

# SD

200 TL  
(KDV DAHİL)  
2023/1

63

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



DR. MAHMUT TOKAÇ BEYİN GÖÇÜNÜN TARİHÇESİ | ABDULLAH UÇAR - MUHAMMET YUNUS TUNCA - PROF. DR. MUSTAFA TAŞDEMİR - KAVIMLER GÖÇÜNDE YENİ SEZON  
PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ SAĞLIKTA BEYİN-EMEK GÖÇÜ/GÜCÜ | PROF. DR. SALİH MOLLAHALILOĞLU TÜRKİYE VE DÜNYADA SAĞLIK İNSAN GÜCÜ | PROF. DR. HAYDAR SUR  
SAĞLIK EKONOMİSİ PENCERESİNDEN SAĞLIKTA BEYİN GÖÇÜ | PROF. DR. GÜRKAN ÖZTÜRK GELEN GİDEN BEYİNLERİN HİKÂYESİ | DOÇ. DR. BAYRAM DEMİR - DR. HASAN GÜLER  
TUTMAK YA DA BIRAKMAK | DR. TAHA KELEŞTEMUR BEYİN GÖÇÜ ÜZERİNE DERTLEŞME | PROF. DR. ABDÜLKADİR ÖMER ARAŞTIRMACI HEKİM GÖZÜYLE BEYİN GÖÇÜ  
DOÇ. DR. INDRANI KALKAN TÜRKİYEYE GÖÇEN BEYİNLERİN HİKÂYESİ | PROF. DR. SÜLEYMAN YILDIRIM BİR TERSİNE GÖÇ HİKÂYESİ | PROF. DR. OSMAN HAYRAN SAĞLIK ALANINDA  
BEYİN GÖÇÜ VE YÖNETİŞİMİ | PROF. DR. İLHAN İLKILIÇ BEYİN GÖÇÜ NEYİN GÖÇÜ? | PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN DSÖ SAVAŞIN MI BARIŞIN MI ARACI? | PROF. DR. FAHRİ OVALI  
İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE ÇOCUKLAR | PROF. DR. SÜLEYMAN DAŞDAĞ ELEKTROMANYETİK KİRLİLİK VE ÇOCUK SAĞLIĞI | PROF. DR. ZELİHA KOÇAK TUFAN 'HAYAT BECERİLERİ' DERKEN?  
PROF. DR. TÜRKAN YİĞİTBAŞI YÜKSEKÖĞRETİMDE TOPLUMSAL KATKI VE SAĞLIK ALANINDA YAPILABİLECEK UYGULAMALAR | PROF. DR. MUSTAFA SAMASTI BİR NEFES ZEHİR:  
TÜTÜN/SIGARA | DR. AHMET MURT BÜTÜNSEL YAKLAŞIMLA TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIKTA İNSAN GÜCÜ | DR. HASAN GÜLER - DOÇ. DR. BAYRAM DEMİR  
SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSAL KORUMA VE HASTA GÜVENLİĞİ | HÜSEYİN ÇELİK HASTALIK ENDÜSTRİSİN'DEN SAĞLIK ENDÜSTRİSİNE GEÇİŞ MÜMKÜN MÜ?  
PROF. DR. LÜTFÜ HANOĞLU - İREM ONİN YIRIKOĞULLARI HAFIZA KLİNİKLERİ: YENİDEN DÜZENLENME VE YENİ İŞLEVLERE DOĞRU | DR. SELAHADDİN SEMİZ SAĞLIK SEKTÖRÜNDE  
AR-GE/İNNOVASYON FİRMASI KURMANIN ÖNEMİ VE ZORLUKLARI | DR. MEVLİT YURTSEVEN BİR SAĞLIK STK'SI NASIL OLMALI? | PROF. DR. HANEFİ ÖZBEK SAZ ÜZERİNE  
ZÜLEYHA ABDÜLBAKİOĞLU 'DOKUZUNCU HARİCİYE KOĞUŞU' VE SAĞLIK | ANADOLU BİLGESİ: BİR ÜNİVERSİTE HOCASI YAŞAR BAĞDATLI | DR. ORHAN DOĞAN KARİKATÜR



SGK  
ANLAŞMALI

# Kalbinize sağlık

Kalp ve damar cerrahisinde  
dünya standartlarında bir donanım, güçlü akademik kadro ve  
ileri teknoloji bir arada.

PEDİATRİK KARDİYOLOJİ | ERİŞKİN KARDİYOLOJİ  
PEDİATRİK KALP VE DAMAR CERRAHİSİ | ERİŞKİN KALP VE DAMAR CERRAHİSİ



444 70 44



Kuruluşumuz,  
Akademik Tıp Merkezi  
Hastanesi olarak  
JCI tarafından  
akredite edilmiştir.



MEDİPOL  
MEGA  
MEDİPOL MEGA  
HASTANELER KOMPLEKSİ



# SD

2023 / 1  
SAYI: 63  
ISSN: 1307-2358

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

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ  
Prof. Dr. Naci Karacaoğlan

EDİTÖR  
Prof. Dr. Recep Öztürk

YAYIN KURULU  
Prof. Dr. Mustafa Altındış  
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş  
Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu  
Dr. Öğr. Üyesi İlker Köse  
Prof. Dr. Fahri Ovalı  
Dr. Bülent Özaltay  
Prof. Dr. Hanefi Özbek  
Prof. Dr. Gürkan Öztürk  
Prof. Dr. Haydar Sur  
Dr. Öğr. Üyesi Salih Kenan Şahin  
Prof. Dr. Muzaffer Şeker  
Prof. Dr. Akif Tan  
Prof. Dr. Mustafa Taşdemir  
Dr. Mahmut Tokaç  
\* Soy isimlere göre alfabetik sırayla

YAYIN KOORDİNATÖRÜ  
Emel Murtezaoğlu

GÖRSEL YÖNETMEN  
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM  
Sertan Vural

YAPIM  
Medicomia

YÖNETİM ADRESİ  
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi  
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy-İstanbul  
Tel: 444 85 44 - 1540

BASKI  
Has Kopyalama Baskı ve Kırtasiye A.Ş.  
Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No: 19  
Medipol Üniversitesi Kuzey Yerleşkesi  
Tel: (0216) 681 53 72

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

## Sağlıkta beyin göçü

2007 yılında ilk sayısını siz değerli okurlarımıza sunduğumuz Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi (SD) 62 sayı ile 2022 baharına kadar düzenli şekilde yayımlandı. SD, süreçte tıp ve sağlık alanında güncel her konuyu yazı ve dosyalarıyla ele alarak mütevazı bir okul olabilme vizyonuna hizmet etti. Dergi hem basılı hem de online olarak düzenli şekilde saygıdeğer okuyucularıyla buluştu. Son bir yıldır değişik nedenlerle siz değerli takipçilerine ulaştıramadığımız dergimizi 63. sayı ile tekrar sizlerle buluşturmanın sevinç ve onurunu yaşarken araya giren gecikmeden dolayı özür diliyoruz.

Dergimizin bu sayısında dosya konusu olarak "Sağlıkta Beyin Göçü"nü değişik yönleriyle ele aldık. Beyin göçü ülkemizin ve diğer birçok ülkenin önemli sorunlarından birisidir. Beyin göçünü yaşamış, beyin göçünün olumsuz etkilerini birim ve kurumlarında yaşayarak görmüş, tersine beyin göçü ile ülkemize dönmüş, bazıları ne yazık ki tekrar geri dönen değerli bilim insanlarının sorunu ele alan yazıları ülkede gündemden

düşmeyen beyin göçü sorununun çözümüne katkı sunar ümidini taşıyoruz. Tersine beyin göçünün kalıcı çözümü zaman alacağı için, ülkemizin, bu verimli insan gücü kaynağından yararlanmasını sağlayacak beyin dolaşımı (brain circulation) benzeri seçenekleri de gündemine alıp teşvik etmesi gerekmektedir.

Dosya yanında iklim değişikliğinin çocuklara etkileri, sağlık alanında toplumsal katkı, DSÖ'ye yönelik eleştirilerin değerlendirilmesi, tıp eğitiminde sağlık hizmetleri ve bütünsel yaklaşım, "hayat becerileri", hafıza klinikleri, tütünün zararları gibi sağlığın değişik alanlarında ilgi çeken güncel yazılara SD'nin 63. sayısında yer verilmiştir.

SD'nin 63. sayısında yeni bir gelişmeyi de sizlerle paylaşmak isteriz. Yılda dört sayı çıkardığımız dergimizi bundan böyle iki sayı olarak çıkarmayı planlıyoruz. Ancak, genişletilen yayının kurulundan da destek alarak sdplatform'u daha aktif kullanmayı, güncel gelişmeleri

ve konuları ele alan çevrimiçi yazılarla (haber, blog, yorum, vd.) birlikteliğimizi sürekli kılmayı hedefliyoruz. Ayrıca, bir okul haline gelmiş SD'nin müktesebatının bir kısmını güncelleyerek, çoğunun Türkçe ve İngilizce geniş özetini hazırlayarak okuyucularımıza sunmayı amaçlıyoruz. Bundan sonraki sayılardaki yazılar için de Türkçe ve İngilizce özet hazırlanacaktır. Böylece SD içeriğinin uluslararası takibini de sağlamış olacağız.

Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisinde ve sdplatformda yayımlanan yazılar hakkında görüş ve taleplerinizi bizlerle paylaşıp 15 seneyi aşan desteğinizi artırarak devam ettirmenizi bekliyor, tüm okuyucularımıza sağlık ve afiyet temenni ediyoruz.



# İçindekiler

6

BEYİN GÖÇÜNÜN TARİHÇESİ  
DR. MAHMUT TOKAÇ

20

SAĞLIK EKONOMİSİ PENCERESİNDEN  
SAĞLIKTA BEYİN GÖÇÜ  
PROF. DR. HAYDAR SUR



8

KAVİMLER GÖÇÜNDE YENİ SEZON  
DR. ABDULLAH UÇAR  
DR. MUHAMMET YUNUS TUNCA

24

GELEN GİDEN BEYİNLERİN HİKAYESİ  
PROF. DR. GÜRKAN ÖZTÜRK

28

TUTMAK YA DA BIRAKMAK  
DOÇ. DR. BAYRAM DEMİR  
DR. HASAN GÜLER

14

SAĞLIKTA BEYİN-EMEK GÖÇÜ/GÜCÜ  
PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ

32

BEYİN GÖÇÜ ÜZERİNE DERTLEŞME  
DR. TAHA KELEŞTEMUR

18

TÜRKİYE VE DÜNYADA SAĞLIK İNSAN GÜCÜ  
PROF. DR. SALİH MOLLAHALİOĞLU

34

ARAŞTIRMACI HEKİM GÖZÜYLE BEYİN GÖÇÜ  
PROF. DR. ABDÜLKADİR ÖMER



36

TÜRKİYE'YE GÖÇEN BEYİNLERİN HİKÂYESİ  
DOÇ. DR. INDRANI KALKAN

42

BİR TERSİNE GÖÇ HİKÂYESİ  
PROF. DR. SÜLEYMAN YILDIRIM

46

SAĞLIK ALANINDA BEYİN GÖÇÜ VE YÖNETİŞİMİ  
PROF. DR. OSMAN HAYRAN



50

PROF. DR. İLHAN İLKILIÇ:  
BEYİN GÖÇÜ NEYİN GÖÇÜ?

58

DSÖ SAVAŞIN MI BARIŞIN MI ARACI?  
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

64

İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE ÇOCUKLAR  
PROF. DR. FAHRİ OVALI

68

ELEKTROMANYETİK KİRLİLİK VE ÇOCUK SAĞLIĞI  
PROF. DR. SÜLEYMAN DAŞDAĞ

72

'HAYAT BECERİLERİ' DERKEN?  
PROF. DR. ZELİHA KOÇAK TUFAN

76

YÜKSEKÖĞRETİMDE TOPLUMSAL KATKI VE SAĞLIK  
ALANINDA YAPILABİLECEK UYGULAMALAR  
PROF. DR. TÜRKAN YİĞİTBAŞI

78

BİR NEFES ZEHİR: TÜTÜN/SİGARA  
PROF. DR. MUSTAFA SAMASTI

84

BÜTÜNSEL YAKLAŞIMLA TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK  
HİZMETLERİ VE SAĞLIKTA İNSAN GÜCÜ  
DR. AHMET MURT

88

SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSAL KORUMA VE  
HASTA GÜVENLİĞİ  
DR. HASAN GÜLER - DOÇ. DR. BAYRAM DEMİR

92

"HASTALIK ENDÜSTRİSİ"NDEN SAĞLIK  
ENDÜSTRİSİNE GEÇİŞ MÜMKÜN MÜ?  
HÜSEYİN ÇELİK

94

HAFIZA KLİNİKLERİ: YENİDEN DÜZENLENME VE  
YENİ İŞLEVLERE DOĞRU  
PROF. DR. LÜTFÜ HANOĞLU - İREM ONİN  
YIRIKOĞULLARI

98

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE AR-GE/İNNOVASYON FİRMASI  
KURMANIN ÖNEMİ VE ZORLUKLARI  
DR. SELAHADDİN SEMİZ

102

BİR SAĞLIK STK'SI NASIL OLMALI?  
DR. MEVLİT YURTSEVEN

104

SAZ ÜZERİNE...  
PROF. DR. HANEFİ ÖZBEK



108

'DOKUZUNCU HARİCİYE KOĞUŞU' VE SAĞLIK  
ZÜLEYHA ABDÜLBAKİOĞLU

112

ANADOLU BİLGESİ BİR ÜNİVERSİTE HOCASI  
YAŞAR BAĞDATLI

# Beyin göçünün tarihçesi

## Dr. Mahmut Tokaç



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

**B**eyin göçü kavramı yakın zamanda popüler olmakla birlikte bilimin tarihi kadar eski bir olgudur. İlk beyin göçünün ne zaman yaşandığına dair elimizde kesin kanıt olmamasına rağmen tarih boyunca bilimin güçlü devletler ve güçlü yöneticilerin himayesinde geliştiği bilinen bir konudur. İktidar sahiplerinin beyin göçüne etkileri bazen olumlu bazen de olumsuz yönde olabilmektedir. Bilime ve bilim insanlarına sahip çıkan yöneticiler beyin göçünün olumlu örnekleriyken, bilim insanları üzerinde baskı kurarak kaçmalarına vesile olanlar ise olumsuz örneklerdir. Ancak her hâlükârda beyin göçü bilimin ilerlemesine ve bilim insanlarının belirli merkezlerde yoğunlaşmasına sebep olmuştur. Nazi Almanyası'ndan kaçan Musevi bilim insanlarının ülkemizde üniversitelerin gelişimindeki katkıları hem baskı ile yer değiştirme anlamında beyin göçünün olumsuz örneği iken hem de gittikleri yerde bilimin gelişmesine katkı açısından beyin göçünün olumlu bir örneğidir.

Beyin göçünün tarihte bilinen en tipik örneği Atina'dır. M.Ö. 600-300 arasında Atina bilimin cazibe merkezi haline gelmiş ve dünyanın her tarafından bilim insanları Atina'ya gelmeye başlamıştır. Platon ve Aristo bu dönemin en önemli okullarını kurmuşlar ve bu okullar bilimin merkezleri işlevini görmüşlerdir. Aristo'nun vezirliğini ve hocalığını yapması sonucu bilimin önemini kavrayan İskender, kısacık yaşamında bir medeniyet kuramamış olsa da fethettiği şehirlerde büyük kütüphaneler ve onların etrafında bilim merkezleri oluşturmuş-

tur. Bunların en önemlilerinden biri kendi ismini verdiği İskenderiye şehridir.

İskenderiye uzun yıllar bilim merkezi olarak devam etmiştir. Bu arada Roma'nın Hristiyanlığı kabulü ve bilim insanlarını Roma'dan ve Atina'dan kovmasından sonra önce İstanbul'da toplanan bilim insanları, Roma'nın baskıları sonucu İskenderiye'ye sığınmışlar ve İskenderiye'nin bilim merkezi olma özelliğine ilave katkıda bulunmuşlardır. Ancak Roma'nın baskıları İskenderiye'ye kadar uzanmış ve baskılara dayanamayan bilim insanları burada da barınamayıp Edessa'ya (Urfa) göç etmek zorunda kalmışlardır. Bir bilim merkezi olan Edessa'ya da baskıların ulaşması sonucu burada da barınamayan bilim insanları MS 500 yıllarında bilime ve bilim insanlarına değer veren Sasani hükümdarı Nuşirevan'ın yönetimindeki İran'ın doğusundaki Cundişapur şehrine göç etmişlerdir.

Cundişapur, beyin göçü tarihinde bilimin ilerlemesine katkısıyla önemli bir kilometre taşı olmuştur. Hristiyan Roma'nın baskısıyla Cundişapur'a sığınan ve çoğunluğu Nesturi olan bilim insanları sayesinde muhteşem bir bilim merkezi haline gelen Cundişapur'un Müslümanlar tarafından fethedilmesiyle bilimsel alanda çok önemli gelişmeler olmuştur. "İlim Çin'de olsa alınır.", "Hikmet (bilgi) mü'minin yitiğidir, nerede bulursa alır." hadis-i şeriflerini düstur edinen Müslüman alimler buradaki kadim bilgilere sahip olmak için tercüme hareketlerine girişmişlerdir. Özellikle tıp alanında öne çıkan Buhtişu sülalesi nesiller boyunca tercüme hareketinin

öncüleri olmuşlar, kadim eserleri Arapçaya tercüme etmişler ve çok önemli hekimler bu sülaleden yetişmişlerdir.

İskenderiye örneğinde görüldüğü gibi kütüphanelerin bilimin gelişmesindeki önemini İbn-i Sina'nın yaşamında kendi anlattığı bir anekdotta bariz bir şekilde görmekteyiz. Sâ mânî hükümdarı Nuh b. Mansûr'un hiçbir hekim tarafından tedavi edilemeyen hastalığını genç yaşta tedavi etmesi üzerine hükümdarın ona sarayın kütüphanesini açmasıyla kendini daha fazla geliştirecek adeta ölümsüzleşmiştir. İbn-i Sina'nın bu kütüphane hakkında söyledikleri, talebesi Ebu Ubeyd Cüzcânî tarafından bizlere şu şekilde nakledilmektedir: "Diyebilirim ki birçok kimse burada gördüğüm eserlerin çoğunun adlarını bile duymuş değillerdir. Bunları ben de ilk ve son defa olarak görüyordum. O kitapları okudum ve bunlardan istifade ettim."

Türklerin İslam'ı kabulleriyle birlikte çeşitli Türk devletlerinin hükümdarları kendi şehirlerini bilim merkezi yapma gayretleri içinde olmuşlardır. Bunlardan en önemlilerinden biri de Gazneli Mahmud'dur. O dönemin en kudretli hükümdarlarından olan Gazneli Mahmud'un bilim insanlarını kendi ülkesinde toplama gayreti bazen olumsuz sonuçlara da sebep olmuştur. Dönemin ünlü bilim insanlarından bazıları bu davete uyararak Gaznelilerin ülkesine giderken, İbn-i Sina bu davete uymayı kabul etmediği ve Gazneli Mahmud'un hışmına uğramaktan korktuğu için uzun yıllar boyunca kaçarak yaşamak zorunda kalmıştır.



Emeviler devrinde Dimaşk (Şam) beyin göçünün yaşandığı yeni bir bilim merkezi olarak öne çıkmıştır. Emevilerin hakimiyetinin bitmesiyle beyin göçü merkezi olma özelliğini Bağdat'a kaptıran Şam, zaman zaman kesintilere uğrasa da sonraki dönemlerde bile önemli bir bilim merkezi olmaya devam etmiştir.

Abbasiler döneminde Beytül-Hikme ile başlayan müesseseleşme çalışmaları sonucunda bilimin yeni merkezi Bağdat olmuştur. Burada kurulmuş olan çok önemli kütüphaneler ve bilim merkezleri sayesinde birçok bilim insanı Bağdat'a akın ederek bilimin gelişmesine katkıda bulunmuşlardır. Özellikle tıp alanında sonraki hastanelere örnek teşkil edecek Bimaristan-ı Adü'dî birçok meşhur tabibin Bağdat'a göç etmesine vesile olmuştur. Bağdat bir bilim merkezi olarak Moğol istilasına kadar önemini korumuştur.

Müslümanların 700 yıl hüküm sürdüğü, İbn-i Rüşd, Ebu'l-Kasım ez-Zehrâvî, İbn-i Meymûn ve İbnü'l-Baytâr gibi bilim tarihinin zirve isimlerinin yetiştiği Endülüs de önemli bir bilim merkezi olarak beyin göçünün yaşandığı yerlerden biriydi. Hem İslam dünyasından hem de Avrupa'dan birçok bilim insanı kütüphaneleriyle meşhur Endülüs bilim merkezlerine göç etmişlerdir.

Siyerü'l-Mülük adlı eserinde hükümdarı "Sanat ve ilim zevkine sahip olan, faziletli kimselere ziyaretlerde bulunan, âlimlerine saygı gösteren, ilim ve hikmet ehli ile alakadar olan bir kişi" olarak tanımlayan Selçuklu hükümdarlarının ünlü veziri Nizamülmülk'ün bilimi geliştirme gayretlerinin sonucunda kurulan ve bilimsel eğitimin müesseseleşme çalışmalarının zirvesi olarak görülebileceğimiz Nizamiye Medreseleri, buldukları şehirleri birer cazibe merkezine dönüştürerek buralara doğru bir beyin göçünün oluşmasına ve böylece bilimsel gelişmelerin de hızlanmasına vesile olmuştur.

Osmanlılar da Selçuklulardan miras aldıkları medrese geleneğini devam ettirerek bilim insanlarının kendi şehirlerine toparlanmalarına gayret etmişlerdir. Bu merkezler Anadolu başta olmak üzere tüm Osmanlı coğrafyasına yaygın bir şekilde gelişmiştir. Bu arada Timur da fethettiği ülkelerdeki sanatkâr (zanâatkâr) ve bilim insanlarını kendi ülkesine götürerek başkent

Semer kand'ı tam bir bilim ve sanat merkezi haline getirmiştir. Timur'un zorla getirdiği mimarlara inşa ettirdiği medreselerde yine zorla getirilen bilim insanlarının bilimsel tartışmalar yaptıkları ve Timur'un da bu tartışmalara bizzat katıldığı rivayet olunmaktadır. Timur'un ölümünden sonra iktidara gelen oğlu ve torunları bilim adamlarına değer vererek Semer kand'da kalmalarını sağlamışlar ve Semer kand'ın uzun yıllar bilim merkezi olarak devamını sağlamışlardır.

Fatih Sultan Mehmed'in İstanbul'u fethetmesinin ardından İstanbul en önemli bilim merkezi olarak tarihte çok fazla beyin göçünün olduğu yer olmuş ve tüm dünyadan bilim insanları İstanbul'a gelmişlerdir. Semer kand'lı ünlü astronom ve matematikçi Ali Kuşçu da bu dönemde İstanbul'a göç eden bilim insanlarından biridir.

İslam dünyasının altın çağlarını yaşadığı dönemlerde karanlık Orta Çağ'ı yaşayan Avrupa'nın Rönesans sonrası bilimde geçirdiği ilerlemeler sonucu beyin göçünün yeni adresi Avrupa şehirleri olmaya başlamıştır. Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra da beyin göçünü almaya devam eden Avrupa, İkinci Dünya Savaşı öncesinde özellikle Nazi Almanyası'ndan kaçan Yahudi bilim insanları başta ABD olmak üzere değişik ülkelere beyin göçü vermeye başlamıştır. Albert Einstein başta olmak üzere Almanyaya ve Avusturya'dan ABD'ye göç eden bilim insanları ile bilimde hızlı bir ilerleme kaydeden ABD, bu bilim insanlarının geliştirdiği atom bombası sayesinde kazandığı İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde bir kısmı sonradan Nobel Bilim Ödülleri alacak olan bu bilim insanları sayesinde 19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren beyin göçünün gözde merkezi haline gelmiş ve Avrupa'dan 100 bin civarında bilim insanı Kuzey Amerika'ya göç etmiştir.

Nazi Almanyası'ndan kaçarak birçok ülkeye giden Yahudi bilim insanlarının bir kısmı da Türkiye'ye gelmişlerdir. 1933 Üniversite Reformu sonrasında İstanbul Üniversitesinin değişik fakültelerinde istihdam edilen bu bilim insanlarının ülkemizde üniversite eğitiminin gelişmesine olan katkıları inkâr edilemez. Bu bilim insanlarından bazıları o kadar derin izler bırakmışlardır ki bunlardan biri olan ve Tıp Fakültesi'nin Dahiliye Kliniğinde 1933-1957 yılları ara-

sında görev yapan Ord. Prof. Dr. Erich Frank'ın adı İstanbul Tıp Fakültesinde bir amfiye isim olarak verilmiştir.

1950-1970 arasında beyin göçünün öznesi yetişmiş bilim insanları olurken sonrasında eğitim için öğrenci olarak gelen insanların eğitim gördükleri ülkelerde kalmaları şekline evrilmiştir. Bu dönemde yine en önemli beyin göçü merkezi ABD olurken beraberinde Kanada, İngiltere, Almanya ve Fransa gibi ülkeler de öğrenci olarak beyin göçü merkezleri arasına girmişlerdir. 70'lerin başında ABD'yi tercih eden öğrencilerin yaklaşık 1/3'ü Asya ülkelerinden gelirken 90'lardan itibaren yarısından fazlası Asya ülkelerinden olmaya başlamıştır. İngiltere'ye beyin göçü ağırlıklı olarak İngiliz Uluslar Topluluğu ülkelerinden olurken Fransa'ya beyin göçü ise Afrika ülkelerinden ve çoğunlukla Kuzey Afrika'dan olmaktadır. Bu durum sömürgeci ülkelerin sömürdükleri ülkelerdeki eğitim sistemini bilinçli olarak geri bırakmalarından kaynaklandığının kanıtıdır.

İkinci Dünya Savaşı'nın ardından gerçekleşen beyin göçünün tarihte yaşanan diğer beyin göçlerinden farkı daha iyi ücretler ve çalışma koşulları için yapılmış olmasıdır. Yani geçmişte yaşanan beyin göçleri daha çok manevi kaynaklı olurken yakın tarihteki beyin göçünün ana tetikleyici unsuru daha çok maddi kaygılardır.

## Kaynaklar

Bayat, Ali Haydar; *Tıp Tarihi, Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği Yayınları, İstanbul, 2010. ISBN:978-975-00024-4-1*

Kurtuluş, Berrak; *Beyin Göçü: Geçmişte, Günümüzde ve Gelecekte, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası, Cilt: 46, 1988, 171-186.*

Kurtuluş, Numan; *Gelişmekte Olan Ülkeler Açısından Stratejik İnsan Sermayesi Kaybı: Beyin Gücü, Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, İstanbul Üniversitesi Yayınları, Sayı: 37/38, 1992, 205-221.*

Sağır, Muhittin; *Eğitim ve İnsan Kaynağı Yönünden Türk Beyin Göçü: Geri Dönen Türk Akademisyenler Üzerine Alan Araştırması, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Danışman: Berrak Kurtuluş, İstanbul, 2006.*

Yaltkaya, M. Şerefeddin; *İbn Sina Kitabı -Hayatı, Risaleleri, Şiirleri-, Büyüyenay Yayınları, İstanbul, 2014. ISBN:978-605-5166-11-3*

Yüksel, Musa Şamil; *Orta Çağlarda Beyin Göçü ve Etkileri: Timurlular Örneği, OTAM Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi, Sayı: 41/Bahar, 2017, 283-302.*

# Kavimler göçünde yeni sezon

## Dr. Abdullah Uçar



2011 yılında İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2 yıl acil servis hekimi olarak görev yaptı, sonrasında 9 yıl aile hekimliği yaptı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda doktorasını tamamladı. Hâlen İstanbul Üniversitesi AUZEF Felsefe Bölümü'nde lisans eğitimini sürdürmektedir. 2022 yılından itibaren Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.'de Dr. Öğr. Üyesi olarak görev yapmakta, aynı kurumda tıp eğitiminden sorumlu dekan yardımcısı olarak idari görevini sürdürmektedir. Sağlıkta insan gücü planlama, dijital epidemiyoloji, mekânsal epidemiyoloji, sağlıkta büyük veri, salgın modelleme alanlarında akademik çalışmalarını sürdürmektedir.

## Dr. Muhammet Tunus Tunca



2013 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Vatani görevini Şırnak Uludere'de tabip asteğmen/teğmen rütbesiyle tamamladı. Ardından Rize'nin Hemşin ilçesinde Toplum Sağlığı Merkezi'ne atandı, halen burada göreve devam etmektedir. Aynı zamanda Erzurum Atatürk Üniversitesi'nde Halk Sağlığı alanında doktora programı öğrencisidir. Son yıllarda hobi olarak yazılım ve elektronik ile ilgilenmekte; Google Apps Script, Python, JavaScript gibi programlama dilleriyle projeler yapmaktadır. Bir nöbet listesi hazırlama sitesi olan nobetevi.com'un geliştiricisidir.

## Prof. Dr. Mustafa Taşdemir



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1990 yılında mezun oldu. 1998'de halk sağlığı uzmanı oldu ve kalite yönetimi uygulamalarında uzmanlaşmak amacıyla özel sektörde çalışmaya başladı. 2001 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde öğretim üyesi olarak çalışmaya başladı. 2008'de Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na geçti. 2008-2009 döneminde yaklaşık bir yıl süreyle Sağlık Bakanlığında kıdemli eğitim ve araştırma koordinatörü olarak görev üstlendi. 2009 yılında Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesini bitirdi. 2012-2014 yıllarında İstanbul Halk Sağlığı Müdürü, 2015-2017 yıllarında Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi'nde Sağlık Yönetimi Bölümü Başkanı ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü, 2018-2019 yıllarında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı, 2019-2022 yıllarında Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürü olarak görev yaptı.

3 15 bin yıl önce Afrika'nın doğusunda tarih sahnesine çıkan insan, Buzul Çağı'nın gerilemesi ile kuzeyde Avrasya'ya, Güneydoğu Asya'ya, Sibiry'a'ya ve nihayet Bering Boğazı'nı geçerek de Kuzey ve ardından Güney Amerika'ya göç etmişti (1). Tarih (yazı) sonrası dönemde bilinen en büyük göç olan Kavimler Göçü de Çin'in baskısıyla Hunların batıya göç etmesiyle başlamış, bu göç de Germen kavimlerini Kuzey Avrupa'ya göçe zorlamış, bu artçı göçler de Roma İmparatorluğu'nu bölmüş ve günümüz dünyasındaki siyasal yapıları kökten şekillendirmişti (2). Yeryüzünde göç form değiştirerek hâlâ devam etmektedir. Günümüz dünyasında sermayeci (kapitalist) ekonomi paradigması ve küreselleşme ile sermaye, mallar, hizmetler, bilgi, teknoloji ve insan gücü uluslararası dolaşıma girmiş, ülkeler arası siyasal sınırlar korunsadahi bu boyutlar açısından sınırlar büyük ölçüde kalkmıştır (3). Yapılan araştırmalar bu dolaşımın refah düzeyi yüksek toplumlar lehine gerçekleştiğine, bu sebeple de dünyadaki refah eşitsizliğinin artabileceğine işaret etmektedir. Bu yönüyle konu küresel

kamusal bir sorundur. Sağlık çalışanlarının göçü (sağlıkta beyin göçü) de bu konunun bir alt başlığıdır ve aksiyon alınmadığında küresel bir toplum sağlığı krizine dönüşebilecek potansiyel taşımaktadır. Bu arka plan bilgisi, göç olgusunun toplumsal yaşamı ve insan sağlığını ne kadar kökten etkileyebileceğine işaret etmektedir. Gerek tarihte gerekse günümüzde ortam koşullarının yaşanamaz hâle gelmesinin ve daha iyi bir hayat arayışının tetiklediği göçün geçici mi, kalıcı mı olduğu, sebepleri, sonuçları, dinamikleri itibarıyla çok boyutlu bir fenomen olduğu söylenebilir. Bu yazıda, sağlıkta beyin göçünün dinamikleri anlaşılmasına çalışılmış, konunun temel kavramları, tartışma boyutları, ahlaki yönü ve diğer pek çok boyutu ana hatları itibarıyla incelenmiş, yeni tartışma soruları teklif edilmiştir.

### Kavramsal Çerçeve

Beyin göçü (brain drain) kavramı ilk kez, 1960'lı yıllarda İngiltere'den ABD ve Kanada'ya bilim insanı ve teknoloji göçünü ifade etmek amacıyla 1962 yılında İngiliz Kraliyet Topluluğu (Royal Society)

tarafından kullanılmıştır (4)(5)(6). Beyin göçü "insan sermayesinin tek yönlü hareketi" olarak tanımlanmaktadır. (6). Kavram, bir ülkenin / toplumun eğitimli insanların refah düzeyi daha yüksek ülkelere / toplumlara göç etmesini ifade etmektedir (7). Bir göç olayı ne zaman "beyin göçü" olarak nitelenebilir diye sorulacak olursa, iki husus öne çıkmaktadır: 1) Göçen kişinin iş gücü açısından eğitimli/ vasıflı/ profesyonel olması, 2) Daha iyi bir gelir ve yaşam standardı için göç etmesi. Kavramın İngilizcesinde "drain" ifadesi, "boşaltmak, kurutmak, süzmek, tüketmek" anlamlarına gelmekte olup kavrama olumsuz bir anlam yüklemektedir. Beyin göçünün göç veren ülke için kayıp olmadığını savunan karşıt görüş ise "beyin kazancı (brain gain)" kavramını ortaya koymaktadır. Göçün dinamikleri incelenirken en sık kullanılan kavramlardan üçü "kaynak, geçiş ve hedef ülke" kavramlarıdır. Göç veren ülke kaynak, alan ülke hedef ülkedir. Bazı ülkeler ise sundukları eğitim fırsatları ile geçiş ülkesidir, buradaki göçmenler eğitimlerini tamamladıktan sonra hedef ülkelere göçmektedir.

Günümüzdeki sermayeci ekonomi paradigmasında insan ve emek ekonomik büyümenin bir girdisidir. Bu ekosistemde insan "beşeri sermaye (human capital)"nin temel bileşenidir. İnsanı ekonomik bir girdi olarak konumlandırınca insana bir eşya gibi değer biçilebilmektedir. Bu değer ise insanın vasıf düzeyine göre üretebildiği ekonomik değere tekabül etmektedir. Ortada bir sermaye varsa pazar da olacağından, "iş gücü piyasaları (labor market)" kavramı doğmakta, bu piyasalarda insan emeği alınıp satılmakta, insanlar vasıflarına göre sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflar ülkeler arası göçmen kabul protokollerinde göçmenlerin filtrelenmesini mümkün kılmaktadır. Ülke dışına göç eden insanların dışarıda oluşturdukları topluluk "diaspora ağları" kavramıyla karşılanmaktadır (6). Diaspora ağları, ülkenin sınır ötesindeki uydu şehri olarak düşünülebilir. Diaspora ağlarından kaynak ülke lehine faydalanmanın imkanları temel tartışmalar arasındadır.

Göçün sebepleri incelenirken öne çıkan iki kavram kaynak ülkedeki insan gücünü diğer ülkelere "iten faktörler", ve hedef ülkede cazibe oluşturan "çeken faktörler"dir. Yapılan çalışmalar iten faktörler listesinin çeken faktörler listesinden daha kabarık olduğunu göstermektedir (8). Bu faktörlere odaklanan çalışmalar genel bir faktörler listesi sunsa da her ülkenin kendine özgü faktörleri vardır. Ülkeye özgü "hassas (precision)" göç analizi için her ülkenin kendi faktörlerini tespit edip önceliklendirmesi önemlidir. "Göç koridoru", ülkeler arası transfer edilen "para koridoru" kavramından mülhem bir kavram olup iki bölge arasındaki göçü ifade etmektedir (9). Göçmen hayvanların göç yolları için de aynı kavram kullanılmaktadır.

### Konunun Önemi

BM Genel Kurulu, 2015 yılında, dünyadaki insan göçünü Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri 2030 gündemlerinden biri olarak kabul etmiş, bu konuda kaynak, geçiş ve hedef ülkelerin çıkarlarını birlikte gözetken mekanizmaların kurulması için hedefler belirlemiştir (10). 2017 yılında da OECD, ILO ve DSÖ iş birliği ile kurulan Uluslararası Sağlık Çalışanı Hareketliliği Platformu göçün sağlık boyutuna dair küresel politikalar ve temel ilkeler belirlemek için çalışmaktadır (10). Dünya genelinde insan göçünde tespit edilmiş 40.000 göç koridorunun sadece 300 tanesi (%1) göçmen stokunun %75'ini kapsamaktadır. En

büyük göç koridoru Meksika - ABD koridorudur (11). İnsan göçünün ana yollarına bakıldığında göçün dünyanın güneyinden kuzeyine, doğudan batıya, düşük gelirli ülkelere yüksek gelirli ülkelere, Orta Asya'dan Rusya'ya, Orta Doğu ve Doğu Avrupa'dan Batı Avrupa'ya, Avrupa ve Orta Asya'dan ABD'ye, OECD dışından OECD ülkelerine, nüfusu genç ülkelere yaşlı ülkelere doğru gerçekleştiği görülmektedir (10). Bu koridorlar haricinde Güney Amerika, Afrika ve Çin arasında da koridorlar mevcuttur (12). Göç ülke ve bölge içinde de gerçekleşmektedir. Ülke içindeki göçlerin yönü sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerden yüksek bölgelere, kırsaldan şehre doğrudur. Bölge içindeki göçlere AB'ye katılan Polonya'dan Almanya'ya, Romanya'dan İtalya'ya oluşan göç koridorları örnek verilebilir.

Küresel göç stoku 2017 yılı için 250 milyon insandır. 1960'lardan bugüne göç yoğunluğu ivmelenerek artmaktadır. 1960 yılındaki toplam göç hacmi (yaklaşık 60 milyon) 2017 yılında üç katlık artış göstermiştir. Dünya nüfusuna oranlandığında ise göçmen oranında büyük bir değişim görülmemektedir. 1960'tan itibaren küresel nüfusta göçmen oranı %2,5-3,5 bandında seyretmiştir (11). Göç birkaç bölgede yoğunlaşmaktadır. Küresel göç stokunun üçte ikisi (2017 için yaklaşık 160 milyon kişi) Kuzey Amerika, Batı ve Doğu Avrupa ve Basra Körfezi'ndeki petrol ihrac eden ülkelerde yaşamaktadır. ABD tek başına, yüksek öğrenim görmüş göçmenlerin üçte birini barındırmaktadır.

Küresel göç içinde yüksek vasıflı göçmenler arasında en büyük grubu sağlık çalışanları oluşturmaktadır (13). Doktorların göçü incelendiğinde, özellikle 2000 yılından sonra önemli bir artış görülmektedir (13). Son 10 yılda OECD ülkelerindeki göçmen doktor ve hemşire sayısı %60 artmıştır ve artış devam etmektedir (14). Sağlık çalışanı göçünün de katkısıyla OECD ülkelerinde bin kişi başına düşen doktor oranı 2000 yılında 2,7 iken 2018'de 3,5'e yükselmiştir (12). OECD bölgesindeki göçmen doktorların üçte ikisi orta ve düşük gelirli ülkelere gelmekte, üçte biri ise OECD ülkeleri içinde göç etmektedir. OECD ülkelerinin yabancı doktor oranı 2016 yılında %1,2 (Slovakya) ile %55 (Lüksemburg) arasında değişmektedir. En fazla yabancı doktor çalıştıran beş ülke Lüksemburg (%55), Avustralya (%53), İsrail (%48), İsviçre (%47) ve Kanada (%38)'dir (12).

Barındırdığı yabancı doktorlar içinde düşük ve orta gelirli ülkelere gelen doktor oranının en fazla olduğu üç ülke İngiltere (%62), İrlanda (%51) ve ABD (%42)'dir (12). Yani bu üç ülke için düşük ve orta gelirli ülkeler önemli bir doktor kaynağıdır. ABD'deki hemşirelerin %40'ı ABD dışında doğan çalışanlardır (15). Kenya'da doktorların %50'si ülke dışındadır ve yüz bin kişi başına düşen doktor sayısı 20 iken ABD'de 270'tir. Kaynak ülkelerden (diğer) OECD ülkelerine göçen doktor sayılarının en fazla %10'u kadar göç verdiği görülmektedir.

Arz talep açısından bakıldığında DSÖ tahminine göre dünyada 17,4 milyon sağlık çalışanı açığı bulunmaktadır. Avrupa toplumlarında ise sağlık insan gücü ihtiyacındaki artış nüfus artış hızının iki katına yaklaşmıştır, arz ve talep arasındaki uçurum hızla artmaktadır. Bu ihtiyacın ve dolayısıyla tetiklediği göçün temelinde ise demografik dönüşüm önemli belirleyicilerden biridir (11). Avrupa'da bebek patlaması kuşağındaki hekimlerin artık emekli olması, gelişmiş toplumların yaşlanması, artan hizmet ihtiyacı ve konfor talebi sağlık çalışanı talebinin gelişmiş ülkelerde patlayıcı artışına sebep olmaktadır. Bu ülkeler, "demografik uçurumun kıyısındaki ülkeler" olarak görülmektedir (16). ABD'nin ve İngiltere'nin sağlık çalışanı açığı hızla artmakta, bu ülkeler özellikle hemşire açığını kapatmak için küresel hemşire ihracatçısı konumundaki Filipinler'e gözlerini çevirmiştir. Ancak bu yoğun talep, Filipinler'in kendi sağlık sistemini tehdit etmektedir (17). Bu veriler, küresel eşitsizlikler alanına sağlıkta insan gücü dağılımı eşitsizliğinin de eklendiğine işaret etmektedir.

Türkiye'nin verdiği göç incelendiğinde Dünya Bankası (DB) 2017 istatistiklerine göre Batı Balkanlar ve Türkiye'den giden toplam 7,8 milyonluk göç stokunun 5,2 milyonu Batı, Güney ve Kuzey Avrupa ülkelerinde yaşamaktadır. Türkiye'den göç edenlerin büyük çoğunluğu Almanya, Avusturya ve Hollanda'ya gitmektedir (11). Türkiye'de eğitim görüp diğer OECD ülkelerinde çalışan Türkiye vatan-dışı doktor sayısı 2017 yılında toplam doktor sayısının %2'sidir (tahmini 3.420 doktor). Son yıllarda hekimlerin yurt dışına göç eğiliminde artışa işaret eden Türk Tabipleri Birliği (TTB) istatistikleri, 2020 yılında 947, 2021 yılında 1405 hekimin göçtüğünü, 2022 yılındaki göçün iki bini aşacağını ifade etmektedir (18). Ancak

bu rakamlar TTB'den alınan "iyi hâl belgesi" istatistikleri olup bu belgeyi alanların ne kadarının göçtüğü bilinmemektedir. Ek olarak, Sağlık Bakanlığı da bu belgeyi verebilmektedir ancak bu konuda açık veri mevcut değildir. Bu rakamlar, yurt dışındaki Türkiye vatandaşı hekim sayısının 10.000'e (%5,8) yaklaşmış olabileceğine işaret etmektedir. Uzmanlık eğitimi devam eden doktorların yurt dışına gitme konusundaki tutumlarını inceleyen bir çalışma Ankara'daki 161 asistan hekimin yarısının yurt dışında çalışma niyeti olduğunu ifade etmektedir (19).

Beyin göçünün bilimsel literatürde hacmi hızla artmaktadır. 2005-2009 yılları arasında konuya dair yazılan makale sayısı, önceki 15 yıldaki yayın sayısının iki katıdır (5). Factiva'nın istatistiklerine göre beyin göçü konusunda yılda yayınlanan haber sayısı beş bindir (5). Web of Science ve Scopus veri tabanlarında "brain drain" anahtar kelimesine sahip makale sayısı 2022 Ağustos ayında üç bin civarındadır ve yılda yaklaşık 300 makale literatüre girmektedir (20). Bu bulgular, beyin göçünün müstakil bir çalışma alanı haline geldiğine işaret etmektedir.

### Göçün Belirleyicileri

Küresel göçün ana hatları tarihteki göçlerden pek farklı değildir. Çatışmalar, doğal afetler ve ekonomik refah arayışı hâlihazırdaki göçün en büyük 3 belirleyicisidir. DB'ye göre göç üç yolla gerçekleşmektedir: 1) Yasal göç (Ekonomik göç, insanî göç, mülteci aileleri göçü) 2) Kaçak göç 3) İnsan kaçakçılığı veya gönülsüz göç (11). Beyin göçü yasal göçler içinde ekonomik göç kategorisindedir. DB'ye göre toplumda açık bir sivil çatışma olmasa dahi saklı bir toplumsal gerilimin varlığı, kamu hizmetlerine yeterince ulaşamama, siyasi özgürlük ve haklar açısından kendini güvensiz hissetme veya fiziksel tehdit altında kalma göç eğilimlerini arttırmaktadır (11).

Sağlıkta beyin göçünde hedef ülkelerdeki temel çeken faktörler, 1) yüksek istihdam 2) yüksek ücret 3) yaşlı nüfusun artışından kaynaklı hizmet ihtiyacında artış 4) gelişmiş tıbbi teknoloji varlığıdır. Araştırmalar, Afrikalı göçmen doktorların temel motivasyonunun yüksek ücret ve istihdam, Orta ve Doğu Avrupa'dan göçenlerin motivasyonunun gelişmiş tıbbi teknolojiler, Asya'dan göç edenlerin motivasyonunun ise daha iyi bir eğitim sistemi olduğunu göstermektedir (13).

Beyin göçünde bu vasıflı insan kaynağının hangi ülkeyi seçeceği de önem kazanmaktadır. Araştırmalar hedef ülkede kişi başına düşen millî gelirden 2000\$'lık artışın ülkenin göçmenler tarafından hedef seçilme olasılığını %10 artırdığını göstermektedir (11). Bu ilişkinin yapısı doğrusal mı yoksa logaritmik mi henüz meçhuldür. Ekonomideki "arz ve talebin fiyat esnekliği" kavramlarından hareketle "beyin göçünün ücret esnekliği"nden de bahsetmek mümkündür. Yani hedef ülkedeki kişi başı gelir artışının veya kaynak ülkedeki gelir azalışının göçe ne kadar etki ettiği mevcut durum ve gelecek tahminleri için nitelikli bir tahmin aracı olabilir. Eğitim de önemli bir çeken faktör konumundadır. Gelişmiş ülkelerde eğitim görmüş kişiler çoğunlukla eğitim aldıkları gelişmiş ülkede kalmaktadır (17).

### Beyin Göçünde Temel Tartışmalar

Gelişmiş ülkeler gerek ekonomik büyüme hedefleri gerekse demografik dönüşüm sebebiyle genç insan kaynağına ihtiyaç duymaktadır. Gelişmiş ülkelerde satın alma gücü, geri kalan ülkelerde ise genç nüfus fazladır. Bu değiş tokuşun gerçekleşebilmesi seçilimli bir göç ile mümkün hâle gelmekte, oldukça seçici göç alan gelişmiş ülkeler beyin göçü kavramını olumlama eğiliminde iken, göç veren ülkeler olumsuzlama eğilimindedir. Sağlıkta beyin göçü gelişmiş ülkeler için büyük bir fırsat iken kaynak ülkelerin sağlık sistemleri için yıkıcı bir tehdittir.

**Beyin göçü & beyin kazancı tartışması:** Beyin göçü kaynak ülke için bir kayıp mı yoksa kazanç mıdır? Beyin göçünü kaynak ülke için kayıp olarak gören görüşe karşı "Beyin kazancı" görüşüne göre göç veren ülke, gelecekteki olası insan kaynağı kitliği kaygısıyla eğitime daha çok yatırım yapmakta, bu da eğitim kalitesini ve hacmini artırmakta, mezun olan herkes göç etmeyeceğinden ülke insan kaynağı kazanmaktadır (5). Bu konuda her iki görüşü destekleyen örnekler mevcut olmakla birlikte bize göre bu görüş ampirik çalışmalarla ve sistematik derlemelerle gösterilmediği sürece kayba uğrayan kaynak ülkeyi teselli etmeye, gönül almaya yönelik gözükmektedir. Diğer taraftan beyin göçünün kayıp veya kazanç olarak savunulmasında keskin sınırlardan bahsetmek zordur. Konunun her ülkenin kendi dinamikleri açısından ele alınması gereklidir. Örneğin: Bir ülkenin kalkınma hızı yavaş ise, o ülkedeki yetenekli nüfusun göç et-

meyip göz göre göre eğitimsiz veya işsiz kalması akılcı mıdır? Diğer taraftan, kalkınma çabasındaki bir toplum vasıflı ve çok kısıtlı insan kaynağını kaybederse bu durum ülkenin kalkınmasını da yavaşlatabileceğinden bir kısır döngü oluşmuş olmaz mı? Bu noktada ilginç bir anekdot paylaşmak isteriz: İngiliz Kraliyet Topluluğunun 1962 tarihli raporuna göre Lordlar Kamarası'nda konuşan Bilim Bakanı Lord Hailsham, İngiltere'den ABD'ye gerçekleşen bilim insanı göçünün ABD'li yetenek avcılarının marifetiyle gerçekleştiği, İngiltere'nin en seçkin beyinlerinin kaybedildiği, ABD'nin bu tutumunun paraziter nitelik taşıdığı şeklinde ifadelerle konuyu ele almakta, beyin göçünü açık bir kayıp olarak sunmaktadır. Çözüm teklifi ise İngiltere'nin bilim insanları için cazip hâle gelecek düzeyde kalkındırılması, 20. yüzyıldan kalan zamanın bu kalkınma için harcanarak 21. yüzyıla hazırlanılması gerektiği ilgili raporda vurgulanmaktadır (4). Günümüzde ise İngiltere, Avrupa içinden ve dışından en seçkin beyinlerin göç ettiği hedef ülke durumundadır.

OECD raporunda düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerin sağlık çalışanı ihtiyacının, göçen vasıflı çalışan sayısından oldukça fazla olduğu, beyin göçünün kaynak ülkedeki sağlık çalışanı eksikliğinin temel sebebi sayılamayacağı savunulmaktadır. Rapora göre başka ülkeye göç etmiş doktorlar kendi ülkelerine geri dönse, bunun kaynak ülkedeki bin kişi başına düşen doktor sayılarını çok az etkileyeceği argümanı sunulmaktadır. Bu argümanlar, beyin göçü üzerinden hedef ülkelerin töhmet altında bırakılmayacağını savunmaktadır. Bu savunma, herkesten birer lira toplayarak zenginleşen birinin "bir liralara geri verdiğinde kimsenin zengin olmayacağı" argümanı ile kendini savunmasına benzemektedir. Pek çok ülkeden birkaç hedef ülkeye akan vasıflı çalışanların hedef ülkelerde kişi başına düşen doktor sayısını ne kadar artırdığı, dolayısıyla hedef ülkenin bundan ne kadar çıkar sağladığı da tartışılmalıdır.

Dünyada pek çok sektörde vasıflı insan gücü açığı vardır ancak sağlık sektörü ikame edilemezlik, ertelenemezlik vb. sağlığa özgü aksaklıklar açısından insan gücü açığının en fazla hissedildiği sektörlerdendir (13). Sağlık insan gücü, sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumunda kader belirleyicidir. Gelişmiş ülkelerde yaşlanan nüfusla birlikte sağlık hizmet ihtiyacı hızla artmaktayken geliş-

mekte olan ülkeler demografik dönüşümün daha erken safhalarında olduklarından genç nüfusa sahiptir. Bu durumda küresel planda göçün önlenmesi hizmet ihtiyacı içindeki gelişmiş toplumlar için bir kriz doğurabileceği gibi göçün teşviki de kalkınmakta olan ülkelerin kendi kendilerine zaten zor yeten sağlık insan gücünün daha da azalması ve sağlık sistemlerinin çökmesi riskini barındırmaktadır (15). Bu durumda göç alan ve verenler arasında üçüncü tüzel kişinin bu göçte küresel ve kamusal menfaatleri her iki taraf lehine düzenlemesi kritik bir sorumluluktur. Bu noktada DSÖ, ILO, OECD, DB kendi çalışmalarını yürütmektedir ancak bu kuruluşların mevcut durumu ne kadar hakkaniyetli ve ahlaki ilkelere uygun yöneteceklerinden, mevcut kaynakları tek taraflı olarak gelişmiş ülkeler lehine kullanmayacaklarından nasıl emin olunacaktır? Bu noktada her ülkenin kendi denetleme mekanizmasını kurması veya çıkarları çatışan taraflardan temsilciler içeren denetleyici mekanizmaların oluşturulması gerekmektedir.

OECD raporu, COVID-19 pandemisinde oluşan kriz durumunda göçmen doktorların OECD ülkelerine çok büyük katkılar sağladığını vurgulamaktadır (12). Ancak OECD'ye yapılan bu katkı aynı zamanda bu doktorların kendi ülkesine "sunamadığı" katkı anlamına gelmektedir. Yani ortada yoktan bir katkı türememiş, OECD dışındaki ülkelerin kullanabileceği katkı, OECD ülkelerinde ve AB'de göçmen sağlık çalışanlarının çalışma vizelerine uzatma ve kolaylıklar sağlayan regülasyonlar sayesinde OECD ülkelerine kaymıştır. Bu durumun kimin için kazanç, kimin için kayıp olduğu tartışılmalıdır.

### **Diaspora Ağları**

Göç veren ülkelerin diaspora ağlarından kendi kalkınmaları lehine yararlanıp yararlanmadıkları bir tartışma konusudur. Örneğin, Çin, Kolombiya ve Afrika ülkeleri diaspora ağındaki vatandaşlarının fiziksel olarak ülkeye geri dönmesine gerek kalmayacak şekilde bu ağdaki bilgi ve uzmanlıktan istifade etmekte, mevcut kaybı kazançla çevirebilmektedir. Benzer şekilde Hindistan, Filipinler, Romanya gibi ülkeler ise durumu fırsata çevirebilmiş, diaspora ağlarını kaynak ülkeye gelir sağlayan bir yatırım olarak görmeye başlamışlardır. Türkiye için yapılan bir doktora çalışmasında ülkemizin kendi diaspora ağından yararlanamadığı sonucuna varılmaktadır. Araştırmada yurt

dışındaki vasıflı insan gücünün sadece %26,4'ünün Türkiye'deki araştırmalara katıldığı, diaspora ağındaki bilim insanlarımızın devletten yeterli ilgiyi görmediklerine dair algıya sahip oldukları, diaspora ağı yöneticilerinin de bu noktada gereken sorumluluğu üstlenmediği belirtilmektedir (6). 70'li yıllarda TÜBİTAK ve UNDP arasında "Teknolojinin Türkiye'ye Yeniden Transferi" programı uygulanmış, 90'lı yıllara kadar yurt dışındaki vasıflı insan gücünün yüksek öğretim kurumlarımıza katkı sağlaması hedeflenmişse de yararlanılan uzman sayısı oldukça düşük düzeydedir. Diaspora ağlarında oluşan öğrenci/araştırma ağları bir taraftan göç eden insanlara kolaylıklar sağlarken diğer taraftan bu imkânın varlığı göç için bir teşvik de oluşturmaktadır. Yurt dışı bursları ve imkânları ile pek çok öğrenci kendi ülkesinde hizmet verme hayalinden uzaklaşmaktadır.

### **Çıkar Çatışmaları**

Günümüzde küresel ölçekte yürürlükte olan neoliberal ekonomi politikalarının yan etkileri hayatın her alanına yansımaktadır. Küreselleşme gelişmiş ülkeler için büyümenin gerektirdiği tüm girdileri gelişmemiş ülkelere ucuzla sağlamanın kapılarını açmış olmakla birlikte gelişmemiş ülkelerin de gelişmiş ülkelerin hayatı kolaylaştıran standartlarından, keşif ve icatlarından faydalanmasını sağlamıştır. Ancak buradaki simbiyotik döngüde gelişmemiş ülkeler gelişmiş ülkelere bağımlı bir yaşam formu pozisyonundadır. Bu bağlamda küreselleşmenin nimetlerinden gelişmiş ülkelerin aslan payını aldığı söylenebilir. Göç, liberal göç politikalarının uygulandığı az sayıda yüksek gelirli ülkelerde kümelenmektedir (11). Sermayeci ekonomide ticari üretim zincirinde olduğu gibi beyin göçü de ucuzla temin edilen bir ham madde ticareti konumundadır.

Neoliberal politikalar küresel planda bir kalkınma sağlamış olmakla birlikte hem ülkeler arasında hem de ülke içinde derin eşitsizlikler de doğurmuştur. Bu eşitsizlikler gelişmiş ülkelerin kendi içlerinde dahi görülmektedir. Diğer yandan, gelişmemiş ülkeler birer ham madde kaynağı olduğundan, beşerî sermayenin gelişmiş ülkelerin işine yarayacak düzeyde eğitilmesi de bir zorunluluktur. Bu noktada "sürdürülebilir kalkınma" kavramı önemli bir anlam taşımaktadır. Buradaki sürdürülebilirlik, gelişmiş ülkenin gereksinimlerinin karşılanması bağlamında

bir sürdürülebilirliğe işaret etmekte, ham madde kaynağı ülkelerin kalkınması dahi bu amaca matuf sağlanmaktadır. Beyin göçü konusunda hedef ve kaynak ülkeler açısından pek çok çıkar denklemine rastlanmaktadır. DB'ye göre hedef ülkelerin kazancı daha da artırabilmesi için göçmen stoku içinden kendi piyasa koşullarına uygun insan kaynağını iyi ayıklaması gerekmektedir. Bir hedef ülke için göçmen çalışanların nihai verimi, hedef ülkeye dil, teknik beceri, sosyal uyum açısından tam adapte olduklarında gerçekleşir (11). Yani verimi artırmanın en önemli yollarından biri olarak göçmen kitlenin kültürel ve sosyal adaptasyonunun sağlanması teklif edilmektedir ki bize göre bu durum, kültürel asimilasyon açısından tartışılmalıdır.

Vasıflı insanların eğitim maliyetleri kaynak ülke üzerine bırakıldığında bu ülkenin eğitime yatırım yapma motivasyonunu kırabilir. Sigorta sistemlerindeki ahlaki tehlikenin bir benzeri yaşanabilir. Bu durumda kaynak ülke ve hedef ülke arasında geri ödeme veya göçmenlerin kendi ülkelerinde mecburi hizmet yapması, eğitim masraflarının geri ödemesi ve kişinin bu şartla göçmesi gibi teklifler tartışılmaktadır (11)(17). Ancak burada ihmal edilmiş bazı sorunlara dikkat çekmek istiyoruz. Ülkemizin dahil olduğu medeniyet havzasında insana paha biçmek abesle iştigaldir ancak konu sermayeci dinamikler çerçevesinde tartışılacaksa da kâr zarar hesabının doğru yapılması gerekmektedir. Vasıflı insanın değeri belirlenirken sadece eğitimin bedelini hesaba katmak doğru bir yöntem midir ve hangi tarafın lehinedir? Neticede göçen insandır ve vasfından bağımsız olarak topluma yararlı -hiç olmazsa zararsız- bir insanı yetiştirmek çok maliyetlidir. Hedef ülke bu kaynağı bedelsiz kazanmaktadır. İnsana ve emeğe değer biçilecekse dahi çağdaş ekonomik değerlendirme yöntemleri bunu hakkıyla yapmak için yeterince gelişmiş durumdadır ve kullanılabilir. Bir meyve ağacının değeri hesaplanırken sadece üretim maliyetleri değil gelecekte vereceği meyvenin değeri de toplam değere eklenir. Vasıflı göçmen en verimli zamanındayken sadece eğitim masrafını kaynak ülkeye ödeyip hesabı kapatmak isteyen sermayeci ekonomi serbest emek pazarında vasıflı insanı ham madde fiyatına satın almaktadır. En azından vasıflı göçmenin hedef ülkeye kazandırdığı ekonominin kaynak ülke ile sürekli olarak paylaşılması, yani bir anlamda vasıflı in-

sanın kiralanması, eğer tamamen satın alınacaksa da eksik ve taraflı hesabın düzeltilmesi, kaynak ülkeye hakkının teslim edilmesi gerekmektedir.

İstihdam, ayrımcılık ve damgalanma açısından da ilginç bir denklem konusudur. Hedef ülkelerde göç, kısa vadede işsizliğe sebep olmakta, çalışan ücretlerini düşürmektedir. Ülke dışından gelen göç, hedef ülkede yerel toplumu iç göçe zorlamaktadır. Bu durum toplumsal ayrımcılıkları da tetiklemektedir. Diğer tarafta ise göçmenler kendi ülkelerinde ülkeyi terk etmekle ve hatta ihanetle suçlanmaktadır. Bu durumda göçmen hem kaynak ülke hem hedef ülke açısından baskı altında kalabilmektedir.

Konuya dair dikkat çekmek istediğimiz bir husus ise beyin göçü konusundaki referans dokümanların konuyu ağırlıklı olarak kişi sayıları ve oranları üzerinden ele almasıdır. Örn. OECD ve DB raporları bir ülkenin göç etmiş hekimlerini toplamın yüzdesi olarak sunmakta, aslında mevcut göçün hedef ülkeleri sorumluluk altında bırakacak kadar büyük bir hacimde olmadığı savunulmaktadır. Halbuki burada göçen kesim, nitelik olarak kaynak ülkede kalan kesimden çok daha yüksek niteliğe sahiptir. Bir araştırmada göçen toplum içinde yüksek öğretime sahip olanların sayısının temel eğitim alanların 7,3 katı olduğu ifade edilmektedir (5). Ancak bu referans dokümanlarda göçen insanla geride kalan insanın aynı vasıf düzeyinde olduğu varsayılmaktadır. Bu açıdan, göçün kaynak ülke için negatif etkisi sunulan yüzdelerden çok daha fazladır.

Konunun bir ulusal güvenlik açığı boyutu var mıdır diye de sormak istiyoruz. Sıcak savaşlara aşına olan insanlık 20.yy'da soğuk savaşta da tecrübe etmişti. Şimdilerde ise ekonomide ABD dolarının bir silah olarak kullanılması, ABD'nin Çin'i cezalandırmak için ticari firmaları hedef alması, ülkeler adına ticari firmaların birbirleriyle çatışmaları (Google&Huawei) henüz adını koymadığımız ancak müstakil dinamiklere sahip ve hâlihazırda sürmekte olan bir savaşa işaret etmektedir. Bu yeni soğuk savaşta gelişmiş bir ülkenin kapılarını karşı ülkenin sağlık çalışanlarına açmasıyla rakibini zor durumda bırakması, bu durumu bir silah olarak kullanması olasıdır. Ayrıca Polonya ve Romanya'nın AB'ye dahil olmasını müteakip Almanya ve İtalya'ya göç vermelerine benzer şekilde Türkiye'nin AB'ye dahil olması durumunda ne bü-

yüklükte ne kadar süre içinde ve hangi ülkelere göç vereceği, bundan nasıl etkileneceği, bu ani beşerî sermaye kaybı veya dalgalanmasına karşı hazırlıklı olup olmadığı ulusal güvenlik açısından stratejik öneme sahiptir.

### Beyin Göçü ve Etik

DSÖ, vasıflı sağlık insan gücünden hedef ve kaynak ülkelerin birlikte faydalanabilmesi adına bir referans doküman yayınlamıştır. Bu dokümanda insan sermayesinden etik ilkeler çerçevesinde faydalanılması önerilmektedir. Örneğin DSÖ'ye göre vasıflı göçmen stokunun potansiyel değeri kaynak ve hedef ülkeler arasında adil paylaşılmalı veya bu insan sermayesi dönüşümlü kullanılmalıdır. Ancak bu dönüşümlü kullanımda vasıflı kişinin vasfının kaynak ülke tarafından ne kadar etkin kullanılacağı meçhuldür. Bu sebeple buradaki faydalanma mekanizmasının da adil şekilde kurulması gerekmektedir. Ayrıca insanların kendi memleketlerinde zorla çalışmak durumuna düşürülmesi de irdelenmelidir. Birkaç değişken üzerinden değerlendirme yaparak insan sermayesini "ucuza getirme" eğilimi de ahlaki açıdan mütalaa edilmelidir. İnsanı ve emeği ticaret nesnesi olarak ele almak hangi ahlaki felsefeye göre meşrudur, konuya bakış açısı üzerinde taraflar mutabık mıdır?

İnsan hayatının ağırlıklı olarak ekonomik büyüme ve sürdürülebilirlik çerçevesinde tartışıldığı, tüm bireylerin de bu sınırsız ekonomik büyümeye katkı sunmaya zorlandığı bir dünyada diaspora ağlarını bir kâr kalemi olarak görmek ne kadar doğrudur? Hayatın ekonomik dinamiklerle temellendirilmesi durumunda insanı daha da metalaştırarak "beyin ihracatı/ithalatı" kavramları ve daha nice kavram öne sürülebilir ancak insanı ekonomik büyümenin bir girdisi olarak görme konusunda her ülke/kültür/medeniyet mutabık mıdır? Kendi kalkınmasına odaklanmayıp ham madde niyetine insan ihraç etmeye teşvik edilen gelişmemiş bir ülkenin vatandaşlarının kendi doğdukları topraklardan ayrılmaları ve gurbette yaşamaya zorlanmaları insan haklarına uygun mudur? Eşitsizlik ve ayrımcılık beyin göçünün önemli bir bileşenidir. Göçmenlerle ev sahibi toplumun eşit özlük haklarına sahip olması önerilmektedir. Yereldeki iş verenlerin göçmenleri istismar etmemesi için denetimin önemine vurgu yapılmakta hem DSÖ hem ILO bu konuda güçlü çağrılar yapmaktadır. Bu

güçlü çağrılar, sahada bu eşitsizliğin yaşandığına da işaret etmektedir.

Kaynak ülkelerin insan kaynağını korumak adına vasıflı insanların seyahat özgürlüğünü, yurt dışına çıkışını veya çalışmasını kısıtlaması, temel insan hakları bağlamında tartışılmakta, kaynak ülkeler bu bağlamda bir ikilem yaşamakta, birey otonomisi ile kaynak ülkenin çıkarları çatışmaktadır. Kırsal bölgelerdeki ihtiyaç ile vasıflı insan gücünün bu bölgelere yönelik isteksizliği de benzer bir ikilemdir. DSÖ bu otonominin kısıtlanmaması gerektiğini ifade etmekte ancak asgari sağlık hizmeti kapasitesinin de korunmasını salık vermektedir. Uluslararası toplum, göçün maliyetini birlikte karşılamakta pek hevesli değildir. Vasıflı insana ihtiyacı olan ülkeler göç hareketlerini kontrol ederken göçmenleri seçerek alma eğilimindedirler. Düşük vasıflı, "göç fazlası" insanlar ise kendi haline bırakılmakta, küresel sorumluluk paylaşılmamaktadır. Bu durumda insana araçsal değil özsel bir değer anlayışıyla bakan medeniyet havzalarındaki ülkeler ise gelişmiş ülkelerce seçilmemiş daha vasıfsız göçmenlere ev sahipliği yaparak dezavantajlı duruma düşmektedir. 2011 Suriye savaşında yaşanan göç, pek çok gelişmiş ülkenin örtülü tavrını görünür kılmış, mültecilerin büyük kısmına Türkiye ev sahipliği yapmış ancak bu konuda tarihî bir yalnızlık yaşamıştır.

DSÖ, ILO, OECD kuruluşlarının konuya dair referans dokümanlarında çağrı yapılan ilkeler, aynı zamanda hâlihazırda gayrı-ahlaki piyasa koşullarını da ele vermektedir. Örneğin, DSÖ dokümanı, hedef ülkelerin kaynak ülkelerdeki sağlık sisteminde çalışmakta olan doktorları ayartmamalarını salık vermektedir. Yine hedef ülkelere göçmenlere eşit davranmalarını, özlük haklarını korumalarını telkin etmekte, bu ucuz kaynağa karşı aç gözlü ve sorumsuz davranmalarını önermektedir. Kaynak ülkelere kalkınma desteği sunarak bu faydalanımı "sürdürülebilir" şekilde yürütmeleri önerilmektedir. Özetle işin özünde kimse gelişmemiş bir ülkenin kalkınması ile özsel olarak, yani insani bir sorumluluk duygusuyla ilgilenmemekte, konuya araçsal yaklaşmakta, kendi çıkarları lehine kalkınma desteği sunmaktadır. Diğer taraftan, DSÖ'nün her ülkenin kendi sağlık personeli ihtiyaçlarını kendi insan kaynaklarıyla gidermesi için çağrı yapması, diğer kuruluşlara göre konuyu daha insani şekilde ele aldığına da işaret etmektedir.

## Sonuç

Dünya Bankası'na göre küresel göç kalıcıdır ve organize edilmelidir. Mevcut göç sorunları, yerel politikaların insan gücü piyasasını etkileyemediğini, bu piyasanın doğal olarak oluştuğunu, basit sınırlayıcı önlemlerle bu akışın durdurulamayacağını vurgulamaktadır (11). Ancak bize göre buradaki doğallık argümanı, küresel refah eşitsizliğine bir meşruiyet kazandırmaktadır. Güçlü olanın zayıf olandan faydalandığı ve onu göçe zorladığı bir düzen canlılar dünyasında doğal karşılanabilir ancak insanın doğasında ahlaki değerler vardır ve göç doğal karşılanmadan önce göçü doğuran sebeplere odaklanılmalı, zarar azaltma değil, önleme politikaları öncelikli olmalıdır.

Sermayeci ekonomide sınırsız ekonomik büyüme tutkusuyla küresel kaynaklar zengin ülkeler lehine kullanılmaktadır. Bu kaynaklardan biri ise beşerî sermayedir. Maliyet minimizasyonu ve kâr maksimizasyonu denkleminde küresel göç gelişmiş ülkeler lehine gerçekleşmekte, hedef ülkeler göçmen nüfustaki vasıflı çalışanlara kapılarını açmakta, geri kalanları kaderlerine terk etmektedir. Diğer taraftan göç veren ülkeler kendi kalkınmaları için en yüksek potansiyele sahip kaynaklardan birini yitirmektedir. Bu noktada, sermayeciliğin sınırsızlığı yerine erdem ve diğerkâmlık üzere kurulu ve tarafların adil katılımını içeren bir küresel organizasyon gerekmektedir.

Göç veren bir ülkenin durumdan yakınıp kurban/mağdur kompleksine girmesi olasıdır ancak akılcı gözükmemektedir. Bu konuda mağdur olduğunu düşünen ülkenin yapabileceği pek çok müdahale vardır. Örneğin böyle bir ülke önce kendi gerçekleriyle yüzleşmeli, bu konudaki toplumsal ve akademik tartışmayı teşvik etmeli, mevcut göçü monitörize etmeli, kendi göçmen vatandaşlarına karşı suçlayıcı ve damgalayıcı dilden uzaklaşıp göçün dinamiklerini ve iten faktörleri anlamaya ve yönetmeye çalışmalı, beyin göçünden daha tehlikeli olan gönül göçünü önleyebilmeli ve diaspora ağları ile iletişimini güçlendirmeli, diaspora ağlarına hamilik etmeli, göçmen nüfusa yönelik ülke içinde cazibe oluşturmalıdır.

Beyin göçü kavramının varlığı, başka kavramsallaştırmaları da ufukta aramaya bizi yönlendirmekte, yeni sorulara kapı aralamaktadır. İnsanın ve emeğin ekonomik bir meta olarak ele alındığı tartış-

malarda, iş gücü piyasaları kavramı ile tarihteki kölelik/serflik kavramı nasıl ayrılmaktadır veya ayrılmaktadır? Örneğin yakın gelecekte sağlıkçı mülteciler veya sığınmacılar da görülecek midir? Beyin ithalatı/ihracatı da lügatlerimize girecek midir? Arzın/talebin fiyat esnekliğinde olduğu gibi "göçün ücret esnekliği" de sağlık ekonomisinin bir kavramı olacak mıdır? Bu tarz kavramsallaştırmalar insanın neliği, değeri ve insan onuru açısından ele alındığında ne kadar ahlakidir? İş gücü piyasaları da serbest piyasa haline gelirse bu ekosistemde nitelikli iş sahibi olmak için kafa avcılarının avı olmak, onların radarına girmek bir ön şart haline gelebilir. Nitekim vasıflı insanlara yönelik "kafa avcılarının nasıl dikkatini çekersiniz" başlıklı rehberler artmakta, av olacıklara kitle eğitimi verilmektedir (21). Bu konunun, av kavramı üzerinden kavramsallaşmış olması dahi manidardır.

İnsan doğup büyüdüğü coğrafya ve kültür ile gönül bağı kuran hisli bir canlı varlıktır. Göçen insanın keyfi davranışını varsaymadan önce göçten ötürü acı çektiği, -merhum Teoman Duralı'nın ifadesiyle- "hicran" duygusunu yaşadığı varsayılmalıdır. Felsefi antropolojinin "insan nedir" sorusuna mukabil insanı ekonomik bir girdi, salt bir sermaye bileşeni olarak gören çağdaş ekonomi paradigmasından çözüm beklemek de beyhude gözükmektedir. Her medeniyet, kendi insan algısı çerçevesinde kendi ütopyasını yeniden yazmalı, ithal çözümler yerine kendi felsefi, ahlaki ve kültürel değerleri çerçevesinde kendine özgü çözümleri aramalı, üretmelidir.

## Kaynaklar

- 1) Duralı T., Teoman Duralı ile Felsefe Söyleşileri I Eğitim ve Öğretim Arasındaki Fark, 4. Bölüm, <https://www.youtube.com/watch?v=X0vrGoJczPY> (Erişim Tarihi: 19.09.2022)
- 2) Çapan, F., Güvenç B., Kavimler Göçü ve Batı Roma İmparatorluğu'nun Çöküşü, 21. Yüzyılda Eğitim ve Toplum Dergisi, <https://dergipark.org.tr/pub/egitimvetoplum/issue/36222/407936> (Erişim Tarihi: 04.12.2017)
- 3) Duralı, T., Çağdaş Küresel Medeniyet, [https://books.google.com.tr/books/about/Cagdas\\_Kuresel\\_Medeniyet.html?id=W07VjwEACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.tr/books/about/Cagdas_Kuresel_Medeniyet.html?id=W07VjwEACAAJ&redir_esc=y) (Erişim Tarihi: 19.09.2022)
- 4) The Emigration of Scientists from the United Kingdom, *Minerva* 1963, 1(3):358–80, <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02251989> (Erişim Tarihi: 19.09.2022)
- 5) Gibson, J.&McKenzie, D., Eight Questions about Brain Drain, *Journal of Economic Perspectives*, 2011, 25(3):107–28
- 6) Arslan, N., Beyin Göçü ve Diaspora Ağları, *Sos. Siyaset Konf. Derg.*, 2018, (73):1–33, <https://dergipark.org.tr/pub/iusskd/issue/36332/414296> (Erişim Tarihi: 19.09.2022)

7) Brain Drain Definition&Meaning, [https://www.merriam-webster.com/dictionary/brain drain](https://www.merriam-webster.com/dictionary/brain%20drain) (Erişim Tarihi: 19.09.2022)

8) Türkan, İ., Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Sağlık Çalışanları ve Uluslararası Göç: Göç Nedenleri Üzerine Bir İnceleme, 2009, 62(3):87–94, <https://dergipark.org.tr/pub/autfm/issue/3257/45397> (Erişim Tarihi: 19.09.2022)

9) Carling, J., *Migration Corridors: Conceptual and Methodological Issues*, 2010, [https://www.academia.edu/46917266/Migration\\_corridors\\_conceptual\\_and\\_methodological\\_issues](https://www.academia.edu/46917266/Migration_corridors_conceptual_and_methodological_issues) (Erişim Tarihi: 19.09.2022)

10) International Platform on Health Worker Mobility, <https://www.who.int/teams/health-workforce/migration/int-platform-hw-mobility> (Erişim Tarihi: 19.09.2022)

11) Europe and Central Asia Economic Update, 2019, Migration and Brain Drain, <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/551261580801381893/Migration-and-Brain-Drain> (Erişim Tarihi: 19.09.2022)

12) Socha-Dietrich, K.&Dumont, J.C., *International Migration and Movement of Doctors to and within OECD Countries, 2000-2018, Developments in Countries of Destination and Impact on Countries of Origin*, 2021, [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/international-migration-and-movement-of-doctors-to-and-within-oecd-countries-2000-to-2018\\_7ca8643e-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/international-migration-and-movement-of-doctors-to-and-within-oecd-countries-2000-to-2018_7ca8643e-en) (Erişim Tarihi: 19.09.2022)

13) Botezat, A.&Ramos, R., Physicians' Brain Drain-A Gravity Model of Migration Flows, *Global Health*, 2020, 16(1):1-13 <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-019-0536-0> (Erişim Tarihi: 19.09.2022)

14) The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, <https://www.who.int/publications/m/item/migration-code> (Erişim Tarihi: 19.09.2022)

15) Abarcar, P.&Theoharides, C., *Medical Worker Migration and Origin-Country Human*, 2021, 1–46, [https://direct.mit.edu/rest/article/doi/10.1162/rest\\_a\\_01131/107668/Medical-Worker-Migration-and-Origin-Country-Human](https://direct.mit.edu/rest/article/doi/10.1162/rest_a_01131/107668/Medical-Worker-Migration-and-Origin-Country-Human) (Erişim Tarihi: 19.09.2022)

16) Chart: Germany's Demographic Cliff, <https://www.visualcapitalist.com/germanys-demographic-cliff-chart/> (Erişim Tarihi: 19.09.2022)

17) How to Reverse the Medical Brain Drain, *World Economic Forum*, <https://www.weforum.org/agenda/2016/10/how-to-reverse-the-medical-brain-drain/> (Erişim Tarihi: 19.09.2022)

18) Hekim Göçü: En Fazla Yurt Dışına Giden Branşlar Hangileri?, <https://medimagazin.com.tr/hekim/hekim-gocu-en-fazla-yurt-disina-giden-branslar-hangileri-100842> (Erişim Tarihi: 19.09.2022)

19) Uğur, N., Great Risk for Education Cost: Brain Drain (Resident Physicians Case), 2022, 31(2):115–25, <https://dergipark.org.tr/en/pub/sted/issue/69675/979463> (Erişim Tarihi: 19.09.2022)

20) Web of Science, 2022, <https://www.webofscience.com/wos/woscc/summary/d95e5f54-4910-4149-ba04-24078a6079d3-4aa2cc3a/date-ascending/1>

21) Kelly, J., How to Attract Headhunters, *Forbes*, <https://www.forbes.com/sites/jackkelly/2022/04/25/how-to-attract-headhunters/?sh=31590285f750> (Erişim Tarihi: 25.04.2022)

# Sağlıkta beyin-emek göçü/gücü

## Prof. Dr. Mustafa Altındış



Altındış, 1966 yılında Konya'da doğdu. Selçuk Üniversitesi (SÜ) Tıp Fakültesi'nden 1989'da mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Anabilim Dalında doktora eğitimini tamamladı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKÜ) Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalına kurucu öğretim üyesi olarak atandı. 2002 yılında Viroloji Bilim Doktoru, 2005 yılında Klinik Mikrobiyoloji Doçenti oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Bir yıl kadar görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals'de laboratuvar kalite sistemlerini inceledi, moleküler viroloji referans laboratuvarında çalıştı. Mayıs 2011'de AKÜ Tıp Fakültesinde profesörlük kadrosuna atanan Dr. Altındış, Haziran 2013 tarihinden itibaren Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji AD Başkanlığı görevine atanmış olup hâlen bir TUSEB ve 2 ayrı TÜBİTAK projesini de yürütmektedir.

**B**ir ülkede yüksek eğitimini tamamlamış, doktorasını yapmış ya da mesleğinde/kariyerinde belli noktaları yakalamış, okuma, irdeleme inceleme yorumlama kapasiteleri yüksek olan kişilerin gelişmiş ülkelere çalışma ya da ikamet etme amacıyla göçüne 'beyin göçü' denmektedir. Bu klasik tanım dışında bakacak olursak; beyin göçünün çok nedeni olabilir ama son dönemde başta sağlık çalışanlarında olmak üzere genelde yaşanan beyin göçünün en temel gerekçesi ve belki de yaygın umudun azalması, beklentinin karşılanamaması, çalışma koşulları, değersizleşme ve ilerlemenin/gelişmenin önünün kesilmesi vs. gibi iddialar sayılmaktadır. Beyin göçünün bu ve benzeri iten ve çeken pek çok nedeni sayılabilir ancak sonuçta göç veren ülkede AR-GE ve bilimsellikte geri kalma tehlikesi, dahası entelektüel sermayenin eriyor olması en önemlisi de eğitim ve sağlık başta olmak üzere pek çok hizmet alanlarında ülkenin geri kalma tehditi söz konusu olabilir. Beyin göçü günümüzde emek göçü ile de iç içe geçmiş durumdadır. Çünkü göçün bir kısmı sadece bilgi, emek ve birikimini bir başka koşul ve ortamda uygulamak için gerçekleşmektedir. Bu anlamda yaşam ve çalışma koşulların kısmen olumsuz olduğu ülkelerden diğerlerine beyin göçü yanı sıra emek göçünde olabilmektedir. Son dönemde pandeminin getirdiği kısıtlar ile oluşan

işçi çıkarmalar sonrasında oluşan tehdit ve fırsatlar kapsamında Avrupa ülkelerinde başta lojistik ve havacılık sektörü olmak üzere pek çok iş kolunda çalışan gereksinimi olmuş ve ülkemizden ciddi anlamda emek göçü yaşanmıştır. Sağlıkta da benzeri gerekçeler ya da göç veren ülke koşullarındaki relatif olumsuzluklar nedeni ile ülkelere göre değişebilen sayılarda sağlık çalışanı çalışma ya da eğitim (uzmanlık vs.) amacı ile daha çok Avrupa olmak üzere farklı ülkelere gitmiştir ve halende gidişler devam etmektedir.

Beyin göçü bilim amacı yetiştirme ve bilime katkı amacı için kullanıldığında, küresel bilgi birikimi için yararlı olabilir. Çünkü çalışma ekibine en yararlı aklın, o ülke vatandaşları arasından çıkma olasılığı her zaman yoktur. Küresel oyuncular, bilim ve teknoloji alanında atılım yapacak takımlarını oluştururken, dünyanın kaynaklarına (insan ve diğer) global bakmaktadırlar. Bunlar oyunu, ulusal takım ile değil dünya karması olarak oynamak isterler. Onlar için insanlara ve bilime ulaşmada ülke sınırları, insanların renkleri ve uluslarının ne olduğu önemli değildir. Tek bir ayırım olabilir; işlerine yarayan ve yaramayanlar. Arayış zaten en iyisine ulaşmak ve ondan yararlanmak içindir. Yani aslında beyin göçü; küresel egemen çevrelerinin, en iyi takımı kurma hedefindeki ara filtre basamaklarıdır. Beyin göçü yönetiminde; bedenli ve

bedensiz beyin göçü kavramları da var ki bu yazıda bunların detaylarına girilmeyecek olmakla beraber bugün küresel egemen oyuncular bedensiz beyin göçüne de ciddi emek ayırmakta, dünyanın en önde gelen yazılım firmaları için kendi ülkelerinde çalışan binlerce beyinden yararlanmaktadırlar. Böylece bilgiyi üreten ana ülke, yalnızca emek göçünün değil, beyin göçünün de beklenmeyen negatif etkilerinden kendilerini koruyabilmektedir (örneğin; kazanca direkt ortak olmak zorunda kalmamaları, yararlandığı beyin, ailesi ve geleceği için de bir yurttaşlık taahhüdüne girmemesi...). Yine bu bedensiz beyin göçünün, göç yaşanan ülkeye somut bir yararının olup olmadığı da bir başka yazının konusu olmalı ve tartışılmalıdır.

Bazı yazılarda beyin göçü veren ülkeye beyin göçü yerine "beyin kaçırılması/kovulması", göç alan ülkeye de "beyin emişi", "beyin hortumlaması", "beyin sömürüsü" yaşanan ülkeler gibi deyimlerin kullanıldığı görülmektedir. Globale bakılıp gerekçeleri ile beraber değerlendirildiğinde bu deyimlerden beyin fırtınası ile olumlu çıkarımlar yapılabilir. Zira beyin göçü veren (az gelişmişlik-yaşam standartları, gelir düşüklüğü ve dağıtım eşitsizliği, işsizlik-eğitim alanı dışında istihdam, sistemsizlik, nitelikli insan gücüne sunulan ortam ve olanaklar kısıtı...) ve alan ülkelerin (gelişmiş, geniş kaynaklara





sahip ve bunları yönetebilen, parasal- mesleki özendirici sahip, takım oyunu için sistem kurmuş, yaratıcılığı destekleyen yaşam standartları yüksek çekim merkezleri) pek çoğunun ilgili ortak özellikleri bulunmaktadır.

Nitelikli ve özel eğitilmiş insan gücünü hazır alarak kullanmak isteyen sistem ve ülkeler, kendi ülkelerinde eğitilecek insanların da koşullarını organize etmektedir. Örneğin göç-veren ülkelerin eğitici modülleri ve müfredatları da ilerde bu eğitilen beyinleri alacak (hortumlayacak) ülkelerin beklentilerine yönelik evrilmektedir. Eğitimde evrenselleşme söylemi, akredite eğitim modelleri, yabancı dilde eğitim ile desteklenmekte; sonrasında da kısıtlılıklar, çıkmazlar, bitmek bilmeyen sorunlar ve çaresizlik, tükenmişlik üretilerek yetiştirilmiş bu beyinlerin transferi gerçekleştirilmektedir. Hazırlanan bu tezgâha gelen ülkelerin eğitim, AR-GE, çalışma alanı, yaşam koşullarındaki sistemsizlik, olanakların kısıtlılığı ve ümitsizlik bilinçli bir şekilde beyinlerini göç etmeye zorlanmaktadır.

#### **Emek Göçü/Gücü**

Yetişmiş emek gücünü kaybettiren emek göçü, göç veren ülkeler için ciddi sonuçları olan istenmeyen bir hadisedir. Bugün bir doktorun yetişmesi için emek-sermaye ayıran ülkeler ile yetişmiş olanı alıp regülasyonlar içinde çalıştıran ve denetleyen ileri eğitimler

veren sistemler yarış hâlinindedir. Kimin akılcı yaklaştığını ve kazançlı olacağını ise zaman gösterecektir.

#### **Beyin Gücü Oluşturmada Beyin Göçü**

“Bilgi güçtür” mottosu aslında “beyin göçü ya da bilgi transferi”nin temel motivasyonudur. İlhamın hazır olanlara gelmesi gibi beyin gücünün de kullanılacağı ve takdir edilip-geliştirileceği bölgelere, ülkelere gitmesi doğal hatta belki iyi bir şeydir. Burada uzun uzadıya beyin gücünün öneminden söz edilmeyecektir ancak global egemen yapıların hazır gücü alma ve kullanma konusundaki iştah ve becerilerinden dersler alabilme hatırlatmasından da uzak kalınamayacaktır. Gidenlerin gitme motivasyonlarının bir benzerlerini belki daha iyilerini dönmeleri için oluşturmak bir zorunluluktur. En üretken popülasyonu beyin göçü ile kaybetmiş ülkeler, kısırlaştırılmış canlılar gibi, özgüvensiz ve belki de sindirilmiş/yetersiz hâle gelmiş beyinleri ile bilgi, teknoloji, istihdam, üretim, ihracat ve diğer sorunlara çözümler bulamamakta, birçok açıdan diğer ülkelere muhtaç hâle gelmektedir.

Beyin gücünü sadece bireylerin bir sorunu gibi ele alan yaklaşım, uzun dönemde bunun birey, toplum ve ülkeler açısından nasıl bir yanlış ve yetersizliğe neden olacağını gösterecektir. Beyin gücünün azaltılabilmesi ve beyin

gücünün öneminin artırılması ile alakalı aşağıdaki öneriler anlamlıdır ancak daha fazlası da olmalı ve yapılmalıdır;

1. Küreselleşmenin derinleşerek ve sisteme uyumlandırılmış beyinlerin periferden (bilim politikası zayıf, gelişmemiş/gelişmekte olan ülkelere) merkeze (gelişmiş ve bilgiyi endüstriyel amaçlarla kullanan-beyinleri toplayan) doğru difüze oluşu fark edilmeli göç veren ülkeler başta bilim politikası geliştirme olmak üzere bilim-endüstri altyapısını güçlendirilmeli, bilim merkezi olan ülkelerdeki çalışma koşullarının mümkünse modeli ya da birebir benzeri oluşturulmaya gayret edilerek gelecek bilim insanlarına da yaşam enerjisi aşılanmalıdır.
2. Kaçınılmaz gibi dursa da- bilim periferi ülkelere bilim merkezi gibi olan ülkelere beyinlerin hortumlanmasına göz yumulmamalıdır.
3. Zengin beyin yatakları geliştirilmeli, eğitim (millî), evrensel bilgiyi kendi toprakları için kullanma güdüsünü oluşturmalıdır.
4. Bilim periferi ülkelerde/bölgelerde kendi içlerinde de iş birlikleri artırılmalı ve eğitimin yeniden yapılandırılmasına özen gösterilmelidir.
5. Devlet yurttaşına devlet olma gereğini yaparken, toplum da ferdine ülkesi için bir şeyler yapma sorumluluğunu aşlamalı, karşılıklı vefa borçları ödenmelidir.
6. Aileden başlayarak, okullarda; bi-

reylere topluma yönelik sorumlulukların yerine getirilmesi duygusu, güdüsü verilmeli, sıklıkla bu duygu motive edilmelidir.

### Türkiye'nin Avrupa'daki Geleceği

Göçler, küreselleşmenin önce direği ve sonra da gereğidir. İster emek gücü, isterse beyin gücü olsun, göçen topluluklar, kendi toplumunun en açık fikirli, dinamik, değişime ve gelişime açık popülasyonunu oluştururlar. Yaşama ve tutunma mücadelesi verirken göç ettikleri yere uyum ve adaptasyon konusunda da mücadele vermeye gönüllü dikkatli bireylerdir. Bu kişiler göçerek ayrıldıkları kendi ülkelerinin çoğunlukla kaybıdır ve elden kaçırılmış potansiyeldir. Yapılması gerekli şey ise, bireylerin gidişleri sonrasındaki ilk 5 yılda, gidenlerin geri kazanılması için kafa yormaktır. Başlıkta belirtilen Avrupa'daki gelecek bizim emanet verdiğimiz, farkında olup ya da olmadığımız geleceğimiz olabilir. Bu, birazda bu ülkeye inanmış yönetici ve toplulukların görevi gibi durmaktadır. Öte yakadan bakıldığında da göçle kaybedilmiş gibi duran bizim parçalarımız koşullar el verdiğinde ya da koşullarda bir iyileşme fark edildiğinde koşarak gelecekler ve bildiklerini, yapabileceklerini burada kendi ülkeleri için yapar halde olacaklardır. Tabii ki bunun için adanmış aktif bir politika, inanmış bir toplum desteği, kuvvetlenmiş ve kenetlenmiş ağlar gerekir. Bu yazının yazarı bunun hiç de zor ve tersine göçün hiç de güç olmadığına inananlardandır. Bunun için ülke bilim politikasına yön verenler gerekirse ülke ülke oradaki bireylerin süreci ve dönüşleri için uğraş vermeli, bir üst akıl olarak bunu koordine etmelidir.

Sonuçta; göç edenleri geri kazanmanın birinci adımı, temel göç nedenlerini ortadan kaldırmak, her alanda hızlı sistemsel iyileştirmelerin yapılmasıdır. Bunun içinde, beyin-emek göçü yapanların göç ettikleri ülkeden bakış, bilgi, birikim ve tecrübelerinden de istifade edilmelidir. Göç edenlerin, göçün ilk birkaç yılında, global olan düşünce ile ulusal/millî olan fikrin harmanlamayı becermiş olmaları beklenir. Bu da güncellik/modernlik açısından dönüşümün ilk kıvılcıkları olabilir. Bu arada göç ederek yurt-dışına çıkmış ve çalışan bireylerin emek ve beyin gücünün birlikteliğini entegrasyonunu sağlamak



da ilk yapılacak görevlerden olabilir. Buna, beyin göçünün, güce ve eyleme dönüştürülmesi gözü ile de bakılabilir. Beyin göçü veren ülkenin bu konudaki durumunun kayıptan kazanca dönüşürülmesi bu misyon ile olabilir. Eğitim ve yetkinlikleri olan insan gücünün, göç-alan ülkelere doğru akmasındaki tercih nedenlerini iyi belirlemek ve göç-veren ülke içinde benzer iyileştirmelerin yapılmasını sağlamak; bu iki ülke (göç veren-alan) arasındaki bilimsel, kültürel ve teknolojik farkların minimize edilmesine bağlıdır ve bunun için rasyonel adımlar atılmalıdır.

Çağımızda iyi yetişmiş, dinamik, esnek, çalışan ve üreten insan gücüne, dahası yetkin beyinlere olan artan gereksinimden dolayı beyin gücü/göçü olayı daha da belirginleşmiştir. Endüstri 4.0 ile nesnelerin interneti, çok hızlı gelişen sağlık teknolojileri, uzaktan kontrollü insan çalışmayan atölyelerin, fabrikaların olduğu bir dünyada iş gücüne gereksinimin tamamen farklılaşacağı, sessiz büyük bir devrime hazır olmalıyız. Bu projeksiyon ile eğitim/öğretim modüllerimiz de belki son bir kez kalıcı değiştirilmelidir. Aksi hâlde eğitim ve bilim politikalarını oluşturmuş dinamik ülkeler ile sistemlerini güncelleme gerekliliği konusunda bile henüz düşünce birliği olmayan toplumların -acımasız kapitalist dünyada- yarışma mücadelesi dengesiz olacaktır. Türkiye gibi ülkelerde eğitim modüllerinin yenilenmesinden dahası öncelikle eğitim politikasında yapılan gelecek

okuma planından yoksun değişikliklerin yaptığı büyük tahribatların ivedilikle gözden geçirilmesi gerekliliğidir. Köklü değişiklikler ve sistemsel iyileştirmeler yapılmadığı sürece, -bugünlerde sağlık personeli için yapılan gibi- revizyon iyileştirmeler asıl sorunu çözmeyecek, belki biraz zaman kazanılmasına fırsat verecek ama sonuçta bilgi ve emek gücü rağbet göreceği yere akmaya devam edebilecektir.

### Kaynaklar

*Çalışma Ortamı Dergisi (2001, 2002, 2003): Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı'nın "Dağkeçisi Yaklaşımı" ile ilgili olarak Mayıs Haziran 2001 (No.56), Eylül-Ekim 2002 (No.64), Ocak-Şubat 2003 (No.66) sayılarında yazılar bulunmaktadır.*

*Fişek AG. Beyin Göçünden Beyin Gücüne: Evrensel Olan ile Ulusal Olanı Buluşturmak" (Sosyal Politikada Güncel Sorunlar – Prof. Dr. Alpaslan Işık'ya Armağan Kitabı içinde), A. Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Sosyal Politika Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını, 2009, Ankara*

*Fişek A.G. (2003): "Beyin Göçü Olgusuna Yeni Bir Yaklaşım", Bin Yılların Kavşağında Türkiye'nin Toplumsal Gerçekleri-1 içinde, Tek Gıda İş Sendikası Yayını, s.295-307 İstanbul.*

*Fişek A.G. (2005): "Küreselleşmenin Yakıtı Beyin Göçü" – Çalışma Ortamı Dergisi – Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim Eylem Merkezi Vakfı Yayını, Temmuz Ağustos 2005, Sayı 81.*

*Gökbayrak Ş. (2006): Gelişmekte Olan Ülkelerden Gelişmiş Ülkelere Nitelikli İşgücü Göçü ve Politikalar – Türk Mühendislerinin Beyin Göçü Üzerine Bir İnceleme (Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).*

*Tannsevdî F, Durdu İ, Tannsevdî A. (2019) Beyin göçü mü, beyin gücü mü? Journal of Travel and Tourism Research 15133-158*

*www.beyingocu.com, (Erişim Tarihi: 07.11.2022)*



# Beyin ve omurilik tümörleri

Uzman tümör konseyi ve  
akıllı teknoloji işbirliği



Kuruluşumuz,  
Akademik Tıp Merkezi  
Hastanesi olarak  
JCI tarafından  
akredite edilmiştir.



# Türkiye ve dünyada sağlık insan gücü

**Prof. Dr. Salih Mollahaliloğlu**



1968 yılında Eskişehir'de doğdu. Tıp Fakültesini Karachi University'de bitirdikten sonra Hacettepe Üniversitesinde Halk Sağlığı alanında doktorasını tamamladı. Post-doktorasını Harvard School of Public Health'de, uluslararası sağlık alanında yaptı. 2013'te doçent, 2018'de profesör oldu. Sağlık Bakanlığının orta ve üst idari kademelerinde uzun yıllar görev aldı. Hâlen Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında öğretim üyesi olan Mollahaliloğlu, Halk Sağlığı Enstitüsü ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama ve Araştırma Merkezinin kurucu müdürüdür.

Günümüzde çağdaş ülkelerin kalkınma planları için önemli bir yere sahip olan insan gücü planlamasının vazgeçilmez parçalarından biri olan "Sağlık insan gücü", 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Projesinin önemli alt başlıklarından biri olmuştur (1). Sağlık sisteminin işleyişine uygun, ihtiyaca yönelik yeterli nitelik ve nicelikte, donanımlı insan gücü yetiştirmek, söz konusu politikalarla uyumlu mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programları uygulamak ve bu sayede sağlık alanında etkin ve verimli bir hizmet sektörü geliştirmek "sağlık insan gücü" planlamasının temel amaçları arasında yer almaktadır (2).

Sağlık hizmetleri sunumunun önemli bir bölümünü teşkil eden sağlık insan gücü planlaması, Sağlık Bakanlığı (SB) ve ilgili diğer paydaşların ortaklaşa gerçekleştirecekleri stratejik planlama çalışmaları ile ortaya konacak kompleks bir yapı arz eder (3). Mevcut sağlık hizmetleri planlanırken; doğru sayıda insanla, doğru yerde, doğru zamanda, doğru becerilerle, doğru motivasyon ve tutumlarla, doğru maliyetlerle, doğru verimlilikle, doğru işleri yaparak sunmak son derece önemlidir. Bu sağlık hizmetleri sunulurken o ülkenin sosyal ortamına ve ekonomik şartlarına uygunluğunu sağlama ihti-

yacı da göz önünde bulundurulmalıdır. Stratejik insan gücü planlamasının amacı, bu ideale ulaşma yönünde katkı sağlamaktır. Ayrıca bir bütün olarak sağlık sektöründeki durumu değerlendirip, yetiştirilecek personeli ve olası finansman imkânlarını dikkate almak suretiyle, gelecekteki personel ihtiyacını ve arzını belirlemek ve personelin zamanında hizmete hazır hâle getirilmesini sağlamak da projenin amaçları arasında yer alır. Sağlık Bakanlığı bu konuda 2008-2023 yıllarını kapsayan çalışmalarını "Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu" adı altında yayınlayıp, sektörle paylaşmıştır (4). Süreçte bu alanda atılan adımların olumlu-olumsuz sonuçları yıllar içerisinde sağlık istatistiklerine yansımıştır (5).

Sağlık insan gücü planlamasında dikkat edilmesi gereken göstergelerden birini de beyin göçü oluşturmaktadır. Beyin göçü; iyi eğitim görmüş, düşünen, üreten, kalifiye iş gücünün araştırma yapmak veya çalışmak amacıyla en verimli oldukları dönemde bir başka ülkeye gidip geri dönmemeleri durumudur (6). Uluslararası göçten beklenen en önemli yararlarından birisi göç eden vasıflı işçilerin kazandıkları deneyimlerle ülkeye geri dönerek gelişme sürecini hızlandırmalarıdır. Buna karşın göçmenlerin geri dönmeyerek gelişmiş ülkeye yerleşmesi, yetişmiş insan gücünün bedava ihracı olup, uluslararası

göçün en önemli maliyetidir (7).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 yılında yayımladığı "Human Resources for Health; Overcoming in Crisis" adlı raporunda da yer aldığı gibi İngiltere'de çalışan Ganalı hekim sayısı, Gana içinde bulunan toplam hekim sayısından daha fazladır (8). Bu durumun özellikle İngilizce tıp eğitimi veren gelişmekte olan ülkelerin birçoğu için geçerli olduğu söylenebilir. İlk yıldan itibaren yurtdışı çalışma/uzmanlık sınavlarına odaklanan bu öğrencilerin çoğunun nihai amacı; gelişmiş ülkelere giderek, mümkünse vatandaşlık da alarak, ömür boyu orada çalışmak ve yaşamaktır. Beyin göçünde daha çok OECD ülkeleri tercih edilirken, %47 ile ABD birinci sırada yer almaktadır. ABD'yi İngiltere, Kanada ve Avustralya takip etmektedir (9). En pahalı eğitimlerden biri olan tıp eğitimi neredeyse ücretsiz veya az bir ücret karşılığında ülkesinde bitiren başarılı öğrenciler, gelişmiş ülkelerin hedefinde olmaktadır. Gelişmiş ülkeler, temel tıp eğitimine hiçbir maddi katkı vermeden, yetişmiş insan gücü için daha iyi çalışma koşulları, güvenlik, daha iyi bir sosyal ortam, çocukları için daha iyi bir eğitim imkânı, yüksek maaş vb. vaatlerle bir çekim alanı oluşturabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin sağlık hizmetlerini de olumsuz etkileyen bu durum ayrıca ciddi bir etik konusudur. Sağlık

personeli göçünün ekonomik boyutu konusunda yapılan bir çalışmada, bu etki ülkeden ülkeye değişmekle birlikte Malawi'de 2.16 milyon ABD doları ekonomik kayba neden olurken, Güney Afrika'da bu kayıp 1.41 milyar ABD dolarını bulmaktadır (10). Birçok ülkede ekonomik kayıplara sebep olan beyin göçünün, sınırlı birkaç ülke için ekonomik girdi kalemi olarak yer aldığını da belirtmekte fayda bulunmaktadır. Bunu bir politika olarak benimseyen Küba, Filipinler gibi ülkeler için bu durum önemli bir kazanç kapısıdır (8). Öte yandan bilim insanları/profesyonellerin yurt dışında elde ettikleri bilgi ve becerilerin ülkelerine çeşitli kazanımlar sağlama potansiyelinin söz konusu olması nedeniyle kavramın beyin göçü olarak değil beyin gücü olarak değerlendirilmesi gerektiğini belirten görüşler de bulunmaktadır. Ancak bunun gerçekleştirilebilmesi için de ortak proje geliştirme ve know-how aktarımlarının önündeki bürokratik engellerin azaltılması gerektiği belirtilmiştir (11).

Ülkemizde 2009 yılında yeni mezun olmuş hekimler (3.690 kişi) ile yapılan bir çalışmada hekimlerin yaklaşık %55'i yurt dışında eğitim görmeyi veya çalışmayı düşünürken, bunu gerçekleştirmek için sadece %20'sinin girişimde bulunduğu belirlenmiştir. Söz konusu dönemde yeni mezun hekimler çalışmaktan daha çok, uzmanlık eğitimleri için yurt dışına çıkmak istemektedir. Yeni mezun hekimlerin yurt dışında çalışmayı düşünme nedeni; çalışma şartlarının (%70) daha iyi olması, sosyal imkanların (%20) daha iyi olması, daha iyi maaş (%6) imkânı, çocukları için daha iyi bir eğitim (%4) imkânı olarak belirlenmiştir. Erkeklerin kadınlara göre, İngilizce Tıp'tan mezun veya yabancı dili çok daha iyi olanların diğerlerine göre daha fazla yurt dışına çıkma düşüncesine sahip olduğu bulunmuştur. Söz konusu çalışma 2009 yılı şartlarına göre değerlendirildiğinde; hekimin sayısal anlamda çok daha az olması ve hekim başına düşen hasta sayısının daha fazla olması nedeniyle, daha iyi çalışma koşulları için yurt dışını tercih etmenin yüksek çıktığı düşünülmektedir. Araştırmada daha iyi maaş için yurt dışını tercih etme oranı düşük çıkmıştır; çünkü söz konusu yılda 1 ABD doları 1,6 TL'dir. Ayrıca maaş ve döner sermayeden yapılan perfor-

mans ödemesinin toplamı, OECD ülkelerindeki maaşlara yakındır (12).

Bu sene (2022 yılında) hâlen bir tıp fakültesinin farklı sınıflarında okuyan veya intörlüğünü yapan öğrenciler arasında yürütülen bir çalışmada ise, katılımcıların %54,1'inin yurt dışına gitmeyi düşündüğü bulunmuştur. Bu düşünce İngilizce tıp bölümünde okuyan, yakın çevresinde yurt dışında çalışan hekim olan, bir dil kursuna giden, yabancı dili iyi olan ve ders notları yüksek olan öğrencilerde daha fazladır. Yurt dışına çıkma sebepleri incelendiğinde ise; daha fazla iş ve gelir fırsatı elde edebilmek ve daha iyi şartlarda mesleği yapabilmek (hasta yükü, mobbing, mesleki saygınlık gibi) en sık verilen yanıtlardır (13). Bu araştırmanın sınırlılığı ise araştırmaya katılanların hâlen öğrenci olması, aktif çalışma hayatına katılmamış olmasıdır. Çalışma hayatı, katılımcıların görüşlerini olumlu ya da olumsuz olarak etkileme imkanına sahiptir.

Son yıllarda hekimler başta olmak üzere sağlık personelinin yurt dışına çıkma sayısında artış gözlenmektedir. Her ne kadar bu konuda sağlıklı bir veri olmasa da TTB'den sicil belgesi alan hekim sayısında geçmiş yıllara göre aşırı bir artış gözlenmektedir. 2012 yılında yurt dışı için sicil belgesi alanların sayısı 59 iken, 2021 yılında bu sayının 1.405'e çıktığı görülmektedir (14). Her sicil belgesi alanın yurt dışına çıktığı düşüncesi çok doğru olmasa da yıllar içinde aynı amaçla belge alındığına göre kendi içinde bir tutarlılığının da olduğu dikkate alınmalıdır. Hekimlerin son yıllarda uzun çalışma saatleri, ağır çalışma ortamı, malpraktis, özlük haklarında yaşanan sorunlar, şiddet vb. nedenlerle meslekte soğuduğu görülmektedir. Ayrıca üniversite sıralama tercihlerinde gerileme, uzmanlık tercihlerinde daha rahat ve hasta ile ilişkisi az olan alanların seçilmesi söz konusu olmaktadır. COVID-19 pandemi sürecinde hekimler başta olmak üzere sağlık personeli aşırı yıpranmış, kendi ailelerini ve aile büyüklerini ihmal etmek zorunda kalmışlardır. Bu da kamuda istifaları artırmış, bu istifalar on binleri aşan sayılara ulaşmıştır (15). Söz konusu sorunların çözümüne yönelik Sağlık Bakanlığı son aylarda "beyaz reform" adıyla bir çalışma başlatmıştır (16). İlk tepkiler olumlu olmakla birlikte, söz konusu adımların özellikle beyin

göçünü nasıl etkileyeceği zaman içinde gözlemlenecektir. Sistem bilimcisi Peter Senge'nin dediği gibi "bugünün sorunlarının, dünün çözümlerinden kaynaklandığı" ya da sorunlara zamanında çözüm üretilmemesinden kaynaklandığı unutulmamalıdır. Bugün üretilen çözümler de gelecekte başka sorunlar oluşturacaktır. Yöneticinin başarısı da zaten bu süreci yakından takip edip, zamanında gerekli müdahaleleri yapabilmesinde yatmaktadır.

## Kaynaklar

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm. Ankara; 2003.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı. Ankara; 2007.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi. Ankara; 2007.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu. Ankara; 2011.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020. Ankara; 2022.
6. Kaya, M. Beyin Göçü/Erozyonu. İş Gücü Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi. 2003;5(2).
7. Bakırtaş, T., Kandemir, O. Gelişmekte olan ülkeler ve beyin göçü: Türkiye örneği. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2010;18(3).
8. Chen, L. et al. Human resources for health: overcoming the crisis. The Lancet. 2004 Nov;364(9449):1984-90.
9. Guilbert, J-J. The World Health report 2006 1: Working together for health 2. Education for Health: Change in Learning&Practice. 2006 Nov 1;19(3):385-7.
10. Kollar, E., Buyx, A. Ethics and policy of medical brain drain: a review. Swiss Medical Weekly. 2013 Oct 25;
11. Tannsevdı, F., Durdu, İ., Tannsevdı, A. Beyin göçü mü, beyin gücü mü? Journal of Travel and Tourism Research. 2019.
12. Vujicic, M., Sparkers, S., Mollahaliloğlu, S. Health workforce policy in Turkey: recent reforms and issues for the future. HNP Discussion Paper. Washington, DC. World Bank, 2009.
13. Altun, Güzelderen Y.B., Yurdakul, Ş., Ünal, E., Mollahaliloğlu, S. Tıp öğrencilerinin beyin göçüne bakışı, Tanımlayıcı Bir Araştırma, Yayınlanmamış Araştırma Makalesi Ön Veriler.
14. Fıstık, F. Yurt dışına gitmek isteyen doktor sayısında rekor. Medimagazin. 2022.
15. Öztürk, S. Sağlık sistemi alarm veriyor: 10 bin doktor ayrıldı! Medimagazin. 2022.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı. Bakan Koca, 81 il sağlık müdürü ile beyaz reform gündemiyle bir araya geldi, 2022.

# Sağlık ekonomisi penceresinden sağlıkta beyin göçü

**Prof. Dr. Haydar Sur**



1986'da İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesinde ve 1989-1996 yıllarında ise İstanbul Sağlık Müdürlüğünde Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden doktora derecesi aldı. 1998'de halk sağlığı doçenti, 2003 yılında sağlık yönetimi profesörü oldu. Hâlen Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı ve Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı olarak görev yapmaktadır.

**D**ünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık sistemi kavramını "toplumun sağlığını geliştirmek üzere o ülkede bulunan bütün kurumlar, kuruluşlar, kişiler ve kaynakların bütünüdür" şeklinde tanımlamaktadır. Bu kurum, 2007 yılında sağlık sistemlerinin altı temel bileşeni/yapı taşı olduğunu belirterek bütün sağlık sistemlerinin gidişatını bu altı yapı taşı başlıklarıyla izleyip değerlendirmeye başladı. Bu yapı taşları; 1) Hizmet sunumu, 2) Sağlık işgücü, 3) Sağlık bilgi sistemleri, 4) Temel ilaçlara erişim, 5. Finansman ve 6. Liderlik/yönetişim olarak sıralanmıştır. Sonraki DSÖ izleme çerçevesi sağlıklı ve güvenilir bilginin tüm sağlık sistemi yapı taşları temelinde karar ve izleme mekanizmaları ile olması gerektiğini kabul etti. Bu yapı taşlarından özellikle ikisi bu yazının özü ile ilgili olduğundan bunların önemine dikkat çekmek isteriz.

Hizmet sunumu; toplumda sağlığın korunması, geliştirilmesi, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin uygun şekliyle verilmesi, kaçınılmaz son olan ölüm mukadderse bunun da insan onuruna yakışır ve insana acı ve kaygı çekirtmeden gerçekleşmesi için yardım edilmesi başlıklarını kapsar. Sonrasında da sayısız alt başlık bu başlıkların altında yer alır. Sağlık hizmetlerinin sunumu süreçlerinde mutfakta ne kadar başka kaynak kullanılırsa kullanılsın son noktada (hizmetin verilmesi esnasında) iş gelip insana dayanmaktadır. Bütün

yüksek teknoloji kullanımı yoğunluğuna, çok değişik özellikte sarf malzemesi ve cihazlarına rağmen kitaplarda sağlık hizmetleri yine de "emek-yoğun" olarak tanımlanmaktadır. Emek-yoğun demek insan eliyle verilecek demektir. Hangi insanlar eliyle? Sıradan kişilerin veremeyeceği, çileli bir eğitim dönemi geçirmiş ve büyük miktarda bilgi ve beceri yetkinliği kazanmış kişilerin eliyle. Bu niteliği taşıyan ABD'de 80'i aşkın, ülkemizde de 55'i aşkın yasal düzenlemeyle yetkilendirilmiş meslek vardır. Her toplumda nüfusunun yaklaşık %2'sini oluşturan sayıda sağlık profesyoneli olmalıdır. Ama bu oranı tutturmuş bir ülke yok gibidir. Dahası sağlık profesyonelleri de yaşlanır, emekli olur ve ölürlü. Yani zaman içinde eksilmeler olur. Böylelikle *sağlık işgücü* başlığının da önemi ortaya çıkmış olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakların en önemlisi insan kaynağıdır. Çünkü bu kaynağı borçlanarak elde edemezsiniz. O yoksa yerini az çok tutacak başka bir kaynak ile dolduramazsınız. Eksikliği hissedilince hemen kolları sıvayıp kısa sürede eksikliğini gideremezsiniz. Sağlık hizmetleri insan olmadan hiçbir surette verilemez. İnsan gücünüz yoksa sağlık sisteminiz de yok demektir.

## **Beyin Göçü**

Yetiştirilmesi için büyük kaynak gerektiren nitelikli insan gücünün daha gelişmiş bir ülkeye göç etmesine beyin göçü denmektedir. İyi eğitilmiş, üreten, düşünen, nitelikli çalışanların araştır-

ma veya çalışma hedefiyle yurt dışına gitmesi durumudur. Beyin göçünden bahsedilebilmesi için terk edilmiş olan ülke ile göç edilen ülke arasında gelişmişlik ve olanaklar açısından az da olsa bir fark bulunmalıdır. Beyin göçü temelde gelişmiş ülkelere yönelik bir kaynak aktarımı olarak değerlendirilir. Beyin göçü tabiri 1960'lı yıllarda ortaya çıktı. O yıllarda İngiliz bilim insanları ve entelektüelleri daha iyi iş olanakları elde edebildikleri için ABD'ye göçüyorlardı. Bugün bu tabirin anlamı "eğitilmiş veya profesyonel özellikleri yüksek olan kişilerin ülke dışına çıkışı" şekline bürünmüştür.

Gelişmekte olan ülkelere eğitimli ve yetkin kişilerin akışı belirli dallarda yoğunluk kazanmaktadır. Mühendislik, tıp, hemşirelik, temel bilimler alanlarında özellikle bu akışın hızlandığı görülmektedir. Göreceli olarak bakıldığında gelişmiş ülkelere diğerlerine düşük hızla, gelişmekte olan ülkelere diğerlerine yüksek hızla olan bu akış dinamiği sonunda gelişmekte olan ülkelerin aleyhine dönen bir çark oluşturmaktadır.

Yurt dışına beyin göçü demek insan sermayesinin yurt dışına beklenenden daha fazla oranda çıkışı ve yurt dışında uzun süre kalışı demektir. İyi eğitilmiş ve yüksek beceri düzeyine eriştirilmiş kişilerin ülkede kalmayıp başka yerler gidişi ve oralarda on yıllarca veya geri dönüşsüz kalışı elbette istenecek bir durum değildir.



Beyin göçü; kişilerin yurt dışında eğitimini tamamladıktan sonra ülkeye dönmeyip yurt dışına yerleşmesi şeklinde ya da kendi ülkesinde eğitimini tamamlamış kişilerin yurt dışına gidip yerleşmesi şeklinde olabilir. Bu gidişin iki temel sebepten biri veya her ikisi birden diyebileceğimiz nedeni vardır. Bunlar daha yüksek gelir elde etme ve daha iyi yaşam koşullarına erişme arzusudur. Bir ülkede beyin göçünü artıran etmenler arasında; işsizlik, düşük ücret, araştırma ve buluş yapma olanaklarının olmaması, özgürce düşünme ve davranma ortamlarının kısıtlanmış olması, ayrımcılık, kötü iş koşulları, daha canlı bir şehir hayatı özlemi, daha iyi kariyer seçenekleri arayışı sayılabilir.

Sağlık insan gücünde beyin göçü düşünüldüğünde ülkemizde bu etmenlerin hepsinin belirli bir oranda etkisinin olduğu söylenebilir. Az sayıda da olsa, bu konuda yapılan saha araştırmaları ve hazırlanan raporlar bize bunu düşündürmektedir.

Beyin göçü alan durumundaki ülkelere bakıldığında, ne sebeplerle cazibe oluşturdukları şu şekilde sıralanabilir:

- Daha iyi ekonomik durum
- Yüksek gelir verebilme
- Daha iyi yaşam koşulları sunabilme
- Yurt dışında eğitim konusundaki prestij ve marka değeri
- Daha iyi çalışma koşulları ve daha iyi iş olanakları

- Teknolojik üstünlükleri
- Araştırmalara yüksek oranlarda finans sağlayabilme.

Bu dinamikler dönemden döneme ve ülkeden ülkeye değişiklikler göstermekle birlikte temelde hep var olan durumlar olarak karşımızdadır.

#### **Beyin Göçüne Ekonomik Bakış**

Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin bir alt disiplindir ve sağlık hizmetlerindeki kıt kaynaklarla uğraşır. Bu kaynakların kısıtlı olması, temel çıkış noktasını oluşturur ve bu kaynaklardan en büyük sağlık çıktısını elde etmek üzere neler yapılacağı bu çalışma alanının temel sorusu olarak ortaya konulur. Sağlık profesyonelleri için sağlık ekonomisinin anlamı; hizmette kullanılacak kaynakların toplumun ihtiyaçlarına göre belirlenmesi ve toplumsal vicdan ile bir araya getirilmesi, bu kaynakların da sağlık hizmeti çıktıları ve hizmetin akıbetiyle akılcı olarak bağlantılandırılmasıdır.

Bu yazının konusu beyin göçüne sağlık ekonomisi bakışı ortaya koymak olduğuna göre sağlıkta insan kaynaklarının ekonomisine ilişkin bir perspektif ile yaklaşmamız gerekiyor. Yurt dışına beyin göçü demek insan sermayesinin yurt dışına beklenenden daha fazla oranda çıkışı ve yurt dışında uzun süre kalışı demektir. İyi eğitilmiş ve yüksek beceri düzeyine eriştirilmiş kişilerin ülkede kalmayıp başka yerlere gidişi ve

Sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakların en önemlisi insan kaynağıdır. Çünkü bu kaynağı borçlanarak elde edemezsiniz. O yoksa yerini az çok tutacak başka bir kaynak ile dolduramazsınız. Eksikliği hissedilince hemen kolları sıvayıp kısa sürede eksikliğini gideremezsiniz. Sağlık hizmetleri insan olmadan hiçbir surette verilemez. İnsan gücünüz yoksa sağlık sisteminiz de yok demektir.

oralarda on yıllarca veya geri dönüşsüz kalışı elbette istenecek bir durum değildir. Beyin göçü veya insan sermayesinin çıkışı genellikle gelişmekte olan ülkeler üzerinde büyük bir olumsuz etkiye sahiptir. Bu boşluğu dolduracak benzer becerilere sahip çok sayıda insan olmayabileceğinden, genellikle doldurulması zor bir boşluk oluşur. Ayrıca, vergi gelirlerinde bir kayba yol açar, bu da açığı telafi etmek için daha yüksek vergilendirmeye yol açabilir.

Vatandaşlar, yaşam kalitelerini de etkileyen eğitim ve sağlık hizmetleri gibi kaliteli kaynaklara erişemeyebilir.

Beşerî sermaye, ekonominin hayati bir parçasıdır. Ancak koşullar zorlaştığında, bu kişiler daha iyi işler, daha yüksek ücret ve daha iyi bir yaşam standardı için başka yerlere bakabilirler. Beşerî sermaye belirli bir alanda tükendiğinde, bunun yerel ekonomi üzerinde kalıcı etkileri olabilir. Bu olumsuz etkileri yok etmek on yıllarca sürebilir.

Belirli bir alanda fırsat eksikliği olduğunda beyin göçü meydana gelir. Örneğin, gelişmekte olan bir ülkede yaşayan profesyoneller, gelişmiş dünyanın bazı bölgelerinde daha iyi fırsatlar aramak için ayrılabilirler. Büyüme hızlandırmak için ekonomik yatırımlar yapmak, daha iyi (ve daha fazla) kaynağa erişim, kişisel ekonomik refah ve daha yüksek bir yaşam standardı potansiyeli anlamına geldiğinden, genellikle insanların kalmaları için teşvik sağlar.

Beyin göçünün önemli sonuçları olabilir. Etkiler sadece beyin göçünün olduğu bölgede değil, aynı zamanda beyin kazanımının (bireylerin taşındığı yer) gerçekleştiği bölgede de hissedilir. Ve genellikle bir zincirleme reaksiyon olmuştur.

Beyin göçünden etkilenen ülkelerde sonuç insan sermayesi kıtlığıdır. Başka yerlere giden profesyoneller, sonunda doldurulması gereken büyük bir boşluk bırakırlar ve bunun doldurulması kolay değildir. Daha iyi fırsatlar için gelişmiş ülkelere taşınan gelişmekte olan hekimleri düşünelim. Ayrıldıklarında yerlerine yeterli sayıda (nitelikli) insan bulmak kolay olmayacaktır ve geride kalanların sağlık hizmetlerinin kalitesi bu gidişten olumsuz etkilenecektir.

Beyin göçü yaşanan alanlardaki bir diğer olumsuz etki de hükümetin gelir kaybıdır. Hükümetler, sosyal programlarını ve altyapı projelerini finanse etmek için ağırlıklı olarak gelir vergilerine dayanır. Kitlese bir göç, ekonomik büyümeyi ve gelişmeyi engelleyebilecek vergi gelirlerinde düşüşe yol açar.

Beyin kazanımı yaşayan alanlar da bazen olumsuz etkilenebilir. Bu faktörlerden biri özellikle daha fazla fir-



satın mevcut olduğu büyük metropol alanlarda biriken aşırı kalabalıktır. Bir bölgedeki daha fazla insan, daha yüksek fiyatlara ve vergilere yol açabilecek şekilde o şehrin kaynaklarını zorlamaya başlar.

### Tersine Beyin Göçü

Tersine beyin göçü, beyin göçünün aksine, gelişmiş bir ülkeden gelişmekte olan bir ülkeye insan sermayesinin akışını anlatmaktadır. Daha az gelişmiş ülkeye giden üst yetkinlik sahibi kişiler belirli bir süre orada çalıştıktan sonra ülkelerine dönerler (belki gittiği yerde evlenip kalan veya kendi işini kurarak geliştirmiş kişiler kalıcı olarak o ülkede ikameti tercih edebilir ama bunlar istisnadır. Tersine beyin göçünü kabul edenlerin genellikle beklentileri çevre edinmek, uluslararasılaşmak, ucuz yaşam koşulları ve yüksek ücret önerileri ile bir süre bu şekilde yaşayıp sermaye biriktirmek, kendi şirketini kurarak burada serpilme vb. amaçları olabilir. Kendi ülkesine dönüşünce üniversitede hoca olmak en sık görülen amaçlardan birisidir. Verdiği derslerde uluslararası deneyimlerden bahsetmek akademik ortamda büyük prestij sağlar.

Beyin göçünün önlenmesinde etkili olabilecek önlemler arasında başarılı akademisyenlerin gelişmiş ülke üniversitelerden birkaç yıllığına davet edilip kendi ülkesinde belirli bir grubu eğitmesi, öncülük etmesi, deneyimlerini ve becerilerini aktarması, sonra ülke vatandaşlarının bayrağı devralması iyi bir çözüm olabilir. Aynı şekilde davet edip bir müddet birlikte çalışma yöntemi teknolojinin transferini de sağlayacak şekilde kullanılabilir. Bu önerilerde hem gelişmiş ülkeler hem de gelişmekte olan ülkeler kazançlı çıkabileceklerdir.

Beyin göçü konusunda çalışacak kişilerin özellikle dikkatini yoğunlaştırması gereken konular arasında;

- kalkınma ve yatırım,
- insan sermayesinin rolü,
- fırsatı kaçırılmış/kaçırılmakta olan pozitif dışsallıklar,
- tıbbi hizmetler ve beyin göçü,
- beyin göçünün mali sonuçları,
- global ekonomi ve entegrasyon,
- gittiği yerden ülkeye döviz havale etme,
- teknoloji transferi,
- diaspora faaliyetleri gibi konular önemli sayılmalıdır. Konunun ekonomik boyutları



yanında insani ve etik boyutları da gözetilerek ekonomik tartışmalar yapılmalıdır. Bir kişiye göç etmemek konusunda bir yaptırım uygulama hakkımız var mıdır?

### Beyin Göçünü Azaltacak Önlemler

Beyin göçü sorunu için kolay bir önlem olmasa da iş dünyası ve hükümetlerin bunu azaltmak veya en aza indirmek için yapabileceği bazı şeyler vardır. Bunlar arasında:

- ekonominin belirli alanlarına yapılan yatırımların artırılması,
- ücretlerin yetkin kişilere dış dünya ile rekabet edecek düzeye getirilmesi,
- hukuki ve sosyal reformlarla yaşam koşullarının iyileştirilmesi,
- barınma ve sağlık hizmetleri gibi konularda kalitenin yükseltilmesi,
- uygun fiyatlı konut çözümlerinin sunulması gibi düzenlemeler ilk akla gelenlerdir.

### Ülkemizde Sağlık İnsan Gücünde Beyin Göçü Meselesi

Ülkemizde sayısı 55'i geçen sağlık meslekleri arasında beyin göçü tartışmalarının birincil odağı hekimler, ikincil odağı da hemşirelerdir. Beyin göçü konusunda özellikle gündem olabilecek meslekler hekimlik, diş hekimliği, eczacılık, hemşirelik ve ebelik olabilir. Fizyoterapistlerin ve diyetisyenlerin durumu hakkında yapılmış bir çalışma elimizde olmadığından bu konuda bir görüş ileri sürmüyoruz. Eczacıların ve diş hekimlerinin de yurt dışına göçme konusunda hekimler ve hemşireler kadar arayış içinde olmadığını biliyoruz. O hâlde konuyu özellikle hekimler, yeri geldikçe hemşireler açısından ele almak yararlı olabilir.

Merkez Bankası'nın verisine göre 2013 yılının ortalama 1ABD doları kuru 1.9 TL'dir. O yıl GATA akademisyenlerince yapılmış bir araştırmanın sonuçlarına bakılırsa, bir tıp öğrencisinin hekim olarak mezun oluncaya kadar doğrudan maliyetleri (buna dolaylı maliyetler ve İngilizcede "intangibles" diye ifade edilen manevi maliyetler, sıkıntılar, zorluklar katlanılan zahmetler vb. dahil değil) 200 bin TL'dir. Ağustos 2023 dönemi başlangıcında ABD doları 26,96 TL'dir. Bu araştırmanın sonucuna dayanırsak, bugünün kurundan bir hekimin mezun olma maliyeti 2,837,894 TL'dir.

Buna yaklaşık 3 milyon lira diyebiliriz, dolaylı maliyetlerle bu miktar 4 milyon lirayı aşacaktır diye tahmin ediyoruz. Bu hesaplar meselenin sadece buzdağı üzerinde kalan kısmını gösteriyor ve bu kısmın bile ne kadar büyük olduğunun farkına varmamızı sağlıyor.

Aslında sağlık alanında deneyim kazanmış bir ekonomistin, bir bilişimcinin, bir antropoloğun, bir iletişimin kaybedilmesi belki de parasal miktarla ölçülemeyecek daha büyük kayıp sayılmalıdır. Çünkü bu interdisipliner sağlık profesyonellerinin sayısı ülkemizde çok azdır ve ihtiyaç da bir o kadar fazladır. Bunların ekonomik kayıp boyutunu hesap ederken, bu interdisipliner kişilerin ülkeye potansiyel katkıları tahmin edilse ve o potansiyelden mahrum kalmanın bedeli hesaplanırsa, belki her biri için milyon dolarlardan bahsetmemiz gerekecekti.

Dünya Sağlık Örgütü, yetişmiş sağlık profesyonellerini kendi ülkelerine çeken AB üyesi ülkeler, ABD, Kanada, Japonya, Avustralya gibi ülkelerin bu emiş dinamiğini ülkelerin yeraltı kaynaklarını sömürmekle eşdeğer bir duruma getirdiğini ifade etmektedir. Öte yandan kişilerin temel insan hakkı olarak istediği yere yerleşme özgürlüğü olduğunu ve kabul edildiği taktirde bir başka ülkeye göçünin zorla önlenmesinin hak ihlali anlamına geldiğini bize bilim insanları ve akıllı uslu politik düşünce insanları belirtmektedirler. Böylelikle bu zıtlığın dengelenmesi için yumuşak ve gönüllülük esasına dikkat ederek çözümler üretilmesi gerektiği sonucu çıkmaktadır.

Türkiye'den göç eden hekim ve hemşire sayısı tam olarak bilinmiyor. Gidenlerin ne kadarı bir-iki yıl içinde geri döndü bu da tam bilinmiyor. Ancak sistemimiz içinde çalışan genç hekim ve hemşirenin bir şekilde yurt dışına giderek orada kalıcı şekilde yerleşmek için yanıp tutuştuğu bir grubun olduğunu hepimiz biliyoruz. Bu grubun toplam hekim ve hemşire içinde oranı nedir, bu bilinmeden yapılan her tahmin yanıltıcı olacaktır. Yıllar geçtikçe bu isteğin genç meslektaşlar arasında giderek artış gösterdiğini bilmek de o kadar zor değildir.

Böylelikle başta hekimler ve hemşireler olmak üzere, sağlık profesyonellerinin yurt dışına çıkışının önüne bir şekilde geçilmesinin şart olduğunu anlamamız gerekir. Bu çıkışların bazıları masum,

bazıları da özellikle desteklenmesi gereken çıkışlardır. Uzmanlık eğitimini tamamlayıp olgunlaşmak, uluslararası deneyim kazanmak, bilinmeyen bir yöntemi veya uygulamayı öğrenip yurda dönmek gibi amaç taşıyan göçleri desteklemeliyiz.

Aslında her zaman belirli bir oranda göçün olması sağlık mesleklerinin yurt içinde entropiye uğramalarının önüne geçmesi bakımından son derece yararlıdır. Ama belirli oranda yurt içine de hekim ve hemşire çekebilirsek o zaman dengemizi kaybetmeden sirkülasyonumuzu artırabilir ve kendimizi sürekli taze tutabiliriz. Değişik ülkelerden hekim ve hemşirelerin ülkemize gelerek ekiplerimizde yer almaları bizim için kazanım sayılabilir. Ancak hep bizden daha az geliri ülkelerde ve eksik eğitilmiş hekimlerin ve hemşirelerin geldiği, iyi eğitilmiş hekim ve hemşirelerimizi de gelişmiş ülkelere bizim gönderdiğimiz durumda sayısal denge bir anlam taşımaz ve denge değildir. Niteliksel dengeyi de lehimize çevirmenin yollarını bulmalıyız.

### Son Söz

Ülkemizden başka ülkelere sağlık insan gücünün çıkışı ile kalıcı olarak yurt dışına yerleşme veya uzun süreli kalışlar zaten sıkıntısını çekmekte olduğumuz hekim ve hemşire kitliği sorununu derinleştirebilir. Bir şekilde bunun önüne geçilmelidir. Beyin göçünün önlenmesi politikaları oluşturulurken hekim ve hemşirelerin yurt dışına 1-2 yıllık çıkışları, yeni beceri ve bilgi ile yurda dönüşleri, uluslararası bilgi ve becerilerin ülkemize transferi açısından değerli sayılmalı ve desteklenmelidir. Bunlara yönelik politikalar oluşturulurken yasaklama ve zorlama yerine cazibe oluşturma ve gönüllülük anlayışının ana ekseninde yer alması özellikle ilke olarak benimsenmelidir.

### Kaynaklar

Lazarus, Jeffrey V., *A New Era for the WHO Health System Building Blocks?* <https://healthsystemsglobal.org/news/a-new-era-for-the-who-health-system-building-blocks/>, (Erişim Tarihi: 01.07.2023).

Sur, Haydar, *Sağlık ve Sağlık Ekonomisi*, Çerçeve Dergisi, Yıl: 19, Sayı: 55, Şubat 2011.

Young, Julie, *Brain Drain: Definition, Causes, Effects, and Examples*, Çevrimiçi: [https://www.investopedia.com/terms/b/brain\\_drain.asp](https://www.investopedia.com/terms/b/brain_drain.asp) (Erişim Tarihi: 02.08.2023).

Wikipedi, [https://tr.wikipedia.org/wiki/Beyin\\_g%C3%B6%C3%A7%C3%BC](https://tr.wikipedia.org/wiki/Beyin_g%C3%B6%C3%A7%C3%BC) (Erişim Tarihi: 02.08.2023).

# Gelen giden beyinlerin hikâyesi

## 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. Hâlen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve SABİTA Müdürü olarak görevini sürdürmektedir.

**B**eyin göçü, akademi ve devlet mecralarında sıkça kullanılan bir terim ve bu terim gerek yurt içi gerek ise yurt dışı arasındaki nitelikli insan gücünün hareketini tanımlıyor. Aslında bu terim çift taraflı bir trafiği kastetse de gelişmekte olan çoğu ülkedeki gibi bizdeki kullanımı daha çok ülkeden gidenlerle ilgili oluyor. Çalıştığım üniversitede bilimsel araştırma için bana verilen fiziki altyapı ve nitelikli insan gücü kaynağı oluşturma görevi gereği on yılı aşkındır çift taraflı beyin göçü ile ilgili hatırı sayılır tecrübelerim oldu. Yazımda bu tecrübelerimle ilgili gözlem, tespit ve önerilerimi paylaşmak istiyorum. Bu tecrübelerimin biyoloji-sağlık alanında ve akademide geçerli olduğunu ve başka disiplinlerdeki/endüstrilerdeki dinamiklerin farklı olabileceğini öncelikle hatırlatmak istiyorum.

### Türkiye Araştırma Ekosistemi Yeterli ve Cazip mi?

Doktora eğitimimi yaptığım Londra'da iki şey beni çok etkilemişti. Birincisi; park, bahçe ve meydanlarda İngiliz bilim insanları ve mühendislerinin heykelleri vardı. İkincisi ise ülkemizde sefahatle geçirilmesi adet olan yılbaşı akşamı, devlet televizyonu BBC1'de o yıl yayınlanmış belgeseller arasında halk oylaması ile en iyi seçilen program saat 23:00-24:00 arasında tekrar gösterildi ve bu o gecenin en önemli olayıydı. Batı'nın bilgi ile kurduğu sıcak ilişkinin

tarihi serüvenine doğa tarihi müzelerini gezen herkes şahit olmuştur. Maalesef bilgi üretmeyi bıraktığımız birkaç asırdan beri bunun yolu olan "araştırma", insanımızın ve yönetim mekanizmalarımızın zihin dağarcığında hayatta kalamamıştır. Öyle ki Türkiye'nin en iyi tıp fakültelerinden birinde öğrenciyken bilimsel makale okuyan arkadaşlara "boş işlerle uğraşan bilinçsiz uçuk tipler" olarak baktığımızı çok iyi hatırlıyorum. Daha sonrasında kendim temel bilimlerde araştırmacı bir akademisyen olmaya karar verdiğimde, farelerle çalıştığımı duyan akraba ve tanıdıklarımın benim "fare sağlığı için çalışan bir doktor (=fare doktoru)" olduğumu düşünmelerini ve bu tercihim sorgulamalarını da unutamıyorum.

Her ne kadar o günden bugünlere ülkemizdeki bilim algısında kayda değer ilerlemeler olsa da maalesef akademisyenler, yöneticiler ve toplum henüz uluslararası rekabette güçlü bir araştırma ekosistemi oluşturabilmiş değildir. Birey olarak zihin haritamızda bilgi üretme umdesinin eksikliği nedeniyle akademisyenlerin büyük kısmı için bilimsel araştırma akademik yükselme için gerekli bir faaliyetten öteye bir anlam taşımamaktadır. Bilim adına toplumun önüne çıkan ve medyatik hale gelen pek çok kişi ise araştırmacı tanımından daha çok okuduklarını iyi anlatabilen "bilim sever" sıfatını hak etmektedir. Bu tür kişilerin hevesli gençlere rol modeli olması ise bu kavram kaymasının

bir fasit daire içinde hayatta kalmasına ve hatta gittikçe güçlenmesine neden olmaktadır. Öte yandan politika belirleyicilerin ve yöneticilerin de araştırma ile ilgili temel kavramlar konusunda kafasında hiçbir zaman netlik olmamıştır. Paranın bilgiye dönüşme süreci olan bilimi, bilginin paraya dönüşme süreci olan teknoloji anlamında kullanıp, araştırmaya yapılan yatırımın kısa vadede ve fazlasıyla kar getirmesi gerektiği zannı asıl bilginin üretildiği temel bilimler alanının ihmaline neden olmaktadır. Özellikle savunma sanayindeki doğrudan ürün çıktıları AR-GE faaliyetleri her alanda uygulanabilir başarılı bir model olarak farz edildiğinde bu ihmal bilinçli bir tercihe dönüşmektedir. COVID-19 pandemisi sonrası bu eğilim daha da artmıştır. Oysaki RNA biyoloji ve kimyasını onlarca yıldır çalışan temel bilim araştırmacıları olmasa mRNA temelli aşuların hayali dahi kurulamazdı. Ancak şu bir hakikattir ki özellikle biyoloji ve sağlık alanında yeni bilgi üretmek son derece uzun ve zahmetli süreçlerle mümkündür. Bu noktada, üniversite yöneticilerinden hükümet yetkililerine kadar karar vericilerin kendi iktidar dönemlerinde bitmesi olası gözükmeyen temel bilim araştırmalarına dahi destek verebilecek kadar hamiyetli ve ferasetli olmaları gerekir.

Birey, toplum ve yönetimin bilgi üretmeye olan mesafesi, ilgili yasal mevzuatı da daha iyi olmaya zorlamamıştır. Bilimsel projelere hatırı sayılır destekler



verildiği zamanlarda dahi malzeme tedarikindeki iki temel sorun nedeniyle uluslararası rekabette güçlü olunamamıştır. Bu sorunlardan birincisi aşırı maliyettir. Örneğin saf malzemesinin araştırmacımıza maliyeti ABD'deki rakiplerinden yaklaşık 2, Avrupa'dakilerden ise 1,5 katı daha fazladır. Buna artan döviz kurlarını da eklediğinizde başlangıçta iyi gibi gözükken bir proje bütçesinin çok hızlı bir şekilde eridiği ve çoğu zaman öngörülen iş paketlerinin tamamlanamadığı görülmektedir. İkinci sorun ise rekabet açısından çok daha vahim olan kabul edilemez derecede uzun tedarik süreleridir. Öyle ki batıdaki rakiplerinin ertesi gün eline geçen ürün, Türk araştırmacısına en erken iki ayda ulaşmaktadır ve pandemi bahanesiyle bu süre son iki yıldır 6 ayı aşmıştır.

Bilimsel araştırma ekosistemi nitelikli araştırmacının hayatta kalması ve üretebilmesi için soluması gereken havadır. Bunun olmadığı yerde ne verimli bir beyin göçü alabilirsiniz, ne de nitelikli bilim insanlarını ülkenizde tutabilirsiniz.

#### **Neden Gelmek İsterler, Geline Ne Olur?**

Resmi bir istatistik yapmadım ama yurda dönmek isteyenlerin temel motivasyonun genellikle ailevi sebepler olduğunu düşünüyorum. Yaşlanan ebeveynlere yakın olmak, çocuklarını memlekette büyütmek, okutmak ya da

eşin yurt dışında yaşamayı istememesi temel gerekçeler. İkinci sırada yurt dışında "dikiş tutturamama" ya da araştırmacılıktan çok Türk tipi akademisyen olma tercihi geliyor. Üçüncü sırada ise vatanseverlik ve idealizm var. Bu grup takiler bilimsel birikim ve yeteneklerini ülkeleri için kullanmayı samimiyetle istiyorlar. Daha az sayıda olan diğer sebepler arasında emekliliğin rehabetini ülkesinde bir üniversite yaşamak ve devlet bursu karşılığı mecburi hizmet için dönmek gibi saikleri sayabiliriz. Daha iyi bir bilimsel kariyer için Türkiye'yi tercih edenler maalesef yok denecek kadar azdır.

Ülkemiz araştırma ekosistemini tanımayan birisi ilk geldiğinde çok ciddi hayal kırıklıkları yaşar. Devletin verdiği cazip mali teşviklerin dahi sahada tek başına yeterli olmadığını, bir laboratuvar edinmenin, araştırma ekibini oluşturmanın ve çalışmaya başlamanın önündeki engelleri çoğunlukla tek başına aşması gerektiğini ve her şeyin çok yavaş ilerlediğini görür. Özellikle doktora ya da doktora sonrası dönemi yeni tamamlamış araştırmacılar normal ve kabul edilebilir süreçleri dahi yıldırıcı bulur. Bu gruptaki bazılarının bir özelliği yurt dışında çok iyi yerlerde çalışmış ve göz alıcı yayınlar yapmış olmalarına rağmen tek başlarına kaldıklarında sıfırdan bir laboratuvar kurma yeteneklerinin olmayışındır; bazıları ise içinde buldukları güçlü grupların kabiliyetlerinin otomatik olarak kendilerinde de oldu-

Resmi bir istatistik yapmadım ama yurda dönmek isteyenlerin temel motivasyonun genellikle ailevi sebepler olduğunu düşünüyorum. Yaşlanan ebeveynlere yakın olmak, çocuklarını memlekette büyütmek, okutmak ya da eşin yurt dışında yaşamayı istememesi temel gerekçeler. İkinci sırada yurt dışında "dikiş tutturamama" ya da araştırmacılıktan çok Türk tipi akademisyen olma tercihi geliyor. Üçüncü sırada ise vatanseverlik ve idealizm var.



On yıllardan beri beyin göçü trafiğinin yoğunluğu ülkeden çıkış yönüne doğru gerçekleşmektedir. Bu hareketlilikte yurt dışından gelenlerin geri gitmesinden daha çok özellikle genç araştırmacı adaylarının ikballerini yurt dışında aramalarının payı daha fazladır. Araştırma ekosistem zafiyetlerinin gençleri cazip yurt dışı alternatiflere ve büyük marka kurumlara gitmeye yönlendirmesi anlaşılabilir. Ancak bir şekilde Türkiye’de çok iyi imkanlara kavuşmuş bazı gençlerin dahi gözlerinin halen yurt dışında olması da alışıldık bir olay ve çoğunlukla marka özentisiyle açıklanabilir.

ğu yanılgısındadır. Bilimde haklı şöhreti olan yerlerde sıradan bir ekip elemanı “araştırma makinesi”nin bir dişlisi olarak çalışılır ve makine sürekli ürettikçe “çok iyi bilim insanıyım” özgüvenine kapılır. Bu özgüvenin ne derece gerçekçi olduğu ise ancak yurda dönüp o makineyi baştan kurması gerektiğinde anlaşılır ve ne yazık ki bu aşamada hayal kırıklıkları çok yaygındır. İyi şöhretli bir yerden tercih ve teveccüh edilerek ve kayda değer imkanlar sağlanarak transfer edilen araştırmamız kendisinin ve kurumunun yüksek beklentileri altında ezilir; bundan sonra ya standart bir akademisyen haline gelerek unutulmayı bekler, ya da tekrar yurt dışının konforuna sığınır. Aslında Türkiye’de bilim üretir hale gelebilmiş olanlar da dahil tüm nitelikli araştırmacıların kafasında “gerekirse, ya da isterlerse geri gitme” planı her zaman vardır. Özellikle ülkedeki şartlar ağırlaşmış araştırmaları riske girdiğinde bavullarını toplayıp giderler. Örneğin son iki yıldır (2022-23) böyle bir dönemi yaşıyoruz.

#### **Gidene Kal Denemez**

On yıllardan beri beyin göçü trafiğinin yoğunluğu ülkeden çıkış yönüne doğru gerçekleşmektedir. Bu hareketlilikte yurt dışından gelenlerin geri gitmesinden daha çok özellikle genç araştırmacı adaylarının ikballerini yurt dışında aramalarının payı daha fazladır. Araştırma ekosistem zafiyetlerinin gençleri cazip yurt dışı alternatiflere ve büyük

marka kurumlara gitmeye yönlendirilmesi anlaşılabilir. Ancak bir şekilde Türkiye’de çok iyi imkanlara kavuşmuş bazı gençlerin dahi gözlerinin halen yurt dışında olması da alışıldık bir olay ve çoğunlukla marka özentisiyle açıklanabilir. Öte yandan ülkemizde bazı şöhretli üniversitelerin yüksek puanlı nitelikli öğrencilerin toplanıp yurt dışına sevk edildiği bir istasyon gibi çalışması ve bunun alkışlanacak bir meziyet olarak sunulması son derece düşündürücüdür. Bu kronik beyin sızıntısının ülkemiz araştırma ekosisteminin oluşmamasındaki rolü ihmal edilemeyecek derecede önemlidir.

Öte yandan bilim insanı adaylarının eğitim ya da kariyerlerinin bir aşamasında sınırlı bir süre yurt dışı tecrübesi edinmesinin faydalı olduğunu düşünenlerdenim ve bence doktora ya da doktora sonrası dönem bunun için en uygun zamanlardır. Bilimsel ve teknik kazanımların yanı sıra böyle bir tecrübenin getireceği en önemli kazançlar akademik çalışma disiplini edinilmesi, uluslararası rekabetin ne denli ciddi olduğunun kavranması, yerinde bir öz güven oluşturarak büyük düşünme yeteneğinin geliştirilmesi ve uluslararası iş birliği ağlarına dahil olma fırsatlarının yakalanması olarak özetlenebilir. Bu sayılanların zayıf bir araştırma ekosisteminde elde edilmesi daha zahmetli, daha dolaylı, daha yavaş ve daha az muhtemeldir. Bu noktada devlet kurumlarının yurt dışına lisansüstü

ve doktora sonrası eğitim için sağladığı burslar yerinde yatırımlardır. Ancak gönderilen bursiyerlerin yüksek nitelikli çalışmalar yapmaları ve döndüklerinde kendilerine yapılan yatırımın bedelini bilim üreterek ödemeleri sağlanmalıdır. Devletin bir biriminin cömertçe fonladığı bir bilim insanı adayının yurda döndüğünde atandığı bir başka devlet kurumu olan üniversitede sıradan bir eleman muamelesi gördüğü ve öğrendiği hiçbir şeyi uygulama fırsatının verilmediği alışıldık senaryo, çok acı ve hoyratça bir beyin sermayesi israfıdır.

### Sonuç ve Çözüm Önerileri

Sahada çalışan ve süreçlerin dinamiklerini ve sorunları birinci elden tecrübe eden yönetici yetkisinde araştırmacı bir bilim insanı olarak yukarıda özetlediğim tespitlerimle ilgili somut önerilerimi aşağıda özetledim.

**Araştırma ekosistemi güçlendirilmedi:** Bunun için en uygun başlangıç noktası bilim ve teknoloji tanımlamalarının net ve aslına uygun olarak yapılarak ilgili politikaların buna göre belirlenmesidir. Temel bilime yatırım olmadan yeni bir teknoloji beklenemeyeceği kabul edilmelidir. Bunun uygulamadaki karşılığı temel bilim araştırma yatırımlarından maddi çıktı beklememektir. Diğer taraftan teknoloji geliştirme ve ürün hedefli projeler de olmalıdır; bunlar ancak kendi temel bilim çıktılarımız üzerine kurgulanarak özgünlük ve üstünlük

kazanabilecektir. Tüm odağı bilimsel araştırma ekosistemini geliştirmek olan müstakil bir "bilim bakanlığı" kurulmalı ve TÜBİTAK ve TÜSEB buna uygun olarak yeniden yapılandırılırken diğer ilgili bakanlıkların ve YÖK'ün ilgili birimleri de aynı hedefe yönelik olarak bu bakanlıkla koordineli çalışmalıdır.

Araştırma amaçlı malzemenin tedarik ve maliyetindeki sorunlar en hızlı çözülebilecek ve olumlu sonuçları en kısa sürede alınabilecek bir husustur. İstisnasız her araştırmacı bu sorunlarla boğuşmaktadır ancak yönetim kademelerinin konunun vahametinden pek de haberdar olmadıkları görülmektedir. Araştırma malzemesi temininde gerek üretici firmalar ve gerekse tedarikçiler var olmayan yaptırımlar nedeniyle sistemi kendi lehlerine istedikleri gibi suiistimal edebilmektedir. Sağlık Bakanlığının iki binli yılların başlarında ilaç fiyatlandırmasında yaptığı mevzuat düzenlemelerinin bir benzeri burada da uygulanmalı, üretici ve tedarikçi firmaların ürünleri istedikleri fiyata ve istedikleri takvimde satmalarının önüne geçilmelidir. Bazı büyük üreticilere Türkiye'de stok bulundurma zorunluluğu getirilmeli, araştırmacılara gümrüksüz olarak doğrudan yurt dışından ürün temin edebilme yolları açılmalıdır.

**Beyin değil beyindeki göçü öncelikli olmalıdır:** Devletin zaman zaman samimiyetle yurt dışından beyin göçünü sağlamak için kampanyalar düzen-

lediğini ve bunun için önemli destekler verdiğini görüyoruz. Ancak şimdiye kadar bu yöntemin arzulanan verimi sağlamadığı, özellikle kıdemli araştırmacıları cezbetmediği, gelenleri ise verimli kullanmadığı ya da geri kaçırdığı görülmüştür. Bunun temel sebebi araştırma ekosistemimizin bırakın meyve vermeyi, kök salmaya bile elverişli olmamasıdır. Halbuki yurt dışında memleketine hizmet etmeye istekli azımsanamayacak sayıda kendini ispat etmiş bilim adamlarımız mevcuttur. Ancak bu kişilerden sahip oldukları önemli mevkilerini ve yıllar içinde oluşturdukları düzenlerini bozup gelmelerini istemek gerçekçi değildir. Doğru strateji onların birikim ve yeteneklerinin Türkiye'ye taşınması olacaktır; yani hedef, beyin değil beyindeki göçü olmalıdır. Bunun için yapılması gereken bu bilim adamlarının Türkiye'deki üniversitelerde kısmi zamanlı (=adjunct) olarak istihdamının önünü açmaktır. Ancak bu statüdeki bir kişinin tam zamanlı öğretim elemanlarından eksik hakları olmamalı, özellikle de yürütücü olarak proje alıp yönetebilmesi ve lisansüstü öğrenci danışmanlığı yapabilmelidir. Bu şekilde imkân ve kaynağa ulaşan bilim adamları mevcut düzenini riske atmadan Türkiye'de kendi laboratuvar ve araştırma grubunu kurabilir, bu grubu hızlı bir şekilde uluslararası iş birliklerine dahil edebilir ve bilimsel çıktılarını çok daha kolay bir şekilde yayına dönüşmesini sağlayabilirler. Özellikle pandemi döneminde yaygınlaşan uzaktan çalışma yöntemleri böylesi bir uygulamanın sorunsuz işleyebileceğini göstermiştir. Araştırma ekosistemimizin olgunlaşmasında bu insanların önemli katkıları olacaktır.

Bu saydığım çözüm önerileri farklı devlet birimlerinin mevcuttan daha sıkı bir koordinasyonunu ve konuyla ilgili farkındalıklarının artmasını gerektirmektedir. Özellikle YÖK bu konuda daha proaktif olmalıdır. Bu bağlamda faydalı bir uygulama resmi bursla yurt dışına gönderilen öğrencilerin mecburi hizmetlerini eğitim ve birikimlerine uygun en iyi bilimsel üretim yapabilecek yerlerde deruhtelerine imkân tanımak, bu noktada vakıf üniversitelerini de seçenekler arasına koymak olabilir.

Bilim dünyasında rekabet çok büyük ve yarış çok zorlu. Zaten geriden başladığımız bu yarışta iddia sahibi olmak için vakit kaybetmeden eyleme geçmemiz gerekiyor.



# Tutmak ya da bırakmak

## Doç. Dr. Bayram Demir



1993 yılında Sağlık Bakanlığında göreve başladı. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Şube Müdürlüğü yaptı, Dünya Sağlık Örgütünde (DSÖ) Bakanlık görevlisi olarak çalıştı. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatında Daire Başkanlığı, Batman Bölge Devlet Hastanesi Müdürlüğü, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkan Danışmanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğünde danışmanlık görevlerinde bulundu. Halen Batman Üniversitesi Sosyoloji Bölümünde Öğretim üyesi olarak görev yapan Demir, evli ve 3 çocuk babasıdır.

## Dr. Hasan Güler



2001 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2002-2005 yılları arasında Van'da hekimlik ve yöneticilik görevlerinde bulundu. 2006-2016 yılları arasında Sağlık Bakanlığında performans, kalite ve sağlık finansmanı konularında daire başkanlığı ve genel müdür yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2016 yılında Sosyal Güvenlik Kurumuna geçti. Halen UHGSfam Başkan Yardımcılığı görevinin yanı sıra Sağlık-Sen SASAM Enstitüsünde de görev yapmaktadır.

**G**öç, yeni bir olgu değil ancak yaygınlık ve küresel ölçekte bir görünüm arz etmesi 20. yüzyılın bir gerçeği olarak karşımıza çıkmıştır. Zorunlu göçler başta olmak üzere, ihtiyari göçler de azımsanmayacak ölçüde yaygınlaşmıştır. Öte yandan gelişen dünya ile birlikte göçün yeni türleri de göç spektrumunda öne çıkmaya başlamıştır. Popüler ismiyle "beyin göçü" öne çıkan bu olgulardandır. Kısa ve basit bir şekilde tanımlanacak olursa, beyin göçü süreci, yüksek eğitilmiş ve nitelikli kişilerin, teknik adamların veya bilim insanlarının dışarıya gitmesi anlamına gelmektedir. Bununla birlikte, beyin göçü sosyal ve ekonomik şartlara bağlı olarak manipüle olabilen, dışarıya doğru bir sermaye akışıdır yani insan sermayesinin ülkeden çıkışıdır. Dolayısıyla ve aynı zamanda bir ekonomik kayıptır ve gelişmekte olan ülkeler için önemli bir kayıp olarak değerlendirilmelidir.

Beyin göçünde genel itibarıyla gelişmiş Batı ülkelerine doğru bir gidişatın olması söz konusu ise de gelişmiş ülkelerden de beyin göçü yaşanmaktadır (IMF, 1998). Göç alan ve veren ülkeler açısından olumlu ve olumsuz yönleri bulunmakla birlikte göç alan ülkeler nazarı dikkate alındığında en azından makro ölçekte beyin göçünün negatif bir etkisinden söz etmek güç görünmektedir. Bu çalışmada, temel olarak Türkiye'den diğer ülkelere ya-

şanan hekimler özelindeki beyin göçünün genel çerçevesi çizilmeye çalışılacak olup ilerisi için cevaplanması gereken sorularla sonuçlandırılacaktır.

Gelişmiş ülkelerde nüfus artış hızının durgunlaşması veya düşmesi herkesçe malumdur. Bu nedenle, seçici göç ve nitelikli göçmen süreçlerini işletme girişimleri ve daha fazla yatırım yaparak nitelikli çalışan kapasitesini artırmak gibi uzun vadeli girişimlere yöneldiklerinden söz edilebilir. Dahası, gelişmiş ülkelerin araştırma ve nitelikli hizmet sunma becerisine sahip insanlar için adeta bir çekim merkezi olma gayreti, küresel olarak talebi yüksek, arzı ise şartlar gereği daha az olan hekim mesleği açısından daha anlamlı hâle gelmektedir.

Esasen hemen her göç olayının temel birtakım dinamikleri bulunmaktadır. Sosyolojik olarak göç literatüründe bu dinamikler itici ve çekici faktörler olarak tanımlanmıştır (Adıgüzel, 2016). Nitelikli insanları ülkeden ayrılmaya iten olumsuz faktörler ve hedef ülkeye çeken olumlu faktörler bulunmaktadır. Ülkeden ayrılmaya iten nedenler çok sayıda olabilir: Dini, ideolojik, siyasi, kültürel ayrımcılıklar, kariyer tatminsizliği gibi bireysel faktörler etkili olabilir. Ayrıca mesleki eğitimden kaynaklanan, sorunlar, çalışma hayatı ve sosyal hayattaki olumsuz koşullar etkili olabilir. Veyahut da ücret düşüklüğü ve işgücü piyasasının iş olanağı sağ-

lamadaki yetersizliği gibi ekonomik faktörler etkili olabilir. Ayrıca, kamu ya da özel sektördeki istihdam koşulları da (artan iş yükü, iş güvencesindeki belirsizlik, çalışma koşulları vb.) belirleyici olabilmektedir. Bunların da ötesinde, hepsinin birleşiminden kaynaklanan bir itici faktörler kümesinden de söz edilebilir. Çekme faktörlerinin ise kapsamı itibarıyla göç veren ülkelerde bulunan yoksunluklara karşılık geldiği ifade edilebilir. Örneğin Avrupa'daki sağlık çalışanlarının göç sebeplerinin irdelendiği çalışmada itici ve çekici faktörler olarak; ilk olarak ücret, ikincisi çalışılan ortam ve şartlar, üçüncüsü mesleki kariyer imkânları, dördüncüsü ülkenin ekonomik stabilitesi, beşincisi çalışma çevresinin sosyal imkanları gibi faktörler öne çıkmıştır (Buchan, 2007).

Bununla birlikte, ülkeden göçün sadece olumsuz sonuçlarından söz edilemeyeceğini belirtmek gerekir. Göç veren ülkeler için olumlu sonuçlar; kısmi döviz transferi, bilgi transferi, bilimsel veya ticari anlamda geliştirilen ilişkiler ve diaspora lobileri göç veren ülkede kalanları motive edici faktörlerden olabilmektedir. Göç veren ülke açısından olumsuz sonuçları ise; nitelikli işgücü ve entelektüel sermaye kaybı, işgücü eksikliği (tıbbi bakım, eğitim, teknoloji alanı gibi sektörlerde), kaynak harcamasının oluşturduğu kayıplar (yatırım kaybı gibi), diğer ülkelere hizmet almak zorunda kalınmasıyla (sağlık



hizmeti, teknoloji yatırımları gibi) ortaya çıkan döviz kayıpları. Ancak, alışverişten en karlı çıkan tarafın alıcı ülke olduğunu ifade etmek yanlış olmayacaktır. Çünkü alıcı ülke nitelikli işgücünü toplar, belirli alanlarda yatırım maliyetini azaltmış ve genel işgücünün niteliğini artırmış olur. Ayrıca yerli işgücünün ücretler üzerindeki baskısını da azaltma imkânı bularak yerli emek piyasasından elde edeceği karı da artırma fırsatı bulur (Dodani, 2005; Kangasini, 2007; Ciomasu, 2010).

### **Türkiye ve Hekim Göçü**

20 yılı aşkın bir süre sağlık sisteminde bulunan kişiler ve de yaşanan değişimlerin canlı şahitleri olarak son birkaç yılda hekim göçüne ilişkin tartışmalar artmış olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca, kitle iletişim araçlarında, sosyal medyada ve arkadaş sohbetlerinde bile bu konuların konuşulduğuna şahit olunmaktadır. Çok kısa bir Twitter taraması yapıldığında bile konuyla ilgili yüzlerce gitme yönündeki tercihleri etkileyecek yoruma rastlamak mümkündür. Öyle ki bu tartışmaların üniversitelere giriş sınavlarındaki tercihleri etkileyecek denli tesirli olduğu gözlenmiştir. Oysaki, hekim göçü sadece son üç-beş yılın değil neredeyse 20 yılın konusu

dolayısıyla, neden daha önce değil de günümüzde yoğun bir şekilde tartışmaya başlanmıştır? Genel itibarıyla, sosyo-ekonomik yapıda meydana gelen değişimlerin etkisinin olduğu ifade edilebilir. Bunun yanında, konu ile ilgili Türkiye’de hekim göçü üzerine yapılan bilimsel çalışmalarda bazı temel göçetici unsurların belirlenmiş olduğu göze çarpmaktadır. Sağlık sistemi ile ilgili; 1-Ücretler, 2- İş tatmini eksikliği, 3-İşle ilgili riskler, 4- Sağlık sistemindeki kaynak yetersizliği, 5-Personel eksikliğinin oluşturduğu aşırı iş yükü, 6- Mesleki durum, 7- Sağlıkta Şiddet olayları, 8-Sağlık politikaları, 9-Malpraktis davalarındaki yargılanma süreçleri ve verilen cezalar. Sağlık Sistemi ile ilgili olmayan faktörler; 1-Yaşam Kalitesi, 2- Politik zorluklar, 3-Ekonomik istikrarsızlık, 4-Olumsuz yaşam koşulları, 5-İşsizlik 6-Açlık ve yoksulluk, 7-Yaşadığı ülkedeki gelecek endişesi gibi hususlara yer verilmiştir (Yıldız ve Özer, 2022). Bursa şehrindeki tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Burcu, 2022). Bunlara mesleki ve sosyal anlamda gelecek belirsizliğini eklemek yerinde olacaktır. Ayrıca, yine bir başka çalışmada tıp fakültesinde okuyan öğrencilerin %77’si yurt dışında çalışmayı istediklerini belirtmişlerdir. Bu sonuçlar

Nitelikli insanları ülkeden ayrılmaya iten olumsuz faktörler ve hedef ülkeye çeken olumlu faktörler bulunmaktadır. Ülkeden ayrılmaya iten nedenler çok sayıda olabilir: Dini, ideolojik, siyasi, kültürel ayrımcılıklar, kariyer tatminsizliği gibi bireysel faktörler etkili olabilir. Ayrıca, mesleki eğitimden kaynaklanan, sorunlar, çalışma hayatı ve sosyal hayattaki olumsuz koşullar etkili olabilir. Veyahut da ücret düşüklüğü ve işgücü piyasasının iş olanağı sağlamadaki yetersizliği gibi ekonomik faktörler etkili olabilir.

Hekim göçü sadece Türkiye'nin sorunu değildir. Gelişmekte olan ülkelerin büyük bir çoğunluğu bu sorunla boğuşmaktadır. Örneğin, Hindistan'ın 2021 yılında yaklaşık 19.000 hekimi Birleşik Krallık'ta hizmet vermeye başlamıştır. Aynı Hindistan 2016 yılında ise, sadece Amerika Birleşik Devletleri'ne 45.000 hekimini beyin göçü kapsamında kaybetmiştir. Keza diğer gelişmiş ülkeleri de dikkate aldığımızda Hindistan yılda ortalama 75-80 bin arası hekim kaybetmektedir.

bize itici faktörleri bireyleri ne derece etkilediğine dair bir bakış açısı sunmaktadır.

Yukarıda yer verildiği üzere, hedef ülkelerin çekici faktörleri ise kaynak ülkedeki itici koşulların zıttı olduğu belirtilebilir. Yüksek gelir, sosyal imkânlar, mesleki doyum, istikrarlı ekonomik ortam, iş yükünün düzeyi gibi unsurlar belirleyici olabilmektedir.

Bu yazı kapsamında her bir itici unsura dair analiz ve tartışmaya girmek gibi bir niyetimiz bulunmamaktadır. Bu türden tartışmalar ve konuya ilişkin öneriler akademide ve diğer mecralarda yeterince tartışılmaktadır. Öte yandan, her potansiyel göçmen adayı için farklı bir unsurun kefenin gitme yanına ağırlık verebileceği muhtemeldir. Dolayısıyla, kimileri için birden fazla faktör etkili olabilirken bazıları için tek bir faktör yeterli olabilmektedir. İtici faktörlerin tespiti ve bireylere etkisinin izale edilmesinin ise kapsamlı politikalarla mümkün olabileceği değerlendirilmektedir.

Bununla birlikte, hekim göçü sadece Türkiye'nin sorunu değildir. Gelişmekte olan ülkelerin büyük bir çoğunluğu

bu sorunla boğuşmaktadır. Örneğin, Hindistan'ın 2021 yılında yaklaşık 19.000 hekimi Birleşik Krallık'ta hizmet vermeye başlamıştır. Aynı Hindistan 2016 yılında ise, sadece Amerika Birleşik Devletleri'ne 45.000 hekimini beyin göçü kapsamında kaybetmiştir. Keza diğer gelişmiş ülkeleri de dikkate aldığımızda Hindistan yılda ortalama 75-80 bin arası hekim kaybetmektedir (OECD, 2023).

Türkiye'den yaşanan hekim göçünün sayısal veriler esas alınarak değerlendirilmesi yapılmalıdır. Bu çerçevede, aşağıdaki tabloda belirli yıllar esas alınmakla birlikte ülkelere göre Türkiye'den kabul edilen hekimlerin toplam sayılarına yer verilmiştir. Tablo incelendiğinde Türkiye'den hekim kabul eden ülkeler içinde sırasıyla Amerika Birleşik Devletleri, Almanya, İngiltere, İsrail, Kanada ve İsviçre dikkat çekmektedir. Tablo çerçevesinde politika tercihleri bağlamında mesleki konular dikkate alınarak hedef ülkelerin çekici faktörleri ayrıca analize tabi tutulabilir. Güncellenmiş verilere göre 2021 yılında 1.910 hekim yurt dışına göçmüştür (ABD verileri hariç). Tablodan hekim göçünün her yıl artış eğiliminde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo:1 Türkiye'nin Hekim Göçü Verdiği Ülkeler

OECD Ülkeleri	2010	2015	2018	2020	2021	2022**	Toplam*
Belçika	15	--	13	15	--	42	85
Kanada	--	--	55	50	54	--	789
Finlandiya	--	22	20	21	21	--	273
Fransa	36	37	40	40	39	--	425
Almanya	681	728	986	1.270	1.407	--	13.296
Macaristan	9	4	4	6	5	--	109
İrlanda	5	3	5	9	11	--	63
İsrail	57	38	38	44	43	45	794
İtalya	--	--	--	2	2	1	7
Hollanda	16	6	20	21	22	--	222
Yeni Zelanda	2	4	5	5	4	3	53
Norveç	13	12	14	18	24	--	188
Polonya	--	2	3	3	3	--	21
İsviçre	51	54	58	66	68	--	773
Birleşik Krallık	96	90	107	166	207	--	1.565
Amerika Birleşik Devletleri	1.043	1.313	--	--	--	--	10.600***
<b>Türkiye'deki Toplam Hekim Sayısı</b>			<b>153.128</b>	<b>171.259</b>	<b>183.569</b>		

Kaynak: OECD, Göçmen Hekim İstatistikleri (2023)'den yararlanılmıştır.

\*2010 yılından bu yana göç alınan toplam hekim sayısını göstermektedir.

\*\*2022 yılına ait 3 ülkenin verisine yer verilmemiştir.

\*\*\*2016 yılından sonraki verilere yer ulaşılamamıştır.





Türkiye ekonomik ve sosyal koşullar açısından günümüzde göç vermeye devam etmektedir. Ancak Türkiye, genel anlamdaki beyin göçünde dünya sıralaması açısından 132. sırada yer almaktadır (Global Economy, 2023). Dahası, beyin göçü yerel bir olgu değil küresel bir fenomen olarak öne çıkmış olup ilerleyen dönemlerde kendinden daha fazla söz ettirmesi de kuvvetle muhtemeldir. Bu küresel fenomenle mücadele ise yerel ölçekte ele alınabilecektir. Zira en nihayetinde kaynak ve hedef ülkeler arasında bir çıkar çatışmasından söz edilebilir.

Sonuç olarak, nitelikli kişilerin yer değiştirmesinde ister istemez birkaç soru öne çıkabilmektedir: 1) Gitmeyi tercih eden veya ülkede kalmaya devam eden hekimlerin motivasyonları nelerdir? 2) Hekimlerin göç sebepleri, sosyo-ekonomik veya politik nedenler midir? 3) Karar vericiler, ülkeden giden hekimleri dert etmeli mi ya da alacakları birtakım kararlar hekim göçünü durdurabilir veya yavaşlatabilir mi? Bu sorulara gerçekçi bir şekilde cevap alınması

için tüm tarafların bulunduğu sağlıklı bir zeminde tartışma yürütülmelidir. Çünkü sağlık sisteminde ortaya çıkan her sorun için çözüm üretme çabalarının da beyin göçünü durdurma noktasında etkili olabileceğine dair kuvvetli kanıtlar bulunmamaktadır. Kaldı ki bu problemin yalnızca bir tarafı bulunmamaktadır. Halkın sağlık hizmeti almada göstermiş olduğu tutumların hekimlerin göç kararı yönündeki tercihlerine etkisi nazarı dikkate alındığında sağlığın geliştirilmesi politikaları da bunun bir parçası olarak değerlendirilmelidir. Dahası, sorunları ve çözüm yollarını içeren kapsayıcı bütüncül politikalar tasarlanması için çalışmalar başlatılmalıdır.

#### Kaynaklar

Adıgüzel, Y. (2016). *Göç sosyolojisi*. Nobel Akademik Yayıncılık.

Buchan, J. (2007). *Healthworkermigration in Europe: policyissuesandoptions*. London, HLSP Institute (Technical ApproachPaper) (Erişim Tarihi: 30.07.2023).

Burcu, M. (2022). *Türkiye'den Yüksek Nitelikli Göç: Tıp Fakültesi Öğrencileri*, (yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Bursa Uludağ Üniversitesi.

Ciomasu, I. M. (2010). *Turningbraindrainintobrainnetworking*. *ScienceandPublicPolicy*, 37(2), 135-146.

Dodani, S., & LaPorte, R. E. (2005). *Brain drainfromdevelopingcountries: how can braindrain be convertedintowisdomgain?*. *Journal of theRoyal Society of Medicine*, 98(11), 487-491.

Global Economy, (2022). *Human flightandbraindrain*, [https://www.theglobaleconomy.com/rankings/human\\_flight\\_brain\\_drain\\_index/](https://www.theglobaleconomy.com/rankings/human_flight_brain_drain_index/) (Erişim Tarihi: 30.07.2023).

IMF, (1998) *How Big is Brain Drain*, <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/wp98102.pdf> (Erişim Tarihi: 30.07.2023).

Kangasniemi, M., Winters, L. A., & Commander, S. (2007). *Is themedicalbraindrainbeneficial? Evidencefromoverseasdoctors in the UK*. *SocialScience&Medicine*, 65(5), 915-923.

Kaya, S. Toraman, Ç., & Tekin, M. (2023). *Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Gelecekte Yurt Dışında Çalışmayla İlgili Görüşlerinin İncelenmesi: Çanakkale Örneği*. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 22(66), 47-60.

OECD, (2023) *Sağlık İşgücü Göçü*. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=68336#>

Yıldız, G. H., & Kubilay, Özer. (2022). *Neoliberal sağlık politikaları ve hekim göçü: neoliberalhealthpoliciesanddoctormigration*. *Scientific and Academic Research*, 1(1), 1-13

# Beyin göçü üzerine dertleşme

**Dr. Taha Keleştemur**



1984 yılında Kayseri’de doğdu. Ortaöğrenimini Kayseri’de tamamladıktan sonra 2009 yılında İstanbul Üniversitesi Fen Fakültesi Biyoloji Bölümünden mezun oldu. 2010-2013 yılları arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoloji Anabilim Dalı’nda yüksek lisansını tamamladı. 2017 yılında İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nde Sinirbilim alanında ve 2018 yılında Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoloji Anabilim Dalı’nda doktora eğitimini tamamladı. 2018-2022 yılları arasında İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı’nda Doktor Öğretim Üyesi olarak ve Sağlık Bilim ve Teknolojileri Araştırma Enstitüsünde müdür yardımcısı olarak görev yaptı. Hâlen Columbia Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde araştırmacı olarak çalışmaktadır. Organ hasarı sonrası purinerjik sinyal mekanizmaları alanlarında çalışmalar yürüten Keleştemur, evli ve iki çocuk babasıdır.

**S**on yüzyılda az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin karşılaştığı en büyük sorunlardan biri beyin göçüdür. Beyin göçünü, yetişmiş ve kendinden sonraki nesilleri yetiştirecek bilgi birikimine ve donanımına sahip olan kişilerin meslek ayrımı yapmaksızın herhangi bir sebeple kendi ülkesinden ayrılıp daha gelişmiş bir ülkeye yerleşmesi olarak tanımlayabiliriz. Bir ülkenin en büyük sermayesi olarak kabul edilen nitelikli insan gücünün, başka ülkelere göç etmesi hiç şüphesiz ayrıldığı ülke için büyük bir kayıptır (1, 2). Özellikle sağlık, mühendislik ve eğitim alanlarında “nitelikli” kabul edilen kişilerin, yaşadıkları topluma bireysel olarak yaptıkları katkıların yanı sıra kendilerinden sonra gelecek nesillerin yetişmesinde de büyük pay sahibi olmaları kaybın boyutunu telafi edilemeyecek boyutlara çıkarmaktadır. Kültürümüzde “halef-selef” olarak dile getirilen, bir öncekinin yerine gelme ancak nitelikli eğitimcilerin yetiştirdiği nitelikli öğrenciler sayesinde bir koltuk devri olmaktan çıkıp bir yeşermeye evrilebilir ve böylelikle “boynuz kulağı geçer” veya İngilizce deyişle “the student has become the master”! Bunu bir döngü ve bayrak yarışı olarak kabul edebiliriz. Yetişen her nesil kendinden sonra gelen nesli yetiştirmekle görevlidir. Ancak yetişmiş olan kişilerin ülkelerinden göç etmesi durumunda bu döngü ne yazık ki bir süre sonra son bulacaktır. Bu da uzun

vadede ülkede liyakat sahibi kişilerin sayısının azalmasına ve bir bütün olarak gerilemeye sebep olacaktır.

Beyin göçünün başlıca sebepleri arasında sosyo-ekonomik yetersizlikler, bireyin kendini daha fazla geliştirme isteği, teknolojik altyapıya kolay erişim isteği, düşünce ve akademik özgürlük talebi, yüksek yaşam standartlarına ulaşma isteği şeklinde sıralayabiliriz. Tabii ki bu listeyi daha da uzatabiliriz. Gelişmiş ülkelerde rekabetin hızla artması o ülkenin gelişmiş ve yetişmiş insan ihtiyacını da artırmaktadır. Avrupa ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri ortaya çıkan bu ihtiyacı az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerin nitelikli insan gücünü transfer ederek karşılamaktadır. Amerika’da görev yaptığım üniversitede Avrupalı doktora sonrası araştırmacısı yok denecek kadar azdır. Hatta “native American” olarak adlandırılan Amerikan yerlisi gençleri de özellikle temel bilimlerde görmeniz çok mümkün değildir. Buradaki gençler daha prestijli olan avukatlık, doktorluk ve üst düzey yöneticilik gibi yüksek geliri olan işleri tercih etmektedir. Vaziyet bu şekilde olunca da araştırmacı ihtiyacını karşılamak maksadıyla yabancı ülkelerin insan gücüne yönelim artmaktadır. Yabancı kaynakları kazanma maksadıyla cazibe merkezi haline gelmeye gayret eden gelişmiş ülkelerin bu gayretlerinde başarılı olduğunu söyleyebiliriz. Her ne kadar iki taraf için de

kazan-kazan durumu olsa da göç ederek buraya gelen herkes Amerika’nın ne kadar kapitalist ve emeği sömüren bir ülke olduğunun da farkındadır. Ancak, yaptığı işin bir karşılığının ve kıymetinin olduğunu görmesi, özgürce hareket edebilmesi, ihtiyaçlarına daha kolay bir şekilde ulaşabilmesi ve en önemlisi gelecek planlaması yapabildiği için kendi ülkesinden ayrılıp bütün düzenini, akrabalarını ve yakın çevresini arkada bırakıp buraya gelebilmektedir. Özellikle doktora eğitimini tamamladıktan sonra uzmanlığını geliştirmek ve farklı araştırma kültürlerini öğrenmek için ülkemizden ayrılan genç nüfusun sayısı oldukça fazladır. Aslında bu kişilerin önemli bir kısmı ülkelere bir gün geri dönmek üzere buraya geldiklerini söylerler de durum ne yazık ki tahmin ettikleri gibi olmayabiliyor.

ABD’ye Yeşil Kart haricinde giriş yapacaksanız anlaştığınız kurum sizin adınıza vize başvurusu yapar ve bu vizenin de bir geçerlilik süresi bulunmaktadır. Örnek olarak J1 vizesi en fazla 5 yıllıktır. Beş yılın sonunda sözleşmeniz bittikten sonra ülkenize dönmek zorundasınız. Fakat burada görüştüğüm kişiler, sözleşmeleri sona ermesine rağmen vize statülerini değiştirip burada kalmaya devam ettiklerini hatta yerleşmeyi planladıklarını belirtiyorlar. Bunun da başlıca sebebi sorulduğunda şu an ülkenin içinde bulunduğu akademik ortamın iyiye gitmediğini, bilimsel araştırma fon



sağlayıcılarının ve bütçelerinin yetersiz olduğunu, özellikle genç akademisyenlere gereğinden fazla idari sorumluluk verildiğini ve bunların yanında da ekonomik sıkıntılar gibi durumlardan kaynaklandığını belirtiyorlar. Öte yandan, üniversite sınavında dereceye giren birçok genç ileride iş garantisi olarak gördükleri hekimlik mesleğini seçmektedir. Fakat özellikle son yıllarda bu öğrenciler 1. sınıftan itibaren yurt dışına gitmek için gerekli sınavlara hazırlanmaktadır. Büyük bir çoğunluğu intörlük eğitimini bitirir bitirmez uzmanlık için yurt dışına gitmektedir. Dahası; doktor, hemşire, fizyoterapist, nörolojik veya radyolojik görüntüleme uzmanları gibi sağlık alanında çalışan kişilerin de son yıllarda Türkiye'den göç ettiğini görmekteyiz. Sadece 2022 yılında 2.700 doktorun yurt dışına başvuru yaptığını görüyoruz bu sayı bir önceki yıla oranla %70 artmış durumdadır (3). Aslında bunun en büyük sebebi son yıllarda ülkemizdeki sağlık çalışanlarına karşı şiddetin artması ve buna paralel olarak özlük hakları veya hukuki öz güvencelerinin yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır. Bunun yanında siyasilerin de "giderlerse gitsinler" gibi ifadeleri ile hekimliği itibarsızlaştırma söylemleri de beyin göçünün artmasındaki ana etkenlerdendir. Kutuplaştırıcı bir dil yerine kapsayıcı bir dilin kullanılması, sektörde çalışan kişilerin sorunlarının çözümü noktasında onların sesine kulak verilerek samimi bir diyalog ortamının oluşturulması elzemdir. Siyasetçiler, akademisyenler

ve sanatçılar her zaman toplumunun önünde olan kişilerdir ve kitleleri etkilene kapasitesine sahiptir. Bu kişilerin söylemleri, hareketleri, davranışları ve çalışma tarzları kitleler tarafından örnek alındığından dolayı sahip olduğu gücün sorumluluğunun farkında olmaları kendileri kadar hitap ettikleri insanların iyiliği için de önemlidir.

Beyin göçünün önüne geçilmesi için öncelikle yapılması gereken bu konunun siyaset üstü ve sadece günümüzü ilgilendiren bir sorun olmadığına idrak edilerek kalıcı ve etkili bir devlet politikasının geliştirilmesidir. Geçmiş yıllarda başlayan ve hâlâ günümüzde devam eden tersine beyin göçü projeleri bulunsa da istenilen sonuçlar elde edilememiş veya kısa süreli başarılar sağlanmıştır. Tersine beyin göçü kapsamında ülkeye dönüş yapanların büyük bir kısmı belirli bir süre sonra tekrar geldikleri yere ya da başka ülkelere gitmeleri kalıcı politikaların ne kadar gerekli olduğunun bir kanıtıdır. Bunun yanı sıra refah düzeyi sağlık çalışanları için çok önemlidir. Başkalarına sağlık hizmeti veren bir kişinin öncelikle kendisinin ruhen ve fiziken sağlıklı olması gerekmektedir. Refah düzeyi düşük bir insanın aklını ve gönlünü yaptığı işe vermesi mümkün değildir. Amerika Birleşik Devletleri'nde en popüler meslek grupları arasında sağlıkla ilgili olanları görmekteyiz. Doktor, hemşire, fizik tedavi uzmanı, diş hekimi ve veterinerliğin ilk on tercih arasında olduğunu söyleyebiliriz (4). Amerika'da hekimler

en çok kazanan meslek grupları arasında yer almaktadır, böylelikle geçim sıkıntısı gibi bir derterli bulunmamakta ve bunun yanında da toplumda saygın bir konuma sahiptirler. Bu hekimlerin bir kısmı sadece hekimlik yaparken bir kısmı aynı zamanda araştırma da yapmakta ve bu özellikle üniversite hastanelerinde teşvik edilmektedir. Bu doğrultuda söyleyebiliriz ki sağlık çalışanlarına ekonomik ve akademik özgürlüğünü kazandırmak birinci gayemiz olmalıdır. Bütün yenilik ve gelişimlerin zamanın ruhuna ve ritmine ayak uydurarak ortaya çıktığını aklımızda tutarak adımlarımızı atarsak doğru istikamete yönelebiliriz.

### Kaynaklar

1. Babataş, G. (2007). *Beyin göçü ve Türkiye'nin Sosyoekonomik Yapısının Beyin Göçüne Etkisi*.
2. Bakırtaş, T., Kandemir, O. (2010). *Gelişmekte Olan Ülkeler ve Beyin Göçü: Türkiye Örneği*. Kastamonu Eğitim Dergisi.
3. Wilks, A. (2023). *Turkey Faces Brain Drain as Doctors Seek Better Life Abroad*. The National News.
4. Hoff, M. (2023) *Here Are the Best High-Paying and Fast-Growing Jobs for the Next Decade*. Business Insider.

# Arştırmacı hekim gözüyle beyin göçü

**Prof. Dr. Abdülkadir Ömer**



1962 yılında doğdu. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. İç hastalıkları uzmanlığını aynı yerde tamamladı. Kariyerine arştırmacı olarak Harvard Üniversitesi'nde Joslin Diyabet Merkezinde devam etti. Endokrinoloji diyabet ve metabolizma yan dal uzmanlığını 2013'te Massachusetts Üniversitesi'nde tamamladı. 2013-2016 yılları arasında aynı üniversitede yardımcı doçent ve St. Vincent Hastanesinde endokrinoloji uzmanı olarak çalıştı. 2004'te doçent, 2016'da profesör oldu. Dr. Ömer hâlen İstanbul Medipol Üniversitesi, Uluslararası Tıp Fakültesi Öğretim Görevlisi olarak çalışmaktadır.

**B**u makalenin yazarı, 1980'li yıllarda Türkiye'deki tıp fakültelerinden birini derece ile bitirdikten ve ihtisasını da aynı üniversitede tamamladıktan sonra kariyerine Türkiye'de çeşitli nedenlerle istediği yerlerde devam edemediği için sadece bir mülakat ile Amerika Birleşik Devletleri'ne kabul edilip kariyer geliştirme amacı ile Türkiye'den uzunca bir süre ayrı kalmıştır. Kariyerini ABD'nin en saygın üniversitelerden birisinde 9 yıl arştırmacı olarak devam ettikten sonra klinisyenlikle ilgili basamakları da tamamlayarak ABD sağlık sistemine entegre olmuş ve uzunca bir süre hekimlik yapmasının ardından ailevi nedenlerle Türkiye'ye geri dönmüştür. Bu yazının amacı arştırmacı hekim gözü ile beyin göçünü çeşitli yönleri ile ortaya koymaktır. Yazının içeriği şahsi gözlemlere dayanmaktadır.

## **Beyin Göçü Çeşitli Nedenlerle Gerçekleşebilir**

Beyin göçü; eğitilmiş, yüksek entelektüel kapasiteye sahip ve mesleğinde yetenekli kişilerin kendi ülkesinden bir başka ülkeye göç etmesi olarak tanımlanabilir. Beyin göçü daha iyi bir eğitim almak ve sonrasında daha iyi iş imkânlarına sahip olmak ve daha yüksek gelir elde etmek amacıyla olabilir. Bununla birlikte kariyerini tamamlamış kişiler doğrudan, daha iyi bir yaşam şekline ulaşma nedeniyle de göç edebilir. Yüksek eğitim (lisans) sonrası, doktora ve post doktora eğitiminin kalitesi ve sonrasında akademik ortamdaki iş olanakları, yüksek

öğretimdeki yapısal ve işleyiş ile ilgili sorunlar yanında akademik çevrede hiç olmaması gereken kutuplaşmalar ve ülkeye özel durumlar da beyin göçüne neden olabilir. Türkiye'de ne yazık ki doktorasını bitirmiş olan genç bilim insanları için post doktora eğitimi bile çoğu üniversitede oluşturulamamıştır.

Başka ülkelere göç eden kişilerin önemli bir kısmı ülkeleri tarafından çoğunlukla resmî kaynaklarla (devlet bursları) kariyer amacı ile Batılı ülkelere gönderilmişken eğitim sürelerinin bitiminde ülkelere geri dönmeyen kişilerden oluşmaktadır. Geri dönmeyenler sadece tercih nedeni ile değil, geri dönüş yapacakları ülkedeki siyasal veya mevcut uygulamalar nedeniyle âdeta geri gelmemeye zorlanmışlardır. İlginç bir örnek olarak hatırladığım, 1990'lı yıllarda ABD'ye gönderilen doktora öğrencilerinden birisi, Türkiye'de yeni göreve gelen yönetici (YÖK Başkanı) tarafından doktora eğitimi ABD'de kesip Türkiye'ye dönmemesinin istendiğini bana bildirmişti. YÖK'e doktorasının bitmediğini, bitince döneceğini söylemesine rağmen YÖK tarafından acilen geri dönmemesinin istendiğini bildirilmişti. Bu arkadaş Türkiye'ye dönmemiş ve doktorasını tamamladıktan sonra uzun yıllar ABD'de kalmıştı. Diğer bir örnek tıp alanındaki mecburi hizmet uygulamaları ile ilgili mevcut mevzuattır. Yurt dışında kendi imkânları ile ihtisas veya yan dal ihtisası yapmış olanlar mevcut uygulamaya göre Türkiye'ye döndükleri takdirde, bazı istisnalar hariç Türkiye'de ihtisas yapanlar gibi mecburi hizmete gitmekle yükümlüdürler.

## **Beyin Göçü Ne Kadar Önemlidir?**

Beyin göçü hem göçün kaynaklandığı ülke hem de göç edilen ülke için çok ciddi kişisel, sosyal ve ekonomik sonuçlar ortaya koyabilir. Beyin göçü oluşurken göç edilecek ülkenin göç edenlere sağlayacağını vaat ettiği olanaklar (akademik veya serbest meslek icrası konusundaki olanaklar, ülkeye girişteki vize kolaylığı, vatandaşlık hakkı, emeklilik hakkı gibi konularda kolaylıklar) göç edeceklerin sayısını ve kalitesini yakından etkilemektedir. Örneğin Türkiye'den ABD'ye gidip araştırma alanlarında çalışma yapanların sıklıkla seçtiği doktora öğrenciliği ve doktora sonrası iş ve kariyer imkânları sadece Türkiye'den değil dünyanın birçok ülkesinden genç insanları ABD'ye çekmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre ABD'ye yeni gelen entelektüel bir göçmen, ortalama olarak en az 90.000 ABD doları meblağında bir yatırımın bedava olarak ülkeye girmesi anlamına gelmektedir. Bu miktar göç eden kişinin geldiği ülke için ise ciddi bir kayıp olmaktadır. ABD'de yetenekli ve kalifiye elemanlar için özel ve hızlandırılmış bir vize programı mevcut olup, elemanın en kısa zamanda işe başlaması kolaylaştırılmıştır.

## **Göç Edip Ülkesinden Ayrılan Kişi Vatan Haini Midir?**

Özellikle genç, dinamik, zeki ve üstün kabiliyetli arştırmacıların beklentilerini karşılayacak yerlere gidebilmek için her yolu denemeleri doğal bir olay olarak görülmelidir. Özellikle yabancı dil sorununu çözmüş ve nitelikli bir lisans eğiti-

mi almış bir gencin önündeki fırsatları araştırması kadar doğal bir olay olamayacağı bellidir. Globalleşme ve dijital iletişimin getirdiği kolaylıklarla örneğin bir video konferansla başka bir ülkede işe alınmak hiç de zor değildir. "İlim Müslüman'ın yitiğidir. Çin'de bile olsa gidip aramalı ve almalıdır," düsturunca bilim ve ilim arayışı ile başka bir ülkeye gitmek hainlik olmasa gerek. Aradığını bulmak ise ne yazık ki kolay olmuyor, yıllar sürebiliyor. Bu noktada sanırım en önemli nokta elde edilen deneyimin insanlığın faydası için kullanılması gerekliliğidir. Bu göç ettiği ülkede de olabilir, kendi doğduğu ülkede de olabilir.

### **Göç Edenler Ülkesine Karşı Nasıl Bir Sorumluluk Duyuyor?**

Türkiye'den Batılı ülkelere gidenlerin çoğunluğunun hâlâ Doğu kültürünün bir temsilcisi olarak aile, gelenek ve dil gibi değerlere bağlı olduğu için doğduğu ülkeye, aile büyüklerine ve kendisini yetiştiren öğretmenlerine manevi bir sorumluluk içinde olduğunu gördüm. Bu nedenle Türkiye'ye geri dönmeler bile buldukları her yerde Türkiye için olumlu işler yapmak istedikleridir. Türkiye'ye yazları gelip konferans vermek, ortak bilimsel çalışmalar yapmak ve Türkiye'den dış ülkelere gidecek öğrencilere yardımcı olmak bunlar arasında sayılabilir.

### **Göç Sonrası Yaşam**

Yeni yerleşilen ülkede kısa sürede beklentilere uygun işler bulmak genellikle mümkün olmamaktadır. Hatta göç edenlerin önemli bir kısmı, geldikleri yere göre daha düşük dereceli eğitim gerektiren işlerde çalışmayı kabul etmektedirler. Örneğin Türkiye'den ABD'ye evlilik veya başka nedenlerle göç eden tıp doktorları, hekimlik yapmaları için gerekli eğitim diplomalarını taşımadıkları için (ABD'de ihtisas yapmadıkları için) sıklıkla araştırma kadrolarında (post doctoral fellow) daha düşük ücretlerle çalışmayı kabul etmektedirler. Türkiye'de genel veya yan dal uzmanlığını tamamlamış saygın bir hekim ABD'de ihtisas yapmamış, tıp fakültesinden yeni mezun olmuş gibi değerlendirilmektedir. Türkiye dışında diğer ülkelerden (Hindistan, Irak, Almanya, Vietnam) ABD'ye göç etmiş ve ülkesindeki basamakları tekrar tırmanmayı göze alan ve başarı ile tamamlayan çok arkadaşım oldu. Ancak kariyerinize ne kadar aşağıdan başlarsanız

başlayın, istikrarlı bir ortamda çalışkan ve zeki kişiler işlerinde sürekliliği olan bir başarıyı yakalamaktadır. Belli bir zaman sonra yakalanan yaşam standardı ise doğduğu ülkeye geri dönüşü önleyen en önemli neden olmaktadır.

### **Göç Sonrası Aile Hayatı**

Göç edilen ülkede aile ile yaşam ve yeni nesil yetiştirmek gerçekten önemli ve sorunlu bir konudur. Yeni ortama uyum ve eşlerin her ikisinin de iş ve sosyal yaşam beklentilerinin gerçekleşmesi göç sonrası o ülkede kalış süresini uzatabilmekte, meslek ve sosyal yönden beklentilerin karşılanmaması ise ailenin bozulmasına veya göç sonrası geri dönüşe neden olabilmekte, hatta ailenin parçalanmasına kadar varabilmektedir. Tüm ailenin Batılı ülkelerde uzun süre yaşaması ise yeni neslin anadilini ve ebeveyn kültürünün özelliklerini öğrenmesinde ciddi sıkıntılara yol açabilmektedir. Uzun dönemde bu kültür erozyonunun sonucunda göç sonrası ikinci nesil kişilerin çoğunluğunda öz vatanları ile dil, gelenek ve kültür bağları pratik olarak tamamen kopmaktadır. Sonuçta göç eden kişi ekonomik özgürlüğünü kazanmakta ancak kendinden sonraki nesilleri ile ailevi ve sosyal bağlarını kaybetme tehlikesi ile karşılaşmaktadır.

### **Beyin Göçünün Önlenmesi**

Ülkemizdeki ilk orta ve yüksek eğitim kalitesinin yükseltilmesi ve yüksek eğitim sonrası akademik ve endüstriyel alanlarda ihtiyaca göre eğitim alanlarının saptanması bu konuda öncelikli konular arasında sayılabilir. Güncel bir örnek olarak tıp fakültelerinden her yıl mezun olan yeni hekim sayısının ancak üçte birinden daha azı bir ihtisasa girebilmektedir. ABD'de iyi bir tıp fakültesinden mezun olan öğrencilerin %95'i istediği alanda ihtisasa başlayabilmektedir.

### **Beyin Göçünün Geri Döndürülmesi Önemlidir**

Yurt dışına yüksek lisans veya doktora için gidecek kişilerin geri döndüklerinde çalışma ortamı önceden planlanmalı ve bu konuda istikrar sağlanmalıdır. 2000'li yıllarda kanser konusunda doktora yapmış ve önemli bir buluş yapmış olan bir arkadaşım Türkiye'ye geri döndüğünde Anadolu'daki bir üniversitede 2-3 yıl süre ile sadece ders

vermekten başka bir imkân bulamamış ve ABD'ye dönmüştü. Yurt dışında çalışan Türk araştırmacıları ile ilgili ciddi bir veri tabanı oluşturulmalı ve düzenli olarak güncellenmelidir. Bir başka ülkeye daha iyi iş imkânları için göç eden kişiler anavatanlarına döndükleri zaman potansiyel olarak bilimsel, akademik, kültürel ve ekonomik alanlarda çok ciddi katkı sağlayabilirler. En önemli konu geri dönecek nitelikli kişiye nasıl bir ortamda ne kadar imkân (ekonomik imkânlar ve kendi işini oluşturmak için verilecek ekonomik yetki, verilecek imkânları kullanma özgürlüğü ve süre) sağlanacağı konularıdır. Beyin göçü ile Türkiye'den ayrılan kişinin gittiği sürede adaptasyon ve gelişim için en az 3-5 yıla ihtiyacı olmaktadır. Türkiye'ye geri dönen kişiye de aynı nedenlerle tam kapasiteyle çalışabilecek duruma gelebilmesi için belli bir süre tanınmalıdır. Yurt dışından gelen bu değerli kişiler kendisinden sonraki nesli yetiştirmek için yeterli yapı, mevzuat ve yönetimle desteklenmelidir.

Türkiye'nin akademik anlamda dünyadaki yeri bellidir. Türkiye ortalamasından çok daha iyi kapasitede ve daha üstün özelliklerde bir kişi buraya döndüğünde arkadaşlarından yeterli saygı ve desteği görmeyi beklemektedir. Ülkemizin öncelikli ihtiyaçlarına göre geri dönen kişilere laboratuvar, çalışma ekibi ve belli miktarda başlangıç parası ve makul süre ile istihdam sağlanmalıdır. Bu kişilerin kendilerine sağlanan imkânları daha özgürce kullanmalarına müsaade edilmelidir. Mevcut durumda, Türkiye'de araştırma alanında çalışan doktora öğrencisi veya doktora sonrası araştırma görevlisine (fellow) sağlanan maaş ve ek yardımlarla, iyi kalitede eleman istihdamı son derecede zordur. Bu konularda öncelikle yurt dışından gelecek araştırmacılara istedikleri kalitede doktora öğrencisi ve doktora sonrası araştırma görevlisi istihdamı konularında bütçe kullanımına esneklikler getirecek düzenlemeler yapılmalıdır. Bu konudaki sıkıntılar yurt dışından ülkemize dönmeyi planlayan kişilerin çekindiği belki de en önemli konudur. Yurt dışındaki kalifiye elemanların ülkemize geri döndürülüp uzunca bir süre istihdamı ülkemizdeki bilimsel çalışmaların ve aktivitelerin kalitesini ciddi olarak yükseltecek ve sonuçta ülkemizden beyin göçü verilmesinin önlenmesinde önemli bir katkı sağlayacaktır.

# Türkiye'ye göçen beyinlerin hikâyesi

**Doç. Dr. Indrani Kalkan**



Hindistan'da doğup büyüdü. Üniversite lisans eğitimini Fizyoloji bölümünde yaptıktan sonra Amerika'da Beslenme ve Gıda Bilimi üzerine yüksek lisans yaptı. 1993 yılında bir Türk ile evlenerek Türkiye'ye yerleşen Sn. Kalkan, bir süre iş dünyasında hem yurt içinde hem de yurt dışında özel sektör yerli ve yabancı firmalarda çalıştı. Daha sonra akademiye geri dönüp 2007 yılında Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde doktorasını tamamladı. O tarihten beridir de farklı vakıf üniversitelerinde öğretim üyesi olarak görev yaptı. Çocuk ve yetişkinlerde beslenme eğitimi ve farkındalığı konusunda çalışmalar ve projeler yürüttü. 2020 yılında Doçent unvanını aldı. Halen 2021 yılından bu yana İstanbul Medipol Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde öğretim üyesi olarak çalışmaya devam etmektedir.

**B**enzer şekilde Türkiye'de gerek iş dünyasında gerek akademi ve bilim camiasında başta İngilizce olmak üzere yabancı dil bilen (özellikle konuşup yazabilen) insan sayısı çok sınırlı olduğundan, diğer ülkelerden gelen beyin göçlerinden fazla yararlanamamıştır. Beyin göçü, Türk Dil Kurumunun güncel Türkçe sözlüğünde "İleri düzeydeki meslek ve bilim adamları ile uzmanların bir başka gelişmiş ülkede yerleşip çalışmak amacıyla kendi ülkelerinden ayrılması" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere, beyin göçünden belli bir eğitim seviyesine (diploma, sertifika, belge vb.), bilgi birikimine, uzmanlığa ve tecrübeye sahip olan nitelikli kişilerin göçü kastedilmektedir.

İnsanların dünyanın bir yerinden başka bir yerine göç etmesinin farklı sebepleri vardır. Bunlar savaş, terör, ekonomik zenginlik ve refaha erişim, siyasi sığınma, iş bulma veya diğer ailevi nedenler olarak sıralanabilir. Göç sırasında sağlık bilimleri dâhil tüm mesleki alanlarda mutlaka bir beyin göçü söz konusudur. Beyin göçünün yönü daha çok Asya ve Afrika gibi az gelişmiş ülkelere Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri gibi daha gelişmiş ülkelere doğrudur. Türkiye, göç perspektifinden bakıldığında dünyada gündemin en başında gelen ülkelere biridir çünkü ana göç yolları üzerindedir ve hem nihai hedef konumunda hem de transit geçiş yolu

konumundadır. İşte tam da bu yüzden Türkiye'deki beyin göçü durumunu analiz etmek ilgi çekici olacaktır.

## Türkiye'den Beyin Göçü

Son birkaç yılda Türkiye'den yurt dışına giderek artan bir göç oranı görülmektedir. 2000-2005 yılları arasında Türkiye'nin göçmen oranı %10,3 ve 2006-2010 arası %10,6 iken 2011-2015 yılları arası %17,2'dir. 2016-2018 arasındaki üç yılda Türkiye'den yurt dışına göçen kişi sayısı %97 artmıştır. Türkiye ayrıca, Çin ve Hindistan'dan sonra dünyada en çok üst düzey zengin kaybeden üçüncü ülkedir (1). Göçenler ve göçmeyi düşünenlerin çoğu Z kuşağı diye adlandırdığımız yeni nesil olup, göçen nüfusun büyük bölümü 20-24, 25-29 ve 30-34 yaş arasıdır (1,2). Türkiye'nin yeni nesil göçmenlerinin yaşları giderek düşmekte ve gençlerin yüzde 81'i yurt dışında kariyer hayali kurmaktadır (3). TÜİK'in 2021 yılına ilişkin yayımladığı veriler Türkiye'den yurt dışına bir önceki yıla göre göç eden kişi sayısında yüzde 31,6 azalma olduğunu göstermekle

## Vatandaşlığa göre Türkiye'den giden göç (2)

Yıllar	Türk vatandaşları	Yabancı uyruklular	Toplam
2021	103.613	184.038	287.651
2020	77.810	342.653	420.463
2019	84.863	245.426	330.289
2018	136.740	187.178	323.918
2017	113.326	140.314	253.640
2016	69.326	108.634	177.960

birlikte, vatandaşlık ülkesine göre bakıldığında Türkiye'den göçen Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının sayısı bir önceki yıla göre 25.803 kişi fazla ki bu da %33'lük bir artış demektir (2,4). Aşağıdaki tabloya baktığımızda 2016'dan beri giderek artan bir göç var. 2019-2020 yıllarında pandeminin ve global kapanmanın etkisinden dolayı biraz düşmüş gibi görünmektedir.

Beyin göçüne sağlık sektöründen örnek vermek gerekir ise; Türk Tabipleri Birliği (TTB)'nden alınan iyi hâl belgesi sayılarına göre, sadece 2022 yılında 2.685 doktorun yurt dışına göç ettiği ve bu sayının 2021'e göre %93 arttığı anlaşılmaktadır. Rakamlar 2023'ün ilk 3 ayında da doktor göçünün artış eğiliminde olduğunu gösteriyor (4). Yine sağlık sektöründe muhtelif branşlarda yakın çevremde ve camiamızda meslektaşlarımızın yurt dışına gittiklerini biliyor, görüyor ve gözlemliyoruz.

Yurt dışına giden insanların hepsinin kendine göre bir hedefi, motivasyonu ve hikâyesi vardır (5). Yapılan derinlemesine araştırma ve istatistiklerde de



muhtemelen görülecektir. Ama olayın sadece para veya ekonomik olmadığını düşünüyorum; öyle olsaydı herkes zengin Arap ülkelerine gitmeyi öncelirdi ki gerçek öyle değil. Nitekim Türkiye Gençlik Araştırması 2021'e göre, "Arap ülkelerinin birinde yaşamak isterim" diyenlerin oranının sadece %1,1 olduğu görülmektedir (4,6).

Almanya merkezli Konrad-Adenauer-Stiftung (KAS) Derneği'nin Türkiye Gençlik Araştırması 2021'e göre, "İmkânınız olsa Türkiye'de mi yaşamak istersiniz yoksa başka bir ülkede mi?" sorulu ankete katılanların sadece %27,1'i "Türkiye'de yaşarım, buradaki hayatımdan memnunum." cevabını vermiş. Kalanlar ise gelişmiş Batı ülkeleri başta olmak üzere başka ülkelerde yaşamak istediklerini belirtmiştir (4,6).

Tabii bu beyin göçünün ekonomik, siyasal, sosyal, hukuki, ekosistemsel sebepler başta olmak üzere birkaç önemli nedeni var. Ancak en büyüğü hiç şüphesiz "ekonomi" olarak gözüküyor. Ama ben şahsen "siyasal" sebeplerle beraber ekosistemin de çok önemli olduğunu düşünüyorum. Yani Türkiye'den göçen beyinlerin göç etme gerekçeleri ve motivasyonları her ne ise bunun önlenmesine dair "ekosistem" Türkiye'de ya yok ya da yetersiz. Yeterli ve gerekli

çalışma ortamı sunulursa ve kendilerine değer verilirse birçok gömen ya da göçmen adayı için ekonomik sebep geri planda kalabilir. Nitekim yapılan mülakatlarda, yurt dışına göçen gençler hâlen yaşadıkları ülkelerde en çok "özgürlük, demokrasi ve insan haklarının" varlığından mutlu olduklarını, onları mutlu eden diğer sebeplerin ise "gelişmiş ekonomi" ve "yüksek kazanç" gibi etkenler olduğunu söylüyor (1). Türkiye Gençlik Araştırması 2021'de "Neden başka ülkede yaşamak istersiniz?" sorusuna verilen cevaplar da bunu doğrular şekilde. Araştırmada yaşam koşulları (%32,4), insan hakları (%19,5), özgürlük (%17,6), iş olanakları (%14,8) ve güven (%12,8) gibi faktörlerin başı çektiğini görüyoruz (4,6). Yine İstanbul Ticaret Üniversitesi tarafından yurt dışına beyin göçü ve öğrencileri yurt dışı eğitime yönlendiren sebepler bağlamında 2021 yılında yapılan nitel bir araştırmada öğrencilerin eğitim sürecinde yaşadıkları zorluklar, devlet politikalarındaki memnuniyetsizlikler, nepotizm, şeffaflık, hak, adalet ve liyakat sorunu gibi itici unsurlar öne çıkmıştır (7).

Türkiye'den İngiltere ve diğer Avrupa ülkelerine giden göçmen dalgaları karşılaştırıldığında İngiltere'nin sadece ekonomik gerekçelerle giden bir işçi göçüne değil Türkiye'nin siyasi

Son birkaç yılda Türkiye'den yurt dışına giderek artan bir göç oranı görülmektedir. 2000-2005 yılları arasında Türkiye'nin göçmen oranı %10,3 ve 2006-2010 arası %10,6 iken 2011-2015 yılları arası %17,2'dir. 2016-2018 arasındaki üç yılda Türkiye'den yurt dışına göçen kişi sayısı %97 artmıştır. Türkiye ayrıca, Çin ve Hindistan'dan sonra dünyada en çok üst düzey zengin kaybeden üçüncü ülkedir. Göçenler ve göçmeyi düşünenlerin çoğu Z kuşağı diye adlandırdığımız yeni nesil olup, göçen nüfusun büyük bölümü 20-24, 25-29 ve 30-34 yaş arasıdır.

koşullarının yarattığı göçlere maruz kaldığı söylenebilir. Türkiye’de son yıllarda yaşanan siyasi, ekonomik ve toplumsal gelişmelerin ülkenin genç ve eğitilmiş kesimine olumsuz etkisi de beyin göçünü artırmıştır. Politik tercihler nedeniyle artan toplumsal kutuplaşma, özellikle orta sınıf seküler gençler üzerinde bir rahatsızlık ve sonuç olarak da bir göç dalgası yaratmıştır. Yani, siyasi atmosferin oluşturduğu toplumsal yapıdan dolayı halkın belli bir kesimi kendini Türkiye’de yabancılaşmış hissetmiştir. Dolayısıyla bu yabancılaşma hissini de eğitilmiş ve genç nüfusun yurt dışına göçme etmenlerinden biri olduğu söylenebilir (8).

Bu genç beyinler, insanların yanı sıra hayvanlara, doğaya, çevreye ve sanata da değer veren; iyi bir gelecek, kariyer, eğitim, gelişim ve iş fırsatı, fırsat eşitliği ve refah sunan; çok kültürlü ve çağdaş bir ortamda demokrasi ile hukukun üstünlüğünü kabul etmiş; yargı ve adaletin müdahalesiz/olması gerektiği gibi işlediği; nepotizme karşı durup liyakati önceleyen; evrensel hukuka bağlı; fikri ve dini inanç baskısı olmadan veya kendilerini baskı altında hissetmeden kişisel hak ve özgürlüklerini özgürce yaşayabilecekleri; bilimi, bilimsel araştırmaları ve bağımsız düşünen yaratıcı zihinlerin bu yaratıcılıklarını destekle-

Bir ülkede yabancı dil veya dillerin konuşuluyor olması o ülkeye göçü kolaylaştırır. Örneğin Hindistan uzun yıllar İngiliz sömürgesinde kaldığı için İngilizce, ülkemizde bilim dili olduğu için sokaktaki ortalama bir insanın bile az çok bilip, günlük yaşamımızda neredeyse herkesin konuşabildiği bir dildir ve bu yüzden Hintliler en çok İngilizce konuşulan ülkelere göç ediyor. Yani beyin göçünde bu bir etken.

yen; inovasyon ve girişimcilik için uygun ekosistemi sunan ve teşvik eden; belirsizliklerin az olduğu; uzun vadeli planların yapılabildiği; gelecek kaygısı olmadan geleceğe dair hayallerin kurulabildiği huzurlu ve güvenli ülkelere gitmeyi tercih ediyorlar. Bu tür ülkelerin de gelişmiş Batı ülkeleri olduğu hepimizce malum. Baktığımızda, göç eden genç beyinlerin en çok Batı Avrupa (Almanya, İngiltere, Fransa gibi), ABD, İskandinav ülkeleri ve Kanada’yı tercih ettiklerini görüyoruz.

### Türkiye’ye Beyin Göçü

Türkiye’ye beyin göçü olduğu muhakkaktır ama bunun Türkiye’den başka ülkelere beyin göçüne kıyasla çok düşük olduğu da bir gerçektir. Kaldı ki Türkiye’ye gelen beyinlerin büyük bir kısmının Türkiye’yi bir basamak olarak kullanıp nihai hedeflerinin de yine gelişmiş ülkeler olduğu bir başka gerçektir.

Türkiye’ye göç eden nitelikli insan sayısını tespit etmek veya göçenlerin eğitim seviyelerini ortaya çıkarmak istediğimizde buna dair detaylı verilere veya istatistiklere rastlanamamıştır. Daha çok yaş ve cinsiyet gibi veriler yer almaktadır. TÜİK Resmi İstatistik Portalına bağlı eğitim iş gücü veri tabanı sayfasının üretilmesi planlanan istatistikler ve çalışmalar başlığı altında yükseköğretim beyin göçü istatistiklerinin 2025 yılında tamamlanacağı öngörülmektedir (9). Ancak eğitim seviyeleri, nitelik, uzmanlık gibi konularda derinlemesine bir araştırma yapılırsa durumun yukarıda bahsettiğim gibi olduğu görülecektir diye düşünüyorum.

Göç İdaresi Başkanlığının yayınladığı en son rapor 2016 yılına aittir ve orada da sadece muhtelif sebeplerle ikamet izinlerine ilişkin sayılar ve yüzdeler vardır. Bu verilere göre, 2016 yılında Türkiye’deki yabancıların %53’ü kısa dönem ikamet izni ile (244.034) %14’ü aile ikamet izni ile (63.546) %13’ü öğrenci ikamet izni ile (61.116) %12’si çalışma izni ile (56.591) ve %8’i diğer ikamet izinleri ile (35.930) ülkede bulunmuştur. 2016 Yılında İkamet İzni ile Bulunan Yabancıların (Çeşitlerine Göre) toplamı ise 461.217’dir. Görüleceği üzere bu verilerden sağlıklı bir analiz yapmak mümkün değildir (8). Zaten Türkiye’ye gelen göç 2016’dan sonra çok daha hızlı artmıştır.

Türkiye’de yüksek öğrenim gören yabancı uyruklu öğrencilere ilişkin YÖK’ün verileri incelendiğinde, “2016-2017 eğitim-öğretim yılında toplam 103.727 yabancı öğrenci ülkemizde eğitim görmektedir,” denilmektedir ki bu öğrencilerin ne kadarının Türkiye’ye düzenli ve daimi göç eden beyinler olduğu ve ne kadarının mezun olduğu açık değildir. Yüksek öğretimde öğrenim gören yabancı öğrencilerden 15.036 ile Azerbaycan, 14.765 ile Suriye, 10.642 ile Türkmenistan, 6.181 ile İran, 5.316 ile Afganistan, 5.118 ile Irak, 2.264 ile Yunanistan, 2.107 ile Kırgızistan, 2.078 ile Kazakistan, 2.060 ile Libya ilk 10’da başı çekmektedir (10).

2015 yılında Türkiye’de Göç Kayıt Sistemi (GöçNet) devreye girmiştir. Ama burada da daha çok vize, ikamet izni, çalışma izni, giriş yasağı, sınır dışı etme, uluslararası koruma ve geçici koruma gibi işlemlere ait bilgiler yer almaktadır. Yabancı nüfusun adres bilgilerindeki güncellik sorununa ilaveten temel demografik ve hayati olaylara (doğum, ölüm, evlenme, boşanma gibi) ilişkin bilgilerde de eksiklikler olduğu, göçmenlere yönelik verilerin ve istatistiklerin iyileştirilmesi çalışmalarının devam ettiği anlaşılmaktadır.

Türkiye’ye beyin göçü konusunda, Türkiye Cumhuriyeti’nin 10. yılında kendi alanında dünyanın önde gelen yüzlerce Alman bilim insanının Hitler Almanya’sından kaçarak Türkiye’ye göç ettiği 1933 yılını belki de ayrı tutmalıyız. O yıllarda Almanya’da iktidara gelen bir Hitler faşizmi ve Türkiye’de de Kurtuluş Savaşı’ndan yeni çıkmış ve Atatürk’ün önderliğinde ekonomide, eğitimde, sanatta, kültürde, siyasette atılımlar ve reformlar yapmakta olan bir ulus vardır. Genç Cumhuriyet’in o tarihlerde muhtelif bilim insanlarına ve uzmanlara ihtiyacı vardır ve Almanya’dan Türkiye’ye yönelen Yahudi kökenli bu beyin göçü bir boşluğu doldurarak genç Cumhuriyet için önemli bir fırsat sunmuştur. Atatürk’ün 1930’larda başlattığı üniversite reformunun gerçekleştirilmesinde bu beyin göçünün önemli rolü olmuştur. Gelen bilim insanları sadece yeni üniversitelerin kurulmasına değil; ziraat, hayvancılık, bitki örtüsü, yeraltı suları, iktisadi teşekküller ve mimariye kadar uzanan çok geniş alanda yapılan araştırmalara da öncülük etmişlerdir. Bunun haricinde, yeni başkent yapılan Ankara’nın şehir planını ve bu plana



uygun kamu binalarını tasarlamış; pek çok yeni kurum, enstitü ve araştırma laboratuvarının kurulmasında da etkin çalışmalar yapmışlardır (11).

Benim de çevremde sağlık eğitimi alanında Asya ve Orta Doğu'dan kişisel tercih veya ailevi nedenlerle Türkiye'ye göç etmiş, meslek hayatında çok başarılı meslektaş ve tanıdıklarım var. Bunların bazıları gelişmiş batı ülkelerinde eğitim görmüş beyinler olup, uzun yıllardan beridir Türkiye'ye hizmet etmeye devam etmektedirler.

### **Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerde Mevcut Durum**

Beyin göçü konusunda gelişmiş ülkelerdeki durumun ise tersine olduğunu düşünüyorum. Yani bu ülkeler beyin göçü vermek yerine onlarca yıldan beridir daha çok beyin göçü alıyor ki bu göç edenlerin bu ülkelerin bilimsel ve teknolojik olarak gelişiminde de çok katkıları olduğu kanaatindeyim; çünkü bu gelişmiş ülkelerin göç edenleri filtreleyip sadece nitelikli göçmenleri almak gibi bir politikaları var. Ayrıca, nitelikli bireyleri kazanabilmek için fon ayırıyor, başarılı öğrencilere çeşitli burslar sağlayarak ülkelerine yapılacak göçü cazip hâle getiriyorlar.

Gelişmiş ülkeler nitelikli iş gücünü kendi ülkelerine çekebilmek için farklı stratejiler geliştirmiştir. İlk başlarda ihtiyaçlarına göre vasıflı veya vasıfsız eleman alırken zaman içerisinde eğitimini tamamlamış nitelikli iş gücü ithal etmeye başlamışlardır. Geliştirdikleri politikalar ve projeler ülkelerini cazibe merkezi hâline getirme üzerine kurulmuştur. PISA ve TIMMS gibi sınavlar ülkelerin beyin gücü için bir gösterge olurken özellikle gelişmiş ülkeler için bir nevi hedef kitle tespiti işlevi görmektedir. Gelişmiş ülkeler beyin gücü yüksek öğrenci gruplarına çeşitli imkânlar sunarak (burs, isim yapmış üniversitelerde eğitim, çalışma izni vb.) onları çekim alanı içine alma gayretindedirler. Dünyada özellikle ABD ve İngiltere'ye yükseköğrenim (lisans, yüksek lisans, doktora) görmek için giden öğrencilerin yarısından fazlası geri dönmeyerek bu ülkelere yerleşmektedir. ABD'de yaşayan 42 Nobel ödülü sahibi insanın yarısına yakını başka ülke vatandaşı olduğu hâlede, Nobel ödülünü kazandıktan sonra ABD'ye yerleşmiş olmaları, beyin göçü veren ve alan ülkelerin durumlarını özetleyen bariz bir örnektir (7).

ABD, 2. Dünya Savaşı sebebiyle Avrupa üniversitelerinden mezun olanların beyin göçü ile büyük kazanımlar sağlamıştır. Özellikle 1933'te Nazilerin iktidara gelmesinden sonra Almanya ve Avusturya'dan kaçan Yahudi bilim insanlarının çoğu ABD'ye göç etmiştir (8). UNESCO verilerine göre en fazla öğrenci çeken ülkeler sırasıyla ABD, İngiltere, Almanya, Fransa, Avustralya, Japonya, Rusya, İspanya, Belçika, Kanada ve İtalya'dır (7).

1970'li yıllarda Türkiye'den Avrupa'ya göç ile başlayan yurt dışına gidiş, daha sonra nitelikli iş gücü göçüne, son hâliyle de üniversite okumak, doktora ve araştırma yapmak amacıyla çıkışa dönüşmüştür. Yapılan araştırmalar göç eden sayısının her geçen yıl arttığını, 2000'lerin başında 50 bini aştığını, günümüzde ise Türkiye'de üst düzey eğitim alan her 100 kişiden 59'unun yurt dışında yaşadığını ortaya koymuştur (7).

Beyin göçüne somut bir başka örnek olarak kendimi verebilirim. Şahsen ben de önce Hindistan'dan Amerika'ya yüksek lisans yapmaya gittim ama aslında hedefim, kariyerimi orada devam ettirip geleceğimi orada kurmak ve nihayetinde orada kalıp yerleşmekti. Bizim ülkemizde anne ve babalar çocuklarını küçüklükten beri böyle bir hayal ve hedef ile yetiştirirler. Onları hayalleri, çocuklarının büyüdülerinde ya Amerika ya da İngiltere başta olmak üzere gelişmiş bir Batı ülkesine gitmesidir. Nitekim baktığımızda da bu iki ülke başta olmak üzere dünyanın birçok ülkesinde Hintliler vardır. Çoğu gittikleri ülkelerde çok başarılı olmuştur; pek çoğu iş dünyasında pek çok da bilimsel alanda çok önemli mevkilere gelmiş, oldukça önemli başarılarla imza atmışlardır. Ben ayrıca Amerika'nın gelişiminde oraya göçen Hintlilerin ve Çinlilerin çok büyük katkısı olduğunu düşünüyorum zira orada yüksek lisans yaparken bulunduğum üniversitede enstitüye kayıtlı ve yüksek öğrenim gören, araştırma ve proje yapan öğrencilerin büyük çoğunluğu Hintli ve Çinliler ağırlıkta olmak üzere yabancı öğrencilerden oluşuyordu. Diğer üniversitelerde de durum benzerdi. Ayrıca bu Hintli ve Çinli öğrencilerin bir kısmının daha sonra yurtlarına dönerek teknoloji transferi şeklinde kendi ülkelerinin gelişimine de katkı yaptıklarını düşünüyorum.

### **Hindistan'dan Türkiye'ye Bir Beyin Göçü: "Benim Hikâyem"**

Benim Türkiye'ye geliş hikâyem, Amerika'ya devlet bursuyla yüksek lisans yapmaya gelmiş bir Türk ile tanışıp evlenmemle başladı. New York eyaletinin Syracuse şehrinde şimdiki eşim devlet üniversitesinde, ben vakıf üniversitesinde okuyordum fakat aynı kampüsteydik. Eşim devlet burslusu olduğu için mezuniyetten sonra Türkiye'ye dönmek zorundaydı. Dolayısıyla her ikimiz de derecelerimizi alıp Türkiye'ye geldik. Bizimkisi farklı din ve kültürlere sahip iki insanın bir aşk hikâyesi aslında. Amerika'daki hayallerimi ve hedeflerimi bırakıp onun peşinden Türkiye'ye gelmiş oldum. Pişman mıyım? Büyük oranda hayır. Burada genelde mutluyum, iyi bir ailem ve kariyerim var ve hayallerimin bir kısmını gerçekleştirebildim.

Aslında eşimle tanışana kadar Türkiye'yi pek bilmiyordum, tanıımıyordum. Türkiye'yi daha çok Müslüman bir Arap ülkesi gibi düşünüyordum. Dolayısıyla ne umduğum konusunda da pek fikrim yoktu. Fakat pek çok iyi şey bulduğumu söyleyebilirim bu ülkede. Türkiye, 4 mevsimi yaşayan ve doğal güzellikleri olan güzel bir ülke. İnsanları sıcakkanlı, samimi, yardımsever. Özellikle benim geldiğim 90'lı yıllarda yabancılara karşı çok misafirperver ve yardımcı olan, bazı gelişmiş Batı ülkelerinin aksine milliyet ayrımcılığı yapmayan, nispeten modern bir toplum gördüm. Bugüne kadarki kariyerimde de hep bir miktar pozitif ayrımcılık yaşadığımı (eğer bugün gelmiş olsaydım aynı misafirperverlik, yardım ve pozitif ayrımcılıkla son yıllarda niteliksiz çok göç alan bu dönemki Türkiye'de yine de karşılaşır mıydım bilemiyorum) söyleyebilirim. Başlangıçta dini anlamda bir baskı görmediğimi ve kültürel anlamda da biraz zorluk çekmediğimi söylesem yalan olur. Bir de dil meselesi vardı tabii. O yıllarda yabancı dil, özellikle de İngilizce bilen çok az insan vardı. Doğal olarak ben kendim çok kısa zamanda Türkçe öğrenmek zorunda kaldım. Ama sonrasında gerek iş hayatım gerek akademik kariyerim boyunca İngilizce bilmiyor olmam hep bir avantaj oldu.

Dil ve kültür farkına ilişkin bir deneyimi paylaşmam gerekirse; Türkiye'ye gelmemden 6 ay sonra, bir holdingin kırsal küçük bir kasabada bulunan fabrikasında kalite güvence müdürü olarak işe başladım. Çalışmaya başla-

diğim ilk dönemlerde farklı bir kültür ve deneyim karşısında hem ben hem de oradaki meslektaşlarım karşılıklı kültür şoku yaşamıştık ancak her iki tarafın da birbirini tanımak adına gösterdiği ilgi ve gayret, zamanla uzun yıllar sürecektir dostlukları beraberinde getirdi. Tüm bunlar yaptığımız işe olumlu yansımış ve sinerji yaratmıştı. Çalışmaya başladığım fabrikada İngilizce bilen tek kişi ben olduğumdan sayemde bir takım yeni yurt dışı bağlantılar, temalar ve fırsatlar da yaratılmış oldu. Örneğin, kalite güvence sisteminin başında yetkili kişinin Hintli bir kadın olması fabrikanın yurt dışındaki müşterilerle hem daha kolay iletişim sağlamasını hem de kalite konusunda şirkete çok daha güven duyulmasını kolaylaştırmış, sonuçta da ihracatın yüksek seviyelerde artmasını sağlamıştır.

### **Yabancı Dilin Göçe Etkisi**

Bir ülkede yabancı dil veya dillerin konuşuluyor olması o ülkeye göçü kolaylaştırır. Örneğin Hindistan uzun yıllar İngiliz sömürgesinde kaldığı için İngilizce, ülkemizde bilim dili olduğu için sokaktaki ortalama bir insanın bile az çok bilip, günlük yaşamımızda neredeyse herkesin konuşabildiği bir dildir ve bu yüzden Hintliler en çok İngilizce konuşulan ülkelere göç ediyor. Yani beyin göçünde bu bir etken.

Benzer şekilde Türkiye, gerek iş dünyasında gerek akademi ve bilim camiasında başta İngilizce olmak üzere yabancı dil bilen (*özellikle konuşup yazabilen*) insan sayısı çok sınırlı olduğundan, diğer ülkelere gelen beyin göçlerinden fazla yararlanamamıştır.

### **Kültür ve Din Farkının Göçe Etkisi**

Kültür ve din benzerlikleri veya farklılıkları da beyin göçünü etkileyen diğer etmenlerdir. Göç eden beyinlerin benzer veya aynı kültüre ve dine sahip ülkeleri daha çok tercih etmesi doğal ve normaldir. Örneğin Hintliler, İngilizlerden dolayı Batı kültürünü tanıdıkları için özellikle Müslüman olmayanlar öncelikle Amerika ve İngiltere'ye göç etmeyi düşünüyor ve göç ettiklerinde de pek zorluk çekmiyorlar. Müslüman olan Hintliler ise Birleşik Arap Emirlikleri, Kuveyt, Bahreyn, Katar, Umman, Suudi Arabistan gibi hem zengin hem de İngilizcenin konuşulduğu, hem Müslüman hem de İngiliz kültürüne yakın ülkeleri daha çok tercih ediyorlar.

Benim şahsi durumuma gelince; Türkiye'nin aynı zamanda Asya kültürüne sahip bir ülke olması benim kültürel anlamda bu ülkeye adaptasyonumu kolaylaştırmıştır. Dini anlamda ise farklı bir dine mensup olmam başlarda biraz sıkıntı yarattı ve özgürce dinimi yaşayamadım, gizledim çünkü Müslüman bir ülkede Müslüman birisiyle evlendiyse sizin dininizi değiştirmeniz ve o dine tabii olmanız bekleniyor. Ama zaman içinde insanlar sizi tanıdıkça (*özellikle belli bir eğitim seviyesine sahip, dış dünyayı biraz görmüş, farklı kültür ve medeniyetleri biraz tanımış olanlar*) daha kolay kabullenebiliyor.

Hatta zaman içerisinde Hint kültürü ve Hinduizm hakkında daha çok bilgilenme yönünde özellikle akademik camiadan tarafıma talepler oldu. Muhtelif yer ve zamanlarda, farklı akademik platformlarda bu konularda birtakım konuşmalar, sunumlar yaptım. Ve gördüm ki bu tür etkileşim ve faaliyetler, insanların önyargılarını bir nebze de olsa aşmalarını ve farklılıklara daha açık davranmalarını, daha empatik olmalarını sağlıyor.

### **Bir Sağlık Çalışanı Olarak Türkiye'ye Katkıları ve Türkiye'den Kazanımlarım**

Sağlık bilimleri alanında çalışan biri olarak bu ülkeye katkılarımla daha çok bilimsel alanda olmuştur. Beslenme ve gıda ile ilgili konularda yaptığım çalışma ve faaliyetlerin, araştırma ve yayınların, yetiştirdiğim öğrencilerin bu ülkeye katkılarımla değerlendirilebileceğini düşünüyorum.

Ayrıca, iş dünyasında çalıştığım sürede de özellikle kalite güvencesi, ISO 9000 standartları, hijyen, iş etiği, iş sağlığı ve güvenliği, iş disiplini, iletişim gibi ticari faaliyetleri olumlu etkileyen bazı katkılarımla olduğunu söyleyebilirim.

İlaveten hem Amerikan ve İngiliz hem de Hint iş disiplini ve kültürü ile yetişmiş, farklı kültür, medeniyet ve dine mensup birisi olarak, Türkiye'de yaşadığım süre içerisinde tanıştığım ve etkileşimde olduğum insanların farklı iş disiplini, kültür, medeniyet ve dine mensup birisiyle maruziyetini sağladığım ve kültürel ve sosyal anlamda da bu ülkeye olumlu etkiler yaptığım kanaatindeyim.

Bu ülkeden kazanımlarım ise, öncelikle iyi bir eş, aile, arkadaşlıklar, dostluklar, sonra iyi bir iş ve kariyer ile birlikte farklı bir din ve kültüre maruz kalmam ve İslam kültürünün yoğun yaşandığı Türkiye gibi bir ülkeyi yakından tanımış olmamdır ki bunun benim de gelişimime katkıları olmuştur, özellikle Müslümanlara ilişkin bazı önyargılarımı kırmıştır; çünkü hem Hindistan'da Müslüman bir çoğunluk vardır hem de komşularımız olan Pakistan ve Bangladeş Müslüman ülkelerdir ki tarihsel olarak Hindu Müslüman çatışmaları yaşadığımız için biz Hindular bunlara mesafeliyizdir. Dolayısıyla, kendimi Türkiye'de medeniyetler buluşmasının bir temsilcisi ve barış elçisi gibi görüyorum.

### **Sağlıkta Ülkelere Farklı Eğitim ve Uygulamalar**

Sağlık bilimleri alanlarında farklı ülkelerde farklı uygulamalar var. Hatta bu konuyla alakalı bizim yürüttüğümüz bir AB projesi oldu ve bu proje sayesinde Türkiye'ye farklı ülkelere göç etmiş insanlar üzerinde araştırma yapma imkânı da bulduk. Projenin konusu ve kapsamı, özetle farklı din ve kültüre sahip ülkelere göç eden hastalara kültürlerarası tedavi verilmesi, yani onların kültür ve inanışlarını gözeten, farkındalığı yüksek daha duyarlı bir tedavi uygulanması idi. Bu proje sayesinde, sağlıkta tedavi uygulamalarında kültür ve din farklılığının somut etkilerini gördük. Örneğin, Suriye'den göçen bir kadın hasta, erkek doktora muayene olmakta direnç gösteriyor ve kadın doktor istiyordu.

Yine, gelişmiş Batı ülkeleri ile Türkiye arasında da eğitim ve uygulamalarda bazı farklılıklar var. Örneğin, Batı ülkelerinde ölümcül bir hastaya hastalık hakkında direkt olarak bilgi verilebilirken Türkiye'de daha duyarlı davranılarak hastanın yaşayabileceği travma dikkate alınır ve yakın akraba veya aile bireylerine bilgi verilmesi tercih edilir.

Bir başka örnek: Türkiye ile Batı ülkeleri arasında her ne kadar müfredatlar benzer ise de eğitim verme şekli biraz farklılık arz etmektedir; şöyle ki bizde daha çok geleneksel öğretim, yani öğreticinin ön planda olup tek taraflı bilgi aktarımı takip edilirken, batılı ülkelere proje tabanlı ve interaktif bir öğretim yolu izlenmektedir.



Bu konuyla yakından ilgili olarak bir başka AB projesini hâlen yürütmekteyiz ve projemiz Orta Asya'daki bazı Türk Cumhuriyetlerini de kapsamaktadır. Projemizin konusu, bu ülkelerde beslenme ve diyetetik alanında eğitim ve araştırma kapasitesini geliştirmek; kapsamı ise özetle sağlık bilimlerinde beslenme ve diyetetik alanında müfredat geliştirmek.

### **Tersine Göç İçin Öneriler ve Gelecekte Olması Gereken Duruma Yönelik Temenniler**

Benim genel kanaatim odur ki Türkiye'ye tersine göçü başlatmanın en basit ve en ekonomik yolu somut olarak öncelikle ülke yönetimindeki en tepe yönetici(ler)imiz tarafından yargı ve adaletin bağımsız olduğuna; hukukun üstünlüğüne, demokrasi ve insan haklarına ve kişisel, dini, fikri hak ve özgürlüklere bağlı olduğumuza; laikliği/sekülerizmi, akli ve biliminin hâkim olduğu, devlet yönetiminde liyakati tesis edeceğimize gençleri inandırmaktır. Bunları yapmazsak, başta siyasi ve ekonomik koşulları düzeltmezsek, beyin göçünü önleyemeyiz, genç beyinleri ülkede tutamayız. Dolayısıyla, inovasyon ve katma değerli girişimcilikte yeterli atılımı yapamaz, gerekli ekosistemi oluşturamaz ve bu yönde verilen devlet desteklerinden de yeterli verimi alamayız.

Tersine beyin göçü başlatmak için belki de AR-GE ve teknolojik inovasyon ekosistemi kurmak gibi büyük yatırımlar yapmak gerektiği düşünülüyor. Ama aslında bunları uzun vadede yapmak gerekmektedir, yukarıda da biraz değindiğim gibi önce adalet, hukuk, demokrasi, özgürlük ve liyakat alanlarında ülkemizi geliştirmemiz gerekli ve yeterli diye düşünüyorum. Öncelikle bunları sağlayabilirsek, eminim ki birçok genç beyin tersine göç edecektir. Gerisi, ekonomi başta olmak üzere zaten uzun vadede gelişecektir.

### **Kaynaklar**

- 1) <https://www.indyturk.com/node/427486/haber/d%C3%Bcnyan%C4%B1n-118-%C3%Bclkesinin-728-kentine-g%C3%B6%C3%A7-eden-3-bin-523-t%C3%Bcrkiyeli-gen%C3%A7-neden>. (Erişim tarihi: 13.07.2023)
- 2) <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Uluslararası-Goc-Istatistikleri-2021-45814>. (Erişim tarihi: 14.07.2023)
- 3) <https://www.marketingturkiye.com.tr/soylesiler/onlar-goctu-buradan/>. (Erişim tarihi: 13.07.2023)
- 4) <https://www.dogrulukpayi.com/bulten/turkiye-nin-beyin-gocu>. (Erişim tarihi: 14.07.2023)
- 5) <https://medyascope.tv/2022/01/22/beyin-gocu-hikayeleri-turkiye-kaybetti-abd-avrupa-kazandi-diyen-gencler-ne-demek-istiyor/>. (Erişim tarihi: 13.07.2023)
- 6) <https://www.kas.de/tr/web/tuerkei/einzeltitel/-/content/tuerkiye-genclik-arast-rmasi-2021>. Erişim Tarihi: 14.07.2023
- 7) Özdemir, A., & İlhan, A. (2021). Beyin göçü:

*öğrencileri yurt dışı eğitime yönlendiren sebepler bağlamında nitel bir araştırma. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 20(42), 1159-1186. doi:10.46928/iticusbe.804014. https://dergipark.org.tr/en/pub/iticusbe/article/804014. (Erişim Tarihi: 19.07.2023)*

8) <https://www.tuicakademi.org/2015ten-gunumuze-beyin-gocu-turkiye-birlesik-krallik-omegli/>. (Erişim Tarihi: 19.07.2023)

9) <https://www.resmiiistatistik.gov.tr/detail/subject/uluslararası-goc-istatistikleri/>. (Erişim Tarihi: 19.07.2023)

10) T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün 2016 Türkiye Göç Raporu. Yayın No: 40, Nisan 2017.

11) <https://www.politikyol.com/bir-zamanlar-almanyadan-turkiyeye-beyin-gocu-vardi-desem/>. (Erişim Tarihi: 17.07.2023)

# Bir tersine göç hikâyesi

**Prof. Dr. Süleyman Yıldırım**



Karabük'te doğdu. 1994 yılında Hacettepe Üniversitesi Gıda Mühendisliği Bölümünden mezun oldu ve eğitimine ABD'de devam etti. Iowa Eyalet Üniversitesinde genetiği değiştirilmiş mısır üzerine yüksek lisans tezi bitirdi. Kısa süre Abbott Laboratuvarlarında çalıştıktan sonra Patojen bakterilerin genomik ve genetik analizleri üzerine Kuzey Karolina Eyalet Üniversitesinde doktora yaptı. Yale Tıp Fakültesi, Connecticut Tıp Fakültesi, Illinois Eyalet Üniversitesi, J. Craig Venter Enstitüsü ve Amerikan ordusuna bağlı araştırma kurumunda insan ve hayvanların mikrobiyomu üzerine 8 yıl süreyle araştırmalar yaptıktan sonra 2014 yılında İstanbul Medipol Üniversitesine döndü. Hâlen Medipol'de Uluslararası Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Bölümünde insan mikrobiyomu üzerine araştırmalarına devam etmektedir.

Yirmi beş yaşlarında gittiğim Amerika Birleşik Devletleri'nde önde gelen beş üniversitede ve diğer araştırma kurumlarında eğitim/araştırma tecrübesi edininip yaklaşık yirmi yıl sonra ülkeme kesin dönüş yaptım. Döndüğüm ilk yıllarda hemen her meslekte tanıştıkları bana şaşkın ve heyecanlı bir edayla ilk sordukları soru "neden döndün hocam?" oluyordu. Hani elimden büyük bir fırsatı kaçırmışım, "dönmekle ne büyük akılsızlık etmişim, ah ne büyük talihsizlikti yaptığım!"

Beyin göçünün arka planındaki kolektif psikoloji ve eğilimler, beyin göçünün sosyal, ekonomik ve kültürel nedenleri tezlere konu olmuştur (1-4). Ayrıca ülkemizle sınırlı olmayan bir konu olduğundan çeşitli kuram ve modellerle beyin göçünün "itici ve çekici" faktörleri açıklanmaya çalışılmış (5), Birleşmiş Milletler bünyesindeki UNESCO araştırmalarına konu olmuş (6-7) ve Avrupa Birliği komisyonlarının raporlarında yerini bulan (8) çok yönlü araştırılmış çok eski bir sorundur. Bu yüzden bu yazıdaki amacım çok bilinen bir konuyla ilgili kapsamlı literatür taraması yapıp konuyu özetlemek değil. Aksine dokuz yıl önce döndüğüm ülkemizin araştırma ekosisteminde tecrübe ettiklerimi ve gözlemlerimi sübjektif bakış açısıyla okuyucuyla paylaşmak istiyorum. Umulur ki bazı tecrübelerim Biyoloji ve Sağlık alanlarında tersine beyin göçüyle gelenlerin yaşadığı zorlukları ve tekrardan gerisin geriye ülkeden ayrılmalarındaki nedenlere kısmen de olsa ışık tutar. Zülf-ü yare dokunursak şimdiden affola.

**Diploma denkliği ve doçentlik sınavı:** Ailevi nedenlerle ülkemize geri dönmeye karar verdiğimde önce diploma denkliği ve doçentlik sınavı engelleri ile karşılaştım. Diploma denkliğini alıp doçentlik sınavına başvurmak için en az altı ay beklemek zorunda kaldım zira bir sürü belge istenmesi yanında geciken dosya işlemlerini yerinde takip etmem imkânsızdı. Neyse ki ülkeye benden erken dönmüş hocalarımız yardıma yetişti de işlemleri takip ettirip denkliği alarak doçentliğe başvurumu yapabiliştim. Diploma denkliğini alabilmek o kadar ağır bürokratik engel ki ülkeye geri dönmek isteyen akademisyenlere daha ilk adımda bıkırtıcı etkisine çok şahit oldum. Özellikle ülkemizde çalışan yabancı uyruklu hocalarımızın arşivlerinde bile bulmakta zorluk çekecekleri evrakların istenmesini anlamakta güçlük çekiyorlar. Tamam devletin güvenliği söz konusu ise kısmen anlaşılır ama hiç mi kolaylaştırıcı ve hızlandırıcı düzenleme yapılamaz?

Doçentlik sınavına gelince çalıştığım bilimsel konular ve yayınlarım bakımından doçentlik bilim alanına Tıp Fakültesi alt alanlarından Bakterioloji'den başvuru yapmam gerekti. Doçentlik sınavı için yurda döndüğümde sınava giren jüri üyelerinden biri bana doğrudan "Tamam bilimsel çalışmaların ve tecrüben iyi ama sen Tıp Fakültesi mezunu değilsin seni sınavda geçiremem" demesi (sınavdaki başarıma rağmen dediğini de yapması!) bana dejavu etkisi yapmıştı. Yıllar sonra ülkemizde kök salmış ideolojik çekişmeleri ya da meslek grupları arası kolektif yararı önleyen çekişmeleri hatırlamıştım.

Demek ki ülkemde onlarca yıl geçse bile değişen bir şey olmamıştı! Birbiriy-le çekişerek toplumsal yarara bu kadar zarar veren başka milletler var mıdır acaba? Hâlbuki Amerika'da önde gelen iki Tıp Fakültesinde araştırmalar yapıp iki tanesinde öğretim üyeliği için mülakatlara çağrıldığımda çalıştığım bilimsel konulardan ve akademik tecrübemden başka sorular sorulmamıştı. Bizdeki sabit fikirli bakış açısının evrilmesi için daha ne kadar bekleyeceğiz bilmiyorum. Ülkemizde böyle kısır çekişmelerin devam etmesi bende daha ülkeme dönmeden endişeye neden olmuştu. Gerçekten de döndükten sonraki yıllarda ülkemizdeki bu tür kısır çekişmeler yüzünden geldikleri ülkeye gerisin geriye dönen akademisyenler biliyorum zira bilimsel proje değerlendirmelerinde bile bu perde arkası çekişmeler proje önerisinin düşük not almasına neden olabiliyor.

**Bilimsel ekosistemimizin zorlukları:** İşe başladıktan sonra dışarıdan finansal destek arayan proje önerileri geliştirdik. Yazdığımız projelerin yarısından fazlası reddedildi. Desteklenen projelerimizin hedeflerini tutturmakta tahmin ötesi sınamalar tecrübe ettik. Üstelik proje çıktılarında en önemlisi olan makale yayın ücretlerini ödemek başlı başına bir sorun olarak karşımıza çıktı ama neyseki çalıştığımız üniversitenin bu konuda cömert desteği oldu. Biyoloji ve sağlık alanında destek veren kurum sayısı zaten çok çok kısıtlıyken destek aldıktan sonra karşılaşılan sıkıntılar gelişmiş ülkelerden gelmiş araştırmacılar için motivasyonu azaltan en önde gelen faktörlerden biri. Nedir bunlar?



Öncelikle kolektif yararı düşünmeyen, bencil veya ideolojik kısır çekişmelerin proje önerisini değerlendiren panellerde satır aralarında görülmesi. İkincisi Biyoloji alanlarında finansal desteklerin oldukça kısıtlı olduğu ülkemizde oynak döviz kurlarının bütçeyi kemirgen gibi yiyip bitirmesi (düzeltme istendiğinde çoğu zaman kurum hissesine atıf yapılması!). Bu yetmez gibi (kalburüstü seçkin üniversiteler hariç) projelerde yetiştirilecek motivasyonu yüksek öğrenci ve postdoktorların hele İstanbul gibi bir şehirde bulmanın zorlukları.

Bunlar bir yana Biyoloji ile ilgili alanlarda tersine beyin göçü ile dönen araştırmacıları olumsuz etkileyen belki de en sırnaşık engel kanaatimce şudur: Islak laboratuvarlarda kullanılan sarf ve kitlerin ithalatını yapan şirketlerin kanun boşlukları nedeniyle keyfi ve sorumsuz davranışlarıyla siparişleri ancak aylar sonra elimize ulaştırması. Bunun neticesinde geciken deneyler ve tabii geç kalınan makaleler oluyor. Aklın yolu bir olunca bilimsel dünyada rekabetçi olabilmek için proje desteğinden bilimsel çıktılara (makale, patent, ticarileşme vs.) kadar giden yollardaki engellerin kaldırılması kritik önemdedir. Üstelik it-

halat vergisiyle sarfin zaten küçük bütçeli projede gelişmiş ülkelere kıyasla 3-5 kat daha pahalı olması da rekabeti köstekleyen faktörlerden biri. En basitinden raf ömrü belki bir sene bile olan genomik DNA izolasyon kitini bile siparişten en erken 2 ay muhtemelen 3-4 ay sonra ulaşması sipariş planlarında hata yapan araştırmacıları fazlasıyla cezalandırır. İnanıyorum ki her şey bir yana sadece bu müzmin sorunun bile çözülmesi Biyoloji ve Sağlık alanlarındaki araştırmacıları çok rahatlatacaktır.

Bir başka önemli konu Biyoloji araştırmalarında ekonomiye katkı yapacak çıktıların bir iki projeye olmasının beklenmesi. Biyolojik araştırmalar savunma sanayii ve mühendislikteki projelerdeki gibi göreceli olarak hızlı çıktı odaklı olmayıp bazı biyolojik sorunları çözmek bazen uzun yıllar temel bilim çalışmalarını gerektirir. Örneğin; pandemi döneminde enfeksiyon başlamadan aşı çalışmalarının devam ediyor olması pandeminin yol açtığı toplumsal ve ekonomik sorunları yönetmek için kritik önemde olduğu anlaşıldı. Eğer belki yıllar alacak aşı çalışmaları desteklenmezse bir sonraki pandemide yine gelişmiş ülkelere aşı gelmesini bekleriz.

Akademisyenlerin mali durumları düzeltilmeli: Son birkaç yıldır binlerce klinisyen ve akademisyenin gelişmiş ülkelere giden göç kervanına katılmasının en temel sebeplerinin başında elbetteki kimseye sır olmayan gelirlerin enflasyonla azalması gelmektedir. Özellikle İstanbul başta olmak üzere büyük şehirlerde yaşayan ve henüz evi olmadığı için kirada oturan akademisyenlerin ve postdoktor gibi araştırmacıların kiralalarının ödenmesi ve maaşların enflasyon oranında her ay düzenlenmesi beyin göçünü yavaşlatacak bir çözüm olabilir.

**Ekonomik zorluklar:** Ülkemizde ekonomik zorluklar darbe teşebbüsü, pandemi ve seçimlerdeki gevşek politikalar nedeniyle fazlasıyla arttığı ortamda sabit gelirlili akademisyenlerde bundan nasibini alıyor. Ancak en azından son on yılda akademisyen maaşları asgari ücretten halliçe seviyeye düşmesi (9) tersine beyin göçü ile gelen ya da diğer akademisyenlerin tekrardan yurtdışına çıkmalarına neden oluyor. Kendimden örnek vereyim: 2014 yılında Doçent olarak ise başladığım "100 TL" lık maaşım dokuz yıl sonra kıdemli Profesör olmama rağmen enflasyonun aşındırıcı etkisiyle 62 TL'ye düştüğünü görmek, ekonomik bakımdan bırakın refah payını aslı ihtiyaçlarını karşılayamaz hale düşürülmek yurtdışı alternatifleri aramak için başlı başına yeterli bir sebep. Enflasyonun arkasına saklanıp bırakın kıdem ve yönetici promosyonunu aksine maaşların azaltılması herhalde bizim kültürümüze özgün bir inovasyon olsa gerek! Yetmiş hekimleriminde beyin göçü kervanına katılması tesadüf değil elbette. Dünya genelinde Medikal beyin göçü olduğu kadar genelde iyi eğitilmiş insanların gelişmiş ülkelere göç etmesi göç edilen ülkenin ekonomik şartları ile ve beyin kazanımını teşvik eden politikalarıyla çok güçlü korelasyonu bulunmaktadır (10).

## Sonuç ve Öneriler

1) Akademisyenlerin mali durumları düzeltilmeli: Son birkaç yıldır binlerce klinisyen ve akademisyenin gelişmiş ülkelere giden göç kervanına katılmasının en temel sebeplerinin başında elbetteki kimseye sır olmayan gelirlerin enflasyon ve kira artışlarına kıyasla çok gerilerde kalması gelmektedir. Araştırma yapan akademisyenlere ek ödemelerin yapılması, akademisyenleri araştırma/ders yükü oranına göre maaşlarının düzeltilmesi araştırma yapmayı özendirir.

2) Araştırma ekosisteminde bilimsel dünya ile rekabetin önündeki engeller kaldırılmalı: Biyolojik çalışmalarda tüm dünya ile rekabet etmeyi kolaylaştıracak eko sistem oluşturulmazsa patent ve ticarileşmeye giden yolda fırsatları yakalamak imkansızdır. Belki de en çabuk sonuç alınacak işlerin başında daha önce de bahsettiğimiz gibi biyolojik deneylerde kullanılan kit ve sarfin vergiden bağımsız ve hızlandırılmış (ve belki aradaki firmaları da kaldı-

rip doğrudan) ithalatına izin verilmesi gelmektedir. Kendi projelerimizde ithalattaki aylarca süren gecikmeleri ve firmalara göre değişen keyfi fiyat farkını defalarca tecrübe ettiğimiz gibi hemen her biyoloji alanında çalışan araştırmacılar bu sorunla başbaşa kalmış durumdadır. Bu engellerin biyolojik çalışmalarda bizim araştırmacılarımızı rekabet edemez hâle getirdiği çok açık. Bir örnek vereyim; önümüzdeki on yılda belki milyonlarca insanın ölümüne neden olacak antibiyotik direncine yönelik çözümler için temel bilim çalışmalarını düşünün. Çok dirençli patojenlere karşı yeni antibiyotiklerin keşfini hızla yapıp patentini alan ülkeler bu ilacı ticarileştirme hakkını elde eder. Bu konuda çalışan bizim araştırmacılarımız ise yeni antibiyotik ilacına götüreceği çalışmalarda sarf ithalatı, proje desteklerinin yetersizliği/ gecikmesi, vs gibi engellerle mücadele ederken rekabette geri kaldığında patent fırsatı kaçar.

3) Diğer kritik engel ıslak laboratuvar ve veri analizleri yapacak araştırmacıları (doktora öğrencisi/postdoktor) bulmanın zorluğu. Postdoktor kavramı bile ülkemizde ben ülkeye döndükten sonra son on yıldır yeni yerleşmeye ve destek görmeye başladı. Bazı kritik projeler için ulusal veya uluslararası başarılı postdoktor istihdamı için geliri yüksek prestijli burslar (fellowship) kaynağı ayrılması isabetli olur. Son birkaç yıldır TÜBİTAK 2232 gibi tersine beyin göçünü destekleyen yıldız araştırmacı programlarında bu tür teşvikler oluşturuldu. Bunların devam etmesi ve bu araştırma gruplarında karşılaştığı engellerin çözümü içinde ayrıca takip ve destek verilmesi düşünülmelidir zira yıllarca yurtdışında yaşayan araştırmacının ulusal ekosisteme adaptasyonu zaman almaktadır.

4) Biyoloji ve sağlık araştırmalarının uzun soluklu temel bilimler üzerine inşa edildiği anlaşılması gerekir. Politika yapıcılarının biyolojik araştırmaların uzun soluklu çalışmalar olduğunu idrak etmesi ve sabırla ve ısrarla desteklemesi beklenir. Bir iki projeye masaya ticarileşmiş kit getirmek çoğu zaman bu alanda imkansızdır. Ancak örneğin milli ilaç ve aşı üretimini düşünen yüksek toplum sağlığı ve ülke bekasının ilgilendiren araştırmaların sabırla desteklenmesinin önemi politikacılara net anlatılması gerekir.

5) Yurt dışındaki akademisyenlere uzaktan çalışma fırsatı verilmeli: Son olarak yurt dışında yaşayan veya gerisin geriye dönen akademisyenlerden bazılarının isterlerse ülkemizde uzaktan yönetebilecekleri araştırma grupları kurması desteklenmesine yönelik politikalar geliştirilmelidir. İsrail buna güzel bir örnektir. Amerika'daki önde gelen yahudi bilim insanlarının İsrail'de yerleşik araştırma kurumları ile güçlü bağları ve aktif doğrudan veya ortak çalışmalar yapmaktadır.

Son 20 yılda millî ve yerli teknolojiler ve ürünlerin geliştirilmesi savunma sanayiinde hepimizi sevindiren atılımlar yapıldı. Ancak benzer başarıları biyoloji/biyoteknoloji alanında yakalayabilmek için daha sabırlı ama bu alana özgü iş ve destek modelleri geliştirip yukarıda bahsedilen bilimsel ekosistemin oluşmasının önündeki engellerin kaldırılması ile mümkün olabilir.

## Kaynaklar

1. Uyaroglu, N., 2003. <http://nek.istanbul.edu.tr:4444/ekos/TEZ/38575.pdf> (Erişim Tarihi: 12.08.2023).
2. Sagirli, M., 2006. *Doktora Tezi* <http://nek.istanbul.edu.tr:4444/ekos/TEZ/41253.pdf> (Erişim Tarihi: 12.08.2023).
3. Dulger, S., 2015. *Yüksek Lisans Tezi*. [https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=7mUjnAscH4qC80SaQ2\\_uOA&no=D91zkE5xsvprjti3UykFw](https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=7mUjnAscH4qC80SaQ2_uOA&no=D91zkE5xsvprjti3UykFw) (Erişim Tarihi: 12.08.2023).
4. Coban, E., 2019. *Yüksek Lisans Tezi*, [https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=9zugxDu9tDN\\_vFN6ectcqq&no=pWINGbHa6tORr8NFQELd3Q](https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=9zugxDu9tDN_vFN6ectcqq&no=pWINGbHa6tORr8NFQELd3Q) (Erişim Tarihi: 12.08.2023).
5. Aytaç, S., & Aydın, G. Çetin. (2019). *Analysis of the Effects of Pull and Push Factors on Brain Drain: An Example of Turkey*. *Journal of Social Economics Research*, 6(2), 74–84. <https://doi.org/10.18488/journal.35.2019.62.74.84>
6. Bhagwati, J., 1976. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000019896> (Erişim Tarihi: 12.08.2023).
7. Cavallini, vd., 2018. *Addressing brain drain: The local and regional dimension*. *European Committee of the Regions*. <https://cor.europa.eu/en/engage/studies/Documents/addressing-brain-drain/addressing-brain-drain.pdf> (Erişim Tarihi: 12.08.2023).
8. Freitas, vd., 2012. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf00000218151> (Erişim Tarihi: 12.08.2023).
9. *Asgari ücrette göre Akademisyen maaşları*" <https://tr.euronews.com/2023/07/06/akademisyen-maaslari-aclik-siniri-ve-asgari-ucrete-gore-nasil-degisti> (Erişim Tarihi: 12.08.2023)
10. Adovar vd., 2021. *Medical brain drain: How many, where and why?* *J. Health Economics*. 76:102409



# Hayata güzel başlangıç

Sağlıklı ve konforlu bir doğum için her şey burada...

Uzmanlığımızla sizin ve bebeğinizin her zaman yanındayız.



Kuruluşumuz,  
Akademik Tıp Merkezi  
Hastanesi olarak  
JCI tarafından  
akredite edilmiştir.



**MEDİPOL**  
**BAHÇELİEVLER**  
MEDİPOL BAHÇELİEVLER HASTANESİ

# Sağlık alanında beyin göçü ve yönetişimi

**Prof. Dr. Osman Hayran**



İzmir Maarif Koleji, Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra aynı üniversitede Halk Sağlığı ihtisası yaptı. Zorunlu hizmetini Kocaeli Sağlık Müdürlüğü'nde tamamladı. 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalına geçti ve aynı yıl Halk Sağlığı doçenti, 1994 yılında da profesörü oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nce Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisinin Direktörlüğünü yaptıktan sonra 1995 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'ni kurmak üzere Dekan olarak görevlendirildi. Dekanlık görevini 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesine geçen Hayran, Yeditepe Üniversitesi'nde Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Hayran, hâlen Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

Yetişmiş nitelikli insan gücünün genellikle az gelişmiş yoksul ülkelerden gelişmiş zengin ülkelere göç etmesine beyin göçü denilmektedir. Bu göç türü iltica, sığınma, zorunlu göç gibi türlerden farklı özelliklere ve sonuçlara sahip olduğu için uluslararası terminolojide "beyin boşalması", "beyin kazancı" veya "insan sermayesi kaçışı" anlamına gelen kavramlarla da ifade edilebilmektedir.

Beyin göçü özellikle bilim, teknoloji ve sağlık hizmetleri alanında önemli bir sorundur. Bu olgu sonucunda göçün hedefi olan gelişmiş zengin ülkeler yetişmiş nitelikli sağlık insan gücünü minimum maliyetle artırmakta iken göçün kaynağı olan az gelişmiş yoksul ülkeler önemli şekilde insan sermayesi kaybına uğramakta ve aradaki fark adaletsiz biçimde açılmaktadır. Ortaya çıkan dengesizlik ve eşitsizlik sadece kaynak kaybına uğrayan ülkeleri değil tüm ülkelerdeki kamusal sağlık sistemlerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Sağlık çalışanı sayısının yetersizliği ve dağılımının dengesizliği, önemi giderek artmakta olan kronik bir sorundur. Gerekli önlemler alınmadığı takdirde küresel düzeyde sağlık insan gücü açığının 2030 yılında 15 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (1). Bu açık önemlidir çünkü sağlık insan gücünün sayısı ile temel sağlık gösterge-

leri arasında pozitif yönde korelasyon bulunmaktadır. Örneğin 2017 yılında yapılan ve 208 ülkeyi kapsayan bir çalışmaya göre 1000 kişiye düşen hekim sayısının artışına paralel olarak anne-ölüm oranı, neonatal ölüm hızı ve 5-yaş altı ölüm hızında önemli şekilde azalış olduğu görülmektedir (2).

Sayısal yetersizliğin yanı sıra sağlık insan gücünün dağılımının dengesizliği sorunun daha önemli bir boyutunu oluşturmaktadır. Dağılım dengesizliği hem uluslararası hem de ulusal düzeylerde ciddi bir sorundur. Dünya Sağlık Örgütü'nün bu konuda hazırladığı 2006 raporuna göre küresel hastalık yükünün %20'sinin bulunduğu Avrupa ve Kuzey Amerika ülkeleri küresel sağlık insan gücünün %65'ine sahip iken, hastalık yükünün %24'üne sahip olan Afrika bu gücün sadece %3'ünden yararlanabilmektedir (3). Bu dengesizlik gelişmiş ülkelerin daha çok insan gücü yetiştirmesinin sonucu olmaktan ziyade diğer ülkelerden göç eden insan gücünün bir sonucudur. Nitekim OECD ülkelerinde 2000 yılında 415.936 olan yurt dışı doğumlu hekim sayısının 2015 yılında %50 artışla 716.432'ye yükseldiği görülmektedir (4).

Dağılım dengesizliği sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Dünyada 5 milyardan fazla insanın ihtiyaç duyduklarını cerrahi müdahalelere zamanında ya da hiç erişe-

medikleri tahmin edilmekte, küresel nüfusun %48'ini oluşturan az ve orta gelir düzeyindeki ülkelerin cerrahların %19'una, anesteziistlerin %15'ine sahip olduğu dikkati çekmektedir (5, 6). Yoksul ülkelerden zengin ülkelere doğru sürmekte olan göçe ek olarak yoksul ya da zengin tüm ülkelerde özellikle hekimlerin hizmete ihtiyacı daha fazla olan kırsal kesimler yerine ülkelerin gelişmiş kentsel kesimlerinde yoğunlaştığı da eskiden beri var olan bir gerçektir. Gerek ülkeler içinde gerek ülkeler arasında sağlık insan gücü ve beyin göçünün yönetimi için alınan göçü engelleme, dağılımı dengeleme amaçlı, sınırlayıcı veya zorlayıcı önlemlerin sanıldığı kadar etkili olmadığı görülmektedir. Örneğin, ülkemizdeki çalışma koşulları nedeniyle başka ülkelere göç eden hekim sayısı her geçen yıl artmakta, hekim dağılımını dengeleme amaçlı zorunlu hizmet uygulamalarına rağmen dengesizlik hala sürmektedir. Son dönemlerde artan yurtdışına gidişleri engellemek için çözüm üretmek yerine "giderlerse gitsinler" yaklaşımında bulunmanın da çok sakıncalı olduğu görülmektedir. Tüm bu nedenlerle sağlık alanındaki beyin göçü sorununun çözümüne gerek ulusal gerekse uluslararası düzeyde yönetim yerine yönetişim anlayışı ile yaklaşılması ve önlem alınması gerekmektedir. Yönetişim konusuna geçmeden önce sağlık alanındaki beyin göçünün nedenlerine ve dinamiklerine kısaca değinmek gerekir.





### **Yetiştirilmiş Beyinler Neden Göç Ediyor?**

Diğer göçler gibi beyin göçü de genellikle az gelişmiş yoksul ülkelere doğru olmakla birlikte onu farklı kılan kabaca iki önemli özellik bulunmaktadır. Bunlardan birisi göçün kaynağı olan ülkelerdeki nedenleri diğeri ise hedefi olan ülkelerdeki kabul durumu ile ilgilidir. Diğer tüm göç hareketleri güvenlik, açlık, barınma gibi temel insan ihtiyaçlarının karşılanması amaçlı çeşitli zorunluluklardan kaynaklanmakta iken beyin göçünde yaşam ve çalışma standartlarını geliştirme arzusu, daha iyi bir ortama kavuşma güdüsü gibi ihtiyaçlar hiyerarşisinin daha üst basamaklarında yer alan etkenler rol oynamaktadır (7). Bir başka farklılık olarak, diğer göç türlerinin göçün hedefi olan ülkeler tarafından arzu edilmeyen, kabul görmeyen olgular olmasına karşın beyin göçünde durum tersinedir ve göç kaynak ülkelerce arzu edilmeyen bir durumdur.

Sağlık alanı beyin göçünün en belirgin ve yaygın olduğu alandır. Yeni olmayan bu olgunun dinamiklerine bakıldığında daha uzun süre devam edeceği ve ortadan kalkmasının çok zor olaca-

ğı anlaşılmaktadır. Zengin ülkelerdeki yüksek ücretler ve yaşlanan toplum yapısı nedeniyle artan ihtiyaçlar sağlık insan gücü için “çekici” güçleri, yoksul ülkelerdeki kötü çalışma koşulları, kaynak yetersizlikleri ise “itici” güçleri oluşturmaktadır (8). Demografik değişim sonucu özellikle gelişmiş zengin ülkelerde doğumda yaşam beklentisi her geçen yıl yükselmekte, buna bağlı olarak yaşlı nüfus ve bu nüfusun sağlık hizmeti ihtiyaçları artmaktadır. Sağlık ve sosyal güvenlik alt yapıları gelişmiş olan bu ülkeler ihtiyaç duydukları sağlık çalışanlarına dolgun ücretlerle uygun çalışma ortamları sunabilmekte bu da sağlık alanını çalışanlar için cazip hâle getirmektedir.

Az gelişmiş yoksul ülkelerde ise çalışma ortamları sağlık çalışanları için maddi ve manevi yetersizliklerle doludur. Araç-gereç, teknoloji, alt yapı eksikliklerine ek olarak kendini geliştirme, sürekli eğitim desteği, bilimsel çalışma-araştırma yapma, kariyer planlama konularında ciddi yetersizlikler söz konusudur. Çok uzun süren eğitim süreçlerinden geçip tamamen özveriye dayanan yıpratıcı meslekleri icra etmek durumunda olan sağlık çalışanlarının tatminkâr bir ücret ve düzgün çalışma koşulları beklmeleri en do-

Beyin göçü özellikle bilim, teknoloji ve sağlık hizmetleri alanında önemli bir sorundur. Bu olgu sonucunda göçün hedefi olan gelişmiş zengin ülkeler yetiştirilmiş nitelikli sağlık insan gücünü minimum maliyetle artırmakta iken göçün kaynağı olan az gelişmiş yoksul ülkeler önemli şekilde insan sermayesi kaybına uğramakta ve aradaki fark adaletsiz biçimde açılmaktadır. Ortaya çıkan dengesizlik ve eşitsizlik sadece kaynak kaybına uğrayan ülkeleri değil tüm ülkelerdeki kamusal sağlık sistemlerini olumsuz yönde etkilemektedir.

ğal hakları iken bunların sağlanamaması hayal kırıcı olmaktadır. Bunların sağlanamamasına ek olarak özellikle bilimsel araştırma, proje ve yayınlarla ilgili yetersizliklerin de bulunması bilgi ve teknoloji geliştirecek güçlü beyinler için ortamdaki uzaklaştırıcı, itici rol oynamaktadır. Örneğin, sağlık konularında uluslararası araştırma ve proje fonlayan kuruluşlar genellikle gelişmiş zengin ülkelerin denetimi altındadır ve kendi ülkesinde finansal destekleri yetersiz olan az gelişmiş yoksul ülke araştırmacıları için bu fonlar erişilmesi çok zor kaynaklardır. Proje yazım kuralları, iş birliği ilkeleri, katılım koşulları gibi konularda var olan çeşitli engellere ek olarak proje önerilerinin kabul kriterleri konusunda da güçlükler bulunmaktadır. Az gelişmiş yoksul bir ülkenin araştırmacısının daha önce kurulmuş olan bazı sempatik ilişkileri bulunmadığı sürece uluslararası bir projede koordinatör, yönetici olarak kabul görmesi, desteklenmesi kolay olmamaktadır. Bu ülkeler ve toplumlar sağlık araştırmaları için adeta bir veri toplama ve deney alanı, araştırmacıları ise "veri toplayıcı" ya da "anketçi" olmak durumundadır. Bu durumdan kurtulma çabalarının dolaylı olarak neden olduğu sonuçlar da beyin göçünü hızlandırmaktadır (9). Hatta bu şekilde oluşan beyin göçünü yeni bir "sömürgecilik" türünün önemli bir bileşeni olarak değerlendirmek belki de daha doğrudur.

Nitekim yapılan araştırma ve yürütülen önemli proje sonuçlarının yayınlanması, ortaya çıkan ürünlere patent ve telif alınması konularında gelişmiş zengin ülkelerin koyduğu kurallar, onaylayıcı kurum ve kuruluşlar, yayıncı kaynaklardan başka imkân bulunmamaktadır. Az gelişmiş yoksul ülke araştırmacılarının kabul görmeme endişesi ile kendi bulgularını tartışırken bile başka az gelişmiş ülke araştırmacılarının yayınları yerine gelişmiş zengin ülke araştırmacılarının yayınlarına atıf yapmayı tercih etmesi yaygın bir alışkanlıktır. Yani araştırma sonuçlarının kabul görmesi için James ya da Jane'in yazılarına atıfta bulunmak, Ahmet ya da Ayşe'nin yazılarına atıfta bulunmaktan daha çekici gelmektedir ki, bu da öğrenilmiş çaresizliğin ürünü diyebileceğimizi bir tür zihinsel emperyalizm ve teslim olma durumudur.

Özetle, beyin göçünün temelinde yatan nedenler sadece daha fazla para kazanmak, daha güzel evlerde oturmak, aile bireylerine daha iyi yaşam koşulları sağlamaktan ibaret olmayıp geleceğe yönelik gerçekçi planlar yapabilmek, kendini geliştirmek gibi kaygıları da içermektedir. Ne yazık ki ülkesinde kalmayı tercih eden sağlık çalışanlarının can güvenliği, dayak hatta öldürülme kaygısı ile yaşadıkları, göç eden beyinlerin ise Aziz Sançar, Uğur Şahin, Özlem Töreci örneklerinde görüldüğü gibi gittikleri ülkelerde

önemli başarılarla imza attıkları bilinen güncel gerçeklerdir.

### Neden Yönetişim?

Yönetişim kavramı yönetimden farklı olarak devlet kuruluşları, sivil toplum örgütleri ve uluslararası kuruluşların iş birliği ve koordinasyon içinde yürütülen faaliyetlerini anlatmak amacıyla kullanılan bir kavramdır. Yönetişim sözcüğünün kullanılmaya başlmasının 50 yılı aşkın bir geçmişi olmakla birlikte sağlık alanında yaygınlaşması 90'lı yılların sonu hatta 2000'li yıllara rastlamaktadır.

Birleşmiş Milletler onaylı Küresel Yönetişim Komisyonu'nun tanımına göre yönetişim, "özel ya da kamusal, bireylerin ve kurumların ortak işlerini yönetmek için gerekli olan yolların tümü" anlamına gelmektedir. Bu anlamda, birbirinden farklı, hatta çatışan ilgi alanlarının ortak bir zeminde buluşturulmasını amaçlayan ve bitmeyen bir süreçtir. Gerekli uyumun sağlanması için resmi kurum ve kuruluşların zorlayıcı kararlar almasının yanı sıra gayri resmi kuruluş ve bireylerin gönüllü katılımlarını, ilgilerini artırıcı düzenlemeleri gerektirmektedir. Daha kısa bir deyişle "birlikte, etkileşim içerisinde yönetmek" anlamına gelmektedir (10, 11, 12). Bu yaklaşıma göre uluslararası düzeyde sağlık insan gücü göçü sorununun çözümü için en fazla kamusal değeri oluştur-





mayı hedefleyen bir yönetim anlayışı gerekmektedir (13, 14). Kamusal değerlerin anlamı hizmetler, düzenlemeler ve yasalar yoluyla arzu edilen sosyal sonuçlara ulaşılabilirliği (15). Bunu başarmanın yolu konunun tüm paydaşlarının bir araya gelerek uygun, gerçekçi ve sürdürülebilir çözümler üretmesidir. Ulusal ve uluslararası düzeyde paydaşlar farklılık göstermekle birlikte bunlar arasında sağlıkla ilgili kamu kurumları, özel sağlık kuruluşları, meslek örgütleri, sivil toplum örgütleri, uluslararası kuruluşlar gibi çok sayıda kurum ve kuruluş bulunmaktadır. Bu şekilde alınacak kararlar ve yapılacak düzenlemeler sayesinde sağlık çalışanlarının temel insan haklarının gözetilmesi, beklentilerinin dikkate alınması, yoksul ülkelerin sağlık sistemlerinin zarar görmemesi, zengin ülkelere göç edenlerden daha etkin biçimde yararlanılması mümkün olabilecektir.

Konunun önemi nedeniyle 2010 yılında DSÖ genel kurulunda kabul edilen, 10 ana başlık ve 48 madde altında sıralanan ilke kararları ile sağlık insan gücünün göçü sırasında üye ülkelerin gözetmesi gereken etik ilkeler özetlenmiştir (16). Bu kararlar ile hedef ülkelerin gelenlerin haklarına ve gidenlerin ülkelerin ihtiyaçlarına saygılı olmaları gerektiği özellikle vurgulanmıştır. Ne var ki sağlık insan gücü göçü konusunun son derece ayrıntılı ele alındığı, küresel toplumun ortak çıkarlarına uygun yol gösterici bir rehber niteliğindeki bu kararların herhangi bir yaptırım gücü bulunmamaktadır.

Sonuç olarak, iyi bir sağlık hizmet sistemi oluşturmak için büyük, son teknolojilerle donatılmış, modern hastane ve sağlık kuruluşları inşa etmek, çok

sayıda hekim, hemşire ve sağlık personeli yetiştirmiş olmak yeterli olmamakta, yetişen nitelikli insan gücünü ülkelerinde tutacak, iş güvenliğini ve iş doyumunu arttıracak önlemler almak gerekmektedir. Yeterli ve nitelikli insan gücü olmadıkça büyük hastanelerin, donanımlı sağlık kuruluşlarının, gelişmiş teknolojilerin hiçbir anlamı bulunmamaktadır.

Daha önceki benzerlerine benzer şekilde COVID-19 pandemisi de göstermiştir ki kamusal önlemler küresel düzeyde yeterli olmadığı takdirde hiçbir ülkenin sağlık sorunlarından tek başına korunması mümkün değildir. Gerek araç-gereç, bilgi ve teknolojinin adil paylaşımı, gerekse sağlık insan gücünün ulusal ve uluslararası düzeyde dengeli dağılımı ancak etkili bir yönetim ile sağlanabilecektir.

#### Kaynaklar

- 1- Liu JX, Goryakin Y, Maeda A, Bruckner T, Scheffler R. Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030. *Hum. Resour. Health*. 2017, 15, 11.
- 2- Morley CP, Wang D, Mader EM, Plante KP, Kingston LN, Rabiei A. Analysis of the association between millennium development goals 4 & 5 and the physician workforce across international economic strata. *BMC Int. Health Hum. Rights*. 2017, 17, 18.
- 3- World Health Organization. *Working together for health: the world health report 2006*. World Health Organization. Geneva, 2006.
- 4- Socha-Dietrich K, Dumont J. International migration and movement of doctors to and within OECD countries - 2000 to 2018: Developments in countries of destination and impact on countries of origin. *OECD Health Working Papers*, No. 126, OECD Publishing, Paris, 2021. <https://doi.org/10.1787/7ca8643e-en>. (Erişim Tarihi: 05.08.2022)
- 5- Meara JG, Leather AJM, Hagander L, vd. *Global Surgery 2030: Evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development*. *Lancet*. 2015; 386(9993): 569-624. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60160-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60160-X) (Erişim Tarihi: 05.08.2022)

6- Abimbola S, Pai M. Will global health survive its decolonisation? *Lancet*. 2020; 396(10263): 1627-1628. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32417-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32417-X) (Erişim Tarihi: 05.08.2022)

7- Dohlman L, DiMeglio M, Hajj J, Laudanski K. Global Brain Drain: How Can the Maslow Theory of Motivation Improve Our Understanding of Physician Migration? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(7):1182. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071182> (Erişim Tarihi: 05.08.2022)

8- Kuehn BM. Global shortage of health workers, brain drain stress developing countries. *JAMA* 2007; 298: 1853 5.

9- Bekele A, Chu K, D'Ambruso L, Davies JI, Ferioli E, Greig C, Manaseki-Holland S, Regnier D, Siddiqi S. Global health research funding applications: brain drain under another name? *Lancet Glob Health*. 2022;10(1):e22-e23. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00505-2) (Erişim Tarihi: 05.08.2022)

10- Commission on Global Governance. *Our global neighbourhood*. Oxford, Oxford University Press, 1995. (<http://www.gdrc.org/u-gov/global-neighbourhood/chap1.htm>) (Erişim Tarihi: 05.08.2022)

11- Hayran O. Kanita Dayalı, İnsan Odaklı Sağlık Yönetimi. Yüce Yayın, 2016:s.12)

12- <https://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/485/Saglik-icin-yonetisim-ve-klinik-yonetisim.aspx> (Erişim Tarihi: 05.08.2022)

13- Piper N. Global governance of labour migration: From 'management' of migration to an integrated rights-based approach. In: Drahos, P. (Ed.). (2017). *Regulatory Theory: Foundations and Applications*. ANU Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt1q1crtm> (Erişim Tarihi: 05.08.2022)

14- Yakubu K, Durbach A, van Waes A, Mabunda SA, Peiris D, Shanthosh J, Joshi R. Governance systems for skilled health worker migration, their public value and competing priorities: an interpretive scoping review. *Global Health Action*, 2022;15:1. DOI: 10.1080/16549716.2021.2013600 (Erişim Tarihi: 05.08.2022)

15- Moore MH. Managing for value: organizational strategy in for-profit, nonprofit, and governmental organizations. *Nonprofit Voluntary Sect Q*. 2000;29:183-204.

16- World Health Organization. *WHO global code of practice on the International Recruitment of Health Personnel*; 2010. <https://www.who.int/publications/m/item/nri-2021> (Erişim Tarihi: 05.08.2022)

# İlkılıç: Beyin göçü neyin göçü?

## EMEL MURTEZAOĞLU

**Hocam öncelikle SD okurları adına, klasik biyografilerin ötesinde sizi detaylıca tanımak isteriz. Aileniz, çocukluğunuz, eğitimleriniz, akademik yaşamınız, şu anda ne yaptığınız hakkında bilgiler verir misiniz?**

1990 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. Fakültenin son yıllarına doğru oluşturmuş olduğumuz bir arkadaş grubuyla sosyal konulara bir eğilim söz konusu oldu ve insanı gerçek anlamda anlamak için yani sadece biyolojik yönüyle değil bütün yönüyle bir insan olarak anlamak için sadece tıbbın yeterli olmadığı, felsefe okumanın gerekli olduğu kanaati oluştu bende. Onun için felsefe okumak için Almanya'ya gitmeye karar verdim. Önce tabii Almanca dil eğitimi. Akabinde Ruhr-Universitaet Bochum'da sıfır-

dan lisans eğitimi. Felsefe, Doğu Dilleri Filolojisi, Şarkiyat okudum ve bitirdim. Sonrasında DFG (Alman Araştırma Cemiyeti) Tübingen Üniversitesi'nde üç kişilik bir doktora bursu açmıştı; müracaat ettim, sınava girdim ve kazandım. Felsefe doktoramı da bu üniversitede yazdım. Ondan sonra da Mainz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Tıp Tarihi, Felsefesi ve Etiği Anabilim Dalı'nda ikinci bir doktora diyebileceğimiz ve bizde doçentliğe tekbül eden habilitasyon tezimi yazdım. Aynı kürsüde genom ve etik üzerine bir araştırma projesinde çalıştım ve tıp fakültesi öğrencilerine Tıp Tarihi ve Etik dersleri verdim. Bu süreçte; biri 1999 yılında Georgetown Üniversitesi'nde, diğeri 2008 yılında yine Amerika'da North Carolina'da Duke Üniversitesi'nde araştırmalar için bulundum ve 2012 yılının sonunda İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve

Etik Ana Bilim Dalı'nda doçent olarak çalışmaya başladım. Bunun dışında yine etik konularında Alman Parlamentosuna başbakana ve cumhurbaşkanına danışmanlık görevi yapan bir Alman Etik Konseyi var; burada ilk Türk ve Müslüman üye olarak olarak iki dönem bulundum. Burada en fazla iki dönem çalışabiliyor, toplam sekiz yıl. Hâlen Alman Tabipler Birliği Merkez Etik Komitesi üyeliği yapmaktayım. Bu bağlamda bu şekilde bir Almanya ve Amerika dönemim oldu. 2012 yılında Türkiye'ye döndükten sonra farklı görevlerde bulundum; Anabilim Dalı Başkanlığı, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü ve bir yıla yakın bir zaman içinde Türk-Alman Üniversitesi'nde Kültür ve İletişim Fakültesi Dekanlığı yaptım. Şu anda İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı başkanlığını yürütmekteyim.



Fotoğraf: Ufuk Karatoprak



Fotoğraf: Ufuk Karatoprak

### **Uzunca bir süre yurt dışında, bilhassa Almanya'da görev yapan biri olarak bilhassa Almanya'nın sağlık politikalarını nasıl görüyorsunuz?**

Bilindiği gibi Almanya, dünyanın sağlık sistemleri arasında en iyi sağlık sistemine sahip ülkelerden bir tanesi. Bir sosyal devlet anlayışıyla ortaklaşa finanse edilen bir sağlık sistemi bulunuyor. Yani herkes sağlık sistemine belli bir ücret ödüyor ve bunun karşılığında da sağlık hizmetleri alıyor. Bu yönüyle Türkiye'ye de benziyor fakat Almanya'da çok önemli bir problem var; o da demografik değişim. Yani gittikçe toplum yaşlanmakta. Yapılan araştırmalara göre, sağlık giderlerinin %90'ının, hayatın sonuna tekabül eden %10 bölümünde harcandığı biliniyor. Almanya'da 2050 yılında nüfusun yaklaşık üçte birinin 65 yaş ya da daha yaşlı olacağı tahmin ediliyor. Dolayısıyla bu bağlamda ciddi bir sorun yaşanmakta. Her ne kadar bu ülkede tıp 1970-1980'li yıllarda gerçekten altın dönemini yaşamış olsa bile artık önemli sorunlar yaşanmakta ve bu sorunlar pandemi döneminde daha açık bir şekilde hissedildi. Belki bir İtalya ya da İspanya kadar yoğun bakım üniterinde ciddi eksiklikler görülmemiş olsa bile burada sıkıntılar yaşanabileceği ve ileriye yönelik olarak düşünüldüğünde kaynakların belli bir sınıra gelmiş ol-

duğu görülüyor. Burada bir şeyin altını çizmek isterim: Almanya'nın geçen yıl sağlık bütçesi 474 milyar avro idi. Bu müthiş bir rakam; yanlış bilmiyorsam Türkiye'nin neredeyse 40 katı. Bu kadar fazla bir yatırım harcaması yapılmasına rağmen "Türkiye'nin 40 katı daha iyi bir sağlık hizmeti veriliyor mu?" sorusuna çok rahat bir şekilde "hayır" cevabını verebilirim. Evet; bir tarafta dünyanın en iyi oluşmuş sosyal devlet anlayışıyla yürüyen bir sağlık sistemi diğer taraftan da demografik yapının değişmesinden dolayı ileride sağlık sisteminde daha fazla sorunlar yaşayacak bir devletle karşı karşıyayız. Buna bir-iki örnek vermek gerekirse, normal bir emekli kişinin ya da normal bir çalışan kişinin uzman doktora ulaşabilmesi kolay değil. Yani - eğer durum acil değilse - 3 ay, 6 ay hatta 9 ay bekleme süreleri var. Aynı şekilde kaynak yetersizliği söz konusu. Bu kaynak yetersizliğinin başında da daha çok hekim ve hemşire eksikliği geliyor.

### **Hocam anlamak için soruyorum yani Almanya'da birisi dahiliye doktoruna, genel cerrahi doktoruna devlet hastanesinde ulaşmak için 3-6 ay bekliyor mu?**

Orada aile hekimliği sistemi mevcut ve biz onları örnek aldık. Aile hekimine sorunsuz bir şekilde ulaşılabilir ama

"Almanya'nın 2022 yılı sağlık bütçesi 474 milyar avro idi. Bu müthiş bir rakam; yanlış bilmiyorsam Türkiye'nin neredeyse 40 katı. Bu kadar fazla bir yatırım harcaması yapılmasına rağmen "Türkiye'nin 40 katı daha iyi bir sağlık hizmeti veriliyor mu?" sorusuna çok rahat bir şekilde "hayır" cevabını verebilirim. Dönüşümdeki en önemli hedeflerimden biri de Almanya ve Amerika'daki bilgi ve tecrübe birikimini ülkemize getirmek ve burada o alandaki disiplini de ileriye götürmek ve öğrenciler yetiştirmek."



“İsrail’e gittiğimde üniversiteleri gezdim ve şunu gördüm: Bir köşede Harvard’dan, diğer köşede Oxford’dan, bir diğer köşede de Cambridge’den gelmiş hocalar çok da iyi olmayan şartlarda ülkesi için harıl harıl çalışıyorlar ve çok daha iyi şartları bırakarak bunun için ülkelerine dönmüşler. Pekâlâ bu insanları ülkelerine döndüren duygu, amaç ve arzu nedir? Belki bunları düşünmek ve bu duyguları aşılacak lazım gençlerimize.”

mesela benim bir arkadaşım, ki kendisi de bir sağlık çalışanı olduğu halde, bir romatologtan randevu almak istedi ve almış olduğu randevu tarihi 9 ay sonra. Bir psikiyatristten diyelim bir randevu almak istiyorsunuz yani muayenehanesi olup da sağlık sistemi içerisinde ücretsiz bir şekilde sizi tedavi eden bir psikiyatristin randevu almaya kalktığınız zaman 3-6 ay beklemeniz gerekiyor.

#### **Peki, bu Almanya’da yeterince sağlık çalışanı olmamasından mı kaynaklı yoksa bir sistemsizlik sorunu mu?**

Evet, sayının düşük olması yani yeterli sağlık çalışanının olmaması, ikincisi de taşrada olan insanların bulunduğu bölümlerde uzman hekim sayısının çok fazla olmaması veya yetersiz olmasından kaynaklanıyor. Bu arada acile gitme durumu mümkün fakat kim hastaneye gidip acil ünitelerinde tedavisini yaptırmak ister ki. Diğer taraftan da acil ünitelerinde eğer ölümcül bir durum söz konusu değilse ortalama bekleme süresi gene en az üç saat. Şimdi bunları duyunca biz şaşırıyoruz. İnsanlar ihtiyacı olan sağlık hizmetlerine ulaşabiliyor olsalar bile Alman Sağlık Sisteminde söylediğim sebeplerden dolayı 474 milyar avro gibi muazzam yüksek

bir rakamın harcanmasına rağmen çok ciddi eksiklikler söz konusu. Bir de hastanelerde DRG-sistemi bulunuyor. Hastanelerde her tedavi için ortalama belli bir meblağ ayrılmış. Bir ameliyatta belli bir komplikasyon çıktığı ve uzadığında hastane kendi bütçesinden bunu karşılamak zorunda. Bu durum ciddi sorunlara yol açıyor. Evet dünyanın en mükemmel sağlık sistemlerinden bir tanesi ama amiyane tabirle söylemek gerekirse şu anda çatırıyor ve ileriki yıllarda daha kötü bir hâle gelecek.

**Hocam çok teşekkür ederiz bu kıyaslamalar için. Tabii bu alanda Türkiye’nin de nüfus yoğunluğunun arttığını ve nüfusunun giderek yaşlandığını düşünecek olursak Almanya’daki sorunlar Türkiye için de alarm zillerinin çaldığını bize gösteriyor. Bu alanda tabii konuşulacak çok şey var ama süreyi de daha verimli kullanmak adına konuyu doğrudan size ve tersine beyin göçüyle gelmiş bir hekime çevirmek istiyorum. Şimdi beyin göçü konusu özellikle hekimler arasında çok yaygın. Genç hekimler Türkiye’de çalışmak yerine Avrupa’da, Amerika’da çalışmayı tercih ediyor. Sizde ise tersi bir durum söz konusu oldu.**

**Almanya'da eğitim aldığınız, uzun yıllar çalıştınız en verimli zamanlarınızda Türkiye'ye döndünüz. Geri dönüşünüze etkili olan faktörleri sizlerden dinlemek isteriz. Neden bu kararı aldınız, memnun musunuz Türkiye'de çalışıyor olmaktan?**

Son sorunuz ile başlayayım; Türkiye'ye döndüğünüze memnun musunuz sorusuna benim verdiğim standart bir cevap var; pişman değilim! Şimdi bu tabii hem politik hem rasyonel bir cevap. Şöyle ki; şimdi benim Türkiye'ye dönme sebebim - belki çok sloganik olacak ama tek kelime ile vatan sevgisi. Orada çok daha iyi yaşam ve çalışma şartları söz konusuydu, maddi imkânlar daha fazlaydı. Fakat biz bu vatanda doğup büyüdük ve bu vatana aitiz. Hâl böyle olunca bu ülkenin insanlarına karşı bir vefa borcum olduğu kanaati bende oluştu. Diğer sebebim ise çalıştığım özel alanla ilgili. Türkiye'deki tıp etiği bilimi maalesef diğer alanlarla karşılaştırıldığında Avrupa'daki bilimsel seviyeden çok çok daha geride bulunmakta. Bir de benim öğrenim sürecim tıp, felsefe ve ilahiyat gibi çok disiplinli bir eğitim sürecini kapsıyor. Hekim kelimesi Arapça kökenli olup hikmet kelimesi ile aynı kökten gelir. Hikmet sevgisi dediğimiz zaman da aslında felsefeyi kastediyoruz. Dolayısıyla eskiden zaten belli dönemlerde hekim kavramını hem filozof hem tabip olan kişiler için kullanılmış. Sadece pratik bilgisi olan tabipler için eskiden birazda alçaltıcı bir tabir olarak mütetabbip kelimesi kullanılmış.

Dönüşümdeki en önemli hedeflerimizden biri de Almanya ve Amerika'daki bilgi ve tecrübe birikimini ülkemize getirmek ve burada o alandaki disiplini de ileriye götürmek ve öğrenciler yetiştirmek idi. 2012 yılının sonunda döndüm. Şimdi geriye dönüp baktığımda arkadaşlarımızla, meslektaşlarımızla ve öğrencilerimizle çok güzel işler yaptığımızı görüyorum. Kitaplar yayınladık, mastır ve doktora öğrencileri yetiştirdik, uluslararası sempozyumlar düzenledik. Bu minvalde çalışmalarına katıldığım ve bundan 14 yıl önce kurulan İSAR Tıp ve Ahlak Çalışma Grubu'nu da burada zikretmekte yarar var. Bu grup içerisinde tıp ahlakı ile ilgili olan konuları multidisipliner bir yaklaşımla ele alıyoruz. Bu çalışmaların sonucunda alanlarında ilk sayılabilecek 10 civarında kitap yayınladık.

Yine öğrencilerimizi yurt dışında iyi üniversitelere yollayarak oradan istifade etmelerini sağlıyoruz. Amacımız oradaki kaliteli eğitimi, bilimsel tecrübeyi öğrencilerimize ve ülkemize kazandırmak. Tıp etiği alanı tıbbın diğer alanlarından daha farklı. Tıbbın diğer alanları teknolojiyi transfer eder ve bu teknolojiyi üreten insanlar gibi kullanır. Fakat tıp etiği açısından baktığınızda bazı konulara bu teknolojiyi üreten insanlardan daha farklı yaklaşmanız gerekebilir. Örneğin tüp bebek uygulamaları, genoma müdahale, yapay zekâ uygulamaları gibi. Bir apandisit ameliyatını ateist, Yahudi, Hristiyan ve Müslüman cerrah aşağı yukarı aynı şekilde yapar. Fakat genoma müdahalenin ya da kürtajın ahlaki değerlendirmesini bu insanlar aynı şekilde yapmayacaklardır. İşte yeni teknolojilerin ortaya koyduğu etik sorunlara cevap bulmak için sadece tıp değil aynı zamanda felsefe, ilahiyat ve diğer sosyal bilimlerini de bilmek gerekiyor. Ben bu eğitimleri almış bir kişi olarak ülkemizin ihtiyacı olan cevapları aramak ve bulmak için vatanıma geri dönme kararı aldım ve döndüğüm için de pişman değilim. Evet bilimsel araştırma alanlarında bazı sorunlar yaşıyoruz ama inşallah bunlar zaman içerisinde aşılanacaktır.

**Değerli hocam SD'nin bu sayısının dosya konusu beyin göçü... Siz madalyonun iki yüzünü de görmüş; beyin göçünü de tersine beyin göçünü de yaşamış bir akademisyen, bir hoca olarak beyin göçünün Türkiye'nin tıp eğitimine, Türkiye'nin sağlık kültürüne, sağlık hizmetlerine etkileri hakkında neler söylersiniz, ne gibi olumsuzluklar yaşanabilir?**

Kanaatimce bir ülkenin sahip olduğu ya da olabileceği en değerli kaynak insan kaynağı, bunun üstünde daha değerli bir kaynak yok. Dolayısıyla üniversitelerimizde, fakültelerimizde yetişen gençlerimize bu gözle bakmak gerek. Ben ilk etapta yurt dışına çıkmayı birincil bir sorun olarak görmüyorum. Ben de yurt dışına çıktım. Aslında imkân olsa bütün gençlerimizi yurt dışına yollasak ama bir şartla: geri dönme şartıyla. Belli bir süre çalıştıktan sonra oradaki tecrübeyi, bilgiyi, farklı yaklaşımları, çalışma kültürünü tecrübe ettim. Bu bilgi ve tecrübeler kazanılmadığı ve ülkemize aktarılmadığı müddetçe ülkemizdeki yanlış şeylerin değişmesi de pek mümkün gibi gel-

miyor bana. Niye? Çünkü bazı öğretim üyeleri var, kişinin öğrenciliği, asistanlığı, doçentliği, profesörlüğü bu ülkenin a üniversitesinin b fakültesinin c anabilim dalında geçmiş. Bu hocamız hayatında başka bir üniversite, fakülte ve anabilim dalı görmemiş. Böyle bir biyografisi olan bir kişinin ülkemizin ihtiyacı olan bilimsel zenginliğe ve ilerlemeye bir katkısı olmayacaktır. En fazla aynı bilim kültürünü devam ettirir ve bir sonraki nesillere aktarır. Bu da bilimde ilerleme anlamına gelmez.

**Burada kalıcı beyin göçünün biraz daha olumsuz taraflarından bahsetmekte yarar var hocam. Sağlıkta beyin göçü demek diğer birimlerden farklı olarak Türkiye'nin en zeki beyinlerini de kaybetmek demek. Yani bir yandan en değerli sağlık personelinin kaybederken diğer yandan ülkenin en zeki beyinlerini kaybediyorsunuz. İsterseniz daha çok bunun üzerinde duralım...**

Tabii ki ülke için büyük bir kayıp. Bunun nedenlerini araştırmak lazım. Mesela bir istatistiki çalışmada okumuştum; gitmek isteyenlerin yüzde 70 kadarını daha iyi maddi şartlarda yaşamak amacıyla gidiyor. Bunlar çözülebilir sorunlar diye düşünüyorum. Zaten bu konuda bir buçuk yıl önce bir karar alındı ve yurt dışına gitmek isteyen hekim sayısı çok ciddi bir şekilde azaldı ve hatta geri dönüşler başladı. Bu bağlamda birincisi bu maddi şartların iyileştirilmesi gerekir. Bir de sağlık alanının özel bir tarafı var. Birtakım teknik hizmetleri ya da iş gücünü yabancı işçilerle giderebilirsiniz ama sağlık hizmetini yabancılardan almanız başta dil ve kültür sorunu olmak üzere birtakım sorunları beraberinde getirebilir. Dolayısıyla bu bağlamda beyin göçünü durdurmak için eğitimin, maddi durumların ve sosyal yaşam şartlarının acilen iyileştirilmesi gerekiyor.

Almanya'dan Türkiye'ye geldiğimde benim için çok ciddi bir maddi gelir azalması söz konusuydu. Vatanımı sevdiğim için bunu göze aldım ve razı oldum. Bu herkesin yapacağı ve yapmasını bekleyebileceğimiz bir şey değil. Diğer taraftan zenginliğin kanaatkârlıkla alakalı olduğunu da unutmamak gerekir. Yani kanaatkâr olmayan ve savurgan olan bir kişi için 100 bin lira aylık da az gelebilir. Belki kanaatkârsızlığın artmaması için de-

ğerler eğitimine ağırlık vermeliyiz. Fakat bu okulda verilebilecek bir eğitim olmadığı için, sosyal hayatta herkesin yaşamayı, yaşamaya çalışması ve yaşayanlardan da gençlerin bunu öğrenmesi gerekir.

2000'li yılların başında bir sempozyum için İsrail'e gitmiştim. Bilindiği gibi İsrail hem nüfus olarak hem de toprak olarak küçük bir ülke fakat bilimsel yayınlarda bizden daha iyi. Soru şuydu benim için: Nasıl oluyor da İsrail bizden daha fazla yayın yapıyor, nasıl oluyor da bilimsel olarak bizden daha ileride? Gittiğimde üniversiteleri gezdim ve şunu gördüm: Bir köşede Harvard'dan, diğer köşede Oxford'dan, bir diğer köşede de Cambridge'den gelmiş hocalar çok da iyi olmayan şartlarda ülkesi için harıl harıl çalışıyorlar ve çok daha iyi şartları bırakarak bunun için ülkelerine dönmüşler. Pekâlâ bu insanları ülkelere döndüren duygu, amaç ve arzu nedir? Belki bunları düşünmek ve bu duyguları aşmak lazım gençlerimize.

**Yani sadece maddi konuların ötesinde taşın yerinde ağır olduğu bilincini daha ilkökul çağlarından itibaren ailenin de eğitimine sokmak gerekiyor diye güzel bir noktaya da işaret etmiş olalım hocam. Tersine beyin göçüyle ilgili devam edelim. Ülke olarak ne yapmalıyız ki beyin göçünü durdurduğumuz gibi yurt dışına belli bir zaman giden; orada eğitim hayatını, iş hayatını deneyimleyen insanları tekrardan ülkemize getirebilelim?**

Hepimizin bildiği bir metafor var: çölde gül yetişmez! Gül yetiştirmek istiyorsak gülün yetişebileceği şartları oluşturmamız gerekiyor. Yani tersine beyin göçünün olmasını istiyorsak burada bir bilim insanının ihtiyacı olan kaynakların ve çalışma şartlarının da sağlanması gerekiyor. Bilim insanları için laboratuvarlar, teknik imkânlar bizim ülkemizin karşılayamayacağı şeyler değil. TÜBİTAK da dâhil olmak üzere birtakım projeler geliştiriliyor ve kaynaklar ayrılıyor. Fakat bunlar yeterli değil. Eğer geriye beyin göçünü istiyorsak bu kişilerin yurt dışında sahip olduğu maddi imkânları ve çalışma şartlarını burada oluşturmalıyız. Ülkemizdeki kütüphanelerin durumu oldukça kötü. Bilim insanlarına ödenen maaş çok düşük. Avrupa'da ve Amerika'da çalışan iyi bir bilim insanını siz 1.000-1.500 dolara çalıştı-

ramazsınız ve bu parayı verdiğinizde Türkiye'ye gelmesini bekleyemezsiniz.

Diğer taraftan meselenin sadece maddiyat olmadığını söylemek isterim. Zorluklar aynı zamanda çalışma kültürü ile de alakalı. Benim Türkiye'de sevmediğim bir mantalite ve anlayış var; "kervan yolda düzülür". Yani birçok işe planlanmadan, konsepti oluşturulmadan yolda eksikliklerin tamamlanması ümidiyle başlanıyor. Böylesi girişimler her daim başarısız olmaya mahkumdur. Buna alışmamış bir insanı hiç de verimli olmayan bir çalışma kültürüyle çalışmaya zorlarsanız ondan verim almazsınız.

Benim tavsiyem şu; bilim dünyasının en iyi üniversitelerinin ve araştırma merkezlerinin çalışma kültürüne ve bilimsel standartlarına bakalım. Hangisi doğru, anlamlı ve mantıklıysa onu alalım ve ona göre ülkemizde yeni bir bilim kültürü inşa edelim. "Burası Türkiye" ile başlayan cümleler kurmaktan vazgeçelim ve bu ifadeyi kusurlarımıza ve eksikliklerimize mazeret olarak kullanmayı bırakalım. Ancak o zaman ülkemiz sadece bu ülkede doğanlar için değil, tüm kaliteli bilim insanları için cazip bir ülke olacaktır.

**Aslında üzerinde durduk ama beyin göçünün Türkiye'nin bilim ve teknoloji alanındaki gelişimini, inovasyon ve AR-GE çalışmalarını nasıl etkilediği noktasında eklemek istedikleriniz var mı hocam?**

Tabii alanlara göre düşünmek lazım. İyi bir bilim insanı ülkeye getirildiği zaman ekibiyle birlikte getirilir. Bu bağlamda belki bunları da dikkate almak gerekiyor ve yeterince tersine beyin göçü sağlamak için yeterince kaynak ayırmak gerekir. Bana göre bir ülkenin en fazla değer vermesi gereken şey, o ülkede bilgi üretiminin gerçekleşmesi. Şimdi teknoloji ithali, montaj vb. alanlarda çok iyiyiz, lâkin hâlâ hem teknik alanlarda ve özellikle de beşerî ve sosyal bilimlerde bilgi üretmiyoruz. Bilgi üretmediğimiz müddetçe ilerleme sağlayamayız. Hem sosyal bilimlerde hem tabii bilimlerde bilgi üreten bir sistem oluşturmamız gerekiyor.

Gençlerimize bilgi üretmeye hazır hâle geldikleri bir eğitim vermemiz gerekiyor. Bunun için üniversiteden değil ilkökoldan başlamamız gerekiyor. Eğitim

sistemimizde iyi soru çözen öğrenci iyi fakültelelere değil, bilgiyi kullanarak iyi analitik ve eleştirel düşünen öğrenci iyi fakültelelere yerleşmeli. Ben Türkiye'nin eğitim sistemine 'flash bellek eğitim sistemi' diyorum. Yani hoca dersi anlatıyor, öğrenci flash belleğe kaydediyor, sınavda tekrar iade ediyor. Sınavda öğrenciye derste öğrettiğiniz bir şeyi sorarsanız cevaplıyor. Fakat derste öğrettiğiniz bilgiyi kullanarak bir problem çözmesini istediğinizde öğrenci çuvallıyor. İşte biz bilgiyi kullanarak yeni problemleri çözme, yeni sorular sorma ve eleştirel düşünme kabiliyetinin merkezde olduğu bir eğitim sistemi inşa etmeliyiz. Bu da tabii ki çoktan seçmeli bir sınav sistemiyle ulaşılamayacak bir hedef.

**Sağlıkta beyin göçünün sağlık sistemimizin sürdürülebilirliği üzerinde nasıl bir etkisi olabilir?**

Mevcut insan kaynağının azalması elbette hizmetlerin aksamasına yol açar. Bu sorunu belki dışarıdan başka ekiplerin gelmesini sağlayarak ya da başka bir kaynağa müracaat ederek çözmeye çalışabilirsiniz. Ama bu, sürdürülebilir değil. Ben buna yara bandı çözümü diyorum. Kanayan yaraya, yara bandı ne yapsın! Belki de bu konuyla ilgili eğitime çocukken aileden başlamak gerekli. Yani çocuklarımıza ülkemizde kalmanın ve buradaki insanlara hizmet etmenin, ülkeye karşı sorumluluk olduğunu aşılmalıyız. Diğer taraftan onlara yaşanabilecek ve çalışabilecek bir ortam sağlamalıyız. Günümüz gençleri maalesef daha çok ben merkezci bir yaklaşımla kim bana daha fazla para veriyorsa oraya gider hizmet ederim anlayışında. Bu doğru değil. Aslında kimin bana daha fazla ihtiyacı var, nerede kalırsam daha faydalı bir insan olurum anlayışı ve ülke sevgisi ön planda olmalı. Tabii madalyonun diğer yüzüne de bakmalıyız ve özeleştiri yapmalıyız. Bilim insanlarına asgari yaşam şartlarını dahi sağlayamaz hâle getiren bir maaş sunarak, gerekli araştırma ve çalışma şartlarını sağlamadan bilim kültürünü değiştirmek mümkün değil. Bunu onların sadece vatan sevgisiyle yapmasını da beklemek sonuç vermez.

**Tersine beyin göçünün ayaklarından bir tanesi yurt dışına giden insanlarımızı tekrar ülkemize getirmek, bir başka ayağı ise yabancı hekimlerin Türkiye'de çalışması için**





Fotoğraf: Ufuk Karatoprak

**adımlar atmak. Örneğin yabancıların Türkiye’de çalışma izni alma süreçleri son yıllarda büyük ölçüde kolaylaştırıldı. Türkiye’deki yabancı doktorların geldikleri ülkeler, kültürler, eğitim düzeyleri, mesleki yeterlilikleri düşünüldüğünde siz bu konuyu nasıl değerlendiriyorsunuz?**

Büyük emeklerle yetiştirdiğimiz doktorları yurt dışındaki ülkelere kaptırdıktan sonra ortaya çıkan sorunu dışarıdan doktor getirmeyele çözme fikri doğru bir fikir değil; bu bir. İkincisi sağlık alanı bir fabrika veya bir mühendislik alanıyla karşılaştırıldığında biraz daha farklı. Yani mühendislik alanında yabancı kişiler geldiği zaman belki İngilizce anlaşacaklar çünkü söz konusu olan bir makinenin çalışması vesaire. İnsana ait olan kültürel değerler, insani değerler belki ön plana çıkmayacak ve kısmen de sorunsuz bir şekilde çalışma ortamı olacak. Ancak dışarıdan gelen doktor belli bir bilgi ve tecrübe sahibi olmakla birlikte ciddi bir kültürel farklılık söz konusu. Dolayısıyla hastayla arasında kültürel uçurumlar olabiliyor. Bu durum da -benim üzerinde akademik olarak çalıştığım ve doktora tezimi yazdığım - çözümü zor kültürel ve etik sorunlara yol açmakta.

**Bir de hocam dil sorunu olabiliyor. Gelen doktorlar Türkçe bilmedikleri gibi öğrenmekle alakalı ajandalarında bir madde de olmuyor. O nedenle**

**Türk hastalarla, ülkemizdeki yurttaşlarla yabancı hekimlerin iletişimde en başta sorun olduğu gibi kültürel farklılık da var. Hasta geliyor böğürüm ağrıyor diyor; Türkçe bilse bile böğür kelimesinin ne olduğunu bilmeyecek yani kültürel anlamda da farklılıkların yol açtığı iletişim problemleri de galiba olabiliyor.**

Buna belki palyatif de olsa birtakım çözümler bulunabilir. Mesela Almanya’da dil sınavı şartı mevcut yani belli bir dil seviyesini aşmadan doktor olarak başlamıyorsunuz, ama tabii bu o dili belli bir seviyede öğrenmek demek gerçek manada dile hâkim olmak anlamına gelmiyor. Biraz önce vermiş olduğumuz örnekte olduğu gibi tam manasıyla vakıf olmak anlamına gelmiyor.

**Çok teşekkür ederiz Hocam. Müsadeniz olursa tıpta uygulamalı eğitim noktasında da ülkemizdeki tıp eğitimi biraz değerlendirelim. Almanya ile Türkiye’yi tıpta uygulamalı eğitim noktasında kıyaslarsanız neler söylersiniz?**

Almanya’yla kendimizi kıyasladığımızda güçlü olduğumuz alanlar var, zayıf olduğumuz alanlar var. Özellikle büyük tıp fakültelerinde yani işte İstanbul’da, Ankara’da çok zengin bir hasta çeşitliliği söz konusu. Buralarda öğrenciler hastalara kolay ulaşabiliyor. Bu

“Benim tavsiyem şu; bilim dünyasının en iyi üniversitelerinin ve araştırma merkezlerinin çalışma kültürüne ve bilimsel standartlarına bakalım. Hangisi doğru, anlamlı ve mantıklıysa onu alalım ve ona göre ülkemizde yeni bir bilim kültürü inşa edelim. “Burası Türkiye” ile başlayan cümleler kurmaktan vazgeçelim ve bu ifadeyi kusurlarımıza ve eksikliklerimize mazeret olarak kullanmayı bırakalım. Ancak o zaman ülkemiz sadece bu ülkede doğanlar için değil, tüm kaliteli bilim insanları için cazip bir ülke olacaktır.”

Almanya'da o kadar kolay değil. Fakat teorik dersler, ders verme felsefesi, öğrencinin analitik düşünülmesinin zenginleştirilmesi, eleştirel düşünmesinin zenginleştirilmesi konusunda iyi durumda olmadığımız kanaatindeyim. Ben Almanya'da yaklaşık 7-8 yıl Uğur Şahin ve Özlem Türeci'nin de o zamanlar çalıştığı Mainz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde bulundum. Alman tıp öğrencilerine tıbbi Latince, tıp tarihi ve tıp etiği dersleri verdim, Yaklaşık 11 yıldan beri de Türk tıp öğrencilere ders veriyorum. Almanya'daki tıp öğrencilerine baktığımızda kendi alanı dışında da okuyan, sosyal bilimler açısından da donanımlı ve eleştirel düşünen öğrenciler olduğunu tespit edebiliyoruz ve etik konularını dakikalarca tartışabiliyoruz. Burada aynı tartışmaları tıp öğrencileri ile yapamıyorum. Çünkü donanımları yok. Eleştirel düşünme ve soru sorma kabiliyetleri yok. Karşımızda yıllarca şıklı soruları çözmüş, ezber sistemiyle yetişmiş ve sonunda üniversite sınavından yüksek puanlar alarak karşımıza gelmiş genç insanlar var. Diğer taraftan Türkiye'nin en iyi öğrencilerinde bu kabiliyetlerin olmaması ve bir yabancı dile hakim olmamaları acı. Fakat bundan onlar sorumlu değil. Ülkenin en iyi gençlerine günümüz bilim dünyasında gereken bilgi, beceri ve yabancı dili verememişsek, bundan biz hocalar sorumluyuz. Diğer taraftan hem ders içeriği hem de didaktik olarak zamanının çok gerisinde kalmış ve kendini yenilememiş hocalarımız var. Bu da kaliteli eğitimin önünde önemli bir engel. Burada sonuç olarak iyi ve güçlü olduğumuz alanları ve de eksik olduğumuz yönleri tespit ederek dünyanın bilimde en iyi ülkelerinin seviyesinde yeni bir eğitim sistemi oluşturmalıyız. Yoksa bisikletle Formula-1 yarışını kazanamazsınız.

**Hocam şimdi SD dergisinde iki turlü röportajlar yapıyoruz; bir tanesi aslında sizinle yaptığımız gibi dosya kapsamında röportajlar, bazıları da daha aktüel röportajlar. Tersine beyin göçüyle alakalı sorularımız buraya kadardı. Şimdi İlhan Hocamızın birikimlerinden istifade edecek birkaç soru daha yönelmek isteriz. 'Tıbbi, Hukuki, Manevi ve Etik Boyutlarıyla Palyatif Tıp' kitabınızdan bir bölümün adı "Söylemek ya da söylememek. Asıl mesele bu (mu)?" Bu başlık hasta-hekim iletişimi nasıl olmalı sorusunu akla getiriyor. Bu konuda neler söylemek istersiniz?**



Fotoğraf: Galip Yilmabaşar

"Bilgi üretmediğimiz müddetçe ilerleme sağlayamayız. Hem sosyal bilimlerde hem tabii bilimlerde bilgi üreten bir sistem oluşturmamız gerekiyor. Eğitim sistemimizde iyi soru çözen öğrenci iyi fakültelere değil, bilgiyi kullanarak iyi analitik ve eleştirel düşünen öğrenci iyi fakültelere yerleşmeli. Ben Türkiye'nin eğitim sistemine 'flash bellek eğitim sistemi' diyorum. Yani hoca dersi anlatıyor, öğrenci flash belleğe kaydediyor, sınavda tekrar iade ediyor. Sınavda öğrenciye derste öğrettiğiniz bir şeyi sorarsanız cevaplıyor. Fakat derste öğrettiğiniz bilgiyi kullanarak bir problem çözmelerini istediğinizde öğrenci çuvallıyor."

Kanaatimce hasta ve hekim ilişkisinin en önemli boyutu hasta hekim iletişimi. Bu konuda Türkiye'de eksikler olduğunu düşünüyorum. Türkiye'deki meslektaşlarımız hâlâ artık dünyada modası geçmiş "babacı" ya da paternalist bir tavırla hastalarına yaklaşıyorlar. Bir de hastalara yukarıdan bakıyorlar. İstisnalar muhakkak vardır ama genel tablo bu şekilde. Diğer taraftan iletişim kabiliyetleri birçoğunda yetersiz. Evet birçoğu çok yoğun çalışıyorlar ve zamanları az. Fakat buna rağmen iyi bir iletişim kabiliyetiyle çok şeye ulaşılabilir. Birçok hekimin muayene sırasında hastasına ilk söylediği şey 'neyin var?' oluyor. Halbuki önce bir 'hoş geldiniz, geçmiş olsun' deseler - ki bu sadece beş saniye sürer farklı bir ortam oluşur. Hasta vizitinde hastaya selam vermeyen ve onunla konuşmayan hekimler var. Dedğim gibi tüm meslektaşlarımız elbette böyle değil. Hastayla iletişimde ikinci önemli konu ise meslektaşlarımızın çoğunun hastanın dilini konuşamaması veya hastanın anlayacağı dilde onunla konuşmaması. Yani hem hızlı hem de hastanın anlamayacağı alanımızın mesleki kavramları ile konuşuluyor. Bilindiği gibi hastayı gerektiği gibi bilgilendirememek sadece meslek hatası değil aynı zamanda hem etik açıdan hem de hukuki açıdan önemli bir sorun.

Bahsetmiş olduğunuz "söylemek ya da söylememek" başlığını ben o makalede bir kanser teşhisi veya kötü bir prognozun yani ölüme götürecektir hastalık süreci hakkında kullanmıştım. Tıp etiğinde kanser hastasının ya da ölümcül bir sürecin hastaya iletilip iletilmemesi önemli bir tartışma konusu. Bir taraftan hastanın özerklik prensibine dayanan bilgi edinme hakkı var. Diğer taraftan bu bilgiyi hastaya verdiğinizde hastanın yıkılması hatta intihar etme ihtimali mevcut. Burada dengeli bir tutum izlenmeli kanaatimce. Hastanın bu konuda bilgilendirilme isteğine bakılmalı ve hastaya göre karar verilmeli. Bu tabii hemen öğrenilecek bir şey değil. Yıllarca süren bir tecrübe döneminden sonra ancak bu konularda hassasiyeti olan ve doğru davranan iyi bir hekim olunabiliyor.

**Hocam bu sorunun ayak izini takip edelim istiyorum. İyi hekim nedir, iyi hekim nasıl olmalıdır? Buradan yola çıkarak biraz iyi insana, insan kavramına da değinmek lazım. Sizce sadece iyi insanlar mı iyi hekim olabilir?**



Fotoğraf: Ufuk Karatoprak

Daha önce bahsettiğim gibi hekim ve hikmet kelimeleri Arapça'da aynı kökten gelmekte. Bir kere iyi bir hekim hastasına hikmet gözüyle bakabilen bir hekimdir. Hastalarını hücreler, dokular ve organlardan müteşekkil bir canlı olarak değil, yaratılmışların en şerefli, müteal boyutu olan bir varlık olarak görebilmelidirler. Eğer bunu tıp doktoru başarmıyorsa tımarci Ahmet Usta ile arasında bir fark kalmaz. Hastasına bir parçası arızalanmış araba gözüyle bakar. Diğer taraftan yukarıda belirttiğim gibi hekim hastasının dilini konuşan ve anlayan kişidir. Tedavi süreçlerinde sadece konuya bilimsel ve tıbbi açıdan değil aynı zamanda hastasının perspektifinden de bakabilen doktor iyi bir hekim olabilir. Yine hekim tıp etiği ile ilgili konulara hâkim olmalı, temel bilgi ve karar verme kabiliyetlerine sahip olmalıdır. Onun için tıp eğitimimizi bu konuları merkeze alarak yeniden inşa etmeliyiz. Bugün belli bir kan değerinin normalini cep telefonuyla iki saniye içerisinde öğrenebiliriz. Fakat bir hastaya kürtaaj tavsiye edip etmeyeceğimizi, bir organı ihtiyacı olan birçok hastadan hangisine vermeye gerektiğini ya da buzdolabındaki embriyoları ne yapmamız gerektiğini bize Google söyleyemez.

**O zaman iyi hekimle iyi doktoru da baştan ayırmak lazım hocam. Siz doktoru, eskilerin ifadesi olan tabiple bir tutup iyi hekimi ondan ayırıyorsunuz...**

Evet, 6 yıllık tıp eğitimini başarıyla bitiren her kişi tıp doktoru olur. Fakat bu o kişinin hekim ve hatta iyi bir hekim ol-

duğu anlamına gelmez. Neden? Çünkü hekim, mevcut doktorun bilmesi gereken tıbbi bilimsel bilgilerin üzerine insana hikmet perspektifinden bakabilen insandır. Yine yukarıda bahsettiğim konular iyi bir hekim olmak için vazgeçilmez özellikler. Elbette bir hekim kendi alanıyla ilgili bilgilere sahip olacak ve bunları güncel bir şekilde takip edecek. Fakat tüm bunlar iyi bir hekim olmak için gerekli fakat yeterli değil. Allah rahmet eylesin Fuat Sezgin Hoca'nın bilim dünyasına kazandırdığı bir kitap var; İshak ibn ar-Ruhavi'nin 'Adab at-Tabip' adlı eser. Urfalı bir hekim olan Ruhavi 9. yüzyılda yaşamış ve Tabibin Ahlakı isimli bir kitap yazmış. Bu Arapça eserin içine baktığımızda genel tıp kaidelerinin yanında, aynı zamanda tabibin nasıl yaşaması, giyilmesi, insanlarla nasıl bir ilişki içinde olması da yer alıyor. Bundan 1.200 yıl önce konuya bugün moda bir kavram olan holistik/bütüncül bir şekilde yaklaşmış. Aynı kitapta hasta bakıcının adabı ve hatta hasta ziyaretçisinin adabı ile ilgili çok ilginç şeyler ve tavsiyeler var.

**Esasında buraya da değindik ama eklemek istedikleriniz varsa dinlemek isteriz. Deneyimli bir hoca olarak özellikle yeni mezun ve genç hekimlere ne gibi tavsiyeleriniz olur?**

Tıp öğrencilerinin kendilerine iyi bir hekim olma hedefini koymalarını isterim. Bunun özelliklerine yukarıda değindik. Öğrenmenin tıbbiyeyi bitirmekle ya da uzman olmakla bitmediğini hatırlatmak isterim. Hekimlik mesleğinin en kutsal

mesleklerden biri olduğunu hiçbir zaman unutmamalarını tavsiye ederim. Ancak bu şuurla bu mesleğin zorluklarına seve seve katlanılabilir. Malum Korona döneminde birçok sağlık çalışanı hastaları için canlarını feda ettiler. Bunun birçok meslekte olmayan bir özellik olduğunun farkında olmaları ve mesleklerini bir de bu açıdan değerlendirmeleri gerekir.

**Hocam 21.yüzyılda tıp, sağlık, sağlıklı olmak nedir sizin için?**

Sağlık ve hastalık kavramları çok önemli kavramlar ama 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün hepimizin bildiği bir tanımı var. Sağlıklı olmak sadece hastalığın olmaması hâli değil, aynı zamanda fiziki, ruhi ve sosyal olarak da tam bir iyilik hâli olarak tarif ediliyor. Bir taraftan bu tanımı çok ideal ve ütopyik olduğu için eleştirebiliriz. Fakat diğer taraftan insanı sadece belli tıbbi özelliklerle sağlıklı ya da hasta olduğuna karar vermemesi ise tanımın güçlü tarafı. Belki de tedavi ve sağlığa kavuşmayı daha geniş kavramlarla anlamamız gerekir. Mesela benim çok önemseydiğim dilimizde şifa kavramı var. Bu sadece insanın tıbbi şikâyetlerinin dindmesi değil, aynı zamanda ruhi olarak da mutmain olması durumudur. Dolayısıyla düşünce geleneğimizde mevcut olan kavramlarla sağlık ve hastalık olayına bakmalıyız. Sağlığı ve hastalığı sadece laboratuvar sonuçları ve patoloji raporlarına indirirsek o zaman çok sathi bir insan anlayışından hareket etmiş oluruz ki bu da insanın ontolojisine aykırı bir durum.

# DSÖ savaşın mı barışın mı aracı?

**Prof. Dr. Sabahattin Aydın**



1959 yılında Bolu-Göynük'te doğdu. İlk öğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulunda, orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamladı (1992). Sakarya-Geyve Devlet Hastanesinde uzman doktor olarak çalıştı. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003 yılında klinik mikrobiyoloji dalında bilim doktoru oldu. Yüzüncü Yıl Üniversitesinde çeşitli idari görevlerde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü yapan Aydın, Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu Üyeliği ve Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevlerini üstlendi. 2010-2020 yılları arasında İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörlüğü yapan Dr. Aydın, son olarak 2020-2023 yılları arasında Sağlık Bakan Yardımcılığı görevini yürüttü.

İkinci Dünya Savaşı umutları sildi, süpürdü. Manzara korkunçtu. 1946-1947 kışı özellikle acıydı. Milyonlarca insan evsiz, yakıtsız, yiyecek ve giyeceksizdi. Her zaman olduğu gibi çocuklar en çok acıyı çekti; etkilenen bazı yerlerde bebeklerin yarısı ilk doğum günlerini göremeden ölüyordu. Acilen bir şeyler yapılmalıydı. Dünya yaralarını sarmakla meşguldü, fakat savaşın büyük fiziksel ve ahlaki travmasına rağmen gelecek hakkında şevk ve iyimserlik vardı. Biz Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kuruluşunu imzalayanlar, yeni bir bilinçle hareket ederek, sağlığın gelişme, barış ve küresel güvenliğin temel bir bileşeni olduğuna inandık. 'Sağlığın ulaşılabilir en yüksek standartta yaşanması her insanın temel hakkıdır' ifadesi ile insan hakları kavramı kuruluştaki takdim edildi. Biz aynı zamanda bu yeni kuruluş yoluyla tek elden 'herkes için sağlığın' geliştirilmesi ve savunuculuğunu yapabileceğimize ve herkese teknik yardım sağlayabileceğimize ikna olmuştuk. Bu yeni halk sağlığı paradigması çok geçmeden uluslar arasında küresel bir dayanışma başlattı (1)."

Yukarıdaki ifadeleri, merhum İhsan Doğramacı'nın 4-9 Eylül 2004 tarihlerinde Kopenhag'da 54. DSÖ Avrupa Bölgesel Komite Toplantısında yaptığı konuşmadan aldım. DSÖ kuruluş antlaşmasında imzası bulunan Doğramacı ile bugün DSÖ hakkında söz söyleyen,

kalem oynatanların tamamen aynı görüşte olmasını beklemek hakkımız değil. Ancak siyah ve beyazdan başka renk tanımayan bir anlayış da kavrayışımızı körleştirme, zihnimizi köleleştirme riskiyle bizi karşı karşıya bırakıyor.

Bilgi çağı diye nitelediğimiz bir dönemde yeterli bilgiye sahip olmadan görüş serdetmek ilk bakışta şaşırtıcı olabilir. Ancak o kadar kirli bilgi/malumat bombardımanı altındayız ki, doğru ve yanlış ayırmada zorlanıyor ve kendimizi bilgili sanıyoruz. Bazen inandığını, bazen inanmak istediğini bilgi diye sunmaya çalışanlar az değil. Bunu kasıtlı yapanlar olduğu gibi kafa karışıklığı içinde samimi olarak bocalayanlar da var. Bunda değişen zaman ile talep ve beklentilerin etkisi de yok değil.

Karışıklık farklı kesimlerde olduğu gibi aynı fikir kulüplerinde zamana göre de dalgalı seyrediyor. Sağlık alanına adım attığım günlerde özellikle kendilerini sol olarak niteleyen çevrelerin DSÖ'yü yücelttiklerine çok şahit olmuşumdur. Onlara göre sağlıkta ulusal adaletsizliklerimizin karşısında duran, hakka niyetin savunucusu bir örgüt gibiydi DSÖ. Hele 1978 Alma Ata Bildirgesini kutsal metin gibi sahiplenirlerdi. Sağlık politikaları konusuna odaklandığım 2000'li yılların başında bu kesimin DSÖ hakkındaki kabulleri değişmeye başla-

mıştı. Yine de hemen her kesim kendi ülkesindeki bir sağlık uygulamasını eleştirirken DSÖ'yü referans almakta geri durmuyordu. İşine gelmeyince de küreselleşmenin bir ürünü olarak gördüğü DSÖ'yü eleştirebiliyordu.

Kabaca bir toparlama yaparsam, sol dünya görüşü sahiplerinin eleştirisi, DSÖ'nün artık kapitalizme pirim verdiği, liberal politikalara yöneldiği yönündedir. Ülkemizdeki anlayışla kendilerini sağ ya da muhafazakâr olarak niteleyenlerin bir kısmında ise, uluslararası menfaat odaklarının güdümüne girmiş bir örgüt olarak millî menfaatlerimize zarar vereceği kaygısı yönünde sesler yükselmeye başladı.

Öncelikle şunu belirtiyim ki, Dünya Sağlık Örgütü İkinci Dünya Savaşı sonrası yeniden şekillenen dünyanın bir ürünüdür. DSÖ'nün kurulmasıyla dünyada küresel halk sağlığı konusunda yoğun bir bilgi paylaşımı başladı, ortak hedeflere yönelmeler oldu. Yine bu döneme rastlayan İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin de etkisiyle sağlığın temel bir hak olarak kabul görmesi, devletlerin güvencesi altına alınması anlayışı hâkim oldu. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından DSÖ Anayasasının ilan edildiği yılla eş zamanlı olarak Türkiye'de de dönemin Sağlık Bakanı Behçet Uz tarafından hazırlanan Mil-

li Sağlık Planı ile sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ve topluma yaygınlaştırılması çabalarına şahit olduk. Daha sonra 1961 yılında 224 Sayılı Kanun'la uygulamaya konmak istenen sağlıkta sosyalizasyon projesi de bu amacı bir adım daha öteye taşımaya çalıştı.

İkinci Dünya Savaşı sonrası tedrici bir dönüşümle de olsa sağlığın devletin görevleri arasında sayılması, bir bakıma sosyal devlet kavramının içini doldurma çabası olarak nitelendirilebilir. Bu bakışla, DSÖ'nün kuruluşunda sosyalizmin etkilerinin var olduğuna inananlar hatta Alma Ata Konferansındaki temel sağlık hizmetleri felsefe ve politikasının Sovyetler Birliği'nin etkisiyle kabul edildiğini ileri sürenler oldu (2). Aynı fikir cephesinde yer alıp bunu reddeden ve DSÖ'ye baştan "tu kaka" diyenler de yok değil. Bunlar DSÖ'nün emperyalist güçlerin ve uluslararası tekellerin uzun vadeli çıkarlarının gerçekleşebilmesi için önemli hizmetleri yerine getirmek üzere inşa edilmiş kuruluşlardan biri olduğunu söylüyorlar (3).

Açıkçası DSÖ'nün üyesi olan devletlerden bağımsız olarak kendi dünya görüşüne sahip bir siyasi örgüt gibi sunulmasını anlamakta zorlanıyorum. Bir Birleşmiş Milletler (BM) kuruluşu olarak DSÖ'nün dünyadaki politik dengelerden etkilenmemesi beklenemez. Neticede dünya değiştikçe ülkelerde politik akımlar yön değiştirdikçe, bu ülkelerin ortak sorunlarını dile getirdikleri sağlık platformu olan DSÖ de üyelerine uyum sağlamaktadır. Güç odakları her platformda var olduğu gibi burada da olacaktır. Bugün Trump örneğinde görüldüğü gibi güç odakları, DSÖ'yü kendi amaçlarına hizmet etmediği veya başka güç odaklarına destek verdiği gerekçesiyle itham edebilmektedir. Amacım DSÖ'yü ideoloji açısından analiz etmek değil. Bu husustaki görüşlerimi detaylı bir şekilde kitabımda ilgili bölümde anlattım (4). İlgili duyanlara tavsiye ederim.

DSÖ'yü küresel anlamda magazin düzeyinde tartışma masasına yatıran kişi ABD Başkanı Donald Trump oldu. Beyaz Saray'da düzenlediği basın toplantısında Dünya Sağlık Örgütü'yle ilişkilerini keseceğini ve bu örgüte aktardıkları fonları diğer küresel sağlık kuruluşlarına yönlendireceklerini söyledi. Trump'a göre Çin koronavirüsle ilgili olarak dünyayı yanıltması için DSÖ'ye baskı yapmıştı (5).

DSÖ bugün için bir BM ofisi statüsündedir. BM Güvenlik Konseyi üyesi olan bir ülkenin bu örgütten çekilmesi ne anlama geliyordu, açıkçası ben anlayamadım. BM üyesi bütün ülkeler DSÖ'nün doğal üyesi kabul ediliyor. Her üye ülke millî gelirleri nispetinde katkıda bulunuyor. Bir nevi üyelik aidatı. Tabii ki ABD gibi zengin ülkelerin aktardığı proje bazlı ilave fonlar da var. Meşhur, "parayı veren düdüğü çalar," sözünün gerçekliği burada da geçerli. Ancak Trump parayı verdiği hâlde düdüğü çalamamaktan şikayetçiydi. Trump'ın kesmeyi kastettiği aidat mı, yoksa ilave fonlar mı, onu bilmiyoruz.

Geriye dönüp olayları sakın bir şekilde gözden geçirirsek Trump'ın bu tavrıyla DSÖ'yü politize etmeyi başardığını ve ABD'nin pandemi mücadelesindeki zaafalarını gölgelemeye çalıştığını fark etmemiz zor olamayacaktır. Trump'ın bu politik söylemine karşı DSÖ Genel Direktörü Tedros Adhanom Ghebreyesus'un cevabı sert oldu. "Eğer düzgün davranış göstermezsek önümüzde pek çok ceset torbası bizi bekliyor. Bu virüsü politize etmeyin. Daha fazla ceset torbası görmek istiyorsanız siyasete alet etmeye devam edebilirsiniz," dedi (6).

Dünyanın en saygın tıp dergileri arasında olan Lancet'in yayın yönetmeni Doktor Richard Horton da tepki gösterenler arasındaydı. Horton, Trump'ın kararının, "insanlığa karşı işlenen bir suç" olduğunu söyledi ve "Her bilim insanı, her sağlık çalışanı, her yurttaş küresel dayanışmaya bu dehşet verici ihanete karşı koymalıdır" diye yazdı (7).

Çok geçmeden Trump'ın bu kandırmacasına son verildiği BM web sayfasında duyuruldu (9 Nisan 2020) (8). Açıklamaya göre, ABD'nin DSÖ'den ayrılma yönündeki kararını durduran kararnameyi imzalamak ABD Başkanı Biden'in yeni görevindeki ilk eylemlerinden biri oldu. Eski ABD Başkanı Donald Trump 2020 yılının temmuz ayında DSÖ'den ayrılma kararı almıştı. Ancak resmî olarak ayrılma için bir yıl gerektiği için ayrılma bu yıl temmuz ayında yürürlüğe girecekti. Yani gerçek bir ayrılma hiç olmadı. Süre dolmadan kararname iptal edilmiş oldu.

DSÖ'nün politika malzemesi yapılması henüz durmuş değil. ABD'de başlayan rüzgâr başka ülkelere de yayılmada

DSÖ'nün üyesi olan devletlerden bağımsız olarak kendi dünya görüşüne sahip bir siyasi örgüt gibi sunulmasını anlamakta zorlanıyorum. Bir Birleşmiş Milletler (BM) kuruluşu olarak DSÖ'nün dünyadaki politik dengelerden etkilenmemesi beklenemez. Neticede dünya değiştikçe ülkelerde politik akımlar yön değiştirdikçe, bu ülkelerin ortak sorunlarını dile getirdikleri sağlık platformu olan DSÖ de üyelerine uyum sağlamaktadır. Güç odakları her platformda var olduğu gibi burada da olacaktır.

gecikmedi. Ülkemizde de bu rüzgârın etkilerini görüyoruz. Siyaset sahnesinde yeni görünen Fatih Erbakan da topa girenlerden. Anadolu Ajansının geçtiği bir habere (22 Haziran 2023) göre bir soruya karşılık verirken şöyle demiş: "Tabii bu gibi salgınlarda, bu gibi konularda Sağlık Bakanlığımızın dışarıya bağımlı bir şekilde değil, yerli ve millî bir duruşla, bilinçle, şuurla hareket etmesi önemli çünkü Dünya Sağlık Örgütünü güvenilir bir kuruluş olarak görmüyoruz biz Yeniden Refah Partisi olarak. Daha önce pek çok skandallara da adı karışmış bir örgüt ve tabii Bill Gates Vakfının fonladığı, bu nedenle de sakin bir takım faaliyetler içinde olabilen bir örgüt. Bu nedenle Sağlık Bakanlığımızın bu Dünya Sağlık Örgütünün vesayetinden çıkıp yerli, millî bir istikamette yürümesi son derece önemli." Sayın Erbakan'ın aşısı ve yan etkileriyle ilgili sözlerine hiç değinmiyorum. Eleştirmek hakkıdır ama keşke biraz araştırsaydı.

Dünya Sağlık Örgütü canavarına(!) karşı toplumu uyarma görevi üstlenenlerin başında, dindar camianın yakından tanıdığı gazeteci Abdurrahman Dilipak geliyor. Bilhassa COVID-19 pandemisi dönemindeki yazı ve konuşmaları malum. Birkaç örnekle yetineceğim. 3 Haziran 2023 tarihli "Kıyamet Kavşağında 'Beni' Merkeze Almak" başlıklı yazısının giriş kısmında şu ifadelerle yer vermiş: "Derin Gerçekler: Türkiye 100 yılı gibi gelecek hayalleri kurarken bir yandan da insanlık tarihinin en zor zamanlarından birini yaşıyoruz. Fitne zamanıdır. Günlük, gündelik şeylerle meşgul ediyoruz! Son DSÖ kararından haberiniz var mı? COVID, mRNA'yı arayacağınız günler geliyor. Mesele ekmek meselesinden daha önemli. Ölüler yemek yemezler. Tehdit İHA-SİHA'larla bertaraf edilecek cinsten değil. Eğer bu DSÖ fitnessini anlayıp bundan yakamızı kurtarmayacak olursak, felaketin dehşetini anladığımızda geri dönüş için çok geç kalmış olabiliriz. Bugün, her şeyi yeniden düşünmemiz gereken bir zaman. İnsan-insanlık tehdit altında....."

Pandemiyle ilgili spekülasyon ve bilgi kirliliğini anlatmak bu yazının kapasitesini aşar. DSÖ Genel Direktörü de pandemi sürecini 'troller ve komplo teorileri' ile mücadele olarak tanımlıyor zaten. Dr. Tedros, yanlış bilginin kafa karışıklığına ve korkunun yayılımına neden olduğunu ve bu durumun salgın ile mücadeleyi engellediğini söylüyor (16). Nitekim bu dönemde Sağlık Bakanlığında görev yaparken bizi en çok yoran, yanlış bilgi ve iddiaları düzeltmek için gösterdiğimiz çaba oldu.

(9)". Yazının devamında genel fitne konusu işlenmekle birlikte DSÖ'ye başka bir atıf bulunmuyor.

Tecrübeli gazetecinin günlük yazısının haberlere konu olan kısmı ise zaten sadece burası. Haber başlığı şöyle (3.6.2023): "Dilipak Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) son kararına dikkat çekti" (10). Birkaç gün sonraki köşesinde (7.6.2023) yazar, "İşte asıl mesele bu," diyor (11). Yazıdan meseleyi anlamaya çalışıyoruz.

"Bakın bu DSÖ belası öyle bir bela ki ne İstanbul Sözleşmesi ne aile ne uyuşturucu. Tam da o ki, 'bir hayata çıktık ki, hayata kurmuş pusu...' Bu, dünya ve ahiret hayatını mahvetmeye namzet bela ile ilgili iki bakanlık öne çıkıyor: Sağlık ve iklim. Allah hayırlı işlerinde yardımcılarını olsun!"

Ardından önemli bir uyarı yapıyor. "Bakın, Allah'a ve ahiret gününe iman eden herkes şu konuya dikkat etsin. Hiç kimse dünyada olup bitenleri görmezden, duymazdan, bilmezden gelme hakkına sahip değildir. Bu konu diğer bütün konulardan daha önemlidir: Yeni DSÖ Anlaşmasının 5. Maddesine göre 'Hükümetleri, DSÖ kontrolüne veriyor.' İklim de öyle, yapay zekâ tarafından yönetilecek. Bunun anlamı şu: DSÖ emir verir, Sağlık Bakanı uygular. Bu yetki devridir. Egemenliğin devridir. Bu Anayasa'ya göre suçtur.

Tekin Kuzey'in dediği gibi: "Tek Dünya Devletinin Sağlık Bakanlığı kuruluyor. 76. Dünya Sağlık Asamblesi, İsviçre'nin Cenevre kentinde toplandı. Toplantıya Fahrettin Koca da katıldı. DSÖ'ye tam kontrol sağlayacak salgın anlaşması planlanıyor. Sağlık kisvesi altında diktatörlüğe doğru gidiyoruz. Dikkat 5. Seviye Alarm. Politikacılar uyuyor. DSÖ'nün Pandemi Antlaşması için bir sonraki toplantı 17-20 Nisan tarihleri arasında gerçekleştirilecek. Bu talepler kabul edilemez." Evet, evet, herkes, ne kadar tanıdığı varsa bakan, milletvekili, bürokrat medya mensubu, STK temsilcisi, kanaat önderi varsa ona ulaşsın" (11).

Sayın Dilipak'ın bu çağırısı inanarak yaptığını sanıyorum. Zira yaptığı bu çağırısı kendisinin uyduğuna bizzat şahitlik edenlerdenim. Muhtemelen Bakanlıktaki görevimi dikkate alarak beni arayıp bu konudaki uyarı görevini yaptığını dile getirdi.

Alıntılanan mesajda tarih sıralama sorununu olsa da anlamaya çalışalım. 76. Dünya Sağlık Asamblesi 21-30 Mayıs tarihleri arasında gerçekleşti. Mesajda bildirilen 17-20 Nisan'da Uluslararası Sağlık Tüzüğü Çalışma Grubunun (WGIHR) üçüncü toplantısı yapıldı. Herhâlde mesajda kastedilen bu olsa gerek. Grubun 4. toplantısı 24-28 Temmuz, 5. toplantısı 2-6 Ekim'de planlanmış durumda. Ayrıca Hükümetler Arası Müzakere Bürosu(INB) 18-24 Mart 2024'e kadar dokuz toplantısını yaparak çalışmalar üzerine müzakereleri yürütecek. Nihayet Mayıs 2024'te de 77. Dünya Sağlık Asamblesi yapılacak. Yani süreç devam ediyor.

Bu arada "Tek Dünya Devletinden" söz eden, alıntı yaptığı şahsın mesajlarını da gözden geçirme ihtiyacı duydum. Ne diyeyim, "bozacının şahidi şıracı" hikâyesi gibi. "Cenevizlilerin Sır Katibi" başlığını kullanan şahsın Abdurrahman Bey'e kaynaklık eden mesajlarından birini (26 Haziran 2023) paylaşayım (12): "Covid sahtekârlığı sayesinde bütün hükümetlere sızdıklarını, neredeyse bütün ülkeleri kontrol altına almış olduklarını öğrenmiş olmalıyız. Tek noktadan alınan kararlar ve dünyanın her yerinde eş zamanlı uygulanan zulüm bile; zaten bir 'tek dünya hükümeti' olduğunu doğruluyor." Bir başka paylaşımında da Richard Warner adlı şahıstan alıntılanan "Covid sahtekârlığı merkez bankası dijital para birimlerini hayata geçirmek için tezgahlanmıştır." ifadesi yer alıyor (12).

Yeni dünya, tek dünya, dijital dünya gibi sıfatlar yüklenen bu dünya düzeni bayağı ilgi çekmiş görünüyor. Umran Dergisinin Kasım 2021 sayısında Burhan Can imzalı, "Biyolojik Savaş Üzerinden 'Dijital Dünya Düzenini' İnşa Etmek-6, Dünya Sağlık Örgütü Kimin Truva Atıdır?" başlıklı 15 sayfalık bir yazı yayınlandı (13). Aslında yazı, Dijital Dünya Düzeni temasını işleyen bir dizinin parçası. Daha çok örgüt ve ilişkileri hakkında bilgi aktarıyor. Özeti şöyle: "Küresel hâkimiyet projeleri olan yapılar, aşı ve ilaç sektörünün hep ilgi odağı olmuştur. Politikalarını belirleme ve yönlendirmede bu yapılar, DSÖ üzerinde doğrudan veya dolaylı olarak baskı uygulayagelmışler, çalışanlarını etkileme çareleri aramışlar, zaman zaman kurumu kaynakları kesmekle tehdit etmişlerdir. Yol boyu etkisi farklı olmakla birlikte bu yaklaşım gerçekleş-

miş; DSÖ kendi alanında tüm insanlığın menfaatlerini değil, belli zümre ve kuruluşların menfaatlerini savunur duruma düşmüştür.”

Bu arada fırsatı değerlendiren dostlarımız da var. Ahmet Maranki gazetede ilk yazısına “Dünya, DSÖ’den büyük değil mi?!” diye başlamış (17 Eylül 2021). “Sayın Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan! Dünya, DSÖ’den büyüktür mesajını vermelidir! Cumhuriyet İttifakı liderleri 2023 hedeflerine hızla ve azimle ve başta Savunma Sanayii ve kalkınma hamleleri ile başarıyla yürümekte olan Gürbüz Türkiye Cumhuriyeti’nin önünü küresel emperyalizmin bir oyun olan corona, aşı, maske, PCR testleri vs. gibi anayasal düzeni delmeye yönelik kanunsuz ve antidemokratik mobbing uygulamaları ile maksatlı ve provokatif eylemlere yönlendirme amaçlı olan bütün bu uygulamalara dur diyecek ve gerekeni yapacaktır diye bu milletin asıl ve asıl sahipleri ümitle bu oyunların bozulacağı açıklamaları beklemektedir! (14).” (yazım hataları yazar aittir).

Aslında Sayın Cumhurbaşkanımızın BM’ye hitaben “Dünya beşten büyüktür” sözünün BM ilişkili örgütü olan DSÖ için de geçerli olduğunu ifade edenlerden biri de benim (4). Ancak Maranki’nin çalakalem, (ya da çalaka klaye mi desem?) ifade kümesinin bir bilgiye dayanmayan popülist bir yazı olduğunu söylemek zorundayım. Okuyucu olarak takdir sizin.

“Global çete ve karanlık güçlerin dayatmalarına Necip Türk milletinin asıl ve asıl insanları asla ve kâta boyun eğmeyecektir! Dünyada ve Türkiye’de yeniden bir tarih yazılacaksa, bu şeytan aklının yazdığı senaryoların hayata geçirilmesi değil, onu Malazgirt’te ve Çanakkale’de tarih yazan bu vatanın gerçek sahipleri Türkler yazacaktır!” (14). Bu sözler de aynı yazıdan.

Whatsapp gruplarında dolaşıma sokulan “DSÖ’nün “pandemi hazırlığı” kisvesi altında yürüttüğü küresel darbe planı” başlıklı bir metin var ki, burada konu bile etmiyorum. Yine Yasin Aslantürk imzalı bir sosyal medya hesabından (28 Mayıs 2023) öğrendiğimize göre, Almanya Thüringen Eyaleti Cinayet Soruşturma Dairesi Eski Başkanı Uwe Kranz, “Anlaşma mecliste tartışılmadı. Eğer Sağlık Bakanı DSÖ Antlaşması’nı kabul ederse ona ihanet

davasası açacağız,” demiş (15).

Bana sorarsanız, Dilipak’ın ifadesiyle “fitne zamanı” doğru bir tespit. Ancak bu zamanı tayin edenlerin başında sosyal medya geliyor. Hangi anlaşmadan söz ediliyor? Uluslararası anlaşmayı bir bakan kabul edebilir mi? Mecliste görüşülmeyen uluslararası anlaşma yürürlüğe girebilir mi? Bütün bunlar gerçek olsa bile, konu Cinayet Soruşturma Dairesi Başkanının -hem de eski- sorumluluğuna girer mi? Sade vatandaş olarak dava açma hakkını kullanacağını kabul edecek olursak mesaja sokuşturulan gerçek olduğu meçhul bu unvanlar neden?

Yukarıda alıntılıdığım iddia ve suçlamaları özetlersek, söylemlerin etrafında dolaştığı kavramları şöyle sıralayabiliriz: Pandemi ve küresel darbe planı, yeni dünya düzeni, global çete ve karanlık güçler, tek dünya devleti, COVID sahtekarlığı, DSÖ vesayeti, hükümetlerin DSÖ kontrolüne verilmesi, salgın antlaşması, pandemi antlaşması, yeni DSÖ antlaşmasının 5. maddesi.

Hakkında çok şey yazılabilir ama pandemiyle ilgili spekülasyon ve bilgi kirliliğini anlatmak bu yazının kapasitesini aşar. DSÖ Genel Direktörü de pandemi sürecini ‘troller ve komplo teorileri’ ile mücadele olarak tanımlıyor zaten. Dr. Tedros, yanlış bilginin kafa karışıklığına ve korkunun yayılımına neden olduğunu ve bu durumun salgın ile mücadeleyi engellediğini söylüyor (16). Nitekim bu dönemde Sağlık Bakanlığında görev yaparken bizi en çok yoran, yanlış bilgi ve iddiaları düzeltmek için gösterdiğimiz çaba oldu. Teknik tabiriyle ‘infodemi’nin büyük bir halk sağlığı sorunu olduğunu söylemeliyim.

Eleştiri oklarının yöneldiği ikinci husus dönemsel olarak yeni bir anlaşma ve bu anlaşmayla hükümetlerin DSÖ kontrolüne girmesi iddiası. DSÖ dokümanları açısından değerlendirdiğimde bu ‘yeni anlaşma’ nitelemesiyle Uluslararası Sağlık Tüzüğü’nün kastedildiğini anlıyorum. Bu tüzüğü ileride daha teferruatlı olarak ele alacağım.

Tüzük doğal olarak taraf ülkelere belli sorumluluklar yüklüyor. Anladığım kadarıyla bu tüzüğün yapılacak olan revizyonunda taraf ülkelere yüklediği sorumlulukların artırılacağı korkusu var. Ya da böyle bir korku üretilerek alan

DSÖ de bütün diğer kuruluşlar gibi sorgulanamaz değildir. Zaman zaman tutum ve icraatları sigaya çekilmelidir. Ne var ki, Uluslararası Sağlık Tüzüğü revizyonundan hareketle küresel darbe planı, yeni dünya düzeni, tek dünya devleti, DSÖ vesayeti, hükümetlerin DSÖ kontrolüne verilmesi gibi çıkarımlarda bulunmak kolay anlaşılır değildir. Hele mesnetlerini tam olarak ortaya koymadan sosyal medya ağzıyla uçuşan yerli yersiz iddialar, ortamı bulandırmakta ve inandırıcılık yara almaktadır.

açılmaya çalışılıyor. Artık iletişim ve ulaşımın çok hızlı olduğu dünyamızda bir ülkedeki halk sağlığı tehdidinin sadece komşu ülkeleri değil, dünyanın öbür ucunu kısa sürede nasıl etkilediğini yaşayarak gördük. Ulaşım hızı arttıkça yeni tedbirlerin alınması, ülkelerin birbirine karşı olan sorumluluklarının değişmesi kaçınılmaz oluyor. Kısacası, halk sağlığı risklerine karşı daha sıkı tedbir alınması talebini şaşırtıcı bulmuyorum. Hatta bu alanda yerel çıkar hesapları ve kaygılarla ülke dışındaki toplulukları göz ardı etmeyi ahlaki de bulmuyorum. Böyle bir tavrın millî olmakla ilgisi olmaz.

Ancak yukarıda aktardığım serzenişlerden anlaşılacak bu sorumluluğun ülke egemenliğini tehdit etmesi ihtimali. Bu da iddia edilen afaki hükümleri içerecek olan bir tüzüğe ülkenizin taraf olup olmamasıyla ilgili. Hazırlıkları yürütülen ve gelecek yıl Asamblede kabul edilmesi beklenen tüzük revizyonunun karşısında her ülke kendi çekincesini

koyabilir hatta katılmayabilir. Ya da tümüyle uygun görebilir. Neticede DSÖ üye devletlerin bir bileşiminden meydana geliyor. Her üye aynı görüşte olmak zorunda değildir. Uluslararası bir sağlık sorununu aşmak için genelde beklenen oy birliğidir ancak üye olmakla anlaşmaya taraf olmak aynı şey değildir.

Bu hususu biraz daha açmakta fayda var. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisinde Uğur Samancı imzasıyla yayımlanan makale bu konuda oldukça teferruatlı bilgi aktarıyor. Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nü merkeze alan makale, bütünüyle DSÖ kararlarının hukuki niteliğini etraflı bir şekilde inceliyor (17). DSÖ'nün normatif işlevi, karar süreçleri ve kararların bağlayıcılığı, bir hukukçu gözüyle irdelenmiş. Bu makaleden özetleyerek aktarıyorum.

Uluslararası örgütlerin kurucu antlaşmalarına anayasa denmektedir. DSÖ Anayasası tabiatı gereği, sağlıkla ilgili standartların belirlenmesi konusunda örgüte önemli görevler yüklemektedir.

Bu inandırıcılık yoksunu ortam, gözlem ve tecrübelerimize dayanarak yapmamız muhtemel analiz ve tenkitlerden de sarfınazar etmemize yol açmaktadır. Sağlık, uluslararası yumuşak güç olduğu kadar, istismarı ve ihmali bir o kadar onu zararlı güç haline getirebilir. Çağrılarını, uyarılarını, söz ve söylemleri kanıta dayalı, doğrulanmış bilgi ve belgelerden yoksun olanların buna zemin hazırladıklarını fark etmelerini bekleriz. Bu az bir vebal değil.

DSÖ'nün görevlerini kısaca özetlersek; uluslararası sağlık konularına ilişkin sözleşmeler, anlaşmalar veya tüzükler önermek ve tavsiyelerde bulunmak, bu düzenlemelerle kendi amaçlarına uygun görevleri yerine getirmek, sağlık, tıp ve ilgili diğer alanlardaki mesleklerle ilişkin gelişmiş öğretim ve eğitim standartlarının teşvik etmek, hastalıklar, ölüm nedenleri ve halk sağlığı alanındaki uygulamalar konusunda uluslararası alanda kullanılacak terminolojiyi belirlemek, tanı usullerinin gerektiği şekilde standardizasyonu, gıda ürünleri, biyolojik, farmasötik ve benzeri ürünlere ilişkin uluslararası standartların geliştirilmesi çalışmalarını yürütmektir.

Uzmanların desteğinde sekreteryar tarafından hazırlanan karar tasarımları Yönetim Kurulunda şekillendirilerek teklif hâline getirilir ve Dünya Sağlık Örgütü'nün genel kurulu niteliğindeki Asamblede karara bağlanır. Ulusal hukuk düzeninde olduğu gibi bir yasama organı söz konusu değildir. BM üyesi bütün devletler delegeleri vasıtasıyla Asamblede temsil edilir. Her ülkenin bir oyu vardır. Tabii ki, karar süreçlerinde, lobiler, ikili ilişkiler, çıkar çatışmaları arka planda devrede olabilmektedir. Ancak esas konu alınan kararların ülkeler açısından bağlayıcı olup olmadığı veya nasıl bağlayıcı hâle gelebildiğidir. DSÖ amacı doğrultusunda aldığı kararları genellikle ikili anlaşmalarla uluslararası sözleşme hâline getirerek bir hukuki zemin bulmaktadır.

DSÖ, Anayasasının verdiği önemli bir görev de hastalıkların yayılmasının önlenmesi amacıyla uluslararası sağlık tüzükleri hazırlanmasıdır. Söz konusu tüzüklerin üye devletler bakımından bağlayıcı hâle gelmesi ise, sağlık alanındaki diğer konulara dair kabul edilen sözleşmelere nazaran farklı bir usulde olmaktadır.

Kısacası DSÖ normatif işlevini, başlıca üç tür hukukî belgenin kabulü aracılığıyla yerine getirebilmektedir. Bunlar, tavsiyeler, sözleşme ya da anlaşmalar ve tüzüklerdir. Bu belgelerin kabulü konusunda, yetkili kurul Asambledir. Uygulamada Asamble normatif işlevleri yerine getirirken daha ziyade tavsiyelerde bulunmaktadır. Bağlayıcı nitelikteki tüzüklerin kabulü istisna teşkil etmekte, bu yola nadiren baş vurulmaktadır.

DSÖ'nün, Asamblede alına karar çerçevesinde yetki alanına giren her türlü meseleye ilişkin olarak üye devletlere tavsiyelerde bulunabilmesi mümkündür. Tavsiye niteliğindeki kararlar üye devletler için hukuken bağlayıcı olmakla birlikte, uygulamada bu tür kararlar DSÖ'nün normatif işlevinin yerine getirmesinde ağırlıklı yer tutmaktadır. Bu tavsiyelerle belirlenen standartların uygulamaya konulması bakımından üye devletler önemli bir takdir yetkisini haiz olmakla birlikte, genellikle konunun uzmanlarınca bilimsel ve teknik veriler ışığında hazırlanarak kabul edilen bu tür belgelere geniş ölçüde uyulmaktadır.

DSÖ yetkisi dahilindeki sözleşme ve antlaşmaları 2/3 çoğunlukla kabul yetkisini haizdir. Bu sözleşme veya anlaşmalar, her üye devletin kendi anayasal usulleri çerçevesinde kabulünün ardından yürürlüğe girebilmektedir. Dolayısıyla, kural olarak antlaşmaların bağlayıcılık kazanmasında basit usul dışındaki sistemi benimseyen devletler bakımından açık bir onay, kabul ya da tasvip gibi ek işleme gerek bulunmaktadır. DSÖ Anayasası örgüte böyle bir yetki tanımlamışsa da bu usule çok baş vurulmamaktadır. Tek örnek, 2003 yılında oy birliği ile kabul edilen Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesidir. Bakanlar Kurulumuz 2004/8235 sayılı Kararıyla bu sözleşmeyi onaylamıştır. Bildiğim kadarıyla, DSÖ tarihinde bu usulün uygulandığı başka bir örnek bulunmamaktadır.

DSÖ normatif işlevini yerine getirirken tüzüklerden de yararlanabilir. Anayasasında spesifik olarak sayılan konulara ilişkin olarak oy çokluğuyla kabul edilen tüzükler belirlenen süre içinde reddetmeyen veya çekince ileri sürmeyen üye devletler için bağlayıcı hâle gelmektedir. Asamble tarafından kabul edilen sözleşme veya anlaşmalar ile tüzüklerin en önemli farklarından biri üye devletler için bağlayıcılık kazanma yöntemi konusunda ortaya çıkmaktadır.

Asamble tarafından bugüne kadar DSÖ Anayasası çerçevesinde sadece iki tüzük kabul edilmiştir. Bunlardan ilki ölüm nedenlerinin sınıflandırılmasında istatistikî bilgilerde yeknesaklığın sağlanması amacıyla taşıyan "Hastalıklar ve Ölüm Nedenleri ile İlgili Terminoloji Hakkında 1 Numaralı DSÖ Tüzüğüdür. İkincisi ise Uluslararası Sağlık Tüzüğüdür.



Uluslararası Sağlık Tüzüğü (IHR), Dünya Sağlık Örgütü Anayasasının 21. ve 22. maddelerine dayanılarak, sağlık risklerinin komşu ülkelere yayılmasını sınırlamak, ülkelerin sağlık acil durumlarına hazırlığını geliştirmek ve haksız seyahat ile ticaret kısıtlamalarını önlemek amacıyla oluşturulmuş, taraf olan egemen devletleri bağlayan bir uluslararası antlaşmadır. Tarihsel arka planı 1851-1938 yılları arasında düzenlenen Milletlerarası Sağlık Konferanslarına dayanmaktadır. Mevcut tüzüğün ilk kabulü 1961 yılında 4. Dünya Sağlık Asamblesine dayanmaktadır. 1969, 1973 ve 1981 yıllarında güncellemeler yapılmıştır. Artan ticaret ve seyahatin kazandırdığı uluslararası etkileşim nedeniyle tüzüğün yalnızca belirli bulaşıcı hastalıkları değil aynı zamanda yeni gelişen ve gelişme potansiyeline sahip uluslararası sağlık tehditlerini de kapsayacak şekilde güncellenme çalışmaları 2003 yılında başlamış ve mevcut tüzük 23 Mayıs 2005 tarihinde 58. Dünya Sağlık Asamblesinde kabul edilmiştir.

Ülkemiz, 1851 yılından itibaren uluslararası alanda geliştirilmiş olan sağlık nizamnamelerine taraf olduğu gibi 2005 tarihli Uluslararası Sağlık Tüzüğüne de 2007 yılında taraf olmuştur. Taraf devletler, herhangi bir Potansiyel Uluslararası Halk Sağlığı Acil Durumunun (PHEIC) zamanlıca tespit edilmesi, değerlendirilmesi ve bildirimini yapılması ile yanıtlanması amacıyla ülke giriş noktaları dâhil olmak üzere sürveyans ve yanıt için kapasitelerini geliştirmekle yükümlüdür.

Gelişen ve değişen şartlara binaen, Mayıs 2022 tarihli 75. Dünya Sağlık Asamblesinde söz konusu tüzüğün yeniden revizyonu kararı verilerek Uluslararası Sağlık Tüzüğü Çalışma Grubu (WG-IHR) kurulmuştur. Grubun üye devletlerin talep ve görüşlerini derleyerek 2024 Mayıs ayında gerçekleştirilecek olan 77. Dünya Sağlık Asamblesine sunması beklenmektedir.

Uluslararası Sağlık Tüzüğü, 10 bölüm hâlinde ve 66 maddeden oluşuyor. Dokuz adet, form şeklinde ekleri bulunuyor. Dehşetengiz bulunan 'Antlaşmanın 5. Maddesi' ile, Tüzüğün 5. Maddesi mi, yoksa 5. Bölümü mü kastediliyor, bilmiyorum. Okuyucuyu bilgilendirmek açısından aktarayım. Tüzüğün 5. Bölümü 'Halk sağlığı önlemleri' başlığını

taşıyor. Genel hükümlerin yanında taşıma ve taşıma operatörleri, yolcular, mallar, konteynırlar ve konteynır yükleme alanları için özel hükümler bulunuyor. Bu bölüm, tüzüğün 23-29 maddelerini kapsıyor. Tüzüğün 5. maddesi ise 'Bilgilendirme ve halk sağlığı yanıtını verme' başlıklı 2. Bölümde yer alıyor. Bu madde sürveyans konusunda kapasite geliştirme ve bildirimde bulunma hükümlerini düzenliyor.

Neticede ana konu küresel halk sağlığının korunmasıdır. Bu hususta yeni sorumluluklar, yeni yükümlülükler doğabilir. Ortaya çıkan duruma karşı alınacak tedbirlere ilişkin yapılacak düzenlemelere olumlu yaklaşan ya da karşı çıkanların olması tabiidir. Farklı ülkeler, lobiler, menfaat grupları kendi pozisyonlarına göre tavır alır. Adı geçen tüzük konusunda ülkemizin yetkili kurumları da görüşlerini bildirmiştir. Tartışılır, uzlaşılır ya da çekinceler konulur. Bütün küresel ihtilaflar bir yana, insanlığın tartışmasız ortak paydası olan sağlık konusu en kolay uzlaşabileceğimiz alandır. Yeter ki bilgili olalım, sağduyuyu elden bırakmayalım.

DSÖ de bütün diğer kuruluşlar gibi sorgulanamaz değildir. Zaman zaman tutum ve icraatları sigaya çekilmelidir. Ne var ki, Uluslararası Sağlık Tüzüğü revizyonundan hareketle küresel darbe planı, yeni dünya düzeni, tek dünya devleti, DSÖ vesayeti, hükümetlerin DSÖ kontrolüne verilmesi gibi çıkarımlarda bulunmak kolay anlaşılır değildir. Hele mesnetlerini tam olarak ortaya koymadan sosyal medya ağıyla uçuşan yerli yersiz iddialar, ortamı bulandırmakta ve inandırıcılık yara almaktadır. Öyle ki, bu inandırıcılık yoksunu ortam, gözlem ve tecrübelerimize dayanarak yapmamız muhtemel analiz ve tenkitlerden de sarfınazar etmemize yol açmaktadır. Sağlık, uluslararası yumuşak güç olduğu kadar, istismarı ve ihmali bir o kadar onu zararlı güç haline getirebilir. Çağrılarını, uyarılarını, söz ve söylemleri kanıta dayalı, doğrulanmış bilgi ve belgelerden yoksun olanların buna zemin hazırladıklarını fark etmelerini bekleriz. Bu az bir vebal değil.

Son söz olarak hatırlatayım. Ne diyordu Doğramacı 2004 yılındaki Kopenhag konuşmasında? "58 yıl sonra ben hâlâ sağlığın barış için gerekli bir bileşen olduğu ideale bağlıyım (1). Sağlığı savaşın değil, barışın aracı hâline getirmeye çalışalım.

## Kaynaklar

1) Doğramacı, İ.: *Son 58 Yılda Dünya Sağlığına Yönelik Büyük Adımlar Atıldı.* (Çeviri: Yardım N.); *SB Diyalog* (1)7: 54-57, 2004

2) Belek, İ.: *Sosyalizmsiz dünyada Dünya Sağlık Örgütü'nün hali.* <https://haber.sol.org.tr/haber/sosyalizmsiz-dunyada-dunya-saglik-orgutunun-hali-1881> (Erişim Tarihi: 19.02.2023)

3) Çınar, D.: *Dünya Sağlık Örgütü tarafsız mıdır?* <https://marksist.net/derya-cinar/dunya-saglik-orgutu-tarafsiz-midir> (Erişim Tarihi: 19.02.2023)

4) Aydın, S.: *Akademi Bürokrasi Siyaset Sarmalında Sağlıkla Yaşamak.* Sf: 119-124. İstanbul Medipol Üniversitesi Yayını, 2023.

5) Euronews, <https://tr.euronews.com/2020/05/29/donald-trump-dunya-sagl-k-orgutu-dso-ile-iliskilerikesme-karar-ald> (Erişim Tarihi: 17.07.2023)

6) <https://www.ntv.com.tr/dunya/dso-genel-direktoru-virusu-politize-etmeyin-trumpin-ekonomilerine-yanit,ubxahYL-20iehb1t4jhJZA> (Erişim Tarihi: 21.07.2023)

7) <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-52292657> (Erişim Tarihi: 21.07.2023)

8) <https://turkiye.un.org/tr/108587-abd-ds%C3%B6%E2%80%99ye-yeniden-kat%C4%B1mak-%C3%BCzere-harekete-ge%C3%A7erken-guterres%E2%80%99den-d%C3%BCnyaya-dayan%C4%B1%C5%9Fma-%C3%A7a%C4%9Fr%C4%B1s%C4%B1> (Erişim Tarihi: 21.07.2023)

9) <https://www.habervakti.com/kiyamet-kavsaginda-beni-merkeze-almak> (Erişim Tarihi: 21.07.2023)

10) <https://www.itifakgazetesi.com/dilipak-dunya-saglik-orgutunun-dso-son-kararina-dikkat-cekti>

11) <https://www.habervakti.com/iste-asil-mesele-bu> (Erişim Tarihi: 21.07.2023)

12) <https://twitter.com/GunumunSozu> (Erişim Tarihi: 23.07.2023)

13) *Umran Dergisi Kasım 2021 Sf:16-30* <http://www.umrandergisi.com.tr/umran/pdf/327-1635927674.pdf> (Erişim Tarihi: 21.07.2023)

14) <https://www.yeniakit.com.tr/yazarlar/prof-dr-ahmet-maranki/dunya-dsoden-buyuk-degil-mi-36927.html> (Erişim Tarihi: 21.07.2023)

15) <https://twitter.com/YasinAslanTrk1> (Erişim Tarihi: 23.07.2023)

16) Depoux, A., Martin, S., Karafilakis, E., Preet, R., Wilder-Smith, A., Larson, H. (2020) *The pandemic of social media panic travels faster than the COVID-19 outbreak, Journal of Travel Medicine, 27* (3). ss.1- <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa031>.

17) Samancı, U.: *Uluslararası Sağlık Tüzüğü (2005) ve Hukukî Niteliği.* D.E.Ü. Hukuk Fakültesi Dergisi Cilt: 16, Sayı: 2, 2014, s. 113-169 (Basım Yılı: Şubat 2016)

# İklim değişikliği ve çocuklar

## Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. 1985 yılında İstanbul Tıp Fakültesini ve aynı fakültede 1991 yılında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimini bitirdi. 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi'nde, 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yaptı. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2005-2015 arasında Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Eğitim Sorumlusu ve Başhekim olarak görev yaptı. Sağlık Kurumları İşletmeciliği ile İş İdaresi Yüksek Lisans programı ile Tıp Hukuku yüksek lisans programlarını bitirdi. 2008-2013 yılları arasında Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği, 2006-2016 arasında Adli Tıp İhtisas Kurulu üyeliği görevinde bulunan Dr. Ovalı hâlen İstanbul Medeniyet Üniversitesi öğretim üyesi olup aynı zamanda İstanbul Üniversitesi Rektör Danışmanlığı görevini de sürdürmektedir. Dr. Ovalı'nın ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanmış 200'den fazla makalesi, editörlüğünü yaptığı 10'dan fazla tıp kitabı ve 1 kısa film senaryosu mevcuttur.

*Hiç kimse her şeyi yapamaz, ancak herkes bir şeyler yapabilir...*

İklim değişikliği, 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunlarının başında gelmekte, insanların sağlığını etkilemekle kalmayıp sağlık altyapısını ve sağlık iş gücünü de tehdit etmektedir. İklim değişikliği, hava sıcaklığı, yağmur gibi kilit çevresel faktörlerin sera gazları (karbondioksit, metan, azot oksit, hidroflorokarbonlar) etkisiyle değişmesi anlamına gelir. 18. yüzyılın başından bu yana başlayan iklim değişikliğinin en önemli nedeni insan davranışlarıdır. Sıcaklık artışı, denizlerin yükselmesi, kuraklıklar, hava kirliliği ve diğer faktörler yüzyıllar boyunca insanlığın sağlık alanında yaptığı ilerlemeleri geri çevirebilir ve "herkes için sağlık" hedefinden uzaklaşılmasına yol açabilir.

Dünyada yaklaşık 3,6 milyar insanın iklim değişikliğinin meydana getirdiği tehditler altında yaşadığı düşünülmektedir. Son 10 yılda aşırı hava olaylarının meydana geldiği bölgelerdeki insanlarda mortalite oranlarının diğer bölgelere kıyasla 15 kat daha fazla olduğu hesaplanmıştır. Kömür, petrol ve doğal gaz gibi fosil yakıtlardan kaynaklanan sera gazı emisyonları hava kirliliği ve iklim değişikliğine neden olan en önemli kaynaklardır. 1950 yılında atmosfere salınan karbondioksit 5 milyar ton iken bu rakam 2020 yılında 35 milyar tona yükselmiştir. Günümüzde dünyanın ortalama hava sı-

caklığı, endüstri-öncesi döneme kıyasla 1,1 derece daha yüksektir. Eğer karbondioksit salınımı aynı hızda devam edecek olursa bu yüzyılın sonunda sıcaklık artışı 2,5 dereceye ulaşacaktır. Paris İklim Anlaşmasına göre ise ısınmanın üst sınırı 1,5 derece olarak kabul edilmiştir. Bu hedefe varabilmek için sera gazı emisyonları 2025 yılından itibaren azalmalı ve 2030 yılında %43'lük bir azalma sağlanmalıdır. İklim değişikliğinden etkilenen riskli gruplar arasında fakirler, yaşlılar, çocuklar, gebeler, kadınlar, dış ortamda yaşayanlar, kırsal kesimde yaşayanlar, sosyal olarak izole ortamlarda yaşayanlar ve kronik hastalığı bulunanlar sayılır. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip toplumlar ve kişiler aslında sera gazı üretimine en az katkıda bulunmalarına rağmen bu olumsuz etkilerden en fazla etkilenen gruplar olmaktadır. Ancak ülkelerin pek az bir kısmı iklim değişikliği ile ilgili sağlık sorunlarına ve bunların çözümüne bütçe ayırmaktadır.

Fosil yakıtları üzerinde neden bu kadar durulmaktadır? Her yıl tahmini 8,7 milyon kişi fosil yakıtlardan kaynaklanan hava kirliliği nedeniyle hayatını kaybetmektedir. İklim değişikliği nedeniyle hayatını kaybedenlerin sayısı bilinmemektedir. Sera gazı üretimine katkı sağlayan sektörler arasında enerji, ulaşım, endüstri, tarım ve atık sektörleri sayılabi-

li. Karayolu ulaşımı, sera gazı üretiminin beşte birinden sorumluyken global besin sistemi %21-37'sinden sorumludur. Atmosferik ısınma, özellikle de okyanusların ısınması tropikal kasırgaların son 40 yılda %13 artışına da yol açmakta, kasırgaların hızı ve etkilediği alanların büyüklüğü artmaktadır. Bu sektörler aynı zamanda zehirli hava kirleticileri de üretmektedir. Yapılan bir analizde Pakistan'ın sera gazı emisyonunu 2030 yılına kadar %27,5 azaltması halinde hava kirliliğinin azalmasıyla beraber 65.000 prematüre doğumun önlenileceği ve 9 milyar dolar ekonomik fayda sağlanabileceği hesaplanmıştır. ABD'de Katrina kasırgası sırasında preterm doğumlarda belirgin bir artış gözlenmiştir.

Fosil yakıtların artmasının nedenlerinden biri de yanlış şehir planlamaları ve şehirlerde araba kullanımının artışıdır. Bu durum hem hava kirliliğini artırmakta hem de çocukların fiziksel aktivitelerini kısıtlamakta ve araba kazalarının artmasına neden olmaktadır. Karbondioksit artışı bazı durumlarda fotosentezi artırarak daha fazla ürün alınmasına neden olsa da çoğu kez ortaya çıkan kuraklık ve ısı şoku ile artan enfeksiyonlar ile üretimin azaldığı bir gerçektir. Ayrıca yüksek karbondioksit maruziyeti bitkilerin karbondioksit içeriğini değiştirmektedir. Aşırı sıcaklar,

inekler, koyunlar ve keçilerin süt üretimini de olumsuz etkilemektedir.

İklim değişikliği ve hava kirliliğinin tek nedeni karbondioksit değildir. Fosil yakıtlardan çıkan 2,5 mikrondan küçük ince partiküller, kükürt dioksit, azot oksit, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, cıva ve diğer uçucu kimyasallar da toksik etki yaratmaktadır. 2022 yılında olduğu gibi 2023 yılının yaz aylarında da tüm dünyada orman yangınları arttı; milyonlarca hektar orman yanarken birçok kişi hayatını kaybetti veya yaralandı. Orman yangınlarının artmasının en önemli nedenlerinden biri iklim değişikliğidir. Artan hava sıcaklığı, kuraklık ve sert rüzgârlar orman yangınlarını artırırken yangınlar sonucu ortaya çıkan toksik gazlar da sera etkisi ile iklim değişikliği hızını daha da artırmaktadır.

Büyük tıbbi kongrelerin karbon ayak izi de oldukça fazladır. Binlerce katılımcının bir yerden başka bir yere gitmesi global ısınmaya %3,5 katkı yapmaktadır. Kongrelerde ortaya çıkan plastik çöpler ve birçok diğer atık maddeler global ısınmaya katkıda bulunmaktadır. COVID-19 döneminde tıbbi araştırmalar durmamış, eğitimler devam etmiş ancak kongrelere bağlı karbon ayak izi neredeyse sıfırlanmıştır. Diğer bir deyişle, tıbbi kongrelerin avantaj ve dezavantajlarının bir de bu açıdan irdelenmesinde fayda vardır.

Çevresel kirliliğe neden olan bir diğer madde bisfenol A'dır. Bisfenol A (BPA), birçok plastik, polikarbonat, tıbbi cihazlar, diş dolguları, bardaklar ve kişisel bakım ürünleri içinde bulunmakta ve doza bağımlı olarak preterm doğuma neden olmaktadır. BPA, DNA'ya bağlanmakta ve gen ekspresyonunu değiştirebildiği gibi epigenetik mekanizmalar yoluyla da etki edebilmektedir. Ayrıca BPA trofoblast proliferasyonu ve diferansiasyonunu değiştirmekte, inflamasyonu tetiklemekte, apoptotik sinyalleri değiştirmekte, plasentada patolojik değişikliklere neden olmaktadır.

### **İklim Değişikliğinin Çocuklar Üzerindeki Etkileri**

Her yıl yaklaşık 1 milyar çocuk iklim değişikliğinin olumsuz etkilerine maruz kalmaktadır. Aslında tüm çocuklar tehlike altında iken düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların maruz kaldıkları tehlikeler daha fazladır. İklim değişikliğine bağlı olarak ortaya çıkan orman

yangınları, seller ve fırtınalar sağlık alt yapısını da tehdit etmekte ve enerji ve tedarik zincirini bozmaktadır. Çocukların gelişme çağında ve ileriki hayatlarının programlanma fazında olmaları toksik maddelerin ve olayların etkilerini artırmaktadır. Çocukların biyolojik savunma mekanizmalarının ve detoksifikasyon süreçlerinin immatür olması, DNA tamir mekanizmalarının ve bağışıklık sistemlerinin tam gelişmemiş olması ciddi bir tehdit altında kalmalarına yol açmaktadır. Çocuklar, ev dışında daha uzun süreler geçirdikleri, kilo başına daha fazla hava soludukları için ve hava yolları daha dar olduğu için kirli hava ve alerjenler ile bronkokonstriksiyona daha duyarlıdırlar. Diğer yandan çocuklar gelişmek için erişkinlere kıyasla daha fazla yiyecek ve suya ihtiyaç duymaktadır ve bu maddelerin tedarikinde meydana gelen aksaklıklar çocukları doğrudan etkilemektedir. Bu etkilenme yalnızca fiziksel düzeyde değil psikolojik olarak da meydana gelmektedir.

Çocukların aşırı ısıya karşı termoregülasyon mekanizmaları yeterli değildir. Deri ve kan-beyin bariyerleri yeterli kadar gelişmemiştir ve nazal filtrasyon mekanizmaları da yetersizdir. Aşırı sıcak, nem veya seller değişik mikroorganizmalar taşıyan vektörlerin dağılımını da etkilemekte ve çocuklar bu vektörlere maruz kalabilmektedir (Şekil 1). İklim değişikliği sonucu ortaya çıkan susuzluk, su kalitesinde bozulma, aşırı sıcaklar, kasırgalar ve diğer felaketler gebelerin ve yenidoğanların sağlığını da doğrudan etkilemektedir. Yangınlar sonucu ortaya çıkan toksik gazlar, partiküllü hava akımları gebelerde gestasyonel diyabet ve gestasyonel hipertansiyon riskini artırırken bebeklerde de prematüre doğum ile düşük doğum ağırlığı oranlarını artırdığı gösterilmiştir. Diğer yandan, orman yangınları nedeniyle buldukları beldeden kaçmak/ayrılmak zorunda kalan ailelerin sağlık kurumlarına erişmekte sıkıntı yaşayabilmeleri ve buna bağlı olarak da bebeklerin sağlık sorunu yaşamaları olasıdır.

Sıcak dalgaları 2 günden uzun süren sıcak havalar olarak tanımlanır ve giderek artmaktadır. İklim değişikliği olmasa bu sıcak dalgalarının da olmayacağı yönünde ciddi kanıtlar vardır. Aşırı ısıya bağlı olarak gebelerde oligohidramniyos gelişebildiği gösterilmiştir. Oligohidramniyos annede uteroplasen-

tal yetersizliğe, annenin hidrasyonunun bozulmasına ve böbrek hastalığına yol açabilmekte ve fetusta hasar riskini artırmaktadır. Aşırı sıcaklar, doza bağlı olarak preterm doğum ve düşük doğum tartısı riskini %16 civarında artırır. Çoğul gebelik, obezite, sıtma, ruh sağlığı sorunları ve diğer kronik hastalıkları olan kadınlarda bu risk daha yüksektir. Yüksek sıcaklığın annede meydana getirdiği dehidratasyon kanda vizkozite artışına, uterus kan akımının azalmasına, antidiüretik hormonun ve oksitosinin artışına ve doğumun tetiklenmesine yol açabilir. Ayrıca yüksek sıcaklıklar gebelerin beslenmesini, fiziksel aktivitelerini ve enfeksiyöz ajanlara ve vektörlere maruziyetlerini artırabilir, evde daha fazla zaman geçirmelerine yol açabilir.

Aşırı sıcaklar bebeklerde hipertermi, böbrek hastalıkları, diğer hastalıkları ve ölüm riskini artırmaktadır. Öğrenci atletler arasında da aşırı ısıya bağlı hastalıklar ve ölüm oranları giderek artmaktadır. Aşırı ısıya çocukların öğrenme yeteneğini de bozduğu bilinmektedir. Atmosfer sıcaklığının 0,5 derece artışı 400 milyondan fazla kişinin sıcak dalgalarına maruz kalmasına yol açabilecektir. Sıcaklık artışı, tüm ekosistemleri etkileme kapasitesine sahiptir.

Gıda maddeleri ve suyun tedarik zincirindeki bozulmalar gebede malnütrisyon, besin yetersizliği, obezite veya dengesiz beslenmeye yol açabilir ve hepsi de preterm doğumla veya düşük doğum ağırlığı ile sonuçlanabilir. Bu çocuklarda ileri yaşlarda obezite, metabolik sendrom ve diğer kronik hastalıklar da daha fazla görülür. Preterm doğan çocuklar solunum sıkıntısı, enfeksiyonlar, beyin sorunları, körlük, bronkopulmoner displazi gibi akut sorunların yanı sıra ileri yaşlarında kalp-akciğer sorunları ile nörogelişimsel sorunlar, dikkat, motor, konuşma sorunları daha fazla olmakta ve ısınan dünyada daha fazla hospitalizasyon, daha sık hastalanma ve daha erken ölüm riskiyle karşı karşıya kalmaktadırlar.

İklim değişikliğine bağlı olarak artan seller ve kasırgalar çocuklarda boğulma, fiziksel travma ve travmatik stres bozulduğu insidansını artırmıştır. Bu sorunlar, çocukların eğitimini de ciddi şekilde etkilemektedir. Bu riskler, düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde daha fazladır. Dünya çapında 50 milyondan fazla çocuk bu nedenlerle evini terk etmek

zorunda kalmıştır. ABD’de 2020 yılında felaketler sonucu yer değiştiren kişi sayısı, çoğu çocuk olmak üzere 900.000 civarındadır. Bu durumun yarattığı stres, hasar, hijyen bozukluğuna bağlı enfeksiyonlar, ekonomik kayıplar ve sağlık kurumlarına ulaşmadaki yetersizlikler gebeleri olumsuz etkilemekte ve preterm doğumları artırmaktadır. Okyanuslar tarih boyunca görülen en kirli zamanını yaşamaktadır: balıklar azalmış, her tarafı plastik kaplamış, kimyasal kirlilik zirve yapmış ve karbondioksit ile asidik hale gelmişlerdir.

ABD’de 2008-2012 yılları arasında orman yangınlarının dumanlarından etkilenen çocuk sayısının 7,5 milyon civarında olduğu tahmin edilmektedir. Sonraki yıllarda bu rakamın daha da arttığını tahmin etmek zor değildir. Yangın dumanı erken doğum ve düşük doğum tartısına yol açarken büyük çocuklarda astım atakları, hışıltı, pnömoni ve bronşit ataklarının artmasına neden olmaktadır.

Yüksek hava sıcaklıkları ve karbondioksit artışı bitkilerin büyüme sezonlarının daha uzun sürmesine, buna bağlı olarak da daha fazla polen üretmelerine neden olmakta, dolayısıyla çocuklardaki alerji ve astım atakları da artmaktadır. Diğer yandan Katrina kasırgası sırasında görüldüğü gibi aşırı yağmur ve neme bağlı olarak evlerdeki küf de artabilmekte ve astım ataklarını tetikleyebilmektedir.

İklim değişikliğine bağlı kuraklıklar, Orta ve Güney Amerika, Afganistan, Orta Asya, Avustralya ve sahra-altı Afrika’yı etkilemiştir. Kuraklık, çocuklarda doğrudan malnütrisyona ve bunun sonucunda da bodurluk, mental bozukluk, davranışsal ve kognitif sorunlara yol açmaktadır. Artan karbondioksit, besin tedarikini bozduğu gibi besinlerin, özellikle de tahılların kalitesini de bozmaktadır.

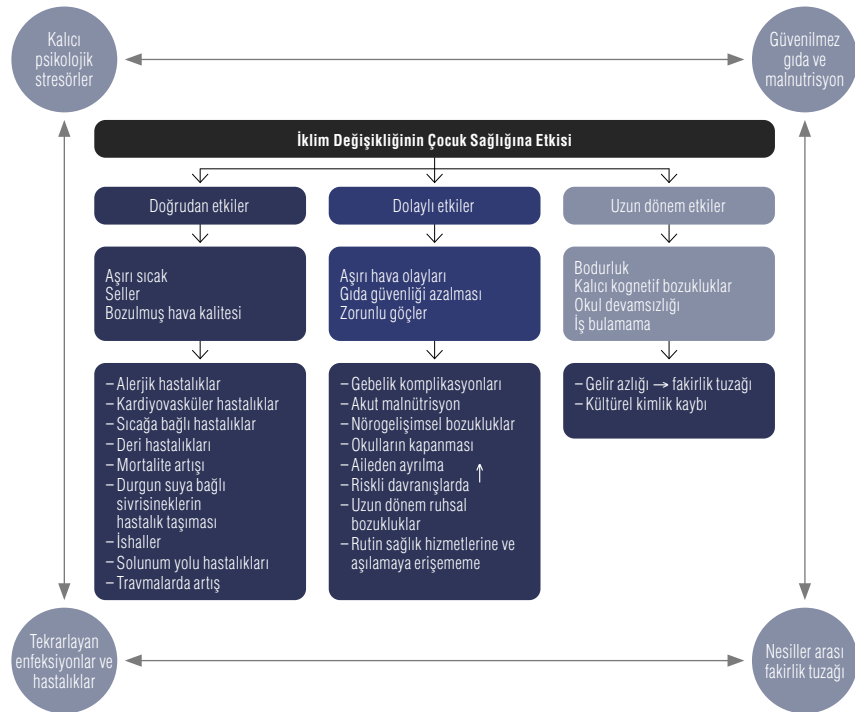
İklim değişikliği yalnızca bulaşıcı olmayan hastalıkların artışına neden olmakta, sıtma, deng, Zika virüs, Lyme hastalığı gibi vektör ile taşınan hastalıkların artışına ve coğrafi dağılımının değişmesine neden olmaktadır. Seller ve kasırgalar sonrasında bitki ve suların kontaminasyonu daha sıktır. Yüksek sıcaklıkta sular içinde Salmonella gibi enfeksiyöz etkenlerin yaşaması ve üremesi daha kolay olduğu için çocuklarda gastrointestinal rahatsızlıkların görülme riski de artmaktadır. Dünyada her yıl be-

sin kaynaklı enfeksiyonlara bağlı ölümlerin üçte biri çocuklarda görülmektedir ve iklim değişikliğine bağlı su ve toprak güvenliğinin bozulması su ve besinler ile bulaşan enfeksiyonların artışına neden olmaktadır. Sıcaklık arttıkça sıtma (P. Falciparum) taşıyan anofellerin ve deng virüsü taşıyan aedes cinsi sivrisineklerin buldukları alanlar genişlemiştir. Bu durum özellikle çocukları doğrudan etkilemektedir. Aedesler aynı zamanda Zika virüsü de taşımaktadırlar ve 2015-16 yıllarında Amerika kıtasında görülen salgından sorumludurlar. Gebelikte Zika virüs enfeksiyonu bebekte mikrosefali, ağır beyin malformasyonları ve diğer doğumsal defektlere neden olabilmektedir. Aynı nedenlerden dolayı son 10 yılda Lyme hastalığında da artış gözlenmektedir. Bu hastalıklar sırasında ortaya çıkan pro-inflamatuvar sitokinlerin plasental inflamasyona ve plasental fonksiyon bozukluğuna yol açarak etki ettiği düşünülmektedir.

Hava kirliliği çocuklarda solunum yolu enfeksiyonları, bronşit ve astımı tetiklediği gibi akciğer büyümesini ve fonksiyonlarını da bozar. Dünyada çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmak kaydıyla her yıl 2 milyondan fazla prematüre doğumun hava kirliliği ile ilişkili olarak meydana geldiği hesaplanmıştır. Hava kirliliği çocuklarda aynı zamanda mental durum için de bir risk faktörüdür. Londra’da yapılan bir çalışmada hava kirliliğine maruz kalan çocuklarda depresyonun daha fazla görüldüğü ortaya

çıkmıştır. İklim değişikliğinin getirdiği sıcaklık artışı, yangınlara bağlı dumanlar ve diğer faktörlerin hava kirliliği ile birleşmesi, sinerjistik bir etki göstermekte ve hava kalitesinin bozulmasına ve zararlı etkilerin daha da artmasına neden olmaktadır. Dünyada yaklaşık 850 milyon çocuk 4 majör iklim değişikliği faktörünün (aşırı sıcaklık, sel, hava kirliliği, susuzluk) bulunduğu bölgelerde yaşamaktadır. Hava kirliliği ile iklim değişikliğinin kümülatif etkileri mental sağlık üzerinde de ciddi etkiler yaratmakta ve hem çocuklarda hem de erişkinlerde anksiyete, depresyon ve davranış bozukluğuna neden olmaktadır. Doğrudan etkili olmasa bile tek başına “iklim değişikliği anksiyetesi” çocukların ruhsal sağlığını bozmaya yetmektedir. 10 ülkede yapılan bir ankette, gençlerin %60’tan fazlası iklim değişikliğinden ciddi endişe duyduğunu belirtmiştir.

İklim değişikliği ve hava kirliliğinden tüm çocuklar risk altındadır ancak orta-düşük gelir grubunda olanların etkilenmeleri daha fazladır. Bu gruplarda sağlık, beslenme, eğitim ve sosyal destekler ile koruyucu altyapı ve önlemler daha az olduğu gibi kirliliğe yol açan tesisler de genellikle bu insanların yaşadıkları yerlerin yakınlarında bulunmaktadır. Bu eşitsizlikler “yapısal ırkçılığı” giderek artırmaktadır. Örneğin ABD’de siyahi çocuklarda astım, prematüre doğum, mental bozukluklar ve acil servis başvuruları beyaz çocuklara kıyasla çok daha fazladır.



Şekil 1: İklim değişikliğinin çocuk sağlığı üzerine etkileri

## Ne Yapılabilir?

İklim değişikliği ile mücadele etmek, sera gazı emisyonunu azaltmak evrensel bir sorumluluk olarak önümüzde durmaktadır Sorunun çözümü 2 alanda olabilir. Öncelikle sera gazı emisyonunu azaltıcı önlemler alınmalıdır. Temiz enerji, su, sanitasyon ve atık yönetiminin sağlanması gerekir. Hükümetler fosil yakıtları sübvansede etmekten vazgeçmeli ve hem daha ucuz hem daha "temiz" olan güneş ve rüzgâr enerjisi gibi alanlara yönelmelidir. Uzun dönemde bireysel ve toplumsal adaptasyon kapasitelerinin de artırılması gerekir.

Yakın geçmişte yaşadığımız pandemi de dâhil, bu mücadeleden öğrenilen dersler, iklim değişikliği ile mücadelede yol gösterici olabilir. Bunun için ilk olarak öncelikli gruplar belirlenmeli ve gebeler ve yenidoğanlar gibi hassas gruplarda yapılması gerekenler göz önüne alınmalı ve bu bağlamda, sağlık sisteminin ve kişilerin (gebelerin) yapması gerekenler ile toplumsal olarak yapılması gerekenler planlanmalıdır. Özellikle gebe ve çocukların korunması yalnızca kendi sağlıkları için değil, gelecek nesillerin sağlığı için de önemlidir. Riskli bölgelerde yaşayan gebe kadınların tespiti, hava tahminlerinin ilgili hassas gruplar ile paylaşılması, elektronik sağlık kayıtlarının transferi, yer değiştiren kişilerin aile hekimlerinin hızlı bir şekilde yeniden belirlenmesi, deneyimlerden elde edilen verilerin saklanması ve analiz edilerek tekrar kullanılması düşünülebilir. Örneğin pandemi sırasında gebelerin aşılması, takibi gibi konularda Amerikan Obstetri Derneği çalışma grupları kurmuş ve elde edilen veriler sürekli değerlendirilerek hastalar yönetilmeye çalışılmıştır. Böylece enfekte gebelerin takibi, tedavisi, aşılması kolaylaşmıştır. Konuyla ilgili olarak tıp fakültesi ve uzmanlık eğitimi müfredatlarına iklim değişikliği dersleri konması yararlı olacaktır.

En yüksek sera gazı üretimi yapan 9 ülkenin Paris Anlaşmasına uygun hareket etmesi hâlinde 2040 yılına kadar 1,18 milyon hava kirliliği ile ölüm, 5,8 milyon diyete bağlı ölüm ve 1,1 milyon fiziksel inaktiviteye bağlı ölümün önlenilebileceği hesaplanmıştır. Sağlık sektörü ise sera gazı üretiminin %5'inden sorumludur ancak bazı yüksek gelir grubundaki ülkelerde bu oran %10'a kadar çıkabilmektedir. Bu oranları azaltabilmek için kaynakların daha verimli kullanımı ve

yenilenebilir enerji kaynaklarının kullanımı, atıkların azaltılması gibi yöntemler faydalı olacaktır.

Kilit öneme sahip sağlık konularında iklim değişikliği de göz önüne alınmalıdır. Örneğin, acil müdahale hazırlıkları, enfeksiyon kontrolü ve ruh sağlığı gibi konularda planlamalar yapılmalıdır. Aşırı sıcak, enfeksiyonlar ile besin ve yiyecek güvenliği konusunda erken uyarı sistemlerinin kurulması faydalı olacaktır. Ayrıca toplumsal olarak ve bireysel olarak felaketlere karşı dirençli olabilmek için gerekli farkındalık oluşmalı ve eğitimler yapılmalıdır. Günümüzde, global hastalık yükünün %25'ten fazlası, sağlık sisteminin kontrolü dışındaki çevresel faktörlerden oluşmaktadır. Bu faktörler ve yapılan işler sürekli olarak izlenmeli ve düzeltici önlemler zamanında alınmalıdır. Ancak bu önlemlerin uzun dönemde hayata geçmesi söz konusu olabileceği için kısa dönemde çocukları koruyucu önlemlerin alınması daha elzemdir. Çocuklara yeterli miktarda sağlıklı içme suyu ve besin sağlanması, çevreye bol ağaç dikilmesi ve parkların artırılması, okul otobüslerinde "temiz yakıt" (çok düşük emisyonlu dizel) kullanılması, hava kirliliği ve sel gibi felaketler için erken uyarı sistemlerinin geliştirilmesi, felaketler sonrası kurtarma planlamalarının önceden yapılması, çocukların yaşayabileceği korunaklı alanların oluşturulması, sivrisineklerden koruyucu önlemlerin alınması bu bağlamda sayılabilir. Eşitsizlikleri önleyebilmek için bu önlemlerin sosyal destekler ile güçlendirilmesi ve fakirliğin önlenmesi, hijyen, sağlık hizmetleri, temiz su ve eğitim de ihmal edilmemelidir. Çocuk hekimlerinin bu konularda bilgilendirilmesi ve öncülük yapması da sonuç almayı kolaylaştıracaktır. Aileler kendilerini yalnız, güçsüz, çaresiz ve suçlu hissetmemelidir.

Kişisel olarak da yatırımlarımızı "kirli endüstriler"e yapacağımıza karbon-nötral veya karbon-negatif alanlara yapmamız daha doğru olacaktır. Araba kullanımından mümkün olduğunca kaçınmak, toplu taşımayı tercih etmek, bisiklet kullanmak veya yürümek yapabileceğimiz işler arasındadır. Giyim sektörü, global karbondioksit üretiminin %10'dan ve global atık suyun %20'den sorumludur. Moda ve giyim sektörünün cazibesinden uzaklaşmak ve belki de geri dönüşümlü giysileri tercih etmek kişisel olarak yapabileceğimiz işler arasındadır. Gıda

endüstrisi de global karbondioksit üretiminin %25'inden sorumludur. Dünyada ekolojik dengeyi bozan en yıkıcı besin, kırmızı ettir. Yüksek gelir grubuna sahip ülkelerde bitkisel besinlerin daha çok tüketilmesi, kırmızı et tüketiminin azaltılması ve daha az besin atığı çıkmasının hem iklim değişikliğine hem de daha sağlıklı bir toplum yaratmaya katkı sağlayacağı düşünülebilir. Palmiye yağının %72'si gıda sektöründe kullanılmaktadır ve Brezilya ve Endonezya'da yağmur ormanları tahrip edilip yerine palmiye dikilmektedir. Yapabileceğimiz diğer tercihler arasında; çamaşırları soğuk suyla yıkamak ve asarak kurutmak, enerji tasarruflu lambalar kullanmak, elektrikli araçları tercih etmek, uçak yolculuklarını azaltmak sayılabilir.

Yapılacak işler ve alınacak önlemlerin ilk andaki mali yükü fazla gibi görünebilir ancak insanların ve çocukların sağlıklı bir hayat sürebilmeleri için bu önlemlerin vazgeçilmez olduğunun bilincine varmak gerekir. İklim değişikliğinin sağlığımıza ve çocuklarımızın sağlığına tehdidi ne kadar büyükse alınacak önlemlerin de o kadar büyük ve kapsamlı olması kaçınılmazdır. Hayatta basit şeylerle mutlu olmayı, doğanın güzelliğini tercih etmeyi ve doğayı korumayı, dünyanın bize verilmiş bir emanet olduğunu ve emaneti korumanın ne kadar değerli olduğunu öğrenmemiz yerinde olacaktır. Eski Amerikan başkanı Barack Obama'nın dediği gibi "İklim değişikliğinin etkilerini hissedilen ilk nesil biziz ancak bu konuda bir şeyler yapabilecek son nesil de biziz."

## Kaynaklar

Batiz, L.F., Illanes S.E., Romero R. et al. *Climate Change and Preterm Birth: A narrative review. Environmental Advances* 2022; 10: 100316.

Campbell-Lendrum D, Neville T, Schweizer C, Neira M. *Climate Change and Health: Three Grand Challenges. Nature Med* 2023; 29: 1631.

Costello et al. *Managing the Health Effects of Climate Change: Lancet and University College London Institute for Global Health Commission. Lancet* 2009; 373: 1693.

Perera, F., Nadeau, K. *Climate Change, Fossil Fuel Pollution and Children's Health. N Engl J Med* 2022; 386: 2303

Rasmussen, S.A., Jamieson, D.J. *Protecting Pregnant People and Babies from the Health Effects of Climate Change. N Engl J Med* 2022; 387: 957.

Skinner, J.R. *Doctors and Climate Change: First do no harm. J Pediatr Child Health.* 2021; 57: 1754.

Solomon et al. *Fossil Fuel Pollution and Climate Change, N Engl J Med* 2022; 386: 2328.

World Health Organization: *COP26 Special Report on Climate Change and Health: The Health Argument for Climate Action, https://apps.who.int/iris/handle/10665/346168 (2021).*

# Elektromanyetik kirlilik ve çocuk sağlığı

## Prof. Dr. Süleyman Daşdağ



Babasının görevi nedeniyle Muş'un Varto ilçesinde doğdu (1961). Çocuk yaşlardan itibaren Diyarbakır'da yaşadı. İsmet Paşa İlkokulu, Ali Emiri Ortaokulu, Ziya Gökalp Lisesi, Dicle Üniversitesi (DÜ) Fen Fakültesinin ardından, Sağlık Bilimleri Enstitüsünde doktrasını tamamladı (1989). 1984 yılında DÜ Tıp Fakültesi Biyofizik Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak akademik hayata adım atan Daşdağ, 1998 yılında aynı anabilim dalında profesör oldu. Halen İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyofizik Anabilim Dalında çalışan Daşdağ'ın akademik ilgi alanları; elektromanyetik alanların biyolojik etkileridir.

G eçenlerde gazetelerde yer alan bir haberde belli bir süreç boyunca yer altından 2 trilyon ton su çekildiği; bunun da dünyanın ekseninde değişikliklere yol açtığına değiniliyordu<sup>1</sup>. İnsanlığın hesapsız davranışının gezegenimiz açısından ne tür risklere zemin hazırladığına ilişkin bu haberin doğruluğunu test etmek için ilgili araştırmacıların araştırmalarını okumak gerekiyordu. Araştırmanın son cümlesi "Antarktika'daki uzun süreli buz kütlesi değişimlerini ve/veya Avrasya ve Kuzey Amerika'daki yeraltı suyu kütle değişimlerini anlamada eksiklikler olduğu görülüyor."<sup>2</sup> şeklindeydi. Özetle, hem küresel ısınma kaynaklı buzulların erimesi hem yeraltı sularının fütursuzca kullanımı dünyanın eksenini değiştirmişti. Dünyanın eksenindeki bu değişimin sonuçlarının nelere sebep olduğu bugün bile hissedilirken gelecekteki felaketlere de hiç şüphesiz ömrü yetenler şahit olacaklar.

Hedefinin dünyayı küresel tek devlete dönüştürmek olduğuna inandığım<sup>3</sup> globalleşmenin bizden sonraki nesillere bırakacağımız dünyayı getirdiği son nokta bu... Küreselleşmenin gerçekleşmesinde oldukça önemli olan kablosuz iletişim vb. teknolojilerin neden olduğu "elektromanyetik kirlilik" de şimdiden daha iyi ele alınması gereken konulardan biri olarak önümüzde duru-

yor. Ancak bunun neden olacağı riskler konusunda dünyanın ezici çoğunluğunun bihaber olduğu ya da konuyu önemsemediği insan davranış modellerinden de kolaylıkla anlaşılabilir. Bu nedenle geleceği inşa edecek olan bizden sonraki nesilleri; özellikle hamileleri, çocukları ve gelişme çağındakileri gidişat konusunda eğitmek ya da daha yaşanabilir bir dünya kodlarıyla donatmak; ilgili kurum ve kuruluşlara düşen önemli görevler arasındadır.

"İnsan yapımı" elektrikle çalışan araç gereçlerin çevrede oluşturdukları elektrik, manyetik ya da elektromanyetik alanların (kablosuz iletişim araç ve gereçleri dahil) "kontROLSÜZ KULLANIMI" sonucu ortaya çıkan elektromanyetik kirlilik kavramı, genel olarak, cep telefonlarının hayatımıza girmesinin ardından gündemdeki yerini almış bir çevre sorunudur. Bir önceki cümlede yer alan "insan yapımı" ifadesini dikkatle irdelemekte yarar vardır. Zira dünyamızı yaşanabilir ya da yaşanamaz kılan tek canlı insandır... İnsanın varlığına dünya normale dönüncüye kadar son vermek mümkün olmadığına göre, yeni neslin son derece iyi ve kaliteli bir donanımına sahip olması, artık zorunlu bir meseledir. Dünyanın etrafını saran on binlerce uydunun yanı sıra sayısız baz istasyonu vb. araç gereçlerin yarattığı konforun bir yansıması olarak kullandığımız kablosuz ya da kablolu teknolojilerin sonuçları, dünyayı elektromanye-

tik kirlilikle karşı karşıya bırakmaktadır. Dolayısıyla elektromanyetik kirlilik tanımında vurgulanan "kontROLSÜZ KULLANIMI" ifadesine dikkat çekmek gerekir. Basit gibi görünen bu ifade irdelenecek olursa, teknolojinin akıllı kullanımına vurgu yapıldığı anlaşılır. Dünya geneline bakıldığında, insanların ezici çoğunluğunun yeni teknolojileri kontROLSÜZ kullandıkları günümüz verileriyle kolaylıkla anlaşılabilir. Bu çoğunluğun dışında kalıp konuya ilişkin bilimsel ve sosyal boyutların farkında olanlardan biri de hiç kuşkusuz Microsoft'un kurucusu Bill Gates'tir<sup>4</sup>. 14 yaşına kadar çocuklarının telefon kullanmasına izin vermediğini, yemek masasında ve uyumadan önce telefon kullanmalarına karşı olduğunu, ekran başında geçirdikleri süreyi sınırladığını savunan Gates; çocukların teknoloji ile ilişkilerinin sınırlandırılmasını vurgulamıştır. "Çocukların teknolojiyi nasıl daha verimli kullandıklarının peşine düşülüp ev ödevi ya da arkadaşlarla haberleşme vb. durumlarda nerede aşırılığa kaçıldığının da ayrıca takip edilmesi gerekir." diye ebeveynleri uyarıyor, röportajın yapıldığı yılda dünyanın en zengini olan adam. 22.04.2017 tarihinde NTV'de yayımlanan bu haber sırasında cep telefonu, tablet, bilgisayar vb. kablosuz iletişim araçlarından kaynaklanan elektromanyetik kirlilik düzeyi, ülkemizde de hayata geçmesi beklenen 5G teknolojisi de dikkate alındığında, doğal olarak günümüz değerlerinin çok



gerisindeydi. Bill Gates'in işaret ettiği en önemli noktalardan biri olan "ekran başında geçirilen süre" ve konunun uzmanlarınınca önemle vurgulanan "elektromanyetik kirlilik ile çocukluk çağı hastalıkları" arasındaki ilişkiye, toplum ve özellikle yetkililerce dikkat edilmesi kaçınılmazdır.

Fransa'nın 2018 yılında konuya ilişkin düzenleme yapmasının ardından, UNESCO'nun okullarda akıllı telefonların küresel olarak yasaklanmasını istemesi, Hollanda'nın 2024 yılında getireceği kısıtlamalar, İngiltere ve Çin'deki konuya ilişkin tartışmalar, meselenin ülkemizdeki ilgili kurumlarca da ivedilikle ele alınmasına işaret etmektedir... UNESCO tarafından yayınlanan raporda öğrencilerin akıllı telefonlar, tabletler ya da dizüstü bilgisayarlar vb. teknolojileri sınıfta, evde ya da başka yaşam alanlarında aşırı/uygunsuz kullanımına işaret edilmektedir. Ayrıca, bu durumun öğrenciler açısından dikkat dağıtıcı/rahatsız edici olabileceği ve öğrenme üzerinde zararlı etkiler oluşturabileceği de vurgulanmakta, dijital teknolojilerin aşırı kullanımıyla öğrencinin okul başarısı arasında «ters bir orantı» olduğu da hatırlatılmaktadır.<sup>5, 6</sup>

Özetlenecek olursa, çocuklarımız hem elektromanyetik kirlilik hem de ekran

süresi kaynaklı sağlık riskleriyle her geçen gün daha fazla karşı karşıya kalmaktadır. Dolayısıyla olayın her iki boyutunu ele alan verilerin dikkatle incelenmesi gerekmektedir.

### **Elektromanyetik Kirlilik ve Çocuk Sağlığı**

Bebeğin anne rahmine düştüğü ilk günden ikinci yaş gününe kadarki dönem olarak adlandırılan "ilk 1000 gün" ele alındığı 2019 yılında yapılan bir toplantıda, ilk 1000 günde cenin ve çocuk sağlığı üzerine elektromanyetik kirliliğin ele alınmış olması ülkemiz adına ümit vericiydi<sup>7-9</sup>.

Yapılan araştırmalar, özellikle ilk 1000 gün hatta 1000 gün öncesi dönemdeki ebeveyn yaşam biçimlerinin bile elektromanyetik kirlilik ve çocukluk dönemi hastalıklarıyla ilişkili olabileceğini öne sürmektedir. Çocukluk çağı kanser kayıtları esas alınarak yapılan bir araştırmada; ebeveynlerin hamilelik öncesi dönemlerde ve ilk trimesterde saunaya gitmeleri, elektrikli battaniye vb. araç gereçleri kullanmaları ile çocukluk çağı kanserleri arasında ilişki olabileceğine dikkat çekilmekte, konunun daha kapsamlı olarak ele alınması gerektiği öne sürülmektedir<sup>10</sup>. Dünya Sağlık Örgütü tarafından muhtemel kanserojen (2B

sınıfı) olarak kabul edilen çok çok düşük frekanslı manyetik alanlar (ELF), radyofrekans radyasyonlar (RFR) ile çocukluk çağı kanserleri arasında ilişki olup olmadığına ilişkin çok sayıda araştırma bulunmaktadır. 2023 yılında yayımlanan iki meta analiz, okuyucuya kısaca fikir verebilir. Analizlerden birinde; son zamanlarda yapılan büyük ölçekli hayvan çalışmalarının radyofrekans radyasyonların kanserojen bulgulara zemin hazırladığının gösterildiğine ancak konuya ilişkin biyolojik mekanizmanın henüz yeterince aydınlatılmadığı belirtilmektedir. Çocukların radyofrekans radyasyona maruz kalmalarının olası zararlı etkilerine ilişkin, yüksek kaliteli bilimsel verilere ulaşmak için iyi tasarlanmış çalışmalara gereksinim olduğu da aynı araştırmacılarca önerilmektedir<sup>11</sup>.

Diğer çalışmada ise ebeveynlerin iyonlaştırıcı ve iyonlaştırıcı olmayan radyasyonlara maruz kalmasının, farklı hücre tabanlı kanserlerin artmasına, çocuklukta konuşma sorunları vb. gelişimsel bozukluklara yol açabileceğine, radyofrekanslar vb. elektromanyetik alanlara maruziyetin artmasının gelecek nesiller açısından kabul edilemez sağlık sonuçları doğurabileceğine işaret edilmektedir. Yazarlar ayrıca ebeveynlerin doğumdan önce ve annelerin ha-

milelik süresince iyonlaştırıcı (X, gamma vb. ışınlar) ve iyonlaştırıcı olmayan radyasyonlara (RF, ELF vb. ışınlar) maruz kalmasının da çocukluk dönemi kanser (rabdomiyosarkom, ALL, beyin tümörleri ve nöroektoderm gibi) riskini artıracığına dikkat çekmektedirler<sup>12</sup>.

Hamilelik süresince annenin, dolayısıyla bebeğin sağlığı ile elektromanyetik alan etkileşimlerin sonuçlarının araştırıldığı bazı çalışmalar elektromanyetik kirlilikten korunmanın hem anne hem bebek sağlığı açısından son derece önemli olduğunu ortaya koymaktadır<sup>13-16</sup>. Bu nedenle bebeğin anne rahmine düştüğü andan itibaren maruz kalacağı tüm risklerin iyi analiz edilmesi gerekmektedir. Yapılan araştırmalarda, farklı sürelerle cep telefonu ya da kablosuz internet kullanan hamile kadınlar doğum gerçekleşinceye dek incelenmiştir. Hamilelik süresince hiç cep telefonu/internet kullanmayan kadınlar günde 15 dakika, 30 dakika, 60 dakika ve üzeri cep telefonu/internet kullanan hamilelerle karşılaştırılmıştır. Araştırmalarda kordon kanı biyokimyasının yanı sıra hamilelik sonlandırılınca hem kordon kanında hem plasenta örneklerinde oksidatif DNA hasarı ve DNA tek zincir kırığının yanı sıra hamilelik süresince ana rahmindeki bebek hareketleri (fidgety) de incelenmiştir. Yapılan araştırmalar, radyofrekans radyasyonlara maruz kalma süresi ile oksidatif DNA hasarı, DNA tek zincir kırığı vb. saptanan hasarlar arasında bir ilişki olabileceğini öne sürmektedir. Pekin'de yapılan epidemiyolojik bir araştırmada ise mobil baz istasyonlarına yaklaşık 100 metre yakınlığında oturma riskini artırabileceği belirtilmektedir<sup>17</sup>.

Dolayısıyla çocuk yapmaya karar vermiş ebeveynlerin, diğer çevre kirlenmelerin yanı sıra elektromanyetik kirlilik riskleri açısından da hamilelik öncesi dönemi değerlendirmeli ve bu döneme daha fazla özen göstermeleri gerekir. Özetle, beşinci nesil internet ya da nesnelerin interneti olarak adlandırılan 5G teknolojisinin dünyadaki RF radyasyon düzeyini oldukça artıracığı, dolayısıyla daha fazla sağlık riskleri barındırabileceğinin tartışıldığı günümüzde, ebeveynlerin çocuk yapmaya karar vermeden önce detaylı düşünmesi gerekmektedir. İlk 1000 gün öncesi ve sonrası dönemlerde hem kendi hem de çocuklarının sağlığı için "elekt-

romanyetik kirlilik diyeti" yapmaları, sağlıklı bir gelecek açısından alternatif bir korunma yöntemi olarak düşünülebilir.

### **Ekran Süresi ve Çocuk Sağlığı**

Yukarıda belirtildiği gibi kablosuz iletişim kaynaklarının çocuklar üzerindeki olumsuz etkilerinden biri de ekran başında geçirilen süredir. Ekran başında geçirilen sürenin sadece çocuk sağlığı ya da başarıları açısından değil, erişkin sağlığı açısından da ciddi riskler barındırdığı bilinmelidir.

Tüm radyasyon türlerinden korunmada üç ana kuraldan söz edilmektedir. Bunlar sırasıyla süre, mesafe ve zırhlama. Süre, elektromanyetik dalga ve alanlar oluşturan cihazlarla etkileşim zamanıdır. Yani bu tür cihazlarla ne kadar az zaman geçirilirse o oranda olası zararlardan korunmak mümkündür. Dolayısıyla süre ile sağlık üzerine oluşabilecek zarar arasında doğru bir orantı vardır. Bu nedenle iyonlaştırıcı radyasyonlar başta olmak üzere tüm radyasyon türlerinin oluşturabileceği sağlık risklerinden korunmada etkileşim süresi yani maruziyet süresi oldukça önemlidir. Güneşte bile normalin üzerinde kalmanın cilt, gözler ve diğer organlar üzerinde oluşturduğu sağlık sorunları, konunun daha iyi anlaşılmasına yardımcı olur.

Korunmanın ikinci kuralı olan mesafeden kasıt, elektromanyetik alanlar oluşturan cihazlara olan uzaklıktır. Yani kaynaktan ne kadar uzakta olunursa o kadar az zarar oluşur! Günlük yaşamda, çocuklar ve erişkinlerin cep telefonu, tablet, bilgisayar vb. kablosuz iletişimle çalışan araç gereç kullanımına ilişkin davranış modelleri, sağlık açısından gerekli korunma kurallarına dikkat edilmediğini göstermektedir. Burada sözü edilen araç gereçlerin kablolu da olsa kullanılması sürecinde, süre ve mesafeye dikkat edilmesi gerekmektedir. Sadece ekran süresi ile göz hastalıkları arasındaki ilişki dikkate alındığında bile ekran başında geçirilen sürenin ya da ekrana olan uzaklığın ne kadar önemli olduğu kolaylıkla anlaşılabilir. İster kablolu ister kablosuz olsun kullanılan cihazın ekranı başında geçirilen süre arttıkça, dakikada yaklaşık on iki kez olan göz açıp kapama sayısının beşe kadar düştüğü bilimektedir. Bu da gözlerin normalden daha

az nemlenmesine veya kurumasına yol açmaktadır. Bu kullanım biçimi bir yaşam tarzı halini alınca da, gözlere yeterince nemlenme şansı tanınmamış oluyor. Böylesi bir durumda da, havadaki elektrostatik parçacıklar gözlere daha fazla yapışıyor, dolayısıyla, gözlerde kızarıklık, kaşıntı vb. durumlarla başlayan sorunlar, zamanla başka hastalıklara zemin hazırlamaktadır. Süre ve mesafe gibi basit iki kuralı dikkate alarak önlenilecek sağlık sorunlarının, ülkemizin sağlık ekonomisine bindirdiği yükü hesaplamak ise ilgililere kalıyor.

Burada vurgulanan durumun özellikle geleceğimiz olan çocuklarımız açısından ne anlam taşıdığı ebeveynlerin üzerinde düşünmeleri gereken en önemli konulardan biridir. Ebeveyn ve çocuklarımıza yönelik, uzun yıllardır vermiş olduğum konferanslardan birinin ardından yanıma gelen on üç yaşındaki bir çocuğun anlattıkları, ebeveynler açısından üzerinde düşünülmesi gereken iyi bir örnektir. Çocuğün; "Hocam ben günde on yedi saat oyun oynayan biriydim. Bir gün ekran başında kaskatı kesildim. Öldüm sandım. Beni derhal hastaneye kaldırdılar. Uzun uğraşlar sonrası tekrar normal hayatıma döndüm. Bugün bilgisayarımı sadece gerektiği kadar kullanıyorum." sözleri hala kulaklarımdadır. Bir musibet bin nasihatten evladır deyip olayı geçiştirmek belki de seçilecek en kolay yoldur. Ancak Bill Gates'in de yukarıda ifade edilen konuya ilişkin yaklaşımlarının, herkesin ve özellikle de ebeveynlerin kulaklarına küpe olması elzemdir. Ebeveynlerin bebek ya da çocukları sussun diye cep telefonlarından/tablet ekranlarından filmler izlettikleri, oyunlar oynattıklarına metrolarda, otobüslerde, restoranlarda ve diğer yaşam alanlarında şahit olmak hem üzücü hem de ebeveynlerin konunun önemini yeterince kavrayamadıklarına ilişkin kötü örneklerdir. Bebeklerin ekranlarla ne zaman tanışması gerektiği hakkında Dünya Sağlık Örgütü'nün bizatihi önerilerini toplumumuzda kaç ebeveyn bilmektedir? Üzerinde düşünülmesi gereken bir soru... Fransa başta olmak üzere diğer gelişmiş ülkelerde bu meseleye oldukça fazla hassasiyet gösterilmektedir. Bizde de benzeri düzenlemeler olabilir ancak yaptırım gücü olmayan düzenlemelerin toplum açısından ne kadar yararlı olduğu ise tartışmaya açıktır.



## Ekran Süresi ve Çocukluk Çağı Hastalıkları

Ekran süresi denince akla ilk gelenin cep telefonu, tablet vb. kablosuz araçlarla geçirilen süre olduğuna yukarıda yeterince değinilmişti. Ekran başında geçirilen sürenin kontrolden çıkması, çocukluk çağında gözlenen ve belki de bir ömür boyu sürecektir hastalıklarla ilişkilendirilmektedir. Örneğin yapılan bir araştırmada, 3T MR ile cep telefonu bağımlılarının beyinleri incelenmiş ve akıllı telefon bağımlılarında sol ön insula, alt temporal ve parahipokampal kortekste daha düşük gri madde hacminin yanı sıra sağ ön singulat kortekste daha düşük içsel aktivite gözleendiği ortaya konmuştur. Akıllı telefon bağımlılığı ile hem ön singulat korteks hacmi hem aktivitesi hem de sol orbitofrontal gri madde arasında anlamlı bir negatif ilişki gözleendiği yine aynı araştırıcı grup tarafından eklemiştir<sup>18</sup>.

Ekran başında geçirilen süre günümüzde bağımsız bir risk faktörü olarak kabul edilmekte, hastalık ve olumsuz çocuk gelişimi sonuçları ile ekran süresi arasında bir doz-yanıt ilişkisi olduğu, ilgili araştırmacılarca vurgulanmaktadır.

Sağlık risklerinin günde 2 saatlik ekran süresinin aşılması durumunda meydana geldiği öne sürülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün ekran yasağı kapsamına aldığı doğum sonrası ilk iki yılı, bu kapsamın dışında tutmak gerekir. Günümüzde, çocukların ekran başında geçirdiği sürenin normalin neredeyse üç katına hatta daha da üstüne çıktığı maalesef bir gerçek! Ekran başında normalin üzerinde geçirilen her zaman diliminin çocuklarda obezite, diyabet, metabolik sendromlar, kalp damar hastalıkları başta olmak üzere çeşitli hastalıklara zemin hazırladığı, birçok araştırıcı tarafından ortaya konmuştur<sup>19</sup>. Bunlara bağımlılık ya da biyomekaniksel sorunlar eklendiğinde, sorunun boyutunun ne kadar büyük olduğu daha iyi anlaşılabilir. Dolayısıyla ekran süresinin azaltılması çocuk gelişimi ve sağlığı açısından son derece önemli bir koruma kuralı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Radyasyonlardan korunmanın üçüncü kuralı da hatırlanabileceği gibi zırhlamaydı. Bu özellikle iyonlaştırıcı radyasyonlar açısından daha fazla önem arz etmektedir. Çocukluk çağında alınan düşük radyasyon dozlarıyla kan-

ser arasında ilişki olabileceğine ilişkin araştırmalar, konuyu anlaşılmasına katkı sunabilir. Örneğin bir X ışınları grafisi çekilirken bile yapılan eksik bir zırhlama, çocuk sağlığı açısından riskler barındırabilir. Bu nedenle, bir çocuğun iyonlaştırıcı radyasyonlarla görüntülemesi yapılırken, boyun bölgesinin uygun maddelerden yapılmış boyunluklarla korunması gerekir. Çünkü tiroit, radyasyonlara en duyarlı organlardan biridir. Çocukluk çağında tiroidin gereksiz yere ışınlarla maruz kalmasının papiller tiroit kanserlerine zemin hazırlama potansiyeli taşıdığı da unutulmalıdır.

Cenin, bebek, çocuk ya da gelişme çağındaki her bireyin hücre yapım hızının erişkinlere göre çok daha yüksek ve bu savunmasız grupların geriye kalan ömürlerinin erişkinlere nazaran çok daha uzun olduğu dikkate alınırsa, çocukların elektromanyetik kirlilik ve ekran süresine ilişkin riskler açısından neden daha fazla korunması gerektiği daha iyi anlaşılabilir.

Bu makalede sunulan veriler ışığında, gelecek nesillerimizin sağlıklı olmasını sağlama görevi öncelikle ebeveynlere ardından ilgili kurumlara düşmektedir. Konuya ilişkin varsa düzenlemelerin yeniden gözden geçirilmesi ve/veya yeni düzenlemeler hazırlanması hem sağlıklı bir gelecek hem de sağlık ekonomisinin planlanması açısından bir zorunluluktur. Sonuç olarak "sağlıklı nesiller yetiştirmek milli bir meseledir" ve gerekli önlemleri almak her kesimin ana görevidir. Yeni nesillerin, başta sağlık olmak üzere diğer ekonomik ve sosyal sorunlar açısından ele alınması, konuya ilişkin uygun planlamalar ya da senaryolar geliştirilmesi, tüm paydaşlar açısından son derece önemli bir konudur.

## Kaynaklar

- 1) <https://www.milliyet.com.tr/dunya/dunyanin-donus-ekseni-kaydi-6964478> (Erişim Tarihi: 22.07.2023)
- 2) Youm, K., Seo, K. W., Jeon, T., Na, S. H., Chen, J., & Wilson, C. R. (2017). Ice and Groundwater Effects on Long Term Polar Motion (1979–2010). *Journal of Geodynamics*, 106, 66-73.
- 3) <https://blog.milliyet.com.tr/dunya--kuresel-tek-devlet/Blog?BlogNo=589516> (Erişim Tarihi: 22.07.2023).
- 4) <https://www.ntv.com.tr/galeri/teknoloji/bill-gates-14-yasina-kadar-cocuklarima-telefon-vermedim,0xbtrqMbpUCiC1749xSPIA> (Erişim Tarihi: 25.07.2023).

5) Poulain, T., Peschel, T., Vogel, M., Jurkatat, A. and Kiess, W., Cross-sectional and Longitudinal Associations of Screen Time and Physical Activity with School Performance at Different Types of Secondary School. *BMC Public Health* (2018) 18: 563, <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5489-3>.

6) <https://www.theguardian.com/world/2023/jul/26/put-learners-first-unesco-calls-for-global-ban-on-smartphones-in-schools> (Erişim Tarihi: 25.07.2023).

7) Dasdag, S., *Childhood Cancers and Magnetic Field*, *Proc. of Natural 2019*, Page: 1002-1009. October 2-6, 2019. Ankara.

8) Dasdag, S., *Electromagnetic Pollution and Children*, *Proc. of Natural 2019*, Page: 1009-1017., October 2-6, 2019. Ankara

9) Dasdag, S., *Electromagnetic Pollution and First 1000 Days*. *Proc. of Natural 2019*, Page: 1018-1023, October 2-6, 2019, Ankara.

10) Bunin, G.R., Robison, L.L., Biegel, J., Pollack, I.F., Rorke-Adams, L.B. Parental Heat Exposure and Risk of Childhood Brain Tumor: A Children's Oncology Group Study. *Am J Epidemiol* 2006;164:222–231.

11) Lim, H., Choi, J., Joo, H., Ha, M., *Exposures to Radio-Frequency Electromagnetic Fields and Their Impacts on Children's Health – What the Science Knows? Current Opinion in Environmental Science & Health* 2023, 32:100456.

12) Kashani, Z.A., Pakzad, R., Fakari, F.R., Haghparast, M.S., Abdi, F., Kiani, Z., Talebi, A., Haghgoo, S.M., *Electromagnetic Fields Exposure on Fetal and Childhood Abnormalities: Systematic Review and Meta-Analysis*.

13) Bektas, H., Dasdag, S., Bektas, S., *Comparison of Effects of 2.4 GHz Wi-Fi and Mobile Exposure on Human Placenta and Cord Blood*. *Biotechnology & Biotechnological Equipment*. 2020, VOL. 34 (1): 154–162, 2020.

14) Bektas, H., Dasdag, S., Bektas, S., *Does Mobile Phone Use of Women During Pregnancy Cause Hearing Problems in Infants? (Preliminary observation)*. *Perinatal Journal*. 2020; 28(2):101–107.

15) Bektas, H., Dasdag, S., Bektas, S., *Evaluation of 900 and 1800 MHz Radiofrequency Radiation Emitted from Mobile Phones on Pregnant Women*. *Journal of International Dental and Medical Research*. 14(4): 1675- 1683, 2021.

16) Bektas, H., Bektas, S., Dasdag, S., *Effect of Mobile Phone Usage Duration During Pregnancy on the General Motor Movements of Infants*. *Biotechnology & Biotechnological Equipment*. 36: 1, 56–66, 2022.

17) Zhou, L., Zhang, H., Lan, Y., Li, Y., Liang, Y., Yu, L., Ma, Y., Jia, C., Wang, S., *Epidemiological Investigation of Risk Factors of the Pregnant Women with Early Spontaneous Abortion in Beijing*. *Chin J Integr Med* 2017 May;23(5):345-349.

18) Horvath, J., Mundinger, C., Schmitgen, M.M., Wolf, N.D., Sambataro, F., Hirjak, D., Kubera, K.M., Koenig, J., Wolf, R.C., *Structural and Functional Correlates of Smartphone Addiction*. *Addictive Behaviors* 105 (2020) 106334.

19) Sigman, A., *Time for a View on Screen Time*. *Arch Dis Child Month* 2012 Vol 0 No 0.

# 'Hayat becerileri' derken?

**Prof. Dr. Zeliha Koçak Tufan**



Tıp eğitimini Hacettepe ve Yüzüncü Yıl üniversitelerinde tamamladı. 2015-2022 tarihleri arasında YÖK Üyesi olarak görev yaptı. YÖK Üyeliği sonrasında Washington Eğitim Müşaviri olarak atandı. Evli ve iki çocuk annesi olan Tufan, hâlen bu görevdedir. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

*"Hızlı yürüdük, dedi Reis  
Bekleyelim biraz  
Ruhumuz geride kaldı"*

iderlik, iletişim, iş birliği, eleştirel düşünme ve problem çözme, medya okur yazarlığı, sağlık okur yazarlığı, üretkenlik, girişimcilik... Bunlara ek olarak "hız ve uyum", "merak ve hayal gücü" gibi konular da 21'inci yüzyıl becerilerinde geçen başlıklar arasında... Başlıklarda ne yok ki! Bunlar süper insandan değil, gerçekten de 21'inci yüzyıla ayak uydurabilmek için gerekliliklerden bahsediyor. OECD ülkelerinde konular tartışılırken bugününün değil yarının sorunlarına çözüm üretebilecek bireylerin yetişmesinden bahsedilir. Peki, bu başlıkların hepsi herkes için mi gerekli? Kim, nasıl, hangi sosyolojik yapı için belirliyor bu başlıkları? Sağlık eğitimi kendi içinde bu kadar yoğunken tıbbi becerilerle birlikte hayata geçirilebilirler mi?

Eğitimciler bu becerilerin ve çekirdek eğitim programlarındaki yetkinliklerin kazandırılması için gayret sarf ediyor. Peki, birkaç dekat önce mezun olmuş diğer öğretim üyelerinin ve bu yetkinliklerin hayata geçirileceği mekânlar olan hastanelerdeki klinisyenlerin ve sağlık personelinin hepsinde farkındalık var mı? Türk kültürünün zaten içinde bulunan öğeler hangileri? Hastane ve sağlık merkezlerimizdeki günlük hayat, akademik hayat, sağlık ve eğitim politikalarımız birlikte değerlendirildiğinde bizim hangi başlıklara ne kadar

yoğunlaşmamız gerekir? Usta-çırak ilişkisinin, akran eğitiminin ve koridor kültürünün alışkanlıkların gelişmesinde üst düzeyde rol oynadığı hastanelerde, laboratuvarlarda, sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinde 21'inci yüzyıl becerilerinin günlük hayata hâkim olması için yapılacaklar, slayt setleri hazırlamaktan çok öte proje süreçleri barındırmakta...

## **Gerçekten Gerekli Mi, Ne Kadarı Gerekli?**

Yeni mezundur ve hastanede işe başlamıştır. Asistanken hep soracağı abileri, ablaları, olmazsa diğer kliniklerden hekimler vardı. Şimdi uzman doktor olarak Kars'ta bir kasabada uzman. Hemşireler de epey kıdemliye benziyor, kliniği yönetebilecek mi, lider olarak benimsenecek mi? Uzman doktor canım, tabii ki... Allah vere de ameliyathanede malzemeler tam olsa. Yoksa nasıl aldırtacak, ihaleye nasıl görevlendirme yazmış, yetkileri neler, nereden bakacak ki? Bölgesel kalkınmanın bir de projesine dâhil olmuşlar, ne yapmalı acaba? Bir de saha bilgilendirmelerine gitmesi gerekiyormuş. Neyse ki her işi yapması 'gereken' başka birileri vardır mutlaka. Bilmeyince düşünmek bile yük olan hususlar bunlar. Hele yıllarca esas olarak tanıtedavi-takip için tıbbi konuları hayatın

merkezine almış, ekosistemindeki diğer bileşenleri sorgulamamışsa... Ne yoğun akademik hayat öğrencilik ve asistanlıkta... Hayat becerilerinin sadece ileri AR-GE merkezlerinde yahut yüksek bütçeli şirketlerde çalışacak, yüksek kariyer beklentisi olan kişiler için gerekeceğine dair yanlış bir algı var günlük yaşamda. Hâlbuki pek çok başlık günlük hayatımızı yönetebilmek için çok önemli.

## **Önce İletişim Meselesi**

Tıp doktorlarının, sağlık çalışanlarının bazılarının insan ilişkilerini yönetemediğinden bahsedilir. Sağlık çalışanı gözüyle; o kadar okumuştur, bilmektedir, karşısındaki ise ondan yılların bilgisini bir dakikada anlatmasını, ikna etmesini beklemektedir, hem gece nöbette hiç uyumamıştır, sabahtan beri ayaktadır, çok çalışmıştır, iki dakika otururken gören hasta yakınından azar işitmiştir hem halinden anlayan yoktur hem suçlayan çoktur... Haklıdır da. Ancak tıbbi uygulamalar dışında bazı profesyonel yaklaşımları bilse günlük hayatını yönetebileceği, daha az zorlanacağı, yükünü hafifleteceği bilgi ve becerileri de göz ardı edebilmektedir. Vakti hiç olmamıştır öğrenmek için, hâlbuki bilse, bazı vakitleri kazanacak, akademik üretkenliği artacak, günlük hayatı daha iyi yönetecektir.



Hasta dediğiniz eski sorulardan yahut kitaptan çıkmaz, “yan ağrısı” değil “böğür ağrısı” ile gelir; “solunum sıkıntısı” çekmez, “boğazına tırmık batmış” gibidir; “acil değildir” ama “kırk gündür çektiğini” bir o bilir, acilde iki dakika bakılıvermelidir; hem biraz önce görmüştür doktorla hemşireyi çay içerken, oturuyorlardı işte, vakitleri vardır! Haklıdır da hasta gözüyle. Zordur hastane işleri zaten.

İletişim konusu profesyonel bir konu. Bir tarafın yorgun ve yoğun, diğer tarafın endişeli ve güvensiz olduğu bir ortamda, günde yüzlerce kişiyle muhatap olarak iletişimi yönetmek bambaşka yöntemler, eğitim ve pratik uygulama gerektirir. En çok da günlük hayatta üslerinden, çevresinden ve akranlarından görerek öğrenilir. Kronikleşmiş sorunlarla gergin ortamlarda uzun yıllar kalanların, bakış açılarını değiştirerek değişime öncelik etmesini beklemek gerçekçi değildir, zaman alacaktır.

#### **Dışarıdan Bir Örnek**

Oxford’da, Nuffield Ortopedi Merkezi, Kemik Enfeksiyonları Bölümünde kısa süreli buldum. Oxford Üniversitesine bağlı hastanelerin (John Radcliffe Hospital, Nuffield Orthopaedic Centre,

Churchill Hospital) her birinde, günlük pratikte farklı yaklaşım tarzları vardı. Hocaların her birinin “günde 3 farklı hastanede” ve “her gün farklı bir programı” olması; aylık olarak servise yahut yoğun bakıma yahut konsültanlara bakmaya alışkın bana önce kompleks gelmişti. Nitekim sabah bir hastanede ziyaret, öğlen başka bir hastanede laboratuvar çalışması, öğleden sonra diğer semtteki hastanede ortopedistlerle poliklinik ertesi gün ise bambaşka bir program. Her gün Ankara Eğitim ve Araştırma, Ulus Devlet ve Hacettepe Üniversitesi hastanelerine gittiğinizi düşünün. Yine aynı merkezde başka bir pilot uygulamada ise, klinik ziyaret için ayrılan sürenin %75’inin hasta ile birebir görüşülerek, soruları cevaplanarak sohbet tarzında geçirilmesi vardı. Sadece hasta memnuniyetinin değil Oxford’daki sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi amaçlanıyordu. Hastanın yanında o yokmuş gibi asistan ve öğrencilerle konuşan ve hastaya sadece kısa bir selam veya “gerekirse” bilgi veren bir sistemden gelen benim gibilere göre o yıllarda anlaşılması zor bir uygulamaydı. Nitekim klinikte her zaman yetişmesi gereken işler vardır ve tedavinin takibi dışında her gün hasta ile bu kadar uzun soluklu konuşmak pek mümkün olmaz.

İletişim konusu profesyonel bir konu. Bir tarafın yorgun ve yoğun, diğer tarafın endişeli ve güvensiz olduğu bir ortamda, günde yüzlerce kişiyle muhatap olarak iletişimi yönetmek bambaşka yöntemler, eğitim ve pratik uygulama gerektirir. En çok da günlük hayatta üslerinden, çevresinden ve akranlarından görerek öğrenilir. Kronikleşmiş sorunlarla gergin ortamlarda uzun yıllar kalanların, bakış açılarını değiştirerek değişime öncelik etmesini beklemek gerçekçi değildir. Zaman alacaktır.



Beyin göçünün kurulu sistemlere, yüzyılımızın sunduğu fırsatlara olanak tanıyan ülkelere ve kurumlara doğru olduğu bir gerçek. Hem kendi tarihimizin, inancımızın, sosyolojik yapımızın binlerce yılda harmanlayarak, deneyimleyerek bize sunduğu sosyokültürel davranış kodlarımızı ortaya koymak, kaybetmemek, güçlendirmek, hem de yüzyılımızın gerekliliklerine uyum sağlayabilmek için harekete geçmek bizlerin, hocalarımızın, profesyonellerimizin, yöneticilerimizin sorumluluğudur.

Randevuların bize göre kabul edilebilir sınırların dışında geç verilmesi ve çeşitli komplikasyonlara yol açmasına rağmen hastalardaki memnuniyet ve doktorların şikâyetsiz olması, beni oradaki hastane süreçlerine yönelik politikaları incelemeye itti. Hasta memnuniyetini artırıcı ve sağlık personelinin en etkin şekilde yararlanılmasına yönelik yeni tedbirler deniyordu. Hastanelerdeki günlük rutin uygulamalar bir endüstri mühendisliği ile, insan kaynağı, sosyolojik yapı, ihtiyaç analizleri ve tabii ki belirli kalite süreçleri göz önünde bulundurularak planlanıyordu. Tabii ki her açıdan maliyet-etkinlik önemliydi. Üst politikaların günlük hastane yaşamına etkilerinin yanı sıra multidisipliner ve transdisipliner çalışma uygulamalarının doğal akışa entegre olmuş olması dikkatimi çeken hususlardı. Buna rağmen başka ülkelere gelen herkesin memnun olmadığı ve ekosisteme uyum sağlamadıklarında çalışma şartlarının zorlayıcı olduğu da bir gerçektir. Sistem oturtulduğunda ise çok verimli bir hâle gelebilirdi, her iki taraf için de.

Günlük iletişimde ve problemlere yaklaşımlardaki farklılıklar gelen ekosisteme göre değişir. Hayat becerilerinin kazandırılmasında mevcut durumun analizi bu yüzden çok önem arz eder. Yıllarca enfeksiyon kontrol önlemleri anlatan arkadaşlarımız bilir. Sadece

el hijyeni uygulamalarında davranış değişikliği oluşturmak için bile hastanelerde onlarca farklı uygulama yapılmıştır. Kopyala-yapıştır eğitimler ve uygulamalar başarılı olamaz. Nitekim yıllarca farklı alanlarda “iyileştirme” başlığı altında yapılmaya çalışılan bazı uygulamalar, sosyolojik yapı göz ardı edildiğinde ülkemizde yadırganmış ve tutmamıştır. Kişilerin, kurumun hazır olması, farkındalığı ve uygulamanın sosyolojik yapıya, hayatın gerçeklerine uygun tasarlanması başarı için göz önünde bulundurulmalıdır.

#### **Tıp ve Sağlık Eğitimi, Beceriler, Yetkinlikler**

Tıp eğitimi 20'nci yüzyıl başlarından itibaren farklı evrelerden geçmiştir. Hâlen de yetkin bir tıp hekimi yetiştirmek için derslerin anlatılma şekilleri, pratik uygulamalar, klinik deneyimleri geliştirmek üzere farklı modeller tartışılmaya devam edilmektedir. En iyi beyinlerin en verimli şekilde yetiştirilebilmesine odaklanılır. Öğrenci merkezli, probleme dayalı, entegre, seçmeli, sistematik ve sürekli eğitim... Küçük grup öğrenmesi ve vaka tartışmaları... Zaman zaman psikoloji, sosyoloji, felsefe ve güzel sanatlarla insanı tüm yönleriyle tanıtmaya çalışan uygulamalara rastlanmaktadır. Ancak yığınla patoloji veya farmakoloji ders notları dururken bu programların

gerekliliği anlaşılammakta, daha çok tamamlanması gereken sıkıcı zorunluluklara, öğretim üyeleri için ise imza atılıp çıkılan seminerlere dönüşebilmektedir. Her merkez için geçerli değil tabii ki.

Tıp Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP 2020)'de, Mezun Yetkinlikleri ve Yeterliliklerinin yanı sıra Davranışsal, Sosyal ve Beşerî Bilimlerin daha geniş kapsamlı, farklı bakış açılarının değerlendirildiği bir bölüm olarak ele alındığı belirtilmektedir. Yetkinlikler noktasında üç başlık belirlenmiştir: 1) Mesleki Uygulamalar 2) Mesleki Değerler ve Yaklaşımlar 3) Mesleki ve Bireysel Gelişim. Yetkinliklerden 2'nci madde kapsamında "lider, yönetici ve iletişimci"; 3'üncü madde kapsamında "bilimsel ve analitik yaklaşım gösteren" ve "yaşam boyu öğrenen" denmektedir. Bunların nasıl olacağı ise ayrı bir programlama isteyen süreçlerdir.

Tıp, dış hekimliği, eczacılık, hemşirelik, ebellek, fizyoterapi ve rehabilitasyon gibi farklı sağlık programlarının çekirdek eğitim programlarına göz attığınızda üst politika ve yaklaşımlarda farklılıklar gözünüze çarpacaktır. Bununla birlikte ortak bir çaba olarak günümüz hayat becerilerinin müfredata yansıtılmaya çalışılması önemlidir. Diğer pek çok programdan farklı olarak sağlık programlarında eğitimin içerisinde gerçek yaşam doğrudan vardır; hasta hizmeti verilen sağlık merkezleri okulun ta kendisidir ve özellikle kazanımlar noktasında toplum sosyolojisi ve hastalar da paydaş konular olarak planlamalara dâhil edilmelidir.

### **Ders/Seminer Olarak Anlatmak Farkındalık için Yeterli Mi?**

Bir çalıştay olmasın ki konuşulan konunun ders olarak anlatılması tavsiye kararı olarak çıkmasın; HIV/AIDS veya hepatitten korunmadan çevre kirliliği veya dijital okur yazarlığa kadar... Yükseköğretim Kurulunda bulunduğum uzun yıllarda hem eğitim kurumlarından hem de özel sektörden, kamu kurumlarından onlarca tavsiye kararı gelmiştir. "X konusu çok önemli okullarda ders olarak anlatılmalı". Kendi alanımla ilgili toplantılarda da gözlemlemişimdir, "ders olarak tıp ve sağlık bilimleri fakültelerinde anlatılsın" dendiğinde harika bir çözüm bulunmuş gibi bir rahatlama olur katılımcı Hocalarda. Halbuki her

önemli hususun ders olarak anlatılması gerçekçi değildir. Bir konuyu ders olarak anlatmak, hemen öğrenileceği ve davranış olarak hayata geçirileceği anlamına gelmez. Davranışa, alışkanlıklara dönmesi için bir mühendislik, apayrı çalışmalar yapılması gerekir. Esas zor olan kısmı da budur. 21'inci yüzyılda kişilerde bulunması gereken hayat becerileri de böyledir.

### **Öğrenciden Mi, Öğretim Üyelerinden Mi Başlayalım?**

Hangi sosyolojik yapıya hangi yetkinliğine, nasıl implemente edileceği ciddi bir projelendirme ve takip gerektirir. Bunun için öğrencilerden mi yoksa öğretim üyelerinden mi başlanması gerektiği konusu tartışılmalıdır. Nitekim kritik analitik düşünceyle kendisine öğretilenleri sorgulayan bir öğrenciye, "söylediğim kanundur" yaklaşımına sahip bir öğretim üyesi tarafından mobbing uygulanabilir. İletişim ve iş birliğini hayatına geçirmiş, multidisipliner hatta transdisipliner çalışmalarda başarılı olan bir uzmanlık öğrencisi, esneklik ve uyum konusunda eksiklikleri olan takım arkadaşları tarafından dışlanabilir.

Yukarıdakinin tersine ilgili programın ekosistemi, koridor kültürü, belli konularda yetkinlikleri günlük hayata yansıtıyorsa akran eğitimi ile bile öğrenilebilecektir. Örneğin liderlik özellikleri kuvvetli bir anabilim dalı başkanı bulunan bir cerrahi kliniğindeki uzmanlık öğrencileri, bu yeteneklerini zaman içerisinde geliştirebilecek; bilgi okur yazarlığı günlük pratiklerinde önemli olan bir hemşirelik programı öğrencileri eksikliklerini tamamlayarak akranlarından bile öğrenebilecek; uluslararası iş birliğine önem veren bir programdaki ergoterapi öğrencileri sosyal ve kültürlerarası ilişkilerin nasıl yönetileceğine dair kazanımları hiç zorlanmadan elde edebileceklerdir. Teorik bilgi, pratik bilgi ve hasta başı uygulamalarla bütünleşmeden sağlık eğitimi olamayacağı gibi, sosyal beceriler ve yetkinliklerde de profesyonel yaklaşım, teorik ve pratik bilgi ile günlük hayatta uygulamaların sonucunda kazandırılabilir. Bunun için hem öğretim üyelerinin hem de sağlık eğitiminin sürdürüldüğü sağlık uygulama ve araştırma merkezleri olan hastanelerde çalışan personelin davranış değişikliklerinin gerçekleştirilmesi öncelikli ve önemlidir.

### **Sonuç**

Üniversite-sanayi iş birliklerinde, temel bilimlerle klinik bilimlerin ortak çalışmalarında, uluslararası proje ve AR-GE başvurularında, ülkemizin tıp ve sağlık eğitimi öğrenci ve öğretim üyelerinin olması gereken yerde olmadığını gözlemliyoruz. Beyin göçünün kurulu sistemlere, yüzyılımızın sunduğu fırsatlara olanak tanıyan ülkelere ve kurumlara doğru olduğu bir gerçek. Hem kendi tarihimizin, inancımızın, sosyolojik yapımızın binlerce yılda harmanlayarak, deneyimleyerek bize sunduğu sosyokültürel davranış kodlarımızı ortaya koymak, kaybetmemek, güçlendirmek, hem de yüzyılımızın gerekliliklerine uyum sağlayabilmek için harekete geçmek bizlerin, hocalarımızın, profesyonellerimizin, yöneticilerimizin sorumluluğudur.

Hayat ve kariyer becerileri, öğrenme ve inovasyon becerileri, bilgi, medya ve teknoloji becerileri olarak üç ana başlıkta toplanan ve eleştirel düşünmeden girişimciliğe kadar farklı alt başlıkları içeren günümüz hayat becerilerinin her birinin yetkinlik olarak tıp ve sağlık öğrencilerine kazandırılabilmesi için üst politika ile uyumlu bir genel stratejik planlama oluşturulması, bunun yanı sıra her kurumun kendi ekosistemine göre ayrı çalışma yapması gerekir. Her bir başlıkta öğretim üyelerinin, sağlık personelinin, hizmet verilen hasta popülasyonu ve kurum kültürünün mevcut durumu analiz edilmeli, güçlü ve zayıf yönleri tespit edilmeli, endüstri mühendisliği ve sosyoloji gibi farklı profesyonellerle bir araya gelinerek bir büyük proje şeklinde yapılacaklar tasarlanmalı ve takip edilmelidir. En büyük zorluk, profesyonellerde davranış değişikliği oluşturmaktır. Sadece ders/seminer anlatılarak farkındalık oluşturacağımızı düşünmek ancak kendimizi kandırmak olur.

### **Kaynaklar**

*21st Century Skills* <https://www.battelleforkids.org/networks/p21>. (Erişim Tarihi: 28.07.2023)

Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C. et al. *Key Tips for Teaching in the Clinical Setting*. *BMC Med Educ* 20 (Suppl 2), 463 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02283-2>

Fadel C. *21st Century Skills: How Can You Prepare Students for the New Global Economy?* OECD/CERI Paris, May 2008. (Erişim Tarihi: 28.07.2023)

*Ulusal Çekirdek Eğitim Programları*. <https://www.yok.gov.tr/kurumsal/idari-birimler/egitim-ogretim-dairesi/ulusal-cekirdek-egitimi-programlari>. (Erişim Tarihi: 28.07.2023)

# Yükseköğretimde toplumsal katkı ve sağlık alanında yapılabilecek uygulamalar

## Prof. Dr. Türkan Yiğitbaşı



1988 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Biyokimya ve Klinik Biyokimya uzmanlık eğitimini 1994 yılında tamamladı. Kayseri’de özel bir tanı merkezinde, ABD’de Baylor College of Medicine’de ve İzmir’de Bölge Hıfzıssıhha Enstitüsü ile Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde klinik laboratuvar direktörü, araştırmacı ve öğretim üyesi olarak çalıştı. Dr. Yiğitbaşı hâlen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalında öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Toplumsal yaşamın önemli bir aktörü olan üniversitelerin tarih boyunca oynadığı rol ve aldığı sorumluluklar, ülkelerin gelişimi ve toplumların dönüşümü açısından büyük önem taşımıştır. Farklı görüşler olmakla birlikte üniversiteye ilişkin ilk örneklerin, M.Ö. 400 yılında Eflatun tarafından kurulan Academia ve M.Ö. 387 yılında Aristo tarafından kurulan Lyceum olduğu söylenebilir. Bologno Üniversitesi, Universitas kelimesinin köken aldığı Lonca kelimesinin anlamını karşılayan bir öğrenci locası olarak 1088 yılında kuruldu. Lonca, bağımsız olan ve ortak noktalar üzerinde birleşen insanlar tarafından oluşturulan toplulukları tanımlamak üzere kullanılan bir kelimedir. Bologno Üniversitesi, hukuk öğrenimi almak isteyen bir grup öğrenci tarafından kurulmuştu ve eğitimcilerin maaşları ve üniversitenin diğer giderleri öğrenciler tarafından karşılanmaktaydı. Amerika Birleşik Devletleri’nde kurulan ilk üniversite 1636’da kurulan Harvard Üniversitesi’dir. Japonya’da modern anlamda kurulan ilk üniversite 1876’da kurulan Tokyo Üniversitesi’dir. Ülkemizde üniversite işlevini karşılayan eğitim kurumları olmakla birlikte resmî anlamda ilk kurulan üniversite İstanbul Üniversitesi’dir. 1933 yılında kurulmuştur. Üniversitelerin değişim ve dönüşüm hızlarında kuruluş tarihlerinin de önemli olduğu izlenmektedir.

## Üniversitelerin Değişen Roller

Tarihî asırlar öncesine dayanan tüm kurumlar gibi üniversite de toplumun değişen ihtiyaçlarına yanıt olarak birtakım fiziki ve sosyal aşamalardan geçerek bugünkü haline ulaşmıştır. Geçmişte üniversiteler, bilginin korunması, aktarılması ve yeni bilgilerin üretilmesinde önemli bir rol oynamıştır. Günümüzde ise üniversiteler, toplumsal sorunlara çözüm üretebilen kurumlar olarak değerlendirilmektedir. Yirmi birinci yüzyılda, bilgi üretim modellerinde tek disiplinler tarafından gerçekleştirilen temel araştırmalardan daha uygulamalı ve çok disiplinli formatlara geçişle birlikte üniversitelerin toplumsal rolüne olan ilgi artmıştır.

Finansman araçlarında (örn. Horizon Europe), uluslararası akreditasyonlarda (örn. EQUIS – Avrupa Kalite İyileştirme Sistemi), küresel ağlarda (örn. The Talloires Network of Engaged Universities) ve sıralamalarda (örn. THE Impact Rankings) sosyal sorumluluğa giderek daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Kurumsal baskılar, daha güçlü bir paydaş yönelimi ve üniversitelerin küresel zorluklara yanıt verme beklentisi, sosyal sorumluluğun önemini artıran faktörlerdir. Bu nedenlerle sosyal sorumluluk, üniversiteler için stratejik bir ilgi alanı haline gelmiştir. Üniversiteler, dezavantajlı grupların yukarı doğru sosyal

hareketliliğini sağlayarak, araştırmacının toplumsal etkisini teşvik ederek ve topluluk paydaşlarını yönetimlerine ve temel işlevlerine dahil ederek değişim unsuru olabilirler ve sosyal dönüşümü destekleyebilirler.

## Toplumsal Katkı mı? Üniversite-Toplum İlişkileri mi?

Küresel bağlamda, “üniversite sosyal sorumluluğu” veya üniversitelerin birer kurum olarak işlevsel tanımı içinde geçen “toplumsal katkı”, yükseköğretim kurumlarının kamu ve toplum hizmeti faaliyetlerini ve etkilerini tanımlamak için yaygın olarak kullanılan bir ifadedir. Yabancı literatürde “social contribution” ifadesi bu anlamda sık kullanılmaktadır ve terim haline gelmiştir. Batılı üniversite sistemlerinde ise bu durumu ifade etmek için yaygın bir şekilde “university-community engagements” (“üniversite-toplum ilişkileri”) ifadesi kullanılmaktadır.

Batılı üniversitelerin kullandığı; üniversite-toplum ilişkileri tanımlaması, daha eşitler arası bir ilişkiyi tanımlar. Paydaşlar olarak iş birliğine vurgu yapar. Toplumsal katkı denildiğinde üniversitenin biraz daha baskın ve aktif olduğu bir bakış açısı ortaya çıkmaktadır. Bu yaklaşım üniversite olgusunu sadece bir eğitim kurumu olarak basit üniversite işlevinden bağı ve toplumla bütünleşik

olarak işleyen üniversite kavramına taşır. Önemli bir diğer nokta ise bu türden iş birliklerine toplum ve üniversite ikilisi kadar üniversite özelinde öğrencilerin de katılımının sağlanmasıdır.

## YÖKAK Açısından Toplumsal Katkı Nedir?

Türkiye’de birçok üniversitede “uluslararası üniversite” veya “dünya üniversitesi” olma vizyonu belirgin hâle gelmiştir. Bu vizyonu taşıyan yükseköğretim kurumları akredite olmak amacıyla Yükseköğretim Kalite Kurulu’na (YÖKAK) başvurmaktadır. YÖKAK, üniversitelerin eğitim-öğretim, araştırma faaliyetleri ve idari hizmetlerinin ulusal ve uluslararası kalite standartlarına göre değerlendirmelerini yapan kamu kurumudur. 2019’a kadar YÖKAK üniversiteleri; Kalite Güvence Sistemi, Eğitim ve Öğretim, Araştırma ve Geliştirme, Yönetim Sistemi olarak dört ana başlık altında değerlendirmekteydi. Bu başlıklara 2019 yılından itibaren Toplumsal Katkı da eklenmiştir. Yine, 2021 yılında ise bu başlıkların Kurum İç Değerlendirme Raporu Hazırlama Kılavuzu’nda (Sürüm 3.0) 1) Liderlik, Yönetim ve Kalite, 2) Eğitim ve Öğretim, 3) Araştırma ve Geliştirme, 4) Toplumsal Katkı olarak dört başlık altında incelenmesi öngörülmüştür. YÖKAK’a göre bir üniversitenin toplumsal katkı uygulamaları; yetişkin eğitimi, uygulamalı araştırma, danışmanlık ve sağlık hizmeti başlıkları altında toplanabilir.

## Sağlık Alanında Neler Yapılabilir?

Sağlıkta toplumsal katkı uygulamaları, toplumun genel sağlık düzeyini geliştirmek ve sağlıklı bir yaşam tarzını teşvik etmek amacıyla yapılan uygulamalardır. Sağlık politikalarındaki tartışmaların çoğu, toplumun sağlık bakımına erişim sağlama yükümlülüğüne odaklanmıştır. Sağlık bakımına erişimin yanında halk sağlığı, çevresel sağlık ve sağlık araştırması başlıklarında yer alan konular toplumsal katkı açısından önemlidir. Sağlığın sosyal belirleyicileri (SSB) de sağlık sonuçlarını etkiler. SSB, sağlığı etkileyen ancak tıbbi olmayan faktörlerdir. Eğitim, işsizlik ve iş güvencesizliği, çalışma yaşam koşulları, gıda güven-sizliği, barınma, temel olanaklar ve çevre, erken çocukluk gelişimi, sosyal içerme ve ayrımcılık yapmama, yapısal çatışma, makul kalitede uygun fiyatlı sağlık hizmetlerine erişim gibi konular

sağlık eşitliğini olumlu ve olumsuz şekillerde etkileyebilen SSB örnekleridir.

Aşağıda sağlık alanına katkı yapabilecek toplumsal katkı uygulamaları sunulmuştur:

### 1. Sağlık Eğitimi ve Bilgilendirme:

Toplumda sağlıklı yaşam alışkanlıkları, hastalıkların önlenmesi ve temel sağlık konularında bilgilendirme yapılabilir. Sağlıkla ilgili doğru ve güncel bilgilerin topluma aktarılması amacıyla eğitim programları, seminerler, broşürler, internet siteleri gibi araçlar kullanılabilir.

### 2. Sağlık Hizmetlerine Erişimi Kolaylaştırma:

Sağlık hizmetlerine erişimi engelleyen faktörlerin azaltılması amacıyla çeşitli uygulamalar yapılır. Örneğin, hasta haklarıyla ilgili bilgilendirme ve rehberlik hizmetleri sunulabilir, dil veya kültürel engellere yönelik hizmetler sağlanabilir.

### 3. Toplumsal Farkındalık Yaratma:

Sağlıkla ilgili konularda toplumda farkındalık yaratmak amacıyla, kampanyalar düzenlenebilir. Örneğin, sigara, alkol veya uyuşturucu gibi zararlı alışkanlıkların bırakılması konusunda bilinçlendirme kampanyaları yapılabilir.

### 4. Sağlıklı Yaşamı Teşvik Etme:

Yaşam tarzı, sanayileşmiş ülkelerdeki hastalıkların çoğunda önemli bir rol oynar. Küresel hastalık yüküne katkıda bulunan 10 önde gelen faktörden altısı yaşam tarzıyla ilgilidir: güvensiz seks, yüksek tansiyon, tütün kullanımı, alkol kullanımı, yüksek kolesterol ve obezite. Toplumun sağlıklı yaşamı benimsemesini teşvik etmek amacıyla; düzenli egzersiz yapma, dengeli beslenme, düzenli uyku gibi sağlık davranışlarının teşvik edilmesi için spor etkinlikleri, sağlıklı beslenme eğitimleri gibi programlar düzenlenebilir.

### 5. Hastalık ve Salgınların Kontrolü:

Toplum sağlığını korumak amacıyla hastalık ve salgınların kontrolü konusunda çeşitli uygulamalar yapılır. Örneğin, aşı programları, hijyenik yaşam koşullarının sağlanması, hastalıkların erken teşhisi için ücretsiz sağlık taramaları, danışmanlık hizmetleri gibi faaliyetler yapılabilir.

### 6. Sağlık Araştırmaları:

Üniversiteler, araştırma merkezleri, laboratuvarlar ve teknoloji transfer ofisleri aracılığıyla yapılan bilimsel çalışmalarını toplumun ihtiyaçlarına yönlendirerek, araştırma sonuçlarının uygulamaya dönüşmesi şeklinde toplumsal katkı sağlayabilir. İlaç geliştirme, pandemik hastalıkların

kontrolü gibi alanlarda yapılan araştırmalar, toplumun sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmasına yardımcı olabilir.

### 7. Sağlık Hizmeti İyileştirme Projeleri:

Üniversiteler, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimliliğini artırmak için iyileştirme projeleri yürütebilir. Örneğin, hasta güvenliği projeleri, sağlık kurumları arası iş birliği projeleri, sağlık bilgi teknolojilerinin kullanımını destekleyen projeler gibi çalışmalar yapılabilir.

### 8. Çevresel Sağlık İyileştirme Projeleri:

Çevresel hijyen, kirlilik, gıda/ilaç güvenliği, konut/kent planlaması, iş sağlığı gibi alanlardaki iyileştirmeler sağlığı etkileyecek çok önemli gelişmeler sağlayacaktır.

Sonuç olarak; üniversiteler bilimsel ve teknolojik ilerlemelerin takibi ve topluma uyarlanması açısından bilginin üretildiği, paylaşıldığı, yayımlandığı kurumlardır ve topluma yön vererek toplumsal dönüşümün sağlanmasında öncü bir role sahiptir. Üniversiteler eğitim-öğretim ve araştırmanın yanında, üniversite-toplum ilişkilerinin misyon hâline gelmesini sağlamalıdır. Aynı zamanda öğrencilerinin ve mezunlarının katıldığı, sosyal sorumluluğu takdir etmek ve ödüllendirmek için stratejiler belirlemeli, yeterli kaynak oluşturmalı, destekleyici politikalar ile örgütsel ortamlar oluşturmalıdır.

## Kaynaklar

Ak, M., Şahin, L., Yurtseven, E., *Üniversitelerde Araştırma Odaklı Yönetim Anlayışı: İstanbul Üniversitesi Örneği. İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi* 2023; 42(Suppl. 1): 77-115.

Gajar, M., *Dünyada ve Türkiye’de Üniversiteleşme Hareketinin Dünü / Bugünü - Bölüm 1. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016; Cilt 2, Sayı 2, S. 19-22.

Güleç, İ., Demir S. *Türk Yükseköğretiminde Toplumsal Katkının Kapsamı Üzerine Bir Değerlendirme. Üniversite Araştırmaları Dergisi* 2023; Cilt 6, Sayı 1, Sayfa: 1-12.

<https://portal.yokak.gov.tr/makale/kurumun-toplumsal-katki-politikasi/#> (Erişim Tarihi: 20.07.2023).

[https://yokak.gov.tr/Common/Docs/KidrKlavuz1.4/Kidr\\_Surum\\_3.0.pdf](https://yokak.gov.tr/Common/Docs/KidrKlavuz1.4/Kidr_Surum_3.0.pdf). (Erişim Tarihi: 20.07.2023).

[https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1) (Erişim Tarihi: 13.07.2023).

Resnik, D., B., *Responsibility for health: personal, social, and environmental. J Med Ethics.* 2007; 33(8): 444-445.

Queirós, A., Carvalho, T., João, Rosa, M., Biscaia, R., Manatos, M.J., Videira, P., et al. *Academic Engagement in Portugal: The Role of Institutional Diversity, Individual Characteristics and Modes of Knowledge Production. Studies in Higher Education* 2022; 47(11): 1-14.

# Bir nefes zehir: tütün/sigara

## Prof. Dr. Mustafa Samastı



1951 yılında Sakarya'da doğdu. 1969'da Vefa Lisesi ve 1975'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları uzmanı olan Samastı Profesörlüğünü Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde aldı. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yaptıktan sonra emekli oldu. Prof. Dr. Mustafa Samastı, Kutupyıldızı Derneği Başkan Yardımcısıdır.

*"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"*  
(Muhibbi)

**B**ugüne kadar dünyanın maruz kaldığı en büyük salgın ve en sinsi halk sağlığı tehdidi tütün/sigara salgınıdır. Resmî rakamlara göre COVID-19 salgınında dünya genelinde üç yıllık sürede toplam olarak 589 milyon vaka ve yaklaşık 6,5 milyon ölüm bildirilmiştir. Hâlbuki bir yılda sigara kaynaklı sağlık sorunlarından ölenlerin sayısı (8 milyonu aşkın) bundan çok daha fazladır. Tütün/sigara kullanımı dünyanın en büyük pandemisi ve en yaygın kitle zehri olmakla birlikte, mikrop kaynaklı salgınlardan farklı olarak süreklilik göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada 1,3 milyar tütün kullanıcısının %80'inden fazlası düşük/orta gelir düzeyindeki ülke haklarıdır. Öte yandan, bu ürünleri pazarlayanlar tütün kullanımının minimal düzeye indiği, gelişmiş ülkelere ait firmalardır. Bir bakıma, geri bırakılmış yoksul toplumlar bu ekonomik sömürü düzeninin ayakta kalmasını sağlıklarını pahasına sağladığı gibi, aynı zamanda artan hastalık yükleriyle de genelde aynı firmaların güdümündeki ilaç ve medikal sektörünün de en büyük hedef kitlesini/pazarını oluşturmaktadır.

Tütün, kullanıcılarının yarısını ölüme sürükler. Bu nedenle tütün tedrici bir intihar aracı, âdeta bir ölüm oltasının keyif

verici yemi gibidir. Sigara en yaygın kullanım şekli olmakla birlikte tütünün her türü (sigara, nargile tütünü, sarma tütünler, purolar, pipo tütünü, dumansız tütün ürünleri...) zararlı olup güvenli bir miktar söz konusu değildir. Tütün kullanımı, neden olduğu hastalık ve sakatlıkların tedavisi için yapılan muazzam boyuttaki mali harcamaların yanı sıra çok ciddi oranda iş gücü kaybına yol açmaktadır. Sigara tüm dünyada önlenemez ölümlerin/kanserlerin tek başına en önemli nedenidir. Tüm kanserlerin %40'ı, akciğer kanserlerinin ise %90'ı sigarayla ilişkilidir.

Sigara içilen tüm kapalı mekânlar kanserojendir. Bina içi havalandırma sistemleri sigara dumanını yeterince temizleyememektedir. Bunun için mevcut havalandırma hızının 200 katına çıkarılması gerektiği ve bunun da pratikte mümkün olmadığı tespit edilmiştir. Pek çok araştırma, kapalı mekânlarda pasif şekilde sigara dumanına maruz kalanların sigara içenler kadar etkilendiklerini göstermiştir. Tütün dumanına maruz kalmanın güvenli seviyesi yoktur; az maruz kalmak, kısa süreli veya mesafeli durmak etkilenmeye engel değildir. Tek korunma yolu %100 dumansız ortamların sağlanmasıdır. Sigara içmeyenlerin sağlığını korumanın başka yolu yoktur. Dumansız (temiz/güvenli) hava sahası temel insan hakkıdır.

## Tarihçe

Eski Amerika yerlilerinin kullanmakta olduğu tütün bitkisi, 16. yüzyılda, Avrupa'dan gelen kâşif ve tüccarlar vasıtasıyla Avrupa'ya taşınmıştır. Tütün tohumlarını Paris'e götüren Fransa'nın Lizbon elçisi Jean Nicot'un adına izafeten içindeki zehirli maddeye "nikotin" adı verilmiştir.

Tütün 19. yüzyıldan itibaren sigara şeklinde ince kâğıda sarılarak kullanılmaya başlanmıştır. Sigara sanayiinin 1918'de kurulmasıyla tütün alışkanlığı süratle bütün dünyaya yayılmıştır. II. Dünya Savaşı yıllarında, sigara içenlerin sayısında büyük bir patlama olmuştur. Zira bu dönemde sigara askerlere parasız olarak veya çok düşük bir ücretle dağıtılmıştır. Bu dönemde sigaraya alıştıranlar sigara bağımlılarının ilk kuşağını oluşturdu. Bu insanlar 50'li yaşlara geldiklerinde akciğer kanseri ve kalp hastalıklarında anormal bir artış gözlemlendi. Bunun üzerine Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 30 yılı aşkın bir sürede 8 büyük araştırma projesini hayata geçirmiştir. 1950'lerde başlatılan bu çok yönlü ve kapsamlı araştırmalarda ortalama 2 milyon sigara kullanıcısı incelenmiş, 300 bin kadar da otopsi üzerinde çalışılmıştır. Bütün bu incelemelerin neticesi olarak sigaranın en önemli önlenemez kanser nedeni olduğu bilimsel olarak kabul edilmiştir.





Türkiye’de sigara üretimine 19. yüzyılda kurulan Cibali Sigara Fabrikasında başlanmıştır. 1874 yılında sigara üretimi yetkisi yabancı sermayeli bir şirket olan Reji İdaresi’ne verilmiştir. Bu şirket tarafından daha sonra Adana, Samsun, Alsancak-İzmir’de sigara fabrikaları açılmıştır. 1925 yılında çıkarılan bir kanunla tütün ve sigara üretimi devletleştirilerek Tekel İdaresi kurulmuştur. Böylece sigara devlet eliyle üretilen ve satılan bir meta hâline gelmiş, vatandaşının sağlığı pahasına devletin bir kazanç kapısı olmuştur. 1986 yılında yürürlüğe giren bir kanunla sigara üretimi ve pazarlaması serbest bırakıldı. Böylece sigaranın yaygınlaşmasını kolaylaştırıcı yasal düzenlemelerle Türkiye’de Amerikan sigaralarının ithalatının ve satışının önü açıldı. Bu yolla yabancı sigara tüketimi körüklenmiş, gelişmiş ülkelerdeki sigara karşıtı politikaların tam tersi bir yol benimsenmiştir. Türkiye’de uygun şartlar sağlandıktan sonra uluslararası sigara tekelleri yerli ortakları aracılığı ile halkımızın sağlığını bozan yatırımlarına hız vermişler, böylece gelişmiş Batı ülkelerinde büyük çapta azalan sigara kullanımının yol açtığı kayıplarını telafi etme imkânına kavuşmuşlardır.

Tütün endüstrisi, ürünlerini pazarlamak ve tehlikelerini gizlemek için bütün gücüyle çalışmaktadır. Bu tehlikeye karşı toplumlara korumak için ciddi bir mücadele gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, 2003 yılında üye devletlerle (dünya nüfusunun %90 kadarını oluş-

turan 182 taraf üye devlet) birlikte DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini (WHO FCTC) oy birliğiyle onaylamıştır. Bu çerçevede 2007 yılında üye devletlerin uygulamaları için 6 pratik öneri açıklanmıştır: 1) Tütün kullanımının ve önleme politikalarının izlenmesi, 2) Toplumsal koruma önlemleri, 3) Tütün kullanımını bırakmak için destek hizmetleri, 4) Tütünün tehlikeleri hakkında aydınlatıcı uyarılar yapılması, 5) Tütünün reklam, promosyon ve sponsorluklarını yasaklama, 6) Tütün vergilerini caydırıcı bir düzeye yükseltme. Bu doğrultuda Türkiye’de kapalı alanlarda sigara içilmesi yasaklanmış (19 Temmuz 2009), Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı kurulmuş (27 Ekim 2010) ve sigara bıraktırma poliklinikleri açılarak tıbbi destek ve ücretsiz ilaç dağıtımına başlanmıştır.

#### **Sigaranın Dumanı**

Yanmamış tütünde 2.500 kadar kimyasal madde tespit edilmiştir, yanma ve oksidasyonlar sonucu yeni kimyasallar oluşarak bu miktar 4.000’in üzerine çıkmaktadır. Tütün tarımı, depolanması süreçlerinde kullanılan tarım ilaçları, tat ve koku özelliği kazandırmak için eklenen sentetik kimyasallar bu sayıya dâhil değildir. Gerek sigara dumanı gerekse etrafa atılan izmaritler havayla temas ettiği sürece okside olarak çok daha zararlı kimyasal bileşikler teşekkül eder. Bu nedenle, sigara içen kişinin içine çektiği “ana duman” ile etrafa yayılan “yan duman” farklı özelliklere

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 30 yılı aşan bir sürede 8 büyük araştırma projesini hayata geçirmiştir. 1950’lerde başlatılan bu çok yönlü ve kapsamlı araştırmalarda ortalama 2 milyon sigara kullanıcısı incelenmiş, 300 bin kadar da otopsi üzerinde çalışılmıştır. Bütün bu incelemelerin neticesi olarak sigaranın en önemli önlenebilir kanser nedeni olduğu bilimsel olarak kabul edilmiştir.

sahiptir. DSÖ verilerine göre yılda 8 milyondan fazla kişi sigara nedeniyle hayatını kaybetmekte olup bunun 1,2 milyon kadarını *sigara içmeden dumanına maruz kalanlar* oluşturmaktadır.



Kanser ölümlerinde, %90'ı sigaraya bağlı olan akciğer kanseri birinci sırayı almaktadır. Kanser tedavisi gören bir hasta 5 yılı atlattığında tedavi başarılı sayılmaktadır. Akciğer kanseri hastalarının ancak %5 kadarı bu süreyi atlatabilmektedir. Bu nedenle akciğer kanseri için tek etkili önlem sigaradan uzak durmaktır.

#### **Sigara Dumanındaki En Önemli Kimyasallar**

**1. Nikotin:** Sigaraya bağımlılık yapan, nikotin maddesidir; nikotin sinir sistemi ve kalp damar sistemi üzerinde olumsuz etkiler oluşturur. Düşük dozlarda sinir sistemini uyarıcı, yüksek dozlarda ise baskılayıcı etki gösterir. Damarlarda kasılmaya yol açarak tansiyon yükselmesine, nabzın süratlenmesine yol açar. Ayrıca kanın pıhtılaşma eğilimini artırır. Nikotin tarımda böcek öldürücü olarak kullanılabilen bir zehirdir.

Vücutta nikotin özellikle beyin, kalp, akciğer ve kaslarda birikmektedir. Nikotin plasenta ve sütle çocuğa geçer, teratojeniktir. Hamilelikte sigara kullanımı, düşük, ölü doğum ve düşük tartılı bebek riskini artırır. Ayrıca doğumdan sonraki dönemde bu çocuklarda Tip 2 diyabet, obezite, hipertansiyon, nörolojik bozukluklar, solunum sistemi rahatsızlıkları, kısırlık... gibi problemler daha fazla ortaya çıkmaktadır. Nikotin, dopamin, norepinefrin ve beta endorfin (mutluluk hormonu) gibi hormonların sentezini uyatarak zevk alma, gerginliği azaltma gibi etkiler oluşturur. Bir müddet sonra bu hormonların doğal sentezi nikotin nedeniyle baskılanarak nikotine bağımlı hâle gelinir. Nikotin alınmadığında yoksunluk belirtileri (sıkıntı, yorgunluk, baş ağrısı, sinirlilik,

uykusuzluk, dikkat ve hafızada zayıflama, konsantrasyon güçlüğü...) ortaya çıkar. Böylece kişiler sigaraya bağımlı hâle gelmiş olurlar. Alınan nikotinle birlikte bu hâl ortadan kalkmaktadır. Açıkçası sigara bizzat kaybettirdiği mutluluğu iade ederek kendisi mutluluk veriyor algısı oluşturmaktadır. Kişide stres hâli sigaraya yönlendirir, endorfin senteziyle geçici bir rahatlama olur, arkasından doğal üretim baskılandığından tekrar stres artar, bunu atlatmak için yeniden sigara içilir ve böylece fasit bir döngü oluşur. Sigara dünyadaki en yaygın ve en kolay bağımlılık yapan maddedir.

**2. Kanserojen maddeler:** Tütün dumanındaki maddelerden 70 kadarının kanserojen olduğu tespit edilmiştir. Bunlar arasında özellikle insan kanserlerinde en etkili olanlar nitrozaminler, benzoprenler, fenoller ve aromatik hidrokarbonlardır. Sigaranın yan dumanında bu maddeler daha yüksek miktarda bulunmakta ve bu durum sigara içilen tüm kapalı alanları tehlikeli hâle getirmektedir. Sigara içerdiği kanser yapıcı maddelerin yanı sıra vücudun savunma mekanizmalarını/bağışıklık sistemini bozarak kanser gelişimini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca başka zararlı maddelerle etkileştiğinde bu risk daha da artmaktadır. Örneğin sigara ile birlikte alkol kullanımı zararlı maddelerin vücut dokularına girişini kolaylaştır-

maktadır. Akciğer kanseri bütün dünyada sık görülen bir kanser çeşidi olup %90 üzerinde sigaraya bağlıdır, sigara içenlerde 20-40 kat daha sık görülmektedir. Sigara içenlerin yakınlarında dahi akciğer kanseri 2-3 kat fazla görülmektedir. Ayrıca mesane, böbrek, pankreas, mide, rahim ağzı... gibi pek çok kanserle sigara arasında ilişkiler bulunmaktadır.

### 3. İrritan (tahriş edici) maddeler:

Sigara dumanında bulunan pek çok madde solunum yollarında, gözde tahrişe neden olur. Bu nedenle sigara içmeyen birçok kimse sigara dumanından aşırı rahatsız olur. Bunlarda gözde yaşarma, burun ve boğazda rahatsızlık hissi, baş ağrısı, bulantı gibi belirtiler ortaya çıkar. Tahriş edici maddeler solunum yollarında daralmaya, doğal savunma mekanizmalarının bozulmasına neden olur. Özellikle solunum yollarının yabancı partiküllerden, mikroorganizmalardan temizlenmesinde temel rol oynayan titrekt tüylü epitel tabakasının fonksiyonu kaybolur. Bu durum yabancı maddelerin birikmesine ve aşırı balgam sekresyonuna neden olur. Bütün bunların yanı sıra akciğerlere kadar ulaşabilen mikropların etkisiz hâle getirilmesinde rol oynayan güçlü fagositik hücreler olan akciğer makrofajlarının aktivitesini bozarak solunum yollarını enfeksiyonlara elverişli hâle getirir. Bu nedenle sigara içenler akciğer hastalıklarına çok daha kolay yakalanırlar ve zor iyileşirler.

**4. Karbonmonoksit:** Sigara dumanında %1-5 oranında bulunan karbonmonoksit kanın hemoglobini karboksihemoglobine dönüştürerek oksijen taşıma kapasitesini düşürür. Normalde %0,5-3 kadar olabilen karboksihemoglobin sigara içenlerde %15 seviyelerine çıkabilmektedir. Oksijen taşınmasının azalması doku ve organların beslenmesini bozar, kişinin iş gücünü/efor kapasitesini azaltır, çabuk yorulmasına neden olur. Karbonmonoksit nikotinle birlikte kalp ve damar hastalıklarının oluşmasını kolaylaştırır, ayrıca kandaki C vitamini seviyesini düşürür.

### Sigaranın Sağlık Zararları

Sigara erken ölüm ve sakatlıkların önlenilebilir en önemli sebebidir. Vücutun bütün doku ve organlarının kanlanmasını ve oksijenlenmesini bozarak sistemik etkiler oluşturur. Vücut direncini,

bağışıklık sistemini olumsuz etkiler; enfeksiyonlara eğilimi artırır, yaralar/kırıklar daha ağır seyrederek ve geç iyileşir. Cildin canlılığı azalır, erken kırışır, sarkar; saç dökülmesi artar, tırnaklar bozulur. Üreme ve cinsel fonksiyonlar olumsuz etkilenir. Kemiklerin yapısı zayıflar ve daha kolay kırılır. Genel olarak sigara içenlerde tat ve koku duyularında körelme, iştah bozuklukları oluşur. Ağız ve dişlerde katran birikimi mikrobik faaliyetlere elverişli ortam oluşturur, diş çürüklerini artırır. Tükürük kanallarında tıkanma ağız kuruluğuna ve acı tat hissine neden olur; kötü, tiksindirici bir koku ortaya çıkar.

**Kalp damar sistemi hastalıkları:** Sigara kan damarlarının daralmasını (vazokonstriksiyon) yanı sıra damarların yapısını bozarak damar sertliğini hızlandırır. Ayrıca damar geçirgenliğini artırır, trombositlerin kümeleşmesini ve pıhtı oluşumunu hızlandırır. Bütün bunlara bağlı olarak özellikle beyin, kalp ve bacak damarları başta olmak üzere tıkaçıcı damar hastalıklarına yol açar. Bacak arter tıkanıklığı (Buerger hastalığı) %95 sigaraya bağlıdır. Miyokard enfarktüsü normalde genç kadınlarda çok nadir görüldüğü hâlde, sigara içen kadınlarda 5-10 kat yüksektir. Sigara ve doğum kontrol hapları -her ikisi de pıhtılaşma eğilimini arttırdığından- birlikte kullanıldıklarında enfarktüs riski oranı önemli ölçüde artmaktadır. Sigara içenlerde koroner kalp hastalığı 2-4 kat, aort anevrizması (balonlaşma) 5 kat fazla görülmektedir.

**Solunum sistemi hastalıkları:** Kronik (uzun seyirli) tıkaçıcı akciğer hastalıklarının en önemli nedeni sigaradır. Sigara solunum yollarını tahriş ederek iltihabi değişikliklere, öksürük ve aşırı balgam sekresyonuna neden olur. İltihabi değişiklikler zamanla kansere zemin teşkil eden bir yapı (metaplazi) oluşturur. Kronik bronşit, amfizem %80-90 oranında sigaraya bağlıdır. Ağır amfizem şekilleri sigara içmeyenlerde hemen hiç görülmemektedir. Günde 20 ve üzeri sigara içenlerde tıkaçıcı akciğer hastalığından ölüm oranı 10-40 kat yüksek bulunmuştur.

**Kanser:** Tütün kullanımının yaygın olmadığı dönemlerde kanser hastalığı genellikle ileri yaşlarda görülürken günümüzde çok daha erken yaşlarda ortaya çıkmasının sebebi sigara alışkanlığıdır. Gelişmiş ülkelerde kanser

ölümlerinin %40-45'i sigaraya bağlıdır. Kadınlarda eskiden %10'un altında olan bu oran giderek yükselmektedir.

İş yerlerinde kanser oluşturma potansiyeli olan zararlı maddelerin etkisi sigarayla birleştiğinde daha da artmaktadır. Özellikle asbest tozlarına maruz kalınan yerlerde asbeste bağlı kanser gelişme riski sigara içenlerde 80 kat artmaktadır.

Kanser ölümlerinde, %90'ı sigaraya bağlı olan akciğer kanseri birinci sırayı almaktadır. Kanser tedavisi gören bir hasta 5 yılı atlattığında tedavi başarılı sayılmaktadır. Akciğer kanseri hastalarının ancak %5 kadarı bu süreyi atlabilmektedir. Bu nedenle akciğer kanseri için tek etkili önlem sigaradan uzak durmaktır. Sigara içenlerde ağız, gırtlak kanserleri 5-10 kat, yemek borusu, böbrek, mesane ve pankreas kanserleri 3-5 kat yüksek bulunmuştur. Özellikle ağız, gırtlak ve yemek borusu kanserlerinde alkolün de önemli rolü bulunmaktadır. Sigaranın yaygın olduğu ülkelerde mesane kanserlerinin erkeklerde %50'si kadınlarda %25'i sigarayla bağlantılıdır. Sigara içmediği hâlde dumanına maruz kalan kişilerde de kanser riski artmaktadır. Zira sigara yan dumanında önemli kanserojenlerden nitrozamin 10-40 kat, benzipren 2-6 kat daha yüksek bulunmaktadır. Günümüzde kanserden korunmanın altın kuralları sigara ve alkolden uzak durma, gereksiz/hatalı ilaç kullanımından sakınma ve ölçülü beslenmedir.

### Kadınlar ve sigara

Kadınlar üzerinde sigaranın zararları erkeklerden fazladır. Sigaranın genel zararlarına ek olarak kadınlarda adet bozuklukları ve erken menopoz sık görülmektedir. Ayrıca menopoz sonrası kemik erimesi (osteoporoz) sigarayla birlikte artış göstermektedir. Doğum kontrol hapları kullanan kadınlarda kalp damar sistemi hastalıkları riski sigarayla birlikte oldukça artmaktadır. Kadınlarda genel olarak 50 yaşın altında enfarktüs nadir görüldüğü hâlde sigara içenlerde bu hastalık içilen sigara miktarıyla paralel şekilde artmaktadır. Başka risk faktörleri (kolesterol-lipid yüksekliği, hipertansiyon, diyabet, doğum kontrol ilaçları kullanma...) bir arada olduğunda bu tehlike çok daha artmaktadır. Sigara içen kadınlarda kısırlık oranı artmakta, cinsel fonksi-



yonlarda azalma meydana gelmektedir. Sigara kadınları estetik açıdan da olumsuz yönde etkiler. Sigaraya bağlı olarak cildin kanlanmasının azalmasıyla esnekliği azalır, kurur ve daha çabuk kırışmalar ve sarkmalar gösterir. Saçlar canlılığını kaybeder ve daha çabuk dökülür.

### **Gebelik ve Sigara**

Anne karnındaki bebeğin gelişmesini etkileyen en önemli faktör sigaradır. Gebelik sırasında annenin sigara içmesi bebeğin sağlığı açısından büyük bir felakettir. Sigara dumanındaki nikotin ve karbonmonoksite bağlı olarak kan dolaşımının bozulmasıyla bebeğin beslenmesi engellenir. Bunun sonucu olarak bebekte gelişme geriliği oluşur. Sigara içmeyle paralel şekilde düşük, erken doğum, ölü doğum ve doğumdan sonra erken bebek ölümü oranları artmaktadır. Sigara kullanımı ile anormal gebelik olayları (plasentanın anormal yerlere yerleşmesi, doğum zarlarının erken ayrılması veya yırtılması...) arasında yakın ilişkiler bulunmaktadır. İçilen sigara sayısı ile düşük doğum tartılı bebekler arasında belirgin bir paralellik tespit edilmiştir. Kilo eksikliği

yanı sıra bu çocuklarda boy uzunluğu, göğüs ve baş çevresi değerleri de normalin altındadır. Hamilelik sırasında sigara içen annelerin çocuklarının doğumdan sonraki gelişmelerinin de daha zayıf olduğu; bunların psikolojik ve duygusal sorunlar gösterdikleri, okul başarı oranlarının, dikkat düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir.

### **İçmeden Sigara Dumanına Maruz Kalma (Pasif İçicilik)**

Sigara dumanı zehirli ve kanserojendir. ABD İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü sigara dumanını "iş yeri kanserojeni" olarak tanımlamıştır. Sigaranın yan dumanında oksidasyonlar sonucu kanser yapıcı maddeler çok daha yüksek oranlara çıkmaktadır. İnsan hayatının büyük bir kısmı kapalı mekânlarda geçmektedir. Bu yerlerde sigara içildiğinde dumanına maruz kalanların içenler kadar etkilendikleri ortaya konmuştur. İçmediği hâlde dumanına maruz kalanlarda kısa dönemde baş ağrısı, göz-burun, boğaz tahrişi, mide bulantısı... gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Ancak uzun vadede bunlarda da sigara içenlerdekine benzer hastalıklar baş gösterir. Sigara içenlerin eşlerinde

akciğer kanseri 2 -3 kat, kalp hastalığından ölüm oranı 4 kat yüksek bulunmuştur. Sigara içen ailelerin çocuklarında solunum rahatsızlıkları oldukça yüksek oranlarda ortaya çıkmaktadır.

### **Sigaranın Ekonomik ve Sosyal Zararları**

Sigara büyük çapta iş kaybına yol açtığı gibi, oluşturduğu hastalıklar nedeniyle de uzun süreli tıbbi bakım ve tedavi masraflarına neden olur. Sigara dumanı yorgunluk ve baş ağrısı oluşturarak iş verimini azaltır. Sigaranın yol açtığı hastalıkların teşhis ve tedavi harcamaları, iş gücü kaybına bağlı ekonomik zararlar, dikkatsiz sigara tiryakilerinin yol açtığı yangınlar sebebiyle ortaya çıkan can ve mal kayıpları küçümsemeyecek boyutlardadır. Sigara izmaritinin yol açtığı çevre kirliliği ve bunların temizlenmesi için yapılan masraflar ciddi boyutlardadır. Sigaraya karşı mücadele için bilhassa Batılı ülkelerde çok büyük harcamalar yapılmaktadır. Dar gelirli bağımlıların, gelirlerinin önemli bir bölümünü sigaraya harcamaları eş ve çocuklarına mahrumiyet yaşatmakta, bazen de rüşvet, hırsızlık... gibi yasa dışı yollara sürük-

lenmelerine neden olmaktadır. Sigara hem sağlığı hem toplumu ve hem de ahlaki bozan amansız bir düşman gibidir.

### Sigara İçme Yaygınlığı

Sigara sanayinin 1918 yılında kurulmasıyla birlikte sigara alışkanlığı 1960'lı yıllara kadar hızla artmıştır. Avrupa'da 1950'li yıllarda erkeklerde sigara içme oranının %70 olduğu belirtilmektedir. Sigara firmalarının sponsorluğunda tüm film kahramanlarının, sanatçıların, siyasi kişilerin, kısaca toplumun rol model aldığı tüm figürlerin sigaranın yaygınlaşması için birer araç olarak kullanılması bu dönemin tipik özelliğini oluşturmaktadır. Adeta sigara içmenin toplumda ayrıcalıklı bir üst kimlik gibi algılanması başarılmıştır. Sigaranın zararları konusunda yeterli bilgi birikimi oluştuktan sonra özellikle 1970'li yıllardan itibaren gelişmiş Batı ülkelerinde sigara tüketiminde düzenli bir düşüşe geçildiği hâlde, üçüncü dünya ülkelerinde bunun tam aksi yönde sigara tüketimi hızlı bir artış göstermiştir. Bunun temel nedeni gelişmiş ülkelerdeki kısıtlamalar karşısında sigara firmalarının kampanyalarını yeni pazarlara yönelmeleridir. Sigaranın yaygınlaşmasıyla birlikte sigarayla ilişkili hastalıklarda da büyük artışlar olmuştur. Türkiye, kişi başı sigara tüketimi açısından Avrupa ülkeleri arasında Yunanistan'dan sonra ikinci sırada yer almaktadır. 1988 yılında yapılmış çalışmalara göre ülkemizde sigara içme oranı erkeklerde %63, kadınlarda %27 kadardır. Sigara içenlerin %20'si sigaraya 11-14'lü yaşlarında başlamaktadır.

### Sigara ile Mücadele

Sigaranın zararlarıyla ilgili olarak binlerce makale yayımlanmıştır. Bu yoğun bilgi birikimine rağmen pasif içiciliğin zararları ancak 1970'li yıllarda anlaşılmıştır. Bu konudaki bilimsel araştırmaların sonuçları topluma yansyınca gelişmiş ülkelerde sigara karşıtı kampanyalar başlatıldı. Bu kampanyalarda sigara içmeyenlerin sağlığının korunması ve içenlerin topluma verdiği zararlar dile getirildi. Bunun sonucunda gelişmiş ülkelerde sürekli ve kapsamlı politikalar izlenerek toplumun sağlığının korunmasının yanı sıra milyonlarca kişinin sigarayı bırakması sağlandı. İngiltere'de 1965, Kanada'da 1972 yılında televizyonlarda sigara reklam-

ları yasaklandı. Norveç'te 1973'te bütün yayın organlarına yasak getirildi. İngiltere'de 1971'de toplu taşıma araçlarında sigara yasağı kondu. Benzer uygulamalar Almanya, ABD gibi diğer ülkelerde de yapıldı. ABD'de pek çok işyerinde sigara yasağı uygulandı.

Gelişmiş ülkelerde artık sigara içme toplumsal bir değer olarak kabul görmekte ve içmeyenlere daha fazla itibar edilmektedir. Buna karşılık sigara içenlere hastalıklı/bağımlı insan gözüyle bakılarak değersizleştirilmektedir. "Sigarasız hayat" tüm insanlar için temel bir hak. Aynı ortamı paylaşanlardan birinin diğerlerinin yanında sigara içmesi ahlaki ve hukuki olarak hakka tecavüzdür. İnsanlar bu konuda duyarlı olmalı, birbirini uyararak dumansız ortamlar oluşturmalarıdır. Sigara alışkanlığının önlenmesi öncelikle bir eğitim sorunudur. Temel hedef sigara alışkanlığı kazanmamış çocuk ve gençlerin korunması, bu konuda bilinçlendirilmesi olmalıdır. Bunun asgari şartı onlara kötü örnek olmamak, en azından yanlarında içmemektir.

### Sigara ve Müslümanlar

Müslüman şahsiyet temel misyon olarak kendisini ve çevresini iyiye, güzele, doğru olana yönelten; kendini ve çevresini kötülükten, yanlışlıktan, çirkin işlerden arındıran ve gerektiğinde bu uğurda her türlü fedakarlığı göze alan, insanlara güzel örnek olan kişidir. "Siz insanlar için çıkarılmış en hayırlı ümretsünüz, iyiliği emreder, kötülüğü engeller ve Allaha inanır / güvenirsiniz" (Al-i İmran suresi 110). İslam'da gerek kendine gerekse başkalarına zarar vermek yoktur. Aksine insanlara eza, sıkıntı veren şeyleri ortadan kaldırmak imanın bir gereği sayılmaktadır. Müslümanın eza verici şeyleri gidermek bir yana bizzat insanlara rahatsızlık vermesi, sigara izmaritlerini ortalığa atarak çevreyi kirletmesi... bu prensiplerle ne kadar çelişmektedir. Kur'an'da haramların açıkça belirtildiği ayetler yanında bir de Araf 157 gibi haram ve helallerin illetini (haramlık ve helallik sebeplerini) belirten son derece dikkat çekici bir ayet daha bulunmaktadır.

".....O Peygamber onlara tayyibatı (iyi, temiz, sağlıklı, hoş şeyleri) helal, habaisi (pis, mundar, kötü, zararlı şeyleri) haram kılar..." (Araf 157). Bu ayet, helal ve haramlarla ilgili evrensel ve kıya-

mete kadar insanlığa rehberlik edecek temel ilkeyi sunmaktadır. Yoksa tüm haramların / helallerin tek tek sayılması ancak bir dönem için mümkün olabilirdi ve sonrası için Kur'an, dinamizmini, çağlar üstü niteliğini kaybederdi. İnsan potansiyel olarak akletme, muhakeme, irade, sevgi, merhamet... gibi üstün niteliklerle donatılmış bir varlıktır. Ancak çoğunlukla uyarılmaya, yol gösterilmeye ve bilinçlendirilmeye ihtiyaç gösterir. Bir insanı ancak kendisi (özgür iradeyle) engelleyebilir.

### Kaynaklar

American Cancer Society. *Health Risks of Using Tobacco*. American Cancer Society; 2020. <https://www.cancer.org/cancer/risk-prevention/tobacco/health-risks-of-tobacco/health-risks-of-smoking-tobacco.html> Erişim Tarihi: 20.03.2023.

Bannie, R. J. *The Effects of Tobacco Use on Health. Public Health Implications of Raising the Minimum Age of Legal Access to Tobacco Products*, Eds: Bonnie RJ, Stratton K, Kwan LY. Washington (DC): National Academies Press (US); 2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310413/> Erişim Tarihi: 12.06.2023

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). *Smoking & Tobacco Use/ Health Effects*. Office on Smoking and Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. [https://www.cdc.gov/tobacco/basic\\_information/health\\_effects/index.htm](https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/health_effects/index.htm) Erişim Tarihi: 23.06.2023

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). *Tobacco & Cancer*. Division of Cancer Prevention and Control. <https://www.cdc.gov/cancer/tobacco/> Erişim Tarihi: 15.08.2023.

Khani, Y. et al. *Tobacco Smoking and Cancer Types: A Review*. *Biomedical Research and Therapy*. 2018; 5(4), 2142-2159. <https://doi.org/10.15419/bmrat.v5i4.428> Erişim Tarihi: 15.04.2023.

Le Foll, B. et al. *Tobacco and nicotine use*. *Nat Rev Dis Primers* 8, 19 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00346-w> Erişim Tarihi: 15.08.2023.

Marques, P. Et al. *An updated overview of e-cigarette impact on human health*. *Respir Res* 22, 151 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12931-021-01737-5> Erişim Tarihi: 10.03.2023.

Parmar, M. P. et al. *A Systematic Review of the Effects of Smoking on the Cardiovascular System and General Health*. *Cureus*, 15(4), e38073. 2023 Apr 24; <https://doi.org/10.7759/cureus.38073> Erişim Tarihi: 10.07.2023.

West, R. *Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions*. *Psychol Health*. 2017 Aug;32(8):1018-1036. doi: 10.1080/08870446.2017.1325890. Erişim Tarihi: 10.07.2023.

WHO (World Health Organization). *Tobacco*. [https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1) Erişim Tarihi: 17.04.2023.

# Bütünsel yaklaşımla tıp eğitimi, sağlık hizmetleri ve sağlıkta insan gücü

## Dr. Ahmet Murt



2010 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2009-2013 yılları arasında faaliyet göstermiş olan Avrupa Birliği destekli MEDINE (Medical Education in Europe) akademik iş birliği projesinde yönetim kurulu üyesi olarak görev yaptı. İç hastalıkları (2016) ve nefroloji (2021) uzmanlık eğitimlerini Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde tamamladı. Dr. Murt, iç hastalıkları ve nefroloji araştırmalarının yanı sıra mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi ile sağlık hizmeti sunumu ve politikaları arasındaki ilişkiler üzerine çalışmalar yürütmektedir.

**S**ağlık profesyonellerinin eğitimi özellikli olduğu kadar uzun süreçleri içermektedir. Tıp eğitiminde bugün yapılacak bir değişiklik etkilerini, vereceği mezunlarla 10-15 yıl içerisindeki bir süreçte ancak gösterebilecektir. Gelecek kestirimleri yapılırken nüfusun demografik yapısındaki ve hastalıkların çeşitlilik ve sıklıklarındaki değişimler değerlendirilmeli ve eğitimdeki düzenlemeler bunlara göre yapılmalıdır. Günümüz tıp eğitimi programları yapılandırılırken de konu başlıkları ve ders süreleri değil, hangi beceri ve yetkinliklerin kazandırılması gerektiği planlanmalıdır. Adaylara bazı konuların belirlenmiş sürede aktarılmasının ardından yetkinliklerin otomatik olarak kazandırılmış olacağı kabulü artık eskide kalmıştır. Ders başlıkları odaklı değil, yeterliklerin kazandırılması odaklı yaklaşılabilmesi için, eğitimin her aşamasında disiplinler arası iletişimin artırılması da önemli bir gerekliliktir çünkü mesleki yeterliklerin gelişmesi aynı konuların farklı alanlar tarafından nasıl ele alındığının anlaşılabilmesi önem taşımaktadır. Bu sayede, hasta merkezli ekip çalışması alışkanlıkları da kazandırılabilir. Bununla beraber temel eğitimdeki ve ana uzmanlık dallarındaki eğitimlerin standartlarının korunması hekimlerin değişikliklere uyum sağlamalarını kolaylaştırması açısından önem taşımaktadır.

2020 yılından itibaren karşı karşıya kaldığımız COVID-19 pandemisi; doğal afetlerin, komşu ülkelerin kendi içlerindeki veya diğer devletlerle olan çatışmalarını ve tüm bunların sonucu olarak yaşanan gerek ülkemize doğru olan gerekse ülkemiz içindeki göçler sağlık hizmetlerinin planlanmasını da etkileyen majör unsurlardır. Günümüz sağlık eğitiminin dar alanlara sıkışmış aşırı uzmanlaşmadan biraz kurtulması, bölgesel sağlık ve sosyal ihtiyaçları karşılayacak genel yeterliklere odaklanması bir gereklilik olarak görülmektedir. Genel yeterlikler geliştirilebildiğinde, yetiştirilen hekimlerin değişen ihtiyaçlara da hızlı uyum sağlamayabilmeleri güveneye alınmış olur. Özellikle mezuniyet öncesi tıp eğitiminin çekirdek eğitim müfredatı ayrıntılı bir şekilde gözden geçirilerek güncellenmeli ve bu çerçevede tıp fakültelerimizin mutlak uyum sağladığı bir referans olmalıdır. Buna ek olarak, uzmanlaşma ile genel pratisyenlik arasındaki denge de uygun şekilde planlanabilmelidir.

20. yüzyılın sonlarına doğru artan moleküler ve teknolojik gelişmeler ve bilgiye ulaşımın kolaylaşması uzmanlıkların da giderek artmasını beraberinde getirerek hekimlerin genelden ve çoğu kez birbirlerinden de kopuk heterojen bir grup olmalarına yol açmıştır. Hekimlerin genel olarak entelektüel becerileri yüksek bir meslek olması, yeni ve üst

bilgilere sürekli ulaşma isteğini de beraberinde getirerek ileri uzmanlaşma eğilimini doğurmaktadır. Bu eğilimin, özellikli ve ileri tıp uygulamalarının artmasını sağlayarak insanlığa önemli hizmetlerde bulunduğu su götürmez bir gerçektir. Bununla beraber hasta bakımında bütünlüğün sağlanması adına, hekimler arası iletişim ve iş birliğinin güçlü tutulmasına yönelik önlemler geliştirilmelidir. Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun oluşturmuş olduğu ve belirli aralıklarla güncellenen uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatlarında; her bir uzman için yönetici, ekip üyesi, sağlık koruyucusu, iletişimci, değer ve sorumluluk sahibi ve öğrenen/öğreten olma gibi genel yeterlikler tanımlanmıştır. Uzman hekimlerin, kendi uzmanlık alanları ile ilgili hizmet sunumu bu temel üzerinde yapılandırılacak şekilde planlanmıştır. Bu genel yeterliklerin bir kısmı belki kavramsal olarak uzman adaylarına aktarılabilir ancak adaylarda bu temel yetkinliklerin gelişmesi direkt iş ortamında tecrübe edilerek mümkün olabilecektir. Bu, adayların hocaları tarafından gözlenmesini, değerlendirilmesini ve etkisizliği ile ilgili bilgilendiriliyor olmalarını gerektirir. Bunun yapılması da yeterli donanım ve sayıdaki öğretim görevlisi kadrosuyla başarılabilir. Öğretim üyesi yetiştirilmesi ve geliştirilmeleri sağlık sisteminin yatırım alanlarına dâhil edilmelidir. Hekimlerin uzmanlaşırken bütünden de kopmamaları adına, uz-



manlık eğitimi çekirdek müfredatları ile mezuniyet öncesi çekirdek müfredatlar arasında bir koordinasyon sağlanabilmesi, müfredatların birbirinin devamı olması sağlanmalıdır.

Hangi uzmanlık alanlarında ne kadar hekim yetiştirileceği de yine ülke genelinde planlama gerektiren bir konudur. Bazı uzmanlık alanlarının daha fazla tercih edilir olması durumu bu planlamaları zorlamaktadır. Tıpta uzmanlaşma tercihlerini etkileyen faktörlere baktığımızda tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişmeleri, mesleki prestiji ve ekonomik kaygıları ana etkenler olarak görmekteyiz. Hekimler; sorumluluk çerçevelerinin belirli olmasını, prestij sahibi olmasını veya daha iyi maaşlar için belirli üst ve ileri uzmanlık alanlarını da tercih edebilirler. Planlamalar bu gelişmelerden bağımsız yapıldığında hedefleri yakalamak zorlaşabilir. Maaş ve çalışma süresi dengesizliklerinin giderilmesi, özellikle de yapılan işin ağırlığı/birim ücret dengesinin sağlanması günümüzün en zor ancak en öncelikli konularından olmalıdır. Bu sadece ana dal uzmanlıkları için değil, yan dal uzmanlıkları için de geçerlidir.

Uygun kalifikasyonlara sahip hekim havuzu artırılırken, bu hekimlerin üretkenlik ve verimliliklerinin artırılması da öncelikli konular arasına dâhil edilmelidir. Uzmanlaşma ile ilgili dengesizlikler hâlen dikkat çekicidir. 2021 sağlık istatistikleri yılına göre Türkiye’de toplam 53.035 pratisyen hekim ve 93.517 uzman hekim bulunmaktadır.

Tıp fakültesinden mezun olan doktor sayısı 2022 yılında 12.000 civarında iken, 2022 Eylül ve 2023 Nisan TUS dönemlerinde toplam 18.000’den fazla uzmanlık eğitimi kadrosu açılmıştır. 1’e 2 olarak uzman lehine olan oranın bu kontenjan yaklaşımı ile daha fazla artacağı öngörülebilir. İdeal oran ülkeden ülkeye değişecek olmakla birlikte, birinci basamak hizmetleri geliştirmeye odaklanan Kanada örneğinde bu oran 1’e 1 seviyesindedir. Türkiye gibi geniş coğrafi dağılımı olan ve bölgeler arası farklılıklar içeren ülkeler için bu planlama bölgeler özelinde de yapılabilir. Şehir merkezinden uzaklaştıkça genel pratisyen ihtiyacı daha fazla artacaktır. İleri uzmanlık gerektiren özellikli sağlık hizmetleri daha çok şehir merkezlerinde, şehir hastanesi gibi büyük komplekslerde veya akademik merkezlerde verilmek üzere planlanabilir. Bu planlamaların başarıya ulaşması genel pratisyen ve uzman dengesi kadar, mezuniyet öncesi tıp eğitimi ve ana uzmanlık dallarındaki eğitimlerin belirlenen hedeflere ne kadar ulaşabildiği ile de ilgilidir. Sağlık profesyonellerini sadece belirli sayı ve oranlarda yetiştiriyor olmak da sağlık hedeflerine ulaşmak için tek başına yeterli olmayacaktır. Daha önemli olan yetiştirilen hekimlerin toplum tarafından ne kadar ulaşabildikleri, belirlenmiş hizmetleri sunmaya ne kadar hevesli oldukları ve hedeflenen kaliteye ne kadar sahip olduklarıdır.

Sağlık harcamalarının artış göstermeye devam ettiği günümüzde dünya genelinde gayri safi hasıllar toplamı-

2020 yılından itibaren karşı karşıya kaldığımız COVID-19 pandemisi, doğal afetler, komşu ülkelerin kendi içlerindeki veya diğer devletlerle olan çatışmaları ve tüm bunların sonucu olarak yaşanan gerek ülkemize doğru olan gerekse ülkemiz içindeki göçler sağlık hizmetlerinin planlanmasını da etkileyen majör unsurlardır. Günümüz sağlık eğitiminin dar alanlara sıkışmış aşırı uzmanlaşmadan biraz kurtulması, bölgesel sağlık ve sosyal ihtiyaçları karşılayacak genel yeterliklere odaklanması bir gereklilik olarak görülmektedir.



Sağlık çalışanlarının haklarının tesis edilmesi de bu süreçlerden bağımsız düşünülemez. Bağımsız birlik kurabilme ve toplu iş sözleşmesi haklarının olması ve bu hakların uluslararası standartlara uygun hâle getirilmesi çalışan memnuniyetine ve dolayısıyla hizmet kalitesine olumlu yansıtacak uygulamalardır. Ayrıca sağlık profesyonellerinin görev ve sorumluluk alanlarının belirli olması, sorun ve gelişim alanlarına yönelik eleştiri ve önerilerinin ciddiye alınıyor olması yine verimliliği artıracak unsurlardır.

nın yaklaşık %11'i sağlık sektörüne ayrılmış durumdadır. Türkiye'de bu oran %5 seviyesindedir. Genel hekimliğin ve ana dal uzmanlıkların zayıflaması, sağlık hizmetleri için yapılacak ödemelerin de artmasına neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından ortaya konmuş olan en önemli sağlık riskleri (hipertansiyon, tütün ürünleri, yüksek kan şekeri, hareketsizlik ve obezite) düşünüldüğünde, temel ve koruyucu hekimliğin rolü sağlık harcamalarının kontrolü açısından da ne kadar büyük önem taşıdığı daha net anlaşılabilir. Özel sağlık yatırımlarının artış eğiliminde olduğu ülkemizde genel sağlık sigorta kapsamı, özel sağlık sigortaları ve cepten yapılmak zorunda kalınan harcama oranları düzenli aralıklarla değerlendirilerek analiz edilmelidir. Burada, sağlığın, sosyal devlet anlayışında temel bir hak olarak korunması gerekliliğinin altını çizmek gerekir.

Günümüzde hâlen sağlık hizmeti, ileri uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin çevresinde kümelenmektedir. Birinci basamakta çözümü mümkün olan bazı sağlık sorunları için ikinci, hatta üçüncü basamak tesislerin tercih edilmesi, bazı hastalar için zaman kaybını ve sağlık harcamalarını da artıran bir etkidir. Buna ek olarak, malpraktis ve hasta şikâyeti temelli uygulamalar nedeniyle zaman içerisinde birçok hekimin de risk almamak adına hastaları ileri uzmanlara yönlendirme eğiliminde olduğu unutulmamalıdır. Hekimlere, gerekli bilgi ve

becerilerin kazandırılması yanında huzurlu bir çalışma ortamı da sağlanabilmelidir. Sağlık sisteminin basamakları ve akademik merkezler (üniversiteler, tıp fakülteleri, enstitüler) arasındaki iletişim ve iş birliklerinin güçlendirilmesi hasta ve iş yoğunluğunun daha homojen dağılmasını sağlayabilecektir.

Hızlı gelişen teknolojiler, özellikle dijitalleşme, sağlık hizmetleri sunumunun kapsamını sürekli şekillendirmekte ve değiştirmektedir. Tele tıp uygulamaları, e-sağlık ve m-sağlık günümüz sağlık ortamının değişmez bileşenleri olmuşlardır. Bu uygulamalar sağlık hizmetlerinin, hizmeti sunanların çevresinde şekillenmesi yerine hasta merkezli sistemlere evrilmesine yardımcı olabilirler. Bu sayede sağlık hizmeti her zaman sadece sağlık kurumlarında sunulan bir hizmet olmaktan sıyrılabilir. Ayrıca, karar destek sistemleri ve elektronik hasta kayıt sistemleri (ör: e-nabız) farklı kurumlar arasında ve farklı sağlık profesyonelleri arasında bilgi alışverişine izin vererek hasta bakımını daha bütüncül hâle getirecek fırsatlar sunmaktadır. Özellikle tele-konsültasyonlar ve tele-radyoloji yakın vadede en fazla geliştirilmesi gereken alanlardır. Ek olarak, e-öğrenme, her aşamada eğitim imkânlarını da geliştirmektedir. Birbiriyle bütünleştirilmiş e-sağlık ve e-öğrenme ortamları, mezuniyet sonrası ve sürekli tıp eğitimi uygulamalarına da yeni bir soluk getirebilir.

Dijitalleşmeyi bir fırsat olarak görmemizin yanında zayıf yönlerinin sürekli gelişmesini de sağlayabilmemiz önemli bir koşuldur. Örneğin girilen verilerin belirli bir kalite standardında olması bunları değerlendirecek uzaktaki ikinci bir kişiye daha yardımcı olacaktır. Veri tabanlarında birikmekte olan verilerin güvenilirliği, doğruluğu ve gizliliği azami önem taşımaktadır. Büyük ve kapsamlı bu veri setleri (big-data) sağlık hizmetlerindeki eksiklerin ve fırsatların analiz edileceği çalışmalara dayanak oluşturabileceklerdir.

Doktorların uluslararası hareketliliği de önemli bir konu hâline gelmiştir. Göç eden doktor sayısı OECD ülkeleri için son 10 yılda %60 artmıştır. Özellikle yüksek gelirli ülkelerle orta ve az gelirli ülkeler arasındaki finansal dengesizliğin artmaya devam etmesi, bu oranların önümüzdeki yıllarda daha da artabileceğine işaret etmektedir. Sürecin daha





iyi anlaşılması ve uygun önlemlerin alınarak iyileştirici adımların atılması için göçü veren ve alan ülkelerdeki veriler analiz edilmelidir. Burada çift veya çok taraflı uluslararası anlaşmalarla faydaların artırılması ve negatif etkinin azaltılması üzerine çalışılabilir. Göç alan ve göç veren ülkeler bu durumu kendi aralarında kontrollü hâle getirebilirler. Almanya'nın Bosna Hersek, Filipinler ve Tunus ile kurmuş olduğu, kendi ülkesindeki hemşire açığını kapatmaya yönelik "Triple Win" programı veya Japonya öncülüğündeki "Asia Health and Human Well Being Initiative" bu iş birliklerine verilecek örneklerdendir.

Amaca yönelik sağlık insan gücü yetiştirilmesi sektörler arası iletişimi gerektirmektedir. Bir yandan farklı kademelerde tıp eğitimi, diğer yandan kamu ve özel sektörün ihtiyaçları arasındaki köprüler tutarlı ve etkili politikalarla kurulmalıdır. Bunun yanında toplumun mevcut ve gelecek sağlık ihtiyaçları uygun şekilde çıkarılmalı ve farklı kademelerde sunulacak eğitim ile eşleştirilmelidir. Sağlık istatistiklerimiz, dolaşım ve solunum sistemi hastalıkları ile maligniteleri ülkemizde yaşamı kısaltan en önemli üç neden olarak göstermektedir. Hipertansiyon ve tütün ürünleri kullanımı gibi risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik önleyici politikaların sürdürülmesi ve kanser tarama testlerinin yaygınlaşması bu üç alanda geleceğe dönük hastalık yüklerinin azaltılmasına katkı verecektir. Yine 2021 Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığına göre, kadınlarda ilk sırayı alan kanser meme kanseri olmasına rağmen, kadınların %55-60'ı kendi kendine meme muayenesi yapmamaktadır ve ayrıca, risk gurubundaki kadınların %65-70'i hiç mamografi yaptırmamış durumda-

dır. Koruyucu hekim olabilmek aslında sadece birinci basamağa bırakılacak bir konu da olmamalıdır. Sonuçta birer koruyucu hekim olabilmek, mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası tıp eğitiminde kazandırılması gereken yeterlikler arasındadır. Her bir uzman, toplumu kendi alanı ile ilgili risk faktörlerinden korumayı pratiğinin bir parçası olarak görmelidir.

Hekimlerin topluma liderlik edebilmeleri, yaşadıkları toplumun değer ve geleneklerine de aşına olmayı gerektirmektedir. Yüzyılların birikimi ile, toplumlar daha sağlıklı yaşama yönelik bazı uygulamalar yerleşik duruma geçmiş olabilir. Günümüz hekimleri, toplumun bu uygulamalarını yakından takip etmeli, gereğinde kendi tedavi planları içerisine dâhil edebilmeli ve hatalı bilgiler konusunda yeri geldiğinde hastalarını uyarabilmelidir. Bu uygulamaları da içeren geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının açmazlarından biri kanıt düzeylerinin genelde düşük olmasıdır. Bu uygulamalara akademik yaklaşım, fayda ve etkinliklerinin belirlenmesi açısından da önem taşımaktadır.

Bunların yanında, sağlık alanının meslek grubu olarak özellikle son 5 yıldır irtifa kaybetmekte olduğu gözlemimi özellikle vurgulamak isterim. Sağlık çalışanlarının haklarının tesis edilmesi de bu süreçlerden bağımsız düşünülemez. Bağımsız birlik kurabilme ve toplu iş sözleşmesi haklarının olması ve bu hakların uluslararası standartlara uygun hâle getirilmesi çalışan memnuniyetine ve dolayısıyla hizmet kalitesine olumlu yansıtacak uygulamalardır. Ayrıca sağlık profesyonellerinin görev ve sorumluluk alanlarının belirli olması, sorun

ve gelişim alanlarına yönelik eleştiri ve önerilerinin ciddiye alınması yine verimliliği artıracak unsurlardır. Aslında burada değinilmesi gereken konulardan bir tanesi de mobbing kavramıdır. Mobbing'in fiziksel, duygusal ve davranışsal etkileri çalışan performansını da olumsuz etkileyebilmektedir. Yeterince sorunla uğraşan tıp mesleği ve kurumlarımız bir de mobbing ortamı ile daha karmaşık ortamlar hâline getirilmemelidir. Kurumlar özelinde ve ülke genelinde mobbing uygulamalarına fırsat vermeyecek düzenlemeler sürekli olarak yapılmaya devam edilmelidir. Yeterli sayı ve kaliteye sahip sağlık insan gücü, sağlık sisteminin hedeflerine ulaşılabilmesi ve olası doğal afetler ve salgınlar gibi riskleri yönetebilmesi için mutlak gerekliliktir. Günümüzde toplumun değişen sağlık ihtiyaçları nedeniyle, eğitim kurumları ve sağlık hizmeti planlamaları arasındaki eşgüdümeye her zamankinden daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır.

## Kaynaklar

Detsky, A., Gauthier, S.R., Fuchs, V.R., *Specialization in Medicine How Much is Appropriate?* JAMA. 2012;307(5): 463-464.

*Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*, World Health Organization (2016).

*Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, (OECD Publications).

Joschko, J., *Exploring the factors that influence the ratio of generalists to other specialists in Canada*. Can Fam Physician. 2016; 62(3): e122-e128.

Majumder, M.A.A., Haque, M., Razzaque, M.S., *Trends and Challenges of Medical Education in The Changing Academic and Public Health Environment of The 21st Century*. Front Commun. 2023; 8: 1153764.

Odabasi, O., *Türkiye Tıp Fakülteleri 2023*. STED. 2023; 32(1): 37-61.

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. 2021.

# Sağlık hizmetlerinde finansal koruma ve hasta güvenliği

## Dr. Hasan Güler



2001 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2002-2005 yılları arasında Van'da hekimlik ve yöneticilik görevlerinde bulundu. 2006-2016 yılları arasında Sağlık Bakanlığında performans, kalite-akreditasyon ve sağlık finansmanı konularından sorumlu daire başkanlığı ve genel müdür yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2016 yılı itibarıyla da Sosyal Güvenlik Kurumunda hekim olarak görev yapmakta olup geri ödeme politikaları, hasta ve çalışan güvenliği, kalite-akreditasyon ile performans yönetimi konularında aktif çalışmalar yürütmeye devam etmektedir.

## Doç. Dr. Bayram Demir



1993 yılında Sağlık Bakanlığında göreve başladı. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Şube Müdürlüğü yaptı, Dünya Sağlık Örgütünde (DSÖ) Bakanlık görevlisi olarak çalıştı. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatında Daire Başkanlığı, Batman Bölge Devlet Hastanesi Müdürlüğü, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkan Danışmanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğünde danışmanlık görevlerinde bulundu. Halen Batman Üniversitesi Sosyoloji Bölümünde Öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

ktisatta temel düstür olan kaynaklar sınırlı ihtiyaçlar sınırsız ilkesini sağlığa teşmil ettiğimizde sağlık ihtiyacının gelişmelerle paralel arttığını ve ötesinde yaşanan dünya nüfusu ile birlikte bu ihtiyacın geometrik artış eğiliminde olduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle ülke yönetimlerinin de sağlığa daha fazla kaynak aktarma ihtiyacı hissettiği görülmektedir. Bu durumun sağlık sisteminin organizasyonunu ve sağlık finansmanını değişime ve evrime zorladığı gerçeğiyle karşı karşıyayız.

Hasta güvenliği ve sağlık finansmanı konularının birlikte ele alınmadığı ve dahi hasta güvenliğinin sadece tıbbi tanı ve tedavi aşamalarında değerlendirildiği izlenmektedir. Bugüne kadar yapılan değerlendirmeler de büyük ölçüde bu çerçevede şekillenmiştir. Çoğu zaman hasta güvenliği altında finansal boyutla ilişkilendirmeler de maliyet etkililik kavramı altında kaybolup gidebilmektedir. Oysaki, hasta güvenliği olgusu "finansal koruma" olgusundan bağımsız düşünülemeyecek denli önemli bir alandır.

Geri ödeme kurumları maliyet-etkin bir ödeme sistemi oluşturulması adına ödeme kurallarını, ödeme kalemlerini/teminat paketlerini revize etmekte ve maliyet-etkin bir dizayna ulaşma çabası içine girmektedirler. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde geri ödeme kuruluşları olan Medicare ve Medicaid hizmet aldıkları sağlık merkezlerinin hasta güvenliği konusunda yetki sahibi en az bir kuruluş ile çalışmasını ve belirlenen göstergeler üzerinden başarı elde edilmesini şart koşmaktadır. Bu noktada kendi sigortalılarını proaktif olarak hasta güvenliği bağlamında koruma altına almaya ve kuruluşları bu ilkelere uymaları için teşvik etmeye çalışmaktadırlar. Esasen bu örnek bile finansman ile hasta güvenliği kısmen ilişkilendirmektedir.

Öte yandan hasta güvenliği olgusu, insanların hastalandıkları andan; modern sağlık sistemi ve de uygulamalarına dahil olması sürecinden itibaren başlamalıdır. Dolayısıyla, hasta güvenliği olgusunun çatı bir kavram ve diğer unsurların ise buna hizmet edecek komponentler olduğu dikkat-

lerden kaçmamalıdır. Ancak uygulamada sürecin çoğu zaman bu temel ilkeyi gözetmediği bilinen bir husustur. Bu çalışma Türkiye özelinde temel olarak hasta güvenliğini finansal boyutta temsil etmesi gereken kurumların nasıl bir yöntem izlemesi gerektiğine dair sosyal politika eksenli oluşturulmuştur. Çalışmada konunun anlaşılmasına dair hukuki durum, teknik ve sosyal tespitler ile çözüm önerilerine yer verilecektir.

Ülkemizde sağlığın temel, sosyal ve bir insan hakkı olduğu ve sağlık hizmetine ulaşma ve nitelikli sağlık hizmeti alma hususunun Anayasal güvence altına alınmış olduğunu görüyoruz. Nitekim, Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 56. maddesinde; "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir." hükmüyle ülkemizdeki sağlık hakkının arka planı ve ana çerçevesini ortaya koymaktadır. Bu madde de yer alan "Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama" ifadesini sağlık hizmetleri perspektifinden ele aldığımızda tüm vatandaşların hasta güvenliğini de içerecek şekilde zamanında, nitelikli ve finansal koruyuculuk şemsiyesi altında bir sağlık hizmeti almasını vazettiği ve bunu sağlamaya yönelik olarak da kamu ve özel kurumlardan yararlanmayı, bu kapsamda denetim fonksiyonunu icra etmesini şart koşmaktadır. Ayrıca sağlık sektörünü de kamu özel ayrımı yapmadan bir bütün olarak gördüğü anlaşılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin zamanında, nitelikli ve finansal koruyuculuk şemsiyesi altında verilebilmesinin ve/veya alınabilmesinin pratikteki yansımaları, gerçekleşme durumunu ülkemiz açısından ele aldığımızda; sosyal güvenlik kurumlarının yani SGK'nın rolünün salt bir ödeme sistematiğinden daha büyük bir anlam ifade etmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu adına tek yetkili SGK'dır. SGK'nın yıllık sağlık harcamaları içindeki finansman payı %80'lerin üzerindedir. Geri ödeme mekanizmasının temel düzenlemesi olan Sağlık Uygulama Tebliğinde tüm süreçlere dair kurallar, ödeme kalemleri/temel teminat paketi ve fiyatlandırma yer almaktadır. Tebliğde "Vatandaşların sağlıklı kalmalarını ve hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını sağlamaya yönelik verilecek sağlık hizmeti bedellerinin belirlendiği" vurgulanmakta ve a) geniş ve kapsayıcı bir temel teminat paketi, b) kural ve fiyatlandırma sistematiğine sahip, c) salt bir ödeme anlayışı üzerine bina edildiği görülmektedir. Ancak bağlı sigortalıların sağlık hizmeti alırken bu hizmetin zamanında, nitelikli, hasta güvenliğini önceleyen ve tam anlamıyla finansal koruyuculuk sağlayan türden önceliklere sahip olup olmadığı veyahut da ne düzeyde bu öncelikleri gerçekleştirdiği kestirilememektedir. Aşağıda yer verilen yaşanmış örnekler belki de bu sorgulamaları yapmaya vesile olabilecektir.

"Örnek-1: Gözünden katarakt ameliyatı olmak için ameliyathaneye alınan x hasta, aynı yaşlarda bir kadın hastayla karıştırılınca rahmi alındı."

"Örnek-2: 4 yaşında çocuk hasta devlet Hastanesinde muayene oluyor ve yan dal uzmanına gitmesi öneriliyor. Ebeveynler bir başka hastanede olan yan dal uzmanı için randevu almaya çalışıyor ancak bir türlü randevu bulamıyor bulabilirse bile 1 ay sonrasına randevu veriliyor. Haliyle ebeveynler özel bir hastaneden 3 gün sonrasına randevu alıyor ve çocuklarını muayene ettiriyorlar."

"Örnek-3: 15 yaşında erkek bir çocuk skolyoz tanısı almış olup ameliyat edilmesi endikasyonu konmuştur. Bu ameliyat için yapılan araştırmalar sonucunda x üniversite hastanesindeki y hocanın bu ameliyatı yaptığı ancak özel bir hastanede sözleşme yaptığından bahse konu ameliyatlarını orada yaptığı ifade edilmiştir."

Bu örnekleri çoğaltmak mümkündür. Bu satırları okuyan hemen herkesin bizzat şahit olduğu veya duyduğu, okuduğu anımsayacağı örnekler de çıkabilecektir. Bu örnekler, vatandaşların hasta güvenliği şemsiyesi altında, finansal korumayı sağlayacak şekilde, zamanında ve nitelikli bir sağlık hizmeti alma yönünde sorumlu kuruluşların değerlendirme yapmasını gerektirmektedir. Hasta güvenliği olgusu görüldüğü üzere salt teknik boyutta değerlendirilemeyecek denli insani ve iktisadi boyutlara sahiptir. Bizler tarafından, hasta güvenliğinin çatı kavram diğer tüm unsurların ise ikincil öneme sahip olması gerektiğini ifade ediyoruz. Dolayısıyla, SGK'nın bu ve benzeri konularda rol alması, önceliklendirme sistematiğini gözden geçirmesini ve bu alana özel bir ilgi göstermesi gerektiği değerlendirilmektedir.

Ayrıca finansal koruyuculuk anlamında mevcut duruma baktığımızda istisnalar olmakla birlikte vatandaşlar başvurduğu sağlık tesisi türüne göre: a) farklı miktarlarda muayene katılım payı, b) ilaç katılım payı, c) özel sağlık kurumlarında ilave ücret ve otelcilik hizmeti, d) üniversitelerde öğretim üyesi katkı payı adı altında ödemeler yapmaktadır. Her bir ödeme türünün amacı farklı olmakla birlikte günün sonunda vatandaşlar bu ücretleri belli düzeyde ödemek

Amerika Birleşik Devletleri'nde geri ödeme kuruluşları olan Medicare ve Medicaid hizmet aldıkları sağlık merkezlerinin hasta güvenliği konusunda yetki sahibi en az bir kuruluş ile çalışmasını ve belirlenen göstergeler üzerinden başarı elde edilmesini şart koşmaktadır. Bu noktada kendi sigortalılarını proaktif olarak hasta güvenliği bağlamında koruma altına almaya ve kuruluşları bu ilkelere uymaları için teşvik etmeye çalışmaktadırlar. Esasen bununla finansman ile hasta güvenliğini ilişkili bir sistematiğe büründürmektedirler.

durumunda kalmaktadır. Vatandaşlar tarafından yapılan veya yapılamayan bu ödemelerin onların sağlık hizmetine zamanında ulaşmasına ve de nitelikli bir sağlık hizmeti almasına etkisi yadsınmaz. Bunun yanı sıra sağlık sistemimizde hastaların serbest dolaşımı ve finansman bağımsız, uygun gördüğü sağlık tesisine istediği zaman olmasa bile başvurabilmesi gözden geçirilmelidir. Çünkü bu ve benzeri durumlar SGK'nın sağlık bütçesini etkilediği gibi kaynak israfına yol açıp, gereksiz hasta yükü artışı ve yeterli hizmetin alınmasını engelleyici faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu gibi nedenler sağlık sistemi organizasyonunun gözden geçirilmesi ve SGK'nın hizmet sunumunda alacağı rolün önemini ortaya koymaktadır.

Tablo-1'de 2017-2021 yıllarına dair 5 yıllık hekime müracaat sayıları incelendiğinde Covid-19 pandemi döneminde azalmakla birlikte ülke nüfusunun neredeyse yıllık ortalama 9'un üzerinde OECD ortalamalarının çok üzerinde hekime başvuru gerçekleştirdiğini görmekteyiz. Bu durum temelde iş yükü ve sağlık harcamaları artışını beraberinde getirmektedir.

Tablo-2'de 2012-2021 yıllarına ait 10 yıllık sağlık harcamaları verisi incelendiğinde sağlık harcamalarının pandemi döneminde hasta sayısı azalmasına rağmen her yıl arttığı ve toplam sağlık harcaması ile paralel seyrettiğini görmekteyiz. Özellikle hane halkı cepten

sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%) yatay bir seyir izlese bile miktarsal olarak artış gösterdiğini vurgulamamız gerekir. Dolayısıyla hane halkı cepten harcamaların hane halkı bazında katastrofik sağlık harcamasına yol açmaması, vatandaşın hizmeti nitelikli ve zamanında almasını sağlayacak şekilde hane halkı gelir düzeyi ile ilişkilendirilmiş bir sistematüğün kurulması elzemdir.

Tablo-1 ve tablo-2'de yapılan değerlendirmelerde özellikle SGK'nın bu veriler ışığında sağlık harcamalarının maliyet-etkin kullanımı, hane halkı cepten harcamaların katastrofik düzeyi ve hekime başvuru sayılarını ele alacak ve değer-

lendirecek hem mevzuatsal hem de istatistiksel bir çalışma yapması gerekliliği de ortaya çıkmaktadır.

Sonuç olarak, geri ödemede aslan payı harcamayı yapan kurum olan SGK'nın görev icra tarzını ve sistematüğünü gözden geçirme zorunluluğu doğmuştur. Buna göre, a) büyük bir bütçeyi yönetmesi hasebiyle sağlık sistemine yönelik bütüncül bir bakış açısı geliştirmelidir, b) görev alanını ve icra tarzını günümüz şartlarında sağlık sistemi organizasyonuna dair söz sahibi olacak şekilde revize etmelidir, c) Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmet sunucuları, vatandaşlar ve diğer sektör paydaşlarını içine alan bir master eylem planı ortaya koymalıdır. Ayrıca her ne kadar sağlık sistemi organizasyonuna dair kurallar koymakla yükümlü kurum Sağlık Bakanlığı ise de Bakanlığın sağlık hizmeti sunucusu rolünün olması işleyişte çıkar çatışmasını beraberinde getirebilmekte, dolayısıyla SGK'nın sigortalılarını koruma adına belli düzeylerde rol almasını doğurmaktadır.

Sistemde mevcut süregiden sorunlar olduğu bilinmektedir. Sorunların çözümü için bir yerlerden başlanması gereklidir. Hazırlanacak master eylem planında aşağıdaki yer verilen tespit ve önerilerin dikkate alınması önerilmektedir. Bu konuda bir farkındalık oluşturması için geliştirilen öneri seti başta SGK olmak üzere tüm paydaşların dikkatine sunulmuştur: 1) SGK finansman ve geri öde-

Tablo-1: Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler

Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler					
Sektör/Yıl	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Birinci Basamak Toplamı</b>	238.492.427	269.073.571	288.101.866	253.119.935	245.525.320
<b>Özel Tıp Merkezleri</b>	18.912.829	19.055.722	18.298.592	14.527.627	15.672.466
<b>Hastaneler</b>	461.519.553	494.385.911	506.503.164	332.613.569	414.454.404
<b>Sağlık Bakanlığı</b>	350.347.005	377.045.707	387.622.848	239.981.820	305.040.174
<b>Üniversite</b>	38.963.933	42.665.139	46.211.148	31.725.506	40.102.992
<b>Özel</b>	72.208.615	74.675.065	72.669.168	60.906.243	69.311.238
<b>2. ve 3. Basamak Toplamı</b>	480.432.382	513.441.633	524.801.756	347.141.196	430.126.870
<b>Genel Toplam</b>	718.924.809	782.515.204	812.903.622	600.261.131	675.652.190

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı

Tablo-2: Sağlık harcamalarına ilişkin temel göstergeler-(2012-2021)

Sağlık harcamalarına ilişkin temel göstergeler	Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)	Kişi başına sağlık harcaması(TL)	Toplam sağlık harcamasının GSYH'ye oranı(%)	Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı(%)	Özel sektör sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı(%)	Hanehalkı cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı(%)
<b>2012</b>	76.358	1.020	5,4	76,8	23,2	15,4
<b>2013</b>	84.390	1.110	5,4	78,5	21,5	16,8
<b>2014</b>	94.750	1.232	5,4	77,4	22,6	17,8
<b>2015</b>	104.568	1.345	4,5	78,5	21,5	16,6
<b>2016</b>	119.756	1.524	4,6	78,5	21,5	16,3
<b>2017</b>	140.647	1.751	4,5	78	22	17,1
<b>2018</b>	165.234	2.030	4,4	77,5	22,5	17,3
<b>2019</b>	201.031	2.434	4,7	78	22	16,7
<b>2020</b>	249.932	2.997	5	79,2	20,8	16
<b>2021</b>	353.941	4.206	4,9	79,2	20,8	15,9

Kaynak: TÜİK



me gücünü daha aktif kullanarak, etki ve görev alanına hasta güvenliği, sağlık hizmetine zamanında ve nitelikli erişimi sağlayacak şekilde vatandaşların finansal koruma şemsiyesi altında sağlık hizmeti almasına ön ayak olmalıdır. 2) SGK ödediği bedelin niteliksel olarak karşılığını alıp almadığını ölçecek bir sistem geliştirmelidir.

3) Global bütçe uygulaması içerik açısından gözden geçirilmeli ve sağlık sistemini rehabilite edici ve daha reel hedef parametreleri belirlenmelidir. 4) SGK'da fatura inceleme sürecine kamu hastaneleri ve üniversite hastaneleri de dâhil edilmelidir. 5) SGK kanunda koruyucu hizmetlere yönelik verilen görevin içeriğini doldurmak suretiyle Aile Hekimliği Sisteminde etkin rol almalı ve yazılım programı MEDULA'ya entegre etmelidir. 6) SGK sektörü ve hekimi teşvik edici şekilde SUT'u düzenli bir şekilde hem içerik hem fiyat açısından yılda en az 2 kez belirlenen zaman dilimlerinde güncellemelidir. 7) Hekimleri özendirilecek adımları da atılmalı temel teminat paketinde olan işlem fiyat listesinin dışında Hekim Ücretinin belirtildiği ayrı bir hekim hizmet bedeli belirlenmelidir. İlerleyen süreçte bu hekim hizmet bedeli üzerinden doğrudan hekime ödeme yapılabilmesinin önü açılmalıdır. 8) Hane halklarının katastrofik sağlık harcaması yapmasının önüne geçilmeli ve vatandaşların gelir düzeyi ile ilişkili bir harcama üst marjı belirlenmelidir. 9) Hasta güvenliğini güvence altına alacak şekilde geri ödeme kurallarına hasta güvenliği parametreleri eklenmeli, hekim ve sağlık hizmet sunucusu maddi açıdan ödüllendirilmelidir. 10) Sektör

ayırımı yapmadan asgari kalite şartlarını karşılayan kurumlardan hizmet alınmalıdır. 11) Finansal koruma amaçlı SUT'ta yer alan ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetlerinin kapsamı genişletilmelidir. 12) Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hizmete erişimde öncelikli olarak sorun yaşanan branşların öncelikli olması kaydıyla özel sağlık hizmet sunucularının, branş bazlı muayene kotaları belli sayı veya oranda artırılarak MHRS üzerinden randevulu hasta bakmaları sağlanmalı, kota üstü bakılan hastalardan herhangi bir ilave ücret alınmamalı ve bu hastaların ödemeleri SGK tarafından artırımlı ödenmelidir. 13) Özel sektörde kota içi veya kota üstü fark etmesizin 65 yaş üstü ve 5 yaş altı hastalardan ilave ücret alınmadan sağlık hizmetlerinden faydalanması sağlanmalı ve hizmet bedeli SGK tarafından artırımlı ödenmelidir. 14) Vatandaşların kişi başı yılda en fazla 2 kez özel sektöre başvurusundan ilave ödeme alınmamalı ve SGK tarafından artırımlı ödeme yapılmalıdır. 15) İlave ücret alınmasına yönelik SGK tarafından merkezi bir yazılım ile hastadan alınacak ilave ücret bedeli hesaplanmalı ve bu sisteme göre ilave ücret alınması sağlanmalıdır. 16) Yatan hastalarda DRG ödeme sistemine geçilmeli ve bir sonraki adım olan değer bazlı ödeme yöntemi belli alanlarda sisteme dahil edilerek ödeme yöntemi daha efektif bir düzeye çıkarılmalıdır. 17) SGK Fatura inceleme birimleri yeniden yapılandırılmalı, etkisi ve yetkisi artırılmalıdır. Bu birimler yaptıkları iş ve işlemlerden dolayı finansal malpraktis koruması altına alınmalıdır. 18) 2547 sayılı kanunun 36.maddesinin 7.fıkrasında özel hastaneler ve vakıf üniversite hastanelerinde sözleşme yoluyla

çalışacak kamu üniversitesindeki profesör ve doçentlere ilişkin hükümlerin vatandaşları finansal koruma altına alacak şekilde revize edilmesi yönünde SGK öneriler geliştirmelidir. 19) SGK hastaya finansal koruma sağlayan ve aktüeryal dengeyi bozmayacak şekilde serbest çalışan muayenehane hekimlerinden hizmet alımını gündemine almalıdır. 20) Bu öneri setinden bir uygulama algoritması oluşturularak uygun bir ilde pilot çalışma yapılması tavsiye edilmektedir.

## Kaynaklar

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2013-16161> (Erişim Tarihi: 25.07.2023)

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamaları-Istatistikleri-2014-18853> (Erişim Tarihi: 25.07.2023)

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2016-24574> (Erişim Tarihi: 25.07.2023)

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2017-27621> (Erişim Tarihi: 25.07.2023)

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2019-33659> (Erişim Tarihi: 25.07.2023)

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2021-45728> (Erişim Tarihi: 25.07.2023)

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2017-27621> (Erişim Tarihi: 25.07.2023)

<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0> (Erişim Tarihi: 20.07.2023)

<https://www.ihha.com.tr/haber-goz-icin-gitti-rahmini-aldilar-30261> (Erişim Tarihi: 29.07.2023)

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17229&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 15.07.2023)

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2547.pdf> (Erişim Tarihi: 05.08.2023)

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.pdf> (Erişim Tarihi: 10.07.2023)

# “Hastalık endüstrisi”nden sağlık endüstrisine geçiş mümkün mü?\*

**Hüseyin Çelik**



1965 yılında Afyon’da doğdu. İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümü’nden mezun oldu (1987). 8., 9., 10. ve 11. Kalkınma Planlarının hazırlanmasında görev aldı. SSK Genel Müdürlüğü’nde Müfettiş, Acıbadem Sağlık Grubunda Satın Alma ve Lojistik, Pazarlama ve Kurumsal İletişim ile Hastane Direktörlükleri yaptı. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Soysal Güvenlik Reform Projesi’nde danışmanlık görevini yürüttü. 2013-2017 yıllarında T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı yapan Çelik, halen kurucusu olduğu özel bir şirkette çalışmaktadır.

**S**ağlık sektöründe rol alan tüm taraflar, koruyucu sağlığı ve sağlıklı yaşamı kutsadıktan sonra, tam da bunun tersine hastalık endüstrisinin gelişimi ve kazanımlarını artırmak için her türlü çabayı büyük bir gayret içinde göstermeye devam etmektedirler. Eğitim kurumlarımız da aynı şekilde bireyin hastalanmasını önlemeye yönelik kutsayıcı bilgilendirmelerden sonra, hastalık endüstrisinin yeni gönüllülerini yetiştirmek için rekabetçi bir yaklaşım ile öğrencilerini mezun etme çabası içine girmektedir.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de aile hekimliği sistemine geçerken, bireyin/ailenin sağlığından sorumlu, adeta bireyi/aileyi hekime bu amaçla zimmetleyen bir yaklaşım ile ve büyük hayallerle kurulan yapı, hastalık endüstrisinin bir parçası haline hızla gelerek, büyük ölçüde amacından uzaklaşmış durumdadır. Gelinen noktada koruyucu sağlık hizmeti organizasyonları ile tedavi edici sağlık hizmeti organizasyonlarının çıkar çatışması yaklaşımı ile birbirinden ayrıksı ve basamaklandırma yaklaşımı ile toplum sağlığını etkin bir şekilde koruyamadığımız, Türkiye örneğinde de ortaya çıkmış durumdadır. Genel Sağlık Sigortası sisteminde de ödeyici kurum ile hizmet sunan kurum ara-

sındaki çıkar çatışmasına dayalı kurulan sistem; Sağlık Bakanlığı ve Devlet Üniversitelerinin global bütçe ile SGK denetimi dışına çıkarılması, SGK’ya verilen bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri misyonunun yerine getirememesi, aile hekimliği uygulamasının pilot uygulama sonrası SB tarafından yürütülmeye devam edilmesi gibi nedenlerle uygulama imkânı bulamamıştır. Bu yöntemlerde ısrar ederek sonuç alınabileceği konusunda kendi adıma umutsuz olduğumu ifade etmek durumundayım. Gelinen noktada yeni bir bakış açısı ile sağlık sistemini ele almak ve hızla artan yaşlanma eğilimi, kronik hastalıklar ve diğer nedenlerle yüksek harcama artışlarına karşı kalıcı ve hayatın/endüstrinin dinamiklerine uygun bir yapı kurma zorunluluğu içinde olduğumuzu değerlendiriyorum.

Bu aşamada somut önerim ise Health Maintenance Organization (HMO) modelinde olduğu üzere, tedavi edici organizasyonlara bireyin/ailenin sağlığını koruma görevini de vermeyi tartışmaya açmak gerektiği görüşündeyim. Bu sayede sağlık kurumları, hastalanan bireylerin tedavilerini etkin bir şekilde duraksamadan yapmaya devam ederken, aynı zamanda sağlıklı kalmalarına yönelik uygulamalar ile de sorumlu olacaklardır.

Bugüne kadar bu yaklaşımlar farklı ortamlarda tartışılmasına ve genel olarak kabul görmesine rağmen uygulamaya geçememesindeki temel etmen, talep azalışı nedeniyle tedavi edici kurumların gelir azalması endişesi olmuştur. Bunu önlemek adına, koruyucu hekimlik ve sağlıklı yaşam uygulamaları ile elde edilen kazanımların tedavi edici hekimlik ücretlerine artış olarak yansıtılması ile telafi edilebileceği görüşündeyim. Bunu sağlamaya yönelik yasal garantiler sistemin hayata geçmesinde kilit unsur olarak görünmektedir.

Bu amaçla, toplam kamu bütçesinin yönetimi açısından, genel bütçeden ve özel bütçeden Sağlık Bakanlığı ve Devlet Üniversite Hastanelerine tedavi amacıyla aktarılan kaynakların tek bütçede toplanması önem arz etmektedir. Keza özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversiteleri açısından da yapılan geri ödeme tutarlarında da en az toplam kamu maliyetleri kadar gerekli artışların yapılması gerektiği açıktır. Bu bağlamda ilaç, tıbbi cihaz, görüntüleme, laboratuvar, optik gibi sektörlerle yürütülen fiyatlama politikalarının da sağlanan tasarruftan payını alacakları bir yapı da kurulmalıdır.

Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ile Devlet Üniversite Hastanelerinin ortak işlet-



me ağı içerisinde yer alması ile ülke genelinde HMO'nun hayata geçirilmesi mümkün olacaktır. Bu yapıya Aile Hekimliği uygulamasının da entegre edilmesi ile sistemin hastalıktan kazanmayı önceleyen yapı yanında, aynı zamanda sağlıktan kazanan bir yapıyı da eş zamanlı entegre etme imkânı doğacaktır.

Artık 1990'lı yılların akli ve birikimi ile 2000'li yıllarda hayata geçirdiğimiz sağlık reformlarının, bırakın gelecek ihtiyaçlarımızı karşılamayı, bugüne dahi cevap vermeyen mevcut sistemin temel paradimaları da tartışılarak yeniden re-forma tabi tutulması kaçınılmaz gözükmektedir. Aksi taktirde her geçen gün gelecek nesillere çok daha fazla hastalık yükü ve çok daha yüksek maliyetler miras bırakmanın sorumluluğu altında kalacağız.

Daha sağlıklı bir topluma ulaşmak için hastalıkların sağaltılmasında, tanı ve tedavide rol alan kurumların desteklenmesi yetmeyecektir. Reformun bir diğer önemli boyutu, sağlıklı yaşamdan ve koruyucu sağlık hizmetlerinden kazanan ve gelişen bir endüstriye olan ihtiyacımızdır. Sağlıklı yaşam endüstrisi diyebileceğimiz bu alan gelişmez ve toplumun bu alanda davranış değişikliğine yönelik gerekli faaliyetler

yürütülmez ise tedavi edici hekimlikten anlamlı ve kalıcı bir iyileşme beklemek mümkün olmayacaktır.

Kuşkusuz bu re-formu sadece GSS uygulaması ile kısıtlamak mümkün ve doğru değildir. GSS yanında diğer kamu geri ödeme mekanizması olan TBMM, Yüksek Yargı ve Yüksek Askeri Erkan için de aynı model gündeme gelmelidir. Keza SGK yerine geçen Banka Sandıkları da bu kapsamda ele alınması gerektiği gibi, inovatif yaklaşımlar ile özel ve tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamalarında da aynı yaklaşımın hayata geçirilmesi gerekmektedir.

Sağlık reformlarının başarısında en kritik konunun sistemin vatandaş yararına tasarlandıktan sonra, reformdan etkilenen tarafların çıkarlarını da gözetken dengeleyici politikaların devreye alınması gerekliliğidir. Aksi taktirde mevcut sistemin kazananları, yeni önerilere karşı çıkmaksızın ama re-formu da imkânsız kılacak her türlü argüman ile süreci akamete uğratmakta her zaman başarılı olmaktadır.

#### **Son Söz**

Ülkemizin deprem türü felaketler ile yıllara sâri toplumsal ve örgütsel ihmallerinin bedelini on binlerce insanımızın

ve mali kaynaklarımızın kaybı ile ödediğimiz gibi, sağlık reformlarında ihmallerin bedelini de kronik hastalıklar ve yüksek maliyetler ile ödemek arasında bir seçim yapmak zorundayız. Amacımız daha da geç olmadan yeni sağlık reformları için bir kıvılcım olma ümidinden ibarettir.

\*Endüstriden kastımız; hizmet sunan kurumlar, sağlık profesyonelleri, ilaç, tıbbi cihaz, görüntüleme, laboratuvar ve optik sektörleri ve keza hastalığa bağlı gelir oluşturan bu sektörlerle ilgili tüm sektörlerdir.

# Hafıza klinikleri: yeniden düzenlenme ve yeni işlevlere doğru

## Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu



SD Platform yazarı olan Dr. Hanoğlu, 1962'de Manisa'da doğdu. 1985'te Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmetini 1985-88 yılları arasında pratisyen hekim olarak Mardin'in Silopi İlçesi'nde yaptı. 1988-92 arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Nöroloji İhtisası yaptı. 1993-2000 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 3. Nöroloji Kliniğinde başasistan olarak çalıştı. 1996'da Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi nöropsikoloji laboratuvarı ve davranış nörolojisi konsültasyon polikliniğini kurdu ve yönetti. 2000 yılından itibaren devlet hizmetinden ayrılarak özel sektörde çalışmaya başladı. Hanoğlu halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

## İrem Onin Yırkoğulları



1993 yılında İstanbul, Kadıköy'de doğdu. 2011 yılında lise eğitimini Amerika'da tamamladı. 2015 yılında Bahçeşehir Üniversitesi Psikoloji bölümünde lisans eğitimini, yüksek lisans eğitimini 2018 yılında yine aynı üniversitede Bilişsel Nöropsikoloji alanında tamamladı. 2016 ile 2017 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Çapa Hastanesi nöroloji departmanında stajyer nöropsikolog olarak bulundu. İkinci yüksek lisans olarak İstanbul Medipol Üniversitesi Bilişsel Rehabilitasyon programını tamamladı. 2018 ile 2021 tarihleri arası İstanbul Medipol Mega Hastanesinde nöroloji departmanında klinik nöropsikoloji stajyeri olarak bulundu. Hastane bünyesinde araştırma projeleri hâlâ devam etmektedir. Güncel olarak İstanbul Medipol Mega Bağıcılar Hastanesinde ağırlıklı olarak nörolojik hastalıklarla, sağlıklı yaşlanma ve savant yetenekleri konularında araştırmacı olarak çalışmaktadır.

Yaşlanma ve yaşlılık, biyolojik olarak kaçınılmaz bir süreçtir. Her geçen yıl yaşlı nüfus olarak kabul edilen 60 ile 65 yaş üzeri bireylerin yaşam süresinin uzadığı ve yaşlı popülasyonunun dünya genelinde hızla arttığı gözlenmiştir. Bütün dünyada insanlar son 50 ile 60 yıla kıyasla daha uzun yaşamakta, doğum oranları azalmakta ve yaşlı nüfus sayısal olarak giderek artmaktadır (1, 2). Ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfusu 2012 yılında %7,5 iken, 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8 ve 2075 yılında ise %27,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (3). Gerçekten de TÜİK'in 2022 verilerine göre bu oran %9,9 olmuştur (4). Yaşlanan nüfus beraberinde yeni sorunlar getirmektedir. Bu sorunlar içerisinde demanslar, özellikle Alzheimer Hastalığı ve benzeri nörodejeneratif demanslar önemli ve özel bir yer işgal etmektedirler (5).

Nörodejeneratif hastalıklar sinir hü-

relerinin ilerleyici kaybı ile giden ve bu kayba bağlı olarak sinir sistemi işlevlerinin de ilerleyici bozulması ile seyreden hastalıklardır. En sık görülen nörodejeneratif hastalıklar en başta Alzheimer Hastalığı ve ikinci sırada ise Parkinson Hastalığıdır. Günümüzde bu hastalıklar için "kür" anlamında iyileştirici tedaviler bulunmamaktadır. Son zamanda ileri yaş döneminde ortaya çıkan bu hastalıklar için daha çok hastalık sürecini geciktirici/yavaşlatıcı (disease modifying) tedavilerin/yaklaşımların geliştirilmesi hedeflenmektedir (2).

### Hafıza Klinikleri

Dünya, özellikle gelişmiş ülkeler bu sorun ile 20. yüzyılın sonundan itibaren adeta bir pandemi gibi yüzleşmek durumunda kalmıştır. Bunun sonuçlarından biri dünyada kurulan "memory clinic"leri olmuştur (6). Bu hafıza kliniklerinin temel amacı demansı olan hastalarda doğru tanı ve uygun tedavi yaklaşımlarının

uygulanmasının yanı sıra Alzheimer ve benzeri hastalıkların doğal seyirlerinin, klinik özelliklerinin takibi ve bunlarla ilgili klinik araştırmaların devam ettirilmesi olmuştur (7). Bu işlevleri sayesinde süreç içerisinde aynı zamanda hem birer kohord oluşturma hem de yeni gelişen tedavilerin uygulanması için bir merkez oluşturma bakımından ciddi bir işlev görmüşlerdir. Bu polikliniklerin benzerleri ülkemizde de açılmıştır. Tamamen bu isimde olmasa da özellikle üniversite ve büyük eğitim araştırma hastaneleri bünyelerinde bu tür hastaları karşılayan ve benzer işlevleri icra eden, hatta uluslararası klinik araştırmalara katılan poliklinikler, özellikle son 230 yıldır ilk kolines-teraz inhibitörlerinin tedaviye girişleri ile birlikte kurulmuştur ve giderek sayıları artmaktadır. Burada bir parantez açarsak, Türkçe tercümede "Hafıza Kliniği" isminin kullanımı, bizdeki yan anlamı ile sadece bellek bozukluğunu değil, aynı zamanda muhafaza etme/korumayı da içerdiğinden biraz sonra anlatacağımız



gelişmeleri de içerecek şekilde isim olarak isabetli olabilir.

Bugün nerede ise 30 yıl boyunca ufukta yeni bir ıalcın/tedavi yaklaşımının görünmediği umut kırıcı bir dönemin sonundayız. Hafıza kliniklerinin de katkıda bulunduğu biriktirilen bilgi sayesinde neredeyse bir paradigma değişikliği gerçekleşmiş durumdadır. Alzheimer Hastalığının ve benzeri dejeneratif demansların aslında 10 yıllara uzanan çok daha uzun ve genetik&çevre etkileşimli bir patolojik sürecin sonucu olarak ortaya çıktıkları, “demans” tablosunun bu sürecin en son görünen yüzü olduğu anlaşılmıştır. Bu nedenle bahsi geçen paradigma değişimi sonrasında tanı, araştırma metodolojisi ve tedavi yaklaşımları büyük bir konsept farklılığı göstermiştir. Yeni yaklaşımlar hastalığın en erken dönemlerinde etki edebilen aşı benzeri “hastalık modifiye edici” ilaçlara yönelmiştir. Bu yaklaşım bir anlamda tedaviden, korunmaya doğru dönüşü temsil etmektedir.

Demansın hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesi üzerinde yıkıcı bir etkisi ve topluma büyük bir maliyeti vardır. Demansın önlenmesi Dünya Sağlık Örgütü tarafından bir halk sağlığı önceliği olarak kabul edilmektedir (8). Bu çerçevede ilişkili risk faktörlerini tedavi ederek demansın başlangıcını geciktirmenin, bireysel ve toplumsal olarak büyük fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Nitekim yakın dönemde gelişmiş ülkelerde daha sağlıklı yaşam tarzlarının bir sonucu olarak demans insidansının azaldığını gösteren birtakım ampirik kanıtlar ortaya çıkmıştır (9). Bu gözlem, demansı önlemenin ya da geciktirmenin mümkün olduğu ve belirli bir ölçüde bunun bahsedilen ülkeler için gerçekleşmiş olduğunu göstermektedir. Bu noktada Hafıza Polikliniklerinin hem riskleri belirleme hem de insidans gibi verilerin toplanmasındaki önemine dikkat çekelim. Burada bahsi geçen bilgi birikimine ciddi katkı sağlamış ulusal bir sistem organizasyonuna örnek olarak Amsterdam demans kohortu gösterilebilir (10).

Bu paradigma değişikliğini destekleyici olarak son birkaç yıl içerisinde Alzheimer Hastalığının tedavisinde bir umut olarak ortaya çıkan ve hastalık sürecini yavaşlatıcı etkileri olan monoklonal antikor tedavileri FDA tarafından şartlı ve biraz tartışmalı da olsa onay almışlardır (11). Bu ilaçların etkinliği ancak has-

talığın prodromu gibi düşünülebilecek “hafif bilişsel bozukluk” döneminde ya da hastalığın en erken döneminde söz konusu olmaktadır (12). Bu çerçevede Alzheimer Hastalığı için hastalık sürecini geciktirici tedaviler konusunda ortaya çıkan yoğun araştırmaların hedef olarak bu dönemleri, hatta bazen “subjektif unutkanlık” adı verilen henüz tartışmalı da olsa daha erken dönemleri seçtikleri izlenmektedir (13). Bu çerçevede ortaya çıkan bir diğer yaklaşım değişimi, daha önce sadece klinik olarak, yani hastanın öykü, semptom ve nöropsikometrik değerlendirmesine dayanarak “klinik kriterler” çerçevesinde tanımlanan “Alzheimer hastalığı demansı” tanısının biyolojik tanıya da içerecek şekilde değişikliğe uğraması olmuştur. Şimdilik sadece araştırmalar için zorunlu olsa da beyin omurilik sıvısında “amiloid ve tau” gibi hastalık biyomarkeri bazı proteinlerin miktarlarının gösterilmesi, bazı nörogörüntüleme yöntemleri ile gerçekleştirilen (Amiloid PET, Tau PET, MR volümetri vb.) biyomarkerler üzerinden “Alzheimer hastalığı” tanısına doğru bir geçiş söz konusudur (14,15). Ama bu biyomarkerleri de içeren tanı yaklaşımı, yukarıda bahsedilen beyin dokusundan tabiri caiz ise amiloid birikimini çözen yeni aşı tedavilerinin uygulanabilmesi için zorunlu hale gelmiştir. Çünkü tedavinin etkili olabilmesi için hastada fenotipik/klinik özelliklerin ötesinde ilacın çalışacağı amiloid birikiminin de gösterilmesi, yani biyolojik tanı da gerekli hale gelmiştir. Dolayısı ile söz konusu BOS analizleri, MR ya da PET çalışmalarının yapıp amiloid birikiminin gösterilmiş olması ilaçların uygulanma kriterleri içerisinde bulunmaktadır (11).

#### Yeni Talepler

Mümkün olan en erken durumda ve biyolojik olarak tanıma şeklinde ifade edebileceğimiz bu iki temel yaklaşım farklılığı doğal olarak hafıza kliniklerinin veri toplama, hasta değerlendirme yaklaşımlarını da bu yönde değişikliğe uğratmış/uğramaktadır. Poliklinikler artık sadece demans hastalarının değil, demans ihtimali olan, “bilişsel açıdan riskli yaşlı” olarak tanımlayabileceğimiz insanların da risklerini belirlemek, onları hastalıktan korumak ve bu hastalıkların gelişimini ertelemek, süreci geciktirmek gibi amaçlarla da hareket etmeye çalışmalıdır. Bu yöndeki talepler ortaya çıkmıştır. Normal bilişsel performansa sahip ama mesela ailede demans öykü-

sü olan artan sayıda kişi mevcut hafıza kliniklerinde gelecekteki olası demans risklerinin değerlendirilmesini, önleyici müdahaleler veya bilişsel performanslarını iyileştirmeye yönelik müdahaleler için yardım edilmesini istemektedir. Bu talebin ortaya çıkışında bu hastalıklar hakkında yürütülen farkındalık çalışmalarının toplumda oluşturduğu demanslar hakkındaki bilincin de bir rolü olduğu düşünülebilir. Bu talebin yerinde olup olmadığı sorulabilir. Ancak yapılan çalışmalar bu bireylerin bazılarının gerçekten de bunama riskinin daha yüksek olduğunu gösteren bazı kanıtlar ortaya koymuştur (16). Bu yeni sağlık talebi, bilişsel bozukluğu olan hastalardan bu konuda endişeli fakat (henüz) bilişsel olarak sorunu olmayan bireylere doğru hedef popülasyonun değişmesini gerektirir. Bununla birlikte mevcut hafıza kliniklerinde bu yeni popülasyonla başa çıkmak için programlar ve protokoller mevcut değildir.

#### Yeni Nesil Hafıza Klinikleri ya da Beyin Sağlığı Hizmetleri

Altomare ve ark. Avrupa Birliği için yukarıda tanımlanan çerçevede benzer “yeni durum ve yeni ihtiyaçlar” tespiti yaptıktan sonra bu yeni ortaya çıkan talebe uygun hizmeti sunabilecek “Beyin Sağlığı Hizmetleri” (BSH) adı altında yeni bir yapının organizasyonunu önermektedirler. Son olarak da bu yaklaşımın Avrupa Birliği çalışma grubunun önerileri hâline getirildiğini görüyoruz. Bu önerilere göre BSH'nin dört ana misyonu şunlardır; I) Demans risk profili oluşturma, II) Demans riski iletişimi, III) Demans riskini azaltma (birincil ve ikincil önleme) ve IV) Bilişsel güçlendirme (7, 17).

**Demans risk profili oluşturma:** Amaç bu polikliniğe başvuranların bunama risk ihtimallerini ve bu riskin hangi ana faktörleri (APOe4 aleli gibi genetik, Toksik madde maruziyeti gibi çevresel ya da obezite vb. gibi) ihtiva ettiğini belirlemektir. Bunun için geliştirilmiş Kardiyovasküler Risk Faktörleri, Yaşlanma ve Demans İnsidansı (CAIDE) Demans Risk Skoru (18); Kısa Demans Tarama Göstergesi (19) Avustralya Ulusal Üniversitesi Alzheimer Hastalığı Risk İndeksi (20, 21) gibi birtakım ölçekler vardır. Bu tür ölçekler risk belirleme amaçlı kullanılabilir. Bu ölçeklerden bir kısmı kan tetkikleri, ApoE aleli tespiti vb. gibi biyolojik ölçümleri de içermektedir. Bu amaç çerçevesinde riskler koru-

yucu faktörlerle birlikte yorumlanarak kişinin spesifik riskini katmanlara (örn. takip eden 5, 10 veya 15 yıl içinde olası demans riski) göre belirlemek hedeflenebilir. Bu ölçüklerin bir kısmının bu meseleye bir hazırlık olarak ülkemizde yapılan çalışmalarda da kullanıldığını görmekteyiz (22). Ayrıca bu konuda nörodejeneratif sürecin erken evrede biyolojik olarak ortaya konulmasını sağlayan BOS incelemesi, PET vb. gibi yukarıda sayılanlardan daha kolay uygulanabilir ve ucuz EEG, fNIRS vb. gibi biomarkerlar ortaya koyma çalışmaları da sürmektedir (23, 24). Örneğin yakınlarda İngiltere’de 19.415 kişinin katıldığı ve “human connectom” verilerinin kullandığı bir çalışmada alkol kullanımı, sigara içme, diyet, fiziksel aktivite miktarları, boş zaman aktivitesi ve cep telefonu kullanımının birleşik ve ayrı yaşam tarzı risk ölçümlerinden elde edilen kombine yaşam tarzı risk puanları hesaplandı. Ayrıca bu risklerin yukarıda bahsedilen biyolojik ölçümlerden biri olan fMR da tüm beyinde daha düşük fonksiyonel bağlantılılık ile olan ilişkisi ortaya konuldu (25). Burada bizim ülkemiz için bir fırsat parantezi açalım, e-nabız gibi boylamsal tıbbi veriyi ulusal boyutta biriktiren bu tür veritabanları bu bakımdan çok yararlı olabilirler. Risk belirlemenin diğer tarafını ise belki pozitif yön olarak da tanımlayabileceğimiz “bilişsel rezerv” kavramı oluşturmaktadır (26). Bu kavram kabaca kişinin nörodejeneratif patolojik süreçlere biyolojik olarak maruz kalmış olmasına karşın bir şekilde direnmesi ve klinik olarak demans oluşturmamasını destekleyen faktörler anlamına gelmektedir. En iyi bilinenlerinden biri temel demanstan koruyucu faktörlerden biri olan yüksek eğitimidir. Bu “rezerv” hem biyolojik hem çevresel hem de fonksiyonel pek çok farklı marker ortaya koymak amaçlı incelenmektedir ve alan giderek bizim de dâhil olduğumuz çok yoğun ve güncel araştırma alanı hâline gelmektedir. Bu kanımızca AB’nin bahsedilen tespitlerinde eksik bırakılan kısmı oluşturmaktadır.

**Demans risk iletişimi:** Sonuç olarak demans riskinin hizmeti talep eden kişilere açıklanması bu hizmetin doğal sonucudur. Aslında henüz sağlıklı olan bir insana gelecekte kendisini demans gibi çok ürkütücü bir hastalığın beklediğini açıklamak pek çok açıdan önemlidir ve gerekirse psikolojik danışmanlık, etik vb. uzman danışmanlığı sağlanmasını içermelidir. Bu alanda sorunlu pek çok

nokta söz konusudur. Temel olarak bu açıklamada başvuranın kültürel, toplumsal ve ekonomik geçmişi, inanç sistemi ve beklentileri dikkate alınmalıdır. Ayrıca riskin başvuranların ailelerine ve diğer ilgililere (örneğin sağlık sigortaları, işverenler) iletilmesiyle ilgili etik ve yasal düzenlemeler henüz ortada yoktur. Burada da olayın pozitif yönü riski azaltmak/kaçınmak için gereken günlük yaşamı yeniden düzenlemek ve risk faktörlerini modifiye etmek için gereken motivasyonun bu çerçevede sağlanabileceğidir.

**Demans riskini azaltma:** Risk altındaki bireylerde uzun vadeli bilişsel gerileme veya bunama başlangıcı olasılığını azaltmayı veya geciktirmeyi amaçlar. Bu konuda bilişsel egzersizler, beslenmenin düzenlenmesi, hayat tarzı değişikliği, fiziksel egzersiz, birtakım suplementlerin kullanımı, nöromodülasyon yöntemleri vb. pek çok alanda bu uygulamaların etkinliğini gösteren araştırma mevcuttur. Son 10 yıldır popüler olan ve toplumsal bazda uygulanan çok alanlı müdahalelerle (bilişsel egzersizler, beslenmenin düzenlenmesi, hayat tarzı değişikliği, fiziksel egzersiz vb. birlikte uygulanması) ilgili tüm randomize denemeler arasında, yalnızca FINGER çalışması deney grubunun katılımcılarında kontrollere kıyasla daha fazla bilişsel gelişme saptamıştır. (27). Bu alanda eksiklikler de gözden geçirilerek yeni çalışmalar hızla devam etmektedir. Bunlar bazı ülkelerde yaşlı nüfusta bilişsel sağlığın korunması için politika geliştirme amaçlı kullanılmaktadır. Bunların yanı sıra vasküler risk, obezite vb. morbiditelerin izlenmesi ve kontrolü önemlidir. Etkili demans risk azaltma müdahalesinin uygulanması için bir ön koşul olarak duyuşsal (işitme kaybı vb.) bozukluğun veya duyuşsal bozuklukların (örneğin kaygı veya depresyon) düzeltilmesi önemlidir. Ancak daha önemlisi ve yine son yılların popüler araştırma konusu bu risklerin özellikle biyolojik, genetik yatkınlık çerçevesinde bireysel olarak belirlenmesi ve modifiye edilmeye çalışılmasıdır.

**Bilişsel geliştirme:** Bu kapsamda bahis konusu olan müdahaleler bireyin performansını ve yeteneklerini geliştirmeyi amaçlar. Bu yolla bilişsel rezervin kuvvetlendirilmesi ve nörodejeneratif sürecin direncin artırılması, sürecin geciktirilmesi amaçlanır. Bilişsel güçlendirme müdahaleleri arasında bilişsel rehabilitasyon, non-invaziv beyin stimülasyonu (NIBS) ve bilişsel güçlendirici ilaçlar

yer alır. Non-invaziv beyin stimülasyonu beyin networklerini beyne doğrudan bir müdahale olmaksızın kafatası üzerinden düzenlemeyi hedefleyen Transkranial Magnetik Stimülasyon (TMS) ve transkranial direk akım uyarımı (tDCS) gibi yöntemlerdir. Bu yöntemler günümüzde depresyon, obsesif bozukluk, migren, vb. gibi nöropsikiyatrik hastalıklarda uygulama için FDA onayı almışlardır ve pek çok başka alanda tedavide A sınıfı bilimsel kanıt oluşturabilecek düzeye ulaşmışlardır. Örneğin tDCS kafatası üzerinden zayıf bir elektrik akımı geçirerek bozulmuş fonksiyonel beyin networklerinin yeniden düzenlenmesini hedefler. Ciddi yan etkisi olmayan, evde uygulama olanakları araştırılan, kolay ve ucuz bir yöntemdir. Bilişsel rehabilitasyon ile birlikte uygulanan tDCS gibi non-invaziv nöromodülasyon yöntemleri bu alanda giderek öne çıkmaktadır (28, 29). Bu yöntemler içinde temel sorun bireyselleştirilmiş düzeyde etkinlik sorunudur. Bu tedaviler gelecekte çok önemli hâle gelecek gibi görünmektedir. Bu gibi aslında yüksek teknolojiye dayanmayan cihazların yerli üretimi bu alanda araştırmaların cihazlar ile birlikte gelişerek ilerlemesi bakımından ülke için stratejik önemdedir.

## Sonuç

Makale süresince anlattığımız “Beyin Sağlığı Hizmetleri” ya da yeni tip hafıza polikliniklerine yüklenen görevler; yani risk belirleme, demans riskini azaltma, bilişsel geliştirme, hatta risk iletişimi hakkındaki bilgilerimiz yeterli değildir. Tıpkı önceki nesil hafıza polikliniklerinde olduğu gibi, bu kez “muhafaza” işlevi de olacak yeni hafıza kliniklerinin bir yandan da araştırmaları sürdürme ve bu alandaki bilgilerimizi geliştirme gibi bir işlevi olacağı hatta bu işlevin öncelikli olabileceği muhakkaktır. Bu poliklinikler iyi organize edilebilir ve e-nabız gibi çok özel veri toplama sistemleri ile ilişkilendirilebilirse, yerli firmaların üniversite ve araştırmacılar ile birlikte çalışabilmeleri sağlanabilirse ve hepsinden önemlisi bunların yapılabilmesi için siyasi otorite desteği sağlanabilirse gerçek riskler ve gerçek risk azaltıcı önlemler hakkında sıradan çalışmaların çok ötesinde bilgi verici bir kohort oluşumu sağlanabilir. Böylece yaşlı insanlarımız için yüz güldürücü sonuçlar elde edilebilir. Bu bilginin ülkemiz açısından da stratejik önemi belki başka bir yazının konusu olabilir. Bu tür bir hizmet sunumuna

yönelik çalışmaların yukarıda kısaca bahsedilen ciddi düzeyde etik ve yasal henüz belirlenmemiş alanlar ile ilgili olacağını vurgulamak kanımızca çok önemlidir. Ancak bu aynı zamanda çözümlerin üretilmesine katkı sağlayacak fırsatları da içermektedir doğal olarak. Üstelik bu tür hizmet, teknoloji, tedavi vb. ithal edildiğinde olduğu gibi her zaman üzerimize uymayan etik kuralları ve yasal düzenlemeleri de beraberinde ithal etmeden kendi kültürümüze uygun olarak bu normları kendimiz geliştirme imkânına da sahip olabiliriz.

Tüm bunlar gösteriyor ki, Sağlık Bakanlığı gibi bir merkezi otoritenin bu konuyu tüm boyutlarıyla ele alması, planlama ve yönetimini yapması, ortaya çıkan nüfus ve sağlık değişimlerine uyum sağlamak ve sorunlara karşı ön almak bakımından son derece önemlidir.

## Kaynaklar

1) World Health Organization. *World report on ageing and health*. World Health Organization 2015.

2) Hanoğlu, L., *Yaşlanan Nüfus ve Nörodejeneratif Hastalıklar. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi* 2018 48;22-23 <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/563/Yaslanan-nufus-ve-norodejeneratif-hastaliklar.aspx>

3) TÜİK İstatistiklerle Yaşlı Popülasyonu 18.03.2019 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2018-30699#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Ya%C5%9F%C4%B1%20n%C3%BCfus%20olarak%20kabul%20edilen,8%2C8'e%20y%C3%BCkeldi>

4) <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2023>

5) Santiago, J. A., & Potashkin, J. A. *The impact of disease comorbidities in Alzheimer's disease*. *Frontiers in aging neuroscience*, 2021; 13, 631770.

6) Saunders, S., Gregory, S., Clement, M. H., Birck, C., Geyten, S. V. D., & Ritchie, C. W. *The European Prevention of Alzheimer's Dementia Programme: An Innovative Medicines Initiative-funded partnership to facilitate secondary prevention of Alzheimer's disease dementia*. *Frontiers in Neurology*, 2022; 2603.

7) Altomare, D., Molinuevo, J.L., Ritchie, C., Ribaldi, F., Carrera, E., Dubois, B., Jessen, F., McWhirter, L., Scheltens, P., van der Flier, W.M., Vellas, B., Démonet, J.F., Frisoni, G.B.; European Task Force for Brain Health Services. *Brain Health Services: organization, structure, and challenges for implementation. A user manual for Brain Health Services-part 1 of 6*. *Alzheimers Res Ther*. 2021 Oct 11;13(1):168. doi: 10.1186/s13195-021-00827-2. PMID: 34635163; PMCID: PMC8507194.

8) WHO *I Dementia: a public health priority*. [https://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/). Accessed 27 Dec 2020.

9) Roehr, S., Pabst, A., Luck, T., Riedel-Heller, S.G. *Is dementia incidence declining in high-income countries? A systematic review and meta-analysis*. *Clin Epidemiol*. 2018;10:1233-47.

10) van der Flier WM, Scheltens P. *Amsterdam Dementia Cohort: Performing Research to Optimize Care*. *J Alzheimers Dis*. 2018;62(3):1091-1111. doi: 10.3233/JAD-170850. PMID: 29562540; PMCID: PMC5870023.

11) <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/treatments/lecanemab-leqembi>

12) Yuksel, J.M., Noviaskey, J., Britton, S., Aducanumab for Alzheimer's Disease: Summarized Data from Emerge, Engage, and Prime Studies. *Sr Care Pharm*. 2022 Aug 1;37(8):329-334. doi: 10.4140/TCP.n.2022.329. PMID: 35879846.

13) Cummings, J., Zhou, Y., Lee, G., Zhong, K., Fonseca, J., Cheng, F., *Alzheimer's disease drug development pipeline: 2023*. *Alzheimers Dement (N Y)*. 2023 May 25;9(2):e12385. doi: 10.1002/trc2.12385. Erratum in: *Alzheimers Dement (N Y)*. 2023 Jun 28;9(2):e12407. PMID: 37251912; PMCID: PMC10210334.

14) McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., Stadlan, E.M., *Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease*. *Neurology*. 1984 Jul;34(7):939-44. doi: 10.1212/wnl.34.7.939. PMID: 6610841.

15) Jack, C.R., Jr, Bennett, D.A., Blennow, K., Carrillo, M.C., Dunn, B., Haeberlein, S.B., Holtzman, D.M., Jagust, W., Jessen, F., Karlawish, J., Liu, E., Molinuevo, J.L., Montine, T., Phelps, C., Rankin, K.P., Rowe, C.C., Scheltens, P., Siemers, E., Snyder, H.M., Sperling, R., Contributors. *NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease*. *Alzheimers Dement*. 2018 Apr;14(4):535-562. doi: 10.1016/j.jalz.2018.02.018. PMID: 29653606; PMCID: PMC5958625.

16) Slot, R.E.R., Sikkes, S.A.M., Berkhof, J., Brodaty, H., Buckley, R., Cavedo, E., et al. *Subjective cognitive decline and rates of incident Alzheimer's disease and non-Alzheimer's disease dementia*. *Alzheimers Dement*. 2019;15(3):465-76. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.10.003>.

17) Frisoni, G.B., Altomare, D., Ribaldi, F., Villain, N., Brayne, C., Mukadam, N., Abramowicz, M., Barkhof, F., Berthier, M., Bieler-Aeschlimann, M., Blennow, K., Brioschi Guevara, A., Carrera, E., Chételat, G., Csajka, C., Démonet, J.F., Dodich, A., Garibotto, V., Georges, J., Hurst, S., Jessen, F., Kivipelto, M., Llewellyn, D.J., McWhirter, L., Milne, R., Mingüillón, C., Miniussi, C., Molinuevo, J.L., Nilsson, P.M., Noyce, A., Ranson, J.M., Grau-Rivera, O., Schott, J.M., Solomon, A., Stephen, R., van der Flier, W., van Duijn, C., Vellas, B., Visser, L.N.C., Cummings, J.L., Scheltens, P., Ritchie, C., Dubois, B., *Dementia prevention in memory clinics: recommendations from the European task force for brain health services*. *Lancet Reg Health Eur*. 2023; Jan 31;26:100576. doi: 10.1016/j.lanepe.2022.100576. PMID: 36895446; PMCID: PMC9989648.

18) Kivipelto, M., Ngandu, T., Laatikainen, T., Winblad, B., Soininen, H., Tuomilehto, J., *Risk score for the prediction of dementia risk in 20 years among middle aged people: a longitudinal, population-based study*. *Lancet Neurol*. 2006;5(9):735-741. doi: 10.1016/S1474-4422(06)70537-3.

19) Barnes, D.E., et al. *Development and validation of a brief dementia screening indicator for primary care*. *Alzheimers Dement*. 2014;10:656-665.e1. doi: 10.1016/j.jalz.2013.11.006.

20) Anstey, K.J., Cherbuin, N., Herath, P.M., *Development of a new method for assessing global risk of Alzheimer's disease for use in population health approaches to prevention*. *Prev Sci*. 2013;14(4):411-421. doi: 10.1007/s1121-012-0313-2.

21) Anstey, K.J., Cherbuin, N., Herath, P.M., Qiu, C., Kuller, L.H., Lopez, O.L., Wilson, R.S., Fratiglioni, L., *A self-report risk index to predict occurrence of dementia in three independent cohorts of older adults: the ANU-ADRI*. *Plos One*. 2014;9(1):e86141. doi: 10.1371/journal.pone.0086141.

22) Alpaslan, F., *Sağlıklı yaşlı bireylerde bilişsel profilin Caide demans risk puanları ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi 2022 İstanbul Medipol Üniversitesi Bilişsel Rehabilitasyon ABD*.

23) Keles, H.O., Karakulak, E.Z., Hanoglu, L., Omurtag, A., *Screening for Alzheimer's disease using prefrontal resting-state functional near-infrared spectroscopy*. *Front Hum Neurosci*. 2022 Nov 28;16:1061668. doi: 10.3389/fnhum.2022.1061668. PMID: 36518566; PMCID: PMC9742284.

24) Babiloni, C., Del Percio, C., Lizio, R., Noce, G., Cordone, S., Lopez, S., Soricelli, A., Ferri, R., Pascarelli, M.T., Nobili, F., Amaldi, D., Aarsland, D., Orzi, F., Buttinelli, C., Giubilei, F., Onofri, M., Stocchi, F., Stirpe, P., Fuhr, P., Gschwandtner, U., Ransmayr, G., Caravias, G., Gam, H., Sorpresi, F., Pievani, M., Frisoni, G.B., D'Antonio, F., De Lena, C., Güntekin, B., Hanoğlu, L., Başar, E., Yener, G., Emek-Savaş, D.D., Triggiani, A.I., Franciotti, R., De Pandis, M.F., Bonanni, L., *Abnormalities of cortical neural synchronization mechanisms in patients with dementia due to Alzheimer's and Lewy body diseases: an EEG study*. *Neurobiol Aging*. 2017 Jul;55:143-158. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2017.03.030. Epub 2017 Apr 5. PMID: 28454845.

25) Rolls, E.T., Feng, R., Feng, J., *Lifestyle risks associated with brain functional connectivity and structure*. *Hum Brain Mapp*. 2023 Apr 15;44(6):2479-2492. doi: 10.1002/hbm.26225. Epub 2023 Feb 17. PMID: 36799566; PMCID: PMC10028639.

26) Mızrak, H.G., *Alzheimer hastalarındaki hemisferik asimetrisinin dinlenim durumunda fNIRS yöntemi ile incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi 2022 İstanbul Medipol Üniversitesi Anatomi ABD*.

27) Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Lëvälähti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., Soininen, H., Kivipelto, M., *A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial*. *Lancet*. 2015;385(9984):2255-2263. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00461-5.

28) Brioschi, Guevara A., Bieler, M., Altomare, D., Berthier, M., Csajka, C., Dautricourt, S., Démonet, J.F., Dodich, A., Frisoni, G.B., Miniussi, C., Molinuevo, J.L., Ribaldi, F., Scheltens, P., Chételat, G., *Protocols for cognitive enhancement. A user manual for Brain Health Services - Part 5 of 6*. *Alzheimer's Research & Therapy*. 2021.

29) Hanoğlu, L., Veliöğlu, H.A., Hanoğlu, T., Yuluğ, B., *Neuroimaging-Guided Transcranial Magnetic and Direct Current Stimulation in MCI: Toward an Individual, Effective and Disease-Modifying Treatment*. *Clin EEG Neurosci*. 2023 Jan;54(1):82-90. doi: 10.1177/15500594211052815. Epub 2021 Nov 9. PMID: 34751037.

# Sağlık sektöründe AR-GE/İnovasyon firması kurmanın önemi ve zorlukları

## Dr. Selahaddin Semiz



1962 yılında Sivas, Gürün'de doğdu. 1985 yılında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. Kırşehir, Kaman'da mecburi hizmetini, GATA-Ankara Hastanesinde askerlik hizmetini, İstanbul Haseki Hastanesi Radyoloji Kliniğinde ihtisasını tamamladı. Hekimlik hayatı boyunca birçok STK'da aktif görev aldı. Deprem, sel ve tsunami sonrası Endonezya-Ace, Pakistan-Keşmir ve Pakistan-Pencap bölgelerinde, Sudan ve Nijer'de sağlık gönüllüsü olarak çalışmalara katıldı. Afiyet Hastanesi, Afiyet OSGB, Biomekatronik Şirketinin Ortağı ve Biomedikal AR-GE Kooperatifi Başkanı'dır. Hâlen Özel Afiyet Hastanesinde radyoloji uzmanı ve başhekim olarak çalışan Dr. Semiz, Kutupıldızı Sağlık Gönüllüleri Derneği Başkan Yardımcısıdır.

**S**ağımızdasağlıksektöründe yaşanan önemli gelişmelere tıbbi cihaz teknolojisinin hızlı ilerleyişi öncülük etmektedir. Hastalıkların teşhis ve tedavisinde tıbbi cihazların sağladığı katkı, tıbbi gelişmelerin yönünü belirlemektedir. Günümüzde hastaların tedavi tercihlerini önemli ölçüde etkileyen tıbbi cihaz teknolojisi, bu teknolojiye sahip olan ve olmayan sağlık kuruluşları ve ülkeler arasında da rekabet çitasını oldukça yükseltmiştir. Gittikçe küreselleşen dünyada tıbbi cihaz teknolojilerine öncelik vererek AR-GE yatırımlarının önemli bir kısmını bu sektöre ayıran ülkeler, ekonomilerine de yön vererek gelişmişlik düzeylerini artırmaktadırlar.

Ülkemizde tıbbi uygulama ve tedavilerdeki gelişme maalesef hâlen ithal teknoloji cihazları ve ilaçlarla sağlanıyor. Tıbbi teknoloji ve ilaç konusunda ülkemizin dışa bağımlılığı yaklaşık %85-90 seviyesindedir. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu son 10 yılda ilaç için dışarıya 60 milyar dolar harcadığını, yüzde 85 de tıbbi cihazda cari açık bulunduğunu belirtmiştir

(1). Tıbbi cihaz ve ilaç sektörünün Türkiye'deki durumu son yıllarda gelişme gösterse de üretim ile iç talebin karşılanabilirliği istenilen seviyenin çok uzağındadır.

Hastalıkların daha hızlı şekilde teşhis edilebilmesi, gelişen teknoloji ile mümkün olmaktadır. Hastalıkların teşhis ve tedavisi ile ilgili olarak yaşanan gelişmeler en çok tıbbi cihaz, KİT, aşı ve ilaç alanlarında görülmektedir. Bu iki kategori sağlık sektörünün harcamalarının büyük kısmını oluşturmaktadır.

Tıbbi cihazlar Türkiye'de henüz çok yeni bir endüstri koludur ve gelişim göstermeye çalışmaktadır. Dünyadaki yapıya paralel olarak ilerlemesi gereken sektör, ülkemizde maalesef teknolojik gelişmeleri geriden takip etmektedir. En önemli nedeni de tıbbi cihaz üretimindeki zorlukların sanayicinin bu alandan uzak durmasına neden olmasıdır.

Bu zorluk ve engellerden bazıları; yönetmeliklerin sıkça değişiyor olması, yetişmiş insan kaynağının çok az olması, belgelendirme süreçlerinin çok uzun ve maliyetli olması, yeni teknolo-

jilerin yerelde üretilmiyor olması, ham madde tedarikinin dövizle bağlı olması, üniversite ve kamu hastanelerinin ödeme vadelerinin çok uzun olması gibi sorunlardır. Bu sorunlar nedeniyle sektördeki firmalar üretime yatırım yapmak yerine ticari faaliyetlerini devam ettirebilmek için başka türlü çözümler aramaktadır. Bu durum dışa bağımlılığı da artırmaktadır (2).

## AR-GE/İnovasyon Şirketleri-Üniversite/Sanayi İş Birliği

Dünyadaki, sanayi alanındaki gelişmeler, yeni tedavi ihtiyaçları, ortalama yaşın ve nüfusun artması ve refah düzeyinin yükselmesi ile ülkemizdeki tıbbi ihtiyaçlar da doğru orantılı şekilde artmaktadır. Günümüzde teknolojik imkânların artışı ve bilgiye daha kolay bir şekilde erişilebiliyor oluşu AR-GE ve inovasyona yönelmemizi kolaylaştırmaktadır. Bu da sağlık alanındaki yenilikleri beraberinde getirmektedir.

Tıbbi cihazların ve medikal ürünlerin gelişmelerini destekleyecek bir model olarak AR-GE/İnovasyon şirketleri ile üniversite ve sanayi iş birliklerinin

artırılması önemlidir. Üniversiteler ile yapılan çalışmalar sayesinde AR-GE/İnovasyon alanında gelişme gösteren ve teknoloji geliştirmekte fark ve katma değer oluşturan üretim kolları söz konusu olmaktadır. Böylece, tıbbi cihaz ve medikal ürün üretimi konusunda faaliyet gösteren sanayi kuruluşlarının, üniversitelerin teknolojik potansiyeli ile birleşmesi gereklidir.

Tıbbi Cihaz AR-GE/İnovasyon kooperatifi ile Üniversite/Teknopark iş birliğinin bir hedefi de AR-GE ve inovatif teknoloji yeniliklerin artırılması amacıyla yerli ve yabancı, çok sayıda nitelikli araştırmacı temin edilmesidir. Öncelikli alanlar belirlenerek, temel araştırma programları oluşturulması hem yerel hem de yabancı özel sektörün desteği alınarak, yakın bir iş birliği ile akredite araştırma, test ve ölçüm merkezleri gibi konularda hızlı bir gelişme sağlanması hedeflenmektedir.

Dünyadaki tıbbi cihaz sektörü çok dinamik ve çok hızlı gelişmektedir. Daha 100 yıl önce dünyada tıbbi cihaz çeşidi 100 iken günümüzde 300 bini aşmıştır. Yeni hastalıklar ortaya çıktıkça ve yeni tedavi yöntemleri geliştirildikçe tıbbi cihaz çeşidi de artmaktadır. Her yıl ortalama 100 kadar yeni cihaz piyasaya sunulmaktadır. Ancak, ülkemizde bu alandaki üretimin yüksek katma değerli veya yüksek teknolojlü ürünlerden oluştuğunu söylemek mümkün değildir çünkü yüksek katma değerli tıbbi cihazlar üretebilmek için AR-GE/İnovasyona yatırım yapılmamaktadır (3).

Sayıları sınırlı olsa da bazı tıbbi ürünler yerelde üretilmektedir. Hastane demirbaşları, tıbbi tekstil ürünleri, bazı diş hekimliği malzemeleri, cerrahi el aletleri, ortopedik ve spinal cerrahi implantları, solunum cihazları, enjektörler, sterilizasyon cihazları, medikal gaz sistemleri, elastik bandajlar, hasta yatakları ve santrifüjler ülkemizde üretilen tıbbi ürünlerden bazılarıdır. Üreticilerin çoğu İstanbul, Ankara, İzmir ve Samsun'dadır. Özellikle Samsun, cerrahi el aletleri ve implant üretiminde önde gelmektedir. Fiyat ve kalite açısından dünyayla rekabet edebilecek düzeydedir (5).

Dünya genelinde tıbbi cihaz sektöründe faaliyet gösteren üreticiler, işletme gelirlerinin yüzde 8'lik kısmını teknolojik gelişmelere ve AR-GE faaliyetlerine ayırırken, bu oran ülkemizde

sadece yüzde 0,8'dir. Birçok sanayici ve işletmecisi, sektörler arası birliklerin kurulmadığından ve üniversiteler ile sanayi arasındaki ortaklıkların istenilen düzeyde olmadığından şikâyetçidir. Gerçekten de ülkemizin gelişmiş bir ülke ekonomisine sahip olabilmesi için tıbbi cihaz sektöründe teknoloji üreten bir ülke olmamız ve dışa bağımlılığımızı bir an önce azaltmamız gerekmektedir (4).

### **Türkiye'de AR-GE/İnovasyon Firması ve AR-GE Kooperatifi Kurmak**

Sağlık sektöründe çalışan bir hekim olarak mesleğimizi icra ederken bir yandan da hekim arkadaşlarla birlikte ülkemiz için bazı katma değer üretecek projeler konusunda hep düşüncelerimiz olmuştur. Gerek sivil toplum teşkilatlarında gerekse bilimsel toplantılarda gündemimizdeki en önemli konulardan biri de Türkiye'de sağlık sektörünün durumu ve problemlerin çözümü için yapılması gerekenler oluyordu.

Özellikle son yıllarda yapılan 'Sağlık Dönüşüm Programı' ile sağlık sisteminin birçok problemi çözümlenirken sağlıkta hizmet kalitesi ve standardı bir hayli yükselmişti. Hekimler olarak biz bu başarıya sevinirken ülkemizdeki sağlık kuruluşlarında kullanılan tıbbi cihazların yaklaşık % 85-90'dan fazlasının dışarıdan ithal edilmesine çok üzülüyorduk.

Her Türk aydınının gönlünde yatan aslandan birisi de ülkesine yeni bir teknoloji kazandırmak, yapılmayan bir şeyi yaparak ülkesine hizmet etmektir. 2008 yılında bir toplantı sonrası beş hekim arkadaş üreteceğimiz otoanalizör ile ülkemiz adına katılacağımız uluslararası tıbbi cihaz fuarının heyecanı ile bir AR-GE/İnovasyon şirketi kurmaya karar verdik.

İlk adım olarak yeni bir şirket kurmak yerine ekibimizdeki biyokimya uzmanı olan Dr. Kadri Dönmez'in bazı laboratuvar cihazları ve kitleri üreten şirketine ortak olduk. Ekibimize bu şirketi geliştirerek devam ettirmek ve ileride biyokimya testleri çalışan otoanalizör yapmak düşüncesi daha makul geldi. Biomekatronik şirketimiz böylece kurulmuş oldu ve Bayrampaşa'da bir atölyede çalışmaya başladık.

2011 yılında Biyoteknoloji ve Mekatronik Derneğini ve birkaç AR-GE/İnovasyon şirketlerini bir araya getirerek, 'Tıbbi ve Sıhhi Malzeme İmalatı Yapı Kooperatifi'ni kurduk. Daha sonra kurulan AR-GE kooperatifi yönetmeliği çıkınca 2017 yılında bu kez 'Biyomedikal Kümelenme AR-GE Kooperatifi'ni kurduk. Bu sayede Biyomedikal AR-GE şirketlerinin kümelenmesini sağlamak, ortak kullanım laboratuvarları ve proje alanları kurmak yoluyla biyomedikal sektörde ihtisaslaşmayı ve inovasyona katkı sağlamayı hedefliyorduk.

İlk dönemlerimizde inovatif projelerimizin onaylanması ile TÜBİTAK proje desteklerini alarak hem yapacağımız cihazların temel malzemelerini alıyor hem de yeni araştırmacılar istihdam ederek çalışmamızı geliştireyorduk. Projeler yapılıyor, TÜBİTAK ve denetim ekibinin onayından geçiyor, atölyede uygulamalar yapılıyor ve inovatif ürünler ortaya çıkıyordu. Fakat ürettiğiniz teknoloji transferi/inovatif proje olarak yapılan cihaz veya orijinal AR-GE ürünü cihazlar proje desteği almasına rağmen satış ve pazarlama safhasında piyasaya girmekte epeyce zorlanıyorduk.

Zaten piyasada var olan meşhur medikal cihaz üreten yabancı firmalar ve onların yerli bayileri yılların tecrübesi ve bağlantıları ile bizi diskalifiye etmeyi kolayca başarıyorlardı. İhale sözleşmelerinde yerli firmalar lehine kısmi iyileştirmeler-avantajlar olsa bile bu maddeleri geçersiz kılan başka maddelerle yerli firma ve üreticiler kolayca saf dışı bırakılıyordu.

Mevcut piyasa şartlarında ürettiğiniz cihaz modeli gerekli fonksiyonları yerine getirirse ve ihale şartlarına uygun olsa bile başka bahanelerle ihaleden eleniyordu. Bahaneler her defasında değişiyordu. Ya diğer firmaların son model cihazlarından bir veya iki fonksiyon bakımından eksik olması, ya da ihale için gerekli ödeme ve finansmanın ancak güçlü finans yapısı olan firmalarca karşılanabilecek olması veya ihale zamanına yetişecek seri üretim ve cihaz stokunun olmaması gibi yerli AR-GE firmalarının yapamayacağı şartlar ileri sürülüyordu. Tabii ilgili çevreler bu maddelere dayanarak kendini dürüstlük ve milliyetçilik nutukları ile atarak ne kadar haklı olduklarını ileri sürebiliyorlardı.

Sadece Türkiye çapında yapılan tarama testleri için merkezi ihalede yaşadıklarımızı anlatmak bu konuda yeterli fikir verir sanırım. Merkezi olarak yapılan tarama testleri ihalesine yerli üretim yapan bir firma olarak daha gelişmiş teknoloji ve daha uygun fiyatla teklif vermiştik. İlk sene ihale şartnamesine 'ihaleyi alan firmanın tüm Türkiye çapında cihaz ve ürün yerleşimini 1 ay içerisinde yaparak işe başlamasını şart koşmuşlardı. Türkiye çapında bu kadar yaygın yapılan taramada 1 ay içerisinde gerekli cihaz ve kit stoku talebini karşılayabilecek olan firma, ancak bu çalışmayı hâlâ yapmakta olan bir firmadan başkası olamazdı.

İtirazlarımız üzerine bu madde ertesi sene daha uygun hâle getirilirken bu defa tarama testlerine yeni bir kalımsal hastalık için ek bir kit üretimi ve kullanımını şart koşuyorlardı. Bu kit üretimi ve kullanımı için en az bir yıllık süreye ihtiyaç vardı. Bu nedenle bu şartı ancak bu konuda hazırlığı olan bir firma yapabiliirdi.

Bunun gibi pek çok devlet ve kurum ihalesi adrese teslim olarak hazırlanmakta ve yerli AR-GE/teknoloji transferi firmaları kolayca saf dışı edilmekteydi. Araştırdıkça gördük ki bütün yerli firmaların ürettiği cihazların/kitlerin yerli piyasaya satılması konusunda ciddi bir problem, adeta bir ölüm çukuru bulunmaktaydı.

Nihayetinde şunu gördük ki; yerli idealist firmalar, yaptıkları Teknoloji transferi/AR-GE ürünlerini geliştirirken destek almakta fakat ürettikleri cihazı veya kiti piyasaya satamamakta ve bu nedenle adeta bu ölüm çukurunda kaybolup gitmekteydiler.

### **AR-GE/İnovasyon Kooperatifi ve Üniversite ile İş Birliği Maceramız**

Yaşadığımız bütün bu sorunları Üniversite/AR-GE firması/Teknopark yönetimi iş birliği ile aşabileceğimizi düşündük. Ülkemizdeki birçok teknoparkın kiralarının AR-GE/İnovasyon firmaları için yüksek olduğunu, daha çok bilgisayar yazılım firması ve büyük firmaların AR-GE/İnovasyon merkezlerine uygun olduğunu gördük.

Halbuki gelişmiş ülkelerde teknoparklar, yapılan AR-GE/İnovasyon projelerine ortaklık yoluyla gelir elde eder; hem

akademisyenler çalışmalarını hayata geçirir ve uygular hem de AR-GE firmalarının üretim ve teknoloji transferinde yardımcı olurlar. Bizim teknoparkların da bu anlayışla çalışması gerekiyor diye düşünüyorduk.

İşte o arayış günlerimizde bir üniversitemizle birlikte Biyomedikal Teknoloji Transfer Merkezi ve Teknopark kurma çalışmamız oldu. Üniversitenin ana kampüsünden uzakta yaklaşık 30 km mesafede milli emlak tarafından üniversiteye tahsis edilmiş eski bir belediye başkanlık ve hizmet binası vardı. Üniversite yönetimi ile görüşmelerimizde teknoloji transfer merkezi ve AR-GE merkezi kurmak istediğimizi, birlikte iş birliği yapmamızın uygun olacağını söylediğimizde bize binayı bu amaçla değerlendirebileceğimizi söylediler.

Hedefimiz Biyomedikal AR-GE kooperatifi ve şirketler olarak üniversite/özel sektör iş birliği ile biyomedikal kümeleme oluşturmak, Biyomedikal ekosistemi yapmak, AR-GE/İnovasyon firmaları bir araya getirerek ortak kullanım laboratuvarları, atölyeleri kurarak üniversitenin Biyomedikal ağırlıklı teknopark altyapısını oluşturmaktır.

Teknopark kurmak ve üniversite-özel sektör iş birliğini sağlamak isteyen bir üniversite için de bu teklifimiz bulunmaz bir fırsattı.

Üniversite yöneticilerinin de onayıyla adeta harabe şeklindeki binayı tadilatını yaparak üç yıl süreyle bilabedel yaptık, daha sonra da uygun kirayla kullanmak kaydıyla anlaşılıp işe koyulduk. Bina yaklaşık 10 yıldır kullanılmadığı için çatısı akıyor, camları kırık, duvarları nemli, içerisi güvercin ve başiboş köpeklerin yuva yaptığı metruk bir hâlde bulunuyordu. İlk iş olarak binanın çatı izolasyonu yapılmalı, camları takılmalı, temizliği yapılmalı, nemlenmiş yerler boyanmalı, kapılar elden geçirilmeli, ısınma ve aydınlanma konusu çözülmeliydi.

İlk başlarda üniversite yönetiminin gayret, teşvik ve anlayışı ile mevcut binanın tadilatı ve kullanılabilir hâle getirilmesi şartıyla üç yıl süreyle Biyomedikal AR-GE kooperatifi ve üyelerine tahsis edildi. Ayrıca teknopark kurulması durumunda paydaşlardan biri de bizim Biyomedikal AR-GE kooperatifimiz olacaktı.

Biyomedikal AR-GE kooperatifimize üye şirketlerin desteği ile tadilat ve tamirat yapıldı. Isınma ve aydınlanma çözüldü. Bu işler yaklaşık 6 ay sürdü. Şirketlerimiz birçok zorluğu göze alarak binaya yerleşti. Biyomedikal AR-GE kooperatifine dâhil 10 şirketten 4'ü teknoloji transfer merkezi olarak kullanacağımız binaya taşındılar. Kooperatife üye olan şirketlerden teknoloji transfer merkezine taşınan ve faaliyet gösteren İSLAB, Biomekatronik Şti., TİBO ve Pragmatika şirketleriydi. Biomekatronik şirketi, otomatik kan grubu test cihazı, inkübatör cihazı, santrifüj cihazı, reader cihazı, otomatik puncher cihazı üretimi yapmaktaydı. İSLAB Şirketi Ürünleri; yenidoğan tarama kitleri, brucella coombs gel test, kan gruplama sistemleri üretmekteydi. Özellikle kan gurubu tayini için bu test kitleri çok önemlidir. Yerli üretim kan gurubu test kitleri olmazsa herhangi bir ihtiyaç anında kan transfüzyonu dahi yapılamayacağından bu konuda kit üretimi hayati öneme sahiptir.

Pragmatika Biyoteknoloji AR-GE şirketi; dünya genelinde az sayıda ülkede üretilebilen ve "stratejik ürün" olarak değerlendirilen panzehir (antiserum) konusunda çalışmalar gerçekleştirmekteydi. Dünyada ilk olarak canlılardan serum elde etmeksizin sentetik olarak ucuz, geniş spektrumlu ve raf ömrü uzun panzehir üretimi yapılmaktaydı.

Bu proje ile tüm ilk yardım kitlerinde bulunması önerilen, akrep, yılan ve kene toksinlerine etkili, özellikle askerlerin kullanımına uygun, soğuk zincir gerektirmeyen yerli sentetik panzehir (antiserum) üretiliyordu. Her ülke böyle bir üretimi öncelikle yerel ihtiyaçlarını karşılamak üzere gerçekleştirmek istemekteydi. Bu orijinal AR-GE ürünü panzehir, ülkemizin ihtiyacının karşılanmasının yanı sıra dünyaya ihraç edilecek çok önemli bir üründü.

İnovatif Biyoteknoloji Organizasyonu şirketi olan TİBO ise çok önemli ve yaygın bir bulaşıcı hastalık olan Tüberkülozun erken tanınması için hızlı TB test kiti ve izlenebilir elektroforez cihazı üretimi yapmaktaydı. Tüberkülozun hâlâ çok yaygın olduğu ülkemizde TBC hızlı test kiti üretimi çok önemli bir AR-GE ve inovasyon başkasıydı.

## Üniversite/AR-GE/İnovasyon İş Birliği: Hayaller ve Gerçekler

Üniversite ile anlaştığımız şekilde tadilatını yaptığımız teknoloji transfer merkezi binasına firmalarımızın yerleşmelerinin üzerinden birkaç ay geçmeden teknopark kuruluş kararı geldi. Hedefe bir adım daha yaklaştığımızı düşünerek sevinçle karşıladığımız bu karar bizim aleyhimize oldu. Daha önce bizim de paydaş olacağımızı söylemelerine rağmen üniversite yönetimi herhangi bir ortak ve paydaş almadan tek başına teknopark şirketini kurdu. Bize teselli olarak "Sizinle devam edeceğiz ama teknopark şirketinde üniversite yönetiminden başka ortak olursa idari olarak problemler çıkıyor" dediler.

Üniversite rektörü ve yönetiminin değişmesiyle birlikte teknopark yönetiminin bize karşı tavır ve bakışları da değişti. Adeta bizi teknoparka yerleşmiş işgalciler olarak görmeye, o zamana kadar yapılanları ve emeklerimizi hiçe saymaya başladılar. Üniversite yönetimi bir süre sonra daha önce onaylanan ve üç yıl süreyle kooperatifimize tahsis edilen binada bizden yüksek kiralar istemeye ve bir süre sonra binayı hepten boşaltmamızı talep etmeye başladılar.

Teknopark yönetimi bizden "teknopark yönetim binası olarak kullanmak için binayı boşaltmamızı, binanın çevresinde yap-işlet-devret yöntemi ile atölyeler kurmamızı" istiyorlardı. Biz ise binanın boş olan kısımlarının yönetim ofisleri için yeterli olduğunu, AR-GE kooperatifi ve firmaları olarak iyi bir ekosistem oluşturduğumuzu, bu eko sistemin bozulmaması gerektiğini, AR-GE firmalarının yeni inşaat yapmak için maddi gücünün olmadığını, binanın merkez kampüse uzak olması nedeniyle firmaların bu binaya taşınmayı istemediğini, zaten bu binaya taşınmak için çok fazla tamirat ve tadilat masrafı yapıldığını, bu binada 3-5 yıl devam edilerek daha sonra gelişmelere göre hareket edilmesinin doğru olacağını ifade ettik.

Fakat üniversitenin yeni yönetimi bize karşı önyargılı idi ve tekliflerimize olumsuz bakıyorlardı. Proje ortaklığı, akademisyenlerle birlikte ortak proje geliştirilmesi veya uygun kira ile teknopark oluşturulması için altyapı çalışmalarının yönetim ile yapılması tekliflerimize hep olumsuz cevap verdiler. Hatta bazı üniversite yöneticileri bizim hakkımızda iş-

galci gibi ajite edici ve anlamsız sözler bile sarf ettiler.

Bu tavırlar ve talep karşısında; AR-GE kooperatifi üyesi firmalar her türlü masraf ve emeğimizi heba ederek bin bir emekle hazırladığımız AR-GE/İnovasyon merkezimizden taşınmak zorunda kaldık. Büyük emeklerle bir araya getirdiğimiz firmalar farklı yerlere dağıldı, bazıları iflas ederek faaliyetini durdurdu. Merkez olarak kullandığımız bina yine boş ve metruk hâlde kaldı. İşin hüznü yanı sıra, biz hâlâ Üniversite ve Teknopark yönetiminin hakkımızda açtığı 'işgalci' davasından dolayı yargılanmaya devam ediyoruz.

Bu kadar tecrübeden sonra elde kalan malzemeler ve kırılan ümitler, bozulan morallerle yine de yolumuza devam etmeye çalışıyoruz. İnşallah 2025 hedeflerimize ulaşacak, Türkiye'de ve uluslararası medikal fuarlara katılacak, AR-GE/İnovatif ürünlerimizi üretmeye geliştirmeye devam edeceğiz.

Yaşadığımız bu acı tecrübeden sonra Sağlık Bakanlığının, üniversitelerin, teknoparkların ve onların koordinatör kuruluşu YÖK'ün milli ve yerli projelere destek vermesi gerektiğine dair görüşlerimiz tekrar pekişmiş oldu.

### Sonuç

Tıbbi cihaz, ilaç ve aşı sektörü tüm ülkeler için savunma sanayi gibi stratejik önemde bir alandır. Bir sanayi/teknoloji sektörü olarak düşünüldüğünde, yerli tıbbi cihaz üretiminin daha çok yaygınlaşması ve gelişmelerin yerli imkânlar ile sağlanması hem ülkenin kalkınması hem de sağlık sektörünün hayati önemi açısından son derece önemlidir. Sağlık sektöründe ithalata bağımlılığın azaltılması ülke içinde üretilen tıbbi cihazların kullanılması, bu konuda AR-GE/İnovasyon üretiminin desteklenmesi teknolojik gelişme, katma değer üretimi, teşhis ve tedavinin hızı açısından çok önemlidir. Bu konuda bir eylem planı dahilinde aşağıdaki çalışmalar acilen hayat geçirilmelidir.

**1. Tıbbi cihaz, ilaç ve aşı üretiminde devlet destekli sanayileşme modeline geçilmelidir:** Tıbbi cihaz/kit ve aşı üretimi ile ilgili AR-GE/İnovasyon çalışmaları savunma sanayi gibi stratejik ürün olarak değerlendirilmeli ve yerli üretim çalışmalarını bu anlayışla desteklenmelidir.

**2. Kamu alım garantisi sağlanmalıdır:** Devlet bu firmalara AR-GE/İnovasyon çalışmalarında destek olduğu gibi, satış ve pazarlama konusunda destek olmalı. En doğrusu satın alma garantili projeler desteklenmelidir.

**3. Teknoparkların çalışma prensipleri yenilenmelidir:** Yerli AR-GE/İnovasyon firmalarına yüksek kira beklentisi ile değil, Üniversite/Sanayi/AR-GE iş birliği, proje ortaklığı ve birlikte proje yapmak şeklinde düşünülerek çalışılmalıdır.

**4. CE belgesinde dışa bağımlılık sona erdirilmelidir:** Tıbbi cihaz ve kit üretiminde CE belgesi almak için yurt dışı firmalara mahkûm durumdayız. CE belgesi alabilmek için aylarca beklemek ve yüksek ödemeler yapmak durumunda kalıyoruz. Türkiye'de bu konuda yetkili bir kurum olması zaruridir.

**5. Yeterli ekip ve birikim oluşturulmalıdır:** Tıbbi cihaz/kit ve aşı üretimi, AR-GE/İnovasyon ciddi sermaye, bilgi, tecrübe ve emek gerektiren çalışmalardır. Yeterli ekip ve birikim olmadan yola çıkmak zor bir yolculuğa hazırlıksız çıkmak gibi olmaktadır.

**6. İlaç sektöründe yüksek teknolojiye geçiş sağlanmalıdır:** En az savunma sanayi kadar önemli olan tıbbi cihaz/kit/ilaç sektöründe bilgi birikimini değerlendirerek yüksek teknolojiye geçiş sürecini hızlandırmalıyız.

**7. Yerli firmalara hukuki, bürokratik ve mali destek sağlanmalıdır:** AR-GE/İnovasyon çalışmalarında iyi bir teknik AR-GE/İnovasyon ekibi olmalı ve uzun soluklu birlikteliğe hazır olunmalı. Hukuki, bürokratik ve mali konularda destek sağlanmalıdır.

### Kaynaklar

1- S.B Türkiye ilaç ve tıbbi cihaz kurumu sitesi, 2014

2- Kiper, M. (2018), *Dünyada ve Türkiye'de Tıbbi Cihaz Sektörü ve Strateji Önerisi Analizler ve Strateji Önerisi Çalışma Grubu Koordinatörü ve Editör Mahmut KİPER TTGV, 2018.*

3- Kılıçarslan, M., Takkasız, B. (2019), *Dünyada ve Türkiye'de Tıbbi Cihaz Sektöründe Pazarlamanın Önemi İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 2019.*

4- *Medikal Sektörü Gelecek Araştırması Çalıştayı, 26-27 Şubat 2022.*

5- Özlü C., Ç. (2022), *Ülkemizde Tıbbi Cihaz Sektörü-Hangi Yönde Değişiyor?sesanltd.com.tr (Erişim Tarihi: 10.08.2023).*

# Bir sağlık STK'sı nasıl olmalı?

## Dr. Mevlit Yurtseven



1963 yılında Kayseri, Develi'de doğdu. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu (1987). 1995 yılında KTÜ Tıp Fakültesinde Anestezi ihtisasını tamamladı. Halen SB Lepra Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastanesi Başhekimisi olarak görev yapan Dr. Yurtseven, 2011 yılından beri AID Uluslararası Doktorlar Derneğinin başkanlığını yürütmektedir.

**B**u yazı akademik bir makale değildir ve akademik endişeler taşımamaktadır. 36 yıllık meslek hayatımdan ve son 15 yıldır her seviyede çalıştığım tıbbi yardım alanından tecrübe paylaşımıdır. Okuyucularımdan yazıyı böyle değerlendirmelerini ve okumalarını istiyorum. Ülkemizde insani yardım başlığında sağlık derneği tecrübesi maalesef çok fazla değildir. İnsani yardım yapan birçok dernek, alt başlıklarında sağlık çalışmalarına yönelik oldukları şeklinde açıklanır fakat sadece tıbbi yardıma odaklanmış "sağlık dernekleri" çok az sayıdadır. Konunun daha iyi anlaşılması için insani yardım, STK (NGO), tıbbi yardım, gönüllülük başlıklarının iyi anlaşılması gerekir. Tarihçesinden başlayarak gelişmeleri ve mevcut durumu küresel ölçekte değerlendirip ülke bazında tekrar yorumlamak gerekir. Dolayısıyla bu yazı bir serinin ilk parçası gibi de değerlendirilebilir.

Türkçede yardım tek kelimedir. Yabancı dillerde ise yardım; özellikle İngilizce ve Arapçada çok fazla kelime ile anlatılır. Bu farklılıklar toplum olarak yardımın sürdürülebilir ve kurumsal bir süreç taşıdığından gözden kaçırılmasına neden olmaktadır. Yardım için birçok motivasyon vardır ve bunlar içinde en öncelikli olanı ise hiç kuşkusuz dini motivasyondur.

Humanity (insanlık) kelimesi 17. yüzyıl sonlarında ortaya çıkmıştır. İnsani (Humanitarian) kelimesi de 1850 yıllarda

kullanılmaya başlanmıştır. Batı'da ilk *Humanitarian* çalışmalar Afrika, Asya ve Amerika'daki ilkel olduğu düşünülen insanları medenileştirmek için yapılan eğitim çalışmalarıdır ve sömürgeciliğin bir parçasıdır. Bu çalışmaları öncelikle kiliseler organize etmişlerdir. İlk kurumsal sağlık çalışması Uluslararası Kızılhaç Komitesi (RCC)'dir. Amerikan Board Misyonerleri 1900'lü yılların başında dünyanın değişik yerlerinde hastaneler kurmuşlar ve çalışmışlardır. Türkiye'de 1912 yılında Van'da bir hastane çalıştırılmış (Osmanlı Subayı isimli sinema filmi bu konuyu anlatır.) ve aynı zamanda Güney Afrika'nın Durban şehrinde bir göz hastanesi işletilmiştir. Kiliseler ve bağlıları tarafından misyonerlik çalışmaları olarak başlayan girişimlerin ve *soft power* olarak gücü fark edilmiş, özellikle Batılı devletler bu alanda ciddi yatırım yapmış büyük bağışçıların desteklediği STK'lar kurulmuştur. "Save The Children", Eleanor Roosevelt tarafından kurulmuş ve büyük Amerikan şirketlerince desteklenen bir STK'dır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında BM ve yan kuruluşları bu tür kuruluşlar aracılığı ile özellikle geri kalmış ülkelerde çalışmalar yapmaktadır.

Benim örnek olarak ismini vermek istediğim iki kuruluş var: Sınır Tanımayan Doktorlar (MSF) ve MSI Reproductive Choices (Marie Stopes International). Bu iki kurumun okuyucular tarafında araştırılması konunun önemi ve büyüklüğü açısından yol gösterici olacaktır.

İslam dünyası bu tür çalışmalara 1980'li yıllarda Afganistan Savaşı ile başlamış ve Bosna Savaşı'nda daha fazla tecrübe sahibi olmuştur. Zaman içerisinde maalesef savaşlar, doğal afetler ve bunların doğurduğu sonuçlarla tecrübelerini, becerilerini geliştirmişlerdir. Ülkemizde İHH, Malezya'dan Mercy Malasia bu konuda çok iyi örneklerdir.

Bu tür çalışmalar için güçlü bir finans desteği ve insan kaynaklarına ihtiyaç vardır. Kurumsal olarak altyapısı hazır, sahada sürdürülebilir bir çalışma ortaya koyacak hem yerel hem de uluslararası paydaşları ve partnerleri olan kuruluşlara ihtiyaç vardır. Her ne kadar STK olsa bile kendi devletlerinin desteklediği saygın kuruluşlar ülkenin değeri olacaktır.

Günümüzde maalesef ülkemizde bu konuda faaliyet gösteren, bu standartları yakalayan kurum sayısı bir elin parmakları kadardır. Hem kuruluş kanunu hem de değişik faaliyetleri nedeni ile Kızılay bir istisnadır. Yardım dernekleri Türkiye'de son 20 yılda oldukça büyük ilerleme kaydetmiş; yurt içi ve yurt dışı operasyon kabiliyetini geliştirmiştir. Genel olarak insani yardım çalışmaları içinde sağlık yardımı, tesisler kurulması, eğitim ve medikal kamplar düzenlemektedirler. TİKA ve Sağlık Bakanlığı destek vermektedir. Fakat bu çalışmalar belli bir plan ve strateji çerçevesinde yürümektedir.





Yazımın başlangıcında bu konunun daha iyi anlaşılması için geniş bir giriş yapmak gerektiğini, hatta bir yazı serisi ile tamamlamak gerektiğini belirtmiştim. Buraya kadar olan kısımda genel olarak başlıklar halinde konunun daha iyi anlaşılması için bir çerçeve çizdim. Bundan sonrasında ise bir sağlık derneği konseptini anlatacağım.

Benim çalıştığım, faaliyet gösterdiğim alan Uluslararası Sağlık Yardım Derneği'dir (Medical Relief Organisation). Yukarıda bahsettiğim gibi dünyada birçok örneği olan bu tür organizasyonların maalesef ülkemizde fazla bir örneği dolayısıyla fazla bir tecrübesi yoktur. Mevcut şartlarda bu konseptte çalışan yapılarda yönetimin sağlık çalışanı olması özellikle temsil noktasında hekimlerin olması önemlidir. Fakat hekim ve diğer sağlık çalışanları pahalı çalışanlardır ve meslekleri dışında çalışma alanı bulmakta da hem isteksizler hem becerileri (özellikle dil becerileri) yetersizdir. Ekonomik açıdan kırılabilir olan ülkemizde bir yardım derneği sürdürülebilirliğini sağlamak kolay değildir. Bir derneğin ofis, masa ve bir çalışan maliyeti şu anda 50.000 TL'dir. Bu nedenle uluslararası ve yerel proje ortaklığı yapan kurumsal ve bireysel bağışçılar bulmak zorundadırlar. Yerel ve bireysel bağışçılarda yardım motivasyonu dinidir, kurumsal ve ye-

rel bağışçılar ise çok farklı dinamikler nedeni ile destek olmamaktadır. Devlet kurumlarının destekleri ise, özellikle TİKA desteği, fazladır ancak bu sürdürülebilirlik için yeterli değildir.

Bir başka önemli sorun da insan kaynaklarıdır. Sağlık derneği de olsa çalışanların proje, finans, İK vs. gibi alanlarda yetişmiş tecrübeli, dil becerisi olan kadrolara ihtiyaç vardır. Bu kadroların sağlık çalışanı olmasına gerek yoktur. Zaten dil becerisi sağlık çalışanlarında çok fazla aranan ve sahip oldukları bir beceri de değildir. Suriye krizinden sonra bu sektörde insan kaynakları açısından olumlu bir gelişme yaşanmıştır. Özellikle uluslararası yardım kuruluşlarının Suriye krizi sonrası operasyonlarındaki çalışmaları bu alanda nitelikli çalışan kapasitesini artırmıştır.

Bir sağlık yardımı derneği olarak çalışan farklı yapılandırmalar mevcuttur. İnsani yardım derneklerinin sağlık çalışmaları, sadece proje temelli çalışan, fon alan uluslararası organizasyonların kurduğu dernekler ve yerel, kendi kaynaklarını bireysel bağış toplayarak oluşturmaya çalışan dernekler. Tıbbi yardım derneği olarak çalışacak bir sağlık derneği yukarıda bahsettiğim zorluklarla dolu bir süreci tamamlamak ve devam ettirmek zorundadır. Bu arada mutlaka bahsedilmesi ve tartışılması gereken diğer

bir konu da gönüllülük ve gönüllü yönetimleridir. Gönüllü yönetimi ve gönüllü yönetmeliği sadece STK'lar için değil özellikle acil afet ve kriz gibi toplumu etkileyen olaylarda kamu için de bir ihtiyaçtır. Gönüllülerin ucuz işgücü olarak görülmesi veya gönüllülük ile keyifliliğin karıştırılması bu konuda bir düzenleme yapılmasını gerekli kılmaktadır.

Yukarıda bahsettiğim gibi Tıbbi Yardım Derneği olarak odaklanmış, uluslararası standartlarda ve hem yerelde hem de dünyada marka değeri oluşturmuş bir sağlık derneği "soft power" olarak ülkenin bir değeridir. Bu alanda ülkemizde çok az sayıda bir yapılanma vardır ve ileriye yönelik olarak bir bu alanda fazla da bir umut yoktur. STK'ların bu alanda ilerleme kaydetmek için bir çaba göstermemeleri yanında kamunun bu konuda çok fazla etkin olması nedeni ile bu yapıların gelişimi çok mümkün olmamaktadır.

Bu tür derneklerin çalışma alanları çok geniştir. Uluslararası boyutta özellikle kriz ve afet durumlarında halk sağlığı çalışmaları, yetişmiş kadroların verdiği mesleki bilgi ve beceri paylaşımları, ulusal olarak sağlık hizmetlerinde özellikle kronik hastalıklarda, anne sağlığı, obezite ağız ve diş sağlığı gibi konularda bakanlık ile yapılacak iş birlikleri ile farkındalıkların artırılması gibi alanlar da çalışabilirler.

# Saz üzerine...

## Prof. Dr. Hanefi Özbek



1965'te Sivas'ta doğdu. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi (1991). Van Kapalı Cezaevi'ne tabip olarak atandı (1991). Yüzcüncü Yıl Üniversitesi Sağlık-Kültür ve Spor Dairesi Başkanlığı tabip kadrosuna naklen geçti (1993). Van Türk Musikî Derneği'ni kurdu (1993). Yüzcüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Müzik Eğitimi Bölümü'nün kuruluşunda görev aldı (1994). Farmakoloji ve Toksikoloji doktorasının ardından (1998) Yüzcüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yardımcı doçent doktor olarak göreve başladı (1998). Sağlık Bakanlığı'na İlaç ve Eczacılık Genel Müdür Yardımcısı olarak geçti (2008). Tıbbi farmakoloji alanında doçent unvanını aldı (2011). İstanbul Medipol Üniversitesinde Sağlık Hizmetleri MYO Müdürlüğü ve Tıp Fakültesi Öğretim Üyeliği yaptı. 2022 yılında Marmara Üniversitesi'nden Türk Din Musikisi alanında doktor unvanını aldı. Hâlen İzmir Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

alk Müziğimizin olmazsa olmaz çalgısı; Tamburacı Osman Pehlivan'dan Muzaffer Sarısözen'e, Yılmaz İpek'ten Neşet Ertaş'a, Arif Sağ'dan Çetin Akdeniz'e kadar hepsi de birbirinden kıymetli dünya çapında icracıları olan sazımız. İsmi şimdilerde "bağlama" olarak anılıyorsa da işin üstadları "bağlama" kelimesinin sonradan icat edildiğini, kelimenin aslının "saz" olduğunu özenle belirtmektedirler. İşin doğrusu sanırız şöyle olacaktır: bütün müzik aletlerinin genel ismi "çalgı", bağlama olarak bilinen çalgı ise "saz" olarak adlandırılmalıdır (1).

Atatürk, bir toplantıda Tamburacı Osman Pehlivan'ın sazla icrasını dinlemiş ve "Beyler bu bir Türk sazıdır. Bu küçük sazın bağrında bir milletin kültürü dile geliyor. Bir milletin kültür ve sanat hareketlerini ve seviyesini, millî geleneklerine bağlı kalarak, medeni dünyanın kendisine ayak uydurmaya mecbur olduğumuzu unutmamalıyız, bunu bu vesile ile de söylemekten memnunum. Bu küçük sazın bağrından kopan nağmeleri, bu istikamette geliştirmeye ve değerlendirmeye kıymet ve ehemmiyet verilmelidir." demiştir (2). Atatürk'ün saz hakkındaki bu sözlerine rağmen; Atatürkçü olduğunu iddia edip, eğitim sisteminde ne saza ne de Türk Müziği'nin diğer alanlarına zerre kadar yer vermeyen (son dönemlerdeki bazı gayretler hariç) ve yıllarca çocuklarımızı mandolin, melodika ve blok flüt gibi

çalgıları dayatan zihniyetin, sanat alanında insanımıza ve kültürümüze verdiği zararı ise ölçmek mümkün değildir. Yetmezmiş gibi bu zihniyetin sahiplerinin sazımızı "çoban çalgısı" diyerek yıllarca aşağılamaya çalışmaları da işin cabasıdır (çoban kardeşlerimiz alınmasın, onlar "bizim" başımızın tacıdır).

Bu yazımda, Atatürk'ün yukarıda verdiği sözlerine rağmen gereken önem verilmediği, üstüne üstlük yıllarca görmezden gelinen sazımızın özelliklerinden bahsedip; sazın aslında ne olduğu hakkında dilimizin döndüğünce birşeyler söylemeye çalışacağım.

### Sazın Özellikleri

**Sazın imal edildiği ağaç türleri:** 1) Sazın gövdesi için kestane, maun, dut, ardıç, vengi, gürgen veya kestane ağacı, 2) sazın kapağı için ladin ağacı, 3) sazın sapı için kayın, maun, kelebek, meşe veya ceviz ağacı, 4) sazın burguları için abanoz veya gül ağacı, 5) sazın eşiği için kelebek ağacı kullanılmaktadır (3). Bu ağaçların geneli Türkiye coğrafyasında yetişen ağaçlardır.

**İmalat ve fiyat yönünden uygunluk:** Türkiye'nin hemen her ilinde hatta pek çok kasabasında saz imalatı yapılmaktadır. Yani mebzul sayıda saz imalatçısı (usta) bulunmaktadır. Çok sayıda saz imalatçısı olması ve yüzyıllardan beri usta-çırak silsilesi yolu ile saz yapımı tekniğinin ustadan çırağa iletilmesi se-

bebiyle oldukça kaliteli ses veren sazlara erişmek pek de zor değildir. Saz fiyatları, sazın türüne göre (cura, kısa sap, çöğür, tanbura, divan, elektro gibi) ve saz üzerinde yapılması istenen bazı süslemelere göre değişiklik göstermektedir. Buna göre 2023 yılı Temmuz ayı içerisinde 650 TL ile 20.000 TL arasında bir fiyat aralığında saz alabilmek mümkündür (4).

**İhtiyaca göre şekillenmiş çeşitlilik (saz çeşitleri):** Türkiye coğrafyasında, özellikle Ege Bölgesi'nde cura, Doğu Anadolu ve İç Anadolu Bölgeleri'nde tanbura (uzun sap) ve divan sazı yaygınlık göstermektedir. Günümüzde bu çeşitlilik artık daha da zenginleşmiş olup kısa sap, çöğür ve elektro saz gibi çeşitler de ülkenin hemen her yerinde kullanılır olmuştur. Bu çeşitliliğe ve bunların boyutlarına bakarak, keman ailesi (keman, viyola, viyolonsel ve kontrbas) gibi bir "saz ailesi"nden de bahsetmek mümkündür (cura, çöğür, uzun sap ve divan sazı gibi). Bilimsel bir çalışmada saz ailesi aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır (5): 1) Meydan sazı, 2) Divan sazı, 3) Çöğür, 4) Bağlama, 5) Bozuk, 6) Aşık sazı, 7) Tanbura, 8) Cura bağlama, 9) Cura.

**İcracının anatomisine göre imal edilebilme özelliği:** Keman çalgısı, küçük yaştaki öğrenciler için ve öğrencinin anatomisine uyacak şekilde "çeyrek keman" veya "yarım keman" şeklinde de imal edilebilmektedir. Aynı durum



saz için de geçerli olup; saz da icra edecek kişinin anatomik yapısına göre imal edilebilme özelliğine sahiptir. Örneğin icracının parmakları kısa veya uzun ise sazın sapı bu parmak yapısına uyacak şekilde daha ince veya daha kalın imal edilebilir. Saz öğrenecek kişi küçük yaşta ise vücut yapısına uyacak şekilde küçük boyutta saz imal edilebilir. Böylece kişinin sazla boğuşması önlenip vücut yapısına uygun bir sazla derin bir arkadaşlık kurabilmesinin yolu açılmış olur. Bir çalgı, küçük yaşlardan itibaren öğretilmeye başlanmalı ve yıllar içerisinde ustalık derecesine erişilmelidir. Bu nedenle çalgının çocuklar için de ayrı imal edilebilmesi çok önemlidir.

**Çalgı sapında tellerin icracının parmaklarında oluşturduğu stres:** Sazın telleri, diğer pek çok çalgıya göre daha incedir; sap kısmında, yumuşak bir baskı ile net ve kaliteli bir ses elde etmek mümkündür. Mandolin, lavta, keman ve ud gibi çalgılarda ise teller daha kalın olup bu tellere basan parmakların maruz kaldığı stres saza göre daha fazladır. Örneğin gitar çalarken tellere basılan parmak uçlarında telin bıraktığı iz oldukça belirgin olup; zamanla parmak uçlarında oluşan nasırlaşma, sazda göre daha yoğundur. Dolayısı ile telli bir çalgı öğrenmeye yeni başlayan bir kişi için kolay ve kaliteli bir ses elde etmek sazda diğer çalgılara göre daha kolay olabilmektedir. 10 yaşındaki bir çocuğun henüz nasır bağlamamış parmaklarıyla tellere basması, canını yakabilmekte; teller ne kadar ince ve yumuşak bir baskı ile net bir ses elde etmeye uygunsa bu ağır

hissi daha az veya hiç olmamaktadır. Bu durum çalgı öğrenmek isteyen kişinin bu işten vazgeçme ihtimalini de azaltmaktadır.

**Akort kolaylığı:** Üç çift tele sahip olduğu için sazın akordu diğer çalgılara göre daha kısa sürede ve kolayca yapılabilir (kanunda yaklaşık 72 tel, udda 5 çift ve 1 tek olmak üzere toplam 11 tel, gitarda 6 tel bulunmaktadır). Akortla ilgili çekilen sıkıntılar, çalgı öğrenmek isteyen kişilerin başta gelen sorunlarından biridir. Bu nedenle akordu kolay çalgılar veya akort gerektirmeyen çalgılar daha fazla tercih edilebilmektedir.

**Akort (düzen) çeşitliliği:** Keman, gitar, ud gibi sazların akordu bellidir ve bunların dışına çıkıldığı pek görülmez. Örneğin udda en üst tel genelde "Geveşt (fa 5 koma diyeyz)" veya "Hüseynî-aşîrân (mi)" olarak akortlanır; ancak diğer 5 çift telin akordu hiç değişmez. Gitarın akordu belli olup üst tellerden alt tellere doğru "Mi, La, Re, Sol, Si, Mi" şeklindedir. Aynı şekilde kemanın akordu da "Sol, Re, La ve Mi" olarak çekilir. Niccolò Paganini (dünyaca ünlü İtalyan keman virtuozu) ile ilgili olarak şöyle bir bilgi vardır: "*Frankfurtlu orkestra şefi Bühr, uzun çalışmalar sonucu Paganini'nin sazını akort ediş tarzının da tamamen kendine has olduğunu keşfetti. Paganini, ihtiyacına göre telleri değiştiriyor ve kemana hangi tertipte çalmak istiyorsa ona göre akort ediyor ve bu akordu sonuna kadar muhafaza ediyordu*" (6). Paganini'nin kemanda ihtiyaca göre yaptığı bu akort değişikliği onun dehasının göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Sazda

Halk Müziğimizin olmazsa olmaz çalgısı; Tamburacı Osman Pehlivan'dan Muzaffer Sarısözen'e, Yılmaz İpek'ten Neşet Ertaş'a, Arif Sağ'dan Çetin Akdeniz'e kadar hepsi de birbirinden kıymetli dünya çapında icracıları olan sazımız. İsmi şimdilerde "bağlama" olarak anılıyorsa da işin ustaları "bağlama" kelimesinin sonradan icat edildiğini, kelimenin aslının "saz" olduğunu özenle belirtmektedirler. İşin doğrusu sanırız şöyle olacaktır: bütün müzik aletlerinin genel ismi "çalgı", bağlama olarak bilinen çalgı ise "saz" olarak adlandırılmalıdır.

ise bugün itibarıyla bilinen 19 çeşit akort vardır. Böylece icra edilecek eserin yöresel ve tavrısal özellikleri, sahip olduğu çeşni veya makam özellikleri tam manası ile aksettirebilmektedir. Böyle bir özelliğe sahip başka bir çalgı olduğu konusunda herhangi bir bilgiye henüz ulaşamadık. Olaya biraz da espri katarak yaklaşacak olursak: "Saza çoban çalgısı diyenlerin, en az 19 kez Paganini dehası gösteren bu kişilerden bir özür dilemeleri gerekmez mi?". Halkımızın Orta Asya'dan getirdiği bu çalgıda geliştirmiş olduğu 19 adet akort çeşidinin ne kadar müthiş bir zenginlik olduğu konusunu takdirlerinize bırakıyoruz. Aşağıda, sazdaki 19 adet akordun (düzenin) bir listesi verilmiştir (7): 1) Abdal düzeni, 2) Acemaşiran düzeni, 3) Bağlama düzeni, 4) Bozuk (kara) düzen, 5) Çargah düzeni, 6) Eviç düzeni, 7) Hüseyinî düzeni, 8) Hüzzam düzeni, 9) Kayseri düzeni, 10) Kütahya düzeni, 11) Misket düzeni, 12) Müstezat düzeni, 13) Rast düzeni, 14) Sabahi düzeni, 15) Segâh düzeni, 16) Şur düzeni, 17) Ümmî düzeni, 18) Yeksân (ırızva) düzeni, 19) Zirgüle düzeni.

**Mızrap (tezene) teknikleri:** Konya tavrı, Yozgat tavrı, Kayseri tavrı, Zeybek tavrı ve benzeri tavrılar; çırpma, kıstırma gibi teknikler saz üzerinde yüzlerce yıldır süren bir teknik geliştirmenin ve birikimin olduğunu göstermektedir. Tezene teknikleri konusu, bir saz üstadının tüm ömrünü alacak kadar geniş bir konudur denilse abartılmış olmaz. Bu durum, sazın teknik olarak eriştiği seviyenin çok yüksek olduğu şeklinde yorumlanmalıdır.

**Perde düzeni:** Saz, hem Batı (Avrupa) ses sistemi olan 12'li ses sistemini (tampere sistem) hem de Safiyüddin Urmevî (1216-1294)'den beri bilinen 17'li ses sistemini ve bugün en iyi uygulamasının Türk Müziği'nde vücut bulduğu 53 komalı ses sistemini içinde barındırmaktadır. Sazın sapına "ek perde bağlanarak" veya "mevcut perdelerin ileri-geri çekilmesi suretiyle" veya "perde üzerinde geniş glissando yapmak suretiyle" komalı seslerin hemen hemen tümünü elde etmek mümkündür. Dolayısı ile saz, farklı ses sistemlerinin algılanması ve kulağa oturması yönünden hem Batı Müziği hem de Türk Müziği için çok kıymetli bir araç olma potansiyelini içinde barındırmaktadır (8). Bu durum, özellikle etnomüzikoloji alanında çalışacak olanlar için



Arif Sağ



Neşet Ertaş

sazı mutlaka öğrenilmesi gereken bir çalgı haline getirmektedir.

**İcracı için tutuş kolaylığı sağlama:** Sazın icracı tarafından tutulması oldukça kolaydır. Ud, tanbur, keman, ney gibi sazlar ergonomik yönden icracıyı oldukça zorlarlar. Ancak saz, insan vücuduna kolayca oturmakta olup; tutulması ve dolayısı ile icra edilmesi daha kolaydır. Bir çalgının vücut anatomisine uygunluğu, ileride ortopedik rahatsızlıklar gelişip-gelişmemesi yönünden çok önemli bir konudur. Saz, bu özelliği sebebiyle ileride vücutta oluşacak ortopedik deformitelerin gelişmesi yönünden de diğer birçok çalgıya göre daha güvenilirdir (9).

**Çok sesliliğe imkân vermesi:** Saz, müziğimize uygun bir çok sesliliği sağlayabilecek kapasiteye fazlasıyla sahip olup icra sırasında bu çok seslilik net bir şekilde duyulmaktadır. Ali

Ekber Çiçek'in (1935-2006) "Haydar Haydar" isimli muhteşem eseri, fıyda, Konya tavrı ile çalınan eserler, vs. bu konuda verilecek güzel örneklerdir. Bu çok sesliliğin "Batı Müziği"ndeki armoni, kontrpuan gibi unsurlarla birbir uyuşmaması ise gayet doğaldır; çünkü birbirinden çok farklı iki müzik sistemi ve müzik anlayışının tıpatıp uyuşması zaten beklenmez. Çok seslilik denildiğinde sadece Batı Müziği'ni temel alıp diğer müziklerin kendilerine has çok seslilik anlayışını yok saymanın, geri kalmış ülke aydını ezikliğinden başka bir şey olmadığı kanaatindeyiz.

Saz, Batı Müziği'ndeki arpejleri ve akorları "aynı anda üç farklı sesi" duyurabilecek kapasitede verebilmektedir. Örneğin; aynı zamanda saz virtuosu da olan Orhan Gencebay'ın icraları ve besteleri bu konuda verilecek önemli referanslardır (10). Yine bir yüksek lisans tezinde, sazdaki akorlar konusu oldukça iyi bir şekilde izah edilmektedir (11).

Sonuç olarak dünyada bilinen ve icra edilen diğer çalgılarla karşılaştırıldığında bizim sazımızın pek çok özelliğe sahip olduğu, bu özelliklerin yüzlerce yıllık bir birikimin mirası olarak tebarüz ettiği görülmektedir. Sazın bazı özelliklerinin hemen hiçbir çalgıda olmaması ise ayrı bir güzellik, ayrı bir değerdir. Halk Müziğimizin binlerce eserlik repertuarı göz önüne alındığında sazın icra edeceği büyük bir ezgi okyanusuna da sahip olduğu görülecektir. Sazı yalnızca Halk Müziğimizin icrasında değil dünyanın diğer müziklerinin icrasında da kullanmak mümkündür. Bu konuda rahmetli Yılmaz İpek'in 1963 yılında Coşkun Plak'ta sazla icra ettiği "İspanyol Pasadoblesi" isimli icra önemli bir örnektir (12).

## Millî Eğitim Müfredatı ve Saz

2022 Eğitim ve Öğretim Yılı'nda Millî Eğitim Bakanlığının İlkokul ve Ortaokulda uyguladığı ders programı incelendiğinde (13): İlkokul 1, 2, 3 ve 4. sınıflarda müzik dersinin haftada 1 (bir) saat olduğu (ilkokulda seçmeli ders yok, tüm dersler zorunlu); ortaokul (5, 6, 7 ve 8. Sınıflar) müzik dersinin yine 1 (bir) saat olduğu, ancak gönüllü (seçmeli) ders olarak haftada 2 (iki) saat müzik dersinin alınabileceği görülmektedir. Haftada 1 saatlik müzik dersinin aslında sadece "temel bir müzik kültürü" için yeteceği, bir çalgı öğrenme hususunda ise hiçbir kıymetinin olmadığı rahatlıkla söylenebilir. Ayrıca ilköğretim öğrencilerine müzik dersinde özellikle "blok flüt" kullanılması yönündeki dayatma ise öğrencilere bugüne kadar herhangi bir şey kazandıramamış, aksine müzikten soğutma konusunda oldukça etkili olmuştur (Recep İvedik'in burnuyla blok flüt çaldığı sahne hem düşündürücü hem de oldukça ironiktir).

Her ders, öğretme amacıyla verilmez; bazı dersler sevdirmeye amaçlı olmalıdır. Müzik dersi de sevdirmeye amaçlı verilmesi gereken derslerin başında gelmektedir. Müziğin öğretilmesi yerler müzik liseleri, müzik bölümleri, konservatuvarlar ve müzik anasanaat dallarıdır. Dolayısı ile ilköğretim öğrencilerine, konservatuvardaki eğitimi andırır bir müzik eğitimi değil, müziği sevdirmeye amaçlı bir müfredat hazırlanmalı; isteyen öğrenciye de blok flüt değil saz eğitimi verilmelidir. Çünkü saz, öğrencinin hem kendi millî kültürünü alabilmesini hem de perde yapısının zenginliği sebebiyle ileride Doğu veya Batı müziklerine yönelebilmesini sağlayabilecek çok özel bir çalgıdır.

2018 yılında blok flüt eğitimi konusunda yapılan bir yüksek lisans tezinin özet kısmındaki şu cümleler dikkat çekicidir (14): "Araştırma sonuçlarına göre; Öğrencilerin blok flütle ilgili temel becerilerine ait yetersizliklerinin blok flüt eğitimini etkilediği, blok flüt eğitimi için ders saatinin yetersiz olduğu, hazır bulunuşluk açısından çocukların yetersiz bilgi ve donanımla 5. sınıfa geldiği, egzersiz ve şarkıların başlangıç düzeyi için yetersiz olduğu ve kitapların öğrencilerin eğitim seviyelerinin üstünde olduğu, müzik ders kitabındaki egzersiz ve şarkıların bütün kademeler için yetersiz olduğu, blok flütün makamsal

ezgileri çaldırmada yetersiz olması, blok flütün çok sesli ezgileri çaldırmada yetersiz olması, blok flüte olan ilgisinin yetersiz olduğu, okulların fiziki şartlarının blok flüt eğitimi sırasında kullanılan öğretim tekniklerini uygulamada öğretmenler tarafından yetersiz bulunması ve blok flütün bir okul çalgısı olarak kısmen yeterli görüldüğü gibi sonuçlara ulaşılmıştır". Müzik eğitimi ile ilgili bu konu ileride daha genişçe ve ayrı bir yazı konusu olarak değerlendirilebilir. Burada söylenecek şey: müzik eğitiminde blok flüt kolaylığından bir an önce vaz geçilmesi; müzik derslerinin saat sayısının mutlaka artırılması, eğitim çalgısı olarak ise mutlaka saz çalgısının kullanılması gerektiğidir.

Saz çalmayı öğrenen bir kişi Halk Müziğimizi (yani özümüzü) yakından tanıyıp icra edebilecek; bir kültürün en önemli unsurlarından biri olan millî müzikimizi gereğince özümseyecektir. Bundan sonra öğrenci, isterse ud, tanbur, ney, klasik kemençe, kemane, sipsi, tulum, zurna gibi bizim çalgılarımıza veya gitar, yan flüt, piyano gibi Batı Müziği çalgılarına da rahatça geçiş yapabilecektir.

Bugün genç nüfusun genel itibarıyla dinlediği ve ilgilendiği müzik (bazı kaliteli çalışmalar hariç), maalesef millî temellerimizden koparılmış, müziğimizin eşsiz perdelerini ve ritimlerini tamamen dışlamış bir müzik karikatüründen ibarettir. İşin asıl acı tarafı ise müziğin sadece bir eğlence aracı olduğu algısının iyice yerleşmiş olmasıdır. Eğlence müziği dışında bir müzik anlayışının da olduğu neredeyse unutulmuş durumdadır. Sanat kavramı, pek çok sosyal çevrede iyice buharlaşmıştır. Rahmetli Engin Ardıç (1952-2023)'in çeşitli yazılarında önemle üzerinde durduğu "varoş kitle"nin ve "varoş kültürü"nü taşıdığı sosyal tehlike, bizi pek de sakin olmayan suların beklediğini göstermektedir. Bu varoş kitle, zengin-fakir, eğitilmiş-eğitimsiz dinlemeden hızla nüfus alanını genişletmektedir.

Ülkemizin artık kültürel yönden de iyi planlanmış bir atılıma ihtiyaç duyduğu çok açıktır; sağlık, savunma ve ulaştırma gibi alanlarda yapılan atılımların bir benzeri mutlaka eğitim ve kültür alanında da bir an önce yapılmalıdır. Kültür alanında yapılacak atılımların müzik yönü millî ve yerli eller üzerinden olmalı, bu atılımı yaparken dünyadan da kopulmamalıdır.

## Kaynaklar

1. 21 Eylül 2018 tarihinde Ankara Müzik ve Güzel Sanatlar Üniversitesi'nde yapılan çalıştayda rektör Prof. Dr. Erol Parlak enstrüman kelimesinin karşılığının saz değil çalgı olduğunu, saz kelimesinin bağlama olarak isimlendirilen çalgının asıl ismine karşılık geldiğini söylemiştir.
2. Ataman, Sadı Yaver, Atatürk ve Türk Musikisi, Kültür Bakanlığı Yayınları 1291, Atatürk Dizisi 31, Atak Ofset, Ankara, 1991, s. 13.
3. <https://www.rekorsanat.com.tr> (Erişim Tarihi: 03.07.2023).
4. <https://www.trendyol.com> (Erişim Tarihi: 03.07.2023).
5. Haşhaş, Sinan. Bağlama Eğitiminde, Bağlama Tutuş, Mızrap (Tezene) Tutuş-Vuruş Yönlerinin Yeri ve Önemi Üzerine Bir Çalışma, Atatürk Üniversitesi SBE YL Tezi, Erzurum-2013.
6. Zeytinci, Alihan. Niccolo Paganini'nin 24 Kaprisleri'nin Keman Tekniği Açısından İncelenmesi ve Çalışma Önerileri, İstanbul Üniversitesi SBE YL Tezi, İstanbul-2010.
7. <https://www.baglamaci.com/baglama-icrasi/baglama-akort-ve-duzenler/baglamada-akort-turleri-ve-duzenler.html> (Erişim Tarihi: 03.07.2023).
8. Özbek, Hanefi. Türk Müziği Solfej (Makam/Çeşni Okuma Bilgisi), baskıda.
9. Özbek, Hanefi. Türk Müziği Enstrümanı İcra Eden Müzisyenlerdeki Postüral Problemlerin Tespiti Değerlendirilmesi Takip ve Rehabilitasyonu. Marmara Üniversitesi SBE, Doktora Tezi, İstanbul-2022.
10. <https://www.youtube.com/watch?v=AJNG33rSgJg> (Erişim Tarihi: 05.07.2023).
11. Açıkgöz, Oğuzhan. Bozuk Düzen Saz/Bağlama İcrasında Akor Yürüyüşleri Ve Modal Diziler Üzerine İcra Yöntemleri, Ankara Müzik Ve Güzel Sanatlar Üniversitesi Müzik Ve Güzel Sanatlar Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara-2021.
12. Yılmaz İpek (1963) (<https://www.youtube.com/watch?v=n63dGRV6J5k>) (Erişim tarihi: 03.07.2023).
13. <https://yeni-kimlik.com/ilkokul-ortaokul-haftalik-ders-cizelgesi-ders-programlari.html#bir> (Erişim Tarihi: 03.07.2023).
14. Kır, Fikriye İnci. Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Güzel Sanatlar Eğitimi AD, Müzik Eğitimi BD YL Tezi, Konya-2018.

# 'Dokuzuncu Hariciye Koşuşu' ve sağlık

**Züleyha Abdülbakioğlu**



1983 yılında doğdu. İşletme lisans eğitiminin ardından sağlık yönetimi yüksek lisansını tamamladı. 18 yıl boyunca özel hastanelerde işletme, kurumsal iletişim ve pazarlama yöneticiliği görevlerinde bulundu. Sağlık Bakanlığına bağlı Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi'nde (USHAS) Tanıtım ve Pazarlama Müdürü olarak çalıştı. Hâlen özel bir sağlık grubunda yöneticilik yapmaktadır.

Türk edebiyatında hastalık ve sağlık denince akla ilk gelen eserlerden biri kuşkusuz ki bir tahlil romancısı Peyami Safa'nın Dokuzuncu Hariciye Koşuşu'dur. Hasta bir insanın fiziksel ve psikolojik sorunlarını, aynı hastanın gözünden diğer insanları, doktorları, hastaneleri ve aslında yaşamı irdeleyen bu kısacık roman edebiyatımızın yapı taşlarından biridir. Üstelik roman otobiyografik türdedir. Yani yazarı Peyami Safa'nın kendi yaşadıkları ve haletiruhiyesinin yazılı bir dışavurumudur.

"Hayatım daima bir facia atmosferi içinde geçmiştir, her an kötü bir haber alacakmışım gibi..." diyen Cumhuriyet Dönemi Türk Romancısı Peyami Safa (1899-1961) edebiyatımızın en üretken yazarlarından. Babası Servet-i Fünûn şairlerinden İsmail Safa, annesi Server Bedia Hanım'dır. İki yaşında iken babasını ve kardeşini kaybeden Peyami Safa'nın çocukluğu yokluk içerisinde geçer, eğitimi yarım kalır ve erken yaşta para kazanarak ailesine destek olmaya çalışır. Dokuz yaşında yakalandığı kemik veremi yüzünden çocukluk ve ilk gençlik yılları hastanelerde geçen yazarın yaşamında bu hastalıktan kalan fiziksel ve ruhsal izlere uzun yıllar boyunca rastlamak mümkündür.

Yarım kalan eğitimini kendi imkânlarıyla tamamlamak için olağanüstü çaba gösteren Peyami Safa, kendi kendine Fransızca öğrenir ve gün gelir Fransızca dilbilgisi kitabı yazar. Yazarlık yaşamına 19'unda gazetecilikle başlayan Safa'nın

ilk öyküleri "Yirminci Asır" gazetesinde takma ad ile yayımlanır (Yazarın ilk yazılarında kullandığı mahlas, Server Bedi'dir. Hasta annesine bakabilmek ve edebi eser üretmenin hazzından ziyade, para kazanabilmek için yazdığı yazılarda kendi adını kullanmaması, annesinin isminden devşirme bir müstear isim kullanması manidardır.). Yakup Kadri, Yahya Kemal gibi önemli edebiyatçılarımızın bu öyküleri çok beğenerek yazarı cesaretlendirmesiyle Peyami Safa kendi imzasını kullanmaya başlar ve 43 yıl boyunca yazmaya devam eder.

Sağ kolunda baş gösteren kemik veremi yüzünden yedi yıl tedavi gören Peyami Safa'nın hastalığa dair tek deneyimi bundan ibaret değildir. Yazar, iki kardeşini de veremden, annesini üremi komasından kaybeder. Mutlu bir evlilik yapan Peyami Safa, eşi Nebahat Hanım'ın anlaşılmaz bir hastalığa tutulması ile alt üst olur. Başlarda yürüme güçlüğü çeken eş felç olur. Safa'nın hekim dostları Fahrettin Kerim Gökay ve Ayhan Songar tetkiklerde hiçbir bulguya rastlamadıkları hastalık için psiko-nörotik tanısı koyarlar. Peyami Safa'nın oğlu Merve Safa ise karaciğer iltihabından hayatını kaybeder.

Annesi Server Bedia Hanım Safa'nın çocukluğundan beri doktorluğa merakı olduğunu söyler. Peyami Safa'nın hastalıklarla ilgili deneyimleri ve araştırmaları onu tıp alanında iyi bir bilgi düzeyine ulaştırır. "Amatörlüğü olmayan tek mesleğin tıp olduğunu" belirten Prof. Dr. Ayhan Songar, arkadaşı ve hastası Peyami

Safa için "tecrübeli meslektaşım" ifadesini kullanır ve onu bir "istisna" kabul eder.

Yaşamının büyük çoğunluğu hastalıklarla geçen yazarın birçok eserinde bu hastalıkların yansımaları görülmekle birlikte kuşkusuz ki en özeli Dokuzuncu Hariciye Koşuşu'dur. Zira Peyami Safa'nın kemik veremli yıllarının bir çıktısı olan kitap otobiyografik olarak kabul edilir. Yazar hasta kahramanına isim vermemiştir, yazarın kemik veremli kolu kesilme tehlikesiyle karşı karşıya kalmışken; kahramanının hasta organı bacağıdır. Ama eser bütünüyle Peyami Safa'nın kendi tedavi sürecinin deneyimleri, acıları ve bilgileriyle doludur. Bir hasta gözüyle hastane, hastalık, hekim, iç ve dış çevre ustalıkla aktarılır. Bir diğer kıymetli yazarımız Ahmet Hamdi Tanpınar bu kitap için "Acının ve ıstırapın yegâne kitabı." der.

Peki, nedir ne değildir Dokuzuncu Hariciye Koşuşu? Yazımıza konu olan romanın sayfalarına ömrümüze konu olan sağlık vizöründen detaylıca bakalım.

Roman 7 Teşrinisani (Kasım) 1929-10 Kânunuevvel (Aralık) 1929 tarihleri arasında, Cumhuriyet Gazetesi'nde tefrika edilmiştir. İlk baskısı; 1930 yılında, Resimli Ay Matbaasında yapılmıştır. Roman ayrıca, H.J. Kissling tarafından Almancaya çevrilmiş ve iki defa da beyaz perdeye aktarılmıştır.

Romanın ana konusu; yoksul ve hasta bir çocuğun, kendisinden dört yaş bü-



yük bir genç kıza olan platonik aşkı, birlikteliğe dönüşmeyen bu aşkın yarattığı stres ortamında artan rahatsızlık ve nihayet uzun süren bir tedavi süreci sonunda çocuğun iyileşmesinden oluşur.

Hatıra defteri niteliğindeki roman, olayların, intibaların, duygu ve düşüncelerin kahramanın ağzından anlatıldığı bir 'psikolojik ben' romanı olarak değerlendirilebilir. Romanın sekiz yaşından beri, hastalık yüzünden ıstırap çeken başkahramanı, aslında Peyami Safa'nın diğer romanlarındaki bazı kahramanlar gibi yazarın çeşitli fikirlerinin sözcüsü durumundadır.

Bu yazımızda irdelenen roman, 112 sayfadan ibaret olup Çocuklar Hastanesi başlıklı ilk sayfasında hastanecilerin iyi bildiği kendine has ortamı betimleyerek ilgi uyandırır: "...Köpüklenerek uçan ve uzaklarda kaybolan bir beyaz gömlek ve iyot, eter, yağ, ifrazat vesaire kokularından mürekkep, terkibi tamamıyla anlaşılmayan bir hastane kokusu." Bir başka bölümde ise yine o edebi hastane gözlemi dikkate değer: "Hızla girip çıkanlar, ağır ağır ve aranarak yürüyenler, bir köşede bekleyen askeri elbiseli fakülte talebesi, beyaz gömleklili asistanlar, doktorlar, yanından geçerken bıraktıkları mesleki koku ile kendilerini

tanıtan eczacılar, duvarlardaki cetvelleri okuyan hastalar. Gayet vahim işler etrafındaki sessiz faaliyet. Burası bir resmi daireye, bir mektebe, bir hastaneye, bir hamama, bir mağazaya, bir kışlaya ve bir mabede aynı zamanda benzer."

Hastalar ile hastaların birbirleri hakkındaki düşünce ve hislerini ustaca yorumlayan yazar şöyle der: "... Onlar ilk gördüklerini bile eskiden tanıyormuş gibidirler, aralarında kandan fazla akrabalık vardır; acının ve korkunun birleştirdiği müşterek bir manevi aileye mensup olduklarını hissederler, emindirler ki insanlar arasında sabretmesini, beklemesini onlar kadar bilen yoktur." Başka bir paragrafta bir gözlemci hasta olarak, "ellerini yıkayan operatörü", cerrahını bize şöyle tanıtır: "Yüzünde bıkkınlıkla sebatın kavgası var."

Özellikle sağlık profesyonelleri için okurken yüz gülümseten bir ifade vardır aynı bölümde: "Bir çığlık kopardım. Yara açıldı. Operatör eğildi ve benim pek iyi anladığım vahim bir teşhis yerine geçen manalı bir sesle mırıldandı: Hımm..."

Tüm tıbbi bilgi ve ilgisini yazara yönelten birçok doktor olmasına rağmen, sadece hastasıyla kurduğu dostça iletişim kanallarına hürmetinden tek birini ayrı

Sağlık Yöneticileri olarak bu kitapla yine bir gerçeği daha hatırlıyoruz. Tıbbi başarı sağlanmış ve mükemmel bir hastanecilik hizmeti sunulmuş dahi olsa "şifa ile taburcu" ettiğimiz hastalarımız bizi, odasına yemek götürüp getiren bir kadın personelimizin eleştirisiyle hatırlayabiliyor: "Kapı tekrar açıldı. Aynı kadın. Tepsiyi almak için yaklaşınca, yüzüme, beni hiç anlamayan, varlığımı inkâr eden gözlerle baktı. Niçin yemediğimi soruyor. İhtimal benim garabetim karşısında değişen gayr-i beşerî bir ses, çatlak ve topraklı bir ses."

tutar yazar, “Başka doktorları, bilhas- sa benim doktoru görmek arzusunu duyuyordum. Bu doktor, genç olmadı- ğı halde birçok siyasi sebeplerden dolayı henüz stajını bitirmemişti, fakat bana hepsinden yakın bir insandı ve dizimden ziyade sinirlerim üstündeki iyi tesirlerine muhtaçtım.” Ama tabii her şeye karşın edebi bakış açısı bu doktorun cümlelerini yorumlarken de kendini belli eder: “Doktor: “Bu taze bir kadavra, yeni gelmiş.” dedi. Taze ve kadavra kelimelerinin garip tezadı beni ürpertti.”

Kitabın yürek burkan “Değişiyorum” baş- lıklı kısmında kahramanımızın yeni tanış- tığı Doktor Ragıp’ı bize anlattığı ve ona karşı hissettikleri gerçekten üzücüdür. Zira kahraman, platonik aşkı Nüzhet’in doktor olan müstakbel eşi ile bir aile sofrasında karşı karşıya gelir. Mutsuz ve aşık genç bir erkeğin tutkuyla sevdiği kıza rahat açılmamasının önemli bir se- bebi olan hastalığı, ne yazık ki duygusal hayatında “rakibi”nin hekim olmasıyla bir acizyet unsuru gibi masaya yatırılmıştır. Sevdiği kızın eşi olacak doktora karşı olumsuz önyargılarla dolu kahramanı- mız, kendini zaten yeterince bedbaht ve güçsüz hissederken bir de onun karşı- sında eşit bir damat adayı rakibi olarak değil, hasta ve desteğe muhtaç bir za- vallı olarak görünür. Durumdan duyduğu rahatsızlığı belli etmemeye çalışsa da bu mümkün değildir ancak doktorun ona karşı gösterdiği nazik ilgi, onun huzur- suzluğunu herkesten önce anlayıp konu- nun değişmesini sağlaması, olgunluğu ve bilgeliği kahramanı derinden sarsar. Nefret ettiğini zannettiği “rakibe” karşı sevgi duymaya başlar, onu anlamak, onu daha iyi tanımak hissi oluşur ve şöyle bitirir ilgili bölümü: “Tecessüs –hatta yeni başlayan bir sevgi- benim Doktor Ragıp’ı Nüzhet’e tercih etmemle neticeleniyor- du. Galiba, düşmana dosttan fazla bağ- landığımız alaka noktası budur.”

Kahraman Doktor Ragıp’ın fiziksel özel- liklerini anlatarak başladığı bölümde, as- lında kendinde olmayanları çekip almıştır öncelikle: “Uzun boy. Seyrek ince ve sarı saçlar. Etlerinin her parçası aynı pembe- likte, sıhhatli bir baş... Daima gülmeye alışmış ve ciddi halinde bile gülümseyen bir ağız... Az kımlıdayan bir vücut, dik duruş, gözlerin sinirsiz ve ölçülü bakışı.”

Kahramanın aile dostları olan sevdiği kızın baba ve annesi, hatta sevdiği kızın ta kendisi farkında bile değilken, hasta- lığının konuşulmasından rahatsız oldu-



Yaşamının büyük çoğunluğu hastalıklarla geçen Peyami Safa’nın birçok eserinde bu hastalıkların yansımaları görülmekle birlikte kuşkusuz ki en özeli Dokuzuncu Hariciye Koğuşu’dur. Zira Peyami Safa’nın kemik veremli yıllarının bir çıktısı olan kitap otobiyografik olarak kabul edilir. Yazar hasta kahramanına isim vermemiştir, yazarın kemik veremli kolu kesilme tehlikesiyle karşı karşıya kalmışken; kahramanının hasta organı bacağıdır. Ama eser bütünüyle yazarın kendi tedavi sürecinin deneyimleri, acıları ve bilgileriyle doludur. Bir hasta gözüyle hastane, hastalık, hekim, iç ve dış çevre ustalıkla aktarılır. Bir diğer kıymetli yazarımız Ahmet Hamdi Tanpınar bu kitap için “Acının ve ıstırabın yegâne kitabı.” der.

ğunu anlayan ve ona empati gösteren yeni tanışığı Doktor Ragıp, konuyu de- ğiştiren kişi olarak roman kahramanının bir anda saygı ve sevgisini kazanır.

Kahramanın sevdiği kız Nüzhet’in anne- si, damat adayı Doktor Ragıp’ı çok be- ğenmekle birlikte, Nüzhet ile kahrama- nın iyi anlaşmasından rahatsız olmakta, kahramanı Nüzhet’ten uzaklaştırmak istemektedir. Bunu başarmak adına kul- landığı argüman ise bilimsellikten son derece uzak ve insani olarak düşündü- rücüdür. Zira anne, kızına kahramanın “mikrop” taşıdığını, bunun bulaşıcı ola- bileceğini ve kızına da çekebileceğini söyler. Her ne kadar Nüzhet bunları cid- diye almasa da konuşmaları gizlice işi- ten kahramanımız, tedavi süreci için ge- çici süre yerleştiği aile dostlarının evini o gün terk etmeye karar verir. Ve ruhsal hastalıkların bazen, fiziksel hastalıkların acılarını bastırabildiğini hatırlatır bize ya- zar: “Uyuyamadım, ağrılarım arttı, fakat ruhi azabıma nispetle çok asil, sade ve saf olan et ızdırabımı o gece sevdim.”

Bir Yeşilçam filmi tadında tıbbi uygula- malar... Günümüz modern anestezi- si karşısında nostaljik müdahaleler... “Bayılmak derecesine geliyorum. Öteki asistanlar da koşular. Suyu eter damla- tarak içiriyorlardı.”

Yedi yıl acısı çekilen hasta bacağın artık kesilmesi ihtimali gündeme gelince, uzuv kaybı karşısında hastaların duygularına tercüman olan edebi ifadeler: “Büyük bir uzvun boşluğunu hissetmeye nasıl da- yanacağımı anlamıyorum, bir diş çekti- dikten sonra bile yerinde ağızdan daha büyük bir boşluk kaldığı zannedildiği halde, ayrılan bir bacağın yerinde kalan uçurumun baş dönmesine nasıl alışılır?” Kitabın aynı bölümünde bir doktorun ağ- zından diğer doktorlar için biraz acıma- sızca sözler söyler yazar: “Amputatönl- er bence tababete dahil bir iş değildir, bunu kasaplar da yaparlar ve bir balta vuruşta bir uzvu uçururlar. Biz, biraz ten- türdiyot süreriz ve biraz da kloroformla hastayı uyuturuz. Farkı budur. Doktorluk, bu bacağı ve bu gençliği kurtarmaktır.”

Hastaya ve hastalığına bütüncül yak- laşmayan hekimler için bir içli eleştiri: “O zaman bu tavsiyelerinden dolayı operatörü soğuk bulmuştum; mizacıma zıt ihtarlar yapan doktorlara kızıyordum bile: Hepsinde aynı kusuru buluyordum: Tedavilerinde hastanın psikolojisine yer vermemek.”





Sağlık Yöneticileri olarak bu kitapla yine bir gerçeği daha hatırlıyoruz. Tıbbi başarı sağlanmış ve mükemmel bir hastanecilik hizmeti sunulmuş dahi olsa “şifa ile taburcu” ettiğimiz hastalarımız bizi, odasına yemek götürüp getiren bir kadın personelimizin eleştirisiyle hatırlayabiliyor: “Kapı tekrar açıldı. Aynı kadın. Tepsiyi almak için yaklaşınca, yüzüme, beni hiç anlamayan, varlığını inkâr eden gözlerle baktı. Niçin yemediğimi soruyor. İhtimal benim garabetim karşısında değişen gayr-i beşerî bir ses, çatlak ve topraklı bir ses.” Başka bir paragrafta odaya giren temizlik personeliyle ilgili yorum: “Yüzünü görmüyorum, hep yere bakıyor, gözlerini bir kere bile bana çevirmedi. Yerinden kaldırdığı masa onun gözünde benden daha mühim.”

Özellikle uzun süre yatmak zorunda kalan hastalarımızın manzarası... Gözünün görebildiği sınırlı sayıda şey dolayısıyla bir türlü ferahlamayan ruhlar ve aslında belki de bu sebeple geciken iyileşmeler... Sağlık mimarisinde insan odaklı modern yaklaşımların önemini hatırlatan satırlar: “Gözümün hiçbir görüş köşesi yok ki içine bir duvar parçası girmesin. Hep ve yalnız onları görüyorum. Bakıldıkça uzuyorlar, yükseliyorlar, sertleşiyor ve korkak, yumuşak bakışlarıma kaskatı çarpıyorlar, gözlerimi ezecekler. Deniz gibi yayılıyor ve beni çeviriyorlar. Serinliklerini hissediyorum. Denizde, çıplak vücudumu saran dalgaların birdenbire taş kesilmeleri gibi, duvarları giyiyorum.”

Vizit esnasında hekimlerin takındığı tutumların hastanın ruhundaki yansımala-

rı: “Odama iki erkek ve bir kadın girdi. Hiçbirini tanımıyorum. Erkekler çok ciddi. Benim odamda bulunuşuyla alakaları yokmuş gibi yatağıma yaklaştılar.”

“Sert bir tavırla dereceme baktı ve başucumdaki kâğıda *işaret etti*. *Sonra bana döndü: ‘Sana üçten yemek yazıyorum. – Sonra öğrendim ki bu hastanenin bir tabiri imiş. - Çok ye! Bak zayıfsın. Anladın mı?’ O kadar kaba, işinden bıkmış, sinirli bir soruşu vardı ki, nefretimi sesimin perdesiyle hissettirerek ‘Peki!’ dedim. Gene kağıtlara bir şeyler yazıldı, çıkıp gittiler. Birdenbire kendimi o kadar yalnız buldum ki, oda kapısında herhangi bir tanıdık yüz görüneydi, sevinçten haykıracak, yataktan atlayacak, boynuna sarılacak ve beni buradan alıp götürmesi için yalvaracaktım.”*

Hastanın bilgi edinme hakkına ufak bir dokunuş: “Kapımda bir adam bana ‘Hazırlan!’ dedi, ‘Bundan sonra sıra sende.’ Ne sırası? Bilmiyorum. Ameliyat mı? Pansuman mı? Ne yapacaklar?”

Tam manasıyla kıymetini hep kaybettiğimizde anladığımız o yüce sermaye: sağlık! “Bizden uzaklaşmadıkça bize görünmeyen sıhhat, itiyadın verdiği hissizlikle, sağlamların şuurundan kaçıp nasıl ve nereye saklanıyor? Onu ben görüyorum, çünkü benden uzak.”

Ameliyathane ortamının edebi tanımı: “Hayatın nasıl bir şey olduğunu unutturan bambaşka bir alem. Bir rüya odası. Uyuşturucu koku, belki de kloroform. Herkeste, geçireceğim tecrübenin

ehemmiyetini hissettiren bir vazifeperverlik. Operatörün küçük işaretleriyle büyük işler yapılıyor.”

Birkaç ameliyat ve uzun bir tedavi süreci sonrasında bacağı kesilmekten kurtulan ve iyileşen kahramanımız, odasında karaladığı kesik kesik notlarla tamamlar kitabını. “Bir gün hastanelerde okunmak için bir roman yazsam ve bu notlarımı içine karıştırırsam...” der. Hastalık ve sağlığa dair söyleyebilecek daha iyi sözlerimiz olsaydı belki başkaydı; ama biz de o notlarla bitirelim yazımızı:

“Büyük bir hastalık geçirmeyenler, her şeyi anladıklarını iddia edemezler.”

“İki hasta kadar birbirine yakın hiç kimse yoktur.”

Peyami Safa. Acısına, anısına, Türk edebiyatına bıraktığı büyük mirasına saygıyla...

#### Kaynaklar

*Dokuzuncu Hariciye Koğuşu İncelemesi, İbrahim Gökpınar, İbrahim Çetiner, Mustafa Orhan, Haziran 2007, <http://www.ege-edebiyat.org> (Erişim Tarihi: 15.08.2023).*

*Dokuzuncu Hariciye Koğuşu, Peyami Safa, Ötügen, İstanbul, 2021.*

*Dokuzuncu Hariciye Koğuşu'nda Kitaplarla İlgili Çağrışımlar, Mehmet Nur Karakeçi, Karadeniz, 2018;(38).*

*Peyami Safa 60. Yıl Hatırası, Akademik İnceleme, Dr. Cengiz Karataş, Ankara, 2021.*

*Peyami, Hayatı, Sanatı, Felsefesi, Dramı, Beşir Ayvazoğlu, Kapı Yayınları, İstanbul, 2011.*

*Romancı Yönüyle Peyami Safa, Prof. Dr. Mehmet Tekin, Ötügen, İstanbul, Ekim 2014.*

# Anadolu Bilgesi Bir Üniversite Hocası Yaşar Bağdatlı

## Prof. Dr. Recep Öztürk

Yaşar Bağdatlı Hocamız 1944 yılında Malatya'da doğmuş, ilk öğrenimini üçüncü sınıfa kadar Malatya Cumhuriyet İlkokulunda Orta ve Lise öğrenimini Gaziantep Lisesinde tamamlamıştır. 1963-64 öğretim yılında "İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi"ne giren Bağdatlı Hocamız, 1971 yılında mezun olmuştur. 1972 yılında Mikrobiyoloji, Parazitoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı'nda asistan, 1977 yılında Bakterioloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Uzmanı olmuştur. Dr. Yaşar Bağdatlı, 1981'de doçent, 1988'de profesör olmuştur. Yaşar Bağdatlı Hoca enfeksiyon hastalıkları immünolojisi ve enfeksiyon hastalıkları kliniği ile ağırlıklı olarak uğraşmıştır. Özellikle hastane enfeksiyonları komitesinin Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde kurumsallaşmasında büyük katkıları olmuş ve ülkemizde ilk hastane enfeksiyon kontrol komitelerinden birinin kurulmasına liderlik etmiştir. Adli Tıp Kurumunda, Avrupa Birliği Çevre Komisyonunda görev almıştır. Birçok diğer mesleki kuruluşlarla birlikte İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu üyesiydi. 2011 yılında emekli olduktan sonra Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çevre Yönetim Birimi Başkanı, 2012 yılında İstanbul Üniversitesi Hastaneleri Çevre Yönetim Koordinatörü olarak görev almış, vefatına kadar görevine devam etmiştir. Aynı zamanda Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastane Afet Planı Olay Yönetim Ekibi üyesi ve Cerrahpaşa Tıp

Fakültesi Kimyasal Biyolojik Radyolojik Nükleer Tehditler sorumlusuydu. İstanbul Bulaşıcı Hastalıklar Derneğinde önceki yıllarda üye, 2017 yılından itibaren Dernek Başkanı olarak görev yapmıştır.

Yaşar Bağdatlı Hocamızı Cerrahpaşa Tıp Fakültesi öğrencisi iken üçüncü sınıfta derslerimiz esnasında tanıdım. Daha sonra Hoca'yı yakından tanıyan sınıf arkadaşım merhum Dr. Zeki Kaplan bizzat tanışmamızı sağladı. Yaşar Bağdatlı Hoca ülke içinden ve dışından her

kesimden ve düzeyden yakın dostları olan bir insandı. Fakültede Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğindeki makam odası hastalar, dostları, öğrenciler ile sürekli dolup taşardı. Yaşar Bağdatlı Hoca, Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat'ın yanında yetişmiş ve onun iltifatına mazhar olmuştur.

Hoca öğrencilerle yakından ilgilenir, maddi ve sosyal sorunları için onlara doğrudan veya dostları vesilesiyle yardımcı olurdu. Yaşar Hocamız öğrenci piknikleri ve diğer sosyal faaliyetleri-





ne bizzat katılmış, bizlere her açıdan rehberlik etmiştir. Mezun olup mecburi hizmet için Van'a gittiğimizde bölgede mecburi hizmetteki arkadaşları Yaşar Hocamız ziyaret etmiştir. Sınıf arkadaşlarımızdan dönemin Bingöl Sağlık Müdürü Vekili merhum Dr. Zeki Kaplan, Konya Hadım'da mecburi hizmet yapan Dr. Mehmet Köse ve hocamız önce Diyarbakır'da görev yapan Dr. Murat Elevli'yi ziyaret etmiş ve ardından Van Gedikbulak Sağlık Ocağında bana uğramışlardı. Bizler için ne kadar büyük bir teşvik olmuştu merhum hocamızın ziyareti. Doğrusu o günün şartlarında büyük bir fedakârlık, hocalık, dostluk, arkadaşılığın ne olduğunun güzel bir örneğiydi bu ziyaret.

Mecburi hizmet sonrası ihtisas alanımızı Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji olarak belirledik. Yaşar Bağdatlı Hocamızın da görev yaptığı İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı bünyesinde yer alan Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniğinde kendileriyle uzun yıllar birlikte çalışma imkânı bulduk, tecrübesinden elden geldiğince istifade etmeye çalıştık. Hocanın geniş çevresi vesilesiyle kliniğimize yatan çok farklı hastalar (tetanostan şarbona, tifo ve diğer salmonellozlar ile koleradan viral hepatitlere, sepsise değişen geniş bir spektrum)

linik ve aynı zamanda laboratuvar tecrübemizin hızla gelişmesine vesile oldu. Bu vesile ile o yıllarda klinikte birlikte çalıştığımız çok ciddi bir klinik tecrübe sahibi olan Prof. Dr. Sina Emre Hoca'yı da rahmetle ve minnetle yad etmek isterim.

Yaşar Bağdatlı Hoca, vizyoner bir bakışla ülkemize göre erken bir dönemde (1990'lı yılların başlarında) Cerrahpaşa'da Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesini kurdu ve başkanlığını 2006 yılına kadar devam ettirdi. O yıllarda henüz enfeksiyon önleme ve kontrol önlemlerine ülke ve kurum çapında gereken önem verilmiyordu. Süreçte hoca ile birlikte ekip olarak çok büyük mücadeleler verdik. Bu kapsamda kurumda farkındalığın artmasında merhum Bağdatlı Hocanın çok önemli katkıları oldu.

Yaşar Hoca herkesin sorunlarıyla yakından ilgilendi, gereken ne ise katkı vermeye çalıştı. 1994 yılında Nevşehir'de yapılan 7. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresine katılım planı yokken bizler için kongreye katılarak o sene gireceğimiz doçentlik sınavı için bize ciddi moral desteği sağladı. Benim gibi uzmanlık ve akademisyenlik süreçlerinde pek çok arkadaşına hocalık, ağabeylik yapmıştır. Hocamız, sadece bi-

lim insanlarına, hekimlere, öğrencilere değil idari personele, halktan müracaat edenlere de çok samimi davranır ve onlarla ilgilenir, sorunlarının çözümüne destek sağlardı.

Hoca kendisine meselesini aktaran herkese bir şekilde çözüm bulurdu. İstanbul ve Anadolu'dan müracaat eden pek çok hastaya ya bizzat enfeksiyon kliniğine yatırarak veya diğer alanlarda her tür yardımı sağlayarak tedavi ve ameliyatlarına destek sağlamıştır. Yaşar Bağdatlı Hoca'nın, devletin değişik kurumlarında her düzeyde dostları vardı. Kişilerin haklı taleplerinin çözümü için elinden gelen desteği severek verirdi.

Merhum Yaşar Bağdatlı Hocamız, o günlerin bilinen şartlarında ve zor zamanlarda değerlerimize sahip çıktı, nesillerin yetişmesi için mütevazı bir duruşla, istikrarla büyük gayret gösterdi. O, bizlerin Yaşar ağabeyi ve hocası oldu. Her iki görevini de hakkıyla ifa etti. Sonuç olarak Profesör Yaşar Bağdatlı, "gayret, samimiyet, fedakârlık, sorumluluk, istikamet, şefkat, tevazu sahibi "Anadolu Bilgesi Bir Üniversite Hocası"dır. Allah'tan hocamıza rahmet dilerim.

*Not: Sunumundan yaralandığım Prof. Dr. Fatma Köksal'a teşekkür ederim.*

**Rahmetli Babam Prof. Dr. Yaşar Bağdatlı Anısına**  
(01.01.1944 - 14.08.2021)

**Dr. Öğr. Üye. Mustafa İsmail Bağdatlı**

Babam, nerelisin diye sorulduğunda Türkiyeliyim derdi. Rahmetli dedem Kahramanmaraşlı imiş. Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demiryolları'nda memur olması sebebi ile doğduğu şehirden 15'li yaşlarda ayrılmış ve sonrasında pek çok şehir gezmiş. Dolayısıyla dedemin altı çocuğu farklı şehirlerde doğmuşlar. Babam altı kardeşin üçüncüsü ve iki kız çocuktan sonra ilk erkek olarak 1944 yılı ocak ayında Malatya'da doğmuş. Sıralamasını tam olarak bilmediğim Elâziğ, Malatya, Gaziantep gibi çeşitli şehirlerde yaşamışlar. Gaziantep'te lise tahsilini bitirmiş. O bölgede adetmiş, çocukları öğrencilik yıllarında meslek öğrensinler diye bir ustanın yanına verirlermiş. Babam öğrencilik yıllarında radyo tamiri yapan bir ustanın yanında çalışmış. Bu sebeple elektrikli aletlerin tamiratından anlardı. Evde ufak tefek tamir işlerini yapardı. Ustasıyla irtibatını kesmemişti, görüşürlerdi.

Üniversiteyi kazanınca İstanbul'a gelmiş. Babam üniversitede okuduğu yıllarda dedem vefat etmiş. Dedemin vefatı sonrasında annesi ve kardeşlerini de yanına almış. Bu şekilde İstanbul'a yerleşmişler. Öğrencilik yılları talebe hareketlerinin bulunduğu yıllara rastlamış. Bu yıllarda Milli Türk Talebe Birliği'nde aktif görev almış. Daha sona başkanlık yapan Burhaneddin Kayhan ile birlikte MTTB'nin genel sekreterliğini yürütmüş. Bu dönemde ve sonrasında Necip Fazıl Kısakürek gibi İslami derdi ve gayreti bulunan aktif kişilerle yakın diyalog hâlinde olmuş. Yine bir dönem başbakan yardımcılığı yapan Faruk Sükan ile de yakın görüştüğünü ve karşı karşıya kaldıkları problemleri durumlarda devreye girerek yardımcı olduğunu anlatırdı. Bu dönemde dindar üniversite öğrencilerinin yanında ve yardımcısı konumunda imiş. Sadece siyasi ve sosyal dinamikler çerçevesinde değil aynı zamanda fiziksel güç ile de mücadele veren bir insandı.

Annem Zeliha (İleri) Bağdatlı ile asistanlık döneminde tanışıp evlenmişler. 1974 yılında bir kız çocukları olmuş ismini Tuba koymuşlar fakat sadece bir gün yaşamış. Hastaneden çıkmadan vefat



etmiş. 1976 yılında ben doğmuşum. 1977 yılında kardeşim Mustafa, 1988 yılında ise diğer kardeşim Ömer dünyaya geldiler. Bana ilk çocuk olarak dedelerimin isimleri olan Mustafa ve İsmail isimlerini vermişler. İsmail ismi daha yaygın kullanım kazanınca benden sonraki kardeşime annemin babası olan Mustafa dedemin ismini vermişler. Dolayısıyla kardeşimle ortak bir ismimiz oldu. Bu tutum hem annemin hem de babamın vefakarlığının üzerimizde hayat boyu devam eden bir göstergesi olmuştur.

Babam, alimlerle yakın görüşürdü. Tabi onun görev yaptığı yıllarda ülkemizde yaşayan dindar insanlar, özellikle ilmiye sınıfı için hayat oldukça zorlaştırılıyordu. Gerek maddi imkânlar açısından gerekse sosyal hakların kullanımı hususunda sınırlılıklar söz konusu idi. Dolayısıyla babam sahip olduğu imkânları elinden geldiğince bu kesimin ve maddi sıkıntı

yaşayanların ihtiyaçlarına cevap verebilmek için kullanırdı. İdaresinde bulunan infeksiyon servisinde pek çok hoca efendiyi yatırdığını, onlarla özel olarak ilgilediğini biliyorum.

Babam, hekim olan annemle birlikte bir muayenehane açmaya teşebbüs etmiş. Ancak gelenlerden para almadıkları için o girişimlerini sonlandırmak mecburiyetinde kalmışlar. Evimizde muayenehane neden kalan eşyaları görüp bunlar nereden geldi diye sorduğumuzda annem bunu anlatırdı. Babam mesleğini maddi refah seviyesini yükseltmek için bir araç olarak değil, çevresindekilerin işlerini görmek, ihtiyaç sahibi olanlara yardımcı olmak için bir vasıta şeklinde kullanmıştır. Dolayısıyla hiçbir zaman toplumda alışıldığı üzere maddi manada zengin bir doktor olmamıştır. Fakat gönül dünyası ve çevresinde oluşturduğu sevgi yumağı ile esas zenginliğe sahip olmuş-

tur. Gerek yaşayışı gerek söylemleri ile bize de bu konuda örnek teşkil etmiştir.

Hayatı boyunca ortaya koyduğu tercihlerinde İslâm'a ve Müslümanlara hizmet hareket noktasını oluşturmuştur. Bazen maddi olarak sıkıntı yaşadığımız zamanlarda sorardım: "Baba niçin Cerrahpaşa'dan ayrılıp özel bir hastaneye geçmiyorsun?" veya "Yarım gün olarak özel bir hastanede vazife almıyorsun?" diye... Bana Cerrahpaşa'da pek çok kimseye yardımcı olduğunu, öğrencilere yardımcı olduğunu, kendisi bu kurumdan ayrılırsa bu öğrencilerin veya ihtiyaçlıların sahipsiz kalabileceğini söyledim. Maddiyat her zaman onun için çok geri planda kalmıştır. Yurt dışından kendisine gelen teklifler için de aynı durum söz konusu idi. Kendisine yapılan siyasi tekliflerde de bu tutumunu muhafaza etmiş, görev yaptığı kurumda dindarların hamisi olmuştur. Vefatı sonrasında da bu tercihinin ne kadar doğru olduğu çok daha iyi anladık. Tabi bu tutumunda aynı gayeyi paylaştığı annemin de payı olduğunu ifade etmem gerekir. Annem de aynı hassasiyete sahiptir. O da zor zamanlarda İslâm'ın yaşanması için gayret sarf etmiş, hekim kimliğini aşan hoca kimliği ile sohbetleri, yetiştirdiği ve yetişmesine vesile olduğu talebeleriyle halen hız kesmeden, hatta babamın vefatı sonrası daha da yoğunlaşarak çalışmaya devam etmektedir.

Babamın alimlerle yakinen görüştüğünü ifade etmiştim. Bunun bir yansıması olarak evimize pek çok alim konuk olmuştur. Özellikle çocukluk yıllarımızdan başlamış ve babamın vefatı sonrası bizim de devam ettirdiğimiz Çarşamba sohbetleri geleneksel bir hâl almıştır. Mahalle halkı, komşularımız çarşamba günleri evimizde toplanırlar ve Kur'an sünnet alanında bilgi edinirler. Hatta bir dönem yakında camii olmadığı için babam evde bulunduğu zaman dilimine rastgelen akşam ve yatsı namazları için evimizi açmıştı. Mahallemizin bakkalı Enver Amca balkonumuzdan ezan okur ve çevredekiler evimize gelerek namaz kılarlardı. Komşularımızdan hafız bir amca namazları kıldırırdı.

Babam özel hayatında gayet mütevazı olmuştur. Çarşamba sohbetlerinde veya namaz için evimizi açtığı dönemlerde yahut komşularla olan münasebetlerinde üst perdeden bir profesör edası ile konuşmaz, davranmaz, başındaki takkesi ile meclise girildiğinde ayırt



edilmezdi. Çarşamba sohbetlerini İsmailağa Camii müezzini ve hadis alimi rahmetli Hasbi Abdülkerim Hocaefendi yapardı. Bu buluşmalarda Hasbi Hoca, İmam Birgivi'nin Tarikat-ı Muhammediye isimli eserini okurdu. Çarşamba sohbetlerine zaman zaman misafir hoca efendiler de gelirdi; Abdurrahman Gürses, Ali Ulvi Kurucu, Mahmut Ustaosmanoğlu, Enver Baytan, Mahmut Bayram gibi pek çok kıymetli kişiler bu sohbetlere konuk oldu. Hasbi hocamızın vefatından sonra sohbet, çeşitli hocalarca devam ettirildi. Tabi bu ortam bizim de bu kıymetli insanlarla tanışmamızı ve onlardan istifade etmemizi sağladı.

Seçim dönemlerinde evimiz belediye başkanı veya milletvekili adaylarının da uğradığı bir yer olurdu. Babamın tavsiyelerini almak veya bağlantılarından istifade etmek için gelirlerdi. Babam, arkadaşları ile de zaman zaman bir araya gelirdi. Bu toplantılarda tıp, ticaret ve ilim camiasından pek çok insan bulunurdu. Bizler de babamla bu buluşmalara katılırdık. Tahtakale'de esnaf olan Bekir Uğur'un ev sahipliğindeki bu toplantılar aklımda yer eden buluşmalar olmuştur.

Babam ve annem eğitimimize önem vermişlerdir. Eğitim tercihlerinde de yurtdışı ifade ettiğimiz İslâm önceliğini korumuşlardır. İlkokul sonrası beni karma bir okula göndermemeyi ve dindar insanların arasında bulunmamı hedefleyerek o zamanlar suret-i haktan görünen Fatih Koleji'ne göndermişlerdi. Neyse ki

o kurumda sadece iki sene okudum. Babam oradaki zihniyetle anlaşamadı. Babamı sevmedikleri için benimle uğraştıklarını sonraki yıllarda o okulda yaşadıklarımı değerlendirince daha iyi anlıyorum. Sonrasında beni Özel Üsküdar Fazilet Erkek Lisesi'ne gönderdiler. Kardeşim Mustafa da burada eğitime başladı. Annem ve babam maddi imkânları kısıtlı olmasına rağmen sadece İslâm ve ahlâk önceliği ile bizleri bu kurumda okuttular. Lise eğitimim sonlara yaklaştığı yıllarda tabi olarak meslek seçimi gündemde idi. Benden genel beklenti tıp fakültesi tercih etmem yönünde idi. Fakat ben tercihim ilahiyat fakültesi yönünde yapınca gerek babam gerekse annem bana karşı çıkmadılar. Anlayışla karşıladılar. Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi'ni kazandım. Üniversiteye başladığımda babam bana sadece ilahiyat tahsilinin yeterli olmayacağını İslâmî ilimleri klasik usul okumamın faydalı olacağını söyledi ve beni rahmetli Hasbi Abdülkerim Hoca'ya yönlendirdi. Üniversiteye başlamadan önceki yaz tatilinde bu eğitime kardeşim Mustafa ile birlikte başladım. Hasbi Hoca önce bizi birkaç hocaya yönlendirdi onlarla ders yaptık. Sonrasında bizzat kendisinden ders okudum. O da babam gibi istikamet üzere bulunmayı hedefleyen kıymetli bir alimdi ve babamla iyi anlaşmıştı. Belki de bu sebeple babamın Merhum Mahmud Efendi ile de iyi bir diyalogu vardı. Sık sık ziyaretine gider, sağlık problemleri ile ilgilenirdi. Hatta Mahmud Efendi babam ve birkaç doktor arkadaşına Arapça ve İslâmî illimler

alanında ders de okutmuş. Hasbi Hoca ile de bu vesile ile tanışmışlar. Babam ve Hasbi Hoca sayesinde o zamanlar daha hareketli olan İsmailağa Camii'nin tekke ortamında bulunma ve asr-ı sadetini anımsatan iklimini tatma imkânı elde ettim. Babamın bildiğim kadarı ile tasavvuf bağlantısı yoktu. Tüm hoca efendilere ve özellikle yukarıda belirttiğim hassasiyetleri sebebi ile Mahmud Hoca'ya özel bir yakınlığı vardı.

Üniversiteyi bitirdikten sonra İslam felsefesi alanında yüksek lisansa başladım. Yüksek lisans ders dönemi bittiğinde kardeşim Mustafa ile birlikte bilgisayar satışı ve internet kafe hizmeti veren bir işyeri açtık. Babam bundan pek hoşlanmasa da bizi destekledi. Fakat bana mutlaka yüksek lisansı bitirmem gerektiğini söylerdi. İş sebebi ile eğitimi ihmal etmeme razı olmaz sürekli bu yönde telkinde bulunurdu. Biz de işi daha çok maddi yönü ile değerlendiriyor iyi kazandığımız için eğitim sürecini arka plana atıyorduk. Tabiri caizse babamın zorlaması ile yüksek lisansı bitirdim ve sonrasında din eğitimi alanında doktora başladım. Kardeşim de aynı şekilde elektrik elektronik mühendisliği bölümünü bitirip mühendislik yönetimi alanında yüksek lisansını tamamladı. Babamın bu ısrarında ne kadar isabetli ve ileri görüşlü olduğunu şimdi daha iyi anlıyorum. Askere gidip geldikten sonra işyerimizi devrettik. Sonrasında kardeşim özel bir firmada ben de Esenyurt Belediyesinde çalışmaya başladık. Doktorayı da burada yine babamın teşviki ile tamamladım. Sonrasında da İstanbul Üniversitesi İlahiyat Fakültesinde görev aldım. Bu süreçte babamın desteği, yönlendirmesi ufuk sahibi tutumu belirleyici oldu.

Babam ailesine düşkün biri idi. Babamın ve beraber kaldıkları kendisinden büyük iki halamla yakinen ilgilenirdi. Gerek gençlik yıllarımızda gerekse evlendikten sonra da sürekli hafta sonları bir araya gelirdik. En azından haftada bir ailece toplanırdık bu bazen babamın, bazen babaannemlerin, bazen de bizim evimizde olurdu. Halamlar kendi işlerini görecektür durumda olmalarına rağmen babam alışverişlerini yapar maddi anlamda da onları sürekli desteklerdi. Hatta babam emekli olduğunda babaannemlerin bir ev alma durumu vardı; babam da kendine güzel bir araba alma hayali kuruyordu hatta araştırmaya başlamıştı. Bu hayalinden

vazgeçerek emekli ikramiyesinin büyük bir bölümünü babaanneme vermişti. Yine benzer bir durum bizler ev alırken de gerçekleşti. Bu yönüyle babam oldukça fedakâr sadece cömert değil -ki cömertlik ihtiyaç fazlasından vermek demektir- kendi ihtiyaçlıken veren isar seviyesine yükselmiş bir insandı. Babamın 2015 yılında, büyük halam 2020 yılında vefat ettiler. Diğer halam ise babamın vefat ettiği gün vefat haberini alınca kalp krizi geçirerek vefat etti. Babamın gittiği her yere halamları, babaannemi de götürürdü yediklerinden onlara da yedirirdi. Kayınvalidemin tabiri ile ahirette giderken de ablasını bırakmadı. Kendisine vaktiyle kötü davranmış olsalar da her zaman diğer akrabalarının da yanında ve yardımında oldu.

Gerek aile içinde gerekse iş hayatında onun yakınında bulunup da faydası dokunmayan insan yok gibidir. Arkadaşlarımdan hastalanan veya hasta yakını olup da yardım isteyen olduğunda ve bu konuda babamdan yardım istediğimde her zaman yardımcı olmuştur ve ciddi olarak süreci takip etmiştir. Hatta bizler evlendikten sonra dahi zaman zaman alışveriş yapıp evimize getirirdi. Paraya ihtiyacımız olup olmadığını sürekli sorardı. İhtiyaç olmadığını söylememize rağmen hesabımıza para gönderirdi. Bazen de ihtiyacımız olduğu zamana denk gelirdi. Çok dua ederdik.

Şakacı ve nüktedan biri idi. Arkadaşları ile telefonda konuşurken veya bizlerle diyaloglarında hoş nükteleri olurdu. Mesela "çayın açık mı olsun?" diye sorduğumuzda "üstü açık altı kapalı olsun" derdi. Telefonu açıp "evet" dediğimizde "eve et mi lazım" derdi. "Nasılsın? Ne yapıyorsun?" diye sorarsak "Kimseye bir şey yapmıyoruz." diye cevap verirdi. Şakacı kimliği yanında çabuk sinirlendiği zamanlar da olurdu, beklemeye gelemezdi; biraz beklettiğimizde kızardı. İşleri en pratik şekilde halletmemizi isterdi; biraz dolaylı bir çözüm ürettiğimizde sert bir şekilde uyarırdı.

Gezmeyi severdi. Çocukluk yıllarımızda Emirgan Korusu, Yıldız Parkı, Florya gibi yerlere bizi götürürdü. Zaman zaman ailecek özellikle Karadeniz taraflarına geziye çıkardık. Orada tanıdıklarımızı ziyaret eder, onlara konuk olurduk. Hatta ben altı yaşındayken ailecek otomobil (77 model Renault 12sw) umreye gitmiştik. Hatırimdan çıkmayan ilginç bir seyahat olmuştu. Kabe'de kardeşim

Mustafa'nın kaybolması, aldığımız oyuncaklar, gümrükte yaşadığımız problemler, yolda geçirdiğimiz küçük trafik kazası, çölde kum fırtınasına yakalanmamız hâlâ hatırimdadır. Yaz aylarında sezonluk daire kiralayıp Esenköy'de kalırdık. Kendisi oradan hastaneye gider gelirdi. Bu seyahatlerinde vapurda gidip gelirken ünlü alim Abdülfettah Ebu Gudde ile tanıştığını anlatırdı. Esenköy'de kaldığımız zamanlar çevreyi de birlikte gezirdik. Armutlu, Gemlik taraflarına daha çok giderdik. Denizin dağ ile birleştiği güzel tabiatla gezer, bazı yerlerde piknik yapardık. Kendi aramızda martı adası dediğimiz martıların çok olduğu deniz kenarındaki kayalık yere sık sık giderdik. Tabi o zamanlar Esenköy sakin bir bölge idi, genellikle muhafazakâr ailelerin gelip gittiği bir yerdi. Hatta şimdi cumhurbaşkanımız olan Recep Tayyip Erdoğan'la da altlı üstlü komşu olarak oturmuştuk. Bu yapısı bozulduktan ve bizler de çocukluktan gençlik dönemine geçtikten sonra babamın bizi deniz kenarı olan bir tatil beldesine götürmemiştir. İstanbul'da Şamlar köyünde hac arkadaşları bir bina yaptırmışlardı, daire seçiminde aralarında anlaşmazlık çıkınca anlaşamadıkları daireyi babam almıştı, oraya giderdik.

46 sene birlikte yaşadığım babam Yaşar Bağdatlı'yı birkaç sayfada anlatmak zor. Eksikleri ve gerek olmadığını düşündüğüm için yazmadıklarımla birlikte hatırlama gelenler bunlar. Babam çelidircilere kapılmadan mücadele ile geçen bir hayat yaşadı. Bozulmuş toplum içinde istikamet üzere bulunuşu niteleyen "hanif" bir duruşa sahipti. Gereken yerde tavrını koymaktan çekinmeyen sözünü esirgemeyen biri idi. Klasik fakat babama çok yakışan bir tabirle dosta güven, düşmana korku veren bir yapısı vardı. Hayatında İslâm birinci önceliği idi, istikamet üzere hayatını sürdürdü; sadece kendi yaşamadı, çevresindeki insanlara da yaşattı, onlara destek oldu. İslâm'ı davranışları ile ve sözleri ile tebliğ etti, gücü yettiği yere kadar kolaylaştırdı. Hekim kimliğini aşan bir mücahitti. Dünyevi mesleğini ahiret azığı hâline çevirmeyi bilmiş ender bir şahsiyetti. Bütün bu özelliklerinden dolayı arkasından sadece bir hekim olarak değil bir dava adamı olarak anılmaktadır.

Rabbim insanlara yardımcı olmayı adet haline getirmiş bu insana rahmeti ile muamele buyursun. Biz evlat olarak razıyız, Rabbim de razı olsun.



### **Çok Yönlü Kişiliğiyle Dr. Yaşar Bağdatlı**

#### **Prof. Dr. Mustafa Samastı**

Bağdatlı Hoca'yla 1975 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezuniyetimi takiben göreve başladığım Mikrobiyoloji Kürsüsünde (o zamanki ismiyle) tanışarak birlikte çalışma bahtıyarlığına eriştim. Bağdatlı Hoca'nın benim nezdimde en belirgin özelliği son derece güçlü, dinamik ve geniş kapsamlı, sosyal ilişki ağının yanı sıra aynı zamanda İslami ve kültürel değerlerimize sıkı bağlılık göstermesiydi. İnanıldığı değerleri temsil eder, sahip çıkar ve her mahfilde cesaretle savunurdu. Ülkemizin önde gelen cemaat liderleriyle, din alimleri ve kanaat önderleriyle geliştirmiş olduğu dostlukların yanı sıra öğrenci gruplarından üniversite hocalarına, farklı sosyal gruplara ve hatta çeşitli yurt dışı organizasyonlara varıncaya kadar kurduğu irtibatlarla sosyal bir köprü vazifesi görüyordu. Ancak, sosyal ilişkilerinin niceliğinden çok niteliği dikkat çekici idi. İnsani ilişkilerinde statüye göre bir ayırım yapmadan hizmetlilere varıncaya kadar tüm personel ile samimi dostluklar kurar, onların bir aile ferdi/büyüğü gibi davranır, sorunlarıyla yakından ilgilenirdi. Bu kapsamda kürsümüzde uzun zamandır bekâr olan emektar laborantlarımızdan rah-

metli Mehmet Çataloğlu ile yine aynı durumda olan şoför kadrosundaki bir diğer personelin evlenerek aile yuvası kurmasına vesile olmuş, elinden gelen desteği sağlamıştı. Hocamız içten ve yakın davranışları personelin gözünde de ona ayrı bir değer verilmesini sağlıyordu. Şahsımla ilgili olarak Bağdatlı Hoca'nın pek çok desteği olmuştur. 1981 yılında düşünüm için Şanlıurfa'ya gidilip gelin alınacaktı. Bağdatlı Hocamız düşün ihtiyaçlarının temininde yardımcı olduğu gibi, ayrıca Gaziantep ve Şanlıurfa'daki yakın dostlarını da işin içine katarak benim için unutulmaz bir organizasyona bizzat iştirak ederek gerçekleştirmişti. Bağdatlı Hoca öğrencilerle özel olarak ilgilenir, onlarla gerçekleştirdiği ders ve sohbet programlarının yanında hemen her yıl Cerrahpaşa ve İstanbul Tıp Fakültesi öğrencilerini bir araya getirecek piknik, iftar gibi organizasyonlara öncülük eder, dost çevresinden, destekleyiciler temin ederdi.

Yaşar Bağdatlı Hoca İstanbul Tabip Odası seçimleri için de gayret göstermiştir. Bu konuda istenen başarı elde edilemeyince geri çekilmemiş hekim camiasıyla yakın ilişkiler geliştirme umuduyla "Türk Hekimleri Yardımlaşma Cemiyeti" yönetim kurulunda bir dönem birlikte görev yapmamıza vesile olmuştu. 1982 yılı hac mevsiminde Diyanet

İşleri Başkanlığının sağlık organizasyonunda birlikte görev yaptık. Bu dönemde Bağdatlı Hocamızın gerek ülkemizden göç etmiş rahmetli Ali Ulvi Kurucu gibi, gerekse Arap kökenli ne kadar çok kişi ile samimi dostlukları olduğuna şahit olmuş ve bundan bir hayli istifade etmiştim. Bağdatlı Hocamızın başta Gaziantep, Kahramanmaraş, Şanlıurfa olmak üzere Güneydoğu Anadolu yöresiyle hem sosyal ilişkiler açısından hem de bu yörelerin yemek kültürü itibarıyla sıkı bağları mevcuttu. Dost meclislerinde, sohbet ortamlarında çiğ köfte yoğurma, künefe hazırlama gibi aktiviteleriyle daima bu kültürü çevresine yansıtırdı. Güvendiği kaynaklardan tedarik ettiği isot, biber salçası vb. malzemeleri daima bulundurur ve ikram için sarfederdi. Hocamız dost sohbetlerine, ilim meclislerine büyük değer verir, evini ve imkânlarını bu amaçlarla tahsis ederdi.

Uzunca bir süre sık sık ailece görüşmelerimiz oldu. Bu görüşmelerde dikkat çekici bir husus Bağdatlı ailesinin çocuklara karşı gösterdiği sükûnet halleri idi. Çocuklarına karşı asla öfkelenmez, sevecen bir üslupla uyarma dışında yüksek sesle konuşmaz ve onları azarlamazlardı. Bu sabır ve yumuşaklık çocuklarının mizacının şekillenmesinde büyük rol oynamıştır sanırım. Bağdatlı Hocamız yüksek bir özgüven ve girişimci bir yapıya sahipti. Yaptığı çalışmalarla 1970'li yıllarda immüno-difüzyon yöntemlerinin Mikrobiyoloji Anabilim Dalında yerleşmesine öncülük etmiştir.

Mikrobiyoloji Anabilim Dalına bağlı olarak kurulmuş olan Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğini rahmetli Prof. Dr. Sina Emre Hocamızdan sonra uzun süre yönetmiş ve gelişimine katkı sağlamıştır. Bağdatlı Hoca henüz hastanede enfeksiyon kontrol yönetmeliğinin olmadığı bir dönemde proaktif davranarak Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin kurulmasını sağlamış ve uzun süre başkanlığını yürütmüştür. Uzun bir süre Adli Tıp Kurumu Biyoloji İhtisas Daire Başkanlığı ve 5. Kurul Üyeliği görevlerinde bulunmuştur. Emekli olduktan sonra da boş durmamış "İ.Ü. Hastaneleri Çevre Yönetim Birimi Koordinatörlüğü" ve "Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çevre Yönetim Birimi Başkanlığını" görevlerini vefat edinceye kadar sürdürmüştür. Allah'tan kendisine sonsuz rahmetler dilerim.

## Dostlarının Bakışıyla Yaşar Bağdatlı Hoca

### Prof. Dr. Saffet Tüzgen

Sadece bir hekim ve tıbbiye hocası değil, aynı zamanda tanıdığım gündün beri bizlere her konuda abilik etmiş, derimizden evliliğimize kadar bize rehberlik etmiş, tecrübesiyle yol göstermiştir. Maddi, manevi, idari, siyasi, içtimai ne derdimiz olmuşsa teklifsiz, randevusuz kapısını çalmış, halimizi arz etmişzidir. Hiçbir seferinde de müsait değilim dememiş, ilgisiz kalmamış, çözmeye çalışmış, en azından derdimizle dertlenmiştir. Her ziyaretimde odasında kendisinden tıbbi yardımdan maddi desteğe, tayin için tanıdık sorandan, kalacak yer arayanlara kadar pek çok muhtaç veya mağdur görürdüm. Sevenleri için sadece enfeksiyon hocası değil her branşta profesördü sanki, ortopedide işi olan ondan isim alır, kardiyojide muayeneye gelen hekimine telefon etmesini isterdi. Bu yardımlara emekli olduğu güne kadar değil vefatına kadar devam etti. Karakteri, sosyal kişiliği, hakikati çekinmeden dillendirmesi, biz kardeşlerinin, asistan ve talebesi olma imkânını yalalayarak herkesin şahsiyetinin şekillenmesinde etkili olmuştur kanısındayım. Rabbine muftî, mevkileri ne olursa olsun insanlara karşı müstağni idi. İnkna olmadığı, uygun bulmadığı makamın davetini kabul etmez ama bir talebe evinde yer sofrasında peynir zeytin ikramına iştirak ederdi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi kurucu dekanlığı görevini ehliyet/liyakat ötesinde müdahalelere muhatap olunca anında istifa etmesi, hac mevsiminde senelerce bila ücret sağlık hizmetleri organizatörü olarak hizmet etmiş olması Bağdatlı Hoca'nın adanmışlığının sadece birkaç misalidir. İlim adamlarına her zaman hizmet edip destek vermiştir. 40 seneden fazla süre Mahmut Ustaosmanoğlu Hoca'nın özel hekimi gibi kendisiyle ilgilenmiş, müteaddit defalar beni, bazen farklı hekimleri, Hoca Efendi'nin tedavisi için evine götürmüş, kliniğinde konsültasyonlara çağırır. Yaşar abimize Allah'tan rahmet niyaz ederim.

### Dr. Mehmet Bozkurt

Yaşar Ağabey, ince yapısı, uzun boyu, esmer teni, hafif kırılmış saçları, mavi gözleri ile kendinden emin, öz güveni yüksek, sıcak ve samimi bir dost, öz verili diğerkâm, fedakâr bir insandı. Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde mikrobi-

yoloji derslerinden hatırlıyorum. Aynı zamanda kıymetli eşi Zeliha Ablamızı da mikrobiyoloji stajından laboratuvarında asistanımız olarak hatırlıyorum. Zeliha Abla daha sonra Vakıf Guraba'ya geçtiğinde ben de Guraba Hastanesi'nde radyoloji ihtisasına başlamıştım. Yaşar Ağabeyler ile ailecek görüşürdük. Ben askere giderken Ankara'ya kadar Yaşar Abi ile bir yolculuğumuz oldu. Onun bir ufak Volkswagen arabası vardı. Askerden dönüşte Vakıf Guraba'da ihtisas yapacağım için Yaşar Abi ile uygun bir ev arıyorduk. Hatta bir ev bulmuştuk. O arada Vakıf Guraba'da bir iftar yemeğinde aklıma geldi sordum, "Ağabey burada Vakıfların lojmanları yok mu?" deyince, "Var, olmaz olur mu," dedi ve hemen Vakıflar Başmüdürlüğünden yetkililerden bize bir lojman tahsis ettirmişti. Yaşar Ağabey'in buna benzer yardımları birçok kişiye olmuştur. Bu arada Yaşar Ağabey'in eşi Zeliha Abla da toplumsal faaliyetlere kendini adanmıştı. Yaşar Ağabey'i arada bir teşkilatlanma yapılanması için teşvik ederdim. O da ortamı ve şartları uygun görmediği için yanaşmazdı. O daha çok bireysel bir değerdi. 1980'li yıllarda bir ara Fatih'te Hicret Düşün Salonunda aylık toplantılar düzenledik. O zamanlar henüz Sağlık Vakfı ve Hayat Vakfı kurulmamıştı. Birlik Vakfı da yoktu. Hekimler Birliği İstanbul'da şube açmaya çalışıyordu. Yaşar Ağabey herkesle iletişimi, diyalogu olan biri idi. Görüşleri isabetli ve net idi. Ben bu arada İstanbul'dan 12 yıl kadar ayrılınca irtibatım azalmıştı. Vefatından kısa süre önce bir ara ziyaretine gitmek istiyordum. Fakat haftada altı gün çalışınca ve İstanbul'da mesafe ve trafik nedeniyle ziyaret kısmet olmadı. İslami eğitim ve hizmete ihlâsla gayret ediyordu. Vefatından iki ay önce telefonla aramıştım. O telefonda doğrusu biraz hasret gidermiştik. Allah C.C. Yaşar Ağabey'in mekânını cennet eylesin, Zeliha Abla'ya da sağlıklı uzun ömür versin.

### Dr. Ahmet Alpay

Merhum Yaşar Bağdatlı sınıf arkadaşımıdır. Tıp tahsili boyunca birçok olay ve birlikteliğimiz oldu. Bunlardan bir ikisini nakletmek isterim. Merhum Ekrem Kadri Hoca'yı sevdik odasına ziyarete gittik. Tabii memnuniyet ve takdirimizi sunduk. Zaten o yıl başında (1964) onun parazitoloji kitabı basılmıştı ve Ömer Özek'in kalın mikrobiyoloji ve diğer kitaplara karşılık bir nevi imdadımıza yetişmişti. Daha önemlisi, ön sözünde sağlığa karantina ile ilgili bir hadis-i şerif vardı ki o günlerde fakülte yayınlarında bunu görmek bize hayret ve mutluluk vermişti. Ekrem Hoca'ya, Bağdatlı ile bunu ifade etmek maksadıyla gitmiş, takdir ve şükranlarımızı sunmuştuk. Ekrem Hoca vakur, cesur idi; ziyaretimiz iki tarafa da mutluluk vermişti. Bağdatlı Hoca ile birkaç hac ibadetini birlikte yapmamız nasip oldu. Hac yolunda giderken "Ahmet kardeşim, ahdim var vakfe için; Arafat'ta vakfeyi Mescid-i Nemire de yapmak istiyorum, vazife, nöbet vesaireyi ona göre ayarlayalım olur mu?" dediğinde, "Tabii Yaşarcığım inşallah," diye cevaplamıştım. Ne olduğunu net hatırlamıyorum ama geniş mescit olan Nemire o yıl nasip olmadı. 1985 ve 1987'de yine beraberdik, yine arzusunu tekrarladı. Merhum Ali Ulvi Hoca'nın damadı Hayreddin Bulut ile de aynı fakülte arkadaşız. 1987 yılında Hayreddin il orada buluşup Bağdatlı ile birlikte görüşüp dertleştik. O yıl Bağdatlı Hoca mescit muradına ermişti. Cümlesine ve de cümlemize rahmet ola.

### Dr. Hüseyin Yayla

Yaşar Hoca bizim Yaşar Abimizdi. Ne zaman bir problemimiz olsa ona danışırdık. Bizim gurubun patoloji pratik saati Cuma namazından hemen sonra idi. Namazdan çıkınca 10-15 dakika geç kalıyorduk. Asistanlar bizi içeri almak istemiyorlardı. Biz de Taliha Hoca'ya çıktık.





Derdimizi söyledik. Taliha Hoca cumayı kaza yapın dedi. Hocam cumanın kazası olmuyor deyince, o zaman dekana gidin, o halletsin dedi. Dekan Prof. Dr. Nurettin Sözen. Bu olayı Yaşar abiye anlattık. Bize süreci nasıl yönetmemiz gerektiği noktasında bilgi verdi. Hocalara sorunları sunmanın yolları hakkında bilgi vererek "her doğruyu her yerde söylemeyin" dersini verdi. Sonrasında pratik hocası Prof. Dr. Feriha Öz ile problemi çözdük. Allah Yaşar abimize rahmet etsin.

#### **Prof. Dr. Ahmet Yıldız**

Sayın hocamı kalp rahatsızlığı nedeniyle uzun süre takip etmek nasip olmuştu. Hocamız enstitüye enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu için gelirdi. Ben uzman idim, bir keresinde bizdeki hocalardan birisi Yaşar Hoca ile ilgili şöyle bir cümle kullanmıştı. "Yaşar bizim sınıf arkadaşımızdı, çok iyi idi, çalışkan idi, sonradan değişti...". Ben bu sözü duyunca içimden şükrediyordum ve gülümsüyordum. Allah Yaşar Hocamıza rahmet etsin.

#### **Dr. Naif Özkul**

Efendim, Yaşar Bağdatlı Hocamla hac yolculuğunda birkaç defa birlikte olduk. Haremeyn'e muhabbeti sonsuzdu. Rahmetli dava insanıydı. Mekânı cennet olsun.

#### **Dr. Selçuk Engin**

Yaşar Bağdatlı Hocamızın adını 80'li yıllarda duydum. O yıllara "irtica kampanyası" damgasını vurmuştu, özellikle üniversiteler adeta bir "cadı avına" sahne oluyordu. O yıllarda İstanbul Üniversitesi rektörü olan Bülent Berkarda ve o dönemlerin Nur Serter'i diyebileceğimiz ismini hatırlamadığım bir diğer bayan öğretim üyesi ısrarla başörtüsünün hijyene aykırı olduğunu söyleyerek bu cadı avına bilimsel meşruluk zemini oluşturmaya çalışıyordu. O dönemlerde durumun bunun tam aksi olduğunu basına açıklayan tek isim Yaşar Hocamız olmuştu. Sonradan dinî cemiyetlerin toplantı ve etkinliklerinde canlı olarak da kendisini görme fırsatım olmuştu. Ama ilk birebir tanışmamız, Avrupa'daki bir vakfın hac organizasyonuna katılmam ile olmuştu. Hocamızın sakini, yumuşak, adil yaklaşımı herhangi bir idareciden çok farklıydı. Burada iki çarpıcı anım oldu kendisiyle. Bilmeyenler için, Arafat haccın en mahşeri yeridir ama asıl mahşer Arafat'tan inerken başlar. En azından

1990'lı, 2000'li yıllarda böyle idi. Trafik kilitlenir, otobüslerden inilir, artık kaç milyon hacı varsa otobüslerden arta kalan daracık alanlarda teker teker dağılan kabileleriyle Müzdelife'ye doğru yürümeye başlar, genellikle sonunda tek kişi kalırdınız. Bir keresinde böyle bir Müzdelife yürüyüşünde bazı sağlıklı arkadaşlar kusan bir hasta için ilaç sordular; kimsede yoktu. Hastayı sonradan gördüm, yabancı dili olmayan ve nereli olduğunu anlayamayacağımız birisiydi; oldukça mustarip görünüyordu ama kusması dışında bir bulgu saptayamadık. O an yanımızda ne muayene aleti ne ilaç vardı. Ambulansımızı da o hengâmede kaybetmiştik ve irtibat sağlayamıyorduk. Bir ara Yaşar Hocamızı gördüm, telaşlı bir hâli vardı, sağa sola koşuyordu, hemen kaybettim. Adamın haline üzülmüştüm ve bir şey yapamamaktan ötürü çok rahatsız olmuşum. Milliyeti belli değildi, kafilesini kaybetmişti, bizden daha çaresizdi ama yardımcı olamıyorduk. O anda şöyle düşündüm: "En iddialı özel hac kuruluşunda sağlık görevlisiz. Bu duruma gelmiş bir din kardeşimize yardım eli uzatamıyorsak hepsi boş avuntu. Kendimizi kandırıyoruz." O hengâmede tekrar birbirimizi kaybettik. Sonradan öğrendiğim kadarıyla Yaşar Hocamız bir araç ayarlayıp hastayı önden bir sağlık kuruluşuna göndermiş, o esnada bununla uğraşmış. Çok sevinmişim. Böyle bir ekip başkanıyla değil hac, en ücra yere bile giderim diye düşünmüştüm ama beceri eksikliğimi gidermek şartıyla! Bir keresinde de Mekke grubundan bir doktor hanım Arafat dönüşü farz olan ziyaret tavafını yapamadan adet görmüştü. Ziyaret tavafı haccın rükünlerinden olduğundan hacı olamayacaktı, zira görev değişimi zamanı gelmişti ve Medine'ye geçmesi gerekiyordu. O zamanlar Diyanet'te görevli olarak hacca gideceklerin sıkı sıkı sorguya çekildikleri dönemdi. Bana: "İbadet için mi gidiyorsun?" dediklerinde, "Hacılara hizmet etmek de ibadet, ben onu bırakıp nafile tavafa gitmem" dediğim hâlde elenmişim. Eşim de başörtülü olarak mülakata girip elenmişti. Doktor hanım öyle bir dönemde kendi özel durumu için bir şey yapılamayacağını düşündüğünden idareye bir talepte bile bulunmamış fakat çok üzülmüştü. Durum Yaşar Hocamın kulağına gittiğinde çok zor olmasına rağmen programı değiştirdi, ayarlamayı yaptı ve o doktor hanımın bir hafta daha Mekke'de kalarak hacı olmasını sağladı. Bu yatay ve katılımcı tavırları bizi cesaretlendirirdi.

Akademik kariyerimden "fellowship" başvurularıma, Avrupa'da kalacak yer bulmaya kadar pek çok konuda kapısını çalıp istişare etme ve yardım alma şansım olmuştu. Benim gözümde merhametli, mütevazı, şahsiyetli, babacan yapıda mesleğimden bir ağabey ve hoca idi.

#### **Prof. Dr. Mehmet Bilgin**

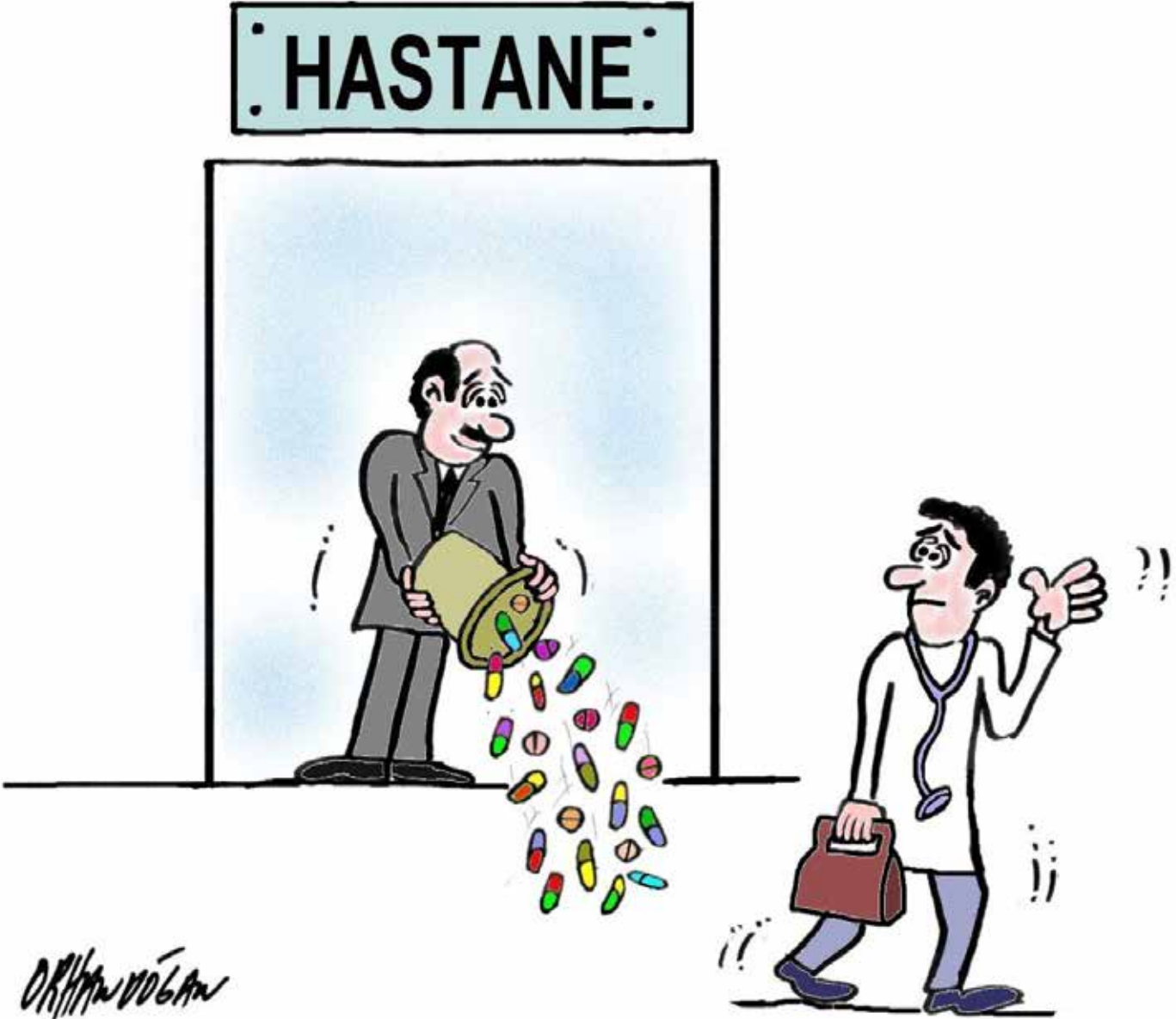
Rahmetli Yaşar Abi ile ilgili bir hatıramı anlatmak istiyorum. Hoca öğrenciler için çok hassastı. 1993-1995 yılları arasında iki yıl boyunca Cerrahpaşa'da ihtiyacı olan 40 civarında öğrenciye imza karşılığında dağıtmak üzere düzenli burs temin etmişti. "Kimden, diye sorulursa bir hayırsever dersin; benim ismimi verme," demişti. Kaynağı kendisi mi, başkası mı idi bilmiyorum. Ama böyle bir hayra vesile olmuş ve veren elin bilinmesini arzu etmemişti. Küçükçekmece'de oturduğumuz evlerin arası 300 metre idi. Kendileri ile komşuluk yapmak nasip oldu. Her hafta merhum Hasbi Hoca ile evinde hadis-tefsir dersi yapılır; eş, dost ve komşular sohbeteye katılırdı. Aynı yerden o Cerrahpaşa'ya, ben Haseki Hastanesine gelirdik. Tasarruf için bir gün onun arabasıyla, bir gün benim arabamla işe gidip gelirdik. Allah rahmet etsin.

#### **Dr. Selahaddin Tulunay**

Ben de 1982-1987 yılları arasında Cerrahpaşa plastik cerrahide ihtisasım sırasında rahmetli Yaşar Bağdatlı Hocamı ziyaret edip hem bilimsel hem de manevi sohbetleri ile şerefledim. Mekânı Cenneti Âlâ olsun inşallah.

#### **Bekir Uğur**

Sevgili dostum, yol arkadaşım, komşum, merhum ve mağfur kardeşim Yaşar Bağdatlı, 55 yıldır tanıdığım nadir insanlardan biri idi. O iyi bir eş, iyi bir baba, iyi bir komşu, iyi bir hoca, iyi bir dava adamı idi. O hekimliği süresince resmi maaşının dışında hiçbir hasta veya hasta yakınından bırakın ücreti, hediye dahi kolay kolay kabul etmez idi. Bazen kırılır gönül kor düşüncesi ile ikramdan/hediyeden bir lokma alır kalanını oradakilere dağıtırdı. Almış olduğu maaşını ikiye böler yarısını kendisine diğer yarısını talebeyle karşılıksız burs verirdi. Rabbim, şehitler, sıddıklarla haşredip cenneti alada habibine komşu cemali ile müşerref eylesin.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan



# Kansere karşı akıllıyız

Onkolojik Cerrahi | Tıbbi Onkoloji | Radyasyon Onkolojisi  
Pediatrik Onkoloji | Patoloji | Nükleer Tıp | Hemato Onkoloji



Kuruluşumuz,  
Akademik Tıp Merkezi  
Hastanesi olarak  
JCI tarafından  
akredite edilmiştir.



**MEDİPOL  
MEGA**  
MEDİPOL MEGA  
HASTANELER KOMPLEKSİ





# Gelecek seni bekliyor

8 yıldır YKS Türkiye Şampiyonlarının tercihi  
İstanbul Medipol Üniversitesi...

Onlar, özgür düşünceyle hareket edecekleri, bilimin üstün değerleriyle ilerleyecekleri, kendilerine dünyanın kapılarını açacak bir yola çıktılar.

YKS sayısal Türkiye birincisi, eşit ağırlık birincisi, TÜBİTAK ek puanıyla YKS Türkiye birincileri ve TYT Türkiye birincisi, YKS Türkiye 6'ncısı, 11'incisi, 12'ncisi, 14'üncüsü, 16'ncısı, 26'ncısı, 30'uncusu, 41'incisi, 58'incisi, 60'ncüsü, 70'incisi, 73'üncüsü, 79'uncusu, 81'incisi ve daha nice Medipol'ü seçti.

Güzel bir geleceğe yürümek için.



444 85 44  
WWW.MEDIPOL.EDU.TR



MEDİPOL  
UNV-İSTANBUL  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ