nin doğu-

şundaki kaynaklardan biri olduğunu söyleyebiliriz.

Fahri Ovalı (FO): Yol arkadaşlığı çok eski.

Mahmut Tokaç (MT): İlginç bir şey daha var. SD'nin şu anki yayın kuruluna da baksanız çoğunun eksenli yılların mezunu olduğunu görürsünüz.

SA: Büyük bir tecrübenin ardından bir araya gelmiş. Tabi bunu söyleyince aramızdaki genç ve daha yaşlıların haklarını da yemeyelim. SD'ye zemin hazırlayan ortam, sadece mikro planda bizler ya da bizleri bir araya getiren Medipol Sağlık Grubu da değil. Aslında SD'ye zemin oluşturan konjonktürel bir ortam var. Bu ortam hem yerel, hem de küresel anlamda var. Küresel anlamda ele alırsak tüm dünyada 1980'lerde başlayan ve 2000'li yıllarda hızlanan bir sağlığın sektörleşmesi olgusu var. Bir açıdan bakıldığında neoliberal politikalarla bağlanma vs. gibi durumlar var ama 1940'lardan beri aslında temeli atılan farklı konjonktür ve siyasal ağırlıklara göre şekil değiştiren bir sağlığın sektörleşmesi durumu devam ediyor. Bu durum 2000 sonrası dünya genelinde çok daha görünür hale gelmiş durumda. Türkiye'ye bakacak olursak 2003 öncesinde sağlıkta çok ciddi gelişmeler yaşandı ancak özellikle 2003 sonrası yapılan sağlık politikalarının doğrudan vatandaşa temas etmesi Türkiye'de sağlık deyince; sadece hastanın doktora gitmesi, tedavi edilmesi ve teşhis edilmesi anlayışının yerine sağlığın

bir anlamda çok geniş bir kavramda anlaşılır olmasının dönemi başladı. Sağlık beslenmeydi, sağlık aktiviteydi, sağlık spordu, sağlık barınmaydı, sağlık ulaşımı, sağlık ekonomiydi. Dolayısıyla tüm bunları düşündüğümüzde çok geniş bir sağlık perspektifi başladı. Sağlığın; kamu politikalarının içinde rastgele bir politika değil siyasetin geleceğini etkileyebilecek kadar güçlü bir politika olduğu, halkı yönlendirmede ve şu ya da bu yana sevk etmede çok önemli bir araç olduğu fark edildi. Öyle ki sadece ulusal değil uluslararası ilişkilerde de sağlığın soft power olarak tabir edilen yumuşak güç olarak bir argüman olduğu keşfedildi. Dolayısıyla hem küresel, hem de ulusal anlamda 2000'li yıllarda bir arayış, bir düşünme platformu ihtiyacı vardı. Bu alanda uçuk ya da kopuk fikirleriyle çok fazla hayat tecrübesi olan insan vardı. Ama bunun formüle edilmesi ve sistematik bir düşünce platformu haline dönüştürülmesinin ihtiyaç olduğu bir zamandan bahsediyoruz. Bu anlamda SD'nin ortaya çıktığı böyle bir konjonktürel ortamı da göz ardı etmemek gerektiğini düşünüyorum.

FO: Bu perspektife ben de bir şey ilave edeyim. 2000'lerin başında Türkiye'de siyasal bir farklılaşma oldu. Yeni bir siyasal iktidar ortaya çıktı. Ve bu siyasal iktidarın yaptığı en önemli reformlardan biri de sağlık alanında idi. Tabi bu, toplumun tüm kesimlerinde bir deprem ve şaşkınlık etkisi oluşturdu.

SA: Ama bir o kadar da memnuniyet.



Fotoğraflar: Ufuk Karatoprak

FO: Tabi ki. Hem müspet hem de menfi anlamda çok fazla tartışma çıktı. Dolayısıyla sağlık alanında sözlerini ve düşüncelerini kamuoyuna ve bilhassa politika yapıcılara ifade etmek ihtiyacı hisseden insanlar oldu. Bu ihtiyaçların ortaya konduğu ve açıklandığı bir zemin, bir medya ve de bir ortam gerekti ki herkes sesini duyurabilsin. Yoksa Hükümete veya Sağlık Bakanına herkes mektup yazıp da derdini anlatacak değildi. Dolayısıyla bu talepler o kadar fazlaştı ve kendi içimizde bile bunları o kadar tartışır hale geldik ki bunların bir şekilde ortaya konması; hem politika yapıcılara yol göstermesi, hem de belli bir noktadan sonra tarihe not düşmek açısından böyle bir medya organı oluşturma ihtiyacı ortaya çıktı. Aksi takdirde fikirler herkesin kendi kafasında veya çok dar kapsamlı meclislerde dile getirilen düşünceler olarak kalacaktı. SD böyle bir ihtiyacı karşılamak üzere çıktı.

SD Dergisi fikri ilk ne zaman ortaya çıktı? Fikir kimden çıktı?

SA: Tam hatırlamıyorum ama 2006 öncesi bir tarih idi. Koşuyolu Medipol Hastanesi'nde bir hasta odasında şu anda üniversitemiz Mütevelli Heyeti Başkanı Dr. Fahrettin Koca tarafından birkaç arkadaşla birlikte akşam yemeğine davet edildik. O yemekte ilk defa bir dergi çıkarma talebi ya da ihtiyacı konuşuldu ama bu fikir ilk defa Fahrettin Bey'den geldi. Oradaki davetli 4-5 arkadaşın hemen hemen hepsi kendi hayatında bir şekilde dergicilik yapmış insanlardı.

Onlar kimlerdi Hocam? Sayabilir misiniz?

SA: Hatırladığım kadarıyla Hayrettin Kara, Mehmet Yücel, Lütfü Hanoğlu ve ben vardım. Hatırladığım isimler bunlardı. Başka birisi var mıydı şu an bilmiyorum. Her biri kendi çapında kimi sanat, kimi ise bilimsel hakemli dergiyle uğraşmış insanlardı. Herkes kendi arka planındaki düşündüğü dergi modelinden bahsederken, bu tartışmada Fahrettin Bey'in bu fikri niye ortaya attığını öğrenme noktasında bir tartışma oldu. Ve benim ilk defa duyduğum sağlık konusunda biraz önce anlatmaya çalıştığım kültür ortamında bir tıbbi, bir bilimsel araştırma yayınlama dergisi değil ama bu kültür ortamındaki ihtiyacı gidermeye ve sektörleşen bir sağlık alanındaki sorunları tartışıp çözmeye yönelik fikir üreten bir dergi. Ya da var olan fikirleri değerlendirmeye yönelik bir okul oluşturulabilir mi? Okul derken ekol anlamında söylüyorum. Ya da bir dergi böyle ekolün hamuru ya da buluşma yeri haline getirilebilir mi? Hatta bu enerji bir araya getirilip ileride bir üniversiteye dönüştürülebilir mi gibi bir konuşmaya da şahit olduğumu hatırlıyorum. Dolayısıyla bir anlamda fikir babası ve geleceğe yönelik bakış açısı olarak Fahrettin Bey'i burada zikretmek gerektiğini düşünüyorum. Nitekim bugün SD'yi yayımlayan kurum yani Medipol Üniversitesi'nin kurucu vakfı, bugünkü adıyla Türkiye Eğitim Sağlık ve Araştırma Vakfı'dır. Vakfın kurucusu da Fahrettin Koca'dır. Ben bu açıdan SD'yi Medipol Üniversitesi'nin kuruluşuna da öncülük eden bir okul, bir ekol gibi de görüyorum.

“Küresel anlamda 1980’lerde başlayan ve 2000’li yıllarda hızlanan bir sağlığın sektörleşmesi, yerelde ise 2003 sonrası sağlık politikalarının doğrudan vatandaşa temas etmesi olgusu var. Artık sağlık beslenmeydi, aktiviteydi, spordu, barınmaydı. 2000’lerin başında ülkemizde yeni bir siyasi iktidar ortaya çıktı. Ve bu siyasal iktidarın yaptığı en önemli reformlardan biri de sağlıkta oldu. Hem müspet hem de menfi anlamda çok fazla tartışma çıktı. Düşüncelerini kamuoyuna ve bilhassa politika yapıcılara ifade etmek isteyen insanlar oldu. SD böyle bir ihtiyacı karşılamak üzere yola çıktı.”

“Okuyucu kitlesini adeta belli bir amaca yönlendirmeyi hedeflemiş bir dergi için 10 yıllık yayın periyodu çok önemli. Çünkü bu hedef kitledeki insanlar içinde 10 yıl aynı makamda kalan insan neredeyse yoktur. Bu durum derginin hedef kitlesinin sürekli değiştiği anlamına gelir. Değişen hedef kitlesine de kendini kabul ettirerek devam etmesi gerekiyor. Sağlıkta SD eğer politik anlamda bir köşe tutuyorsa, 10 yıllık bir iktidarı var demektir.”

rum. Dolayısıyla 10 yıl önce böyle bir öngörü ve düşünceyle harekete geçildi. Tabi burada önemli olan iki şeydi. Biri kararlılık, ikincisi ise finansal kaynak. Fahrettin Bey finansal kaynağı taahhüt etti. Biz de kararlı olduk. Ben daha önce de bilimsel ve tıbbi anlamda bir derginin editörlüğü yapmıştım. Ve böylece sağlık alanında yayınına hiç ara vermeden çıkan, en uzun soluklu dergilerden biri olan SD'nin yönetiminde fahri olarak da olsa bulunmuş oldum. Biliyorsunuz dergideki görevim kuruluşundan itibaren fahridir.

Sonra ne yaptınız Hocam? Bahsettiğiniz akşam yemeğinin ardından SD nasıl ortaya çıktı? SD'nin doğum sürecini merak ediyorum. Ne yaptınız? Kimlerle fikir alışverişinde bulundunuz? Hikâyeye Mahmut Hocam, Fahri Hocam ve öteki isimler nerede katıldılar?

SA: Aslında bu sorunun cevabı en başta bilmeden verilmiş oldu. Tabi ki bir yola çıkarken bir insan en çok bildiği kişilerle yola çıkar. Niye? Çünkü onların kapasitesini ve birikimini biliyordur. Dolayısıyla başlangıçta belki de o yıllarda mezun olan kişilerin yayın kurulunda çok olmasının sebebi de bu olsa gerek. Bu konuda o güne kadar dirsek çürütmüş ama o güne kadar getirdiği birikimle artık kafa yoran, fikir üreten arkadaşları davet edip bir yayın kurulu oluşturduk. Tabi ki bu dönemde böyle bir arkadaş grubuna ilave olarak fikri ortaya atan ve finansörlüğünü üstlenen Medipol Sağlık

Grubu'nda o gün çalışıyor olan ya da ilişkili olan ve bu konularda kafa yorduğunu düşündüğümüz arkadaşları da davet ettik. Ancak süreç içerisinde bu yayın kurulu çok katı olarak devam etmedi. Fikri olup da toplantılarımıza katılıp sonra resmi olarak yayın kuruluna aldığımız ya da iş yoğunluğuyla veya belki ulaşım sorunları nedeniyle devam edemeyip çıkmak zorunda kalan arkadaşlarımız da oldu. Yani burada aslında güzel olan şu oldu: Hiç kimse atanmadı, hiç kimse atılmadı. Yayın kurulu spontane olarak varlığını devam ettirdi.

FO: Hocam oraya belki bir şey eklemek lazım. Bu yayın kurulu oluşturulurken Topkapı Eresin Otel'de kapsamlı bir toplantı yapıldı. Hatta İstanbul dışından da insanlar davet edildi.

O toplantıya kimler katılmıştı?

SA: İsim isim sayamam ama 50 kişi falan vardı.

Tasarımına ve ismine orada mı karar verildi?

SA: Oraya bir ön şablon çalışmayla gelindi. Bu kadar büyük hacimli dergi olur mu, şeklinde eleştiriler oldu. Çok eleştirilmesine rağmen ilk gelen şablonda karar kılındı.

FO: Derginin her şeyi tartışıldı. İsmi ne olacak? Alt başlığı ne olacak? Boyutu ne olacak? Kâğıdın kalitesi ne olacak? Periyodu ne olacak? Kaç sayfa olacak? Renkli mi renksiz mi olacak? Şablonu ne olacak? Bir yayın çıkarırken akla gelebilecek ne gerekiyorsa her şey orada tartışıldı. Hiç kimse derginin şu anki haline tek başına oturup da karar vermedi. Veyahut da bir reklam ajansına “biz bu yazıları yazdık şunu bir dergi formatına çevir” gibi bir şey kesinlikle olmadı.

Tabi en önemlisi isim. İsim için ne gibi alternatifler vardı?

FO: Tıp ismi mi geçsin, sağlık ismi mi geçsin onlar tartışıldı. Bu bir tıp dergisi değil sonuçta.

SA: Tıp, sağlığın çok küçük bir cüzüdü aslında.

FO: Bu konuyu konuşmuştuk. Dolayısıyla sağlık dergisi olsun ama sağlığın nesi olsun?

Kimden çıktı isim hatırlıyor musunuz? Ortak mı oldu?

SA: Önce bir “Beyaz” ismi önerildi. Beyaz ismi Görsel Yönetmenimiz Selim Tuncer'in fikriydi. Nitekim formatı da kendisi hazırlayarak gelmişti. Ne kadar

da tartışsak o format hiç değişmedi (Kahkahalar).

Selim Bey o dönemde de Medipol'ün reklamcısıydı değil mi?

SA: Tabi tabi. Biz Beyaz'ın sağlığı çağrıştırmayacağı konusunda razı olmadık. “Sağlık Düşüncesi” fikri bana aittir. Ama içeriğimizde tıp da var kültür de var denildi. Böylece bir anlamda kolektif bir şekilde derginin ismi bulundu.

FO: Orada SD'nin ebadı konusunda tartışmalar da oldu. Arkadaşların bir kısmı aktüel bir dergi formatını istiyorlardı. Ancak bir ekol olmak istiyorsak orijinal bir tasarıma sahip olalım fikri daha ağır bastı. Metroda, otobüste vakit geçirmek için değil, düşünerek okunup kütüphanede saklanacak, sayıları arşivlenecek bir dergi olması görüşü öne çıktı.

Derginin ilk sayılarının yayın kurulu toplantıları nerede yapıldı? İlk sayılarda kimler yazdı? Kimlerle röportaj yaptınız?

SA: İlk zamanlar derginin sabit bir yeri yoktu. İlk toplantılarımız Koşuyolu Medipol Hastanesi'nin bir odasında başladı. Galiba Başhekimi odasıydı. Ardından Ortaköy'de, Selim Bey'in ajansında buluştuk. Birkaç sayı orada çıktı ve mizanpaj da orada yapılıyordu. Sonra Selim Bey ajansını Koşuyolu'na taşıdı ve biraz da orada buluştuk. Senin seleflerinden Zeynep Hanım dönemindeki toplantılar daha çok hastane ağırlıklıdır. Yasemin Hanım dönemindekiler ise ajans ve Koşuyolu ek bina ağırlıklıdır. Zaten göreve başladığın 7.sayıdan itibaren her şeyin tanışısın.

Başlarda ne gibi sorunlar yaşadınız hocam? Yazı bulmak, kendinizi anlatmak-tanıtmaq kolay oldu mu?

SA: Çeşit çeşit sağlık dergileri var. Bunlardan ilki hakemli dergilerdir. Bunlar yazarının çok, okuyanın az olduğu dergiler. İkincisi daha rahat, bolca daha bir ulaşılabilen, sayfalarında bolca reklam olan, ya magazinsel sağlık konularına ağırlık veren ya da sektörü ilgilendiren cihaz, toplantı vs. duyuruları ağırlık veren dergiler vardır. Bir kere SD hiçbirine benzemiyordu. İlk sayılarda bir iki örnek reklam aldık ama tatmin olmadığımız için daha sonra reklam almadık. Dolayısıyla ticari bir amaç hiç gütmeyen bir dergi olduğumuz için hem içeriğimizle, hem tasarımıyla, hem de yayın kurulumuzun deneyimleri ve çevreleri nedeniyle kısa bir sürede dikkat çekmeyi başardık. Fikir üreten, politika yapan ya da politikanın içinde olup gözlemleyen kişilerin yazı yazabileceği bir dergi olduk. Bunlar da sınırlı sayıda insanlar. Belli entelektüel düzeyde olacak, belli makamda olacak ya da en



azından bu sektörün içinde olup belli kaygılar duyan insanlar olacak. Böyle bir yazar kitlesine ulaşmamız gerekiyordu. Peki, okuyucu kitlesi kim? Okuyucu kitlesi de sadece sağlık sektörünün herhangi bir yerinde paydaş olan kişi değil halkı etkileyecek sağlık politikalarında söz sahibi olan kişiler. Bugüne kadar böyle bir konsept olmadığı için bu kişilere ulaşmamız gerekiyordu. Yoksa dergiyi rafta bulup da okuması çok da beklenen bir şey değil. İşte bu yüzden derginin sadece ekonomik olarak basımı sübvansede edilmedi. Ayrıca derginin hedef kitlesi oturulup yayın kurulunda tartışıldı ve bir liste hazırlandı. Hedef kitlesi neredeyse dolaylı ya da doğrudan sağlık politikalarıyla ilişkili politikacılar, bürokratlar, sivil toplum kuruluşları, üniversiteler ve medyadan oluşan bir liste belirlendi. Bu kişiler ücretsiz olarak abone yapıldı. Dolayısıyla SD, kendi alanını oluştururken ciddi bir mücadele verdi. Biliyorsunuz kamu kurumlarında bu tür abonelikler çok fazla olur ve çoğu zaman da o hedef kişinin odasına ulaşmadan bütün gelen dergiler imha edilir. Zaman zaman da buralarda kontroller yapıp ya da birimlere, makamlara ve bürokratlara bazen bire bir ulaşp, “Bu yazıdan yararlandınız mı?” ya da “Bu yazıya bir eleştiriniz var mı?” diye teyitler aldık. Ya da onlara yazı yazdırılıp bir şekilde ilişkilendirilmesi noktasında özel gayretlerimiz oldu.

FO: Bu noktada ben de bir şey ekleyeyim. Yazar kadrosu veya katkıda bulunacak kadro konusunda hiçbir kısıtlama yapılmadı. Her görüşten, her ideolojiden hakarete varmayacak tarzda tamamen eleştiri sınırları içinde kalmak kaydıyla yazı gönderen herkesin yazıları kabul edildi.

SA: Burada küçük bir düzeltme yapayım. Gönderilen tüm yazılar değil, Yayın Kurulunca kabul edilen yazılar kabul edildi. Kıstasımız fikrinden çok, fikrini

nasıl savunduğu oldu. Yoksa çeşitliliğin, farklı hatta sıra dışı fikirlerin bize bazen yeni ufuklar açtığı da oldu. SD'nin sayıları kıyaslandığında bazen aynı sayıda birbirleriyle farklı görüşler içeren yazılar olduğu gibi kendi yazarları arasında polemiğe varan tartışmaların yaşandığı görülecektir.

İlk sayılar çıktıktan sonra ne gibi eleştiriler, olumlu-olumsuz tepkiler aldınız?

SA: Açıkçası ilk aldığımız tepkiler yazıların içeriği değil derginin hacmi, görselliği ve boyutları şeklinde oldu. İlk eleştiriler daha çok şekilseldi. İlk sayılarda içeriğine yönelik o anlamda eleştiriler almadık. Belki de bu bahsettiğimiz hedef kitlenin belirlenmesi ve o hedef kitleye ulaşma; derginin fiziksel anlamda ulaşması değil o kişilerin bu dergiyi merak edip okuması anlamında bir “ulaşmadan” bahsediyorum. Belki de hedef kitleye ilk anlarda görsel / şekilsel yönümüz ulaşmıştı. Böyle bir dergi görmüşlerdi ve içine ne kadar vakıf oldukları da şüpheliydi. Onun için eleştiriler daha çok fiziksel yönüne oldu. Ancak kısa sürede bazı olumlu gelişmeler de oldu. Dünya Sağlık Örgütü'nün Barcelona Ofisi sağlık politikaları ile ilgilenir. O ofisten Arjantin kökenli bir hanım danışman, bir konuşmamda bana Türkiye'nin sağlık sistemi ile ilgili tartışırken SD'nin bazı makalelerini İngilizceye çevirerek ofiste kullandıklarından bahsetmişti. Bizim hiç tahmin etmediğimiz yerlere derginin ulaştığını, Türkiye'nin sağlık politikaları üzerinde kafa yoran uluslararası aktörlerin kaynak olarak SD'ye ulaştığını ve bazı makaleleri tercüme ederek kullandıklarını duymak beni çok mutlu etmişti.

FO: Derginin hedef kitlesine hep politika yapımcılar dedik ama derginin okunurluğunu artırmak için de bir takım gayretler gösterildi. Fotoğraflar ve görsellere

dikkat edildiği gibi çok asık yüzlü bir dergi olmasın diye kültür-sanatla ilgili birtakım içerikler de eklendi. Son sayfaya rutin olarak bir karikatür kondu. Zaman zaman sağlıkla ilgili film eleştirileri ile film ve kitap tanıtımları, tıp tarihi ile ilgili ilginç bilgiler yayımlandı ve mesleğimizde duayen olmuş bazı eski hocalar tanıtıldı.

Bir heyecanla başlandı, ilk yazılarınızı yayımladınız. Peki sonra? Bir yerlerde tıkandınız mı? Tamam mı devam mı diye düşünmek durumunda kaldığınız zamanlar oldu mu?

SA: Tamam mı devam mı diye bir soru hiç aklımıza gelmedi. Başta da söyledim. Bu derginin en büyük başarısı istikrarlı bir şekilde hiç tökezlemeden hatta kendi takvimi içinde zamanında çıkıyor olmasıdır. Açıkçası hiç böyle bir tereddüt olmadı. Ancak zaman zaman acaba bir format değiştirelim mi diye de düşündüğümüz oldu. “Derginin amacına gerçekten hizmet ediyor muyuz, bu amacı gerçekleştirmek adına konsept değişikliğine mi gitmemiz lazım, farklı görüşteki yazılardan tek bir konuyu işleyen bir dergiye mi dönüşmemiz lazım, hakemli mi hakemsiz mi olsun?” gibi tartışmaları sürekli yaptık. Ve belki bu tartışmaların etkisi dergiye zaman zaman yansıdı. Daha önce bir konuya odaklı dosya yokken, birden dosyalar çıkmaya başladı. Dolayısıyla doğrudan bir karar alınıp dergiye yansıtılmadı ama bu tartışmalar süreç içinde dergiyi etkiledi.

FO: Mesela kaynaklar daha çok önemsendi, daha net belirtilmeye başlandı.

SA: Evet bu detay önemli. Baştan hiç öngörmemiş olmamıza rağmen derginin akademik bir literatür olarak kabul edilmesi ya da bu amaca hizmet etmesi hiç önceliğimiz değildi. Çünkü biz; fikrin paylaşılması ve bunun politikaya dönüşmesi ya da var olan politikaların eleştirilerinin



yapılmasına yönelik bir amaçla SD'yi çıkardık. Ama zamanla bir kısım akademik kadrolara atanma vs. alanlarında ve akademik dosyalarda hakemli bir dergi olmamasına rağmen SD'de yayımlanmış makalelerin kullanıldığını gördük. Bu bizim yayın kurulundaki tartışmalara da yansdı. O zaman kaynaklar, alıntılar, yazı formatları ve yazılardaki alıntı oranları yani akademik bir yayında aranan en azından asgari şartlar olması yönünde de tartışmalar yürüttük. Bunların da etkisi zamanla dergiye yansdı.

SD'nin Medipol Üniversitesi temelli-nin harçlarından biri olduğunu ifade etmişsiniz. Üniversitenin kuruluş fikri ve serüvenini de anlatabilir misiniz?

SA: Derginin üniversiteyi doğurduğu gibi bir iddiada bulunamam ama biraz önce söylediğim gibi "dergi, vakıf ve üniversite" fikrinin aynı kaynaktan çıktığını söylemek herhalde yanlış olmaz. Fahrettin Koca'nın bunların hepsine de hamilik yapması bir başka önemli husus. Bildiğiniz gibi, Vakfın kurucusu, SD'nin sahibi, Üniversitenin de Mütevelli heyeti Başkanı. Medipol Üniversitesi'nin kuruluş aşamasında gayret gösteren, bu fikri olgunlaştıran, bunu bir sunuma dönüştüren hatta YÖK'te tartışan ve kuruluşunda görev alan arkadaşlara baktığınızda sonuçta ya derginin yayın kurulunda var olan, ya da yazarları olan arkadaşlardır. Bunlara bakarak bile bu derginin bu üniversitenin temelinde bir harç görevi gördüğünü söylemek herhalde mümkün. SD'nin çıkışı ile üniversitenin kuruluşu arasında yaşanan çıkması açısından 3 yıl, fiilen kurulması açısından 4 yıllık bir süre var. Böyle bir harç görevi gördüyse 10'uncu yılına ulaşmış 40'inci sayısı çıkarılan bir derginin aslında ilk 3 yılda bile başta söylediğim okul olma görevini bir şekilde

icra ettiği ortaya çıkıyor.

FO: YÖK'teki üniversitenin sunumunda ben de vardım. Orada akademik anlamda doçentlik sınavı gibi zor bir süreç yaşanıyor. Üniversitenin amacı, vizyonu ve sağlığa verilen öneme dair sorular geliyordu. Bu sorulara bizim verdiğimiz cevaplar aslında bu dergi sürecinde öğrendiğimiz konuları kapsıyor. Biz aslında farkına varmadan zihinsel hazırlığımızı yapmışız. Bir soru geldiği zaman "tak" diye cevap veriyorduk. O sınavdan başarıyla çıktık ve üniversite kuruldu.

SD bugün artık 10 yaşında. 10 yıl insan ömrü için henüz çocukluğa karşılık gelir. Peki yayıncılıkta, üstelik de sağlık yayımcılığı gibi özel bir alanda neye karşılık gelir?

SA: Eğer hakemli bir tıp dergisi ile kıyaslarsanız evet 10 yıl uzun bir süre sayılmaz. Zira yüzyıllara uzanan dergiler var. Ama söylediğim gibi o dergileri ayakta tutan okuyucularından çok yazarlarıdır. O farklı bir şey. Çünkü yazarın o dergiye ihtiyacı var. Ancak böyle okuyucu kitlesinin dinamik politikanın içinde ve icra makamında olan kişileri hedef alan onları doğrudan ilgilendiren konuları ele alıyorsunuz. Bir hobiyi, bir sanat dalını ele almıyorsunuz. Biraz önceki gibi bilimsel bir alanda yazarının muhtaç olduğu bir dergiden bahsetmiyoruz. Dolayısıyla okuyucu kitlesini adeta belli bir amaca yönlendirmeyi hedeflemiş bir dergi için bence 10 yıllık yayın periyodu çok önemli. Çünkü bu hedef kitledeki insanlar içinde 10 yıl aynı makamda kalan insan neredeyse yoktur. Bu durum; derginin hedef kitlesinin sürekli değiştiği anlamına gelir. Değişen hedef kitlesine de kendini kabul ettirerek devam etmesi gerekiyor. Sağlıkta SD eğer politik anlamda bir

köşe tutuyorsa, 10 yıllık bir iktidarı var demektir.

FO: 10 yıl önemli bir süre ve şöyle bir araştırma yapmak da gerekir diye düşünüyorum. SD'de yayımlanan politikayla ilgili görüşleri toplayıp; belli aşamalarda analiz edip, bu görüşlerin ne derece Sağlık Bakanlığı'nın ya da üniversitelerin politikalarına yansımış, ne derece bunlar uygulanmış gibi konular incelemeye değer.

SA: Fazla iddialı ama ilgi çekici bir öneri...

FO: Bire bir etkilemiştir veya bir ilişki vardır demiyorum ama bence bu incelenmesi gereken bir şey. Az, çok veya yüzde veremem ama ben etkilemiştir diye düşünüyorum.

Peki başlarken bir hedefiniz var mıydı? Şu an bu hedefin neresindesiniz?

MT: Ben SD'nin ilk arama toplantılarında vardım ama ilk sayılarda yoktum. İlk sayılardan hemen birkaç sayı sonra ekibin içine dâhil oldum. Hedef aslında baştan beri politika yapıcılara en azından yol göstermek ve yön vermektir. Bugün bu görevi hakkıyla yerine getirdiğini düşünüyorum. Bilimsel bir dergi gibi görünmesek bile özellikle sağlık yönetimi alanında bir akademik dosya hazırlanırken birçok hakemli dergilerdeki yazılardan daha çok kıymet görüyor. SD, sağlık yönetimi alanında çok ciddi bir yeri olan dergi.

Şu an ne gibi tepkiler alıyorsunuz? Olumlu-olumsuz dönüşler nasıl?

MT: SD'yi bir defa söylediğimiz anda, "Okuyorum istiyordum. Arşivliyordum" diyen çok insan duyuyoruz.

FO: Sanıyorum dergi bir insanın eline ulaştığı zaman baştan sona tüm makaleler okunmuyor. Herkes bulunduğu konuma ve ilgi alanına göre değişik makaleleri okuyor. Belirli bir konuya çok fazla ağırlık vermeyelim diye dergi toplantılarında da yazıları değişik kategorilere ayırıyoruz. Herkesin okuyacağı, herkesin kendinden bir şey bulabileceği bir dergi olmasını istiyoruz. Türkiye'de şöyle bir şey de var: Herkes okuduğunda eleştirilerini olumlu veya olumsuz bir şekilde gönderse daha fazla geri dönüş alabiliriz. Ancak böyle bir olumlu veya olumsuz eleştirileri yazıya döküp gönderen kişi sayısı maalesef az. Geri dönüşler genellikle şahsi sohbetlerde, görüşmelerde oluyor. Kurumsal bir geri dönüş çoğu zaman olmuyor.

SA: Çok nadiren editöre mektuplar geldi. O konuda beklentilerimize cevap alamadık. Ama daha çok geri bildirimler; "filan yazıyı eleştiriyorum" diyerek

eleştirenler tarafından yazı göndermek şeklinde oldu. Derginin hedef kitle si aslında potansiyel yazarlarıdır.

MT: Aslında şöyle tanımlamak lazım: Biz bir anlamda dergiyle sohbet ediyoruz. Çünkü hakikaten politika yapıcılar ve orada yazar olanlar tartışma ortamını yüz yüze değil de dergi ortamında yapıyor.

FO: Hatırlarsanız ilk sayılarda bir valiyle bile tartışmamız olmuştu.

O zaman kaymakamdı Hocam.

FO: Yazı yazdı ve karşı yazı yazıldı.

Yeri gelmişken biraz polemiklerden bahsedelim mi? Daha sonra Vali olan Üsküdar Kaymakamı ile Recep Hocamızın polem i ğ i, Hasan Yazıcı Hoca ile Sabahattin ve Osman Hayran Hocalarımızın polemikleri...

FO: Kavga değil fikir tartışması demek lazım bunlara. Bunlar SD'nin zenginli ğ i ve gücünü de gösteriyor. Sonuçta bir kişi sizin yazdığınız yazıyı muhatap alıp oturup üşenmeden makale yazıyorsa, bu sizin değerinizi de gösterir. Keşke bunlar daha çok olabilse. Sonuçta bu dergide “benim fikrim illaki doğrudur” ve “herkes buna uymalıdır” şeklinde bir şey kesinlikle söz konusu değil. Tam tersi keşke her yazıya eleştirel yazılar olabilse ve biz bunlardan en rafine fikirleri elde edebilsek. Bu fikirler de ilgili makamlara kurumlara yol gösterici olsa. Bu bizim daha fazla istediğimiz bir şey. Dolayısıyla bu tür polemikler daha fazla olmalı.

SA: Aslında bunlar gazete köşe yazarlarının polemikleri gibi değil birer fikir çarpışmalarıdır. Fikirlerin çarpışmasıyla ortak payda çıkarsa bir üst fikir ortaya doğar; çıkmazsa da iki taraf da yeterince alternatif görüşleri dinleyip aydınlanmış olur. Bu anlamda böyle sağlık politikası ağırlıklı bir dergide bu tür polemikler aslında fikirlerin daha derinine inmemize, daha çok analitik düşünmemize ve bazen de ortak payda bulmamıza yol açıyor. Yani derginin esas amacına daha çok hizmet ediyor. Bence de keşke daha çok polemik yazıları olsa.

MT: “Barika-i hakikat müsademe-i efkârdan doğar” denir. Yani, hakikat şimş e ğ i fikirlerin çarpışmasından doğar.

İzninizle biraz da özeleştiri yapmayı teklif ediyorum. Sizce şu anda SD’de ne eksik? Popülerite mi, daha güçlü yazar kadrosu mu, değinilen konular mı?

SA: Birincisi bu kadar emek harcanan ve entelektüel düzeyi yüksek bir dergide hedeflediğimiz yerde olmadığımız kanaatindeyim. Çok daha okunan, çok

daha aranan, çok daha tartışılan, çok daha fazla polemiklere konu olan bir dergi olmalıydık. Hedef kitledeki geri dönüşler arzu ettiğimiz düzeyde değil. Bunun için SD Platform web sayfası devreye girdi. Buranın bir etkisi oldu ama bu da bizlerin arzu etti ğ i düzeyde değil. SD'nin son birkaç yıldaki kendinden oluşan politikası, oturulup düşünülüp şu konu yazılsın şeklinde değil; aktüel olan konunun ne olduğudur. Örne ğ in, bu röportajımızın yayınlanacağı son sayı daha çok göç ve sağlık ağırlıklıdır. Şu an sadece Türkiye'nin değil dünyanın gündeminde maalesef çevremizdeki savaşların oluşturduğu göçler ve bunların sağlık sorunları var. Dolayısıyla SD daha çok güncel sorunu ele alan ve ona yönelik politika üretmeye çalışan ya da bununla ilgili çalışanların birikimlerini nakletti ğ i bir dergi olma vasfına büründü. Bu vasfını devam ettirebilirse güncel sorunlara kaynak arayan farklı görüşleri öğrenmek isteyen kişilerin bir tarama yapmaksızın SD'ye müracaat ederek bilgiye ulaşmasını sağlayacak bir fikir da ğ arcı ğ ı rolünü üstlenebilir diye düşünüyorum. Bu anlamda belki de mevcut yapısını biraz daha aktüelle birleştirerek devam etmesi lazım. Ama buradaki eksik tarafımız ise SD'nin bu aktüelli ğ in, bu sorunların içinde bocalayan, bu sorunları çözme sorumlulu ğ u taşıyıp uğraş veren insanların önemli bir kısmının ilk kayna ğ ı olmamasıdır. SD'nin bunu aşması lazım. Bu kişiler acaba SD bu konuda ne fikir sergilemiş diye henüz tamamen merak ediyor değiller.

Teşhis yapıldı. Peki, tedavi reçetesi nedir?

SA: Bunu Yayın Kurulu toplantımızda tartışalım (Kahkahalar).

FO: Benim gördüğüm kadarıyla SD'nin kulvarında bir başka dergi yok. Yani sağlık politikaları alanında fikir üretip bir vizyon ortaya koyan bir başka dergi yok. Varsa da ben bilmiyorum. Dolayısıyla SD tabiri caizse üstü kapatılmış bir altın gibi. Yani büyük bir hazine var ama birçok kişi onu bilmiyor, henüz keşfetmemiş. Veya keşfetmiş ama çok da değerini anlamamış.

SA: Şu sayı ile 40 sayıyı tamamlıyoruz. Ortalama bir sayımız 100 sayfa, bu da toplamda 4000 sayfayı tekabül ediyor. Türkçede sağlık politikası ile ilgili 4000 sayfayı bulan hiçbir kaynak yok.

FO: Hocam bu duruda başlangıçtaki hedefimizi aslında biz gerçekleştirmişiz.

SA: Evet. Dolayısıyla ben sağlık politikalarıyla ilgili bir sorumluluk üstlendi ğ imde çok rahat ulaşabilece ğ im en geniş kaynak SD'nin arşividir. Büyük boyutlu 4000 sayfa ve bu derece yoğun ve tek ağırlık oda ğ ı sağlık politikaları olan bir

“SD'nin kulvarında bir başka dergi yok. Yani sağlık politikaları alanında fikir üretip bir vizyon ortaya koyan bir başka dergi yok. Dolayısıyla SD tabiri caizse üstü kapatılmış bir altın gibi. Yani büyük bir hazine var ama birçok kişi onu bilmiyor, henüz keşfetmemiş. Gönül arzu eder ki politika yapıcılar bir konu hakkında karar verecekleri zaman “Bu konuyla ilgili SD'ye bir bakalım, orada ne yazmışlar” desinler.”

başka kaynak söz konusu değil. Onun için sadece günceli değil arşivi tarayarak da hem politikaların seyri, hem de bununla ilgili geçmişte olan düşüncelere ulaşmak açısından SD çok iyi kaynak.

Sizce SD’de konuları tüketmedik mi? Yıllarca bağımsız yazılarla, biraz da hedefsizce yazılar yayımladık. Bazen aynı ismin farklı imzalarla birden fazla yazılarına yer verdik. Çok sonra hem daha kolay yazı bulabilmek, hem de daha derli toplu gidelim, belli bir konuda ortaya bir fikir-ürün koyalım düşüncesiyle dosyalar hazırlamaya başladık. Son 20-25 sayıda pek çok dosya yaptık. Peki, şu an neredeyiz sizce? Dosya konularını tüketiyor muyuz? Bundan sonra ne yapacağız?

SA: Bence durum böyle değil. Örne ğ in aile hekimli ğ i diye bir dosyamız var. Bu konu kapandı diye düşünüyorsak tüketme fiili haklı olabilir. Ama bugün aile hekimli ğ i projesinin başında görev almış bir kişi olarak ben tekrar aile hekimli ğ ini raporlayıp aile hekimli ğ inde bugünkü revizyonlarla ilgili fikir üretme ğ e çalışıyorum. Yani toplum çok hızlı değışen bir şey. Politikalar ise topluma ayak uydurmak, kendini yenilemek zorunda. Aksi takdirde çok hızlı eskirler. Bu açıdan aslında birçok aynı isimli dosyaya yeniden ihtiyaç duyulacaktır. Güncelle hizmet etmeyi amaçladığımız için değışen şartlara ve değışen toplumsal realitelere var olan politikaların zaman içindeki yıpranmalarına ya da arzu edilen hedeflere ulaşmamalarına ba ğ lı olarak belki aynı dosyaları yeniden ele almaya

“Artık sağlık ekonomisi, sağlık hukuku, sağlık bilişimi gibi alanların her biri bilimsel ve politik alanlarıdır. Eğer biz her alanda ayrı bir dergi oluştursaydık belki daha az kişi tarafından okunan ama daha etkili, daha sıkı takip edilen bir yayın olurduk. Fakat bu kulvardaki boşluğu doldurmak adına SD bunların her birini birden kucaklamaya çalışıyor. Bu bugün için bir handikap ama gelecekte belki 2023’te, belki 17’inci yaşımda SD, 10 farklı dergisi olan bir çatı yayın neden olmasın?”

çalışacağız. Bu açıdan önümüzdeki sorun olan konuları biz dosya olarak ele almaya devam ettiğimiz müddetçe sağlıkta sorun ve dosya konusu tükenmeyecektir diye düşünüyorum. Bunların yeniden ele alınması, aynı fikirlerin tekrarlaması değil soruna yeni çözüm üretme çabası anlamına geliyor.

FO: Ben de kesinlikle katılıyorum. Konjonktür sürekli değişiyor. 10 yıl evvelki konjonktürle bugünkü bir değil. SD’nin çıktığı 10 yıldan beri uygulanmış birçok politika var. Bunların sonuçlarını şu an görüyoruz. Bunların bir kısmı doğru, bir kısmı da hatalı olabilir. Dolayısıyla her zaman bu konuyla ilgili değişik görüşler ve fikirler olabilir. Hatta aynı kişinin fikirleri bile zamanla değişebilir. Özellikle sağlık politikaları konusunda 10 yıl evvel bir konu hakkında yazmış olan bir yazara, “Aynı başlıkla bir de bugün bir yazı yaz bakalım.” diye tekrardan bir teklif götürüp 2 yazıyı karşılaştırsak, çok farklı bakış açılarının ortaya çıkabileceğine inanıyorum. Dolayısıyla aynı konuları belli periyotlarla tekrar tekrar işlemek lazım. Ne oldu neredeyiz? 10 yıl önce ne söylemiştik? Bugün ne söylemek lazım? Aynı şeyi mi yoksa farklı bir şeyi mi söyleyeceğiz? Bunların üzerine tekrar tekrar gitmemiz lazım. Dolayısıyla az önce dediğim gibi SD’nin söyleyecek lafı her zaman var.

MT: Bir defa iki şekilde de hareket etmemiz gerekiyor. Birincisi günceli tartışmamız, öte yandan da geleceği planlamamız...

Sabahattin Hocam biraz bu sorunun devamı olacak bir şekilde güncel bir şey sormak istiyorum. 2016’nın Türkiye’sindeyiz ve 2023, 2051 ve 2071 hedeflerinden bahsediliyor. 14 yıllık bir AK Parti iktidarı var. Üstelik daha bir kaç hafta önce bizi şoke eden bir kalkışma, bir darbe girişimi yaşadık. Bir taraftan Başkanlık tartışmaları, bir taraftan partili Cumhurbaşkanlığı tartışmaları var. Tabi bir de Batı ile ilgili meseleler var. Avrupa Birliği sürecimiz belirsiz ve hayli kırılgan. Bir taraftan göçmenler geldi ve ülkemizde 3 milyon Suriyeli sığınmacının geleceği belirsiz. Sağlık, bu süreçlerin önemli bir unsuru. Sizce sağlıkta bundan sonra ne olacak?

SA: Türkiye’de 2003 sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programını oluşturan sağlık politikaları, normalde Türkiye’nin genel ekonomi politikasıyla çok da paralel gitmedi. Ekonomik gelişmesiyle paralel gitti ama ekonomi politikasıyla paralel gitmedi. Türkiye’nin ekonomi politikası daha liberal, daha piyasacı bir ekonomi politikası oldu. Ama sağlık politikası; bu ekonomik politikanın etkisiyle özel sektörü de sistem içerisine çeken fakat sosyal yönü ağır olan bir politika şeklinde gitti. Bu açıdan bu politikalar; ekonomi politikasıyla sağlık politikası sorumluluğu taşıyanların arasının gerilmesine dahi yol açtı. Sağlık piyasaya terkedilmediği, daha çok sosyal politikalara ağırlık verildiği için sağlık sektöründe hizmet verenlerin memnuniyetsizliği de ortaya çıktı. Öyle ki bilhassa yeni çıkan Sosyal Güvenlik Kanunu’nun detayı incelendiğinde, 1960’lı yıllarda çıkan sosyalizasyon kanunundan daha sosyal bir kanun olduğu görülür. Bir taraftan liberal ve piyasacı ekonomi sürdürülmeye çalışılırken bir taraftan da imkânlar zorlanarak sosyal politikaların ağır olduğu bir sağlık sistemi kurulmaya çalışıldı. Bunu, geleceğe yönelik sürdürülebilirlik açısından önemsiyorum. Dolayısıyla bundan sonraki süreçte sağlık politikalarının ne kadar sosyal kaygıyla devam edeceği fikri önemli. Mevcut iktidar, Sağlık Bakanı değişimine rağmen sosyal odaklı bir politikayı bırakmamaya gayret gösterdi. Bundan sonra da böyle gitmesini arzu ediyorum. Ancak ekonomik değişimler yeni lobiler ve yeni güç odakları oluşturuyor. Ağırlıklı olarak da özel sektör kaynaklı. Bu güç odaklarının, bu yeni lobilerin bastırmasıyla kamu politikaları zaman zaman sapabiliyor. Dolayısıyla geleceğe yönelik böyle bir kaygı taşıdığımı belirtmek isterim. Buna bir örnek vermek isterim. Geçtiğimiz sayılarda SD’de Prof. Dr. Kerem Alkin tarafından bununla ilgili bir makale yayımlandı.

İlaç sektöründe fonların ortak olmaya başlamasıyla ilgili. Dolayısıyla halk sağlığının, sağlık ana fikrini taşıyan bir üretim değil fonların kâr amaçlı üretimine dayalı olması riskinden bahsetti. Fonların hastane ortaklıkları da başladı. Dolayısıyla sadece ilaç sektöründe değil sağlık hizmeti sektöründe de bu fonların etkisi global olarak görülmeye başlandı. Bunlara karşı sosyal politikaları devam ettirmek, ancak bu sürece müdahale etmekle mümkün olur. Geleceğe yönelik bu tür kaygılar taşıdığımı ve buna yönelik de ülkenin politikaları geliştirmesi gerektiğini vurgulamak istiyorum. Ama mevcut içinde bulunduğumuz durumla ilgili de birkaç faktör çok önemli. Birincisi Suriye ağırlıklı olmak üzere güvenli olmayan bir coğrafya içinde olmamız ciddi olarak insanların çok hızlı yer değiştirmesine, içinde bulundukları sosyal güvenlik şemsiyesinin dışına çıkmasına yani sosyal güvenlik kapsamında olmayan birçok insanın ortada dolaşır haline gelmesine yol açtı. Öte yandan Türkiye, Birleşmiş Milletler’in 1000 Yılın Hedefleri Programında belirlediği hedeflere ulaşabilen nadir ülkelerden biri. Anne ve bebek ölümlerinde belirli hedeflere ulaşmış bir ülkeyiz. Fakat göçlerle beraber hem bütün bu hedefleri yeniden gözden geçirmemiz, hem de yeni politikalar geliştirip yeni tedbirler almamız gerekiyor. Her günün yeni şartlar doğduğu, tüm hedeflerimizin şaştığı yeni bir sağlık sistemi kurgulanmasından ya da mevcut sağlık sistemini yeni politikalar geliştirerek güçlendirilmesinden bahsetmemiz gerekiyor. Bir başka husus ise geçtiğimiz haftalarda yaşadığımız askeri kalkışmanın hemen arkasından OHAL’de bir uygulama yapıldı. Askeri hastaneler lağvedilerek Sağlık Bakanlığına bağlandı. Sağlıkta Dönüşüm Programının tüm hastaneleri tek bir çatı altına toplama politikası vardı. Başta Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri olmak üzere bir harmonizasyon yapılmıştı. O dönemde askeri hastanelerin de bu şemsiyenin altına girmesi gerektiği ifade edilmişti. Sağlıkta Dönüşüm Programının etkisiyle bu hastanelerde döner sermayeler kurulmuştu. Şimdi bu hastaneler Bakanlığa bağlandı ve sağlık hizmeti yönetimi açısından yeni bir alan doğdu. Bunların yapılması önemli. Kamu sağlık hizmet sunucuları içinde harmonize edilmesi adına yeni önlemler almak gerekiyor. Bu arada bunlarla beraber yeni sorunlar da doğacak. Her ne kadar toplumda sınıf oluşturmuyor desek de mutlaka önceliği olan kesimler vardır. Kırılgan kesim en öncelikle kesimdir ve onlara ulaşmanız lazım. Yaralanma riski taşıyan kesimin hastane kapılarında asla bekletilmemesi lazım. Sizin için vatanı korumak için yaralanmış, mağdur olmuş kişinin en öncelikle tedavi edilmesi lazım. Cephede ya da görev esnasında yaralanmış bir askerimiz bırakın acil servisi, daha hastaneye ulaşmadan bir şekilde hizmet

alıyor olabilmesi lazım. Özellikle Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde nükleer biyolojik silahlara karşı bazı altyapılar var. Bunların bir şekilde yeniden sivil organizasyona ve askeriyenin öncelikleri de korunarak yapılması lazım. Dikkat ederseniz Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilecek sağlık politikalarına yeni sorunlar ve yeni artılar eklendi. Bunlar, üzerinde düşünmesi gerekenler konular.

Bu Kanun Hükmünde Kararnameler kapsamında kamudan uzaklaştırılan pek çok kesimin içinde hekimler başta olmak üzere sağlık personeli de olacak. Zaten bizim bir hekim açığımız var. Bu da bir sorun değil mi?

SA: Hizmet ağırlıklı sektör olan sağlıkta en önemli kaynak insandır. Dolayısıyla bu insan kaynağını zaten belli projeksiyonlarla artırmaya çalışıyoruz; bir yandan da bu tür travmalarla insan kaynağını kaybetme ile yüz yüze kalıyorsunuz. Bir husus daha önemli. Türkiye'nin maalesef hem coğrafyanın kendisine yansıttığı sorunlar hem bu son ayda kendi yaşadığı sorunlarla birlikte; her ne kadar olumlu mesajlar verilse de bunlar ekonomik gidişimizde olumsuz etkiler yaratacaktır.

FO: Şimdi mültecilere vatandaşlık verilmesi söz konusu. Siz belli bir vatandaş ve nüfus sayısına göre politikalar belirliyorsunuz ve gelecekte şu kadar bebek doğacak, şu kadar yaşlımız olacak gibisinden öngörülerde bulunuyorsunuz. Ve bir anda buraya birkaç milyon kişi monte oluyor. Gelen kesim de sağlık açısından en çok hizmete muhtaç, en çok ihmal edilmiş bir kesim. Aşıları ve hijyen eğitimi yok. Böyle bir kitleyi bir anda içeri alıyorsunuz ve bunlar TC vatandaşlarıyla aynı haklara sahip oluyorlar. Bunlara sağlık hizmeti de sunmak durumundasınız. Şimdi tüm planlar ve projelerin revize edilmesi lazım. Önümüzdeki dönemde SD'nin bu tür konulara da yönelmesi, bunlar hakkında fikir üretmesi ve politika yapıcılara yol göstermesi gerekecektir.

SA: Türkiye'de Türk vatandaşı olmayan 3 milyon Suriyeli, 1 milyon da diğer Arap ülkelerinden olan 4 milyon Arap var. Bu ortalama bir Arap ülkesinden daha büyük bir nüfus. YÖK, yabancı akademisyenler diye bir veri tabanı oluşturmak istedi. Bu resmi bir rakam değil bir duyum ama YÖK'e 2000 civarında yabancı akademisyenin başvurduğunu öğrendim. Demem o ki 3000 civarında akademisyenin de Türkiye'ye Arap coğrafyasından geldiği varsayılıyor.

Doktor sayısı bakımından 550 doktor rakamını zikredebilirim. Fatih'teki Suriye Nur Derneği ile yaptığımız röportajda 550 Suriyeli sığınmacı hekimin Türkiye'de olduğunu söylüyorlar.

SA: Tabi sağlık deyince sadece hekim

olarak düşünmeyin. Diş hekimi, hemşire, eczacı, öğretim üyesi gibi insanlar var. Onlarla birlikte rakam çok çok artar.

Tabi bu rakamlar da suyun suyu aslında. Türkiye kaliteli insanları çoktan Avrupa'ya kaptırdı bile.

SA: Doğru. Kaybedilmiş hali bu kadar. Dolayısıyla bu olumsuzlukları düşünürken oradaki insan kaynağını da keşfetmek ve bunu hiç olmazsa kendi nüfusuna hizmet eder hale getirmek gerekir. Bunun için hem akademik anlamda, hem üniversite anlamında, hem de sağlık hizmeti alanında bu konulara kafa yormak gerekir.

SD, daha kaç sene çıkacak? Bu menzilin hedeflenen bir sonu var mı? Yoruldunuz mu?

SA: Evet gece yarısına kadar zaman harcadığımız, üstelik de yoğun mesailerden sonra buna vakit ayırdığımız ve yorulduğumuz bir gerçek. Ama SD toplantılarını bir anlamda kendi gelişimim için de bir fırsat gibi görüyorum. Bu anlamda bir kurs görüyorsanız kursa devam etmeyi arzu ediyorum.

Var mı bu menzilin sonu?

FO: Ben bir sonunun olduğunu düşünmüyorum. Ekip, istek ve finansman var olduğu sürece bu dergi gidecektir. Bugün biz varız, yarın bir başkası olur. Sağlık durmuyor ki biz duralım. Şu koşullarda durabilir: Bizim ürettiğimiz fikirler, yazılan yazılar hiçbir yerde hiçbir etki yapmıyorsa o zaman anlamsız bir dergi haline gelir. Her ne kadar bu konuda bilimsel bir çalışma olmasa da bizim gördüğümüz bu derginin belli noktalarda etkili olduğu yönünde. Keşke bu konuda bilimsel bir çalışma yapılabilse. Ama "hiçbir etkisi olmuyor artık biz havanda su dövyüyoruz" noktasına gelirse ancak o zaman durur. Yoksa bu katar durmaz.

SD'yi 5 yıl sonra, 10 yıl sonra nerede görmek istiyorsunuz?

MT: Ben derginin sağlık politikalarına yön vermesinin yanında şu anda var olan hakemli dergi havasının aslında biraz daha formel hale gelmesini arzu ediyorum. Çünkü en azından yayın verenlerin de bundan bir kazancı olmuş olur.

Yazı yazılan ama okunmayan bir dergi mi olalım?

MT: Yok, öyle bir şey demiyorum. Tam tersi, okunma konusunda beklentim; dağıtım sistemini daha da olgunlaştırıp gerçekten okunacak yerlere ulaştırılması ve zaman içinde geri bildirimler alınacak şekilde mülakatlar yapılması şeklinde.

FO: SD bu kulvardaki tek dergi. Gönül arzu eder ki politika yapıcılar bir konu

hakkında karar verecekleri zaman "Bu konuyla ilgili SD'ye bir bakalım, orada ne yazmışlar" desinler. Veyahut da "SD, bu konuda bir fikir üretmişse bunu dikkate almak lazım" dedikleri bir dergi olabilmemizi arzu ediyorum. Bu tabi ki dergide yazan insanların görüşlerinin isabetliliğiyle, tutarlılığıyla ve samimiyetle ilişkilidir. Bugün tıp alanında öyle dergiler var ki orada bir yazı yayınlamak çok zor ve çok kıymetlidir. Mesela New England Journal Of Medicine'da bir tane yazı yayınla, o sana yeter. Öbür türlü 30 tane yazı yayınlasan ona denk gelmez. O kalitede bir dergi olursak çok daha güzel olur. Bu, zamanla ve kaliteyle alakalı bir şey.

Sabahattin Hocam, isterseniz ben çerçeveyi çizeyim, sözü siz tamamlayın. Türkiye'nin 2023 hedefleri, sağlık ve SD desem ne dersiniz?

SA: Türkiye'nin 2023 hedefleri yaşadığımız şartlardan dolayı revize edilmek zorunda kalacak. Ama en azından bugüne kadarki çizilmiş 2023 hedefleri açısından bakıldığında; milli geliri daha yüksek, ekonomik olarak daha gelişmiş daha müreffeh bir Türkiye hayal ediyoruz. Daha sağlam ve kalıcı politikalar geliştirmiş, geliştirdiği politikaları geriye yönelik analiz edip revizyonlarını hızlıca yapan bir Türkiye hayal ediliyor. Böyle bir yerde SD'nin bugün üstlendiği misyon çok daha kıymetli bir misyona dönüşür. Biraz önce Fahri Bey'in bahsettiği okunabilirlik ve erişebilirlik çok ciddi bir ihtiyaca dönüştü. Belki bu alanda SD'ye alternatif dergiler çıkar ki bu misyona hizmet edeceği için o da bizi sevindirir. Bu arada şunu belirtmek gerekir ki, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımı aslında kapsamlı gibi görünmesine rağmen hem çok anlaşılabilir hem de bugün için yetersizdir. Bu kadar genişleyen bir kavramı tek bir dergide toplamak aslında çok fazla konuyu ele alan, çok da homojen olmayan bir dergiye neden oluyor. Bu da SD'nin bir handikabı. Biz bu hızlı değişime SD olarak ayak uyduramadık. Ayak uydurmamız için alternatiflerin çıkması lazım. Artık sağlık ekonomisi, sağlık hukuku, sağlık bilimi gibi alanların her biri bilimsel ve politika alanlarıdır. Ve bu alanların sadece biriyle ilgilenen meslekler türedi. Eğer biz her alanda ayrı bir dergi oluştursaydık belki daha az kişi tarafından okunan ama daha etkili, daha sıkı takip edilen bir yayın olurduk. Fakat bu kulvardaki boşluğu doldurmak adına SD bunların her birini birden kucaklamaya çalışıyor. Bu bugün için bir handikap ama gelecekte belki 2023'te, belki 17'inci yaşımızda SD, 10 farklı dergisi olan bir çatı yayın neden olmasın? Daha önce de değindiğim gibi Yayın Kurulundaki tartışmalarımız, biz çok da fark etmeden dergiye değişim olarak yansıdı. Belki ilerleyen süreçte de bu şekildeki bir değişim yaşanacaktır. Tüm bunları zaman gösterecek.

Kronik hastalıklar ve ekonomik dinamikler

Doç. Dr. Hatice Karahan



Boğaziçi Üniversitesi İşletme Bölümü'nden lisans derecesi aldı. Aynı üniversitede İktisat alanında yüksek lisans yaparak doktora çalışmaları için ABD'ye gitti. 2006 yılında Ekonomi doktorasını tamamladığı Syracuse University'de ders vermenin yanı sıra, Center for Policy Research bünyesinde araştırmacı olarak çalıştı. Türkiye'ye döndükten sonra, İstanbul Bilgi Üniversitesi'nde yarı zamanlı olarak ders verdi ve TÜBİTAK'ta danışmanlık yaptı. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi'nde Ekonomi ve Finans Bölüm Başkanı ve ayrıca Sağlık Ekonomisi Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yapan Karahan, ayrıca Türkiye İhracatçılar Meclisi Ekonomi Danışmanı olup, Yeni Şafak gazetesinde ekonomi alanında köşe yazarlığı yapmaktadır.

Dünyada 70 yaş öncesinde gerçekleşen ve prematüre ölüm olarak adlandırılan erken kayıpların önemli bir bölümü, bulaşıcı olmayan hastalıklardan (noncommunicable diseases -NCDs) ileri gelmektedir. Kronik olarak da nitelendirilen bu rahatsızlıkların başını dolaşım sistemi hastalıkları çekerken bunu; kanser, solunum sistemi ve endokrin ile metabolizma hastalıkları izlemektedir. Söz konusu hastalıkların başlıca sebepleri arasında ise alkol ve tütün kullanımı, sağlıksız beslenme ve fiziksel hareketsizlik yatarken, bu tablo bir yandan da kronik hastalıkların önemli ölçüde önüne geçilebileceğini göstermektedir. Zira erken yaşta ölüme götürebilen tansiyon, diyabet, kalp krizi ve obezite gibi sorunlara, kişilerin iradesine bağlı davranışsal riskler katkı sağlamaktadır. Dolayısıyla da kronik hastalıklara karşı yapılan önleyici ve iyileştirici çalışmalar, dünya çapında tüm ülkeler için kritik önem arz etmektedir. 2000'li yıllarda bu doğrultuda sarf edilen çabaların NCD kaynaklı prematüre ölümlerde küresel çapta gözle görülür bir azalma sağladığı bilinirken, söz konusu düşüşün yüksek gelirli ülkelerde çok daha başarılı olduğunu da not düşmek gerekir. Hatta bu başarı, ilgili dönemde bu ülkelerdeki yaşam beklentisi göstergelerindeki iyileşmelerin belirleyici etkeni olarak tanımlanmaktadır.

Buna paralel olarak, gelineen noktada NCD ölümlerinin, ağırlıklı bir şekilde düşük ve orta gelirli ülkelerde vuku bulduğu

dikkat çekmektedir. Öte yandan, önde gelen kronik hastalıklardan kaynaklanan erken kayıp ihtimalinin yüksek gelirli ülkelerde nispeten düşmüş olması da, etkin müdahaleler yapıldığı takdirde problemin daha yoğun yaşandığı ülkelerde de durumun iyileştirilebileceği mesajını ve umudunu vermektedir. Tam bu noktada, dünya genelinde on yıllar boyunca oluşmuş bir alginın geçersizliğini hatırlatmakta da fayda vardır: Kronik hastalıklar, söylenegeldiği gibi daha ziyade varlıklı ve/ya yaşlı bireylerde ağırlık göstermemekte, aksine çok çeşitli gelir ve yaş gruplarını sarsıcı derecede etkileyebilmektedir.

Türkiye'de Durum

Yukarıda özetlenen küresel bulguların, gelişmekte olan ülkeler kategorisindeki Türkiye'de de benzer yansımalar sergilediği ifade edilebilir. Nitekim ulusal veriler, vakitsiz olarak tabir edilen prematüre ölümlerde NCD türü hastalıkların dominant olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, TÜİK tarafından geçtiğimiz Mart ayında yayımlanan "2015 Ölüm Nedeni İstatistikleri" de, tabloda da görüldüğü üzere, Türkiye'de söz konusu dönemde gerçekleşen tüm ölümlerin %40,3'ünü dolaşım, %20'sini tümörler, %11,1'ini solunum ve %5'ini endokrin, beslenme ve metabolizma ile ilgili vakaların teşkil ettiğini gözler önüne sermektedir. Bu ise, ülkemizdeki ölümlerin 3/4'ünü aşkın bir kısmına, bulaşıcı olmayan hastalıkların sebebiyet verdiği anlamına gelmektedir.

TÜİK verileri detaylı olarak incelen-

diğinde, ülkemizde her 10 ölümden 4'ünün sorumlusu olan dolaşım sistemi hastalıkları kapsamında, iskemik kalp hastalığının %40,5'lik oranla başı çektiği görülmektedir. Bunu, serebro-vasküler hastalık ile diğer kalp hastalıkları, her biri %20'yi aşkın oranlarla izlerken, hipertansif hastalıklar ise dolaşım sistemi rahatsızlıklarından mütevellit ölümlerin %9,7'sini açıklamaktadır. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de bir numaralı ölüm nedeni olan dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklı vefatların %60'ı aşkın bir kısmının ise, 75 yaş altında gerçekleştiğini vurgulamak gerekir. Öte yandan kanserden ölüme dair detaylar, %31,2'lik oranla, en sık olarak gırtlak ve soluk borusu / bronş / akciğerin kötü huylu tümörüne işaret ederken, bunu sırasıyla %8,6 ve %8,2'lik paylarla, malign mide ve lenfoid / hematopoetik tümörlerin takip ettiği tespit edilmektedir.

Ekonomik Boyut

NCD olarak sınıflandırılan sorunlar gerek dünyada gerekse ülkemizde bu şekilde üzücü tablolar sergilerken, bu doğrultuda ilgili hastalıkları "önleme" çalışmaları da kuşkusuz ayrı bir önem taşımaktadır. Bu tür çalışmalar -etkili bir şekilde hayata geçirildiği takdirde- paha biçilemez "hayat kurtarma" başarısını beraberinde getirirken, buna paralel olarak toplumlar için sağlıklı bir insan kaynağı da sağlamış olmaktadır. Zira sağlıklı birey ve toplumlar daha verimli çalışmalara imza atabilirken, NCD hastalıklarının ve bunlara bağlı olan erken ölümlerin azalması, işgücünü nitelik ve nicelik

anlamında sağlamlaştırmaktadır. Bu ise, ülkenin milli geliri ve büyümesi üzerinde olumlu roller oynayabilir.

Ekonomik perspektiften bakıldığında; sağlıklı bir toplum ayrıca, çeşitli dolaylı ve dolaysız maliyetlere daha az maruz kalmayı da beraberinde getirir ki, bunun tüm ülkeler için mühim bir husus olduğunu vurgulamak gerekir. Nitekim bu yazının odağı olan kronik hastalıklar, yüksek sağlık harcamalarından huzursuz iş ve aile yaşamına kadar uzanan çok çeşitli unsurlar çerçevesinde, hesaplanması hayli güç maliyetleri içermektedir. Bu maliyetler, gerek bireylerin gerekse ülkelerin, vakit, nakit ve enerji kaybetmesine sebep olmaktadır. Örneğin World Economic Forum ve Harvard Üniversitesi ortak çalışması; dolaşım sistemi, kanser, kronik solunum yolu, diyabet ve akıl sağlığı hastalıklarından türeyen etkilerin, 2012-2030 yılları arasında dünya ekonomisi için 47 trilyon dolarlık bir çıktı kaybı yaratma potansiyeli taşıdığına işaret etmektedir.

Bu gerçeklerden hareketle, dünya genelinde NCD ve etkilerini indirgeme amaçlı çeşitli çalışmalar son yıllarda hızla sürmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar, genelde çoklu ve birbirine bağlı sebeplerle tanımlandığından, bugüne kadar alınan mesafede hangi dinamiklerin ne kapsamda etkili olduğunu tam olarak belirlemek zor olsa da, özellikle “önleme” ile “erken teşhis ve tedavi” yaklaşımlarının belirgin şekilde olumlu sonuçlar verdiğinde şüphe yoktur. Söz konusu çalışmalar kapsamında WHO da, 2013-2020 dönemine ilişkin bir küresel eylem planı yürürlüğe sokmuştur. WHO planının ana hedefi, önleme ve kontrol faaliyetleri doğrultusunda, NCD nitelikli sorunlardan kaynaklanan ölüm riskini dünya çapında 2025 yılına kadar %25 oranında azaltmak olarak özetlenebilir.

Bunu başarabilmek ise, kronik hastalıkları sıkı takip etmeyi gerektirmenin yanı sıra bunlara yol açan risk faktörlerine karşı savaşmayı da beraberinde getirmektedir. Bu bağlamda, bahse konu eylem planının, ilgili dönemde zararlı alkol tüketimi ve yetersiz fiziksel aktivite yaygınlığında %10, tuz ve tütün kullanımında ise %30 oranında düşüşler hedeflediği anlaşılmaktadır. Bunlarla ilişkili olarak yüksek tansiyon, diyabet, obezite oranlarının kontrolüne dair hedefler saptanırken, kalp krizi ve felç önleyici ilaç tedavisi ve danışmanlık hizmetlerinin etkin olmasına yönelik maddeler de öne çıkmaktadır.

Bu doğrultuda WHO, ülkeleri bu hedeflere yönelik çalışmalar yapmaya teşvik etmektedir. Öte yandan, sorunların yoğun olarak düşük ve orta gelirli ekonomilerde çözüm beklediği düşünüldüğünde, ilgili eylemlerin maliyetleri ülkeler için bir diğer problem olarak belirebilmektedir.



Türkiye’de Ölüm Nedenlerinin Dağılımı (%)

	2014	2015
Dolaşım sistemi hastalıkları	40	40,3
İyi huylu ve kötü huylu tümörler	20,4	20
Solunum sistemi hastalıkları	10,6	11,1
Endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar	5,1	5
Sinir sistemi ve duyu organı hastalıkları	4,3	4,9
Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler	5,3	4,5
Diğer	14,4	14,2

Kaynak: TÜİK

Oysa mevzuya, kapsamlı ve vizyoner bir sağlık ekonomisi bakış açısıyla yaklaşılması gerekmektedir. Nitekim WHO hesaplamalarına göre, NCD türü hastalıklarla boğuşan ülkeler için bu konuda hareketsiz kalmanın maliyeti, söz konusu eylemleri hayata geçirmek için gözden çıkarılacak maliyetten çok daha yüksektir. Dolayısıyla, kronik hastalıklara karşı verilen mücadele, aslında ülkelerin ekonomilerine ve geleceklerine yatırım yapmaları anlamına gelmektedir.

Kaynaklar

Abegunde D. and Stanciole A., “An Estimation of the Economic Impact of Chronic Noncommunicable

Diseases in Selected Countries”, WHO, 2006

Chronic Disease: An Economic Perspective, The Oxford Health Alliance, 2006

From Burden to Best Buys: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries, World Economic Forum and WHO, 2011

Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: 2013-2020, WHO, 2013

Health in 2015: From MDGs to SDGs, WHO, 2015

The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases, World Economic Forum and Harvard School of Public Health, 2011

TÜİK, Ölüm Nedeni İstatistikleri 2015

İnsan kıymetlerinin geleceği ve sürdürülebilirliği

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.

Uluslararası Çalışma Örgütü verileri, “2008 Küresel Finans Krizi” öncesi dünyaya ölçeğinde 168 milyon düzeyinde olan işsiz sayısının, 2016 yılına girerken 204 milyona ulaştığını teyit etmektedir. Bu veri, dünya ekonomisinin istihdam imkânı sağlayacak şekilde son 7,5 yıldır sürdürülebilir bir büyüme trendi yakalamadığına işaret ediyor. Küresel finans krizi öncesinde de dünyanın önde gelen ülkelerinin, G20 Grubu’nun öncelikli gündem maddeleri konumunda olan “sürdürülebilir büyüme”, “yeşil büyüme” ve “sürdürülebilir gelecek” kavramları kriz sonrası daha da önem kazanmış durumda. Bununla birlikte temel problem, krizin ana ve artçı etkilerine bağlı olarak önde gelen ülke ve ekonomilerin bu kritik önemdeki başlıklara yeterince duyarlı olamamaları, odaklanmamaları olarak özetlenebilir.

“Sürdürülebilir gelecek” kavramının dayandığı kritik önemdeki değişkenlerden birisi, dünya genelinde ortalama yaşam standardının iyileştirilmesi ise, bir diğer değişken insan kaynakları arz ve talep güvenliğidir. 2015 yılı itibarıyla 7,2 milyar olan dünya nüfusu 2050 yılında 9,6 milyara doğru giderken, dünya nüfusunun yüzde 19’unu oluşturan 1,4 milyar insan tarım sektöründe, yüzde 12’sini oluşturan 800 milyon insan sanayi sektöründe, yüzde 23’ünü oluşturan 1,7 milyar insan ise hizmetler sektöründe çalışıyor. Dünya nüfusunun yüzde 5’ini

oluşturan 400 milyon insan girişimci olarak istihdam sağlarken, nüfusun yüzde 11’ini oluşturan 760 milyon insan emekli olarak yaşamını sürdürmekte. Nüfusun yüzde 26’sını oluşturan 2 milyar insan ise, henüz istihdam anlamında üretimde görev alabilecek yaşa gelmiş değil. Dünya ekonomisinin ayakta durabilmesi için, dünya nüfusunun ihtiyaçlarını karşılayacak mal ve hizmetleri üretebilecek bir insan kıymetlerine ihtiyacımız var. Bu nedenle, sürdürülebilir bir insan kıymetleri arz güvenliği gerekiyor.

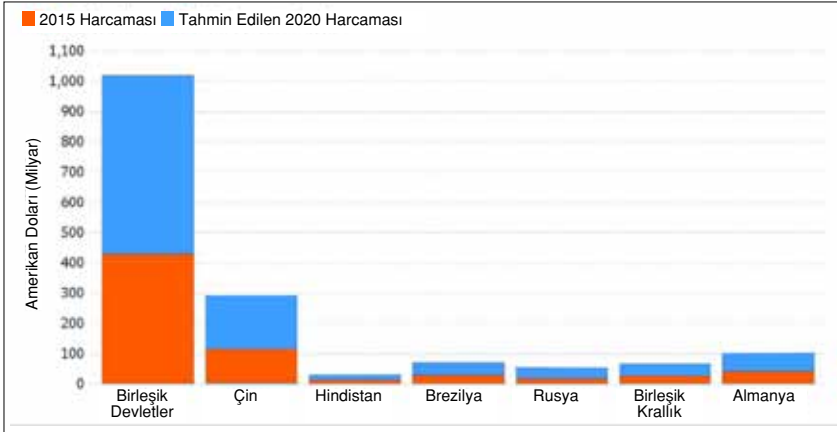
Dijital Çağ ve 4. Sanayi Devrimi

Bununla birlikte, 2050 yılında 2,2 milyara ulaşacak emekli nüfusu dikkate alındığında, üretimde görev alacak insan kıymetlerini sürdürülebilir kılmak da kritik önemde. Aynı zamanda, dünya ekonomisinin sürdürülebilir büyümeyi yakalaması ile insan kıymetleri talep güvenliğinin de sağlanması, yani istihdamı daim kılacak bir ekonomik yapı oluşturmak gerekiyor. Küresel ekonomik sistem, tüm bu kritik konu başlıklarını tartışırken, dijital çağa geçişin uzantısı olarak, dünya ekonomisinde “4. Sanayi Devrimi”ni de konuşmaktayız. “Endüstri 4.0” olarak da adlandırılan bu süreç, küresel boyutta sanayi üretimini yüksek teknoloji ile donatma, makineler arası iletişim çağına geçiş (M2M) ve buna bağlı olarak kaynak verimliliği ile ekolojik dengeyi koruyucu, “yeşil büyüme” ve “yeşil enerji” dönemine geçmek anlamına geliyor.

Bu yeni sürecin anlamı, daha fazla otomasyon sistemlerinden ve robotlardan yararlanarak zaman ve mekân kavramları açısından yeni üretim prosesleri oluşturmayı, üç boyutlu yazıcılar aracılığıyla dünyanın her noktasında her türlü hammadde, ara mamul ve nihai ürünün üretilmesi anlamına geliyor. Bu da, Türkiye’nin orta ve yükseköğretim sistemini, mekatronik, robotik, bilgi teknolojileri ve oto biyoteknoloji gibi meslekler için yeniden kurgulamamızı gerektirmekte. “Endüstri 4.0”ı uygulamaya geçiren ülkeler üretimde verimliliği artırdıkları, pazara ürün sürme süreçlerini olağanüstü kısalttıkları ve üretim sürecinde esnekliklerinin gelişeceği bir yapı oluşturacak. Bu sürece geçmeyi başaran ülkeler hızla rakiplerine her yıl adeta 5 yıllık bir fark atmış olacak. Bununla birlikte, önümüzdeki 30 yıl içerisinde üretimde robotların insan kıymetlerinin yerini alması, pek çok açıdan yönetilmesi gereken bir dönüşüm sürecine de işaret ediyor. Bu sürecin muhtemel sosyoekonomik ve sosyopsikolojik sonuçlarının hayli etkili analiz edilmesi gerekmektedir.

İşgücüne karşı robotlar!

Dijital çağın bir parçası olarak, inovasyon eğer iyi düzenlenmez ve iyi yönetilmezse, çalışma şartlarına ve mesleklerle negatif bir etki yapabilir. Dijital ekonomi tüm sektörlerde hızla yayılırken, verimlilik ve refah için yeni fırsatların gündeme geldiği bir gerçek. Özellikle rutin ağır görevleri içeren bazı meslek profilleri için, bu yeni



dönem belirli riskleri oluşturuyor. Nitekim, “operasyonel robotlar” çoktan aramıza katılmış durumdalar. Operasyonel robotlar, sayısal olarak son 10 yılda yüzde 70’in üzerinde bir artış gösterdiler. Otomasyonun temel oluşturduğu ileri imalat sanayi üretimi, 3 boyutlu yazıcı ve insan-makine işbirliğinin ön almaya başladığını gösteriyor. Bugün için robotların sebep olabileceği iş kaybı halen marjinal bir konu. Çünkü bilgi ve iletişim teknolojileri kompleks süreçleri hala kendi kendine yönetemiyor. Robotlar ne mantıklı seçimler yapabiliyor, ne de çalışan bir insan gibi sosyo-duygusal yeteneklere sahipler.

Küresel ölçekte inovasyon sürecinin yeni ve daha iyi mesleklerin ortaya çıkması, sanayinin dönüşümü, düşük karbon ekonomisi, bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık sektöründe kullanımı gibi doğru hedeflere odaklanmaya ihtiyacı var. Şirketler sürekli değişen dijital çağa ayak uydurmak için gerekli teknolojilere ve araçlara yatırım yapıyor.

Bununla birlikte, işgücünün de bu yeni çağa ayak uydurması gerekmekte. Küresel rekabete karşı sürekli değişim gösteren şirketler, “akışkan iş gücü” kavramı üzerinde duruyorlar. Bu kavram, şirketlerin, kurumların yetenek havuzunu sürekli tüncel ve değişen ihtiyaçlara uyumlu tutmasına yönelik bir yaklaşımı ifade ediyor. X kuşağı sonrasında 2015 yılında milenyum kuşağı iş gücündeki en büyük kitle haline gelirken, 2025’te yeni jenerasyonun işgücündeki payının yüzde 76’ya çıkması bekleniyor. 2020 yılında ABD’de iş gücünün yüzde 43’ünün serbest, yani her hangi bir kuruma bağlı olmadan çalışan istihdamdan oluşacağı öngörülüyor.

Önümüzdeki 10 yıl içerisinde; yüksek teknolojiden yararlanarak hizmet üreten şirketlerin, dünyanın önde gelen ilk 2000 şirketi listesinde yer alacak şirketlerin, tepe yöneticileri dışında tam zamanlı çalışanı olmayan şirketler olması bekleniyor. Böyle bir trend, insan kaynakları açısından iç değerlendirme süreçlerini de

değiştirecek. Ancak platform ekonomisi şirketleri kar marjını korumak için, vergi, tüketiciyi korumaya yönelik tedbirler ve işçi-işveren ilişkilerinden kaynaklanan yasal sorumluluklarından kaçınmaktalar. Yeni teknoloji şirketleri, neredeyse tüm çalışanları ile bağımsız sözleşmeler yapıyorlar ve çalıştıkları görev kadar ödeme yapıyorlar. İşçi olarak onlara yasaların gerektirdiği haklardan bilhassa kaçınmaktalar. İlginçtir, dijital çağın bu yeni nesil şirketleri davalardan ve düzenlemelerden kurtulmak için lobilere de ciddi kaynaklar harcamaktalar. Sonuç olarak küresel ekonomik sistemin, “dijital ekonomide nitelikli işler eylem planı”na ihtiyacı var. Bu eylem planının da çalışma koşullarını ve istihdam ilişkilerini tüm işçi hakları ve sosyal korumayla, sözleşmeyle, hesap verilebilirlikle düzenlenmesi gerekiyor. Net olan şu ki; 21. yüzyılın temsil ettiği dijital çağı, 19. yüzyıl çalışma koşulları üzerine inşa etmek mümkün gözüküyor.

İlaç harcamalarında küresel tırmanış

Sağlık Teknolojileri Enstitüsü’ne (Institute of Healthcare Informatics / IMS) göre, 2020 yılında küresel sağlık harcamalarının 2015’e göre yüzde 32 artış göstererek 1,4 trilyon dolara ulaşması bekleniyor. ABD en büyük ilaç pazarı olarak konumunu korusa da, dünya nüfusunda tek başlarına üçte bire yakın ağırlığı olan iki ülke olarak, ilaç endüstrisinde en iddialı büyümenin Hindistan ve Çin gibi gelişmekte olan ülkelere gelmesi bekleniyor.

Sağlık işletmelerinde mentorluk

Yrd. Doç. Dr. Pelin Vardarlier



Uludağ Üniversitesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümünden mezun oldu (2006). İşletme Yönetimi doktorasının ardından uzun yıllar özel sektörde kalite ve insan kaynakları departmanlarında görev yaptı. Çalışma alanları insan kaynakları yönetimi, performans yönetimi, yetenek yönetimi, liderlik, sosyal medya ve stratejik yönetim gibi konulardır. "Sosyalika" adlı kitabı 2015 yılında yayımlanan, mentorluk ve ICF onaylı profesyonel koçluk sertifikasına sahip olan Vardarlier halen Medipol Üniversitesi İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi İnsan Kaynakları Yönetimi Bölümünde Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır.

Sağlık işletmeleri için mentorluk; bir sağlık yöneticisinin görevlerini doğru delege etmesi, daha verimli ve etkin çalışmasını, üretebilmesini ve verimliliğini artırarak hem bireysel hem de ekibinin performansını daha yüksek yönetmesini sağlayan bir araçtır. Sağlık işletmeleri ileri teknolojiyi kullanmak, çok sayıda meslek mensubunu istihdam etmek ve bireylerin

ihtiyaçlarını karşılamak zorundadır. Son yıllarda bilgi teknolojilerinin gelişimi ile birlikte her alanda olduğu gibi sağlık işletmelerinin en iyi şekilde yönetilmesi için yeni araçların ve tekniklerin kullanılması gerekli olmuştur. Yönetilmesi zor alanlarından biri olan sağlık sektöründe sağlık yöneticiliği mesleğine ilgi giderek artmakta ve liderlik yetkinliklerinin geliştirilmesi önem kazanmaktadır.

"Mentor" kavramının kökeni Yunan mitolojisine dayanmaktadır. Mentorluk; faydalı bir deneyime, bilgi birikimine, beceriye veya uzmanlığa sahip olan bir kişinin başkasının gelişimine yön vermesidir. Kişisel veya mesleki gelişimine tavsiye vererek, yol göstererek ve bilgilendirerek katkıda bulunmasıdır. Mitolojik bir kahramanın adı olan Mentor, Odysseus'un yakın arkadaşıdır. Odysseus, oğlu Telemachus'u arkadaşı



Mentor'a emanet eder ve bildiği her şeyi oğluna öğretmesini ister. Mentor ise Telemachus'a bildiği her şeyi anlatmanın ötesine geçerek Telemachus'un kendi yolunu çizmesine ve kararlarını sorgulamasına destek olur. Bu efsaneye atfen mentor kelimesi günümüze akıl hocası, yol gösteren olarak geçmiştir (1).

Mentor ya da akıl hocası, ilişki içerisindeki kişilerin, kendi potansiyelini üst seviyeye çıkarmak için öğrenmesine yardımcı olan kişidir. Burada ilişki içerisindeki kişilerden, daha fazla bilgi ve deneyime sahip olan kişiler, kendisinden daha az bilgi ve deneyime sahip olan kişiye mentorluk yapar. Tıp da dâhil olmak üzere tüm sektörlerde mentorluk ile ilgili yapılan çalışmalar, ne kadar erken başlarsa kişinin alanındaki kariyer gelişimini ve terfi olanağını büyük ölçüde etkilediği görülmektedir. İdeal bir akıl hocası, bir hasta dinleyicisi ve gözlemci gibi danışanın hedeflerine ulaşmasında yardımcı olmalıdır (2).

Sağlık Yöneticileri Neden Mentorluk Eğitimi Almalı?

Sağlık alanında geliştirilmesi, yapılan-dırılması gereken hasta güvenliği, etkili klinik hizmet, hasta odaklı yaklaşım gibi süreçlerin gereksinimlere göre yeniden kurgulanabilmesi gerekir. Bu nedenle sürekli değerlendirilebilen, verimli ve zamanında sağlık hizmetlerinin boyutları da düşünülmelidir. Özellikle birey ve toplum sağlığını korumak için, öğrenen bir kurum olma ve herkese eşit sağlık hizmeti sunma gayesiyle sağlık alanında hizmet veren işletmelerin profesyonel yaklaşımlara gereksinim duymaya başladığı görülmektedir. Mentorluk kavramı da tıp eğitimi ve uzmanlık eğitiminin tüm süreçlerinde paralel olarak ilerlemesi gereken konular arasındadır (3).

Sağlık yöneticilerinin yüksek performans göstermeleri ve başarılı olabilmeleri birden fazla etkene bağlıdır. Bu etkenlerden en önemlisi kendi alanında yetiştirilmiş, tecrübeli, konusunda uzman mentorlardan destek almalarıdır. Mentor, sahip olduğunuz akıllı size gösteren kişidir. Mentorluk hizmetinden yararlanan kişilere de danışan denilmektedir. Mentorlar akıl hocalığı yapmanın yanı sıra konuyla ilgili derinlemesine bilgi ve deneyim sahibi olduklarından, sağlık yöneticilerinin iş yaşamlarında başarılı ve yüksek performanslı olmaları için doğru yönlendirmeler yaparak gideceği yol hakkında bilgilerde vermektedir. Ayrıca kişinin güçlü ve zayıf yönlerini analiz ederek, geliştirmesi gereken noktaları da kişiye geri bildirimler yaparak iletir. İşletme içerisindeki aksayan veya yanlış giden noktalara tespitlerde bulunarak iyileştirici ve geliştirici aksiyon planlarının yapılmasına olanak sağlar. Mentorluk ile

ilgili geliştirilen birçok teknik bulunmakla birlikte, kişinin ihtiyacına ve belirtilen konuya göre kullanılan teknikler farklılık göstermektedir. Yetkinliklerin geliştirilmesi, strateji ve tekniklerin uygulanabilmesi için öncelikle öz değerlendirme sorularının ve formlarının hazırlanması gerekir. Bu gibi durumlarda öğretmenin ötesinde bir takım araçlara ve tekniklere ihtiyaç vardır. Hasta odaklı entegre sağlık hizmetlerinin tasarlanması ve uygulamaya konulması, liderlik ortamının oluşturulması, belirsiz ortamlarda bile stratejik planlama yapılması, iç ve dış paydaşlarla işbirlikleri, finansal olarak sahip çıkma ve mali risklerin yönetimi, çalışanların potansiyeline odaklanma, performansın artırılması için öz değerlendirme sorularıyla kişinin yetkinlerini geliştirmesi gereken konular belirlenir.

Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesi açısından önemli olan sağlık yöneticilerine yönelik mentorluk sistemlerini uygulamaları ve sistematik hale getirmeleri gerekmektedir. Mentorluk sisteminin sağlık işletmeleri tarafından sürekli kullanılan bir sistem haline gelmesi ve sistemin gün geçtikçe geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılması sağlık işletmelerinin yönetimine olumlu katkı sağlayacaktır. Böylelikle çalışanların güçlü ve zayıf yönlerinin belirlenerek çalışan ile paylaşılması, çalışanların ölçülebilir başarı kriterlerinin olması, kariyer yol haritalarının belli olması, sağladıkları katkıları belirleme ve organizasyonda yeni görev atamaları ve terfilerde belli bir sistematik olmaları sağlanır.

Kariyerinde belirli yerlere gelmek isteyen ve yeni işe başlayan kişiler çok iyi bir eğitim almış olsalar dahi işe uyum sağlama ve oryantasyon sürecinde yanlarında destek olacak bir rehber ihtiyacı duyarlar. Bu süreç içerisinde konusunda uzman bir mentor ile yola çıkmak başarının güvencesidir. Yöneticiler, ekibinde çalışanlara neleri yapması, neleri yapmaması gerektiğini öğretebilirler ancak çalışanların verilen görevi istenildiği gibi yerine getiremedikleri görülmektedir.

Etkili Bir Mentor Nasıl Olmalıdır?

Etkin mentorun en belirgin özelliği samimi ve sahici olmasıdır. Karşı tarafa güven duygusu vermede çok başarılıdır. Mentorluk yapabilmesi için de karşılıklı bu güven duygusunun olması önemlidir. İyi ve etkin dinleyicidirler. Geniş bir çevreleri vardır ve bu çevrelerini danışanların gelişimi için kullanabilirler. Konuyla ilgili soruları cevaplar ve işin nasıl yapılması gerektiğini ve planlama aşamalarını anlatır. Destek alan kişiyi motive eder. Destek verdikleri kişilerin profilleri ve öğrenme yöntemleri hakkında bilgi sahibidirler. Geribildirim yaparken beyaz

Mentorluk hizmeti alan sağlık çalışanları hem çalıştığı işletmeyi, hem de kendi birimini ve ekibini daha iyi analiz etme olanağı sağlamış olacak, gelişime yönelik planlamaları daha doğru tespit ederek hedefleri belirleyecektir. Öncelikle kendini tanımayı ve yönetmeyi başaran yöneticiler, kendilerini tanımladıktan sonra ekibini tanımayı ve yönetmeyi daha iyi bir şekilde yapabilirler.

kelimeleri kullanmaya özen gösterir ve destek alan kişinin gelişimine yönelik faydalı geribildirimlerde bulunurlar.

Özellikle tıp ve uzmanlık eğitimi için mentorluk kavramının anlamı büyüktür. Deneyimli mentorların tıp, hukuk ve ticaret alanlarında deneyimsiz kişilerin yetişmesinde olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. Bir kişinin mentor olabilmesi için sadece kıdemli ve deneyimli olması yetmiyor, başka girdilere, değerlere, öğrenilmesi gereken tutum ve davranışlara da gereksinim vardır (3).

Sağlık Yöneticilerinin Mentorluk Sürecinde Rolü

Mentorluk, eğitim süreci ile iş deneyimi arasında köprü görevi yapar. Sağlık işletmelerinin çalışma ortamlarında mentorluğun önemini kavraması, hasta odaklı memnuniyet yaklaşımı, entegre bilişim sistemleri, finansal yönetim ile verimliliğin sağlanması ve yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunumu gibi süreçlerde olumlu sonuçlara yol açacaktır. Yöneticilerin işletme içerisindeki komuta rolünün yerini geliştirme ve mentorluk kavramlarına bıraktığını söyleyebiliriz. İşe yeni başlayanların veya yönetici adaylarının çalıştıkları işletmeye uyum sağlayabilmeleri ve kendini gerçekleştirebilmeleri, yöneticilerin rehberliğinde gerçekleşmektedir.

Kaliteli ve iyi bir hizmet sağlamak amacıyla sağlık işletmelerinin yüksek performanslı ve verimli olması için başarılı sağlık yöneticilerine ihtiyacı vardır. Sağlık yöneticilerinin işini başarılı yönetebilmesi için öncelikle ekibini iyi tanıması

Sağlık işletmelerinde mentorluk uygulanmasıyla, kurum kültürünü, liderlik deneyimlerini belirli bir sistem içerisinde tutmuş olmakla birlikte, sağlık işletmelerinin kaliteli hizmet sistemine olumlu katkı sağlayacak ve hasta memnuniyetini arttırıcı bir yol izlenmiş olacaktır. Ayrıca mentorluk uygulaması, sağlık yöneticilerinin iş tatminlerini ve çalışan bağlılığını da arttıracak, liderlik ve yöneticilik becerilerini geliştirecek bir etkidir.

gerekir. Ekibini yönetebilmesi için ise ilişkileri başarı ile yönetmesi önemlidir. İlişki yönetimini merkez aldığımızda ise, insanın kendini yönetebilmesi, öz yönetim kavramıyla açıklanır. Öz yönetim; kişinin önce kendini tanıması, kendini eleştirebilmesi, sınırlarını çizebilmesi, güçlü ve geliştirmeye açık olan yönlerini bilmesiyle açıklanır.

Sağlık yöneticilerinin, işletmenin kültürünü, bilgi ve tecrübelerini, liderlik becerilerini çalışanlarına düzenli olarak aktarabileceği belirli sistem oluşturması gerekir. Bu sistemde mentorluk kullanılması gereken önemli bir araçtır. Deneyimli yöneticilerin kendilerinden daha az deneyimli olan çalışanların mesleki başarılarına, önemli pozisyonlara gelmesi beklenen yetenekli çalışanların kişisel ve kariyer gelişimine katkı sağlayacak şekilde destek olmaları önemlidir. Yol gösteren ve rehber olabilen, bilgisini ve tecrübesini kıdemli çalışanların verimliliğini ve performansını artırma yönünde çalışan üst yöneticiler, astlarının iş tatminini sağlamakta, yeni sağlık hizmeti sunum modelleri, hasta memnuniyetini, koordine hizmet sunumunda yeterli bir yapı olmasını, işletmenin finansal göstergelerini, israfın önlenmesi, yeni teknolojilerin maliyeti ve sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğini olumlu yönde etkileyebilmektedirler. Bu nedenle sağlık işletmeleri yönetiminde mentorluk uygulamasının önem verilmesi gereken



bir unsur olduğunu söyleyebiliriz.

Sağlık hizmetleri organizasyonları içinde önemli bir yere sahip olan hastanelerin verimlilik ve etkinliğinin artırılması, verilen hizmet kalitesinin yükseltilmesi ülke ekonomileri için büyük önem taşır. Büyümeyi hedefleyen, çalışanlarının gelişimine önem veren, uygun şekilde geri bildirimlerde bulunan, performansın artmasına katkı sağlayan mentorluk sürecinin sağlık işletmelerinde uygulanması ve hayata geçirilmesi organizasyonların daha verimli çalışmasını sağlayacaktır. Bu nedenle mentorluk sürecinin sağlık işletmelerinde istenilen düzeye getirilmesinde büyük katkıları olacaktır.

Mentorluk hizmeti alan sağlık çalışanları hem çalıştığı işletmeyi, hem de kendi birimini ve ekibini daha iyi analiz etme olanağı sağlamış olacak, gelişime yönelik planlamaları daha doğru tespit ederek hedefleri belirleyecektir. Öncelikle kendini tanımayı ve yönetmeyi başaran yöneticiler, kendilerini tanımladıktan sonra ekibini tanımayı ve yönetmeyi daha iyi bir şekilde yapabilirler. Kendisinin ve

ekibinin, eksik ve başarılı özelliklerini gördükleri ve gelişime açık oldukları takdirde sorumluluk alırlar. Bu süreçte mentorluk uygulaması ile kişinin zorlandığı konu ya da konuları doğru tespitlerle açığa çıkarmak ve tanımlamak gerekir. Bu konular üzerinde planlama yapmasını ve gelişim göstermesini sağlamak gerekir. Mentor; potansiyel bir sağlık yöneticisinin iş yaşamını değerlendirmesi ve gelişmesi gereken yönlerini anlayarak harekete geçmesi için plan yapmasını sağlar. Mentorluk araçları, yöneticilerin resmin bütününe görmesini ve gelişmesi gereken özelliğinin ise bütünün içindeki etkisini ve önemini görebileceği bir tekniktir.

Mentorluk bir strateji olarak yeni liderleri, yeni ve mevcut personeli yetiştirmek için, moral ve motivasyonu artırmak, personel devir oranını azaltmak için kullanılan yöntemlerden biridir. Ayrıca yükseköğretim alanında öğrencilerin okulu bırakma oranını azaltmak için mentor istihdam edilmektedir. Doktora öğrencisi eğitimde araştırma verimlilik; yeni öğretim personeli geliştirmek ve liderleri yetiştirmek için

mentorun yardımına ihtiyaç duyulmaktadır. Hemşirelik gibi farklı alanlarda da uygulandığı görülmektedir. Genç yaşta iş hayatına atılan hemşireler için eğitim ve gelişimine destek olması açısından, mesleğe hazırlama ve değerlendirme gibi konularda akıl hocasına gereksinim vardır (4).

Eğitimsiler ve uygulamacılar arasında ortak bir takım etkinlikleri amaçlayan bir danışmanlık programı gelecekteki mentorlere, mentorluk için bir rehber olacaktır. Mentorluk, öğrencilerin profesyonel hayata hazırlanmalarında, belki de danışmanlık yaparak mesleki gelişimlerine kılavuzluk edecektir. Etkili bir akıl hocası olma sürecinde sürekli ve yapıcı geribildirim sağlanması esastır (5). Rehberlik, değerlendirme ya da değer biçmek olmadan bir danışan ile uzun vadeli bir ilişki olarak kabul edilebilir. Mentorluk profesyonel sağlık eğitiminde önemli bir strateji olabilir. Mentorluğun en önemli kriterleri, olumlu bir tutum, deneyim ve danışanlar ile vakit geçirmek için istekli olmaktır. Örneğin hemşirelik öğrencilerinin eğitimi birden fazla öğrenme ortamlarında gerçekleşir. Öğrenme amaçlarını çoğunlukla okullar tarafından belirlenir. Özellikle pratik çalışmalarında öğrenmeye bazı ek görevler ve yetkinlikler de gerekmektedir. Aktif dinleme bunlardan biridir. Sağlık işletmelerindeki sorumluluk alanlarının fazla olmasından dolayı kişilerarası etkili iletişim sistemlerinin kurulması ve mentorluk yoluyla desteklenmesi gereklidir. Hemşirelik öğrencileri pratik çalışmalarını kısa dönemlerde çeşitli hastanelerde gerçekleştirir. Bu durum ise mentorluk ilişkisini geliştirmek için gereken süreyi sınırlamaktadır (6). Sağlık politikası geliştirmek ve daha iyi bakım sistemi oluşturmak için hemşirelere liderlik becerilerinin kazandırılması ve bu liderlik roller için hazır olduklarından emin olunması için liderlik gelişimi ve danışmanlık programları her düzeyde hemşireler için kullanılabilir hale getirilmesi gerekir. Deneyimli üst düzey hemşire yöneticiler sistem durumu ilkesi doğru ilerlemek için danışman olarak hizmet vermeye istekli olarak daha az deneyimli çalışanları geliştirmek ve lider olabilecekleri keşfetmek için toplantılar yapmalı ve sağlık kültürü oluşturma yeteneğine sahip olanları değerlendirmelidir (7). Hemşireler liderlik gelişiminin yanı sıra klinik becerilerini geliştirebilmek, eleştirel düşünce kazanabilmek ve tıbbi bilgilerini entegre edebilmek için mentorluk ihtiyacı duymaktadırlar. Eğitim olanakları sağlayarak ve danışmanlık kültür gelişimi teşvik ederek danışmanlık ilişkilerini kolaylaştırmak gerekir. Etkili mentorluk, iş tatminini, hasta ilişkileri etkileyebilir ve daha etkili hasta bakımı ve hizmeti sağlanabilir. Yeni işe başlayan bir kişinin veya mevcut işine devam eden bir çalışanın, sağlık profesyonelleri

ile fikirleri paylaşma ihtiyacı ve hasta yönetimi için daha tecrübeli bir uzmana danışma ihtiyacı duyabilir. Bir çalışanın sağlık işletmesinde başarılı bir grafik çizmesi için, her gün görmesi gereken belirli bir hasta sayısının olması gibi kriterlerinin olması ve performans anahtar göstergelerinin üzerinde durarak hizmet kalitesinin artırılması gerekir.

Çalışanın deneyim eksikliği yetersizlik ve klinik olarak yetkili bir düzeyde olması kişinin performansını da olumsuz etkilemektedir. Bu kişinin destekleyici danışmanlık çalışma ortamı ile olumlu bir deneyimi olabilir. Deneyimli bir uzman ve yeni başlayan çalışanın bilgi ve öğrenme ile benzersiz bir ilişkisi vardır. Bu uzun süreli ilişki, destekleyici bir ortam oluşturma, büyüme ve gelişmeyi kolaylaştırmak için mentor ve danışana kılavuzluk eder. Sağlık ekibinin bir parçası gibi hissetmesini sağlar. Mentor ve danışanın mentorluk ilişkisini geliştirmesi için yapmış oldukları planları, çalışmaları kaydetmiş olması gerekir (8).

Çalışanların içindeki potansiyelin ortaya çıkarılmasında mentorluk aracı çok etkili bir yöntemdir. Geleceğin liderlerinin yetiştirilmesi için önemlidir. Mentor ile danışan arasındaki etkileşim ve ilişki güvene dayalı olmalıdır. Mentor, güçlü soru sorma teknikleriyle danışan kişinin, hedefine ulaşmasını sağlar, karar vermesini kolaylaştırır. Kariyerine yeni başlamış çalışanların mesleki bir kimlik kazanmalarına yardımcı olacağı gibi verimliliklerinin ve performansının artmasına da katkı sağlar (9). Yoğun iş programından dolayı mentor ile danışan yeterli vakit geçiremiyorsa ve belirli bir düzen içerisinde mentorluk süreci ilerlemiyorsa burada başarılı bir mentorluk uygulaması gerçekleşemez. Toplantıların belli bir sistematik düzende ilerlemesi gelişim ve aksiyon planlarının izlenmesi, zaman çizelgelerinin oluşturulması gerekir. Bu süreçte bir problem ile karşılaşıldığında alternatif stratejiler benimsenmelidir (1).

Mentor ile danışan yaptığı çalışmalarda öncelikle işletmenin misyonu, vizyonu ve hedeflerini esas alır. Mentor, mentorluk programını oluşturmak için danışanın süreçten beklentilerinin ne olduğunu anlamaya çalışır. Mentor ile danışan arasında etkileşimin oluşması ve olumsuzlukların belirlenmesi gerekir. Anlaşıkları takdirde mentor ile danışan arasında bir gizlilik sözleşmesi imzalanır. Sözleşme içerisinde değerlendirme formları, gelişim hedefleri ve aksiyon planları yer alır. Mentorluk programı tamamlandığında ise değerlendirme formları doldurularak geri bildirimlerde bulunulur. Mentorluk sürecinin sağlıklı ilerleyebilmesi için yapılan geri bildirimler çok önemlidir (10).

Tıp, veterinerlik, hukuk, endüstri gibi dünyada pek çok disiplin tarafından kullanılmakta olan mentorluk kavramının Türkiye'deki algılanma ve gelişim süreçlerinin iyi değerlendirilmesi gerekir. Mentorluk, potansiyel çalışanların sahip olduğu özellikleri ortaya çıkaran, güçlü ve zayıf yönlerini keşfetmesini sağlayan, performanslarını yükselten, liderlik yeteneklerini geliştiren, motivasyon sağlayan, kişisel gelişim sürecini hızlandıran, zorluklarla başa çıkmada farklı seçenekler sunan bir yönetim anlayışıdır. Bu nedenle mentorluk hem bireylere hem de işletmelere olumlu katkılar sağlayan meslekler arasında yerini almaktadır. Sağlık işletmelerinde mentorluk uygulanmasıyla, kurum kültürünü, liderlik deneyimlerini belirli bir sistem içerisinde tutmuş olmakla birlikte, sağlık işletmelerinin kaliteli hizmet sisteminde olumlu katkı sağlayacak ve hasta memnuniyetini artırıcı bir yol izlenmiş olacaktır. Ayrıca mentorluk uygulaması, sağlık yöneticilerinin iş tatminlerini ve çalışan bağlılığını da arttıracak, liderlik ve yöneticilik becerilerini geliştirecek bir etkidir. Sağlık yöneticiliği mesleğini destekleyecek, mentorluk programlarının geliştirilmesi ve uygulanması ile sağlık işletmeleri diğer işletmelerden farklılaşmış olmakla birlikte rekabet edebilme olanağı da sağlamış olacaktır.

Kaynaklar

- 1) Rustgi, A. K., & Hecht, G. A. (2011). *Mentorship in Academic Medicine. Gastroenterology*, 141(3), Pg:789-792.
- 2) Chung, D. H. (2012). *Society of University Surgeons Mentorship: Fostering Personal Relationships. Surgery*, 152(3), Pg:304-308.
- 3) Aslan, D., & Odabaşı, O. (2013). *Tıp Eğitiminde "Mentorluk" Ve "Rol Modelliği" Kavramları. Tıp Eğitimi Dünyası*, 38(38).
- 4) Chen, Y., Watson, R., & Hilton, A. (2016). *A Review of Mentorship Measurement Tools. Nurse Education Today*, 40, Pg:20-28.
- 5) Huybrecht, S., Loeckx, W., Quaeysaegens, Y., De Tobel, D., & Mistiaen, W. (2011). *Mentoring in Nursing Education: Perceived Characteristics of Mentors and the Consequences of Mentorship. Nurse Education Today*, 31(3), Pg:274-278.
- 6) Foster, H., Ooms, A., & Marks-Maran, D. (2015). *Nursing Students Expectations and Experiences of Mentorship. Nurse Education Today*, 35(1), Pg:18-24.
- 7) Montavlo, W., & Veenema, T. G. (2015). *Mentorship in Developing Transformational Leaders to Advance Health Policy: Creating a Culture of Health. Nurse Leader*, 13(1), Pg: 65-69.
- 8) Hill, L. A., & Sawatzky, J. A. V. (2011). *Transitioning into the Nurse Practitioner Role Through Mentorship. Journal of Professional Nursing*, 27(3), Pg:161-167.
- 9) Çelik, S. (2011). *Kütüphaneci Eğitiminde Mentorluk Uygulaması: Doğu Üniversitesi Kütüphanesi Örneği*.
- 10) Stueart, R.D., Sullivan, M. (2010). *Developing Library Leaders: A How to do It Manual for Coaching, Team Building, and Mentoring Library Staff. New York: Neal - Schuman Publishers Inc.*

Tipta uzmanlık eğitiminde gelecek öngörüler

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu, Göynük'te doğdu. İlk öğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulu'nda, orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı (1992). 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.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, sayıları hızla artan üniversite yelpazemizde kendi özel yasası olan yeni bir devlet üniversitesidir. Üniversitenin Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane binasında kuruluyor olması ayrıca tarihi bir önem kazandırmakta ve hatta üniversiteye önemli bir misyon yüklemektedir. Resmi olarak kuruluşundan bu yana geçen bir yıllık süre içinde alt yapı açısından toparlanma aşamasındadır. Sadece alt yapı değil, bu üniversiteye biçilen rolün tanımlanması ve tanımlanan rolün üstlenilmesi açısından da bir hazırlık ve uyum süreci geçirmektedir. Bu üniversiteyle işbirliği tesis edilen Sağlık Bakanlığı Eğitim hastaneleri ve bu hastanelerde eğitim almakta olan tipta uzmanlık öğrencileri düşünüldüğünde bu alanda en güçlü otorite olmaya aday bir kuruluştan söz ediyoruz. Görülüyor ki Sağlık Bilimleri Üniversitesi bir yol haritası çizmenin eşiğindedir. Bu çerçevede üniversitenin 26-27 Mayıs tarihlerinde düzenlediği "Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Kalite" konulu Çalıştayda bana da, "Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Gelecek Öngörüler" başlığı altında birkaç söz söyleme fırsatı verildi. Kısa bir süreye sığdırmak zorunda kaldığım konuşmamda aktarmaya çalıştığım mesajlarımı bir yazı kapsamında ele almamın yararına inenarak okuyucuyla paylaşmak istiyorum.

Derler ki; "geleceği tahmin etmek, ne bilimdir ne de sanat: geleceği tahmin

bir spordur ve bütün spor aktivitelerinde olduğu gibi oyuncular seyircinin eleştirilerine ve muhalefetine maruz kalır" (1). Böyle bir uyarıyla, eleştirilere hazır olduğumu belirterek görüşlerimi paylaşmak isterim. Tıp eğitimiyle ilgili çeşitli kuruluşların bir araya gelerek oluşturduğu bir konsorsiyum tarafından yürütülen Kanada'da Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitiminin Geleceği Projesi kapsamında hazırlanan bir rapor, tipta uzmanlık eğitimi geleceğine ilişkin önemli tespitler yapmaktadır (2). Mezuniyet sonrası tıp eğitiminin geleceğini yönlendirecek olan en önemli şey, sağlık sistemini ve hizmet sunum modelini etkileyen değişim trendleridir. Raporda yer aldığı şekliyle ana başlıkları ele alırsak, demografik değişimler, bilim ve teknolojiye gelişmeler, sosyal ve ekonomik trendler, küresel ve çevresel değişimler ile bu değişimlerin sağlık sistemine etkilerinin ciddi olarak irdelememiz gereken hususlar olduğu görülmektedir. Bu başlıkları özetleyelim.

1. Demografik Değişimler: Yaşlanma, nüfus artışı, göçler ve uluslararası insan hareketliliği hem arzı hem de talebi değiştirmektedir.

2. Bilim ve Teknolojide Gelişmeler: Tıp bilimi 19. yüzyılda anatomiye, 20. yüzyılda fizyolojiye odaklanmışken, 21. yüzyılda moleküler biyolojiye yönelmiştir. Araştırmalar, hastalıkların genetik ve

moleküler düzeyde anlaşılmasına fırsat veriyor. Günümüz bilimi genetiğin sağlığın diğer belirleyicileriyle etkileşimini açığa çıkarmaya başlamıştır (3).

20. yüzyılın sonlarında fiber optik ve dijital görüntüleme gibi öne çıkan teknolojiler, başka teknolojilerle birleşerek hızla gelişti. Birçok alanda robotlar kullanılmaya başlandı. Uzaktan tanı, monitorizasyon ve cerrahide uzaktan müdahale imkânları doğdu. Bilgisayar sistemleri genomiks ve farmakogenomikste genetik materyale, proteomiks, lipidomiksde diğer moleküllere müdahale etmeye başladı. Gelişen teknolojiler fiziksel alana uygulandığında, gelişmiş sentetik materyallerin tasarımı ve üretimi başladı. Bu materyaller, tanı koyma (mikro sıvılar) ve Teflon greftlerden hedefe yönelik ilaca kadar gelişen yöntemlerle tedavide kullanılır oldu. Artık bilgi teknolojileri uzak mesafeleri kısaltma, gümrük ve sınır engellerini tanımayan köprüler oluşturma, maliyetleri azaltma, katılımcılığı genişletme ve bunlarının hepsini de eş zamanlı olarak yapma imkânı sunmaktadır. (4).

3. Sosyal ve Ekonomik Değişimler: Dünya Sağlık Örgütü sağlığı belirleyen sosyal faktörleri, içinde insanların doğduğu, büyüdüğü, hayatını devam ettirdiği, çalıştığı ve yaşlandığı ve hastalıkla mücadele için ortaya konan sistemlerin de olduğu şartlar olarak tanımlamaktadır. Bu şartlar;



neticede ekonomik politikalar, sosyal politikalar ve siyaset ile şekillenmektedir (5).

4. Küresel ve Çevresel Değişiklikler: Küreselleşme; malların, sermayenin, işgücünün ve bilginin akışı ile değiş tokuşunu işaret etmektedir. Seyahat ve göçlerle fiziksel olarak, enformasyon ve iletişim teknolojileriyle sanal olarak kendi içinde sıkı bağlantıları olan bir dünyada yaşıyoruz. Göç ve seyahatler bazı hastalıkların epidemiyolojisini değiştirmekte, bulaşıcı hastalık pandemi riskini artırmaktadır. Bu ortamda, insan, patojen, teknoloji, finans, enformasyon ve bilginin küresel hareketleri gerçekleşmektedir. Bu durumda sağlığı bu etkenlerden bağımsız bir yapı gibi ele almak imkânsızdır (4). Diğer taraftan iklim değişikliği 21. yüzyılın en büyük küresel sağlık tehdidi olarak kabul edilmektedir. İklim değişikliği ile birlikte hastalık ve morbidite paternleri, beslenme, su ve sanitasyon, barınma ve habitat, doğal afetler, nüfus ve göç hareketleri gibi bir dizi değişiklikler meydana gelmektedir (6).

5. Sağlık Hizmet Sunumuna Etkileri: Sağlık hizmetlerinin yaralanma ve akut hastalıklardan kronik hastalık yönetimine kayması birçok hususu etkilemektedir. Genomiks ve diğer biyoteknolojiler gelişmiş dijital görüntülemelerle birlikte erken presemptomatik tanı ve genetik predispozisyonun ortaya çıkarılmasını

mümkün kılmaktadır. Embriyo taramaları ve diğer tarama programları devreye girdikçe etik problemler artacaktır (7).

Teknolojiler tanı ve tedavide daha güvenli, daha az invaziv yöntemlere yönelmektedir. Bu gelişmeler sağlık harcamalarını kontrol etme arzusuyla birlikte hastanede kalış süresini azaltmakta, hastalık bakımı daha çok toplum içine ve eve kaymaktadır. Teletıp gittikçe gelişerek telekonsültasyonun sınırlarını şimdiden aşmış bulunmaktadır. Cep telefonu ve internet tabanlı iletişimle uzaktan evde hasta yönetimi, video takibi, uzaktan hasta başı monitorizasyonu, hasta takip çizelgeleri, elektronik hasta profilleri ve doktor gözlem notu gibi bir dizi telekomünikasyon aracını kapsamaktadır (8). Giyilebilir teknolojilerle bu uzakta takip daha da kapsamlı hale gelmektedir.

Girişimsel radyoloji gibi minimal invaziv tanı ve tedaviler tıbbi uygulama kapsamında ve uygulama alanlarında kaymalara yol açmaktadır. Bazı uzmanlık alanları kaybolurken bazıları doğmakta veya öne çıkmaktadır. Sağlıkta takım çalışması sadece hastanelerde değil, toplumsal yapıların her düzeyinde de gerekli ve mümkün hale gelecektir. Sanal ekiplerin kurulması, cihazlardan doğrudan veri aktarımı ve hasta merkezli bir dokümantasyon ağının oluşturulması mümkündür.

Eğitim sistemimizin gelecekteki değişimleri karşılayacak köklü değişikliklere ihtiyacı vardır. Esnek, hızlı, belirsizliklere ve çıkan yeni ihtiyaçlara cevap verebilecek tarzda olmalıdır. Gelecek problemler bugün kullandığımız kaynakları artırarak çözülemeyecektir. Yetmeyen doktor sayısını, yetersiz kalan sağlık harcamasını sürekli artırmak beklenen sonucu vermeyecektir. Kaynakları biteviye artırmak yerine, bugün kullanmakta olduğumuz kaynakları ihtiyaca göre dönüştürmenin yolunu bulmak zorundayız.

Tıp uygulamaları, biyomedikal bilimlerin ve teknolojinin spesifik bir probleme uygulanmasından ibaret değildir. Doktorlar sadece uygulamacı bilim adamları (applied scientist) ve tıp bilimi uzmanları değil, aynı zamanda hasta merkezli bir hizmet sürecinde bilgileri birleştirici, iletişim kurucu, sağlığı savunucu, yönetici, bilge ve profesyoneldirler. Bu yüzden teknolojinin varlığı robotların yakın gelecekte sağlık çalışanlarının yerini alacağı yanılgısına yol açmamalıdır. Yine de robot destekli cerrahi ve uzaktan cerrahi girişimlerin, gelişmiş dijital görüntülemelerle eş zamanlı olarak yapılabilmesi bu uygulamaları daha da yaygınlaştıracak izlenimi vermektedir (2). Rapor, sözü edilen değişim trendlerinin eğitim müfredatı, eğitim sistemi ve doğrudan sağlık hizmet sunumu olmak üzere başlıca üç hususta tıpta uzmanlık eğitimi etkileyeceği sonucuna varmaktadır (2).

1. Eğitim Müfredatı

Tıpta uzmanlık eğitimi müfredatında, gelecekteki değişimlere cevap verecek geliştirmeler ve güncellemeler yapılmak zorundadır. Bu müfredat muhtemelen toplum sağlığı ve kronik hastalık yönetimine daha fazla odaklı olacaktır. Tanı ve tedavide ileri teknolojinin kullanımı müfredatta yer alacak, daha güvenli ve daha az invaziv hasta müdahalesi esas olacaktır. Tıpta uzmanlık eğitiminde yaklaşım, daha ziyade ürüne ve beklenen çıktıya yönelmektedir. Çıktı odaklı eğitimde öğrenme kazanımları net olarak belirlenir; eğitimin içeriği ve nasıl organize edileceği, uygulanacak eğitim stratejileri, eğitim metotları, değerlendirme yöntemleri ve eğitim ortamı belirlenen öğrenme kazanımları çerçevesinde ele alınır (9).

Tıp eğitimi bilgi ve uzmanlık alanı olduğu kadar araştırma için uygun bir alan olarak kabul edilmektedir. Önemli hususlarından biri, tıpta uzmanlık eğitiminde kanaat temelli eğitimden kanıt temelli eğitime geçiştir (10). En İyi Kanıtlı Tıp Eğitimi (Best evidence medical education-BEME), eğitimcilerin mümkün olan en iyi kanıtlara dayalı olarak eğitim metodu ve yaklaşımı ortaya koymalarıdır. Gelecekte tıp eğitiminde klinik uygulamayla birlikte araştırmacılığa da ağırlık verileceği, araştırmanın gittikçe artan bir oranda önem kazanacağı anlaşılmaktadır.

2. Eğitim Sistemi

Eğitim sistemimizin gelecekteki değişimleri karşılayacak köklü değişikliklere ihtiyacı vardır. Esnek, hızlı, belirsizliklere ve çıkan yeni ihtiyaçlara cevap verebilecek tarzda olmalıdır. Gelecek problemler bugün kullandığımız kaynakları artırarak çözülemeyecektir. Yetmeyen doktor sayısını, yetersiz kalan sağlık harcamasını

sürekli artırmak beklenen sonucu vermeyecektir. Kaynakları biteviye artırmak yerine, bugün kullanmakta olduğumuz kaynakları ihtiyaca göre dönüştürmenin yolunu bulmak zorundayız. Ayrıca her türlü değişimi sadece tıp camiası olarak karşılamak mümkün değildir. İklim değişikliği gibi problemlerin bir kısmı ancak ekonomik, siyasi, sosyokültürel, çevre ve teknoloji sektörü gibi başka sektörlerle işbirliği kurularak çözülebilir. Yeni eğitim teknolojilerinin hızla yaygınlaşması, tıpta uzmanlık eğitim sisteminde önemli değişiklikleri göreceğimiz bir diğer alandır. Önde gelen birkaç tanesinden söz edelim (11).

Simulatörlerin kullanımı: Teknolojide hızlı gelişme ve klinik eğitimde artan talep, klinik becerilerin ve invaziv işlemlerle cerrahi girişimler için gerekli olan manuel becerilerin kazandırıldığı bir devrime yol açmaktadır (12). Yüksek düzeyde görsel eğitim sağlayan ve işlemi yaparken dokunma ve hissetme düzeyinde simule eden sofistike cihazların gelişen modelleri gittikçe artan oranda kullanılmaktadır. Simülasyon etkili bir geri bildirim, tekrarlanabilen uygulama, kademeli zorlaştırma, çoklu öğrenme stratejileri, farklı klinik tablolar üzerinde kontrollü bir eğitim ortamı ve kişiselleştirilmiş eğitim imkânı sunması bakımından eğitimi kolaylaştırmaktadır. Sanal gerçeklik simülasyonunun tıpta uzmanlık eğitiminde bir paradigma kaymasına yol açacağı ileri sürülmektedir (13). Gelecekte sanal gerçeklik teknolojisi tıp eğitiminde önemli bir rol oynayacak ve simülasyon temelli eğitimin önemli bir kısmını oluşturacaktır (12).

E-öğrenme: İnternet ve yeni bilgi iletişim teknolojilerinin yaygınlaşmasının, insanların iletişim tarzı, üretim araçlarının çalışma biçimi ve devletlerin vatandaşlarıyla olan etkileşimini önemli bir derecede değiştirmesinin yanında eğitim yöntemlerimizi de belirgin bir şekilde değişikliğe uğrattığı bilinmektedir (13). Bu değişikliklere paralel olarak e-öğrenme, uzmanlık eğitiminde gittikçe önemli bir yer tutmaya başlamıştır. E-öğrenme, mekândan bağımsız ders anlatımı olan uzaktan eğitimden farklı ve daha kapsamlıdır. Öğrencilerin çevirim içi bir topluluğun üyesi oldukları bu alanda mezuniyet sonrası tıp eğitimi kaçınılmaz bir şekilde tarz ve içerik bakımından etkilenecektir. Eğitim tasarımlarında gittikçe artan oranda yeniden kullanılabilir (reusable) öğrenme objeleri (RLO) ve anlamsal ağa (semantik webe) dayalı modeller ortaya çıkmaktadır. Reusable öğrenme objeleri, basit bir diyagram veya resimden bir dizi eğitim senaryosuna kadar değişebilen eğitim kaynaklarıdır. Lego gibidir, farklı eğitim programlarına uyarlanabilmektedir (14). Anlamsal ağlar veri tabanında yer alan bilgilerin

ilgili yazılımlar tarafından anlaşılabilir, yorumlanabilir ve kullanılabilir bir biçimde tasarlanmasını, veriye kolay ulaşmayı ve paylaşmayı sağlayan internet araçlarıdır.

Ölçme ve değerlendirme: Ölçme ve değerlendirme gelecekte tıpta uzmanlık eğitiminde en önemli hususlardan biri halini alacaktır. Hâlihazırda yapılan formel yazılı, sözlü ve klinik sınavlardan çok farklı olacağı tahmin edilmektedir. Ölçme değerlendirmede, belirlenen her öğrenme kazanımı için gerekli olan asgari standartların sağlanması, gerekli olan klinik beceriler, gerekli uygulama prosedürlerini destekleme, iletişim ve bilgiyi işleme becerisi, uygun klinik yargı ve karar verme becerisi, uygun davranış ve profesyonellik, sağlık hizmeti sunumunda diğer takım elemanlarıyla etkili ve verimli bir işbirliği yapabilme gibi hususlar değerlendirilmeyi beklemektedir. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi için geliştirilmiş olan Objektif Yapılandırılmış Klinik Sınav (Objective Structured Clinical Examination - OSCE), tıpta uzmanlık eğitiminde de yaygın olarak kullanım alanı bulma potansiyeli taşımaktadır (15). Bu tür sınavla kontrollü bir ortamda anamnez alma ve fizik muayeneden iletişim becerilerine, laboratuvar tetkiklerin yorumlanmasına ve pratik uygulamalara kadar çeşitli yeterlikler test edilebilmektedir.

Portfolyo ve özdeğerlendirme: Portfolyolar (dosyalar) eğitim alan doktorların yetkinliğinin değerlendirilmesinde önemli bir yer tutmaktadır (16). Elektronik tabanlı takip sistemleri bu yöntemi daha kolay ve uygulanabilir hale getirmiştir. Bu tür değerlendirmeler, sınavın indirgemeci yaklaşımını elimine eder, girişimli ve karmaşık aktivitelerin değerlendirmesini kolaylaştırır, eğitimde çıktı odaklı yaklaşımı destekler, eğitim sürecindeki asistanın durumunu aktif olarak yansıtır ve bir anlamda öz değerlendirmesi gibidir (11). Bizim Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinde hüküm bulunmasına rağmen bugüne kadar hayata geçirilemeyen tıpta uzmanlık öğrencisinin kendisinin eğitim sürecindeki aktivitelerinin kayıt altına alacağı elektronik kayıt sistemi (elektronik portfolyo) bu açıdan önem taşımaktadır.

3. Sağlık Hizmet Sunumu

Hızlı değişimin belki de en fazla etkilediği husus doğrudan sağlık hizmet sunumudur. Tıpta uzmanlık eğitimi iş-temelli bir eğitimidir. Dolayısıyla eğitimle hizmet üretimi birbirine bağımlıdır. Teknolojik gelişmeler ve maliyetlerin etkisiyle sağlık hizmet sunumundaki hızlı değişimler, mevcut eğitim tarzımızı da etkileyecek hatta sürdürülemez hale getirecektir.

Sağlık hizmet talebinin karşılanmasında



birçok sağlık meslek mensubu görev almakla birlikte ekibin liderliğini doktorlar yapmaktadır. Sözü ettiğimiz görev kaymaları gibi nedenlerle doktora duyulan ihtiyaç değişken olsa da sağlık sistem planlayıcılarının ana sorunlarının başında doktor ihtiyacı gelmektedir. Uzmanlık eğitimi tek bir doktor kitlesi yerine farklı ana ve yan dallardan oluşan onlarca alt meslek grubunun ilgi alanıdır. Dolayısıyla farklı dallardaki uzman doktor ihtiyacının belirlenmesi, buna göre planlama ve uzmanlık eğitimi verilmesi mezuniyet öncesi eğitim planlamalarından daha zor ve karmaşıktır.

Hekim talep ve arzı: Uzmanlık eğitiminde asistan kadroları büyük önem arz etmektedir. Hem mevcut asistan kadrosundaki uzmanlık öğrencisinin fonksiyonu, hem de gelecekte yetişecek uzman hekim projeksiyonu açısından önemlidir. 2015 yılında Amerikan Tıp Fakülteleri Birliği (Association of American Medical Colleges, AAMC) Hekim Arz ve Talebinin Karmaşıklığı: 2013 den 2025'e Projeksiyonlar başlıklı bir araştırma yaptırmıştır (17). Bu araştırmada hekime olan talebin arzdan daha hızlı bir şekilde arttığı görülmüştür. 2013 den 2025'e hekim arzı tedrici olarak artarken talebin çok hızlı artacağı görülmüştür. Bu araştırmada nüfus artışı ve yaşlanma dikkate alınarak toplam hekim talebinin artışı % 17 tahmin edilirken, mevcut şartlarda bu talep artışının sadece % 2 oranında karşılanabileceği hesaplanmıştır.

Hekim açığını yönetmek çok yönlü bir bakış gerektirmektedir. Hizmet

sunumunda inovasyon, teknolojinin daha fazla kullanımı, tanı ve tedavi ekibindeki profesyonellerin verimli kullanımı, uzmanlık eğitimi alan asistan kontenjanlarının artırılması gibi bir dizi tedbir alınsa da, bunların hiç biri hekim açığını tek başına giderecek bir çözüm sunmamaktadır. Hekimlerin eğitimi bir 10 yıl aldığı için 2025 yılının problemi 2015 yılında ele alınmak zorundadır. Hekim kaynağını sadece artırarak değil, alternatif kaynaklar üreterek çözüm aramak gerekmektedir (17).

Hastaneye dayalı uzmanlık eğitimi: Hastaneler temelde hastalara sağlık hizmetinin sunulduğu büyük ölçekli yataklı tedavi kurumlarıdır. Öncelikli işlevi sağlık hizmetini sunmaktır. Mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası tıp eğitimi söz konusu olduğunda ilk planda hastane aklımıza gelmektedir. Ancak durumun biraz farklı olduğu unutulmamalıdır. Birçok ülkede tıp fakülteleri ve eğitim hastaneleri, tıp eğitimi için hastane içinde ve dışında farklı merkezler oluşturmaktadır. Bu merkezlerin arasında düşük gelirli kırsal bölgelerde ayaktan klinikler olduğu gibi serbest hekimlikle işbirliği içinde yürütülen uzmanlık eğitimleri de vardır (18). ACGME 2012-2013 Akademik Yılı Veri Kaynağı Kitabında uzmanlık (primary, non-primary) programların % 93'ünün asistanları eğitimlerinin bir döneminde hastane dışında ve mobil sağlık hizmetlerinde bulundurduğu belirtilmektedir (19). Sadece hastanede görev yapan ve eğitimini bu ortamda tamamlayan hekimlerin değişen durumlara uyum güçlüğü çekeceği aşikârdır. Tıp uygulama-

maları yataklı tedavi kurumlarından gün hastanelerine, oradan da evde sağlık hizmetlerine (ev hastaneleri) ve hatta mobil hizmetlere kaymaktadır. Bilhassa aile hekimliği eğitiminin hastane temelli yürütülmesi görev tanımıyla uyumlu değildir. Kaldı ki, sahada görev yapacak ve muhtemelen aile hekimliği sisteminde görev alacak pratisyen hekimlerin eğitiminin de ağırlıklı hastane dışına kayması üzerinde düşünülmelidir.

Tıp eğitimi ve tıpta uzmanlık eğitiminin verildiği hastaneler "eğitim hastanesi", bir diğer tasnife göre de üçüncü basamak sağlık kuruluşu olarak tanımlanmaktadır. Geçmişte yetişmiş insan gücünün ve teknolojinin odaklandığı hastaneler olması bakımından eğitim hastanesi ve 3. basamak birlikteliği makul olabilir. Günümüzde kalifiye insan gücü ve teknolojinin dağılımı bu tasnife paralel işlememektedir. Diğer hastanelerin altyapı ve insan gücü olarak her zaman daha geride olduğunu söylemek mümkün değildir. Böyle bile olsa, eğitim ihtiyacıyla bu odaklanmalar uyum içinde değildir. Hatta belli alanlara spesifik olarak eğitilmiş sağlık personelinin çalıştıkları alana odaklı olarak yetkinliklerinin sınırlandığı, bir anlamda personelin marjinalizasyonuna yol açtığı, bunun da tıp eğitimine olumlu etki etmeyeceği görüşü ileri sürülmektedir (18). Artık tıp eğitiminde devlet hastanesi eğitim/üniversite hastanesi, ya da kamu hastanesi, özel hastane ayırımlarının kalkmakta olduğu bir döneme giriyoruz.

Sanayi hizmet ilişkisi: Pedagoji, ço-

Hekim açığını yönetmek çok yönlü bir bakış gerektirmektedir. Hizmet sunumunda inovasyon, teknolojinin daha fazla kullanımı, tanı ve tedavi ekibindeki profesyonellerin verimli kullanımı, uzmanlık eğitimi alan asistan kontenjanlarının artırılması gibi bir dizi tedbir alınsa da, bunların hiç biri hekim açığını tek başına giderecek bir çözüm sunmamaktadır. Hekimlerin eğitimi bir 10 yıl aldığı için 2025 yılının problemi 2015 yılında ele alınmak zorundadır.

cuklarda eğitim bilim teorisi anlamına kullanılmaktadır. Klasik deyişle “ağacın yaş iken eğildiği” yani “eğitilebilir” formdaki çocukların eğitimi metodolojilerine bilimsel yaklaşımı ifade etmektedir. Hâlbuki kurumuş ağacın eğilmesinin zorluğu gibi erişkin eğitimi de çok daha zor ve karmaşıktır. Sadece bilgi aktarımından ibaret olmayıp davranış değişikliğiyle sonuçlanacak bir erişkin eğitime (androgiji) pedagojiden de öte bilimsel bir yaklaşım gerektiğini düşünüyorum. Bu yaklaşım; öğretmek, benimsetmek, içselleştirmek, bilgiyle desteklenen beceriyi davranış kümesinin doğal bir parçası haline getirmek, bu davranışların nedenleri ve sonuçlarıyla analizinin yapılmasını sağlamak gibi birçok hususu içeriyor.

Böyle bir eğitimde kullanılan her türlü teknoloji sadece kolaylaştırıcı bir araç olmaktan başka bir şey değildir. Kullanma becerisi elde ettiğimiz teknolojilerin ve cihazların pratik hayatımızdaki yeri de hizmeti yürütürken sadece destek aldığımız aletler olmak durumundadır. Önce alete, sonra bu aleti üreten sanayiye bağımlı olmak, tıpta uzmanlık eğitimi sonunda cihaz operatörü halini almak hiç de arzulanan bir durum değildir. Bağımlılık bir süre sonra insanlar arası iletişimi, sunulan sağlık hizmetinin biçimini, sağlık harcamalarını ve tabii ki sağlık eğitimi toplumsal bir yarar için değil, sektörel yararlar için şekillendirmektedir. Bir

yazar; tıp eğitiminde teknoloji kralıçeyse, pedagojinin kral olduğunu belirtmektedir (20). Kendi deyişimizle ifade edersek, teknoloji gümüşse pedagoji / androgiji altın olma durumundadır.

Daha ziyade literatürden yararlanarak aktardığım yukarıdaki hususların büyük bir kısmı ülkemizdeki uzmanlık eğitiminin geleceğinde de önemli bir yer tutmaktadır. Küreselleşen dünyada kültürel farklılıklara rağmen birçok davranış biçimi gittikçe birbirine yaklaşmaktadır. Bu durumda sorunlar ve hatta çözüm yolları da oldukça benzerlikler göstermektedir. Çoğu zaman sorun ve çözümlerin ortaya çıkış zamanları farklı olmaktadır. Bir kısmı tekrar olmakla birlikte daha çok ülkemizdeki uzmanlık eğitimi ile ilgilendirdiğini düşündüğüm birkaç hususun altını çizmek istiyorum.

1. Uzmanlık Dalları Dengesizliği: Tıp bilimi ilerledikçe yeni ana dalların altına yeni alt alanlar açılmaktadır. Uzmanlık eğitimi çok yakından ilgilendiren bu husus, gelişmenin doğal bir sonucu ve daha nitelikli hizmete gerekçe gösterilse de, bütüncül bakıldığında durum her zaman öyle olmamaktadır. Mesela yan dallara artan teveccüh ve sınırlı sayıdaki yan dal sahibi uzmanın büyükşehirlerde kümelenmesi, ana dalda hizmet verecek uzman hekim açığını artırmakta, sorun dezavantajlı nüfus açısından gittikçe büyümektedir. Ayrıca uzmanlık dalları arasında ihtiyaca uygun bir denge kurulamamaktadır. Bilhassa performansa göre ödeme modelinde eşitlikçi yaklaşım, nöbeti çok olan, iş yükü ağır ve riskli tıp dallarından kaçınılmasına, rağbetin daha çok laboratuvar ve dâhili branşlara doğru kaymasına yol açmaktadır. Gelecekte kadın hastalıkları ve doğum, beyin cerrahisi gibi alanlarda hekim sıkıntısı çekilmesi şaşırtıcı olmayacaktır.

2. Teknoloji Bağımlılığı: Derinlemesine bilgi, beceri ve analiz yeteneği ile ortaya konabilecek birçok tıbbi işlem gerek tanı, gerek tedavide teknoloji kullanılarak yapılmaktadır. Öyle ki, uzmanlık eğitimi bu teknolojik araçları kullanarak alan bir hekim, bu teknolojiden yoksun kaldığında becerisini sergileyemeyecek duruma düşmektedir. Hikmet sahibi bir hekim olmaktan öte tecrübeli bir cihaz operatörü gibi bir davranış kalıbı gelişmektedir.

3. Eğitimin Finansal Yükü: Eğitimin finansal bir yükü vardır. Uzmanlık eğitiminde bu yük genellikle eğitimin verildiği hastanenin üzerine kalmaktadır. Ülkemizde son dönemde Sosyal Güvenlik Kurumu ödemelerinde üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında farklılık oluşturularak bu yük kısmen paylaşılmaya çalışılmaktadır. Hastaneler de, eğitim alan uzmanlık öğrencisini iş gücü olarak kullandığından

kısmen bu yüke razı olmaktadır. Ancak ortada ölçülen bir eğitim maliyeti ve bu maliyetin eğitim kurumu, sosyal güvenlik kurumu, hastane ve belki eğitime destek vermesi gereken diğer kamu kaynakları tarafından adil paylaşılmasını sağlayacak bir model mevcut değildir. Maliyet esaslı işletme anlayışı yerleştikçe bu yükün paylaşımı giderek daha fazla sorun olacaktır. Kısacası eğitim hastanelerine eğitim ödeneği gibi bir finans kaynağı aktarımının yolları bulunmak zorundadır. Bu kaynak, kamu kaynakları, sigorta, eğitim alan vb. paydaşlar arasında paylaşım ile da oluşturulabilir.

4. Asistan İş Gücü Değişimi: Tıpta uzmanlık eğitimi almakta olan asistanların bugüne kadar eğitim kliniklerinde yükü omuzlayan personel kesimi olduğunu biliyoruz. Bu kliniklerdeki uzmanlık öğrencisi talebi, eğitim kapasitesine değil, kliniğin hasta yüküne bağlı olmaktadır. Hatta birçok eğitim kliniği az sayıda eğitici gözetimindeki çok sayıda uzmanlık öğrencisi hizmetiyle yürütülmektedir. Son zamanlarda tıp fakültesi ve Bakanlık eğitim hastanelerindeki hızlı artış, bütün eğitim kliniklerine asistan kadrolarında mevcut iş yükünün üstlenecek oranda uzmanlık öğrencisi bulunmasını imkânsız hale getirmiştir. Böylece asistanın bir hizmet için istihdam edilen personel değil, uzmanlık eğitimi almakta olan bir öğrenci olduğu gündeme gelmektedir. Belki doğrusu da budur. Görülüyor ki, kliniğin iş yükünü paylaşacak ara elemanlar, yani klinisyen, hospitalist, doktor yardımcısı gibi tıp meslekleri veya uzman hekimler sistemde gittikçe daha fazla yer alacak ve sınırlı sayıda asistan eğitim için bu kliniklerde bulunacaktır.

5. Eğitim Teşviki İhtiyacı: Hizmet yükünün paylaşımında asistanın rolü azaldıkça, maaşını hastaneden almakta olan asistanın hastaneye yük olarak görülme ihtimali vardır. Böyle bir çıkmaz, tıpta uzmanlık eğitiminin geleceğini bekleyen önemli bir risktir. Bu durumda maaş alan değil, ücret ödeyerek eğitim alan asistanlarla karşılaşmamız şaşırtıcı olmayacaktır. Ülkenin ihtiyacı nispetinde uzman hekim projeksiyonlarının yapılması ve bu projeksiyona uygun asistan kadrolarının tahsisi gerekli olmakla birlikte sorunu çözmekte yeterli olmayacaktır. Bu planlamalara uygun olarak kamu kaynaklarından eğitim teşvikinin yapılması da gerekebilecektir. Neticede eğitimin bir maliyeti vardır ve bu bir şekilde üstlenilecektir.

6. Klinik Hizmet ve Eğitim Dengesi: Tıpta uzmanlık eğitimi teori aktarımından çok iş temelli bir eğitimidir. Sağlık hizmeti, yani klinik görev ile uzmanlık öğrencisinin yetiştirilmesi, yani eğitim etkinliği birbirine bağlı, birbirini destekleyen eylemlerdir. Ancak bu desteğin yanında iki ayrı iş yükü zaman, enerji ve kapasite kullanımı

açısından birbirinin potansiyelini harcamaktadırlar. Bu itibarla hangi yöntem uygulanırsa uygulansın, klinik görev ile eğitim etkinliği arasında iyi bir denge kurulmak zorundadır. Bu dengenin herhangi bir yana kayması, her iki işleve de birlikte zarar vermektedir. Genelde algı; üniversitelerde eğitime, Bakanlık hastanelerinde klinik göreve ağırlık verildiği yönündedir. Süreç ve çıktılar incelendiğinde bu algının da tam olarak doğru olmadığı görülecektir. Ama gerçek olan bu dengenin tam olarak tesis edilmediği ve ihtiyacımızın da bu olduğudur.

7. Hekim Yetersizliği: Bugüne değin sağlık sistemini incelemek üzere ziyaret ettiğim onlarca ülkeden -Küba hariç- doktor yetersizliğinden şikâyet etmeyenine rastlamadım. Özellikle toplumun tamamını kapsayan sağlık hizmeti sunmayı ilke edinmiş ülkelerde bu serzenişi daha fazla olmaktadır. Bu konuya rakamsal olarak mutlak bir ihtiyaç miktarı gözünü yaklaşımların çözüm olamayacağı görünüyor. Zira doktor hizmetini talep gerekçeleri, toplumun algı ve beklenti düzeyleri, hastalık ve sağlık talebindeki kavramsal değişimler, hekime olan ihtiyaçta zamanla hızlı değişiklikler göstermektedir. Bilinen klasik nüfus bazlı, iş yükü bazlı analiz formülleriyle açıklanacak kadar basit bir konu olmadığının fark edilmesi gerektiği kanısındayım.

8. Görev Kayması ve Yeni Sağlık Meslekler: Neticede sağlık hizmetini doktora odakladıkça ihtiyaç da o oranda artmaya devam etmektedir. Birçok sağlık sistemi, bu sorunun üstesinden gelmek için görev kayması, sorumluluk paylaşımı gibi yöntemlerle doktoru daha özgün ve daha dar ama daha nitelikli bir alana çekemeye çalışmaktadır. Diğer bir ifadeyle, ihtiyaç doğrudan doktor sayısı artırılarak değil, daha kısa sürede eğitilebilen doktor dışı klinisyenlerle çözülmeye çalışılmaktadır. Yukarıda sözünü ettiğim bu ara elemanların gittikçe çeşitlenmesi, yani yeni mesleklerin ihdas edilmesi kaçınılmaz görünüyor. Bugün ülkemizde yardımcı hemşire, yardımcı ebe gibi mesleklerin doğması bir tesadüf değildir. Klinik eczacı ve klinik psikolog gibi meslekler zaten kendilerine sistemde yer açmaya başlamış durumdadır. Gelecekte bunları yeni mesleklerin takip etmesinin kaçınılmaz olduğunu düşünüyorum.

9. Değişen Eğitim ve Ölçme Yöntemleri: Dünyadaki temayüllere benzer şekilde ülkemizde de eğitimde simülasyonların daha fazla yer bulduğu görülmektedir. Uzmanlık Yönetmeliğinde yer almasına rağmen hala hayata geçirilemeyen elektronik uzmanlık eğitimi takip sistemi, muhtemelen daha fazla geciktirilmeyecektir. Şimdiden bazı üniversitelerin

kendi takip sistemlerini oluşturmaya başladıkları bilinmektedir. E-öğrenme ve eklentileri neredeyse hayatın her alanında hâkimiyet kurmaktadır. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde kullanılmaya başlanan OSCE sınavları, hastayla ilgili legal sorunlar arttıkça uzmanlık eğitiminde de yer bulmaya başlayacaktır. Eğitimin standardizasyonu için tek veya aşamalı merkezi sınav şimdiden tartışılmaktadır. Hekim kısıtlılığı majör sorun olmaktan çıktıktan bu tür standardizasyon ve merkezi ölçüm yöntemlerine olan talep artacaktır. Board sınavları benzeri yeterlik sınavları da bu çerçevede değerlendirilebilir. Ayrıca mesleki yeterliğin korunması ve teknoloji ve bilginin hızlı değişimine ayak uydurabilmek için merkezi yenileme sınavları da gündemimize girecektir.

10. Doktor/Bilim Adamı-Doktor Tartışması: Mesleğin cazibesi ve maddi imkânlar açısından tıp eğitimi daha çok klinisyen yetiştirmeye yöneliktir. Tıpta uzmanlık eğitimi iş temelli bir eğitim olmakla birlikte mevzuatımıza göre doktora eşdeğeri kabul edilmektedir. Eğitim modelimizi ne kadar eleştirirsek eleştirelim, çevremize baktığımızda klinik bilimlerde başarılı doktorlarımız azımsanmayacak kadar çoktur. Ancak araştırmacı bilim adamı olan doktor sayısı konusunda aynı iyimser bakışı ortaya koymak mümkün değildir. Ulusal ve uluslararası proje destek fonlarından yararlanarak klinik bilimlerde doktor başarılarımızı bilim adamı-doktor başarıma evirmek için uzmanlık eğitiminde bir ayrışma kaçınılmaz gibi görünüyor (MD/PhD ayrışması). İş temelli uzmanlık eğitiminin yanına bilim uzmanlığı eğitiminin de konulması, bu iki eğitim ayrı ayrı alınabileceği gibi, ikisinin birlikte alınmasını sağlayacak modellerin de geliştirilmesinde yarar vardır diye düşünüyorum olduğu kanısındayım.

Son olarak elimizdeki kaynakların kıymetini iyi bilmek ve bu kaynakları dönüştürmek gereğine vurgu yapmak istiyorum. Sağlık hizmet açığını karşılamak için sadece doktor ve hemşire sayısını artırmak, akılcı bir planlama yapmadan sağlık için ayrılan mali kaynakları artırmak makul bir çözüm gibi görünmüyor. Geleceğin hemşiresinin neler yapması gerektiğini, geleceğin doktorunun ve uzman doktorunun yetki ve sorumluluklarının neler olacağını bu yetki ve sorumluluklar arasında kalan boşlukların kimler tarafından doldurulacağını iyi tasarlamak zorundayız. Yani elimizdeki insan kaynaklarını dönüştürerek geliştirmek ihtiyacı vardır. Bu bakış açısı eğitime daha fazla ihtiyaç duyduğumuzu göstermektedir.

Kaynaklar

1) Abrahamson S. *Essays on medical education*. Lanham, MD: University Press of America, 1996

2) Jamieson J, Towle A. *Future Health Care Trends: Impact On Postgraduate Medical Education*. Members of the FMEC PG consortium; 2011.

3) Bortz WM. *Biological basis of determinants of health*. *Am J PublicHealth*. 2005; 95(3):389-92.

4) Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. *Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. *The Lancet*. 2010; 12/4;376(9756):1923-58.

5) World Health Organization. *Key concepts: Social determinants of health* http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/ (Erişim Tarihi: 25.06.2016)

6) Costello A, Allen A, Ball S, Bell S, Bellamy R, Friel S, Groce N. *Managing the health effects of climate change*. *The Lancet*. 2009;373:1693-733.

7) Goldstein DB. *2020 visions: Personalized medicine*. *Nature*. 2010; 463(7):26-32

8) Ackerman MJ, Filart R, Burgess LP, Lee I, Poropatich RK. *Developing next-generation telehealth tool sand technologies: Patients, systems and data perspectives*. *Telemed J E Health* 2010;16(1):93-5. doi: 10.1089/tmj.2009.0153.

9) Harden R M, Crosby J R, Davis M H. *An introduction to outcome-based education*. *MedTeach* 1999; 22: 7-14.

10) Harden R M, Grant J, Buckley E G. et al *BEME guideno. 1: best evidence medical education*, *Med Teach* 1999; 21:553-562.

11) R M Harden: *Trends and the future of postgraduate medical education*. *Emerg Med J*. 2006; 23(10): 798-802. doi: 10.1136/emj.2005.033738

12) Issenberg S B, Gordon M S, Gordon D L. et al *Simulation and new learning technologies*. *MedTeach* 2001; 23: 16-23.

13) Gallagher A G, Ritter E M, Champion H. et al *Virtual reality simulation for the operating room: proficiency-based training as a paradigm shift in surgical skills training*. *Ann Surg* 2005; 241(2):364-372.

14) European Commission *Better e-learning for Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003

15) Harden R M, Gleeson F A. *Assessment of clinical competence using an Objective Structured Clinical Examination (OSCE)*. *MedEduc* 1979; 13: 41-54.

16) Bond W F, Spillane L. *The use of simulation for emergency medicine resident assessment*. *Acad EmergMed* 2002; 9(11): 1295-1299.

17) *Physician Supply and Demand Through 2025: Key Findings*, AAMC <https://www.aamc.org/download/426260/data/physiciansupplyanddemandthrough2025keyfindings.pdf> (Erişim Tarihi: 23.06.2016)

18) Martin McKee, Judith Healy, Nigel Edwards and Antony Harrison: *Pressures for change*. In: Martin McKee and Judith Healy (eds): *Hospitals in a Changing Europe*, Chapter 3, pp.36-58, Open University Press, 2002.

19) ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education). *Data Resource Book: Academic Year 2012-2013*; <http://www.acgme.org/About-Us/Publications-and-Resources/Graduate-Medical-Education-Data-Resource-Book>. (Erişim Tarihi: 11.7.2016)

20) Harden R M. *Myths and e-learning*. *MedTeach* 2002; 24(5): 469-472.

İç hastalıkları uzmanlığı eğitimi analizi (2): Yakın geleceğe bakış

Dr. Ahmet Murt



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

Belki, millet olarak hiçbir zaman işimiz kolay değildi. Bugün ise önümüzdeki zorluklar farklı bir boyut kazandı. Her alanda öz ve milli değerlerimize sarılmamızın gerekli olduğunu düşündüğüm bu dönemde, iç hastalıkları uzmanlık eğitiminden hareketle her uzmanlık dalı ile ilgili çıkarımlar yapılabilecek durum saptamasını ve önümüzdeki 10 yıl için öncelik verilmesi gereken noktaları özetlemeye çalıştım. Ümit ederim ki, her bir zorlayıcı bir fırsat olarak değerlendirip ülkemizin geleceği için en doğru adımları atabiliriz.

Uzmanlık eğitimlerinin, uzmanlık öğrencilerini belirli bir yaş ve yetişmişlik seviyesinden sonra devralıyor olması, bu eğitime ek bir yük getirmektedir. Bazı alışkanlıkların değiştirilmesi veya oluşmuş eksikliklerin giderilmesi, hem eğiticiler hem de öğrenenler cephesinde çoğu kez ayrı bir eforu gerektirir durumda. Bu noktada atılması gereken adımlardan belki de en önemlisi, tıp fakültesi eğitimleri (mezuniyet öncesi) ile uzmanlık eğitimlerini programlayan mekanizmalar arasındaki tam eş güdümün oluşturulmasıdır. Uzmanlık eğitim süreçlerinde saptanan eksiklikler ve sorunlar mezuniyet öncesi eğitim kurulları ile mutlaka paylaşılmalı ve çözümler tıp fakültesi eğitimlerini kapsayacak şekilde planlanmalıdır.

Uzmanlık eğitimlerinde hedeflenen kaliteye ulaşabilmenin öncül bir koşulu, mezuniyet öncesi eğitim süreçlerinin hedeflere uygun olarak tamamlanmış olmasıdır. Mezuniyet öncesi eğitim planlanırken öğrencilerin bir hekim olarak öğretilmelerinde ve birer üniversiteli olarak eğitimlerinde herhangi bir eksiklik bırakmayacak şekilde planlamalar yapılmalıdır. Milli değerlerimize ilişkin temel eğitimler tekrar gözden geçirilirken ülkemizin sağlık alanındaki kısa, orta ve uzun vadeli hedeflerinin öğrencilerimizle paylaşarak

etkileşimli tartışmaların yapıldığı sağlık politikasına yönelik seminerler yeni bir uyanışı başlatabilir.

Her bir bireyin, sağlık sisteminin bütünündeki esas rolünü kavradığı bir tıp eğitim sistemi daha sağlam olur. Bu nedenle, sağlık sisteminin birbirini de tamamlaması beklenen farklı bileşenleri henüz öğrencilik yıllarından itibaren hekim adayları ile paylaşılabilir. Önümüzdeki 5 yıl için, uzmanlık eğitimi planlayıcıları, uzmanlık eğitiminin mezuniyet öncesi eğitimle olan bağlantılarını tanımlamayı kendilerine hedef olarak koyabilirler. Ortaya konabilecek belirteçler ve bunların geliştirilmeye çalışılması değerli bir 5 yıllık plan olacaktır.

Mezuniyet öncesi ile uzmanlık eğitimi arasındaki geçişin en önemli kriteri olan TUS, 30 yıllık birikimi ile küçümselemeyecek bir işlev üstlenmiştir. TUS, mevcut sistemin olmazsa olmazlarından bir tanesidir. Özellikle eklemek gerekir ki TUS, eşitliği ve adaleti sağlamaya yönelik oldukça değerli olsa da her uzmanlık dalı için en uygun adayları seçip seçmediği halen tartışılmalıdır. TUS'un eğitim / öğretim çıktılarına uygunluğuna ilişkin daha fazla araştırmaya ihtiyacımız vardır. Sınav sistemimizin sürekli geliştirilmesine yönelik çalışmaları da bir yandan aralıksız devam ettirmemiz gerekir. TUS'a yönelik yapmış olduğumuz çalışmalar, TUS ve tıp fakültesi ölçme / değerlendirmeleri arasında pozitif ilişkiyi gösteriyor olsa da, hem tıp fakültesi ölçme / değerlendirme sistemleri hem de TUS ile alakalı analizleri aralıksız devam ettirmemiz önemli bir ev ödevidir. TUS'un birikimi dikkatlice değerlendirildiğinde ve doğru analiz edildiğinde geliştirici adımlar daha kolay atılabilecektir.

Uzmanlık eğitimi sistemimizi gerçek anlamda etkili bir çerçeveye kavuşturabilmek adına, ülkenin sağlık ihtiyaçları ile eğitim programı arasındaki uyumun tam olarak

sağlanabilmesi şarttır. Eğitim programları birçok merkezde, öğretim üyelerinin ilgi alanlarına yönelik vakaların yoğunlaştığı bir çekirdek etrafında kümelenmektedir. Bu kümelenmenin; bazı konuların daha derinlemesine kavranması yönünde faydaları olsa da, toplumun sağlık ihtiyaçlarına bütünsel bir yanıt verilmesinin eksik kalabilmesi riskini taşımaktadır. Örneğin kronik hastalıkların yönetimi, geriatrik hasta grupları ve toplumumuzun halen bir sorunu olan sigara içiciliğine yaklaşım eksikliği hissedilen birkaç konu başlığıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri genelde bir konu bile olamamaktadır. Üçüncü basamak hasta hizmeti, birinci basamağa göre daha ilgi çekici olmakta; yatan hasta bakımına verilen önem ayaktan hastalara göre halen bir adım önde tutulmaktadır. Ne var ki, üçüncü basamak hastanelerindeki hastalar, genel hasta popülasyonunun çok küçük bir kısmını (%1'den az) temsil eder durumdadır.

Asistan alımına yönelik toplam sayılar düşünüldüğünde yapılan "fazla kontenjan" eleştirisi, kurumlarda özelinde değerlendirildiğinde birçok kurum tarafından "az kontenjan" serzenişine dönüşmektedir. Bu tezatın en olası açıklaması, gereğinden fazla eğitim kurumunun kurulmuş olması ve eğitimin her bir kurumda sürdürülmeye çalışılmasıdır. TUS ile senede toplam 5500-6000 arasında olan asistan alım sayısı toplamda 131 kuruma dağıtılınca dengesizlikler belirmektedir. Büyük ve köklü kurumlar, eğitim programlarının hacmi çerçevesinde daha fazla asistan almak isterken; yeni kurulan ve daha mütevazı kurumlar camiada var olabilmek için asistana ihtiyaç duymaktadırlar. Gelecek planlaması yapılırken özellikle yeni bir eğitim kurumu açılması gündeme geldiğinde, mevcut kurum ve toplam asistan sayılarına özellikle dikkat edilmelidir.

Uzmanlık eğitimi sürecinde eğitim ve sağlık hizmeti sunumunun birbirini bütünler

şekilde planlanması gerekirken, ne yazık ki hala birçok kurumumuz sağlık hizmeti sunumunun devamı için asistanlara ihtiyaç duyar durumdadır. Farklı kurumlarda yapılan mülakatlarımız göstermiştir ki, asistanlar hatırı sayılır oranda birer eğitim / öğretim çıktısı sağlamayacak işlevler üstlenmektedirler. İyi bir uzman yetiştirmek için zaten yeterli vaka sayısı ve çeşitliliğine sahip olan kurumlarda bu durumun eğitim çıktılarına etkisi daha sınırlıyken, bu kadar şans olamayan kurumlarımızdaki asistanlar ciddi bir mağduriyet ile karşılaşabilmektedir.

Son yıllarda tıp eğitimi planlaması ve geliştirilmesine yönelik birikimimiz asla küçümsemeyecek bir noktadadır. Bu birikim; üzerinde yapacağımız bazı hamlelerle daha anlamlı ve güçlü bir seviyeye taşınabilir. Bu hamleler kısaca şunlardır:

- Mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası kurulları arasında tam bir uyum ve birlik-telik sağlanması.
- Birer üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu olan eğitim kurumlarımızın araştırma işlevini eğitim ile alakalı konularda da uygulamaya koyması.
- Ülke ihtiyaçlarının sık aralıklarla gözden geçirilerek, farklı kurumlarla ortaklık veya iş birliği geliştirilerek eksikliklerin daha maliyet etkin yöntemlerle giderilmeye çalışılması

İç hastalıkları uzmanlık eğitimlerine odaklanacak olursak, önümüzdeki 10 yıl için eğitim programlarını zorlayacak konular ve olası reformları 8 maddede özetleyebiliriz:

1. Bilimsel çalışma sayılarındaki her geçen gün katlanarak devam eden artış, bu bilgilerin hasta bakımı için de kullanılmasına yönelik eğilim, yetiştirdiğimiz uzmanların kendi kendilerine ve bağımsız öğrenebilme becerilerini kazandığından emin olmamızı gerektirmektedir. Bu beceriler, literatürün eleştirel değerlendirme süzgecinden geçirilmesi yetkinliğini de kapsamalıdır. Öğrenen merkezli eğitim süreçlerine asistanların kariyer hedefleriyle uyumlu bazı seçmeli bileşenler eklenmesi düşünülebilir.

2. Yan dal uzmanlıkları ve sonrasında da devam eden ileri uzmanlaşma süreçleri iç hastalıkları uzmanlığının çekirdeğinin güvenceye alınmasını zorlaştırabilmektedir. Yan dal eğitim süreçleri planlanırken, iç hastalıkları çekirdek programı bileşenleri de güvenceye alınmalıdır. Çıktı temelli oluşturulmuş olan çekirdek eğitim programlarının kurumlarımızda eksiksiz uygulanmasının sağlanması bu yönde atılacak adımları sağlamlaştıracaktır. Programlar çıktı temelli olsa da, uzmanlıkta geçirilmesi gereken asgari süreler yeteri kadar hasta görülmesi ve belirli bir olgunluk düzeyine ulaşılması açısından önem taşımaktadır. Ülkemizdeki 4 yıl uygun bir süre gibi görünürken bu süre 3 yıl ile 5 yıl arasında değişecek şekilde güncellenebilir.

3. Sağlık hizmeti sunumunda rol alan meslek gruplarının çeşitlenmesi (diyetisyen, psikolog ve diğer yardımcı sağlık personelleri) sistemin işleyişine yönelik farklı yetkilerle görev üstlenenler (yatış elemanları, hastane yöneticileri vb.) hekimin görev tanımlarına ilişkin yeni yaklaşımları ve bir ekip lideri olarak daha etkin koordinasyon becerilerini gerekli kılacaktır.

4. Kurumlarımız, kendileri için belirledikleri vizyonun bir gereği olarak eğitim programlarını, tıbbın ilerlemesi ile uyumlu olarak giderek geliştirmektedirler. Bununla beraber, iç hastalıkları uzmanları için Sağlık Uygulama Tebliği'nin belirlediği sınırlar; eğitim programları ile uzman pratiği arasında uyumsuzluklara neden olmaktadır. Önümüzdeki yıllarda ilaç çeşitliliği de arttıkça, bu uyumsuzluğun daha fazla artacağı ön görülebilir. Uzman adayları, yetkilendirilmedikleri herhangi bir hastalık tedavisi için ana dal eğitimlerini daha az önemseme eğilimini geliştirdikleri gibi, bu durum yan dal uzmanlık eğitimlerine devam etmek için ek motive edici bir unsur olmaktadır. Ülkemiz ihtiyaçları ve sağlık politikamızın hedeflerine göre bu kapsam tekrar gözden geçirilmelidir.

5. Geri ödeme mekanizmaları ve hastane işleyişine yönelik diğer sınırlayıcı faktörler (randevu mekanizmaları, mesai saatleri, özellikli işlemler için yardımcı sağlık personeli eksikliği vb.) hastaların ayaktan izlenmesi yerine, yatırılarak tetkik edilmesi gerekliliğini oluşturabilmektedir. Bu nedenle yatan hasta hizmetleri eğitiminde daha öncül bir rol üstlenmekte ve ayaktan hastaların süreç içerisindeki izlemlerine yönelik uygulamalar eksik kalabilmektedir. Buna ek olarak; birçok kurumumuzda asistanlar hem poliklinik, hem de yatan hasta servislerinde eş zamanlı görevler üstlenmek durumunda kalmaktadırlar. Bu durumun eğitimde verimliliği düşürebilecek zorlayıcı bir unsur olduğu hatırd tutulmalıdır.

6. Hasta hakları ve hasta güvenliği bilinci, hem birer zorlayıcı unsur hem de eğitimde daha mükemmeli yakalamak için birer avantajdır. Hasta merkezli yaklaşımların daha fazla önemsenmesi ile birlikte eğitimde simülasyon gibi yeni uygulamalar daha çok gündemde olacaktır. Asistanların yetki ve sorumluluklarının kıdemleri ile uyumlu olarak süreç içerisinde kademeli artırıldığı bir sistemin tesisi de bu başlık altında değerlendirilmesi gereken bir diğer unsurdur.

7. Giderek yaşlanan nüfus ve kronik hastalıkların daha fazla gündeme geleceği önümüzdeki 10 yıl, hekim sayısında (genel pratisyenler - uzmanlar) yetersizlikle ilgili, daha çok yorum yapılacağı bir dönemi getirebilir. Bu yorumların birçoğu hatalı da olabilmektedir. Eğitim kurumlarımızın sadece hekim yetiştirme işlevine kısıtlı kalmaması, sağlık sisteminin bütünüyle ilgili fikir ve önerileri geliştirebilir olması bu

noktada oldukça önemlidir. Hangi sağlık hizmetlerinin pratisyen ve yeni yetiştirilmekte olan aile hekimlerince, hangilerinin uzmanlarca sunulması gerektiği yönünde sürekli olarak yapılacak değerlendirmeler; hem ihtiyaç duyulan hekim sayısı, hem de gereken uzman sayılarına ilişkin daha doğru çıkarımlar yapılabilmesini sağlayacaktır. Mezuniyet öncesi eğitim ile uzmanlık eğitimleri arasında kurulmasını önemseydiğimiz eş güdüm, hekim ve uzman sayıları planlamalarına ilişkin de eş bir yaklaşım geliştirilerek taçlandırılabilir.

8. Uzmanların kaliteli bir eğitimden geçmelerinin yanında, yetiştirilmiş olan uzmanların yetkinliklerin belirli aralıklarla gözden geçirildiği sertifikasyon / yetkilendirme / yeniden yetkilendirme uygulamaları da önümüzdeki süreçte zorlayıcı bir diğer unsur olarak gündemde olacaktır. Tıbbın sürekli gelişmekte ve değişmekte olan doğası, yeterliklerin de benzer şekilde sürekli olarak güncel tutulmasını gerekli kılmaktadır. Önümüzdeki yılları planlarken, sürekli tıp eğitimi faaliyetleri ile uzmanlık eğitimleri arasında da köprüler oluşturulmalıdır. Yoksa uzmanlığını almış hekimlerimizin bir kaç sene sonra (5 veya 10) tekrar değerlendirmeye alındığı bir sistem hedeflenen çıktıları ulaştırmayabilir. Sertifika / lisans / yetki güncellemesine yönelik yöntemler, sürekli tıp eğitimi uygulamalarının bir bileşeni olarak planlanırsa eğitimsel anlamı daha güçlü olacaktır.

Özellikle son yıllarda uzmanlık eğitimlerine ilişkin önemi yadsınamayacak bir birikime sahip olduğumuz gözleminden hareketle, önümüzdeki süreci farklı paydaş ve bileşenlerin birbirini tamamladığı yöntemlerle planlayabiliriz. Kurumlarımız, eğitim sorumlularımız ve öğretim görevlerimiz yeterli birikime sahiptir. Tıpta Uzmanlık Kurulu, Sağlık Bakanlığı'nın diğer ilgili kurulları, YÖK ve uzmanlık derneklerinin bir arada uyum içerisinde çalıştığı bir sistem; geleceğin öz değerlerimiz ve milli ihtiyaçlarımız çerçevesinde planlanmasını kolaylaştıracaktır. Karar verici noktada olsun, eğitimi sunan veya eğitim alan noktada olsun her bir fert, sistemin bütünü'nün amaçlarının bilincinde olarak kendi sorumluluğuna yönelik hareket ettiğinde mükemmellik ve kalite ilgili hedeflere ulaşılacaktır.

Kaynaklar

Genç Hekim Platformu Tıp Eğitimi Çalıştay Sonuçları (2013)

Redesigning Residency Training in Internal Medicine: The Consensus Report of the Alliance for Academic Internal Medicine Education Redesign Taskforce. Meyers F. Academic Medicine 2007; 82(12): 1211-19

Shortening Medical Training by 30%. Ezeikel J. Emanuel, Victor R. Fuchs JAMA 2012;307(11): 1143-44

Toward Integrated Medical Resource Policies for Canada 9: Postgraduate Training and Specialty Certification Morris L. Barer, Greg L. Stoddart. Can Med Assoc 1992; 147(7): 999-1005

Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu (2014)

Kafa travması bir insanı suça iter mi?

Fatma Girgin Kardeş



İstanbul, Galatasaray ve Doğu Üniversitelerinde fizik, felsefe, siyaset bilimi ve psikoloji eğitimlerini tamamladı. 2 dönem boyunca ABD'de Kaliforniya Üniversitesi Berkeley'de nöro bilim dersleri aldı, İngiltere'de King's College'da rehabilitasyon eğitim programlarına katıldı. Çeşitli kurumlarda psikolojik danışman ve araştırmacı olarak görev yaptı. Kafa travmalı hastaların kognitif rehabilitasyonunda rehabilitasyon tekniklerinin uygulanması ve bu tekniklerin modern görüntüleme (EEG, NIRS) ve uyarım teknolojileriyle (TMS, tDCS) birleştirilmesi üzerine çalışmalar yapan Kardeş, halen Medipol Üniversitesi'nde nöropsikolog ve araştırmacı olarak çalışmaktadır.

Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu



1962'de Manisa'da doğdu. 1985'te Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1988-1992 arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Nöroloji ihtisası yaptı. 1993-2000 yıllarında 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. Dr. Hanoğlu halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Hepimizi dehşete düşürüp üzüntüye boğan ve toplumsal bir infial uyardıran Özgecan Aslan'ın katli olayında, fail hakkında akıllara şöyle bir sorunun gelmesi çok olası gözüküyor: "Bir insan nasıl böyle bir şey yapabilir?". Bu soru gerçekten üzerinde düşünülmesi ve ciddiye alınması gereken sorulardan biridir. Çünkü genel kamuoyunda bu kadar tepki uyandırmasa da muadil olaylar her gün vuku bulmaktadır. Bu soru ve olayın şimdiye kadar ele alınmamış, ama kanımızca çok önemli bir boyutunu, yani kafa travması, suça eğilim, mümkün olan tedavi ve toplumsal organizasyonu yani rehabilitasyon merkezleri, müdahale ve tedavi programlarının gerekliliğini içeren tıbbi/toplumsal boyutunu bu vesile ile gündeme getirmek istedik.

Yukarda sordüğümüz, muhtemelen olaydan haberdar olan herkesin içinden sorduğu bu soruya cevap ararken araştırmacılar suç ve suça yönelik davranışların nedenleri hakkında farklı görüşlere yönelmişlerdir. Bu konu, 1800'lerin sonunda Cesare Lombroso'nun bazı insanların doğuştan suça eğilimli oldukları ve bu durumun kafataslarından anlaşılabilirliğini öne süren teorisine kadar geri götürülebilirse de günümüzdeki

tartışmanın daha bilimsel ve kanıtlara dayalı olarak yürütüldüğünü söyleyebiliriz. Cezaevlerinde mahkûmlarla yapılan araştırmalar beyin yapısı ve hasarlarının suça yönelme ile bir bağlantısının olabileceğini göstermektedir. Örneğin, Hucker ve arkadaşları pedofillerde sol ve sağ bilateral temporal horn'da bir genişleme tespit etmişlerdir. Wright ve arkadaşları seks suçlularında sol frontal ve temporal alanlarda küçülme olduğunu göstermişlerdir. Kandel Engländer, sosyal statü ve suç davranışı arasındaki bağlantıya odaklanırken, Venables ve arkadaşları genlerin rolü üzerinde durmaktadır. Ancak hâkim görüş, her ikisinin de etkili/önemli olduğu yönündedir. Pek çok araştırmacı ise şiddete başvuran insanlar ve psikopatolojik durumlar ve bilişsel hasarlar arasındaki bağlantıya dikkat çekmektedir.

Zihinsel hastalıklar ve suç arasındaki ilişki yeni olmamakla birlikte, suç işleme ve kafa travması arasındaki bağlantının varlığına dair çalışmalar oldukça yenilerde yapılmaya başlandı. Bu yazının amacı da bu bağlantının var olması ihtimaline karşı bir farkındalık yaratmak ve neler yapılabilir bunu açıklamaktır. Kafa travması sonucunda ortaya çıkan nörolojik hasarlar, durumlarla başa çıkma stratejilerinin azalması, yargılama yetisindeki zayıflık,

kendine hâkim olmada zorlanma yanında dikkat ve hafıza gibi bilişsel işlevlerde de problemlere neden olabilir. ABD'de yapılan bir araştırmaya göre her yıl ciddi kafa travması yaşayan insan sayısı 2 milyon gibi ciddi bir rakamdır ve bunların bir kısmı normal fonksiyonlarına dönebildiklerini ifade ederken, %64'ü travmadan 5 yıl sonra bile dürtü kontrolünde zorlandıklarını ve çok kolay öfkelenedikleri belirtmişlerdir. Yani kafa travması ve suç arasındaki bağlantı, beyin kontrol, dürtüler ile uygun toplumsal davranış çerçevesinde karar verme ile ilişkili kısmı olan frontal lobe hasarlarını düşündürmektedir. Frontal lob hasarı primitif itkileri içeren subkortikal ve limbik yapılara bağlı kişinin kendini kontrol etmesiyle bağlantılı sorunlara yol açmaktadır. Bu bölgedeki hasar sosyal algıda, duygu ve dürtüleri kontrol etmede, ruh halini dengelemede etkili görünmektedir. Kafa travması sonucu oluşan frontal lobe hasarının şiddet davranışlarına sebep olduğu ilk kez 1996'da Grafman ve arkadaşları tarafından ortaya konmuştur. Vietnam gazileriyle yapılan bu çalışmada frontal lobe hasarları olanların şiddet ve agresiflik içeren davranışlarının önemli ölçüde artmış olduğu ve diğer bölgelerdeki hasarlara oranla anlamlı ölçüde farklılık bulunduğu görülmüştür. Leon-Carrion ve arkadaşları ise daha yakın zamanlı bir



çalışmada anterotemporal hasarı olan hastaların öfke ve düşmanlık hislerinin artış gösterdiğini ortaya koymaktadırlar. Sonuç olarak, kafa travması sonucu oluşmuş bir hasar bilişsel ve duygusal bozukluklara neden olmakta ve buna bağlı olarak davranışlarda değişiklik görülebilmektedir. Kafa travması geçirmiş bir kişi durumları yanlış yorumlayabilir, sosyal ilişkileri zayıflamış olabilir, bir ortamda uygun olmayan davranışlar sergileyebilir, gereğinden fazla tepki verebilir veya iletişim kurmakta çok zorlanabilir. Bu durumun sonucunda kişi suça daha da yatkın hale gelebilir.

Araştırmalar göstermektedir ki kafa travması aynı zamanda psikiyatrik/psikolojik hastalıklar yaşama ve madde bağımlılığı riskini de artırmaktadır (Hatzitaskos et al, 1994). Madde ve alkol bağımlılığının ise suçla ilişkisini gösteren yine pek çok çalışma bulunmaktadır. Kouri ve arkadaşları, tutuklularla yaptıkları çalışmalarda, %69-70'unun tutuklanmadan önceki 1 ay içerisinde madde kullandığını tespit etmiştir. Çalışmalar aynı zamanda kafa travmalarının olduğu kazaların %36-51'inin alkol veya madde etkisi altında bulunduklarını da göstermiştir. Buradan hareketle madde ve alkol bağımlılığı ile kafa travmaları arasında bir ilişkinin varlığından söz edilebilir

ancak bu ilişkinin tersine bir ilişki olması da olası gözüküyor. Yani zaten bağımlı olan insanların daha fazla kafa travması yaşama olasılıklarının arttığı iddia edilebilir. Bununla birlikte araştırmalar kafa travmalarının alkol ve madde bağımlılığı ile birleşmesi durumunda sonuçların çok daha sorunlu olduğunu göstermektedir. Bu durumda bilişsel işlevler, duygusal iyilik durumu çok daha problematiktir.

Kafa Travması ve Suça Karışma

Brooks ve arkadaşları, tutuklanan insanlar arasında yaptıkları araştırmada bunların %31'inin son 5 yıl içerisinde kafa travması yaşayan insanlar olduklarını ortaya çıkarmışlardır. Benzer bir oran çocuk ve ergen suçlular arasında da mevcuttur. Oysa rehabilitasyona devam etmiş kişiler arasında ise bu oran %7'ye düşmektedir (Kreutzer et al, 1995). En başta sorduğumuz soruya geri dönecek olursak "bir insan nasıl böyle bir şey yapabilir?". Burada Ahmet Suphi Altındöken'in annesi ve amcasının sözlerini aktarmakta fayda var. Suphi Altındöken'in 8 sene önce bir trafik kazası geçirdiğini ve 2 ay yoğun bakımda kaldığını daha sonrasında ise psikopat olduğunu anlatan amca Altındöken, "Bir travma geçirdi, travma

Suphi Altındöken'in 8 sene önce bir trafik kazası geçirdiğini ve 2 ay yoğun bakımda kaldığını daha sonrasında ise psikopat olduğunu anlatan amca Altındöken, "Bir travma geçirdi, travma geçirdikten sonra psikopatlaştı artık. Babasını bıçakladı, annesini her gün dövmeye başladı." diyor. Kazadan sonra davranışları değişmişti. Agresifleşti. Normal bir hareketi yoktu. Şiddet uygulayıp "Oh be" diyordu...



geçirdikten sonra psikopatlaştı artık. Babasını bıçakladı, annesini her gün dövmeye başladı.” diyor 24 Nisan 2016 tarihinde annesi Naciye Tan ile yapılan röportajda ise annesinin “17 yaşında feci bir motor kazası geçirdi. Kafası ağır hasar aldı. Günlerce hayat ünitesinde kaldı. Kafatasındaki bir kemiğini çıkarıp platin taktılar. İki kez ağzından ameliyat geçirdi. İkinci ameliyat olduğunda doktoruyla anlaştım, “Suphi’ye psikolojik tedavi görmesi gerektiğini söyleyin” dedi. Kazadan sonra davranışları değişmişti. Agresifleşti. Normal bir hareketi yoktu. Şiddet uygulayıp “Oh be” diyordu. Bir gün sırf sigarası yok diye darbe aldım. Savcılığa bile gittim. Bize şiddet uyguladığını söyledim. “Yapabileceğimiz bir şey yok. Polis zoruyla beyaz önlük giydirip götürmeniz gerekiyor” dediler. Keşke yapsaydım. 17 yaşına kadar bana şiddet uygulamayan bir insan kazadan sonra şiddet uygularsa ben bunu kazaya bağlarım.” sözlerini yukarıdaki bilgiler ışığında tekrar gözden geçirmek gerekiyor. Bu vaka, çevresel koşullarla ve genetik mirasla kombine olmuş bir kafa travmasının verebileceği toplumsal zararların ne kadar ciddi boyutlarda olabileceği üzerinde düşünmemizi gerekli kılıyor.

Neler Yapılabilir?

Kafa travmaları tedavisinde, ilaçlar ve çeşitli terapötik yöntemler bir arada kullanılmaktadır. Ancak araştırmalar, sakinleştirici ve anormal davranış basıkılayıcı (sedatif ve nöroleptik) ilaçların kognitif iyileşmeyi engelleyebileceğini göstermektedir. Operant şartlanma,

bir şekilde davranışların yeniden düzenlenmeye çalışılması yöntemleri de davranışların düzenlenmesinde etkili görünmektedir. Ancak bu metot da yeni kazanımlar sağlamamakta, sadece çevresel koşullar elimine edilebildiği durumlarda işe yaramaktadır. Bilişsel Terapiye dayanan psikoedukasyon yöntemleri öfke kontrolü sağlamada yeni kazanımları sağlasa da bu yöntem de genellikle belli bir seviye soyut düşünme gerektirdiğinden kafa travması hastaları için zorluk oluşturmaktadır. Bilişsel rehabilitasyon ise bu tekniklerin kişinin ihtiyacına dayalı olarak birlikte kullanımına da dayanan, temelde bilişsel, yani yukarıda bahsedilen hasarlanmış akli melekelerin iyileştirilmesini hedef alan bir müdahale yöntemidir. Levine ve arkadaşları kafa travmalı hastalarda planlama, stratejik düşünme ve self kontrol gibi yürütücü işlevler temelli bozuklukların iyileştirilmesinde bu yöntemi kullanarak anlamlı sonuçlar almışlardır.

Bilişsel Rehabilitasyon Nedir?

Bilişsel işlevlerin iyileştirilmesi ile ilgili çalışmalar “kognitif rehabilitasyon” adı altında günümüzde gittikçe artan bir cazibe alanı oluşturmaktadır. Bu çalışmalar çocuklukta sürekli değişip geliştiği bilinen beyin yapısının yetişkinliğe geçtikten sonra bile değiştirilebilir olması ve fizyolojik olarak yaşlansa bile beyin plastisitesinin devam etmesi prensibine dayanır. Sinir sisteminin gelişebilmesi ve yeni ortamlara öğrenme yoluyla adaptasyon sağlayabilmesi kapasitesine “nöroplastisite” (Huttenlocher, 2002) denmektedir. Nöroplastisite sinir

Kafa travmaları, trafik kazaları, spor yaralanmaları vb. nedenlerle genç insanların sıklıkla başına gelen bir durumdur. Olaya öfkelenmek, gidene üzülme yeterli değil. Toplumsal olarak bu durum için ortaya çıkan duyarlılıktan da yararlanarak gerekenin yapılmasına, kurum ve organizasyonların Türkiye’de de oluşturulmasına ve yaygınlaştırılmasına acilen ihtiyaç bulunmaktadır.

sisteminin yapısının ve fonksiyonlarının değişebildiği, öğrenme ve öğrenilenleri hafızada tutma yoluyla beyin hasarlarından sonra iyileşebilmesi anlamına da gelir. Kafa travması, stroke, epilepsi, tümör, nörodejeneratif ve diğer nörolojik hastalıkların ardından bilişsel eksiklik ve/veya hasarlar oluşur. Bu hasar sonrasında beyin kaybolan fonksiyonlarını tekrar kazanmak için spesifik, yapılandırılmış egzersizlere ihtiyaç duyar. Kognitif rehabilitasyon kişinin hasarına ve bunun davranışsal yansımalarına uygun olarak hem nöral bazda değişimler yaratarak plastisiteyi artırmaya hem de bunun davranışa yansımalarını sağlayarak yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik aktiviteleri planlama ve uygulama süreçlerini içerir.

Sonuç

Araştırmalar gösteriyor ki kafa travması sonrası yaşanan nörokognitif, davranışsal, psikolojik durumları dikkate alma ve önemsemek oldukça gereklidir. Öncelikle hastaneler ve klinikler farklı kafa travmalarının nöropsikolojik sonuçları konusunda değerlendirme, tespit etme ve yönlendirme protokolleri uygulamalıdır. Hastanın ailesine ve kendisine hasarın olası sonuçları ve bunlarla başa çıkma stratejiler, hastanın çevresel adaptasyonunun sağlanmasıyla ilgili bilgilendirilmeler yapılmalıdır. Rehabilitasyon programları oluşturulmalı ve gerekli olan hastalarda bu programlara katılma zorunluluğu uygulanmalıdır. İşe ve gündelik hayata katılım ancak gerekli koşullar sağlandığında, rehabilitasyon sonucunda iyileşme ve yetkinlik gösterildiğinde mümkün olmalıdır. Tedaviler

hastaya ve ailesine günlük yaşamda karşılaşılabilecek durumlarla ilgili adaptasyon sağlamaya ve sosyal yeterliliğini artırmaya odaklanmalıdır. Bu hastaların sosyal olarak dışlanma ve kendilerini yalnız ve başarısız hissetmeleri durumunun da suça yönelimlerini tetikleyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Bütün bu bilgiler ışığında kafa travması varlığını suçun tek kaynağı gibi düşünmek hatasına düşmemek gerekir. Kafa travması hastalarının neredeyse yarısı hiçbir suça karışmamaktadır ya da tutukluların yarısından fazlasının kafa travması hikâyesi bulunmamaktadır. Yine de kafa travmasının şiddete dayalı davranışları artırabileceği ihtimalinin göz önünde bulundurulması, kişinin kendini kontrol etme davranışını etkileyebileceği mutlaka değerlendirilmesi ve gözetim altında bulunulması gereken ciddi bir durumdur. Filley ve arkadaşlarının dediği gibi TBI şiddete eğilimi olan ancak bunu engelleyebilme kapasitesi geliştirmiş bireylerin bunu artık yapamaz duruma gelmelerine yol açabilir. Şiddete yol açan genetik, çocukluk travmaları, sosyokültürel durum ve çevresel stres gibi pek çok etken var olsa da kafa travması bu etkenlerin etkisini artırabilir.

Dünyada Neler Yapılıyor?

Yazımızı dünyada bu konuda yapılanlara birkaç örnek vererek bitirmekte fayda var. Amerika'da kafa travması ve suç işleme arasındaki ilişkiye odaklanmış istatistiki ve akademik pek çok araştırma bulunuyor. Bu ilişkinin sonuçlarına karşı hazırlıklı olmak adına hem araştırma projeleriyle hem de toplumsal farkındalığı arttırma önerileriyle karşılaşılmakta. Amerika'da The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2015 yılında bu konudaki farkındalığı arttırmak amaçlı konferans düzenledi ve bir konferans raporu yayınladı. 2006 yılında ise Minnesota'da yapılan bir pilot uygulama da hem bu konudaki bir örnek teşkil ediyor hem de ödülleriyle destekleniyor. The Minnesota TBI Interagency Leadership Council (ILC) öncülüğünde, Brain Injury Association of Minnesota (BIA-MN) ve Minnesota Department of Corrections (DOC) işbirliği ile yürütülen bu projede kafa travması hastalarının eğitilmesi, terapisi için teknik yardım sağlanıyor ve projenin ismi "Topluma Başarılı bir şekilde geri dönüş için stratejiler" olarak belirtiliyor. Projenin ilk aşaması 1000 erkek mahkûm, 100 kadın mahkûm ve 50 ergen mahkûmu içeren bir tarama çalışmasından oluşuyor. Sonraki aşama ise bu mahkûmlar için uygulanabilecek en iyi çözüm yolunun (eğitim, terapi, tedavi) ne olduğunun belirlenmesidir. 3 süren bu projenin son aşaması ise müdahale programının uygulanmasından oluşuyor. ABD'de bu şekilde uygulanan

pilot programlar yanında kafa travması yaşayanların başvurabileceği pek çok rehabilitasyon merkezleri ve topluma uyumlarını kolaylaştıracak müdahale merkezleri bulunuyor. İngiltere'de ve Avrupa'nın pek çok ülkesinde de kafa travmalı hastaların başvurabileceği bütüncül (tedavi, terapi, eğitim) yaklaşımla hizmet veren benzer merkezler bulunuyor.

Türkiye'de Durum

Kafa travmalarından sonraki etkilanmeyi tespit etmek ve sonrasında nasıl değiştiğini, tedavilerin sonuç vermediğini anlamak nöropsikometrik değerlendirme ile ancak mümkündür. Bu değerlendirmelerin yapabilen psikolog ve ilgili personel sayısı çok azdır ve maalesef ülkemizde formel bir eğitim düzenekleri yoktur. Bilişsel rehabilitasyon ise çok kısıtlı ve münferit örnekler dışında neredeyse hiç uygulanmamaktadır. Türkiye'de formel bilişsel rehabilitasyon eğitimi 2015 yılında Medipol Üniversitesi'nce açılan ilk ve tek yüksek lisans programı çerçevesinde verilmektedir.

Kafa travmaları, trafik kazaları, spor yaralanmaları vb. nedenlerle genç insanların sıklıkla başına gelen bir durumdur. Üstelik bu genç insanlar suçla ilişkileri olmasa da başlarına gelen bu durum nedeniyle eğitim ve iş ve toplumsal yaşamlarında ciddi sorunlar yaşamakta ve yalnız kalmaktadırlar. Sonuç olarak olaya öfkelenmek, gidene üzülmek yeterli değil. Toplumsal olarak bu durum için ortaya çıkan duyarlılıktan da yararlanarak gerekenin yapılmasına, yukarıda anlatılan tarzda kurum ve organizasyonların Türkiye'de de oluşturulmasına ve yaygınlaştırılmasına acilen ihtiyaç bulunmaktadır.

Kaynaklar

- Anderson, C.V., Bigler, E.D., and Blotter, D.D. (1995). *Frontal Lobe Lesions, Diffuse Damage, and Neuropsychological Functioning in Traumatic Brain-Injured Patients*. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 17(6), 900–908.
- Anderson, S.W., Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D., and Damasio, A.R. (1999). *Impairment of Social and Moral Behavior Related to Early Damage in The Human Prefrontal Cortex*. *Nature Neuroscience*, 2(11), 1032–1037.
- Bagiella, E., Novack, T.A., Ansel, B., Diaz-Arrastia, R., Dikmen, S., Hart, T., and Temkin, N. (2010). *Measuring Outcome in Traumatic Brain Injury Treatment Trials: Recommendations From The Traumatic Brain Injury Clinical Trials Network*. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 25(5), 375–382.
- Barnes, M.A., Dennis, M., and Wilkinson, M. (1999). *Reading After Closed Head Injury in Childhood: Effects on Accuracy, Fluency, and Comprehension*. *Developmental Neuropsychology*, 15(1), 1–24.
- Betker, A.L., Desai, A., Nett, C., Kapadia, N., and Szturm, T. (2007). *Game-Based Exercises for Dynamic Short-Sitting Balance Rehabilitation of*

People With Chronic Spinal Cord and Traumatic Brain Injuries. *Physical Therapy*, 87(10), 1389–1398.

Blumer D, Benson DF. (1975) *Personality Changes With Frontal and Temporal Lobe Lesions*. In:

Benson DF, Blumer D, eds. *Psychiatric Aspects of Neurological Disease*. New York: Grune and Stratton.

Brooks N, Campsie L, Symington C, Beattie A, McKinlay W. (1986) *The Five-Year Outcome of Severe Blunt Head Injury: a Relative's View*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 49:764–770.

Brower, M C. Price, B.H. (2001) *Neuropsychiatry of Frontal Lobe Dysfunction in violent and Criminal Behaviour: a Critical Review*. *Neurol Neurosurg Psychiatry*;71:720–726.

Cicerone KD, Dahlberg C, Malec JF, et al. (2005) *Evidence Based Cognitive Rehabilitation: Updated Review of The Literature From 1998 Through 2002*. *Arch Psys Med Rehab*. 86. 1681-1692

Filley CM, Price BH, Nell V, et al. (200) *Toward an Understanding of Violence: Neurobehavioral Aspects of Unwarranted Physical Aggression*. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*. 14:1–4.

Filley CM, Kelly JP, Price BH. (2001) *Violence and The Brain: an Urgent Need for Research*. *Scientist*. ;15:39.

Grafman, J., Schwab, K., Warden, D. et al. (1996) *Frontal Lobe Injuries, Violence, and Aggression: a Report of The Vietnam Head Injury Study*. *Neurology*, 46: 1231–1238.

Hatzitaskos, P., Lewis DO., Yeager, CA. et al. (1994) *The Documentation of Central Nervous System Insults in Violent Offenders*. *Juvenile and Family Court Journal*, 45: 29–37.

Hucker, S., Langevin, R., Wortzgan, G. et al. (1986), *Neuropsychological Impairment in Pedophiles*. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 18: 440–448, 1986.

Huttenlocker, P. R. (2002) *Neural Plasticity: The Effect of Environment on The Development of The Cerebral Cortex*. Cambridge. MA. University Press.

Kandel-Englander, E. (1997), *Understanding Violence*; Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Kouri, E.M. Pope, Harrison et al. (1997). *Drug Use History and Criminal Behavior Among 133 Incarcerated Men*. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse: Encompassing All Addictive Disorders*.23:3

Krakowski M, Czobor P. (1997) *Violence in Psychiatric Patients: The Role of Psychosis, Frontal Lobe Impairment, and Ward Turmoil*. *Compr Psychiatry*. 38:230-6.

Leon-Carrion, Jose. Chacartegui Ramos, Francisco Javier. (2009) *Blows to The Head During Development can Predispose to Violent Criminal Behaviour: Rehabilitation of consequences of Head Injury is a Measure for Crime Prevention*. *Brain Injury*, 17.3, 207-216.

Levine B, Schweizer TA, O'Connor C. Et al. (2011) *Rehabilitation of Executive Functioning in Patients with Frontal Lobe Brain Damage With Goal Management Training*. *Front Hum Neurosci*.5: 9.

Pincus JH. (1999) *Aggression, Criminality, and The Frontal Lobes*. In: Miller BL, Cummings JL, eds, *The Human Frontal Lobes: Functions and Disorders*. New York: The Guildford Press.

Wright, P., Nobrega, J., Langevin, R. et al. (1990) *Brain Density and Symmetry in Pedophilic and Sexually Aggressive Offenders*. *Annals of Sex Research*, 3: 319-328.

Anestezi yahut “bana narkoz dokunuyor”

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.

İnsanlık tarihi az veya çok önem taşıyan icatlarla doludur ve icat denilince aklımıza hep teknik gelişmeler gelir. Teknik yönü de olmakla beraber en önemli buluşlardan biri anestezi'dir. Modern insanın başlıca korkularından biri olan anestezi, cerrahi müdahaleyi mümkün kılarak insan ömrünü uzatma ve yaşam kalitesini arttırmada bir dönüm noktası olmuştur. Buluşumuz şöyle gelişti: Güney Amerika yerlilerinin beyaz adam ile karşılaşması onlar için felaketle sonuçlandı ama Batılı modern insan yok ettiği her kültürden fayda devşirmeyi bildi. Amerika'nın fethi sadece altın, gümüş, domates, patates değil, “kürar”ın da kazanımını sağladı. Yerliler bu maddeyi oklarının ucuna sürüyor ve bu okla vurdukları avlar bir iki dakika içinde morarak ölüyordu. Kürarın kalp kası hariç çizgili kasları, sinir-kas bağlantısını bloke ederek felç ettiği ortaya çıkınca; kurbanın bilinci açık, kalbi çalışır durumda, sadece nefes alamadığı için öldüğü anlaşıldı. Çizgili kas gevşemesi batin içi ameliyat yapmayı mümkün kılacak bir gelişmeydi, fakat aynı esnada solunumun da yapay olarak sağlanması ancak 20. yy ortalarında gerçekleşti. Geliştirilen özel donanımlarla nefes borusuna takılan solunum tüpü bir asistanın veya bir solunum cihazının hastaya hava, oksijen ve narkoz gazları pompalaması suretiyle “asiste” solunum sağlanıyor, bu esnada ilaçlar aracılığıyla bilinci kapanan ve ağrı duyması engellenen hastaya her türlü cerrahi girişim uygulanabiliyordu.

Kendini özel, eşsiz, vazgeçilmez ve biricik hissetmek insanoğluna özgü bir maluliyet olsa gerek. Üstelik bu gereksiz duygulanım, günümüzün seküler eğitim ve öğretimiyle doğru orantılı olarak artıyor. Eğitim seviyesi düşük ama basireti ve kulluk bilinci yüksek insanlar için hayatın her türlü riskiyle baş etmek daha kolay. Kendini aşırı değerli gören kişi için kendi kontrolü dışında, bilinci kapalı olarak bilmediği bir sürece teslim olmak ise çok ürkütücü. Dolayısı ile modern tıbbın sağaltıcı, gençleştirici ve güzelleştirici metotlarından sonuna kadar faydalanmak isteyen çağdaş insanın önünde onu ürküten tek bir engel kalıyor: Halk dilindeki yaygın adıyla narkoz. Bilinmeyen sürecin çekiciliği yazılı ve görsel medya tarafından da pespayece istismar ediliyor. Böylece insanlık tarihinin en büyük buluşlarından biri olan anestezi, kelime anlamıyla hissizlik durumu, insanların en büyük korkularından biri haline geliyor. Oysa anestezinin normal bir insan için taşıdığı risk bir antibiyotik kullanmaktan fazla değildir veya bir insanın ameliyattan sağ salım uyanması şansı, bindiği uçağın esenlikle iniş yapması kadardır. Ameliyat olmak hayatın bir parçasıdır, inancımız ve kaderimiz ile belirlenen hayat çizgimizde sıradan bir çentiktir.

Anestezi birkaç aşamanın bir anda gerçekleşmesi ile uygulanır:

1. Bilincin kapanması: Beyni kaplayan bir zar olarak düşünebileceğimiz 'korteks'in, bazı kimyasal maddelerin etkisiyle

beynin diğer yapıları ile ilişkisi kesilir ve bilinç kapanır.

2. Kalp kası hariç çizgili kasların gevşemesi: Günümüzde kürardan daha uygun sentetik kas gevşeticiler üretilmiştir.

3. Ağrı duyumunun engellenmesi: Bu evrede etki mekanizması farklı birkaç değişik ilaç birlikte kullanılarak ağrı duyumu azaltılır ve aynı zamanda her birinin dozu düşük tutulduğu için yan etkileri artmamış olur.

4. Vital fonksiyonların (dolaşım, solunum, kan ve sıvı dengesi) denetlenmesi: Bu işlemler ameliyathanedeki özel cihazlarla yapılır.

Bazı özel durum ve tekniklerle bilinç kapanmadan alt batin ve uç bölgelerin ameliyat edilmesi mümkün olmakla birlikte bu 4 madde anestezinin künhünü meydana getirir ve hiç birinden taviz verilemez. Bu maddelerin dördü de ilaç ve teçhizatla gerçekleştirilir, dolayısıyla ameliyathane ortamı dışında uygulanması doğru ve sağlıklı değildir.

İnsanın kendini tamamen çıplak ve savunmasız olarak hiç tanımadığı kişilere teslim etmesi kolay değildir. Savaşırken birbirlerini kıyasıya yok etmekte beis görmeyen insanlar, ne mutlu ki birbirlerine karşı böyle bir güven ortamı geliştirmişlerdir ve hasta ya da yaralı insana dünyanın bütün kültürlerinde ayrıcalık ve şefkat gösterilir.



Halk arasında bazı ‘narkoz efsaneleri’ dolaşır. Ameliyathaneden çeşitli nedenlerle sağ çıkamayan hastalar basında geniş yer bulur ve muhabirler hasta yakınlarının nadiren doğru olan suçlamalarını kesin bilgiymiş gibi gazete sayfalarına taşırlar. Bu, toplum sağlığı açısından yanlış bir tutumdur ve yüksek tiraj uğruna insanların bilinç altına yanlış korkuların yerleşmesine sebep olur. Böyle bir durumda hemen daima anesteziist suçlanır, “fazla narkoz verildi” gibi tamamen yanlış bir hüküm insanların bilgi dağarcığında yerini alır.

Gerçekten de ameliyatı üstlenen ekip canını kendilerine emanet eden insana bir zarar vermemek, onu sağaltmak veya istediği değişikliği gerçekleştirmek için sahip oldukları bütün bilgi, beceri ve tecrübeyi kullanırlar. Ekibe güvenerek ameliyata karar vermiş kişilerin yine de kafaları soru işaretleri ile doludur. Bu soruları şöyle sıralayabiliriz:

1) Ben kolay kolay uyumam: İnsanoğlu duyu organlarının algısına özdeş olarak kendini varlığın merkezinde görme eğilimindedir ve bu durum bazı kişilerde iyice ön plana çıkar. Dünyada her gün binlerce kişinin uyuyup ameliyat olduğunu bildikleri halde büyük bir doğallıkla ve emin olarak kendilerinin uyumayacaklarına inanmaları başka nasıl izah edilebilir? Sonuçta her insan bedeni kimyasal maddeler olan ilaçlara karşı duyarlıdır, ancak gerekli olan doz farklılık gösterebilir.

2) Ya beni uyumadan keserlerse: Bu soruyu da ciddi olarak, inanarak sorarlar. Ameliyat ekibinin bunu yapacağı sonucuna insanların nasıl varabildiğini hep merak ettim. Acaba bu yalnız Türk milletine ait bir endişe mi, bizlerin otoriter resmi makamların duçar olduğuna

inandığımız ve mesela benim hiç bir mahkeme ve avukata güvenmemem neticesini doğuran adalet eksikliğinden mi kaynaklanıyor? Yoksa başka coğrafyaların ve devletlerin mensupları da aynı endişeyi taşıyor mu, bunun cevabını bilmiyorum. Gerçek şu ki istesenez bile bir insanı uyumadan, daha doğrusu ağrısını bloke etmeden ameliyat edemezsiniz.

3) Ya ameliyat sırasında uyanırsam: Bu da çok yaygın bir korku. Bazı nadir durumlarda özellikle sezaryen ameliyatında bebek doğana kadar anestezi kısıtlı verilirse anne uyanıp etrafı duyabilir, fakat tecrübeli bir anesteziist buna mahal vermeyecektir. Bunun dışında hastanın ameliyat sırasında uyanması, başında bir anesteziist bulunduğu müddetçe mümkün değildir. Bu korkuya bazı sinema filmlerinin sebep olabileceğini dikkate almak lazım.

4) Ya hiç uyanmazsam: Uyumama korkusuna kıyasla bu daha mümkün bir seçenek. Çok küçük bir ihtimal de olsa uyanmama riski her zaman mevcut olduğu için hiç bir hastaya yüzde yüz uyanma garantisi verilemez, yüzde yüz iyileşme garantisi de verilemeyeceği gibi. Ameliyat olmazsanız başınıza

geleceklerle ameliyat korkunuzu bir terezinin kefelerine koyup tartmak mantıklı olabilir. Anesteziden korkup geniz etini aldırmadığınız çocuğunuz ömür boyu ağız yapısı bozukluğunun sorunlarıyla uğraşacaktır. Veya kulağına tüp taktırmadığınızda kalıcı sağırılık olabilecektir. Ameliyat olmaya bu mantıkla yaklaşmak sonuçlarını kabullenmek açısından kolaylaştırıcı olabilir.

5) Narkoz ilaçları alerji yapar mı ve neden narkoz testi yapılmıyor: Anestezi daha önce de belirttiğim gibi ilaç ve teçhizatla uygulanan bir girişimdir ve bu özelliği ile tıbbın diğer branşlarından ayrı bir yerde durur. Yani ilaç ve donanım anestezinin % 90’ıdır. Ülkemizde -ki bunun için ne kadar şükretsek azdır- tıpla ilgili en son gelişmeler yakından takip edilir ve gecikmeden kullanıma girer. Anestezi ilaçları da benim mesleğe başladığım 30 yıl öncesine göre geliştirildi ve vücut için daha az zararlı, daha çabuk etki eden, vücuttan daha çabuk atılan ve en az alerjen özellik taşıyanlar öne çıktı. Bu nedenle rutin yani herkese yapılan uygulamada anestezi ilaçları penisilin gibi test edilmez. Zaten en emniyetli ilaçlar kullanılmaktadır ve alerjiye müdahalenin bütün koşulları anestezi masasında



Ameliyathane herhangi biri için normal hayatın çok dışında, ekstrem olayların yaşandığı ve yapısı gereği dışarıya kapalı bir yerdir. Oysa orada da hayat akmaya devam eder, dışarıya kapalı olsa da kendi içinde harıl harıl çalışan, çok hareketli, canlı bir yerdir. Orada çalışanlar için ameliyathane bir ev gibi kabul edilirse bu evin sahibi de anesteziştir. Cerrahlar sırayla ziyarete gelir ve işleri bitince çıkıp giderler. Yemeği bile ameliyathanede yiyen anesteziist bütün vaktini orada geçirir. Sadece hastayı uyutmak yeterli değildir, anestezi 'cerraha rağmen hastayı hayatta tutma' sanatıdır.

mevcuttur. Ancak hayatı boyunca çok fazla ilaç alerjisi yaşamış kişilere alerji polikliniklerinde test yaptırılabilir.

6) Bir önceki ameliyattan zor uyandım, bana narkoz dokunuyor: Bu problemi dile getiren hasta sayısı azımsanamayacak kadar çoktur ve burada maalesef bir önceki anestezinin iyi yönetilememiş olması hastada ömür boyu sürebilecek gereksiz bir korkuya yol açmıştır. Özellikle kısa süren ameliyatların bitiminde hastayı bir an önce uyandırmak isteyen anesteziist, kas gevşetici ilacın etki süresini hesaba katmaz ve uyutucu ilaçları hemen keserse hastanın bilinci yerine gelir fakat kasların felci devam etmekte olduğundan hareket edemez; asıl dramatik yanı ise nefes alamaz veya küçük, kesik nefesler alabilir ve müthiş bir korku duyar. Bu durum fark edildiğinde hasta hemen tekrar uyutulmalı ve ancak kas gevşemesi tamamen izale olduktan sonra uyandırılmalıdır. Genellikle hastalar bu evrede tekrar uyutulmadan solunuma yardım edilerek kasların normal hale gelmesi beklenir; fakat hasta bu süreci unutmaz ve anesteziiden zor ayıldığını, az daha boğulduğunu, nefes alamayıp tıkanıldığını hatırlayıp durur. Bazı kişiler bu olayla ilgili kâbuslar görüp tekrar ameliyat olmaktan ölesiye korkarlar. Psikiyatrik destek alanlara bile rastladım. Yine benzer şekilde bazı doktorlar hastayı, anestezi uygulaması sırasında yaşadıkları komplikasyonlar hakkında bilgilendirirler. Eğer hastanın bu konuda alması gereken bir önlem veya ilaç yoksa bu bilgilendirme de hasta açısından ömür boyu sürececek gereksiz bir endişe kaynağı olacaktır. Bir kez yaşanan bir komplikasyon -ki bu bazen kalp durması bile olabilir- bir daha tekrar edecek diye bir kaide yoktur. Bütün bunları atlatıp

şifa ile taburcu olan hastaya böyle nafile korkular yüklemeyi tamamen gereksiz buluyorum. Bilakis, hastaya ameliyat masasında yaşadığı bütün tatsızlıkları unutturacak retrograt amnezi yani geriye doğru unutmaya sağlayacak müsekkkin ilaçlar verilmeli ve hasta mutlu ve deliksiz bir uykudan mümkün olan en az ağrıyla uyanmalıdır. Tabii yaşadığı yan etki bazı önlem ve ilaçlarla düzelme olasılığı olan, mesela sigaraya veya akciğer hastalığına bağlı solunum güçlüğü veya kalbin organik bir bozukluğu değilse.

7) Narkoz bana dokundu, hafızam zayıfladı: Bu tamamen sübjektif ve hastanın kendi kendine kuruntu yaptığı bir durumdur ve bilimsel bir kanıtı yoktur. Beyin, anestezi uygulamaları esnasında oksijensiz kalmadıkça hasar görmez, bilakis narkotik ilaçlar beyni dinlendirir. Kafa travması geçirenler yoğun bakım ünitelerinde özellikle uyutulurlar. Oksijensiz kalma durumu ise ağır sekellere yol açabilir.

8) Narkoz bana dokundu, bir ay kendime gelemedim: Özellikle kan kaybetmiş veya büyük batin ameliyatı geçirmiş veya farklı nedenlerle depresif bir süreç yaşamış hastaların günah keçisi genellikle anestezi olur. Gerçekte ise narkoz, solunum yoluyla vücuda giren uyutucu ve ağrı kesici gaz demektir, bu gazlar vücuttan 5-10 dakika içinde atılır ve hasta uyanır. Diğer ağrı kesici ve narkotiklerin ömrü de en fazla 6 saattir. Anestezinin bütün etkileri en fazla 6 saat sonra bitmiş olur ve hasta basit bir ameliyat geçirip ayağa kalkmışsa evine gidebilir. Aylar süren hiç bir süreç anesteziyle ilgili değildir. Burada bir parantez açalım ve belden verilen ilaçlarla uygulanan yarım anes-

tezilerin nadiren baş ağrısına yol açarak birkaç gün süren yatak istirahati ve bol sıvı alımı gerektirebileceğini belirtelim. Bu duruma da beyin omurilik sıvısının iğnenin girdiği yerden dışarı sızması sonucunu oluşturan kafa içi basınç değişiklikleri sebep olur, geçici ve zararsızdır. Son yıllarda B12 vitamini eksikliği sebebiyle oluşan halsizliğin ameliyattan sonra arttığı gözlenmiştir fakat bu durum da doğrudan anestezi ile ilgili değildir.

9) Narkozu kaldırabilir miyim: Bu yanlış sorulmuş soruyu bazı doktorlar da yanlış olarak cevaplandırır ve mesela dâhiliye uzmanı, hastaya “narkoz alamazsın” diyebilir. Sorunun doğru şekli “narkoz benim için ne kadar risklidir?” olmalıdır. Apandisit patlamış veya kalçası kırılmış çok yaşlı bir hastaya “narkoz alamazsın” diyemezsiniz. Fakat anestezi riski birden beşe kadar olan skalada hastanın durumunu değerlendirebilirsiniz. Bu konuda hastaya ve ailesine muhakkak bilgi verilmeli ve onayları alınmalıdır. Bir kişiyi geçmiş komplikasyonlarla korkutmak ne kadar yanlışsa, kendi durumu hakkında bilgilendirmemek de hastaya karşı haksızlıktır. Hasta ve yakınları mevcut riskler ve olası komplikasyonlar hakkında aydınlatılır ve girişim için gerekli bütün izinler alınır.

10) Başıma kötü bir şey gelme ihtimali yüzde kaçtır: Özellikle Amerikalılar bu yüzde hesaplarına bayılırlar. Fakat asıl şu gerçek anlamlıdır: Komplikasyon sizin başınıza gelirse, başkalarının başına gelme yüzdesi bir anlam taşımaz, o ihtimal sizin için %100 olmuştur. Bu nedenle istatistik bilgilerine fazla kafa yormamayı daha doğru buluyorum.

11) Çocuğu ameliyat olacak anne-babalar haklı olarak derin endişe içindedirler. En büyük endişe kaynağı yaştır, bu kadar küçük yaşta narkoz alabilir mi? Alabilir, her yaşta ve kiloda insan için uygun anestezi teçhizatı vardır ve ilaçlar kilo başına hesaplanarak verilir. 1 yaş altındaki bebekler için uygulama tecrübe gerektirir ve bebekler komplikasyonlara karşı daha hassastır fakat çabuk toparlar ve hızlı iyileşirler. Anne- babanın aldığı bilgilerden tatmin olması ve anestezi güvenmesi önemlidir.

Çoğu kişi kendi akıbeti ile ilgili olarak çok endişelenir ve bütün bu soruları zihninde evirip çevirir. Fakat bir de durumu ciddiye almayan, istediğiniz tetkikleri yaptırmamak için direnen, “bana bir şey olmaz” rahatlığı ve aşırı güveni içinde olan insanlar vardır. Bu kişiler doktorların ameliyatla ilgili ciddi yönergelerini de önemsemez, saatinde hastanede olmaz ve ameliyathanenin düzenli randevu sistemini aksatırlar. Aç gelmeleri gerektiği halde yemek yerler, ilaç kullanma talimatlarına uymazlar veya

çeşitli şekillerde ameliyat prosedürlerini ihlal eder ve kendi güvenliklerini de riske atarlar. Anestezi verilecek hastanın aç olması önemlidir, çünkü yemek borusunun çizgili kasları gevşeyince mide içeriğinin ağıza ve oradan akciğere kaçması, yani ciddi komplikasyon riski vardır.

Bu soruların dışında halk arasında bazı ‘narkoz efsaneleri’ dolaşır. Ameliyathaneden çeşitli nedenlerle sağ çıkamayan hastalar basında geniş yer bulur ve muhabirler hasta yakınlarının nadiren doğru olan suçlamalarını kesin bilgiymiş gibi gazete sayfalarına taşırlar. Bu, toplum sağlığı açısından yanlış bir tutumdur ve yüksek tiraj uğruna insanların bilinç altına yanlış korkuların yerleşmesine sebep olur. Böyle bir durumda hemen daima anestezi suçlanır, “fazla narkoz verildi” gibi tamamen yanlış bir hüküm insanların bilgi dağarcığında yerini alır. Gerçekte bütün ilaçlar gibi anestezi ilaçları da kilo ve yaş dikkate alınarak verilir ve uygulamada fazla ilacı geri almak mümkün olmayacağı için ilaç dozu önce düşük tutulur, gerekirse doz artırılır. Yani düşük doz anesteziye maruz kalma daha makul bir suçlama olacaktır, düşük doz ise insanların inandığının aksine daha zararlı sonuçlar doğurabilir. Bir başka efsane olan narkozun gasyan (kusmak) yoluyla atıldığı da yanlıştır, anestezi sindirim sistemi ile alınıp atılmaz. Halkın yanlış bildiği diğer husus ise ‘narkoz alamama’ durumudur ki her yaşta her insan, beşikten mezara anestezi alabilir, sadece kişiye göre risk faktörü değişir.

Sonuç olarak ameliyat olmak günümüz dünyasında kaçınılmaz bir durum değildir. Fakat nasıl ki işinin ehli bir cerrah aranıp Fizan’da bile olsa bulunuyorsa, anestezi de kim olduğu ile ilgilenilmeli, ameliyattan önce mutlaka tanışıp görüşülmeli, merak edilen sorulara ehlinin cevap aranmalıdır. En doğrusu insanın kendisini tanıdığı ve güven duyduğu ellere teslim etmesidir.

Nahoş bir fıkra bütün bu anlattıklarımı özetliyor: Hasta kendisini uyutmak üzere olan anesteziye kendinden emin olarak sorar:

- Ben öyle kolay kolay uyumam. Şimdi beni uyutamazsanız ne olacak?

Anestezi de kendinden emin cevap verir:

- Bugüne kadar uyumayan hiç olmadı, ama nadiren bazıları uyanmayabiliyor.

Şurası bir gerçek ki ameliyathanede herhangi biri için normal hayatın çok dışında, ekstrem olayların yaşandığı ve yapısı gereği dışarıya kapalı bir yerdir. Oysa orada da hayat akmaya devam eder, dışarıya kapalı olsa da kendi içinde

harıl harıl çalışan, çok hareketli, canlı bir yerdir. Orada çalışanlar için ameliyathanede bir ev gibi kabul edilirse bu evin sahibi de anesteziştir. Cerrahlar sırayla ziyarete gelir ve işleri bitince çıkıp giderler. Yemeği bile ameliyathanede yiyen anestezi bütünü vaktini orada geçirir. İçeriye buyur ettiği hastanın canından sorumlu olması, hayatla ölüm arasında bir çizgide teyakkuz halinde yaşaması, her an her şeye hazır bekleme gerekliliği onu ister istemez ameliyathaneden de sorumlu duruma getirir. Hemşireler ve teknik ekiple işbirliği içinde hastaların güvenliği için hiç bir şeyi şansa bırakmamak zorundadır. Sadece hastayı uyutmak yeterli değildir, anestezi ‘cerraha rağmen hastayı hayatta tutma’ sanatıdır. Hastanın ameliyat pozisyonu, ısıtılması, takip edilmesi, güvende olması yanında kendisine yapılacak ameliyatın gerçekleşmesi için optimum koşulların sağlanması da anestezi sorumluluğunda gerçekleşir. Bu anlamda anestezi ve cerrah hem birlikte hem de birbirlerine karşı çalışırlar. Bazen kaçınılmaz gerilimler yaşandığı olur fakat sonuçta her şey hastanın iyiliği içindir. Sözlerimi bu kez de anestezi-cerrah ilişkisini özetleyen hoş bir fıkra ile bitirmek istiyorum.

Uzun bir uçuşun ortasında uçakta bir anons duyulur, yolcular arasında bir anestezi uzmanı aranmaktadır. Tesadüf bu ya gerçekten de uçakta bir anestezi vardır ve ancak çok acil durumlarda ölümcül bir hasta için aranacağını bildiğinden telaşa yerinden fırlar, hızla kabin görevlisine ulaşır. Fakat kabin görevlisi pek telaşlı görünmemektedir. “Size ihtiyacı olan bir yolcu var” diyerek kendisine refakat eder. Koltuğuna rahatça uzanmış bir yolcunun yanına gelirler. Yolcu anesteziyi görünce gülümser: “Lütfen ışığı ayarlayabilir misiniz, kitap okuyacaktım da” der. Evet anladınız, yolcumuz bir cerrahdır. Bilmeyenler için durumu açıklamam gerekir. Ameliyat boyunca anestezi hastanın başında durduğu yer ameliyat ışıklarını ayarlamak için de en uygun yerdir. Cerrahın çalışabilmesi için aydınlatma çok önemlidir, hatta bazı dar bölge ameliyatları ışıkla boğuşma halinde geçebilir. Bazı anestezi uzmanları hem ekibe yardımcı olmak, hem de ameliyatı hızlandırmak için kendilerini ışıkları ayarlamaktan da sorumlu tutarlar. Bu nedenle bir cerrahın anesteziye ışık ayarı beklemesi doğaldır. Uçak fıkrası iki yönlü bir işleme içeriyor: Cerrahın şişkin egosu ve anesteziğin “en iyi cerrah ölü cerrah” vecizesi...

Her iki ifadeyi de fıkra içinde bırakalım ve “en iyi cerrah eli şifa verendir” diyelim, ameliyat olması gereken herkese acil şifalar dileyelim. Cenab-ı Rabbül Âlemin kullarının ecelini ameliyathanede getirmesin, bizleri de ‘Şafi’ İsm-i Azam’ına vesile kılsın diye her daim duacı olalım.

İnsanlar, konuşa konuşa...

Prof. Dr. Akif Tan



1961'de Ankara'da doğdu. 1985 yılında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1990'da GATA Genel Cerrahi AB Dalı'nda uzmanlık eğitimi aldı. 1996 yılında GATA Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı'nda yardımcı doçent olarak göreve başladı. 2002 yılında doçent oldu ve 2004 yılında Kıdemli Albay olarak emekliye ayrıldı. Uzun yıllar Özel İstanbul Medipol Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde görev yapan Tan, halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında görev yapmaktadır. Dr. Tan evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

“Rahman (olan Allah) Kur'an'ı öğretti, insanı yarattı ve (Ona) konuşmayı öğretti ...”

Rahman 1-4

İnsanın, gezegenimizin oluşumundan milyarlarca yıl sonra, günümüzden ise yaklaşık 5 milyon yıl önce bedenen ve fiziken sahneye çıkması, aslında onun bu günkü halinde insan olması için sadece bir başlangıçtı. Bu, aynı zamanda milyonlarca yıl sürecek ve önceleri oldukça yavaş, sonraları ise muhteşem bir hızla değişim ve dönüşümünün, evriminin gerçekleşeceği bir dönemdi. Yani fiziksel insan olmak bu gün bildiğimiz gibi insan olmak değildi elbette. Afrika savanlarından başlayıp günümüz metropollerine dayanan bu süreç, acaba ne zaman yabanıl insandan medeni insana

geçti veya Kur'an'ı Kerim'de özellikle vurgulandığı gibi beşer (fiziksel insan), ne zaman kendisine ruh üflenen Âdem (32/9, 15/28-29, 38/71-72) oldu?

Bu konuda günümüze kadar çok sayıda tartışma yapılmıştır. İnsan olmaktan bahsetmek için acaba hangi özellikler asıl tartışılması gereken özelliklerdir. İnsanı insan yapan durumu mudur, biyolojisi ya da psikolojisi midir, sosyal davranışları ya da aklıyla kendisine oluşturduğu kültürü müdür? Hangi açıdan insan olmayı ele aldığımıza göre her biri derin olarak tartışılacak bir konudur elbette “insan olmak”. Acaba Bakara Suresi'nde olduğu gibi her şeyin isminin öğretilmiş olması mıdır insan olmak ve bu süreç tüm insanlık tarihinde nereye konulabilir? Yoksa

Rahman Suresi 4.ayette bahsedildiği gibi beyanın (konuşmanın) öğretilmesi midir insan olmak? İnsan Suresi'nin ilk ayetinde anlatıldığı gibi, geçen bir süreç midir yoksa insan olma süreci? İnsan olmaktan bahsettiğimizde elbette milyonlarca yıl fiziksel varlığını bildiğimiz insandan fazlasından bahsediyoruz ama görüldüğü gibi bu geçişin nasıl ve ne şartlarda olduğunu tanımlamak da hayli zor.

Antropoloji açısından baktığımızda; elbette insanın iskeletinde meydana gelen dört ayak üzerinde değil de dik yürüyebilmesi için gerekli omurga ve boyun, leğen kemiği değişikliklerinin olduğu, hominidlerden hatta **australopithecuslardan** daha sonraki **homo habilis** ve **homo erectus** türlerine geçiş





midir önemli olan? Ya da beyin hacminin milyonlarca yıl önce 550 cc iken günümüzdeki 1200-1300 cc hacme ulaşması mıdır? Veyahut da günümüzdeki diğer primatlarda olduğu gibi beynin occipital lobunun büyük olmaktan uzaklaşıp günümüz insanında ki gibi parietal lobların daha büyük olması ya da korteks gelişimi midir acaba insanın “insan” olmasını sağlayan? Nedir bu insanlaşma? Yoksa beyinde sol frontal lobda küçük bir çıkıntı olan broca alanı gibi dil ve ses ile iletişimde rol oynayan bölgenin, wernicke alanı dediğimiz temporal lob üst bölgesindeki entegre konuşma ile ilgili alanların ve tabii bunların occipital lobdaki görme alanı ile koordinasyonunun sağlanması mıdır önemli olan?

Arkeoloji ve sosyal antropoloji açısından baktığımızda; günümüzün tanınmış arkeologlarından Gordon Child’ın popüler hale getirdiği ve “neolitik devrim” olarak tanımladığı insanın yerleşik hayata geçmesi, hayvanları evcilleştirmesi midir? Jared Diamond’un “büyük sıçrayış” dediği cromagnon sonrası homosapiens sapiensin sanat ve mesolitik hayata geçişi midir? Yoksa ünlü antropolog aile Leakeylerin son nesil antropolog oğulları Richard’indediği gibi “üst paleolitik devrim” midir fiziksel olarak insan olmaktan, insan olmanın tarih içindeki yeri veya başlangıcı?

Belki de ruhun üflenmesi ile insansı görünümün “beşer” tanımının üflenen ruh ile birlikte artık akıl, vicdan ve ahlak kazanmasıyla “Âdem” olmasıdır insan olmak. Yani bütün bu değişimlerin

evrimsel süreçlerinin artık son ve en önemli vurgusudur bildiğimiz, tanıdığımız insan olmak. Milyonlarca yıllık insanlık tarihinde tam olarak fiziksel insandan “insan” olmaya ne zaman geçildiğini söyleyebilmek; arkeolojik kazılardan elde ettiğimiz milyonlarca iskelet, bu süreçlerde insansıların yapmış olduğu aletler, resimler, barınaklar olarak incelesek bile, bir geçiş olduğunu gizliden gizliye anlasak yorumlasak bile tarihlendirebilmek ve tam olarak isimlendirmek zor gibi görünüyor.

İnsan olmayı birçok özellikle tanımlamaya çalıştığımız bir gerçek. Acaba bunlardan hangisi daha önemli ve insan olmayı daha gerçek olarak tanımlıyor diye yapılan bilimsel tartışmalar çok fazla. Akıl, vicdan, ahlak gibi içsel değerler bunların içinde en fazla konuşulup araştırılanlardır. Zekânın, el becerilerinin gelişmesi, ölüsünü gömme, sanat içerikli mağara resimleri yapma, sosyal gelişmişlik, çevresine hâkimiyeti ve çevresini değiştirebilmesi gibi nitelikler düşünülmüştür insan olmayı anlatmak için. Bir de konuşma ve konuşarak anlamlı bir iletişim kurma gibi kabiliyetleri tartışılıştı. Bütün bu sayılanların içerisinde, insanın ses çıkarmaktan daha ileriye götürerek, aklın hatta sübjektif düşüncenin aktarılması, paylaşılarak yeni ve gelişmiş kültürel süreçlerin hızlanarak yaşanmasını sağladığını düşündüren, “konuşma” kabiliyeti üzerinde durmak, böylece hem akıl ve düşüncenin gelişimini, hem sosyalleşme ve yerleşik hayata geçiş ile tarım ve hayvancılığında doğmasına doğru bir gidişin olacağı tezini diğerlerinden biraz

İnsanı insan yapan duruşu mudur, biyolojisi ya da psikolojisi midir, sosyal davranışları ya da aklıyla kendisine oluşturduğu kültürü müdür? Acaba Bakara Suresi’nde olduğu gibi her şeyin isminin öğretilmiş olması mıdır insan olmak? İnsan Suresi’nin ilk ayetinde anlatıldığı gibi, geçen bir süreç midir yoksa insan olma süreci? Gordon Child’ın “neolitik devrim” olarak tanımladığı insanın yerleşik hayata geçmesi, hayvanları evcilleştirmesi midir? Jared Diamond’un “büyük sıçrayış” dediği cromagnon sonrası homosapiens sapiensin sanat ve mesolitik hayata geçişi midir?

Atalarımız Afrika'daki büyük yarık vadisindeyken de konuşmaya başlamışlardı. Afrika'dan 3. çıkış dediğimiz yıllarda, 100 bin yıl önce Asya'ya, Avrupa'ya oradan Amerika ve yenedünyaya göç ederken de konuşuyorlardı. Konuşmaya başlayıp ölümlerini gömmeyi ve sanat ve kompozit alet yapmayı öğrendiler. Sonunda neolitik devrimle yerleşik hayata geçip tarım ve evcil hayvanlarıyla yaşamaya başladılar. İnsanoğlu artık medeniyetin şafağındaydı. Öğrendiği konuşma hem zihnini geliştirdi, hem de iletişimini arttırdı.



daha öne çıkaran değerlendirmelere vurgu yapmak önemli anlaşılan.

Antropologlar artık konuşma kabiliyeti nedeniyle homo türleri içerisinde **arkaik homo sapiensin** diğerlerinden ciddi olarak farklılık gösterdiğinden ve beyin gelişiminin de artık bu türde Afrika'nın insanımsı maymunundan, yaklaşık üç kat daha büyük hale gelerek, konuşmada etkili olduğunda hemfikirler. Aslında dil ve kültür yani ortak üretilen çevre, insanları hem birleştirir hem de ciddi olarak böler. Dünyada şu anda yaklaşık 5 bin dil mevcuttur ve hepsi de farklı kültürler yaratmıştır. Bu farklı diller insanları birleştirirse de, bu beş bin kültürde, aynı zamanda ayrılık ya da çatışmaların temelidir. Aynı şekilde konuşması da **homo sapiensi**, sadece doğadaki tüm diğer türlerden ayırmakla kalmaz, onlarla arasında aşılmasız bir uçurum yaratır.

Tartışma konularından birisi; dilin mi beynin büyümesine yol açtığı, yoksa beynin büyümesi ile Broca ve Wernicke alanlarının gelişmesinin mi konuşmayı getirdiğidir. Fakat bu konuda da aslında konuşma gibi karmaşık bir işlemde, konuşmayı geliştiren beyindeki nöron sayısının artması yani beynin büyümesi değil de, bu hücrelerin farklılaşması ve aralarındaki mikro devrelerin doğru olarak kurulmasıdır görüşü günümüzde daha çok kabul edilen ve MIT tarafından savunulan görüştür. Avcı-toplayıcı olmanın konuşma ve ses çıkarmayı gerektirdiği ve uygulandıkça da, sesli iletişim kurmanın daha çok geliştiği söylenebilir. Avlanma ciddi bir sosyal organizasyonu, birlikte hareket etmeyi ve sonunda paylaşmayı gerektirmektedir. Toplayıcılıktan avcılığa geçmenin önemi büyüktür ve bu geçişle birlikte artık insanlar doğadaki varlıklarını kendi becerilerine göre yönlendirmeye

başlamışlardır. Sürüleri takip etmek, plan yapmak ve birlikte hareket etmek zorunludur bu dönemde.

Günümüzde antropolojide dilin gelişmesinin yakın zamanlarda yani daha çok **musterien** kültür döneminde yaklaşık 40 bin yıl önce geliştiği düşünülse de, arkeolojik ve antropolojik incelemelerde yaklaşık 1,5 milyon yıl önceki **homo habilis** kafatası buluntularında, şüphelide olsa sol frontal lobda broca alanına ait kafatası girintileri ve beynin sol hemisferinde sağa göre daha büyük olduğuna dair belirtilere rastlanmıştır. Dolayısıyla Richard Leakey bu konuda **homo habilisin** (alet yapan insan) evrilmesiyle dilin de evrilmeye başladığı düşüncesine daha çok ağırlık vermektedir. Bu, ilk balta yapımı olarak bilinen **oldovien** kültür döneminde (1,6 milyon yıl önce), yontuların daha çok sağ

el yontuları olması da beynin sol hemisferindeki gelişmenin dolaylı bir bulgusu olmaktadır. Milyon yıl önce anatomik verileri olsa da bu yıllarda konuşmanın etkili olduğuna dair hem üretilen araçlar hem de yaşam koşullarına bakılarak dilin geliştiğini gösteren kanıtlar pek yoktur.

Şanssızlık, arkeolojik kemik kalıntıların incelenerek, konuşmayı değerlendirmek için daha çok milyon değil bin yıllar içerisinde konuşma ile ilgili yumuşak dokuların yok olup gitmesinin getirdiği zorluktur. Araştırmalarda daha çok milyonlarca yıl içerisinde vücudun en sert kısmı olarak kemikler bulunup incelenebilse de, ne yazık ki ses için ilgili olabilecek diğer yumuşak dokulu organların bulunarak incelenebilmesi pek mümkün olmamaktadır. Yine de ses tellerinin (corda vokalis) bulunduğu larenksin ancak **homo erectustan** itibaren yani yaklaşık 1 milyon yıldan biraz fazlasında, boğazın alt kısmına doğru indiği belirlenebilmiştir. Yani tüm insanımsı maymunlar ve **australopithcus** türlerinde boğazın üst kısmındadır. Bu haliyle **australopithcus**larda su içer ya da yemek yerken nefes almaya imkân veren larenksin **homo habilisten** itibaren artık ses konusunda daha kabiliyet kazanmış olduğu, buna karşı yemek yerken de su içemez hale geldiği yorumlanabilir.

Bu, tıpkı 18 aya kadar bebeklerin larenksin daha yukarıda olması ile nefes alarak süt emerken bu aydan sonra larenksin aşağı yerleşmesi ile artık ses konusunda kabiliyet artarken, emme sırasında nefes almanın zorlaşması gibidir. Larenksin bu değişikliğin iskelet üzerindeki etkisi basiskraninin yuvarlak ya da düz olması ile tanınabilir. Yani antropolojik incelemelerde, basiskrani (kafa tabanı) şekli, ses çıkarabilme, larenksin aşağıda ya da yukarıda olması hakkında bilgi verir. Bu yönde yapılan araştırmalarda primatlarda kafatasının alt kısmı düzken insanlarda belirgin şekilde yuvarlaklaşmıştır ve bu yuvarlaklaşmada 400 bin yıl önce görülmeye başlanan **arkaik homo sapienslerde** ilk olarak görülebilir. Yani milyonlarca yıl konuşma için temel biyolojik yapı var olsa da konuşmanın ses çıkarmaktan daha öte, anlaşılır ve komplike hale gelmesi ancak yutağın aşağı hareketi, beynin büyüklüğü ve konuşma ile ilgili alanların bağlantılı hale gelmesi ile üst paleolitik dönemde belirginleşmiştir.

Daha önce 10-12 bin yılları civarına yerleştirilen ve neolitik dönem adı verilen yerleşik toplumların görüldüğü ve kalıcı kültürlerin ortaya çıktığı dönemden bahsetmiş hatta bu döneme insanlığın **neolitik devrimi** adı verildiğini söylemiştim. İşte bazı özellikleriyle bu 50 bin yılları civarındaki döneme de **üst paleolitik**

devrim denmeye başlanmıştır. Sebebi de birçok yeniliğin hızla bu yıllarda hayata geçirilmiş olmasıdır. Bu döneme devrim denmesi; insanın alet yapımından teknoloji üretimine geçtiği, sanat faaliyetlerinin, mağara resimleri, küçük kadın heykelleri gibi maharetli el yapımı malzemelere rastlanmasından, kültürlerde ilk kez bölgelere göre ciddi farklılıklar görülmesinden, artık alet yapımında sadece taş değil boynuz, kil gibi maddelerinde kullanılmaya başlanmasından ve ölümlerin gömülmeye başlanmasından dolayıdır. Bütün bu değişimler artık insanın daha soyut olana doğru yönelebildiğini, önce şekil ve renklerle, biçimle bunu dışarı vurma gayreti içerisinde olduğunu, aynı şekilde konuşmayı da geliştirerek hem zihinsel gelişimini arttırarak hem de dışsal aktarımında önemli bir artış ve paylaşım ortaya koyduğunu göstermektedir.

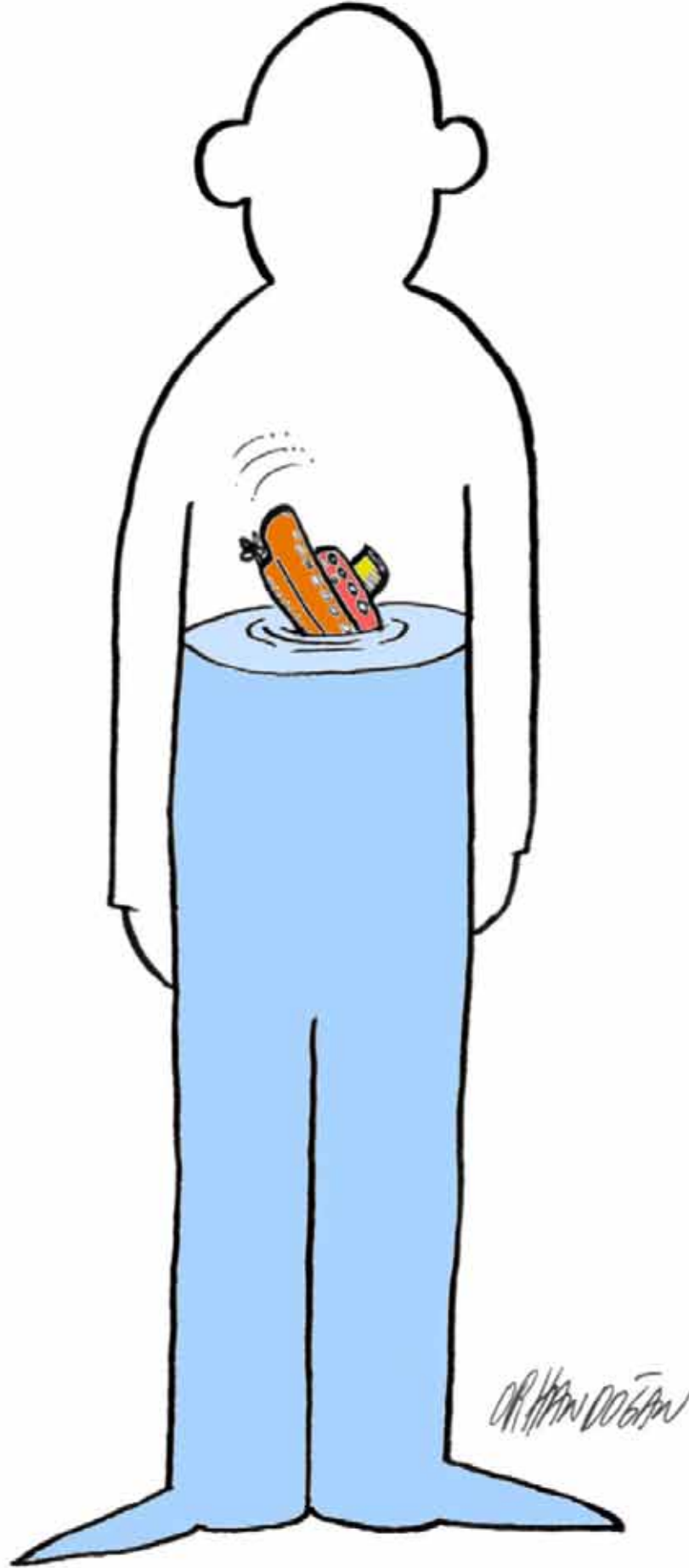
İnsanın üst paleolitikten itibaren diğer primatlarda rastlanan çeşitli semboller taşıyan ses çıkarmalardan çok daha fazlasını yapabildiği ortadadır. Bu konudaki diğer bir kanıt da, insan iskeletinde özellikle n. hypoglossus adı verilen ve konuşmada dil hareketini sağlayan sinirin, kafatasında geçtiği deliğin çapının diğer primatlara göre çok daha geniş olduğu, neredeyse günümüz insanı ile aynı olduğunun gösterilmiş olmasıdır. Elbette her tür için çıkartılan sesler bir iletişim aracıdır ve ortak kullanılır ama bu **homo sapiensten** itibaren insanın yetkin bir konuşma ve anlaşmayla başardığı yanında çok önemsizdir. Sosyalleşmeye daha Afrika'dan çıkmadan önce başlamış olan insan, bunu hayatta kalmanın en önemli sebebi haline getirmiş, milyonlarca yıl çok yavaş bir gelişmeyle sadece taş balta üretmişken, üst paleolitikten itibaren böylesine ivme kazanan bir gelişmeyle, diğer yakın türlere bile büyük bir üstünlük sağlamıştır. Yerleşik düzene geçerek tarıma başlamak, hayvanları evcilleştirerek gücünü biraz daha arttırmak, sadece yaşadığı günü değil geleceği de planlamaya başlayarak medeniyetin şafağı diyebileceğimiz neolitik dönemi başlatmıştır.

50 bin yıl önce bilhassa Afrika'dan Asya ve Avrupa kıtalarına göç etmiş **homo sapiens**in bir **sapiens** bir de **neanderthalis** türü birlikte yaşamaktaydı. Her ne kadar bu iki tür birbiriyle karışmamış olsa da Ortadoğu ve Avrupa'nın güneyinde birlikte var olduklarına dair ciddi kanıtlar mevcuttur. Yaklaşık 120 bin yıl kadar dünya sahnesinde kalan neanderthalisler 40-50 bin yıl kadar sapienslerle ortak alanları paylaşmışlardır. Neanderthalisler, beyin büyüklüğü daha fazla olan, iri kemikli, larenksin yukarıda olduğu (konuşma becerileri az) ürettikleri alet ve kültür oldukça basit olan **homo türünü** oluşturlar. Birlikte tarih sahnesinde yaşamış olsalar da günümüzde pek de

açıklanamayan sebeplerle **sapiens** türü yoluna devam ederken Neanderthalisler bir şekilde ortadan kaybolmuştur. Bu daha iri, daha yapılı daha sağlam olan ve son buzul çağının iklimine daha uygun görünen türde, aslında **sapiens** türünde de görülen ve boyunda larenks hareketleri için önemli olan, dil kemiği (hyoid kemik) mevcuttu ama yine de dil becerisi gelişmemişti. Yani beyin büyüklüğü uygun, iskelet sistemi ve kas gelişimi uygun, hyoid kemik gelişimi olan ama larenksin yukarı yerleşimli olduğu bu türde sosyalleşme, konuşma ve alet yapımı diğer türlere göre geri kalmıştı. Dolayısıyla günümüzde kabul gören yorum, anatomik ve fizyolojik benzerlikler olsa da konuşma becerisi çok gerilerde olan bu tür bize çevresel faktörler ve sahip olunan kültürel yapının da konuşmada hâkim olduğunu düşündürmektedir.

Dil, insan olma sürecinde **homo sapiens**in çok önemli hatta eşsiz özelliklerinden biridir. Diğer özellikleri yanında doğa ile mücadelesinde en önemli silahlarından birisi de bu dönemde konuşarak iletişim kurmak olmuştur. Dilin insan türünde ne zaman geliştiğini gösterecek direk kanıtlar az olsa da ikincil kanıtların izi sürülerek artık yakın tarihlerle belirle- nebilmektedir. Konuşmanın 300-400 bin yıl önce, **arkaik homo sapiensle** birlikte, ses çıkarmanın ilerisine geçtiği, soyut anlatımlı dilin geliştiği konuşmanın ise üst paleolitik yani 50 bin yıl önce geliştiği, böylece sanat faaliyetlerinde, mağara duvarları resimleri, alet yapımının özenli hale gelmesi gibi gelişmelerle dil becerisinin de geliştiği, neolitikten itibaren (12-13 bin yıl önce) farklı dil ve kültürlerden bahsedilebileceği genel kabul gören görüşlerdir. Neden böyle bir evrilme olduğu ve neyin başlattığı ise henüz yoruma muhtaçtır. Sonunda yazıyı bulan zihinsel ve çevresel gelişime kadar konuşma, insanın soyutu anlatımında, soyut olanı paylaşmasında en büyük yardımcısı olmuştur. Belki de insan olmaya giden yolun en önemli kilometre taşlarından birisidir.

Atalarımız Afrika'daki büyük yarık vadi- sindeyken de konuşmaya başlamışlardı. Afrika'dan 3. çıkış dediğimiz yıllarda, 100 bin yıl önce Asya'ya, Avrupa'ya oradan Amerika ve yenedünyaya göç ederken de konuşuyorlardı. Atalarımız 5 milyon yıl önce dik durmaya ve iki ayaklarının üzerinde yaşamaya başladılar. Toplayıcılıktan, leşçilikten avcı-toplayıcılığa geçtiler. Alet yapmayı öğrendiler. Konuşmaya başlayıp ölümlerini gömmeyi ve sanat ve kompozit alet yapmayı öğrendiler. Sonunda neolitik devrimle yerleşik hayata geçip tarım ve evcil hayvanlarıyla yaşamaya başladılar. İnsanoğlu artık medeniyetin şafağındaydı. Öğrendiği konuşma hem zihnini geliştirdi, hem de iletişimini arttırdı.



Karikatür: Orhan Doğan