

SD

10.
YIL

12 TL
(KDV DÄHİL)
2017
GÜZ

44

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



PROF. DR. KEMAL SAYAR YAŞLANMAK BAŞLANMAKTIR | CENNET SENA PARLATAN - PROF. DR. LÜTFÜ HANOĞLU SÜPER YAŞLILIK
PROF. DR. CAFER MARANGOZ EMEKLİLİK SENDROMU: EKONOMİK, SOSYAL, PSİKOLOJİK SORUNLAR | PROF. DR. MELTEM GÜLHAN HALİL TÜRKİYE'DEKİ HIZLI DEMOGRAFİK DEĞİŞİM
PROF. DR. MEHMET AKİF KARAN DEMOGRAFİK DEĞİŞİM İLE İLGİLİ HASTALIK YÜKÜ | PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ YAŞLILIĞIN PSİKOLOJİSİ | PROF. DR. HAYRETTİN KARA BAŞKA BİR
İHTİMALİN İMKÂNSIZLIĞI VE PARADOKSLAR | YRD. DOÇ. DR. EROL YILDIRIM YAŞLANDIKÇA ZAMAN NEDEN ÇABUK GEÇER? | DOÇ. DR. ZEKİ BAYRAKTAR KURAN'DA YAŞLILIK VE
ERZELİ ÖMÜR | FEYZULLAH GÜRDAŞ GECİKEN EVLİLİKLER VE AİLE İÇİ YAŞLI SORUNLARI | YRD. DOÇ. DR. SİBEL DOĞAN YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ VE SORUNLARI
DR. AYLİN ÇİFTÇİ YAŞLILIK DÖNGÜSÜNDE SOSYAL DESTEK | HÜSEYİN ÇELİK YAŞLI BAKIM SİGORTASI | PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN "YAŞLANAN TÜRKİYE"YE
SAĞLIK POLİTİKASI ÜRETMEK | PROF. DR. GÜRKAN ÖZTÜRK AVRUPA'NIN YAŞLILARI ROBOTLARA EMANET | PROF. DR. AYTEN ALTINTAŞ YAŞLI KAHRAMANLAR
PROF. DR. HANEFİ ÖZBEK TÜRKÜLER VE YAŞLILIK | PROF. DR. SALİM AL HASSANİ 1001 İCAT PROJESİ, 1001 GECE MASALLARININ PANZEHİRİ OLDU
AYŞE SEVAL PALTEKİ SAĞLIKTA ETKİ DEĞERLENDİRMESİ | DOÇ. DR. ZELİHA KOÇAK TUFAN SAĞLIK MESLEKLERİNDE İNSAN GÜCÜ PLANLAMASI VE ÜNİVERSİTE KONTENJANLARI
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK - PROF. DR. ZEKÂİ ŞEN İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ, KÜRESEL ISINMA VE ENFEKSİYON HASTALIKLARI | PROF. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ BAĞIRSAK MİKROPLARININ
BESLENME İLE İLİŞKİSİ VE GÜNCEL HASTALIKLAR | PROF. DR. MUSTAFA BERKTAŞ TÜRKİYE'NİN ULUSAL SAĞLIK AKREDİTASYON ÇALIŞMALARINI
PROF. DR. ŞABAN ŞİMŞEK ANADOLU'DA BİR TIP FAKÜLTESİNDE DEKAN OLMAK | PROF. DR. ALİ İHSAN TAŞÇI SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ VE TIPTA UZMANLIK
EĞİTİMİNDE YENİ DÖNEM | DR. AHMET MURT GELECEKTE EĞİTİMCİ OLMAYI HEDEFLEYEN GENÇ HEKİMLERE 10 İPUCU | PROF. DR. DURMUŞ GÜNAY ÜNİVERSİTENİN DİRİLİŞİ
PROF. DR. MEHMET İPŞİRLİ OSMANLI DÖNEMİNDE BALKANLARDA SAĞLIK HİZMETLERİ | HALÜK PERK GÖZ HEKİMLİĞİ TARİHİMİZDEN BİR KESİT
PROF. DR. SEFA SAYGILI MARKO PAŞA'NIN HAYAT ÖYKÜSÜ | DR. ORHAN DOĞAN KARİKATÜR

SD

GÜZ 2017
SAYI:44
ISSN: 1307-2358

TESA
TÜRKİYE EĞİTİM, SAĞLIK VE
ARAŞTIRMA VAKFI
ADINA SAHİBİ
Dr. Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlan

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
Prof. Dr. Hanefi Özbek
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Recep Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Prof. Dr. Muzaffer Şeker
Prof. Dr. Akif Tan
Prof. 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

Yaşlılık: büyük randevuya çeyrek kala

Onda sırların sırrı: bulmak için kaybetmek.

Parmakların saydığı ne varsa hep tüketmek.

Varmak o iklime ki, uğramaz ihtiyarlık;

Ebedi gençliğin taht kurduğu yer, mezarlık.

Ebedi gençlik ölüm, desem kimse inanmaz;

Taş ihtiyarlar, servi çürür, ölüm yıpranmaz.

Karacaahmet bana neler söylüyor, neler!

Diyor ki, viran olmaz tek bucak, viraneler,

Zaman deli gömleği, onu yırtan da ölüm;

Ölümde yekpare an, ne kesiklik, ne bölüm...

Necip Fazıl Kısakürek

Doğum bir yönüyle hayatın başlangıcı olsa da, diğer yönüyle
ölümle meçhul bir tarihe randevulaşmaktır. Toplum bazında
istatistik hesaplarıyla bölgeye, cinsiyete, ortama göre farklılık
gösteren bir bekleme süresidir söz konusu olan. Ne var ki,
onun, senin ve benim yani fert için meçhul bir tarihe verilmiş
kesin bir randevudur.

Üzerinden atlanan her yıl ömre bir yaş ekledikçe daha büyümüş,
daha olgunlaşmış, daha fazla tecrübe kazanmış bir benlik, gün
gelir aynı takvime bağlı olarak inişe geçer. Bu iniş bazen basa-
makları adımlayarak, bazen de ani bir kayışla olur. Seyir nasıl
olursa olsun, kesin olan randevu tarihine biraz daha yakın ve
hatta beki de çok yakın olduğumuzu hissederiz. Sağlıklı halimiz
dâhil birçok özelliklerimizin de yitirilmesi kaçınılmazdır. Yitirilenin

kıymetinin daha iyi anlaşılması gerçeğini yaşlandıkça sağlığınıza verdiğimiz önemle daha kolay fark ederiz. Sağlığınıza bir başka düşünürüz. Konumuzun sarsıldığını, küçüklerin büyüklere saygı göstermediği şikâyetiyle dile getirenimiz az değildir. Hayatta sahip olduklarına daha fazla bağlanan, dünyevi olana daha çok kıymet veren hırs-ı piriden azade olamayanlar da vardır. Sevimli ihtiyar tipine inat çocukluğuna evrilib hırçın, kavgacı ve geçimsiz ihtiyar portreleri de sürecin doğasında yer alır.

Yaşlılıkla birlikte anılan kronik hastalıkların varlığı; çaresizliğin tetikleyicisi ve hayatın çekilmezliğinin habercisi olmamalıdır. Beslenmeyle, aktiviteyle, ruhsal desteklerle koruma altına alınan bir seyir ve mukadder olan kronik hastalıkların yönetilebilirliği, yaşlılığı bir iniş olmaktan kurtarabilir. Hele sağlıklı yaşlanmanın standart bir hayat tarzı halini alabilmesi, çoğumuza müjdeli bir sonbahar keyfi yaşatabilir.

Sevdiğimiz, güvendiğimiz gençliğimizin ve dünyada tattığımız zevklerimizden veda etmeye hazırlandığının ayırıcına varmak, ümit ve teselliye duyulan ihtiyacı daha da artırmaktadır. Yeni tanıştığımız sorunlarımız, yitirilen sağlığınıza ve yeni kazanım olarak elde ettiğimiz güçsüzlüğümüz, güzel günlerin özlemi ile randevu gününün yaklaşması arasındaki bir alana terk eder bizi. Bu zihinsel ve duygusal ikilem, daha fazla ümit, daha fazla teselli

bahşeden bir inanca doğru götürür. Fani olandan baki olana yolculuk anlayışı, dünyada var olmaya farklı bir anlam katar. Kaçınılmaz göç de, belirsizlikten daha aydınlık olana, sonludan sonsuzluğa bir geçiş bir bakıma. Huzurlu, çevresine müşfik ve kendisiyle barışık olan ihtiyarın arka planını çoğu kez böyle bir inanç tezyin eder.

Buna rağmen ağaran saçların hatırlattığı ölüm randevusunun yerini bazen ağaran ruhların tetiklediği ölüm korkusu alabilir. Ne var ki o randevu gününü dünyadan terhis olarak gören, Şeb-i Arus olarak karşılamaya hazır mutlu ihtiyarlar da hayatın gerçeklerindedir.

Yaşlanmayı dergi ölçeğinde sınırlı sayfada farklı yönleriyle ortaya koyabilmenin mümkün olmadığını takdir edersiniz. Bununla birlikte, bu sayımızda yaşlılığın psikolojisi, emeklilik sendromu, evliliğe etkisi, zaman ilişkisi ve türkülerimizdeki yeri dâhil, sağlıklı yaşlılıktan erzeli ömre değin birçok yönüne ışık tutmaya çalışıldığını göreceksiniz. Yaşlanan nüfusun alarmlarını veren demografik değişimler, bunun işaretlerini taşıyan Avrupa Birliği projeleri ve hızla yaşlanan Türkiye'de artan hastalık yükü, yeni politikaların geliştirilmesi, yaşlı bakım hizmetleri, sosyal destek, yaşlı bakım sigortası gibi konularla oldukça renkli bir dosya bilginize sunulmuştur.

Yaşlanmak mukadder; önemli olan sağlıklı yaşlanmamız ve o randevuya umutla varmamızdır.

İçindekiler

6

YAŞLANMAK BAŞLANMAKTIR
PROF. DR. KEMAL SAYAR



10

SÜPER YAŞLILIK
CENNET SENA PARLATAN
PROF. DR. LÜTFÜ HANOĞLU

12

EMEKLİLİK SENDROMU: EKONOMİK, SOSYAL,
PSİKOLOJİK SORUNLAR
PROF. DR. CAFER MARANGOZ

16

TÜRKİYE'DEKİ HIZLI DEMOGRAFİK DEĞİŞİM
PROF. DR. MELTEM GÜLHAN HALİL

18

DEMOGRAFİK DEĞİŞİMLE İLGİLİ HASTALIK YÜKÜ
PROF. DR. MEHMET AKİF KARAN

22

YAŞLILIĞIN PSİKOLOJİSİ
PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ

24

BAŞKA BİR İHTİMALİN İMKÂNSIZLIĞI
VE PARADOKSLAR
PROF. DR. HAYRETTİN KARA

26

YAŞLANDIKÇA ZAMAN NEDEN ÇABUK GEÇER?
YRD. DOÇ. DR. EROL YILDIRIM

30

KURAN'DA YAŞLILIK VE ERZEL-İ ÖMÜR
DOÇ. DR. ZEKİ BAYRAKTAR

32

GEÇİKEN EVLİLİKLER VE AİLE İÇİ YAŞLI SORUNLARI
FEYZULLAH GÜRDAŞ

36

YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ VE SORUNLARI
YRD. DOÇ. DR. SİBEL DOĞAN



40

YAŞLILIK DÖNGÜSÜNDE SOSYAL DESTEK
DR. AYLİN ÇİFTÇİ

42

YAŞLI BAKIM SİGORTASI
HÜSEYİN ÇELİK

44

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

48

AVRUPA'NIN YAŞLILARI ROBOTLARA EMANET
PROF DR. GÜRKAN ÖZTÜRK



50

YAŞLI KAHRAMANLAR
PROF DR. AYTEN ALTINTAŞ

54

TÜRKÜLER VE YAŞLILIK
PROF DR. HANEFİ ÖZBEK

56

1001 İCAT PROJESİ, 1001 GECE MASALLARININ
PANZEHİRİ OLDU
PROF DR. SALİM AL HASSANİ



62

SAĞLIKTA ETKİ DEĞERLENDİRMESİ
AYŞE SEVAL PALTEKİ

64

SAĞLIK MESLEKLERİNDE İNSAN GÜCÜ
PLANLAMASI VE ÜNİVERSİTE KONTENJANLARI
DOÇ. DR. ZELİHA KOÇAK TUFAN

68

İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ, KÜRESEL ISINMA VE
ENFEKSİYON HASTALIKLARI
PROF DR. RECEP ÖZTÜRK - PROF DR. ZEKÂİ ŞEN

74

BAĞIRSAK MİKROPLARININ BESLENME İLE
İLİŞKİSİ VE GÜNCEL HASTALIKLAR
PROF DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ



78

TÜRKİYE'NİN ULUSAL SAĞLIK AKREDİTASYON
ÇALIŞMALARI
PROF DR. MUSTAFA BERKTAŞ

82

ANADOLU'DA BİR TIP FAKÜLTESİNDE DEKAN OLMAK
PROF DR. ŞABAN ŞİMŞEK

86

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ VE TIPTA
UZMANLIK EĞİTİMİNDE YENİ DÖNEM
PROF DR. ALİ İHSAN TAŞÇI

90

GELECEKTE EĞİTİMCİ OLMAYI HEDEFLEYEN
GENÇ HEKİMLERE 10 İPUCU
DR. AHMET MURT

92

ÜNİVERSİTENİN DİRİLİŞİ
PROF DR. DURMUŞ GÜNAY

96

OSMANLI DÖNEMİNDE BALKANLARDA
SAĞLIK HİZMETLERİ
PROF DR. MEHMET İPŞİRLİ



100

GÖZ HEKİMLİĞİ TARİHİMİZDEN BİR KESİT
HALÛK PERK

102

MARKO PAŞA'NIN HAYAT ÖYKÜSÜ
PROF DR. SEFA SAYGILI

104

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

Yaşlanmak başlanmaktır*

Prof. Dr. Kemal Sayar



1966 yılında Ordu'da doğdu. İlkokulu Zonguldak'ta, liseyi Eskişehir'de tamamladı. 1989'da Hacettepe Üniversitesi İngilizce Tıp Fakültesini bitirdi. Uzmanlığını Marmara Üniversitesinde tamamladı. Karadeniz Teknik Üniversitesinde Tıp Fakültesinde ve Kanada McGill Üniversitesinde öğretim üyesi olarak bulundu. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde ergen ve genç kliniğini kurdu ve dört yıl boyunca klinik şefliğini yürüttü. Yurt dışında pek çok ülkede çeşitli eğitimlere katıldı, eğitimler verdi. Birçok kitabı olan Sayar, ulusal ve uluslararası dergilerde editörlük ve yayın kurulu üyelikleri yapmaktadır. 2011 yılından bu yana Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi olan Dr. Sayar, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Yaşlanma birçok bakımdan kısıtlayıcı ancak bazı bakımlardan da genişletici bir süreçtir. Ne var ki, yaşlıları bazı yerleşik kalıpların içerisine sokmaya çalışılanlar da çoktur. Bu kalıplar çoğu kez yaşlanmayı her yanıyla olumsuz bir süreç olarak görmemize yol açmaktadır. Öyle ki, bunlara bakılırsa yaşlanma sürecinin etkisi altında bulunan kişiler, ya "umutsuz, işe yaramaz ve düşkün" durumdadırlar ya da bu duruma düşmek üzeredirler. 65 ya da 75 yaş deyince, hemen herkesin aklına "kocamış, çökmüş ve kafası durmuş" durumda olmayı çağırıştıran bir takım olumsuz sözcükler gelir. Çoğumuz bu insanları "çocuk" yerine koyar, sanki onlar "sağır, akıl hastası ya da bunaklanmış" gibi davranırız. Gerçekte ise yaşlı erişkinlerin büyük çoğunluğunda bu özellikler yoktur. Öte yandan insanların belli bir yaşa gelince artık "kocamış" olduklarını kabul etme tehlikesi de vardır. Yaşlanmanın hâlihazırda var olan zayıflıklara yenilerinin eklenmesine yol açabileceğini düşünerek, kendilerine daha özenli bakmak, durumlarına uygun beslenmeyi sağlamak, ilaçlarını gerektiği gibi almak, çeşitli ekinliklerini ve ilgilerini sürdürmek için daha bilinçli

davranmak amacı ile böyle yapmışlarsa o zaman artık yaşlanmakta oluşlarını kabul edişlerinde yarar vardır diyebiliriz. Ne yazık ki, kendilerini "kocamış" olarak ilan edenlerin çoğu, ömürlerinin etkin ve canlı dönemini artık sonu geldiğini düşündükleri için böyle söylemektedirler. Kendileri için artık yaşamın bittiğini ya da en azından köklü değişikliklere uğradığını kabullenmelerini özünde kötümserlik taşıdığı için tehlikelidir. Bu tutum bizim kendimize bakış tarzlarımızı, yaşamdan beklediklerimizi, ilişkilerimizi, yapabileceklerimizi, duyduğumuz ilgilerimizi ve planlarımızı etkiler. Kendimize verdiğimiz değere olumsuz etki yapar. Çeşitli bakımlardan artık kendimize özen göstermeyebilir, bir çaresizlik duygusuna, belki de her şeyin sonu gelmiş gibi bir duyguya bile kapılabiliriz. Aslında bir anda yaşlanıvermek diye bir şey yoktur. İyi ya da kötü, hepimiz zaten sürekli yaşlanmaktayız, belki de bir yandan da bilgeleşmekteyiz. Yaşlılığı hemen kabul ediverirsek yavaş yavaş yaşlanmanın ve giderek bilgeleşmenin avantajlarından yoksun kalmamız olasıdır.

İnsanların mutlu ve iyimser olabilme kapasitesi herhangi bir yaşta ama özellikle yaşlılarda yaşamsal önem taşıyan kişilik özellikleri arasında yer alır. Bu kapasite ömür boyunca insanın yaşama bakışını renklendirir, yaşamın streslerine, sarsıntı-

larına ve trajedilerine göğüs germelerine yardım eder. Mutlu olmak, tüm engelleri karşı yapılması gerekenleri yapmaya, amaçlarımıza ulaşmaya yeterli istenç ve olanaklara sahip bulunduğumuza inanmak demektir. Umutlu olma gücü zayıf ve kötümser olan kişiler çeşitli hastalıklardan tutun da çatinın akmasına, otomobilini bozulmasına kadar günlük yaşamın oldukça hafif ve kaçınılmaz sıkıntıları karşısında bile ezilip kalma tehlikesi ile karşı karşıyadırlar. İleri yaşlarda karşılaşılan ufak tefek sıkıntılar, güçlükler birbirine eklenerek insanın gözünde büyürler, altından kalkılamayacak şeylermiş gibi görünürler. Dahası, insana her şeyin sonu gelmiş gibi gelir. Bazı durumlarda insanlara daha önceki yıllarda zaman zaman ortaya koymuş oldukları umutlu ve iyimser olabilme kapasitelerini hatırlatmakta yarar vardır. Birçok kayıplara ve sakatlıklara uğrayan, herkesin başına gelebilecek türden hastalıklarla ve günlük sıkıntılarla yüz yüze gelebilen yaşlı erişkinlerin, can damarlarından-yıllar boyunca edinmiş oldukları deneyimlerinden, kurdukları ilişkilerden, sahip oldukları yeteneklerden oluşan bu zengin güç kaynağından - yararlanmayı beceremedikleri sık sık görülmektedir.

Yaşlanma sürecinin getirdiği bozulmalara ve zayıflıklara karşılık terazinin öteki kefesinde bu "can damarları" vardır;

* Makale, kemalsayar.com sitesinde kısmen yayımlanmıştır.

yaşlanma sürecinde bu güç kaynağından destek alınabilir, alınmalıdır da. Can damarları yaşlı erişkinlerin vaktiyle sahip oldukları (ve belki de hala sahip oldukları) güçlerin kanıtlarıdır. Onlar, zorluklara başa çıkabilme ve yaşamdan haz alabilme kapasitemizin de kanıtıdır, unutulmamalı ve yadsınmamalıdır. Can damarları, yaşlılığımızda seferber edeceğimiz, varlıklarını sürdüreceğimiz kaynaklardır, desteklerdir. Tüm bu süreci değerlendirmek için kullanılacak teorik kaynak ise Erik Erikson'un psiko-sosyal gelişim kuramıdır. Analitik teoriyi benimseyen kuramcılardan biri olan Erik Erikson, herkesçe bilinen Freud'un psikoseksüel gelişim kuramını temel almış, ancak teoriye iki temel katkıda bulunmuştur. Katkılarından birincisi Freud'un psikoseksüel düzlemde incelediği kişilik gelişimine psikososyal bir bakış açısı getirmesidir, ikinci önemli katkı ise Freud'un ergenlik dönemiyle sonlandırdığı kişilik gelişiminde yaşamın daha sonraki basamaklarında neler olduğunu incelemesi ve bunları da içine alan bir kuram oluşturmaktır.

Erikson'un kuramında her bir yaşam dönemine denk gelen bir çatışma/kriz söz konusudur ve çatışmanın çözümü bu dönemin sağlıklı bir şekilde sonlandırılmasına işaret eder. Kuramda yaşam sekiz aşamaya bölünmüştür, bu aşamalar ise şöyledir; temel güven karşı güvensizlik (0-1 yaş), otonomiye karşı utanç ve şüphe (2-3 yaş), girişime karşı suçluluk (3-6 yaş), çalışkanlığa karşı aşağılık duygusu (6-12 yaş), kimlik oluşumuna karşı kimlik karmaşası (12-18 yaş), içtenlik ve yakınlaşmaya karşı izolasyon (20'li yaşlar), üretkenliğe karşı içine çekilme (yetişkinlik dönemi) ve bu yazıda bahsedilecek olan son dönem; bütünlüğe karşı umutsuzluk duygusu (ileri yetişkinlik dönemi). Bütünlüğe karşı umutsuzluk aşaması, her şeyden önce kişinin bu zamana kadar geçtiği aşamaları tekrar değerlendirdiği bir aşamadır. Bu zamana kadarki tüm psikososyal aşamaların başarılı bir şekilde çözülmüş olması, kişinin bu aşamadan da başarılı bir şekilde çıkmasına yardımcı olacaktır çünkü bir nevi zemin işlevi görürler. Dış dünyayla olumlu bir şekilde yaşamsal ilişkilerini sürdürebilen kişi, yaşlanmanın getirdiği değişimleri ve bazı olumsuz etkileri daha iyi karşılayacak edebilecek düzeyde olur. Bu dönemde yaşlanmanın getirebileceği değişimler ve olumsuz etkiler ise bedende yaşlanmaya bağlı olan değişiklikler, sınırlılıklar, kendi ölüme karşı artan farkındalık, hastalıklar ve/veya ebeveynlerinin, arkadaşlarının, akrabalarının ölümleri, cinsel dürtü ve aktivitedeki değişimler, kariyer değişimleri ve kendisi için anlamlı olan kişilerle kurduğu ilişkilerin değerlendirilmesi, çocukların evlenmesi ve taşınması, sosyal statü-maddi güvenlik gibi alanlarda yaşanan kayıplar, tüm amaçlarına



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

ulaşamamış olabileceğine dair algısı ve emekliliğe ilişkin planlar vb. konuları kapsayabilir.

Yaşlılıkta bütünlük ile umutsuzluk arasındaki mücadele bilgeliği doğurur. Evrelerin her birinde kişi hem o sırada elde edilebilecek güçleri kazanmak hem de daha önceki evreyi ele almak fırsatına sahiptir. Her evrede daha önceleri yeterince bütünleştiremediği gerilimleri tekrar yaşayabilirler. Gelişimsel ilerlemenin başarılı olması, daha önceki evrelerde kazanılmış olan güçlere yenilerinin eklenmesine bağlıdır. Erikson bütünlük kavramını, "ileri yaşlardaki çöküşün çoğu zaman sıkıntılara yol açan yanılarıyla karşı karşıyayken bile kendini güçlü yanılarıyla, zayıflıklarıyla

birlikte olduğu gibi kabullenerek ve sahip bulunduğu yaşam deneyimleriyle, ilişkilerle, içinde bulunduğu koşullarla bütünleşerek insanın yaşama uyum sağlaması" anlamında kullanmıştır. Bu sonuncu evrenin gerektirdiği bütünleşmenin gerçekleşebilmesi için birey daha önceki yaşantılarının anımsayıp gözden geçirmeye yatkın olmalıdır. Bu yaşam evresine başarılı bir uyum sağlamanın sonucunda birey, Erikson'un deyimiyle, bilgeliğe ulaşır. Bu bilgeliğe öyle bir nitelik ki, bireylerin ileri yaşlarının değerini artırır ve onların yaşama katılmalarına olanak verir. Yaşamımızı gözden geçirirken ve çaresizliğe düşecek yerde yaşamımızla bütünleşmek için mücadele ederken yaşantılarından, ömür boyu edindiğimiz deneyimlerden, ilişkilerden, sahip olduğumuz yeteneklerden ve kişiliği-



Yaşlılıkta bütünlük ile umutsuzluk arasındaki mücadeleye bilgeliği doğurur. Evrelerin her birinde kişi hem o sırada elde edilebilecek güçleri kazanmak hem de daha önceki evreyi ele almak fırsatına sahiptir. Her evrede daha önceleri yeterince bütünleştiremediği gerilimleri tekrar yaşayabilirler. Gelişimsel ilerlemenin başarılı olması, daha önceki evrelerde kazanılmış olan güçlere yenilerinin eklenmesine bağlıdır.

mizden oluşan can damarlarımızdan güç alarak ileri yaşlarımızı sonun başlangıcı olarak değil; dinamik ve kesintisiz sürüp giden bir değişim sürecinin, bunalımlar, güçsüzlükler, sakatlıklar, çeşitli zorluklar gibi olumsuzlukların yanı sıra fırsatlar ve sevinçler de getiren bir dönemi olarak görmenin yolunu açmış olabiliriz. Olumsuzlukların bazıları hafifletilebilir, bazılarını ise uyum sağlanabilir. Fırsatlar ve sevinçler ise kuşkusuz elden geldiğince artırılabilir. Kişinin bütünde ne olduğunu gördüğü, kendi benlik algısına dair değerlendirmeler yaptığı bu aşamada, bir yandan yapılan seçimler, kaçırılan fırsatlar, sahip olunan inançlar gözden geçirilirken diğer yandan kişi kendisinin "hem dışsal imgesi" hem de "kişisel imgesi" ile ilgilenir. Dışsal imge, kişinin daha çok "nasıl hatırlanmayı" beklediği ile ilişkililikten kişisel imge, içinde bulunduğu dönemi de dahil ederek kendisini bütünde nasıl tanımladığı ile ilişkilidir.

Erikson'un kuramına göre bu dönemin amacı; daha önceki evrelerde kazanılmış olan benlik özelliklerinin artık iyice olgunlaşması ve birbirleriyle bütünleştirilmesidir. Benlik bütünlüğü tanımı en temel anlamı ile benliğin kendi içinde bir düzen ve anlam bulmasıdır. Burada bütünlük duygusu ile umutsuzluk arasındaki çatışma, kişinin geçmiş deneyimleriyle

-her ne kazanmış ve kaybetmiş olursa olsun- artık bunların değiştirilemez birer gerçek olduğunu kabul ederek, bir barış halinde olamamasından kaynaklanır. Çatışmanın umutsuzluk yönünde sonuçlanması; bireyin kendisini derin bir şekilde dış dünyadan soyutlamasına sebep olabilirken bütünlük yönünde çözümlenen çatışmalarda kişinin yaşamını olumlu-olumsuz her yönüyle kabul ettiği söz konusudur. Çatışmasını olumlu yönde çözen kişi yaşamının başka türlü yaşanmış olabileceğine ilişkin pişmanlık içeren bir özlem duygusuna sahip değildir. Öte yandan ölüme ilişkin yoğun bir korku duygusu da yoktur. Çünkü benlik bütünlüğü duygusundan yoksun oluşun belirtisi geçmiş günlerin iyi yaşanmamış olduğu duygusu, yeni baştan yaşama özlemi ve ölüm gerçeğinin kabul edilemeyeşidir. Buna göre bu aşamanın tehlikesi umut yitimi ve ölüm korkusudur.

Bu nedenle bu noktada incelenmesi gereken konulardan bir tanesi de kayıp, yas tutma ve yalnızlık konularının yaşlı insanlarda nasıl etkiler bıraktığıdır. Kayıplar, yas tutma ve yalnızlık aslında yaşlı insanların göğüslemek zorunda kaldıkları, en çok görülen ve en çetin üç duygusal sorundur. İleri yaşlarda yetişkinler sanki bir kayıp yağmuruna uğrarlar: Hastalık ve ölüm yüzünden eşlerini, dostlarını yitirirler; sağlıkları

bozulur; yıllar yılı çalıştıkları işlerinden, statülerinden, saygınlıklarından olurlar; uzun yıllar yaşamış buldukları yuvalarından ayrılırlar; duygularının keskinliğini ve dinçliğini yitirirler. İnsanın bu denli çok şey yitirmesine karşın ayakta kalabilmesi ve yaşamını başarıyla sürdürebilmesi hayret vericidir ama yine de yaşlıların çoğu bunu başarır. Kayıplar normalde ileri yaşların bir parçasıdır ama önde gelen bir parçası değildir. Onlarla başa çıkmak için gösterilen çabalar, kişi hangi yaşta olursa olsun ciddi derecede strese yol açar. Bu durumda kişinin bu stresi yenmek için sahip olduğu kapasitenin ölçüsü, onun ruh sağlığını ne dereceye kadar koruyabileceğini belirler. Kayıpla birlikte mutsuzluk ve keder de gelir. Kişinin yalnızlığa düşmesi de mümkündür. Bunlar ruhsal bozukluk veya hastalık belirtisi değil, büyük önem taşıyan yaşam olaylarına karşı normal sayılacak tepkilere. Yaşlı erişkinlerde uğradıkları ağır kayıplara bağlı olarak yas tutma döneminin uzun sürmesine karşın eski ve yeni ilişkileri, etkinlikleri, ilgi ve merakları sayesinde yaşamın birçok yanından tat almaları mümkündür

Batı dünyasında yaşlıların giderek yalnızlaştığını biliyoruz. Üretim çarkından çekilen ve tüketici olarak da yeterince dinamik bulunmayan yaşlılar, adeta toplumun kıyasına itiliyor. Yaşlanmanın getirdiği doğal bedensel zayıflık, yaşlı insanların utanmaları gereken bir durum olarak sunuluyor ve devreye anti-aging türü maskaralıklar sokuluyor. Anti-aging ideolojisi bize şunu söylüyor: Genç olan daha iyidir. Beden genç, ince ve güzel görünmelidir ki insanlar onun üzerinden onu taşıyan kişiye değer versinler. Modernite; gençliği adeta kutsuyor, bütün hayatı gençliğin kendisini tekrar ettiği bir döngü olarak kurmak istiyor. Bu da, yaşamışlığın getireceği derinlik ve adanmışlığı reddetmek anlamına geliyor. Yaşlı insanın biriktirdikleri kıymetsiz gösteriliyor. Burada modernliğin o bildik eski masalıyla karşılaşılıyor, insana sürgit bir yurtsuzluk duygusu olarak yansıyan köksüzlük, bir ev ve aidiyet eksikliği. Yaşlıyı toplumdan kovan, onun hikâyelerini de kovuyor ve yeni nesillere bir önceki neslin hikâyeleri yerine sinema stüdyolarında veya dizi film setlerinde çekilen yeni hikâyeler takdim ediyor. Nesiller arasındaki süreklilik duygusu aşınıyor.

Yaşlıya duyulan tiksinti aslında modern Batı'da ölümün müstekreh bir olgu olarak karşılanmasından doğuyor. "Bir ayağı çukurda olan" yaşlı kişi, ölümü hatırlattığı için hayattan kovulmak isteniyor. Ölüm, çağdaş Batılının sürekli bastırıldığı, inkâr ettiği, ona karşı savaştığı, kabullenilemez bir durum. Foucaultyen bir dille konuşacak olursak, nasıl akıl hastalarının maruz bırakıldığı "büyük kapatma" toplumun

sahte standartlarına uyum sağlamış "normaller"i korumak amacına matufsa, yaşlıların huzur evlerinde temerküz edilmeleri de ölümün her türlü tezahür ve hatırlatıcısını sosyal hayattan tehcir emek amacını taşıyor. Ölümün yokluk anlamına geldiği agnostik bir iklimde bu anlaşılabilir bir savunma gibi görünüyor. Oysa "hayatın akıp ölüme katılmaktan başka bir gayesinin olmadığı" bir kültürde ölüm, yokluk ve nihai son anlamına gelmiyor ve bu yüzden yaşlılık ikrah edilecek bir durum olarak görülüyor. Yaşlılık Erik Erikson'un dile getirdiği gibi hayatın bütünlüğünün kavrandığı bir durak ve insan oradan, biriktirdiği bilgelikle hayatı seyredebilir. Doğu veya İslam kültürlerinde yaşlılığın bilgelikle bir tutulması, "ak sakallı ihtiyar"ların her zaman bir hürmet nesnesi olması, önemli hakikatlerin onların dilinden aktarılması, bu kültürlerde yaşa verilen değeri gösteriyor. Bu kültürler yaşamışlığın kıymetine inanıyor, hayatın sokaklarında yorulmuş bir kişinin henüz yolun başında olan bir başka insana anlatabilecekleri olduğunu varsayıyor. Aslında pek çok geleneksel kültür, önderlik görevini görmüş geçirmiş yaşlılara tevdi ediyor.

Yaşlılık ve onun tezahürleri modern tıbbın uzun süredir ilgisini çekiyor. İnsanların doğal fizyolojilerinin bir hastalık sayılıp tedavi edilmeye çalışıldığı bir zamanda yaşıyoruz. Yaşlılık da tedavi edilmesi gereken bir durum olarak sunuluyor bir süredir. Anti-aging sektörü bu hokus pokustan ekmek yiyor. Yaşlanmakla birlikte bedenimizde meydana gelen değişimleri hissedemeyeceksek hayatın geçip gitmekte olduğunu ve kaçınılmaz sonun yaklaştığının nasıl farkına varacağız? Yaşadıklarımızdan nasıl öğreneceğiz? Hayatın kırılabilirliğini en önce kendi bedenlerimizin kırılabilirliğinden okuyamayacaksak, yaşamak bize ne katacak? İşte modern tecrübe insanın yaşadıkları ile iç yaşantısı arasında bir duvar örüyor, yaşadıklarımızın iç dünyamıza bir derinlik, bir bilgelik olarak yansımaları önüyor. Geniş ailenin kaybedilmesi kapitalizm için bir fayda sağlıyordu, böylece küçül(tül)müş ailenin toprağa ve atalara sadakati kalmayacak, oynaklık ve hareket artacak, yer değiştirmeye birlikte iş ve tüketim sahaları da genişleyecekti. Ancak çekirdek aile bir evvelki nesille en yeni neslin irtibatının kopması, onlardan alınan hayat bilgisinin azalması anlamına da geliyordu. Yaşlılarıyla birlikte büyüyen çocukların sağladıkları aidiyet ve süreklilik duygusunun çekirdek aileyle giderek azaldığını, hatta Batıda giderek yaygınlaşan tek ebeveynli ailelerle çocukların büyük bir sersemlik ve yurtsuzluk hissi yaşadıklarını söyleyebiliriz. Bakım işi giderek artan oranlarda profesyonel kurum ve kişilere devrediliyor ve ailenin yetişkinlerinin çocuklar üzerindeki otoritesi zayıflıyor. Bürokratinin madeni sesi, aileyi sağırlandırıyor.

Yaşlılık ve onun tezahürleri modern tıbbın uzun süredir ilgisini çekiyor. İnsanların doğal fizyolojilerinin bir hastalık sayılıp tedavi edilmeye çalışıldığı bir zamanda yaşıyoruz. Yaşlılık da tedavi edilmesi gereken bir durum olarak sunuluyor bir süredir. Anti-aging sektörü bu hokus pokustan ekmek yiyor. Yaşlanmakla birlikte bedenimizde meydana gelen değişimleri hissedemeyeceksek hayatın geçip gitmekte olduğunu ve kaçınılmaz sonun yaklaştığının nasıl farkına varacağız?

İşte modern Batı uygarlığında yaşlılığın kapıları bütünlüğe değil de ümitsizliğe açılıyor burada. Hayatı üretim ve tüketimden ibaret sayan, "üretim tükettiğin kadar varsın" diyen, reklamlarla kıskırtabileceği yaş dilimlerini kutsayan ve yaşın getirdiği bilgeliği yok sayan bir anlayış. Ölüm korkusu bir hayalet gibi yaşlı insanın yolunu kesiyor ve onları hayata bu ileri yaşlarında coşkuyla katılmaktan alıkoyuyor. Ölümü durdurma sapkınlığı, modern tıbbın kisvesine bürünerek büyük bir endüstriye dönüşüyor. Doğunun tecrübesi ise çok farklı, ilerleyen yaşın ölüme dair farkındalığı çoğalttığı, ölümün hayata tutulan bir deniz feneri olduğu, hayat ve ölümün birbirine katılmaktan özgü bir dileğinin bulunmadığı coğrafyalarda, yaşlılık hep selamlanmıştır. Yaşlıların eli bu yüzden öpülür ve bayram günleri en yaşlının evi bu yüzden ilk emirde ziyaret edilir. Yaşantıya, tecrübeye, bilgiye ve bilgeliğe hürmet, kadim medeniyetlerin geleneğidir. O yüzden bu topraklarda yaşlanmak "başlanmak"tır.

Süper yaşlılık

Cennet Sena Parlatan



1993 yılında Konya'da doğdu. 2016 yılında Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Moleküler Biyoloji ve Genetik Bölümü'nü tamamladı. Aynı yıl İstanbul Medipol Üniversitesinde Sinirbilim Yüksek Lisans programına başladı. Halen Medipol Üniversitesi REMER kapsamında çalışmalarını sürdürmektedir.

Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu



1962'de Manisa'da doğdu. 1985'te Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Nöroloji ihtisası yaptığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde nöropsikoloji laboratuvarı ve davranış nörolojisi konsültasyon polikliniğini kurdu ve yönetti. 2000 yılından itibaren devlet hizmetinden ayrılarak özel sektörde çalışmaya başladı. Hanoğlu, halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

TÜİK 2017 verileri, 2015 yılı sonuçlarına göre; doğuşta beklenen yaşam süresi Türkiye geneli için 78 yıla çıkmış durumda yani milletçe daha uzun yaşamaya başladık.

Yaşlı nüfus son beş yılda %17,1 artarak 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi oldu. Yaşlı nüfusun (65 ve daha yukarı yaş) toplam nüfus içindeki oranı ise 2016 yılında %8,3'e yükseldi. 2016 yılı verilerine göre dünya nüfusunun da %8,7'sini yaşlı nüfus oluşturmaktadır. Aslında ömrün uzaması eğilimi, gelişmiş ülkelerden başlayarak küresel hale gelen bir durum gibi görünüyor. Bu ilk bakışta arzu edilir bir durum gibi görünebilir. Daha önceki bir yazımızda bunu gerçekleştirmek (hatta ütopyik gibi görünse de 400'lü yaşlara ulaşmaya çalışmak) için sarf edilen çabalardan bahsetmiştik. TÜİK'in yine aynı yıl verilerine göre, Alzheimer hastalığından hayatını kaybeden yaşlıların sayısı 2011 yılında 6 bin 155 iken 2015 yılında iki kat artarak 11 bin 997'ye yükselmiştir. Bu da olayın hiç de hoş gitmeyen, can yakan diğer yüzünü oluşturmaktadır. Yaşlılığın insanları ve toplumları bu derece korkutmasının sebebi yaşlı insanların kendilerine yetememelerinden kaynaklanmaktadır. Fiziksel hastalıkların birikmesi ve hareket güçlüklerine sebep olmasına ek olarak hafıza kayıpları ve dikkat, karar verme gibi yetenekleri kapsayan yürüyücü işlevlerde bozukluklar yaşlı bireylerin hayat kalitesini düşürmektedir. Yaşlılık sürecinde en çok gözlenen hastalık olan Alzheimer, toplumda bireyleri bakıma muhtaç hale

getirmektedir. Beyin hücrelerinde kayıp ve hasar sonucu bellek fonksiyonlarında bozulma ile ortaya çıkan Alzheimer; 65 yaşından sonra her 100 kişiden 5'inde gözlenirken, 85 yaş sonrası oran 100 kişide 40'a kadar çıkmaktadır. Sonuç olarak yaşlı nüfusun artmasıyla, beyindeki yaşla ilişkili değişiklikler üzerine yapılan araştırmalar, sinirbilimciler, nörologların ve ilgili bilim adamlarının üzerinde en fazla çalıştığı alanlardan biri haline gelmiştir. Yaşlanma araştırmalarının ana amacı Alzheimer hastalığı ve diğer demanslar için tedavilerdir ancak bilişsel düşüşün yaşla birlikte normal sürecini anlamak da önemlidir. Sonuçta, yaş pek çok nörodejeneratif hastalık için en büyük risk faktörüdür. Yaşlılar, bilhassa episodik hafıza alanında bilişsel becerilerin azalmasından şikâyet eder. Bu gibi şikâyetler o kadar yaygındır ki, entelektüel yeteneğin aşamalı olarak kaybedilmesinin "normal" yaşlanmanın bir parçası olduğu inancı oldukça kabul görmektedir.

Bu karamsar tabloya karşın, Alzheimer hastalığı ve diğer demansların yaşlılığın kaçınılmaz bir sonucu olmadığına inanan bir grup bilim insanı da var. Burada da karşımıza son zamanlarda popüler hale gelen yaşlanmayla ilgili araştırmaların bir başka odak noktası çıkmaktadır: Zihnen ve bedenen "sağlıklı yaşlanma"nın nasıl mümkün olabileceğini, mümkün olup olmadığını anlamaya çalışmak. Toplumda yaşlı insanların genel zihinsel standartları düşündüğünde

bazı insanların yaşlarına rağmen daha keskin ve berrak bir zihne sahip olduğu, fiziksel olarak da kendilerine yetebildikleri hemen herkesin gözlemlediği bir durumdur. Bu yaşlıları diğer yaşlılardan ayıran nedir veya topluluğun birçoğunu bu standartlara yükseltmek mümkün müdür? 2000 yılında ünlü nörolog Marsel Mesulam zihinsel ve fiziksel kabiliyetlerini kaybetmeyen veya diğer yaşlılara oranla daha fazla koruyabilen yaşlılık süreci için literatüre bir terim kazandırmıştır: "Super-aging." Şimdi bir grup araştırmacı olaya bu yönden yaklaşmayı çözüm üretici görmektedir yani bu süper yaşlıların hikmeti neyse onu anlayıp topluma yaymaya çalışmak.

Peki, normal yaşlanma ve "süper yaşlanma" arasında nasıl bir fark var? İnsan beyni yaş ilerledikçe inceler, bütünselliğini kaybeder. Hafızayla ilişkili bölümler zayıflar, yürütücü işlevlerden sorumlu alanlar fonksiyon kaybına uğrar. Vücutta kronik enfeksiyon seviyesi yükselir, kalp-damar fonksiyonları bozulur ve fiziksel aktiviteler güçleşir. Gerçekleşen bütün bu fizyolojik olaylar beynin işletim hızını düşürür. Yeni kayıtlar azalmakla birlikte eski bilgileri geri getirme de güçleşir. Süper yaşlanma gösteren bireylerde ise sadece beyin değil, beden de birçok alanda kendini korumuş gözükmektedir. Düşük enfeksiyon birikimi, kalp-damar sağlığı ve kaybolmamış fiziksel aktivite işletim seviyesini 25 yaşındaki bireylerle aynı seviyede tutmaktadır. Bunlara ek



olarak eğitim düzeyleri, yaşam kalitesi ve coğrafi koşulların da yaşlılığın fizyolojik negatif özelliklerinden etkilenmeye direnç gösterdiği araştırmalarla desteklenmiştir.

Beyin görüntüleme çalışmaları, bu süper yaşlıların genç özelliklere sahip beyinleri olduğunu ortaya çıkarmıştır. Düşünce gücü için kritik olan beynin en dış tabakası olan korteks ve beynin diğer kısımları tipik olarak yaşlanmayla küçülürken, süper yaşlıların beyinlerinde bu bölgelerin birçoğunun genç erişkinlerle karşılaştırılabilir boyutta olduğu sonuçları sağlıklı yaşlanmayla ilgili umut vermiştir. Beyinlerinin akranlarından daha büyük olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Ancak bunun nedeni, daha büyük beyinlerle doğduklarından mı, yoksa gerçekten farklı yaşlanma süreçleri yaşadıklarından mı öğrenmek isteyen bilim insanları bireylerin korteks kalınlığını ölçmüş, yıllar içerisinde bireyleri takip ederek ortalama yaşlılarla karşılaştırmıştır. Ortalama yaşlıların süper yaşlılara oranla iki kat daha hızlı bir şekilde beyin hücrelerini kaybettiklerini göstermişlerdir. Bir şekilde ortalama yaşlanmada yaygın olan beyin yapısının küçülmesi sürecine süper yaşlılar dirençli görünmektedirler. Araştırmalarda aslında süper yaşlılığın sırrının en önemli kısmının yine genetik olduğu söylenmektedir ama yaşlanmayı süper hale getirebilmek için çözümler de önerilmiştir tabii ki. Burada en önemli ve yararlı olan şey fiziksel ve mental olarak efor harcanacak zorunlu görevlerle uğraşmak gibi görünmektedir. Sadece sudoku, bulmaca çözmek gibi "kolay" egzersizler bunun için yeterli değildir. Kuvvetli egzersiz planları, zorlu zihinsel çaba, yabancı bir dil öğrenmek, bir enstrümanda ustalaşmak; yani sınırlarımızı

kendimizi bıktırarak düzeyde zorlamak. Bu konuda U.S. Marine Corps "Ağrı vücudu terk eden güçsüzlüktür" demekte ve kendimizi bu denli zorladığımızda ortaya çıkan bıkkınlığın aslında zihinsel ve fiziksel olarak zayıflıklarımızdan kurtulmamızın işareti olduğunu bize söylemektedir.

İşin bir de sosyal proje tarafı bulunmaktadır. 1990'lı yıllarda gelişmekte olan ülkelerde yaşanan nüfus dikkati çekmeye başlamıştır. Özellikle 65 yaş üzerindeki insanların toplam nüfusa oranının 2015'te %26,7'ye ulaştığı Japonya'da bu durum göz ardı edilemez derecede çarpıcı bir hal almıştır. Üstelik bu rakamın 2060'a kadar yaklaşık %40'a çıkmasının beklendiği düşünülürse. 2040 yılına kadar, Almanya, İtalya ve İspanya gibi Avrupa ülkelerinde yaşlıların oranının %30'u aşacağı ve Güney Kore, Tayland ve Singapur gibi Asya ülkelerinde bu oranın daha da artacağını tahmin edilmektedir. Dünya çapında, 65 yaş ve üstü insan sayısı, 2050 yılına kadar neredeyse şimdiki sayının iki katına çıkacaktır. Yaşlı nüfustaki bu artış ulusal ekonomiyi de oldukça ilgilendirmektedir. Artan nüfus yaşıyla beraber emeklilik, uzun süreli bakım hizmetleri ve sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe de artacaktır. 65 yaş üzeri birçok yaşlı kendi kendine yetememektedir. Nüfustaki yüzdeler arttıkça çalışan nüfusa daha çok iş gücü düşecek, bütçenin de önemli bir kısmı bu yöne kanalize edilmek zorunda kalacaktır. Japonya bu konuda farkındalık oluşturmak ve gidişatın yönünü değiştirebilmek adına çalışmalara başlamıştır. Yaşlı nüfusun zihinlerini korumanın, onların bilgilerinden faydalanabilmenin önemli olduğunu, yaşlı nüfusun kendi

kendine bakabilmesinin ekonomiyi de önemli ölçüde güçlendireceğini düşünen Japonlar 2030 yılı için süper-yaşlı bir toplum hazırlama kararı almış ve bunu bir sosyal proje haline dönüştürmüş durumdadırlar.

Kaynaklar

Dekhtyar M, Papp KV, Buckley R, Jacobs HIL, Schultz AP, Johnson KA, Sperling RA, Rentz DM. Neuroimaging Markers Associated with Maintenance of Optimal Memory Performance in Late-life. *Neuropsychologia.*, 5;100(7):8-9. 2017.

Muramatsu N. Japan: Super-aging Society Preparing for the Future. *Gerontologist*, 51(4):425-32. 2011.

Bott T, Bettcher M, Yokoyama S, Frazier T, Wynn M. Youthful Processing Speed in Older Adults: Genetic, Biological, and Behavioral Predictors of Cognitive Processing Speed Trajectories in Aging. *Front. Aging Neurosci.* 9:55., 2017

Rogalski J, Gefen T, Shi J, Samimi M, Bigio E, Weintraub S, Geula C and Mesulam M. Youthful Memory Capacity in Old Brains: Anatomic and Genetic Clues from The Northwestern SuperAging Project. *Cogn Neurosci.*; 25(1): 29-36,2013

M. Mesulam. Principles of Behavioral and Cognitive Neurology, Alzheimer's Disease: A Compendium Of Current Theories, 42-52,2000

Ingram J. Belleğin Tükenişi-Yaşlanmanın ve Alzheimer Hastalığının Doğal Tarihi. TÜBİTAK Popüler Bilim Yayınları/Ankara 2017

Hanoğlu L. En Ölümcül Nörodegeneratif Hastalık, Yaşlılık, SD 40.

Barrett L., How to Become a "Superager", How Emotions Are Made: The Secret Life of the Brain.,2016

www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24644 (Erişim Tarihi: 08.09.2017)

www.pulse.embs.org/march-2014/super-aged-society/ (Erişim Tarihi: 08.09.2017)

Emeklilik sendromu: Ekonomik, sosyal, psikolojik sorunlar

Prof. Dr. Cafer Marangoz



Muş-Bulanık'ta doğdu (1948). İstanbul Fen Fakültesini (1969) ve İstanbul Yüksek Öğretmen Okulunu (1970) bitirdi. Bir süre öğretmenlik yaptı. 1975'te Atatürk Üniversitesinde asistan oldu. Doktora tezini 1978'de Tıp Fakültesi Fizyoloji Kürsüsünde tamamladı. 1980 yılında Avrupa Bilim Vakfı'nın (ESF) Beyin ve Davranış Araştırmaları Programıyla ilgili bir bursuyla İsviçre'nin Fribourg Üniversitesinde araştırmalar yaptı. 1983'te doçent, 1989'da profesör oldu. Ondokuz Mayıs Üniversitesinde Tıp Fakültesi Öğretim Üyeliği, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, Senato ve Yönetim Kurulu üyeliği görevlerini üstlendi. Dr. Marangoz halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı'nda çalışmaktadır.

Emeklilik özel veya resmi iş yerlerinde çalışanın hayat kitabındaki son bölümdür. Emeklilerle ilgili ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunları özetlemeden önce konumuzla ilgili terimlerin sözlük anlamlarını hatırlamak gerekir. Tanımlar Türk Dil Kurumunun Büyük Türkçe Sözlüğü'nden alınmıştır. Emek, "bir işin yapılması için harcanan beden ve kafa gücü" demektir. Günlük, haftalık veya aylık olarak alınan ücret emeğin karşılığıdır. Emekli; "Belirli bir süre çalıştıktan sonra kanunlar gereği, işi ile ilgisi kesilerek kendisine aylık bağlanmış olan kimsedir." Emeklilik; "kişilerin yasalarca belirlenen koşullarda belli bir süre çalıştıktan sonra çalışma hayatından çekilmeleri ve geçmiş hizmetleri karşılığında çalışmaksızın belirli bir gelire hak kazanmaları durumu"dur. Sendrom ise özel bir bozukluğu tanımlayan belirtilerin tümü olarak ifade edilebilir. Emeklilik, Türkiye'de kamu veya özel sektör çalışanlarına tanınan Anayasal haklardandır.

Emekli olma şeklini önce "zamana göre emeklilik" ve "tercihe göre emeklilik" diye ikiye ayırabiliriz (1). Zamana göre emeklilik iki alt kısma ayrılır: "Erken emeklilik" ve "zamanında emeklilik." Tercihe göre emekliliğin de "gönüllü emeklilik" ve "zorunlu (istemeden olan) emeklilik" diye iki alt çeşidi vardır. Ayrıca

literatürde "yarı zamanlı emeklilik" ve "tam zamanlı emeklilik" terimleri de yer almıştır (1).

Çeşitli ülkelerde ortalama yasal emeklilik yaşı kadında 50-65, erkekte ise 55-70 arasında değişmektedir. Almanya, Hollanda ve İspanya gibi bazı ülkelerde kadın ve erkek emeklilik yaşı (65) aynıdır. Fransa, İtalya ve Yunanistan'da ise kadın emeklilik yaşı 60 iken erkekte 65 tir (1). İlgili yasaya göre Türkiye'de kadınlar 58, erkekler ise 60 yaşında emekli olma hakkını elde ederler (1). Geçmiş yıllarda 40'lı yaşlarda bile emekli olma imkânı vardı.

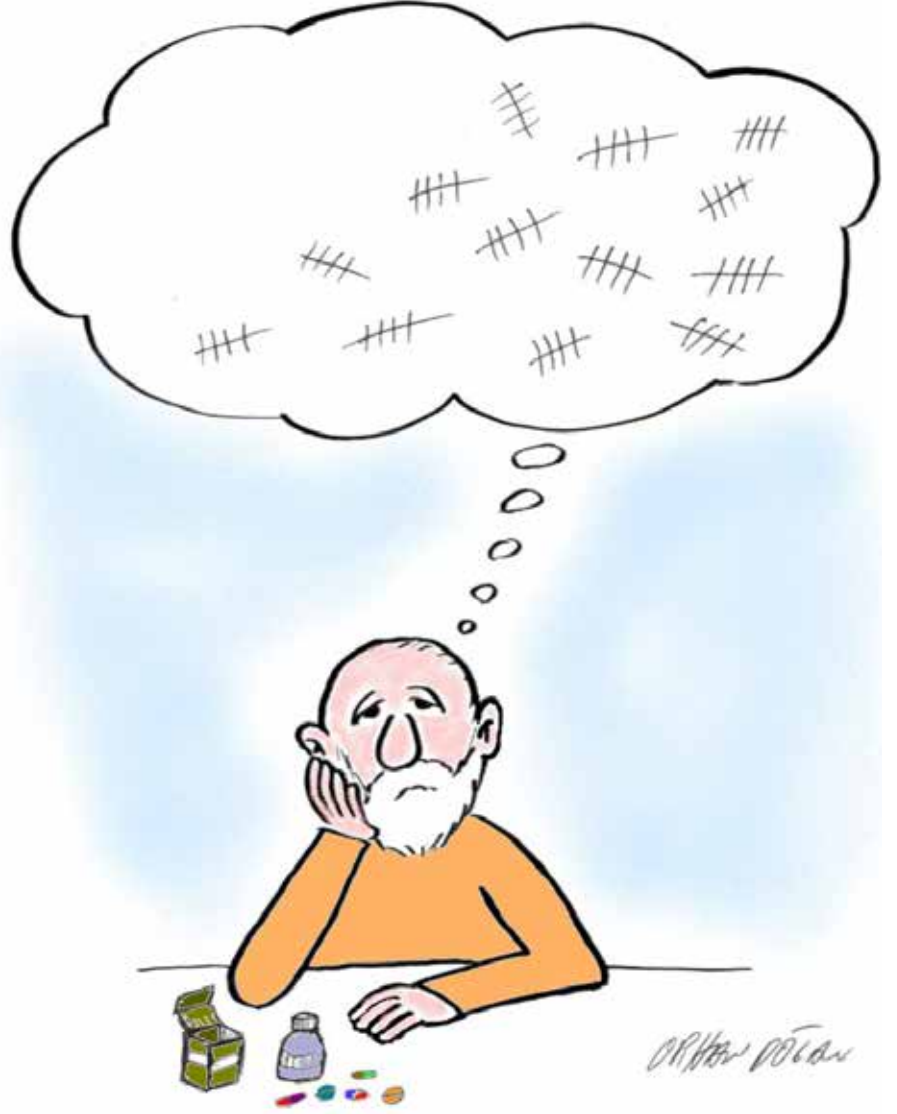
Emeklilik döneminin, aynı zamanda yaşlılık dönemiyle ilgili olduğunu belirtmeliyiz. Emekli insan; çocukluk, gençlik ve olgunluk dönemlerini geride bırakmış, hayatın son dönemine yanaşmıştır. Bu nedenle yaşlılık sendromu ile emeklilik sendromunu birlikte düşünmek gerekir. İstatistiklere göre 1900 yılından itibaren ortalama insan ömründe büyük artışlar olmuş, fakat maksimum ömür pek değişmemiştir. İnsan topluluklarında yaş ortalamasını artıran sebep, aşılardan bulunması, antibiyotiklerin ve kan basıncını düşüren ilaçların kullanılması ve çocuk ölümlerinin azalması gibi tıbbi gelişmelerdir. 1900 yılında Amerika'da yaş ortalaması 47 yıl idi. Şimdi, özellikle batı toplumlarında

erkek için yaş ortalamasının 71, kadın için 78 olduğu kabul edilmektedir. Ortalama yaşın günümüzde de artış gösterdiği sanılmaktadır. 1969 ile 1979 arasındaki on yılda, 50'nin üzerindeki her şahısta ortalama yaşın yılda bir ay arttığı tespit edilmiştir. Tahminlere göre gelişmiş ülkelerde 2005 yılında nüfusun 1/5'i 60 yaşın üzerindeydi. Bu oranın 2050 yılında 1/3 olacağı ileri sürülmüştür (3). Ne yazık ki bu sevindirici gelişmelerin yanında insanoğlunun karşısına bunama problemi dikilmiştir (4). Emekli olan ve yaşlanan insanların bir kısmında bunama görülmekte ve yaş ortalaması arttıkça bunayanların yüzdesi de yükselmektedir. O halde, yaşlılıkla ilgili araştırmaların tek gayesi ömrü uzatmak ve yaş ortalamasını yükseltmek değil, bunun yanında bunamaya ve diğer nörodejeneratif hastalıklara çare bulmak, sağlıklı yaşamayı ve sağlıklı emekliliği temin etmektir.

Yaşlılık bilimiyle ilgili bazı kaynaklarda yaşlılar ve yaşlılık dönemi üçe ayrılmıştır (4).

1. Genç yaşlılar: Yaşları 65 - 75 arasında olanlardır.
2. Yaşlı yaşlılar: Yaşları 75 - 85 arasında olanlardır.
3. En yaşlılar: Yaşları 85' in üzerinde olanlardır.

Emekli insan; çocukluk, gençlik ve olgunluk dönemlerini geride bırakmış, hayatın son dönemine yaşamıştır. Bu nedenle yaşlılık sendromu ile emeklilik sendromunu birlikte düşünmek gerekir. İstatistiklere göre 1900 yılından itibaren ortalama insan ömründe büyük artışlar olmuş, fakat maksimum ömür pek değişmemiştir. İnsan topluluklarında yaş ortalamasını artıran sebep, aşuların bulunması, antibiyotiklerin ve kan basıncını düşüren ilaçların kullanılması ve çocuk ölümlerinin azalması gibi tıbbi gelişmelerdir.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

Emeklilik döneminin ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunları ve bu sorunların emeklinin sağlığına ve davranışına olan etkileri bireyden bireye çok farklılıklar gösterir. Yani emekliliğe uyumun ölçüsü çeşitli etkenlere ve özellikle bireyin kişilik yapısına bağlıdır.

Emeklilikte Ekonomik Sorunlar

Emekli olanlar kurumlarından kıdem tazminatı veya emekli ikramiyesi adı altında bir gelir elde ederler. Bir kez alınan bu gelirin yeri önceden belirlenmiştir ve çoğunlukla hemen tüketilir. Bir de her ay verilen emeklilik maaşı vardır ki bu normal maaştan çok daha azdır. Yani emeklinin aylık geliri azalmakta ve emekli daha az parayla geçinmek zorunda kalmaktadır. Sonuçta daha önce var olan yaşama şartları bozulmakta, ekonomik boyut psikolojik ve sosyal boyutu etkilemektedir (5). Emeklilikle ilgili yapılan araştırma ve yazılan kitaplarda en çok ekonomik sorunlara yer verilmektedir (3, 5).

Emekliliğin olumsuz ekonomik etkilerini azaltmak için çok önceden tasarruf planları yapmak gerekir. Emekliliğe ekonomik

hazırlık şekli Batı ve Doğu toplumlarında az çok farklılıklar gösterir. Türkiye ve Pakistan dâhil doğu toplumlarında emeklilik için genelde emlak, altın ve diğer değerli metallere yatırım yapılır (6). Bankalarda açılan çeşitli hesaplar da emeklilikte ekonomik olumsuzlukları azaltmak içindir. Ancak, emeklilik öncesi aylık gelirleri asgari geçim şartlarını bile karşılamaktan uzak olanlar, emeklilik dönemine para ayıramazlar. Dünya ülkelerini gezip dolaşmak için para biriktirenlerin sayısı ise Batı toplumlarındakilere göre çok daha azdır.

Emeklilikte Sosyal Sorunlar

Emekliliğin balayı dönemi genelde ilk 3-6 aydır. "Emekli olunca bol bol uyurum, yakın ve uzak çevreyi gezerim, kitap okur, televizyon izlerim. Akraba ve arkadaşların iş yerlerini ziyaret ederim" diye hayal kuranlar bu balayı döneminde sermayeyi çabuk tüketirler. Sonra daha sıkıntılı dönem başlar. Çünkü emeklinin sosyal çevresi değişir. Sosyal statüsü düşer. Yakın ve uzak çevrenin gösterdiği saygı ve sevgi farklılaşır. İşinden, iş yaptığı mekândan ve arkadaşlarından uzaklaşır.

Çalıştığı kurumun lojmanında oturuyorsa emekli olurken lojmanı boşaltmak ve yeni bir ev ve yeni komşular edinmek gerekir. Oturulan mekândan ayrılmının doğuracağı stresi azaltmak için emekli olmadan en az bir yıl önce yeni ev bulma işini bitirmek gerekir. Emeklinin boş zamanı oldukça fazladır. Önceden planlanmamışsa boş zaman televizyon izlemekle bitmez. Evdeki hanımlar da genelde gündüzleri beylerini evde istemezler. Vakitlerini kahvehanelerde geçirmeye alışmış emekliler için iş kolaymış gibi görünse de sağlıklı olmayan ortamlarda uzun süre bulunma, yaşı ilerlemiş olan emeklileri bekleyen en önemli tehlikedir. Ortalama kadın ömrünün erkek ömründen fazla olması ve evliliklerde genelde erkelerin daha yaşlı olması, erkek eşte erken mortalite oranını artırmakta ve toplumdaki dul kadın oranının yükselmesine yol açmaktadır. Eşler arasında yaş farkının fazla olduğu toplumlarda bu tablo daha belirgindir. Geniş ailede hem emekli yaşlı erkek hem de yaşlı kadının evde kendilerine yer bulmaları kolay iken, çekirdek ailede bu aynı ölçüde kolay olmamaktadır. Bu konuda kırsal kesimdekiler genelde şehirdekilerden



İşverenler çalışanlarına emeklilik eğitimi verebilirler. Emeklilik öncesi ve sonrası verilen eğitim, emekliliğe uyumu kolaylaştırır. Emekli eğitiminde sadece ekonomik konular değil, sağlık, barınma, psikolojik ve sosyal konularda yer almalıdır. Bir kurum, çalışanlarıyla, emeklileriyle ve varsa mezunlarıyla bir bütündür. Her kurum emeklilerinin bir dernek altında birleşmelerini teşvik edebilir. İşveren kurum, emeklilerinin kurmuş olduğu derneğe maddi-manevi çeşitli destek sağlayabilir.

daha avantajlıdır. Emekliyi etkileyen en olumsuz duyguların başında bir işe yaramama ve yalnızlık duygusudur. Bir evde veya yaşlı bakım yurdunda yalnız kalmak, kimsenin haberi olmadan ölmek düşüncesi... Çocuksuz eşlerde bu duygu daha yaygındır.

Emeklilikte Psikolojik Sorunlar

Emeklilik, ona her yönüyle hazırlanmamış birey için tam bir yıkım olabilir. İnsanların toplum içindeki konumunu ve saygınlığını genelde icra ettikleri meslekleri belirler. Emeklilikte ise statü, saygınlık ve sosyal ilişkiler zayıflar (1). Emekli kendini "sudan çıkmış balık" gibi hissedebilir. Olumsuz duyguların başlayıp birikmesinde rol oynayan çeşitli etkenler vardır. Yaş, cinsiyet, kişilik yapısı, alışkanlıklar, yapılan işe ve iş çevresine olan bağlılık derecesi, aile yapısı ve sosyal destek bu etkenlerden bir kısmıdır.

Düşünce olarak emekliliğe hazır olmak çok önemlidir. Her yaşta yapılacak işler olduğunu bilmek gerekir. Çok ileri yaşlarda bile önemli başarılarla imza atmış ünlü insanlar vardır. Başarılı iş hayatından sonra emekli olan her insan, ileri yaşlarında üretken olanların hayatını inceleyip örnek almalıdır. Mimar Sinan "ustalık eserim" dediği Selimiye Camisi'ni 80'li yaşlarında iken yapmıştır. Ünlü Kalp

Cerrahi Michael DeBakey 90'lı yaşlarda mesleğini icra etmiştir (7). Ünlü Beyin Cerrahi Gazi Yaşargil, 90'lı yaşlarda aktif olarak mesleğini icra etmektedir. Almanya'da Arap-İslam Bilimleri Tarihi Enstitüsünü kuran, Türkiye'de İstanbul İslam Bilim ve Teknoloji Müzesinin kuruluşuna öncülük eden ünlü bilim adamı Prof. Dr. Fuat Sezgin 90'ı geçkin yaşına rağmen hala aktif olarak çalışmaktadır. Ünlü tarihçi Prof. Dr. Halil İnalcık, bilimsel çalışmalarını 100 yaşına kadar aktif bir şekilde sürdürmüştür. Winston Churchill dört ciltlik "İngilizce Konuşan Topluların Tarihi"nin yazılmasını tamamlarken 80'li yaşlarındaydı. Francis Crick, 88 yaşında kemoterapi alırken bile bilincin sırrını araştırıyordu. Akademide yöneticilik görevi yapan bazı bilim insanları emekli olduktan sonra klinik epidemiyoloji gibi farklı bir alanda eğitim alarak araştırmaya bu yeni alanda devam edebilmektedir (8). Bütün bu örnekler özellikle ilim alanında işi bırakma anlamında emekliliğin olmadığını gösterir. Tarihimiz incelendiğinde ilim ve sanatla uğraşanların -sağlıkları elverdikçe- çalışmaya, eğitmeye, öğretmeye devam ettikleri görülür.

İş hayatındaki durumunun ve rolünün bittiğini kabul edemeyenler emeklilik döneminden zevk alamazlar. O zaman emeklilik geçilmesi zor bir köprü, aşılması imkânsız bir yüce dağ olur. Emeklilikten

nefret başlar. Yalnızlık, işe yaramama, suçluluk ve öfke hissi uzun süre devam ederse depresyona zemin hazırlanmış olur. Uyanık kalınan zamanı zevk, sevinç, sevgi ve hoşnutluk gibi olumlu duygularla doldurmak gerekir. Emekli olan insanları psikolojik durumlarına göre üç gruba ayırmak mümkündür. Pozitif duyguları baskın olanlar, negatif duyguları baskın olanlar ve çoğunluğun bulunduğu ara bölge insanları (7). Ara bölge insanların da pozitif ve negatif duygular bir denge durumunu aramaktadır.

Negatif duygu ve düşünceler gün ve günler boyu düşünce alanını işgal ederse zamanla gen ekspresyonu etkileyebilir. Emekli geniş boş zamanını yararlı düşünce, yararlı iş, okuma, zihni üretim ve ibadetle doldurursa durum farklı olur. Yoksa emeklilikteki boşluğu olumsuz düşünce ve hayaller işgal eder. İçten gelen ve sürekli tekrarlanan olumsuz sosyal uyaranlar genlerin ifadesini değiştirebilir. Çalışması gereken genler susar; üretim yapmaması gerekenler üretime geçer. Ayrıca bu çok etkili uyaranlar uzun süreli potansiyasyona ve uzun süreli depresyona yol açabilir. Sonuçta beyin biyokimyası ve hücrelerin mikro çevresi değişir. Bu da davranışın değişmesine, aksamasına ve depresyon dâhil çeşitli psikolojik bozuklukların ortaya çıkmasına yol açar. Uzun süre tekrarlanan sosyokognitif uyaranların, zamanla çok etkili hala gelerek insan davranışını etkilemelerine "sosyal tutuşma" denir (9).

Ne Yapmalı?

Emekliliğin olumsuz ekonomik, sosyal ve psikolojik etkilerinden korunmak için bireye, emekli olunan iş yerine ve devlete düşen görevler vardır. Taraflar bu görevleri zamanında ve yeterince yerine getirdiklerinde sağlıklı ve huzurlu emeklilik yolları açılmış olur.

Emekli her şeyden önce hayatını planlamalıdır. Böylece hayat kitabının son bölümü de planlanmış olacaktır. Emeklilik fikrini benimsemek, düşünce bazında ona hazır olmak zamanın bir parçası haline gelmelidir. Erken emeklilik düşündüğünde, bu konuda aile, akraba ve arkadaşlarının görüşünü almalıdır. "Eğer plan yapmazsan, başarısız olmayı planlıyorsun demektir" (7). Yapılan plan ekonomik, sosyal ve psikolojik gidişi etkileyecektir. Emeklilik döneminde ekonomik sıkıntı çekmemek için israftan kaçınmak, uygun ölçüde tasarruf yapmak gerekir. Mümkünse emeklilik eğitimi alınmalıdır. Böylece ekonomik, sosyolojik ve psikolojik sorunlara karşı korunmanın bilimsel yolları öğrenilmiş olur. Gerektiğinde danışmanlık ve psikolojik destek hizmeti almayı ihmal etmemelidir. Olumsuz duygu ve düşüncelerin, sık ve uzun süre tekrarlandıklarında tehlikeli sonuçlar

doğuracağı bilinmelidir. Emekliliğe uyumu konu edinen kitapları okumalı ve konuyla ilgili bilgilendirici toplantılara katılmalıdır. Ailesi, yeni çevresi ve komşularıyla iyi ilişkiler kurmak için gayret etmelidir. Emekli derneklerine, gönüllü yardım kuruluşlarına üyelik önemlidir. Boş zamanını yeni iş ve yeni ilişkilerle doldurmalı; beden ve zihin sağlığını titizlikle korumalıdır. Yardım, kültür, bilim ve spor dernekleri ile ibadethaneler beden ve ruh sağlığının korunması bakımından çok önemlidir. Ancak emekli araştırmaya, eleştirmeye, hesap vermeye kapalı olan ve beyin yıkamayı metot edinen kişi ve kurumlardan uzak durmasını da bilmelidir.

Sağlıklı ve huzurlu bir emeklilik sistemi için işverene ait sorumluluk da vardır. İşverenler çalışanlarına emeklilik eğitimi verebilirler. Emeklilik öncesi ve sonrası verilen eğitim, emekliliğe uyumu kolaylaştırır. Emekli eğitiminde sadece ekonomik konular değil, sağlık, barınma, psikolojik ve sosyal konularda yer almalıdır. Bir kurum, çalışanlarıyla, emeklileriyle ve varsa mezunlarıyla bir bütündür. Her kurum emeklilerinin bir dernek altında birleşmelerini teşvik edebilir. İşveren kurum, emeklilerinin kurmuş olduğu derneğe maddi-manevi çeşitli destek sağlayabilir. Rehberlik ve danışmanlık hizmeti götürebilir (2, 10). Böyle bir dernekte yer alan emekli, hastalıkta-sağlıkta kendisini yalnız hissetmeyecek, eski dost ve arkadaşlarıyla sık sık bir araya gelme imkânı bulacak, olumsuz duygulardan ayrılacak ve yarına daha güvenle bakacaktır.

Devletin ilgili birimleri mevcut emeklilik politikasını gözden geçirerek zamanın ihtiyaçlarına göre yeni ve daha ileri bir emeklilik politikası oluşturmalıdır (10). Emekliliğe uyumu kolaylaştıracak hususları içerecek ve emeklilik sendromuyla başa çıkmayı sağlayacak prensiplerin yer alacağı yeni politika, insana verilen değerlerin yeni bir belgesi olacaktır. Devlet ve özel sektör, emeklilerinin ekonomik ve sosyal durumlarını yakından incelemeli, gözetmeli ve sürekli iyileştirmenin yollarını aramalıdır. Devlet emeklilerini yokluğa ve yoksulluğa terk etmemelidir. Bu, sosyal devlet olmanın bir gereğidir. Yurdumuzda emekli olacak ve emekli olmuş insanlara, emekliliğe uyum eğitimi verilmesi konusunda yeterli ve kapsamlı bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Yaşlılara yönelik bazı düzenlemelerin emeklileri de kapsayacak şekilde genişletilmesi ve ihtiyacı karşılayacak biçimde güncelleştirilmesi gerekir.

Özet olarak, emeklilik bir işte çalışanın hayatında yer alan, gelir, statü ve çevre değişikliğini içeren önemli bir dönemdir. Emekliliğin başta ekonomik, sosyal, psikolojik ve sağlık üzere çeşitli

boyutları vardır. Her insanın emekliliğe olan tepkisi aynı değildir. Emekliliği çok olumlu karşılayanların yanında çok olumsuz duygulara kapılanlar ve bu iki aşırı grup arasında kalanlar vardır. Gruplar arasındaki fark, kişilik yapısıyla ilgili olduğu kadar, zihnen emekliliğe hazır olup olmama, yaş, cinsiyet, emeklilik maaşı, işe ve iş çevresine olan bağlılık gibi çeşitli etkenlerle izah edilebilir. Emekliliği bir bitme ve tükenme değil, bir yeniden başlangıç olarak algılayıp, yaratılışın amacına uygun davranan insan, ömrün son bölümünden daha kazançlı çıkacaktır.

Kaynaklar

1) Şen, Y.F. (2015). *Emeklilik Döneminde Yaşanan Sorunlara Yönelik Bir Çözüm Önerisi: İkinci İşe Hazırlık Eğitimi ve Emeklilik Kulüpleri*. EKEV Akademi Dergisi Sayı: 64: s. 313-334.

2) Çakır, Ö. (2014). *Emekliliğin Psiko-sosyal Boyutu (1. Bölüm)*, s.1-4.

3) Nair, G. (2017). *Macroeconomic Aspects of Aging and Retirement of College and University Teachers*. Palgrave Macmillan, London, N1 9XW, United Kingdom.

4) Kandel, E. R., ve ark. (2012). *Principles of Neural Science*. 5. Baskı, McGraw-Hill, New York.

5) MacBride, A. (1976). *Retirement as a Life Crises: Myth or Reality?* Can. Psychiatr. Assoc. J. Vol 21.

6) Saeed, S., arwar, A. (2016). *Perception About Social and Financial Issues of Life After Retirement: A Case Study of Academic Staff of Public Sector Universities in Lahore Pakistan*. Cogent Business and Management. 3: 1-17.

7) Zai, H.M., (2016). *A Psychiatrist's Guide to Successful Retirement and Aging*. Rowman and Littlefield, London

8) Tannen, R.L. (2008). *The Afterlife for Retiring Deans and Other Senior Medical Administrators*. Clin J Am Soc Nephrol 3: 1875-1877.

9) Marangoz, C. (2016). *Sosyo-Kognitif Tutuşmanın Düşünce ve Davranış Kalıplarına Etkisi, (Düşünce ve Gelenek, Editörler: M.K.Ancan, M.Vural, M.E.Kala) Hece Yayınları, s.383-421.*

10) İpek, C. (2017). *Emeklilik Hayatında Uyum Sorunu ve Emeklilik Eğitimi*. Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (AEÜSBED), Cilt 3, Sayı 1, Sayfa 60-72.

Türkiye'deki hızlı demografik değişim

Prof. Dr. Meltem Gülhan Halil



Ankara Fen Lisesinden 1992'de mezun olmuştur. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olduktan sonra aynı üniversitede iç hastalıkları uzmanlığı ve geriatri yan dal uzmanlığı eğitimini almıştır. 2010'da doçent, 2015'te profesör olmuştur. Halen Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak çalışmakta ve aynı zamanda kurucu üyesi olduğu Akademik Geriatri Derneğinde Genel Sekreter olarak görev yapmaktadır.

Dünya nüfusundaki demografik değişimlere paralel olarak Türkiye'nin nüfus yapısı da değişmekte, yaşlı nüfus artmaktadır. Nüfus bilimcilerin uzun zamandır işaret ettiği bu durum başta sağlık, bakım ve sosyal hizmetler olmak üzere ülke politikalarının belirlenmesinde etkili olacaktır. Bu süreç geriatri biliminin öneminin artmasına neden olmuştur. Geriatri; 65 yaş ve üstü kişilerin öncelikle koruyucu hekimlik uygulamalarıyla sağlıklı yaşlanmalarını hedefleyen ayrıca bu yaş grubunun sağlık sorunları, akut ve kronik hastalıklarının tanı, tedavi ve takibini yapan; sosyal-fonksiyonel yaşamları ve yaşam kaliteleri ile ilgilenen bir bilim dalıdır. Geriatriğin öncelikli amaçları, yaşlının mevcut sağlığını korumak, hastalıklarının tedavi etmek, bağımsız olarak yaşamını sürdürmesine yardımcı olmak ve yaşam kalitesini yükselterek daha tatminkâr ve sağlıklı yaşamasına yardımcı olmaktır.

Ülkemiz nüfus sayısındaki değişimleri inceleyecek olursak; 1927'de yapılan Cumhuriyet Dönemi'nin ilk nüfus sayımında Türkiye nüfusunun 13,6 milyon olarak tespit edildiği, 2000'e gelindiğinde bu sayının 65 milyona, 2010'da 73 milyona, 2017'de 79 milyona çıktığı görülür. Doğurganlık hızı 1927 yılında 2,6 iken 2010'da 2,1'e düşmüştür. 2000 yılı ve sonrası Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerini incelemek süreci anlamak açısından faydalı olacaktır. TÜİK verilerine bakıldığında kaba ölüm hızı 2000'de binde 7,2 iken, 2016'de binde 5,3'dür. Kaba doğum hızı ise 2000'de binde 21,62 iken, 2016'da binde 16,5'dir.

Doğum ve ölüm oranlarındaki değişime göre Türkiye'deki demografik dönüşüm incelenecek olursa doğum teşvik ve doğum karşıtı politikaların izlendiği farklı dönemlerin olduğu görülür. Osmanlı İmparatorluğu'ndan 1945'lere kadar olan dönemde doğum teşvik politikalarının izlendiği görülmektedir. 1945-1965 tarihleri arasında da doğum teşvik politikaları izlenmiştir. 1960-1983 arası ilk doğum karşıtı dönem, 1983-2010 arası ikinci doğum karşıtı dönemdir. 2010 sonrasında yeniden doğum teşvik politikaları etkin olmaya başlamıştır. Nüfus piramitleri aracılığıyla değerlendirildiğinde bu dönemsel farklı politikaların etkisi görülmektedir. Yüksek doğurganlık seviyeleri olduğu zaman geniş tabanlı nüfus piramitleri gözlenirken doğurganlık hızı azaldıkça nüfus piramidinin tabanı giderek daralır. Türkiye nüfus piramitleri incelendiğinde, 1935-1975 arası izlenen geniş tabanlı piramitlerin 1980 sonrası tabanı giderek daralan yapıya dönüştüğü görülmektedir.

Nüfus artış hızını ve nüfusu etkileyen temel iki parametre, doğum ve ölüm hızlarıdır. Kaba doğum oranı (hızı) belirli bir yıl ve bölgede gerçekleşen canlı doğum sayısının yıl ortasındaki toplam nüfusa bölünmesidir. Kaba ölüm oranı (hızı) ise bir yıl ve bölgede gerçekleşen ölü sayısının yıl ortasındaki toplam nüfusa bölünmesiyle bulunur. Demografik Dönüşüm Kuramı'na göre ilk aşamada doğurganlık ve ölüm hızları yüksektir, daha sonra ölüm hızları düşmeye başlar, son aşamada hem doğurganlık hem ölüm hızları düşüktür. Hacettepe Nüfus Etütlerinden bir grup araştırmacının 2010'da yayınladığı,

Türkiye'deki demografik dönüşümü inceleyen bir çalışmaya göre Türkiye Demografik Dönüşüm Kuramı'nda sözü edilen üçüncü aşamaya gelmiştir. Buna göre ülke nüfusumuz ilk aşamada görülen, yüksek doğurganlık ve ölüm hızlarına sahip genç bir nüfus olmaktan çıkmış, doğurganlık ve ölüm hızlarının düşük olduğu, giderek yaşlanan bir nüfus haline gelmiştir. Doğum ve ölüm hızlarının yüksek olduğu birinci aşamanın Türkiye'de 1923-1955 arası gerçekleştiği düşünülmektedir. 1955-1985 arası olan ikinci aşamada doğum ve ölüm oranlarının her ikisinde de azalma vardır ama ölüm hızındaki azalma çok daha fazladır. 1985 yılından sonra üçüncü aşamaya geçildiği düşünülmektedir. Bu süreçte doğum hızında da belirgin düşüş gerçekleşmiştir. Doğum ve ölüm hızları birbirine paralel seyretmiştir. Bu dönemde nüfus önceki evrelere kıyasla az da olsa artmaya devam etmektedir. Sağlık ve sosyoekonomik alandaki gelişmeler bu demografik dönüşümde etkili olmuştur. Bazı görüşlere göre demografik değişimin dördüncü evresi de vardır, sanayileşme sonrası dönem de denmektedir. Buna göre Türkiye bu evrededir, bu dönemin en büyük özelliği nüfusun çok az artışla, neredeyse durağan hale gelmesidir.

Ülkemizde gerçekleşen bu demografik dönüşüm sürecinin seyri bölgelere göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin doğum hızı 19. yüzyıldan itibaren İstanbul'da düşmeye başlamıştır. 2008'de, Türkiye'de doğum hızı en yüksek bölge % 27,2 ile Güney Doğu Anadolu bölgesidir. En düşük ise, %11,6 ile Batı Marmara'dır. Türkiye'nin doğu-

sundan batısına farklılıklar olsa da tüm bölgelerde doğurganlık hızı düşmüştür. Türkiye'deki hızlı demografik değişimin sonucu yaşlıların toplam nüfus içindeki oranının artması ve beklenen yaşam süresinin uzamasıdır. TÜİK verilerine göre doğuda beklenen yaşam süresi 2013 yılında 78 yıla uzamıştır. Bu süre kadınlarda 80,7 erkeklerde ise 75,3'tir. Yaşlı nüfus oranları incelenecek olursa; 0-14 yaş grubunun oranı 1935'de %41,2 iken 2000'de %29,8 olmuş 2016 yılında %23,7'ye gerilemiştir. 15-64 yaş grubu ise 1935'de %54,4 iken 2000 yılında %64,5 olmuş, 2016 yılında %68'e çıkmıştır. Geriatrik yaş grubu olarak adlandırılan 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı ise 1935'de %3,9 iken 2000'de %7'e çıkmış, 2016 yılında %8,3'e ulaşmıştır ve bu oranın önümüzdeki yıllarda daha da artması beklenmektedir.

Ülkemizdeki yaşlı nüfusun artması, bundan sonraki süreçte sağlık profesyonellerinin yaşlılarda sık görülen hastalıklarla (hipertansiyon, diabetes mellitus, osteoporoz, kronik obstrüktif akciğer hastalığı-KOAH, kanser gibi) ve geriatrik sendromlarla (demans, depresyon, delirium, düşme, inkontinans, malnütrisyon, sarkopeni, bası yarası, polifarmasi gibi) daha sık karşılaşmasına neden olacaktır. TÜİK verilerine bakıldığında yaşlı grupta en sık ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler sistem hastalıkları, kanser ve solunum sistemi hastalıkları yer almaktadır. Özellikle yaşlı nüfusumuzdaki hipertansiyon ve diabetes mellitus oranlarının yüksek olması kardiyovasküler hastalık prevalansının ve bunlara bağlı morbidite ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda sağlık politikalarının belirlenmesinde kronik hastalıkların kontrolünün sağlanması, erken tanı ve tedavi etkili olacaktır. Demografik dönüşümün son evrelerinin özelliği dejeneratif hastalık sayısının artmasıdır. Progresif bir hastalık olması nedeniyle, hem tedavi maliyetini hem de bakım verenlere iş yükünü artırması açısından yaşlı grupta demans önemli bir hastalıktır. Özellikle Alzheimer tipi demans hasta sayısı giderek artmaktadır. Hastalığın hem kendisi hem de eşlik eden depresyon, deliryum, üriner ve fekal inkontinans ve malnütrisyon gibi sorunlar bağımlılık oranlarını ve bakım yükünü artırmaktadır. Bu nedenle demans hastalarının erken dönemde tanınması, sonraki tedavi ve bakım süreçlerinin planlanması önem arz etmektedir. Benzer şekilde birçok kanser tipinin prevalansı da yaşla birlikte artmaktadır. Bu nedenle kanser tarama programlarının da bu grupta etkin bir şekilde uygulanması gerekmektedir. Koruyucu hekimlik uygulamaları geriatrinin en önemli alanlarından biridir. Bu bağlamda kronik hastalıkların kontrolü, kanser tarama programları, yaşlılara uygun aşı programlarının uygulanması,



düşme ve kırıkların önlenmesi, uygun beslenme ve egzersiz programlarının önerilmesi önemli yer tutmaktadır. Yaşlılar en çok ilaç kullanan hasta grubudur. Bu nedenle polifarmasinin önlenmesi ve akılcı ilaç kullanımı Geriatriğin temel hedeflerinden biridir.

Sonuç olarak; ülkemiz nüfusu hızlı bir demografik değişim göstermiştir. Bu değişimin en önemli sonucu yaşlı nüfus oranının giderek artması olmuştur. Demografik değişimlerin en önemli etkisi başta sağlık olmak üzere ülke politikalarının belirlenmesi üzerine olacaktır. Bu nedenle yaşlı nüfusun sağlık ve sosyoekonomik sorunlarının belirlenmesi, bakım planlarının yapılması ve bu grupta ilgilenen geriatristlerin sayısının artırılarak kapsamlı interdisipliner geriatrik değerlendirmenin gerekliliğinin vurgulanması önem taşımaktadır.

Kaynaklar

Galor O. *The Demographic Transition: Causes and Consequences. Cliometrica.* 2012;6 (1):1-28. doi:10.1007/s11698-011-0062-7.

İ. Koç, M. A. Eryurt, T. Adalı, P. Seçkiner *Türkiye'nin Demografik Dönüşümü, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü Yayını, 2010.*

www.akademikgeriatri.org (Erişim Tarihi: 01.10.2017)

www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist (Erişim Tarihi: 1.10.2017)

Ülkemizdeki yaşlı nüfusun artması, bundan sonraki süreçte sağlık profesyonellerinin yaşlılarda sık görülen hastalıklarla (hipertansiyon, diabetes mellitus, osteoporoz, kronik obstrüktif akciğer hastalığı-KOAH, kanser gibi) ve geriatrik sendromlarla (demans, depresyon, delirium, düşme, inkontinans, malnütrisyon, sarkopeni, bası yarası, polifarmasi gibi) daha sık karşılaşmasına neden olacaktır.

Demografik değişimle ilgili hastalık yükü

Prof. Dr. Mehmet Akif Karan



1984 yılında İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1986-1990 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalında uzmanlık eğitimi tamamlayan Karan, 2000 yılında İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalında Geriatri Bilim Dalının kuruluşu ile görevlendirilmiştir. 2010-2015 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği görevinde bulunmuştur. Halen aynı kurumda Geriatri Bilim Dalı öğretim üyesidir.

Türkiye İstatistik Kurumunun adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçlarına göre Türkiye nüfusunda 65+ yaşında olanların oranı 2016 yılı için %8,3'e ulaşmıştır. 2000 yılında %6,7 olan yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir (1). Bir toplumun nüfusunda 65+ yaşındakilerin oranı %7'nin altındaysa genç, %14'ün üzerinde ise yaşlı bir toplum yapısından söz edilir. Ülke nüfusumuzun hızla yaşlandığını, artık "genç" bir nüfusa sahip olmadığımızı söyleyebiliriz. Yaşlılık dönemi mortalitenin arttığı, kronik hastalık sayısının arttığı, multimorbidite/komorbiditenin söz konusu olduğu, sağlık bakım ihtiyacının arttığı, bağımlılık oranını yükseldiği, ekonomik güçlüklerin belirgin olduğu, yalnızlık sorununun bulunduğu ve kadın oranının fazla olduğu bir dönemdir. Günlük uygulamada yaşlılarla ilgili en çok karşılaşılan konular multimorbidite/komorbidite, polifarmasi, kognitif bozukluklar ve depresyon, üriner ve fekal inkontinans, malnütriyon, kronik ağrı, sarkopeni ve düşmeler, bası yaraları, ihmal ve istismar, koruyucu hekimlik uygulamaları, terminal dönem sorunları, yaşlı sürücülerle ilgili konular, kısa ve uzun dönem bakım, hospisler ve palyatif bakım ile etik ve yasal konulardır. Yaşlanan toplumda genellikle kronik seyirli ve birden fazla hastalığı bulunanların sayısı artmaktadır. Yaşlılık dönemi kronik hastalıklarla mücadele dönemi olarak da kabul edilebilir. Bu durum bireyin yanı sıra aile ve sosyal çevresini de etkiler; hastalıkların tedavisi ve bakımı daha çok zaman alır, fiziksel

ve ruhsal enerjiyi tüketir, hatta yaşam biçiminde önemli değişikliklere yol açar (2). Birden fazla hastalığın aynı hastada bulunması tedavilerde karmaşıklığa ve karmaşaya neden olabilir, hekimler ve sağlık personeli için ayrı bir dikkat, bilgi ve beceri gerektirir. Toplum açısından sosyal, tıbbi ve maddi bir yük olup, verimlilikte azalma ve üretim kaybına neden olur (3).

Önümüzdeki yıllarda kronik, bulaşıcı olmayan hastalıkların korunma, yönetim ve tedavileri tıbbın majör konularından olacaktır (4, 5). 2002 yılında tüm dünyadaki ölümlerin %59'u kronik, bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle gerçekleşmiştir ve 2030 yılında bu oranın %66'ya çıkacağı tahmin edilmektedir (6). Gelişmiş ülkelerde bu nedenle görülen ölümlerin oranı %86'ya ulaşmaktadır. Avustralya'da hastalık ve yaralanma yükünün %80'inin kronik, bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklandığı bildirilmiştir. 2004 yılında Avustralyalıların %77'sinde en az 1 kronik hastalık mevcuttu, yaşlıların ise %80'inden fazlasında 3 veya daha fazla kronik hastalık, 1,4 milyonunda (yaşlı nüfusun %56'sı) kronik hastalıklarla birlikte günlük yaşamlarını kısıtlayan en az bir çeşit disabilite mevcuttu (4). Bununla birlikte, hem yaşlılıkla ilgili sorunlar hem de kronik hastalıklar sanıldığı gibi ağırlıklı olarak gelişmiş ülkelerin sorunu değildir. Dünyadaki yaşlıların yaklaşık %60'ı daha az gelişmiş ülkelerde yaşamaktadır ve yine kronik nedenlere bağlı ölümlerin yüzde 80'den fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Kalp ve damar hastalıkları ve diyabete bağlı ölümlerin yüzde 80'inden fazlası,

kronik obstrüktif akciğer hastalıklarına bağlı ölümlerin yüzde 90'ından fazlası, kanser ölümlerinin üçte ikisinden fazlası gelişmekte olan ülkelerdedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar aynı zamanda erken ölümlere yol açmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin yüzde 29'u 60 yaş altında iken, gelişmiş ülkelerde bu oran yüzde 13 olarak saptanmıştır (7, 8). Sağlığa ayrılan kaynakların daha da kısıtlı olduğu bu ülkelerde, yaşlanma ile ilgili sorunlar ve kronik hastalıklar sistem üzerinde daha da önemli bir yük oluşturmaktadır. Kronik hastalıklar ve disabilitenin katastrofik sosyoekonomik etkileri mevcuttur. Tüm dünyada sosyoekonomik şartlar bozuldukça sağlık durumunun kötüleştiği, hastalıklar nedeniyle ölüm oranlarının arttığı bilinen bir gerçektir. OECD ülkelerinde sakat her 10 kişiden 3'ünün fakirlik sınırının altında yaşadığı bildirilmektedir. Kronik hastalıkların makroekonomik etkileri bir yandan doğrudan sağlık harcamalarına, diğer yandan dolaylı etkiler (üretim kaybı, erken ölümler) ve psikososyal olumsuzluklara neden olmasına bağlıdır. Mikroekonomik yükleri ise kişilerin ve ailelerin üzerine olan etkilerine bağlıdır: parasal sıkıntılar, ruh ve beden sağlığının bozuk olması, disabilite, fakirlik, vb. (4).

Multimorbidite yaşla yaygınlaşmaktadır (9, 10), genel pratikte 10-19 yaşında sıklığı %10 iken 80 yaş üzerinde %78'e çıkmaktadır (3). Yaşı 65'in üzerinde olanların en az 3 kronik hastalığı bulunduğu, hatta önemli bir kısmında 5'ten fazla kronik hastalık bulunduğu bildirilmektedir (11). Kronik komorbid hastalıklar yaşlıların



linik tablosunu olumsuz etkiler, semptomları alevlendirir, tedavinin etkinliğini azaltır. Çağdaş tıbbın komorbid hastalıkları olan bireylerin klinik durumunu tanımlamak üzere yeni tanısal araçlar geliştirmesi ve terminolojiyi düzenlemesi gerektiği görülmektedir. Birçok kronik hastalığı olan bireylere yaklaşım ancak iç hastalıklarının ilgilendiği bir alandır (12). Geriatri biliminin çalışma disiplini ve çok yönlü geriatrik değerlendirme uygulamaları bu amaçlara ulaşmak üzere ortaya çıkmıştır. Diğer yandan multimorbidite genel pratisyenlik için de önemlidir çünkü birçok uzmanlık dalı bir veya birkaç organ sistemine yönelmekteyken, genel pratisyenler daha geniş bir hastalık grubu ile uğraşmak zorundadırlar ve bu konuda bilgi ve becerilerini geliştirmeleri gerekir. Yaşlılarda sık rastlanan, farklı nedenlere bağlı olarak gelişebilen, birbirlerini etkileyen farklı fizyopatolojik mekanizmaların sorumlu olduğu ortak klinik tablolara “geriatrik sendromlar” denilir. Klinisyen için bu tanımlar önemlidir çünkü bir taraftan hangi nedenleri arayacaklarını bilirler, diğer taraftan nedeni ararken tedaviyi yönlendirebilirler. Bu sendromlar arasında kırılabilirlik, deliryum, demans, düşmeler, uyku bozuklukları, baş dönmesi, senkop, bası yaraları, enkontinans yer alır; bu liste genişletilebilir (13).

Ulusal Hastalık yükü

Ulusal Hastalık Yükü 2013 çalışmasına göre Türkiye’de 2000 yılına göre toplam hastalık yükü %4,4 azalma göstermiştir (14, 15). Bu durumu belirleyen 2 ana

faktör dikkati çekmektedir: Birincisi; bulaşıcı hastalıklar, anne, yenidoğan ve beslenmeyle ilgili hastalıklara bağlı olarak 1 ve 5 yaş altı ölümlerin azalması bu düşüşteki en önemli etmendir. İkincisi; zıt bir faktör olarak, bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı morbidite artışı: Diğer gelişmiş ülkeler gibi Türkiye de, iskemik kalp hastalığı, bel ve boyun ağrısı, diyabet, ruhsal hastalıklar (depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları) gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların artan etkisi ile karşı karşıyadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların artışındaki en önemli etkenler tütün kullanımı (aktif ve pasif), yüksek beden kitle indeksi (BKİ) ve beslenmeyle ilgili riskler olarak ortaya çıkmaktadır.

Engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı (DALY: “Disability Adjusted Life Year”) toplamda 2000 yılında 19,2 iken 2013’te 18,4’e inmiştir ancak bulaşıcı olmayan hastalıklar için 13’ten 14,8’e çıkmıştır. 2000-2013 arasındaki ilk 25 DALY nedeni arasındaki değişime bakıldığında iskemik kalp hastalıkları birinci sıradaki yerini korumaktadır. Bel ve boyun ağrıları 4. sıradan 2. sıraya; kronik obstrüktif akciğer hastalığı 7’den 3. sıraya, diyabet 10’dan 4. sıraya; konjenital anomaliler 2’den 5. sıraya; serebrovasküler hastalıklar 5’te 6. sıraya; trakea, bronş ve akciğer kanserleri 9’dan 7. sıraya; depresif bozukluklar 11’den 8. sıraya yer değiştirmiştir. Diğer nedenler sıklık sırası ile trafik kazaları, erken doğum komplikasyonları, migren, deri ve subkutanöz hastalıklar, demir eksikliği anemisi, duyu organı hastalıkları, Alzheimer hastalığı ve diğer demanslar, madde kullanım bozuklukları, kronik

Kronik komorbid hastalıklar yaşlıların klinik tablosunu olumsuz etkiler, semptomları alevlendirir, tedavinin etkinliğini azaltır. Çağdaş tıbbın komorbid hastalıkları olan bireylerin klinik durumunu tanımlamak üzere yeni tanısal araçlar geliştirmesi ve terminolojiyi düzenlemesi gerektiği görülmektedir. Birçok kronik hastalığı olan bireylere yaklaşım ancak iç hastalıklarının ilgilendiği bir alandır. Geriatri biliminin çalışma disiplini ve çok yönlü geriatrik değerlendirme uygulamaları bu amaçlara ulaşmak üzere ortaya çıkmıştır.



Ülkemizde yaşlıların sayısı ve nüfus oranı giderek artmaktadır. Özellikle 1-5 yaş ölümlerindeki azalmanın etkisi ile toplam hastalık yükünün azalmasına karşılık, bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşturduğu kronik hastalık yükü artmaktadır. Yaşlı grupta multimorbidite, polifarmasi, malnütrisyon ve sarkopeni, kırılmalık, üriner inkontinans, düşmeler, demans, vb. geriatric sendromlar ayrı bir dikkat ve yaklaşım gerektirir. Sağlık eğitiminde ve sağlık politikalarının geliştirilmesinde bu durumlar göz önüne alınmalıdır.

böbrek hastalıkları, alt solunum yolu enfeksiyonları, diğer iskelet-kas sistemi hastalıkları, diğer kardiyovasküler sistem hastalıkları, anksiyete bozuklukları, diğer neonatal hastalıkları, mide kanseri, epilepsi ve diğer hastalıklar olarak devam etmektedir. Alzheimer hastalığı ve diğer demans tiplerinin 23'ten 15. sıraya; diğer iskelet-kas sistemi hastalıklarının 29'dan 19. sıraya; kronik böbrek hastalıklarının 25'ten 20. sıraya; mide kanserinin 30'dan 23. sıraya yükselmesi dikkati çekmektedir (14).

Çalışmanın dikkat çeken bir sonucu da kadın ve erkekler arasında öncelikli risk faktörlerinin farklılaşmakta olduğunu gözlenmesidir. İlk 10 risk faktörü gözden geçirildiğinde, erkeklerde birinci sıradaki risk faktörü tütün kullanımıdır (aktif veya pasif). Bunu beslenmeyle ilgili risk faktörleri, yüksek BKİ, yüksek sistolik kan basıncı, yüksek açlık kan şekeri, yüksek total kolesterol, alkol ve madde kullanımı, hava kirliliği, mesleki riskler, yetersiz fiziksel aktivite izlemektedir. Kadınlarda ise birinci sırayı yüksek BKİ almaktadır. Bunu sırasıyla beslenmeyle ilgili riskler, yüksek sistolik kan basıncı, yüksek açlık kan şekeri, tütün kullanımı (aktif-pasif), çocuk ve annede malnütrisyon, yetersiz fiziksel aktivite, yüksek total kolesterol, alkol ve madde kullanımı, hava kirliliği izlemektedir (14).

Yaşlılarda Sık Rastlanılan Hastalıklar

Yaşlılarda en sık görülen kronik hastalıklar (sırasıyla erkekler ve kadınlarda oranları verilmiştir) hipertansiyon (%54-61), hiperlipidemi (%44-46), iskemik kalp hastalığı (%36-27), artrit (%22-35), DM (%29-27), kalp yetersizliği (%16-16), kronik böbrek yetersizliği (%16-14), depresyon (%10-17), KOAH (%12-11), Alzheimer hastalığı (%9-13), atriyal fibrilasyon (%9-7), kanser (%9-7), osteoporoz (%0-11), astma (%3-6) ve inmedir (%4-4) (16). Türkiye'de yaşlılarda hipertansiyon sıklığı %60'ın üzerinde, DM sıklığı ise kadınlarda %40, erkeklerde %30'lar düzeyindedir (17). Diğer bazı kronik hastalıkların ülkemizde sırasıyla erkek ve kadınlarda 65-74 yaşlarındaki sıklığı ise hiperkolesterolemi (%33-52), obezite (%20-49), metabolik sendrom (%28-66), iskemik kalp hastalığı (%18-9), KOAH (%11-8) olarak bildirilmiştir (18).

Son yıllarda sıklığı çok artmakta olup önemli bir halk sağlığı sorunu olan diyabete özellikle dikkat çekmek gerekir. Dünya genelinde 1980 yılında 108 milyon olan 18 yaş üzeri diyabetli sayısı, 2014 yılında 422 milyona ulaşmıştır. Diyabet prevalansı, orta ve düşük gelirli ülkelerde, gelişmiş ülkelere

göre daha yüksektir (19). 1997-1998 yıllarında gerçekleştirilen "Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması"nın (TURDEP-I) sonuçlarına göre, ülkemizde tip 2 diyabet (T2DM) prevalansı %7,2 bulunmuştur (20). 2010 yılında aynı merkezlerde, aynı yaş grubunda ve aynı yöntemle yapılan TURDEP-II çalışmasında ise diyabet prevalansının %13,7'ye yükseldiği, dolayısı ile Türkiye'de diyabetin %90 oranında arttığı tespit edilmiştir (17). O tarihte 6,5 milyon olarak hesaplanan diyabetli nüfusumuzun, eğer aynı çalışmayı bugünkü nüfus dağılımına göre yapmış olduğumuzu varsayarsak 8 milyonu geçmiş olması muhtemeldir (21). Bu sonuçlar, ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü (WHO 2016) ve Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) tarafından, yirmi yıl sonrası için öngörülen rakamlara hızla yaklaştığımızı göstermektedir, Türkiye'de diyabetin artış hızı, dünya ve Avrupa genelinin üzerindedir (22-24).

Yaşlı hastalarda 1'den fazla hastalığın birlikte bulunmasının önemli bir sorun olduğundan bahsetmiştik. Bizim çalışmalarımızda kronik hastalık sayısını toplum içinde yaşayan erkeklerde 2,6±1,5, toplum içinde yaşayan kadınlarda 2,8±1,3; bakımevinde kalan erkeklerde 3,7±1,8, bakımevinde kalan kadınlarda 3,7±1,7; hastanedeki yaşlılarda 6±2 bulduk. Aynı şekilde kullanılmakta olan ilaç sayısını toplum içinde yaşayan erkeklerde 4,5±3,2, toplum içinde yaşayan kadınlarda 4,8±2,0; bakımevinde kalan erkeklerde 7,5±4,2, bakımevinde kalan kadınlarda 6,5±3,3; hastanedeki yaşlılarda 3±2 bulduk. Malnütrisyon riski ve malnütrisyon sıklığı ise toplum içinde yaşayan erkeklerde %26,7-6,9, toplum içinde yaşayan kadınlarda %28,7-10,4; bakımevinde kalan erkeklerde malnütrisyon sıklığı %8,9, kadınlarda ise %11,3 idi (25-28).

Yaşlılarda demografik özellikler, fonksiyonel durum ve mevcut hastalıklarına göre sağkalm tahminleri yapılabilir. Lee ve ark.nın önerdiği "Yaşlılarda 4 yıllık mortaliteyi gösteren prognostik indeks"te yaş, cinsiyet, komorbid hastalıklar (diyabete, kanser, akciğer hastalıkları, kalp yetersizliği, BKİ<25 kg/m² olması, sigara içiyor olmak), fonksiyonel özellikler (banyo yapabilmek, parasal işleri yürütebilme, birkaç yüz metre yürüyebilme, ağır cisimleri çekebilme/itebilme) değerlendirilerek 4 yıllık mortalite oranı belirlenmektedir (29). Biz de bir çalışmamızda toplumda yaşayan bir grup yaşlının ortalama 40±25 aylık takibinde, mortalite ile ilgili faktörler olarak ileri yaş (HR:1.10), erkek cinsiyet (HR:1.68), düşük günlük yaşam aktiviteleri skoru (HR:1.22), diyabet varlığı (HR: 2.64) ve demans varlığını (HR: 1.51) gözlemedik (30).

Sonuç

Sonuç olarak, ülkemizde yaşlıların sayısı ve nüfus oranı giderek artmaktadır. Özellikle 1-5 yaş ölümlerindeki azalmanın etkisi ile toplam hastalık yükünün azalmasına karşılık, bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşturduğu kronik hastalık yükü artmaktadır. Yaşlı grupta multimorbidite, polifarmasi, malnütrisyon ve sarkopeni, kırılabilirlik, üriner inkontinans, düşmeler, demans, vb. geriatrik sendromlar ayrı bir dikkat ve yaklaşım gerektirir. Sağlık eğitiminde ve sağlık politikalarının geliştirilmesinde bu durumlar göz önüne alınmalıdır.

Kaynaklar

- 1) www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist (Erişim Tarihi: 30.03.2017).
- 2) Knottnerus JA, Metsmakers J, Hoppener O, Limonard C: *Chronic Illness in The Community and The Concept of "Social Prevalence."* *Fam Pract* 1992;9:15-21.
- 3) Van den Akker M, Buntinx F, Metsmakers JF, et al: *Multimorbidity in General Practice: Prevalence, Incidence, and Determinants of Co-occurring Chronic and Recurrent Diseases.* *J Clin Epidemiol* 1998;51:367-75.
- 4) Jeon YH, Essue B, Jan S, et al: *Economic Hardship Associated with Managing Chronic Illness: A Qualitative Inquiry.* *BMC Health Services Research* 2009;9:182-92.
- 5) *World Health Organization: Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action: Global Report.* Geneva: World Health Organization; 2002.
- 6) Mathers C, Loncar D: *Updated Projections of Global Mortality and Burden of Disease, 2002-2030: Data Sources, Methods and Results.* Geneva: World Health Organization (Evidence and Information for Policy Working Paper); 2005.
- 7) WHO. *Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment: WHO Global Report.* 2005. Geneva, World Health Organization.
- 8) WHO. *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010.* 2011. Geneva, World Health Organization.
- 9) Schellevis FG, Velden J, Lisdonk E, et al: *Comorbidity of Chronic Diseases in General Practice.* *J Clin Epidemiol* 1993;46: 469-73.
- 10) Metsmakers JFM, Hoppener P, Knottnerus JA, et al: *Computerized Health Information in The Netherlands: A Registration Network of Family Practices.* *Br J Gen Practice* 1992;42:102-6.
- 11) Boyd CM, Darer J, Boulton C, et al. *Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients with Multiple Comorbid Diseases: Implications for Pay for Performance.* *JAMA* 2005; 294: 716-24.
- 12) Panaszek B, Machaj Z, Bogacka E, Lindner K: *Chronic Disease in the Elderly. A Vital Rationale for The Revival of Internal Medicine.* *Pol Arch Med Wewn* 2009;119:248-54.
- 13) *Geriatric Syndromes.* In "Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology". Eds: Halter JB, Ouslander JG, High KP, Asthana S, Supiano MA, Ritchie C. McGraw Hill Education, NewYork. 2017; p: 712-863.
- 14) *Ulusal Hastalık Yükü Çalışması (Sağlık Bakanlığı,*

Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etüdüleri Enstitüsü) 2013.

15) *Ulusal Hastalık Yükü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri 2017 (Toplantı Sunuları),* 18 Nisan 2017, Hacettepe Üniversitesi.

16) Swenor B, Guralnik JM, Ferrucci L: *Demography and Epidemiology.* In "Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology". Eds. Halter JB, Ouslander JG, Studenski S, et al. McGraw Hill Education- China 2017. Pp: 89-115.

17) Satman I, Tütüncü ÖB, Kalaça S, et al. *Twelve-year Trends in The Prevalence and Risk Factors of Diabetes and Prediabetes in Turkish Adults.* *Eur J Epidemiol* 2013; 28(2): 169-80.

18) Ünal B, Ergör G. *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörlerinin Sıklığı Çalışması 2013.* Sağlık Bakanlığı Yayını; Anıl Matbaa Ltd. Şti. Ankara, 2013.

19) WHO (World Health Organization). 2016. "Global Report on Diabetes, Geneva, 2016." apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf. (Erişim Tarihi: 20.04.2017)

20) Satman I, Yılmaz T, Sengül A, et al: *Population-based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP).* *Diabetes Care* 2002;25:1551-6.

21) TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). "Yıllara, Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus, Genel Nüfus Sayımları-ADNKS", www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist. (Erişim Tarihi: 6.05.2017).

22) *Diabetes Atlas.* 2003. Brussels: International Diabetes Federation, World Diabetes Foundation.

23) *Diabetes Atlas.* 2006. Brussels: International Diabetes Federation.

24) *Diabetes Atlas.* 2009. Brussels: International Diabetes Federation.

25) Bahat G, Tufan F, Bahat Z, et al. *Assessments of Functional Status, Comorbidities, Polypharmacy, Nutritional Status and Sarcopenia in Turkish Community-dwelling Male Elderly.* *Aging Male* 2013;16(2):67-72.

26) Bahat G, Tufan F, Bahat Z, et al. *Comorbidities, Polypharmacy, Functionality and Nutritional Status in Turkish Community-dwelling Female Elderly.* *Aging Clin Exp Res* 2014; 26(3):255-9.

27) Bahat G, Tufan F, Saka B, et al. *Which Body Mass Index (BMI) is Better in The Elderly for Functional Status?* *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;54(1):78-81.

28) Saka B, Kaya O, Ozturk GB, Erten N, Karan MA. *Malnutrition in The Elderly and its Relationship with Other Geriatric Syndromes.* *Clin Nutr* 2010;29(6):745-8.

29) Lee SJ, Lindquist K, Seegal MR, Covinsky KE. *Development and Validation of a Prognostic Index for 4-year Mortality in Older Adults.* *JAMA.* 2006;295(7):801-8.

30) Bahat G, Tufan F, Bahat Z, et al. *Observational Cohort Study on Correlates of Mortality in Older Community-dwelling Outpatients: The Value of Functional Assessment.* *Geriatr Gerontol Int* 2015;15(11): 1219-26.

Yaşlılığın psikolojisi

Prof. Dr. Mustafa Bilici



1965 yılında doğdu. İlk ve orta öğrenimini Adana'da tamamladı. 1990 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Uludağ Üniversitesinde tamamladığı psikiyatri uzmanlığının ardından (1995), KTÜ'de doçent (2000), Medipol Üniversitesinde profesör oldu (2012). 2003-2005 yılları arasında İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesinde çalıştı. 2005'te Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine kurucu başhekim olarak atandı. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde görev yapan Bilici'nin çalışma alanları, biyolojik psikiyatri ve uyku bozukluklarıdır. Dr. Bilici evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Dedemle; 2002 yılında, 102 yaşında, ölmeden önceki son on yılında, sıkça oturup sohbet etmeye çalışmam ve bir dönem çalıştığım hastanede geropsikiyatri polikliniği kurup yürütmem, yaşlıların psikolojisi ve psikopatolojisine ilgi duymamda önemli etkenler olabilir. Meseleye “Yaşlı kimdir?” sorusuyla başlamak yaşlılığın psikolojisini anlamamızı kolaylaştırabilir. Fakat daha işin başında insanların yaşlı olarak kabul edilebileceği net bir yaşın olmadığını da belirtmemiz gerekiyor. Bu belirsizliğin temelinde biyolojik ve sosyokültürel etmenlerin neler olduğunun net olmayışı önemli rol oynamaktadır. 65 yaşın üstündeki kişilerin yaşlı kabul edilmesi 1880’li yıllarda Almanya’da, Bismarck’a dayanırılır. Daha sonra ABD’de, bu rakam, sosyal güvencelerden bütünüyle faydalanma yaşının altmış yediye yükseltilmesiyle yeni bir boyut kazanmıştır. Günümüzde nüfusun yaş ortalamasının yükselmesi ve ölüm yaşının ileri gitmesi nedeniyle yaş sınırıyla ilgili tartışmalara yeni boyutlar eklenmiştir.

Ancak net bir gerçek var ki, insan yaşadıkça bedensel ve ruhsal olarak değişime uğramaktadır. Bu değişim genel olarak bir “kayıp” olarak yaşanmaya başladığı anda, kişi kendini yaşlı olarak hissetmeye başlar. Dikkat edilirse bu ifadede yaşlılığın hissedilen bir durum, dolayısıyla da öznel yönünün önemli olduğunu düşündürür. Bedensel olarak ilk kayıp bulgularının görme duyusunda ortaya çıkması ilginçtir. Yaşlanan kişinin gençliğine göre görme keskinliğinde azalmanın olması, küçük yazıları okumakta zorlanması, ipliği iğneye geçirmeyi bir türlü becermemesi görmeyle ilgili sorunların tipik gösterge-

leridir. Yaşlanan kişi yakını iyi göremese de uzağı görmeye devam etmesiyle bir tür “uzak görüşlülük” kazanarak dengeyi korumuş olur. Zaten bu “dengeyi koruma” işi sağlıklı yaşlılık için temel göstergedir. Yani kaybedilene karşı kazanılan bir şeyin bulunması bahsettiğimiz dengenin korunmasında, dolayısıyla da yaşlıların ruh sağlığını sürdürmesinde etkin rol alır. Eğer kayıplara karşılık bir kazanç bulunamazsa denge bozulur ve ruhsal hastalıkların başlaması kaçınılmaz hale gelir. Görme dışında işitme yetisinde azalma, eklem dayanıklılığının bozulması, güç ve mukavemetteki kayıplar yaşlanmanın diğer bedensel habercileri olarak görülebilir.

Genel olarak her tür bedensel performansın azalması, özelde erkeklerde bilhassa cinsel performansın azalması erkeğin “süngüsünün düşmesine” neden olur. Bu süngü düşüşü hadisesinin üzerinde özellikle durmak gerekiyor. Zira erkekler göz ve kulak gibi nispeten “önemsiz” konuların yanında cinsel performans gibi “hayati” konularda performans azalması yaşamaya başladıklarında tam anlamıyla ve acı bir biçimde yaşlanmaya başladıklarını kabul ederler. İşin kötüsü, cinsel performansla doğrudan ilişkilendirilen “söz sahibi olma” ya da kendi çapında da olsa bir “iktidar sahibi” olma durumu kökten çatırdamaya başlar. Erkek, cinsel performans ile kurduğunu düşündüğü iktidar alanının daraldığını ilk önce en yakınındaki kişiden, yani eşinden, “Bey bakıyorum da bu sıralar pek sataşmaz oldun” yollu göndermeler, imalar ve iğnelemelerle net bir şekilde anlamaya başlar. Bu elem verici anlayış, derin bir kavrayışa ve zamanla iflah olmaz bir hüznü dönüştüğünde artık “depresyon-cinsel performans düşüklüğü-sözün

geçerliliğini yitirmesi” şeklinde sıralanan üçlü değişken arasında bir kısır döngünün baş göstermesine yol açar.

Ben bu süngü düşüklüğü ile iktidardan düşme arasındaki keskin ve sarsıcı bağlantıyı dedemle nenemin ilişkisi dahil pek çok yaşlanan çiftte yakından gözledim. Bir zamanlar Trabzon’un Çaykara İlçesi’nin Uzuntarla köyünün en heybetli adamı, yaşlılığında nenemin elinde mas-kota dönmüştü. Nenem, dedemin cinsel performansını yitirmesini fark ettiği anda onu iktidardan düşürmüştü ve tüm ipleri eline alarak kendi iktidarını ilan etmişti. “Neden böyle yapıyorsun nene?” diye sorduğumda, dedemi gösterip “Ey gidi yavrum” der, ardından işaret parmağını önce dikleştirip sonra “c” harfine benzeterek durumu kısa ve veciz bir biçimde özetlerdi. Nenem bu açıklamayı yaparken göz ucuyla dedeme baktığımda, yüzünden ağaran sakallarında doğru süzülen hüznü net bir şekilde görürdüm. Dedem açısından durum nasıl görünüyör diye merak edip “Neden nenem sana eskisi gibi saygılı ve mesafeli davranmıyor?” diye sorduğumda, yere sabitlediği bakışlarını bana çevirip “Sorma yavrum, kurt kocayınca çakalların maskarası olur” dedikten sonra tekrar bakışlarını sabitlediği yere geri çevirirdi.

Bu ve benzer gözlemleri yapmış olmam bende bir taraftan “fallus-iktidar ilişkisini” kuranlara hak vermeme, diğer taraftan aklıma başıma devşirmemin gerekli olduğuna karar vermeme sebep oldu. Neticede bir gün kaybedeceğim yeti-lerime ve performanslarıma dayanarak hiç kimse üzerinde iktidar kurmamam çok daha yararlı olacağı sonucuna ulaştım. Bu gözlemlerden sonra bana

göre iktidar, "sahip olunması gereken" bir şey olmaktan çıkıp önceleri "paylaşılması gerekli olan" bir şeye dönüştü. Sonraları yaşam ilerledikçe, aslında azalan şeylere güvenerek kurulan şeyin iktidar olamayacağını, sadece insanın kendini kandırmasının aracı olacağını daha net bir şekilde anlamaya başladım. Mutlak iktidar sahibi, yani her zaman ve her yerde muktedir olamayacağıma göre kendimi kandırmamın bir yararı yok diye düşünmeye başladım. Şu sıralar iktidarın her türlüünden ne kadar uzak durursam o kadar iyi olacağı noktasına ulaşmış durumdayım.

Süngü düşüşünün kadınlardaki karşılığı, çok daha sert bir göstergesi olan âdetten kesilmedir. Kadın menopoza nedeniyle âdet göremez olduğunda artık gençlik çağlarının geçtiğini ve yaşlılık çağlarının başladığını zorlanarak da olsa kabul etmeye başlar. Birçok kadın için çocuk doğurabilme potansiyelinin göstergesi olan âdet görme, kadın için erkek üzerinden bir iktidar alanı elde etmesini kolaylaştırır. Menopozdan evvel çocuk doğuramamış kadınların menopoz sonrası yaşadığı yıkım bu nedenle iki kat şiddetli yaşanır. Menopoz dışında, kırışan ciltler, esnekliğini ve parlaklığını yitiren saçlar, eriyen kemikler ve benzeri birçok fiziksel değişim kadının çekiciliğinin ve cazibesinin de sonuna geldiğinin göstergeleri kabul edilir.

Yaşlılıkta fiziksel değişimin en önemli göstergeleri merkezî sinir sisteminde (MSS) ve buna bağlı olarak ruhsal işlevlerde yaşanır. MSS'deki yavaşlama, bellekte azalma, duyu ve algı değişiklikleri şeklinde kendini gösterir. Bu değişiklikler önceden kişinin fazla zorlanmadan yaptığı bazı işlemlerde zorlanmasına yol açar. Nöropatolojik ve nörogörüntüleme çalışmaları yaşlanmayla insan beyninde yaygın atrofi ve beyaz cevher değişiklikleri, bölgelere özgü hücre kayıpları olduğunu ortaya çıkarmıştır. Serebral korteks, özellikle prefrontal korteks yaşlanmadan belirgin şekilde etkilenirken, temporoparietal asosiyasyon alanları daha az etkilenir. Prefrontal korteksin etkilenmesi yürütücü işlevler olarak bilinen, düşünme, plan yapma ve karar verme gibi bilişsel etkinliklerdeki azalmayı izah edebilir. Araştırmaların hemen hepsi, yaşlıların akıl yürütmeyle ilgili işlemlerde gençlerden ve orta yaşlılardan daha başarısız olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan, yakın geçmişte yapılan bir araştırmada bilişsel yönden sağlıklı olan 65-74 yaş arasındaki kişiler, ilişkisel problemler karşısında pratik çözümler üretme konusunda 20-29 yaş arasındaki karşılaştırma grubundan daha başarılı bulunmuştur. Genel olarak, kişiler arası problemleri çözme yaşlıların başarılı olduğu bir alandır. Hipokampus ve entorinal korteksle ilgili veriler çelişkilidir,

bazı çalışmalarda bu bölgelerde normal yaşlanmada minimal hücre kaybı görüldüğü kaydedilirken, diğer çalışmalarda hücresel yıkım olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle, hipokampus hacmindeki azalmanın normal yaşlanmanın bir parçası mı olduğu yoksa demansın prelinik dönemine ait bir değişiklik mi olduğu netliğe kavuşmamıştır. Bilindiği gibi hipokampus hacmi küçük olanlar demans açısından daha risklidir. Yaşlanmayla beraber kısmen korunan alanlar globus pallidus, paleoserebellum, duyu korteks alanları ve postur.

MSS'de ortaya çıkan kayıpları ve buna bağlı yaşanan bilişsel yetimlerinin önüne geçmek zor olsa da bir ölçüde mümkün olabilir. Yeni bir şeyler öğrenmek, fiziksel ve zihinsel egzersizler, sağlıklı beslenme ve sosyal desteğin iyi olması, yaşlıyı demanstan koruyan etmenler arasında sayılmaktadır. Huzurevi gibi nispeten stabil yerlerin bu yazıda sayılan ihtiyaçları yeterince karşılayamayacağı göz önüne alındığında, kişinin bedensel durumu elverdiğince çalışmaya devam etmesi, kendi evinde ve mahallesinde hayatını sürdürmeye çalışması ve gerektiğinde destek alması MSS'ni ve ruh sağlığını korumada en iyi yöntem gibi görünüyor.

Yaşla ilişkili bilişsel gerilemeyi tanımak için bir kılavuz geliştirilmemiştir. Ancak yaşla ilişkili bellek bozukluğu (YİBB) için tanı ölçütleri önerilmiştir. YİBB tanısı konulan hasta 50 yaş ve üzeri hastalarda yeni bilginin öğrenilmesi ve hatırlanmasında bozulma dikkat çekicidir. Ancak bazı olgularda dil, uzamsal beceriler ya da akıl yürütme gibi başka bilişsel alanlarda da sorunlar görülmektedir. Hafif amnestik bilişsel bozukluk, bellek bozukluğu olduğu zaman kullanılan bir terimdir. Amnestik olmayan bilişsel bozukluk ise öteki hafif bilişsel bozukluk çeşitleri için kullanılmaktadır. Tek bir alandaki (mesela bellek) ya da birden çok alandaki (mesela, hafıza ve akıl yürütme) hafif bilişsel kusurları ayırt etmek için ek alt sınıflamalar önerilmiştir. Hafif bilişsel bozukluğun bütün şekillerinde, mali işleri yönetmek gibi günlük işlerde hafif zorluklar yaşanabilir. Ancak bu zorluklar genellikle zaman zaman olur ve ilave çaba göstermekle ya da not alma ya da işleri iki kere kontrol etme gibi telafi edici yaklaşımlarla dengelenebilir.

Yaşlılıkta kişilik ve duygular konusu bilişsel yetiler kadar incelenmemiştir. Kişilikle ilgili, belirli bir kuşak ve kültür çerçevesinde düşünülerek yapılan gözlemlerin başka yerlere ve zamanlara genelleştirilip genelleştirilemeyeceği bilinmemektedir. Bazı çalışmalar yaşlıların stresli olaylarla gençlerden daha farklı biçimlerde baş edebildiklerini göstermiştir. Yaşlılar sorunları eylemci, mücadeleci bir tavırla çözmek yerine, duyu odaklı bir yaklaşımla çözebileceklerine daha çok

güvenirler. Duygu odaklı başa çıkma, yüzleştirmeden daha yumuşak bir yoldur ve başka insanlarla karşı karşıya gelmeyi gerektirmez. Bu yöntem bireysel bir çözümdür ve stresli durumları değiştirmekten çok, sıkıntı verici duyguların dizginlenmesine dayanır. Duygu odaklı mücadeleye örnek olarak, sorundan uzak durmak, sorumluluğu kabul etmek ve sorunu olumlu bir açıdan yeniden değerlendirmek verilebilir.

Emekli olan kişiler, kazançlarını kaybettiklerini ve işin sağladığı her gün insanlarla temas etme fırsatını kaçırdıklarını söyleseler de çoğu, emekliliği kabullenip işin yerini dolduracak yeni uğraşlar edinirler. Emeklilik beklenen zamandaysa ya da kişinin kendi isteğiyle olmuşsa ve emekli olduktan sonra kişinin yeterli bir geliri varsa kişiler emekliliğe kolay uyum sağlayabilirler. Böyle bir durumda ruhsal sağlık sorunları emeklilikten sonraki haftalar ya da aylar içinde genellikle artmaz. Bazı çalışmalarda bu emeklilerin aynı yaşta çalışan kişilere göre daha az stresli olduğu ve sağlık için yararlı işlerle daha çok uğraştığı gösterilmiştir.

Yaşlılarda kadınla erkek arasında evlilik oranları çok farklıdır. 2003'te yapılan bir çalışmada, 65 yaş üstündeki erkeklerin %71'inin ve kadınların ise %41'inin evli olduğu; bu oranların 85 yaş ve üstündeki kişilerde, sırasıyla %59 ve %14 olduğu gösterilmiştir. Bu rakamlar erkeklerin ileri yaşlara ulaşmada kadınların gerisinde kaldığını ve kadınların âhir ömürlerini daha fazla yalnız geçirdiklerini göstermektedir. "Erkek kendi evinden başka bir yere sığmaz, kadın nerde olsa yaşamayı becerebilir" derdi nenem, yukardaki bulguları desteklercesine. Ancak kader nenemin daha önce vefat etmesini gerektirince dedem ömrünün son yıllarını dağ köyünde yalnız geçirmek zorunda kaldı. Eğer düşüp kalçasını kırmasaydı, belki de kimseye ihtiyaç duymadan yalnız başına çekip gidebilecekti bu dünyadan. Ancak her işte bir hayır var derler ya, belki de bu kırık sayesinde uzun zaman yüzleşmekten kaçındığı oğlu (babam) ile hayatlarında hiç olmadığı kadar yakınlaşma fırsatı buldu ve aralarındaki buzlu kısmen de olsa eritme fırsatı yakalamış oldu. Ölmeden önceki son ve uzun uykusundan rahat bir şekilde uyanıp yanı başında ezbere Yâsin Süresi'ni okuyan oğlunu görünce, belki de hayatında ilk kez oğlunu yüzüne gözlerindeki yaşlarla bakıp teşekkür etti, hayır duada bulundu ve bu sefer uyanmamak üzere gözlerini kapattı. Bana göre bir yaşlının, ayaklarını gere gere bu dünya ve sevdikleri ile ilgili içinde bir ukde kalmadan kendi yatağında sevdiklerinin duaları eşliğinde ölüme dalması kadar güzel bir final olamaz. Dedemin finali bu kadar güzel olmasa da yine de fena sayılmaz sanırım, ne dersiniz?

Başka bir ihtimalin imkânsızlığı ve paradokslar

Prof. Dr. Hayrettin Kara



1963 yılında Antalya'da doğdu. 1985 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. Psikiyatri uzmanlık eğitimini Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğretim üyesi ve Ana Bilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Bakırköy ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Psikiyatri Klinik Şefi olarak görev yaptı. Çalışmalarını psikoterapiler ve rüyalar üzerine yoğunlaştıran Kara, halen Medipol Üniversitesinde Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi olarak çalışmaktadır.

Termodinamiğin ikinci yasası olmasaydı zaman geçmişe doğru da akabilirdi. O vakit, solan bir çiçeğin renkleri yeniden canlanabilir, bir vazunun ya da kırılmış bir kalbin parçaları yeniden bir araya gelebilirdi. Entropi artmıyor olsaydı zamanın yalnızca ileriye doğru akan tek bir oku olmaz ve yaşlanma bir zorunluluk olmaktan çıkardı. Düzensizliğin artmadığı bir evrende "Benjamin Button'un Tuhaf Hikâyesi" gibi şimdi bizim için fantastik olan filmler tüm çekiciliğini kaybederdi. Sürekli genç kalmak olağan sıradan bir süreç olurdu. Ama öyle değil. Yasa gereği zamanın yalnızca ileriye doğru aktığı ve düzensizliğin giderek arttığı bir evrende yaşıyoruz. Onun için Herakleitos'un dediği gibi aynı nehirde iki kere yıkanamıyoruz. Çünkü zaman nehri yalnızca bir yöne doğru akıyor. Yaratıcı, bizim evrenimizi böyle yaratmış. Onun için yıldızlar, o görkemli günlerinin ardından son danslarıyla beyaz bir cüceye ya da bir karadeliğe dönüşürler. Onun için biz insanlar, başka bir ihtimalin imkânsızlığı içinde yaşlarız. Şairin dediği gibi "Çocuklar annelerinin göğsünde ihtiyarlar."

Ama... diyor olabilirsiniz bir umutla; gelecekte bilim moleküler düzensizliğin artmasını engelleyerek biyolojik organizmaların sürekli genç kalmasını sağlayabilir. Elbette hayal edebiliriz. Hayal edip "Zamanın Çarkı" gibi bilimkurgu kitaplar yazabilir ya da "Dünyalı" gibi filmler çekebiliriz. Gerçi hem bu romandaki hem de filmdeki karakterler bilimdeki bir gelişmenin değil de doğadaki kör bir rastlantının sonucu daimi olarak genç kalmaktalar. Hücreleri

yenileyen sistemin bir devridaim makinesi gibi entropiden uzak sonsuzca tıkr tıkr çalışması hayali. Hayal etmek gerçeği değiştirmese de bazen bizi iyi hissettirebilir. Değişmez gerçeği bir kez daha hatırlayalım; biyolojik yapılar gibi açık sistemlerin entropisini sürekli düşük tutmak evrensel fizik yasaları gereği hiçbir biçimde mümkün değil. Bir de şu var tabii; termodinamiğin ikinci yasasının işaret ettiği nihai gerçek yaşlanma değil ölüm. Bu evrende her şeyin kaçınılmaz olarak bitimli olduğu. Demek ki eskiler bu alemin kevn ü fesad (oluş ve yok oluş) alemi olduğunu söylerken fiziğin bu en dip yasasını kendi dillerince formüle etmişler.

Paradokslar

Biz insanlar paradoksal varlıklarız. Dış dünyanın yanında bir de iç dünyamız olduğu için iç dünyamızı var eden bir benlik bilincimiz olduğu için paradoksalız. Uzlaştırılması mümkün olmayan iki dünyada aynı anda yaşamak zorunda olduğumuz için paradoksalız. Paradoksu, bütünleştirilemeyen karşıtlıklar, çözümlenemeyen mantıksal çelişkiler ve biraz da trajik olma anlamında kullanıyorum. Varoluşumuzdaki paradoksalılığı aşabilecek tek şey ölüm. Paradoksun ancak ölümle aşılabilecek olması ise ölümün ikili anlamını açığa çıkaran bir başka paradoks. Ölümün ikili anlamını; hem yok olmak hem de "olmak" anlamını. İbni Sina ölümü hayatın bütünleyicisi olarak tanımlarken ya da Nietzsche "Olgunlaşan her şey ölmek ister" derken bu gerçeğe işaret etmiş olmalıdır. Ölümün bu ikili paradoksal anlamının ikincisinden yola çıkarak yaşlılığa ilk elde görünmeyen

yeni anlamlar, yeni değerler atfedebiliriz. Belki bu tür çabalar, bu tür düşünceler bir teselli arayışıdır. Takatimizin gün be gün azalmasının, gözlerimizdeki ışığın her gün biraz daha sönmemesinin yarattığı hayal kırıklığı için teselliler... Nihayetinde insan, "teselliye muhtaç varlık" ya da "kendini kandırmaya ihtiyaç duyan varlık" diye de tanımlanabilir. Kim bilir belki öyledir, belki de teselli arayışı yanında hakikati de arıyoruzdur. O zaman yeni bir ödevimiz olmalı; içimize bakıp teselli arayışı ile anlam arayışının birbirine ne denli katıştığını bulmak. Ben kendi adıma Çehov'un Altıncı Koğuş'undaki Dmitriç'in öfkeli uyarısını hep aklımda tutmaya çalışıyorum. Somut acının, acı üzerine düşüncelerden ne denli farklı olduğu uyarısını. Düşüncenin yaşantının kendisini olmadığı uyarısını. Bu itiraftan sonra yaşlılıkla ilgili sormak istediğim soruya dönebilirim. Biz yaşlılık derken hemen her zaman dış dünyanın bir parçası olan bedenimizin yaşlılığını kastederiz. Ancak bir de iç dünyamız var. Peki, iç dünya da dış dünya gibi yaşlanan bir dünya mı? Konuya iç dünya dahil olduğunda cevaplarımız her zaman muğlaklaşmaya, kanıtlardan çok inançlar üzerinden konuşmaya başlarız. Çünkü konuya iç dünya dahil olduğunda insanlığın en eski sorunu, çözümünden hala çok uzak olduğumuz ruh/beden sorunu ile yüzleşmek zorunda kalırız. Bu zor soruya cevap aramak için benim önerdiğim düşünme yöntemi şu; dış dünyanın fiziksel yasalarının iç dünyada da geçerli olup olmadığını anlamaya çabalamak. Yaşlılıkla bağlantılı olarak özelleştirerek şu soruyu sormak: Termodinamiğin ikinci yasası bedende olduğu gibi iç dünyada da hükmünü icra eder mi? Ediyorsa iç dünyamız da yaşlanıyor,



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

etmiyorsa yaşlanmıyor olmalı. Freud'un birçok yanılması var ama kanımca en büyük yanılması, fiziksel dünyanın yasalarının iç dünyada da süregittiğine inanması. Oysa iç dünya dış dünyanın bir uzantısı ya da onun bir epifenomeni değildir. İçerimini tam olarak anlayamamak da iç dünyanın dış dünyadan bağımsız kendine özgü bir gerçekliği olduğu çok açıktır. İç dünyasına bakan herkes bunu bilir. Bu gerçek insanlığın evrensel bilgeliği olarak farklı kültürlerde benzer biçimlerde dile gelir. Örneğin Kierkegaard'ın geleneksel düşüncenin bir devamı gibi duran insanın sentez olduğu görüşüne bakalım. Ona göre insan tin(bilinç) ve beden, zorunluluk ve özgürlüğün, sonlu ve sonsuzun sentezidir. Bu sentezdeki beden, zorunluluk ve sonluluk dış dünyanın nitelikleridir. Buna karşılık bu sentezin diğer yakasındaki bilinç, özgürlük (olanaklılık) ve sonsuzluk ise iç dünyanın nitelikleridir. Ben de böyle düşünüyorum ve bu düşünceyi fenomenal bir iç dünya analiziyle temellendirmeye çalışabilirim. Ancak bu çaba bu yazının sınırlarını aşar. Eğer böyleyse, iç dünya bedene karşı bilincin ve zorunluluğa karşı özgürlüğün dünyasıysa orada zamanın tek bir yönü olmaması gerekir. Zorunluluk ve sonluluk termodinamiğin ikinci yasasının fiziksel dünyadaki kaçınılmaz sonuçları. İç dünyamızda gerçekten zorunluluk yoksa, iç dünyamızın en azından bir alanında özgür irade varsa termodinamiğin ikinci yasası iç dünyanın da yasası olamaz. Eğer böyleyse yaşlanan bedenimizdir, bilincimiz değil. Aklınıza hemen demanslı hastalar gelebilir. Yaşlandıkça bilinçleri bir çiçek gibi solan hastalar. Ve yeteri kadar yaşayan hiç kimsenin bilincinin bunamadan kurtulamayacağı gerçeği. Bütün bunlar insanın gerçekten bilinç ve bedenin sentezi olduğu ama bilincin bu evrende sentez dışında bedensiz salt bilinç olarak var olamayacağı anlamına gelir. Bilincin yaşlandığı ya da öldüğü

anlamına değil. Kim bilir Yunus'da bunu mu söyledi "Ölür ise tenler ölür canlar ölesi değil" derken. Bilincin dünyasında zaman tek bir yöne doğru akmaz. Çünkü bilincin dünyasında termodinamiğin ikinci yasası geçerli değildir. Öyleyse bilincin dünyasında insan aynı nehirde iki kez yıkanabilir. Eğer böyleyse insan için her zaman bir umut vardır.

Paradoksallığımız İçinde Ölümü ve Yaşlılığı Yumuşatmak

Ölüm yadsındıkça daha da sertleşir. Travmatik yaşantıların bilinçten uzaklaştırılmaya çalışıldığında onların iç dünyada daha güçlü daha sert duygularla yüklenmesi gibi. Ölümün sertliğini onu ancak doğru biçimde anarak yumuşatabiliriz. Yaşlılığı da öyle. Yaşlı nüfus giderek artıyor diyoruz ama yaşlılığa dair sahici sözlerimiz giderek azalıyor. Somut bireyin yaşadığı bir hakikat olarak yaşlılık üzerine konuşmakta güçlük çekiyoruz ama yaşlılığı ekonomik parametrelere dönüştürerek kolayca bir konuşma konusu yapılabiliyoruz. Yaşlılık üzerine konuşmak zor, gençlik üzerine konuşmaksa kolay geliyor bize. Oysa yaşlılık gençlikten varoluşsal açıdan daha gerçek. Gılgamış için de öyleydi bizim içinde.

"Melun hayat! İşin acı ve can sıkıcı tarafı, bu hayatın, operada olduğu gibi, tazim ile veyahut çekilen ıstıraplara karşı bir mükâfatla değil de ölümle bitişidir" diyor Altıncı Koğuş'un Dmitiriç'i. Doğrudur ama paradoksal bir varlıksak bu ve benzeri sözler varoluşumuzun sadece bir yönünü yansıtıyor olmalı. Eğer paradoksal bir varlıksak dış dünyanın bu soğuk yabansılığına bu sertliğine karşı iç dünyamızda tutunabileceğimiz bir şey olmalı. Eğer paradoksal bir varlıksak, yaşlılık ve ölümün keşfetmemiz gereken ikinci bir anlamı olmalı.

Biz yaşlılık derken hemen her zaman dış dünyanın bir parçası olan bedenimizin yaşlılığını kastederiz. Ancak bir de iç dünyamız var. Peki, iç dünya da dış dünya gibi yaşlanan bir dünya mı? Konuya iç dünya dahil olduğunda cevaplarımız her zaman muğlaklaşmaya, kanıtlardan çok inançlar üzerinden konuşmaya başlarız. Çünkü konuya iç dünya dahil olduğunda insanlığın en eski sorunu, çözümünden hala çok uzak olduğumuz ruh/ beden sorunu ile yüzleşmek zorunda kalırız.

Yaşlandıkça zaman neden çabuk geçer?

Yrd. Doç. Dr. Erol Yıldırım



1977'de Malatya'da doğdu. İlk, orta, lise ve üniversite eğitimini İstanbul'da tamamladı. 2000 yılında İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) Psikoloji Bölümü'nden mezun oldu. İ.Ü.'de klinik kognitif nörobilim yüksek lisansı ve adli bilimler doktorası yaptı. Uzunca bir süre İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığında klinik nöropsikolog olarak çalıştı. Çalışma alanları klinik nöropsikoloji, adli nöropsikoloji ve bilişsel nörobilimdir. Dr. Yıldırım, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Psikoloji Bölümünde öğretim üyesidir.

Bir soru gibi görünen ve içinde bir tespit barındıran bu başlık, bellek üzerine çalışan Draaisma'nın yazdığı kitaplardan birinin azıcık değiştirilmiş adı aslında. Yaşlanınca zamanın neden daha hızlı aktığı, ağırlıklı olarak onun bu eserine dayalı olarak izah edilecektir. Bunun için ilk önce zaman algısıyla ilgili araştırmalar, sonra da yaşlanınca zamanın neden çabuk geçtiği konusu ele alınacaktır.

Bir eğlence sırasında zaman oldukça çabuk geçiyorken sıkıcı bir konferans bir türlü bitmek bilmez. Einstein, "Güzel bir kızla beraber geçirdiğiniz iki saat size bir dakika gibi gelir ama sıcak bir sobanın üstüne bir dakikalığına otursanız bu size iki saat gibi gelir; görecelilik işte budur" der. Hâlbuki zamanın akış hızını değiştirdiği filan yok; değişen, zaman algımız. Soğuk, metal ve ruhsuz bir saate göre zaman hep aynı akıcılıkta. Algı bir yorumdur. Duyu organlarından mahrum "Condillac Heykeli" metaforundan yola çıkarsak dışımızdaki dünyanın zihinsel temsillerinin oluşabilmesi için zihnimizin dış dünyayla temasa geçmesi gerekir ki buna aracılık eden şey duyularımızdır. Dış dünyaya ait herhangi bir uyarının duyu organları üzerindeki etkisi bir sinyale dönüştürülür ve beyne taşınır. Bu sinyal işlendikten sonra duyumsanan şeyin ne olduğuna karar verilir. Son karar aslında bir yorumdur ve bu özellik zaman algısı için de geçerlidir.

Zaman Algısı Araştırmaları

Bu konudaki ilk araştırmalar 1890'larda yapılmış, zaman algısı konusu tek başına ele alındığı gibi nesne algısı bağlamında da çalışılmıştır. Zeminden ayrık olarak neyin şekil olduğu; bu şeyin beden eksemimize göre konumu ve bize olan mesafesi bileşenleriyle değerlendirilmekle kalmamış -aynı zamanda- hareket eden bir nesneyi tanımanın, bilince yansımaya da nesnenin hızının hesabıyla mümkün olduğu gösterilmiştir. Bu hesaplama için zaman algısı konusu da araştırma alanlarından biri haline gelmiştir. Zaman algısının içsel saatten ziyade uyarıların bir bileşeni olduğu, zaman ve uzamın birbirleriyle ilişkili olarak işlendiği ifade edilmektedir (1).

Daha on dokuzuncu yüz yıl tamamlanmadan yüzlerce zaman algısı deneyi yapıldığı belirtilir. Wundt ve başka birçok araştırmacı katılımcılardan genelde iki zil sesi arasındaki süreyi tahmin etmeleri veya bir müddet duydukları zil sesiyle aynı uzunlukta zil çalmalarını istemişlerdir. İlk zil sesinden sonra araya sokulan farklı nitelikte uyarıların yani yüksek veya alçak seslerin, temposu farklı müziklerin veya farklı nitelikteki uyarıların zaman algısını nasıl değiştirdiği incelenmiştir.

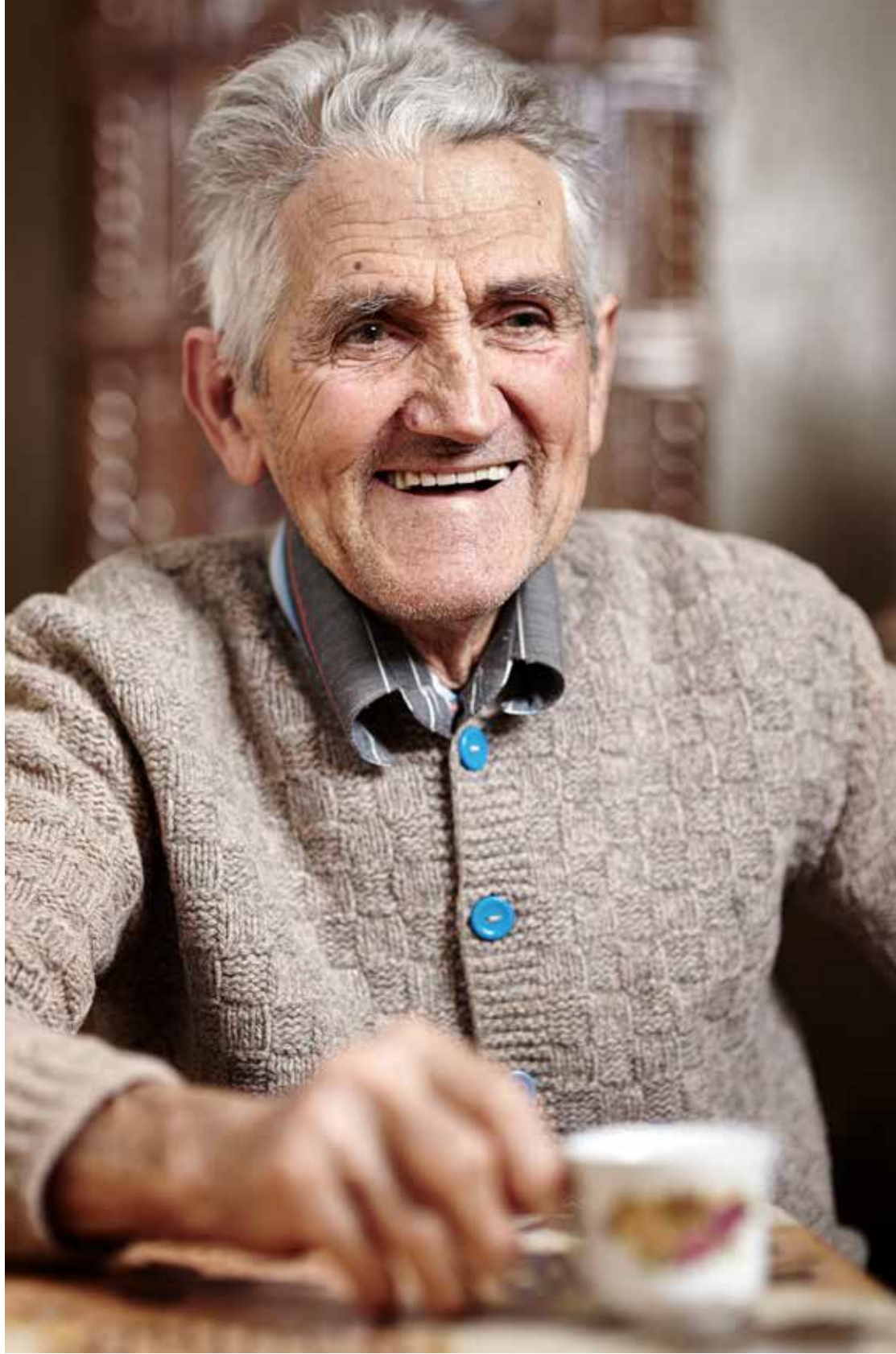
Draaisma, öznel zamanı etkileyen psikolojik etkenlerin daha 1885'te Fransız Psikolog Guyau tarafından belirtildiğini

kitabında anlatır. Guyau'ya göre öznel zaman algısı, duyum ve fikirlerimizin yoğunluğuna ve onların değişimine, sayısına, onlara gösterdiğimiz dikkate göre değişir. Burada teleskop benzetmesi yapar. Teleskopla baktığımızda göreceğimiz ayrıntı baktığımız şeyin yakın olduğu yanılsaması yaratır; buna benzer şekilde, geçmişte yaşanmış ve mühim olması nedeniyle hakkında çok şey hatırladığımız eski bir olayın yakın bir zamanda gerçekleştiğini düşünürüz, der.

Hayati tehlike atlatanlar birkaç saniyelik zaman diliminde akıllarından onlarca düşünce geçtiğini, zamanın adeta genişlediğini ve bu sırada yaşadıkları tehlikeyi atlatmak için en uygun kararı verebildiklerini söyler. Bunu sınamak için günümüz araştırmacılarından David Eagleman ve öğrencileri (2) bir deneyde katılımcıların kırk beş metreden sırt üstü serbest düşüş yapmalarını sağlamışlardır. Bu sırada kollarına da çok hızlı yanıp söndüğü için normalde rakamları okunamayan kronometreli bir saat takmışlardır. Tehlike sırasında zaman genişliyorsa kişilerden normal şartlarda okuyamadıkları rakamları serbest düşüş sırasında okuyabileceklerini varsaymışlardır. Ancak sonuçlar beklendiği gibi çıkmamış, katılımcılar rakamları okuyamamışlardır. Bu çalışmalar neticesinde zamanın genişlemediği, hayati tehlike durumunda amigdalanın devreye girdiği ve dolayısıyla bellekte kodlanan bilginin miktarı fazlaştığı için

süre tahmininin farklılaştığı, geriye dönük olarak yapılan bir değerlendirilmenin algısal bir yanılsama olduğu sonucuna varmışlardır. Sanki zihnimiz, "Bu olayla ilgili bir sürü şey hatırladığıma göre demek ki aradan çok az zaman geçmiş olmalı" yorumunu yapar. Guyau'nun teleskop analogisinde olduğu gibi... Bu örneğe benzer şekilde, birçok farklı deneyde katılımcılar; daha yeni, daha büyük, parlak ya da çok sayıda uyarıların diğerlerine göre daha uzun süre gösterildiğini ifade etmişlerdir. Yeni, büyük, parlak uyarıların dikkat kaynaklarını daha fazla kullanmasının zaman algısını farklılaştırdığı bildirilmekte ve bu tespit içsel saat modelleriyle izah edilmektedir (1). Bu modellere göre bir olay gerçekleşirken beyindeki metronom "tik"leri adeta çalışma belleğinde biriktiriliyor ve sonra da bu tikleri uzun süreli bellekteki referans değerlerle karşılaştırıp zaman tahmini yapıyor. Dolayısıyla bir uyarana dikkat kesildiğinde beyinde bir metronom gibi çalışan ve tüm duyu sistemleri için referans olan tiklerin frekansı artıyor veya üretilen tüm tikler sayılıyor olabilir. Eğer bir uyarana pürdikkat kesilmezsek bazı tikleri kaçırdığımız veya tiklerin frekansının azaldığı, bunun da zaman algısını değiştireceği iddia edilmektedir (1). Zaman-paylaşım paradigmasıyla yapılan deneylerde süre tahmini yapılırken katılımcılara onların bilişsel kaynaklarını "paylaşan" dikkat görevleri verildiğinde denekler süreyi olduğundan daha kısa tahmin etmektedirler. Hâlbuki sadece süreye odaklandıkları koşulda tahminler gerçek sürenin üzerinde çıkmaktadır (3).

Ardışık ve lineer olarak aktığını varsaydığımız zamanı kavrayabilmek için doğada hep aynı süre zarfında tekrarlayan şeyleri sayarak oluşturduğumuz referanslar göreceli olabilmektedir. Şöyle ki, bir yandan bir elementin iki enerji düzeyi arasındaki salınımı referans alınıp saniyenin yaklaşık on dokuz milyarda biri gibi bir süre dilimi oluşturulurken öte yandan Hint alt kültürlerinden birinde en küçük birim "pirincin kaynama süresi" olarak kullanılmaktadır (4). Öte yandan milisaniyeler, saniyeler, dakikalar veya saatler düzeyindeki zaman algısı ile üzerine yatıp kalktığımız günler, aylar ve hatta yıllar düzeyindeki zaman tahmini farklı ele alınmaktadır. Nitekim zaman algısı çalışanlar yirmi dört saatlik sirkadyen ritim sistemleri ile saniye-dakika sistemlerini birbirinden ayırtmaktadır (5). "Ne kadar da sıkıcı, zaman bir türlü geçmiyor" durumu ile "Sence ne kadar sürdü?" durumlarından ikincisi bizim bellek sistemlerimizle daha fazla ilgili bulunmaktadır (1, 5). Zaman algısı için bedenimizde bir yerlerde milisaniyeleri bile ölçmeye referans teşkil eden bir sistem olduğu varsayılmaktadır (5). Her algının bir duyu sistemi olduğu gibi zaman algısına mahsus bir sistemin de olması gerektiği varsayılmaktadır.



Zaman Algısının Biyolojik Temelleri

Zaman algısına zemin oluşturabilecek biyolojik temeller neler olabilir? Ayhan (1), duyuşsal sürecin ilk aşamalarında bile zamanın temel bir özellik olarak işlenebileceğini belirtir. Beynin farklı alanlarına yayılmış farklı mekanizmaların bedene iliştilirilmiş araçlar olarak zamanı ölçtüğü belirtilmektedir. Öyleyse içsel saatin metronom vuruşları beyinde nerededir? Eğer milisaniyelerden bahsediyorsak oklar, motor hareketle doğrudan ilgili olan ve dolayısıyla hareketlerin mükemmel icrası için zamansal bir çözümlenme yapması gereken bazal ganglionlar ve beyincığı gösteriyor. Ancak daha uzun bir aralıktan

bahsediyorsak suprakiazmatik çekirdekte hücre içi bir "tik"leme şeklinde çalışan, aydınlık-karanlık periyotlara göre kendini ayarlayan ve bir tür protein sentezine dayalı yirmi dört saatlik bir döngüden bahsedilmektedir (5). Bu döngü, gün ışığı devreden çıkarıldığında yirmi beş saatlik bir ritimle devam eder. Daha kısa süren, saniye-dakika sistemleri içinse korteks ve bazal ganglionların işin içinde olduğu bir mekanizma tarif edilmektedir. Bu sistem için dikkat, karar verme ve bilginin online tutulmasına aracılık eden prefrontal korteks bileşenleri ile kum saati gibi biriktirilen tiklerin kendisiyle karşılaştırıldığı uzun süreli bellek yapıları ve pariyetal kortekse işaret edilmektedir. Bellek açısından

Ardışık ve lineer olarak aktığını varsaydığımız zamanı kavrayabilmek için doğada hep aynı süre zarfında tekrarlayan şeyleri sayarak oluşturduğumuz referanslar göreceli olabilmektedir. Şöyle ki, bir yandan bir elementin iki enerji düzeyi arasındaki salınımı referans alınıp saniyenin yaklaşık on dokuz milyarda biri gibi bir süre dilimi oluşturulurken öte yandan Hint alt kültürlerinden birinde en küçük birim “pirincin kaynama süresi” olarak kullanılmaktadır.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

bakıldığında, “ne çabuk geçti” hissinin oluşmasına sebep olan şeyin daha önceki bir deneyimin ödül veya ceza ile neticelenmesine bağlı olarak uzun süreli belleğe farklı değerlerde aktarılmış olmasının, ona benzer bir olay tekrar yaşandığında beklentiyi farklılaştıracağı için deneyim sırasındaki zaman algısını da etkilediği ifade edilmektedir (5).

Zaman algısıyla ilgili farklı görüşler de vardır. Ornstein (4), gerçek zamanın hızı ile zihnimizin hızı farklılaştığında zamanın hızlanmış ya da yavaşlamış gibi geldiğini söyler. Yaşanan süreyi ölçmeye yarayan bedensel bir mekanizma olmadığı, süre yaşantımızın bilince süzölmüş içeriklerin niteliğine göre inşa edildiği; bu içerik kısıtlı olduğunda süre yaşantısının kısa, içerik çok boyutlu ve karmaşık olduğunda ise süre yaşantısının uzun olduğu söylenmektedir. Dolu dolu geçen iki günlük tatilden eve döndüğümüzde sanki aradan bir ay geçmişçesine evde değişiklikler aramak ve sanki bir aydır evden uzakta olmak hissi belki bununla açıklanabilir. Ona göre zaman, neyi referans aldığımızı göre farklı biçimde akar ve bedenimizde dış uyaranlardan bağımsız çalışan ve zamanı değişmez biçimde ölçebilen bir mekanizma yokmuş gibi görünmektedir. Ornstein, zaman algısı çalışanlara yönelttiği bir eleştiride zamanın, bilincin bir boyutu olarak ele alınması gerektiğini, doğrusal

zamanın da bellek üstüne inşa edildiğini belirtir.

Zaman Yaşlandıkça Hızlanır mı?

Birçok edebiyat eserinde, günlük dildeki metaforlarda veya büyüklerimizin tecrübelerinde gördüğümüz bir şey vardır; yaşlandıkça hayat çabuk geçer. Tabi burada zamanın hızlanması öznel bir deneyimden ibarettir ve bu yanılsama, “anı” yaşarken zaman algısıyla, geçmiş yaşantıyı hatırlarken de belleğimizle ilgilidir. Yaşlandıkça hayatın neden çabuk geçtiği sorusuna cevap vermek isteyenler durumu birkaç fenomenle izah etmeye çalışmışlardır. Bunlardan ilki teleskop analogisidir. Erken dönem araştırmacılarından Psikolog Sully, toplumda infial yaratan bir cinayetin faili uzun süren cezasını yatıp hapisten çıktığında insanların “Ne çabuk çıktı?” tepkisinden yola çıkarak bu analogiyi kullanmıştır (6). Daha berrak hatırlanan olaylar daha yakına tarihleniyor gibi görünmektedir. Bunu test etmek isteyen araştırmacılar İndira Gandhi cinayeti veya Çernobil Faciası gibi hemen herkesin bildiği bir sürü olayı derleyip katılımcılardan bu olayların tarihini söylemelerini istemişlerdir. Kırk ila elli yaş arasındakiiler -teleskop analogisinde olduğu gibi- olayları olduğundan daha yakın tahmin etmişlerdir. Ancak ortalama yetmiş yaşındakiler ise tam

tersine daha eski bir tarih söylemişlerdir. Yaşlıların diğerlerine göre daha eski bir tarihi söylemeleri yaşlandıkça zamanın daha çabuk geçtiği öznel deneyimi ile uyumlu bulunmuşsa da fenomenin kendisini tam olarak açıklamaz.

Diğer bir açıklama ise “anımsama tümseği”dir. Bunu izah etmeden önce bir miktar otobiyografik bellekten bahsetmek gerekir. Bellekle ilgili herhangi bir metin okuduğunuzda çeşitli bellek tarifleri ve sınıflandırmaları görürsünüz. Bu tasnifler bilginin tutulma süresine göre, tutulan bilgiye göre, bazen de duyu organlarına göredir. Bellek türlerinden biri de nispeten yeni bir kavram olan kişinin kendi deneyimlerini hatırlaması anlamına gelen otobiyografik bellektir. Bu bellek türü yaşla birlikte nitelik değişir ve henüz tam da çözülememiş bazı gizemler taşır. Örneğin ilk altı yaş öncesi pek hatırlanamazken altmışlı yaşlardan sonra da hatırında tutma yeteneği gittikçe azalır. İlk çocukluğunuzu geçirip de ayrıldığınız ve zihninizde ucu bucağı görünmezdi şeklinde sakladığınız mahalle sokağınız yıllar sonra dönüp ziyaret ettiğinizde meğer üç adımlık bir yermiş hissi uyandırır.

Altmışını geçen kişilerin beklenmedik bir şekilde yirmili yaşlarına ait anıları oldukça berrak bir şekilde hatırlamaya başlaması otobiyografik belleğin başka bir gizemli

özelliğidir. Öyle ki, bazen küllenmiş, kırk yıldır dokunulmamış hatıralar birden çok net bir şekilde beliriverir. Geriye dönük hatırlama deneylerinden elde edilen veriler bir grafikte gösterildiğinde yirmili yaşlar civarında ve kişilerin yaşına yakın son yıllarda iki yükselti görülür. Geriye dönük hatıralarınız içerisinde son döneme ilişkin anıların oluşturduğu yükselti sonralık etkisiyle izah edilebilir. Belli bir yaştan sonra her nedense yirmili yaşlara ait anıların daha ön plana çıkmasıyla oluşan tümsek otobiyografik belleğin başka bir gizemidir ve bu tümseğe “anımsama tümseği” denmektedir. Otobiyografik bellek kavramı nispeten yeni olsa bile bu kavram çerçevesinde yapılmış ilk araştırmaların daha on dokuzuncu yüzyıl nihayete ermeden önce, İngiliz dâhi Francis Galton tarafından yapıldığı görülmektedir. Galton, çağrışımlarla süregiden düşüncelerinin izini sürmüş, sistematik deneylerle onları incelemiştir. Yaptığı şey şudur; önceden belirleyerek kartlara yazdığı ve seçkisiz bir şekilde önüne çıkan kelimeyi okur ve aklına bir düşünce gelene kadar bekler, zihninde düşünce oluşunca da kronometresini durdurup bu düşünceyi kaydeder. Bu çalışmasının farklı bulguları da var ancak bizi ilgilendiren şey, kendisi elli yedi yaşındayken yaptığı bu deneylerde kelimelerin çağrıştırdığı düşünce ve hatıraların çoğunun uzak geçmişe ait olmasıdır. Hatta aynı kelimelerle deneyleri farklı zamanlarda tekrarladığında, yineleyen çağrışımlarının hepsi eskiye ait olanlardı. Draaisma onu “anımsama tümseği” fenomeninin ilk kâşifi olarak niteler (6). Draaisma, kitabında, on yedi ile yirmi beş yaşları arasındaki deneyimlerin siyasi bir kuşağın oluşumunu belirlediği şeklinde özetlenebilecek sosyolojik bir teoriyi inceleyen bir araştırma sunar. Buna göre on sekiz yaşından büyük ve seçkisiz olarak çalışmaya dâhil edilen bin dört yüz gönüllüden ulusal veya uluslararası öneme sahip bir iki olay yazmaları istenir. Çarpıcı sonuç şudur; kişi kaç yaşında olursa olsun rapor ettiği önemli olay o kişinin yirmili yaşlarında yaşadığı bir olaydır. Draaisma burada noktayı koyar: “Dünyayı sarsan olay insan yirmi yaşlarındayken meydana gelen olaydır.”

Anımsama tümseği gizemi ile ilgili farklı açıklamalar bulunmaktadır. Bu yaşlarda ilk aşk, evlenme, mezuniyet, askerlik, bir işe başlama vs. gibi birçok önemli hayat olayıyla dolu olduğu için otobiyografik bellekte daha derin izler bırakmış olabilir. Dolayısıyla on beş ile yirmi beş yaş arasındaki deneyimlerin sonradan gelen, nispeten daha durağan bir döneme kıyasla daha derin izler bırakması doğal karşılanabilir. Diğer bir açıklama da bu yaşlarda sinir sisteminin en verimli çalıştığı şeklindedir. Deneyimlerin nöral temelleri daha sağlam atılıyor, hatıralar daha kalıcı bir şekilde kodlanıyor olabilir.

Başka bir açıklama da bu özelliğin evrimsel olduğu, yaşlıların tecrübelerini yirmili yaşlardaki türdeşleriyle paylaşabilmeleri için geliştiği şeklindedir. Açıklamalardan bir diğeri kuşak teorisiyle de uyumludur ve gelişimde kritik dönemlere vurgu yapar. Bu yaşların benlik oluşumu ve kişilik için hassas bir dönem olduğunu, geriye dönük hatırlamalarda hâlihazırdaki benliğimizi biçimlendiren olayların daha kolay hatırlanacağını ifade eder. Açıklaması her ne olursa olsun yirmi yaş civarındaki yaşantılarımızın yaşlılıkta daha çok ve berrak bir şekilde hatırlandığı çeşitli şekillerde ortaya konmuş enteresan bir fenomendir.

Bir öğrenme gerçekleştikten sonra bilgilerin çoğunun öğrenmeden hemen sonraki saatlerde unutulduğunu gösteren T. Ribot, kişisel geçmişimizdeki bir olayın tarihini bulmaya çalışırken bazı referans noktalarından faydalandığımızı belirtir. Zamanı oldukça iyi bilinen bu referans anılar o kadar güçlüdür ki kendiliğinden oradadır. Ribot, kişinin hayatı ne kadar çeşitliyse bu referans noktalarının o kadar fazla olduğunu belirtir. Dolayısıyla yirmili yaşların daha fazla hatırlanabilmesi o zamana ilişkin referans noktalarının daha fazla oluşuyla ilişkilendirilir. Hayattaki önemli ilklerin her birinin birer referans noktası olduğu düşünülürse bu daha da anlaşılır hale gelebilir. Ancak orta yaşlarda hayatımızda hatırlamaya değer daha az olay yaşadığımızdan referans noktaları azalacak, dolayısıyla ileri yaşlarda geriye dönüp bakıldığında hayatın “ne de çabuk” geçmekte olduğu düşünülecektir. Zamanın hızlı geçişini açıklamaya çalışan diğer bir yaklaşım ise bedenimizdeki saatlerin artık eskisi gibi çalışmadığı ile ilgilidir. İçsel saat yaklaşımı, zamansal uzamayı dikkatle açıklarken yeniliklere daha fazla dikkat ettiğimizi, daha uyanık bir zihin durumuna geçtiğimizi belirtir. Dolayısıyla, yaşlandıkça hayatta bizleri şaşırtan şeyler azalmaya başlar, çevremizde olup biten olaylara karşı alışkanlık ve aşinalık geliştiririz ve nihayetinde hayatı rutine binmiş, sürekli aynı işle meşgul kişiler, Ayhan’ın ifadesiyle, “takvim yaprakları daha hızlı düşmeye başladı gibi algılar, günlerin geçip gidiverdiğini, zamanın sanki kum tanecikleri gibi ellerinden kayıverdiğini hissederler.”

Yaşlı insanların sirkadyen ritimleriyle ilgili yaşadıkları sorunlar suprakiazmatik çekirdekdeki hücre kaybı ile açıklanmaktadır. Bu süreçte rol alan dopamin üretimi de azalır. Bu değişimler yaşlıların zaman algısını bozmaktadır. Yaşın bağımsız değişken olduğu zaman tahmini deneylerinde yirmili yaştakilerin en iyi olduğu, yaşlıların da verilen süreyi olduğundan daha fazla tahmin ettikleri görülmüştür. Bu da bedendeki yavaşlayan saatlerle ilişkilendirilmektedir.

Belki yaşlılıkta zamanı yavaşlatabilmenin de yolları vardır. Bir usta, üretmeye devam ettiği el örmesi sepetleri sayesinde, bir bilimci ortaya koyduğu bilimsel eserleriyle hem o sırada mutlu olur hem de geriye dönüp baktığında hatırlamaya değer şeylerin sayısı nedeniyle hayatının hızlıca akıp geçmediğini, dolu dolu bir hayat yaşadığını hissedebilir. Yeni deneyimler ve küçük heyecanlar zamanı yavaşlatabilir, tıpkı dolu dolu yaşanmış bir tatilden eve dönmek gibi...

Dolayısıyla yetmişli yaşlardaki biri son yıllarını ilk yıllarıyla karşılaştırdığında beden saatinin yavaşlaması nedeniyle zamanın çok hızlı geçtiği algısına kapılır, denmektedir. Belki yaşlılıkta zamanı yavaşlatabilmenin de yolları vardır. Bir usta, üretmeye devam ettiği el örmesi sepetleri sayesinde, bir bilimci ortaya koyduğu bilimsel eserleriyle hem o sırada mutlu olur hem de geriye dönüp baktığında hatırlamaya değer şeylerin sayısı nedeniyle hayatının hızlıca akıp geçmediğini, dolu dolu bir hayat yaşadığını hissedebilir. Yeni deneyimler ve küçük heyecanlar zamanı yavaşlatabilir, tıpkı dolu dolu yaşanmış bir tatilden eve dönmek gibi...

Kaynaklar

1) İ. Ayhan, *Zaman Algısı (Açık Ders)*, youtube.com/watch?v=iZhwdUKYgjt&t=2093s (Erişim Tarihi: 20.09.2017).

2) D Eagleman, *Beyin: Senin Hikâyen*, 2016, BKZ Yayıncılık.

3) NB Bahadır, C Tutuğ, H Ceviz, O Çalyurt, *Zaman Algısı ve Psikiyatrik Bozukluklar, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013; 5(3):355-377.

4) RE Ornstein, *Yeni Bir Psikoloji*, 1992, İnsan Yayınları.

5) F Balcı, *Öznel Zaman, Cogito*, 2013 (75):116-125.

6) D Draaisma, *Yaşlandıkça Hayat Neden Çabuk Geçer: Belleğimiz Geçmişimizi Nasıl Şekillendirir?* 2012, Metis Yayıncılık.

Kuran'da yaşlılık ve erzel-i ömür

Doç. Dr. Zeki Bayraktar



1967 yılında Rize-Ardeşen'de doğdu. İlk, orta ve lise tahsilini burada tamamladı. 1991 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1999'da Üroloji uzmanı, 2012'de Üroloji doçenti oldu. 2010-2011 döneminde Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Hadis Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı dahilinde "Mütevâtir ve ahad haber" konusunda çalışmalar yaptı. Üroloji alanında yayınlanmış 60 civarında akademik makalesi ve tebliği bulunan yazarın İlahiyat alanında da yayınlanmış iki kitabı ve 20 civarında makalesi bulunmaktadır. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalında Öğretim Üyesi olarak görev yapan yazar, evli ve iki çocuk babasıdır.

Erzel-i ömür ifadesi, aslı "erzel-i umur" olan ve Kur'an-ı Kerim'in iki ayetinde geçen bir ifadedir (1). Erzel'in aslı rezil kelimesidir. Rezil; "kötü, bozuk, adi, iğrenç ya da tasvip edilmeyen bir şey oluşundan dolayı arzulanmayan, istenmeyen, uzak durulan, içtinap edilen, el çekilen ya da vazgeçilen şey" demektir (2). "Erzel-i umur" ifadesinin yer aldığı iki ayet şöyledir; "Sizi yaratan ve sonra da vefat ettiren Allah'tır. Kiminiz de ömrünün en düşkün çağına (erzel-i umur'a) kadar yaşatılır ki bildiğini bilemez hale gelsin. Allah alimdir, kadirdir." (Nahl 16/70). "Ey insanlar! Kabirlerden kalkma konusunda şüphenez varsa (düşünün): Sizi önce topraktan sonra döllenmiş yumurtadan, sonra alakadan, sonra da bir çiğnem et parçasından belli belirsiz şekilde yarattık. Bu sözler, size olup biteni açıklamamız içindir. Yaşamayı tercih ettiğimizi belirlemiş bir süreye kadar rahimlerde tutar, sonra sizi bir çocuk olarak çıkarırız. Sonra da ergenlik çağına eresiniz (diye yaşatırız). Kiminiz ölür, kiminiz de ömrün en düşkün çağına (erzel-i umura) kadar yaşatılır ki bilirken bilemez hale gelsin. (Tıpkı bunun gibi) Toprağı da kupkuru görürsün ama üzerine suyu indirdik mi kıpırdar, kabarr ve her türden iç açıcı çift çift bitkiler bitirir." (Hac 22/5)

Görüldüğü üzere "erzel-i umur" ifadesi rezil hallerin yaşandığı ihtiyarlık dönemine atıfla her iki ayette de 'ahir ömrün düşkünlük dönemini' ifade etmek için kullanılmıştır. Ancak her iki ayette de dikkatimizi çeken şöyle bir husus bulunmaktadır;

Bu ayetlerdeki ifadeler "...kiminiz de erzel-i umur'a kadar yaşatılır ve böylece bildiğini bilemez hale gelir" şeklinde değil de "... kiminiz de erzel-i umur'a kadar yaşatılır ki bildiğini bilemez hale gelsin" şeklindedir. Neden acaba? Bilinen şeylerin bilinemez hale gelmesi doğal bir sonuç/süreç midir yoksa ulaşılmak istenen bir amaç mı? Bazı insanların -bir ceza veya ödül olarak- bildiklerini

bilemez hale gelmesi mi gerekiyor ki onlar erzel-i umura kadar yaşatılıyor? Yoksa bu husus bir tespit midir veya acaba bu -bu dünyaya ait- bir ceza veya ödül müdür? Bu, üzerinde düşünülmesi gereken bir konudur. Bu nedenle önce Kur'an'a göre yaşamın muhtelif evrelerine bir göz atacak daha sonra da asıl konumuz olan bu hususa tekrar geri döneceğiz.

Kur'an'a göre yaşamın muhtelif evreleri

Kur'an, insanın hem biyolojik hem ruhsal gelişimini ifade eden muhtelif dönemlerden bahseder. Bunlar, bebeklik (tıfl/tıflen), süt çocukluğu, çocukluk, ergenlik, nikah/rüşd çağı, güçlülük dönemi, olgunluk dönemi ve nihayetinde de yaşlılık ve düşkünlük dönemidir (erzel-i umur). Kur'an, bu dönemlerin bir bölümü için belli bir yaş/yıl ifade ederken bir bölümü için belli bir yaş/yıl belirtmez. Mesela Kur'an'a göre bebeklerin emzirilmesi için belirlenen ideal süre 2 yıldır (3). Yani süt çocukluğu dönemi 0-2 yaş arasıdır. Ama Kur'an'ın daha sonra gelen ergenlik ve rüşd çağı için ifade ettiği herhangi bir yıl/yaş bulunmamaktadır. Çünkü bunların sabit bir yaşı yoktur. Genetik ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterir. Ayrıca ergenlik/buluğ dönemi zaten kendisini biyolojik belirtilerle izhar eder. Ama rüşd çağı öyle değildir. Çünkü "rüşd" biyolojik gelişimden daha çok ruhsal gelişimi ifade eder. Dolayısıyla rüşd çağı da muhtelif faktörlere bağlı olarak değişir. Yani her bireyin rüşd çağı farklıdır. Zira ergenlik döneminden sonra ulaşılan bu çağın biyolojik yaştan ziyade akıl ve muhakeme kapasitesi ile ilgili olduğu malumdur. Bu kapasitenin sosyal ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişebileceği de malumdur. Nitekim ilgili ayetler bir bireyin rüşd çağına ulaşıp ulaşmadığını anlamak için "kendisine verilen ekonomik değerleri yönetip yönetemediğine" bakılmasını ve kararın buna göre verilmesini telkin eder (4). Bunun yanı sıra ekonomik değerleri yönetebilme becerisinin biyolojik bir olgunluktan ziyade ruhsal bir olgunluğa işaret ettiği açıktır.

Kur'an'ın vurgu yaptığı önemli bir başka dönüm noktası da 40 yaş dönemidir. Kur'an, 40 yaş dönemini hem güçlülük hem de olgunluk dönemi olarak ifade eder. Nitekim ilgili ayet şöyledir; *Biz insana, ana babasına iyi davranmasını öğütledik. Annesi onu zahmetle taşımış ve zahmetle doğurmuştur. Onu (bir insan olarak) taşıması ve onu süttten kesmesi otuz ay sürer. Ne zaman ki güçlü ve kuvvetli hale gelir ve kırk yaşına da erişirse der ki "Ey Rabbim! Fırsat ver de bana ve ana babama verdiğin nimetlere karşılık görevlerimi yerine getireyim. Razi olacağın iyi işler yapayım. Soyumdan gelenleri de benim için iyi evlatlar eyle. Ben sana yönel-dim, çünkü ben sana teslim olanlardanım.* (Ahkâf 46/15) Demek ki 40 yaş insan için önemli bir dönemeç noktasıdır. Çünkü bu yaşa ulaşan her insan her kültürde ve toplumda olgun/reşit kabul edilir. Zira bu yaşa kadar muhtelif gel-gitleri olmuş ve muhtelif tecrübeler yaşamıştır. Yaşadığı bu deneyimler onun hem karakterini hem düşüncelerini olgunlaştırır. Dolayısıyla 40 yaşına gelen bir insanın karakter ve kişilik yapısı genel olarak artık olgunlaşmış ve oturmuştur. Öyle olmalıdır. Nitekim insanların karakter ve davranışları bu yaştan sonra çok fazla değişmez. Bu husus toplumumuzda "bir insan kırkına kadar ne ise kırkıdan sonra da odur" ifadesi ile dile getirilir. Dolayısıyla 40 yaş dönemi, insanın hem olgun hem de güçlü olduğu bir dönemdir. Daha sonra ise ihtiyarlık dönemine girer ve güçten düşer. 40 yaş ile başlayan olgunluk döneminin ne kadar sürdüğü, daha doğrusu ihtiyarlık döneminin ne zaman başladığı başka bir konudur. Ama Kur'an bu konuda da herhangi bir yaş/yıl tayin etmemekte ve fakat yaşlılığa/ihtiyarlığa işaret eden muhtelif kavramlar içermektedir.

Kur'an'daki Yaşlılık/İhtiyarlık İfadeleri

Kur'an'da yaşlılık/ihtiyarlık dönemi ile ilgili muhtelif ifadeler bulunur. Bunlar; 1) Kiber, 2) Şeyb (şib), 3) Şeyh, 4) Acuz ve 5) Kehl olmak üzere 5 adettir. Bu ifadelerin yer aldığı ayetler ise şunlardır:

1) Kiber: Kiber'in aslı "kebure" fiildir. Büyüklükle ilgili çeşitli manalara gelen "kiber/kebure" kelimesi zaman vurgusu göz önüne alınınca yaşın büyümesini (yaşlanmayı) ifade eder (5). "Kiber" kelimesi Hz. İbrahim ve Hz. Zekeriyya'nın yaşlılıklarını ifade etmek üzere şu dört ayette geçer; "(İbrahim) Dedi ki: "Bana ihtiyarlık gelmişken (messeniye'l-kiberu) beni mi müjdeliyorsunuz? Ne ile müjdeliyorsunuz beni?" (Hicr 15/54)

Hz. İbrahim yaşlı olmasına rağmen baba olmasının şükürünü de bir başka ayette şöyle dile getirir: "İhtiyar halimde (ale'l-kiberi) bana İsmail'i ve İshak'ı lütfeden Allah'a hamdolsun! Şüphesiz Rabbim duayı işitendir." (İbrahim 14/39) Aynı durumu Hz. Zekeriyya'da da görüyoruz. O Allah'a dua etti ve ihtiyarlığına rağmen çocuk sahibi olmayı istedi. Ama Allah ona bir çocuk nasip edince de 'ben yaşlandığım halde benim nasıl çocuğum olabilir' diye hayret etti; "(Zekeriyya) 'Rabbim! Bana ihtiyarlık gelip çattığına (belağtü mine'l-kiberi), üstelik kanım da kısır olduğuna göre benim nasıl oğlum olabilir?' dedi. Allah şöyle buyurdu: İşte bu böyledir, Allah dilediğini yapar." (Âli İmran 3/40) Dikkat edileceği üzere bu ayetlerde zikredilen her iki Nebi de "yaşlandığımız halde bizim nasıl çocuğumuz olabilir?" derken "kiber" kelimesini kullanmışlardır.

2) Şeyb (şib): Şeyb, şib veya meşib saçın beyazlaşmasını, kırılmasını, ak düşmesini ifade eden bir kelimedir (6). Kur'an'da bu kelimenin geçtiği ayetler şöyledir; "(Zekeriyya) Demişti ki; "Rabbim! Vücudumda kemiklerim zayıfladı, saçım başım ağardı (ve-şteale'r-re'su şeyben). Ey Rabbim, sana ettiğim dua sayesinde hiç bedbaht olmadım." (Meryem 19/4)

"Sizi güçsüz yaratan, sonra güçsüzlüğün ardından kuvvet veren ve sonra kuvvetin ardından güçsüzlük ve ihtiyarlık (şeybe) veren Allah'tır. O dilediğini yaratır. O, hakkıyla bilendir, üstün kudret sahibidir." (Rûm 30/54)

Aynı kelime (şiben şeklinde) kıyametin dehşetini haber veren şu ayette de kullanılıyor; "Şu halde eğer inkâr ederseniz, çocukları ak saçlı ihtiyarlara (şiben) döndüren o gün nasıl korunacaksınız?" (Müzemmil 73/17)

3) Şeyh: Şeyh; yaşlanmış, yaşı ilerlemiş kimseye denir. Ayrıca yaşlılarda bol tecrübe ve bilgi olduğu için bilgisi fazla olan kişiler hakkında da kullanılır (7). Şeyhin çoğulu olan "şuyûh" kelimesi ise elli ve üzeri yaştaki kimseler için kullanılır (8). Şeyh, Kur'an'da üçü tekil biri çoğul olmak üzere toplam dört yerde ve şu ayetlerde geçer:

Birincisi, Musa (as) Medyen suyuna varınca, orada hayvanlarını sulamak için bekleyen iki kız görmüş ve -Hz. Şuayb'ın kızları olan- bu kızlar ona "babalarının yaşlı (şeyh) olduğunu söylemişlerdi" (Kasas 28/23).

İkincisi, melekler Hz. İbrahim'e bilgin bir oğul müjdesi verince bunu duyan

yaşlı hanımı ellerini yüzüne çarparak, "Olacak şey değil! Ben bir kocakarı bu kocam da bir ihtiyar (şeyh) iken çocuk mu doğuracağım ben?" demişti (Hûd 11/72).

Üçüncüsü, Hz. Yakub'un oğulları, Mısır azizinin yanında babalarını anlatırken, "Ey aziz! Gerçekten onun (Bünyamin'in) çok yaşlı (şeyh) bir babası var. Sen onun yerine başka birimizi alıyorsun. Zira biz seni iyilik edenlerden görüyoruz" demişlerdi" (Yûsûf 12/78).

Dördüncüsü ise çoğul olarak (şuyûh şeklinde) ve şu ayette geçer; "Sizi topraktan, sonra döllenen bir yumurta (zigot)'dan sonra da alaka (embriyo)'dan yaratan O'dur. Sonra sizi dünyaya bir bebek olarak (tıflen) çıkarıyor. Sonra da ergenlik çağına eresiniz, hayatınızı sürdürüp yaşlanasınız (şuyûh) diye sizi yaşıyor. İçinizden bir kısmı da daha önce vefat ettiriliyor. Bütün bunlar belirlenen bir süre (ecele) kadar ulaşmanız ve aklınızı kullanmanız içindir." (Mü'min 40/67)

4) Acuz: "Acuz" kelimesinin aslı bir şeyden geride kalmak, arkada olmak manasına gelen "acz" kelimesidir. "Acuz" ise ihtiyar kadın/kocakarı demektir. Pek çok şeyi yapmaktan âciz olduğu için böyle isimlendirilmiştir (9). Bu kelime Kur'an'da Hz. İbrahim'in hanımı (İshak (a.s.)'ın annesi) ve Lût (a.s.)'ın inanmayan karısı için şu ayetlerde kullanılmıştır; "(İbrahim'in karısı:) 'Olacak şey değil! Ben bir kocakarı (acuz), bu kocam da bir ihtiyar (şeyh) iken çocuk mu doğuracağım? Bu gerçekten şaşılacak bir şey' dedi." (Hûd 11/72)

"(Lut) 'Ey Rabbim, beni ve ailemi bunların yapageldikleri (kötülüklerden) kurtar!' Bunun üzerine Biz de o'nu ve ailesini kurtardık; yalnızca geride kalmayı seçen bir kocakarı (acuz) bunun dışında kaldı." (Şuarâ 26/171) Bu ayette zikredilen ve geride kalmayı tercih eden yaşlı kadının Lût (a.s.)'ın karısı olduğunu "Bunun üzerine o'nu ve geride kalanlar arasında bulunan karısı dışındaki yandaşlarını kurtardık." (A'raf 7/83) mealindeki ayetten ve ilgili diğer ayetlerden anlıyoruz (10).

5) Kehl: Kehl, saçına kırık/aklık karışmış kimse demektir. Kişinin saçının ağarmaya başladığı dönemi ifade eder (11). Tam olarak ihtiyarlık manasına gelmesi de yaşlılığa doğru giden olgunluk yaşını anlatır. Gençlik çağı ile otuz yaş üzerini ayırt eden bir kelimedir. Kırkına ulaşmış ve henüz ihtiyarlığa ulaşmamış olgunluk yaşına itlak olunur. Kimilerine göre otuz ile elli bir yaş arasına "kehl" denir (12). Kehl ifadesi Kur'an'da sadece İsa (as) hakkındaki şu iki ayette geçer: "O insanlarla beşikte de yetişkinlikte de (ve-kehlen) konuşacak ve salihlerden olacak." (Âli İmran 3/46, Maide 5/110)

"Erzel-i umur" ifadesi geçen ayetlerin mesajı nedir?

"Erzel-i umur" ifadesinin yer aldığı Nahl 16/70 ve Hac 22/5 ayetindeki terkibin "... kiminiz de erzel-i umur'a kadar yaşatılır ki bildiğini bilemez hale gelsin" şeklinde olduğunu belirtmiş ve bunun dikkat çekici

olduğunu ifade etmiştik. Bunun nedeni ne olabilir? Bunu anlamak için hem bu ayetlerin siyak-sibakına bakmak hem de aynı bağlamdaki diğer ayetleri birlikte okumak gerekir. Mesela şu iki ayetin mutlaka dikkate alınması gerekir; "Biz kime uzun ömür vermiş/uzun yaşatmış isek onu yaratılıştan da tersine çeviririz. Buna rağmen onlar -hala- akıllarını kullanmayacaklar mı?" (Yasin 36/68)

"O Allah ki, sizi önce zayıf yaratıp sonra bu zayıflığın ardından size güç vermiş ve sonra da bu gücün ardından sizi tekrar zayıf ve yaşlı kılmıştır. O dilediğini yaratır. Ve her şeyi bilir, her şeye gücü yeter." (Rûm 30/54)

Bu her iki ayet de inatçı inkârcılardan bahseden pasajın sonunda yer alıyor. Devamında da ahiret ve kıyametten bahsediliyor. Dolayısıyla bu ayetlerde -zimmen- şu mesajlar veriliyor; "Ey insan! Allah her insana belli bir ömür takdir ediyor, senin de böyle bir ömrün olacak, bil ki bu ömrün ilk dönemlerinde güçsüz olacak ve sonraları ise belli bir süre güçlü kalacaksın. Ama bu ömür bir gün ansızın sona erecek ve öleceksin. Bunu unutma. Lakin eğer ömrün bir miktar daha uzun olsa bile ömrünün son demleri güçsüz ve düşkün olacaksın. Bundan dolayıdır ki sakın ola uzun ömre güvenme! Hazırlığını erteleme! Çünkü ömrünün uzun olacağı garanti değildir. Ama velev ki öyle olsa bile ahir ömür erzel-i ömürdür, ömrün en rezil dönemidir. İnsan o dönemde düşkün olur. İstediklerini yapamaz, bildiklerini bilemez hale gelir. Rezil-rüsva olur. O halde sen sen ol ve ahiret için azığını önceden hazırla! Sakın bu hazırlığı bu döneme erteleme! Çünkü bu dönemde yapamazsın! Kulluk görevlerini gençliğinde 'daha erken' diyerek yaşlılık dönemine erteleyenler bu dönemde rezil-rüsva oldukları gibi ahirette de rezil rüsva olabilirler! Yani ahiret hazırlığını erzel-i ömre erteleyenlerin ahiretteki ömürleri de erzel olabilir."

Kaynaklar

- 1) Kur'an-ı Kerim, Nahl 16/70, Hac 22/5
- 2) Kur'an-ı Kerim, Rağıp el-İsfahânî, el-Müfredât, Rezil maddesi
- 3) Kur'an-ı Kerim, Bakara 2/233
- 4) Kur'an-ı Kerim, Nisa 4/6, En'am 6/152, Yusuf 12/22, İsra 17/34
- 5) Kur'an-ı Kerim, Rağıp el-İsfahânî, el-Müfredât, Kiber/Kebure maddesi
- 6) Kur'an-ı Kerim, Rağıp el-İsfahânî, el-Müfredât, Şeyb/Şib maddesi
- 7) Kur'an-ı Kerim, Rağıp el-İsfahânî, el-Müfredât, Şeyh maddesi
- 8) Kur'an-ı Kerim, en-Naal, Mevsuâtü'l-Elfâzi'l-Kur'an, Şeyh maddesi
- 9) Kur'an-ı Kerim, Rağıp el-İsfahânî, el-Müfredât, Acuz maddesi
- 10) Kur'an-ı Kerim, Hud 11/81, Neml 27/57, Ankebut 29/32-33, Tahrim 66/10
- 11) Kur'an-ı Kerim, Rağıp el-İsfahânî, el-Müfredât, Kehl maddesi
- 12) Kur'an-ı Kerim, en-Naal, Mevsuâtü'l-Elfâzi'l-Kur'an, Kehl maddesi

Geciken evlilikler ve aile içi yaşlı sorunları

Feyzullah Gürdaş



1982 yılında Elazığ'da doğdu. Üsküdar Fazilet Erkek Lisesi ve Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden mezun oldu. (2007). Okan Üniversitesinde Sağlık Odaklı Klinik psikoloji alanında yüksek lisansını tamamladı. Bir süre İstanbul Büyükşehir Belediyesi Engelliler Müdürlüğü ve Çekmeköy Belediyesi Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'nde, engelli ve ailelerine yönelik psikolojik danışmanlık ve eğitim, seminer hizmeti verdi. Gürdaş, evli ve iki çocuk babasıdır.

Bu yazıda üç meseleyi ele almaya çalışacağım. İlk olarak evlenme yaşının zaman içerisindeki değişimini ve boşanma oranlarına etkilerini değerlendirmeye çalışacağım. İkinci olarak ise aile içi yaşlı sorunlarını ve bu sorunların eş ilişkilerine nasıl yansıdığını klinik gözlem ve literatür ışığında tartışacağım. Son olarak da aile içi yaşlı sorunlarının aile danışmanlığı bağlamında nasıl ele alındığına bakmaya çalışacağım.

75 yıldır devam eden Harvard mutluluk araştırmasının en önemli sonuçlarından biri şu; bir insanın mutluluğunu belirleyen en önemli faktör, yakınlarıyla kurduğu bağların kalitesi. Özellikle de kişi eğer evliyse eş ilişkisinin nasıl olduğu o insanın mutluluğunu yordayan en önemli faktör haline geliyor. İyi/mutlu bir evliliği olanların yaşam süreleri daha uzun, yaşam kaliteleri ise her konuda daha yüksek oluyor. Tersinden bakıldığında da evli olmamak ya da kötü giden bir evliliğin içinde olmak birçok ruhsal ve fiziksel rahatsızlık için risk faktörü. Literatürde bu konuda neredeyse bir ittifak var. Evlilik her insan tekinin hayatındaki en önemli dönüm noktalarından biri durumunda. Eğer eş ilişkisi ve mutluluk arasında bu kadar yakın bir ilişki varsa iyi/mutlu evliliği belirleyen unsurlar nedir? Daha doğrusu bu yazının da başlıklarından biri olan evlenme yaşı ile iyi/mutlu bir

evliliğe sahip olmanın bir ilişkisi var mı? Ortalama kaç yaşında evlenirsek evliliğimiz hem daha uzun hem de daha sağlıklı olur? Türkiye'de evlenme yaşında bir değişim var mı, varsa ne kadar ve etkileri nelerdir? Sorulara cevap aramaya geçmeden önce şunu belirtmekte yarar var. Metin içerisinde boşanma ile ilgili çeşitli istatistiklere yer vermeye çalışacağım ama pek tabii boşanma oranları evlilik doyumunu tek başına göstermez sadece bir fikir verir. Çeşitli nedenlerle boşanma ile sonuçlanmayan ama kötü giden evliliklerin oranı hiç de azımsanacak seviyede değil. Fakat ülke olarak son yıllarda oldukça popüler olan tartışmalardan biri de artan boşanma oranları ve bu meselede ne yapılması üzerine olduğu için devam eden evliliklere, genel bir kabul olarak, iyi evlilikler diyeceğim.

Ortalama İlk Evlenme Yaşı

TÜİK verilerine göre Türkiye'de ortalama ilk evlenme yaşı, 2016 yılında erkekler için 27,1, kadınlar için 24 olmuş. Erkek ile kadın arasındaki ortalama ilk evlenme yaş farkı ise 3,1 yaş olarak gerçekleşmiş. 2006 yılı verilerine göre ise ortalama ilk evlenme yaşı erkekler için 26,1, kadınlar için 22,8 olarak hesaplanmış. Erkek ile kadın arasındaki ortama ilk evlenme yaşı farkı ise 3,3 çıkmış. Veriler bize ilk evlenme yaşının her on yılda bir yaklaşık bir yaş arttığını gösteriyor. Kadın ve

erkeğin yaş farkında ise kayda değer bir değişim olmamış. Evlilikler yaşlanıyor mu sorusuna verilebilecek cevap mutlak evet olmayacaktır. Bu rakamları ılımlı bir artış olarak değerlendirmek daha mümkün olabilir. Buna mukabil boşanma oranlarına baktığımızda ise 2006 yılında boşanma oranları 14,7 iken 2016 yılında 21, 22 olmuş. Aradaki %8'lik farkın en büyük sorumlusu 2008-2009 yılları arasındaki keskin artış. 2008 yılında boşanma oranları 15,52 iken 2009 yılında bu oran ciddi bir artış göstererek %20,35'e çıkmış. O tarihten itibaren ise çok ılımlı bir artış ile bugünkü oranlara ulaşmış. Bir önceki yıla oranla çok hafif bir düşmeden de bahsedebiliriz. Amerika ve Avrupa için de benzer bir tablo karşımıza çıkıyor. Evlenme yaşı artarken boşanmalar daha hızlı artmakta. ABD'de boşanma oranları kabaca %50 civarında seyrederken Avrupa ülkelerinde %40'lar seviyesinde. İlk evlenme yaşları ise bize yakın. Görünen o ki evlenme yaşındaki nispeten ılımlı artışa oranla çok daha hızlı yükselen boşanma oranları arasında anlamlı bir ilişkiden söz etmek zor. Kısacası daha geç yaşta evlenmenin iyi/mutlu bir evliliğin anahtarı olduğunu söyleyemiyoruz. Ancak tersi de iddia edilemez durumda.

İlk evlenme yaşı değil ama evlilikte geçirilen yıllar boşanma oranlarını önemli miktarda etkiliyor. Yine TÜİK verilerine göre 2016 yılında boşanmaların %39,1'i



evliliğin ilk 5 yılı, %21'i ise evliliğin 6-10 yılı içinde gerçekleşmiş. Her ne kadar evlilik yılı ile evlilik doyumu arasındaki ilişki konusunda da literatürde net bir anlaşma olmasa da evlilikte kalma olasılığını artırdığı kesin. Son olarak, ilk evlenme yaşındaki artışın nüfus artış hızındaki yavaşlamaya dolayısıyla da nüfusun yaşlanmasına, ılımlı da olsa, etki ettiğinden söz etmek mümkün. Çünkü geç yaşta evlilik, doğal olarak, çocuk sayısında bir azalmaya yol açabilir. Ailedeki çocuk sayısının modernleşme, ekonomik, sosyal ve diğer unsurlarla olan ilgisini de göz önünde bulundurmamız gerekmekte tabii.

Aile İçi Yaşlı Sorunları

Yazının bu bölümünde aile içi yaşlı sorunlarını ele almak istiyorum. Fakat daha önce Türkiye'de nüfus açısından yaşlılık ile ilgili durum nedir, oranlar bize ne söylüyor ona bakmakta fayda var. Evlenme yaşının yükselmesi ve boşanma oranları ile ilgili istatistiklerin yorumlanmasında birçok farklı görüş mümkündür. Bir grup insan Türkiye'deki boşanmaların son yıllarda çok arttığını iddia ederken buna katılmayan başka bir grup da artışın ılımlı olduğunu, bir felakete sürüklenmediğimizi rahatlıkla ifade edebilir. Aynı durum evlenme yaşları ile ilgili değişimi yorumlarken de geçerli. Fakat yaşlanan nüfus hakkında bu kadar tartışma olmayacağı kanaatindeyim. Zira

rakamlar (Avrupa kadar olmasa da) hızla yaşlanan bir topluma doğru gittiğimizi söylüyor. TÜİK verilerine göre yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) 2012 yılında 5 milyon 682 bin 3 kişi iken son beş yılda %17,1 artarak 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2012 yılında %7,5 iken, 2016 yılında %8,3'e yükseldi. 1960 yılında ise oran %3,5 seviyesindeymiş. Bu rakamların bize söylediği en önemli şey şu, yaşlılık ve yaşlılar ile ilgili daha planlı ve ciddi bir sosyal politikaya ve yapılanmaya ihtiyacımız var. Yaşlılık bireyin kendisini ve ait olduğu aileyi, dolayısıyla da toplumu, nasıl etkiliyor sorusu yukarıdaki rakamlar göz önüne alındığında önemli bir soru haline geliyor.

Aile içi yaşlı sorunlarını birkaç bağlamda ele almak ve tartışmak istiyorum. Bunlar, bakıma muhtaç yaşlılar, yalnız yaşayan yaşlı çiftler, eşini kaybetmiş yaşlı bireyler ve aile ilişkilerine yansımaları şeklinde olacak. 2014 yılı TÜİK verilerine Türkiye'de 2014 yılında 100 çalışanın bakması gereken yaşlı sayısı 11,8 iken bu sayının 2030 yılında 19,3 olması beklenmektedir. Ayrıca yaşlıların %35'inin en az bir engeli bulunmaktadır. Bu veriler Türkiye'de bakıma muhtaçlık meselesinin giderek ağırlık kazanacağını göstermekte. Bakıma muhtaçlık hem bakım veren hem de alan için bir stres kaynağı olabilmektedir. Bakım alan için "yük olma"nın getirdiği, suçluluk ve yetersizlik

Bir grup insan Türkiye'deki boşanmaların son yıllarda çok arttığını iddia ederken buna katılmayan başka bir grup da artışın ılımlı olduğunu, bir felakete sürüklenmediğimizi rahatlıkla ifade edebilir. Aynı durum evlenme yaşları ile ilgili değişimi yorumlarken de geçerli. Fakat yaşlanan nüfus hakkında bu kadar tartışma olmayacağı kanaatindeyim. Zira rakamlar (Avrupa kadar olmasa da) hızla yaşlanan bir topluma doğru gittiğimizi söylüyor.



Dünyanın her yerinde evliliklerde en sık altı sorunun yaşandığını söyleyebiliriz. Bunlar, ailelerle ilişkiler, boş zamanların nasıl geçirileceği, cinsel yaşam, paranın nasıl idare edileceği, çocukların bakımı ve ev işlerinin nasıl yapılacağı meseleleridir. Yoğunlukları ve yaşanma sıklıkları kültürden kültüre değişmekle beraber bu altı sorun dünyanın her yerinde aile ve evlilik danışmanlığının ana konularındandır.

hisleri, bakım veren için ise tükenmişlik, öfke ve suçluluk hisleri en sık yaşanan duygular olarak göze çarpmakta. Aile içinde ise bakım veren kişinin eşi ile olan tartışmalarının konularından birisi de bakım verme meselesi olmaktadır. Ayrıca bakım veren için ekonomik zorluklar da gündeme gelebilmektedir. Bakım verme meselesi gündeme geldiğinde aile içerisinde en sık yaşanan sorunlardan bir tanesi de yaşlıya kimin bakacağı meselesidir. Yaşlının sağlık durumuna göre kendi evinde mi, bir kurumda mı, yoksa çocuklarının yanında mı kalacağı; eğer çocuklarının yanında kalacaksa bu sorumluluğu kimin ya da kimlerin üstleneceği meselesi birçok aile için kriz oluşturabilmekte. Bu krizin boyutlarını etkileyen faktörler arasında yaşlının fiziksel ve ruhsal durumu, yaşlının aile üyeleri ile süre gelen ilişkisinin durumu, yaşlının evli olup olmadığı gibi durumlar sayılabilir. Son yıllarda kadınların daha çok iş gücüne katılmaları ve buna bağlı olarak rollerindeki artış ve bu artışın getirdiği yükler de ana problemlerden sayılabilir. Yukarıda bahsedilen olumsuz faktörler bizleri yanıltmasın. Her meselede olduğu gibi bu konuda da oldukça pozitif örnekler rastlamak mümkün. Türkiye’de, dünyanın birçok yerine nazaran, aile bağları hala çok önemli bir yerde durmaktadır. Bu nedenle yaşlısını bir bakım evine yerleştirmek ya da kendi evlerinde kalmaya “müsaade etmek” birçok ailenin kaçındığı bir durumdur. Burada belki

de önemli olan şey yaşlının tercihine saygı duymak olacaktır. Nitekim yaşlılara nerede kalmak istedikleri sorulduğunda yaklaşık %40’i çocuklarının yanında, bir o kadarı da kendi evinde kalmak istedikleri cevabını veriyorlar. Olumlu sayılabilecek bir diğer husus da şöyle; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın yürüttüğü toplumda bakım parası olarak bilinen evde bakım hizmetleri son yıllarda toplumun geneline yayılmış durumda. Hizmet kapsamında gerekli şartları sağlayan yaşlı bireylerin ailelerine yaklaşık bir asgari ücret tutarında ücret ödeniyor. Bu para bakan kişiye veriliyor. Aile eğer bakamayacağını beyan ederse yaşlı, özel bir kuruma yönlendiriliyor ve masrafları bakanlık tarafından karşılanıyor. Diğer bir seçenek ise bakanlığa bağlı bir kurumda yaşlının bakılması. Evde bakım ücretinin bağlanmasıyla ekonomik bakım yükü biraz olsun rahatlamakta ve aileye maddi bir katkı sağlamakta.

Aile içi yaşlı sorunları bağlamında ele almaya çalışacağım ikinci mesele ise eşleri ile birlikte yalnız yaşayan çiftler ve aileleri ile ilişkileri meselesi. Çocukların bir bir evlenip yuvadan ayrılması, emeklilik süreci (özellikle de erkeğin) bir dizi psikolojik ve ekonomik süreci beraberinde getirir. Örneğin emekli olup eve dönen erkek bu sürece psikolojik olarak kendini adapte etmekte zorlandığında git gide daha sedanter bir yaşam sürmeye başlayabilir. Daha

sedanter yaşam ve daha az üretkenlikle, fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklara karşı daha yatkın hale gelebilir. Emekliliğin bir diğer olası olumsuz etkisi ise ekonomik boyutta yaşanabilir. Emeklilikle beraber aylık maddi gelirden bir miktar azalma ile beraber ekonomik zorlanma yaşlıların yaşam kalitesini azaltabilir. O zaman da geçinebilmek için çocuklarına muhtaç olma durumu ile karşı karşıya kalabilirler. Bu da aile sisteminde bir takım zorunlu değişikliklere neden olabilir. Çocuklarını evlendirmek onların mutluluklarına şahit olmak hemen her anne babanın isteği ve idealidir. Bunun yanında yuvadan uçup giden yavrularının yokluğuna alışmak ve yeni sisteme ayak uydurmak biraz zaman ve gayret gerektirmektedir. Çünkü her giden çocuk ister istemez kalanların hayatında bir boşluk oluşturur ve zamanla bu değişime ayak uydurulur. Evden ayrılan son çocukla beraber çiftlerin kendi eş ilişkilerinde de bir değişim sezilebilir. Bu değişim hem pozitif hem negatif yönde olabilir. Bazı eşler bu süreçte daha önce hiç olmadığı kadar birbirlerine vakit ayırma fırsatı yakalayabilir ve birbirlerine olan bağlılıkları, sevgi ve arkadaşlıkları güçlenebilir. Bazı eşler için ise bu süreç yıllardır erteledikleri ciddi sorunlarla baş başa kalma anlamına gelebilmektedir. Bu durum, yaşlılık sürecinde çok düşük olan boşanma nedenleri arasında sayılabilir.

Yaşlı bireylerin kendi evlerinde eşleri ile yaşaması tek başına olumsuz bir durum değildir aslında. Hatta kendi kendilerine yeter olmaları birçok yaşlı için önemli ve pozitif bir duygudur. Bunun yanında her insanda olduğu gibi sevilmek, ilgi görmek, önemsenmek, yaşlılarda da önemli bir ihtiyaçtır. Bu bağlamda yalnızda olsalar, ihmal edilmiş hissetmemek, sık sık ziyaret edilmek, herhangi bir konuda fikirlerinin sorulması, önemsenmeleri yalnız yaşayan çiftler için oldukça koruyucu ve yaşam kalitelerini artırıcı etkilere sahiptir. Sık sık ziyaret edilmenin yaşlılar için önemli olduğundan bahsettik. TÜİK'in 2016 yılına ait aile yapısı araştırması sonuçlarına göre çocukları ile aynı evde yaşamayan yaşlı bireylerin, çocukları tarafından her zaman veya sıklıkla ziyaret edilme oranının %71,7, bazen ziyaret edilme oranının %20, nadiren ziyaret edilme ya da hiç ziyaret edilmeme oranının ise %8,3 olduğu tespit edilmiş. Rakamlar tartışılabilir fakat ben durumun çok vahim olmadığı kanaatindeyim.

Aile içi yaşlı sorunları bağlamında üçüncü mesele eşini kaybetmiş yaşlılar. Yas süreci her insan teki için baş etmesi zor bir mesele. Bu durum yaşlılar için farklı dinamiklere de sahiptir. Yıllarca aynı yastığa baş koymuş, her şeyi birlikte yapmış çiftlerin eşlerinin ölümleriyle başa çıkmaları zor olabilmektedir. Yas

danışmanlığı için kliniğe başvuran, daha doğrusu yakınları tarafından getirilen, yaşlıların yaşadıkları hüznü ve hasreti dinlediğinizde ağızınızdan birkaç kuru teselli cümlesi çıksa da daha çok yaptığınız şey aradaki sevgi ve bağlılığın büyüklüğü karşısında saygıyla susmak oluyor. Eşini yitirmiş bir yaşlıyı değişen hayatında bir takım süreçler bekler. Bir kısmı -çoğunlukla erkekler- yeniden evlenmeyi tercih ederken, bir kısmı da-çoğunlukla kadınlar- tekrar evlenmemeyi tercih ediyorlar. Evlenmemeyi tercih edenler için ise başka bir durum ortaya çıkıyor. Yaşamına nerede devam edecek? Eşini kaybeden yaşlı erkeklerin kadınlara oranla daha fazla zorluk yaşadıkları bilinen bir durum. Erkek yeniden evlenmediği zaman, kendine bakması kadınlara göre daha zor olabiliyor. Bu durum yaşlı erkekler için çoğu zaman yaşamını sürdürüleceği yeni bir yer bulma gereği doğuruyor. Bu yer büyük oranda çocuklarının yanı ve giderek artan oranda da huzur evleri oluyor. Araştırmalar yaşlıların gerek duyduklarında daha çok çocuklarının yanında kalmayı tercih ettiklerini gösteriyor. Bu durum bazı aileler için yukarıda bahsi geçen aile içi çatışmalara, krizlere yol açabilirken bazı aileleri ise hem psikolojik hem de ekonomik anlamda pozitif etkileyebiliyor. Örneğin evde dedenin ya da annenin varlığı çocuğun psikososyal gelişimini olumlu etkilerken yaşlıya da yaşama sevinci verebiliyor. Mesela, evdeki yaşlı bireyin sağlığı el verdiği ölçüde çocuğun bakım sorumluluğunu üstlendiği durumları düşündüğümüzde, hem aileler gönül rahatlığıyla çocuklarını emanet edebilecekleri birini bulmuş oluyor hem de yaşlılar torunlarıyla etkili bir bağ kurmuş oluyorlar. Ayrıca aldıkları bu önemli sorumluluk kendilerini hala üretken ve değerli hissetmelerine katkıda bulunabiliyor.

Aile Danışmanlığı Bağlamında Yaşlılık

Dünyanın her yerinde evliliklerde en sık altı sorunun yaşandığını söyleyebiliriz. Bunlar, ailelerle ilişkiler, boş zamanların nasıl geçirileceği, cinsel yaşam, paranın nasıl idare edileceği, çocukların bakımı ve ev işlerinin nasıl yapılacağı meseleleridir. Yoğunlukları ve yaşanma sıklıkları kültürden kültüre değişmekle beraber bu altı sorun dünyanın her yerinde aile ve evlilik danışmanlığının ana konularındandır. Örneğin ailelerle ilişkiler meselesi bizim toplumumuzda daha fazla görülse de yalnızca bize ait değildir. Uzak eyalette oturan kayınvalide/kayınpeder ziyaretinin eşler arasında yarattığı gerginlik Amerikan dizilerinde sıkça işlenen bir konudur.

Aile danışmanlığı sürecinde "Ailelerle ilişkiler" konu olduğunda yaşlılık mese-

lesi de gündeme gelir. Bahsedildiği gibi yaşlıların bakımı meselesi eş ilişkilerini etkileyebilmektedir. Genelde karşılaşılan tablo şu oluyor; erkek ya da kadından birinin anne ya da babasının bakımı söz konusu olduğunda ve eş buna razı gelmediğinde diğer eş ailesi ve eşi arasında bir tercih yapmak zorunda kalabiliyor. Hele bir de bakabilecek durumda başka bir kardeş de var ise kriz biraz daha büyüyebiliyor. Bu mesele zaman içerisinde eş çatışmasının merkezi haline gelebiliyor. Bu durumda kalan yaşlı istemeyerek de olsa huzurevinde kalmayı tercih ediyor. Toplumsal olarak huzur evlerine bakışın hala bir miktar negatif olduğunu düşünürsek, bu ara formül eş ilişkisi açısından meselenin kapanmasına yetmeyebiliyor. Bu senaryo yaşlılar ve eş ilişkileri meselesinin bir kısmını temsil ediyor. Büyük resme baktığımızda tersi örnekleri de görmek gayet mümkün.

Yazının başında yaşlanan nüfusa karşı etkin sosyal politikalar geliştirilmesi gerektiğine değinmiştik. Peki, Türkiye'de öğretilen ve uygulanan aile danışmanlığı pratiğinde ailelerle ilişkilere ve özelde yaşlılık meselesine yeteri kadar yer veriliyor mu? Benim kanaatim yeteri kadar verilemediği yönünde. Son yıllarda, alanda çalışabilecek ve müdahale yapabilecek uzman yetiştirme amacıyla üniversiteler eliyle yaygınlaştırılmaya çalışılan aile danışmanlığı sertifika programlarının içeriği incelendiğinde, bu meseleye ya hiç değinilmediğini ya da konunun çok yüzeysel bir şekilde işlendiğini görebiliyoruz. Bunun başlıca nedeni genellikle eğitim ve terapi programlarının olduğu gibi yurt dışından ithal ediliyor olmasıdır. Terapi ve danışmanlık eğitimlerinin etkinliği kanıtlanmış ve tüm dünyada yaygın olarak kullanılan ekollere/modellere dayanması son derece anlaşılır ve doğrudur. Fakat bunun yanında kültüre özgü dinamiklerin de göz ardı edilmemesi ve programlara eklenmesi müdahalelerin başarı oranını artırabilir.

Kaynaklar

Çağ, P. ve Yıldırım, İ. (2013). Evlilik Doyumunu Yordayan İlişkisel ve Kişisel Değişkenler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4 (39), 13-23.

Çavuş, F. (2013). Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı*, Ankara.

Öz, F. (2002) Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açısından Gözden Geçirme. *Kriz Dergisi*, 10(2), 17-28.

Türkiye İstatistik Kurumu Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2016 www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24642 (Erişim Tarihi: 11.09.2017).

Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar, 2014 www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=265 (Erişim Tarihi: 11.09.2017).

Yaşlı bakım hizmetleri ve sorunları

Yrd. Doç. Dr. Sibel Doğan



1981 yılında Malatya'da dünyaya geldi. 2004-2012 yılları arasında Erciyes Üniversitesi bünyesinde öğretim görevlisi olarak çeşitli idari ve akademik görevleri yerine getirdi, aynı zamanda ERÜ Onkoloji Hastanesinde de kanser hastalarına, ailelerine ve sağlık personeline yönelik psikososyal destek programlarını yürüttü. Eylül 2012'den itibaren Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde görev yapmakta, SHMYO bünyesinde ise Yaşlı Bakımı Bölümü Program Başkanlığı görevini yürütmektedir. Aynı zamanda erişkin kanser hastalarına ve ailelerine yönelik psikososyal destek hizmetlerine devam etmektedir. Akademik ilgi alanları; psiko-onkoloji, yaşam sonu dönem sorunları, palyatif bakım, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarıdır.

Doğal yaşam sürecinin son basamağı olan ve geçmişte bilgeliğin, saygınlığın sembolü kabul edilen yaşlılık süreci, artık maalesef bu anlamını giderek yitirmektedir. Günümüzde “gençlik” ve “güzellik” gibi kavramların ön plana çıkarılması sonucu, insanlarda “yaşlanma korkusu” baş göstermeye başlamış, yaşlılık sürecinin doğal göstergesi olan her şey “kötü” olarak algılamaya ve bunları ortadan kaldırmaya yönelik yoğun çabalar da giderek artmıştır. Gençlik takıntısı olan bir toplumda yaşlanmak, psikolojik açıdan bile oldukça zor bir süreç... Ancak istense de, istenirse de belki de “buraya nasıl bu kadar hızlı geldim ?” gibi sorularla, her insanın yüzleşeceği bir süreç yaşlılık süreci... Şimdi gelelim realiteye... Her insan bu süreci yaşayacak ancak, artık günümüzde aynı zaman diliminde daha çok insan bu süreci yaşıyor. Çünkü yaşlı olarak kabul edilen 65 yaş ve üstündeki bireyler, nüfusun çığ gibi en hızlı büyüyen bölümü haline gelmiştir.

Günümüzde yaşlanan nüfus daha önce eşine rastlanmadık düzeye ulaşmıştır. Dünyada yaşlı sayısının ilk kez 2047 yılında çocuk sayısını geçeceği tahmin edilmektedir. Nüfusun yaşlanması bir zamanlar daha çok gelişmiş ülkelerin sorunu olarak görülüyorken; şimdi neredeyse, dünya çapında bir sorun haline gelmiştir. Çünkü yaşlanan nüfus tüm dünyada önemli sonuçlara yol açmaktadır. Örneğin; ekonomik yönden yaşlanan nüfusun, ekonomik büyüme,

birikimler, yatırım, tüketim, iş dünyası, emekli maaşları ve vergiler üzerinde büyük etkisi vardır. Sosyal yönden ise yaşlanan nüfus, aile birliği ve yaşam düzenlemelerini, konut ihtiyacını, göç eğilimlerini, epidemiyolojiyi, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerine olan ihtiyacı etkiler. Diğer taraftan, yaşlılara yönelik onların, toplumda yaşamalarını kolaylaştırıcı olanaklara olduğu kadar, tedavi ve bakım hizmetlerini iyileştirmeye ve yaygınlaştırmaya yönelik yürütülen/ yürütülecek hükümet politikalarını da etkilemektedir. Yaşlı bireyler, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin temel kullanıcılarıdır ve bu nedenle de kaliteli hizmet sağlanması yaşam kalitelerinde, kritik bir öneme sahiptir.

Ülkemiz açısından bakacak olursak, şuan aile bireyleri yaşlısına yönelik bakım aktivitelerinin büyük çoğunluğunu üstlenmektedir. Informal bakım almalarının yanı sıra, yaşlılar aynı zamanda en çok bakım veren kişilerdir. Günümüzde pek çok ülkede 50 yaş üstü kadın ve erkekler, ailesindeki veya akrabaları arasındaki yaşlıya da bakım desteği sağlamaktadır. 1950 yılında 50-64 yaş grubundaki her 100 kişi için 80 yaş ve üzeri 2 yaşlı birey düşerken, bugün bu oran 100'e 4'ün üstündedir ve 2050'de 100'e 12 olacağı öngörülmektedir. Bu da şu anlama gelmektedir; kendileri orta yaşlı geçmiş veya yaşlılık süreci içine girmiş insanların, bugün olduklarından 3 katı daha fazla oranda, yaşlı akrabalarının bakımından sorumlu olacaklardır. Özetle bugün aile içinde bakım sağlayan

yetişkinlerin kendileri de yaşlı olacaklar ve muhtemelen onların da bakıma ihtiyacı olacaktır. Artan yaşam süresi ve demografik değişikliklerin gelecekte birçok yaşlı bireyin hem bakım veren, hem de alan olacağını göstermektedir. Buradan hareketle bu büyük kitlenin mevcut ve gelecekteki durumunu göz önünde bulundurarak; sosyal, ekonomik, sağlık ve bakım gereksinimlerini karşılayacak hizmetlerin planlanması ve yürütülmesi oldukça önemlidir.

Günümüzde dünya ülkelerinde yaşlılara yönelik yürütülen hizmetleri gözden geçirecek olursak;

- Dünyada yaşlılara yönelik temel hizmetlerden en yaygını, akut ve kronik hastalığı olan yaşlı bireylere daha çok hastanelerde ve hastanelerin geriatri ünitelerinde sunulan tıbbi hizmetlerdir.
- Hospis bakımı (hospice care); Sadece yaşlılar için değil, ölümü beklenen her yaşta bireye kendini rahat, huzurlu hissetmesi için, ölüm sürecinde ise onurlu bir ölüm süreci sağlamak için oluşturulmuş bir bakım alanıdır.
- Yaşlı bakım evleri (nursing home): Kendini idare edemeyecek durumda olan, sakatlığı ya da işlev bozukluğu bulunan yaşlılara bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği, yaşlılara yönelik diğer bir hizmet modelidir.
- Korunmalı meskenler (sheltered housing/retirement housing) ise; normal evlerde yaşayamayacak durumda olan yaşlı bireylere yönelik, onların yetersizlik



alanlarına ve özel ihtiyaçlarına göre düzenlenmiş yapılardır.

- Diğer bir yaygın hizmet modeli de huzurevidir (rest home). Yaşlıların yeme içme, barınma ve sosyal yaşam gereksinimlerinin yanında sağlık hizmetlerinin de verildiği kurumlardır.

- Gündüz bakım merkezleri (day care centers); işlevselliği azalmış veya engelli, kronik hastalığı olan ve rehabilitasyona ihtiyaç duyan yaşlıların işlevselliğini ve bağımsızlığını arttırmak için oluşturulmuş hizmet modelidir.

- Yaşlı kreşleri; Yatağa bağımlı olmasa da günlük yaşamında başkalarına bağımlı olan ve gündüz kendisine bakacak yakını olmayan yaşlı bireyler için hizmet veren kurumlardır.

- Yaşlı kulüpleri, sağlıklı ve aktif yaşlıların boş zamanlarını etkin geçirebilmeleri için geliştirilmiş bir hizmet modelidir.

- Yaşlı apartmanları ve yaşlı köyleri; yalnız yaşayan fakat kendi yaş grubundan bireylerle aynı ortamda olmak isteyen, aynı zamanda kurumda kalmayı ve kurum bakımını istemeyen yaşlılar için toplum içinde, güvenli ve korumalı bir ortamda yaşamalarını için geliştirilmiş hizmet modelidir.

- Pek çok dünya ülkesinde bireylerin bakım ihtiyaçlarının ev ortamında karşılanması için kurum bakım hizmetlerine alternatif olarak bir başka hizmet modeli olan, evde bakım hizmetleri ortaya çıkmış ve giderek yaygınlaşmıştır.

Peki, ülkemiz açısından bakacak

olursak şuan yaşlılara yönelik ne tür hizmetler verilmektedir? Öncelikle tarihimizin sayfalarını aralayıp, yaşlılara verilen hizmetlerin geçmişine kısaca bir bakacak olursak; XI. yy'da Selçuklular Dönemi'nde "Yaşlıları koruma" hizmetini veren ilk kurumun kurulduğu, Osmanlılar Dönemi'nde ise özellikle muhtaç durumdaki yaşlılara yönelik çeşitli hizmetlerin aşevleri, imarethaneler ve tekkeler aracılığıyla yürütüldüğü görülmektedir. Sosyal nitelikli hizmetler XIX. yy'a kadar vakıflarca verilmiş, bu alanda hizmet veren kamu ve hayır kurumları da yine XIX. yy'da kurulmaya başlanmıştır. 1868 yılında kurulan Kızılay Derneği ve 1895 yılında açılan Darülaceze, Osmanlılar döneminde kurulmuş olup, halen günümüzde de hizmet veren kurumlardır.

Cumhuriyet Dönemi'ne geldiğimizde, 1930 yılında yürürlüğe giren 1580 sayılı yasa ile ilk defa kamu kuruluşu olan belediyelere bakıma muhtaç kişilerin (yaşlıların) korunması, yaşlı evleri yapma ve yönetme yükümlülüğünün getirilmesi üzerine değişik illerde aceze evleri, güçsüzler yurdu, düşkünlerevi ve huzurevi adı altında yatılı yaşlı kuruluşları açılmıştır. Korunmaya muhtaç yaşlı, çocuk ve özürülülerin bakımı, yerleştirilmesi ve rehabilitasyonunu sağlamak üzere ise 1963 yılında, 3017 sayılı Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat Kanunu'nun 17. maddesine istinaden 225 sayılı Kanun'un 4. maddesi ile Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurularak, böylece yaşlılara yönelik

Cumhuriyet Dönemi'ne geldiğimizde, 1930 yılında yürürlüğe giren 1580 sayılı yasa ile ilk defa kamu kuruluşu olan belediyelere bakıma muhtaç kişilerin (yaşlıların) korunması, yaşlı evleri yapma ve yönetme yükümlülüğünün getirilmesi üzerine değişik illerde aceze evleri, güçsüzler yurdu, düşkünlerevi ve huzurevi adı altında yatılı yaşlı kuruluşları açılmıştır.

Yaşlı bakım hizmetlerinin, profesyonel eğitim almış, yaşlılığın fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutlarını bilen, empati kurma bilgi ve becerisine sahip bakım elemanlarınca yürütülmesi oldukça önemlidir. Yaşlılara yönelik bakım hizmetlerinin sunulmasında profesyonel bakım personellerinin yetiştirildiği “yaşlı bakım” programlarının da önemi giderek artmaktadır.



hizmetler kamu hizmetleri kapsamına alınmıştır. Bunun akabinde, 1966 yılında bu kuruma bağlı ilk huzurevi Konya’da, ikincisi ise Eskişehir’de açılmıştır. 1982 anayasasının 61. maddesinde “Yaşlılar devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer ve kolaylıklar kanunla düzenlenir” hükmü yer almıştır. Sağlık ve sosyal hizmetler birbirinden ayrılarak, 1983 yılında yürürlüğe giren 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile de, muhtaç yaşlıların tespiti, korunması, bakımlarının sağlanması ile ilgili hizmetleri yürütmek, bu hizmetler için gerekli sosyal hizmet kuruluşlarının tesisi ve işletilmesi ile ilgili görevleri yerine getirmek görevi Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğüne verilmiştir. Sonrasında bu görevleri yerine getirmeye yönelik bakım hizmetleri sunan huzurevleri, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri gibi kurumlar açılmaya başlanmıştır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının (ASPB) 2011 yılında kurulmasıyla, şuan bu kurumlar ASPB tarafından işletilmektedir. ASPB bünyesinde oluşturulan “Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü” ve bu müdürlüğün bünyesindeki “Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığı” yaşlılara yönelik hizmetlerin yürütülmesinde yer alan birimlerdir. Ülkemizde şuan yaşlılara yönelik hizmetler, Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, yerel yönetimler ve özel kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı yaşlılara evde ve kurumda sağlık hizmetleri verirken ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı koruyucu-önleyici, iyileştirici- geliştirici, tedavi-rehabilite

edici hizmetler sağlamaktadır.

Ülkemizde yaşlılara yönelik yürütülen hizmetler içerisinde gereğinden fazla bir yer tutan tedavi edici sağlık hizmetleri; hastaneler, hastaların geriatri ile ilgili servisleri, palyatif bakım üniteleri ve evde bakım hizmetleri kapsamında yaygın olarak sunulmaktadır. Yaşlı bireylerin sağlık sorunlarının çoğunun akut değil de kronik olmasına karşın, mevcut sağlık sistemimizde hala “bakım modeli yerine tedavi modeli” daha ön plandadır.

Ülkemizde yaşlı bireylere sağlanan sosyal hizmetler ise, huzurevleri, Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri, Yaşlı Hizmet Merkezleri gibi kurumlarda, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, özel sektör, belediyeler ve sivil toplum örgütleri tarafından sunulmaktadır. Yaşlılara yönelik sosyal hizmetler, daha çok kurumsal bakım üzerinde yoğunlaşmaktadır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının yaşlılara sunduğu hizmetler de ağırlıklı olarak huzurevlerinde sunulan hizmetler şeklindedir.

Huzurevleri ile yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri; yaşlılara güvenli ve huzurlu bir ortam sağlayarak, bakım ve sosyal gereksinimlerini gidererek, yaşlıların yaşam kalitesini ve konforunu arttırmayı amaçlamaktadır. Ancak birçok yaşlı, yanında ve yakınında kalmak şöyle dursun, huzurevlerini zihninden geçirmek bile istemez. Çünkü huzurevlerini ölmek için gidilecek yer olarak düşündüklerinden olumsuz algılar söz

konusudur. Huzurevlerinin medyatik tablosu ve ünü çok pozitif olamamıştır. Geçmişte, standart altında bakım verildiği ve yaşlı istismarları gibi medyada yer alan haberler nedeniyle, kaliteli hizmet sunan, temiz ve iyi idare edilen kurumlar da zor duruma sokulmuş, damgalanmışlardır. Devlet ve ulusal kurumlar, yönetmeliklerle belirlenen standartların karşılanmasını sağlamak için düzenli denetimler gerçekleştirirse de, birçok yaşlı birey ve aileleri, huzurevlerini ölmek için gidilecek bir yer olarak algılamaktadır. Hâlbuki bu kurumlar yaşam kalitesini yükseltmek, “ölmek için yerler” yerine “yaşamak için yerler” bilincini geliştirmek için yaşlılara fırsatlar sunmaktadır.

Kurum Bakımı mı, Ev Bakımı mı?

Laura Carstensen tarafından geliştirilen sosyo-duygusal seçicilik kuramına göre, yaşlıların yaşlılık sürecinde yaşamlarının dışındaki kişilerle sosyal ilişki kurmaktan bilinçli bir şekilde kaçtıkları ve zevk aldıkları yakın arkadaşları ve aile üyeleri ile görüşmelerini ise artırdıkları ileri sürülmektedir. Böylece yaşlı, olumlu duygusal deneyimleri en yüksek düzeye çıkarırken duygusal riskleri de en aza indirmektedir. Yani yaşlı kendini bu şekilde korumaktadır aslında. Ruh ve beden sağlığı bir bütündür. Kendini ruhen iyi hissetmeyen bir yaşlının beden sağlığı da kolayca bozulabilir. Yapılan çalışmalar kurumlarda kalan yaşlılarda daha fazla ruhsal sorun varlığına işaret etmektedir. Bu nedenle “yerde yaşlanmak” kavramı giderek önem kazanmaktadır.

Yerinde yaşlanmak!

“Yerinde yaşlanmak” yaşlıların evleriyle olan derin bağlarının farkında olan bir politikayı tanımlamak üzere kullanılan geniş kapsamlı bir terimdir. Yaşam yerinin kişi için önemini, anlamını ve etkisini vurgulamaktadır. Ev, birçok yaşlı için çok güçlü bir özberklik ve bağımsızlık simgesidir. Diğer taraftan bakım kurumları ise özberklik ve bağımsızlığın kaybedildiği yerler olarak simgeleştirilmiştir. Tüm dünyada “yerinde yaşlılık” anlayışının yaygınlık kazanmasıyla evde bakıma duyulan ihtiyaç, evde bakım hizmetlerinin doğmasına yol açmıştır. Şuan evde bakım hizmetleri dünyada pek çok ülkede oldukça yaygın olarak kullanılmasına rağmen bu hizmet ülkemizde yakın geçmişte hayata geçirilmiştir. Evde bakım hizmeti uygulamaları ülkemizde dağınık bir görünüm içerisinde. Hizmet önceleri, daha çok yerel yönetimler tarafından yürütülmeye çalışılmıştır. Ülkemizde şuan çoğunlukla Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen evde bakım hizmetlerinin yanı sıra, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının da evde bakımla ilgili sunduğu hizmetler vardır. Bakım kurumlarının maliyetleri yüksek, fonksiyonelliği az olduğundan son yıllarda evde bakım hizmetleri yaygınlaşmaya başlamıştır. Yaşlıları kurumlarda barındırmak yerine yaşadıkları ortamlarda, çevrelerinden koparmaksızın hizmet sunmanın yanında, aynı zamanda, sağlık hizmetlerinin özellikle geleneksel yataklı tedavi hizmetlerinin, maliyetini düşürmek ve verimi artırmak için de evde bakım hizmetleri büyük önem kazanmıştır. Günümüzde, “Akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan ve herhangi bir özrü bulunmayan yaşlının bakımı ile ilgili olarak hane halkının tek başına veya diğer destek unsurlarına (komşu, akraba) rağmen yetersiz kaldığı durumlarda da yaşlılara evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması amacıyla evde bakım hizmeti sunumu yapılmaktadır.” Bu bakım hizmetlerinin, nitelikli bir ekip tarafından, yaşlı birey ve ailesine yönelik tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi bakım hizmetlerini içerecek biçimde yürütülmesi de oldukça önemlidir. Günümüzde daha çok, Sağlık Bakanlığı tıbbi bakım hizmetlerini, ASPB ise sosyal bakım hizmetlerini üstlenmiştir ancak aralarında tam eşgüdüm sağlanamamıştır.

Çağımızdaki hızlı değişiklikler sonucu çekirdek aile yapısının artması, yaşlının aile içinde bakım alabilmesini zorlaştırmıştır. Bunun çözümü olarak maddi durumu iyi olan aileler yurt dışından bakıcılık yapabilecek insanlar getirmekte ve destek almaktadırlar. Ayrıca ailelerin yaşlısına evinde daha rahat bakım desteği verilebilmesi için 2006

yılında yürürlüğe giren Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik çerçevesinde gerekli koşulları sağlayan yaşlıların ailesine evde bakım parası bağlanmaktadır. Ancak bunlarda yaşlının bakımıyla ilgili sorunların tamamıyla çözümüne yetmemektedir. Yaşlı bakım hizmetlerinin, profesyonel eğitim almış, yaşlılığın fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutlarını bilen, empati kurma bilgi ve becerisine sahip bakım elemanlarınca yürütülmesi oldukça önemlidir. Yaşlılara yönelik bakım hizmetlerinin sunulmasında profesyonel bakım personellerinin yetiştirildiği “yaşlı bakım” programlarının da önemi giderek artmaktadır. 58’i Türkiye’de 3’ü Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde olmak üzere toplam 61 üniversitede (özel, vakıf ve kamu) yaşlı bakım programı bulunmasına rağmen, ihtiyaca göre yetersizlik söz konusudur. Maalesef, yaşlı bakımı programları gençler tarafından yeterli ilgiyi görememektedir. Dünyanın en hızlı yaşlanan ülkelerinden biri olarak, ülkemizde önümüzdeki süreçte bakım hizmetlerinin ve bakım elemanlarının önemi daha da artacaktır. Daha önceleri yaşlı bakım tekniklerinin mesleki görev tanımının yapılmamış olmasından kaynaklanan kaygılar, 22 Mayıs 2014 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik”le birlikte büyük ölçüde giderilmiştir. Bu Yönetmelik uyarınca yaşlı bakım tekniklerinin görev tanımı aşağıdaki gibidir:

“Yaşlı bireyler ile evde bakım gerektiren hastaların;

a) Fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bakım gereksinimlerini değerlendirir. Günlük yaşam aktivitelerinin korunmasını, sürdürülmesini ve en üst düzeyde kullanmasını destekler.

b) Diyetisyen tarafından önerilen beslenme programına uygun olarak besler, kilo takibi yapar ve değişiklikleri sağlık ekibi üyeleri ile değerlendirir.

c) Yaşam alanını kaza riski ve güvenlik yönünden değerlendirir, gerekli düzenlemelerin yapılmasını sağlar.

ç) Sağlık ekibi tarafından planlanan tıbbi bakımı takip eder, tıbbi bakımın uygulanmasına yönelik problem tespit etmesi halinde sağlık meslek mensubuna durumu iletir.

d) Ağız ve diş bakımı gibi günlük kişisel bakıma yardımcı olur. Yatağa bağımlı olma, hastalık veya engellilik nedeniyle bağımlılık durumlarında kişisel bakım ve temizlik uygulamalarını yerine getirir.

e) Sağlık hizmetlerine ulaşmasına yardımcı olur, gerektiğinde refakat eder.

f) Bakım veren aile üyelerini destekler.

g) İstismardan korur, aileyi ve gerekli durumlarda ilgili kurumları bu konuda bilgilendirir.

ğ) Sosyal aktivitelere yönlendirir ve katılımını destekler.” (Resmi Gazete, 22 Mayıs 2014).

Ülkemizde yaşlı bakım hizmetlerinin etkin ve yaygın biçimde yürütülmesine yönelik üretilmesi düşünülen politikaların yanında, bu hizmetlerin sunumunda görevli olan bakım personelinin sorunları da gözden kaçırılmamalıdır. Özellikle yaşlı bakım program mezunlarının iş olanakları ve istihdam problemlerinin çözülmesi, gençlerin programa ilgisini artırabilir, gençlerin bu programa ilgisini artırmak da gerekir. Çünkü bu meslek grubunun yakın gelecekte yaşlı bakım hizmetlerinin temel taşı olacağı aşikârdır.

Kaynaklar

Bahar G, Bahar A, Savaş H.A. (2009), Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4,12:85-98.

Bahar A, Parlar S (2007), Yaşlılık ve Evde Bakım, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2 (4), 33-39.

Ceylan H (2015), Yaşlanan Türkiye’de Yaşlı Bakım Personeline Duyulan İhtiyaç ve Yaşlı Bakım Programlarının Önemi. Electronic Journal of Vocational Colleges- 4. UMYOS Özel Sayısı, 61-68.

Cindoruk M, Şen İ (2009), “Yaşlının Evde Bakımı”, Türkiye Klinikleri Dergisi, 29 (Suppl):110-2.

Çohaz A (2010), Türkiye’de Yaşlı Ve Yaşlılara Sunulan Bakım Hizmetleri, Akademik Geriatri, 122-126.

Donald I.P (2009), Housing and Health Care for Older People, Age and Ageing, 38 (1), 364-367.

Genç Y, Banış İ (2015), Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Çağdaş Yaklaşım: Kurumsal Bakım Yerine Evde Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi, Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 10: 36-57.

Genç Y, Daniş Z, (2011), “Kurumsal Bakım Elemanlarının Genel Özellikleri ve Yaşadıkları Sorunlar”, Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 21:170-183.

Genç Y, Alptekin K, (2013), “Korunmaya Muhtaç Yaşlılara Evde Sağlık ve Bakım Hizmeti Sunulması” Adlı Proje Üzerine Bir Araştırma”, Yalova, Sosyal Bilimler Dergisi, 5: 76-92.

Charlotte Clarke J.R., Macfarlane A. Çeviri ed.:Karadakovan A. Yaşlı Bakımı Hemşireliği, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti. Ankara, 2015

Kalınkara, V. (2011), Temel Gerontoloji: Yaşlılık Bilimi. Ankara: Nobel Yayınları.

Karahan, A. ve Güven, S. (2002), Homecare for Elderly. Turkish Journal of Geriatrics, 5,(4): 155-159.

Özer Ö, Şantaş F (2012), Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3,(2):96-103.

Santrook J.W., Çev. Yüksel G. Yaşam Boyu Gelişim Gelişim Psikolojisi, Nobel Akademik Yayıncılık, İstanbul, 2014

Taşçı, F. (2010), Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya Örnekleri. Çalışma ve Toplum Dergisi,(24), 175-202.

Yaşlılık döngüsünde sosyal destek

Dr. Aylin Çiftçi



İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. İstanbul Özürlüler Merkezinin (İSÖM) kuruluşunda aktif rol oynadı. İngiltere’de engelli rehabilitasyonu, İsveç’te madde bağımlılığı rehabilitasyonu alanında eğitimler aldı. Engelliler, kadın sağlığı, evde bakım, çocuk, gençlik ve yaşlı bakımı alanlarındaki projelerin planlanması, yürütülmesi ve denetiminde uygulamacı ve idareci olarak 12 yıl görev yaptı. YL ve doktora eğitimlerini halk sağlığı ve antropoloji alanında tamamladı. İBB’de Darülaceze Müdür Yardımcılığı, Sağlık Müdürlüğü ve Engelliler Müdürlüğü yaptıktan sonra 2011 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının kurulmasıyla Engelli ve Yaşlı Hizmetleri kurucu Genel Müdürlüğünü yürüttü. Yine aynı bakanlığa bağlı Okmeydanı Darülaceze Başkanlığında başkanlık görevini yapan Çiftçi halen Yeditepe ve Aydın Üniversitelerinde ders vermekte, aynı zamanda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Bakan Müşavirliği görevini yürütmektedir.

“İhtiyarlık da bir misafirdir. Onu iyi ağırlamak gerekir”
(Hariri)

Bugün, tarihte ilk kez, insanların çoğu 60 yaşın üstünde yaşamayı ümit edebilmekteler (1). Ortalama yaşam beklentisi (Doğuştaki beklenen yaşam süresi) 2015 yılı nüfus araştırmalarına göre dünyada 71,4 iken (2), Türkiye’de 78 yıl oldu. 65 ve üstü yaş son beş yılda %17,1 artış gösterdi (3). Bu gelişmeyle birlikte, Türkiye’de konuyla ilgili çalışmalar ve politikaları oluşturmak üzere 2011 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı çatısı altında “Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü” kuruldu. Sadece Türkiye’de değil, dünyada ve özellikle Kuzey Avrupa gibi hızla “yaşlanan” ülkelerde bu alanda özel politikalar ve stratejiler belirlenmeye başlandı.

Yaşlılık; fiziksel ve mental kapasitedeki düşüş ve bunun neticesinde bir başkasının desteğine ihtiyaç duyarak yaşama durumu, kronik hastalıklardaki artış ve bunun neticesinde genel sağlığın kötüye gitmesi, bağımsız hareket edebilme kabiliyetindeki azalma ve bunun neticesinde istismara açık olma halidir, denebilir. Nitekim Hz. Mevlana bunu en güzel şekilde şöyle ifade eder: “Gençliğim bir kuş imiş tutamadım, yaşlılık bir yük imiş atamadım.” Yaş ile birlikte ortaya çıkan fonksiyon kayıpları ve hareket kısıtlılığı, beraberinde “iletişim kısıtlılığı” ve “yalnızlaşma”yı da getirmekte ve bunun önüne geçebilecek sosyal modeller ve desteklere büyük ihtiyaç duyulmaktadır. Dünyada da birçok ülke bugün bu kısır döngünün kırılmasını sağlayacak modelleri tartışmaktadır. Söz konusu kısır döngüyü, “yaşlılık döngüsü” olarak şöyle şematize edebiliriz:



Yaşlılık Döngüsü

Bu kısır döngünün ilk zamanlarında yani fonksiyon kayıplarının oluşmasına engel olunabilecek dönem için birçok koruyucu çalışma, sağlık hizmetleri kapsamında ele alınmaktadır. Genç yaşta sağlığa yapılacak yatırımların ileri yaşta fonksiyon kayıplarını büyük ölçüde ortadan kaldıracığı veya geciktireceği gözlenmiştir ancak yine de Avustralya’da kadınlar üzerinde yapılmış uzun dönemli bir araştırmanın sonuçları, fiziksel fonksiyonların yaşla birlikte belirgin biçimde azaldığını ortaya koymaktadır (4).

Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan fonksiyon kayıplarının, erken zamanda doğru davranış modelleri geliştirilmesi ya da kolay ve uygulanabilir alternatif bakım modellerinin geliştirilmesiyle, hareketin artırılmasıyla ya da örneğin idrar tutama problemi gibi problemlere daha iyi çözüm yolları bularak %80 oranında önlenebileceğini araştırmalar ortaya koymuştur (5).

Fonksiyon kayıplarının önlenemediği durumlarda hareket kısıtlılığı belirginleşecek ve “kendi kabuğunda yaşama” tabiri tam ifade bulacaktır. Gilleard ve arkadaşlarının 2007’de yaptığı uzun dönemli bir araştırmanın sonucuna göre, insanlar yaşlandıkça, hareket kabiliyeti azalır ve ait oldukları topluma daha fazla bağlılık hissederler (6). Yaş ilerledikçe, sosyal ve fiziksel çevreye ve yere bağlılığın arttığını gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (7). Hareket kabiliyeti azaldıkça, uzun yaş dönemi sürecinde değişiklikler oluştuğunda, fonksiyon kayıpları ortaya çıktıkça ve her geçen gün sağlık koşulları değişim gösterdikçe, kişinin bulunduğu yere tekrar tekrar uyumu gerekir (8). Hareket kısıtlılığı ile başlayan süreç, zaman içinde günlük yaşam aktivitelerinin tamamına yakınında kısıtlılığı ve tahammülsüzlüğü beraberinde getirir. Bir nevi açık alan hapsi dönemi başlar ki, “akıl kıpırdamamayı telkin ederken, gönül uçmayı arzular.”

Yerinde yaşlanma, bu aşamada en tatmin edici çözüm gibi görünmektedir. Hareketin azaldığı dönemde, kendi etrafında bir hareket alanı oluşturmak için “yerinde yaşlanma” desteklenmeli ve buna yönelik politikalar geliştirilmelidir. “Yerinde yaşlanma” terimi, evde yaşamaya devam ederek, toplumun içinde ve bir kısım özgürlüklerle yaşamayı ifade eder (9). Ev, bireysel hayatı, istediğini yapabilme imkânını, kişilik özelliklerini pekiştirecek birçok etkinliği tercih yapabilmeyi sağlar, ev bunu yaratır (10). Yaşlı insanların büyük çoğunluğu, evlerinde, yakınlarıyla, arkadaşlarıyla mümkün olduğu kadar bağımsız bir hayat sürmeyi tercih etmekte (11). Yerinde yaşlanmayı desteklemek için yine de çevresel engelleri ortadan kaldırmak

gerekir. Yani, yaşanan yer içindeki fiziksel değişiklikler, erişilebilirlik düzenlemeleri güvenliği artıracak ve etkinliklere katılmadaki zorlukları azaltacaktır (12). Fonksiyon kayıpları ve bunun neticesinde gelen hareket kısıtlılığının beraberinde getireceği kayıpların azaltılması için “yaşanabilir alanlar”ın oluşturulması gerekir. Yaşanabilir alanlar, bağımsız yaşam ve sosyal aidiyeti olanaklı hale getiren, ulaşım sistemi, destekleyici hizmetler ve uygun ve uyumlu yaşam alanları demektir (13).

Fonksiyon kayıpları sonucu gelişen hareket kısıtlılığı, beraberinde iletişim kısıtlılığını getirir. Oysa insanlar yaşlandıkça komşuluk, yerel hizmete erişim daha da ön plana geçer. Komşuluk ilişkileri, kendini güvende hissetme, bağımsız hareket etme çok daha önem kazanır (14). İletişim, tamamen bireysel değerlendirilmesi gereken bir alandır. Kişinin karakteri, yetiştirme tarzı, ilgileri, fobileri, çevresel faktörler gibi pek çok etken iletişimi belirler. Burns ve arkadaşları 2012 yılında yaptıkları bir çalışmayla, yaşlıların hepsinin çevresel değişikliklere aynı cevabı vermediğini ortaya koymuştur. Mesela yaşadığı yerde kalan yaşlıların bir kısmı kendini komşularıyla ve çevresiyle güvende hissederken, bir kısmı da yalnızlık, güvensizlik ve sosyal dışlanma hissediyor olabilmektedir (15). Bu nedenle, yaşla birlikte gelişen fonksiyonel kayıpların ve iletişim kayıplarının en aza indirilmesi için bireysel değerlendirme ve kişiye özel destek sunmak çok büyük önem taşımaktadır. Bu açıdan da yine “yerinde yaşlanma” en doğru yaklaşım modeli olarak görünmektedir. Yerinde yaşlanma, ev ve komşuluk ilişkilerini koruyan, insanlarla iletişimde olan duygusal ve psikolojik anlamda iletişimi içeren, kültürel değerlere aidiyet duygusunu koruyan ve insanları değerlerine, inançlarına ve etnik ve sembolik anlamdaki değerlerine sahip çıkan bir yaklaşımı içerir. Teknoloji, yerinde yaşlanmayı sağlayan çok önemli bir öğedir. İletişim teknolojileri, tele tıp, tele evde bakım ve güvenliği ile bağımsız hareketi sağlayacak diğer teknolojik ürünler günlük yaşam aktivitelerini güçlükle yerine getirebilen ya da bilişsel fonksiyonları tam yerinde olmayan ileri yaş için özellikle büyük önem taşır (16). İletişimin korunması ve kişinin kendini hayattan çekmesinin önlenmesi açısından sıkıntılı duran kurumsal bakım ise son tercih olarak öne çıkmaktadır. Ev ortamında uzun dönem bakım ihtiyacı olan bireyler, kendi bakımlarını yapamaz hale geldiğinde, yalnızlık ve erişilebilirlik engeline takıldığına, evde gerekli hizmetleri alamadığına, bakım kalitesinde aksama olduğunda, kaza vb. riskler arttığında ve komşuluk ilişkileri yetersiz olduğunda kurumsal bakım söz konusu olur (17). Bir alternatif olarak hizmet yelpazesi içinde yer alması gerekirken birlikte, kurumsal bakımdan yani huzurevilerinden korkan kişilerin sayısının hiç de az olmadığı ve bunların %26 sinin aslında özgüven

kaybediyor olacaklarından korkmakta olduğu rapor edilmiştir (18).

Özgüven kaybı yaşla birlikte gelen en büyük kâbuslardan biridir ve tamamen hayatı şekillendirecek güçtedir. Bunun neticesinde oluşan yalnızlaşma da yine kendi kabuğuna çekilmeyi, hareketsizliği, kayıpları, iletişim zayıflığını getirir ki bu kısır döngü hayatın sonuna kadar kişiyi bırakmaz. Yaşlı bakımında devletin sağlayacağı desteklerin sosyal boyutu ele alınırken tamamen bu halkanın dikkate alınması ve kırılacak noktalarından müdahale edilerek modellerin geliştirilmesi yararlı olacaktır.

Özetle, sosyal boyutun desteklenmesi için kişinin öncelikle bireysel olarak ele alınması, değerlendirilmesi, çevresiyle ilişkilendirilmesi, mümkün olduğunca doğup büyüdüğü ya da aidiyet hissettiği mekânlarda hayatını sürdürmesinin sağlanması önem taşımaktadır. Eğer fonksiyonellik arıyorsak kişi ile yaşadığı alanın birbirine uyumlu hale getirilmesi en önemli politika ve programlardan biridir. “Yaşanabilir yaşam alanları” fiziksel düzenleme, sosyal doku, sosyal ihtiyaçlar, ortak bir yerleşim alanını paylaşan tüm jenerasyonlara uygun biçimde oluşturulmalıdır (19). Bu manada, uluslararası düzeyde geliştirilmiş en geniş çalışma, Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) 2009 yılında hayata geçirdiği “Yaş Dostu Şehirler” programıdır. Yaş Dostu Şehirler projesi, WHO’nun yaşlısının fiziksel ve psikososyal anlamda sağlıklı olmasını ve dolayısıyla toplumun tamamının yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan bir programdır. Bu model, doğasıyla, yapı binalarıyla, sosyal şehir atmosferiyle, ihtiyaçların belirlenmesi ve erişilebilirlik ve uygun hizmetlerin sağlanması, sosyal katılımın geliştirilmesi, uygun ulaşım araçlarının sağlanması, bilgiye erişim desteği, toplum desteği, sosyal programlar ve bireysel katılımın, evde ve dışarıda güvenliğin konu alındığı geniş bir alanı ifade eder. Yaş dostu toplumlarda yaşlı insanlar, sadece hizmet alanlar değil, aynı zamanda tüm toplumun iyilik hareketine katkıda bulunan sosyal bir paydaştır (20). Bu paydaşlığı geliştirecek sosyal destek modelleri ise emeklilik sonrası için geliştirilecek istihdam vb sosyal politikalar, gündüz merkezleri ve sosyal buluşma aktiviteleri, aktif yaşlanma programları başlığı altında yürütülebilecek çok geniş bir etkinlik alanını içerir. Eve destek hizmeti, yerinde yaşlanma, sanal iletişim gibi pek çok model, yaşlılık alanına olumlu katkı vermeyi sağlayacaktır.

Jonathan Swift’in dediği gibi “Herkes uzun yaşamak ister ama kimse yaşlanmak istemez.” Yaşlılık alanında verilebilecek desteğin sosyal boyutunu tek bir kelimeyle ifade edecek olursak, “meşguliyet” yaşlılık dönemi için bir şifadır diyebiliriz ya da Andre Mourois’in belirttiği üzere, “Yaşlılık kötü bir alışkanlıktır, çalışkan bir insan böyle bir hay edinmeye vakit bulamaz.”

Kaynaklar

- 1) World Economic and Social Survey. (2007). *Development in An Ageing World*. New York: United Nations Department of Social and Economic Affairs. www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess-archive/2007wess.pdf (Erişim Tarihi: 01.09.2017)
- 2) WHO. *Global Health Observatory Data*. www.who.int (Erişim Tarihi: 02.09.2017)
- 3) TÜİK Haber Bülteni Sayı: 24644 İstatistiklerle Yaşlılar. www.tuik.gov.tr (Erişim Tarihi: 25.08.2017)
- 4) Lee C., Dobson AJ., Brown WJ, Bryson L., Byles J., Warner, and Young AF. (2005). Cohort Profile: The Australian Longitudinal Study on Women’s Health, *International Journal of Epidemiology*. Oct. 34(5), pp. 987-91.
- 5) Sourdlet S., Lafant C., Rolland Y., Nourhashemi F., Andrieu S., and Vella B. (2015). Preventible Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization, *J. Am Med. Dir Assoc*, Aug 1, 16(8). pp. 674-81.
- 6) Gilleard et al., (2007), “Ageing in Place: From Theory to Practice” Esther Lecovic (www.drustroantropologov.si) *Anthropological Notebooks*, 20(1), pp. 21-33. 133N. 1408-032
- 7) Lawton, M. Powell. (1985). *The Elderly in Context: Perspectives from Environmental Psychology and Gerontology*. *Environment and Behaviour*, 17(4), pp. 501-19.
- 8) Cutchin, Malcolm P. (2003). *The Process of Mediated Aging-in-place: A Theoretically and Empirically Based Model*. *Journal of Social Sciences & Medicine*. 57. pp. 1077-90.
- 9) Davey, Judith, Virginia de Joux, Ganesh Nana & Mathew Arcus. (2004). *Accommodation Options for Older People in Aotearoa/New Zealand*, Wellington, New Zealand: NZ Institute for Research on Ageing/Business & Economic Research Ltd, for Centre for Housing Research Aotearoa/New Zealand.
- 10) Gitlin, Laura N. (2003). *Conducting Research on Home Environments: Lessons Learned and New Directions*. *The Gerontologist*. 43(5). pp. 628-37.
- 11) AARP (American Association of Retired People). (2011). *Aging in Place: A State Survey of Livability Policies and Practices*. www.ncsl.org/documents/transportation/Aging-in-Place-brief.pdf (Erişim Tarihi: 02.06.2013).
- 12) Petersson, Ingela, Margareta Lilja, Joy Hammel, & Anders Kottorp. (2008). *Impact of Home Modification Services on Ability in Daily Life for People Ageing with Disabilities*. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 40(4). pp. 253-60.
- 13) AARP (American Association of Retired People). (2005). *Public Policy Institute. Liveable Communities: An Evaluation Guide*. Washington DC: AARP
- 14) Wiles JL, Leibing A, Guberman N, Reeve J, Allen RES. (2011). *The Meaning of “Ageing in Place” to Older People*, *The Gerontologist*.
- 15) Burns, Victoria F., Jean-Pierre Lavoie & Damaris Rose. (2012). *Revisiting The Role of Neighbourhood Change in Social Exclusion and Inclusion of Older People*. *Journal of Aging Research*
- 16) Mahoney, Diane Feeney. (2011). *An Evidence-based Adoption of Technology Model for Remote Monitoring of Elders’ Daily Activities*. *Ageing International*. 36(1). pp. 66-81.
- 17) AARP (American Association of Retired People). (2011). *Aging in Place: A State Survey of Livability Policies and Practices*. www.ncsl.org/documents/transportation/Aging-in-Place-brief.pdf (Erişim Tarihi: 02.06.2013).
- 18) Clarity, (2007). *Attitudes of Seniors and Baby Boomers on Aging in Place*. americainfo.com/site/wp-content/uploads/2009/09/Clarity_Aging_in_Place_2007.pdf. (Erişim Tarihi: 20.06.2013).
- 19) Pynoos, Jon. (1990). *Public Policy and Aging-in-place: Identifying The Problems and Potential Solutions*. In: David Tilson (ed.), *Aging-in-place: Supporting The Frail Elderly in Residential Environments*. Glenview, IL: Scott, Foreman. pp. 167-208.
- 20) Gonzales, Ernest & Nancy Morrow-Howell. (2009). *Productive Engagement in Aging-Friendly Communities*. *Generations*. 33(2). pp. 51-8.

Yaşlı bakım sigortası

Hüseyin Çelik



İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümü'nden mezun oldu. 8., 9. ve 10. Kalkınma Planları hazırlanmasında görev aldı. SSK Genel Müdürlüğünde Müfettiş, Acıbadem Sağlık Grubunda Satınalma ve Lojistik, Pazarlama ve Kurumsal İletişim ile Hastane Direktörlükleri yaptı. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Sosyal Güvenlik Reform Projesinde danışmanlık yaptı. 2013-2017 yıllarında T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı yaptı. Halen kurucusu olduğu özel bir şirkette çalışmaktadır.

Yaşlılık, insan yaşam döngüsünün beklenen ve kaçınılmaz bir sonucudur. Dünyada özellikle 1950'li yıllardan sonra refahın artışı, salgın hastalıkların ve savaşların azalması vd. nedenlerle ortalama ömür uzamış ve özellikle gelişmiş ülkelerde toplam nüfus içindeki yaşlı nüfus oranı önemli ölçüde artış göstermiştir. Yaşlılık, özellikle ekonomik açıdan eş zamanlı vergi ve prim gelirlerinin azalmasına, emekli aylıkların ödenmeye başlanması nedeniyle giderlerin artmasına, ayrıca bakım ihtiyacı nedeniyle de ek giderler oluşmasına yol açmakta, bunun sonucu da ülke ekonomisine önemli ölçüde olumsuz etki yapmaktadır. Kuşkusuz yaşlılığın birey, aile ve ülke düzeyinde birçok yönden etkisi bulunmaktadır. Ancak bu çalışmada yaşlılık sonucu ortaya çıkan bakım ihtiyacının finansmanının karşılanmasında sigorta modelinin yeri ve yöntemi ele alınacaktır.

102 No.lu Sosyal Güvenlik (Asgari Standartlar) Sözleşmesi ve Yaşlı Bakım Sigortası

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (UÇÖ) 102 sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Standartları Sözleşmesinde; Sağlık Yardımları, Hastalık Ödenekleri, İşsizlik Yardımları, İhtiyarlık Yardımları, İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Yardımları, Aile Yardımları, Analık Yardımları, Maluliyet Yardımları ve Ölüm Yardımları olmak üzere dokuz sigorta branşına yer verilmiştir (1). Ülkemizde "aile yardımları" hariç diğer sigorta kolları uygulanmakta olup, aile yardımlarında öngörülen "çocukların

geçimini sağlama mükellefiyeti" ise primli sigorta konusu yapılmaksızın primsiz sosyal güvenlik olarak adlandırılacak sosyal yardımlar, çalışma mevzuatı ve medeni kanun hükümleri kapsamında uygulamada yerini bulmuştur. Sözleşmede ayrıca İhtiyarlık (yaşlılık) sigortası branşında kapsanan yardım olarak periyodik ödeme (emekli aylığı) olarak sayılmış, yaşlılık nedeni ile sağlık hizmetlerinde olduğu gibi bakıma yönelik herhangi bir yardım verilmesi öngörülmemiştir.

Ulusal Politika Metinlerinde ve Yasalarda Yaşlı Bakım Sigortası ve Öngörüler

a. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Yaşlılık ve Malullük Sigortası Hükümleri

102 sayılı UÇÖ Sosyal Güvenlik Asgari Standartlar Sözleşmesinde yaşlı bakım sigortasına yer verilmemekle birlikte, ülkelerin bu sigortayı vatandaşlarına sunmasında engel bir durum da yoktur. Bu kapsamda 5510 sayılı Kanun'un öncesi sosyal güvenlik mevzuatında yaşlıların veya malullerin bakım giderlerinin sigorta kapsamında karşılanmasına yönelik bir hüküm bulunmamaktadır (2). 5510 sayılı Kanun'un yasalaşması ve uygulanması sürecinde de Kanun'da yer alan malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası branşlarında yaşlı bakım sigortasının uygulamaya girmesi söz konusu olmamıştır.

b. 10. Kalkınma Planı ve Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu

10. Kalkınma Planı'nda yaşlılık ve yaşlı bakımı konusuna önemli tespit ve hedeflere yer verilmekle birlikte, yaşlı bakım sigortasına ilişkin herhangi bir hedefe yer verilmediği görülmektedir (3). Buna karşın yaşlılığın ülkemiz için riskleri ve fırsatlarını değerlendirmek ve raporlamak amacıyla hazırlanan 10. Kalkınma Planı Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda yaşlı bakım sigortasına ilişki kimi önerilerde bulunulmuştur. (4) Raporun; 5.5. Yaşlılara Yönelik Hizmetler, B. Bakım Hizmetleri bölümünde; "Eylem 7: Bakım hizmetlerine tam erişimin sağlanması ve yaygınlaştırılması amacıyla bakım hizmetlerinin sosyal güvenlik (sosyal sigorta-bakım sigortası) kapsamına alınmasının sağlanması" önerisine yer verilmiştir.

c. Yüksek Planlama Kurulunca Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2013)

Yaşlı Bakım Sigortası önerisinin yer aldığı bir diğer politika metni de Yüksek Planlama Kurulu tarafından kabul edilerek 19 Ocak 2011 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan "Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı'dır (2011-2013)." Söz konusu Eylem Planı'nda beşinci öncelik olarak;

Bakım Güvence Sistemleri ve Finansmanı Oluşturulmasına Yönelik Çalışmaların Gerçekleştirilmesi

a. Bakım güvence modeli ve bakım sigortası alanında; finansman yönteminin belirlenmesi, aktüeryal hesapların yapılması ve sistemdeki aktörlerin belirlenmesi gibi hususlarda

hazırlık çalışmaları yapılacaktır” yer verilmiştir (5). Söz konusu eylemin uygulamasından da Özürlüler İdaresi Başkanlığı sorumlu tutulmuş ve diğer paydaş kurumlar olarak “SGK, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, ÇSGB, DPT, Hazine Müsteşarlığı, SHÇEK, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği ve İlgili STK’lar” belirlenmiş ve teknik çalışmaların 3 yıl içinde tamamlanması öngörülmüştür. (5) Ancak uygulamada bu hedefe ilişkin teknik bir çalışma tespit edilememiştir.

b. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) Çalışmaları ve Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı (2013)

Ülkemizde yaşlı bakım hizmetleri politikalarının belirlenmesinden bakanlık düzeyinde ASPB sorumlu durumdadır. ASPB politika belirleme görevi yanında, belediyeler, vakıf ve dernekler ile özel kesimde yer alan hizmet sunucular ile birlikte yaşlı bakım hizmetlerini bizzat da sunmaktadır. Söz konusu hizmetlerin finansmanı, asgari gelir altında kalan kişiler için genel bütçeden sağlanan ödeneklerle, bunun üzerinde geliri olan kişiler için ise genel bütçe ödenekleri yanından bireysel katılım da alınmak suretiyle karşılanmaktadır. Özel kesim tarafından işletilen evde bakım hizmetleri ya da kurumsal bakım hizmetleri sunan kişiler bakımından devletin herhangi bir ödemesi söz konusu değildir.

ASPB tarafından yayımlanan “Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı (2013)” da yaşlı bakım sigortası ya da yaşlı bakımının finansmanına ilişkin herhangi bir hedefe ve politikaya yer vermediği görülmektedir (6). ASPB tarafından yaptırılan “Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Proaktif Yönü ve Mali Yükü Analizi Etüt Çalışması” da bakım hizmetlerinin sigorta yoluyla finansmanının önem ve önceliğine yer vermiş, ancak yaşlı bakım sigortasına ilişkin teknik bir çalışma ortaya koymamıştır (7).

Yaşlı Bakım Sigortası

Bu yazıda kısaca özetlenmeye çalışılan metinlerden anlaşılacağı üzere, yaşlılık sonucu ortaya çıkan bakım ihtiyacının sigorta modeli içerisinde finansmanının primlerle sağlanarak karşılanması gerektiği konusunda genel bir konsensüs olmasına rağmen, bugüne kadar uygulamada söz konusu hedefin gerçekleştirilmesi mümkün olmamıştır. Çalışmamızın bu bölümünde yaşlı bakım sigortasının ülkemizde uygulanmak istenmesi halinde ele alınabilecek tartışma konularına ilişkin görüşlerimizi ifade etmeye çalışacağız.

a. Kapsanacak Kişiler

Yaşlı Bakım Sigortasının kapsamına 18 yaşından sonra tüm bireylerin alınması sağlanmalı, aynı zamanda kişinin yasa gereği bakmakla yükümlü olduğu kişilerin de kapsama alınması değerlendirilmelidir.

b. Kapsanacak Yaşlı Bakım Hizmetleri

Şartları yerine getiren sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin, 65 yaşından itibaren evde bakım, gündüzlü kurum bakımı ya da yatılı kurum bakımı (huzurevi) hizmetlerinden yararlanması sigorta kapsamında ele alınması sağlanmalıdır.

c. Yararlanma Şartları

Yaşlı bakım sigortasından yararlanabilmek için asgari 10 yıl prim ödeme kriteri getirilmeli, bu süreyi tamamlamayan kişilerin 65 yaşını doldurması halinde gelir testine bağlı olarak tamamen ya da kısmen sosyal yardım kapsamında bakım hizmetlerinin sunulması değerlendirilmelidir. Kapsanacak kişilere sunulacak hizmetin düzeyi, kişinin ve yaşam koşullarının birlikte teknik bir ekip tarafından değerlendirilmesi yoluyla belirlenmelidir.

d. Hizmet Sunucuları ve Hizmet Bedeli Tespiti

Yaşlı bakım hizmetlerinin sunumu, bizzat ASPB tarafından yapılabileceği gibi belediyeler, il özel idareleri yanında özel kurumlar tarafından da yapılabilir. Hizmet sunan kurumlara bakım hizmetinden yararlanan kişinin bakım ihtiyacına ve bakımın yapıldığı yere göre farklı ödemeler yapılması ele alınmalıdır. Ödenecek bedeller, kamu bakım hizmeti sunucularının maliyet bedeli esas alınarak tespit edilmeli, bu bedelin üzerinde hizmet sunmak isteyen kurumlardan alınan hizmet bedel farkı kişiler tarafından ödenmesi değerlendirilmelidir.

e. Katılım Payı

65 yaş ve üzerindeki bireylerin gene sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinin prim alınmaksızın karşılandığı da dikkate alındığında ve kişilerin bakımlarının bakım hizmetini sağlayan kurum tarafından karşılanması nedeni ile giderleri azalacağı ayrıca alınacak prim oranlarının da düşük tutulması amacıyla katılım payı alınması önem kazanmaktadır. Almanya örneğinde %50’ye yakın bakım hizmetlerinde katılım payı ödendiği dikkate alındığında, ülkemizde ortalama %30 katılım payı alınmasının, sistemin aktüeryal dengeleri bakımından önem arz edeceği dikkate alınmalıdır.

f. Prim Matrahı ve Oranı

Yaşlı bakım hizmetinin kapsamı ve alınması öngörülen primin oranının hesaplanmasında çalışan kişiler için 5510 sayılı Kanun’da yer alan uzun vadeli sigorta kolları prime esas kazancı esas alınması değerlendirilmelidir.

g. Prim Ödeme Yükümlüsü

Prim ödeme yükümlüsü ise Genel Sağlık Sigortası hükümlerine benzer şekilde, kendi nam ve hesabına çalışanlar ile varlıklı kişiler prim ödeme yükümlüsü iken, gelir testine tabi olarak yeterli geliri olmayan kişilerin primleri vergiler ile ödenmesi değerlendirilmelidir. Ülkemizin TÜİK verilerine göre 2023 yılında nüfusun %10,2 sinin, 2050 yılında ise %20,8’inin 65 yaş ve üstünde olacağı dikkate alındığında, yaşlılığın etkilerine kaçınılma bir şekilde muhatap olacağız. Bu döneme kadar artarak devam edecek yaşlı bakım ihtiyacının karşılanmasını sadece bireylerin inisiyatifine bırakmak, söz konusu giderler için ek bir finansman oluşturmadan vergiler ile ödenmesi sonucunu doğuracaktır. Bunun dışındaki bir seçenek, vatandaşların bu taleplerine duyarsız kalınacağı varsaymak olur ki bunun kabul edilebilir bir yönü olmadığı açıktır. Bu toplumsal olgunun ve ihtiyacın daha da fazla gecikmeden ve mali sonuçları daha da ağırlaşmadan gerekli sigorta düzenlemelerinin yapılmasının sağlanması gerektiği görüşündeyiz.

Kaynaklar

1) www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/WCMS_377270/lang--tr/index.htm (Erişim Tarihi: 17.09.2017)

2) www.mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=1.5.5510&MevzuatTliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=5&No=5510 (Erişim Tarihi: 17.09.2017)

3) www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu%20Kalk%4%B1nma%20Plan%4%B1.pdf (Erişim Tarihi: 17.09.2017)

4) www.kalkinma.gov.tr/Lists/zet%20htisas%20Komisyonu%20Raporlar/Attachments/248/Ya%20C%5%9Flanma%20C%3%96zel%20C%4%B0htisas%20Komisyonu%20Raporu.pdf (Erişim Tarihi: 17.09.2017)

5) www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/01/20110119-6.htm (Erişim Tarihi: 17.09.2017)

6) www.eyh.aile.gov.tr/duyurular/turkiyede-yasli-larin-durumu-ve-yaslanma-ulusal-eylem-planı-uygulama-programinin-guncel-maddeleri (Erişim Tarihi: 17.09.2017)

7) www.ailetolum.aile.gov.tr/data/54293ea2369dc32358ee2b25/YA%20C%5%9ELI%20N%20C%3%9CFUS%20ve%20MAL%4%B0%20Y%20C%3%9CK%20ANAL%4%B0Z%4%B0.pdf (Erişim Tarihi: 17.09.2017)

“Yaşlanan Türkiye”ye sağlık politikası üretmek

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu, Göynük'te doğdu. İlköğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulunda, ortaöğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde 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 Medipol Üniversitesi Rektörü olarak görev yapmaktadır.

Yeni istihdam alanları açma ve okullaşma oranını artırma uğraşı veren genç nüfusa sahip bir ülke olma gerçeğimiz henüz hafızalardan silinmiş değildir. Ekmeğini kazanmak için yerini yurdunu terk edip yurt dışında ağır işlerde çalışmaya giden gurbetçilerimiz hala sosyal bir olgu olarak varlığını sürdürüyor. Ancak bu tablo hızla yaşlanmakta olan bir ülke olmamız gerçeğinden ve bunun ardından gelen yeni sorunlar yumağından kaçmamıza fırsat vermiyor. Artık doğumda beklenen yaşam süresinin 78'e ulaştığı bir ülkede yaşıyoruz. Daha dün yaşlılık ölçütü olarak kabul ettiğimiz 60'lı yıllar bugün ikinci bahar kavramıyla karşılanıyor. Altmış beş yaşında olan birinin kalan ömrünün ortalama 17,8 yıl olduğuna dikkat edilirse ne denli yaşlı bir nüfusla muhatap olduğumuz anlaşılır. Artık bulaşıcı hastalıklar, çocuk ölümleri, bağışıklama sorunları gibi hususlar öncelikli sağlık uğraşı alanları olmaktan çıkıp, yaşlı sorunları, kronik hastalıklarla mücadele, rehabilitasyon gibi problemler öne çıkan sağlık alanları olmaya başlamıştır. Bağımlı yaşlı nüfusa gereken hizmetin üretilmesini sağlayacak üretken genç nüfusun korunması, önemli bir demografik ve sosyoekonomik sorun olarak karşımızda durmaktadır. SD'nin böylesine hayati bir duruma dikkat çekmek üzere sayfalarını yaşlanma konusuna ayırması, sağlık politikası açısından konuya yaklaşımını bir kez daha paylaşmam için bir vesile oldu. Aşağıdaki satırlar, Sağlık Kültürü ve Tıp Düşüncesi dergisinin 32. sayısında yayımlanmış olan aynı başlıklı makalemin güncel verilerle gözden geçirilmiş halinden ibarettir.

2000 yılında 64,7 milyon olan Türkiye nüfusu, 2003 yılında 67,2 milyon, 2013 yılında 76,5 milyon ve nihayet 2106 yılında 84,2 olması beklenmektedir. Geçtiğimiz on yılda (2003-2013) nüfusumuz %1,14 oranında artış gösterirken gelecek on yılda %1,10 oranında artış beklenmektedir. TÜİK tarafından yapılan projeksiyona göre 2050 yılında ülke nüfusumuz 93,5 milyon, 2075 yılında ise 89,2 milyon olacaktır. Beklendiği gibi doğumda beklenen yaşam süresi de artmakta; artık insanlarımız daha uzun süre yaşamaktadır. Bugün 78 olan doğumda beklenen yaşam süresinin 2023 yılında 80,2'yi bulması beklenmektedir. Beş yaş altı çocuk nüfusumuz 2003 yılında 6,1 milyon iken 2013 yılında 6,15 milyon olarak neredeyse sabit kalmıştır. 2023 yılında ise 5,8 milyona düşmesi beklenmektedir. Genel nüfus değişimi ile birlikte değerlendirildiğinde on yıl önce nüfus %9,13'ünü oluşturan 5 yaş altı çocuk nüfusu, bugün %8,04'e düşmüştür; on yıl sonra ise %6,93'e düşecektir. Yani çocuk nüfusunda belirgin izafi azama beklenmektedir. Diğer taraftan yaşlı nüfusumuz hızlı bir ivme ile artış göstermektedir. 2000 yılında 4,4 milyon olan 65 yaş üstü nüfus, 2003 yılında 4,5 milyon, 2013 yılında da 5,7 milyon, 2016 yılında 6,6 milyon olmuştur. 2023 yılında bu yaşlı nüfusun 8,6 milyon olması beklenmektedir. Genel nüfusa oranladığımızda, on yıl önce nüfusumuzun % 6,68'ini oluşturan yaşlı nüfus, bugün %7,69 olmuştur. On yıl sonra ise %10,24 olacaktır.

TÜİK tarafından yapılan projeksiyona göre 2050 yılında ülke nüfusumuz 93,5 milyon, 2075 yılında ise 89,2 milyon

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

Birleşmiş Milletlerin nüfus projeksiyonuna göre, 2000 yılında % 6,9 olan dünya yaşlı nüfus oranının 2050 yılına kadar 15,6'ya çıkacağı tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu oran %14,3'ten 26,8'e çıkarırken gelişmekte olan ülkelerde %5,1'den %14'e çıkacaktır. 2050 projeksiyonuna göre ülkemizde yaşlı nüfus oranının %20,84 olacağına dikkat edilirse gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin ortasında bir yerde durduğumuz görülecektir. Çalışma çağındaki her 100 kişiye düşen yaşlı sayısına, yaşlı bağımlılık oranı denmektedir. Türkiye'de 2013 yılında 100 çalışanın bakması gereken yaşlı sayısı 11 iken bu sayının 2030 yılında 19 olması beklenmektedir. 2050 de ise 32,9'u bulacaktır. Diğer bir ifadeyle her üç çalışana bir yaşlı düşecektir. Yaşlı nüfus olarak tanımladığımız 65 yaş ve üstündeki kişilerdeki önemli derecede

artışın yanı sıra, bu yaşlı nüfusun kendi içindeki demografik değişimi de çok önemlidir. Gerek hayat kısıtlılığı, gerek hastalık yükü bakımından çok daha risk altında bulunan 85 yaş ve üstündeki kişilerin yaşlı nüfus içindeki oranı günümüzde sadece %7,5 iken 2023 yılında bu kesimin oranının %7,9'a, 2050'de %12,3'e ve nihayet 2075'te %18,8'e yükselmesi beklenmektedir.

Yaşlılarda hastalık yükü hem şiddet hem de çeşitlik bakımından farklılık göstermektedir. Yaşlıların başlıca sağlık problemleri arasında, denge problemleri, depresyon, kanser, kalp hastalıkları, diyabet, düşmeye bağlı yaralanmalar, işitme bozukluğu, görme bozukluğu, unutkanlık, ağır seyirli grip, osteoporoz, pnömoni, alzheimer ve parkinson hastalıkları yer almaktadır. Neticede bu hastalıkların hemen hepsi kronik olarak seyretmekte, daha çok tetkik ve tıbbi tedavi gerektirmektedir. Ayrıca yaşlılıkta alınan ilaçlara bağlı olarak uyuma, reaksiyon zamanının kısalması ve diğer yan etkiler olmaktadır. Bu yüzden düşme ve buna bağlı kırıklar çok olmaktadır. Bunların oluşturduğu hareket kısıtlılığı, yeni ortaya çıkan özürülük hali ve özel bakım ihtiyaçları ilave yükleri oluşturmaktadır. Yaşlılarda entelektüel kapasite kaybı ve refleks azalmasının sonucunda hangi günlük işleri yapamayacağını kesin bir sınırı yoktur. Makine kullanma, araç kullanma, ocak yakma ve bunun gibi eylemler bazen yaşlıların sadece kendilerine değil çevrelerine de zarar vermelerine yol açabilmektedir. Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte hayat ve sağlık ile ilgili bilim alanlarına ilginin artması doğaldır. Bu itibarla insanların sağlığı için mücadele veren sağlık mesleklerinin karakteri, çeşitliliği ve hatta görev tanımları da değişecektir. Tıbbi anlamda yaşlılığı sadece fiziksel veya mental kronik hastalıklar açısından ele almanın yetersiz olduğu aşikârdır; yaşlılık doğal seyirli bir fenomendir. Bu fenomenin iyi anlaşılması, yaşlanmanın sağlıklı geçleştirilmesine yardımcı olacaktır.

Gerontoloji yaşlanma sürecini inceleyen bir bilim dalıdır. Anlaşılan, gelecekte bu bilim dalının daha fazla öne çıkmasını, araştırmaların bu alana daha fazla yoğunlaşmasını beklemeliyiz. Geriatri veya diğer bir deyişle geriatrik tıp ise yaşlı insanların sağlığı ile ilgilenen tıp disiplini. Yaşlı insanlarda hastalıklardan ve engellilikten korunma ve bunların tedavisini amaçlar. Diğer tıp disiplinlerinin yanında geriatriğin gelecekte hasta potansiyeli oldukça yüksek bir alan olarak karşımıza çıkması muhtemeldir. Genel dahiliye, kardiyoloji, romatoloji, göğüs hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, onkoloji, alzheimer ve parkinson gibi hastalıklara odaklanan kognitif nöroloji gibi tıp dalları

da yaşlanan nüfusla birlikte gelecekte önemi artan tıp disiplinleri olacaktır. Bu arada gerontologlar, fizyoterapistler, yaşlı bakım görevlileri, evde bakım görevlileri ve iş uğraş terapistleri (ergoterapistler) gelecekte daha fazla aranan meslek mensupları olacaktır. Tıbbi araştırmaların ve özellikle büyük bir ekonomik sektör olan ilaç araştırmalarının daha çok kanser başta olmak üzere yaşlı hastalık yükünü oluşturan kronik hastalıklara yönelik olacağını kestirmek bir kehanet olmasa gerek.

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

Yaşlılar engelliliği nedeniyle kendi başlarına bütün ihtiyaçlarını görememektedir. Günlük hayatlarında gerek insan kaynağı, gerek teknolojik araçlarla özel olarak desteklenmeleri ve bu yolla hayat kalitelerini korumaları sağlanmaya çalışılır. Bu duruma destekli yaşama denmektedir. Çekirdek aile yapısının yaygınlaşması ve genç aile bireylerinin neredeyse tamamının aktif günlük hayat temposu içinde gününü ev dışında geçirdiği bir hayat tarzına sahip olmamız nedeniyle yaşlılar çoğu kez yalnız kalmaktadır. Yaşlı büyükleriyle aynı evi paylaşan çocuklar bile geceleri refakat etme imkânı bulmaktalar ancak hayatın yoğun temposu içinde gündüz onları yalnızlığa terk etmek zorunda kalmaktadırlar. Çalışan anne babanın çocuğunu gündüz terk ettiği çocuk bakımı hizmetine benzer şekilde yaşlı bireyi gözetmek üzere ortaya çıkan hizmet alanına gündüz erişkin bakımı denmektedir. Gündüz rehabilitasyon merkezleri, demanslı günlük bakım merkezleri, psikiyatri gündüz bakım ve rehabilitasyon merkezleri gibi örnekler verilebilir.

Bazen hane halkının dinlendirilmesi veya işlerini görmelerini sağlamak amacıyla bir yaşlı veya engellinin kısa süreli ve geçici olarak bakımının üstlenilmesi bir hizmet türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bazen bu durum tatil, iş seyahati veya



aynı evi paylaşmama gibi nedenlerle geceleri de kapsayacak şekilde ve uzun süreli olabilmektedir. Bu durumda uzun süreli bakımdan söz edilmektedir. Bir anlamda geçici ve kalıcı huzur evini örnek gösterebiliriz.

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

hasta bakımı denmektedir.

Yaşlı olsun diğer kronik hastalar olsun aslında en uygun bakım ortamı günlük hayatını geçirdiği ev ortamıdır. Bu hem ekonomik hem de hasta konforu bakımından daha uygundur. Ancak hayat konforunun ve sağlıklı yaşamın gerektirdiği ihtiyaçların evde görülebildiği bir hizmet modeli olan evde bakım, özel şekilde örgütlenme gerektirmektedir. Ülkemizde yerel yönetimlerle başlayan ve daha sonra Sağlık Bakanlığının üstlendiği bu aile kurumunun varlığı ve aile bireyleri arasındaki bağıllıklar bazı hizmetlerin kendi yapımızca yeniden tanımlanmasını ve yorumlanmasını gerektirmektedir.

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

Yaşlılara sosyal faaliyet alanlarının açılması, sosyal interaksyonu sağlayacak uğraşı fırsatlarını verilmesi, seyahat, sohbet, tartışma, dertleşme, dua, ibadet gibi kognitif egzersiz fırsatlarının yaratılması, yürüyüş, alışveriş, gönüllü hizmet veya ibadet gibi düzenli eylemlerle günlük hayatın yapılandırılması en basit koruyucu tedbirlerdir. Anadolu köy veya mahalle hayatında yaşlıların düzenli olarak namaz kılmak için camiye gitmesi bu günlük hayatın yapılandırılmasında önemli rol oynamaktadır. Camiye gelen kendi akrabaları ile oturup sohbet etmelerinin, çay ocağı ve kamelya muhabbetlerinin sosyal entegrasyon açısından olumlu etkileri yadsınmaz. Hedef kitlenin entelektüel, kültürel ve inanç dokusu ile alışkanlıklarını dikkate alarak sosyal entegrasyonu kolaylaştıracak çözüm yolları bulmak mümkündür. Kapalı toplumlarda küçük mahalle ve köylerin geleneksel yapıları, kendi içlerinde böyle çözümler üretmişse de, modern şehir hayatının konut yapısı, trafik karmaşası

ve yoğun iş temposu içinde çözümsüz kalmaktadır.

Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte bugüne dek alışageldiğimiz sağlık politikalarımız da değişikliğe uğramak zoruna kalacaktır. Öyle ki, daha çok anne-çocuk sağlığını önceleyen kamu sağlık hizmetlerinin gittikçe daha kırılğan bir kitleyi oluşturan yaşlı nüfusu önceleyen politikalarla evrilmesi kaçınılmaz görünüyor. Ezberimize yerleşmiş olan temel sağlık hizmetlerini yaşlı nüfusa yönelik olarak genişletmek hatta yeniden tanımlamak gerekecektir. Sağlıklı büyüme, sağlıklı annelikten sonra sağlıklı yaşlanma da öncelikli kamu politikalarında yer bulmalıdır. Yaşlılara yönelik politikaları doğrudan sağlık hizmetleri, temel sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler başlıkları altında toplarsak, geliştirilecek politikaların da sistematiği ortaya çıkar. Kadın Aile ve Sosyal İşler Bakanlığı yaşlılara yönelik sosyal hizmetler, Sağlık Bakanlığı temel sağlık hizmetleri ve Sosyal Güvenlik Kurumu da doğrudan sağlık hizmetleri alanında sorumluluk üstlenecektir. Ancak bu sorumluluk alanlarının sınırları sanıldığı kadar net olamayacağından yaşlılara yönelik politikaların geliştirilmesinde bu kurumların birlikte çalışarak sorumluluk sınırlarını belirlemeleri, boşluk ya da mükerreklerlikten kaçınmaları gerekmektedir.

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

Yaşlı nüfus için yapılan kişi başı sağlık harcamalarının nüfusun geri kalanına göre daha yüksek olduğu bilinmektedir. Farklı araştırmalara göre 65 yaş üstü

yaşlılar için kişi başı harcama miktarı diğer yaş gruplarına göre 2,7 ile 4,8 kat arasında değişen oranlarda daha fazla olmaktadır. Yaşlı nüfusun alt grupları için yapılan harcamalar arasında da büyük farklılıklar vardır. 85 yaş üstü yaşlıların kişi başı sağlık harcamasının 65-74 yaş grubuna göre 3 kat, 75-84 yaş grubuna göre ise 2 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir. 2001, 2006 ve 2011 yıllarının *medicare* sağlık harcamalarını karşılaştıran bir çalışmaya göre, 65 yaş üstü yaşlıların %96'sı bu yıllarda sağlık harcamasına yol açan hizmet almıştır. On yılda Amerika'da yaşlılar için yapılan sağlık harcaması 100 milyar dolardan daha fazla artış göstermiştir (2001: 304 milyar dolar, 2011: 414 milyar dolar). Ayrıca yaşlılar için yapılan kişi başı sağlık harcamalarının zamanla artış hızı, yaşlı olmayanlara göre daha fazla olmaktadır. Mesela Amerika'da kişi başı yaşlı sağlık harcamasının yaşlı olmayanların harcamasına oranı, 1987'de 3,0 iken 1990'larda 3,9 olmuştur. Medicare harcamalarının 1953-87 dilimindeki analizinde 1-64 yaş grubu için yıllık kişi başı sağlık harcaması artışı %4,5 iken, 65 yaş üstünde bu artış hızı %8 bulunmuştur. Kısacası yaşlı nüfusun kişi başı sağlık harcamasının daha yüksek olmasının yanı sıra bu gruptaki harcamanın artış hızı da daha yüksek olmaktadır.

Yaşlı sağlık harcamalarının nedenlerini analiz etmek çok zor değildir. Sözü edilen kronik hastalık yükleri ve yaşlılara özel ilave bakım hizmetleri bu harcama nedenlerinin başında gelmektedir. Ayrıca ilaç tüketiminin fazla olduğu dönem olması nedeniyle, ilaç endüstrisinin yeni ilaç geliştirme çalışmaları başta kanser ve kalp damar hastalıkları olmak üzere yaşlıları ilgilendiren hastalıklara odaklanmaktadır. Bu alandaki Ar-Ge maliyetleri ve pazar gelirleri, sınırlı düzeyde etkili olan çok sayıda ilacın yaşlılar tarafından tüketilmesi yoluyla sağlık harcamalarına yüklenmektedir. Kronik hastalıklara yönelik olarak geliştirilen ilaçların üretim sektörünün, önemli bir finans kaynağını yöneterek önemli bir güç oluşturduğunu ve ilaç tüketim araçlarını ve bu yolla sağlık sistemlerini kendi çıkarları doğrultusunda yönlendirme riski taşıdığını unutmamalıyız.

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

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

Kaynaklar

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

Fuchs, Victor: "Health Care for The Elderly: How Much? Who Will Pay for it?" Working Paper #6755. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 1998 www.nber.org/papers/w6755.pdf (Erişim Tarihi: 02.09.2014)

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

James Lubitz, Liming Cai, Ellen Kramarow and Harold Lentzner: *Health, Life Expectancy, and Health Care. N Engl J Med. 349 (11): 1048-1055, 2003, www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa020614* (Erişim Tarihi: 02.09.2014)

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

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

SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Eylül-Ekim-Kasım 2014, 32: 48-53

TÜİK, Türkiye İstatistik Kurumu www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=istgosterge (Erişim Tarihi: 16.10.2017)

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

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

2-Doğumda beklenen yaşam süresi artmaktadır.

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

4-Altmış beş yaş üstü yaşlı nüfus gittikçe artmakta ve nüfusumuz yaşlanmaktadır.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Avrupa'nın yaşlıları robotlara emanet

Prof. Dr. Gürkan Öztürk



1968 yılında Karabük'te doğdu. İlk ve ortaöğrenimini burada tamamladı. 1993 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Üniversite yıllarında çeşitli dergilerde popüler bilim yazarlığı yaptı. 1995-1999 yılları arasında King's College'da fizyoloji doktorası yaptı. 1999-2010 yılları arasında Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğretim üyesi olarak çalıştı. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve REMER Müdürü olarak görevini sürdürmektedir.

Bir yandan doğumların azalması, bir yandan beklenen yaşam sürelerinin uzamasıyla birlikte gelişmiş ülkeleri bekleyen en önemli sorunlardan birinin nüfusun yaşlanması olduğu kabul ediliyor. Öyle ki Avrupa'da 4:1 olan çalışan-çalışmayan oranının 2060 yılında 2:1 olacağı hesaplanıyor. Avrupa Birliği yaşlanan nüfusunun getirmekte olduğu ekonomik ve sosyal yükü azaltmak adına "aktif ve sağlıklı yaşlanma" sloganı altında özellikle kamu - özel teşebbüs iş birliklerini özendirici pek çok Ar-Ge destek programı açmaktadır. Ufuk 2020 (Horizon 2020) AB'nin 2014-2020 arası

bilimsel proje desteklerini organize eden programının adı olup yaklaşık bütçesi 80 milyar Euro'dur. Ülkemiz de 450 milyon Euro katkı ile bu programa dahil olmuştur. AB bir yandan da "Gümüş Ekonomi" markasını icat etmiştir ve özel sektörü yaşlılara yönelik yenilikçi ürünler geliştirme konusunda teşvik etmektedir. Gerçekten de AB'de halen 65 yaş üstü bireylerin toplam harcama kapasitesi 3 trilyon Euro olarak hesaplanmaktadır. Euromonitor piyasa araştırma şirketinin verilerine göre ise 2020'ye gelindiğinde 60 yaş üstü kişilerin harcamaları dünya çapında yıllık 15 trilyon dolara ulaşacaktır.

Ufuk 2020 programı kapsamında içinde

bulduğumuz yıla kadar geçen dönem içinde "sağlık, demografik değişim ve refah" başlığı altında pek çok projeye destek verilmiştir. 2018-2020 döneminde de konuyla ilgili yeni proje çağrıları mevcuttur. Daha öncesindeki çerçeve programları (sonuncusu 7. çerçeve) ve Ufuk 2020 projeleri en az üç AB üye ya da ilişkili ülkeden araştırmacıların ortaklığı ile hazırlanabilmektedir. Yaşlanma ile ilgili proje çağrıları tamamen tıbbi ağırlıklı olabilmekle birlikte çoğunluğunun bilgi teknolojileri ortaklığı içerdiği gözlemlenmektedir. Bu bağlamda daha önceki dönemlerde açılan çağrılarının bazıları evde yalnız yaşayan yaşlıların hayatını kolaylaştırıcı, öz bakımlarını



destekleyici ve yalnızlık hissini giderici ürünleri hedeflemektedir. Bu alanda desteklenen projelerin önemli bir kısmı robot teknolojilerine dayanmaktadır. Bu yazıda söz konusu projelerin önemli birkaçından bahsedeceğiz.

DOMEO projesi yaşlı bakımı için robot tasarımını öngören ilk büyük AB projesi olarak kabul edilebilir. Proje 2009-12 yılları arasında Fransa koordinatörlüğünde Macaristan ve Avusturya'dan ekiplerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. 2,4 milyon Euro'luk proje kapsamında Kompai adlı robotun yapımı gerçekleştirilmiştir. Fransız Robosoft firmasının üretimini üstlendiği Kompai; güvenlik, ilaçlarının takibi, fiziksel destek, eğlence ve haberleşme gibi yaşlı bireyin hayatını kolaylaştırıcı fonksiyonlara sahip. Robot, 2015 ve 16 yıllarında yenilik ve gümüş ekonomi alanlarında önemli ödüller almıştır.

ACCOMPANY 2011-14 yılları arasında İngiltere koordinatörlüğünde gerçekleştirilen bir proje. Bu projenin Almanya, Fransa, İtalya ve Hollanda'dan ortakları vardır ve AB tarafından 1,2 milyon Euro ile desteklenmiştir. Proje yaşlı bireylerin evdeki bir hizmet robotuna karşı bakışını analiz ederek insan - makine etkileşiminin teknik ve etik çerçevesini çizmeyi amaçlamıştır.

Robot-Era projesi de bir önceki projeye benzer bir amaçla 2011-15 yılları arasında gerçekleştirilmiştir. Toplam AB katkısı 1,5 milyon Euro olan projenin koordinatörü İtalya; ortakları ise Almanya, İsveç ve İngiltere'den araştırmacılar. Proje kapsamında 160 yaşlı bireyin ev içi ve dışında kendilerine hizmet eden robotlarla uyumu incelenmiştir. Robotlar bu kişileri alışverişe götürmek, ilaçlarını hatırlatmak, çöpü dışarı çıkarmak, kapıların kitlenmesi ve gaz kaçağının kontrol edilmesi gibi güvenlikle ilişkili fonksiyonları icra etmiştir.

GrowMeUp yaklaşık 2,4 milyon Euro destek alan ve 2015'te başlamış üç yıllık bir projedir. Portekiz (koordinatör), İsviçre, Hollanda, Güney Kıbrıs ve İspanya'dan araştırmacılar tarafından yürütülmektedir. Projenin amacı yaşlılara evde arkadaşlık edecek; konuşabilen, öğrenebilen ve öğrendiklerini bulut sistemi üzerinden paylaşan bir robot geliştirmektir. Robotun yaşlı bireyle sohbet etmesi ve böylece aktif kalmasına yardımcı olması öngörülmüyor.

MARIO yaklaşık 4 milyon Euro bütçeyle robot projelerinin en büyüğüdür ve DOMEO projesinin devamı olarak tasarlanmıştır. 2015 yılında başlayan projenin ortakları İrlanda (koordinatör), Fransa, İngiltere, İtalya, Yunanistan ve Almanya'dandır. Bu projede özellikle



demans belirtileri olan yaşlılara hitap edecek Kompai-2 yeni nesil robotların yapılması öngörülmüyor. Bu robotlar doğal dil işleme ile sürekli öğrenecek, yaşlı bireyin konuşmasına ve hatırlamasına yardımcı olacaklar ve eğlence ve haberleşme gibi ihtiyaçlarını kolaylaştıracak. Yine bu robotların sorumlu oldukları yaşlı üzerinde bir takım bilişsel testleri gerçekleştirebilmeleri mümkün olacak.

Sonuç

Batı toplumlarının ileri derecede bireyselleşmesi yaşlıların son nefeslerini aile ortamında vermelerini imkânsız hale getirmiştir. Yaşlılığın getirdiği pek çok sağlık sorunu yaşlı bireyin bakımını çok daha zorlaştırmaktadır. Batı ülkelerinin bunun çözümünü "insan vekilleri"nde araması her ne kadar şu an bizim için ürkütücü gelse de küçülen ailelerimiz ve gittikçe bireyselleşen hayat anlayışımızın bir gün bizi de bu noktaya getirmesi hiç de ihtimal dışı değildir.

Kaynaklar

<https://ec.europa.eu/digital-single-market/node/376>
(Erişim Tarihi: 10.10.2017)

http://cordis.europa.eu/projects/home_en.html
(Erişim Tarihi: 10.10.2017)

<https://kompai.com> (Erişim Tarihi: 10.10.2017)

Batı toplumlarının ileri derecede bireyselleşmesi yaşlıların son nefeslerini aile ortamında vermelerini imkânsız hale getirmiştir. Yaşlılığın getirdiği pek çok sağlık sorunu yaşlı bireyin bakımını çok daha zorlaştırmaktadır. Batı ülkelerinin bunun çözümünü "insan vekilleri"nde araması her ne kadar şu an bizim için ürkütücü gelse de küçülen ailelerimiz ve gittikçe bireyselleşen hayat anlayışımızın bir gün bizi de bu noktaya getirmesi hiç de ihtimal dışı değildir.

Yaşlı kahramanlar

Prof. Dr. Ayten Altıntaş



Tokat'ta doğdu. İlk ve orta öğretimini Konya'da, yükseköğrenimini 1966-1970 yıllarında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesinde tamamladı. Aralık 1975'te Prof. Dr. Bedii N. Şehsuvaroğlu'nun yanında tıp tarihi çalışmalarına başladı. Hocasının vefatı üzerine Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Prof. Dr. Emine M. Atabek'in kürsüsüne geçti. 1982 yılında doktor, 1988'de doçent, 1996 yılında profesör oldu. Çalışmalarında tıp tarihi ve tıp etiği alanlarında yoğunlaşmış, Türk tıp eğitimi ve Osmanlı tıbbında tedavi konusuna ağırlık vermiştir. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanı olan Altıntaş, evlidir ve iki çocuk annesidir.

Tıbbın her döneminde yaşlı ilerlemiş olsa da hizmete devam etmiş ve çok önemli katkılarda bulunmuş yaşlı kahramanlar olmuştur. Türk tıbbında da belli bir yaşa geldiği halde özveri ile çalışan, biriken tecrübelerini toplumuna ve geleceğe aktaran pek çok önderlerimiz var. Ben bu yazıda son zamanlarda üzerinde çalıştığım ve hizmetlerini çok iyi bildiğim dört önemli liderden bahsedeceğim.

Hepsi de bu ülkenin gerçek az bilinen kahramanlarıdır.

İlk olarak manevi hocam, tıp tarihinin üstadı Prof. Dr. Feridun Nafiz Uzluk'tan (1902-1974) bahsedeceğim. Feridun Nafiz 1902 yılında Konya'da doğmuştur. 1911 yılında ilkokulu, 1918 yılında İttihat Terakki Lisesini birincilikle bitirmiş, 1919 yılında Haydarpaşa'daki Tıp Fakültesine girmiş ve 1924 yılında mezun olmuştur. Tıp tahsili sırasında Üsküdar Mevlevi

hanesinde kalmıştır. Burada Abdülgani Tevfik Dede tarafından yetiştirilmiş ve Mevlevî hanlık icazeti almıştır. 1925 yılında Gülhane'de stajını tamamlamış ve mecburi hizmetini Ordu Mesudiye'de Hükümet Tabibi olarak yapmıştır. 1928 yılında Konya Memleket Hastanesine dâhiliye asistanı olarak tayin edilmiştir. Bu görevini yerine getirirken 1929 yılında "Konya Sıtma Savaş Tabibi" olarak da görevlendirilmiştir. Sıtma savaş ekibini kurarak burada üç yıl



Feridun Nafiz Uzluk ve diğer hocalar

görev yapmıştır. 1932 yılında kendi imkânlarıyla Almanya'ya gitmiştir. Münih Tıp Fakültesi dâhiliye laboratuvarında Bakterioloji ihtisası yapmıştır. 1934 yılında Hamburg Ependorf Hastanesinde bir yıl Tropikal Hastalıklar Enstitüsünde sertifika çalışması yapmıştır. Mayıs 1935'te memleketine dönmüş, aynı yıl Ankara'da Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsünde Çiçek Aşısı Mütahassıslığına tayin olmuştur. Burada on yıl çalışmış, yeni metotlar oturtmuş,

“Üretim Yerleri ve Boyalar” ve “Laborantlara Bakteriolojik Araştırmalarda Kılavuz” kitaplarını yazmıştır. Ayrıca Trakya Umumi Müfettişliğine tifo, tifüs hastalıklarıyla mücadele çalışmalarına yardımcı olmuştur. Feridun Nafiz Uzluk, 44 yaşına kadar tıbbi böylesine önemli hizmetlerde bulunmuştur fakat en önemli hizmetini bu yaştan sonra yapacaktır.

Uzluk'un, Tıp Tarihi konusunda profesyonel olarak çalışmaya başlaması 1946 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde açılan Tıp Tarihi hocalığına atanması ile başlar. O zamana göre geç yaşta üniversite hocalığı görevini üstlenir. Bu sürpriz bir atama değildir. Kendisi daha lise çağlarında Konya'da yerel gazetelere yazılar göndermiş, 1922 yılından itibaren de “Babalık” gazetesinde “Hekim Şifaî” adı ile muntazam yazılar kaleme almıştır. Tıp talebeliği sırasında tüm kültür toplantılarına katılmakta, hocaları derin tarih bilgisini takdir etmektedir. Almanya'daki ihtisası sırasında Türk kültür ve tarihinin önemini daha iyi kavramaktadır. Münih'te Doğu Dilleri Enstitüsünden Sümerolog Fritz Hommel'den asistanlık teklifi almış, Şark Dilleri Profesörü Karl Süssheim ile ortak çalışmalar yapmıştır. Arapça, Farsça, Almanca, İngilizce, Fransızca bilmekte, Selçuklu ve Osmanlı tarihini kaynaklardan takip etmektedir. Özellikle tıp tarihi konusundaki çalışmalarıyla dikkat çekmektedir. 1935 yılında Süheyl Ünver ile “Tıp Tarihi Arkivi”ni yayınlamaya başlamıştır. Bunu Süheyl Ünver “...Bu mecmuayı genç, değerli ve âlim hekimimiz, tarihşinas Dr. Feridun Nafiz ile çıkarmayı kararlaştırdık” diye bildirir. (Daha sonraları Süheyl Ünver kendisine “üstadım” diye hitap edecektir.) Çalışmalarında Türk Tıp Tarihine hizmeti, en önemli amaçları olarak kabul etmişlerdir. 1938 yılında Türk Tıp Tarihi Derneğini kurmuşlardır. Hazırladıkları kaynak eserlerin basılmasında karşılaştıkları zorlukları yenmek için Uzluk 1940 yılında Ankara Kaledibi'nde bir matbaa kurarak tarihimize hizmet için tam uygun bir ortam oluşturmuş fakat yapılan hizmeti anlamayan şahıslar tarafından matbaa 1944 yılında yıktırılmıştır.

Kültür savaşçıları için zor günler yaşamaktadır. Uzluk, Ankara'da bu önemli görev için çırpınmakta, hem yaşı hem de



Feridun Nafiz Uzluk

yakalandığı tüberküloz mücadelesi onu zorlamaktadır. “Emrini vicdanından azim ve ümidini imanından alanlar” sözü onun düşüncesini çok iyi özetlemektedir. Uzluk evlenmemiştir, tüm parasını kitap ve arşivlere ayırmıştır. 15 bin ciltlik kütüphane, çok değerli yazmalar, yağlı boya eserler için ailesinin imkânlarını kullanmıştır. Kültür adamı olarak Selçuklu tarihi, tasavvuf ve Mevlevilik konusunda birçok eser yazmıştır. Bildiğimiz 236 makale ve 28 kitabını bastırabilmiştir. 54 adet yayınlanamamış eseri mevcuttur. Bunu 1971 yılında bir makalede bildirmekte, eserlerin isimlerini vermektedir. Tüberküloz ile boğuşan hassas ve içe dönük bir kültür adamıdır. 1972 yılında emekli olmuştur. 1974 yılında çok sevdiği annesini kaybetmiş, bu acı ona zor gelmiştir. 27 Eylül 1974'te Konya'da vefat etmiştir. Üçler mezarlığına defnedilmiştir.

Kendisini 72 yaşında en verimli çağında kaybetti. Yayınladığı eserlerinden belki de çok daha fazlası yayınlanmayı bekliyordu. Türk tıp tarihine katacağı çok şey vardı. Konya'nın yetiştirdiği büyük bilim adamlarından olan Uzluk; İyi bir hekim, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede fedakâr bir tabip, Türk tarihi ve kültürünü araştırma ve yazmayı hayatının amacı yapan değerli bir bilim adamıydı. Türk tıp tarihinin hem komutanı hem neferi, yeri doldurulamayacak bir araştırmacıydı.

Yaşlı kahramanlarımızın ikincisi Eczacı-kimyager Naşit Baylav'dır (1903-1982). Kendisi 49 yaşında iken çalışmalarını tedavinin tarihçesi yani ilaç ve eczacılık

Uzluk evlenmemiştir, tüm parasını kitap ve arşivlere ayırmıştır. 15 bin ciltlik kütüphane, çok değerli yazmalar, yağlı boya eserler için ailesinin imkânlarını kullanmıştır. Kültür adamı olarak Selçuklu tarihi, tasavvuf ve Mevlevilik konusunda birçok eser yazmıştır. Bildiğimiz 236 makale ve 28 kitabını bastırabilmiştir. 54 adet yayınlanamamış eseri mevcuttur. Bunu 1971 yılında bir makalede bildirmekte, eserlerin isimlerini vermektedir.



Gülcü İsmail Efendi'nin Isparta'daki heykeli

İsmail Efendi genç yaşlarından itibaren çevresindeki fakir insanlara nasıl faydalı olabileceğini düşünmüştür. Önce bez dokumacılığını öğrenmiş ve öğretmiştir. Tezgâhlar yaptırarak büyük bir dokumacılık atölyesi vücuda getirmiş insanların bu yolla para kazanma yolunu açmıştır. Bu yetmemiş, 1888 yılında gülcülük ve gülyağcılık konusunda bazı bilgilere ulaşmış, bu konu onu çok ilgilendirmiştir.

tarihine yoğunlaştırmış, ölene kadar 30 yıl sadece bu konularda özveriyle çalışmıştır. Naşit Baylav 1903'te Manastır'da doğmuş, ilk ve orta öğretimini Manastır İttihat ve Terakki Mektebi ve Fransız Koleji'nde yapmıştır. Ailece İstanbul'a döndükten sonra lise eğitimini "Mercan Sultanisi"nde tamamlamış, yüksek eğitimini Tıp Fakültesine bağlı olan İstanbul Eczacılık Mektebinde yapmıştır. 1923 yılında mezun olan Naşit Baylav başarılı bir öğrenci olduğundan mektebin kadrosuna asistan olarak kabul edilmiş, 1924 yılında Müfredat-ı tıp (Farmakoloji) asistanlığına tayin olmuş, kısa bir süre de Nebatat (Botanik) asistanlığını yapmıştır. Eczacılıktaki görevine devam ederken Fen Fakültesi kimya bölümünde okumuş, 1926'da bu okulu bitirerek kimyager/eczacı unvanını almıştır. Eczacılıktaki

görevi sırasında 1933 üniversite reformu olmuş, Eczacılık Mektebi Fen Fakültesine bağlanmış, Naşit Baylav da burada farmakognozi ve toksikoloji doçenti unvanını almıştır. Eczacılık Mektebinde çalışırken açılan sınavı başararak mesleki bilgi ve görgüsünü artırmak için Devlet tarafından Almanya'ya gönderilmiş, Berlin'de çalışırken aniden patlayan 2. Dünya Savaşı tüm planları değiştirmiş ve ülkesine dönmek zorunda kalmıştır. Dönüşünde kendisini bir sorun beklemektedir. Üniversite mevzuatında değişiklik yapılmış, kısa sürede doçentlik tezi hazırlayıp savunmaya girmesi gerekmektedir. Bunu kolaylıkla yapabileceği halde protesto edip fakülte'den ayrılmayı tercih eder. 1944 yılında İstanbul Erkek Lisesi kimya öğretmenliği görevine geçer, 1952 yılına kadar bu görevde kalır.

Naşit Baylav eczacılık tarihi ve dolayısı ile ilaç tarihi ile ilgilenmeye çok genç yaşta başlamıştır. Eczacılık eğitimi sırasında merakla başladığı çalışmaları zamanla profesyonel hale gelir. Emekli olunca çok sevdiği ve önem verdiği bu tutkusunu daha rahatlıkla yerine getirebilmiştir. Eczacılık Tarihi çalışmalarını derinleştirmiş, kütüphane ve müze kurmak için canla başla çalışmıştır. Türkiye'nin ilk eczacılık müzesi olan Türk İspençiyari Tarihi Müze ve Kütüphanesi için pek çok malzeme toplamış ama mekân ve ödenek yokluğu bahane edilerek reddedilmiştir. (Bu müze, 1960 yılında Prof. Dr. Turhan Baytop tarafından açılacaktır.) Meslek örgütlenmesine çok önem vermiş, Türkiye Eczacıları Cemiyetinde ve Türk Farmakolog Birliğinde özverili çalışmalar yapmıştır. Birliğin çıkardığı Farmakolog'un sahibi, mesul müdürü ve en verimli yazarıdır. Ayrıca yazdığı pek çok kaynak kitap ve makaleyi bastıramamıştır. Dev eseri "Eczacılık Tarihi" kitabının basımı için altmışlı yaşlarının ortasında ilaç firmalarını bizzat dolaşmış ve aldığı reklamlarla ancak kitabın bir kısmını bastırabilmiştir. Buna rağmen

bu eser kendi dalında aşılamamıştır. İstanbul'un alınmasının 500. yılı dolayısı ile yazıp bastırıldığı "Fatih Sultan Mehmet devrinde tıp eserleriyle ilaçlar" kitabı çok önemli konulara ışık tutmuş, Fatih'in zehirlenmesi konusunda önemli bir ipucu vermiştir. Çok önemli bir diğer kitap olan Topkapı Sarayı ilaçlarının kaydedildiği yazma olan "Helvahane Defteri"nin peşine düşmüş, neticede Sahafklar çarşısında bularak satın almıştır. Daha sonra zamanın pek çok koleksiyoneri bu esere sahip olmak için büyük paralar teklif etseler de o satmamıştır. Bu kaynak eseri bastırmayı başaramamış, ölümünden sonra Prof. Dr. Arslan Terzioğlu tarafından bastırılmıştır. Naşit Baylav hayatı boyunca çok önemli hizmetler yapmış, eczacılık ve tıp tarihine unutulmaz eserler bırakmış, araştırmacı, arşivci ve koleksiyonerdir. Fakat birçok büyük adam gibi hayatı, değeri anlaşılmasından ve zorluklarla geçmiştir. Geçirdiği safra kesesi ameliyatı sırasında 6 Mart 1982'de Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinde vefat etmiş, Feriköy Mezarlığı'na defnedilmiştir.

Yaşlı kahramanlarımızın bir diğeri 15. yüzyıl Osmanlı hekimi İbn-i Şerîf'tir. Hayatı hakkında çok şey bilmesek de yaşlılık döneminde yazdığı Yedigâr adlı kitap Klasik Osmanlı tıbbının vazgeçilmez ana kitabı olmuştur. Kendisi hayatı ve bu kitabı yazma amacı hakkındaki bilgiyi giriş kısmında özetler. Tabip İbn-i Şerîf kendi tabiri ile Şerefüddin veya Ali Çelebi bin Şerîf et tabip, gençliğinin ilk günlerinden itibaren yaşlılık dönemlerine kadar tıpla meşgul olmuş, tıp eğitimini tecrübeli tıp ustalarından almıştır. Arapça ve Farsça yazılan önemli tıp eserlerini bu ustalardan öğrenerek teorik eğitimini tamamlamış, pratik eğitimini de hasta başında önemli hekimlerle yapmıştır. İbn-i Şerîf uzun yıllar hekim olarak çalışmış, tıp alanında "tetkik ve tecrübe"sini de artırmıştır. Gençliğinin ilk dönemlerinden yaşlılık dönemine kadar tıpla meşgul olduğunu ve zamanın muteber tıp kitaplarından faydalandığını ancak olgun çağında "Yedigâr"ı yazmaya teşebbüs ettiğini bildirir. İbn-i Şerîf bir tıp kitabının yazılışını bir inci avcısının çalışmasına benzetir. İnci avcısı nasıl defalarca denize dalar, midye çıkarır ve bunların çok azında inciyi bulursa bir hekim de ömründe pek çok kitap okur, bilgi toplar ama bunların çok azı işe yarar. Bir hekimin ömrü işe yarayan bu tedavileri biriktirmekle geçer ve bu bilgileri ancak saç baş ağarmış bir yaşlı olduğunda değerlendirip yazar. Bu bilgiler zamanın diğer Osmanlı hekimleri için de geçerlidir. Yedigâr, tabip İbn-i Şerîf'in 15. yüzyılda yazdığı değerli bir tıp kitabıdır. Bu kitap Osmanlı Devletinin ilk dönemlerinde, büyük bir ihtimalle 1425'li yıllarda yazılmıştır. Kendisi bu eseri Timurtaş oğlu Umur Bey adına hazırlamış ve takdim etmiştir. Umur Bey Osmanlı Sultanı I. Mehmet ve II. Murad'ın yanından yer

almış, hizmet vermiş ve onlarla beraber önemli savaşlarda görev yapmış bir Osmanlı Paşası (Beylerbeyi)'dir. Umur Bey Bursa'da paşa olarak görev yaptığı sekiz yıllık dönemde (1421-1428) ilme de çok önem vermiş ve bu kısa dönemde bile -bizim tespitimize göre- sadece tıpla ilgili olan beş kitabın yazılmasını teşvik etmiştir ki bunlardan biri de *Yadigâr*'dır. İbn-i Şerîf'in Türkçe olarak yazdığı bu eser, herkesin faydalanması için hazırlanmış klasik bir tıp eseridir. Yaşadığı dönemde pek çok yerde tabip bulunmadığından tabip olmayanların da anlayacağı ve faydalanacağı tıp kitaplarına ihtiyaç vardır. Bu sebeple kendisi "Sağlığı saklamak ve hastalıkları defetmek" amacı ile barış zamanlarında olduğu kadar savaş zamanlarında da faydalanılacak olan bu tıp kitabını hazırlamıştır. İbn-i Şerîf böyle bir eseri yazmaktaki tek amacını kitabının girişinde birçok defa belirtmiştir. Amacı "Müslümanların sağlığına hizmet ederek Allah'tan rahmet ve halktan hayır dua almak"tır. Bu kitap onun zamanında da daha sonra da çok okunan, çok aranan bir tıp kitabı olmuştur. Bu güne kadar kalan pek çok nüshasının varlığı, daha sonra yazılan tıp kitaplarında devamlı zikredilmesi ve "Süleymaniye Tıp Medresesi"nde de kullanılan ana kitaplardan olması bize bunu göstermektedir.

Yaşlı Kahramanlarımızın sonuncusu Isparta'da gülcülüğü başlatan dolayısıyla gülyağının dünyada aromaterapide kullanımını kolaylaştıran İsmail Efendi'dir. İsmail Efendi tam bir yaşlı kahramandır. 60 yaşlarında fakir Isparta köylüsüne kazanç kapısı olacak gülcülüğe başlamış, geliştirmiş ve elde edilen gülyağları için Avrupa pazarlarını açmıştır. 70'li yaşlarında Avrupa'da toplanan sanayi fuarlarına katılmış, büyük bir özveriyle Türk gülyağını tanıtmıştır. Bu çabaların sonunda Isparta bugün dünyada en büyük gül, gülyağı üreticisi olup dünya pazarını yönlendirmektedir. İsmail Efendi, Isparta'nın Yalvaç kazası eşrafından Meydan Beyoğlu Mehmet İzzet Efendi'nin oğludur. 1840 tarihinde Isparta'da doğmuş, 1915 yılında ölene kadar bütün hayatı bu şehirde geçmiştir. Onun zamanında önemli bir eğitim olan "medrese" eğitimi tamamlamıştır. İsmail Efendi genç yaşlarından itibaren çevresindeki fakir insanlara nasıl faydalı olabileceğini düşünmüştür. Önce bez dokumacılığını öğrenmiş ve öğretmiştir. Tezgâhlar yaptırarak büyük bir dokumacılık atölyesi vücuda getirmiş insanların bu yolla para kazanma yolunu açmıştır. Bu yetmemiş, 1888 yılında gülcülük ve gülyağcılık konusunda bazı bilgilere ulaşmış, bu konu onu çok ilgilendirmiştir. Denizli civarından gül fidanları getirmiş ve kısa zamanda 30 dönüm kadar gül bahçesine sahip olmuş, büyük bir gülhane kurdurmuş fakat bunlardan gülyağı çıkarmayı başaramamıştır.

Profesyonel bir gülyağı ustasını getirtmiş ve ancak 1892 yılında gülyağı çıkarmaya muvaffak olmuştur. Çok tuhaftır ki onun düşüncesini hayal ürünü, çabalarını delilik olarak düşünenler kısa sürede topraklarına gül dikmiş ve İsmail Efendi'yi yakından izlemişlerdir.

Bundan sonra İsmail Efendi için bir başka mücadele dönemi başlayacaktır. O da elde ettiği gülyağlarını satmak, Isparta gülyağını yerli ve yabancı piyasalara tanıtmaktır. O tarihlerde Osmanlı Devleti gülcülüğü teşvik etmekte ve bu işle zamanın Tarım Bakanlığı yani "Orman ve Maadin ve Ziraat Nezareti" ilgilenmektedir. İsmail Efendi bu bakanlığa gitmenin ve kendi ürününü tanıtmanın en doğru yol olacağını düşünür. İstanbul'daki Ziraat Nezaretine gider. Çok zor da olsa Nazır Selim Melheme ile görüşmek fırsatını yakalar. Beraberinde götürdüğü gülyağı ürününün kimyasal tahlilini yaptırır ve bu yağların yüksek kalitede ve Bulgar gülyağları kadar kaliteli olduğunu ispat eder. İsmail Efendi'nin bu kişisel çabası devletin ileri gelenleri tarafından takdir edilmiş ve neticede Padişah tarafından "Üçüncü derece Mecidi Nişanı" ile ödüllendirilmiştir. Nişan yanında verilen "para ödülü"nü kabul etmediğinden daha sonra kendisine kıymetli bir imbiğe hediye edilmiştir. Ziraat Nezareti tarafından kabul edilmiş olması gülyağlarının yurt dışına satılması yolunu açmıştır.

İsmail Efendi artık bu işe dört elle sarılacaktır. Ispartalılar gülcülüğün önemine inanmışlar ve hızla bu işe girmişlerdir. Isparta'da hızla çoğalan gülcülük ve elde edilen gülyağının satışı sorunları bitmek bilmez. İsmail Efendi bu konuda da kolları sıvar ve Avrupa pazarlarına bu kaliteli gülyağlarını tanıtmak için açılan fuarlara gider. Kendisi bu amaçla geç yaşına rağmen birkaç defa Avrupa'ya gidip Isparta gülyağını tanıtır ve "pazar" bulmaya çalışır. Yetmiş beş yıllık hayatı boyunca servet ve mesaisini hayırlı teşebbüslere hasreden İsmail Efendi 1915 yılının Mayıs'ında tam gül mevsiminde Isparta'daki evinde gözlerini hayata kapatır. Öleceğini üç gün önce hissederek mezarının kendi bahçesine yaptırılmasını vasiyet etmiştir.

Kaynaklar

Ayten Altıntaş, Ahmet Aciduman, Berna Arda, "Feridun Nafiz Uzluk Toplu Makaleler" 4 Kitap, Tıp Tarihi, Türk Tarih Kurumu, Ankara 2017.

Ayten Altıntaş, Gül, Gülsuyu, Tarihte, Tedavide ve Gelenekteki Yeri, İstanbul Nisan 2009,

Ayten Altıntaş, "Isparta'daki Gülcülük- İsmail Efendi'nin Ölümünün 100. Yılı Dolayısıyla", Tıp ve Kültür Tarihi Araştırmaları, Sayı 18. 2017, Sayfa 331-343.

Ayten Altıntaş, "Feridun Nafiz Uzluk ve Mustafa Behçet Efendi", X. Milli Mevlana Kongresi Tebliğler, Prof. Dr. Feridun Nafiz Uzluk Armağanı, 2-3 Mayıs 2002 Konya, sayfa 55-64, Bölüm 7 "Isparta'da Gülcülük."



İbn-i Şerif

İnci avcısı nasıl defalarca denize dalar, midye çıkarır ve bunların çok azında inciyi bulursa bir hekim de ömründe pek çok kitap okur, bilgi toplar ama bunların çok azı işe yarar. Bir hekimin ömrü işe yarayan bu tedavileri biriktirmekle geçer ve bu bilgileri ancak saçı başı ağarmış bir yaşlı olduğunda değerlendirip yazar. *Yâdigâr*, tabip İbn-i Şerîf'in 15. yüzyılda yazdığı değerli bir tıp kitabıdır.

Feridun Nafiz Uzluk, Ankara Tıp Tarihi Enstitüsü Çalışmaları ve yayınlanmamış Kitapların, Monografi, Ankara 1971.

İbn-i Şerif *Yadigâr* Topkapı Sarayı nüshası Revan no.1648, Mukaddimedede.

Naşit Baylav, Ayten Altıntaş, "İbn-i Şerîf'in *Yadigarı* Hakkında", *Yadigâr*, 15. Yüzyıl Türkçe Tıp Kitabı Sayfa 11-31, İstanbul 2003.

Turhan Baytop, "Naşit Baylav", *Türk Eczacılık Tarihi*. İstanbul Üniversitesi yayınları İstanbul 1985, sayfa 403.

Z. Özyayın, *Türk Tıp Tarihi Bibliyografyası*, İstanbul 2012, sayfa 203.

Ziyaver Şencan, "Eczacılık ve tıp Tarihçisi Naşit Baylav İstanbul Üniversitesi Yüzünden gözleri açık öldü", *Milliyet Blog*, 23 Ekim 2011.

Türküler ve yaşlılık

Prof. Dr. Hanefi Özbek



1965'te Sivas'ta doğdu. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi (1991). Van Kapalı Cezaevi'ne tabip olarak atandı (1991). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık-Kültür ve Spor Dairesi Başkanlığı tabip kadrosuna naklen geçti (1993). Van Türk Musikî Derneği'ni kurdu (1993). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Müzik Eğitimi Bölümü'nün kuruluşunda görev aldı (1994). Farmakoloji ve toksikoloji doktorasının ardından (1998) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde göreve başladı (1998). Sağlık Bakanlığı'na İlaç 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 Özbek, evlidir ve iki çocuk babasıdır.



Yaşlılık, bir kazaya veya belaya uğramadan ömrünü tamamlayabilen her canlının uğrayacağı bir liman olarak zihnimde yer buluyor. Ölümü tatmadan önce bu limana uğrayabilmek, süre itibarıyla en azından beklenen bir ömür sürüldüğünü göstermesi bakımından sevindirici olabilir. Bu ömrü kaliteli bir şekilde değerlendirebilmiş olmak ise yaşlılıkta tatlı bir avuntu olsa gerek.

İnsanlarımız yaşamın her alanını olduğu gibi yaşlılığı da bir sanat ve kültür teması olarak ele almayı bilmiş, bu konuda özgün eserler vermiştir. Sözü uzatmadan bu yazıda türkülerimizden yaşlılıkla ilgili bir demet hazırlayıp sizlere sunmayı amaçladım.



İnsanın çocukluk çağlarından başlayıp yaşlı haline gelene kadar olan serencamını en iyi anlatan eserlerden biri benim için Celal Güzelses üstadın aşağıdaki eseridir. Dinlemek isteyenler için hem üstadın hem de İbrahim Tatlıses'in icrasını bulabileceğiniz iki ayrı internet bağlantısını kaynaklar kısmında verdim (1, 2).

Bir güzel ki on yaşına girince
Gonca güldür henüz açılır
On birinde gonca diye koklarlar
On ikide elma deyip saklarlar
On üçünde cevri cefa çekerler
On dördünde hamre şekere benzer

On beşinde güzelliğin çağıdır
On altıda gören aklın dağıdır
On yedide göğsü cennet bağıdır
Uzanır kameti selviye benzer

On sekizde hem artırır zararını
On dokuzda terk eylemiş arını
Yirmisinde gözetir şikarını
Zincirinden kopmuş aslana benzer

Yirmi beşte bıyıkları burulur
Otuzunda akan sular durulur
Otuz beşte hep günahlara sorulur
Yalana karışmış irfana benzer

Kırk yaşında gazel dökülür bağlar
Kırk beşinde günahlarına ağlar
Ellisinde insanlara bel bağlar
Dağ başına çökmüş dumana benzer

Elli beşte sızı iner dizine
Altmışında duman çöker gözüne
Altmış beşte hiç bakılmaz yüzüne
Ahireti görmüş Sübhan'a benzer

Altmış beşten sonra beller bükülür
Bütün damarlardan kanlar çekilir
Gel gel diye toprak çağırır
Geldi geçti şimdi yalana benzer

Celal Güzelses

Toplumumuz insana yaşına göre hitap etmeyi sever. Örneğin gençlere "delikanlı" derler ve bu hitap kime yapılsa hoşuna gider. Ancak orta yaşlara gelindiğinde, özellikle kırsal kesimde insanlar tanımadığı kişiye "emmi", "dayı" şeklinde hitap etmektedir. Tanımadığım bir kişinin bana ilk kez "dayı" şeklinde hitap etmesini hâlâ unutamam, çünkü çok ağırırma gitmişti. Herhalde bir tek benim değil Karacaoğlan'ın da ağırırma gitmiş olacak ki bu büyük ozanımız "emmi" hitabı için bakın neler söylemiş (3):

Değirmenden geldim beygirim yüklü
Şu kızı görenin del'olur aklı
On beş yaşında kırk beş belikli
Bir kız bana emmi dedi neyleyim

Birem birem toplayayım odunu
Bilem dedim bilemedim adını

Albistan yanaklı Türkmen kadını
Bir kız bana emmi dedi neyleyim

Bizim ilde urum olur uc olur
Sızılaşır bozkurtları aç olur
Bir yigide emmi demek güç olur
Bir kız bana emmi dedi neyleyim

Karac'oğlan der ki n'olup n'olayım
Akan sularınan ben de geleyim
Sakal seni makkabınan yolayım
Bir kız bana emmi dedi neyleyim

Karacaoğlan

Yaşlılıkla ilgili çok sayıda şiir ve türkü bulmak mümkün, bunların tümünü buraya almak ise mümkün değil. Ancak yaşlılık ve sonunda gelecek olan ölümle ilgili yalnız benim değil hemen herkesin ibretle dinlediği bir Musa Eroğlu türküsünü paylaşarak yazıyı sonlandırmak istiyorum (4). Tüm okuyuculara kaliteli bir ömür ve kaliteli bir yaşlılık temenni ediyorum.

Bana ne bahardan yazdan
Bana ne borandan kardan
Aşağıdan yukarıdan
Yolun sonu görünüyör

Azrail'in gelir kendi
Ne ağa der ne efendi
Sayılı günler tükendi
Yolun sonu görünüyör

Geçtim dünya üzerinden
Ömür bir nefes derinden
Bak feleğin çemberinden
Yolun sonu görünüyör

Bu dünyanın direği yok
Merhameti yüreği yok
Kılavuzun gereği yok
Yolun sonu görünüyör

Musa Eroğlu

Kaynaklar

1) Yaş destanı (Celal Güzelses'in icrası) <https://www.youtube.com/watch?v=xrYVggxyti4>

2) Yaş destanı (İbrahim Tatlıses'in icrası) <https://www.youtube.com/watch?v=L8bJOzISRWs>

3) <https://www.antoloji.com/bir-kiz-bana-emmi-dedi-siiri/>

4) <https://www.youtube.com/watch?v=v8g1CH4E3DA>

Hassani: 1001 icat projesi, 1001 gece masallarının panzehiri oldu

Ömer Çakkal

rak kökenli İngiliz akademisyen Prof. Dr. Salim Al Hassani, Londra'da bulunan Bilim Teknoloji ve Medeniyet Kurumunun başkanlığını yürütüyor. Ortaçağ'da bilimsel çalışmaların anlatıldığı sergi, kitap ve filmde oluşan "1001 İcat: İslam Medeniyetinin Kalıcı Mirası" isimli projenin yürütücüsü olan Prof. Hassani, geçtiğimiz haftalarda

Medipol Üniversitesinde bir konferans verdi. Hassani, yarım asrı aşkın süredir arkadaşı olan Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Talip Alp'in davetiyle geldiği Medipol'de bilim tarihine ilişkin görüşlerini paylaştı. Konferansın ardından Prof. Alp ile birlikte röportaj yaptığımız Prof. Hassani, bilimin sadece Batı medeniyetinin çabalarıyla oluştuğuna

dair dünyadaki genel algının hatalı olduğunu kaydetti. Bildiğimiz Rönesans'tan önce Avrupalıların bizzat kendilerinin Birinci Rönesans dedikleri 11. ve 12. asrı hatırlatan Hassani, bir dönem Batı'daki bazı okulların Müslümanların "mektepe" sistemini takip ettiğini anlattı. Hassani'nin Osmanlı tarihine ilişkin algımıza yönelik eleştirileri de var.



Prof. Hassani ve Prof. Alp birlikte

**“Cumhurbaşkanı Erdoğan,
Tony Blair’i bekletip
bizim sergiye geldi”**

**İzinizle şuradan başlamak istiyorum.
1001 rakamı neden? 1001 gece masal-
larından mı esinlendiniz?**

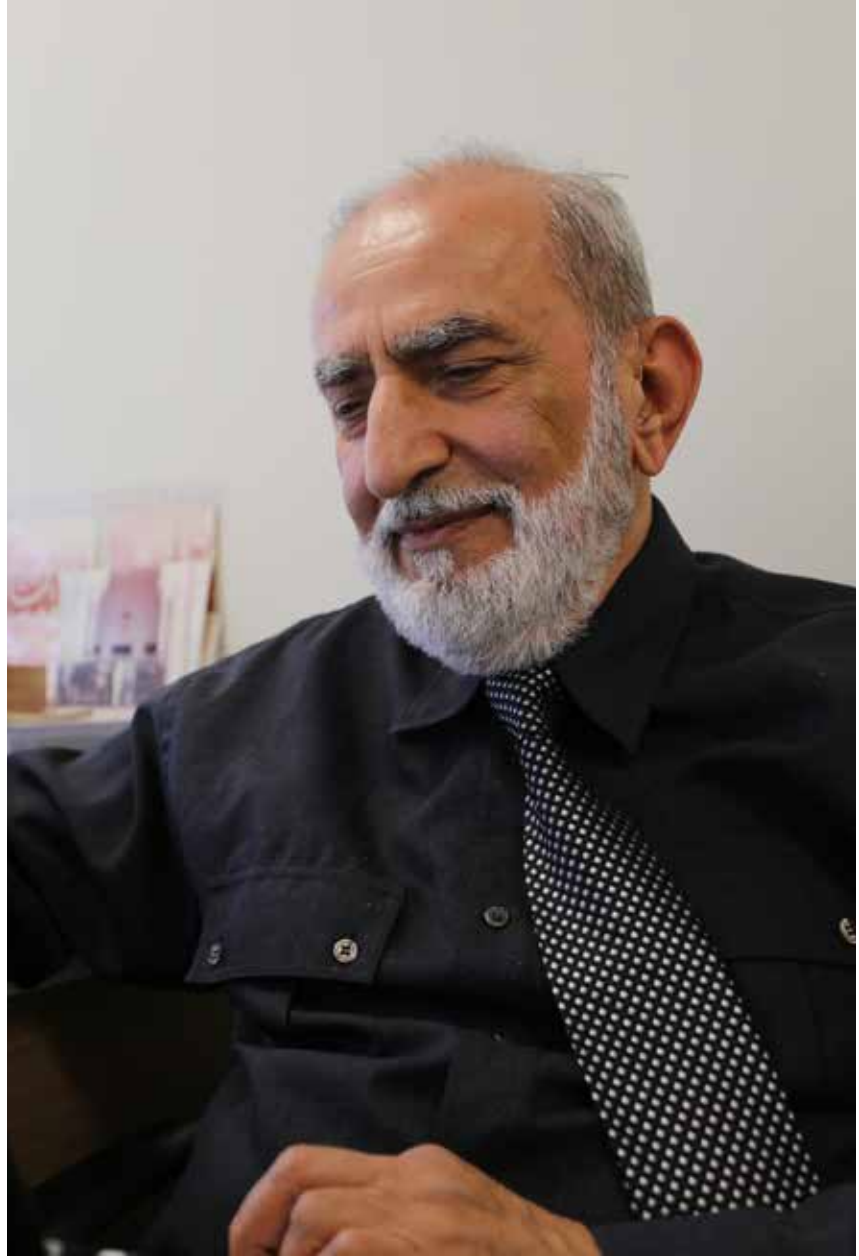
Anlatayım. Batılılar, 1001 gece masal-
larıyla düşünürler. Şehzade Sinbad’tan
bahsederler, Alâeddin’in lambası vardır.
Biz 1001 icat ifadesini 1001 gece
ifadesine karşı adeta panzehir olarak
kullandık. Şimdi onlar İslam medeniyeti
deyince sadece 1001 gece hikâyelerini
bilirler. Batılılar sizin gibi bir Müslümana
baktıkları zaman akıllarında canlanan
şey 1001 gece hikâyeleri. Biz bunu
değiştirmek istedik.

**Sergiyi oluştururken hangi zorluklarla
karşılaştınız? Kaç kişilik bir ekiple
çalıştınız?**

Çok zor bir soru. Bir günde olmadı
bu. Fikir olarak doğdu, yavaş yavaş
büyüdü. Pek çok insanın katkısı oldu.
Tabii ki hayli sıkıntılarla da karşılaşıldı.
Öncelikle İslam medeniyetini anlatan
bir <http://www.muslimheritage.com/>
web sayfasını açtık ve pek çok insan
orada yazmaya başladı. Sonra oraya
yazılanlardan devşirdik, seçtik ve sergiye
malzeme topladık. Çünkü sonuçta bize
aitti. Başka yerden alacak olsaydık telif
hakkı problemleri çıkabilirdi. Ardından
da bir kitap vücuda getirdik. Sonra da
sergi ortaya çıktı. İlk sergi, 2006 yılında,
Manchester’da bir müzede açıldı. Çok
da ilgi topladı. Londra’da sergi açıldığı
zaman o sergiye o zaman Başbakan
olan Cumhurbaşkanımız da muttali oldu.

**Ben de onu sormak istiyordum.
Cumhurbaşkanı Erdoğan’ın, İngiltere
Başbakanı’nı bekleterek sizinle görüş-
mesi nasıl oldu? Neler gördünüz?**

Başbakan Erdoğan o zaman İngiltere
Başbakanı ile görüşmek üzere resmi bir
ziyaret için Londra’daydı. Down Street
diye bir adreste kalıyordu Başbakan.
Oraya giderken biri 1001 icat sergisin-
den kendisini haberdar ediyor, “Salim
Hassani burada” diyor. O da yolunu
değiştirip sergiye geliyor. Orada aynı
yıl bir konferans vardı. Erdoğan kısa bir
ziyaret olacağını düşünmüştü sanırım
ama epey bir vaktini aldı bu ziyaret. İngiliz
Başbakanı sormaya başladı. “Nerede
kaldılar, acaba bir şey mi oldu?” diye. Er-
doğan, “Bu sergiyi İstanbul’da istiyorum
ve Ramazan’a yetişsin” dedi. Vakit çok
kısaydı, üstelik New York’a söz verilmişti.
“Hepsini iptal et ve Türkiye’ye gel, ikinci
durak Türkiye olsun” dedi. Böylece New
York programı ertelendi, 2010 yılında
Ramazan’dan önce Türkiye’ye gelindi
ve çalışmalar başladı. O tarihlerde sergi
için uygun bir yer bulunamadı. İstanbul



Büyükşehir Belediyesi’yle de anlaşma
yapılarak Sultanahmet Meydanı’nda
yapılmasına karar verildi. Hangar tipi
büyük bir çadır kuruldu. Su, elektrik
gibi gerekli her türlü altyapı hizmetleri
getirildi. Büyükçe bir projeydi ama
başarıldı. Serginin açılış günü bu kitabın
Türkçe tercümesini matbaadan teslim
aldık. Sergi münasebetiyle gelenlere
takdim ettik.

Başka nereleri gezdi sergi?

Türkiye’den sonra New York’a gittik.
O tarihlerde bu sergi Müslümanlara
hitap etmiyordu. Daha çok Avrupa’da,
Amerika’daki insanlara hitap ediyordu.
Bunu gören buradaki gençlerimiz
gözyaşlarına boğuldular, “Neden bilmi-
yoruz biz bunları?” dediler. İstanbul’daki
sergimiz Ramazan ayı içerisinde 450 bin
kişi ziyaret etti. Ramazan olduğu için 24
saat açıktı. Sahura gelenler, namaza
gelenler sürekli ziyaret edebiliyordu.
Gündüz turistler, geceleri de teravihe
gelen Müslümanlar ziyaret ediyordu.
Tabi bir husus daha var; sergi deyince
insanlar daha çok resim, poster gibi
şeyler arıyor. Bizim sergimiz öyle değil.
Filmler, makineler, oyunlar var. Meşhur
oyuncular Ben Kingsley ve merhum
Ömer Şerif’le filmler yaptık.

“Şu bir gerçek ki bugünkü
bildiğimiz Rönesans’tan
önce Avrupalıların
kendilerinin Birinci
Rönesans dedikleri 11.
ve 12. asır var. Bu dönem
tamamen İslam bilim
adamlarının ürettikleri
eserleri Latinceye ve
diğer Avrupa dillerine
tercüme ile geçti. Bir de
oradan gelip de İslam
ekollerinde okuyanlar, kitap
değiştirenler, alıp götürülenler
olmuştur. Hatta bazı klanlar
özel adamlar göndermiş;
Şam’a, Bağdat’a, Endülüs’e,
Kahire’ye gelip bilgi
toplamaşlar.”



El Cezeri'nin filli su saati

“Abbasi halifesi Memun, ne kadar âlim varsa topluyor, onları finanse ediyor. Maddi destek çok önemli. Bizzat halife bu işlere ilgi gösteriyor. Mesela Mısır'a gitmiş halife, bakmış burada Piramitler var. Hiyeroglif yazıları göstermişler, onlara demiş ki “Bu hiyeroglif yazıların okunmasını istiyorum, üzerinde çalışın. O zamanki insanların bizlere bir mesajı olsa gerek.” Babası Harun Reşit de aynı kafadaydı. İslam medeniyeti Bağdat'tan memba buldu. Abbasi halifeleri bilimsel araştırmaya parayı döktü ve bilim patladı. Para yoksa araştırma da yok!”

Yine 1001 icatla mı ilgili?

Evet. Ömer Şerif'le önceleri Hristiyan'dı. Faten Hamama isimli Mısırlı bir aktrise aşık oldu. Onunla evlenebilmek için onun aşkıyla Müslüman oldu. Velakin Hristiyan'ken edindiği huyları Müslüman olduktan sonra da değiştirmede. Çok meşhur bir aktör oldu. Sonraları Faten Hamama ile boşandılar. Ancak kalbinden onu silemedi. Önce Ben Kingsley ile film yaptık. Ardından ona eşdeğer birini bulup onunla çalışmak istedik. Morgan Freeman'la konuştuk. Ama çok para istedi. Küçük bir mülakat için çok paralar istiyorlar. Oğlum Ahmet'in eşi Ömer Şerif'i bir yerlerden tanıyor. Onun vasıtasıyla Ömer Şerif'le temas kurduk. Yani sanki böyle tövbe etmek ister gibi bu projeyi kabullendi. Bir kuruş bile istemedi. Alzheimer hatasıydı. O durumda ondan bir aktörlük istemek de zordu. Film çekirken her şeyi düzgün yapabilmek adına bin kere durduk. Allah'a şükür sonuç çok iyi oldu. Filmde bir çocuğun dedesi olarak görünüyor. Okulda bu çocuğa ışık hakkında bir ödev veriliyor. Kız nasıl yapacağını bilemiyor, ağlıyor. O çocuğun dedesini oynayan Ömer Şerif geliyor ve neden ağladığını soruyor. Çocuk ödevden bahsedince karşısına oturuyor ve İbn-i Heysem'in hikâyesini anlatıyor. Çizgi film olarak hikâyesi anlatılıyor. Basra'dan Bağdat'a, Bağdat'tan Mısır'a gidiyor falan. Yaptığı deneyleri, halkla olan konuşmalarını gösteriyor. Film, www.1001inventions.com adresinden de seyredilebiliyor.

Sizden sonra bu tür ticari amaçlı sergiler çıktı. Bu taklit sergiler hakkında neler söylersiniz?

Birçok taklit sergi çıktı. Biz onlara aldırış etmedik çünkü bizim yaptığımız iş yüksek kaliteliydi. Yüksek kalite de büyük bir bütçe gerektiriyor. Bizim durumumuzda böyle bir paraya sahip olmadığımızı söylemek gerekir. Ancak bu işe inanmış yüksek kalitede ürün üreten gönüllülerimiz var. Bu kişiler para pul istemiyorlar, yaptıkları işe inanıyorlar. Ben Kingsley'in oynadığı ilk film uluslararası 125 ödülün sahibi oldu.

Proje ve sergi dünyada nasıl yankı buldu? Dünyada bilim insanların tepkileri nasıldı? Müslümanların ve Müslüman olmayanların tepkilerini ayrı ayrı anlatabilir misiniz?

Pek çok entelektüel ve hatırı sayılır, saygın Avrupalı bilim adamları takdirle karşıladılar. İngiltere Kraliyet ailesinden Prens Charles, yine İngiltere bilim müzesinin genel müdürü Rowland Jackson çok iyi karşıladı ve zaten bir sergi de orada açıldı. İyi karşılanmasının çok önemli bir sebebi de var: Biz bunu siyasi ve dini olamayan,

tamamen medeniyet ve kültüre dayalı, gerçeklere dayalı bir proje olarak takdim ettik ve bu yönü çok beğenildi.

Peki Batı medyasında yer buldu mu?

Evet, tabii. Elbette buna karşı çıkanlar da oldu. İnanmak istemeyenler, bunun kredisini düşürmek isteyenler de oldu.

Neden böyle yaptılar?

Şimdi buna inanmak istemeyenler “Bu söyledikleriniz doğru değil” diyerek kestirip atıyorlar. Bunlar Müslümanları Kızıldeliler gibi geri kalmış bir toplum olarak görmek isteyenler. Bunlar gerçekleri bilmeyenler değil ama Müslümanlara biçtikleri kaftan bu. Değiştirmek taraftarı değiller, adeta propaganda yapıyorlar. Biz bunu yaparken de çoğunlukla gayri Müslümlere görevler veriyoruz. Onlar takdim ediyor, onlar konuşuyor, birtakım çalışmaları gayrimüslimler yapıyor. İslam medeniyetinde de bunun karşılığı var.

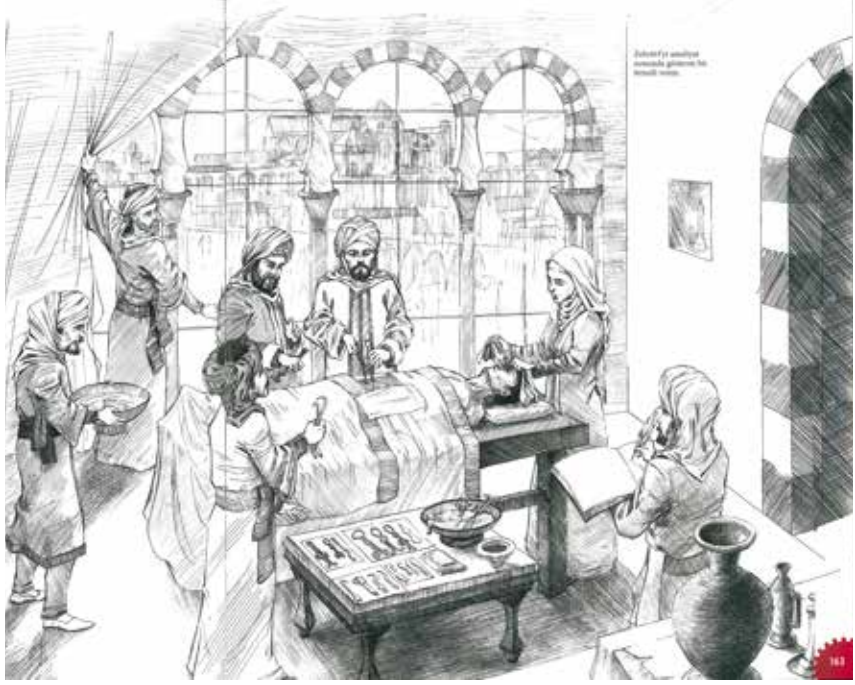
Aydınları ve medyayı bir kenara koyalım. Batılı, sıradan insanların sergiye ilgisini öğrenmek istiyorum asıl. Dünyada medeniyet dediğimiz şey Roma'yla başlamış, Yunan'la devam etmiş Rönesans'la zirveye ulaşmış bir şey olarak bilen Batılı sıradan insanlar bu sergiyi gördüğünde ne tepki verdiler?

Çok şaşırıyorlar. Önümüzdeki hafta ABD Michigan'da bir sergi başlıyor. Oradaki aşırı sağcılar, Hristiyan evangelistler, Yahudiler hemen muharebe düzenine girecekler. Bu bir İslam propagandasıdır diye yaymak isteyecekler. Biz bunun böyle olmadığını gösteriyoruz, zaten bu sergilerde İslam'dan bahsetmiyoruz ki. Biz bilim adamlarının o çağda, o devirde, neler yaptıklarını gösteriyoruz. İslam kelimesini kullanmıyoruz. Ortaçağ'da bilim diyoruz. Bunun içinde Müslüman da var, gayrimüslim de var. Ha bir de bu işin müellifi olarak ben bilinen, Müslüman bir şahsiyet olduğumdan şahsıma da hücum etmek istiyorlar. Bu kitabın dördüncü baskısında bu sebeple adımları çıkardım. İsmime bakıp da bu Müslüman propagandası demesinler diye. Bunlar halktan çok basın ve bazı lobiciler. Küçük bir grup. Hatta buna karşı bir tez olarak 1001 yalan demişler. Ancak tabii büyük bir çoğunluk bunun böyle olmadığını anladı. Hatta Tony Blair bu kitapla bir fotoğraf çekti. Dedi ki “Müslümanlar böyle şeyler ortaya koysun.” David Cameron da aynı şekilde kitapla fotoğraf çekti. David Cameron Suudi Arabistan'a gittiğinde Cidde'de onu Darülhikme adlı, sadece kız öğrencileri kabul eden bir üniversiteye götürdüler. Bu kitabı ona hediye ettiler. O da bu kitapla bir fotoğraf çekti ama farkında değildi bu kitap İngiltere'de basılmış. Hillary Clinton ise Kaliforniya'daki sergimizi açan kişiydi.

“Abbasi halifeleri bilimsel araştırmaya parayı dökünce bilim patladı”

Sayın Hassani, sizce İslam bilim ve teknolojiye nasıl yön verdi? İslam'ın altın çağı dediğimiz dönem ne zaman yaşandı?

O tarihlerde zaten İspanya'da, Endülüs'te İslam devleti vardı. 1492'ye kadar oradaydı. Neredeyse 700-800 yıl kadar oradalar. Tabii Haçlı Seferleri sırasında da farkında olmadan birtakım aktarmalar oldu. Ancak şu bir gerçek ki bugünkü bildiğimiz Rönesans'tan önce Avrupalıların kendilerinin Birinci Rönesans dedikleri 11. ve 12. asır var. Bu dönem tamamen İslam bilim adamlarının ürettikleri eserleri Latinceye ve diğer Avrupa dillerine tercüme ile geçti. Bir de oradan gelip de İslam ekollerinde okuyanlar, kitap değiştirenler, alıp götürülenler olmuştur. Hatta bazı klanlar özel adamlar göndermiş; Şam'a, Bağdat'a, Endülüs'e, Kahire'ye gelip bilgi toplamışlar.



Zehravi'yi ameliyat sırasında gösteren temsili bir resim

Biraz geriye gidelim. Şunu öğrenmek istiyorum; nasıl oluyor? İslam Peygamberi geliyor. Kur'an geliyor. Önce birtakım fetihler başlıyor. Abbasi Dönemi, Emevi Dönemi, İslam yayılıyor falan. Sonra ne oluyor, bu kadar büyük bilim insanları Kur'an'a bakıp oradan mı ilham alıyorlar? İslam'ın altın çağı nasıl yaşanıyor? O süreci çok merak ediyorum.

Talip Alp: Bu sorunun cevabını ben vereyim. Ben şahsen inanıyorum ki İslam Müslümanlara büyük bir ilham vermiştir. Biruni'yi ilmi araştırmalara sevk eden şey Ali İmran suresindeki şu ayeti kelimedir: “Göklerin gece ve gündüzü takibinde akıl sahipleri için büyük ibretler vardır.” Nedir bu ibretler? Ne demek istedi? Başlangıç noktası böyle. Herkes ilhamını bir sureden, bir ayetten, bir yerden aldı. Peygamber hadislerinde ilme çok büyük önem vermiş. İlim çok büyük bir payedir yani “*Âlimin mürekkebi, kanından daha hayırlıdır*” Hadis-i Şerif'i vardır. Ancak tabii nasıl başlayacak bu? O bahsettiğiniz devirde Müslümanlar yeni yeni etnik unsurlarla tanıştılar. En önemlisi Mezopotamya'da bir birikim vardı zaten. Yunan medeniyeti zaten Sümer ve Babilere dayanarak, Mısır ve Fenikeliler vasıtasıyla almıştır alacağını. Yoksa Atina kendinden bir şey üretmemiş. O aldıklarının üzerine bina etti. Müslümanlar da daha evvelki nesilleri, mesela Greklerin efendim Hintlilerin ürettikleri bilgileri Arapçaya tercüme ettiler. İşte Bağdat'taki o Beytülhikme denen yer var ya; adeta memba orası. 825-830'larda teşekkül ediyor. Büyük bir kütüphanesi var. Abbasi halifesi Memun, ne kadar âlim varsa topluyor, onları finanse ediyor. Maddi destek çok önemli. Bizzat halife

bu işlere ilgi gösteriyor. Mesela Mısır'a gitmiş halife, bakmış burada Piramitler var. Hiyeroglif yazıları göstermişler, onlara demiş ki “Bu hiyeroglif yazıların okunmasını istiyorum, üzerinde çalışın. O zamanki insanların bizlere bir mesajı olsa gerek.” Babası Harun Reşit de aynı kafadaydı. Peş peşe birçok halife geliyor, hepsi ona pek çok destek veriyor. Bağdat o zamanlar dünyanın en büyük ve en zengin şehriydi.

“İslam medeniyeti Bağdat'tan memba buldu” desek biraz abartılı bir yorum mu olur?

Talip Alp: Doğru olur bence.

O zaman Hocama şunu sorun: İslam medeniyetinin membaında doğmak, orali olmak nasıl bir his? Bu durum onun karakterini nasıl etkiledi?

Tabii bu soru karşısında kendimi çok hüzünlü hissediyorum. Bir zamanlar dünyanın en üst seviyelerinde olan bir toplum, ihmallerle en düşük seviyesine düşebilir. Ancak bu tarihte hep olmuş. Medeniyetler yükselmiş ve çökmüş. Tarihin içinden bir toplumun nasıl ve neden yücelebileceğini öğrenmemiz lazım ve eğer yine düşerse tarihin bilgilerinden bunun sebeplerini araştırıp bulmamız lazım. Bu henüz bizim tarafımızdan aydınlatılmış değil. Ne acıdır ki İslam'ın altın çağı olan Ortaçağ'ı umumiyetle Batılılar hala araştırıyor. George Sarton “İki asır gibi kısa bir zaman içerisinde yüzlerce muhteşem isim var” diyor ve isimleri sayıyor. “Bu listeyi kat kat artırılabirim, çok isim var” diyor. “Karanlık çağ diyenlere bu cevap yeter” diyor.

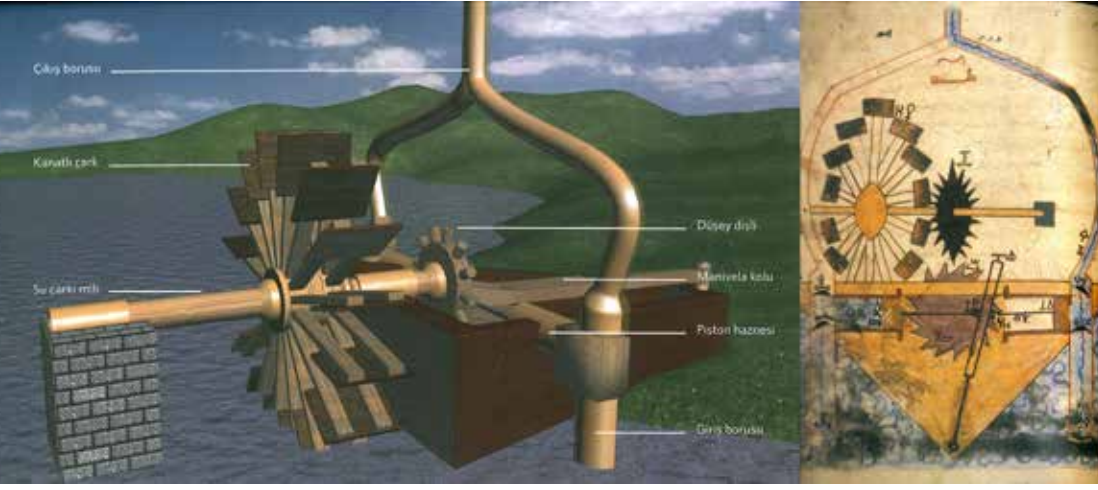
“Milyonlarca el yazması var, sadece 50 bininden istifade ediyoruz”

Avrupa'nın karanlık, İslam'ın ise aydınlık çağı olan Ortaçağ'ı Batı doğru şekilde değerlendiriyor mu? Burada bilinçli bir İslam medeniyetini yok sayma durumu söz konusu mu?

Çok değişik yorumlar var. Olaylara komplovari bir gözlükle bakanlar var. Öyle bakarsan komplo da bulursun. Fakat başka sebepler ararsan onları bulursun. Ben komplo olduğuna pek inanmıyorum. Ben şuna inanıyorum. Müslümanlar artık Allah'ın bereketini hak etmedikleri zaman bu güç ellerinden kaydı. Rönesans tabii bir netice olarak ortaya çıktı. İslam'ın büyük tecrübelerinden yararlanarak tabii ki. Bilimin sancağını onlar aldı ellerine. Şu anda Müslümanlara düşen vazife, nasıl gerilediğini değil de nasıl yükseldiğini, hangi faktörlerin yücelttiğini çözmesidir. Onun üzerine yoğunlaşmak lazım yoksa olan olmuş.

İslam medeniyetinin tıbbın gelişimine katkısı hakkında neler söylersiniz?

Bu sorunun cevabını verebilmek çok kolay değil. Belki de İslam'ın en büyük katkısı tıp sahasında olmuştur diyebiliriz. Astronomi kadar, matematik kadar tıp da önemlidir. Şimdi “1001 Şifa” adında, iki ciltlik bir kitap hazırlıyoruz. Birinci ciltte 16 bölüm var. 16 bölümün 14'ü tıbbın bir alanında Batılı biri tarafından yazıldı. Peter Pormann editörlüğünü yapıyor. Bir ciltte İslam tıbbının tarihi, diğer ciltte ise Ortaçağ'da ilaçlar ve tedavi konuları işlenecek. Bundan sonra kitaplar sergiye eşlik edecek. Mesela sergide şöyle bir in-



El Cezeri'nin pistonlu pompası

teraktif sahne düşünün. Siz ziyaretçisiniz ve orada ameliyat masasında bir hasta yatıyor. Projeksiyondan sedyeye yansıtılıyor ve acı içinde kıvrıyor. Siz teşhise kalkıyorsunuz ve nesi olduğunu merak ediyorsunuz. Birtakım düğmeler var, oradan testler yapıyorsunuz. Siz bununla uğraşırken karşınıza elektronik üç sahne çıkıyor. Üç doktor var. Bunların üçü de canlı gibi. Konsültasyon yapıldıktan sonra doğru teşhis yapılıyor. Teşhis yapıldıktan sonra üçünün de müdahalesiyle ilaç seçiliyor. Bu programın içinde binlerce soru ve cevap var. Aynen gerçek gibi sorulara cevap veriyor.

1001 Şifa Sergisi ne zaman açılacak?

Para olduğu zaman. (Gülüyor)

Talip Alp: Burada ben de bazı eklemeler yapmak istiyorum. Abbasi halifeleri bilimsel araştırmaya parayı döktü ve bilim patladı. Para yoksa araştırma da yok! Bedavaya ne yazık ki ilim yok. Şimdi bunlar bir sergi gösteriyorlar. Desteklersen çok güzel olur, bütün dünya aydınlanır. Yoksa yine insanlar Müslümanlar hakkında kötü düşünmeye devam edecek. Ama destek bulmak pek kolay değil. Geçmişte en çok Batılı kurumlardan destek alınıyordu ama şimdi onlar da parayı kesti.

Türklerin İslam medeniyetine katkısı hakkında neler söylersiniz?

Bu konuda bilgiler çok az. Çünkü bu konuları işleyen elyazmalarının bir kısmı imha edilmiş. Bir kısmına da el değmemiş. Onları araştırmak için yine sponsor lazım. Hem konulara hâkim, hem de eski lisan bilen araştırmacı insanların desteklenmesi lazım. O olmayınca karanlıkta kalıyoruz. Orada burada bölük pörçük şeyler var.

Talip Alp: Orta Asya'da Biruni, İbni Sina gibi çok büyük bilim adamları yetişti. Herkes bunlara sahip çıkar. İranlılara

sorsanız "Bunlar İranlı" derler. Türklere sorsanız "Bunlar Türk" der. Mühim değil o. Ancak o bölgeden büyük dehaların çıktığı kesin.

Asıl lokomotif neresi?

Talip Alp: Başlangıç Irak, Bağdat ve Beytülhikme. Bunda şüphe yok. Abbasilerin hakkı hiç yenmez bu konuda, lider onlar. Ancak sıçramış bu kıvılcım. Aynı anda Türkler Müslüman oluyor; Semerkant'ta, Buhara'da, şurada burada büyük adamlar çıkıyor. Biruni nerelidir? Özbekistanlıdır.

Osmanlı'nın İslam medeniyetine katkısı hakkında neler söylersiniz?

Bu konudaki bilgilerimiz, sınırlı sayıdaki incelenmiş elyazmalarına dayanıyor. Yani bilgilerimiz çok az. Kıyaslama yapmak adına size şu kadarını söyleyeyim: Bugün dünya kütüphanelerindeki elyazmalarının sayısı için 5 milyon diyorlar. 30 milyon diyene de rastladım. Şu ana kadar elden geçmiş elyazmalarının sayısı ise 50 bin. Yani deve de kulak. Eski Arapçaya vakıf olan birinin incelemesiyle başlar bu. Bunun maddi açıdan da desteklenmesi lazım.

"Süleyman'ı, Malazgirt'i biliyoruz ama Osmanlı'da matematik, tıp, teknolojiyi bilmiyoruz"

Eski Arapçanın günümüz Arapçasından farkı ne?

Uslu farklı. Şu anda destekleyen kişi kendi ilgi alanını destekliyor. Son yüz yılda yapılan çalışmaların hepsi savaşla ilgili. İkinci bir alan da İslami ilimler. İşte fıkıhtır, hadistir vs. Üçüncü sınıf da edebiyat, şiir, hikâye vs. Bizim altın çağımızda vakıflar, toplumun ihtiyaçları ne varsa; bilim, sanat, tarım vs. buralara odaklanır ve para harcardı. Osmanlı'nın son zamanında vakıflar sadece münha-

"Osmanlı'nın ve Türklerin İslam medeniyetine katkısı hakkındaki bilgilerimiz, sınırlı sayıdaki incelenmiş elyazmalarına dayanıyor. Yani bilgilerimiz çok az. Kıyaslama yapmak adına size şu kadarını söyleyeyim: Bugün dünya kütüphanelerindeki elyazmalarının sayısı için 5 milyon diyorlar. 30 milyon diyene de rastladım. Şu ana kadar elden geçmiş elyazmalarının sayısı ise 50 bin. Yani deve de kulak."

sıran camidir, tekkedir, bu türlü şeylere inhisar etti. İlme dönük bir şey ayrılmadı. Bir örnek verelim. Biruni dünyanın çapını yani ekvatoru ölçmek istedi. Onun nazari olarak yaptığı hesap tahmin ettiği sonuca benzemeyince deneyi tekrarlamak istedi. "İkinci deneyi yapamadım çünkü bunu finanse eden hayırsever ölmüştür" diye kitabında kaydediyor. Bugün böyle bir proje için zengin bir adama gidip "Bana şu kadar milyon para ver, şöyle bir deney yapacağım" dersene nasıl bir cevap alacağını bekliyorsun? Bin sene önceki düşünce yapısı bugünkünden çok farklı. 825 yılında üç kardeş var. Musa'nın oğulları deniyor onlara. Osmanlı'nın yaptığı işleri öğrenmekle değil, Osmanlı'nın yaptığı işleri unutturmakla meşgul oldular. Son asır böyle geçti. Gerçek manada Osmanlı'nın neyi yaptığı konusunda bilgimiz çok az. Maalesef menfi bir misal var. 1575'te İstanbul'da Tophane'de çok büyük bir rasathane kurulmuş ve bunu kuran da gökbilimci Takıyüddin. Asrın en büyük rasathanesiydi orası. Maalesef o günkü insanların birbirleriyle olan kavgalarından, birbirlerini kıskanmalarından sultana burayı yıktırdılar. Bazıları bunu hem sultanı kötülemek ve haşa İslam'ın böyle şeylere müsaade etmediğini söylemek için yaptılar. Süleyman'ı, Malazgirt'i, Viyana'yı biliyoruz ama Osmanlı'da matematik, tıp, teknolojiyi bilmiyoruz.

İslam medeniyeti nasıl geriledi? Tek neden Moğol istilası mı oldu?

Talip Alp: Bana göre gerilemenin en büyük nedeni, ekonomiktir. Osmanlı Devleti 1500'lerde zirveye ulaştı. Kanuni

Devri, Üçüncü Murad zamanı, 1595-1600 yıllarında zirvede. Tabii zirveden sonra aşağıya inmek var. Fakat sebep ne? O tarihlerde henüz Avrupa çok fakir, ekonomisi yok. Ancak Amerika'nın keşfinden sonra Avrupa zenginleşmeye başladı. 1452'de Endülüs'ün çöküşü, hemen sonra Amerika'nın keşfi başlıyor. Amerika'dan tonlarca altın geliyor. Platin dediğimiz metal, Güney Amerika'da keşfediliyor. Afrika'nın sömürgeleşmesiyle Avrupa zengin oluyor. Şimdi para olunca araştırmaya fon ayırabiliyorsun. Bugün Avrupa'da hala yaşayan bilimsel kurumlar var. Kraliyet bilimler akademisi falan... Hollanda'da, Almanya'da, Fransa'da temelleri atılmış. O zaman paralar oralara yağmış, bilimle ilgilenen insanlar oradan destek alarak ilerlemiş. Avrupa'daki bu ilerlemeler, bizim Takiyüddin'in rasathanesinin yıkılmasıyla aynı senelerde oluyor. 1575'te artık Avrupa tekerleği hızla dönmeye başlamış. Tycho Brahe isminde bir Danimarkalı, Avrupa'nın ilk ve en büyük rasathanesini kuruyor. Peş peşe icatlar geliyor. Teleskopun icadıyla daha manidar gözlemler yapabiliyorlar. Araştırma yapmak için para var. Osmanlı'da ise para tükenmiş. Ticaret yolları değişmeye başladı. Artık İpek Yolu'nun geçerliliği kalmamış. Deniz yollarıyla ticaret yapılmaya başlandı ve biz buna ayak uyduramadık.

İlla ki para varsa ilim var mı peki? Bugün baktığımızda Arabistan'da para çok ama ilim yok.

Çünkü altyapı yok.

Tarih boyunca o bölgede hiç olmamış değil mi? Suudi Arabistan, Kuveyt, Dubai...

Bedevilik hala devam ediyor Suudi Arabistan'da. Devletin gayretiyle Bedeviliği kaybetmeye çalışıyorlar. Ona da lüzum yok bence. Bıraksınlar herkes kendi hayatını yaşasın.

İslam medeniyeti tekrar nasıl yükselir; önce zengin mi olmamız lazım?

Talip Alp: Önce o niyeti kazanmamız lazım. Ben illa doktor olacağım dersin olursun. Sıkıntılara katlanırsın. Niyet olacak, para olacak, altyapıyı kuracaksın. Güçlü beyinler istiyoruz. İyi niyetli, çalışkan ve idealist... Bak bizim atalarımızın hiçbiri para için yapmamış bu işi. Biruni 146 tane kitap yazmış. İbni Sina 273 kitap yazmış. Para kazanmak için yapmadılar bunu. Ama sultanlardan büyük destek aldılar. Mesela Biruni, Gazneli Mahmut'tan destek aldı. İbni Sina o zaman İran'da hüküm süren bazı mahalli hükümdarlardan destek aldı. El Harezmi Orta Asyalıdır; ancak Bağdat'tan destek almıştır. Bunlar sıkıntı içinde kalmadılar. Şimdi, bilim adamı maaşını belli bir

yerden temin etmezse, çoluk çocuğunu geçindiremezse rahatlıkla bilim yapabilir mi? Öyle bir şey olmaz.

Sayın Hassani bu noktada Türkiye'ye düşen rol ne?

Benim mütevazı kanaatime göre Türkiye bu yükselişin sebebi olacak. Türkiye bu işte lider olmak zorunda.

Talip Alp: Eğer bu sözü ben söylemiş olsam milliyetçi duygularla bunu söylediğimi düşünebilirdin ama o sadece entelektüel biri. Ben de ona katılıyorum elbette. Velakin, Türkiye olarak mantalitede eksikliğimiz var. Bakın, Türkiye'nin en zenginlerinden iki işadamına gittim. Arkadaşımı tanıştırdım. "Amerika'da 25 sene çalıştı, Türkiye'ye geldi, siz desteklerseniz yerli ilaç üretecek" dedim. Biri hiç ilgilenmedi bile, konuya girmedim. Ötekinin teklif ettiği destek ise iş görecektedir kadar değildi. Maalesef Türkiye'deki Müslümanlarda parayı çoğaltma fikri var. "Banka hesabımız biraz daha artsın" düşüncesi var. Öncelikle bizde zihniyetin, önceliklerin değişmesi lazım.

İngiltere'de Türk öğrencilere olan ilginizi biliyoruz. TÜRKİYAR'ın kuruluşuna katkınız olduğunu biliyoruz. Türklere olan ilginizin nedeni ne?

Talip Alp: Onu bana soracaksın, o benim sınıf arkadaşım. Ben ondan Irak'ı öğrendim; O benden Türkleri, Anadolu'yu öğrendi. Hiç ayrılmadık, 1964'ten beri beraberiz. Her sene görüşürüz. Projelerimizde hep birbirimizi destekledik. Benimle tanışmadan önce de Türkiye'ye bir iki kere gidip gelmiş. 60'larda Beyazıt'ta sahaflara gidiyor, hiç bilmediği bir dil olan Türkçe kaynaklar topluyor. Sonraları masonluk hakkında bir kitap göstermişti bana, o konuda adeta benim gözümü açtı. Kemalizm'den bana ilk defa o bahsetti.

Emeklilikten sonra dünyayı ve İslam ülkelerini geziyorsunuz. İslam ülkelerinin durumu hakkında neler söylersiniz?

Zor bir soru. Aralarında ahenk olmayan, dağınık birimler olarak görünüyor. Yüz sene kadar önce, Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra cetvelle çizilmiş sınırlarla birbirlerinden ayrılmışlar. Biz bu gayretlerimizle hafızamızı yeniden kazanmak istiyoruz. Bu sınırlara sahip olanlar birbirleriyle kavga ediyorlar. Eskiden sınırlar bir ve beraberken emperyalizm bizi böldü ve buna inandırdı. Ortaya milliyetçiliği koydu. Bu çok acı bir hikâyedir. Ancak gene de ışıklar var her yerde. Malezya'da iyi gelişmeler var. Türkiye iyi bir misal. Singapur, Müslüman bir ülke değil ama küçük bir numune gösteriyor. Bir Müslüman kadını cumhurbaşkanı yaptılar Singapur'da. Singapur

"Avrupa'da bilimin ivme kazanmaya başladığı dönemde 1575'te İstanbul'da Tophane'de çok büyük bir rasathane kurulmuş ve bunu kuran da gökbilimci Takiyüddin. Asrın en büyük rasathanesiydi orası. Maalesef o günkü insanların birbirleriyle olan kavgalarından, birbirlerini kiskanmalarından sultana burayı yıktırdılar. Bazıları bunu hem sultanı kötülemek ve haşa İslam'ın böyle şeylere müsaade etmediğini söylemek için yaptılar. Süleyman'ı, Malazgirt'i, Viyana'yı biliyoruz ama Osmanlı'da matematik, tıp, teknolojiyi bilmiyoruz."

eğitime yatırım yapıyor. Müslüman dünyası hasta çünkü Arap dünyası hasta. Bu hastalığın sebebi bir mikrop, bir virüs. Bu virüs de Yahudilerin, Filistin Devleti'ni istemeleri. İsrail'in buradaki amacı, herkesi birbirine düşürüp parçalamak. Her ülke kendiliğinden gelişip büyür ama İsrail bunu engellemek istiyor. Araplardaki problem onların midelerinde, ishaller. Böyle bir problem olduğunda düzgün düşünemezsiniz. Arap ülkeleri stabil değil ve bu diğer Müslüman ülkeleri de etkiliyor. Bu daha önce olduğunda o zaman Allah Osmanlı'yı gönderdi ve Müslüman dünyasını o kurtardı. İşte bu yüzden eğer Türkiye akıllı bir politika izlerse geçmişteki döneme dönebiliriz.

Birinci Dünya Savaşı'ndan yüz yıl sonra, bugünlerde adeta haritalar yeniden çiziliyor. Irak'ın kuzeyinde biliyorsunuz yeni bir devlet kurulmak isteniyor. Müslüman dünyasındaki bu yeniden şekillendirme ile ilgili ne düşünüyorsunuz?

2023'e kadar bildiğiniz gibi Lozan Antlaşması aktif olacak. O zamandan sonra büyük bir değişiklik olacak. İşte Türkiye'yi o zamana ulaştırmamak için Türkiye'yle uğraşıyorlar ve onun batmasını istiyorlar. Allah bu milletin yardımcısı olsun.

Sağlıkta etki değerlendirilmesi

Ayşe Seval Palteki



2008 yılında İstanbul Üniversitesi Çevre Mühendisliği Bölümü'nden ve 2009 yılında İstanbul Üniversitesi İşletme Bölümü'nden mezun oldu. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrenimini 2013 yılında tamamladı. Aynı bölümde doktora programına devam etmektedir.

Nesiller boyu insanlık, bahşedilmiş olan doğal dengeyi bozma pahasına, çevresini kendi istekleri doğrultusunda değiştirme eğiliminde olmuştur. Bu değişimin tahribat boyutunda gerçekleşmesi geçtiğimiz yüzyılda daha da artmıştır. Aral Gölü'nün durumu da bunlardan biridir. Aral Gölü, Seyhun ve Ceyhun nehirlerinden beslenen, dünyanın en büyük dördüncü iç denizidir. Buharlaşıma düzeyi yüksek olduğu için gölün büyüklüğü değişmemektedir. 1970'lerin başında Sovyet yetkililer, pamuk yetiştirmek amacıyla, yedi milyon hektardan fazla bir alanı sulamak için her iki nehrin yönünü değiştirecek olan projeyi onaylamıştır. Nehir sularının yönünün değiştirilmesi nedeniyle Aral'a akan su, normal miktarın yüzde 10'una kadar düşmüştür. Gölün su seviyesi 19 metre azalmış ve kapladığı alan dörtte üç oranında küçülmüştür. 1990 yılında ise Aral iki ayrı göle dönüşmüştür. Su buharlaştıkça Aral'ın tuzluluk oranı yüzde 50'den fazla artmıştır. Her yıl ortalama elli gün yaşanan kum fırtınalarında, yılda 100 milyon tondan fazla tuz çevreye savrulmuş; eski göl yatağı ve suyla kaplanan civar topraklar, katı tuz bataklıklarından oluşan yeni bir çöl yaratmıştır. Göl küçüldükçe, büyük iklim değişiklikleri açıkça gözlenebilir hale gelmiştir. 1982'de balıkçılık sektörü çökmüştür. Göldeki balıkların yanı sıra, çevredeki memeli türlerinin yarısı, kuşların ise dörtte üçü tükenmiştir. Günümüzdeyse göl neredeyse tamamen kurumuştur. İçme suyuna tuz karıştığı ve pamuklara

bol miktarda suni gübre ve böcek zehri katıldığı için insan sağlığı da olumsuz etkilenmiştir. Ölüm oranı on yıl içinde on beş kat, kanser ve akciğer hastalıkları ise otuz kat artmış, bölge eski Sovyetler Birliği toprakları içerisinde en çok çocuk ölümü gerçekleşen yer haline gelmiştir. Aral Gölü'ne verilen zararın etkileri kısa süre içerisinde gözlemlenmeye başlamıştır ancak çevrenin verdiği tepkiler her zaman kısa sürede gerçekleşemebilmektedir. Örneğin ozon tabakasının incelmeye başlaması ve küresel iklim değişikliği çevreye verdiğimiz zararın uzun vadeli etkileri arasında sıralanabilmektedir. Her ikisinin de sağlığımızı üzerindeki olumsuz sonuçları gözlemlenmeye devam etmektedir. Bütün bu olumsuz etkilerin yaşanmaması amacıyla çevre üzerine dışarıdan yapılan bir müdahalenin ekosistem üzerindeki önemli etkilerinin belirlendiği ve kayıt altına alındığı bir süreç olan "Çevresel Etki Değerlendirmesi" (ÇED) ve sonrasında müdahalenin olası sağlık sonuçlarının değerlendirildiği "Sağlık Etki Değerlendirmesi" kavramları ortaya konulmuştur. Çevrenin sağlık üzerindeki etkilerinin gözlemlenmesi ilk çağlara kadar dayanmaktadır. İklimle ırk arasında nedensellik bağı kuran Hipokrat; hava, su ve mekânın (yerin) etkisinin yol açtığı toplumsal farklılıklara göre hastalıkların açıklamasını yapmıştır. 9-13. yüzyıllar arasında Kindî, Râzî, İbn-i Sina gibi bilim insanları; katı atıklar, su, toprak ve hava kirliliği ile bazı bölgelerin çevresel etki değerlendirmesi konularında çalışmalar yapmışlardır.

Sanayi devrimi sonrasında artan insani faaliyetler ve sonucundaki çevresel bozulma ile birlikte sağlık problemlerinin açığa çıkmasının gözlemlenmesi, çevreci hareketin doğmasına sebep olmuştur. Özellikle 60'lı yıllarda, Rachel Carson'ın pestisitlerin sağlık zararları ile ilgili yazdığı "Sessiz Bahar" kitabı kamuoyunda toplumsal çevre bilinci oluşması açısından ciddi bir etki yaratmıştır. Bu akımla birlikte çevresel etki değerlendirmesi gündeme gelerek, 1969 yılında ABD'de yayımlanan Ulusal Çevre Politikası Kanunu ile birlikte büyük çaplı projelerde çevre görüşü alınması zorunlu kılınmıştır. 1981'de ABD Uluslararası Kalkınma Ajansı (USAID) Ulusal Çevre Politikası Kanunu'nu (NEPA) revize etmesiyle birlikte ÇED, kalkınma yardımı projesinin bir direktifi haline gelmiştir. Bu noktadan sonra dünyanın çeşitli yerlerinde ÇED ile ilgili düzenlemeler gerçekleştirilmeye başlamıştır. Ülkemizde Çevresel Etki Değerlendirmesi Yönetmeliği 1993 yılında yürürlüğe girmiştir. Günümüzde ÇED, halen en etkin çevre yönetim aracı olarak yerini korumakta ve gün geçtikçe de bu yeri sağlamlaştırmaktadır.

Sosyal Etki Değerlendirmesi, 70'li yılların başında gündeme gelmiştir. Analiz, izleme ve planlanan müdahalenin (politika, program ya da proje) istenen ve istenmeyen sosyal sonuçlarının yönetimini kapsayan bu değerlendirme yöntemi, ülkemizde az da olsa gönüllü olarak uygulanmaktadır. Çevresel ve sosyal etki değerlendirmelerinde sağlık, yalnızca sınırlı olarak dikkate alınmıştır.

Sağlık ve kalkınmaya bütünlük yaklaşım getirme yönündeki girişimler, sağlık etki değerlendirmesini gündeme getirmiştir. 90'lı yıllarda sağlık etki değerlendirmesi, Yeni Zelanda, Avustralya ve Kanada başta olmak üzere bazı ülkelerde ayrı bir metod olarak gelişmeye başlamıştır. Almanya ve Hollanda çevresel etki değerlendirmesinde sağlık konularına değinerek, Finlandiya ve İsveç de politika konularına odaklanarak sağlık etki değerlendirmesi geliştirilmesine önemli katkılar sağlamıştır. Sağlık etki değerlendirmesinin asıl gündeme gelişi ise 1999 yılında Avrupa Konseyi'nin Amsterdam Anlaşması ile olmuştur. ÇED, ekolojik çevre üzerine dışarıdan yapılan herhangi bir müdahalenin ekosistem üzerindeki önemli etkilerinin belirlendiği ve kayıt altına alındığı bir süreçtir. ÇED, yalnızca olası etkilerin neler olabileceğini belirleyen bir saptama süreci değil, oluşacak etkilerin nasıl ve kim tarafından bertaraf edileceğini ya da en aza indirgeneceğini belirleyen, tüm paydaşların bir arada olduğu şeffaf bir karar alma mekanizmasıdır. Bu karar mekanizması, yeni proje ve gelişmelerin çevreye olabilecek sürekli veya geçici potansiyel etkilerinin sosyal sonuçlarını ve alternatif çözümlerini de içine alacak şekilde analizi ve değerlendirilmesini içermektedir. ÇED'in amacı, planlanan bir faaliyetin yol açabileceği bütün olumsuz çevresel etkilerin önceden tespit edilip, gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamaktır.

Sağlık etki değerlendirmesi ise bir politikanın, programın veya planın, toplumun sağlığı üzerindeki potansiyel etkileri ve bu etkilerin toplumdaki dağılımı olarak değerlendirilebileceği yöntem ve araçların birleşimidir. Karar vericilere bilgi verme, sağlık ve sağlık eşitliği için en faydalı olanı seçmelerini sağlama, paydaşları karara katma, farklı kurumlar arasındaki iş birliğinin teşvik edilmesinde etkili olma ve toplum ile karar vericiler arasında sağlık bilincini artırma gibi faydaları mevcuttur. Son 20 yılda sağlık etki değerlendirmesi büyümüş ve çeşitlenmiştir. Birkaç ülke, sağlık etki değerlendirmesi uygulamasını tek başına bir sistem olarak (örneğin Büyük Britanya) kurarken, diğerleri sağlık etki değerlendirilmesini mevcut çevresel ve sosyal değerlendirme çerçevelerine (örneğin Brezilya) entegre etmiştir. Ulusal düzeyde, sağlık etki değerlendirmesi ABD'de olduğu gibi devlet teşvikiyle ya da Tayland'daki gibi sağlıklı kamu politikalarının temel bir aracı olarak uygulanmaktadır. Diğer ülkelerde ise farklı düzeyde hükümet desteği ve kaynakları olan gönüllü süreçlere güvenilmektedir. Sağlık etki değerlendirmesi yanlısı olanlar, bu tip çalışmaların yaygınlaşacağını düşünmektedir. Buna karşın karar vericilerin katılımını sağlamak yeterince kolay değildir. Çünkü sağlık

etki değerlendirmesi talep edilen birçok değerlendirme yönteminden biridir. Bu nedenle, karar vericiler üzerindeki yükü azaltmanın yolları aranmalıdır. Sağlık etki değerlendirmesinde dikkate alınan konuların çoğu diğer değerlendirmeler (Çevresel Etki Değerlendirmesi, Sosyal Etki Değerlendirmesi) ile ortaktır. Bu yüzden ayrı bir sağlık etki değerlendirme yapılması yerine ÇED'in sağlık boyutunun güçlendirilmesi bugün için daha pratik bir yol olabilir. Bunun yanı sıra bazı ülkelerde gönüllü olarak uygulanan; müdahaleleri çevresel, sosyal ve sağlık etkisi yönünden değerlendiren bütünlük etki değerlendirmeleri, daha fazla konuyu daha az ayrıntıyla kapsar ancak böylesine sınırlı bir değerlendirme dahi, hiç değerlendirme yapılmamasına kıyasla daha iyidir.

Gerek ülkemizde, kapsam dahilindeki projelerde zorunlu olarak aranan ÇED raporları gerekse gönüllü olarak az da olsa tercih edilen sosyal etki değerlendirme ve sağlık etki değerlendirme yöntemleri, projenin yer seçiminden önce başladığından, oluşabilecek olumsuz sonuçların önlenmesi veya potansiyel etkilerin erken farkına varılarak alternatiflere yönelim konusunda yol gösterici olmaktadır. Etki değerlendirmeleri kullanılmaksızın yapılan projelerden kaynaklanabilecek özellikle toplum sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerin, geri dönüşü zor sonuçlar doğurabileceği düşünüldüğünde değerlendirme yöntemlerini kullanarak karar almak önem arz etmektedir. Bu nedenle sağlık etki değerlendirmesi adı altında olsun veya olmasın tüm değerlendirme yöntemlerinin sağlık etkisini dikkate alması esas olmalıdır.

Kaynaklar

- Akgül, U. (2013). *Eylem Antropolojisinin Bileşenleri Olarak ÇED ve SED*. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Antropoloji Dergisi (25), 047-064. Doi:10.1501/antro_0000000029
- Çevresel Etki Değerlendirmesi (ÇED) El Kitabı. (2009, Ocak). muh.bartın.edu.tr/Files/ihqw3rwsfdz1k4gcnccemt5zj20131031193145ihqw3rwsfdz1k4gcnccemt5zj20131031193145.pdf adresinden alındı (Erişim Tarihi: 13.12.2016)
- European Centre for Health Policy (ECHP). (1999). *Gothenburg Consensus Paper*. Brussels: European Centre for Health Policy.
- Gari, L. (2002). *Arabic Treatises on Environmental Pollution up to The End of The Thirteenth Century*. Environment and History (s. 475-488) içinde Cambridge, UK: The White Horse Press.
- Johnson, R. (2015, August). *Health Impact Assessment (HIA): An Overview*. www.uit.no/Content/430904/Rhonda%20-HIACASE2015.pdf adresinden alındı (Erişim Tarihi: 02.12.2016)
- National Research Council (US) Committee on Health Impact Assessment. (2011). *Improving Health in The United States: The Role of Health Impact Assessment*.
- Phoolcharoen, W., Sukkumnoed, D., & Kessomboon, P. (2003). *Development of Health Impact*

Sağlık etki değerlendirmesinde dikkate alınan konuların çoğu diğer değerlendirmeler ile ortaktır. Bu yüzden sağlık boyutunu yeterince incelemeyen ÇED'lerin kabul edilmemesi gibi uygulamaların daha az yük oluşturmada işe yarayabileceği düşünülmektedir. Bütünlük etki değerlendirmeleri daha fazla konuyu daha az ayrıntıyla kapsar ancak böylesine sınırlı bir değerlendirme, hiç değerlendirmemeye göre daha iyidir. Tüm faaliyetlerin amacı her zaman sağlığı dikkate almak olmalıdır.

Assessment in Thailand. Bulletin of The World Health Organization, 81(6).

Ponting, C. (2008). *Dünyanın Yeşil Tarihi Çevre ve Büyük Uygarlıkların Çöküşü*. İstanbul: Sabancı Üniversitesi.

Uğurlu, M. C. (1997). *Hipokrat*. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 50(2), s. 67-78. www.dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/36/867/11011.pdf (Erişim Tarihi: 01.03.2016)

Vanclay, F. (2003). *International Principles for Social Impact Assessment*. Impact Assessment & Project Appraisal 21(1): 5-11. (Also Available from: www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP2.pdf)

World Health Organization. (2007). *The Effectiveness of Health Impact Assessment (Scope and limitations of Supporting Decision-making in Europe)*. (M. Wismar, J. Blau, K. Ernst, & J. Figueras, Dü) Trowbridge, Wiltshire, United Kingdom: The Cromwell Press.

World Health Organization. www.who.int/bulletin/volumes/91/4/12-112318/en/ (Erişim Tarihi: 10.02.2017)

Sağlık mesleklerinde insan gücü planlaması ve üniversite kontenjanları

Doç. Dr. Zeliha Koçak Tufan



Tıp eğitimini Hacettepe ve Yüzüncü Yıl Üniversitelerinde tamamladı. 2012 yılında Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesine öğretim üyesi olarak atandı ve aynı yıl enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji doçenti unvanını aldı. Avrupa'da Leiden Üniversitesi ve Oxford Üniversitesi gibi çeşitli üniversitelerde çalışmalar yaptı. ESCMID İmplant İlişkili Enfeksiyonlar Çalışma Grubu'nun (ESCMID-ESGIAI) Yönetim Kurulu'nda yer almaktadır. 2015 yılından beri Yükseköğretim Kurulu, Genel Kurul üyesidir. Kasım 2016'da YÖK Yürütme Kurulu'na seçilen Dr. Tufan halen burada görev yapmaktadır.

Sağlık mesleklerinde insan gücü planlaması ile üniversite kontenjanları ilişkilerinin incelenmesi için önce bazı başlıklara göz atmamız gerekecek. Öncelikle; kontenjanlar ihtiyaca göre mi, talebe göre mi olmalı? Tüm dünyada yükseköğretimin, öğrencilerin kazanımları ve hayata hazırlamada yetersiz kalarak eleştirildiği, meslek icrasına izin veren diploma alanlarına yoğun talep varken diğer alanlarda talebin ülkelere göre ciddi değişiklikler gösterdiği ve üniversite gerekliliğinin sorgulandığına şahit oluyoruz.

Üniversite okumak pahalı bir süreç ve sonunda insanlar bunun karşılığını almak istiyor. Sağlık alanlarında öyle veya böyle karşılığın alındığı yolunda bir eğilim mevcut. Peki, üniversite kontenjanları için istihdam olanağı ve o alanda gerekli olan insan gücü tek başlarına birer kriter midir? Elbette ki cevap hayır olacaktır. Nitekim lisans mezunlarının bir kısmı ise farklı alanlara yönelecektir. Dolayısıyla "kişisel gelişim için üniversite" ile "meslek edinme için üniversite" kavramları karşı karşıya gelmeye devam etmektedir. Ne olursa olsun bir alanda sürekli istihdam fazlası üniversite mezunu bulunduğu planlamanın iyi yapılmadığı iddia edilecektir. Acaba gerçekten öyle midir?

Neden Üniversite?

Sağlık mesleklerinde insan gücü planlaması ve üniversite kontenjanları dendiğinde istihdam için mi üniversite,

yoksa yükseköğrenim için mi üniversite sorusu akla geliyor. Daha doğrusu üniversiteye neden gidilir? Bilgi görgü artırmak için, eğitime devam etmek için, daha kültürlü olmak için, akademisyen olmak için, merak gidermek için, yeni arkadaşlar edinmek, yeni şehirler hatta ülkeler görmek için ve tabii ki daha iyi bir iş sahibi olmak için. Listeyi uzatabiliriz, bunlardan çoğunlukla bir tanesi değil birkaçı nedendir. Hatta konu derinlemesine incelendiğinde sosyo-kültürel düzeye ve içinde bulunulan toplum beklentilerine göre de tercihlerin değişmekte olduğu tespit edilmiştir. Amerika'da üniversiteye gitme nedeni olarak çevre edinme, parti ve eğlencelere katılma, erişkin hayatı geciktirme gibi başlıklardan söz edilebilmekte ve üniversite hayatının harcanan paraya değip değmediği tartışılmaktadır. Elbette ki tüm ülkelere baktığımızda en önemli nedenlerden biri meslek edinme ve istihdam edilmedir. Nitekim geçen yıl verilerine bakıldığında ülkemizde lise mezunlarında istihdam %44'lerde iken bu oran iki yıllık yüksekokullarda %65 ve dört yıllık üniversite mezunlarında ise %74'e çıkmaktadır (TUIK verileri, Nisan-Haziran 2016).

İnsan Gücü Kapasitesinin Geliştirilmesi ve Yükseköğretim

İnsan gücü kapasitesinin geliştirilmesi, meslek liseleri ve meslek yüksekokulları dâhil hem orta öğretim hem yükseköğretimde çeşitli kademelerde gerçekleşir. Bahsedilen mezuniyet durumuna göre istihdam oranları, yükseköğretimin

günümüzde önemini daha çok öne çıkarmaktadır. Yükseköğretim sadece istihdam açısından değil, hızla gelişen dünyada daha bilinçli karar alabilme, kişisel gelişim, teknoloji üretimi, çevre değişikliklerine karşı önlem alabilme, doğal kaynakların etkili kullanımı, risk yönetimi, var olan becerilerin geliştirilmesi ve yeni beceriler elde etme açısından da önem arz etmektedir. Kalkınma, ekonomik büyüme ve toplumsal istikrar açısından insan kapasitesinin önemi göz önüne alındığında kaliteli ve etkin bir yükseköğretim vazgeçilmezdir. Ülke önceliklerine ve ihtiyaçlarına göre insan kapasitesinin artırılması gereken alanlar ve dereceleri de farklılık arz etmektedir. Yükseköğretim planlamalarının ulusal politikalarla da eşgüdümü olması gerekmektedir.

Sağlık Meslekleri

Sağlık hizmet sınıfında yer alan mesleklerle baktığımızda bazı alanların gerçekten de sağlık alanı olup olmadığı sorgulanabilir. Teorik olarak insanı ilgilendiren her alan sağlık mesleği olur mu? Elbette ki hayır. Kanunla ve yönetmelikle tanımlanmış sağlık alanlarına dâhil olmak için hâlihazırda uğraş veren alanlar vardır. Sağlık alanlarına talep gerek prestiji gerekse diğer avantajları nedeniyle hep oldu ve olmaya devam edecektir. (Tablo 1)

Sağlık Programları

Ülkemizde hâlihazırda 94 üniversitede tıp fakültesi mevcuttur. Tıp fakültelerimizin 85 tanesi aktif, yani öğrenci kabul eden

Tablo 1: Sağlık Meslekleri*

Sağlık Meslekleri	Sağlık Hizmeti İlişkili Diğer Meslek Mensupları:
<ul style="list-style-type: none"> • Tabip • Uzman tabip • Diş tabibi • Uzman diş tabibi • Eczacı • Ebe • Hemşire • Klinik psikolog • Fizyoterapist • Fizyoterapi teknikeri • Odyolog • Odyometri teknikeri • Diyetisyen • Dil ve konuşma terapisti • Podolog • Sağlık fizikçisi • Radyoterapi teknikeri • Anestezi teknisyeni/teknikeri • Tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri 	<ul style="list-style-type: none"> • Tıbbi görüntüleme teknisyeni/teknikeri • Ağız ve diş sağlığı teknikeri • Diş protez teknikeri • Tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri • Ameliyathane teknikeri • Adli tıp teknikeri • Diyaliz teknikeri • Perfüzyonist • Eczane teknikeri • İş ve uğraşı terapisti (ergoterapist) • İş ve uğraşı teknikeri (ergoterapi teknikeri) • Elektronörofizyoloji teknikeri • Mamografi teknikeri • Optisyen • Acil tıp teknikeri • Acil tıp teknisyeni • Hemşire yardımcısı • Ebe yardımcısı • Sağlık bakım teknisyeni
	<ul style="list-style-type: none"> • Psikolog • Biyolog • Çocuk gelişimcisi • Sosyal çalışmacı • Sosyal hizmet uzmanı • Sağlık eğitimcisi • Tıbbi teknolog • Sağlık idarecisi • Çevre sağlığı teknisyeni/teknikeri • Yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakımı teknikeri • Tıbbi sekreter • Biyomedikal cihaz bakım teknikeri

*22 Mayıs 2014 tarihli 29007 sayılı Resmi Gazete, Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik esas alınmıştır.

*OECD 2017 Raporu'na dayanarak hazırlanmıştır. Türkiye'nin en son verisi 2015 yılına ait olduğu için 2015 yılı rakamları kullanılmıştır.

Tablo 2: Sağlık programlarının verildiği fakülte ve yüksekokullar

Fakülte	Devlet		Vakıf		Toplam
	Eğitim veren	Faali olmayan	Eğitim veren	Faali olmayan	
Tıp Fakültesi	65	6	20	7	98
Diş Hekimliği Fakültesi	39	18	9	9	75
Eczacılık	25	5	7	2	39
Sağlık Bilimleri Fakültesi	52	7	20	7	86
Hemşirelik Fakültesi	8	0	1	0	9
Sağlık Yüksekokulu	42	4	1	1	48

tıp fakülteleridir. Tıp fakültelerimizde yaklaşık 13 bin öğretim üyesi ve 75 bin tıp öğrencisi bulunmaktadır. Ayrıca üniversitelerimize ait sağlık uygulama ve araştırma merkezleri yani üniversite hastaneleri ile Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim hastanelerindeki 3.348 eğitim biriminde toplam 22 bin uzmanlık öğrencisi uzmanlık eğitimi almaktadır.

Tıp dışı diğer sağlık programlarının eğitimlerinin verildiği fakülte ve yüksekokul sayıları ise şu şekildedir: 75 Diş Hekimliği Fakültesi, 39 Eczacılık Fakültesi, 86 Sağlık Bilimleri Fakültesi, 48 Sağlık Yüksekokulu. Diğer meslek yüksekokulu ve yüksekokullar bünyesinde de farklı sağlık programları için eğitim verilebilmektedir. Öğretim üyesi yeterliliğini sağlayan 8 "Sağlık Bilimleri Yüksekokulu", "Sağlık Bilimleri Fakültesi"ne dönüştürülmüştür.

Sağlık Programlarının Tercih Edilirliği Yüksek

Sağlık, hukuk ve mühendislik alanları istihdam oranlarının en yüksek olduğu alanlardır. Yıl itibarıyla değerlendirildiğinde geçtiğimiz yıl sağlık alanlarında istihdam oranı yaklaşık %78 oldu. Bu oran tıp, diş hekimliği gibi alanlarda çok daha yüksektir. Hal böyle olunca sağlık alanlarına da talep hep yüksek olmaktadır. Lisans ve ön lisans düzeyinde bazı sağlık meslek programlarının son iki yıldaki kontenjanları ve doluluk oranlarını gözden geçirelim.

Yabancı Uyruklu Öğrenciler

Ülkemizin çeşitli kurumları ile birlikte Yükseköğretim Kurulu ve üniversitelerimizin de gayretleriyle uluslararasılaşma yolunda önemli adımlar atıldı. Üniversitelerimiz yabancı uyruklu öğrenciler tarafından da tanınmaya ve tercih edilmeye başlandı.

Üniversiteye neden gidilir?

Bilgi görgü artırmak için, eğitime devam etmek için, daha kültürlü olmak için, akademisyen olmak için, merak gidermek için, yeni arkadaşlar edinmek, yeni şehirler hatta ülkeler görmek için ve tabii ki daha iyi bir iş sahibi olmak için. Amerika'da üniversiteye gitme nedeni olarak çevre edinme, parti ve eğlencelere katılma, erişkin hayatı geciktirme gibi başlıklardan söz edilebilmekte ve üniversite hayatının harcanan paraya değer değmediği tartışılmaktadır.

İnsan Gücü Planlamasında Değişkenler

Ülkemizde çeşitli branşlarda sağlık personeli yetersizdir. Yukarıda farklı kı-sımlarda açıklandığı üzere kontenjanların doluluk oranları da yüksek. Bundan yola çıkarak iş garantisi de düşünüldüğünde sağlıkta her türlü önlisans/lisans programlarına hem devlet hem vakıf üniversitelerimizin ilgisi yoğun. Bu konuyla ilgili olmak üzere mevcut durum ve 2023 projeksiyonuna yönelik Yükseköğretim Kurulunun, Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatının ayrı ayrı ve ortak yaptıkları çeşitli çalışmalar mevcuttur. Bunlardan bazıları şunlardır:

- Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu (2010)
- Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu (2011)
- 2023 Yılı Sağlık İşgücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi (2014)

Bunun için raporlardan sonuncusu olan ve diğerlerinden farklı olarak Sağlık Eğitiminde yıllara göre öğrenci alımına odaklanarak hazırlanan "2023 Sağlık İşgücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi"ne odaklandığımızda bazı başlıklar ön plana çıkmaktadır. Raporun metodolojisi ve 2023 projeksiyonu tartışılabilir ancak sonuçları şu şekilde özetlenebilir:



1. Öğrenci sayısı ve okul kontenjanlarının mevcut haliyle devamı durumunda 2023 yılında ihtiyaç/arz oranının 1,1'den daha fazla olacağı (arz ihtiyaç dengesizliğinin ihtiyaç yönünde %10'dan fazla olacağı) ve öğrenci kontenjanının artırılması düşünülebilecek programlar:

a. Dil ve konuşma terapistliği, klinik psikologluk, elektronörofizyoloji teknikerliği ve sağlık fizikçiliği (arz eksikliği % 30- 85)

b. Ağız ve diş sağlığı teknikerliği, ameliyathane teknikerliği ve ergoterapistlik/ergoterapi teknikerliği (arz eksikliği % 100'ün üzerinde)

2. Öğrenci sayısı ve okul kontenjanlarının mevcut haliyle devamı durumunda 2023 yılında arz/ihtiyaç oranının 1,1'den daha fazla olacağı (arz ihtiyaç dengesizliğinin arz yönünde % 10'dan fazla olacağı) ve öğrenci kontenjanının azaltılması/sınırlandırılması düşünülebilecek programlar:

a. Acil tıp teknikerliği, diş tabipliği acil tıp teknisyenliği (arz fazlalığı %20'nin altında)

b. Radyoterapi teknikerliği, eczacılık, diyaliz teknikerliği ve tıbbi görüntüleme teknisyenliği/teknikerliği (arz fazlalığı %20 ile %50 arasında)

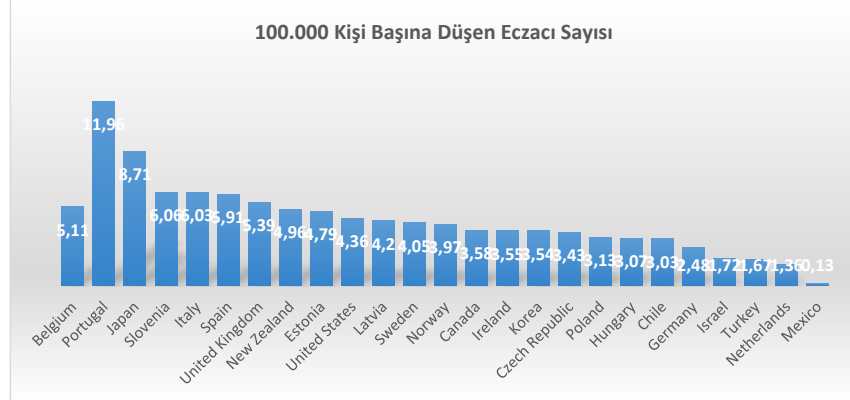
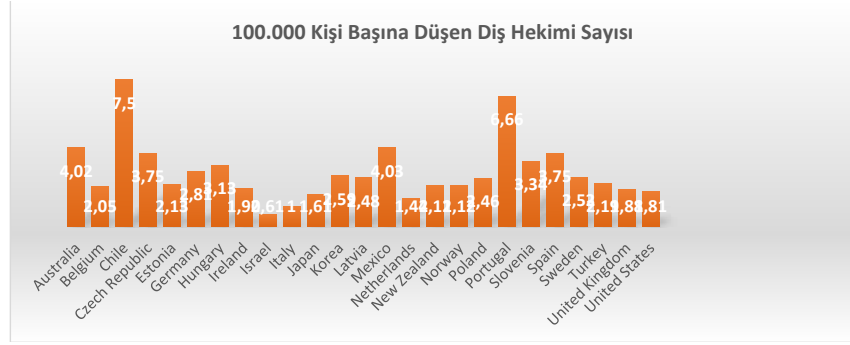
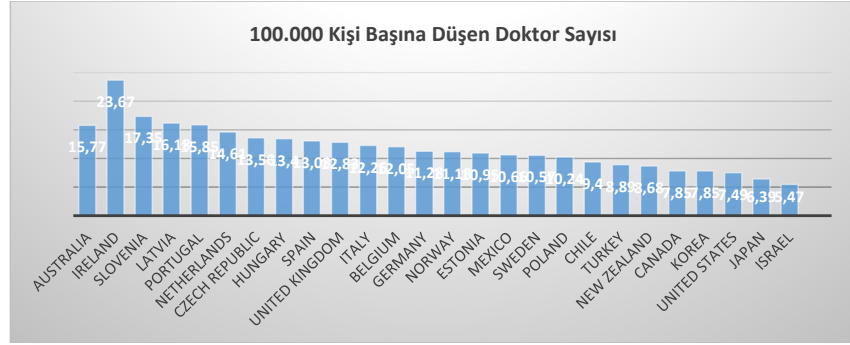
c. Laboratuvar teknisyenliği/teknikerliği, ortez-protez teknisyenliği/teknikerliği ve anestezi teknisyenliği/teknikerliği (arz fazlalığı %100'ün üzerinde). Arzın ihtiyaca göre en az 2 kat fazla olacağı bu üç meslek grubunda 2014-2015 öğretim yılından itibaren sıfır öğrenci alımı olması durumunda bile 2023 yılı arzı ihtiyaçtan fazla olmaktadır.

Tablo 3: Sağlık programlarındaki doluluk oranları

Devlet Üniversiteleri						
Program Alan	2016 ÖSYS			2017 ÖSYS		
	Kontenjan	Yerleşen	Doluluk Oranı	Kontenjan	Yerleşen	Doluluk Oranı
Tıp	10.673	10.673	100,00	11.708	11.707	99,99
Diş Hekimliği	3.239	3.238	99,97	3.610	3.609	99,97
Eczacılık	1.717	1.717	100,00	1.958	1.958	100,00
Hemşirelik	11.564	11.564	100,00	11.959	11.959	100,00
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	2.109	2.109	100,00	2.206	2.206	100,00
Ergoterapi	37	37	100,00	78	77	98,72
Ebelik	2.395	2.395	100,00	2.445	2.445	100,00
İş ve Uğraşı Terapisi	98	97	98,98	162	139	85,80
Perfüzyon Teknikleri	136	136	100,00	115	114	99,13
Podoloji	67	67	100,00	129	129	100,00

Vakıf Üniversiteleri						
Program Alan	2016 ÖSYS			2017 ÖSYS		
	Kontenjan	Yerleşen	Doluluk Oranı	Kontenjan	Yerleşen	Doluluk Oranı
Tıp	1.414	1.414	100,00	1.654	1.628	98,43
Diş Hekimliği	666	666	100,00	795	795	100,00
Eczacılık	400	400	100,00	445	445	100,00
Hemşirelik	1.894	1.723	90,97	2.017	1.878	93,11
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	1.879	1.632	86,85	2.075	1.822	87,81
Ergoterapi	311	244	78,46	275	182	66,18
Ebelik	512	347	67,77	502	502	100,00
İş ve Uğraşı Terapisi	90	34	37,78	90	18	20,00
Perfüzyon Teknikleri	770	528	68,57	712	268	37,64
Podoloji	80	55	68,75	80	30	37,50

Sağlık programlarında kontenjan talepleri belirlenirken tek bir değişken asla yeterli olmayacaktır. Kanımızca göz önünde bulundurulması gereken başlıklar şunlardır: Doluluk oranları ve öğrenci talepleri, mezuniyet sonrası istihdam olanakları, ülke ihtiyacı, farklı alanlarda insan gücü planlamaları, ilgili üniversitelerin mevcut programlarındaki alt yapı olanakları, kapasiteleri, pratik eğitim için sağlık hizmet sunumu potansiyeli, ayrıca buldukları bölgeler ve potansiyelleri, mezuniyet sonrası eğitime devam etme potansiyeli, ilgili alanda yabancı uyruklu öğrenci potansiyeli.



3. Öğrenci sayısı ve okul kontenjanlarının mevcut haliyle devamı durumunda 2023 yılında arz ve ihtiyacın dengede olacağı meslekler:

a. Diş protez teknisyenliği/teknikerliği, ebelik, eczane teknikerliği, tabiplik, hemşirelik ve tıbbi sekreterlik.

Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda arzın ihtiyaçtan fazla olacağı programlar için iki türlü yaklaşım sergilenebilir:

1. Yeni program açılmaması ve mevcut programlarda öğrenci sayısının azaltılması/artırılmadan devam ettirilmesi.

2. Yeni açılan/açılacak olan programlara izin verilmesi ancak farklı standartlara göre değerlendirilerek sınırlandırılması, toplam öğrenci kontenjanı artırılmadan öğrenci verilmesinin planlanması.

Bu iki yaklaşımdan birincisini tercih ettiğimizde üniversiteler ve yerleşik buldukları bölgeler arasında fırsat eşitliği engellenecektir. Hâlbuki yükseköğrenim görmek isteyen öğrencilerin

tercihlerini etkileyen faktörler zamanla değişebilmekte üniversitenin eski/yeni, devlet/vakıf, uzak/yakın olması, sınıfların kalabalık olması, pratik yapacakları sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinin mevcut kapasitesi tercihi etkileyebilmektedir. Bu yüzden ikinci yaklaşım daha rasyonel görünmektedir.

Sağlık Mesleklerinde İnsan Gücü Planlaması ve Üniversite Kontenjanları

Sonuç olarak sağlık programlarında kontenjan talepleri belirlenirken tek bir değişken asla yeterli olmayacaktır. Kanımızca göz önünde bulundurulması gereken başlıklar şunlardır: Doluluk oranları ve öğrenci talepleri, mezuniyet sonrası istihdam olanakları, ülke ihtiyacı, farklı alanlarda insan gücü planlamaları, ilgili üniversitelerin mevcut programlarındaki alt yapı olanakları, kapasiteleri, pratik eğitim için sağlık hizmet sunumu potansiyeli, ayrıca buldukları bölgeler ve potansiyelleri, mezuniyet sonrası eğitime devam etme potansiyeli, ilgili alanda yabancı uyruklu öğrenci potansiyeli.

Kaynaklar

Furnham A. *Why Go To University?* www.psychologytoday.com/blog/sideways-view/2014/03/why-go-university (Erişim Tarihi: 10.09.2017)

Gençlerin İş Gücü Piyasasına Geçişi Araştırma Sonuçları, II. Çeyrek: Nisan - Haziran, 2016. TÜİK Verileri. www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21865 (Erişim Tarihi: 10.09.2017)

OECD Health Statistics 2017, www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm (Erişim Tarihi: 10.09.2017)

Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm (Erişim Tarihi: 10.09.2017)

Stephens DJ. *Hacking Your Education*, www.amazon.com/Hacking-Your-Education-Lectures-Thousands/dp/0399159967/ (Erişim Tarihi: 10.09.2017)

Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu (2014)

Yükseköğretim Kurulu İstatistikleri, www.istatistik.yok.gov.tr/ (Erişim Tarihi: 10.09.2017)

İklim değişikliği, küresel ısınma ve enfeksiyon hastalıkları

Prof. Dr. Recep Öztürk



1962 yılında İkizdere'de (Rize) doğdu. Tulumpınar Köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu, Rize Lisesi, İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu (1984). Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlığını İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde yaptı. 1994'te doçent, 2000'de profesör oldu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğretim Üyeliğinden 2016'da emekli oldu. Öncelikli uğraş alanları hastane enfeksiyonları, HIV enfeksiyonu, enfeksiyöz ishaller, enfeksiyon hastalıkları laboratuvar tanısı ile yükseköğretimde ve sağlıkta kalitedir. 2009-2013'te Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Üyeliği, 2011-2015'te Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği yapan Öztürk, Hastane Enfeksiyonları, Grip ve Boğmaca Bilimsel Danışma Kurulları Üyesidir. Dr. Öztürk, halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesidir.

Prof. Dr. Zekai Şen



1947 yılında Kastamonu'da doğdu. 1971 yılında İTÜ'den mezun oldu. Su bilimleri dalındaki çalışmaları ile İngiltere'de yüksek lisans ve doktorasını tamamladı. 1975-1982 yılları arasında İTÜ İnşaat Fakültesi Hidrolik ve Su Kuvvetleri Kürsüsünde çalıştı. 1982-1992 yılları arasında Suudi Arabistan'da Kral Abdulaziz Üniversitesi Yer Bilimleri Fakültesi Hidrojeoloji Bölümünde çalıştı. 1992-2005 yılları arasında İTÜ Uçak ve Uzay Bilimleri Fakültesi Meteoroloji Mühendisliği Bölümünde görev yaptı. 2002-2005 yılları arasında Petrol Bakanlığına bağlı Saudi Geological Survey isimli araştırma kurumunda Zemzem Suyu Araştırma ve Geliştirme kısmında müsteşar unvanıyla çalıştı. 2005 yılında İTÜ İnşaat Fakültesi Hidrolik Ana Bilim Dalında çalışmalara başladı. Su Vakfı Başkanlığını da yürüten Prof. Şen, halen Medipol Üniversitesi Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesinde görev yapmaktadır. 1978 yılında TÜBİTAK Teşvik, 1993 yılında ise TÜBİTAK Bilim ödülleri alan Şen, Amerikan Biyografi Enstitüsü tarafından dünyadaki 500 bilim öncüsü arasında gösterildi.

Bu yazıda öncelikle, iklim değişikliği ve dünya ölçeğindeki etkilerinin küresel ısınma ve sera gazları etkileri açısından açıklanmasına yer verilmiştir. Yazının ikinci kısmında ise iklim değişikliğinin sebep olabileceği enfeksiyon hastalıkları, bunlara karşı korunmanın ve kontrolün ne şekilde yapılacağı konularında bilgiler sunulmuştur.

İklim Değişikliği ve Küresel Isınma

Dünya yaratılışından günümüze kadar, çeşitli iklim evrelerinden geçerek bugünkü yaşanabilir halini almıştır. Yeryüzünde insanın var olabilmesi için iklim ve onun bir parçası olan su kaynaklarının yeterince ve elverişli şartlar içinde bulunması

gereklidir. Özellikle dünya atmosferi, canlıların hayatlarını sürdürülebilmesi için değişik kimyasal bileşiklerini uygun oranlarda bir arada tutarak, bu canlılığın sürmesine meydan vermektedir. İklimin en önemli bileşenleri atmosferdeki kimyasal terkip ile bunun hareketini sağlayan güneş ışınımı enerjisi ve bu ışınımın yeryüzü ile olan etkileşimleridir. Bunlar arasında troposferdeki su buharı yani nemliliğin, karbondioksit (CO2) ve metan (CH4) gazlarının çok düşük yüzdelerde bulunmasına karşılık, canlıların hayatında oynadıkları rol, oksijen (O2) kadar hassastır. Atmosferin, değişik insan faaliyetlerinden meydana gelen salgıları (emisyon) içine alarak hazmetmesi beklenir. Ancak bu hazmetme sürecinde bir doygunluk, sınırlara yaklaşma veya ona yakın durumlar ortaya çıkarsa çevrede insanları da rahatsız eden belirtiler baş göstermeye başlar. Bunun sonucunda

sadece atmosfer değil, onunla doğrudan ilişki içinde bulunan canlılar için gerekli olan su kaynaklarında azalma veya bazı bölgelerde gereğinden fazla çoğalma, su kalitesinde değişme veya kuraklığın hakim hale gelmesi gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir.

İklim değişikliği yerkürenin yaklaşık 4,5 milyar senelik tarihi boyunca değişik zamanlarda atmosfer kimyasının farklılaşması ile ortaya çıkagelmıştır. Bu değişikliklerle ilgili genel bilgiler yapılacak bir arazi gezisi ve çalışması ile jeoloji, yüzey şekilleri (jeomorfoloji), coğrafya ve iklimle ilgili durumların gözden geçirilmesi ile kolayca anlaşılabilir. Doğal iklim değişiklikleri bugüne kadar insanların ihtiyacı olan teneffüs edilebilen hava, tatlı su kaynakları, petrol, kömür yatakları ve diğer yeraltı ve yerüstü servetlerinin ortaya çıkmasına sebep



olmuştur. Mesela basit bir düşünce olarak dünya 4,5 milyar senelik ömrü boyunca bugüne kadar hiç iklim değişikliğine maruz kalmamış olsaydı her şey ilk yaratıldığı biçimde ve miktarda kalacak ve yeryüzünde hayatın sürdürülebilmesi belki de pek değişmeden devam edecekti. Kur'an'ı Kerim'de Allah insanların hayatlarını sürdürebilmeleri için kainatın hazırlandığını ve doğal olan her şeyin belirli elastik sınırlar içinde kalmak üzere denge halinde varlığa sunulduğunu birçok ayette parça parça açıklamıştır. Bu sınırlar kırılabilir yani kesin olsaydı dünyada yaşamak mümkün olmazdı. İşte bu elastik veya hoşgörülü sınırlar bir doğal denge içinde her şeyin değişimine ve gelişmesine müsaade etmektedir. Petrol zengini ülkeler aslında geçmişteki doğal iklim değişikliğinin bugün için var olan kalıntılarından yararlanmaktadır. Mesela, Arap Yarımadası ve diğer petrol yataklarının bulunduğu çöl bölgelerinin milyon yıllar öncesi jeolojik zaman dilimlerinde ormanlık ve diğer yeşilliklerin bulunduğu mıntıklar olduğu bilimsel çalışmalarla artık gün ışığına çıkmıştır. Türklerin Orta Asya'dan çıkarak batıya doğru göç etmelerinin sebepleri arasında ata yurtlarında baş gösteren kuraklığın

olduğu bilinmektedir. İşte bu doğal iklim değişikliklerinin sonucunda insan sürdürülebilir hayatını devam ettirebilmesi için özellikle gerekli su kaynaklarının kolay ve daha bol bulunduğu yörelere doğru göç etmiştir. Anadolu toprakları su kaynakları bakımından her zaman ilgi çeken yörelere olmuştur ve halen de aynı özelliğini korumaktadır.

Gelecek iklim değişikliklerinin su kaynaklarını etkileyeceği gerçeği herkes tarafından kabul görmektedir. Çünkü iklimin geçmişte değişmiş olduğunu bugün yapılan araştırmalardan bilmekteyiz. Hatta tarih öncesi devirlerde (bundan yaklaşık 8-10 bin sene önce) dünyamızın birçok yeri buzullarla kaplı ve insanoğlu da bu sıralarda, hayvanları avlayarak et yiyici olarak hayatını sürdürmekteydi. O devirlerde doğal olarak ortaya çıkan iklim değişikliği sonucunda ısınan atmosfer buzulları eriterek kutup bölgelerine çekilmiştir. İşte bu durum ilk insanlardan olan "homo neandertalensis"lerin kutup bölgelerine giderek oralarda ren geyikleri avlamaktansa, buldukları yerde bitkilerden yararlanarak hayatlarını devam ettirmelerine sebep olmuştur. Böylece insanlar artık göçebe hayati

Enfeksiyon hastalıklarının sıklığı değişik faktörlerden etkilenir. Mevsimsel iklim koşulları ve diğer biyolojik ve ekolojik şartlar, patojenin virülansı, konağın yaş ve bağışıklık durumu enfeksiyonların görülme sıklığını etkiler. Özellikle yeni ve/veya yeniden önem kazanan enfeksiyonların görülmesinde iklim ve ekolojik değişiklikler dikkat çekmektedir. Bahse konu iklim değişikliği durumları "küresel ısınma" kavramı altında gündeme gelmektedir.



yerine yerleşik düzene alışmış, bitki yetiştirme becerisi sonucunda tarım yapmayı öğrenmiş ve zamanla yiyecek türü, etten bitkiye doğru kaymıştır. Bütün bunlar tarihteki iklim değişikliklerinin insan hayatında, gıdasında, barınmasında ve korunmasında köklü değişikliklerin ortaya çıkmasına sebep olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde gelecekte ortaya çıkabilecek iklim değişikliklerine karşı önceliklerden farklı olarak şimdiden plan ve projeler geliştirerek hazırlıklı olmakta yarar vardır. Bugün için başlamış görülen ve yakın gelecekte etkisi gittikçe artması beklenen iklim değişikliğinin ana sebepleri arasında insan kaynaklı etkiler bulunmaktadır.

Gün içi iklim değişiklikleri dünyanın kendi eksenini etrafında dönerek gece ve gündüzün birbirini takip etmesi ile aylık veya mevsimlik iklim değişiklikleri dünyanın güneş etrafındaki dolaşımının sonucu olduğu bilinmektedir. Astronomik kökenli iklim değişikliklerinde gezegenlerin dönme hareketlerine ilave olarak insanoğlunun bugüne kadar gelişmiş bilimsel bilgi ve yöntemleri ile bile birkaç gün sonrasında neler olabileceğini kesinlikle kestirememesi bir gerçektir. İlave belirsizliklerle anlık hava olayları ve bunun daha uzun zaman sürelerindeki ortalamalarının ifadesi olan iklimin belirli ve bir miktarda belirsizlik içeren kısımları vardır. Aslında iklimin değişmesi bu iki bileşendeki değişimlere bağlıdır ama belirsiz olan yani meteorolojik olayların sosyo-ekonomik hayatta etkisi daha fazla olmaktadır. İklimdeki bu değişikliğin sonucunda bugün için meteorolojik olay-

ların buhranlı (kaotik) olduğu sonucuna varılarak insanlığın iklim değişmelerini kesin olarak belirleyemeyeceği görüşü önem kazanmıştır. Ancak iklimin ortalama davranış biçimlerini ifade eden gidişler (genel temayüller, trendler) ortaya konularak bazı genel hükümlere varmak mümkündür.

Yaklaşık 150 yıl öncesine kadar iklimdeki doğal değişimler insanların sosyo-ekonomik ve günlük hayatlarına tesir etmekte idi. Bugün artık insanın kendisi de israfkâr davranışları sebebi ile çevresine ve özellikle de iklime tesir eder hale gelmiştir. Bu tür etkiler daha önceki asırlarda da çok küçük ölçeklerde vardı. Bunların yığılımlı etkileri bile insanlar tarafından hissedilemeyecek kadar küçük kalmıştır. Ancak 19. yüzyılda başlayan sanayi devrimleri ile beraber her ne kadar insan refahını artıran bilimsel ve özellikle de teknolojik yenilikler ortaya çıkmış ise de, bunların atmosfer kimyasına olan etkileri ve oradan da tüm doğa olaylarına yansıyan zararlarının olduğu ancak 1970 yıllarından sonra insanlığın hayat mücadelesinde ilk sıraya doğru yükselme eğilimi göstermiştir.

İşte bu sebeplerle tüm dünyayı ilgilendiren bu durumun tartışılması, etkilerinin azaltılması, uzun vadede ortadan kaldırılması veya daha zararsız (yumuşak) hale getirilmesi için ortak bir akıl ile çözümler üretmek üzere değişik uluslararası toplantılar düzenlene gelmiştir. Bunlardan en belirgin ve tüm dünya ülke ve topluluklarının ihtiyaç duyacağı bilgileri üretme ve dağıtım bir kurum olarak UNESCO

ve Dünya Meteoroloji Teşkilatının (WMO) 1988 yılında ortaklaşa kurdukları Hükümetler Arası İklim Değişikliği Paneli (Intergovernmental Panel on Climate Change, IPCC) gelmektedir. Bu panel 1989 yılında ilki olmak üzere 1996, 2001 ve 2006 yıllarında sırası ile ikinci, üçüncü ve dördüncü IPCC toplantıları sonucunda tüm dünyayı bilinçlendirmek amacı ile raporlar yazmıştır. Böylece kamuoyuna, politikacılara, ilgili kuruluş ve kişilere ortak sorun olan iklim değişikliğinin orta ve uzun vadede ortaya çıkarabileceği sorunlar hakkında bilgiler sunmuştur. Her bir IPCC toplantısı 4-5 yıllık uluslararası ortak çalışmayı gerektirmekte ve bu çalışmalar sırasında gerek bilimsel saygın dergilere, gerekse "gri literatür" olarak adlandırılan ve uluslararası literatüre geçmeyen yerel raporlar, dosyalar, yazılar ve makalelerin hemen hepsi önce titizlikle seçilmiştir. Bunların ortak değerlendirilmesi değişik ülkelerden gelen bilim adamları tarafından yapılmıştır. Daha sonra IPCC içinde yer almamış diğer bilimsel kişi ve dünyada iklim değişikliği ile uğraşan kuruluşların görüş ve eleştirileri de alınmıştır. Böylece her bir IPCC raporu belirli bir olgunluk seviyesine ulaşır. Bu aşamadan sonra IPCC görüş ve tekliflerinin bir uygulayıcısı durumunda olan hükümetler ve onlara bağlı kamu kuruluşları tarafından incelenmek üzere ülkelere gönderilir. Onların da görüş, öneri ve teklifleri ile daha da paylaşımlı bir IPCC rapor ortaya çıkar. Elde edilen bu bilgiler uzun vadeli felaketlerin meydana gelişindeki küresel gidişleri (trendleri) göstermeleri bakımından faydalıdır.

Tablo: Çevre değişikliklerinin bulaşıcı hastalıkların oluşumunu etkileme örnekleri*

Çevre değişiklikleri	İlişkili hastalık örneği/örnekleri	Etkileme yolu
Barajlar, kanallar, sulama	<ul style="list-style-type: none"> • Şistozomiyaz • Sıtma • Helmint hastalıkları • Onkoserkiyaz (nehir körlüğü) 	<ul style="list-style-type: none"> • Salyangoz konak yaşam alanı, insan teması • Sivrisinekler için yaşam alanı • Nemli topraklarla larva teması • Karasineklerin beslenme imkânları azalır, hastalık azalır
Tarım alanlarında artma	<ul style="list-style-type: none"> • Sıtma • Değişik hemorajik ateşler 	<ul style="list-style-type: none"> • Bitki insektisitleri, vektörlerde direnç artışı • İlgili kemirgen grubunda ve temasta artış
Şehirleşmede yaygınlaşma ve kalabalık şehirler	<ul style="list-style-type: none"> • Kolera • Deng ateşi • Deri leişmanyözü 	<ul style="list-style-type: none"> • Sanitasyon ve hijyen yetersizliği, su kaynaklarının bulaşması • Su-çöp birikintileri P Aedes aegypti beslenme alanları • Tatarcık sinekleriyle yakınlık/temas artması
Ormanlık alanların tahribiyle yeni yaşam yerleri kurulması	<ul style="list-style-type: none"> • Sıtma • Visaral leişmanyöz 	<ul style="list-style-type: none"> • Beslenme alanı ve vektörlerin artması, hastalığa hassas olanların ilgili alanlara göçü • Tatarcık vektörleriyle temas artması
Yeniden ağaçlandırma	<ul style="list-style-type: none"> • Lyme hastalığı 	<ul style="list-style-type: none"> • Kenelerde artış, ilgili vektörle temas artması
Artan yağış	<ul style="list-style-type: none"> • Rift vadisi ateşi • Hantavirus pulmoner sendrom 	<ul style="list-style-type: none"> • Sivrisinek üremesini artıran su birikintileri • Kemirgenler için artan beslenme kaynakları
Okyanus ısınması	<ul style="list-style-type: none"> • Kırmızı gelgit 	<ul style="list-style-type: none"> • Zehirli alglerin açılması

*Kaynak: Githeko A, Scheraga JD, Woodward A (eds). *Climate Change and Human Health - risks and Responses*, www.who.int.

İklim Değişikliği ve Enfeksiyon Hastalıkları

Dünyanın en önemli sağlık sorunlarından biri olan enfeksiyon hastalıkları, antimikrobik maddelerin bulunması, pek çok hastalığa karşı geliştirilip uygulanan aşılarda, insektisitler, şehir altyapısında kaydedilen ilerlemeler ve düzenli sürveyansla özellikle gelişmiş ülkelerde zaman içinde önemli oranda azaltılabilmemiş, hatta bazı hastalıkların eradike edilmesi sağlanabilmiştir. Bununla birlikte enfeksiyon hastalıkları özellikle düşük gelirli ülkelerde büyük bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmekte olup dünya genelinde meydana gelen ölümlerin yaklaşık %20-25'inden sorumludur; bu oran düşük gelirli ülkelerde daha yüksektir.

Enfeksiyon hastalıklarının sıklığı değişik faktörlerden etkilenir. Mevsimsel iklim koşulları ve diğer biyolojik ve ekolojik şartlar, patojenin virülansı, konağın yaş ve bağışıklık durumu enfeksiyonların görülme sıklığını etkiler. Özellikle yeni ve/veya yeniden önem kazanan enfeksiyonların görülmesinde iklim ve ekolojik değişiklikler dikkat çekmektedir. Bahse konu iklim değişikliği durumları "küresel ısınma" kavramı altında gündeme gelmektedir. "Küresel ısınma, insanların çeşitli faaliyetleri sonucunda oluşan, sera gazları (karbondioksit, kloroflourkarbon gazları, metan, azotoksitleri, ozon ve su buharı) olarak nitelenen bazı gazların atmosferde yoğun bir şekilde artmasıyla,

yeryüzüne yakın atmosfer tabakaları ile yeryüzü sıcaklığının 'yapay olarak' artması sürecidir." Başka bir anlatımla, "küresel ısınma"; bütün dünyada sıcaklığın sistematik bir şekilde artması yani dünyanın "ateşinin" yükselmesidir. Küresel iklim değişimi ise küresel ısınmaya bağlı olarak, diğer iklim öğelerinin de (yağış, nem, hava hareketleri, kuraklık, vb.) değişmesi olayı olup, şimdiki kadar gerçekleşmiş ve gerçekleşmekte olan ekolojik afetlerin en tehlikelisi olarak kabul edilmektedir.

Başta ormanların yok edilmesi ve teknolojik atıkların ölçsüz birikimi ve insanlar eliyle oluşan diğer faaliyetler nedeniyle 1970'lerden bu yana bir küresel ısınma ve küresel iklim değişikliğinin doğurmaya başladığı sonuçlara (kasırgalar, sel felaketleri ve kuraklıkta artış, besin üretiminde azalma/kıtlık) ilgili bilim adamları işaret etmektedir. Küresel ısınma, insanlık için değişik felaketlere neden olma yanında enfeksiyon hastalıkları sıklığı ve etkenlerini de etkileyecektir. İklim değişikliği insan sağlığını doğrudan ve dolaylı yollardan etkilemektedir. IPCC 2001 raporunda, iklimin değişme sürecine girdiği, bu değişime insanların katkıda bulunduğu, hava koşullarının daha aşırı hale geldiği ve tüm kıtalardaki biyolojik sistemlerin ısınmaya tepki verdiği sonucuna varılmıştır.

İklim değişikliği ile ilgili olaylar (sıcaklık, yağışlar, rüzgârlar, deniz seviyesinde

İklim değişikliğinin en önemli etkisi su kaynakları üzerine olup, özellikle sularda kalite düşüklüğü değişik hastalıklara sebep olabilecektir. Ayrıca su miktarındaki azalmalar, genel olarak bir yörede su sıkıntısı çekilmesine ve bu sebeple de bazı hastalıkların yayılmasına neden olabilecektir. İklim değişikliği enfeksiyon hastalıklarına aracılık eden kemirgenler gibi konakları/ ara konakları ve vektörleri (sivrisinekler, tatarcık sinekleri, keneler vd.) etkileyerek enfeksiyonların dağılım ve sıklığını etkilemektedir.

yükselme vd.) çevre değişimine, su kalitesinin ve miktarının değişimine neden olmaktadır. Kontamine suların içilmesi, yıkanan sebze ve meyvelerin bu sularla teması enfeksiyonların bulaşmasına neden olmaktadır. Yağışlar da mikroorganizmaların yayılmasını ve bulaşmasını etkiler; uygun sıcaklık etkenlerin üremelerini ve daha uzun süre hayatta kalmalarını temin eder. Ayrıca enfeksiyon hastalıkları etkenlerinin vektörleri, aracı konakları da etkilenmekte ve sonuçta enfeksiyon hastalıklarının coğrafi dağılımı ve sıklığı etkilenmektedir (Tablo). İklim değişimi, ekolojik ve sosyal faktörlerin etkisi ile 1976'dan bu yana insanda hastalık oluşturan 40'tan fazla yeni etken belirlenmiştir.

İklim değişikliğinin en önemli etkisi su kaynakları üzerine olup, özellikle sularda kalite düşüklüğü değişik hastalıklara sebep olabilecektir. Ayrıca su miktarındaki azalmalar, genel olarak bir yörede su sıkıntısı çekilmesine ve bu sebeple de bazı hastalıkların yayılmasına neden olabilecektir. İklim değişikliği enfeksiyon hastalıklarına aracılık eden kemirgenler gibi konakları/ara konakları ve vektörleri (sivrisinekler, tatarcık sinekleri, keneler vd.) etkileyerek enfeksiyonların dağılım ve sıklığını etkilemektedir. İklim değişikliği,

Öncelikle ormanlık alanların tahribini durdurup hızla yeni orman alanları oluşturmak, şehirleşmede yüksek yapılaşmanın olumsuz etkilerini hesaba katmak, kâinattaki dengeyi bozan teknolojik ürünlerin üretim ve kullanımını elden geldiğince sınırlamak, sera gazı etkisi yapmayan yeni enerji kaynakları oluşturmak, enerji tasarrufuna bireysel ve kurumsal uyumu artırmak insanlığın geleceğini felaketlerden kurtarmak için olmazsa olmaz olarak gözükmektedir.

enfeksiyon hastalıkları dışında bazı toz ve polenden kaynaklanan hastalıkların sıklığını da etkilemektedir. PubMed'de 1966-2017 (Eylül) arasında "iklim değişikliği" ve "sağlık" anahtar kelimeleri girildiğinde 6349; "iklim değişikliği" ve "enfeksiyon hastalıkları" girildiğinde 883 yayın görülmektedir.

Ortalama dünya sıcaklığının 2100 yılına kadar 2 oC'ye kadar yükselmesi beklenmektedir; bu durum enfeksiyon hastalıklarının bulaşma ve yayılmasını etkileyecektir. Artan sıcaklığın değişik patojenlerin üremesini artırıp, kuluçka dönemini kısaltacağı bildirilmektedir. Sıcaklığın daha da yükseldiği bölgelerde yeni vektörler yaşayabilecek ve doğal olarak yeni enfeksiyon hastalıkları gözlenecek ve enfeksiyon hastalıklarının coğrafyası değişecektir. Küresel ısınma sonucu daha önce görülmeyen bazı enfeksiyon etkenlerinin vektörü olan böceklerin daha yüksek yerlerde son iki dekattır görülmeye başlanması konunun örnekleri arasındadır. Gece sıcaklığını artması sıtma ve deng hastalığı vektörü sivrisinekler için uygun ortam oluşturmaktadır. Deng ateşi, 1000 m veya daha az yüksekliğe sahip, kışın 10 oC izotermik sıcaklıktaki tropik bölgelerde görülürken, Meksika'da 1700 m yükseklikteki bölgelerde saptanmıştır. "Aedes aegypti" sivrisinekleri (deng ateşi, Chikungunya ateşi, Rift vadisi ateşi, sarıhumma etkeni vektörü) daha önce

1000 m yüksekliğin altındaki bölgelere kısıtlı olup daha yüksek alanlarda saptanmazken, And Dağlarında 2200 m'de saptanmıştır. Deng ateşi, Vietnam'da yayla bölgelerinde de tespit edilmiştir.

Enfeksiyon hastalıklarının mevsimlerle ilişkisi iyi bilinen bir husustur. Soğuk algınlığı, grip, pnömokok enfeksiyonları ve rota virüs ishalleri kış aylarında, solunum yolu sinsitisi virüsü (RSV) enfeksiyonları ve kızamık ilkbaharda, çocuk felci ve diğer enterovirus enfeksiyonları yaz, parainfluenza virüs enfeksiyonları güz mevsiminde daha sık görülmektedir. İklim değişiklikleri sonucu sıcaklığa bağlı ölümler artık değişik ülkelerde oluşabilmektedir. Kuraklık sonucu su kaynaklarının giderek azalması sanitasyon eksikliğini doğuracak ve salgın hastalıklar insanlığı tehdit edecektir. Günümüzde Amerika kıtası dahil değişik ülkelerde görülen kolera salgınları bunun bir örneğidir. İklim değişiklikleri arasında dengesiz yağmurların yol açtığı taşkınlar ve su baskınları su kaynaklı enfeksiyonları; virütik (norovirus, rota virüs enfeksiyonları), bakteri kaynaklı (Vibrio cholerae, Campylobacter, Shigella spp, Salmonella paratyphi, E.coli O157 enfeksiyonu vd.) ve paraziter (Cryptosporidium vd.) ishalleri artırmaktadır. Sıtma, deng ateşi ve diğer viral ensefalitler iklim değişikliklerinden en sık etkilenen enfeksiyon hastalıkları arasındadır. Meningokok menenji salgınlarının kurak mevsimlerde, kuru rüzgârlardan sonra ortaya çıkıp yağmurların başlamasıyla azaldığı da gözlenen özellikler arasındadır. ABD, Romanya ve Rusya'daki Batı Nil ateşi salgınları da ilgili dönemlerdeki kuraklıkla ilgili bulunmuştur. ABD de kuraklıkla ilgili olarak azalan kemirgenler hantavirus pulmoner vakalarında azalmaya, altı yıllık kuraklık sonrasında erken ve bol yağmur kemirgenlerin ve dolayısıyla hantavirus pulmoner sendrom vakalarının 1993'te artmasına neden olmuştur

El-Nino fırtınası (1997-98 yıllarında görülmüştü) sonrası yapılan gözlemler, sivrinsek, kemirgen ve su kaynaklı enfeksiyonların arttığını göstermiştir. Bu fırtınanın sadece sıtma salgınlarını beş kat artırdığı hesaplanmıştır. Tayfunlar ve yoğun muson yağmurları sıtmayı artıran diğer önemli bir nedendir. Bangladeş ve Peru'da kolera, ABD'de kriptosporidyoz ve arbovirus ensefalitleri, hantavirus enfeksiyonları, leishmaniyöz, su kaynaklı enfeksiyonlar ve başta Güney Asya ve Güney Amerika'da olmak üzere dünyanın değişik bölgelerinde sıtma ve deng ateşinde artış kaydedilmiştir. Brezilya'da orman tahribatı ve insanların iç bölgelere göç etmesi sıtma sıklığını beş kat artırmış, "plasmodium vivax" azalarak, daha ağır seyirli "p.falciparum" enfeksiyonları artmıştır. 1980'lerden bu yana yüksek irtifalı bölgelerde sıtma salgınları mey-

dana gelmektedir (Ruanda 1700 m'de, Papua Yeni Gine yaylaları, Bolivya'da yüksek rakımlı bölgeler vd.). Bu örnekler sıtmanın vd. vektörlerle bulaşan enfeksiyon hastalıklarının bugün görülmeyen alanlara yayılma tehdidi taşıdığını ortaya koymaktadır. Avrupa'da sıtma, keneye bulaşan ensefalit, riketsiyöz ve viseral leishmaniazis'in geri dönmekte olduğu düşünülmekte olup, bu hastalıklardaki artışa dikkat çekilmektedir.

Ülkemizde son 14-15 yıldır görülmeye başlayan Kırım-Kongo kanamalı ateşinin, küresel ısınma ile ilişkisi olabileceği düşünülmektedir. Nitekim hastalığın etkeni olan Nairovirüsün vektörü olan "hyalomma marginatum"un hastalığın görüldüğü illerde son yıllarda yaygın olarak gözükmeye başlayan kene olduğu ve bunun bir nedeninin sıcaklık artışına bağlı olabileceği ileri sürülmektedir. Bu hipoteze karşı çıkan araştırmacılar da vardır. İnsanlarla birlikte olsun olmasın hayvanları da etkileyen hastalıklar hayvanlar, kuşlar ve diğer hayvan topluluklarında dengenin bozulmasına yol açarak da enfeksiyonları etkilemektedir. Örneğin batı nil ateşi virüsü, geniş bir coğrafi aralıkta, evcil ve yabani hayvanları, kuşları ve vektör türlerini etkilemekte, sonuçta hantavirüsler, arena virüs enfeksiyonları, veba, leptospiroz ve Lyme hastalığı artmaktadır.

Sonuçlar

Sağlık sektöründe gözlemlenen iklim gidişleri ile bağlantılı değişimlere ilişkin bulgular, küresel iklim değişiminin insan sağlığı açısından sorun olmaya devam ettiği sonucunu desteklemektedir. Yoksul ülkelerde bu etkilere maruz kalma (korunmaya muhtaçlık) artan bir oranda görünmektedir. İklim değişikliğinin enfeksiyonları artırıcı etkisi mevcut gözlemler dışında değişik modellerle de (istatistik, matematik, arazi kullanımı ile ilgili modeller) ortaya konmaktadır. Küresel iklim değişikliklerinin insanlık zararına yol açacağı onca tehlike yanında enfeksiyon hastalıklarının çeşit ve sıklığını artıracığı görülmektedir. Antimikrobiklere karşı gelişen dirençle birlikte tedavide sağlanan başarının ters yüz olması yanında, küresel iklim değişikliklerinin enfeksiyon hastalıklarının sıklığını artırma ve yeni enfeksiyonlara zemin hazırlama ihtimali yakın dönem için insanlık adına olası büyük bir felaketin habercisi gibi durmaktadır.

Her şeyden önce başta devletler, çok yönlü politik önlem ve yaklaşımlarla bu sorunu çözmek için acil ve yoğun gayret göstermelidir. İnsanlık kendi geleceğinin sonunu hazırlayan küresel ısınma felaketi konusunda bütün iletişim kaynakları kullanılarak bilgilendirilmelidir. Öncelikle ormanlık alanların tahribini

durdurup hızla yeni orman alanları oluşturmak, şehirleşmede yüksek yapılaşmanın olumsuz etkilerini hesaba katmak, kâinatdaki dengeyi bozan teknolojik ürünlerin üretim ve kullanımını elden geldiğince sınırlamak, sera gazı etkisi yapmayan yeni enerji kaynakları oluşturmak, enerji tasarrufuna bireysel ve kurumsal uyumu artırmak insanlığın geleceğini felaketlerden kurtarmak için olmazsa olmaz olarak gözükmektedir.

Başta ormanların ortadan kaldırılması olmak üzere çevreyi bozan şartları kontrol altına almaya engel olan bilgisizlik, aldırmaçlık ve politik tutumlar devam ettikçe insanlık daha büyük risklerle karşılaşacaktır. Enfeksiyonlar açısından değişimleri izleyip analiz etmek, yeni aşı ve antimikrobik maddeler bulmak ve diğer koruma ve kontrol tedbirleri konusunda çalışmalar yapmak gerekmektedir. Entomolog, mikrobiyolog, epidemiyolog, moleküler biyolog ve enfeksiyon hastalıkları uzmanlarının acil olarak çok disiplinli uzun erimli bir çalışma yürütmeleri gerekmektedir. Ulusal sağlık otoriteleri ve Dünya Sağlık Örgütü gibi küresel kurumlar enfeksiyonlardaki değişimleri öncelikle dikkate alıp gerekli hazırlıkları yapmalıdır. Bu amaçla, iklim değişikliği kapsamında görülmesi muhtemel hastalıklar için gerekli ilaçların (sıtma ilaçları, ishal için oral rehidrasyon sıvı paketleri vd.), korunma için araç ve gereçler, insektisidlerin temini için de gerekli hazırlıklar yapılmalıdır. Geleceğimizi korumak adına kişi, kurum, ülke ve dünya toplumları üzerine düşen sorumlulukları özenle yerine getirmeli, iklim değişikliğine, çevre dengesi bozulduğuna neden olacak girişimlerden kaçınmalıdır.

Kaynaklar

Andersen LK, Davis MD. *Climate Change and The Epidemiology of Selected Tick-borne and Mosquito-borne Diseases: Update from The International Society of Dermatology Climate Change Task Force. Int J Dermatol.* 2017; 56: 252-259. Doi: 10.1111/ijd.13438. Epub 2016 Oct 1.

Anyamba A, Chretien JP, Small J, Tucker CJ, Linthicum KJ. *Developing Global Climate Anomalies Suggest Potential Disease Risks for 2006-2007. Int J Health Geogr.* 2006; 5:60

Blanco JR, Oteo JA. *Rickettsiosis in Europe. Ann N Y Acad Sci.* 2006; 1078: 26-33.

Bouma MJ, Dye C. *Cycles of Malaria Associated with El Niño in Venezuela. JAMA* 1997; 278:1772-1774

Casimiro E, Calheiros J, Santos FD, Kovats S. *National Assessment of Human Health Effects of Climate Change in Portugal: Approach and Key Findings. Environ Health Perspect.* 2006; 114: 1950-19566.

Colwell R, Epstein P, Gubler D, Hall M, Reiter P, Shukla J, Sprigg W, Takafuji E, Trtanj JI. *Global Climate Change and Infectious Diseases. Emerg Infect Dis* 1998; 4: 451-2

Epstein PR. *Health Consequences of a Changing*

Climate, Cohen J, Powderly WJ, Opal SM (eds.), *Infectious Diseases, Third Ed., Vol.1, Mosby Elsevier, 2010:92-96.*

Gale P, Brouwer A, Ramnial V, Kelly L, Kosmider R, Fooks AR, Snary EL. *Assessing The Impact of Climate Change on Vector-borne Viruses in the EU Through The Elicitation of Expert Opinion. Epidemiol Infect.* 2010; 138:214-25. Doi: 10.1017/S0950268809990367. Epub 2009 Jul 7.

Githeko AK, Lindsay SW, Confalonieri UE, Patz JA. *Climate Change and Vector-borne Diseases: A Regional Analysis. Bull World Health Organ.* 2000; 78: 1136-47.

Githeko A, Scheraga JD, Woodward A (eds). *Climate Change and Human Health - Risks and Responses, 2003:103-132. who.int/globalchange/publications/climatechangechap6.pdf*

Greenwood B, Blakebrough I, Bradley A, Wali S, Whittle H. *Meningococcal Disease and Season in Sub-Saharan Africa. Lancet* 1984; i:1339-42.

Haines A, Kovats RS, Campbell-Lendrum D, Corvalan C. *Climate Change and Human Health: Impacts, Vulnerability, and Mitigation. Lancet.* 2006; 367:2101-9.

Haines A., McMichael A, and Epstein P. *Environment and Health: 2. Global Climate Change and Health. JMAC, 2000: 163, 729-734.*

IPCC, 1996. *Climate Change 1995. The Science of Climate Change: Contributions of Working Group I to The Second Assessment Report of The Intergovernmental Panel on Climate Change: Cambridge University Press.*

IPCC (Intergovernmental Panel on Climate Change) Working Group I. 2001. *Summary for Policymakers: A Report of Working Group I of the Intergovernmental Panel on Climate Change. IPCC. Available online at www.ipcc.ch/pub/spm22-01.pdf> (Erişim Tarihi: 15.07.2003)*

IPCC, 2001: *Climate Change 2001: The Scientific Basis. Contribution of Working Group I to the Third Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Houghton, J.T., Y. Ding, D.J. Griggs, M. Noguer, P.J. van der Linden, X. Dai, K. Maskell, and C.A. Johnson (eds.)]. Cambridge University Press, Cambridge, United Kingdom and New York, NY, USA, 881 pages.*

Ivers LC, Ryan ET. *Infectious Diseases of Severe Weather-related and Flood-related Natural Disasters. Curr Opin Infect Dis.* 2006; 19: 408-14.

Kovats RS, Bouma MJ, Hajat S, Worrall E, Haines A. *El Niño and Health. Lancet.* 2003; 362: 1481-9

Kuhn KG, Campbell-Lendrum DH, Armstrong B, Davies CR. *Malaria in Britain: Past, Present, and Future. Proc Natl Acad Sci U.S.A.* 2003; 100:9997-10001.

Mabaso ML, Kleinschmidt I, Sharp B, Smith T. *El Niño Southern Oscillation (ENSO) and Annual Malaria Incidence in Southern Africa. Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2007; 101: 326-30.

McGreevy PB, Dietze R, Prata A, Hembree SC. *Effects of Immigration on The Prevalence of Malaria in Rural Areas of the Amazon basin of Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz* 1989; 84: 485-91.

McMichael A., Campbell-Lendrum D., Corvalan C, Ebi K., Githeko A., Scheraga J, Woodward A. (eds.) (2003). *Climate Change and Human Health: Risks and Responses. WHO, Geneva.*

Medlock JM, Leach SA. *Effect of Climate Change on Vector-borne Disease Risk in The UK. Lancet Infect Dis.* 2015; 15:721-30. Doi: 10.1016/S1473-3099(15)70091-5. Epub 2015 Mar 23.

Metcalfe CJE, Walter KS, Wesolowski A, Buckee

CO, Shevliakova E, Tatem AJ, Boos WR, Weinberger DM, Pitzer VE. *Identifying Climate Drivers of Infectious Disease Dynamics: Recent Advances and Challenges Ahead. Proc Biol Sci.* 2017;284(1860). pii: 20170901. Doi: 10.1098/rspb.2017.0901.

Na W, Lee KE, Myung HN, Jo SN, Jang JY. *Incidences of Waterborne and Foodborne Diseases After Meteorologic Disasters in South Korea. Ann Glob Health.* 2016; 82:848-857. Doi: 10.1016/j.aogh.2016.10.007

Öztürk R. *Küresel Isınma ve Enfeksiyon Hastalıkları, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi), 2007, 2:18-19 www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/135/Kuresel-isinma-ve-enfeksiyon-hastalıkları.aspx (Erişim Tarihi: 17.09.2017)*

Öztürk R. *Enfeksiyon Hastalıklarının Değişen Epidemiyolojisi ve Ulusal Enfeksiyon Hastalıkları Enstitüsü İhtiyacı, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi), 2008; 9: 94-97www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/283/Enfeksiyon-hastalıklarının-değişen-epidemiyolojisi-ve-Ulusal-Enfeksiyon-Hastalıkları-Enstitüsü-ihtiyacı.aspx (Erişim Tarihi: 17.09.2017)*

Patz J., Engelberg D. and Last J. *The Effects of Changing Weather on Public Health. Annual Review of Public Health, 2000; 21, 271-307.*

Patz JA, Epstein PR, Burke TA, Balbus JM. *Global Climate Change and Emerging Infectious Diseases. JAMA* 1996, 17;275:217-23.

Patz JA, Githeko AK, McCarty JP, Hussein S, Confalonieri U, Wet N de. *Climate Change and Infectious Diseases in: McMichael AJ, Campbell-Lendrum DH, Corvalán CF, Ebi KL, Curriero F., Patz J., Rose J., and Lele S. (2001) "The Association Between Extreme Precipitation and Waterborne Disease Outbreaks in the United States", 1948-1994. American Journal of Public Health, Vol 91, pp 1194-1199.*

Rossati A. *Global Warming and Its Health Impact. Int J Occup Environ Med.* 2017;8:7-20. Doi: 10.15171/ijem.2017.963.

Sallares R, Bouwman A, Anderung C. *The Spread of Malaria to Southern Europe in Antiquity: New Approaches to Old Problems. Med Hist.* 2004; 48: 311-28.

Seas C, Miranda J, Gil AI, Leon-Barua R, Patz J, Huq A, Colwell RR, Sack RB. *New Insights on The Emergence of Cholera in Latin America During 1991: the Peruvian Experience. Am J Trop Med Hyg.* 2000; 62: 513-7.

Şen, Z., (2012). *İklim Değişikliği Tatlı Su Kaynakları ve Türkiye. Su Vakfı Yayınları, 285 sayfa.*

Timuçin, A., (2000). *Düşünce Tarihi I. Gerçekçi Düşüncenin Kaynakları. Bulut Yayınevi, 440 sayfa.*

Weiss RA, McMichael AJ. *Social and Environmental Risk Factors in The Emergence of Infectious Diseases. Nat Med.* 2004; 10(12 Suppl):S70-6.

WHO/UNICEF (2000) *Global Water Supply and Sanitation Assessment 2000 Report. World Health Organization with Unicef, Geneva, 79 pp.*

WHO (2001). *World Health Report, 2000, Geneva.*

WHO (2004) *Guidelines for Drinking Water Quality, Volume I Third Edition, China.*

WHO/UNICEF (2000) *Global Water Supply and Sanitation Assessment 2000 Report. World Health Organization with Unicef, Geneva, 79 pp.*

Wisner, B. and Adams, J.(eds.) (2002). *Environmental Health in Emergencies and Disasters. Geneva, Switzerland.*

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=climate+change+health (Erişim Tarihi: 17.09.2017)

Bağırsak mikroplarının beslenme ile ilişkisi ve güncel hastalıklar*

Prof. Dr. Yüksel Altuntaş



1961 yılında İstanbul'da doğdu. Pertevniyal Lisesinin ardından 1985'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1996 yılında doçent, 2008 yılında profesör oldu. 1999-2005 tarihleri arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Klinik Şefi olarak çalıştı. 2003-2005 arasında aynı hastanede başhekimlik görevini yürüttü. Halen Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği Eğitim Görevlisi olan Dr. Altuntaş, Metabolik Sendrom Derneği kurucusu ve ikinci başkanıdır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Metabolizma Kliniğinde görev yapan Dr. Altuntaş, evli ve 3 çocuk babasıdır.

Beslenme ve bağırsak bakterileri arasındaki yakın ilişkilerin bulunması sadece hastalıkların nedenleri değil aynı zamanda tedavileri üzerine de bakışımızı değiştirmiştir. İnsan vücudu, hem kendi hem de mikrobiyal hücrelerden oluşan bir hücreler topluluğudur. Bu hücrelerin yaklaşık %10'u insana ait hücrelerden, %90'ı çeşitli mikrobiyal hücrelerden oluşur (1). İnsanlarda bulunan mikroorganizmaların tamamına mikrobiyota, mikroorganizmaların genomuna mikrobiyom adı verilmektedir. İnsandaki gen sayısı 35 bin, bakteriyel genom sayısı ise iki milyondan fazladır. Bakterilerin toplam kitlesi yaklaşık 1,5-2 kg'dır.

İnsanın beslenme gereksinimlerini daha iyi anlamak ve besinlerin üretimi, tüketimi ve dağıtımını için mikrobiyom kaynaklı hedeflerin belirlenmesi gayesi ile 2007 yılında insan mikrobiyom projesi (HMP) başlatılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda insanda 10 binden fazla bakteri ve mantar türü, üç bini aşkın virüs türü saptanmıştır.

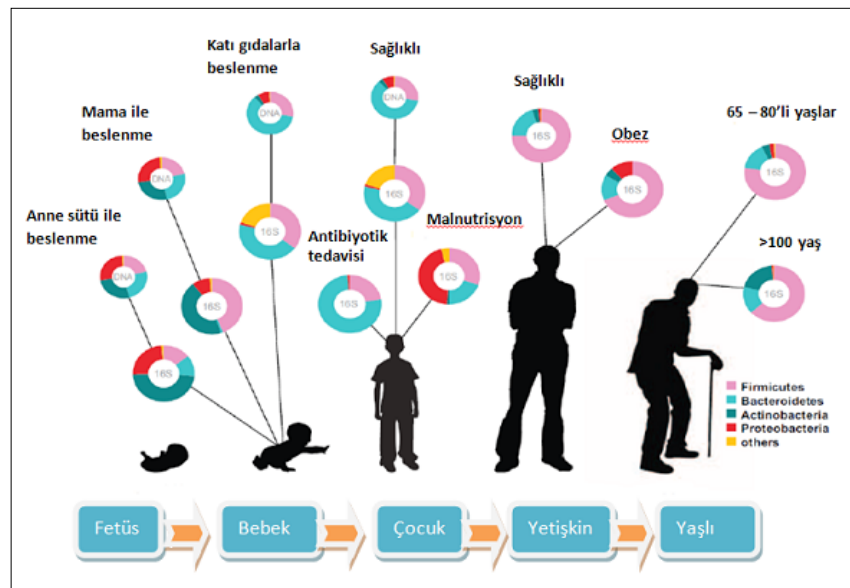
Başta karbonhidrat olmak üzere, protein ve yağ gibi besin ürünlerinin bağırsaktaki bakteriler tarafından fermentasyonu vücut için yararlı veya zararlı maddelerin oluşumuna yani bir anlamda sağlıklı veya

hastalıklı bir duruma sahip olmamıza yol açar. Buradaki yarar ve zarar durumu alınan besinin cinsine ve bakterinin faydalı veya zararlı bakteri türü olmasına göre değişir.

Sağlıklı insanlarda bağırsak florası belirli bir oranda faydalı ve zararlı bakterileri içerir. Faydalı/zararlı bakteri oranı azaldığında yani zararlı bakteriler arttığında veya yararlı bakteriler azaldığında mikrobiyal disbiyozis adını verdiğimiz patolojik bir süreç başlar. Faydalı bakteriler vitamin, kısa zincirli serbest yağ asidi (KZYA), konjuge linoleik asit (CLA)

üretimleri gibi çok sayıda biyolojik ve kimyasal süreçlerde rol alırlar. Faydalı/zararlı bakteri oranının bozulduğu mikrobiyal disbiyozisde durumu ise alerji, enflamatuar bağırsak hastalığı, kanser, lupus, astım, multipl skleroz, Alzheimer gibi nörolojik hastalıklar, çölyak, psikiatrik hastalıklar, obezite, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar gibi birçok hastalık ile ilişkili bulunmuştur.

Bağırsak mikrobiyotasında tıpkı parmak izinde olduğu gibi her insanın kendine özgü içeriği ve dağılımı mevcuttur. Mikrobiyota, kişiye özgü genetik, coğ-



Şekil 1: Mikrobiyatayı etkileyen etmenler (2)

* Makale, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi dergisi Nisan 2017 sayısında "Mikrobiyota ve metabolik sendrom" başlığı ile kısmen yayımlanmıştır.

Bağırsaktaki bakteri florası için en önemli enerji kaynağı diyet ile alınan karbonhidratlardır. Besin olarak alınan ve sindirilemeyen polisakkarit dediğimiz liflerden fermentasyon yolu ile asetat, propionat ve butirat gibi kısa zincirli yağ asitleri (KZYA) oluşmaktadır. Bu asitler bağırsak hareketlerini azaltan ve iştahı baskılayan, kan şekerini düşüren ve de yağlanmayı azaltan peptid YY, GLP-1 gibi hormonların artmasına yol açmaktadır



rafi köken, yaşam tarzı, doğum şekli, beslenme, yaş, antibiyotik ve geçirdiği hastalıklar gibi kişinin yaşamı boyunca değişen endojen ve ekzojen faktörlere bağlı olarak değişir. Örneğin bebeklikten başlayarak yaşlılığa doğru Firmicutes bakterisi artarken, bacteroidetes ise azalır. Yine antibiyotik kullanımı türüne ve kullanıldığı yaşa bağlı olarak geçici ya da kalıcı mikrobiyal disbiyozise neden olur (2).

Mikrobiyota-Makrobesin İlişkisi

Bağırsaktaki bakteri florası için en önemli enerji kaynağı diyet ile alınan karbonhidratlardır. Besin olarak alınan ve sindirilemeyen polisakkarit dediğimiz liflerden fermentasyon yolu ile asetat, propionat ve butirat gibi kısa zincirli yağ asitleri (KZYA) oluşmaktadır. Bu asitler bağırsak hareketlerini azaltan ve iştahı baskılayan, kan şekerini düşüren ve de yağlanmayı azaltan peptid YY, GLP-1 gibi hormonların artmasına yol açmaktadır (3).

Afrika kırsalındaki (Burkina Faso) ve Avrupalı (İtalya) çocukların kıyaslandığı bir çalışmada diyetin mikrobiyataya etkisinin araştırıldığı bir çalışmada Afrikalı çocukların bitkisel kaynaklı yüksek posalı diyeti sağlıklı mikrobiyatayı korumada etkili olduğu ve mikrobiyatada Avrupalı çocuklara oranla bitkisel posa polisakkaritlerini parçalayan enzimlerden zengin Bacteroidetes bakterisi oranının arttığı, Firmicutes bakterisinin azaldığı gösterilmiştir (4).

Doymuş yağ asitlerinden zengin diyetin hepatik steatoz ve obezite gelişimine katkıda bulunduğu, bağırsak mikrobiyatada Firmicutes/Bacteroidetes oranını artırdığı gözlenmiştir (5).

Konjuge linoleik asit (CLA), geniş getiren hayvanların rumenlerinde yemdeki doymamış yağ asidinin biyohidrojenasyonu sonucu üretilmekte olup antitümör, antiobez, antiaterojenik, antidiyabetik etkileri olduğu gözlenmiştir (6).

Proteinlerin bakteriler tarafından fermentasyon sonucu toksik metabolitler oluşur. Diyette bulunan kolin ve fosfatidilkolinin bakteriler tarafından metabolize olması sonucu oluşan trimetilamin (TMA), karaciğerde trimetilamin-N-oksit (TMAO)'e dönüştürülür. Plazma TMAO seviyeleri arttıkça majör kardiyovasküler olay riskinin arttığı ve protein ağırlıklı beslenmenin bu etkiyle ateroskleroza artırdığı öne sürülmüştür (7). Ayrıca bol proteinli beslenme sonucu aterosklozdan başka kolorektal kanser, inflamatuvar bağırsak hastalığının da oluştuğu ileri sürülmektedir (8).

Mikrobiyota-Metabolik Hastalıklar

1. Mikrobiyota Obezite İlişkisi

Diyetin bağırsaktaki mikrop çeşitliliği ve aktivitesi üzerine çok kuvvetli bir etkisi olduğu bilinmektedir. Gram negatif bakterilerin çoğu patojendir. Bu patojenite gram-negatif hücre duvarındaki endotoksin özellikteki lipopolisakkarit

(LPS) içeriğinden kaynaklanmaktadır. Yapılan bazı çalışmalara sağlıklı insanların kanında ölçülebilir düzeylerde LPS olması, LPS'nin devamlı düşük oranda bağırsaktan emildiğini göstermektedir (9). Obez ve tip 2 diyabetiklerde yüksek yağlı beslenmede mukozal bütünlük bozulduğundan bağırsak permeabilitesi artar, plazmadaki LPS düzeyinde artışı ile subklinik inflamasyon oluşur.

Şişmanlarda yaşlılık ve kolorektal kansere benzer şekilde genelde Firmicutes oranının arttığı, bacteroidetes oranının azaldığı gözlenmiştir (10). Ayrıca non-alkolik steatohepatit (NASH) etyolojisinde olduğu gibi endojen alkol üretiminin arttığı ve bakteriyel çeşitliliğin azaldığı gözlenmiştir (11). Düzenli egzersiz yapan sporculara kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anti-obezite bakterisi olan A.muciniphila yoğunluğunun daha fazla olduğu gözlenmiştir (12).

2. Mikrobiyota ve Diyabet İlişkisi

Tip 2 diyabetiklerin üzerine yapılan çalışmalar sonucunda butirat üreten Clostridiales bakterilerde azalma, proteobakterilerde, lactobacillus gasseri, streptococcus mutans ve clostridiales bakterilerde artış saptanmıştır.

3. Mikrobiyota ve Ateroskleroz

Bakteri ve bakteri ürünleri kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkilendirilmiş ve aterosklerotik plaklarda bakteri DNA'sı ve hücreleri saptanmıştır.



Kolin, fosfatidilkolin ve de kırmızı ette yoğun bulunan L-karnitin mikrobiyota metabolizması sonucu karaciğerde oluşan TMAO'nun majör kardiyovasküler hastalık riskini artırdığının saptanması mikrobiyota-ateroskleroz ilişkisi açısından devrim niteliğindedir (7).

4. Mikrobiyota ve Hiperlipidemi

Yapılan birçok hayvan ve insan çalışması sonucunda mikrobiyota kompozisyonu ve hiperlipidemi arasında kuvvetli bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bağırsak mikrobiyotası diyet ve çevresel faktörlerin etkisiyle vücuttaki yağ birikimi ve metabolizmasını etkiler.

Probiyotikler ve Kullanımı

Probiyotikler, yeterli miktarda tüketildiklerinde insan sağlığı ve fizyolojisi üzerine olumlu etki yapan yararlı canlı mikroorganizmalardır. Fermente süt ürünleri (ev yapımı yoğurt, peynir, kefir), ekşi mayalı ekmek, sirke, şarap, sirke, turşu, boza, tarhana, lahana turşusu, pastörize edilmemiş zeytin, tarhana, hardaliye başlıca probiyotik besinlerdir. Başlıca probiyotik ajanlar ise Lactobacillus, Bifidobacterium, Pediococcus, Bacillus, Streptococcus, Bacteriodes türleri ve ayrıca küfler ve mayalar olarak sıralanabilir. Probiyotik ajanların tip 2 diyabetiklerde etkilerinin araştırıldığı on iki randomize kontrollü çalışmanın meta analizinde tedavi sonucu kan şekeri ve yağlarında düzelleme olduğu gösterilmiştir (13). A.muciniphila, musin degrade eden bir gram negatif bakteri olup obezite ve tip 2 diyabette konsantrasyonu ters ilişkilidir. Fareler üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda A. Muciniphila verilmesi ile

ağırlık kaybının arttığı, hiperglisemi gibi metabolik parametreler ve yağ dokusu enflamasyonunun düzeldiği gözlenmiştir. Bu metabolik etkilerinin yanında metformin gibi antidiyabetik ilaç alımında A. Muciniphila konsantrasyonunu artırdığı saptanmıştır (14).

Probiyotiklerin kan basıncı üzerindeki etkileri incelendiğinde peynir, yoğurt, fermente süt, soya sütü gibi probiyotik besinler ACE inhibisyonu aktivitesine sahiptir (15). Fermente süt ile yapılan 14 randomize plasebo-kontrollü klinik çalışmanın meta analizinde kan basıncında azalma gösterilmiştir (16). Probiyotik hiperlipidemi ilişkisine baktığımızda bir meta analiz çalışmasında takip edilen 485 hastada probiyotikten zengin beslenme sonucunda total kolesterol ve LDL kolesterol seviyesinde anlamlı azalma olduğu gözlenmiştir (17).

Prebiyotikler ve Kullanımı

PREBİYOTİKLER

Doğal

- ✓ Anne sütü
- ✓ Fermente süt ürünleri
- ✓ Muz, enginar, pırasa, kuşkonmaz, kereviz, soğan, bezelye, şeftali, domates, yer elması, hindiba, yeşil sebzeler
- ✓ Arpa, çavdar, buğday
- ✓ Polifenol içeren besinler

Yapay

- ✓ Ürünlere ilave edilen parçanmayan oligosakkaritler (Fruktooligosakkarit, inulin gibi)

Bağırsaktaki bazı tür mikroorganizmaların çoğalmasını sağlayan ya da uyararak sindirilemeyen besin bileşenleridir.

Fruktooligosakkarit ve galaktooligosakkarit alımının faydalı bakteriler olan Bifidobacterium ve Lactobacillus suşlarının oranını artırdığı gösterilmiştir (18). Bu durum da GLP-1 artışı, azalmış gıda alımı, azalmış karaciğer yağlanması ve azalmış yağ kitlesi ile ilişkili bulunmuştur (19). Obez ve fazla kilolu hastalarda on iki haftalık oligofruktoz tedavisi sonunda hastalarda kilo kaybı, kalori alımında azalma ve glukoz toleransında artma gözlenmiş, bu değişiklikler postprandial ghrelin azalması ve peptid YY'nin artmasına bağlanmıştır (20). Yine yapılan başka bir çalışmada prepiyotik olarak verilen oligofruktozun tüketimi glukoz toleransı ve metabolik parametrelere üzerine olumlu etkileri olan A.muciniphila konsantrasyonunu artırdığı gözlenmiştir (21). Besinsel polifenoller (üzüm, kıvılcık) fare barsağında A.muciniphila bakterisini artırmış, Firmicutes/Bacteroidetes oranını azaltarak metabolik sendrom ile ilgili tüm parametreleri azaltmıştır (22).

Bir Tedavi Olarak Fekal Mikrobiyota Transplantasyonu

Fekal mikrobiyota transplantasyonu (FMT), Clostridium difficile enfeksiyonuna bağlı psödomembranöz enterokolit, irritabl bağırsak sendromu, kronik kabızlık-ışhal, inflamatuvar bağırsak hastalığı gibi mide bağırsak hastalıklarında ve MS hastalığında kullanılmaya başlanmıştır. Bu amaçla metabolik hastalığı olan bireye sağlıklı bireyden canlı mikroorganizmaları içeren fekal materyalin transplantasyonu bağırsak



mikrobiyotasını düzenleyerek hastalığın şiddetini azaltabileceği ya da kür sağlayabileceği düşünülmüştür.

Sonuç

Depresyon ve şizofreni gibi psikiyatrik hastalıklar, Alzheimer, Parkinson gibi nörolojik hastalık, mide-bağırsak hastalıkları-karaciğer yağlanması, kalp damar hastalıkları, obezite, şeker hastalığı ve kanser gibi günümüzün her türlü güncel hastalıkları bağırsaktaki belirli bazı bakteriler ile yakın ilişkili bulunmuş hatta faydalı bakterilerin probiyotik ajan olarak verilmesinin veya bu bakterileri içeren probiyotik besinlerin alınmasının hastalıklar üzerine olumlu etkileri gözlenmiştir. Bu nedenle artık belirli bazı hastalıklardan korunmada ve tedavide probiyotik-prebiyotik beslenme önemsenmelidir. Bu nedenle fonksiyonel gıdaların artık bir tedavi aracı gibi düşünülmesi uygun olacaktır.

Fakat başlıca probiyotikler olmak üzere özellikle insanlar üzerinde geniş katımlı çok merkezli çalışmalar yetersizdir ve yapılan çalışmalarda mikrobiyotanın kişiye, coğrafi koşullara, yaşam tarzına göre değişmesi nedeniyle farklı sonuçlar çıkmaktadır. Yakın gelecekte teknolojik gelişmeler ve büyük çaplı araştırmalar çerçevesinde mikrobiyotanın hastalıkların nedenleri ve tedavisindeki yeri daha iyi anlaşılacak ve güncel hastalıkların tedavisinde yeni ufuklar açılacaktır.

Kaynaklar

- 1) Belkaid Y, Hand TW. Role of The Microbiota in Immunity and Inflammation. *Cell* 2014; 157: 121-41.
- 2) Ottman N, Smidt H, de Vos WM, et al. The Function of Our Microbiota: Who is Out There and What Do

They Do? *Front Cell Infect Microbiol* 2012; 9: 104.

3) Brown AJ, Goldworthy SM, Barnes AA, et al. The Orphan G Protein-coupled Receptors GPR41 and GPR43 are Activated by Propionate and Other Short Chain Carboxylic Acids. *J Biol Chem* 2003;278:11312-9.

4) De Filippo C, Cavalieri D, Di Paola M, et al. Impact of Diet in Shaping Gut Microbiota Revealed by A Comparative Study in Children from Europe and Rural Africa. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2010;107:14691-6.

5) De Wit N, Derrien M, Bosch-Vermeulen H, et al. Saturated Fat Stimulates Obesity and Hepatic Steatosis and Affects Gut Microbiota Composition by an Enhanced Overflow of Dietary Fat to The Distal Intestine. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2012; 303: 589-99.

6) Churrua I, Fernandez-Quintela A, Portillo MP. Conjugated Linoleic Acid Isomers: Differences in Metabolism and Biological Effects. *Biofactors* 2009;35 :105-11.

7) Tang WH, Wang Z, Levison BS, et al. Intestinal Microbial Metabolism of Phosphatidylcholine and Cardiovascular Risk. *N Engl J Med* 2013; 368: 1575-84.

8) Windey K, De Preter V, Verbeke K. Relevance of Protein Fermentation to Gut Health. *Mol Nutr Food Res* 2012; 56: 184-196.

9) Goto T, Eden S, Nordenstam G, et al. Endotoxin Levels Insetra of Elderly Individuals. *Clin Diagn Lab Immunol* 1994; 1:684-8.

10) Ley RE, Backhed F, Turnbaugh P, et al. Obesity Alters Gut Microbial Ecology. *Proc Natl Acad Sci USA* 2005;102:11070-11075.

11) Zhu L, Baker SS, Gill C, et al. Characterization of Gut Microbiomes in Nonalcoholic Steatohepatitis (NASH).

patients: a connection between endogenous alcohol and NASH. *Hepatology* 2013 Feb;57(2):601-9.

12) Clarke SF, Murphy EF, O'Sullivan O, et al. Exercise and Associated Dietary Extremes Impact on Gut Microbial Diversity. *Gut* 2014; 63: 1913-20.

13) Li C, Li X, Han H, et al. Effect of Probiotics on Metabolic Profiles in Type 2 Diabetes Mellitus: A Meta-analysis of Randomized, Controlled Trials. *Medicine (Baltimore)* 2016; 95: e4088.

Depresyon ve şizofren gibi psikiyatrik hastalıklar, Alzheimer, parkinson gibi nörolojik hastalık, mide-bağırsak hastalıkları-karaciğer yağlanması, kalp damar hastalıkları, obezite, şeker hastalığı ve kanser gibi günümüzün her türlü güncel hastalıkları bağırsaktaki belirli bazı bakteriler ile yakın ilişkili bulunmuş hatta faydalı bakterilerin probiyotik ajan olarak verilmesinin veya bu bakterileri içeren probiyotik besinlerin alınmasının hastalıklar üzerine olumlu etkileri gözlenmiştir.

14) Tilg H, Moschen AR. Microbiota and Diabetes: An Evolving Relationship. *Gut* 2014; 63: 1513-21.

15) Tomatsu M, Shimakage A, Shinbo M, et al. Novel Angiotensin I-Converting Enzyme Inhibitory Peptides Derived from Soya Milk. *Food Chem* 2013; 136: 612-6.

16) Dong JY, Szeto IM, Makinen K, et al. Effect of Probiotic Fermented Milk on Blood Pressure: A Meta-analysis of Randomised Controlled Trials. *Br J Nutr* 2013; 110: 1188-94.

17) Guo Z, Liu XM, Zhang QX, et al. Influence of Consumption of Probiotics on The Plasma Lipid Profile: A Meta-analysis Of Randomised Controlled Trials. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 201; 21: 844-50.

18) Garcia-Peris P, Velasco C, Lozano M A, et al., Effect of A Mixture of Inulin and Fructo-oligosaccharide on Lactobacillus and Bifidobacterium Intestinal Microbiota of Patients Receiving Radiotherapy: A Randomised, Double-blind, Placebo-controlled Trial. *Nutr Hosp* 2012; 27: 1908-1915.

19) Delzenne NM, Cani PD. A Place for Dietary Fibre in The Management of The Metabolic Syndrome. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2005;8: 636-40.

20) Parnell JA, Reimer RA. Weight Loss During Oligofructose Supplementation is Associated with Decreased Ghrelin and Increased Peptide YY in Overweight and Obese Adults. *Am J Clin Nutr* 2009;89: 1751-9.

21) Everard A, Lazarevic V, Derrien M, et al. Responses of Gut Microbiota and Glucose and Lipid Metabolism to Prebiotics in Genetic Obese and Diet-induced Leptin-resistant Mice. *Diabetes* 2011; 60: 2775-86.

22) Roopchand DE, Carmody RN, Kuhn P, et al. Dietary Polyphenols Promote Growth of The Gut Bacterium Akkermansia Muciniphila and Attenuate High-fat diet-Induced Metabolic Syndrome, Diabetes 2015; 64: 2847-58.

Türkiye'nin Ulusal Sağlık Akreditasyon Çalışmaları

Prof. Dr. Mustafa Berktaş



1960 yılında İzmir'de doğdu. Pınarhisar Koloğlu İlkokulu, Bornova Süphi Koyuncuoğlu Lisesi ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu (1983). Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesinde Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji alanında uzmanlık eğitimi aldı. 1993 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesinde yardımcı doçent olarak göreve başladı. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. Üniversite Hastanesi ve Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde kurucu başhekimlik, Özel Lokman Hekim Hastanesinde başhekimlik görevlerinde bulundu. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü Başkanlığı ile TÜSEB Genel Sekreterliği görevlerini yürüttü. Sağlık Bilimleri Üniversitesinde Eğitim ve Projelerden Sorumlu Rektör Yardımcısı olarak görev yaptı. Halen İzmir Bakırçay Üniversitesi Rektörü olan Berktaş, evli ve üç çocuk babasıdır.

Ülkemizde son yıllarda sağlık alanında birçok önemli gelişme yaşanmaktadır. Yaşanan bu önemli gelişmelerden biri de Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığının (TÜSEB), kurulmasıdır. TÜSEB, Sağlık Bilimi ve Teknolojisi alanında bilgi üreterek, ülkemize ve insanlığa hizmet etmek amacıyla 2015 yılında kurulmuştur. TÜSEB, sağlık bilim ve teknolojileri alanında ülke ihtiyaçları doğrultusunda kurulmuş araştırma enstitülerine, gerektiğinde yenilerini ekleyerek sağlık araştırmaları sahasında, yapılanmasını tamamlayacak ve iş birliği ağını kuracaktır.

Bu amaçla kurulan Enstitüler;

- Türkiye Kanser Enstitüsü
- Türkiye Biyoteknoloji Enstitüsü
- Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü
- Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü
- Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Enstitüsü
- Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
- Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsüdür.

Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA), 2015 yılında faaliyetlerine başlayan TÜSEB bünyesinde, sağlık hizmetlerinde akreditasyon faaliyetlerini yürütmek amacıyla aynı yıl içerisinde kurulmuştur. Enstitü, görev alanları kapsamında; hem ülkemizde faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarının kalitesini sürekli iyileştirmeye hem de uluslararası düzeyde sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesine katkı sağlamaya yönelik kalite ve akreditasyon çalışmalarını yürütmektedir. TÜSKA'nın ana faaliyet konuları; Bakanlığa bağlı kuruluşları, yükseköğretim kurumları ve özel kesim ile iş birliği içerisinde sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kurallarının belirlenmesinde T.C. Sağlık Bakanlığına bilimsel katkı sağlamak, ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık kuruluşlarını akredite etmek, uluslararası ve bölgesel akreditasyon birlikleri ve örgütleri ile diğer ülkelerin akreditasyon kuruluşlarıyla karşılıklı tanıma anlaşmaları yapmak olarak sıralanmaktadır.

Ulusal ve uluslararası alanda sağlık kalitenin güvencesi lider kuruluş olmak vizyonu ile yapılanmasını tamamlayan TÜSKA, sağlık hizmetlerinde kalite standartlarını sürekli yükseltecek akre-

ditasyon programları ve kalite iyileştirme sistemleri geliştirecek ve uygulayacak; bilimsel çalışmalar ile araştırma projelerini hayata geçirecek ve destekleyecektir. Bünyesinde yer alan Bilim Kurulları ile bu amaçların gerçekleştirilmesine yönelik olarak yapılandırılmıştır. Bu bilim kurulları; Akreditasyon Yürütme Kurulu, İtiraz ve Şikâyetleri Değerlendirme Kurulu, Ulusal Akreditasyon Bilim Kurulu, Uluslararası Akreditasyon Bilim Kurulu ve Kalite Bilim Kurulu olarak sıralanmaktadır. Dünya'da kalite ve akreditasyon faaliyetlerinin çatı kuruluşu olan ISQua'ya (The International Society for Quality in Healthcare) üye olan TÜSKA, "Sağlığın konu olduğu her yerdeyiz..." sloganı ile sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon alanında Türkiye'nin uluslararası markası olmayı hedeflemektedir. TÜSKA ulusal akreditasyon faaliyetlerini uluslararası alanlara da taşıma hedefine yönelik olarak iş birlikleri ve ikili görüşmelerini planlamaktadır. Bu kapsamda, geçtiğimiz yıl ISQua'nın 33'üncüsünü Tokyo'da gerçekleştirdiği konferans ve genel kurula katılarak ülkemizi temsil eden Enstitümüz, bu yıl da Londra'da gerçekleştirilecek etkinlikte yer alarak Türkiye'de gerçekleştirdiğimiz faaliyetlerin uluslararası arenada da tanınması ve farklı ülkeler ile işbirliklerinin geliştirilmesine yönelik bağlantıların oluşturulmasını planlamaktadır. Uluslararası Akreditasyon Bilim Kurulu, uluslararası

alandaki bölgesel ve ikili iş birliklerinin oluşturulmasına yönelik stratejilerini belirlemiştir. Bu kapsamda KKTC ve Azerbaycan'ın yanı sıra Afrika ülkeleri öncelikli ülkeler arasındadır. KKTC ile ikili görüşmelere başlanmıştır.

Akreditasyon Programları

TÜSKA, akreditasyon programlarının ortaya konulmasına yönelik olarak; çeşitli akreditasyon programlarını hazırlayarak geliştirmekte; bu programlara başvuruların alınması, değerlendirilmesi ve yürütülmesi faaliyetlerini gerçekleştirmektedir. Program altyapısının oluşturulması sürecinde TÜSKA uzmanları tarafından uluslararası alandaki örnekler incelenmiş, üç farklı hastanede (devlet, üniversite, özel) pilot çalışma yürütülmüş ve Türkiye için en uygun akreditasyon programı kurgulanmıştır. TÜSKA tarafından hayata geçirilen ilk akreditasyon programı olan Hastane Akreditasyon Programı'nda Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti kullanılmakta ve Denetçi Eğitim Programını başarıyla tamamlayan denetçiler tarafından akreditasyon denetimleri gerçekleştirilmektedir.

Hastane Akreditasyon Programı'na başvurmak isteyen hastanelerin ilk başta TÜSKA net Akreditasyon Yönetim Sistemi üzerinden kurumsal üye olmaları gerekmektedir. TÜSKA net'e üye olan hastaneler, bu sistem aracılığı ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına, Hastane Akreditasyon Program Rehberi ve Hastane Akreditasyon Standartları Uygulama Rehberine ulaşabilmektedir. Kurumlar aynı zamanda sistem üzerinden Öz Değerlendirme Simülasyonunu kullanarak mevcut durumlarını analiz edebilir ve akreditasyona daha bilinçli hazırlanabilirler. Akreditasyon başvuruları da TÜSKA net üzerinden gerçekleştirilmektedir. Akreditasyona başvuran kurumlar, tüm akreditasyon süreçlerini yine sistem üzerinden takip edebilmekte, iletişim modülü üzerinden de soru, görüş ve önerilerini iletebilmektedirler. Hastanelerin başvuruda bulunmak için bazı kriterleri karşılamaları gerekmektedir. Bu kriterler; hastanenin Türkiye'de bulunması, gerekli yetki ve izin belgelerine (ruhsata) sahip olması, kesintisiz (yılıda 365 gün, haftada 7 gün, günde 24 saat) hizmet sunmasıdır. Hastanenin denetim istediği tarihten en az altı ay önce başvuru formunu doldurması beklenmektedir. Başvurusu kabul edilen hastanelerden bir ay içinde bir öz değerlendirme istenilmekte, öz değerlendirmede standartların en az %85 oranında karşılanması durumunda hastane için denetim planlanmaktadır. Denetim sonucunda, standartları %100 oranında karşılayan hastaneler akredite edilmektedir.



Standartları %85-%99 oranında karşılayan hastanelerden, "Kısmen Karşılıyor" ve "Karşılanmıyor" şeklinde rapor edilen standartlar için 45 gün içinde Eylem Planı istenilmektedir. TÜSKA tarafından incelenen eylem planının onaylanması ile en geç altı ay içinde yeniden denetim gerçekleştirilmektedir. Akredite edilen hastaneler, belgenin geçerli olduğu üç yıl süresince her yıl ara denetimden geçmektedirler. TÜSKA, Hastane Akreditasyon Programını takiben; ADSM, Diyaliz ve Laboratuvarlar için de akreditasyon programlarına başlayacaktır. Orta-uzun vadede birinci basamak, ambulans ve hasta transferi hizmetleri, branş bazlı, evde bakım hizmetleri, uzun dönemli bakım hizmetleri, özellikli bakım hizmetleri gibi sağlıkta birçok alanda akreditasyon hizmetlerine devam edilmesi planlanmaktadır.

Akreditasyon Standartları

TÜSKA, sağlık hizmetleri alanında uygulayacağı akreditasyon programlarına yönelik olarak, dört farklı akreditasyon standart seti kullanmaktadır. Bunlar; Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) Hastane, SAS Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM), SAS Diyaliz ve SAS Laboratuvar Setleridir. TÜSKA Akreditasyon Standart setleri ISQua tarafından akredite edilmiştir. Türkiye'de sağlıkta ak-

Ulusal ve uluslararası alanda sağlıkta kalitenin güvencesi lider kuruluş olmak vizyonu ile yapılanmasını tamamlayan TÜSKA, sağlık hizmetlerinde kalite standartlarını sürekli yükseltecek akreditasyon programları ve kalite iyileştirme sistemleri geliştirecek ve uygulayacak; bilimsel çalışmalar ile araştırma projelerini hayata geçirecek ve destekleyecektir.

reditasyon standartlarının hazırlanması, 2012 yılında, Sağlık Bakanlığı ile ISQua arasında kurulan resmi iş birliği süreci ile başlamış, standartlar 2012-2015 yılları arasında Bakanlıkça yürütülen çalışmalar sonucunda hazırlanmıştır. 2015 yılında ise TÜSKA'nın kurulması ile birlikte akreditasyon faaliyetleri kapsamında her türlü bilgi ve doküman ile yürütülen tüm iş ve işlemler Sağlık Bakanlığı'nca TÜSKA'ya devredilmiştir.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları, ulusal ihtiyaç ve öncelikler, ulusal-uluslararası standartlar/çalışmalar, Dünya Sağlık Örgütü hedefleri ve ISQua ilkeleri baz alınarak hazırlanmış ve aralarında akademisyenler, sağlık yöneticileri, denetçiler ve uygulayıcıların bulunduğu alanında uzman çok sayıda profesyonelin katılımıyla; anlaşılabilirlik, uygulanabilirlik, ölçülebilirlik gibi parametreler açısından test çalışmaları yapıldıktan sonra kullanıma sunulmuştur. Standartlar, hasta güvenliği, kalite iyileştirme, hasta ve hizmet kullanıcı odaklılığı, kurumsal planlama ve performans gibi temel ilkelere hareketle, hastanelerde "minimum risk, maksimum güvenlik ve optimum kalite"nin sağlanmasını amaçlamakta, "etkililik etkinlik, verimlilik, sağlıklı çalışma yaşamı, hasta güvenliği, hakkaniyet, hasta odaklılık, uygunluk, zamanlılık, süreklilik" olarak belirlenen 10 temel hedefe ulaşılmasını garanti etmektedir.

Sağlıkta Akreditasyon Standart Setleri, uluslararası gelişmeleri dikkate alan, ülkemizdeki sağlıkta kalite altyapısı ile uyumlu, sağlık kuruluşundaki tüm hizmet alanlarını kapsayan, amaçsal yorumlamaya uygun, hizmet süreçlerine ve çıktılara odaklı, inovasyonu teşvik edici, uygulanabilirliği öne çıkaran, kullanımı kolay, kapsayıcı standartlar içermektedir. TÜSKA ulusal akreditasyon programları kapsamında ilerleyen süreçte branş bazlı akreditasyon (yoğun bakım, acil servis, kardiyoloji, KVC), sağlık personeli akreditasyonu, sağlıklı işyerleri, okullar, alışveriş merkezleri, vb. alanlarda akreditasyon standartlarının hazırlanmasına yönelik çalışmalar planlanmaktadır.

Akreditasyon Denetimleri

Akreditasyon programlarına yön verecek bir diğer önemli konu, denetimler ve denetçi kapasitesidir. Bu alanda; ülkemizde mevcut kalite/performans/verimlilik değerlendirme ve/veya denetim faaliyetlerinin süreç bazlı analizi ve yurt dışında benzer sistemlerin incelenmesi üzerine odaklanılmış, ilgili kişi ve kuruluşlarla değerlendirmeler ile çalıştay toplantıları düzenlenmiştir. Yapılan bu çalışmalar sonucunda TÜSKA'nın vizyon ve misyonuna uygun, ihtiyaçları ve eksiklikleri karşılayan, esnek, dinamik, anlaşılabilir ve uygulanabilir bir yöntem geliştirilmiştir.



Denetim Yöntemi

Yöntem kanıt toplama ve kanıtlar üzerinden karar verme üzerine odaklanmaktadır. Yöntemde öncelikle denetçinin standartla ilgili hangi kanıtlara, ne kadar miktarda ve nasıl ulaşacağına yönelik kanıt toplama teknik, ilke ve kriterleri belirlenmiştir. Bu üç konu denetçinin kanıt toplamaya ilişkin yaklaşımını içermektedir. Denetim Yöntemi; çeşitli ilkeler, kriterler ve tekniklerden oluşmaktadır;

- İlkeler; kanıtların standartla ilgili olarak önemlilik, yeterlilik ve uygunluk ilkelerine göre toplanması,
- Kriterler; kanıtların uygulama ve kapsam, izlenebilirlik ve devamlılık ile liderlik ve çalışanların katılımı kriterlerini dikkate alınarak toplanması,
- Teknikler; kanıtların doküman inceleme, iz sürme (trail), gözlem, görüşme ve bunların alt teknikleri ile toplanma yöntemlerini içermektedir.

Değerlendirme ölçütü ve standardın karşılanma düzeyi kararları; "karşılıyor", "kısmen karşılanıyor" ve "karşılanmıyor" kararlarından biridir. Denetçi topladığı kanıtlarla ilgili uygunsuzluk tespit etmediyse doğrudan "karşılanıyor" kararı verilmektedir. Ancak bir uygunsuzluk tespit etmiş ise denetçi bu uygunsuzluğu "Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri" ile uygunsuzluğun Risk Boyutu, Etki Alanı ve Sıklık Düzeyini içeren "Denetim Matrisi" aracılığıyla değerlendirmektedir. Sonraki aşama ise standardın karşılanma düzeyi kararıdır. Her bir standart değişik sayılda değerlendirme ölçütü içermektedir. Eğer herhangi bir değerlendirme ölçütü "karşılanmıyor" ise standardın da kar-

şılanma düzeyi kararı "karşılanmıyor" olarak verilir. Diğer durumlarda ise Karşılanıyor ve Kısmen Karşılanıyor olan değerlendirme ölçütü sayısı aritmetiğine bakılır.

Her bir standardın karşılanma düzeyi kararı verildikten sonra tüm standart setinin karşılanma düzeyi belirlenerek uygulanan akreditasyon programı kapsamında süreç ilerlemektedir.

Denetçi Eğitimleri

TÜSKA tarafından uygulanan denetçi eğitim programı ISQua tarafından akredite edilmiştir. Gerçekleştirilen eğitimler; Temel Eğitim Programı ve Kapasite Geliştirme Eğitim Programı olarak düzenlenmiştir. Program sonucunda ülkemize hekim, hemşire, mühendis, eczacı, yönetici, çeşitli sağlık branşları alt kategorilerinden olmak üzere akademisyenler, yöneticiler, denetçi/değerlendirici ve sağlık çalışanlarından ana kategorilerinden toplam 69 denetçi yetiştirilmiştir. Denetçilerin yetiştirilmesine rehberlik etmek üzere ilgili akademisyenler ve saha profesyonellerinin katılımıyla TÜSKA tarafından bir çalıştay düzenlenmiş ve sonucunda denetçilere yönelik "Hastane Akreditasyon Denetim Rehberi" oluşturulmuştur. TÜSKA akreditasyon programları kapsamında gerçekleştirilecek denetçi eğitimleri ile denetçi kapasitesi nicelik ve nitelik olarak geliştirmeye devam etmektedir. Yakın dönemde, TÜSKA'nın önümüzdeki süreçte gerçekleştireceği farklı akreditasyon programları ile uluslararası akreditasyon programlarına yönelik denetçi eğitim programları uygulanacaktır.



Akreditasyon Teşvikleri

Sağlık hizmetleri alanındaki akreditasyon çalışmaları Ekonomi Bakanlığı tarafından desteklenmektedir. 2 Haziran 2015 tarihli ve 29374 sayılı Resmi Gazete'de iki karar yayımlanmıştır. Bu kararlardan 2015/8 sayılı "Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Karar" kapsamında Belgelendirme Destekleri içerisinde Desteklenen Belge ve Sertifikalar Listesi'nde (EK-7B) yer alan "Sağlık Turizmi Sektörü" başlığında "Sağlık Bakanlığı-Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) Belgesi" yer almaktadır. Mezkur Resmi Gazete'de yayımlanan 2015/9 sayılı "Döviz Kazandırıcı Hizmet Sektörleri Markalaşma Destekleri Hakkında Karar" kapsamında "Desteklenecek Faaliyetler" başlıklı üçüncü bölümün "II-Hizmet Sektörü Marka Destek Programı Kapsamına Alınan Yararlanıcıların Desteklenmesi" kısmı 11. maddesi 1. fıkra (d) bendi "*Çevre, kalite ve insan sağlığına yönelik teknik mevzuata uyum sağlanabilmesi ve yurt dışı birim açılışı ve işletilmesinin teminen gerçekleştirilen; kalite, hijyen, çevre belgeleri, ilgili ruhsat ve izinler ile bir ülke pazarına girişte zorunlu olarak aranan veya pazara girişte avantaj sağlayan belge/sertifikalara ilişkin eğitim, danışmanlık dahil her türlü belgelendirme giderleri, %50 oranında ve belge başına en fazla 50 bin ABD doları desteklenir.*" hükmünü içermektedir. Ayrıca akredite olan hastaneler Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yapılan kalite değerlendirmelerinden akreditasyon süresince muaf tutulacaktır.

Kalite İyileştirme Çalışmaları

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi sağlama, sürekli iyileştirme ve güvence altında tutma sistemli çalışmalar sonucunda elde edilebilecek bir kazanımdır. Ülkemiz açısından her ne kadar sağlık hizmet kalitesinde iyileştirmeler son yıllarda artarak gerçekleşse de bu iyileştirmelerin hastaneler açısından bir sistem dâhilinde planlı olarak yapıldığını söylemek oldukça zordur. Sağlık tesislerinde iyileştirmeler yaparak vaktinde ve kaliteli sağlık hizmetine erişimin artırılmasına katkıda bulunmak amacıyla kalite iyileştirme projeleri üretmek, var olan projeleri desteklemek ve iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, ulusal ve uluslararası iş birlikleri geliştirmek TÜSKA'nın hedefleri arasında yer almaktadır. Örneğin bu kapsamda, 2016-2017 eğitim ve öğretim yılı içerisinde ODTÜ Endüstri mühendisliği öğrencilerinden bir grup Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisinde bir yıl süreli kalite iyileştirme çalışmaları yapmış ve sonuçlar hastane yönetimi ile paylaşarak kazanımların somutlaştırılması sağlanmıştır.

Sağlık hizmetleri sunum sürecinin çok büyük bir kısmını oluşturan hastaneler için kalite kültürü özelinde kalite yönetim sistemleri açısından neredeyiz, nerede olmayı arzuluyoruz, mevcut durum ile arzulanan durum arasındaki fark nedir, bu fark nasıl kapatılabilir sorularına cevap bulmaya yönelik olarak tüm sektör temsilcileri ile Hastane Kalite Yönetim Sistemleri (Mevcut Durum Analizi) Çalıştayı TÜSKA tarafından düzenlenmiştir. Akreditasyonun da bir kalite iyileştirme çalışması olduğu dikkate alındığında,

akredite olan hastanelere yönelik destek ve teşviklere tarafımızca özel önem atfedilmekte ve bu kurumlar ile yapılacak çalışmalar önemsenmektedir.

Bilimsel Araştırmalar ve Projeler

TÜSEB'in 6569 Sayılı Kanun ile tanımlanmış görevleri arasında "Ar-Ge yapmak, Ar-Ge'lere mali ya da bilimsel destek sağlamak, bunları koordine etmek, teşvik etmek, izlemek, bu amaçla program ve projeler geliştirmek" görevleri bulunmaktadır. Bu kapsamda TÜSEB'in sağlık alanında teknoloji geliştirme, teşhis ve tedaviye yönelik teknik ve yöntemlerin üretimi gibi konularda kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından geliştirilecek projeleri destekleme misyonu vardır. Enstitünün kuruluş ve yapılanma faaliyetlerini izleyen süreçte bilimsel çalışmalarını desteklemek ve projelere mali destek verilmesi amacıyla Kalkınma Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı ile görüşmeler gerçekleştirilmiş ve 2018 yılından itibaren proje destekleri verilebilmesi için gerekli başvuru ve işlemler yapılmıştır. TÜSKA, projelere fon sağlamak amacıyla 2018 yılı bütçesinden 15 milyon TL ayırmayı planlamaktadır. Desteklenecek projelerin "akreditasyona başvuru yapan hastanelerin sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme ihtiyaçlarına yönelik projeler" ve "sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme faaliyetlerine yönelik projeler" ana başlıklarında yer alması hedeflenmektedir.

Enstitümüz ayrıca bilimsel çalışmalarını destekleme ve araştırmalarını teşvik etme amacıyla "Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi" adıyla bir süreli yayın hazırlamıştır. İlk sayısının 2017 yılı içinde yayınlanması planlanan dergimize Türkçe veya İngilizce dillerinde yazılmış, sağlık alanında kalite ve akreditasyon konularında çalışmalar kabul edecektir. Enstitümüzün hem ulusal hem de uluslararası alanda bilimsel çalışmalara yön veren bir kuruluş olması, çalışmalar sonucunda elde edilen bulgular değerlendirilerek sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır.

Not: Makalenin hazırlanmasına katkı sunan aşağıdaki isimlere teşekkür ederim:

- Yrd. Doç. Dr. Umut Beylik, TÜSKA Enstitüsü, Araştırmacı
- Yrd. Doç. Dr. Keziban Avcı, TÜSKA Enstitüsü, Araştırmacı
- Dr. İbrahim Kayral, TÜSKA Enstitüsü, Araştırmacı
- Canan Cengiz, TÜSKA Enstitüsü, Uzman
- Demet Kavak, TÜSKA Enstitüsü, Uzman
- Özden Güdük, TÜSKA Enstitüsü, Uzman
- Metin Yüce, TÜSKA Enstitüsü, Uzman

Anadolu'da bir tıp fakültesinde dekan olmak

Prof. Dr. Şaban Şimşek



1956 yılında Rize'de doğdu. İlkokulu doğduğu köyde, ortaokul ve liseyi İstanbul'da tamamladı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu (1980). Göz hastalıkları ihtisasını Göztepe ve Okmeydanı SSK Hastanelerinde tamamladı. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesinin kurucuları arasında yer aldı. Klinik şeflik, baştabiplik, tabip odası başkanlığı ve Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı görevlerini yürüttü. 1999'da doçent, 2006 yılında profesör oldu. Milli Eğitim Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu, Yükseköğretim Kanun çalışmalarını yürüttü. Halen Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olan Dr. Şimşek evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Bir telefon ziliyle başladı hikâye...

Yer Mengen, saat gecenin on biri idi. Bir zamanlar siyasette "864 Rakımlı Tepe" diye anılan yerin "657'liler için 1 numara"sının ismi gözükte telefonumun ekranında.

- Aloo, Sayın abim! Tam da telefonu kapatmak üzereydim; bu saatte, hayırdır İnşallah?

- Sayın Hocam ben Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rektörü Hüseyin.

- Hay Allah! Ben mi yanlış gördüm; ekranda F. K. yazıyordu.

- Doğrudur Hocam. Benim şarjım bitmişti. Onun telefonundan arıyorum.

- Buyurun, Sayın Rektörüm.

- Hocam kusura bakmayın bu saatte rahatsız ettik. Rize'de tıp fakültesinin yönetiminde sıkıntıya düştük. Mevcut dekan görevden ayrılmış durumda. Uygun bir isim bulamadık. Şu an ben vekâleten idare etmeye çalışıyorum.

- Evet.

- Sayın Cumhurbaşkanımızla da görüştük. Sizi bu işe uygun gördüler. Eğer kabul ederseniz...

- Bir dakika, bir dakika! Ne diyorsunuz Sayın Rektör; yani ne dekanlığı, ne Rize'si? Hem... Yani arkadaş, sen kime sordun da böyle bir şeyi Cumhurbaşkanı ile paylaşıyorsun, beni uygun görüyorsunuz?

- ...

- Yaa! Hüseyin Bey kardeşim; şimdi... Sen bana sordun mu yani böyle bir şeyi önce bana sorman gerekmez miydi?

- Evet ama...

- Aması ne yahu? Böyle bir şey benim aklımdan bile geçmez. İstanbul'dayım, yerleşmişim, dolaş dolaş nihayet bir yerde bir düzen kurmuş gibiyim hayatta. Burada, bırakalım rektör yardımcılığını, Türkiye'ye şamil bir üniversite kuruyoruz. Ciddi projelerim var, kendime misyon edindiğim şeyler var. Şimdi nereden çıktı Rize, dekanlık?

- Hocam ben telefonu Sayın Cumhurbaşkanımıza arz ediyorum.

- Pardon? Nee?

-

- Şaban Bey, Selamun Aleyküm

- Ve Aleyküm Selam, Efendim

- Nasılsın, ne yapıyorsun?

- Hay Allah! Valla Sayın Cumhurbaşkanım, şu an Bolu/Mengen'de bir ormanın içindeyim. Gündüz bahçede çalışmış pestilim çıkmış vaziyette tam yatmak üzereyken... Önce rektör sonra zat-ı aliniz... Tabiri caizse bayağı "şok" vaziyetlerdeyim.

- Ne işin var Mengen'de, bahçede?

- Burada küçük bir yerimiz var. Zaman buldukça uğraşyoruz, biraz da toprağa yakın olmak gibi artık.

- Kolay gelsin, toprakla uğraşmak güzeldir ama senden çok daha önemli bir iş istiyoruz.

- Buyurun Efendim.

- Rektör Bey de söyledi. Bu Rize'de

sorun var; eğitimde sorun var, hizmet sunumunda sorun var; çok şikâyet geliyor.

Konuşmanın devamı mı? O özelimizde kalsın ama adeta, karanlıkta yürürken kafasına arkadan hiç de beklemediği koca bir sopa yiyen insanın yaşayacağı şaşkınlık içerisinde, devletin tepesinden gelen teklifi/görevi bir şekilde reddetmek üzere verdiğim cansiperane mücadeleye rağmen ve en az 10 dakika süren, kendi açığımdan bir cebelleşme sonunda Sayın Cumhurbaşkanımızın sarf ettiği bir cümleye yenik düştüğümü, bunun da kesinlikle "emir demiri keser" cincinsen değil "insanı gönül evinden vuran" mahiyette olduğunu belirtmek isterim.

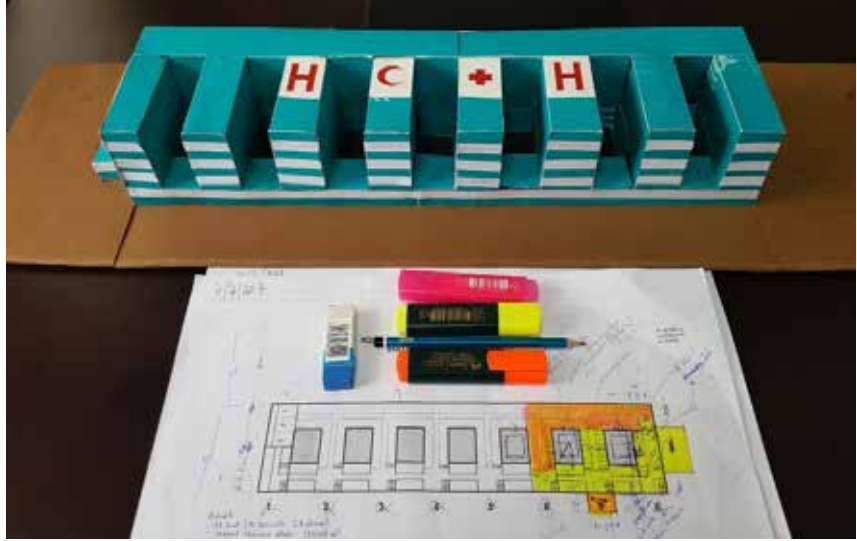
Evet, işte böyle idi Anadolu'da bir dekan olma serüveninin başlangıcı... Sonrasında ne mi yaptım? Derhal harekete geçtim ve Sayın Cumhurbaşkanımızın "15 gün sonra Rize'ye geleceğim. Meseleyi masaya yatırırız" şeklindeki sözlerine binaen daha görevlendirme için herhangi bir işlem yapılmadan Rize'ye hareket ettim ve kısa bir ön rapor hazırladım. Sayın Cumhurbaşkanımız, söylediği tarihte Rize'ye geldi. Ben de rapor elimde görüşmeyi bekledim ama kendilerine toplantı salonunda 10 metre, akşamki yemek salonunda da alt kattan üst kata kadar olan mesafe, yani aramızda hasır beton olmak şartıyla iki metreden fazla yaklaşmadım! Rapor elimde ortalıkta kalakaldım öylece.

Tamam, toplantı salonunda dekanlara ayrılan salonun beşinci sırasındaki

yeri akademik onura ters bularak reddetmiş ve en arkadaki öğrenci koltuklarından birine oturmuştum ama ya şimdi ne yapacaktım? Doğrusu “Ya, başlarım böyle işe. Konuşmamızın ya arkadaşım ya da tanıdık olan en az dört tane şahidi var ve hepsi de şu an Cumhurbaşkanının yanında ama sesleri hiç çıkmıyor! Kimse ‘Şaban Hoca ile böyle bir randevunuz vardı’ diye hatırlatmıyor ona! Ben bunlara mı güvenip Rize’ye geleceğim, bir iş yapacağım” deyip çekip gitmek de vardı kafamdan geçenler arasında. Ama ruhumu ezen bu duygular içerisinde gönlüm kırık da olsa “Sabretmeli, devletimizin başının sözü yere düşmesin diye kabul ettiğim bu görevi en iyi şekilde yerine getirmeliyim” düşüncesi ağır bastı. İşe şehirdeki sağlık yöneticilerinden bir takım oluşturarak başladım; dekan yardımcılarım, il sağlık müdürü, kamu hastaneleri birliği il genel sekreteri, başhekimler. Durum tespiti yaptık. Önerdikleri çözümler üzerinde durduk. Öğretim üyeleriyle defalarca toplantılar yaptık, fikir teatisinde bulunduk. Sonunda, hem tıp eğitimi iyileştirmek hem de sağlık sunumunu düzeltmek için radikal çözüm olarak öncelikle fizik mekân sorununun halledilmesinin elzem olduğuna kanaat getirdik.

Bu arada... Fakülte idaresinde “yönetim” değil “yönetişim” modelini seçtik. Hemen her konuda tabanla, yani işi yapanlarla beraber, onların isteklerini, verdikleri bilgileri, önerileri dekanlıkta bir üst akıl olarak değerlendirerek uygulamaya koyan bir yönetim tarzı oluşturduk. Bunu doğrudan ve/veya kurullar aracılığıyla gerçekleştirdik. Dekan olarak mevzuatın bende kalmasını zorunlu kıldığı haller dışındaki tüm imza yetkilerimi, biri kliniklerden diğeri de preliniklerden sorumlu iki yardımcıma bıraktım...

Fakülteye adam alırken önce anabilim dalında “Bilimsel ve hizmete yönelik olarak ihtiyaç var mı?” diye baktık. İhtiyaç varsa kliniktekilere “Bu ihtiyacı giderecek ve sizinle uyum içinde çalışacak arkadaşınız var mı?” diye sorduk. Sonra da kadro dâhilinde ve liyakati öne çıkararak tercihte bulunduk. Siyasiler ya da bir başka harici güce bu konuda söz hakkı bırakmadık. Baskı kurmaya yeltenenlere prim vermedik. Hekimle hekim veya yardımcı sağlık personeli arasında geçen tüm şikâyet, inceleme ve soruşturmaları elimizin tersiyle ittik. “Bu ve benzeri durumları bir daha görmek istemiyorum, bize yakışmaz” dedim. Tutumumuz, yayın yasağı getirilince artık teşebbüs dahi edilmeyen Boğaziçi Köprüsündeki düzmece intihar olaylarına benzer şekilde çok etkili oldu. Eski dosyaları bir şekilde temizledikten sonra, göreve geldiğimizden bu yana geçen on ayı aşkın süre içerisinde (bir iki gün önce artık mecbur kaldığım bir



Dr. Şimşek'in bizzat hazırladığı hastane maketi ve ameliyathane katının iç mimari projesi



Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Külliyesi Maketi

klinik hariç) kayda değer hiç bir şikâyet vuku bulmadı... Rektörlükle ilişkileri, bazitahi zaten tüm diğer disiplinlerden farklı olan işini iyi bilen, bu kutsal mesleği layıkıyla uygulayan-uygulamaya çalışan birim amiri konumunda onurla yürüttük. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri İl Genel Sekreteri ve EAH Başhekimisi ile olan, aslında mevzuatın tetiklediği yetki karmaşası ve sıkıntıları ise kişisel “ağır abi” konumumu(!) değerlendirerek çözüme yoluna gittik.

Ondan bundan şundan söz ederken öğrencilerimi unuttum sanmayın? Asla! Zira onlar bizim yani fakültenin varlık sebebi. Onların diliyle konuşursak; aramız süpeeer! Ben onlara mizah diliyle şarkılı türkölü dersler anlatıyorum, paramedikal kitaplarımdan veriyorum, 600 kişi katılımlı kocaman öğrenci kongreleri yapmalarına her türlü yardımı yapıyorum, dersliklerini iyileştiriyorum, yanlarından geçerken “N’abersiniz?” diyorum, onlar için göz kitabı yazıp sonra da bastırıp ücretsiz dağıtıyorum. Onlar da beni ziyarete geliyor ve çiçek getiriyorlar.

Küçük şehirlerde iş yapmak büyük şehirlere göre zordur. Hele de burası Cumhurbaşkanının ya da Başbakanın şehri olursa birkaç kat daha zordur.

Fakülte idaresinde “yönetim” değil “yönetişim” modelini seçtik. Hemen her konuda tabanla, yani işi yapanlarla beraber, onların isteklerini, verdikleri bilgileri, önerileri dekanlıkta bir üst akıl olarak değerlendirerek uygulamaya koyan bir yönetim tarzı oluşturduk. Bunu doğrudan ve/veya kurullar aracılığıyla gerçekleştirdik. Dekan olarak mevzuatın bende kalmasını zorunlu kıldığı haller dışındaki tüm imza yetkilerimi, biri kliniklerden diğeri de preliniklerden sorumlu iki yardımcıma bıraktım...



Dr. Şimşek ve öğrencileri



Zira yetkili-yetkisiz, alakalı-alakasız, iş yapmanızı isteyen-istemeyen, karışanı mebzuldür; siyasiler, üst düzey bürokratlar, milli piyangodan büyük ikramiye çıkmış gibi ilin siyasi önde gelenlerinin yakınları, halktan sivri zekâlılar, bazı STK temsilcileri vesaire, vesaire... Ancak bunlara hiç kulak asmadık. Zaten bir kere kesin tavrınızı gösterince bir daha teşebbüs eden de kolay kolay olmuyor. Yani bizi rahatsız etmedi bunlar. Bildiğimiz ve inandığımız doğrultuda tevdi edilen görevi yerine getirmek üzere çalışmalarımıza devam ettik. Hemen her aşamasını TV'lerde özel programlarla (Burada bana büyük destek veren Çay TV'ye özellikle teşekkür ederim), STK'ları toplayarak, medya ile paylaşarak, vekillerle, başkanlara anlatarak hemen herkesle paylaştık. Sanıyorum ki Rize'de bir proje üretilirken halkla bu derece paylaşılan başka bir çalışma daha yoktur.

Halkın desteğini, işin kotarılmasında çok bir katkısı olmasa da hep yanımızda hissettik. Bu bize moral verdi, şevk verdi, azmimizi kavi kıldı. Ama hem fikirsiz hem de siyasi anlamda asıl destek vermesi gerekenlerden (Siyasiler ve şehrin tepe yöneticileri) bu yakınlığı göremedik. Adeta görmezlikten gelindi çalışmalarımız; hukuki tabirle "yok hükmünde" sayıldı. İşte bizi asıl rahatsız eden bu idi; karışanlar değil, karışması gerektiği halde karışmayanlar! Ne zamana kadar mı? Sayın Cumhurbaşkanımızla yaptığımız o ilk konuşmada randevulaştığımız tarihten tam 9 ay, benim zat-ı alilerinin özel telefonuna mesaj bıraktığım saatten ise sadece 29 dakika sonra bizzat geri dönüşleri ve akabinde birkaç gün geçmeden Beştepe Külliyesinde gerçekleşen özel görüşmemize kadar. Ancak belirtmeliyim ki o da "zoraki" ya da "gönülsüz" bir görme idi maalesef, her neyse.

Görüşmeye üç peyzaj mimarlığı öğrencisi ile (hocalarının gözetiminde) birlikte yaptığımız iki metre boyundaki, kendi ifadeleriyle o güne kadar yaptıkları en iyi maketle gittim. Üç parça halindeki maketin, Külliyenin koridorlarından devletimizin en üst makam salonuna gidışı görülmeye değerdi. Her birini bir görevlinin sürdürdüğü üç adet tekerlekli servis arabası Anadolu'ya giden tren vagonlarını andırıyordu. İlk defa rastladıkları bu manzarayı görenlerin merakla "nedir bu?" sorusuna bilenlerin verdiği cevap ise benim için çok keyif verici idi; "Rize'den hastane maketi gelmiş!"

Etrafındakilerin "Beyefendi" dediği, benimse bana yapmacık-bizden olmayan yerini doldurmayan gibi gelen bu tabir yerine "Büyük Reis" demeyi daha çok yakıştırdığım Sayın Cumhurbaşkanımıza öncelikle bir slayt sunumu yaptım. Özeti şöyle:

Rize'de Tıp Eğitimi ve Sağlık Hizmetleri

I- Mevcut Fizik Mekân:

a) Hastane:

- Fizik mekân (büyüklük, çeşitlilik) olarak yetersiz.
- İç mimarisi eğitim-öğretime uygun değil.
- Bu haliyle ve her düzeydeki hasta kabulüyle, işleyiş olarak 3. Basamak (üniversite veya Eğitim Araştırma Hastanesi) değil 2. (veya 2,5) Basamak devlet hastanesi olarak çalışıyor!
- *Yeni fizik mekân, yani eğitim öğretime uygun, yeterli büyüklükte hastane şart.

b) Dekanlık-Morfoloji Binası

- İşlevsel değil (Hocaların odaları burada, çalışma yerleri hastanede)

- Öğrenciler, sandalyeler kaldırılıp sıra düzenine geçilmesine rağmen Amfilerle sığmıyor.

*Yeni Amfiler ve hocalara kullanabilecekleri odalar, eğitim-öğretim alanları gerekiyor.

II- Personel Durumu:

- Asistan, Hoca ve özellikle de yardımcı sağlık personeli eksikliği...

*Bu konuda bazı mevzuat değişiklikleri yapılmalı:

- PDC ve Bölge sistemi değişmeli
- YÖK üniversiteleri kadro konusunda daha serbest bırakmalı
- Sağlık Bilimleri Üniversitesinin negatif etkisi giderilmeli

III- Mevcut Durumda Yapılabilecekler:

- «Simülasyon Merkezi» kurulmalı
- Mevzuat değişiklikleri (Personel, işleyiş, eğitim-öğretim, idare)
- Alet-Cihaz takviyesi

IV- Çözüm Önerileri:

a) Palyatif:

- Bazı bölümlerin Devlet Hastanesine taşınması: Gerçekçi değil. Çünkü yeterli yer yok ve disiplinler birbirinden ayrılmıyor.
- Şehir Hastanesi: Çözüm değil. Çünkü;
- Eğitim-öğretime uygun değil: Hastalar seçilmeden geleceği için 2.Basamak Devlet Hastanesi (hizmet hastanesi) gibi çalışmak zorunda (+ performans baskısı).
- Rize için 9 bin hastanın (Kaçkar

Hastanesi yerinde kalırsa 7 bin) girdiği bir hastane ve içerisinde 14 çeşit doktor? Kim hangi doktora gidecek? Kim kiminle nöbet-icap tutacak? Takım ruhu nasıl oluşacak? Çalışma barışı nasıl sağlanacak? Klinikte kimin tedavi prensipleri uygulanacak? Hiyerarşi, otorite ve idarede teklik nasıl sağlanacak?

- Bu hengâmede, öğrenci-stajyer-intörn-asistan eğitimi nasıl yapılacak?

Öğretim üyesi kendini nasıl geliştirecek? Araştırma-yayın-buluş? Moral-motivasyon?

b) Radikal Çözüm: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Külliyesi

1. Yeni Hastane: Paketleme fabrikasının arsasında, eğitim-öğretime uygun bir hastane (750 normal yatak + 100 yoğun bakım yatağı + 100 sağlık turizmi.)

2. Onkoloji Hastanesi ve Kemik İliği Transplantasyon Merkezi:

- Onkoloji Merkezinin dönüştürülmesi (100 Yatak)

- Kemik İliği Nakil Merkezi eklenmesi

3. Mevcut hastanenin yeni merkezlere dönüştürülmesi:

- Palyatif Bakım Merkezi (100 Yatak)

- AMATEM (Alkol Madde Bağımlıları Tedavi Merkezi)

- Ruhsal, Zihinsel ve Fiziksel Rehabilitasyon Merkezi

- Yaşlı Bakım Merkezi

- Hasta Oteli

4. Yeni hastanede üç adet 160 kişilik amfi (Dekanlığa bitişik blokta)

5. Sağlık Turizmi ve Kongre Merkezi (Dekanlığın karşısındaki dolgu alanına bin kişilik salon, iki adet 300 kişilik salon, misafirhane, lokanta, spor alanları)

6. Diş Hekimliği Fakültesi

7. Sağlık Yüksekokulu.

Doğrusu benim hesabım, maketi daha doğrusu sunumu Cumhurbaşkanımıza arz etmek ve "Efendim, ben verdiğiniz vazifeyi layıkıyla yerine getirdiğimi düşünüyorum. Artık bana müsaade edin, İstanbul'a döneyim" diyerek Rize'den ayrılmaktı. Zira bu projeyi o zamanki Sağlık Bakanı olan sevgili eski arkadaşımız Recep Akdağ'la gerçekleştirmemiz, karakterlerimiz gereği imkânsızdı... Ama gelin görün ki her zamanki gibi kader ağlarını örüyor, bizim dediğimiz değil Allah'ın dediği oluyor ve yüzde yüz bir tevafuk olarak ben Sayın Cumhurbaşkanımızla görüşmek için özel kalemde beklerken kabinde değişikliğe gidiliyordu.

Artık bahanem kalmamıştı; zira "efsane" denile denile sağlık sistemini ve sağlık camiasını hallaç pamuğu gibi atan Sayın Bakan Recep Akdağ gitmiş yerine Sayın Ahmet Demircan gelmişti. Gelen hiç tanımadığım bir isimdi ama nedense onunla görüşebileceğimi, fikirlerimi paylaşabileceğimi, yaptığım çalışmaya kıymet vereceğini ve sonuçta projeyi birlikte yürütebileceğimizi düşünmüştüm! Görüşmenin sonunda ancak şunu söyleyebildim: "Sayın Cumhurbaşkanım, ben verdiğiniz görevi şu ana kadar layıkıyla yerine getirdiğimi düşünüyorum. Eğer bu proje kabul olursa inşaat çavuşluğu yapmak dahil çalışmaya hazırım ama olmayacaksa bana müsaade edin efendim."

Verdiği cevabı daha doğrusu nidasını söylemeyeyim ama projeyi takdirle karşıladı. Dahası sunum için geçen bir saat on beş dakika içerisinde konuştuğum her cümleyi büyük bir nezaketle ve dikkatle dinledi. Sözümü kesmedi; her kelimesini bu işe gönülünü vermiş bir akademisyenin çalışması olarak değerli buldu. Sadece kaç mal olacağını sordu o kadar. Bu sorusundan, projenin kafasına yattığı sonucunu çıkardım ben. Hemen arkasından özel kalemime "Ahmet Bey'den randevu alın, Şaban Hocamızı da davet edin." dediğinde ise içimden "Allah'ın izniyle artık bu iş tamamdır" diye geçirdim.

Sayın Bakanımızla üç saati aşkın görüştük. Sadece projede değil sisteme dair görüşlerimizin de paralel olması beni memnun etti. Dahası bu kutsal mesleğin ve meslektaşlarımızın geleceğine dair ümit var oldum. Sade, gerçek, mütevazı kişiliği ise onun insanlığının güzelliği idi. Ardından Sayın Başbakanımızla da uzun uzun görüştük. Tabii bu arada bizim maket, Ankara'daki devletin tüm üst katlarını gezerek iyice meşhur olmuş oldu. Aslında bu maketi, harita ya da plan üzerinden insanlara bir şeyler anlatmanın zorluğunu hissetmem sebebiyle, bir TV programı öncesi tam yedi saat uğraşarak kendi ellerimle yaptığım maketin halkta bıraktığı olumlu etkiyi gördükten sonra yapmaya karar vermiştik. Etkisi mezkûr yüksek yerlerde de müthiş oldu.

Bu arada... Eğitimde öne çıkmak için mutlaka bir "Simülasyon Merkezi" kurmamız gerektiğini bunu kurarsak Rize Tıp Fakültesinin tercih sıralamasında 45. sıralardan çok rahatlıkla 20. sıralara yükseleceğini ilettim Büyük Reis'imize. Simülasyon eğitimi hakkında bilgi verdim, kısa filmler-fotoğraflar gösterdim... Nasıl da yeniliğe ve projeye önem veren hatta bunlara aç olan bir insan olduğunu başka hiçbir şey demeden "Bu iş için yeriniz var mı?" sorusunu sorduğunda anladım. "Yerimiz mevcut, bu iş için asgari üç milyon dolara ihti-

yacım var" dediğimde ise rakamı söz konusu etmeden sorduğu soru "neden dolar?" oldu. Yani aslında "Neden milli paramızla konuşmuyorsun?" demişti bana... Ancak hemen ardından, ben daha cevap vermeye fırsat bulmadan, belki de beni zorda bıraktığını, incinebileceğimi düşünerek "yurt dışından mı geliyor bu sistem, cihazlar" diye ilave etti. Ben de "Evet efendim. Tamamıyla yurt dışından maalesef" diye cevap verdim. "Parayı Rektörlüğe mi vermek gerekiyor?" dediğinde ise "Olabilir efendim ama paranın tahsisi, ihalenin süresi... Üstelik ben parayla uğraşmasını da hiç sevmem Sayın Cumhurbaşkanım. En iyisi siz bize bir sponsor bulun. Ben projemi onlara takdim edeyim, takibini de yapayım. İş bize anahtar teslimi versinler" dedim...

Sadece bir gün sonra, o sponsor beni aradı... Sonra süreç hızla ilerledi; İstanbul'da yaptığımız görüşmeler, Rize'ye teknik ekipleri davet etmemiz vesaire. Bugün geldiğimiz noktada, inşallah iki üç hafta içerisinde dekanlık binamızda tadilata başlayacak, üç dört ay sonra da bu merkezi hem Rize'mizin hem de tüm Türkiye'nin hizmetine sunacağız.

Evet, taşrada dekan olmanın hikâyesinin bir kısmı böyle. Sadece Rize'de mi bu zorluklar? Değil tabii. Cumhurbaşkanıyla görüşme gecikince ve sıkıntıların sadece Rize ile sınırlı olmadığını görünce işin içine Ordu, Giresun ve hatta Samsun'u da katayım demiştim. Böylece mezkûr üniversitelerin rektörleri, dekanları ve başhekimleriyle ortak bir toplantı yapıp Cumhurbaşkanlığına sunacağım çalışmayı bir "Bölge Raporu" haline getirdim. Gerçekten Ordu ve Giresun'un durumu bizden çok daha kötü idi. Samsun ise herkesin deyim yerindeyse balıklama atladığı afilyasyona sıcak bakmıyordu!

Sayın Cumhurbaşkanımıza sunduğum raporun sonundaki slaytı hiç dokunmadan buraya koymak istedim:

Evet, bu durumda dayanamadım ve o üniversitelerin yetkililerine sordum; "Yahu yükseklerden mesela YÖK'ten filan gelip de size; 'Hey, arkadaşlar! Haliniz nicedir? Buralarda size tıp fakültesi açtık, neler yapıyorsunuz? Eksiğiniz dediğiniz var mı? Öğrencilerin durumu nasıl? Yeterince eğitim alıyorlar mı? Nasıl bir doktor yetiştiriyorsunuz? Verdiğiniz sağlık hizmetinin kalitesi nedir?' diye hiç soran oldu mu?"

Dediler ki; yooook yok!

Sonra döndüler, onlar bana sordular; "Peki ya sana soran oldu mu?"

Dedim ki; yooook yok!

Sağlık Bilimleri Üniversitesi ve tıpta uzmanlık eğitiminde yeni dönem

Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı



1959 yılında Rize’de doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Samsun’da tamamladı. 1982 yılında İstanbul Üniversitesi Edirne Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1988 yılına Üroloji uzmanlığının ardından 1993 yılında Vakıf Gureba Hastanesinde doçent, 1999 yılında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesinde profesör oldu. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği, Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı yaptı. Halen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı ve Adli Tıp Kurumu Üyeliği görevlerini yürütmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesi için hekimlerin özellikleri çok önemlidir. Bu nedenle mezuniyet öncesi tıp eğitiminde insani ve mesleki değerlere donanımlı, bilimsel düşünce ve tutum sahibi, sağlık hizmetlerini sunabilme yeterliliğine sahip, uzmanlık eğitiminde de tıbbın farklı alanlarında yetkinliğe sahip profesyoneller yetiştirilmesi amaçlanmaktadır. Uzman hekimlerden sağlık hizmeti sunuculuğu yanında bilim insanı, iletişimci, ekip üyesi, değerler ve sorumluluk sahibi, öğrenen ve öğreten, sağlık koruyucusu ve yöneticilik gibi bir dizi yetkinliğe de sahip olmaları beklenmektedir. Bu durum uluslararası ve ulusal standartlarda ve bunlara uygun hazırlanan belgelerde de yerini almıştır. Eğitim programının başarısı, eğitim sonucu öğrencilerin beklenen özelliklere sahip olup olmaması ile ölçülür. Tıpta uzmanlık eğitiminde eğitimin başarısını değerlendirecek sistematik çalışmalar olmamakla beraber, uzmanlık eğitimi sırasında yapılan tezlerin yayınlanma oranlarının düşüklüğü, eğitimden sonraki bilimsel çalışmaların sayı ve

kalitelerinde yetersizlikler yanında sağlık hizmeti sunumundaki aksamalar, tıbbi uygulamalarda hata oranları, hastaların çeşitli yollarla yaptığı şikâyetler, sağlık hizmetleri ile ilgili uyumsuzlukların artması ve eğitim süreçlerinde uzmanlık öğrencilerinin memnuniyetsizlikleri gibi durumlar tıpta uzmanlık eğitiminin kalitesinin tartışılmasına neden olmaktadır. Tıpta uzmanlık eğitiminde kalitenin artırılması için yapılan çok sayıda toplantı, çalıştay ve benzeri çalışmalara rağmen arayışlar sürmektedir.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, -kuruluş kanunundaki amaca uygun olarak-Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleriyle 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun ek 9. maddesi çerçevesinde birlikte kullanım protokolleri yaparak bu kurumlardaki uzmanlık eğitiminin yetki ve sorumluluğunu üzerine almıştır. Yani bugüne kadar Sağlık Bakanlığı gözetiminde eğitim hastanelerinde yürütülen tıpta uzmanlık eğitimi, artık Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesinin yetki ve sorumluluğu altındadır. Diğer bir de-

yişle Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, ülkemizin en kapsamlı tıpta uzmanlık eğitimi veren kurum haline gelmiştir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi “mesleki ve insani değerlere sahip, sorumluluğunun bilincinde, bilim insanı yetkinliğinde uzman hekimler yetiştiren, uyguladığı eğitim programı ile ulusal ve uluslararası boyutta model olan bir kurum” olma vizyonuna sahiptir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi 2016 Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Kalite Çalıştayı ile uzmanlık eğitiminin mevcut durumu, eğitimin aksayan yönleri, düzeltilecek alanlar, eğitimin nasıl olması gerektiği tartışılmıştır (1). Bu arada hazırlanan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönergesi, Üniversite Senatosunda kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. Uzmanlık eğitiminde kaliteyi artırmaya çalışan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, tıpta uzmanlık eğitiminin müfredat, eğitim kaynakları, ölçme ve değerlendirme, bilimsel araştırma ve program değerlendirme alanlarında belirlenen sorunlara yönelik düzeltici faaliyetlerine başlamıştır (2).



Sağlık Bilimleri Üniversitesi, -kuruluş kanunundaki amaca uygun olarak- Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleriyle 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun ek 9. maddesi çerçevesinde birlikte kullanım protokolleri yaparak bu kurumlardaki uzmanlık eğitiminin yetki ve sorumluluğunu üzerine almıştır. Yani bugüne kadar Sağlık Bakanlığı gözetiminde eğitim hastanelerinde yürütülen tıpta uzmanlık eğitimi, artık Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesinin yetki ve sorumluluğu altındadır.



Müfredat

Tıpta uzmanlık eğitiminde çekirdek eğitim müfredatları, komisyonlarca hazırlanmakta ve Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından onaylanmaktadır. Ancak tüm çalışmaları ve önemli ilerlemelere rağmen müfredatlarda eğitim bilimi yönünden standardizasyon ve günün şartlarına göre güncellemeler gerekmektedir. Bu konuda Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun çalışmaları devam etmektedir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Müfredat Komisyonları, müfredatı Tıpta Uzmanlık Kurulunca henüz kabul edilmemiş anabilim/bilim dalları için geçici müfredatları oluşturmak, müfredatı kabul edilmiş dallarda, temel yetkinlik alanları (iletişim, ekip üyeliği, değerler-sorumluluk, yönetici, öğrenen-öğreten, sağlık koruyuculuğu) da dâhil bu müfredatların yetkinlik düzeylerine uygun öğrenim hedeflerini ve eğitim yöntemlerini belirlemektedirler.

Eğitim Kaynakları

Ülkemizde Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından uzmanlık eğitim programlarında olması gereken eğitici, mekân ve donanım ile eğitimi için gereken vaka, ameliyat, tetkik ve diğer tıbbi iş

ve işlem çeşitliliğinin asgari standartları belirlenmiştir. Ancak uygulamada eksiklikler yaşanabilmektedir. Bazen vaka sayısı çok fazla olmasına rağmen vaka çeşitliliği yeterli olmayabilmektedir. Bu durum eğitimcilerin ve hastanenin özelliklerinde de kaynaklanabilmektedir. Eğitim karnelerinin doğru bir şekilde kullanılması ile bu alanda eksiklikler objektif bir biçimde ortaya konulabilecek ve eksik olan alanlarda öğrencilerin eğitim alması sağlanabilecektir.

Hem mezuniyet öncesinde hem de mezuniyet sonrasında eğitimden sorumlu kişiler eğitim bilimi konusunda eğitim almamaktadırlar. Bazı kurumlar, eğitici eğitimi kursları ve seminerler düzenlenmektedir. Bazı eğitimciler de eğitici özelliklerini geliştirmek için gayret sarf etmektedirler. Ancak bunlar istenen kalite ve sayıda olmaktan uzaktır. Tıpta uzmanlık eğitiminde geleneksel ulaşılmaz, buyurgan, kararları tartışılmaz şef, hoca, kürsü başkanı kültürü yerini danışman, yönlendirici, yetiştirici eğitime bırakmış olsa da tamamen etkisini kaybetmiş değildir. Bu kültür, öğrenme motivasyonunu da azaltmaktadır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi tüm eğitimcilerinin eğitici eğitimi sertifikası sahibi olmasını, sertifikasyonun atama ve yükseltme kriteri olarak kullanılmasını

hedeflemektedir. Fakültemizde bilimsel araştırma, eğitim yöntemleri ve ölçme değerlendirme alanlarında eğitim programları düzenlenmiş olup yaygınlaştırılmasına çalışılmaktadır.

Hem eğitimciler hem de öğrenciler açısından, sağlık hizmeti iş yükünün fazlalığı eğitim açısından olumsuzluk oluşturmaktadır. Kurumlar ve eğitimciler öğrenciyi öncelikle sağlık hizmeti gören iş gücü olarak görebilmektedir. Şüphesiz hekim olan uzmanlık öğrencisi hasta hizmetlerini de yerine getirecektir. Ancak öncelik, öğrencinin eğitimi olduğu bilinci yerleştirilmeye çalışılmaktadır. Eğitim ile iş yükü dengesinin, hem sağlık hizmetlerini hem de eğitimi aksatmadan başarılması gerekir. Bu sorun için dekanlık eğitim kaynakları komisyonu ile eğitim kurumu yöneticileri iş birliği halinde çözüm aramaya devam etmektedirler. Eğitim materyali olarak kullanılacak simülasyonlar, her klinikte yeterli değildir. Beceri eğitiminde simülasyon eğitimi olmadan doğrudan hasta üzerinde uygulama etik ve hukuki açıdan sorun oluşturabilmektedir. Üniversitemiz sahip olduğu simülasyon merkezlerini tüm öğrencilerin kullanımına sunarak bu eksikliği gidermeye çalışmaktadır.



Ölçme-Değerlendirme

Ölçme ve değerlendirme, eğitim sürecini değerlendirme, programı değerlendirme, eğiticiyi değerlendirme ve öğrenciyi değerlendirme amaçları ile yapılmaktadır. Eğitimin kalitesinden bahsedebilmek için belirtilen amaçlara uygun değerlendirmeler şarttır. Sadece belgelendirmeye yönelik, onay verici değerlendirmeler (summatif sınavlar) uygun ve yeterli olamazlar. Eğitim süreci içinde ölçme ve değerlendirme (formatif sınavlar) olmaksızın öğrencinin eğitim durumunun gidişinin nasıl olduğu anlaşılacaktır ve düzeltici faaliyetler yapılamayacaktır. Eğitim sürecini değerlendiren sınavlar yapıldığında, "Öğrenci hangi konuyu eksik öğrenmiştir? Neden eksiklik mevcuttur? Nasıl düzeltilebilir?" gibi sorular gündemde olabilir. Ölçme ve değerlendirme, eğitimin bir parçası olarak düşünülmeli ve bu şekilde uygulanmalıdır (3, 4).

Ölçme ve değerlendirmenin bir diğer amacı, kişilerin bir görevi yapıp yapamayacaklarına karar vermektir. Tıpta uzmanlık eğitiminde yapılan ölçme ve değerlendirmelerle halkın sağlığına müdahale etme yetkisi verilen uzmanlar yetiştirilmektedir. Bu uzmanların belirlenmiş yetkinliklere ulaşip ulaşmadığı çok önemli bir konudur. Bu nedenle uzmanlık eğitiminde ölçme ve değerlendirme uygulamaları hak ettiği yeri almalıdır. Tıpta uzmanlık eğitiminde amaca uygun ölçme ve değerlendirmelerin yapılamaması eğitim kalitesi önünde önemli engellerimizden biridir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi tıpta uzmanlık eğitiminde ölçme ve değerlendirmelerin hak ettiği yeri alması için gerekenleri yönergesinde belirlemiş ve uygulamalarına başlamıştır.

1. Kuramsal Sınavlar

Tıpta uzmanlık eğitiminde standardize

edilmiş kuramsal sınavlar uygulanmamaktadır. Bazı eğitim kliniklerinde, program yöneticileri kendi çabaları ile bazı sınavlar yapmaktadır. Bazı dallarda da öğrencilerin, dernekler tarafından yeterlilik sınavlarına katılması teşvik edilmektedir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi kuramsal sınavları şu şekilde uygulanmaktadır.

A- Formatif Sınav (Biçimlendirici Sınav): Her eğitim yılında (son yıl hariç) bir kez uygulanmaktadır. Amaç eğitici için öğrencinin durumunu izlemek, geliştirilmesi gereken yönlerini belirlemek, öğrenci için de motivasyon sağlamaktır. Formatif sınav sorularının düzeyleri yıllara uygun olarak hazırlanmaktadır. İlk yıllarda bilir, nasıl olduğunu bilir, gösterir düzeyleri, ilerleyen yıllarda analiz, sentez ve değerlendirir düzeylerine yükseltilmektedir.

B- Summatif Sınav (Karar Verdirici Sınav): Tüm uzmanlık öğrencilerine, eğitimin son yılında bir kez uygulanmaktadır. Bu sınav öğrenci hakkında karar verdiricidir. Bu nedenle geçerlilik, güvenilirlik gibi sınav kalite göstergelerine uygunluğu ön plandadır.

Kuramsal sınavlarda soruların uygun bir şekilde hazırlanması, sınavın yapılması ve değerlendirilmesi anabilim/bilim dalının akademik kurulunun ve ilgili komisyonunun sorumluluğundadır. Ancak bunun yapılabilmesi için gerekli elektronik sınav sistemi hazırlık aşamasındadır. Bu sistem kuruluncaya kadar program yöneticileri sınav sorularının hazırlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarını yerine getirmektedirler. Bu dönemde soruların hazırlanmasında, program yöneticileri ile anabilim dalı ölçme ve değerlendirme komisyonları işbirliği ve yardımlaşma içerisinde çalışmaktadır. Kuramsal sınavlarda, formatif sınavların ortalamasının %50'si ile summatif sınavın sonucunun %50'sinin toplamı, kuramsal

sınavın notunu oluşturmaktadır. Öğrencinin uzmanlık eğitimi bitirme sınavına girebilmesi için 100 üzerinden 70 ve üzerinde puan alması gerekmektedir.

2. Uzmanlık Eğitimi Karnesi

Tıpta uzmanlık eğitiminde karne uygulaması, Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nde temel unsurlardan biri olarak yer alsa da uygulamada hak ettiği yeri bulamamıştır. Eğitim karnesi bir değerlendirme uygulaması olmasına rağmen hemen tüm eğitimci ve yöneticilerde karne, yapılanların kaydının tutulduğu bir döküm gibi anlaşılmakta ve uygulamada da bu şekilde kullanılmaktadır. Birçok klinikte ise karne hiç kullanılmamaktadır. Tıp ve Diş Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne göre, uzmanlık eğitimi takip sisteminin ve bunun bir unsuru olan eğitim karnesinin Tıpta Uzmanlık Kurulu'nca hazırlanması gerekmektedir. Tıpta Uzmanlık Kurulu bu gereksinimi yerine getirinceye kadar kullanılmak üzere, Fakültemiz tüm anabilim dallarında uzmanlık eğitim karnelerini hazırlamıştır.

Eğitim Karnesi, uzmanlık eğitimindeki yetkinliklere ulaşıldığını gösteren ve sonucun kaydedildiği bir belgedir. Karnede, tıpta uzmanlık eğitiminde müfredatta belirlenen yetkinlikler ve yetkinlik düzeyleri yer almaktadır. Öğrenci yetkinlik seviyesine ulaştığında, eğitici tarafından karnede onaylama yapılmaktadır. Karne uygulaması ile hem öğrenci hem de eğitimciler, eğitimdeki seviyelerini, eksiklerin neler olduğunu görebilmektedirler. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesinde Dekanlık Ölçme ve Değerlendirme Komisyonu karnenin formatını belirlemek, Anabilim/ Bilim Dalı Ölçme ve Değerlendirme Komisyonları da karnenin içeriklerini oluşturmakla görevlidir. Öğrenci karnesindeki yetkinliklere ulaştığını eğitimcisine göstermek ve karnesini onaylatmaktan sorumludur. Aksi takdirde uzmanlık eğitimini tamamlayamayacaktır. Eğitim sorumlularının görevi karne durumlarını izlemek, öğrenciyi motive etmek ve eksikleri gidermek için tedbirler almaktır.

3. Uzmanlık Eğitimi Bitirme Sınavı

Hâlihazırda yapılmakta olan uzmanlık eğitimi bitirme sınavları, uzmanlık eğitiminin tüm paydaşları için saygınlığını yitirmiş durumdadır. Sınav jürisinin oluşturulma şekli, sınav ortamı, sınavda sorulan soruların kalitesi, bitirme sınavını bir sınav olmaktan çıkartmış, bitirme töreni haline getirmiştir. Uzmanlık eğitimi bitirme sınavında kısıtlı bir sürede öğrencinin gerekli yetkinliklere ulaşip ulaşmadığını değerlendirmek zordur. Bu zorluğa rağmen sınavın hem teorik hem de uygulamalı kısımları önceden

yapılandırılmış olmalıdır. Bu sınavların formatı ve uygulanışı konusunda ölçme ve değerlendirme komisyonları kriterler belirlemişlerdir. Sınavların bu kriterlere uygun olarak yapılması amaçlanmaktadır.

Bilimsel Araştırma ve Tez

Bilimsel araştırmalar bir ülkenin gelişmesi, ekonomisi, bağımsızlığı için şarttır. Ülkeler, toplumlar, kurumlar bilimsel araştırmaya verdikleri önem ve bu alanlardaki başarıları oranında ayakta kalabilmektedir. Savaşların kazanılmasında bilimsel araştırmaların etkisi ortadadır. Bu gerçeği, yöneticilerin ve bilim insanlarının gündeminden çıkarmaması gerekir. Bilim alanında olan insanların kendilerini cephelerde savaşan bir asker gibi görmesi ve mücadele etmesi şarttır. Bilim insanının mücadele cephesi bilim üretmektir. Uzmanlık tezleri bilimsel araştırma için büyük bir fırsattır. Ülkemizde yılda yaklaşık 5 bin uzmanlık tezi üretilmektedir. Bu tezlerin kalitesi ülkemiz ve bilim için büyük öneme sahiptir. Tezlerdeki kalite düşüklüğü, yayın haline gelememesi, patent, faydalı ürün vb. değer üreten uygulama alanı bulamaması nedeniyle uzmanlık eğitiminde tezlerin gereksizliği tartışmalarını gündeme getirmektedir. Olumsuz sonuçtan yola çıkarak bilim alanını terk etmek doğru bir yaklaşım değildir. Şüphesiz tezler hakkında tartışmalar devam etmelidir. Ancak bilim insanı olduğunu iddia eden çevrelerin bilim üretmekten vazgeçmesi kabul edilemez. Bilim üretmek iddiasında olmayan kişilerin bilim insanı olma iddiaları da tartışılmalıdır.

Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne göre uzmanlık eğitimi süresinin ilk yarısı içinde uzmanlık öğrencisine bir tez konusu ve tez danışmanı belirlenmelidir. Bu kurala rağmen öğrencilere tez konuları zamanında verilememektedir. Tez konusu ve danışmanı belirlendikten sonra literatür taraması, planlama, etik kurul işlemleri, destek arayışlarında zamanın önemli bir kısmı daha geçmekte neticede araştırma aşamalarına az bir zaman kalmaktadır. Son bir yılda, zamanla yarışılan tez çalışmaları yapılmaktadır. Bu sorunun giderilmesi için tez konularının zamanında verilmesi ve onaylama süreçleri, anabilim dallarının ilgili komisyonlarınca takip edilmektedir.

Kaliteli bir tezde tez danışmanın rolü büyüktür. Hatta tezlerdeki sorunların sebebinin tez danışmanının yeterli danışmanlık yapmamasına bağlamak mümkündür. Tez danışmanının zaman sorunu, bilimsel araştırmalar konusundaki eksiklikleri, motivasyonların azlığı tez kalitesinin önündeki en büyük engellerden biridir. Anabilim dalları bilimsel araştırma ve tez komisyonları tez danışmanlarının

eğitici eğitimi konusundaki eksikliklerini giderecek faaliyetleri sürdürmektedir. Tez konusunun orijinal, bilime ve sağlık uygulamalarına katkı oluşturacak nitelikte olması beklenmektedir. Bu nedenle konu seçimi çok önemlidir. Tez konusunun nasıl seçilmesi gerektiği hakkında da bilgi ve usullerimiz yeterli değildir. Klinikteki arşiv verilerinin yetersiz olduğu, çalışmaya uygun materyalin kısıtlı olduğu durumlarda kolay tamamlanabilir ve birbirinin tekrarı niteliğinde tez konuları seçilebilmektedir. Ülkenin ve bilimin ihtiyaçları konu seçiminde yeterince dikkate alınamamaktadır. Anabilim dalı akademik kurulları, araştırma öncelik alanlarını belirleme, tez konusunun bu alanlarda seçimini teşvik etme sorumluluğu taşımaktadır.

Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nde "Tez çalışması, tez danışmanı tarafından üç ayda bir değerlendirilir ve ilgili formları doldurulur" denilmektedir. Bu değerlendirme ve takip, tezin kalitesi için şarttır. Ancak uygulamada, kurallara uygun tez değerlendirmeleri ve takipleri yapılamamaktadır. Tıp Fakültesi olarak bu alanda eğitim ve izleme faaliyetleri yürütülecektir. Tez savunmasının jüri önünde, sözlü olarak yapılması gerektiği halde jüri üyeleri, toplanmadan tez değerlendirme formlarını imzalayabilmektedir. Tez savunmalarının kurallarına uygun yapılmasını sağlamak hedeflerimiz arasındadır. Yine tez değerlendirme jürilerinde, tez danışmanı ve program yöneticinin bulunmaması kuralı getirilerek değerlendirmenin kalitesi artırılmaya çalışılmıştır.

Program Değerlendirmesi

Program değerlendirmesi, bir eğitim programının hedeflerine ulaşma derecesini ölçülebilir ve tekrarlanabilir nitelikte standart kavramlar olarak belirleyen, bu hedeflere ulaşma sürecinde ortaya çıkan sorunları saptayan, yöneticilere ve uygulayıcılara program geliştirmeleri için gereken temel verileri ortaya çıkaran çağdaş bir yönetim yaklaşımıdır. Program değerlendirmesi yapılmadığında yapılanların ne kadar işe yaradığını anlamak, aksayan yönleri görmek mümkün değildir. Dolayısıyla da programda iyileştirmeler ve yeni düzenlemelerin yapılması mümkün olmaz. Ancak, uzmanlık eğitiminde, bilimsel kurallara uygun bir program değerlendirmesi modeli belirlenip uygulamaya konulamamıştır. Uzmanlık eğitimi programı, başta öğrenci, eğitimi ve eğitim kurumuna olmak üzere taraflarının etkilenme durumu, öğrencilerin başarısı ve mezunların izlenmesi ile değerlendirilebilir. Öğrencilerin başarısını gösterecek kuramsal sınavların yapılmamış olması, uzmanlık eğitimi bitirme sınavlarının

yapı ve kapsam geçerliklerinin olması, eğitim karnesinin kullanılmaması, mezunların izlenme zorluğu, program değerlendirmesindeki olumsuzlukları oluşturmaktadır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönergesine göre program değerlendirme ve akreditasyonla ilgili olarak Dekanlık ve Anabilim/Bilim Dalı komisyonları oluşturulmuştur. Program değerlendirme modeli belirlenmiş, değerlendirme ve geri bildirim formları hazırlanmıştır. Uzmanlık eğitimi program değerlendirmesinde eğitimin taraflarının kanaatleri, öğrencilerin başarısı ve mezunların incelenmesi olarak üç değerlendirme başlığı belirlenmiştir.

A- Eğitimden etkilenen tarafların geri bildirimleri

- 1- Program yöneticisinin eğitim hakkında geri bildirimleri
- 2- Uzmanlık öğrencisinin eğitim hakkında geri bildirimleri

B- Öğrencilerin başarısı

- 1- Kuramsal sınav sonuçları
- 2- Tezlerin yayınlanma oranları

C- Mezunların izlenmesi

- 1- Mezunların geri bildirimleri
- 2- Mezunların çalıştığı yerdeki yöneticilerinden alınan geri bildirimler

Sonuç

Tıpta uzmanlık eğitiminde kalite, temel değerlere ve eğitim biliminin kurallarına uygun hedeflerin belirlenmesi, buna yönelik faaliyetlerin gerçekleştirilmesi, tüm süreçlerin izlenmesi ve değerlendirmesi ile sağlanabilir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, tıpta uzmanlık eğitiminde yeni bir dönemin başlangıcını yapmaktadır. Yöneticilerimiz, eğitimcilerimiz ve öğrencilerimizle beraber tıpta uzmanlık eğitiminin kalitesini artırmaya çalışılmaktadır. Yapılanlar bir son değil, daha iyiye ulaşma yönünde çabalaradır.

Kaynaklar

1) TUEK-2016 Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kalite Çalıştay, Çalıştay Kitabı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 26-27 Mayıs 2016, İstanbul.

2) TUEK-2017 Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Eğitici Eğitimi Kursu, Kurs Kitabı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 12-14 Mayıs 2017, Kartepe, Kocaeli.

3) Standards for Master's Degree in Medical and Health Professions Education, WFME Global Standards for Quality Improvement, WFME Office 2016, www.wfme.org/publications/masters-standards-2016/?wpdmf=882 (Erişim Tarihi: 09.10.2017)

4) Wass V, Vleuten C. Assessment in Medical Education and training, In Medical Education and Training, Form theory to delivery, Ed. Carter Y, Jakson N, Oxford University Press, New York, 2009, p.105.

Gelecekte eğitimci olmayı hedefleyen genç hekimlere 10 ipucu

Dr. Ahmet Murt



2010 yılında İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2009-2013 yılları arasında faaliyet gösteren Avrupa Birliği destekli MEDINE akademik iş birliği projesinde yönetim kurulu üyesi olarak görev yaptı. İç hastalıkları uzmanlık eğitimi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde tamamladı. 2014-2016 yılları arasında iki dönem Dünya Genç Hekimler Birliği Başkanlığı da yapan Dr. Murt, mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi ile sağlık hizmeti sunumu ve politikaları arasındaki ilişkiler üzerine çalışmalar yürütmektedir.

Belki biraz klasik olacak ama doktor kelimesinin Latince öğretmek anlamına gelen “docere” fiil kökünden türediğini hatırlatarak başlamak istiyorum. Tıbbın tarihsel gelişimi, doktor olana zaten öğretme görevini de yüklemiş durumdadır. Günümüzde ise tıpta öğretme belirli sistematiği ve kuralları olan bir bilim dalına dönüşmüştür. Bu alanda alınacak bir formal eğitimin önemli katkıları olacağı doğru olmakla birlikte herkesin bunu yapacak zamana sahip olabilmesi beklenemez. Belirli tecrübeye sahip hekimlerin bazı ek becerileri ve en önemlisi de öğretmeye adanmışlıkları ile eğitime ve öğretmede en etkili sonuçlara ulaşılacaktır.

Bu yazı ile gelecekte akademik kariyer hedefi olan genç hekim arkadaşlarımızın eğitim ve öğretme ile ilgili beceri ve yetkinliklerini geliştireceğini düşündüğüm bazı önerileri paylaşacağım. Bu öneriler toplamda 10 yılı aşkın süreli bir şekilde takip ettiğim uluslararası tıp eğitimi cemiyetlerindeki gelişmelerden edindiğim tecrübelerin süzgecinden geçirilerek bir araya getirilmiştir. Sürekli geliştirilmeye veya karşı fikirlerle yoğrulmaya açıktırlar.

1. Hocalarınızın Size Nasıl Öğrettiklerini Gözlemleyin

Öğretebilmek; hem çok iyi bilmeyi hem de konu kapsamlarında olabilecek sapmalara hakim olabilmek için derin bir tecrübeyi gerektirir. Bu iki özelliğin bir araya geldiği hekim grubu hocalarımızdan başkaları değildir. Hocalarımızın öğretirken kullandıkları yöntemlerin üzerimizde bıraktığı etkiler, bizlerin davranış özelliklerimizi şekillendirecektir. Tabii dikkatli olunması gereken nokta, bu deneyimleri eleştirel süzgeçlerden geçirerek olası olumsuz

etkileri olan az sayıdaki yöntemi kendi öğreticiliğimize dahil etmemektir.

2. Eğitim Becerilerinizi İzleyecek Bir Mentor Edinin

Bu mentor, bazen hocalarınız bazen de kıdem olarak sizden üstte bir çalışma arkadaşınız olabilir. Bu kişiden, siz birisine herhangi bir bilgiyi öğretirken sizi izlemesini ve size geribildirim vermesini isteyin. Bu gözlemlene bir grup öğrenciyi bir konuyu anlatırken veya iş ortamında bildiğiniz bir bilgiyi kıdem olarak sizden aşağıda birine aktarırken olabilir. Daha tecrübeli bir gözün sizi değerlendirmesi sayesinde öğretici karakterlerinizdeki güçlü ve zayıf yönleri belirleyerek kendinize ait bir gelişim planı oluşturabilirsiniz. Birinin size böyle bir öncülük yapması öğrenme ortamına ilişkin sorunları çözebilmenizi sağlayarak size yeni beceriler de kazandırır. Mentorunuzla geliştireceğiniz çift yönlü iletişim, size araştırma becerileriniz ve yapacağınız yayınlarla ilgili de yeni bir ufuk açacaktır.

3. Eğitimler Organize Edin

Aslında bu eğitimleri ikiye ayırabiliriz. Eğer siz eğitiminize devam eden bir hekimseniz ve kendi eğitiminize ilişkin boşluklar olduğunu düşünüyorsanız eğitimi bu alanlara yoğunlaştırabilirsiniz. Bu sayede hem eksiklerinizi giderir hem de farklı eğitimcilerden yeni yöntemler ve yaklaşımlar edinebilirsiniz. Buna ek olarak kendi eğitim programınıza ilişkin görüş ve önerilerinizi klinik şeflerinizle paylaşarak bu eğitimlerin planlamasına da katkıda bulunabilirsiniz. Unutmayın ki; eğitim sorumluları, öğrencilerden gelen bu önerileri her zaman değerli bulurlar ve önemserler.

Öte yandan eğer daha ileri aşamada bir hekimseniz ve öğrenmekten çok öğretmekle ilgiliniyorsanız organize edeceğiniz eğitimlerin bir eğitici ve öğretici olarak size katkıları çok değerli olacaktır. Çünkü ister tek bir ders olsun isterse belirli bir süreyi kapsayan bir program olsun, eğitimler öncesinde etkili bir hazırlığı gerektirir: “Öğrencileriniz kimler? Konu ile ilgili bundan önce neler bilmekteler? Onlara neleri öğretmeniz gerekiyor? Öğrenim hedefleri nelerdir? Bu öğrenim hedeflerine hangi yöntemleri kullanarak ulaşabiliriz? Programın sonunda bu hedeflere ulaştığımızı nasıl anlayacak, ölçümünü ve değerlendirmesini nasıl yapacağız?” gibi sorular etkili bir eğitim programı için yanıtlanmalı ve plan bunlara göre oluşturulmalıdır. Bunlara ek olarak, eğitimin nasıl bir derslikte, salonda mı veya amfide mi verilmesi gerektiği de planlama sürecine dahil edilmelidir. Eğitimin içeriği ile beraber mekânı da önem taşır. Eğitim öncesi öğrencilerle paylaşılacak materyaller ve eğitimler sonrasında öğrencilerden alınacak geribildirimler de unutulmamalıdır. Organize ettiğiniz her eğitim tecrübeyi biraz daha artıracak ve sizi en mükemmel bir adım daha yaklaştıracaktır.

4. Her Fırsatta Öğretin

Doktorların çifte rolü (hasta bakımı ve öğretme) genelde birbirini zorlar. Birçok kişi hasta bakımından ötürü öğretmeye vakit bulamadığından dert yanar. Neher’in 1992 yılında tarilediği “mikro-beceriler” kavramı hasta bakımını öğretme fırsatına çevirebilmek için değerlendirilmelidir. Bu kavram beş aşamalı bir yaklaşımı içermektedir.

- Öğrencinize çerçevesi belirli bir soru sorun. “Hastanın tanısı sence nedir? Bu hastaya ne tedavi verirsiniz?” vb.

- İlk soruya verdiği cevabın dayanağını sorun. "Neden bu tanıyı düşündün? Neden bu tedaviyi verdin?" vb.
- Siz bu sorunun doğru yanıtını verin ve genel prensipleri paylaşın. Soru dışındaki bilgileri veya önceki deneyimlerinizi paylaşmanızın gereği yoktur, unutmayın ki sırada bekleyen başka hastalar var ve vaktimiz zaten kısıtlı.
- Soruya verdiği yanıt doğruysa öğrenicinizi takdir ettiğinizi belirten cümleler kurun.
- Hatalı cevaplarını düzeltin. Her hatasını önemseyerek, olabildiğince yapıcı bir şekilde.

O anki koşullara göre bir altıncı adım daha ekleyebilirsiniz. Öğrenciye bu soru ve cevaba ilişkin ileri okuma için kaynak, rehber veya bir kitap bölümü önermek gibi.

5. Eğitimle İlgili Araştırmaların Farkında Olun

Eğitim alanındaki araştırmalar birer hekim olarak alışık olduğumuz bilimsel veya klinik araştırmalardan bir miktar farklılık göstermektedir. Eğitim araştırmalarında kantitatif yöntemlerden daha çok kalitatif yöntemler kullanılmaktadır. Son birkaç yıl içinde, eğitim araştırmaları, tıp eğitimi bilimi içerisinde neredeyse bir yan dal olacak kadar gelişim göstermiştir. Eğitimle ilgili araştırmalar dizayn etmek bir yana, bir araştırmaya dahil olmak bile yoğun çalışan bir klinisyen için yeterince zorlayıcı olabilmektedir. Bir yandan da, tıp eğitimi araştırmaları yapabilmek için yeni yöntemler (yapılandırılmış görüşmeler, odak gruplar, anket oluşturma vb.) öğrenmek gerekecektir. İçine ne kadar dahil olacağınız size kalmış; ama bu alandaki araştırma metodolojisini bilmenizi ve araştırmaların hangi konulara yoğunlaştığının farkında olmanızı özellikle öneririm.

6. Eğitimle İlgili Bir Dosyanız Olsun

Bunu yapmak için en uygun zaman işte bugün. Asla geç kalmadınız. Tıp eğitimine ilişkin katıldığınız toplantı ve konferanslarla ilgili materyallerin olduğu bir arşivin olsun. Takip ettiğiniz yayınları veya faydalı bulduğunuz sunumları bu dosya içerisinde tutun. Sizin vereceğiniz bir eğitim veya düzenleyeceğinize bir eğitim programı öncesi bu arşivin size çok büyük faydası olacaktır. Daha önemlisi ise eğitimle ilgilenme durumunuz ve geçtiğiniz seviyeleri bu arşiv sayesinde gözlemleyebileceksiniz. Kendinize ait planınızı programınızı ve gelecek araştırma alanlarınızı da bu arşiv sayesinde oluşturabilirsiniz.

7. Atölyelere (Workshop) Katılın

Etkili eğitim ve gözetim teknikleri atölyeler sayesinde daha iyi şekilde aktarılabil-

mektedir. Atölyeler eğitim metodolojisinin kavranmasına ilişkin en uygun yöntem gibi görünmektedir. Farklı ülkelerde eğitimle ilgilenen merkezi düzenleyiciler veya üniversiteler, belirli konularda belirli zaman aralıklarıyla atölyeler düzenlemektedirler. Özellikle tıp eğitimi alanında formal bir eğitimi olmayan eğiticiler bu atölyeler sayesinde becerilerini ve yetkinliklerini geliştirmektedirler. Önde gelen üniversiteler, öğretim elemanlarının bu atölyelere katılmalarını zorunlu tutmaktadırlar. Özellikle ölçme ve değerlendirme süreçlerinde görev alan öğretim üyeleri için birbirini tamamlayan atölye serileri yıl boyunca düzenlenmektedir. Ülkemizde farklı uzmanlık derneklerinin ve üniversitelerin eğitim becerilerine yönelik düzenlediği kurslar mevcuttur. Bunların takip edilmesi ve uygun olanlara katılım gösterilmesi de sizlere önerilerim arasındadır.

8. Tıp Eğitimi Konferanslarına Katılın

Ülkemizde mezuniyet öncesinde; Tıp Eğitimi Geliştirme Derneği, Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği, Türk Tıp Eğitimi Derneği, mezuniyet sonrasında ise Genç Hekimler Derneği tarafından belirli aralıklarla çalıştaylar veya konferanslar düzenlenmektedir. Öğrencilerimiz kendileri inisiyatif olarak farklı şehir ve üniversitelerde eğitimi tartışmak adına çalıştaylar organize etmektedirler. Bunlara ek olarak üniversitelerimiz, YÖK ve Sağlık Bakanlığı tıp eğitimi ilgili konferans ve kongreler organize etmektedirler. İki sene önce uluslararası bir tıp eğitimi konferansı (ICME – International Conference of Medical Education) Medipol Üniversitesinin ev sahipliğinde İstanbul'da gerçekleştirilmişti. Özetle, tıp eğitimi alanında da kongre organizasyonları açısından birçok fırsat mevcuttur. Bu organizasyonlara katılımınız hem diğer eğiticilerin neler yaptığını gözlemleme hem de gelecek araştırma alanlarını belirleme açısından sizlere katkı sunacaktır. Kendi eğiticilik deneyiminizi diğer eğiticilerle paylaşmak da kendinizi geliştirmeniz gereken alanları belirlemenize yardımcı olur. Tabii burada uluslararası konferanslardan da bahsetmek uygun olur: AMEE (Association of Medical Education in Europe), ASME (Association for the study of Medical Education), IAMSE (International Association of Medical Science Educators) gibi organizasyonlar tarafından senelik konferanslar organize edilmektedir. İki veya üç yılda bir uluslararası konferansın takip edilmesi uluslararası yeniliklerin gözlemlenmesi adına faydalı olacaktır.

9. Uzun Vadeli Hedeflerinizi Belirleyin

Siz de farkına varmışsınızdır; şimdiye kadar sizlerle paylaştığım öneriler, tıp eğitimi alanının içerisinde de farklı yollar olduğunu göstermektedir. Sadece kendi

kurumunuzda eğitimle ilgilenebileceğiniz gibi ülke genelinde veya uluslararası alanda da roller üstlenebilirsiniz. Kliniklerde kalarak direkt hasta başı öğretmeye odaklanabilir veya eğitim araştırmaları ile ilgilenebilirsiniz. Tıp eğitimi denince genelde mezuniyet öncesi (tıp fakültesi) eğitimi anlaşılrsa da kiminiz mezuniyet sonrası alana (asistanlık, yan dal uzmanlık, uzmanlık vs.) yönelebilir. Günümüzde, özellikle akademik kadrodan net bir şekilde talep edilen eğitim sorumlulukları mevcut olmakla birlikte, bu olmasa da eğiticilik hepimizin günlük hayatının bir bileşenidir. Öğretmek ve öğrenmek isteyenlerin bulunduğu her klinik, her vize ve her ameliyat öğrenme ve öğretme imkânları ile dolu zengin ortamlardır. Bir eğitici olarak hangi alana eğileceğinizi önceden belirlemek ileriye dönük derinlemesine çalışmalar yapmanız adına değerli bir başlangıç olacaktır.

10. Tıp Eğitiminde Formal Kalifikasyonlar

Farklı kurslar, atölyeler ve konferanslarla tıp eğitimi disiplinine aşına hale geldiğinizde, bir kısmınız tıp eğitimi alanında formal bir dereceye sahip olmak isteyebilir. Birçok üniversite tarafından akredite edilmiş tıp eğitimi programları sunulmaktadır. Bu programlar sayesinde diploma veya sertifikanız olabileceği gibi MSc veya PhD derecelerini alarak eğitim alanında akademik ilerlemeniz önünü açabilir. Tabii ki bu programlar hem zaman ayırmanızı hem de burs bulunamadığınızda bazı ücretleri ödemenizi gerektirebilmektedir. Bu yüzden bakıldığında farklı bir adanmışlık gerektireceği aşikârdır. Yine de özellikle eğitim alanının farklı terminolojisine alıştıktan sonra, olası formal bir dereceye sahip olmak için yurt içinde veya yurt dışında üniversitelerin programlarını incelemenizi öneririm.

Son Söz

Geçmişle karşılaştırıldığında tıp eğitimi giderek daha fazla yapılandırılmış ve profesyonel olmaktadır. Geleceğin tıp eğiticilerinin beceri ve yetkinliklere ek olarak daha fazla adanmışlık göstermeleri gerekecektir. Bu 10 önerinin genç meslektaşlarıma faydası olmasını temenni ediyorum.

Kaynaklar

Neher JO, Gordon KC, Meyer B, Stevens N. A Five Step Mikroskills Model for Clinical Teaching. *J Am Board Fam Practice* 1992; 5: 419-424

Palepu A ve ark. Junior Faculty Members Mentoring Relationships and Their Professional Development in US Medical Schools. *Acad Med* 1998; 73(3): 318-323

Spencer J *Learning and Teaching in The Clinical Environment BMS*, 2003; 326: 591-594

www.medipol.edu.tr/Etkinlik/92/ICME-2015-Tip-Egitimi-Konferansi-Halic-Kongre-Merkezi-15-18-Kasim-2015.aspx (Erişim Tarihi: 01.09.2017)

Üniversitenin dirilişi

Prof. Dr. Durmuş Günay



1976'da İTÜ'den makina mühendisi olarak mezun oldu. 1991'de doçent, 1999'da profesör oldu. Tarım ve Ulaştırma Bakanlıklarında danışmanlık yaptı. Akademik kariyerini yaptığı mühendislik ve mekanik alanının yanı sıra Bilim felsefesi, teknoloji felsefesi, yükseköğretim, düşünce ve diğer kültürel alanlarda makale ve kitap şeklinde yayımlanmış çalışmaları bulunmaktadır. 2008-2106 yılları arasında YÖK Yürütme Kurulu Üyesi yapan Dr. Günay, 2016'dan beri Maltepe Üniversitesinde Öğretim Üyesi olarak çalışmaktadır.



Üniversite, başlangıçtan günümüze yaptığı tarihsel yolculukta çeşitli evreler geçirdi. Önce bilgi aktarma ile başlayan üniversite, zaman içinde, daha sistematik hale geldi ve medrese ortaya çıktı. M.Ö. Platon'un Akademiası (MÖ.387) ve Aristoteles'in Lyseum'u (M.Ö. 335) üniversite değil, yükseköğretim kurumu olarak görülmektedir. Kimi tarihçilere (J.D.Bernal) göre, tarihte ilk üniversiteler medreselerdir. Selçuklu veziri Nizamül Mülkün Bağdat'ta kurduğu Nizamiye Medreseleri/Nizamiye Külliyesi (1067), tarihte ilk üniversite olarak kabul edilmektedir. Medrese, İslam medeniyetinin yükseköğretim kurumudur.

Avrupa üniversiteleri ise Bologna'da kurulan Bologna Üniversitesini (1088), kendileri için ilk üniversite olarak kabul etmektedirler. Nizamiye Külliyesi, Bologna Üniversitesinden 21 yıl önce kurulmuştur. Nizamiye Külliyesi, medreseler topluluğudur: Nizamiye Külliyesinin, adındaki külliye terimi üniversitenin kökü olan

"üniversitas" (bütünlük ve birlik) anlamı ile örtüşmektedir. Külliye'yi oluşturan medrese teriminin kökü "ders"tir. Ders, eğitim-öğretimin ölçü birimi olmuştur. Tarihten günümüze, ders kredisi ve eğitim-öğretimin diğer kavramları ders ölçü birimi temel alınarak tanımlanmaktadır. Eğitim-öğretimin ölçü biriminin medresenin kökü olan "ders" kavramı olması ve bunu batı tipi üniversitenin de benimsemiş olması medresenin ilk üniversite olarak görülmesinin delillerinden biri sayılmalıdır. Çünkü birim kim tarafından tanımlanmışsa mucit odur.

Medeniyetimizin inşasında ve gelişmesinde medresenin rolü çok büyük olmuştur. Medrese veya medreseler birliği (külliye) İslam medeniyetinin üniversitesidir. Kimi araştırmacılar medreyi, batıdaki anlamda, üniversite kabul ederler. Kimileri de üniversite saymazlar. İslam medeniyeti bağlamında üniversite olarak nitelendirdiğimiz, medrese gibi, her biri adeta bir üniversite olan âlimler (bilginler), mutasavvıflar, fakihler, filozoflar, gönül erenlerinin de var

olduğuna da işaret etmek gerekir. Onlar bir medrese bünyesinde bulunmasalar bile, tek başlarına bir üniversite gibiydiler. Örneğin, Farabi, İbn Sina, Gazzali, Mevlana, Yunus, İbn Haldun, Biruni, İsmail El Cezeri, Harezmi, Ali Kuşçu, vb... Batıda üniversite bir sistematik oluşturdu, kurumsallaştı. Medrese batılı üniversite gibi kurumsallaşamadı. Medrese, uzun yıllar çok önemli fonksiyonlar icra etmekle birlikte, daha sonra yozlaştı, adeta kendi kendini kapattı. Yükseköğretim sürecimiz; 18. yüzyılın son çeyreğinden (1773'ten) başlayarak "Medrese", Osmanlı Modernleşme Dönemi boyunca "Mühendishane ile Darülfünun" ve Cumhuriyet Dönemi'nde "Üniversite" şeklinde adlar alarak ve ayrıca reform ve düzenlemelerle düşe kalka devam edegelmiştir.

Üniversite Sorunu

"Temel sorun nedir?", "Daha doğrusu sorunun temeli nedir?" diye düşündüğümüzde, sorununuz, tefekkür ile bilgeliğin zafiyeti ve gelenek oluşturamamak olarak dile getirilebilir. Bilim tarihi açısından, İslam dünyasında, 750-1150 arasında (400 yıl) alabildiğince özgün ve derin öncü bir tefekkür söz konusu iken, 1150-1550 (ikinci 400 yıl) arasında hızında düşme olsa da hala önde giden bir tefekkür ve bilgi çabası söz konusu olduğunu söyleyebiliriz. 16. yüzyılın ortasından sonra bilim ve tefekkürün hızı, Batı karşısında düşük kalır. Kopernik'in güneş merkezli evren görüşünü ortaya attığı, 1543'ten Newton'un Principia'yı (Mathematical Principles of Natural Philosophy) yayımladığı 1687'ye kadar olan 144 yıl süren dönem, "modern bilim" in doğuş süreci sayılmaktadır. 18. yüzyılın ikinci yarısında, I. Endüstri Devrimi (1765) meydana gelir. 19. yüzyılın ilk çeyreği civarında (1831), modern bilim ile teknolojinin yolları kesişir, teknik teknolojiye dönüşür. (Teknik tecrübe bilgiye dayanıyordu ve dolayısıyla teknik bilimsel bilgiyi esas alınca teknolojiye dönüşmüş oldu.) Bilime dayanan modern teknoloji ile Batı, tarihte görülmemiş bir güç elde eder. İslam dünyası gerilemez ama hızındaki göreceli düşüklük dolayısıyla teknoloji olarak geride kalır. Burada geriye gitmekten/gerilemeden değil, hızı dolayısıyla geride kalmaktan söz edilebilir. Çünkü hiçbir toplum geriye doğru gitmez, gerilemez. İlerleyişinin hızı, göreceli olarak başkalarına göre düşük ise geride kalmış olur yoksa gerilemez.

Medeniyetimizin Krizi, Üniversitenin Mahiyeti

Medeniyetler birbirinden alışveriş yaparlar. Birbirlerinden aldıklarını, kendi kültürlerinin mimarisi içinde yerlerine yerleştirirler. Örneğin başka dillerden



Günümüzde üniversitenin bir ülke için konumu, fonksiyonu tarihten çok daha önemli bir hale gelmiştir. Üniversite; toplumun kendini yeniden inşa ettiği, dönüştürdüğü, yenilendiği, mükemmellik merkezi olarak görülmektedir. Bilgi üretmesi, yayması ve topluma hizmet vermesinin yanı sıra kampüsü, mimarisi, binalarının yapısı, insan ilişkileri, kültürel düzeyi gibi fonksiyonlarıyla kendisinden başlayan mükemmelliğin bütün topluma uzandığı, yayıldığı bir merkez olarak düşünülmektedir.

alınan sözcüklerin kimi zaman anlam değiştirerek dilin kendi grameri içine yerleştirilmesi, dünyanın çeşitli yerlerinden getirilen yapı taşlarının Sinan'ın Süleymaniye mimarisi içinde yerlerini almaları gibi...

Osmanlı İslam medeniyetinin yaşadığı kriz medresenin de sonunu getirmiştir. Bir medeniyet krize girdi mi, sara nöbeti gelmiş bir kişi gibi bütün bünye ve kurumlar sarsılmaktadır. Diriliş ekolünün kurucusu Sezai Karakoç'un tezine göre, toplumumuzun yaşadığı sorun; medeniyetimizin krizidir. Çözüm, "diriliş"tir. İslam medeniyetinin, hakikat medeniyetinin, dirilişidir. Sezai Karakoç'a göre, ilk insan ve ilk peygamberden günümüze kadar, inanmışların, İslam milletinin yapıp etmelerinin tarihsel boyutta integrasyonu "hakikat medeniyeti"dir. Aslında medeniyet tektir: Hakikat medeniyeti. Bütün medeniyetlerin kaynağı, temeli hakikat medeniyetidir. İslam medeniyeti, hakikat medeniyetinin dolunay şekline gelmiş, olgunlaşmış halidir. Pagan medeniyetler, hakikat medeniyetinin sapmış halleridir. Medeniyetin, varlık zemini, ontolojisi, bütün varlık alanıdır. Medeniyete dahil olmayan bir şey yoktur. Üniversite kavramı da bütüncüldür. Bütüncüllük karakterleri itibarıyla, medeniyet ve üniversite birbirlerine benzerler.

K. Jasper'e göre üniversite, akademisyenleri ve öğrencileri ile birlikte, hakikati aramayı ödev edinmiş bir topluluktur. Hakikate sistematik bir arama ile varılabildiğinden araştırma, üniversitenin en önemli ilgisidir. Hakikat bilimden daha kapsamlı olduğundan, bilim adamı; insan olarak, sadece bir bilim uzmanı değildir ve kendisini hakikate adanmıştır. Dolayısıyla hakikat arayışı, üniversitede, bilim adamından tam bir adanmışlık ister. Üniversitenin ikinci ilgisi/misyonu öğretimdir çünkü hakikat nakledilmek zorundadır. Felsefede; hakikat (aletheia), genelde varlığın, tümel bilgisi olarak tanımlanmaktadır. Genelde varlık, tüm var olanları (düşünmede, dilde ve dış dünyada var olan) kapsar. Tümel bilgi ise varlığa, bütün bilgi tarzları; bilimlerin birleşik bilgisiyle, sanat bilgisiyle ve felsefe ile bakmaktır. Üniversite, medeniyet ve hakikat kavramları, tümellik niteliği ile karakterize olmaktadır.

Günümüzde üniversitenin bir ülke için konumu, fonksiyonu tarihten çok daha önemli bir hale gelmiştir. Üniversite; toplumun kendini yeniden inşa ettiği, dönüştürdüğü, yenilendiği, mükemmellik merkezi olarak görülmektedir. Bilgi üretmesi, yayması ve topluma hizmet vermesinin yanı sıra kampüsü, mimarisi, binalarının yapısı, insan ilişkileri, kültürel düzeyi gibi fonksiyonlarıyla kendisinden başlayan mükemmelliğin bütün topluma uzandığı, yayıldığı bir merkez olarak düşünülmektedir. Üniversite, toplumun ihtiyaç duyduğu insan gücünün yetiştirildiği, bilim ve teknolojinin üretildiği en üst kurum olarak da görülmektedir. Kendisinden daha üst bir kurum olmadığından, üniversite kendi insan gücünü de kendisi yetiştirmektedir.

Üniversitenin Dirilişi

Üniversitenin dirilişi ne anlama gelmektedir ve nasıl dirilecektir? Burada üniversitenin dirilişi ile anlatmak istediğimiz, ölmüş olanın dirilmesi değildir. Diriliş, hayatiyet istidadını yitirmemiş olanda gerçekleşebilir. Yoksa yoktan var etmek ve ölmüş olanı diriltmek Yaratıcı'ya mahsustur. Diriliş, kendi varoluş hikmeti ve misyonu bakımından kronik sorunları olan, fonksiyonunu en alt düzeyde yapabilen bir var olanın, bir kurumun, olağanüstü bir toparlanış ile silkinip, ayağa kalkması, sanki ölü olanın dirilmesi gibi büyük bir atılım ile misyonunu yeniden icra etmesidir. Diriliş, reform ve yeniden doğuştan daha ileri bir atılım gerektirir. Bu atılım aşk ister, önce ruhlarda diriliş gerektirir, büyük bir gerilim, feragat ve fedakârlık ister, varlığı anlamayı en yüce değer sayar. İlk olarak kendini anlaması gerekir ve kendisi olmalıdır. Bir şey hiçbir şey olmadan önce kendisi olmalıdır. Üniversitenin neliğini anlamadan yani mahiyetinin

doğru bilgisine vakıf olmadan, yanlış istikamette yürüyerek yüksek nitelikli bir bilgi kurumu oluşturulamaz. Diriliş; ruhun dirilişi, gönlün dirilişi, kavrayış derinliği, enerji, idealizm ve formunda bir nesil gerektirir. Üniversitenin dirilişi, medeniyetimizin dirilişi ile birlikte gerçekleşebilir. Bir medeniyet bütün kurumları ile birlikte dirilebilir. Ancak diriliş, önce üniversiteden başlayacaktır. Kıştan sonra baharda tabiat nasıl topyekûn diriliyorsa, medeniyetimiz ve kurumları da öylece topyekûn dirilecektir. Medeniyetimizin dirilişi üniversitenin dirilişi ile tetiklenecektir.

Bilginin stratejik bir önem kazandığı, teori ile uygulamanın arasındaki mesafenin neredeyse sifıra indiği bir çağda yaşıyoruz. Dilde var olan, alanı olan bilginin sanal dünyada, gerçekliğin yerini almakta olduğu bir bilgi çağını yaşıyoruz. Üniversite her şeyden önce fikir üretme yeteneğine sahip olmalıdır. Bilimsel araştırmanın, başlangıcı hipotezdir. Hipotez bir fikirdir. Teknolojinin ve inovasyonun başlangıcı da fikirdir. Biz, fikrin dile dökülmüş hali olan düşünceye göre eyleriz.

Bir örnek olsun diye ifade edelim. Günümüzde, inovasyon kavramı öne çıkmakta, anlamı derinleşmekte ve giderek kapsamı genişlemektedir. İnovasyon, başlangıçta bir teknolojik üründe veya hizmette ticarileşebilen bir yenilik yapmak şeklinde iken günümüzde, bütün araştırmaları ve teknolojiyi, teknolojik ürünleri ve sosyal alanı (sosyal inovasyon) kapsayacak tarzda anlamı genişlemektedir. İnovatör, herkesin baktığı fakat kimsenin göremediğini görebilen ve yaptığı inovasyonun bir boşluğu doldurması dolayısıyla ticarileşebilen yenilik yapan kişidir. Bizim akademik camiada, genel olarak, ticarileşmeye, negatif bir bakış vardır. Bir teori, deney ile test edilir. İnovasyonda da yapılan yenilik ticarileşebiliyorsa, hayatta bir karşılığı olduğu, bir ihtiyaca cevap verdiği anlamına gelir. Bir inovatör için asıl tatmin, ekonomik kazançta değil, yaptığı inovasyonun ticari bir değeri olmasındadır. Burada ticarileşme amaç değil, araçtır.

İnovasyonun başlangıcı, kaynağı fikirdir. Fikir, vardan var etme anlamında yaratıcı yeteneğin ürünüdür. "Fikir üretilebilir mi?" Fikir üretmek ile ifade edilen, fikirlerin bize gelmesidir. Heidegger'in ifadesi ile "biz fikirlere asla varamayız, onlar bize gelirler." O yüzden dilimizde "aklıma bir fikir geldi" denilir. Bir fikir buldum denilmez. Dil, hayatın sözcüklerle çizilen resmidir. O halde fikir; kime, ne zaman, nerede ve nasıl gelir? Üniversitenin durum alışığı buradadır. "İnovatif üniversite" terimi buradan doğmuş olmalı. Acaba inovatif üniversite nasıl olur? Daha çok fikir üreten ve inovasyon yapabilen insan

nasıl yetiştirilebilir? Bu mesele günümüzde üniversitelerin öneme üzerinde durduğu bir konudur.

Ülkemizde 250 yıldan beri üniversite problemi bir türlü çözüme kavuşturulamadı. Mühendishane'nin (1773) kuruluşundan Tanzimat'a kadar çeşitli yüksekokullar kuruldu. Tanzimat döneminde, art arda Darülfünunlar açıldı, ama hiç birisi uzun ömürlü olamadı. Hepsini açıldıktan bir süre sonra kapandı. 1863 (I. Darülfünun), 1870 (II. Darülfünun), 1874 (III. Darülfünun), 1900 (IV. Darülfünun), 1908 (V. Darülfünun) olmak üzere beş defa darülfünun açıldı. Sonuncusu (V. Darülfünun), İstanbul Darülfünunu idi. O'da 1933'te Üniversite Reformu ile kapandı ve İstanbul Üniversitesi kuruldu. 1933 Reformu ile terminolojisi, yapısı ve unvanları hatta öğretim kadrosu ile birlikte Batı tipi üniversite olduğu gibi aktarıldı, taklit edildi. İstanbul Darülfünunundaki hocaların büyük bir kısmı üniversiteden tasfiye edildi.

Cumhuriyet Dönemi'nde, 1933'te, Üniversite Reformu (2252 Sayılı Kanun), 1946'da Üniversite Reformu (4936 Sayılı Kanun), 1960 (115 Sayılı Kanun) düzenlemesi, 1973 (1750 Sayılı Üniversiteler Kanunu), 1981 (2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu) olmak üzere beş defa düzenleme yapıldı (Aydoğan, 1993). Bunlardan 1933, 1946 ve 1981 düzenlemelerine "Reform" adı verilmektedir. Bütün bu düzenlemelerde ki temel yaklaşım, "üniversiteyi iyileştirmenin yolu yasa çıkarmaktan ibarettir" şeklindedir. Sanki bir yasal düzenleme yapılırsa her şey düzelecektir. Ancak sorunlarımız çözülememiş ve köklü bir yükseköğretim geleneği kurulamamış ve bitmez tükenmez tartışmalar halen süregelmektedir. Kâğıtlara kanunlar yazmakla hayat kendisine çeki düzen vermez. Yasal düzenlemeleri, bütün paydaşlar benimsemiyorlarsa ayrıca yasalar, bilim, toplumun sosyolojisi ve kültürel genetiği ile barışık değilse ve doğru düzenlemeler doğru uygulanmıyorsa başarı mümkün değildir. Yükseköğretim tarihimizden görülmektedir ki, sadece yasal düzenlemelerle sınırlı çözümler, kaybolanı yanlış yerde aramaktır.

Sonuç

"Üniversite, ülkenin beyni mahiyetindedir. Toplumun hafızası, idraki, muhakemesi ve ibdası, orda doğar, orda gelişir, büyür ve oradan beslenerek yaşar. Üniversite zihin hayatının başlıca kaynağı olan "düşünce"nin yuvasıdır." Üniversite konusunda 250 yılı aşan bir geçmişten beri, ülkemizde, yasalar reformlar, düzenlemeler ve değişiklikler yapılmış ve kalıcı bir çözüm gerçekleştirilememiştir. Sorun hala direnmektedir. Sonuç vermediği defalarca görüldüğü halde,

tekrar aynı sanki çözümleri denemek zaman ve umut kaybına yol açmaktadır. Medeniyetler birbiriyle alışveriş içindedirler. Ancak her medeniyeti kendisi yapan "sui generis" temelleri vardır. Dayandığı özgün aksiyomları vardır. Eğer medeniyet iddiamız var ise, bütün medeniyetlerin başlangıcı olan Hakikat Medeniyetinin varlık tasavvuru (ontolojisi) ve epistemolojisinin farkında olmak durumundayız. Bu medeniyetin ve dolayısıyla üniversitesinin dirilişi İslam milletinin insanlığa karşı ödevidir. İlk insandan bu güne kadar bütün inanmışlar ve yeryüzündeki bütün Müslümanlar İslam milletinin mensuplarıdır. Çözüm; yasada, reformda, düzenlemelerde değil, dirilişindedir. Medeniyetimizin dirilişi ile birlikte üniversitemizin dirilişindedir.

Aristoteles'den (MÖ 384-322) beri biliyoruz ki; bir var olanın dört nedeni vardır. Birincisi, fail neden; ikincisi, formel neden; üçüncüsü, ereksel neden; dördüncüsü, maddi neden. Bir üniversite için fail neden, akademisyenlerdir. Formel neden, onun hukuki statüsüdür. Maddi neden, üniversitenin fiziksel altyapısıdır ve ereksel neden, üniversitenin misyonudur. Fail neden, üniversiteyi kuran ve yaşatacak olan, öncelikle akademisyenler, üniversitenin mensuplarıdır. Ustası olmadan kurban kâsesi imal edilemeyeceği gibi diriliş misyonunu benimsemiş bir akademisyen nesli olmaksızın üniversite inşa edilemez. Medeniyetimizin, İslam medeniyetinin, dirilişi, üniversitenin dirilişi ile başlayabilir. Bir bilgi kurumu olan üniversitenin dirilişi, kendi epistemolojisinin inşası ile gerçekleşecektir. Bu epistemoloji, medeniyetimizin ontolojisine dayanır. Medeniyetimizin ontolojisi; insan, Tanrı ve evren (tabiat) üçlüsünden oluşan bir varlık tasavvurudur.

Modern bilim, Tanrı ile bağıını koparmış, bilen özne (insan) ve bilgiye konu olan nesne (tabiat), ikilisinden oluşan bir ontolojiye dayanır. Modern bilimler varlığın belirli bir parçasını konu edinirler: Fiziğin cansız dünyayı, biyolojinin canlıları konu edindiği gibi. Modern bilim varlığı parçalara bölmüştür. Modern insanın zihni parçalanmıştır. Her biri bir organına dokunan körlerin tanımlamalarından bir fil tanımı çıkmayacağı gibi parçalanmış bir varlık bilgisinden varlığın hakikatine varılamaz. Medeniyetimizin krizinden üniversite de payına düşeni yaşamaktadır. Üniversitenin dirilişi, medeniyetimizin bünyesi içerisinde, koştugu damarlarına yeniden bağlanarak birlikte gerçekleşebilecektir.

Üniversitenin dirilişi, medeniyetimizin, varlık tasavvuru, ontolojisi ve bu ontolojiye dayalı yeni bir epistemoloji üzerine oturmak zorundadır. Üniversitenin dirilişi; araştırma, öğrenme ve öğretme

Üniversitenin dirilişi, medeniyetimizin, varlık tasavvuru, ontolojisi ve bu ontolojiye dayalı yeni bir epistemoloji üzerine oturmak zorundadır. Üniversitenin dirilişi; araştırma, öğrenme ve öğretme coşkusu taşıyan medeniyetimizin bütün birikimlerini özümseyip değerlendirebilen, feragat ve fedakârlık içinde, diriliş ruhu taşıyan, formunda bir akademisyen nesli tarafından gerçekleştirilebilir. Bu mümkündür ve diriliş neslinin İslam milletine ve insanlığa ödenmemiş bir borcudur.

coşkusu taşıyan medeniyetimizin bütün birikimlerini özümseyip değerlendirebilen, feragat ve fedakârlık içinde, diriliş ruhu taşıyan, formunda bir akademisyen nesli tarafından gerçekleştirilebilir. Bu mümkündür ve diriliş neslinin İslam milletine ve insanlığa ödenmemiş bir borcudur.

Kaynaklar

Aydoğan, A., *Cumhuriyet Döneminde Yükseköğretimdeki Gelişmeler, MEB Yükseköğretim Genel Müdürlüğü*, 1993, Ankara.

Günay, D., "Türk Yükseköğretiminin Yeniden Yapılandırılması Bağlamında Sorunlar, Eğilimler, İlkeler ve Öneriler-I", *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, Cilt:1, Sayı:3, Aralık 2011; S.113-121. doi:10.5961/jhes.2011.017, Zonguldak.

Günay, D., "Türkiye'de Yükseköğretimin Mevcut Durumu, Sorunları, Gelişmeler ve Öneriler" *Yeni Türkiye*, 58/2014, s.678-945, Ankara.

Günay, D., Günay, A., "1933'ten Günümüze Yükseköğretimde Niceliksel Gelişmeler", *Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Bilim ve Yükseköğretim Dergisi*, Cilt:1, Sayı:1, S:4-23, Mayıs 2011, Zonguldak.

Karakoç, S., *Düşünceler I Kavramlar, Diriliş Yayınları*, 5. Baskı, 2012, İstanbul.

Karakoç, S., *Düşünceler II Kurumlar, Diriliş Yayınları*, 4. Baskı, 2014, İstanbul.

Karakoç, S., *Fizikötesi Açısından Ufuklar ve Daha Ötesi I Perdenin Devrildiği An, Diriliş yayınları*, 3. Baskı, 2008, İstanbul.

Osmanlı döneminde Balkanlarda sağlık hizmetleri

Prof. Dr. Mehmet İpşirli



1945 yılında Kayseri'de doğdu. İlk ve orta tahsilini bu şehirde tamamladı. 1967'de İstanbul Yüksek İslam Enstitüsünden, 1970'de İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) Edebiyat Fakültesi Tarih Bölümü Osmanlı Müesseseleri ve Medeniyeti Tarihi Kürsüsünden mezun oldu. 1971-1976 tarihleri arasında Edinburgh Üniversitesinde master ve doktorasını tamamladı. 1976'da mezun olduğu Kürsüye dönüp 1999'a kadar İ.Ü.'de görev yaptı. 1983'te doçent, 1988'de profesör oldu. 1983-2014 arası TDV İslam Ansiklopedisi projesinde çalıştı. 1990'da ABD'de, 1991'de Londra'da arşiv ve kütüphanelerde araştırmalarda bulundu. 1994-97'de Kuala Lumpur'da International Institute of Islamic Thought and Civilization'da araştırmalar yaptı, dersler verdi. 1999-2015 tarihleri arasında Fatih Üniversitesi Tarih Bölümü öğretim üyesi olarak çalışan Prof. İpşirli, halen Medipol Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesinde görev yapmaktadır.



Anadolu, Rumeli ve Arabistan'dan oluşan Osmanlı coğrafyasında İstanbul, Bursa, Edirne'den sonra Osmanlı medeniyetinin en güzel örneklerinin görüleceği şehirler Balkan şehirleridir. Osmanlı Beyliği gaza misyonu ile XIV. yüzyıl başlarında ortaya çıkışından kısa bir süre sonra 1350'li yıllarda Rumeli'ye geçişi ile kutlu bir yolculuğa başlamıştır. Selçuklu Devleti'nin dağılmasıyla ortaya çıkan Anadolu Beylikleri kısır bir mücadele içerisinde birbirilerini yok etmeye çalışırken Osmanlı derin ve anlamlı bir gaza ruhu içerisinde Rumeli'de fütuhâtı ve îlâ-yı Kelimetullahı kendisine şîâr edinerek büyük başarılar kazanmıştır. Bu faaliyet müşterek bir aklın ve gayretin sonucu olarak başlamış ve devam ettirilmiştir. Hânedân-ı Âl-i Osman'ın, padişahların, ulema ve ümeranın, askerinin, şeyhi ve müridi ile erbab-ı tasavvufun bu başarıda önemli rolleri ve katkıları olmuştur. Rumeli o tarihten itibaren Osmanlı için bir Kızılelma ve bir Darülcihad olarak fevkalade bir önceliğe sahiptir. Rumeli'de gerçekleştirilen fetihler ve fetihler sonra-

sında tatbik edilen istimalet sadece dini ve mali uygulamadan ibaret olmayıp çok kapsamlı bir program olduğunu ve işin esasının da İslam'daki zimmî hukukuna dayandığını önemle belirtmek gerekir. Yeni fethedilen yerlere idareyi temsilen bir subaşı, hukuk ve adaleti temsilen bir kadının tayin edilmesi bir Osmanlı geleneği idi. Devlet burada tatbik edeceği idari, askeri ve iktisadi sistemi âdil bir şekilde tesis etmek için tecrübeli devlet adamlarını o bölgelere göndererek inceletir, ayrıca o bölgeleri tanıyan uzman kimselerden raporlar isteyerek sağlıklı bir yönetim oluşturmaya, âdil bir vergilendirme sistemi uygulamaya azami gayreti gösterirdi. Bir misal olarak Macaristan'ın fethi ve fetih sonrası takip edilen siyaset ve tesis edilen idare zikredilebilir. Macaristan köklü tarihi, geleneği, idari, siyasi ve iktisadi alanlarda oturmuş sistemi ile Katolik bir ülkedir. Burada halkı fazla rencide etmeden Müslüman Osmanlı'ya entegre olmayı sağlayacak siyaset ve sistemi Ebussuud Efendi ve diğer devlet adamları belirlemiştir. Budin Kanunnâmesi bunun en mükemmel örneğidir. Osmanlı idarî sisteminde istimalet çok önemli bir gelenek idi. Meyl kökünden gelen bu terim insanları, toplumları kazanmak, gönüllerini fethetmek anlamına gelmektedir. Bu oldukça kapsamlı bir uygulama idi. Bir Müslüman ülkede gayrimüslimlere nasıl muamele edileceği İslam'ın zimmî hukuku ile belirlenmiş olup keyfi bir davranışın yeri yoktur. Osmanlı, kendisinden önceki İslam devletleri tecrübelerinden de istifade ederek bunu alabildiğine geliştirmiştir.

Osmanlı merkezi idaresi yeni teşkil edilen sancak ve eyaletlere askeri birlikler yerleştirir, bu birliklerin halkı rahatsız edecek şekilde şehirde varlığını hissettirmesine izin vermezdi. Mesela Budin'de önemli bir askeri birlik vardı ancak bunlar kalede bulunur, rastgele şehirde gezinerek Budapeşte halkını rahatsız etmezdi. Balkan şehirlerinin süratle imar ve iskânı önemli idi. İskân konusunda devletin en önemli uygulaması zaman zaman Anadolu'da huzursuzluk çıkaran zümreleri topluca mecburi iskânla Balkanlar'a yerleştirmek idi. Bu sayede Anadolu'da huzursuzluk bertaraf ediliyor ayrıca Balkanlardaki Müslüman Türk nüfus artırılmış oluyordu. Balkan şehirlerinin imarı konusunda ise vakıf sistemi temel siyaset idi. Bu sayede toplumun bütün kesimlerine hizmet sunan eserlerle şehirler güzelleşiyor ayrıca Türk İslam kimliğine kavuşuyordu. Ekonomik açıdan Balkan şehirleri pastadan önemli pay alıyordu. İstanbul, Edirne gibi büyük metropollerin ihtiyacı olan her türlü tüketim malları yakınlığı sebebiyle öncelikle Balkanlardan temin ediliyordu. Ayrıca Avrupa yönünde düzenlenen seferlerde ordunun ihtiyacı olan malzeme ve yiyecek maddeleri Balkan şehir ve kasabalarındaki üreticilerden satın alınırdı. Balkanlarda yaşanan devlet

otoritesi boşluğunun Osmanlı döneminde istikrara dönüşmesi şehirlerin refah seviyesini ve huzurunu artırdı. Nitekim XVI. yüzyılın sonlarından itibaren bilhassa XVII. yüzyılda Anadolu şehirlerinde Celali İsyanları ile huzursuzluklar yaşanırken Balkanlarda XIX. yüzyılda Fransız ihtilali ile gelişen milliyetçilik akımlarına kadar umumiyetle huzur ve rahat ortamı hâkim idi (Macaristan sınırında Avusturya ile mücadele her zaman olmuştur. Sınır bölgelerindeki kaleler zaman el değiştirmiş buradaki halk bu mücadelelerden olumsuz olarak etkilenmiştir. Ancak bu mücadelenin genellikle sınırlarda cereyan ettiğini belirtmek gerekir.) Balkan dillerinin her birine ikişer üçer bin Türkçe kelime girmiş, Türkçeye de bu dillerden kelimeler dahil olmuştur. Bu konuda Balkan kökenli Türkologların bilimsel çalışmaları, tezleri bulunmaktadırlar. Ancak hiçbir Balkan toplumu asimile olmamış, dilini, kilisesini, örf adetini, yargı ve eğitim ayrıcalığını yüzyıllarca muhafaza etmiştir. Balkanlardaki Osmanlı idaresini bir ortak tarih olarak değerlendirmek gerekir. Yüzyıllarca Balkanlardan devşirilen Boşnak, Hırvat, Sırp, Arnavut, Bulgar ve Yunan kökenli gençler Acemioğlanlar mektebi ve Enderun'da mükemmel bir eğitim aldıktan sonra devletin en güvendiği idareciler olmuş, Osmanlı Devleti geleceğini onlara emanet edecek kadar bu kadrolara güvenmiş, onlarda sadakatle devlete hizmet etmişlerdir. Osmanlı Rumeli'yi vatan toprağı olarak değerlendirip vakıf sistemini alabildiğine geliştirerek ve teşvik ederek buradaki şehirleri imar etmiştir. Rahmetli Ekrem Hakkı Ayverdi başkanlığında uzman bir heyet Balkanlar'da saha araştırmaları yapmışlar böylece farklı türden 15.699 mimari eseri ihtiva eden beş büyük cilt halinde "Avrupa'da Osmanlı Mimarisi" adlı abidevi kitapları meydana getirmişlerdir. Burada bu mimari eserlerin isimleri yanında mevcut olanların fotoğrafları, inşa ve tamir ve kayıtları, yapılan atamalar vs. verilmiştir. Ayrıca başta Evliya Çelebi Seyahatnamesi olmak üzere birçok tarihi kaynak ve bilhassa Başbakanlık Osmanlı Arşivindeki mevcut tasnifler taranarak oralara tayin edilen imam, müezzin, müderris, tarikat şeyhi vesaire kayıtlarından da istifade edilerek güvenilir bir araştırma ilim alemine kazandırılmıştır. Osmanlı Balkan topraklarını bir koloni değil, gerçekten bir vatan olarak, yerleşilmesi ve yaşanması gereken topraklar olarak görmüş, aldığından çok daha fazlasını buralara hizmet olarak vermiştir. Bu yüzden genellikle Osmanlı bir Balkan devleti olarak değerlendirilir. Buralarda meydana getirilen bu eserler Osmanlı buralardan ayrıldıktan kısa bir süre sonra maalesef çok büyük tahribata uğrayıp yok edilmiştir.

Osmanlı dönemi Balkan şehirlerindeki sağlık hizmetlerini birincisi Tanzimat öncesi geleneksel dönem, ikincisi



Yüzyıllarca Balkanlardan devşirilen Boşnak, Hırvat, Sırp, Arnavut, Bulgar ve Yunan kökenli gençler Acemioglanlar mektebi ve Enderun'da mükemmel bir eğitim aldıktan sonra devletin en güvendiği idareciler olmuş, Osmanlı Devleti geleceğini onlara emanet edecek kadar bu kadrolara güvenmiş, onlarda sadakatle devlete hizmet etmişlerdir. Osmanlı Rumeli'yi vatan toprağı olarak değerlendirip vakıf sistemini alabildiğine geliştirerek ve teşvik ederek buradaki şehirleri imar etmiştir.



ise Batılılaşmanın başladığı Tanzimat dönemi olarak iki safhada değerlendirilmelidir. Osmanlı Devletinde, başlangıçtan itibaren topluma sağlık hizmetlerinin sunulması temel görev olmuş, Yıldırım Bayezid'in Bursa Darüşşifası, Fatih Sultan Mehmed'in Fatih Külliyesi içinde yer alan Darüşşifası, oğlu Sultan II. Bayezid'in Edirne Darüşşifası ve Kanuni'nin Süleymaniye Külliyesi içinde yer alan Tıp Medresesi ve Darüşşifası, XIV. asırdan XX. asra kadar, çok geniş ilmi ve mali imkânlarla sahip kurumlar olarak Osmanlı coğrafyasına tabip yetiştiren ve hastalara hizmet veren en önemli sağlık kuruluşları olmuştur. Ayrıca, başta valide sultanlar ve hanedan mensupları olmak üzere devlet adamları, varlıklı kimseler sağlık alanındaki hizmetlerin ibadet olduğu şuuru içinde önemli vakıflar kurmuşlar veya mevcut olanlara destek sağlamışlardır. Osmanlı Devletinde sağlık hizmetlerinin bütünüyle vakıf kurumunca yürütüldüğü, burada devletin teşvik ve sıkı kontrol görevi yaptığı bilinmektedir. Bir gaza devleti olan ve seferlerinin büyük çoğunluğunu Avrupa içlerine düzenleyen Osmanlı'da ordunun sağlığı, hastalıkların tedavisi, başta veba ve taun olmak üzere bulaşıcı hastalıklardan korunması büyük önem taşıyordu. Bu sebeple Balkanlarda sefer halindeki orduya ve kalelerde muhafız olarak ikamet eden askerlere sağlık hizmeti vermek üzere tabipler, cerrahlar ve yardımcı sağlık personeli

tain ediliyor, ilaç ve tıbbi malzeme temin ediliyordu. Bu sağlık personelinin ordu dışında aynı zamanda şehir ve kalelerde sakin olan sivilere de hizmet verdikleri bilinmektedir. Osmanlı asırları boyunca Batı'ya karşı düzenlenmiş olan seferlerde Balkan şehirleri devamlı olarak bu hizmetlerden yararlanmışlardır (Balkanlardaki bu yoğun askeri faaliyeti çok yönlü ve boyutlu olarak incelemek üzere Balkan Askeri Tıp Komitesi (Balkan Military Medical Committee) kurulmuş olup, bu komite güne İstanbul da dahil Balkan şehirlerinde 19 uluslararası kongre gerçekleştirmiş, Balkanlardaki hastalık, sağlık konuları ve kurumlarıyla ilgili çok önemli tebliğler sunulmuştur.)

Osmanlı Devletinde hastalık ve sağlık, hekimler ve ilaçlarla ilgili çok çeşitli konuların resmi belgelere konu olduğu dikkati çekmektedir. Müslümanların yanında çok sayıda gayrimüslim tabip de Osmanlı'da hem resmî hem de hususi olarak hekimlik yapmıştır. Yahudi Tabip Yako, Sadrazama gönderdiği 18 Kasım 1723 tarihli dilekçesinde İslam'ın sınır şehirleri olan Belgrad ve Timişvar kalelerinde ikamet eden hasta ve muhtaçlara sağlık hizmeti verdiğini, kendisine 141 akçe ücret ödendiğini, ancak buraların düşman eline geçmesinden sonra Vidin'de görev yaptığını devletten alacaklarının ödemesini talep ettiğini bildirmektedir ("... bu kullanı sedd-i sedfid-i İslamiyye'den olan Timişvar e Belgrad kalelerinde vâki olan

muhtâcîn-i alîl ve alîleye hizmet etmek şartıyla yevmî 141 akçe vazîfeye mutasarrıf iken bi-iradetlahi ta'âlâ serhadd-i mezbûreler dest-i dalâlet-i küffârda kalıp... izzetlü defterdar efendi yerimde olan senedât-ı atikeme nazar edip... dâiyân-ı şakirü'l-ihsânları zümrezine ilhak buyurmalarnı...", Osmanlılarda Sağlık, II, no. 635.) Mesleğinde çok meşhur olmuş hekimlerin önemli kimselerin tedavisi için başka Balkan şehirlerine gönderilmesi o dönemlerde de uygulanmakta idi. Tırhala'da görev yapan Hekim Todoş'un, Boğdan Voyvodasını tedavi etmek üzere gönderilmesi, gidip gelirken yollarda hiçbir zorlukla karşılaşmaması konusunda Tırhala Beyine ve Kadısına gönderilen 1567 tarihli ferman bulunmaktadır ("Tırhala Beyine ve Kadısına, Boğdan Voyvodası mektub gönderip Tırhala kazasında Ergiri oğlu Todoş nâm hekim bazı muâlece için kendiyeye gönderilmesin recâ etmeğin, buyurdum ki müşarun ileyhin adamı vardıkda mezkur hekim kendi rızasıyla adamlarına koşup mezkur Voyvodaya gönderesiz. Varıp mümkün olan mesalihini görüp geri gele ve menazil ü merahilde hilâf-ı şer kimesne dahl etmeye..." Osmanlılarda Sağlık, no.114.) Macaristan'da Eğri Seferi (1596) sırasında ayakları kesildiği için çalışma imkanı kalmayan Ahmed'in dilekçesi üzerine kendisine Sultan Süleyman İmaretinden yemek tayin edilmesi hakkında Sultan III. Mehmed'in 1601 tarihli fermanı bulunmaktadır.

Ameliyatlara ilgili olarak, cerraha resmen yetki verilmesinin Osmanlı döneminde de önemli bir kural olduğu belgelerden anlaşılmaktadır. Nitekim Rumeli'de Tırhala ilçesi sakinlerinden Yani'nin şiddetli fitik rahatsızlığı olduğu, Cerraha Saliha Hatun'un kendisini 400 akçeye ameliyat edeceği, ancak ameliyat sırasında vefat edecek olursa varislerinin her hangi bir dava açamayacakları, açsalar dahi geçerli olmayacağı hakkında mahkemede şahidler huzurunda verdiği beyanı ve bunun onaylanmasıyla ilgili hüccete benzer arşivlerde pek çok belge bulunmaktadır ("... Halen ben fitik zahmetine mübtelâ olup, muâleceye şiddet-i ihtiyacım olmağın mezbura Saliha Hatun'u maraz-ı mezkureye mualeceye 400 akçe icare ile icâr edip, ... eğer hîn-i muâlecede helâk olursam veresemden ve âhardan dem ü diyetime müteallık dava eylesinler...", Osmanlılarda Sağlık, no. 294.) Yeniçağlarda Asya ve Avrupa devletlerini kasıp kavuran, kitlesel ölümlere sebep olan veba, taun, kolera salgınları Osmanlı'yı, bu arada Balkan şehirlerini de derinden etkilemiştir. Avrupa ülkelerinin İstanbul'da bulunan daimi elçileri, özellikle Venedik balyosları Balkan şehirlerindeki veba salgınları ve ölenlerin miktarıyla ilgili olarak belirli aralıklarla kendi hükümetlerine raporlar sunmuşlardır. Abartılı rakamlar verdikleri de olmuştur. Son yıllarda bu konularda ciddi çalışmalar yapılmıştır. Balkan şehirlerindeki salgın hastalıkların sosyal hayatı sarsması yanında ekonomiyi de derinden etkilemekte, halkın refah seviyesi düştüğü gibi devlet ve vakıf gelirlerine de büyük zararlar verdiği bir gerçektir. Nitekim, 1699 tarihli bir belgede bu sırada Balkanlarda hüküm süren veba salgını sebebiyle Sultan Süleyman evkafına ait gelirlerin toplanamadığı etraflıca anlatılmaktadır (*Osmanlılarda Sağlık*, no.555). Selanik'te görülen taun salgını sebebiyle devlet için çuha işleyen Yahudilerin dükkan ve tezgahlarını terk ettikleri bu durumun araştırılması hususunda Selanik kadısına gönderilen 1568 tarihli hükümde bulaşıcı hastalıkların nasıl sonuçlar doğurduğunu göstermektedir (*Osmanlılarda Sağlık*, No.120).

XIX-XX. yüzyıllar: Sultan II. Mahmud devrinde Tıbhâne-i Âmir ve Cerrahhâne-i Mamure'nin kurulmasıyla Osmanlı devletinde modern tıp eğitimi başlamış, burada yetişen tabiplerin çabaları, devletin büyük zorluklara ve mali imkânsızlıklara rağmen ciddi sağlık siyaseti ile Osmanlı coğrafyasında bilhassa da Balkan şehirlerinde modern hastanelerin kurulması, uzman tabiplerin buralara tayini, ayrıca düzenlenen aşı kampanyaları, laboratuvarların ve karantina tesislerinin kurulması gibi sağlık alanında çok önemli gelişmeler sağlanmıştır. Sultan Abdülmecid, Sultan Abdülaziz ve bilhassa Sultan Abdülhamid zamanlarında Balkan şehirlerinde inşa edilen, geliştirilen veya

mevcut binalardan dönüştürülen pek çok hastane bulunmakta olup bu binaların kuruluş aşamalarına ve hizmetlerine ait arşivlerimizde binlerce belge, kroki ve resimler bulunmaktadır. Son yıllarda bunlar üzerine ciddi çalışmalar, tezler ve yayınlar yapılmıştır. Sultan II. Abdülhamid döneminde toparlanma ve köklü icraatla Osmanlı devletinin yeniden ayağa kalkma hamlesinin gerçekleştirildiği, bu sebeple gerçek Tanzimatçının Sultan Hamid olduğu genel olarak kabul görmüştür. Onun en başarılı olduğu birinci alan eğitim ise ikincisi de sağlık alanında gerçekleştirdiği hamlelerdir. Bu dönemde Balkan coğrafyasında yer alan bütün şehirlerde askeri hastaneler başta olmak üzere gureba (muahacirler, muhtaç kimseler, yetimler) hastaneleri, belediye hastaneleri (Üsküp, Selanik, Dime-toka), Karantina tesislerinin kurulması önemli gelişmelerdir. 19. asrın özellikle ikinci yarısında aşı kampanyaları, kuduz laboratuvarları kurma (Manastır Gureba Hastanesi ve kuduz laboratuvarı), Karantina teşkilatı, Hilal-i Ahmer (Kızılay) kuruluşlarının teşkil edildiği bilinmektedir. Bu dönemde Balkan şehirlerinde Askeri hastaneler, Gureba, Belediye, Hilal-i Ahmer (mesela Draç'ta) hastanelerinin kurulduğu bilinmektedir. 1877 Osmanlı Rus Harbi sırasında Hilal-i Ahmer Bulgaristan'da Varna, Kızanlık, Orhaniye, Cuma ve Sofya'da Seyyar hastaneler kurmuştur. Balkanlarda, Yunanistan'da, Gümülcine, Selanik, Dedeagaç, Dime-toka, Kesriye, Siroz Florina, Yenişehir, Girit-Hanya, Yanya, Naslıçe, Preveze, Rodos Kalesi; Bulgaristan'da, Kırcaali, Tirnova, Nevrekop, Cisir-i Mustafa Paşa (Svilengrad); Arnavudluk'da: Draç; Makedonya'da, Manastır, Üsküp, Kırçova; Kosova'da İpek, Preşova, Priştine'de askeri hastaneler yapılmış, mevcut olanlar tıbbi cihazlar, ilave tabip kadroları ile zenginleştirilmiştir (N.Sarı, A.Z. İzgüer, R. Tuğ, *II. Abdülhamid Devrinde Kurulan ve Geliştirilen Hastaneler*, İstanbul 2014, s. 30-34.) Bu hastaneler askeri sivil, Müslim gayrimüslim ayırımı yapmadan herkesi sağlık hizmeti vermiştir. Balkan savaşlarında Osmanlı ordusunda yaygın olarak görülen kolera sebebiyle aşı kampanyası yapılmıştır. Bu savaşlar sırasında Almanya'ya sipariş edilip büyük meblağlar ödenerek getirilen tıbbi malzeme, ilaç hatta seygar hastaneler savaşın Osmanlı ordusu aleyhine seyreden sonuçları sebebiyle gereği gibi kullanılamamış, hatta ithal edilen bazı seygar hastaneler düşman eline geçmiştir.

Sonuç olarak, Osmanlı Devleti, yüzyıllar boyunca eğitim ve sağlık konusunda büyük bir hassasiyet ve fedakârlık göstererek toplumun her zümresine hizmet götürme çabası içerisinde olmuştur. Her iki hizmet de vakıf sistemi ile geliştirilmiş ve yaygınlaştırılmıştır. Devlet gerek mevzuat, gerekse tatbikat olarak vakfî teşvik edici

Yeniçağlarda Asya ve Avrupa devletlerini kasıp kavuran, kitlesel ölümlere sebep olan veba, taun, kolera salgınları Osmanlı'yı, bu arada Balkan şehirlerini de derinden etkilemiştir. Avrupa ülkelerinin İstanbul'da bulunan daimi elçileri, özellikle Venedik balyosları Balkan şehirlerindeki veba salgınları ve ölenlerin miktarıyla ilgili olarak belirli aralıklarla kendi hükümetlerine raporlar sunmuşlardır. Abartılı rakamlar verdikleri de olmuştur. Son yıllarda bu konularda ciddi çalışmalar yapılmıştır.

çok önemli açılımlar sağlamış, sıkı bir denetim sistemi geliştirmiştir. Bu nimetten en çok istifade edenler de Balkanlar'da yaşayan halk olmuştur. 19. yüzyılın ikinci yarısı ve 20. yüzyılın başlarında Sırp, Bulgar ve Yunan'ın dayanılmaz zulmüne uğrayan Türk ve Müslüman zümreler kitleler halinde yurtlarını memleketlerini terk edip İstanbul ve Anadolu'ya göç etmek zorunda kaldığı dönemde bile devlet Balkan şehirlerine hastaneler, karantina tesisleri laboratuvarlar kurmak için büyük çaba sarf etmiştir.

Kaynaklar

Askeri tıp ve Balkan Askeri Hastaneleri, Editörler: Murat Babuçoğlu-Orhan Özdil-Sadık Emre Karakuş, Ankara 2013 (Büyük boy 237 sayfa)

Nil Sarı – Ahmet Zeki İzgüer – Ramazan Tuğ, *II. Abdülhamid Devrinde Kurulan ve Geliştirilen Hastaneler*, İstanbul 2014 (Büyük Boy 784 sayfa)

Osmanlılarda Sağlık, Editör: Dr. Coşkun Yılmaz – Dr. Necdet Yılmaz, İstanbul 2006, Cilt II (Bu cilt, Fatih Sultan Mehmed'den Sultan I. Abdülhamid'e kadar 802 arşiv belgesinin metin ve özetlerini içermektedir, Büyük boy, 400 sayfa)

Oya dağlar Macar, Balkan Savaşları'nda Salgın Hastalıklar ve Sağlık Hizmetleri, İstanbul ts.; Daniel Panzac, *Osmanlı İmparatorluğu'nda Veba 1700-1850*, Çev. Serap Yılmaz, İstanbul 1997.

Göz hekimliği tarihimizden bir kesit

Halûk Perk



1958 yılında doğdu. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesinden mezun oldu (1979). İstanbul Arkeoloji Müzelerine kayıtlı koleksiyoner olduktan sonra Kültür ve Turizm Bakanlığına bağlı kendi adıyla anılan özel müzesini kurdu. Bahçeşehir ve Yıldız Teknik Üniversitelerinde dersler verdi. 30 yıldır topladığı antik dönemden başlayan koleksiyonların tematik müzelere dönüşmesi noktasında çalışmalar yapmaktadır.

Kültür Bakanlığına bağlı Halûk Perk Müzesi koleksiyonlarından seçme eserlerle göz hekimliği tarihimizden bir kesit sunacağız. Doğru bilgilere sahip ancak tam bir bilimsel makale niteliğinde olmayan bu yazımız, müzemiz faaliyetleri ve yayınlarında olduğu gibi bilim insanlarına malzeme vermeye yöneliktir. Zeytinburnu Belediyesiince her yıl düzenlenen Merkez Efendi Geleneksel Tıp Festivali çerçevesinde 2010 yılından bu yana festival konseptine uygun müzemiz, sergi ve katalog hazırlamaktadır. Zeytinburnu Belediye Başkanı Sn. Murat Aydın ve danışmanı dostumuz Sn. Dr. Murat Çekin'in desteğiyle yapılan sergiler ve buna bağlı yayınlar, alanında ilk olma özelliği taşımaktadır. Bu yazımızda 2015 yılında "Zeytinburnu 16. Merkez Efendi Geleneksel Tıp Festivali" çerçevesinde açılmış sergi münasebetiyle çıkarılmış yayında yer alan koleksiyonumuzdan oluşan "göz hekimliği tarihi" obje ve belgelerinden örnekler verilecektir.

Adından da anlaşılacağı üzere "Belgeler ve Objelerle Göz Hekimliği Tarihi" yayını-mızda, Halûk Perk Müzesi koleksiyonunda yer alan objeler ve belgelerle bir göz hekimliği tarihçesi oluşturulmaya çalışılmıştır. Kitap, toplamda 180 sayfa olup yoğun olarak görsellerden meydana gelmektedir ve Prof. Dr. İter Uzel'in göz hekimliği tarihi alanında yapmış olduğu çalışmalardan oluşan makalelerle başlamaktadır. Antik dönemden başlayarak insanlığın göz hastalıkları ile ilk nasıl karşılaştığına, nasıl tedaviler uyguladıklarına, bu tedavileri uygularken kullanılan araç gereçlere ve cerrahi aletlere yer verilmiş; koleksiyon kapsamında cerrahi aletler tanıtılırken benzer örnekleri yanlarına konularak referans verilmiştir. Aynı zamanda kaynak olarak da belirtilmiştir. "Göz hastalıklarına hemen cerrahi müdahale mi yaptılar yoksa başka çareler de aradılar mı?" sorusunu sorduğumuzda, göz adakları ve göz şeklinde muskalar bize cevap olmuştur.

Kitap kapağında da yer verdiğimiz göz adakları, antik Mısır'la başlayarak günümüzde de yaygın olarak kullanılmış ve küçük değişiklikler dışında göz şeklinde yapılan formları değişmemiştir.

Göz Adakları

Mısır'da Horus'un Gözü, Roma ve Bizans döneminde karşılaştığımız göz adakları mistik bir inancın sembolü olup aynı zamanda birer şükran simgesidirler. Etkin tedavilerin henüz yaygınlaşmadığı antik dönemde tanrıya, duaya ve tapınaklara sığınan insanlar; kendi çabalarıyla sağlık arayışına girmişlerdir. İnanç, insanoğlu var olduğundan beri; sığındığı en güvenli liman olmuştur. Kötü ruhlardan, insanlardan, varlıklardan korunmanın yolunu inançta, duaya sığınmada bulmuşlardır. Bu durum sağlıkları içinde geçerli bir durum haline gelmiştir. Kişi, hasta olan uzvu için tapınaklara gidip tanrıya sağlık için yalvarmakta ve iyileşmesi durumunda hangi uzvu hasta ise onun birer adağını yaptırıp şükran sunmaktadır. Bu adaklar; taş, pişmiş toprak, mermer, altın ya da bronzdur. Her uzvun ayrı bir koruyucusu olduğuna inanılmış ve tanrıya adak adarken o tanrının adıyla bir de yazıt hazırlamışlardır. Mısır'da ise ilk defa bir gözün tanrıya ait olduğuna inanmışlardır. Eski Mısır inanışına göre "Udjah" adı verilen kutsal göz, ölümden sonra yaşamın tanrısı olan "Osiris" ile eşi İsis'in oğulları, Nil vadisinin koruyucu tanrısı, şahin başlı Horus'un Gözü olarak tanımlanmıştır. Kitapta konu ayrıntılandırılmış, ilerleyen dönemlerde adakların ne şekilde geliştiği ve malzemelerinin neler olduğu hakkında bilgiye yer verilmiştir. Günümüzde de kullanımı devam eden mistik tedavi yöntemi ile insanlar ruhsal olarak iyileştiklerine inanmışlardır.

Tarihteki Göz Hekimliği ve Tedavileri ile İlgili Çalışmalar

Koleksiyonda yer alan göz anatomisi ile ilgili yapılan çalışmalar, atlaslar, katlamalı

planşlar ve kitaplar da bu bilgileri destekleyicidir. Göz hekimliği ile ilgili çalışmalar, ilk olarak Hammurabi Kanunlarında (M.Ö. 1943-1905) karşımıza çıkmaktadır. Eski Mısır'da ise göz hekiminin saygın bir yeri olduğu söylenebilir. Göz hastalıklarının; sıcaklık, çevre koşullarının kötü olması ve zararlı haşere nedeniyle çok sık görüldüğü bilinmektedir. MÖ 1550'lere tarihlenen "Ebers Papirüsü"nde yüze yakın göz hekimliği reçetesi olduğu bilinir. Bu reçetelerde bazı göz hastalıklarının isimleri verilmiş olup tedavi yöntemlerinden de bahsedilmiştir. Bu sürecin antik Roma'da, Bizans'ta ve Osmanlı'da da kendini gösterdiği, tedavi ve reçete kayıtlarından bilinmektedir. Amasyalı hekim ve cerrah Şerefeddin Sabuncuoğlu, 1465 yılında yazdığı minyatürlü ve alet resimli "Cerrahiyetü'l Haniyye" adlı eserinde göz ve tedavileri ile ilgili bölümlere de yer verilmiştir. Kitapta da bahsi geçen kısımlardan görüldüğü üzere göz hastalıklarına ne şekilde tedavi uyguladıkları açıktır. Göze inen suyun tedavisi, kronik göz yaşarmaları, göz kapaklarının düşmesi, göz kapaklarındaki kist tedavileri resimlerle anlatılmış, bu sayede hem tedavi şekilleri hem de kullanılan aletleri görmemiz sağlanmıştır. Katarakt ameliyatı antik çağda da yapılmaktadır. Katarakt iğne formlarının neredeyse değişmeden günümüze kadar gelmeleri dikkat çekicidir. Bahsi geçen aletlerin Roma döneminde olduğu gibi 20. yüzyılda da kullanılan örnekleri vardır. Gözün anatomik yapısıyla ilgili, Şanizade Mehmed Ataullah'ın "Miratü'l Ebdan ve Teşrih-i Bedeni'l-İnsan" adlı göz anatomisi kitabındaki levhaları oldukça ilgi çekicidir. Şanizade Mehmed Ataullah (1771-1826); yalnız tıp alanında değil tarih, matematik, askerlik gibi alanlarda da eserler vermiş bir bilgin ve devlet adamıdır. Medrese eğitiminden sonra Süleymaniye Tıp Medresesi ve Mühendishane'de okumuş, bildiği Doğu dilleri yanında Latince, İtalyanca ve Yunanca gibi Batı dillerini de öğrenmiştir. Beşi tıp, ikisi matematik, biri tarih, dördü askerlik, biri coğrafya

olmak üzere on dört eserin yazarıdır. 1820 tarihinde basılan "Mirat'ül Ebdan fi Teşrih-i Aza'ül-İnsan" adlı eseri, "Şanizade Hamsesi" denilen temel tıp ve farmakoloji gibi dört diğer eserle bir arada ciltlenmiştir. Bunun dışında 19. ve 20. yüzyıl içinde göz anatomi çalışmaları yoğunluk kazanmış ve örneklerini kitapta da göreceğiniz birçok atlas çalışılmıştır.

Gözün Bakım ve Tedavisi

Göz bakım ve tedavisinde tarih boyunca birçok yöntem deneyen insanoğlu, bu gelişmişliğini gözleri için de kullanmıştır. Gözlere ilaçla tedavinin yanı sıra, bitkisel yöntemlerle de tedavi uygulamaya çalıştıkları bilinmektedir. Bunun için özellikle sürmeyi çok kullandıkları ve gözlerle çekilen sürmenin sağlıklı, mikroplar için etkili olduğuna ve gözü rahatlatığına inanmaktadırlar. Halûk Perk koleksiyonunda yer alan, Roma döneminde başlayan ve günümüze kadar örnekleri devam eden "sürmedan koleksiyonu" ilgi çekicidir. Göze ilk cerrahi müdahale, katarakt ile -eski Mısır'da "gözlere su çıkması" olarak adlandırılan hastalıkla- başlamıştır. Eski Yunan ve Roma'da katarakt, Yunanca "su düşüşü" olarak aynı anlamdadır. Ebers Papirüsü, Reçete No:385: "*Kataraktın tedavisi için büyüye başvurulurdu.*" yazmaktadır. Büyü ile bir sonuca ulaşamayınca Roma döneminde ilk cerrahi müdahale uygulanmıştır. Bu noktada katarakt iğneleri karşımıza çıkmaktadır. Uç kısmı sivri, katarakt cerrahi aletleri ve göz kaşıklarının; Roma döneminde görüldüğü gibi 19. ve 20. yy'da da var olduğu, koleksiyonda yer alan benzer iğnelere bilinmektedir. Ekartörler, forsepsler, neşterler oldukça ilgi çekicidir. Aynı zamanda bu cerrahi aletlerle göze müdahalenin nasıl yapıldığı yine koleksiyon kaynaklarında yer alan kitap ve anatomi atlaslarından örneklerle okuyuculara sunulmuştur. Ayrıca 1559 yılında Alman cerrah Caspar Stromayer, kendi ameliyat tekniğini açıkladığı kitabını yazmaya başlamıştır. Bu durum, katarakt ameliyatı ve tedavisinin gelişmeye başladığını göstermektedir. İlerleyen zamanlarda ilaçla tedavi ve göz banyolaları, cerrahi müdahale öncesi ve sonrası ya da bazen cerrahi müdahale olmadan merhem ve su ile çeşitli ampirik uygulamalarla tedavi yöntemleri geliştirmeye başlamışlardır.

Sonraki dönemde teknolojinin ilerlemesi ve Avrupa'nın da etkisiyle göz muayene yöntemlerinin hızla geliştiği görülmektedir. Tarih boyunca ve günümüzde göz muayenesinde hangi yöntemlerin ve hangi aletlerin kullanıldığına ve kimlerin muayene yapabildiğine dair birçok örnek karşımıza çıkmıştır. Diametre; çap, çember ya da yayların çap ölçülerini alır. Gözün çapı, göz bebeğinin çapının ve korneanın ölçülmesinde etkilidir. Tonometer, göz tansiyonunu ölçmeye yarar. Bilinen erken örneği 1905'de yapılan "Schiötz Tonometresi"dir. Göz tansiyonu, halk ara-

sında "karasu" olarak da bilinir. Genelde, ilerleyen yaşa bağlı olarak ortaya çıkan göz tansiyonu (glokom), göz içinde yer alan göz içi sıvısının basıncının artması ve bu basıncın görme işlemini gerçekleştir-meye yardımcı sınırlara baskı yapıp zarar vermesiyle meydana gelir. Göz muayenesi esnasında, gözün harfleri ve sayıları hangi numaralı merceklerle daha rahat görebildiğini anlamak için göz merceği takımları üretilmiş ve bu sayede gözün kaç numara ilerlediği ya da gerilediği, hangi numarada daha rahat görebildiği saptanmaya çalışılmıştır. Oftalmoskop; göz doktorlarının gözün içini, yani göz küresinin, fundus (göz dibi) denilen iç kısmını muayene etmek için kullanılır. 1851'de Helmholtz tarafından bulunmuştur. Oftalmoskop, 1852'de Maresal de Marsilly tarafından oftalmoskopi kelimesinden türetilmiştir. Augenspiegel, oftalmoskopi göz aynası olarak tanımlanmıştır.

Hekimliğin usta - çırak ilişkisi ile kazanılan bir meslek olarak başladığı dönemde ve sadece tedavi etmek amacını taşıyan hekimler, cerrahlar ve kehhaller (göz hekimleri) olarak üç grup bilinmektedir. Kehhal adını alan göz hekimleri ve yaptıkları tedavilerle ilgili ilk bilgilere Babil kayıtlarında rastlıyoruz. M.Ö. Babil kralı Hammurabi'nin ünlü kanunlarında bir göz kurtaran hekimin, zenginlerden 10, fakirlerden 5, esirlerden 2 gümüş almaya hakkı olduğu yazılıdır. Ayrıca hür bir kişinin ölümüne veya gözünün kaybına sebep olan hekimin eli kesilir, zarara uğrayan kişi esir ise hekim esiri sahibine ödemek zorunda kalırdı.

Türk Göz Hekimi Mehmet Esat Işık ve Esat Oftalmoskobu

Türk göz hekimliği tarihinde önemli yeri olan Mehmet Esat Işık, Milli Mücadele döneminde siyasal faaliyetleri ile öne çıkmıştır. Dr. Esat Paşa Paris'teki eğitiminde tıp literatürüne "Dr. Esat oftalmoskobu" olarak geçen çift aynalı oftalmoskopi geliştirmiştir. Basit oftalmoskop aynasının arkasına düz ayna ilavesi, aynı sap üzerinde bir tarafında skiyaskopi yapılan düz ayna, diğer tarafında oftalmoskopi için iç bükey bir ayna içerir. 1899'da İstanbul'daki Askeri Tıbbiye Mektebi bünyesinde Türkiye'nin ilk modern göz kliniğini kurmuştur. Antik dönemde papirüslere, kitabelere, kil tabletlere yazılan reçeteler, hastalıkların tanısı ve tedavi yöntemi, süresi ve terkiplerinin olduğu belgelerdir. Her hastalık için yazılan reçeteler günümüzde uygulanabilirliği kısmen kaldırılmış olsa da; göz hekimleri tarafından hala kullanıldığı bilinmektedir.

Gözlükçülük

Gözlükçülük, 1900'lü yılların başında popüler bir meslek haline gelmiştir. Bu tarihten itibaren göz hekimlerinin muayenehanelerinin ve gözlük dükkanlarının açılması, Avrupa'dan alınanlarla gözlük-

lerin çeşitlenmesi gündeme gelmiştir. Dr. M. Artaryan, 1900'lü yılların başında Bahçekapı Caddesi'nde faaliyet gösteren ecza ve tıbbi alet deposu kuran sayılı kişilerdendir. Bu depo, dönemin önemli firmaları arasında yer alır. Artaryan'a ait bir klişede; gözlük, pens, şırınga ve neşter görülmektedir. Artaryan daha sonra fenni gözlükçü olarak anılacak ve o adla gözlük ve kılıfları üretecektir. 1940 yılında gözlükçüleri ilgilendiren kanunname yayınlanmıştır. Ayrıca gözlükçüler için hazırlanan kanunnameye uygunluğu denetleyen bir merci olduğu ve kurallara uyduklarında kendilerine bu merci tarafından bir ruhsatname verildiği bilinir. Bu ruhsatname Halûk Perk koleksiyonundadır.

Avrupalı yaşamın oldukça etkili olduğu 1900'lü yıllarda, largnon denilen tek saplı makas gözlükler hanımlarca oldukça popülerdi. Halûk Perk koleksiyonunda yer alan zengin largnon gözlük çeşitleri, o dönemde şıklığa ve gösterişe ne denli düşkün olduklarını göstermektedir. Aynı dönemlerde iki mercekle çerçevenin bir bakır yardımıyla tutturulup burun kısmına oturtulduğu pince nez (kelebek) gözlüklerin de o dönemin modası olduğu ve 19. yy. sonuna kadar sürdürüldüğü görülmektedir. Bu gözlükler günümüzde de kullanılmaktadır.

Görme Engelliler

Selçuklu ve Osmanlı Türkleri, halk için sağlık ve sosyal yardıma çok önem vermişlerdir. Vakıflara mâl edilen kurumların sayıları binleri aşmaktadır. Bunun içinde gözü görmeyenlerle ilgili kör haneler (amalar yurdu) gibi mekânlar da yer almaktadır. Manisa'daki bunların en eskisidir. Manisa mahallelerinden birisinin adı Körhane'dir. 14. ve 15. yy'da Körhane Mahallesi, "amalar" ve "gözsüzler mahallesi" olarak bilindiğine göre burasının körlerin dinlenmelerine meydan vermek için kurulmuş bir darülaceze şubesi gibi olduğuna (klinik değil) şüphe edilmemelidir. 16. yy'da da Şer'îye Sicillerine göre kör hanelerin yaptırıldığı bilinmektedir. Günümüze geldiğinde, birçok yardım kuruluşlarının görme engelliler için yaptığı faaliyetleri görmekteyiz. Cumhuriyetin ilk yıllarına bakıldığında görme engelliler için Braille Alfabesi ile hazırlanmış yayınlar, görme engelli daktiloları, saatler hazırlanmış görülmüştür. 1937 yılına ait diplomada gördüğümüz gibi görme engellilerin eğitimlere başladığı ve eğitim sonunda mezuniyet belgesi aldıkları bilinmektedir.

Kaynaklar

İdil Aysun. *Çağdaş Göz Sağlığı Hizmetlerinin Gelişimi ve Anlamı, Ankara Tıp Mecmuası, Vol. 47, 1994, Ankara, s. 532.*

Keskinbora Kadircan. *Göz Tabibi Esat Işık, Bahçeşehir Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2014.*

Perk Halûk. *Belgeler ve Objelerde Göz Hekimliği Tarihi (Halûk Perk Koleksiyonu), Halûk Perk Müzesi Yayınları, İstanbul, 2015.*

Marko Paşa'nın hayat öyküsü

Prof. Dr. Sefa Saygılı



1956 yılında İskenderun'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini bu şehirde tamamladıktan sonra 1980 yılında İstanbul Tıp Fakültesini bitirdi. Aynı fakültede psikiyatri eğitimini tamamladı. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesindeki görevinin ardından Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesinde psikiyatri klinik şefliği yaptı. Kırklareli Üniversitesinde öğretim üyesiği yapan Saygılı halen Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesinde psikoloji bölüm başkanıdır. Kızılay Merkez Yönetim Kurulu Üyesiği ve Yeşilay Genel Başkan Yardımcılığı görevinde bulunan Saygılı, 1996'dan beri Adli Tıp Kurumunda da görevlidir. Üniversitelerarası Kurul Üyesiği de yapan Saygılı, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Marko Apostolidis, 1814 yılında kimi kaynaklara göre İstanbul'da, kimi kaynaklara göre Siros Adası'nda doğdu. Sakızlı bir Rum ailesinin çocuğu olan Paşa'nın, ilk ve ortaöğrenimini Siros Adası'nda gördüğü kesindir; bu açıdan doğum yerinin Siros olması muhtemeldir. Genç Marko'nun "Marko Paşa" olmasına giden süreç, 1851 yılında Mekteb-i Tibbiye-i Şahane'den hekim olarak mezun olmasıyla başladı demek mümkündür. Hekimliğiyle ün kazanan Marko, daha sonra siyaseten de etkili bir kişi haline dönüşecek, siyasi konumunda kullandığı taktiklerden ötürü de ünlü "derdini Marko Paşa'ya anlat" nüktesine konu olacaktı.

"Marko Paşa ortaya yakın boyda, zarif vücutlu, kuru yüzlü, tatlı bakışlı, daima mültefit tavırlı bir zat idi. Evvelce kırılması sebebi ile bir ayağı kısa olduğundan bastonla yürür ve daima kılıcı belinde bulunurdu" şeklinde tasvir edilen Marko Paşa, 1861 yılında Sultan Abdülaziz'in doktoru oldu. 1860'lı yıllarda orduya ilaç tedarik eden kurumun nezdinde çalıştı. 1870 yılında Mekteb-i Tibbiye'nin başına geçti. 1876 yılında, Abdülaziz'in şüpheli ölümü hakkında yazılan ve "bize gösterilen makas, bu yarayı yapabilir" şeklinde ifadenin yer aldığı raporu imzalayan 19 hekimden biridir. Yakın tarihimizin en önemli otopsi raporlarından birinde imzası olan Marko Paşa'nın siyasi yönü bu tarihte belirmeye başlıyordu. 1877 yılında Senato üyesiğine (Meclis-i Ayan azası) atandı. 3 Kasım 1888'de vefat edinceye kadar Mekteb-i Tibbiye'de çalışmaya devam etti. 1870'ten 1888 yılına dek diğer görevlerinin yanında Mekteb-i Tibbiye reisliğini sürdürmüştür.

Sultan II. Abdülhamit'in özgürlükleri sınırlayan ve fikir hareketlerini yasaklayan mutlakiyetçi yönetimi ve kontrolü altında dahi öğrencilerin özgürlüğünü temin etti ve aralarında demokratik fikir ve prensiplerin yeşermesine izin verdi. Bu dönem Mekteb-i Tibbiye'de, gizli ve illegal bir devrimci örgütlenme olan "İttihat ve Terakki"nin kurulduğu zamanlardı.

Bu dönemde Marko Paşa, hürriyetçi fikirlere sahip gençleri koruyup kollayan bir sima olarak öne çıkmıştır. Bu himayesi, ona siyasi güç olarak geri döndüyse de, Marko Paşa'nın siyasi tavrını göstermesi yalnızca şahsi bir dürtüden kaynaklanmıyordu. Dönemin tıbbiyesi, Batı standartlarında eğitim veren, pozitivist anlayışın hâkim olduğu ve bir süre eğitim dili Fransızca olmuş bir kurum olarak entelektüel bir merkezdi. Tibbiyeli gençlerin Meşrutiyet'in ilanı başta olmak üzere birçok toplumsal olayda söz sahibi olup aralarından birçok münevver çıkardıkları göz önüne alınca, Marko Paşa'nın bu tavrının tesadüfi olmadığı görülür. Marko Paşa; zamanının ruhunu yansıtan, özgürlükçü fikirlerin en önemli kuluçka merkezlerinden olan bir kurumun başındaki figür olarak tarihin ona yüklediği vazifeyi yerine getirmiştir.

Kızılay'ın Kurucularından

Marko Paşa'nın Türk tarihinde oynadığı bir diğer önemli rol, bugünkü adıyla Kızılay, ilk ismiyle Hilal-i Ahmer kurumunun kuruluşunda karşımıza çıkar. Paşa, Kızıl Haç çizgisinde bir örgüt olarak Hilal-i Ahmer'in kuruluşunda öncü olmuştur. 1865 yılında Cenevre'de imzalanan uluslararası sözleşmeye Osmanlı Devletinin imza atmasını sağladı. Önce, "Yaralı ve

Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti" olarak kurulan kurum, Osmanlı-Rus savaşının ağır koşulları ve ihtiyaçları altında, 1877 yılında "Osmanlı Hilâl-i Ahmer Cemiyeti" adını aldı. Bugün hala hizmetlerine devam eden Kızılay; Yeşilay ve Türk Ocağı ile birlikte Cumhuriyet'ten eski birkaç sivil kurumumuz arasında yer almakta, üstelik kesintisiz hizmet vermesi nedeniyle çok kıymetli bir kurum olarak sembol bir değer taşımaktadır. Marko Paşa, Osmanlı Devletinin hariciyedeki aksaklıklar nedeniyle katılmadığı toplantılara şahsi inisiyatifi de kullanarak katılıp belli anlaşmalara taraf olmamızı sağlamış, Kızılay'ın da temellerini bu sayede atmıştır.

Vefatı

Bütün hizmetlerinden sonra Marko Paşa, bir yıl kadar hasta yattıktan sonra 1888 yılında Burgaz Adası'ndaki evinde vefat etti. Asıl evi Kuzguncuk'ta bulunmasına karşılık Dr. Marko Paşa'nın yaz tatillerini geçirmek üzere gittiği Burgaz Adası'nda da bir evi bulunmaktaydı. Hastalığı sebebiyle Burgaz Adası'ndaki evinde dinlenen Paşa'nın 2 Kasım 1888'de vefat etmesinin ardından, 3 Kasım 1888'de Bahriye Nezaretine mensup heyet, bütün Mekteb-i Tibbiye öğrencisi, yakın dostları, hekim ve eczacılardan oluşan topluluk, cenazeyi Kuzguncuk'a nakletmek üzere Burgaz Adası'na gitti. O gün çok şiddetli bir lodos fırtınası olması sebebiyle gemi iki kez batma tehlikesi geçirerek çok güç şartlarda Burgaz Adası'na varabildi. Bu endişe ve korku dolu yolculuktan sonra Dr. Marko Paşa'nın evine giden topluluk cenazeyi buradan alarak ada sokaklarından geçirip Rum Kilisesi'ne götürdü. Burada gerekli dini tören yapıldıktan sonra fırtınanın da etkisini

kaybetmesi üzerine cenaze yeniden gemiyle Kuzguncuk iskelesine getirildi. Dr. Marko Paşa'nın buradaki evi önünde bir süre durulduktan sonra, cenaze Kuzguncuk Rum mezarlığında toprağa verildi. Mekteb-i Tibbiye-i Şahane Dâhiliye Kürsüsü hocalarından Mirliva Dr. Zoeros Paşa, mezarı başında Dr. Marko Paşa'nın hayatı ve kişiliği üzerine katılanları kederlendirecek Fransızca bir konuşma yaptı.

Marko Paşa'nın Nüktele ve Marko Paşa Darb-ı Meselleri

Neyzen Tevfik, devrin siyasi figür ve olaylarını hicvetmek için yazdığı *Havale* şiirinde, Marko Paşa'dan bahseder:

*"Tetkik ettim her mesleği, her dini
Bulamadım gamsız bir tek ferdini
Anlatmak'çin Siyonist'e derdimi
Marko Paşa ile Tur'a bıraktım."*

Şiirde de görülen bu "*derdini Marko Paşa'ya anlatmak*" terkihi, yıllardan beridir "*boşuna olsa da derdi anlatıp rahatlamak*" yahut "*derdini boşa anlatmak*" anlamıyla kullanılmaktadır. Bu, Marko Paşa'nın siyasi bir taktik olarak muhataplarının derdini dinler gibi görünüp süreklî tekrar ettirmesi ve nihayet hiçbir eyleme geçmeyerek, içini boşaltmış muhatabını bir rahatlamayla yolcu etmesi alışkanlığına dayanır. Bugün bile edebiyatımızda ve entelektüel camiada Marko Paşa bir darb-ı meseldir. Farklı kaynaklarda Marko Paşa'nın bu özelliği etrafında dönen onlarca nükte anlatılır. Bu yönüyle Marko Paşa, şahsının ötesinde sembolleşmiş, karikatürleşmiş bir edebi karakterimizdir.

Merak edenler, mesleğiyle alakası olanlar, Marko Paşa'nın Sultan Aziz zamanının ileri gelen doktorlarından olduğunu işitmişlerdir. Sonra Abdülhamid devrinde de yaşamış ve 1888 senesinde ölmüştür. Sultan Aziz'in devrinde bir aralık Saray'ın ser tababetinde bulunmuş, yine "*Ser Kimyager-i Hazret-i Şehriyar*" olmuştur. 1871'de Tibbiye Mektebi Nazırlığı kendisine verilmiş ve bu vazifede iken dünyadan ayrılmıştır. İlk Ayan Meclisi'nde azalığı vardı.

"*Git derdini Marko Paşa'ya anlat!*" cümlesi sonradan çıkmamıştır. Bu söz Marko Paşa'nın zamanında da pek meşhur olmuştu. Cümle evvela Tibbiye Mektebi'nde tibbiyeliler arasında büyük şöhret kazanmıştı. Sonra söz mektebin duvarları arasından dışarıya çıktı. Şehre yayıldı. "*Derdini Marko Paşa'ya anlat!*" sözünü İstanbullulara öğreten tibbiyelilerdir. İstanbul ise bu cümleyi taşraya, Anadolu'ya öğretmiştir. Laf o derece yayılmıştır ki, San Francisco'ya giden gazeteci arkadaşlarımızdan birinin

seyahat notları arasında okumuştum. Bilmem hangi uzak bir memlekette Türkiyeli bir Yahudi'ye rast gelmişler. Amerikan devlet büyüklüğünden birinden bahsederken, "*Amerika'nın Marko Paşa'sıdır. Çal kapısını, anlat derdini*" demiş! Bizim Marko Paşa'nın şöhreti görüldüğü gibi nerelere kadar uzanmaktadır...

Sonuç

Marko Paşa'nın "*laf anlamazlığı*" ve derdi Marko Paşa'ya anlatmanın beyhudeliği şüphesiz edebiyatımızın ve tarihimizin güldürü unsurlarından biri olarak kendilerine yer etmişlerdir. Ancak Marko Paşa'nın hayatı, görevi ve yaşadığı dönem daha yakından ele alındığında görülüyor ki bu laf anlamazlık kasıtlıdır. Marko Paşa'nın hem şahsı, hem de koruması altına aldıkları kişiler için bir hayatta kalma yöntemidir.

Marko Paşa özellikle Abdülhamid devrinde Mekteb-i Tibbiye-yi Şahane'nin başındadır. Ancak Osmanlı'nın kendine has hikâyesi nedeniyle Tıp Okulu'nun başında olmak büyük bir sorumluluk ve siyasi etki değerini de yanında getiriyordu. Pozitif eğitim veren ender kurumlardan biri olması nedeniyle Tibbiye, Batıcılık hareketlerinin cereyan ettiği en önemli merkezlerden biriydi. Ekseriyetle İttihat ve Terakki yanlısı tutum sergileyen öğrenciler, ta Cumhuriyet'in ilanına dek siyasi çalkantılarda en ön planda yer almışlardır.

Marko Paşa, dönemin siyasetinin nazik vaziyeti nedeniyle siyaseten taraf tutuyor konumuna düşmemek ve Sultan II. Abdülhamid'e tehdit oluşturduğu algısını yaratmamak için kasten yuvarlak cevaplar veren, dişe dokunur bir eylem ve çözüm ortaya koymayan bir adam profili çizmiştir. Üstelik koruması altında bulunan Tibbiye öğrencilerini bu tavırla çoğu zaman soruşturma geçirmekten ve daha fena sonuçlardan da korumuştur. Şu anekdot dikkat çekmektedir:

"*Tibbiye Mektebi o zamanlar Demirkapı'da dört yüksek duvarlı bir bahçenin ortasındaymiş. Talebeler arasında hürriyet fikirlerinin yayılmaya başladığı bir zamanda bir gün akşam yoklamasında âdet olduğu üzere, talebe üç defa "Padişahım çok yaşa!" diye bağıracak yerde, hep birden "Padişahım alaşağı" diye feryadı basmış... Bunu duyan sınıf zabıtlarının etekleri tutuşmuş. Ertesi sabah Marko Paşa mektebe gelince, hemen zabıtlar Paşa'nın huzuruna çıkıp durumu anlatmışlar... Fakat Marko Paşa dert dinler mi? Talebelerin bir kısmını çağırılmış. İçlerinde Dr. General Besim Ömer'in de bulunduğu bir talebe murahtan heyetini dinlemeye başlamış. Talebeler kendilerini şöyle müdafaa etmişler; "Paşam, siz fizik okudunuz.*



Marko Paşa'nın mezarı (üstte) ve mührü (yanda)

Ses dört duvar arasında akisler bırakır ve kelimelerin tonu değişir. Biz "çok yaşa" diye bağırdık. Sınıf zabıtları uzakta idiler, ses kanunları mucibince, onların kulağına "alaşağı" şeklinde gitmiş..."

Bu açıklama Paşa'nın pek hoşuna gitmiş olmalı ki, hemen zabıtlara dönüp;

-Talebeler haklıdır, fizik ve fen bunu emreder." demiş.

Fakat zabıtlar Marko Paşa'nın yanından çıktıktan sonra talebenin bu mazeretini yutmayan Paşa, talebelere çıkışarak şöyle demiş;

-Anladık... Ses aksettirir ama ne?"

Anekdotu, Marko Paşa'nın bu işlevinin güzel bir karikatürünü içeriyor. Çok defa Tibbiye öğrencilerini Sultan Abdülhamid Han'ın haklı gazabından koruyan Marko Paşa, zekâsıyla zaman zaman muhalif öğrencilerin iltifat, hatta bahşiş almasını bile sağlamıştı.

Hem Tibbiye öğrencilerini koruyan babacan bir hekim olarak, hem de Kızılay'ın kurulmasında büyük emeği geçmiş bir devlet adamı olarak Marko Paşa'nın tarihimizde bıraktığı izin etkileri bugün bile devam ediyor.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan