

En önemli sağlık kaynağı bilgidir!




MEDİPOLİTAN
EĞİTİM VE SAĞLIK VAKFI
YAYINLARI

SD

MART
NİSAN
MAYIS
2009
12 TL
(KDV DAHİL)
İLKBAHAR

10

SAĞLIK DÜŞÜNCESİ VE TIP KÜLTÜRÜ DERGİSİ



ENGİN GÜNER KONGRELERDE HEKİMLERE İLAÇ FİRMALARI SPONSORLUĞU

DR. MUHTEREM ERCAN PERFORMANSA GÖRE EK ÖDEMENİN AMAÇLARI VE TARTIŞILANLAR

DR. METİN ARSLAN İSTANBUL 112 AMBULANS SERVİSİ | OSMAN ALKAN - DR. A. ŞEFİK KÖPRÜLÜ İŞLETMEYİ KİME TESLİM ETMELİYİM:

YÖNETİCİYE Mİ YOKSA LİDERE Mİ? | DR. BAHİRİ TEKER TUS DERSHANELERİ | YÜCEL ÇAKMAKLI MELODRAM GELENEĞİMİZDE TIP BELLİ BİR YER TEŞKİL EDER

DOÇ. DR. MEDAİM YANIK HASTA İLE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HAKLARI VE GÜVENLİĞİ ARASINDA DENGELİ MÜMKÜN MÜ? | DUYGU ÇÖLGEÇEN HEPATİT-B VE

HIV TAŞIYICISI SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA ÖZGÜRLÜĞÜ NASIL OLMALI? | PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN KÜRESEL EKONOMİK KRİZİN SAĞLIĞI TEHDİDİ

DR. DURSUN AYDIN SAĞLIK TURİZMİNİN NERESİNDEYİZ? | DR. ETEM ALNİGENİŞ EVDE BAKIM HİZMETLERİNE BAKIŞ | DOÇ. DR. GÜRKAN ÖZTÜRK MİSİYLE

KÖTÜSÜYLE GENETİĞİ DEĞİŞTİRİLMİŞ ORGANİZMALAR | PROF. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ Kafa Karıştıran Hastalıklar (1): GUATR, NODÜL VE KANSER

DYT. ESRA BAŞ TÜRKİYE'DE ZAYIFLAMA SEKTÖRÜ | DOÇ. DR. FAİK ÇELİK LİDER HEKİM OLABİLMEK | DOÇ. DR. AYLA OKAY SAĞLIK İLETİŞİMİNDE İNTERNET

ÖMER ÇAKKAL MEDYA, 'SAĞLIĞINA' DİKKAT ETME YOLUNDA | ERSAL BİNGÖL BİLGİ BİRİKİMİNİ GENÇ KUŞAKLARA AKTARMANIN EN DOĞRU YOLU

DOÇ. DR. AKİF TAN DÜŞÜNCENİN EVRİMİ | PROF. DR. HAKAN HAKERİ KÖK HÜCRE ÇALIŞMALARI, KLONLAMA VE YENİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR HAKKINDA

YÖNETMELİK | DR. LÜTFÜ HANOĞLU 150 YIL ÖNCESİNDEN BİR ÖĞRENCİ HAREKETİ VE BİR TÜRKÇE TIP SÖZLÜĞÜ ÖYKÜSÜ

PROF. DR. FAHRİ OVALI CUMHURİYETİN İLK YILLARINDA SAĞLIK ALANINDAKİ FAALİYETLER | SELMA ALTINDIŞ HASTA GÜVENLİĞİNİ

SAĞLAMADA HASTANIN ROLÜ | DR. MURAT SÂLİM TOKAÇ HEKİMBAŞI ABDÜLAZİZ EFENDİ (1736-1783)

ORHAN DOĞAN KARİKATÜR

SD


MEDİPOLİTAN
EĞİTİM VE SAĞLIK VAKFI
YAYINLARI



Kendinizi böyle
daha karizmatik
hissediyorsanız
bize uğramayın!

[HASTANE ORTAMINDA
İLERİ SAÇ EKİM TEKNOLOJİSİ...
BİR GÜNDE.]



SAĞLIK DÜŞÜNCESİ VE TIP KÜLTÜRÜ PLATFORMU

www.sdplatform.com

medipol 

MEDİPOL
SAÇ EKİM
MERKEZİ
0316 4447044

MEDİPOL
SAÇ EKİM
MERKEZİ

 MediHair

Biz burada her gün
"sağlık" üzerine
konuşuyoruz.
Tıklayın, siz de katılın!



SD

SD

MART - NİSAN - MAYIS 2009
2009 İLKBAHAR SAYI 10
ISSN: 1307-2358

MEDİPOLİTAN
EĞİTİM VE SAĞLIK VAKFI
ADINA SAHİBİ
Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Doç. Dr. Naci Karacaoğlan

YAYIN KURULU
Dr. Lütfü Hanoğlu
Doç. Dr. Naci Karacaoğlan
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Doç. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Recep Öztürk

BÖLÜM EDITÖRLERİ
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. M. Yücel Ağargün
Dr. Mehmet Demir
Prof. Dr. Teoman Duralı
Prof. Dr. Hayrettin Kara
İlker Köse
Prof. Dr. Hakan Leblebicioğlu
Dr. Bülent Özaltay
Prof. Dr. İzzet Özgenç
Doç. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Doç. Dr. Akif Tan
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Taşdemir

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Erol Altun

YAPIM
Medicom

BASKI
Forart Basımevi
Davutpaşa Cad. Davutpaşa
Emintaş San. Sitesi No: 180 Topkapı
İstanbul
Tel: 0212 501 82 20

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi A
Blok No: 7 / 3 Kadıköy - İstanbul
Tel: 0 216 545 45 26

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın

Yazıların içeriğinden yazarları sorumludur.
Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında,
yayımcının yazılı izni olmaksızın
hiçbir yolla çoğaltılamaz.

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
info@sdplatform.com

İnsanlığın barış umudu

Önce Francis Fukuyama "Tarihin Sonu" adlı, çok tepki alan makalesinde Batı medeniyeti ile diğer medeniyetlerin çatışmasından bahsetti. Onu 90'lı yılların popüler sosyal bilimcilerinden Huntington izledi, 1993 yılında "Medeniyetler Çatışması" (The Clash of civilizations) kitabı ile dünyayı meşgul etti.

Fukuyama "Tarihin Sonu" ile insanlığın moderniteye doğru yıllar süren ilerlemesinin, soğuk savaşın bitmesi ve liberal demokrasi ve serbest pazar ekonomisinin kazanması ile sona erdiğini söylüyordu. Huntington ise açıkça savaştan bahsetmese de, dünya tarihi boyunca var olan kamplaşmaların bundan böyle politik ve ideolojik değil, kimlikler doğrultusunda gerçekleşeceğini söyledi. Bu konsept, küreselleşme ideolojisini oluşturuyordu. Yani Huntington'a göre; küreselleşme aşamasında uluslar arasındaki çatışma sebepleri ideolojiler veya ekonomiler değil, "medeniyetler"di.

21. yüzyılın bu gergin sosyal ortamını yumuşatan ise Türkiye ve İspanya'nın başlattığı "Medeniyetler İttifakı" (Alliance of Civilizations) projesi olmuştur. Bilindiği gibi bu proje Başbakan R. T. Erdoğan ve İspanya Başbakanı J.L.R. Zapatero tarafından önerilen, Birleşmiş Milletler (BM) Genel Sekreteri tarafından benimsenen ve BM'nin 2005 zirvesinde devlet ve hükümet başkanları tarafından desteklenen bir projedir. 2005 yılında iki Başbakanın gayretleri ile başlayan girişim, 2008 yılı Ocak ayında, Madrid'de ilk forumunu yapmış, ikinci büyük toplantısını ise Nisan 2009'da İstanbul'da gerçekleştirmiştir. Yakın zamandaki bu foruma birçok hükümet ve devlet başkanı bizzat katılırken Birleşmiş Milletler Genel Sekreteri ve NATO Genel

Sekreteri ile 50'ye yakın ülkeden temsilciler de forumda yerlerini almışlardır.

21. yüzyıl gibi çatışmaların, bölgesel güç kullanımlarının, toplumlar arası ön yargı ve yanlış anlamaların arttığı, farklılıkların çatışmaya dönüşeceği tezlerinin ağırlık kazandığı bir çağda, insanlar ve toplumlar arasında uyum ve doğru bilgilenmeyi sağlayan, iletişimi attıran, dolayısıyla farklılıkları çatışmadan zenginliğe doğru götüren girişimlerin olması tüm insanlık için büyük bir şanstır. Mevlana'sıyla, Yunus'uyla, Hacı Bektaş'ıyla yüzyıllardır bu topraklarda sevgiyi ve barışı yaşamış Anadolu insanının, tüm insanlığa bundan güzel bir mesajı olur mu? İşte biz de SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi olarak; insanlığın geleceğinde kalıcı toplumsal barışın önemini bilerek bu girişimi ilgiyle takip etmekteyiz ve siz değerli okuyucularımızın dikkatini bu konuya bir kere daha çekmek istedik.

İnsanlığın teknoloji ile değil de insani yönüyle gelişiminden bahsetmek istiyorsak, hırsa, öfkeye, şiddete dayalı motivasyon yerine, araştırmayı, sabretmeyi, adil olmayı, öz eleştiri yapabilmeyi motivasyon olarak kabul etmek zorunda değil miyiz? Bir düşünür; "İnsanlık tarihindeki savaşlar, benliğini öldüremeyen insanın bir gaye uğrunda ölmeyi öğrenmesi için aldığı derslere benzer" diyor. Gerçekten de barışı sağlamak ve sürekli kılabilmek ancak kendi egolarını yenebilen insanlarla mümkün olabilir.

İnsanların kendilerine ego ideali olarak somut zevkler seçmeleri yerine, soyut zevkleri tercih etmeleri ancak bireysel, toplumsal ve evrensel barışın yolunu açar. Bağlılık, sözünde durma, paylaşabilme, şefkatli ve alçak gönüllü

olabilme gibi erdemler, empati yapabilme gibi soyut değerlerden zevk almayı öğrenen insan, kalıcı ve gerçek doyuma ulaşır. Bu özelliklerdeki insanda düşmanlık, agresiflik ve şiddet eğilimi azalır.

Günümüzde somut ve maddesel değerlerin doyum ve mutluluk getirdiğine inanan insanların çoğunlukta olduğu bir dünyada yaşıyoruz. Bu farkındalık bizi, insanlık tarihi kadar eski olan insanın kendi kendisi ile mücadelesi için tekrar ve yeniden bir şeyler söyleme noktasına getiriyor. Ne var ki, bu tür büyük anlamlar yüklü sözlerdense günümüzdeki zor ve zahmetli çalışmalarla oluşturulan insanlık için barış projelerini desteklemek ve tanıtmak şu anda daha önemli gibi duruyor.

Giderek artan bir ilgiyle dünya çapında destek bulmaya başlayan, "Medeniyetler İttifakı" hareketi, gelecekte küresel siyasi aktörlerin değişmesi ile toplumların birbirini anlamayı ve birlikte yaşamayı aramasının ağırlık kazandığı bir süreçle desteklenerek daha da güçlenecek gibi görünüyor.

Toplumlar arası yakınlaşmada, bilim insanlarının sanatçıların, fikir adamlarının, toplumların tanıdığı, sevdiği istisnai kişilerin ağırlıklı rolü yadsınamaz. Toplumlar arası ilişkilerde siyaset, ticaret, sanat, bilim ve spor gibi alanlarda ortak faaliyetlerin, zengin barış ve dostluk alanları olarak görülmesi toplumsal ve evrensel barışa giden yolu sağlamlaştıracaktır. Dünyayı sadece kendimiz için yaratılmış bir alan olarak görmek yerine paylaşmayı öğrendikçe, birbirimizin refahını, sağlığını, mutluluğunu dert edindikçe daha sağlıklı, daha müreffeh ve daha huzur dolu bir dünya inşa edeceğiz.

İçindekiler

8

KONGRELERDE HEKİMLERE İLAÇ
FİRMALARI SPONSORLUĞU
ENGİN GÜNER

12

PERFORMANSA GÖRE EK ÖDEMENİN
AMAÇLARI VE TARTIŞILANLAR
DR. MUHTEREM ERCAN

16

İSTANBUL 112 İL AMBULANS SERVİSİ
DR. METİN ARSLAN

20

İŞLETMEYİ KİME TESLİM ETMELİYİM?
YÖNETİCİYE Mİ YOKSA LİDERE Mİ?
OSMAN ALKAN-DR. A. ŞEFİK KÖPRÜLÜ

26

TUS DERSHANELERİ
DR. BAHRİ TEKER



28

YÜCEL ÇAKMAKLI: MELODRAM GELENEĞİMİZDE
TIP BELLİ BİR YER TEŞKİL EDER
ÖMER ÇAKKAL

34

HASTA İLE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HAKLARI VE
GÜVENLİĞİ ARASINDA DENGE MÜMKÜN MÜ?
DOÇ. DR. MEDAİM YANIK

36

HEPATİT-B VE HIV TAŞIYICISI SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA ÖZGÜRLÜĞÜ
NASIL OLMALI?
DUYGU ÇÖLGEÇEN

40

KÜRESEL EKONOMİK KRİZİN SAĞLIĞI TEHDİDİ
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

44

SAĞLIK TURİZMİNİN NERESİNDEYİZ?
DR. DURSUN AYDIN

48

EVDE BAKIM HİZMETLERİNE BAKIŞ
DR. ETEM ALNİGENİŞ

52

İYİSİYLE KÖTÜSÜYLE GENETİĞİ
DEĞİŞTİRİLMİŞ ORGANİZMALAR
DOÇ. DR. GÜRKAN ÖZTÜRK



56

KAFA KARIŞTIRAN HASTALIKLAR
(1): GUATR, NODÜL VE KANSER
PROF. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ

58

TÜRKİYE'DE ZAYIFLAMA SEKTÖRÜ
DYT. ESRA BAŞ



62

LİDER HEKİM OLABİLMEK
DOÇ. DR. FAİK ÇELİK

66

SAĞLIK İLETİŞİMİNDE İNTERNET
DOÇ. DR. AYLA OKAY

72

MEDYA, 'SAĞLIĞINA' DİKKAT ETME YOLUNDA
ÖMER ÇAKKAL



76

BİLGİ BİRİKİMİNİ GENÇ KUŞAKLARA
AKTARMANIN EN DOĞRU YOLU...
ERSAL BİNGÖL



78

DÜŞÜNCENİN EVRİMİ
DOÇ. DR. AKİF TAN

82

KÖK HÜCRE ÇALIŞMALARI, KLONLAMA VE
YENİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR HAKKINDA
YÖNETMELİK
PROF. DR. HAKAN HAKERİ

90

150 YIL ÖNCESİNDEN BİR
ÖĞRENCİ HAREKETİ VE
BİR TÜRKÇE TIP SÖZLÜĞÜ ÖYKÜSÜ
DR. LÜTFÜ HANOĞLU

94

CUMHURİYETİN İLK
YILLARINDA SAĞLIK
ALANINDAKİ FAALİYETLER
PROF. DR. FAHRİ OVALI

98

HASTA GÜVENLİĞİNİ SAĞLAMADA
HASTANIN ROLÜ
SELMA ALTINDIŞ



102

HEKİMBAŞI ABDÜLAZİZ EFENDİ
(1736-1783)
DR. MURAT SÂLİM TOKAÇ

104

KARİKATÜR
ORHAN DOĞAN

Medipolitan'a ödül

Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı, Hasta Güvenliği İçin İnovasyon Ödülü'ne layık görüldü. Hasta Güvenliği Derneği'nce düzenlenen Hasta Güvenliği İçin İnovasyon Paneli'nin ardından yapılan ödül töreni TÜYAP'ta gerçekleştirildi. Törende hasta güvenliğine katkılarından ötürü çeşitli kişi ve kurumlara plaket verildi. Koç Holding Yönetim Kurulu Üyesi Semahat Arsel ile Show TV'de yayınlanan Doktorlar dizisinin yapımcı ve oyuncularına da plaket sunulan törende hasta güvenliğine yönelik hazırlanan ilk kitap olan 'Hasta Güvenliği Yaklaşımları' kitabının yayıncısı Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı'na da plaket sunuldu. Plaketi, vakıf adına Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yönetim Kurulu Başkanı Doç. Dr. Naci Karacaoğlan aldı.



Antidepresanlar diyabet riskini artırıyor

2 yıldan uzun süreli orta ya da yüksek dozda antidepresan ilaç kullanmanın diyabet riskini yüzde 84 artırdığı bildirildi. Risk özellikle serotonin gerilim inhibitörü paroksetin ve trisiklik antidepresan amitriptilin ile ilişkili bulundu.

Çalışma, İngiliz Pratisyen Hekimlik Araştırma Veritabanı kullanılarak yapıldı. Tüm ülkede 450 pratisyen hekimin izlediği 6.4 milyon hastanın verileri incelendi. Kaydedilen veriler arasında hastanın yaşı, cinsiyeti, sigara içip içmediği, boy, ağırlık, tanılan yazılan ilaçlar, konsültasyonlar, tıbbi öykü yer aldı.

Hasta grubu içinde 1990-2005 arasında en az bir antidepresan ilaç yazılmış 165.958 hasta saptandı. İzle-

me alınan hastaların 30 yaşın üzerinde, önceden diyabet ya da bozulmuş glukoz toleransı tanısı bulunmaması, çalışma tarihinden bir yıl öncesinde antidepresan almamış olması ve yeni depresyon tanısı alması şartları arandı. Hastalar ortalama 2.8 yıl izlendi. Kontrol grubunda yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi benzer 8963 birey izlendi. Araştırmacılar hastaları tedavi süresi ve doza göre birkaç gruba ayırdı: Kısa süreli (12 aydan kısa), orta (12-24 ay) ya da uzun (24 aydan uzun) antidepresan kullananlar ile, düşük doz ya da orta-yüksek doz kullananlar.

Araştırmacılar toplam 2 bin 243 yeni diyabet vakası saptadı. Antidepresan kullanmayanlara göre uzun süreli, orta ve yüksek doz antidepresan kullananlarda diyabet riskinin yüzde 84 arttığı görüldü. Risk trisiklik antidepresanlar ile yüzde 77, SSRI'lar ile yüzde 106 arttı. Kısa süreli ya da düşük doz antidepresan ilaç kullanımının diyabet riskinde artış izlenmedi. Antidepresan ilaç tek tek incelendiğinde amitriptilinin uzun süre kullanımı diyabet riskini yüzde 149, paroksetin yüzde 75 artırdı.

Diyabet Önleme Programı (DPP) adlı çalışmada depresyonlu yüksek riskli hastalarda metformin, yaşam tarzı değişikliği ya da plasebonun diyabet gelişimi riskini azaltıcı etkisi araştırılmıştı. Bu çalışmada da 3.2 yıldan uzun süre antidepresan kullanımının, diyabet riskini plasebo grubunda yüzde 160, yaşam tarzı değişikliği grubunda yüzde 239 artırdığı ancak metformin kullananlarda risk artışı yapmadığı görüldü.

DPP çalışmasında diyabet riskini istatistiksel olarak anlamlı derecede artıran tek antidepresan amitriptilindi. Paroksetin günde 20 mg'dan yüksek dozlarda kullanıldığında diyabet riskini 4 kat artırdı. Fluoksetin, sitaprolam ya da sertalin ile diyabet riskinde artış görülmeydi. En fazla kilo alımına neden olan SSRI paroksetin olarak saptandı. Depresyonun kendisi de diyabet riskini artırabilir. Depresyonlu hastalarda diyabet riski yüzde 35 artmış bulundu.

Obez gençlerde hipertansiyon riski yüksek

Obezite her yaşta hipertansiyon riskini artırmaktadır. Ancak genç nüfusta hipertansiyon olgularının daha büyük kısmından obezitenin sorumlu olduğu bildirildi. ABD'de NHANES çalışmasının verilerinin incelenmesi ile elde edilen bu sonuçlar Archives of Internal Medicine'da yayımlandı.

1999-2004 yılları arasında yürütülen NHANES çalışmasında 29 bin bireyin verilerinin incelenmesiyle vücut kitle indeksinin (VKİ) her 5 birim artışın hipertansiyon riskinde yüzde 45 artış yaptığı saptandı. VKİ'deki artış, izole sistemik hipertansiyondan çok diastolik ya da hem diastolik hem de sistolik hipertansiyonla ilişkili bulundu. İzole sistemik hipertansiyon, hipertansif obez kadınlarda erkeklere göre daha sık rastlandı (yüzde 62.1'e karşı yüzde 38.9)



Doymuş yağlar zihni zayıflatıyor

Sature ve trans yağların fazla, çoklu doymamış yağların az alınması, tip 2 diyabetik kadınlarda bilişsel fonksiyonları geriletiyor. Diyabetik hastalarda yaşla birlikte bilişsel fonksiyonların gerilediği bilinmektedir. Ancak yaşam tarzı değişikliklerinin bu gidişte ne kadar etkili olabileceğine dair veriler bulunmamaktaydı. Harvard Tıp Fakültesi araştırmacıları, Nurses Health Study (NHS)'ye katılmış 70 yaş üzeri bin 486 tip 2 diyabetik hastayı izlemeye aldı. Hastaların bilişsel fonksiyonları 1995 ve 1999 yılları arasında bir kez ve iki yıl sonra ikinci kez test edildi. Diyetle yağ alımı 1980'den sonra kaydedilmeye başlandı.

Sonuçlar Diabetes Care Dergisi'nin Nisan 2009 sayısında yayımlandı. Hastalar trans yağ tüketimine göre düşükten yükseğe üç gruba ayrıldığında, en fazla yağ tüketenlerde en az yağ tüketenlere göre, bilişsel testlerin ortalaması arasında anlamlı fark bulundu. Fazla yağlı beslenenler, yaşlılarına göre 7 yaş daha ileride bir bilişsel fonksiyon kaybı gösterdiler. Doymuş ve trans yağların çoklu doymamış yağlar ile değiştirilmesi bilişsel gerilemeyi azalttı.

Yoğun lipid düşürücü tedavi plakların lipid içeriğini azaltıyor

Washington Üniversitesi'nde yapılan çalışmada apo B düzeyi yüksek, LDL düzeyi 100-190 mg/dL arası olan 123 koroner arter hastası üç ayrı tedavi grubunda takip edildi. Atorvastatin 10-80 mg, atorvastatin ile birlikte yavaş salınımlı Niacin 2 g ya da atorvastatin, yavaş salınımlı niacin 2g ve safra asidi bağlayıcı colesteseram. 1 yıl sonra bakıldığında tüm gruplarda LDL ve apo B düzeyi yaklaşık yüzde 50, trigliserid düzeyi yüzde 25-42 düşerken HDL düzeyi yüzde 12-29 artış saptandı. Başlangıçta karotid plaklarından zengin plağı saptanan 33 hastada özellikle ilk iki yılda plakların lipid içeriği büyük ölçüde azaldı.

Kalp yetmezlinde egzersiz faydalı

Egzersiz programına başlayan kronik kalp yetmezlikli hastalar, hayatta kalım açısından sınırlı bir avantaj sağlarken iyilik halinde önemli gelişme sağlandı. HF-ACTION çalışmasında kalp yetmezlikli hastalar iki gruba ayrıldı. Birinci gruba düzenli egzersiz verilmezken ikinci gruba hedef egzersiz düzeyine ulaşmak için her hafta artan miktarda egzersiz yaptırıldı. Egzersiz grubunda hastaneye yatış ve ölüm oranlarında yüzde 5 düşüş görüldü. Yürüme mesafesinde ve Kansas Şehri Kardiomyopati Ölçeği ile genel sağlık durumunda da paralel bir artış izlendi.

Araştırmacılar, düzenli aerobik egzersizle klinik sonuçlar arasında bir doz-cevab ilişkisi bulunduğuna dikkat çekiyor. Çalışmada verilen egzersiz şemasına sıkı uyan hastalarda, uyum zorluğu gösteren hastalara göre daha olumlu sonuçlar alındı. Egzersizlerin üçüncü ayından itibaren hastalar kendilerini daha sağlıklı hissetmeye başladılar ve bu iyilik hali çalışma süresi boyunca devam etti.

70'li yıllarda kalp yetmezlikli hastalara egzersizden kaçınmaları tavsiye edilirdi. Daha önceki bir çalışmada egzersizin 30 aylık takipte mortalite veya hastaneye yatış oranlarını etkilemediği bildirilmişti.



Egzersizden sonra kas ağrılarına karşı kafein

Illinois Üniversitesi'nde yapılan bir araştırmada kafeinin egzersiz sonrası kas ağrılarının önlenmesinde etkili olduğu gösterildi. Çalışmaya fiziksel olarak formda 25 erkek gönüllü alındı. Bunların bazıları düzenli kahve içicisi (ortalama günde 4 fincan) iken, diğerleri çok az içiyorlar ya da hiç içmiyorlardı.

Gönüllüler önce kondüsyon bisikletinde çalıştırılarak maksimum oksijen tüketimi ölçüldü. Bir hafta sonra tekrar çağırılarak yarım saat süreyle yoğun egzersiz yapıldı. İkinci egzersiz bir hafta sonra yapıldı. Test günlerinden önce kafein, alkol ve egzersiz yapmamaları istendi.

Egzersiz testlerinden bir saat önce deneklere bir plasebo tableti ya da 2.5-3 fincan kahveye eşdeğer bir kafein tableti içerildi. Daha sonra deneklere belirli aralıklarla kuadriseps kasında hissettikleri ağrı miktarı soruldu, oksijen tüketimi ve kalp hızı ölçüldü.

Araştırmacılar, kafein hapı alanlarda kuadriseps kas ağrısında belirgin düşüş saptadı. Bu etki, hem kahve tiryakilerinde, hem de kahve içmeyenlerde gözlemlendi. Kafeinin beyin ve spinal kordaki ağrı yollarına bazı etkilerinin olduğu biliniyor. Araştırmacılar ağrı hissindeki azalmanın santral kökenli olabileceğini belirtiyor. Ağır egzersiz yapmadan önce kahve içilmesinin egzersiz sonrasındaki ağrıları azaltarak egzersiz programlarına uyumu kolaylaştırabilir.

Kronik böbrek yetmezliğinde bardoxolone ümit veriyor

Bardoxolone metil, antioksidan inflamasyon modülatörü adı verilen yeni bir grup ilacın ilk örneği. Amerikan Ulusal Böbrek Vakfı'nın toplantısında sunulan iki poster, ilaca büyük ilgi yarattı. Posterlerden biri kanserli hastalarda, ikincisi tip 2 diyabetik hastalarda yapılan çalışmalarını sunuyordu. Bardoxolone, inflamasyonla karakterize birçok hastalıkta kullanım alanı bulabilecek bir ilaç olmakla birlikte, elde edilen veriler henüz çok yeni ve yetersiz. Oral olarak kullanılan ilaç, 250'nin üzerinde antioksidan ve detoksifikasyon genini hücresel düzeyde uyararak ana düzenleyici olan Nrf2'nin benzeri küçük bir molekülden oluşuyor. Mevcut anti-inflamatuvar ilaçlar inflamasyonun başlamasını sınırladıkça; bardoxolone, inflamasyonun dağılmasını uyarıyor.

İlaç ilk kez Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü tarafından denendi. Faz 1 çalışmasında 60 onkoloji hastasına 21 gün süreyle verilen ilaç, 49 hastada (yüzde 82) olumlu etki gösterdi. Serum kreatinin düzeyi yüzde 19.3 azalırken tahmini glomerular filtrasyon hızı yüzde 20.9 arttı. Kronik böbrek hastalıklı hastalarda GFR artışı yüzde 27.6 olarak bulundu. İkinci çalışma için nefropatili tip 2 diyabetik hastalar seçildi. Bu faz 2a çalışmasında evre 3 ve 4 diyabetik nefropatili 60 hasta üzerinde optimal doz saptanmaya çalışıldı. Standart tedaviye ilaveten 28 gün boyunca 25, 75 veya 150 mg dozunda bardoxolone eklendi. Primer sonuçlar, GFR'nin başlangıca göre değişimi olarak belirlendi.

25 hastanın verileri incelendiğinde 25 hastada tahmini GFR'de ortalama yüzde 20.5 artış saptandı. Evre 4 kronik böbrek yetmezlikli hastalarda ise GFR'deki artış yüzde 36 olarak bulundu. Serum kreatin, sistatin C düzeyi, BUN, fosfor, ürik asit düzeyleri gibi böbrek fonksiyonlarının diğer göstergelerinde de önemli iyileşmeler izlendi. Sonuçların tümünün Amerikan Diyabet Birliği'nin

Haziran ayındaki toplantısında açıklanması bekleniyor.

Araştırmacılar, ilacın toksisite sorunu olmadığını belirtiyor. Kanser hastalarında 1300 mg/gün dozlarda bile toksik bir reaksiyon ya da yan etki saptanmadı. Gelişmiş ülkelerde son dönem böbrek yetmezli nedeniyle dialize giren hastaların yaklaşık yarısını diyabetikler oluşturuyor. Diyabet hastalarında nefropati tedavisinde fazla tedavi seçeneği bulunmuyor. Eğer bu yeni grup ilacın nefropati tedavisinde etkin ve güvenilir olduğu kanıtlanabilirse tedavi algoritmalarında önemli değişiklikler yapılabilir.

Sıcak çay özefagus kanserine neden oluyor

İran'da yapılan bir çalışmada, sıcak çay içiminin özefagus kanseri riskini artırdığı bildirildi. İran'ın kuzeyinde Golestan bölgesinde insanların en fazla tükettikleri içecek çay. Burada yaşayanlar komşu bölgelere göre çayı daha kaynar içmeye alışıklar.

Araştırma kapsamında, histolojik olarak özefagusta skuamöz hücreli kanser tanısı konmuş 300 hasta ile komşu bölgeden alınan 571 kontrol bireyinin çay içme alışkanlıkları sorgulandı. Çalışmaya katılanların yüzde 98'inde düzenli siyah çay içme alışkanlığı vardı. İçilen çayın sıcaklığı katılımcıların yüzde 39'unda 60o C'den düşük, yüzde 38.9'unda 60o C-64o C arası, yüzde 22'sinde ise 65o C'den yüksekti. Özefagus kanseri riski, çayı ılık içenlere göre sıcak çay içenlerde yüzde 107, çok sıcak çay içenlerde ise yüzde 716 artmış olarak saptandı. Özefagus kanseri riskinin, çayı bardağa konduktan 4 dakikadan uzun süre geçtikten sonra içenlere göre 2 dakika içinde içenlerde yüzde 441, 2-3 dakika içinde içenlerde yüzde 149 arttığı saptandı.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da çayın "kıtlama" şeklinde içilmesinin kanser riskini artırdığı gösterilmişti. Şeker çayın içine atılıp karıştırıldığına sıcaklığı da düşürüyor. Kıtlama içilen çay ise daha kaynar içiliyor ve özefagus kanseri için önemli bir risk oluşturuyor.

Kongrelerde hekimlere ilaç firmaları sponsorluğu

Engin Güner



Ortaođu Teknik Üniversitesi İdari İlimler Fakültesi Amme İdaresi Bölümü'nden mezun oldu. 1970 – 71 yıllarında Akdeniz Gübre Sanayii A.Ş.'nin Genel Müdür yardımcısı, 1971 – 1972 döneminde ise Karadeniz Bakır İşletmeleri İdari Müdürü olarak çalıştı. 1972 – 1989 yılları arasında Avrupa Konseyi'nde uluslararası yönetici olarak görev yapan Güner, 1989'da Cumhurbaşkanı Turgut Özal'ın Başdanışmanı ve Özel Kalem Müdürü oldu. Engin Güner 1991 yılında milletvekili seçildi ve 1995'e kadar TBMM'de İstanbul milletvekili olarak görev yaptı. Bu dönemde Avrupa Konseyi Parlamenter Meclisi Başkan Vekilliği ve Avrupa Konseyi Parlamenter Meclisi Türk Heyeti Başkanlığı görevlerini de yürüttü. Engin Güner 2004 yılından bu yana Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği'nin (AİFD) Genel Sekreteri olarak görev yapıyor. Güner halen USAŞ ve Fox TV Yönetim Kurulu üyeliklerini de sürdürüyor. Evli ve iki çocuk babası olan Engin Güner, İngilizce ve Fransızca biliyor.

ster ulusal veya uluslararası nitelikte, meslek dernekleri tarafından düzenlenen kongre, seminer, sempozyum gibi bilimsel ve eğitimsel toplantılar olsun, ister firmalar tarafından düzenlenen yeni bir tıbbi ürünü veya kullanımda olan bir ürünün yeni bir endikasyonunu tanıtmak üzere düzenlenmiş toplantılar olsun, her bir bilimsel toplantı, var olan tıbbi bilgileri aktarmak veya yeni bilgi ve deneyimleri hızlı ve doğru şekilde

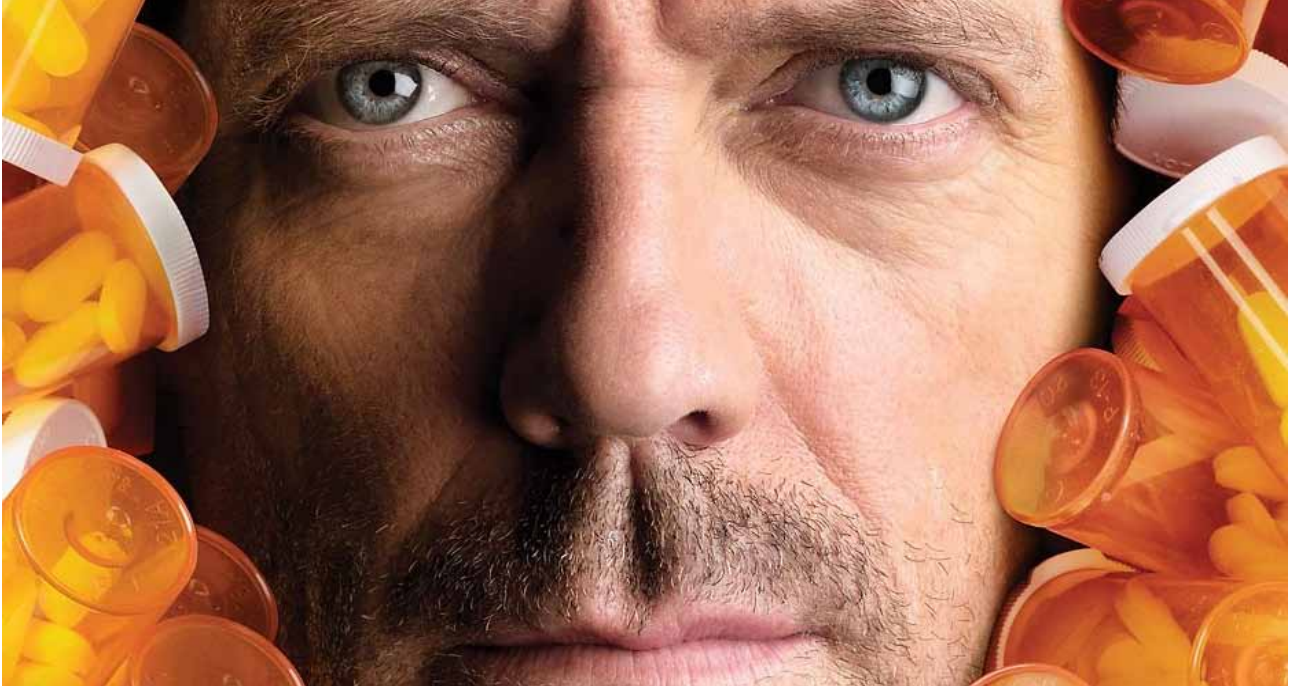
paylaşmak için en uygun ortamlardır. Bu tür toplantılar meslektaşlar arasındaki iletişimi geliştirmek için de uygun bir platform sunarlar. Aynı yazının konusu olacak nedenler bilimsel toplantılara hekimlerin kendi imkânlarıyla katılımlarını zorlaştırmaktadır. Bu nedenler; katılımcı sayılarındaki artış, toplantı mekânlarının otellere kayması, pek çok aracı kuruluşun sistemde yer alması, toplantılara katılanların beklentilerindeki değişimler, sağlık mesleği

mensuplarının gelir düzeylerinin görece düşüklüğü, sağlık kurumlarının eğitim etkinliklerini eskiye oranla daha az desteklemesi olarak özetlenebilir. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık sektörü firmalarının finansal desteği olmadan tıbbi bilimsel toplantıların düzenlenmesi zorlaşmıştır.

Sağlık sektöründe ilaç firmaları, gelişmelerini kendi laboratuvarları kadar, bilimsel bilince sahip dürüst araştırma-







Sektörün aldığı kararlara göre ağırlama giderleri; yol, yemekler, konaklama ve kongrenin bilimsel bölümünün çıplak kayıt ücretiyle kısıtlanmalıdır.

Yapılan destek ve masrafların makul düzeyde olmasına özen gösterilmelidir.

Katılımcıların, sağlık mesleği mensuplarının ve kamuoyunun aşırı bulabileceği düzeyde olmamalıdır.

çılarının araştırma ve gözlemlerine borçludurlar. Yapılan çalışmalar bu tür toplantılarda araştırmacılar ve uygulayıcılar arasında tartışılır; ayrıca bulgu ve bilgiler çok sayıda sağlık mesleği mensubu ile çok kısa bir süre içinde paylaşılabilir. Bilimsel toplantılar ilaç firmaları için büyük önem arz eder.

Bütün bu nedenlerle ilaç firmaları kongrelere çeşitli şekillerde destek olmaktadır. Bu desteğin kuralları kamu eliyle olduğu gibi, sağlık mesleği ve ilaç sektörü ulusal ve uluslararası meslek kuruluşları tarafından oluşturulup uygulanmaktadır. Örneğin Sağlık Bakanlığı'nın tanıtım konusunda 2003 yılı sonunda yayınladığı yönetmelik, firmaların bilimsel toplantılar, tanıtım toplantıları, bilimsel kongreler, eğitim toplantıları ve benzer toplantılar dışında sağlık mesleği mensuplarına ağırlama yapmalarına izin vermemektedir. Tanıtım amaçlı etkinliklerde ağırlama ve

kabul etkinlikleri, toplantı amacını ikinci plana itecek nitelikte olamaz. Ağırlamaya ayrılan süre, bilimsel etkinliğe ayrılmış süreden uzun olmamalıdır. Bu gibi toplantılar uygun yer, biçim ve düzeyde olur. Ağırlama her zaman makul bir düzeyde ve toplantının asıl amacına nazaran ikincil önemde olmalı, ortama göre abartılı görülmemelidir. (Madde: 10.4)

Sektörün aldığı kararlara göre ağırlama giderleri; yol, yemekler, konaklama ve kongrenin bilimsel bölümünün çıplak kayıt ücretiyle kısıtlanmalıdır. Yapılan destek ve masrafların makul düzeyde olmasına özen gösterilmelidir. Katılımcıların, sağlık mesleği mensuplarının ve kamuoyunun aşırı bulabileceği düzeyde olmamalıdır. Avrupa çapında uygulanmasına çalışılan genel bir kurala göre ağırlama masrafları, çağrılıların kendi ödeyebilecekleri düzeyin üstünde olmamalıdır.

Ağırlamaların sınırları

Ağırlama ve finansal katkı; bilimsel kongrelerde bilimsel çalışma sunanlar, toplantılara eğitim amaçlı katılanlar ve ilgili idari kadro dışındaki kişileri, kendileri de sağlık mesleği mensupları olsalar bile söz konusu bilimsel toplantılara aktif olarak katılmayan refakettekileri (örneğin eşleri) kapsamamalıdır. (Madde: 11.3)

Firmaca düzenlenen toplantılara çağrılan konuk konuşmacıların seyahat ve konaklama giderlerinin karşılanması yanı sıra kendilerine makul bir "honorarium" ödemesi yapılması genel kabul gören bir uygulamadır. Bu konuda "kamu görevlileri etik davranış ilkeleri"nin kısıtlama ve koşullarına uyulmalıdır. Uluslararası hekim kuruluşları, Dünya Sağlık Örgütü ve ilaç sektörü üst kurumları "honorarium" ödemelerine ve kongre desteklerine sınırlamalar ve şeffaflık getirme konusunda görüşmektedirler.

Herhangi bir toplantı düzenlenmesinde aşağıdaki temel ilkeler izlenmelidir:

a) Toplantının açık tanımlı bir bilimsel içeriği olmalıdır;

b) Toplantı dolayısıyla yapılan ağırlama, toplantının amacını aşmamalı, düzeyli ve davetlilere uygun olmalı, abartıya kaçmamalıdır;

c) Davetliye sağlanan ağırlama amaçlı finansal destek, eşlik edenleri kapsamamalıdır. Refakatteki kişinin de sağlık mesleği mensubu olması ve kendi nitelikleriyle de toplantıya davet edilebilir nitelikte olması durumunda eşlik edenin ayrıca davet edilmesi daha uygundur.

Uygun yer, biçim ve düzey

Firmaların sponsorluğu olarak algılanabilecek etkinliklerin yer aldığı program düzenlemeleri varsa, üye firmalar tüm sponsorluklardan kaçınmalıdır. Abartılı görülebilecek ağırlamalar, örneğin kongre alanı dışında "konuk evleri", stand alanı içinde ve çevresinde de olsa abartılı ikramlar, vb. yapılmamalıdır.

Bir sağlık mesleği mensubunun bir toplantıya katılımı veya katılımının desteklenmesi özellikle bir ilacı veya firma ürünlerini reçeteleme vaadine veya belirli bir miktarda satış yapmış olmaya bağlı olamaz. Ağırlama düzeyi sağlık mesleği mensubunun reçete yazan kişi olarak geçmişteki hizmetleri ile ilişkilendirilmemelidir. Ağırlama veya destek sağlık mesleği mensuplarına tatil, spor müsabakalarına katılma, eğlence sunma içermemelidir. Firmalar, eğlence etkinlikleri ile akla gelen, aşırı, gösterişli, fantezi yöre ve tesisleri ağırlamalarında kullanmaktan, böyle nitelenebilecek etkinliklerden veya benzer etkinlikleri doğrudan veya dolaylı yollarla düzenlemekten ve desteklemekten uzak durmalıdırlar.

Yurt dışı toplantılar

Firmaların sağlık mesleği mensuplarına Türkiye dışında toplantı düzenlemesinin uygun olmadığı söylenemez. Ancak EFPIA'nın (Avrupa İlaç Üreticileri

ve Dernekleri Federasyonu) üstünde durarak belirttiği gibi, yurtdışı toplantıların geçerli ve gerekçelendirilebilir nedenleri olmalıdır. Türkiye içinde veya dışında olsun, eğitimsel programlarda genel maliyet, organizasyon tarafından sunulan tesisler, toplantı konusunun özellikleri, katılımcıların (dinleyicilerin) özellikleri, ulaşım, iletişim, sunulan ağırlama ve benzer konular dikkate alınmalıdır.

Hiç bir firma, aşağıdaki istisnalar dışında yurt dışında toplantı düzenleyemez ve yurt dışı toplantıları destekleyemez (sponsorluk yapamaz):

a) Toplantının uluslararası nitelikte olması, katılımcıların (davetlilerin) çoğunluğunun başka ülkelerden gelecek olması nedeniyle katılımcıların lojistiği açısından toplantının yurt dışında yapılmasının daha uygun olması;

b) Toplantı konusu veya amacı ile ilgili kaynakların veya uzmanlığın toplantının başka ülkede yapılmasını lojistik açıdan tercih edilir kılması.

Diğer herhangi bir bilimsel toplantıda olduğu gibi, davetlileri cezbedecek nokta, sunulan ağırlama veya toplantı yerinden çok toplantı programı olmalıdır. Toplantının uluslararası niteliğinin teknik ayrıntısı bu maddede sözü edilen kısıtlamalara uyulmaması için neden oluşturmaz.

Nisan 2005'te yayımlanan Kamu Görevlileri Etik Davranış İlkeleri Yönetmeliği'nin kurallarına aykırı bir davranışı önlemek için, kamu görevlisi davetlilerin çalıştığı kurumdan toplantıya katılım için izin alması gerekmektedir. İncelemeler ve soruşturmalar kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın bu konuda firmalardan somut kanıt istediği bilinmektedir.

Sağlık Bakanlığı mevzuatı

Sağlık Bakanlığı, tüm yurt içi ve yurt dışı toplantılarda desteklenen sağlık mesleği mensuplarının isimlerinin ve yapılan desteğin, uygulanmış toplantı programı ile birlikte listelenerek bildirilmesi kuralını getirmiştir. Yurt dışı toplantılar, toplantı öncesi Sağlık Bakanlığı'na bildirilmektedir. İster firma toplantısı olsun, ister ulusal veya uluslararası kongreler olsun katılımcılara harcadıkları zamanı karşılığın vizite ücreti veya başka bir ad altında ödeme yapılması Yönetmeliğin 10. maddesi 3. fıkrasıyla Bakanlıkça yasaklanmıştır.

Hekimlerin kongre ve toplantılara katılmaları, hem hekimler, hem ilaç firmaları, daha önemlisi hastalar açısından büyük önem taşımaktadır. Yerine daha iyisi konana kadar bu sistemin sağlıklı,

şaiyelerden uzak yürütülmesi, çıkar ilişkileri kuşkularının ortadan kaldırılması tüm taraflar ve sağlık sektörü için gereklidir.

AİFD'nin "İyi Tanıtım İlkeleri" konusunda yaptığı çalışmalar

Yeni ilaçların hekimlere hızla duyurulması, akılcı ilaç kullanımı, ilaçlarla ilgili olumlu ve olumsuz her türlü görüş ve bulguların firmaların AR-GE bölümlerine ve adı geçen Yönetmeliğin 13. ve 14. maddelerinde firmalara verilen görev ve sorumluluk çerçevesinde Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili kuruluşlara zamanında duyurulması ancak "İyi Tanıtım İlkeleri" (Good Promotional Practice-GPP) olarak tanımlanan bir mekanizmayla mümkündür. AİFD bu sorumluluğunun bilincindeki üye firmaların eksiksiz çalışması ve bunun da adil rekabet koşulları içinde oluşması için gerekli altyapıyı sağlamaktadır.

Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği, 2003 yılında kuruluşunu takiben derhal "İyi Tanıtım İlkeleri" konusunda düzenlemelerini yapmış ve Sağlık Bakanlığı tarafından 23 Ekim 2003 tarihinde yayımlanan Tanıtım Faaliyetleri Hakkındaki Yönetmelik ile üyesi bulunduğu uluslararası ilaç sektörü üst kurumlarının (IFPMA ve EFPIA) tanıtım ilkeleriyle uyumlu, tüm üyelerini bağlayan tanıtım ilkelerini 2004 yılı başında yürürlüğe koymuştur. Son beş yıl içinde üç kez gözden geçirilip güncelleştirilen ve gerek Türk, gerekse AB Sağlık mevzuatından çok daha kısıtlayıcı olan AİFD Tanıtım İlkeleri, artık yalnızca tanıtım etkinliklerini değil, ilaç firmalarının sağlık mesleği mensuplarıyla hemen hemen tüm etkileşim ve ilişkilerini kapsar ve kurala bağlar düzeye gelmiştir. AİFD yönetimi, koyduğu kurallara uyumu gözlemek ve uyumu sağlamak için endüstri temsilcileriyle bağımsız uzmanların yer aldığı Tanıtım İlkeleri Denetleme Kurulu'nu (TİDK) 2004 Mayıs ayında kurmuştur. Bugüne kadar 160'a yakın başvuruyu ele alan TİDK, dünyadaki benzerleri arasında karar ve uygulamalarıyla seçkin bir yere, üyeleri ve başvuranlar arasında hak ettiği bir saygınlığa sahiptir. AİFD Tanıtım İlkeleri Denetleme Kurulu, Türkiye'de İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) ve Türkiye İlaç Sanayi Derneği (TİSD) ile de iletişim halinde ülke çapında "iyi tanıtım" yapılması için üstlendiği öncül görevi yürütmekte, aldığı kararlar yurt dışında da örnek gösterilmektedir. (Bu konuda daha fazla bilgi, Denetleme Kurulu'nun yapısı ve çalışma prensiplerine www.aifd.org.tr internet sitesinden ulaşılabilir.)

Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği ve üyeleri, ulusal ve evrensel etik prensiplere yürekten inanarak hekimleri des-



Hekimlerin kongre ve toplantılara katılmaları, hem hekimler, hem ilaç firmaları, daha önemlisi hastalar açısından büyük önem taşımaktadır. Yerine daha iyisi konana kadar bu sistemin sağlıklı, şaiyelerden uzak yürütülmesi, çıkar ilişkileri kuşkularının ortadan kaldırılması tüm taraflar ve sağlık sektörü için gereklidir.

teklemeyi sürdürmeye, bunu yaparken de kamudan, basından, sağlık otoritelerinden, hekimlerden ve hastalardan gelecek görüşleri de dikkate alarak sürecin optimizasyonu için çaba göstermeye devam edecektir.

Performansa göre ek ödemenin amaçları ve tartışılanlar

Dr. Muhterem Ercan



1955'de Polatlı'da doğdu. 1972 yılında Ankara Erkek İlk Öğretmen Okulu'ndan mezun oldu ve Ağrı'da ilkokul öğretmeni olarak göreve başladı. Öğretmenliğe ara verip eğitimine devam etti ve 1981 yılında tıp eğitimini tamamladı. Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde (GATA) göreve başladı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde fizyoloji uzmanlık eğitimini tamamladı ve 1985-1988 yılları arasında GATA'da fizyoloji uzmanı olarak görevini sürdürdü. 1988-1990 yılları arasında Genelkurmay Başkanlığı Sağlık Daire Başkanlığı'nda sağlık uzmanı olarak çalıştı. 1993 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesinde göreve başladı; Fizyoloji ABD Başkanlığı, Temel Bilimler Bölüm Başkanlığı ve işletmeden sorumlu başhekim yardımcılığı görevlerinde bulundu. 1999 yılında emekli oldu. Halen kurucusu olduğu Bilbest adlı bilişim şirketinin yöneticiliğini yürütmektedir. Yayımlanmış çok sayıda yurt içi, yurt dışı bilimsel makalesi ve 'Hipnoz ve Hipnoterapi' isimli kitabı olan Muhterem Ercan evli ve bir erkek, bir kız çocuk babasıdır.

Son yıllarda sağlık sistemimizde önemli bir yer tutan ve bir o kadar da tartışmalar yaratan 'performansa göre ek ödeme sistemi'ni biraz yakından irdelemek istiyorum. 12.05.2006 tarihli ve 26166 Sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 'Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik'te yer alan ve bu yönetmeliğin amacını açıklayan cümleyi kolay ifade edilebilmesi ve anlaşılabilirliği için bölümleyerek anlatmaya çalışacağım.

Yönetmelikteki ifadeyle bu yönetmeliğin amacı, "Sağlık Bakanlığı'na bağlı

sağlık kurum ve kuruluşlarında, Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri dikkate alınmak suretiyle;

1- Personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması ile yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak, döner sermayeden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarını belirlemek,

2- Sağlık hizmetlerini iyileştirmek, kaliteli ve verimli hizmet sunumunu teşvik etmektir.

Yasal düzenlemelerin asıl amacını bu şekilde önümüze koyduktan sonra, bu konuda ilk ve öncelikli tartışılması ge-

reken husus; yapılan yasal düzenlemelerin ve uygulamalarının bu iki amaçla hizmet edip-etmediği ya da ne ölçüde hizmet ettiği olmalıdır.

Yapılan yasal düzenlemelerin ve uygulamalarının bu iki amacın ikincisine hizmet ettiği, 'sağlık hizmetlerini iyileştirdiği, kaliteli ve verimli hizmet sunumunu teşvik ettiği' konusunda hemen herkes hemfikirdir. Hem çeşitli yayın organlarında belirtilen kanaatler ve hem de bu konuda yapılan sayısal araştırmalar bunun böyle olduğunu açıkça göstermekte ve ifade etmektedir. Bu ifadeler toplumun çoğunluğunun ifadeleridir. Çünkü ikinci amaçtan etkilenen toplumun büyük kesimidir ve bunlar sağlık hizmetlerini alanlardır. Dolayısı ile toplumun büyük kesimi bu konudaki değişimi ve gelişimi





32 3 34 5 36 7 38 9 40 11 42 13 44 15 46 17 48 19 50 21 52 23 54 25 56 27 58 29 60 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

Wakmann
No.



Gözlemlerim sonucu oluşan kanaatime göre, adaletin sağlanamamasındaki en etkin faktör bizzat sağlık çalışanlarının (doktorların) performans kaygısı ile yaptığı veya yapmadan hasta dosyalarına eklediği işlemler ile “ücretsiz-performans puanlı” hizmetlerin istismar edilmesi olmuştur. Gerçekte yokmuş, hiç olmamış gibi yazılı tartışmalarda pek fazla yer almayan (ancak söylenen-konuşulan) bir husus budur. Problemin çözümü için öncelikle bunun açıkça ortaya konulması gerekmektedir.

çok değişik ve geniş platformlarda ifade etmiş ve etmektedirler.

Bununla birlikte; uygulamanın başladığı tarihten günümüze kadar geçen süre içinde, birinci grupta yer alan hususlar hep tartışıla gelmiş ve performans uygulamaları ile ilgili yapılan tartışmaların ana konusu olmuştur. Bu durum aslında hem beklenen ve hem de kaçınılmaz bir sonuçtur. Bu konudaki tartışmaların hemen hemen tamamı performans uygulamasının yanlış olduğu değil, sağlık çalışanlarına yapı-

lan performans esaslı ek ödemelerde adaletin sağlanmadığı noktasındadır. Bu durum tartışanlar da tabii olarak döner sermaye katkı payı alan sağlık çalışanlarıdır.

Kanaatimce bu konuda öncelikle tartışılması gereken husus, genelde tartışılan ayrıntılar değil, performans yönergesi uygulamalarının, yönetmeliğin amaç bölümünün birinci paragrafında belirtilen amaca yani döner sermaye katkı payı dağıtılmasında adaletin sağlanmasına hizmet edip-etmediği konusu olmalıdır. Her ne kadar yönetmelikteki bu paragrafta amaç olarak döner sermaye katkı payı dağıtılmasında adaletin sağlanması olarak açıkça belirtilmemiş ise de; “(...) üretilen hizmet, hizmet şeklinin güçlüğü, riskleri vb. özellikler dikkate alınarak yapılacak ek ödemenin esas ve usullerini belirlemek” ifadesi dikkate alındığında, gerçekte bu paragrafta belirtilen amacın döner sermaye katkı payı dağıtılmasında adaletin sağlanması olduğu açıkça anlaşılmaktadır.

Birinci amacın bu olduğunda hemfikir olduktan sonra bence sorulması gereken öncelikli soru, ‘Bu yeni yasal düzenlemeler bu konuda eski uygulamalardan farklı olarak ne getirmiştir, Getirdikleri farklılıklar eski uygulamalardan daha mı iyi yoksa daha mı kötüdür?’ olmalıdır.

Bu sorunun birinci kısmı için verilebilecek cevap şudur: Eski uygulamalardan farklı olarak getirdiği en önemli yenilik, sağlık çalışanlarına döner sermaye katkı payı ödemelerinde önemli ölçüde artışlar getirmiş olmasıdır. Bu durum, yönetmelik ile gerçekleştirilen ancak yönetmeliğin hiçbir yerinde bahsedilmeyen, amaçlar içinde de geçmeyen, kapalı kalan önemli bir husustur. Aynı zamanda tartışan tarafların hakkında olumlu ya da olumsuz hemen hiç söz etmedikleri bir durumdur. Sağlık çalışanlarının da bu konuda herhangi bir şikâyetleri yoktur, şikâyetçi olmaları da beklenemez.

Eski uygulamalara göre getirdiği bir diğer yenilik de döner sermaye katkı payı dağıtılmasında adaletin sağlanması hususudur. Bu konuda da eski uygulamaya göre kıyas kabul etmeyecek ölçüde iyileşme sağlamıştır. Bunun bir göstergesi olarak, uygulamalardan etkilenen sağlık çalışanlarının hiçbirisinin eski uygulamalara geri dönmek istemeyeceği gösterilebilir.

Bununla birlikte, eski uygulamalarla mukayese edilemeyecek ölçüde iyileşme sağlamış olsa da ve döner sermaye katkı payı alan hiç kimse eski uygulamalara geri dönme isteği, arzusu göstermese de, adaletin sağlanması konusundaki iyileşmeler yeterli görülmemiş, iyileşme için konulan kurallar, getirilen kıstaslar eleştirilmiş, uygulamalarda aksayan noktalar olduğu söylenegelmiş ve tartışmaların tamamına yakını bu konuya odaklanmıştır.

Bu konuda tartışılan ya da tartışılmayan, ancak arzu edilen adaletin sağlanmasına engel olan faktörleri iki ana başlıkta toplam mümkündür.

1- Tıbbi hizmetler için belirlenen performans puanları arasındaki dengesizlikler ve hizmet üretenlerin kendileri için puan toplamaları sırasında oluşan adaletsizlikler:

Bu adaletsizlik unsurlarını başlıca 4 alt başlıkta toplamak mümkündür. Bunlar, işlemlere verilen puanlarda adaletsizlik, istismara elverişli performans puanlarının bulunması, performans kaygısıyla fazladan yapılan veya yapılmadan dosyaya işlemlerin işlenmesi ve eğitim hastanelerindeki bazı şeflerin tutumudur.

a) İşlemlere verilen puanlarda adaletsizlik: Hizmetlere karşılık belirlenen puanlar arasında adaletsizlik olduğu en çok tartışılan husustur. Bu nedenle de bu konuda ilgili yönetmelikte birkaç kez değişiklik yapılmıştır.



b) İstismar edilmeye elverişli "ücretsiz performans puanlı" hizmetlerin bulunması.

c) Performans kaygısı ile yapılarak veya yapılmadan hasta dosyalarına işlemler eklenmesi. d) Eğitim hastanelerinde az da olsa bazı klinik şeflerinin tutumu. Bazı klinik şeflerinin kendi kliniğindeki uzmanların poliklinik, klinik ya da ameliyathanede görevlendirmelerini belli prensiplerle yapmadığı, bu nedenle çalışanlar arasında dengesiz puan dağılımına sebep olduğu ve/veya yapılan hizmetlerin büyük bölümünü asistanlara kendisi için yazdırdığı da bu işin ilgilileri tarafından sıkça dile getirilen hususlardandır.

2-Performans puanları hesaplanması sırasında oluşan adaletsizlikler:

Performans puanları hesaplanmasında kullanılan formüllerde yer alan; 'Aktif Çalışma Gün Katsayısı', 'Mesai Dışı Ça-

* Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik - Madde 5:

ç) Kurumlarda, tabip muayene ve girişimsel işlemler puanına esas olan, tabip muayene ve girişimsel işlemleri yapmadığı halde yapmış gibi gösterenler ve tıbben gerekmediği halde girişimsel işlemleri artıranlar hakkında başhekim tarafından idari soruşturma başlatılır. Muayene ve girişimsel işlemlerin yapılıp yapılmadığının takibi ile bu konudaki gerekli düzenlemelerin yapılmasından başhekim sorumludur. Başhekimce, hastanede yapılan hizmetlerin düzenli kayıt altına alınması ve kurumlara gönderilen faturaların hatasız düzenlenmesini sağlamak amacıyla, girişimsel işlemlerin, bütçe uygulama talimatı ilkelerine uygunluğu ile bu işlemlerin nitelik ve nicelik yönünden değerlendirilmesi ve denetlenmesi için inceleme heyeti oluşturulur. Heyet, girişimsel işlemlerin yapılmasından tahakkuk ve faturalanmasına kadar geçen süreçte, tıp etiği ve kayıtlara uygunluğunu denetler. Ayrıca, heyet, girişimsel işlemlerle ilgili itiraz ve şikâyetleri değerlendirir. Heyet, o dönem içinde yapacağı incelemeler sonucunda hazırlayacağı raporu döner sermaye komisyonunun toplantısı öncesinde başhekime sunar.

alışma Puanı' ve 'Bilimsel Çalışma Destek Puanı' gibi bazı değerlerin tespitinde de adaletsizlikler olduğu bilinen gerçeklerdir. Bunlarla birlikte halen bazı hastanelerde beyan usulü ile puanların belirlendiği ve hesaplamaların da bu puanlar üzerinden yapıldığı ve bu nedenle de adaleti sağlamada yeterli olmadığı halen yaygın bir kanaattir.

Gözlemlerim sonucu oluşan kanaatime göre, adaletin sağlanamamasındaki etkin faktör bizzat sağlık çalışanlarının (doktorların) performans kaygısı ile yaptığı veya yapmadan hasta dosyalarına eklediği işlemler ile "ücretsiz performans puanlı" hizmetlerin istismar edilmesi olmuştur. Pek çok örnek sonucu bu kanaatim oluşmuştur. Gerçekte yokmuş, hiç olmamış gibi yazılı tartışmalarda pek fazla yer almayan (ancak söylenen-konusulan) bir husus budur. Problemin çözümü için öncelikle bunun açıkça ortaya konulması gerekmektedir. Yapılacak incelemelerde benim bu kanaatlerimin doğru olduğu anlaşılırsa ve performans kaygısı ile hastaya uygulanan işlem var ise; o zaman, hem hastaya zarar verilmesi ve hem de devletin zarara uğratılması söz konusudur. Yapılmadığı halde hasta dosyalarına eklenen hizmetler var ise o zaman da, bunun sorumlularınca hem birlikte çalıştığı mesai arkadaşlarına karşı haksızlık yapılmış olması ve hem de devletin zarara uğratılması söz konusu olacaktır.

Bu tür haksız işlemlerin istisnai olduğunu söyleyenler olmakla birlikte bu nedenlerle uygulamanın sakıncası olduğunu ileri sürüp performans uygulamalarını eleştirenler de bulunmaktadır. Bu eleştiriler doğrudur ancak bu aşamada böyle sakıncaları var diye uygulamalara son vermek akıl kararı bir iş olmayacaktır. Yapılacak iş, sakıncalarına karşı tedbir geliştirmek olmalıdır. Gerçekte bu yönetmeliği hazırlayanlar bu konuda da tedbirleri yönetmeliğe yazmıştır (*).

Ayrıca yönetmelikte yer alan ilgili maddenin uygulanmasında eksiklikler, aksaklıklar belirlenmiş olmalı ki, ayrıca bir genelge ile yöneticiler uyarılmışlardır (1). Ancak hem yönetmelikteki maddenin uygulanması yeterli titizlikle yapılmamış, hem de ayrıca yayınlanan genelge Bakanlık yetkililerince yeterince takip edilmediği için istenen etkiyi gösterememiştir.

Yönetmeliğin bu ilgili maddesinin amaçta uygun çalıştırılması halinde olumsuzlukların çok büyük ölçüde ortadan kalkacağına inanmaktayım.

Burada söylenebilecek son söz: "Vakit geçirmeden üniversite hastanelerinde de performans kriterleri uygulanmalı-

Özet olarak,
hastanelerimizin hizmet kalitesinin artışında performans uygulamalarının yeri ve önemi artık tartışılmayacak bir gerçektir. Hizmet karşılığı alınan puanlar arasında adaletsizlikler olduğu sıkça konu edilmekle birlikte ilgililer tarafından zaman zaman yapılan değişiklikler ile iyileştirmeler sağlanmaya çalışılmaktadır.

dır" olacaktır. Ancak üniversite hastanelerimizde uygulanması için istek olduğunu gözlemlenerek birlikte, henüz etkili bir teşebbüs olmadığını düşünüyorum.

Özet olarak, hastanelerimizin hizmet kalitesinin artışında performans uygulamalarının yeri ve önemi artık tartışılmayacak bir gerçektir. Hizmet karşılığı alınan puanlar arasında adaletsizlikler olduğu sıkça konu edilmekle birlikte ilgililer tarafından zaman zaman yapılan değişiklikler ile iyileştirmeler sağlanmaya çalışılmaktadır. Bununla birlikte uygulamalarda görülen aksaklıklar ise daha çok yukarıda özetlemeye çalıştığım performans puanlarının alınmasındaki istenmeyen durumlarla ilgilidir. Bunlar için de yeterli hukuki düzenleme vardır ancak takipçisi olunması gerekmektedir.

Kaynaklar

1) Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'nın 19.02.2008 tarih ve 2008/12 Sayılı Genelgesi.

İstanbul 112 İl Ambulans Servisi

Dr. Metin Arslan



İstanbul 112 İl Ambulans Servisi Başhekimisi Dr. Metin Arslan, 1965'te Sinop, Ayancık'da doğdu. İlkokulu Ayancık Uzunçam Köyü, İstanbul ve Almanya'da olmak üzere 5 ayrı yerde tamamladı. Orta ve lise eğitimini İstanbul'da tamamlayan Arslan, 1991'de Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1993- 1996 yılları arasında Ayancık Merkez Sağlık Ocağı sorumlu hekimi olarak görev yaptı. 1996-2004'te Büyükçekmece, Esenyurt Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması'nda, 2004'te İstanbul Sağlık Müdürlüğü 112 acil yardım istasyonlarında ve komuta merkezinde, 2005-2007 yılları arasında ise İstanbul Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü'nde görev yaptı. 2007 yılı Mart ayından beri İstanbul İl Ambulans Servisi Başhekimliği görevini sürdürmekte olan Arslan, evli ve 1 çocuk babasıdır.

Avrupa'da olduğu gibi Türkiye'de de acil medikal yardım hizmeti veren bir hat vardır: 112. 112, normal bir telefon hattından ve ya cep telefonundan aranabilen ücretsiz bir telefon numarasıdır.

112 İl Ambulans Servisi Başhekimliği, İstanbul Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü'ne bağlı birim olarak görev yapmakta ve idari birimler, komuta kontrol merkezleri ve acil yardım istasyonlarından oluşmaktadır. İstanbul İl Ambulans Servisi'nde 321 doktor, 151 paramedik, 1018 ATT, 139 sağlık memuru, 285 sürücü, 30 veri elemanı ve 10 memur olmak üzere toplam 1954 personel görev yapmaktadır. Avrupa ve Anadolu yakalarında

birer adet komuta kontrol merkezi mevcut olup günlük her komuta merkezinde 5 doktor ve 15 yardımcı sağlık personeli 24 saat kesintisiz hizmet vermektedir. Avrupa yakasında 77, Anadolu yakasında ise 43 acil yardım istasyonu mevcuttur ve istasyonlar bölgenin nüfusu, coğrafik yapısı gibi birtakım kriterler dikkate alınarak planlanmıştır. Bir ambulans ekibinde 1 doktor veya paramedik, 1 ATT ve 1 sürücü görev yapmaktadır ve ambulans sürücülerinin çoğunluğunu yardımcı sağlık personeli oluşturmaktadır.

İdari birimlerde görev yapan personel günlük olarak kamu ve özel hastaneler, özel sağlık kurum ve kuruluşları, emniyet, itfaiye ve diğer acil birimlerle yapılan organizasyonların planlanması, acil sistemde kullanılan ekipmanın temini,

kalite çalışmaları, personel eğitimleri, haberleşme sisteminin çalışması, araçların rutin bakım ve onarım işlemleri, otomasyonun aktif olarak çalışması, nöbetler, izinler, raporlar, sportif faaliyetler, kongreler, resmi veya özel organizasyonlar, iller arası nakiller, hastaneler arası nakiller, hastane içi nakiller, protokol görevlendirmeleri gibi tüm acil sağlık hizmetleri görevlerini yürütmektedir.

Acil sistemin koordinasyonu komuta kontrol merkezleri tarafından gerçekleştirilmektedir. İl içindeki hangi yakadan sabit veya mobil telefon ile 112 aranır ise o yakaya ait komuta kontrol merkezine çağrı düşmekte ve çağrılar yardımcı sağlık personeli (ATT, sağlık memuru, hemşire, ebe) tarafından karşılanmaktadır. Hasta veya yaralıya ait





SAĞLIK BAKANLIĞI

112

KOÇOĞLU

SA
112
SAĞLIK



İstanbul'da komuta merkezlerine günlük yaklaşık 80 bin-100 bin arasında çağrı gelmekte ve çağrılarının sadece yüzde 1'ine ambulans yönlendirilmektedir. Ücretsiz olduğu için telefonunu kontrol etmek, can sıkıntısından sadece sohbet etmek, medikal acil sistem dışında danışmanlık hizmeti almak için aranarak meşgul edilen 112 hatları gerçek acil vakaların ulaşmasına engel teşkil edebilmektedir. Toplumun 112 hattının kullanımının önemi hususunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

acil durum bilgileri çağrı karşılayıcı tarafından alınmakta ve değerlendirilmektedir. Olay yerine en uygun ve en yakın ambulans ekibi (kara, deniz veya hava) telsizle, telefonla veya otomasyon ile yönlendirilmekte, eğer hasta kritik ve bir değerlendirmenin yapılması gerekiyor ise çağrı danışman hekime aktarılmakta ve danışman hekim tarafından ambulans ekibine hasta ve olay yeri hakkında detay bilgileri verilmektedir. İtfaiye, emniyet gibi diğer kurumlarla işbirliği yapılması gereken durumlarda, telsiz veya telefon ile iletişime geçilmekte, organizasyon tamamlanmaya kadar iletişim devam etmektedir. Hasta veya yaralıların hangi hastaneye nakledileceği hususu komuta merkezinin bilgisi ve onayı ile gerçekleştirilmekte,

böylece hastanın en uygun ve etkin tedavisinin alınması sağlandığı gibi hastanelerde görevli sağlık personeline hasta hakkındaki detaylı medikal bilgiler de iletilmektedir. İl içi ve iller arası hasta nakli ile ilgili tüm organizasyonlar ve koordinasyonlar komuta merkezi tarafından gerçekleştirilmektedir.

Komuta kontrol merkezi tarafından verilen vaka için en geç 2 dakika içinde çıkış yapan ambulans ekibinin olay yerine ulaşması, olay yeri ve hasta bilgileri, hastanın hastaneye nakli, istasyona dönüşü ile ilgili hususlar ve süreçler komuta merkezi ve ambulans ekibi tarafından kayıt altına alınmaktadır.

Vaka ile ilgili yapılan bütün işlemler otomasyon sistemi ile gerçekleştirilmektedir. Otomasyon sisteminde, gelen çağrıya ait telefon numarası komuta merkezindeki çağrı karşılayıcının bulunduğu bilgisayar ekranı üzerine düşmekte, verilen adres bilgisi ve vakaya ait bilgiler ekran üzerinde kaydedilmektedir. Vaka bilgileri istasyona mail yolu ile sesli uyarın şeklinde gönderilmekte, hastaya ait tüm bilgiler ambulanslarda bulunan mobil bilgisayarlardan tek tuş ile alınmaktadır. Ambulans ekibi tarafından olay yerine navigasyon ile ulaşılmaktadır. Ambulanslarda bulunan mobil cihazlar üzerinden vaka uygulamaları komuta merkezine ve hastaneye anında bildirilmektedir. Ambulansların seyri komuta merkezindeki ekranlardan takip edilmekte, ambulansın rengi ve konumu ile vakaya uygunluğu belirlenmektedir. Bütün bu yapılan işlemler kayıt altına alınabilmekte, istenildiği anda bilgilere ulaşılabilen ve raporlanabilmektedir. Otomasyon sistemi ile hastanelerdeki yatak sayısı ve doluluk sayısı, sağlık ekibi ve ekipman bilgilerine anlık olarak ulaşılabilen, bu şekilde hastaların nakli için en uygun olan hastane belirlenebilmektedir.

Helikopter hava ambulans sisteminin 7.12.2008 tarihinde İstanbul'da faaliyete geçmesiyle il içindeki acil ve kritik vakaların hastanelere nakli kolaylaşmıştır. Özellikle trafiğin yoğun olduğu ilimizde Avrupa ve Anadolu yakasında bulunan hastaneler arasındaki kritik ve

acil vakaların nakillerinde hava ambulans sistemi büyük bir kolaylık sağlamıştır. Aynı zamanda Marmara Bölgesi ve çevresinde yer alan illerdeki acil vakaların hava ambulansı ile nakli ile ilgili koordinasyon İstanbul tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu durum, hastaların ilgili hastanelerinde büyük bir kolaylık sağlamaktadır. Bununla birlikte İstanbul 112 komuta merkezi ve ambulans ekipleri üzerindeki sorumluluğu ve iş gücünü artırmaktadır. Hava ambulans sistemi çok iyi bir organizasyonu ve koordinasyonu gerektirmektedir. Gelen çağrının değerlendirilmesi, hava ambulansına uygunluğunun belirlenmesi ve vakanın verilmesi, nakledecek hastaneden hasta ile ilgili detay bilgilerinin ve belgelerin temini, hava ambulansının vakayı alacağı ve nakledeceği bölgedeki iniş yerlerinin belirlenmesi ve güvenliğinin sağlanması, hastaneden vakanın kara ambulansı ile alınarak hava ambulansına tesliminin sağlanması, hastanın hava ambulansından kara ambulansına teslim edilmesi, hangi hastaneye ve kime teslim edileceği ile ilgili tüm süreçler komuta merkezi danışman hekimi tarafından koordine edilmektedir. Bugüne dek, helikopter hava ambulans sistemi ile acil ve kritik durumda olan 76 hastanın il içi ve iller arası nakli gerçekleştirilmiştir.

İlimizde trafiğin çok yoğun olduğu, kara ambulansı ile ara sokaklara girmekte güçlük çekilen bölgelerde ve kaza riskinin yüksek olduğu karayolları üzerinde acil müdahaleyi yapmak üzere tam donanımlı motosikletli iki kişiden oluşan 5 adet ambulans ekibi oluşturulmuştur.

İstanbul'da 2008 yılında vakaya ulaşma oranı ortalama 8 dakika 17 saniyedir. Vakaların yüzde 82'sine ilk 10 dakikada ulaşılmaktadır. İlimizdeki ulusal ve uluslararası organizasyonların yoğunluğu, aktiviteler, sportif faaliyetler, protokol görevlendirmeleri gibi sağlık tedbiri gerektiren durumlar, bu sürenin oluşmasındaki önemli faktörlerdir. Formula 1, Moto GP, Red Bull, yüzme, kürek, atletizm, bisiklet koşuları, Avrupa Maratonu ve halk koşuları gibi uluslararası sportif faaliyetler ilimizde düzenli olarak yapılmakta ve acil sağlık organizasyonlarında 112 ambulans ekipleri görevlendirilmektedir. Sadece Formula 1 yarışları için günde 18 ambulans ekibi 3 gün ve 5. Dünya Su Forumu'nda günde 22 ambulans ekibi 7 gün görev yapmıştır. İstanbul trafiğinin yoğunluğu da vakalara ulaşma süresinde en önemli faktör olmaktadır. İlimize tedavi görmek üzere gelecek tedavisi tamamlanan ve stabil edilerek diğer illere nakli gereken hastaların fazla olması da bu sürenin daha da azalmasını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle İstanbul'da her 50

bin kişiye bir ambulans olacak şekilde plânlama yapılmıştır.

İstanbul'da komuta merkezlerine günlük yaklaşık 80 bin-100 bin arasında çağrı gelmekte ve çağrılarının sadece yüzde 1'ine ambulans yönlendirilmektedir. Çağrılarının büyük kısmı hakaret içermekte olup hakaretlerin içeriğinin acil medikal sistemle ilgisi bulunmamaktadır. Bu durum çoğunluğu bayan olan çağrı karşılayıcı sağlık görevlisinin moral ve motivasyonunu bozmakta, gönüllü çalışacak personel bulmakta güçlük çekilmektedir. Bunun dışında amaç dışı çağrılar da ön planda yer almaktadır. Ücretsiz olduğu için telefonunu kontrol etmek, can sıkıntısından sadece sohbet etmek, medikal acil sistem dışında danışmanlık hizmeti almak için aranarak meşgul edilen 112 hatları gerçek acil vakaların ulaşmasına engel teşkil edebilmektedir. Acil vakaların takibi, ambulans ekipleri ile iletişim, hastaneler ve diğer acil kurumları ile olan organizasyonlar ve koordinasyonlar telefonla iletişim gerektiğinde 112 hatları üzerinden yapılmakta ve kayıt altına alınmaktadır. Bu nedenle toplumun 112 hattının kullanımının önemi hususunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Acil yardım istasyonları, merkezi yerleşim yerlerinde nüfus yoğunluğu, hastanelerin bulunduğu alanlar ve araç trafiği dikkate alarak vakalara 10 dakikanın altında, kırsal alanda ise coğrafik yapı dikkate alınarak 30 dakikanın altında ulaşabilecek şekilde planlanmış ve konuşlandırılmıştır. Ambulans ekipleri vaka ile ilgili ihbarı aldıktan sonra en geç 2 dakika içinde vakaya ulaşmak için çıkış yapmaktadır. Vaka ihbarı yapan kişilerden olay yeri, olayın oluş şekli, vaka sayısı ve vakanın durumu hakkında bilgi alınmakta ve mevcut bilgiler doğrultusunda doktor veya paramedikli ekip olay yerine yönlendirilmektedir. Trafiğin çok yoğun olduğu veya kaza riskinin olabileceği yerlerde ambulans ekibi ön kabinde oturmakta ve olay yerine ulaşmak için hızlı hareket etmektedir. Özellikle acil vakaya giden ambulans ekibinin önde olduğunu gören bazı sürücüler ambulansla hasta olmadığı gerekçesi ile yol vermektedir. Vakaya ulaşmak için dakikalar hatta saniyeler önem kazanmaktadır. Ambulansın sirenini duyarak öndeki araçların boşalttıkları alan duyarsız araç sürücüleri tarafından doldurulamamaktadır. Ambulansları yakın takibe alarak aradaki boşluğu hızla dolduran araçlar, ani duruşlar sonucu çok sayıda kazaya sebebiyet vermektedir. Ambulansın geçiş üstünlüğü olmasına rağmen durumun önemini kavramayan sürücüler trafikte büyük sıkıntılar yaşatabilmektedir. Ambulanslarda görev yapan sürücülerin çoğunluğu aynı zamanda yardımcı sağlık personelidir.

Ambulans sürüş tekniği eğitimi sertifikası almış, bayan paramedik ve ATT sürücüler de bulunmaktadır. Ancak başarı ile bu görevi yapan bayan personelimiz trafikte çok büyük sıkıntılarla karşılaşmış olduklarından sürücülük görevini yapmak istememektedir. Ambulans ekiplerimiz bazen olay yerine ulaştıklarında çok üzücü sözlü ve fiili saldırılara maruz kalmakta hatta darp edilebilmektedir. Hasta veya yaralının acısını ve üzüntüsünü içinde hisseden hasta yakını için ambulans ekibi gelece kadar süre geçmek bilmemekte, meydana gelebilecek olumsuz tablodan çoğu zaman ambulans ekipleri sorumlu tutulmakta ve sonuçta ekipler saldırıya maruz kalabilmektedir. Ambulans ekipleri mobil hizmet verdiklerinden sürekli güvenlik riskleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Belirtilen nedenlerle acil sağlık hizmeti veren ambulans ekibinin karşılaştığı psikolojik ve fiili travma sayısı oldukça fazladır. Özellikle trafik kazaları veya adli olaylarda olay yerine ilk olarak ambulans ekibi ulaşmakta ve istenmeyen üzücü olaylara maruz kalabilmektedir. Ambulans ekiplerini hastanelerde bekleyen travma ise, deontolojiye gereken önemin verilmemesi, bazen hasta taşıyıcı muamelesine maruz kalmaları, değişik gerekçelerle hastanelerde alıkonulmaları veya hastanın kabulünde yaşadıkları sıkıntılardır. Ayrıca hastaya yapılan müdahalelerden meydana gelebilecek hata riskleri de ambulans ekibi üzerinde büyük bir travma oluşturmaktadır.

Toplumun asayiş ve güvenliğini sağlamakla görevli olan güvelik görevlileri olay yerine geç gelindiği gerekçesiyle ambulans ekiplerinin güvenliğini sağlamak yerine hasta yakınlarını tahrik etmekte ve fiili saldırıya uğramalarına seyirci kalmakta, bazen bizzat fiili saldırıda bulunmakta, hatta başlarına olumsuz şeylerin gelebileceğini belirterek şikâyetçi olmalarına engel olabilmektedir. Bazen asayiş ekibi olay yerinin ihbarını vermesine veya komuta merkezi tarafından olay yerine yönlendirmeleri istenmesine rağmen gereken duyarlılığı göstermedikleri için güvenliği sağlanmayan ambulans ekipleri saldırıya maruz kalabilmektedir. Acil medikal hizmeti mobil olarak veren ambulanslar hatalı sollama, kırmızı şeritte geçme, anayolda park etme, hastane önüne park etme, sis farlarını yakma, siren çalma gibi nedenlerle durdurmakta, hatta trafik cezası yazmaktadır. Bu cezalar doğrudan sürücülerden tahsil edildiği için hata yapma korkusu ile sürücülerin acil hastaya ulaşmalarında gösterdikleri hassasiyet azalmakta, hatta sağlıkçı olan sürücüler bu görevi yapmak istememektedir. Aynı zamanda trafik ve yerleşim yerlerinden kaynaklanan bazı nedenlerden dolayı ambulanslarda meydana gelen hasarlar



Toplumun asayiş ve güvenliğini sağlamakla görevli olan güvelik görevlileri, olay yerine geç gelindiği gerekçesiyle ambulans ekiplerinin güvenliğini sağlamak yerine hasta yakınlarını tahrik etmekte ve fiili saldırıya uğramalarına seyirci kalmakta, bazen bizzat fiili saldırıda bulunmaktadır. Ambulanslar hatalı sollama, kırmızı şeritte geçme, anayolda park etme, hastane önüne park etme, sis farlarını yakma, siren çalma gibi nedenlerle durdurmakta, hatta trafik cezası yazmaktadır.

sürücülerden tahsil edildiği için ambulans sürücülüğü yapan personel görevlendirmekte güçlük çekilmektedir.

Bütün bu olumsuzluklara rağmen 112 ambulans ve acil sağlık hizmetleri son yıllarda en fazla büyüyen ve gelişme kaydeden kurumlarımızdan biridir. 112 çalışanlarının kalite standartlarının yükseltilmesine yönelik çalışmalar hızla artmaktadır. İlimizde son 5 yıl içinde yıllık vaka sayısı 50 binden 250 bine, istasyon sayısı 24'den 120'ye, ambulans sayısı 151'e çıkmış, yenidoğan yoğun bakım ambulansları ve kırsal alanlar için paletli ambulanslar devreye girmiş, tüm ambulanslar ekip ve ekipman yönünden tam donanımlı hale gelmiş, sürücüler de dahil tüm personele ilk yardım ve acil müdahale eğitimleri verilmiş, travmaya uğrayan personele psikolojik destek programları planlanarak uygulamaya başlanmıştır. Bu şekilde 112 ambulans servisinin çalışana ve hastaya yönelik hizmetlerinin kalitesi hızla artmış ve daha güvenli hale gelmiştir.

İşletmeyi kime teslim etmeliyim? Yöneticiye mi yoksa lidere mi?

Osman Alkan



Anadolu Üniversitesi AÖF İşletme Fakültesini bitirdikten sonra Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ABD Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalında ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı'nda Yüksek Lisans eğitimlerini tamamladı. Yurtiçi ve yurtdışı kongrelerde sunulmuş çeşitli konularda makaleleri bulunmaktadır. 1997-2000 yılları arasında Marmara Üniversitesi Sağlık, Kültür ve Spor Daire Başkanı olarak görev yaptı. 1998-2001 yılları arasında Türkiye Üniversiteler Arası Spor Federasyonu Yönetim Kurul üyeliğinde bulundu. 2000 yılından itibaren Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Enstitü Sekreteri olarak görev yapmaktadır.

Dr. A. Şefik Köprülü



1962 yılında İstanbul'da doğdu. 1980 yılında Kadıköy Anadolu Lisesinden, 1986 yılında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1994 yılında İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ana Bilim Dalındaki uzmanlık eğitimini tamamladı. 2003-2005 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Sağlık kurumları yöneticiliğinde master (MBA) yaptı. Halen aynı bölümde doktora ve AÜ İşletme Fakültesinde işletme eğitimine de devam etmektedir. Yurtiçi ve yurtdışı dergilerde çeşitli konularda 40'ın üzerinde makalesi bulunmaktadır. 1994 yılından itibaren katıldığı, hekim ve farklı kademelerde yönetici olarak görev aldığı Ünlü Hospitals Group bünyesinde çalışmaktadır.

Yönetim, insanlık tarihi kadar eski bir kavramdır. Sanayileşme ile birlikte yönetim, sezgi- lere dayalı bir tecrübeler birikimi olmaktan çıkarak, sistematik ve bilimsel verilere dayanan, evrensel bir nitelik kazanmıştır. Peter Drucker "İnsanlık tarihinde herhangi bir kurumun,

yönetim olgusu kadar hızla ortaya çıktığı ve onun hızla büyük bir etki yarattığı az görülmüştür" diyerek yönetimin toplum yaşamındaki etkisini ve önemliliğini ortaya koymaktadır (1). Sanayi devriminin yönetim düşüncesi bakımından yarattığı sonuçlardan biri "yönetici" talebinin arttırması, bunun sonucu olarak da işletme düzeyinde "yönetici grubunun", toplumsal düzeyde de "yönetici

sınıfının" oluşmasına yol açmış olmalıdır (2). Diğer bir sonuç da işletmelerin ortaya çıkmasıdır. Tarım toplumunda insanlar kendi ihtiyaçlarını kendileri üretirken, sanayi toplumuna geçişle birlikte yeni üretim araçları ile ihtiyaçlar, daha çok insanın bir araya gelerek üretim yaptıkları yeni üretim yerlerinin bir diğer değişle işletmelerin doğmasına neden olmuştur.



Bu işletmeler, insanların tek başlarına gerçekleştiremedikleri amaçlarına ulaşmalarını, gerçekleştirebildiklerinde ise daha etkili ve verimli biçimde başarmalarını sağlayan, toplumsal yaşam kadar eski "sosyal bir bulgu ve araç" niteliği taşıyor(2). Bu işletmeleri yönetenleri "yöneticileri" ise; Bir zaman dilimi içinde bir takım amaçlara ulaşmak için insan, para, hammadde, malzeme, makine, demirbaş vb. üretim araçlarını bir araya getiren onlar arasında uygun bir bileşim, uyumlaşma ve ahenkleşmeyi sağlayan kişileri olarak tanımlayabiliriz (3).

Bu tanımdan anlaşılacağı gibi yöneticiler, başkaları tarafından o pozisyona getirilmiş, başkaları adına çalışan, önceden belirlenmiş hedeflere ulaşmak için çaba gösteren, işleri planlayan, uygulatan ve denetleyen kişilerdir (4).

Yönetici sınıfının doğuşundan günümüze kadar gelen süreçte, bir yöneticinin sahip olması gereken temel özellikleri genel olarak 3 kısımda değerlendirilir (5).

1- Yöneticinin entelektüel özellikleri; Genel kültür, mantıklılık, sezgi ve muhakeme gücü, düşünceleri ifade edebilme vs.

2- Yöneticinin karakter özellikleri; Dikkatlilik, girişkenlik, azim, akıl ile duygu arasında denge, hafıza gücü vs.

3- Yöneticinin sosyal özellikleri; Dış görünüş, gruba hitap edebilme, her kişi ve olaylara göre dengeli ve ölçülü hareket edebilme, çalışan insanlardan yararlanma ve onlarla işbirliği yapma, vs.

Değişimin hızliliğinin bu denli hissedilmediği geçmiş dönemlerde işletmelerin en önemli önceliği var olan durumun devamlılığını sağlamak ve buna uygun yöneticiler bulmaktır. Günümüzde ise küreselleşme süreci ile dikkati çeken en önemli özelliklerden bir tanesi de "Dünyanın eskisi gibi olmadığı ve işletmeler ile onların yöneticilerinin de eskisi gibi olamayacağı" hususudur.

Dünya birçok karmaşık soruna küreselleşme mantığı içinde çözüm ararken işletmelerin, mevcut durumunu devam ettirmeye çalışan klasik yönetici anlayışı ile günümüzdeki değişim ve karmaşayla savaşıyor ayakta kalmaları pek olası değildir. Bunun için işletmelerin yöneticilerinden beklentileri; işletmenin amaçlarına ulaşmaları ve gelecekte de var olabilmeleri için küresel bir düşünce yapısına sahip olmalarıdır. Bunun ilk adımı ise; geleneksel düşünce yapısının bize kazandırdığı bir takım özellikleri koruyarak, bir kısım özelliklerden ise vazgeçerek bu yeni-

dünya düzeninin bize zorunlu bıraktığı yeni düşünce yapısına uygun hareket etmemizdir.

Var olan süreç; artık hiçbir sorunun çözümünün eski yöntemlerle olmayacağını fark eden, çalışanlarını klasik anlamda yönetmekten vazgeçerek onları doğru hedeflere yönlendiren, onların çağın gerektirdiği yaratıcı yeni fikirler ortaya çıkarmalarına zemin hazırlayan yeni bir yönetim anlayışını gerektirmektedir. Küresel düşünce yapısı, bize dünyayı geniş bir açıdan gözlemlemize; her zaman kişisel, mesleki ve kurumsal hedefler açısından bir fırsat ya da tehdit oluşturabilecek beklenmedik eğilim ve olanakları aramamıza yardımcı olur (6). Yöneticilerin geleneksel düşünce yapıları, işletmesinin yakın çevresini ve rakiplerini içine alan bölgesel veya ulusal bir bakış açısıyla sınırlıyken, küresel düşünce yapısı ile birlikte bu sınırlar, aşarak uluslar arası bir bakış açısına sahip olmalarını sağlamıştır.

Bununla birlikte yöneticilerin küresel bir bakış açısına sahip olmaları, işletmelerin dönüşel anlamda değişiminin önündeki en büyük engeli ortadan kaldırmasına rağmen, değişime uygun dönüşümün başarılabilmesi için de tek başına yeterli değildir. Değişmek ve dönüşümlenmek, ancak işletme içi kaynakların verimli kullanılması ile olasıdır. Bu da ancak işletmeyi bir sistem bütünlüğü içinde görmemizle olabilecek bir şeydir. Bu dönüşümün gerçekleştirilmesinde işletmelerin elindeki en önemli kaynak çalışanlarıdır.

Bunun içindir ki, başarılı olmak isteyen işletmelerin, geçmişin değil, yarının şartlarına göre çalışanlarını yönlendirir. Çalışanlar, rekabetçi piyasada işletmelerin avantaja sahip olmalarının en önemli anahtarı haline gelmiştir (7).

Artık küresel bir dünyada yaşamlarını sürdürmeye çalışan işletmelerin, çalışanlarını tek tip bakış açısına uygun bir işletme kültürüne göre yetiştirmesi ve buna uygun stratejiler geliştirmesi, yeni ve yaratıcı düşüncelerin ortaya çıkmasına ve sorunların çözümünde değişik bakış açılarına sahip olunmasının önündeki en büyük engellerden birini oluşturmaktadır.

İşletmelerin, belirsiz ve karmaşık sorunların üstesinden gelen ve işletmeye sürdürülebilir bir rekabet avantajı sağlayan, farklı bakış açılarına sahip, farklı düşünüş farklı davranan ve karşılaştığı sorunları çözebilen çalışanlara ihtiyacı vardır. Bu da küreselleşen dünyada ancak farklı kültürel anlayışa sahip insanları bir araya getirerek aynı amaç uğruna savaşan ve buna uygun stratejiler üreterek işletmesini belirsizlik ve karmaşıklıkların



Var olan süreç; artık hiçbir sorunun çözümünün eski yöntemlerle olmayacağını fark eden, çalışanlarını klasik anlamda yönetmekten vazgeçerek onları doğru hedeflere yönlendiren, onların çağın gerektirdiği yaratıcı yeni fikirler ortaya çıkarmalarına zemin hazırlayan yeni bir yönetim anlayışını gerektirmektedir.

olduğu yenedünya düzeninde rakiplerine göre avantajlı hale getiren düzeni kurgulamakla mümkündür.

İşletmelerin küreselleşen bir dünyada değişim öngördüğü dönüşümü başarabilmesi ve dolayısıyla işletmenin belirlendiği hedef ve amaçlarına ulaşabilmesi için öncelikli olarak insan kaynakları, işletme kültürü ve stratejilerinde değişiklikler yapabilecek küresel bir düşünce yapısına kavuşabilmesi ile mümkündür. Bunun için işletme ve işletme çalışanlarının geleneksel düşünce yapısı ile küresel düşünce yapısının karşılaştırıldığı ve aralarında ne gibi farklılıklar olduğunu gösteren tabloyu dikkatli bir biçimde incelemek ve nasıl farklılıklar olduğunu kavramak gerekir.

Küresel düşünce yapısına uygun yöneticiler (6);

- 1- Teşvik eder
- 2- Dengeler
- 3- Değer verir
- 4- Kendini akışa bırakır
- 5- Öğrenir

Bu özellikler küresel yöneticiyi hem iş bitirici olmasını, hem de ara sıra geri çekilip kendinin dışında gelişen olayların seyrini izleyerek işletmesi için uygun fırsatları beklemesini sağlar. İş-



Bir yöneticinin; küreselleşme, değişim, sürdürülebilir rekabet üstünlüğü, strateji gibi günümüzde çok kullanılan kavramların üstesinden gelebilmesi ve işletmesini “gemisini dalgalı, hırçın sulardan koruyarak onu güvenli bir limana götüren kaptan gibi” yönetebilmesi için acaba sahip olması gereken nitelikleri başka bir sosyal tanım içinde mi aramalıyız? Bu tanım bazı yazarlara göre “lider ve liderlik” tir.

lemleri sıraya koyup kararlarınızın işletmenin genel stratejisi ile uyumlu olmasını sağlarken bir yandan da rekabetin şiddetli olduğu karmaşık bir dünyada sizi şaşırtacak değişikliklere hazır olmanızı olası kılar. Aynı zamanda ekip çalışmasına değer verip, bir yandan da sürekli kendi açınızdan mesleki yaşamın kalitesini ve kazancını artırmaya ortam sağlar (6).

Görüldüğü gibi artık günümüzde işletmeler, yöneticilerden daha farklı özel-

liklere sahip olmasını istemektedir. Yeni teknolojiler, yeni yönetim anlayışları, yeni yaratıcı fikirler ile yeni işletme anlayışlarının bir arada olduğu bir dönem olarak tanımlanan bir değişim süreci yaşanmaktadır. İşletmelerin bu hiç beklenmedik ve önceden tahmin edilemeyen, fırsat ve tehditlerin bir arada yaşandığı bu sürece hazırlıklı olabilmeleri için yukarıda sayılan özelliklerin bile bazen yeterli olmadığı daha başka özelliklere sahip olmasını da gerekli kılmaktadır.

Bir yöneticinin; küreselleşme, değişim, sürdürülebilir rekabet üstünlüğü, strateji gibi günümüzde çok kullanılan bu kavramların üstesinden gelebilmesi ve işletmesini “gemisini dalgalı, hırçın sulardan koruyarak onu güvenli bir limana götüren kaptan gibi” yönetebilmesi için acaba sahip olması gereken nitelikleri başka bir sosyal tanım içinde mi aramalıyız? Bu tanım bazı yazarlara göre “lider ve liderlik” tir. Bu soruya cevap verebilmek için öncelikle lider ve liderliğin ne olduğu ve neler yapabildiğini anlatmak gerekir.

Yüzyıllardan beri teorisyenler, başarılı bir liderde bulunması gereken özelliklerin ve liderin rolünün ne olduğu ile ilgili birçok görüş ve teori ortaya atmışlardır. Liderlikle ilgili tanımlar yapılırken, önemli görülen bazı özelliklerin ön plana çıkarılması nedeniyle lider ve liderlikle ilgili tanımların sayısı oldukça fazladır.

Literatürde liderlik;

Stratejik yetenekleri, güçlü etkili bir şekilde kullanma ve organizasyonun hedeflerine ulaşmayı etkileme kabiliyeti,

Bir işi doğru yapmak değil, doğru işi yapmak; diğerlerinin pes ettikleri nok-

tada onları tekrar denemek konusunda ikna etme yeteneği,

Bir vizyon yaratmak ve bu vizyon doğrultusunda işletmeyi harekete geçirme ve yeni eğilimlerin sürekliliğini sağlamak için, politik, kültürel sistemleri değiştirmek yoluyla, işletmeyi yeni eğilimlerin gereklerine göre düzenleme süreci,

Paylaşılan ortak bir hedefe doğru çalışanların aktivitelerini içtenlik, gönüllülük ve heyecanla yönlendirmek olarak tanımlanır (8).

Diğer lider ve liderlik tanımları da şöyledir;

Yapılması gerektiğine inanılan şeyi başkasına istekle yaptırabilme yeteneğidir (9).

Diğer insanların göremediği şeyleri görmek ya da hissedebilmektir.

Aynı şeyin yapılmasında değişik yollar arayarak uygulamaktır.

Sadece kendisinin değil, işletmede çalışanların da işletmeyi ve çevresini görmelerini sağlamaktır.

Çalışanlar arasında sistem düşüncesini hakim kılmak ve iç ve dış çevre faktörlerinin işletmeyi olumlu ya da olumsuz olarak nasıl etkileyebileceğini onlara anlatmaktır.

En az çatışma, en güçlü işbirliği ile insanları başarıya ulaştırma yeteneğidir (10).

Örgütsel dönüşüm stratejilerini işletmede başarıyla uygulayabilen kişidir (11).

Tablo1: Geleneksel ve küresel düşünce yapılarının karşılaştırılması (6):

	Geleneksel düşünce yapısı	Küresel düşünce yapısı
Stratejik/Yapı	Uzmanlaşma Öncelik belirle	Daha geniş açığı aramaya yönel Çelişkileri dengele
Şirket Kültürü	İş yönet Sonuçları kontrol et	İşlemi uygula Değişimin akışına uy
İnsanlar	Kendini Yönet İçerde Öğren	Çeşitliliğe değer ver Küresel bazda öğren

Çalışanlara ve kurallara yön çizen, çalışanları çalışmak konusunda heyecanlandıran, isteklendiren kişidir (12).

Yapılan bütün bu tanımlarda liderin, etkileme ve değişimi yaratma gücü ile grubun diğer üyelerinden farklı olduğu ve dayanıklılığı vurgulanmaktadır (8).

Bilimin öngörülleri ve uyarıları, insanlığı yeni bir başlangıç için harekete geçirmeye hiçbir zaman yetmemiştir. Bunun için hep lider özelliklerine sahip bir kişide simgeleşen etkileyici, bağlayıcı ve coşturucu bir fikri, bir vizyonu gerekli görmüştür (13).

Lider, geleceğin fotoğrafını çekebildiği gibi belki bundan daha da önemlisi o fotoğrafta işletmesine yer bulabilmelidir. Bir başka deyişle lider, vizyon sahibi olmalıdır. Bir işletmede vizyon yaratma fikri liderin görevidir. Lider, çalışanların düşüncelerini alarak paylaşılan ve uygulanabilir vizyonlar yaratır. Çalışanların arzu ve beklentilerini kapsayan bir vizyonun oluşturulamaması, o vizyonun uygulanabilirliğini tehlikeye sokacaktır. Peter Senge insanların başkalarının hedefleri için koşmadığını, sadece kendi inandıkları hedefler ya da gelecekte ulaşmak istedikleri hedefler için içten çalışacaklarını, bunun içinde paylaşılan bir vizyonun katılımı ile gerçekleştirilmesi ve geliştirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu anlayışın iki yararı vardır. Birincisi, çalışanların işleri düşünmesini ve birbirleri ile diyaloga girmelerini sağlamak, ikincisi ise ortaya çıkacak vizyonun gelişim sürecine katılmasında, vizyonun anlaşılır ve paylaşılabir hale gelmesini kolaylaştırmak (14).

Lider; tanımlanmış, kabul edilmiş, statükoyu koruyan ve onu güçlendiren duvarları yıkan, sınırları zorlayan kişidir. Vizyonu olan lider sınırları aşmakta zorlanmaz. Çünkü vizyon, lider için rüya değil, henüz gerçekleşmemiş gerçektir. Gerçek vizyon, rutin işlere dair plan veya hedeflerin ötesinde, işletmenin değişimin şartlarına uygun dönüşümü yapabilecek uzun vadeli plan ve hedeflerdir. Liderlerin sorumluluğu bu plan ve hedefleri içeren vizyonları gerçeğe dönüştürmektir (15).

Bir lider helikopterden aşağıya izliyor gibi geniş bir bakış açısına sahip olmalıdır. Bunu başaran bir lider de kavrama, sezgi ve öngörü yetenekleri gelişmiş demektir. Bu durumda geçmiş, şimdi ve geleceği bir arada düşünebilme ve bundan sonra olacakların neler olacağını tahmin edebilme yeteneğine sahip olabilmelidir. Lider, işletmenin rekabet avantajını sağlayabilme ve onu sürdürülebilmesi için dünyanın hangi noktada olduğu ve nereye doğru gittiği konusunda hızlı ve kusursuz yorumlar yapabileme becerisine sahip olmalıdır (16).

Son olarak liderliği Kaith Davis, şöyle açıklamaktadır; Liderden yoksun bir organizasyon, insan ve makine topluluğundan başka bir şey değildir. Liderlik, bir işletmedeki insanları ve tüm potansiyeli başarıya ulaştıran son harekettir (17).

Birçok kişi çoğunlukla lider ve yönetici kavramlarını birbirlerine yakın kavramlar olarak algıladığından eşanlamlı olarak kullanmaktadır. “Lider” ve “yönetici” her ne kadar birbirlerine yakın gibi gözükseler de hem olaylara bakış hem de uygulama açısından çok belirgin farklılıkları bulunmaktadır. Liderlik “doğru işleri yapmaya”, yönetici ise “işleri doğru yapmaya” odaklanır. Liderlik konusunda çalışmaları bulunan birçok bilim adamı ve yönetim uygulayıcısı lider ve yönetici arasındaki farklılıkları aşağıdaki şekilde özetlemiştir;

Yönetim felsefecisi Peter F. Drucker'ın gözüyle yönetici ile lider arasındaki farklar;

- Yönetici, bulunduğu alanı idare eder, lider, sizi yeni bir alana taşır.

- Yönetici, karmaşa ile uğraşır, lider, belirsizlikle uğraşır.

- Yönetici, karar verir, lider, hüküm verir.

- Yönetici bir şeyleri doğru yapmaya çalışır, lider, doğru şeyleri yapmaya çalışır.

- Yöneticinin dikkatini verdiği konu verimlilik, lider, etkin olmaya odaklanır

- Yönetici neler olduğunu görür ve duyar, lider, hiçbir ses olmadığı zaman duyar, hiçbir ışık olmadığı zaman görür.

- Yöneticiye görevi veren şirkettir, lideri ise takipçileri görevlendirirler.

Harvard Business School profesörlerinden Abraham Zaleznik “Evet, ikisi farklıdır” demektedir. Zaleznik'e göre yöneticiler tekrar tekrar aynı işi yapar, lider ise yenilikçidir. İyi bir liderin aynı zamanda yönetici olması gerektiğini, ama bir yöneticinin mutlaka lider demek olmadığı belirtmektedir (11).

Warren Bennis'in Bir Lider Olabilmek kitabında, lider ve yöneticilerin özellikleri arasındaki farkları ise şöyle sıralamaktadır;

Yönetici sadece yönetir, lider yönetirken yenilikler yapar.

Yönetici bir kopyadır, lider ise orijinaldir.

Yönetici elindeki korumaya, lider geliştirmeye çalışır.

Lider, geleceğin fotoğrafını çekebildiği gibi belki bundan daha da önemlisi o fotoğrafta işletmesine yer bulabilmelidir. Bir başka deyişle lider, vizyon sahibi olmalıdır. Bir işletmede vizyon yaratma fikri liderin görevidir. Lider, çalışanların düşüncelerini alarak paylaşılan ve uygulanabilir vizyonlar yaratır. Çalışanların arzu ve beklentilerini kapsayan bir vizyonun oluşturulamaması, o vizyonun uygulanabilirliğini tehlikeye sokacaktır.

Yönetici taklit eder, lider icat eder.

Yönetici sistem ve yapı üzerinde durur, lider kişiler üzerinde durur.

Yönetici “Nasıl, Ne Zaman”, lider ise “Ne, Niçin” sorularını sorar.

Yönetici statükoyu kabullenir, lider ona meydan okur.

Yönetici işleri doğru yapar, lider ise doğru işler yapar (18).

Bir zamanlar asırlar süren her türlü – teknolojik, ekonomik- köklü değişim sürecinin tamamlanması artık nerede ise birkaç yıl veya ay almaktadır(19). Değişimdeki bu hızlık, yakın zamana kadar işletmelerde bir fırsat veya tehdit algılanması oluşturmadığı gibi, rekabet ortamında da dikkate alınacak bir olgu da değildi. Ancak artık işletmeler, liderlerinden çalışanlarını belirli bir amaç etrafında toplayacak bir vizyon oluşturma ve bu vizyonu harekete geçirecek, bilgi, tecrübe ve yetenekte olmasını ve üretilen mal ve hizmetten faydalananların değişen taleplerini karşılayabilecek, değişen rekabet koşullarını sürdürebilir rekabet avantajı haline dönüştürecek ve değişimin getirdiği belirsizlikleri yönetebilecek bir bakış açısına sahip olmalarını istemektedirler.

İşletmelerin mevcut durumunu devam



ettirmeye çalışan klasik yönetici anlayışı ile günümüzdeki değişim ve karmaşa ile mücadele ederek ayakta kalmaları pek mümkün değildir. Böyle durumlarda yöneticinin bir vizyonu yaratıp ve o vizyonu benimseyen, paylaşan çalışanları ile birlikte ancak bu karmaşadan çıkması mümkündür. Bunu yaparken de çalışanlarını klasik anlamda yönetmekten vazgeçerek onları doğru hedeflere yönlendiren, onların çağın gerektirdiği yaratıcı ve yeni fikirler ortaya çıkarmalarına zemin hazırlayan bir anlayış geliştirmesi gerekmektedir.

Bunları gerçekleştirmek sanıldığı gibi kolay değildir. İnsanoğlu alışkanlıklarının etkisindedir. Değişim anlarında rahat olamaz ve değişime doğal olarak tepki verir. Bu tepkilerinin kökeninde çeşitli korkular barındırır. Belirsizlik, ekonomik güç kaynaklarının ve alışkanlıklarının kaybedilmesi, yeni etkinlikler içinde yetkilerini kaybetmek ve başarısızlık gibi korkular çalışanları de-

ğişime karşı direnç göstermelerine sebep olur (20). Birçok işletmede çalışanlar, işlerin olduğu gibi gitmesinden yanadır. Kendisini mevcut sistemi oluşturan otorite ile özdeşleştirmesi sonucu değişimi iş görme tarzına yöneltilmiş haksız bir eleştiri olarak algılar. Duygusal tepkileri, önerilen değişimin neden ve yararlarını anlamalarının önünde bir engel olabilir (21).

İşletmenin, çalışanlarına bu değişimin gerekliliğini iyi anlatması gerekir. Onlara küreselleşen bir dünyada ayakta kalabilmenin ve diğer işletmelerle rekabet edebilme şartının değişimle olduğunu ve bu değişimin yapılamaması durumunda işletmenin yok olacağını ve dolayısıyla bundan onların da olumsuz anlamda etkileneceğinin anlatılması gerekmektedir.

Klasik yöneticiliğin küreselleşen dünyada işletmeler için ne kadar yetersiz olduğundan bahsederken işletmelere sunulan liderin seçiminde de dikkat

edilmesi gereken bazı özellikler bulunmaktadır.

Bütün liderlerde bulunan çok önemli 2 tane ortak özellik göze çarpmaktadır. Bunlardan birincisi vizyon sahibi olmaları, ikincisi ise var olan statükoyu ortadan kaldırmalarıdır. Bu temel özellikler işletmelerin küreselleşen dünyada rakiplerine karşı bir üstünlük sağlamalarında en çok ihtiyacı duydukları ve işletmeyi şekillendirenlerde olmasını istediği özelliklerdir. Bilindiği gibi kişilik özelliği, karşılaştıkları duruma göre geliştirdikleri anlayış ve takındıkları tavır, çevresel etkiler liderin tarzını oluşturan en önemli dinamiklerdir.

Biz bu makalemizde genel olarak tek bir "lider ve liderlik" kavramından bahsettik. Oysa bilindiği gibi birçok liderlik tarzları bulunmaktadır. Bunlardan en çok bilinenler; karizmatik, vizyoner, otokratik, etkin, katılımcı, dönüştürücü liderliktir. İşletmeler küreselleşmenin gerektirdiği ve kendi yapılarına uygun

Tablo 2: Başarılı lider yöneticilerde bulunması gereken nitelikler testi

1-Taktikten çok stratejik yeteneğiyle, bir ekip kurup bu ekibi, vizyonunu gerçekleştirmeye teşvik edebilecek bir vizyoner.	E H
2-Oyunun değiştiğini görme ve küresel bağlamda etkin şekilde eyleme geçme becerisine sahip.	E H
3-İnsanlara saygıyla kararlılığı dengeleyebilen	E H
4-Okulds öğretilmeyen geniş bir deneyim ve yetenek	E H
5-İşletmenin dış öğeleriyle bağlantısını (sürekli hizmet verme gereksinimini) anlayan.	E H
6-Kurumun ayrı parçalarını kalıcı bir şey üretmek üzere bir araya getirebilen ve ücret ile terfi dışında motivasyon faktörleri bulabilen, yaratıcı bir kişi.	E H
7-İnsanlara başarısızlığa uğrama fırsatı tanımayan, ama zorlu hasımlarla yüzleşecek cesarete sahip olan.	E H
8-Bilgili ve teknik becerilere sahip, fırsatlardan yararlanmayı bilen.	E H
9-İşe yarayan bir şeyi alıp sisteme dönüştürmeyi becerebilen	E H
10-%100 açık fikirli.	E H
11-Dinlemek, anlatmak ve yardım etmek için gerekli sabra sahip.	E H
12-Beş yıl için doğru olacak kararı bugünden verebilen.	E H
13-Tarihsel verilerin geçersiz olduğunu bilen.	E H
* İsvaç Yönetim Araştırma Şirketi tarafından hazırlanmıştır.	

Not: Üstteki tabloyu kendinize veya üst düzey yöneticinize uygulayınız. Belirtilen niteliklerin ne kadarına sahip olup olmadığına bakınız. Eğer bu niteliklerin üçte ikisine sahip değilseniz / değilse ve eksiklerinizi tamamlamak için tüm gücünüzle çalışmaya hazır değilseniz / değilse, çalıştığınız kurumun başının dertte olduğu söylenebilir (22). Bu testin sorularının cevaplanması sonucunda yöneticilerin bu üçte iki özelliklere sahip olmasına rağmen hala işletmenin zorluklarla baş etme ve sorunları çözebilme kabiliyetinin yetersizliği söz konusu ise yöneticilerin kendilerini samimi olarak tekrar gözden geçirmesi gerekir.

lideri ararken dikkat etmeleri gereken özellik, her lider tarzının işletmelere çok olumlu katkıları olduğu gibi bazı olumsuz etkilerinin de bulunabileceğini hatırlamalarıdır.

Örneğin, vizyoner liderin işletmeye uygun olduğu düşünüüyorsa, bu liderliğin maceracı, hayalci, geçmişle bağını koparan, olumsuzlukları görmeyen bir tarafının da olduğu unutulmamalıdır.

Diğer bir liderlik tipi, demokratik liderliktir. İşletmeler hedeflerine uygun karar almaları sürecinde, karar almaya çok fazla katılımcının katkıda bulunması kararın geç alınmasına veya hiç çıkarmasına neden olabilir ki bu da işletmelerin karşılaşmak istemedikleri bir durumdur.

Etkin liderlik; iş kolik olmaları, iş ve yaşamın olması gereken dengesini koruyamaması, sonuç odaklı çalışmasından dolayı yeterli planlama yapmaması gibi olumsuzları içeren bir liderlik tarzıdır.

Diğer bir liderlik tarzı ise, karizmatik liderliktir. Çalışanlar üzerinde korku ve panik yaratma, etrafındakilere danışmama, zorlayıcı ve müdahaleci bir görünüm içermektedir.

Görüldüğü gibi liderlerin bazı olumsuz yönleri bulunmak birlikte taşıdığı olumlu birçok özelliklerden dolayı lider özelliği bulunmayan klasik bir yöneticiye göre işletmelere daha yararlı olacakları muhakkaktır. Bununla birlikte liderler olumsuz gibi gözükse de özelliklerini bazı eğitimler alarak işletmelere daha faydalı hale getirebilirler. Bu makalemizde hep vurguladığımız gibi, liderlik özellikleri bulunmayan bir yönetici, yenedünya düzeninin amaçladığı ve işletmelerin sahip olmak istediği yeni yönetici profiline uymamaktadır.

Günümüzde işletmelerin başarıya ulaşabilme ve gelecekte varlıklarını devam ettirebilmeleri için, işletme sahiplerinin şu soruya cevap vermeleri gerekir. "İşletmemi yöneticiye mi yoksa lidere mi teslim etmeliyim?"

Bu sorunun cevabı küreselleşme ve değişimin yaşandığı dünyamızda cevaplanması gereken bir sorudur. Ve bu soruya doğru cevabı verenlerin, uzun yıllar süreceği tahmin edilen bu belirsiz ve kaotik ortamın meydana getirdiği acımasız rekabette, sürdürülebilir rekabet avantajı elde etmeleri ve gelecekte de varlıklarını devam ettirmelerinde önemli bir avantaj elde edecekleri muhakkaktır.

Liderlik özelliklerinin doğuştan mı olduğu yoksa eğitimle bu özelliklerin sonradan öğrenilebileceği günümüzde hâlâ

cevabı netleşmemiş, tartışılan bir konudur. Ancak görevleri ne olursa olsun işletmelerde çalışan bazı kişilerin liderlik özelliklerini taşıdığı da tartışılmaz bir gerçektir. İşletme sahiplerinin ve yöneticilerinin kendi ekiplerini bir de bu bakış açısıyla değerlendirmelerinin küreselleşen ve gittikçe rekabet şartları sertleşen yenedünya düzeninde işletmelere tahmin edilemeyecek kadar olumlu katkıda bulunacağını düşünmekteyiz.

Yandaki tabloda 13 sorudan oluşan bir test bulunmaktadır. Bu test, farklı boyutlardaki işletmeleri yöneten yöneticilerin, gelecekte işletmelerin ihtiyaç duyacakları başarılı lider yöneticilerde bulunması gereken nitelikleri araştıran bir testtir. Bahsedilen bu özelliklerin hepsinin bir yönetici de bulunması zor olabilir ama bu niteliklerin çoğunu kendinde bulunduran veya en azından belirtilen niteliklerin eksikliğini hissedip o eksiklikleri telafi etmek için gayret gösteren yöneticilere sahip olan işletmeler, rakip işletmelere göre daha avantajlı olacakları yadsınamaz bir gerçekliktir.

Kaynaklar:

- 1-Peter Drucker; *Yeni Gerçekler, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 3.B., Genel yayın 315 Tarih Dizisi 25, 1993, s..225.*
- 2-Atilla Baransel; *Çağdaş yönetim Düşüncesinin Evrimi, 2B,İstanbul üniversitesi Yayın 3295, İşletme Fakültesi Yayın 163,s.29.*
- 3-Erol Eren; *Yönetim ve Organizasyon, 8B.,Beta Yayın No:1865,İşletme Ekonomi Dizisi:238, 2008, s. 9.*
- 4-Levent Eraslan; *"Liderlik Olgusunun Tarihsel Evrimi, Temel Kavramlar ve Yeni Liderlik Paradigmanın Analizi", M.E.B.Dergisi S.162 , 2004.*
- 5-Kemal Tosun; *İşletme Yönetimi, Mars Yayın,İstanbul 1984, s.8.*
- 6-Stephen H.Rhinesmith; *Yöneticinin Küreselleşme Rehberi, Sabah yayınları 110 Çağdaş Bakışlar Dizisi 29, İstanbul, 2000, s.38.*
- 7-Şevki Özgener, *"Öğrenen Organizasyon Anlayışının Gerçek Yönetim Uygulamalarına Yansıtılması", http://www.stratejiyonetim.net/ogerenenorgut , (27.08.2004) .*
- 8-Fatih Karcioğlu ve Mazlum Çelik, *"Askeri Örgütlerde Liderlik Eğitimi ile Liderlik Potansiyelinin İlişkisi",Kara Harp Okulu Savunma Bilim Dergisi, Cilt: 2, Sayı: 2, 2003, s.13.*
- 9-Ugur Zel, *Kişilik ve Liderlik, Evrensel Boyutlarıyla Yönetim Açısından Araştırmalar-Teoriler ve Yorumlar, Seçkin Yayıncılık, Ağustos 2001, s.93*
- 10-Ş.Şule Erçetin, *Lider Sarmalında Vizyon, 2. Baskı, Yayın:186, Nobel Yayın, Ankara: 2000, s.5.*
- 11-Çetin Kaya; *Liderler Liderliğe Giden Yollar, 1B,Yayın no 1296, İşl.Eko.Dz.:105, Beta Yayın, 2002,s.5.*
- 12-Ali Akdemir, *Vizyon Yönetimi, Avrupa İnsan Hak-*

Liderlerin bazı olumsuz yönleri bulunmak birlikte taşıdığı olumlu birçok özelliklerden dolayı lider özelliği bulunmayan klasik bir yöneticiye göre işletmelere daha yararlı olacakları muhakkaktır. Liderlik özellikleri bulunmayan bir yönetici, yeni dünya düzeninin amaçladığı ve işletmelerin sahip olmak istediği yeni yönetici profiline uymamaktadır.

ları Merkezi, Bayrak Matbaası, İstanbul: 1998, s.52.

13-John Kotter,"21. Yüzyılda Liderlik", *Executive Excellence Dergisi, Rota Yayın , Yıl:3, Sayı:27, İstanbul, Haziran 1999, s.11.*

14-Sinan Polater,"Vizyon Tanımlamak ve Paylaşmak",www.polater.com.tr/devam.php?sub_page=1&page=bilgi_agaci&new_page=09 , (22.07.2004).

15-Mustafa Özel, *Liderlik Sanatı, İktisat ve Toplum Kitaplığı:24, İz Yayıncılık :243 , İstanbul, 1998, s.80-81.*

16-Warren BENNİS;"Geçiş Döneminde Liderler", *Executive Excellence Dergisi, Rota Yayın, İstanbul, Aralık 1999, Y3, S33, s.11-12.*

17-Mehmet Öztürk, *Fonksiyonları Açısından İşletme ve Yönetim, 1.Baskı, Papatya Yay., İstanbul: 2003, s.309.*

18-Warren Bennis; *Bir Lider Olabilmek, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1999, s.49-50*

19-G.William Dauphinais, *Grady Means ve Colin Price; Ceo'ların Bilgeliği, Çev.:Uğur Alpakay, Gürrol Koca, Gülden Şen, Erdal Topparmak, Sistem Yayıncılık:331, İstanbul , 2002, s.1*

20- Köksal Hazır, *"Değişim Yönetimi Etkinliğinde Vizyon Belirginliğinin Önemi",Kara Harp Okulu Bilim Dergisi, 2003-1.*

21-Isabel Werner, *Liderlik ve Yönetim, Çev.Vedat Ünver, Kişisel Gelişim ve Yönetim Dizisi, Rota Yayıncılık, İstanbul, 1993, s.227.*

22-Mike Johson; *Gelecek Binyılda Yönetim, (Çev.) Sinem Gül,2B.,Sabah Kitapları,1998, s.53-54*

TUS dershaneleri

Dr. Bahri Teker



1966 yılında İstanbul'da doğdu. Piri Reis İlkokulu'nu ve Kurtuluş Ortaokulu'nu bitirdikten sonra 1980-81 Eğitim yılında Kabataş Erkek Lisesine kaydoldu. 1990'da Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olup Samsun Vezirköprü ilçesinde pratisyen hekim olarak göreve başladı. 1992 Nisan ayında yapılan TUS'u kazanarak mezun olduğu fakültede Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Bakterioloji ihtisasına başladı. 1997'de yılında Afiyet Hastanesi'nde Başhekimlik görevine getirildi. 2001 yılında Özel Esmâ Hatun Hastanesinde bir yıl süreyle başhekim olarak çalıştıktan sonra Özel Nisa Hastanesi başhekimliğine atandı. Halen bu hastanede başhekim ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı olarak çalışmaktadır. TUS'a ilgisi 1998 yılında bir dost sohbeti esnasında tesadüfen başladı. İlk olarak PRETUS 'ta daha sonra TUS sektöründe faaliyet gösteren çeşitli kurumlarda görev yaptı. İlk TUS kitabını 2000 yılında yazdı. Daha sonra mikrobiyoloji konusunda TUS'a yönelik çeşitli konu ve soru fasikülleri çıkardı. Mikrobiyoloji konu ve soru kitabı olmak üzere iki kitabı mevcuttur. Halen TUSEM YESTUS eğitim kurumlarında eğitim faaliyetlerine devam etmektedir. Evli ve 3 çocuk babasıdır.

Kendimi bildim bileli hep doktor olmak isterdim ve ailem tarafından da hep doktor olmaya yönlendirildim. Üniversite sınavına girerken sadece altı tercih yapmıştım ve bunların hepsi tıp fakültesiydi. Bu tercihlerimden birini kazandım ve altı zorlu yıl süren eğitimin ardından nihayet doktor oldum. Bu gün olsa yine aynı şeyi yaparım. Çünkü mesleğimi çok seviyorum ve saygı duyuyorum. Hekimliğin saygın ve insanlığa faydalı

mesleklerin belki de en başında geldiğini biliyorum.

Ancak kendi çocuklarımı bu yüce mesleğe yönlendirmeye çekiniyorum. Zira tıp fakültesini kazanmak da zor, fakülteyi bitirmek der. Asıl zorluk ise fakülteyi bitirdikten sonra başlıyor. Çünkü yeni bir insanla tanıştığında her hekimin ilk muhatap olduğu soru "Ne doktorusun" sorusudur. Böylece zorlu bir eğitimi bitiren hekim, kendisini yeni bir sınavın eşliğinde buluyor. Hatta bu sınavın kazanılması, toplumun belki de

farkında olmadan yaptığı ağır bir baskıyla onur meselesine dönüşüyor. Sonuçta yeni mezun olan hekimlerin tamamına yakını hem bilimsel kariyerini yükseltmek, hem de bu ağır baskıdan kurtulmak için 1987'den beri yapılan Tıpta Uzmanlık Sınavı'na (TUS) girmek zorunda kalıyor.

Tıp fakültelerinin misyonlarının hekim yetiştirmek olması ve TUS'a yönelik özel bir eğitim vermemeleri, bu sınavı zorlu bir hale getiriyor. Üstelik sınava girenlerin hepsinin doktor olması, sına-



vı kıran kırana fakat aynı zamanda asimetric bir yarış haline getiriyor. Çünkü TUS soruları tıp fakültelerinden öğretim üyelerinin gönderdiği sorular arasından seçiliyor. Ancak her öğretim üyesi bu konuda yeterli gayret göstermeyince, sorular genellikle birkaç üniversiteyle sınırlı kalıyor. Böylece örneğin başta Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi olmak üzere bazı fakültelerden mezun olan öğrenciler yarışa daha avantajlı başlarken bu durum diğer bazı fakültelerden mezun olan öğrenciler için dezavantaja dönüşüyor. İşte bu durumda TUS'a hazırlık dershaneleri gündeme geliyor.

İlk TUS dershanesi 1990'lı yılların başlarında Ankara'da bir üniversiteye hazırlık dershanesi olan Kızılay Dershanesi bünyesinde faaliyete girdi. Sadece bir sınıfta onlu sayılarla ifade edilen kursiyer sayısı, günümüzdeki dershanelerle karşılaştırıldığında amatör sayılacak şartlarda faaliyet gösteriyordu. Ders notları teksir kâğıdına basılıyor, görsel materyaller çok fazla kullanılmıyordu. Genellikle derslerde konular kısaca anlatılıyor, deneme sınavları yapılmıyordu. Açıklamalı soru kitapları bulunmuyordu. Bu olumsuzluklara rağmen sektörün ilk ve tek TUS dershanesi olduğu için ilgi çok büyük oldu, kısa zamanda sınıf ve kursiyer sayısı hızla arttı. Yıllar geçtikçe verilen eğitimin niteliği de artmaya başladı. Bu arada yeni girişimciler (TUSEM, TUMER ve bugün dersane olarak faaliyetine devam etmeyen PRETUS, TUSMER) sektöre girdi. Böylece kurumlar arasında bir rekabet başladı. Üstelik ilk dersane sadece Ankara'da faaliyet gösterirken sonradan giren rakipler İstanbul, İzmir, Bursa gibi illerde de şubeler açmaya başladılar. 2000'li yılların başlarında eğitimin kalitesinde de belirgin artışlar başladı. Örneğin teksir kâğıdı ile dağıtılan notlar fasikül haline getirilmiş, deneme sınavları yapılmaya başlamıştı. Tepegözün yerini önceleri slâyt makineleri daha sonra data projektörler almaya başladı. Bilgisayar animasyonları ile dersler daha da görselleşti. Bu arada şube ve öğrenci sayısı da hızla artıyordu. Daha sonra önceleri sadece yayıncılık faaliyeti yapan TUSDATA'nın da dersane sektörüne girmesiyle rekabet iyice kızıştı. 2004 yılından itibaren bütün dershaneler konu ve soru kitapları çıkarmaya başladılar. Deneme sınavları sadece dersane kursiyerlerinin girdiği bir sınav olmaktan çıkıp kursa gelmeyenlerin de katıldığı ve hatta ödülleri verildiği bir sınav haline geldi. 2000'li yılların ilk yarısında, daha ziyade pratisyen hekimlerin katıldığı TUS kursları, 2005'ten itibaren artık intörnlerin hatta 4. ve 5. sınıf öğrencilerinin de katıldığı uzun soluklu bir kurs haline geldi. Artık tıp fakültesi bulunan her ilde mutlaka en az bir ders-

hane faaliyet göstermektedir. Günümüzde sınavı kazananların yarısından fazlası mutlaka bu kurslardan birine katılanlar arasından çıkmaktadır.

Rakip kurumların ortaya çıkması ve şubeleşmenin yaygınlaşması dershaneler için önemli sorunları da ortaya çıkardı. Bunların içinde en önemli olanı, eğitmen bulma sorunudur. Çünkü TUS eğitimi çok zorlu bir eğitimidir. Eğitmenin branşı konusunda bilimsel olarak yeterli olmasının yanı sıra TUS mantığını kavraması, çıkmış TUS sorularını takip etmesi, prezantasyon ve diksiyonunun düzgün olması, konuyu anlatma yeteneğinin yüksek olması gerekmektedir. Ayrıca dershanenin şubeleri farklı illerde olduğu ve dersler hafta sonunda yapıldığı için her hafta yolculuk yapıp iki gün boyunca ders anlatmak için gerekli fiziksel performansla sahip olmalıdır. Bunun doğal sonucu olarak normalde dinlenmesi gereken hafta sonlarını bu işe ayırmak için hem kendisi hem de ailesi fedakârlık yapmak zorunda kalacaktır. İşte bütün bu özelliklere sahip eğitmen bulmak çok da kolay değildir.

TUS dershanelerinin önündeki çok önemli diğer bir sorun, etik sorunlardır. Kurumlar bazen rekabetin etkisiyle etik olmayan yöntemlere başvurabilmektedir. Bu bütün kurumların bir araya gelerek mutlaka çözmeleri gereken bir sorundur ve sektöre yakışmamaktadır.

Aslında TUS dershaneleri kesinlikle ve asla tıp fakültelerinin alternatifi değildir ve fakülte eğitimi sırasında eksik kalan kısımları tamamlama gibi bir misyonları da yoktur. Bu kurumların misyonu, altı yıllık tıp eğitimi almış ve çeşitli sınavlardan geçmiş doktorları daha önce benzerine rastlamadıkları bir sınava hazırlamaktır. Bu dershanelerde eğitim veren hocalar, 20 yıldan fazla süredir yapılan sınavlardaki soruları inceler; soruların profilini çıkarır; hangi tip soruların çıkacağını tahmin eder ve buna göre bir sınava hazırlık eğitim programı hazırlarlar. Bir taraftan kendi branşları ile ilgili sınavda soru çıkabilecek konuları özetlerler; diğer taraftan da konu ile ilgili çıkmış soruları çözerler. En önemlisi de TUS'ta çıkabilecek muhtemel sorulara vurgu yaparlar. Aslında ideal olan, bu eğitimlerin fakültelerde tamamlanmasıdır. Ancak üniversitelerin eğitim kadroları ve teknik alt yapıları arasında büyük bir asimetri bulunduğuna göre bu ideal yakın zamanda gerçekleşmeyecek gibi görünmektedir.

Sonuç olarak doksanlı yılların ikinci yarısından itibaren, 'küçük sınava hazırlık grupları' olarak başlayan ancak günümüzde mezuniyet sonrası eğitimin önemli bir parçası haline gelen ve hat-



İlk TUS dershanesi 1990'lı yılların başlarında Ankara'da bir üniversiteye hazırlık dershanesi olan Kızılay Dershanesi bünyesinde faaliyete girdi. Ders notları teksir kâğıdına basılıyor, görsel materyaller çok fazla kullanılmıyordu. Genellikle derslerde konular kısaca anlatılıyor, deneme sınavları yapılmıyordu. Açıklamalı soru kitapları bulunmuyordu. Bu olumsuzluklara rağmen sektörün ilk ve tek TUS dershanesi olduğu için ilgi çok büyük oldu, kısa zamanda sınıf ve kursiyer sayısı hızla arttı.

ta sektörleşen TUS dershanelerinin uzun yıllar eğitim faaliyetlerini sürdürmeye devam edeceklerini hatta misyonları olmadığı halde fakülte eğitimi sırasında yapılan sınavlara takviye kursu olarak da faydalanılabileceğini öngörebiliriz. Hatta yakın bir gelecekte özellikle zaman ve ulaşım problemleri olan tıp öğrencileri ve pratisyen hekimler için dershanelerin sanal ortamda faaliyet göstereceklerini kolayca tahmin edebiliriz.

Yücel Çakmaklı: Melodram geleneğimizde tıp belli bir yer teşkil eder

Röportaj: Ömer Çakkal

Tıp biliminin, hayatlarımızın orta yerindeki önemi su götürmez bir gerçek. Kuruluşundan bugüne, neredeyse yüzyıldır dünya toplumlarını en fazla etkileyen sanat dalı olan sinemanın tıp ile ilişkisini mercek altına almakta fayda var. Dünya sinemasında bu alanda güçlü örnekler var. 'Kelebek ve Dalgıç', 'Sol Ayağım', 'Lorenzo'nun Yağı', Truffaut filmi 'Vahşi Çocuk', 'Fil Adam', 'Dr. Cligari'nin Muayenehanesi', 'Britanya Hastanesi', 'Melankolinin 3 Odası', 'Persona', 'Yüzyüze', 'Seviyor Sevmiyor', 'Madam Bovary' bunlardan bazıları. Bu örneklerin birçoğunda tıp, hekimlik ya da bir hekim karakteri filmin tam olarak merkezinde bulunabiliyor.

Türk Sineması'nın klasik dönemi olarak tabir edilen Yeşilçam'ın tıp ile ilişki-

sini ise, aslında pek çok konuda olduğu gibi 'yüzeysel' olarak yorumlamak pek de haksızca olmasa gerek. Sinema yazarı İhsan Kabil'in deyimi ile tıp, sinemamızda beylik replik ve sahnelerle geçiştirildi. Türk sinemasının yapım imkânlarıyla ayrıntılara inilmedi, ameliyat sahneleri ya gösterilmedi veya üstünkörü işlendi. Doktor tiplerini genellikle babacan, yardımsever insanlardı. Kötülük yapan, mesleğini kötüye kullanan doktor tipine pek yer verilmedi. Mesut Uçakan'ın 1987'de çektiği TV dizisi 'Kavanozdaki Adam'ı ise burada saygıyla anmakta yarar var. Zira beyin ameliyatını işleyen yapısı, dönemi için oldukça yenilikçi bir yaklaşımdı. Yıllar sonra benzer bir yaklaşımı Mustafa Altıoklar filmi 'Bezza'nın Kadınları'nda görecektik.

1960-1990 arasındaki dönemde onlarca filmde yönetmenlik, bunun bir-

kaç katı yapımda yönetmen yardımcılığı yapan, TRT için çektiği TV filmleri ve dizileri ile döneminin en çalışkan isimlerinden biri olan yönetmen Yücel Çakmaklı ile sinema-tıp ilişkisi üzerine konuştuk. Melodram geleneğimizde tıbbın belli bir yer teşkil ettiğini söyleyen Çakmaklı, 'Yeşilçam'ın hemen her şeyi üstünkörü işlediği' tezine karşı da, psikolojik durumlarda ruh hekimlerine danıştıklarını, karakterlerin yaşlandırılma sahnelerinde plastik cerrahlardan yardım aldıklarını söyledi. İslam tıbbının öncülerinin yaşam öykülerinin ülkemiz ve dünya sinemasınca anlatılması gerektiğine işaret eden Çakmaklı, 'özel hastanelerin yaygınlaşması sonrası hastalık bir 'mal' halini mi alıyor' tartışmasında da tarafını belli etti: "Bence durum böyle değil, zira halen şükür ki sağlık hizmetini ibadet şuuru içinde veren hekimlerimiz var."







“Çok sevdiğim bir efendi hazretlerine gidip danıştım. Meyve soyup ikram ettiği elindeki bıçağı göstererek, “Şimdi elimdeki bu bıçak biri tarafından hasmına saplansa ve adam vefat etse adamı öldüren bıçak mıdır? Diğer taraftan aynı bıçak bir doktor tarafından kullanılsa ve bir hayat kurtarsa o maharet bıçakta mıdır? Hayır, ikisinde de bıçağın ne bir kasti, ne de bir mahareti vardır. Demek ki sinema da böyle bir araçtır. Kullananın niyetine göre elinde şekillenir” dedi ve dua etti.”

Birkaç ay önce bir gazetede yayımlanan bir yazımda ‘Türkiye’de muhafazakâr kesimin ağabey sinemacısı’ ve ‘sinemamızın dervışı’ ifadelerini kullanmıştım sizin için. Bunlar samimi düşüncelerim. Bu coğrafyadaki tevazu dolu yürüyüşünüze bilhassa sinemayı seven biz gençler şahitlik edeceğiz. Bu notu burada düşüştükten sonra ‘coğrafyamızın dervişlerinden’ Yücel Çakmaklı’nın çocukluk yıllarını dinlemek isterim sizden. Yetimliği yaşayarak geçen çocukluk yıllarınızda, köy camisinin fahri imamı dedenizin Ramazan aylarında ikindiden akşama kadar verdiği vaazlardaki Mesnevi’den aktarılan dini hikâyelerin, hayat yolculuğunuzda büyük etkisi olduğunu biliyorum zira.

Ben 1937 yılında Afyonkarahisar’da doğdum. Babam adliyede başkâtipti. 4 kardeşin en büyüğü bendim. Ben 7 yaşındayken babam vefat etti. En küçük kardeşim henüz 40 günlüktü. Dolayısıyla biz aile içinde amcamlar, dayımlar, teyzemler sahiplenilerek büyüdük. Oldukça geniş bir sülalemiz vardı. İlkokul ve ortaokul yıllarımda Afyon’da Çocuk Esirge Kurumu’nun pansiyonunda kaldım. 15 yaşına gelince oradan ayrılmak zorunda kaldım. Ortaokul sonda Kuleli Askeri Lisesi’nin sınavlarına girdim ve kazandım. Subay olmak için bir kapı açılmışken askeri hastanede gözlerimin ileri derecede bozuk olduğu çıktı ve askeri okula giremedim. Demokrat Partili yıllardı ve liseler 4 yıldan 3 yıla indirilmişti. Annem, Afyon’un bir köyünde imamlık yapan dedemin yanında idi. Yaz tatillerinde ve fırsat buldukça yanlarına gidip geliyordum. Lise yıllarında Afyon’un merkezindeki ata yadigârı bir evde tek başıma kaldım. Okul arkadaşlarım, akrabalarım hep gelip gidip destek oluyorlardı tabi. Okulda Almanca öğretmenimi çok sevmiştim. Beni teşvik etti, İstanbul’a geldim, yazılı imtihanı da kazandım ama sözlü imtihanı geçemedim. İstanbul’da yeni evlenmiş olan teyzemin yanında misafir kaldım. Eniştemin teşviki ile İktisat Fakültesi’ne girdim. Fatih’teki Vakıflar Talebe Yurdu’nda kaldığım o yıllarda hem harçlığımı çıkartmak, hem de ilgilim olduğu için İstanbul Elmadağ’daki ‘Şan Sineması’nda öğleden sonraları hem biletçilik, hem de yer göstericiliği yaptım. Sonra okulun bitmesini beklemeden yedek subay olarak askere gittim. 6 aylık yedek subay eğitiminin ardından Artvin’in Borçka ilçesine gönderildim. Oraya giderken Türk kültürü, sinema sanatı ve İslam dini üzerine kalem almış kaynak eserleri yanımda götürdüm.

Askerlik yılları sinemaya fikri hazırlık dönemi oldu galiba...

Evet, öyle oldu. Askerden döndükten sonra sinemaya ilgilim olduğu için ona yakın bir bölüm olduğunu düşünerek gazetecilik eğitimine başladım. Ardın-

dan Yeni İstanbul Gazetesi’nde sinema kritiklerim ve film yönetmenleri ile uzun röportajlarım yayımlanmaya başladı. Gazetede haftada bir gün sanat sayfası çıkıyordu ve sayfanın editörlüğünü Tarık Buğra üstlenmişti. Bu süreçte beyazperdeye yansıyan görüntülerin yanı sıra, sinemanın kamera arkası dediğimiz kısmını da tanıdım. Birçokları için salt eğlence aracı olan sinemanın, nasıl bir propaganda ya da telkin aracı olabildiğini anladım. Yönetmenler çektikleri filmlerle toplumların hareket kabiliyetlerini belirliyorlardı. Bense hep yazılarımda sanatımızın, sinemamızın milli bir duruşu olması gerektiğini savunuyordum.

“Yeşilçam, Batının toplumsal yapısına uygun filmleri Türk toplumuna dayattı”

Gazete yazılarınızda dönemin Yeşilçam sinemasını nasıl okuyordunuz?

1960 ve 1970’ler sinemasında yalnızca ‘kozmpolit sinema’ adı verilen bir akım yaşamını sürdürebiliyordu. Bu anlayışın özeti, Batının özellikle de Amerika’nın kapitalist zihniyetle ürettikleri filmlerin, ülkemiz sinemasına taklidi, giderek adaptasyonu ve hatta kopyası şeklinde üretilmiş filmlerin üretilmesidir. Batının sosyal yapısına göre şekillenmiş yapımların, çok farklı bir kültür yapısına sahip olan Türk izleyicisine sunulması, hatta dayatılması söz konusuydu. 1960’lı yıllardan itibaren Türk sinemasında yeni bir akım daha etkili olmaya başladı. Bu da sosyalizm fikrinden öne çıkarak adı ‘toplumsal gerçekçilik’ olan akımdı. Bu akımın ilk ürünlerini verdiği yıllar, benim eleştirilerimin ilk kez yayımlandığı yıllardı. Ben tabi ilk günden itibaren, bu akımın da ülkemiz gerçeklerini göz ardı ettiğini ve Batının geçirdiği Marksist evrimin, Türk toplumu ile alakası olmadığını savundum. Çünkü bu akım; feodalite, ağalık gibi kurumlar sanki Türk toplumunda çok önemli bir yer edinmiş ve asıl sorunumuz buymuş gibi gösteriyor, meseleyi çarpıyordu.

O nedenle o dönemin en ünlü yönetmenleri Metin Erksan ve Halit Refiğ'i, Türk halkının gerçeklerini tam olarak yansıtmadıkları için eleştirdim.

Milli Sinema adını da siz mi ortaya attınız?

Evet, ben attım.

Necmettin Erbakan'ın siyasetteki Milli Görüş hareketi ile Milli Sinema'nın isim benzerliği sadece bir tevafuk mu?

Evet, tabi. Ben Afyon'da dedemden dinlediğim dini hikâyelerden ve menkıbelerden yola çıkarak bir sinema yapmayı düşündüm. Bu düşüncenin karşılığı Milli Sinema idi.

Şeyh Efendi'den dua, Karaman Hoca'dan cevaz aldı

Bu düşüncenin hayata geçme aşaması oldukça ilginç hatıralarla dolu. Yönetmen olmak için bir din âliminden fetva aldığınızı duydum. Fetva makamı mahrem bir konu, adresini sormayacağım. Ama orada yaşadıklarınızı bizimle paylaşmısınız?

Çok sevdiğim bir efendi hazretlerine gidip danıştım. Bana, bu işi bilip bilmediğimi sordu. Ben de hem teorik, hem de pratik olarak öğrendiğimi anlattım. Elinde bir bıçak vardı ve meyve soyup arada bana da ikram ediyordu. Elindeki bıçağı göstererek, "Şimdi elimdeki bu bıçak biri tarafından hasmına saplansa ve adam vefat etse adamı öldüren bıçak mıdır? Hayır, onu kullanan kişinin niyetiyle cinayet işlenmiştir. Diğer taraftan aynı bıçak bir doktor tarafından kullanılsa ve bir hayat kurtarsa o maharet bıçakta mıdır? Hayır, yine o bıçağı kullanan kişide ve niyetindedir. Demek ki sinema da böyle bir araçtır. Kullananın niyetine göre elinde şekillenir" dedi ve dua etti.

Fıkıhçı Prof. Hayrettin Karaman hocadan da cevaz aldığınızı okudum. Muhafazakâr kesimin, sinema ile arasına ciddi bir mesafe koyduğu o dönemde, Karaman Hoca nasıl yaklaşmıştı size?

Karaman Hoca sadece cevaz vermekle kalmadı, bana önderlik de etti. Elif Film'in kuruluş ve gelişimi aşamasında, işadamlarından bize sermaye bulunması noktasında önemli kapıların açılmasına vesile oldu.

Gazete yazıları ile fikrinsel, 50'ye yakın filmde yapılan yönetmen yardımcılıkları ile teorik altyapısı kurulan Yücel Çakmaklı'nın 'Milli

Sinema'sı ilk örneğini ne zaman verdi?

1968 yılında benim gibi düşünen birkaç arkadaşla birlikte kolları sıvadık. Ve ilk işimiz, Elif Film şirketini kurmamız oldu. 1969'da hem bir ihtiyaç olarak görüldüğü, hem de bizim için bir zemin oluşturması için 'Kâbe Yolları' isimli belgesel filmi çektik. Hacca giderken yanımızda götürdüğümüz filmler ve Arap hükümetinin desteği ile bu film oluştu.

'Kâbe Yolları'ndan daha bir yıl sonra, Şule Yüksel Şenler'in Huzur Sokağı adlı romanını Birleşen Yollar adıyla sinemaya uyarladınız. Hem de Türk sinemasının sultanı Türkan Şoray'ı tesettürlü bir şekilde kamera önüne alarak...

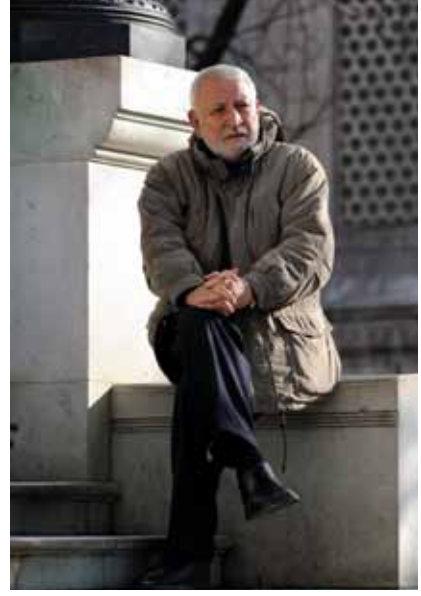
Evet, 1970'lerde star sineması öne çıkıyordu. Bir yapımın başarılı sayılabilmesi ve gişede iyi bir performans yakalayabilmesi için yıldız oyuncular, bir film için olmazsa olmaz bir şarttı. Ben de ilk filmimde o zamana kadar birçok filmde birlikte çalıştığım ve aramızda bir dostluk oluşan Türkan Şoray'a teklif götürdüm. Filmin farklı teması ve oynamasını teklif ettiğim Beyza karakterinin başörtülü olması nedeniyle Türkan Hanım biraz çekindi ilk önce. Ancak daha sonra, kendisi için yeni bir oyunculuk deneyimi olacağı ve sinemayla daha önce sıcak bir bağ kurmamış, dini hassasiyeti olan geniş kitlelerin de böylece sinemaya çekilebileceği yönündeki telkinlerim onu ikna etti.

Bu ilk filmin ardından Kızım Ayşe, Memleketim, Ben Doğarken Ölmüşüm, Oğlum Osman, Çile ve Zehra gibi filmlerin ardından TRT yıllarınız başlıyor?

Evet, 1975 yılında Adalet Partisi, Milli Selamet Partisi ve Milliyetçi Hareket Partisi'nin iktidar olduğu dönemde TRT'nin başına Prof. Dr. Nevzat Yalçıntaş getirildi. Nevzat Bey, bize TRT'nin imkânlarını açtı ve 15 yıllık TRT döneminde Rasim Özdenören, Necip Fazıl, Turan Oflazoğlu ve Tarık Dursun'un eserlerini, oyun, kısa film ya da uzun metrajlı film olarak televizyona uyarladık. Kuruluş / Osmanoğlu, Küçük Ağa, Hacı Arif Bey, 4. Murat ve gene Bir Adam Yaratmak, bu dönemde TRT için dizi ve film olarak çekildi. Salih Diriklik, Mesut Uçakan, İsmail Güneş ve Osman Sınav gibi isimler ilk ürünlerini bu dönemde verip ilerisi için birer umut kaynağı oldular.

Ya TRT sonrası?

TRT sonrası yapımcı Mehmet Tanrısever ile birlikte çalıştık. Hekimoğlu İsmail'in Minyeli Abdullah isimli romanını film olarak çektik. Film büyük bir



"Melodram geleneğimizde tıp belli bir yer teşkil eder. Verem, bunun tedavisi ve tedavi olamayıp ölen, kavuşamayan sevgililer temaları bol bol işlenmiştir. Kerime Nadir'in 'Hıçkırık' filmi burada aklıma ilk gelen örneklerden biridir. Hülya Koçyiğit'in canlandığı filmin kadın kahramanı orada iyileşemez ve ölür. Gene tıbbın yardımıyla mucizevî iyileşmeler konu edilir. Geçirdiği bir ameliyatın, hatta ani bir kazanın ardından aniden gözü açılan kör adam ya da kadın tiplerini meşhurdur."

başarı yakaladı ve 500 bin kişiyi sinemaya toplayarak büyük bir rekor gerçekleştirdi. Ardından da Minyeli Abdullah-2'yi gerçekleştirdik. Bu dönemde milli değerlere uygun yayın yapan bir kanal kurulması için de çaba gösterdik. TGRT'nin kurulmasıyla TRT'de eksik kalan ve yeni oluşan projelerimiz için kanalla çalışmaya başladık. Kurdoğlu serisini başlatıp Bişr-i Hafi ve 1994 yılında Kanayan Yara: Bosna isimli filmleri çektik. Bu yapımların ardından, yönetmenlik anlamında somut çalışmalarımız son buldu. Bugüne kadar birçok kanal ya da yapıma danışman olarak yardım ettim.

"Melodram geleneğimizde tıp belli bir yer teşkil eder"



“Bizim gerek müteşebbislerimiz, gerekse bu kurumlarda hizmet veren hekimlerimizin anlayışı ve insana bakışı Batıdaki kadar materyalist değil. Çok şükür ki değil hâlâ daha. İnsana hizmet etmek, Hakk’a hizmet etmektir. Sağlık hizmetini ibadet şuuru içinde veren hekimlerimiz var. Bazı işadamlarımızın buraları bu şuurla kurmuşlardır.”

İzin verirseniz buradan itibaren Türk sinemasının tıp ile ilişkisine değinmek isterim. Ne dersiniz sizce de bir hayli yüzeysel bir ilişkisi yok mu sinemamızın tıp ve sağlık ile. Size gelmeden önce sinema yazarı İhsan Kabil'i aradım. Sinemamızda onun da deyimi ile beylik replik ve sahnelerle tıp adeta geçiştirildi. Ameliyat sahneleri ya gösterilmedi ya da üstünkörü işlendi. Doktor tiplerini genellikle babacan, yardımsever insanlardır. Kötülük yapan, mesleğini kötüye kullanan doktor tipine pek yer verilmez. Türk sinemasında tıp algısı, filmlerdeki tıbbi hatalar, nedenleri ve gene sinemamızın tıp ile ilişkisi/ilişkisizliği” üzerine siz neler düşünüyorsunuz?

Türk sinemasının klasik dönemini temsil eden Yeşilçam'ın ana direği melodramdır. Melodram geleneğimizde tıp belli bir yer teşkil eder. Verem, bunun tedavisi ve tedavi olamayıp ölen, kavuşamayan sevgililer temaları bol bol işlenmiştir. Kerime Nadir'in 'Hiçkırık' filmi

burada aklıma ilk gelen örneklerden biridir. Hülya Koçyiğit'in canlandığı filmin kadın kahramanı orada iyileşmez ve ölür. Şimdilerde veremin yerini kanser aldı. En son 'Babam ve Oğlum', gene 'Sonbahar' filmlerinde bu temalar işlendi. Gene melodram geleneğimizde tıbbın yardımıyla mucizevi iyileşmeler konu edilir. Geçirdiği bir ameliyatın, hatta ani bir kazanın ardından aniden gözü açılan kör adam ya da kadın tiplerini meşhurdur.

Şener Şen'in oynadığı 'Arabesk' filmi burada saygıyla anmakta fayda var. (Kahkahalar)

Evet, körlükten kurtulma meselesi, melodram geleneğimizin en önemli temalarından biridir.

“İslam tıbbının öncüleri ülkemiz ve dünya sinemasınca anlatılmalı”

Ama filmlerimizde tıp unsurları biraz daha öykünün arka planındaki yan temalar olarak dikkat çekiyor. Tıbbın, sağlığın ya da bir doktorun filmin göbeğinde olduğu bir örneğe rastlayamıyoruz galiba...

Öyledir ama bazen de babacan, idealist doktorların filmin ana unsuru olduğunu da görürüz. Benim mesela Tarık Akan ve Filiz Akın'ın oynadıkları 'Memleketim' filmim böyledir. Almanya'da tıp eğitimi alan, geleneklerine sahip çıkan Doktor Mehmet karakterinin; Batı müziği eğitimi almış, değerlerine yabancılaşan bir kızla yaşadığı aşk konu edilir orada. Hatta Mehmet karakterinin Leyla'nın Batı kültürüne hayran olan arkadaşları ile tartıştığı sahne dikkat çekicidir. Mehmet, İslam medeniyetini anlatırken tıp biliminden örnekler verir, medeniyetimiz tıptaki öncülerini anlatır. Burada temas etmişken şunu da ifade etmeliyim: İslam tıbbının öncülerinin hayatlarının ülkemiz ve dünya sinemasınca anlatılması gerekir. Türk, Mısır ve İran sinemaları bu konularla da ilgilenmelidir.

'Çile', 'Zehra', 'Kızım Ayşe' ve 'Bir Adam Yaratmak' adlı filmlerinizi de

tıp ve sağlığa temas etmiş filmler potasında değerlendirilebilir miyiz?

Tabi ki. Hatta 'Çile'de Türker Şoray'ın canlandığı karakter hemşiredir. Gene Yıldız Kenter ve Necla Nazır'ın oynadıkları 'Kızım Ayşe'de kızının doktor olması için büyük fedakârlıklar yapan bir annenin dramı anlatılır.

Şahit olduğunuz kadarıyla soruyorum; senaryolardaki yaralanmalar/hastane sahneleri gibi doğrudan tıbbın alanına giren sahnelerde çekimler sırasında doktorlardan danışmanlık, en azından fikir alınıyor mu? Sizin setinize doktor gelir miydi?

Tabi, muhakkak hekimlere danışılıyor. Psikolojik durumlar ile ilgili ruh hekimlerine de danışılırdı. Doktorları sete davet ederdik. Karakterlerin senaryo icabı yaşlandırılma durumlarında gene plastik cerrahlardan yardım alınmıştır. Şifalı bitkiler, tamamlayıcı tıp ve Lokman Hekim gibi temalar ve karakterler de sinemamızda yer alır.

“Sağlık hizmetini ibadet şuuru içinde veren hekimlerimiz var”

İzin verirseniz buradan itibaren ülkemiz sağlık sistemini sizin nasıl okuduğunuzu anlamaya çalışalım. Bir hasta gözüyle baktığınızda, bugün bir özel hastanenin kapısından içeri girmekle devlet hastanesinin kapısından içeriye girmek arasında, alacağınız hizmeti düşündüğünüzde ne gibi farklar var?

Son 20 yıl içinde sağlık sistemimiz büyük mesafe kat etti. Klasik tabirle, Orta-doğu ve Balkanların en iyi hastaneleri ülkemizde kuruldu. Gurur duyduğumuz hekimlerimiz yetişmiştir. Tedavi için artık Avrupa'ya ABD'ye gitmek yerine tersine oralardaki hastaları ülkemizde ağırlıyoruz. Gene sağlık sisteminin birleştirilmesi ve özel hastanelerin herkeşe neredeyse bedavaya hizmet verir

hale gelmesi büyük gelişmeler. Bu hizmetleri yapanlardan Allah razı olsun.

Hastalığın özel hastanelerin artmasıyla birlikte 'mal' haline gelmesi ile ilgili bir tartışma da var. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz? Özel sektörün sağlık alanında daha etkili ve artan miktarda yer alması bizi 'insani bir erozyona' götürür mü?

Zannetmiyorum. Bu tabii insan unsuruna bağlı. Bizim gerek müteşebbislerimiz, gerekse bu kurumlarda hizmet veren hekimlerimizin anlayışı ve insana bakışı Batıdaki kadar materyalist değil. Çok şükür ki değil hâlâ daha. İnsana hizmet etmek, Hakk'a hizmet etmektir. Sağlık hizmetini ibadet şuuru içinde veren hekimlerimiz var. Bazı işadamlarımızın buraları bu şuurla kurmuşlardır. O bakımdan ben bu alandaki gelişmeleri olumlu buluyorum.

Sizinle birlikte aklıma hep Yunanistanlı usta yönetmen Theodoros Angelopoulos geliyor. Neden Yücel Ağabey de bu yıllarında bir 'Ağlayan Çayır' çekemiyor diye sizler hep benim. Bize miras bırakacağınız, olgunluk çağınızın şahane eseri için halen ümit yok mu?

Son 5-6 yılda Türk Sineması büyük bir atılım içinde. Bir yandan kalitede Batının çitasını yakalayan sinemamız, öte yandan Batı sineması gibi sermayeye aşırı bağımlı hale geldi. Batılı üretim tarzı var ama bunun temeli yok. Halen gerçek işi bu alan yapım şirketlerimiz, kurumlarımız yok. İşadamlarımız da sponsor olarak bu alana pek ilgi göstermiyorlar. Bunlar olmayınca yönetmenler kendi yapacağı filmin de sermayesini oluşturmak mecburiyetinde kalıyor. Bu çok zor. O bakımdan biz film üretemez haldeyiz.

İki kızı da dış hekimi

İki kızınız da dış hekimi. En azından dış sağlığınız garanti altında diyebilir miyiz? (Kahkahalar)

Öyledir. Ben şuurlu olarak onların dış hekimi olmasını istedim. Hanımlar için en güzel mesleklerden biri. Evlendikten sonra ev hanımı oldular ama meslekleri her halükarda ellerindeki altın bileziktir.

Bu röportajın bir yerinde eşinizden söz etmezsek bir şeyler eksik kalır. Sinema adına hiç bir etkinliği kaçırmamaya gayret eden Yücel Çakmaklı'nın, çoğu kez yanı başında gördüğümüz sevgili eşine duydu hürmet ve birliktelik gıpta edilesi bir davranış. Hele de 'eşini yanında

taşıma' noktasında sorunlar yaşayan muhafazakâr kesimin 'bazı' erkekleri için çok da örnek alınması gereken bir davranış galiba ne dersiniz?

Eşiniz adı üstünde hayat arkadaşınızdır, yoldaşınızdır. Ben Artvin-Borçka'da askerliğimi yaptım. Eşimle orada tanıştım. İstanbul'a döndükten sonra evlendik. 5 yılda 50'ye yakın filmde yönetmen yardımcılığı yaptım. Benim gece-gündüz çalıştığım yıllarda çocuklarımın bütün yükünü eşim omuzladı. Şimdi artık film yapamıyoruz ama güncel sinemayı, sinema etkinliklerini takip etmeye çalışıyorum. Benim hanım inançlıdır ve inançlarını yaşamak ister. Tesettürdür, bundan da hiç gocunmaz. Giydiğini kendisine yakıştırır. Ve benimle geldiği her ortama da uyar. Oralarda bir köşeye çekilip oturmaz. Kendisini yetiştirmiştir. Ben zaten böyle olması gerektiğini de düşünüyorum.

"Çatışa çatışa bir uzlaşma kültürü kuruyoruz"

Son iki soru. Sanıyorum siz ülkemizde seçimle işbaşına gelen 3 tek parti iktidarını da; Menderes, Özal ve Erdoğan hükümetleri de gördünüz. Sosyolog Şerif Mardin'in 'mahalle baskısı' tezi ve Fazıl Say'ın 'Bu ülkeden gitmek istiyorum' çıkışını da aklınıza getirdiğinizde siz bugünkü Türkiye'yi nasıl görüyorsunuz? Sizce Türkiye nereye gidiyor?

Ben bu konuyu filimlerimde de yoğun olarak işledim. Türk toplumunun tarihi gelişimine baktığınızda Batı toplumlarından farklı olarak keskin sınıf farklılığının olmadığını görürsünüz. Yılmaz Güney filmlerinin de, tüm o ağalık düzenini eleştiren filmlerin de temel yanıışı budur. Toplumumuzda sınıflar değil, gelenek ve modernite çatışmaktadır. Aslında bugün de yaşanmakta olan çatışma buradan kaynaklanmakta. Sahip olduğumuz Selçuklu ve Osmanlı kültürlerinde her türlü hayat tarzının özgürce ve barış içinde yaşadığı, çok dilli ve dinli bir yapı görürüz. Ben bugün artık çatışa çatışa bir uzlaşma kültürünün de kurulduğunu gözlemliyorum. Yeni bir toplumsal sözleşme, yeni bir Anayasa ile birlikte yaşama kültürümüzün yeniden oluşacağını düşünüyorum. Türkiye'nin bulunduğu coğrafyada yeniden lider ülke olabilmesi için içeride iç barışı sağlaması zorunludur.

Seçimleri arkamızda bıraktık. Seçimlerde ortaya çıkan manzarayı siz nasıl okuyorsunuz?

Aynı şekilde değerlendiriyorum. Medya iki kutuplu yaşam konusunu çok abarttı. 'Bizim hayat tarzımız değişecek' korku-

Yücel Çakmaklı

1937, Afyon doğumlu Yücel Çakmaklı, İstanbul Üniversitesi, Gazetecilik Bölümü mezundur.

1963 yılında Yeni İstanbul Gazetesi'nde Tarık Buğra'nın yönettiği sayfada sinema yazıları yazmaya başladı. Erman Film Stüdyoları'nda yönetmen yardımcısı olarak çalıştı. 1968'e dek 50 kadar filmde Dr. Arşevir Alınak, Osman Seden, Orhan Aksoy gibi yönetmenlere yardımcılık yaptı. İlk filmi Kâbe Yolları'nı yönetti. 1969'da Elif Film şirketini kurdu. Milli sinema olarak adlandırılan akıma dayalı filmler çekti. 1972 yılında Türk Sineması çekilen 299 filmle bir rekor kırarken 'Milli Sinema'nın kuramcısı Yücel Çakmaklı, yürüyüşünü 'Çile' ve 'Zehra'yla sürdürdü. Kızım Ayşe (1974), Birleşen Yollar (1970), Oğlum Osman (1973), Ben Doğarken Ölmüşüm (1973) ve Memleketim (1974) döneminin önemli filmlerindendir. 1975-1990 arası TRT bünyesinde çalışmalarına devam etti. Kısa hikâyelerden TV filmleri yaptı. 1978'de Prag'da televizyon filmleri arasında ödül alan ilk yapım olan "Çok Sesli Bir Ölüm" ve "Çözülme" bu tarz çalışmalardır (Rasim Özdenören'in Hikâyeleri). Tarık Dursun K.'dan Deniz'in Kanı, Tarık Buğra'dan Küçük Ağa ve Kuruluş gibi, roman uyarlamalarından TV dizileri gerçekleştirdi. Necip Fazıl Kısakürek'in Bir Adam Yaratmak ve Turan Oflazoğlu'nun 4. Murad'ı gibi tiyatro eserlerinden TV oyunları yaptı. Müzik odaklı drama olarak Hacı Arif Bey'in hayat hikâyesi ve bir Rumeli türküsünden yola çıkarak çektiği Aliş'le Zeynep sayılabilir. En son TRT için 'Cumbadan Rumbaya' (2005) isimli TV dizisinin yönetmenliğini ve Hz. Mevlana'nın doğumunun 800. yılına atfen çekilen 'Dinle Neyden' (2008) adlı Türk-Fransız ortak yapımının süpervizörlüğünü yapmıştır. 10 Temmuz 2008'de TBMM tarafından 'Devlet Üstün Hizmet Madalyası'na layık görülen Çakmaklı'ya 19 Ekim 2008'de TC Kültür Bakanlığı tarafından sinemadaki 50 yıllık hizmetleri dolayısıyla 'Emek Ödülü' verilmiştir. Geçen yıl Türkiye Yazarlar Birliği'nce 'Üstün Hizmet' ödülüne de layık görülen Çakmaklı, geçtiğimiz Ocak ayında sinemacıların Cumhurbaşkanlığı Köşkü'nde açıldığı Çankaya Sofrası'nın katılımcıları arasında yer aldı. Aynı günlerde sanatta 50. yılı çeşitli etkinliklerle kutlanan Çakmaklı, evli ve iki kız, bir erkek çocuğu babasıdır.

Hasta ile sağlık çalışanlarının hakları ve güvenliği arasında denge mümkün mü?

Doç. Dr. Medaim Yanık



1970, Elazığ doğumludur. Tıp eğitimini İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde, psikiyatri uzmanlığını Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde tamamladı. 2001-2005 yılları arasında Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri anabilim Dalı'nda görev yaptı. 2005'te ruh sağlığı ve hastalıkları alanında doçent unvanını aldı. 2005'ten beri görev yaptığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki klinik şefi ve başhekim görevlerinden Mart 2009'da ayrıldı. Halen İstanbul Şehir Üniversitesi'nde öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Hasta hakları, insan hakları konsepti içinde önemli bir yere sahip. Sağlık çalışanlarının da haklara sahip olduklarını, mesleki uygulamalarını güven içinde yapmaları gerektiği de açık. İyi bir sistem bu iki hedefi de optimum düzeyde sağlar. Bu yazı, hasta hakları ile sağlık çalışanlarının haklarının beraberce sağlanabilecek bir denge noktasının mümkün olduğu tezini işlemektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın başlattığı hasta hakları çalışmaları sağlıklı teorik bir temele dayanmaktadır. Sağlık sisteminin kötü işleyişinin de katkı sağladığı bir zeminde hasta hakları ile ilgili ihlallerin olduğunu kabul etmek gerekir. Hasta hakları ile ilgili düzenlemeler gereklidir ve desteklenmelidir. Aynı zamanda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulanması bilinmektedir. Bu şiddet gazete sayfalarına da sıklıkla yansımaktadır. Kanıtlanabilir veriler olmasa da sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin art-

tığına yönelik bir kanaat oluşmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın sağlık çalışanlarının güvenlik ve haklarını dert edinmediğini söylemek gerçekçi olmaz. Fakat hasta hakları konusunda geliştirdiği genelge yayınlamak, bakanlıkta ve hastanelerde hasta hakları birimleri kurmak, bu konuda halkı bilinçlendirmek şeklindeki çalışmalarını sağlık çalışanlarının güvenliği ve hakları konusunda da yapmalıdır. Eğer Sağlık Bakanlığı sağlık çalışanlarını şiddet ve hak ihlallerinden koruyacak uygulamalar geliştirirse, hasta ile sağlık çalışanlarının hakları hakkında denge sağlanabilir.

Bu uygulamaların teorisini oluşturabilmek için sağlık alanındaki değişimleri anlamak gereklidir. Bu sebeple tüm dünyada yaşanan modernleşme süreci ve sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ile ilgili kısa bir özetleme yapmaya çalışacağım. Bilindiği gibi hekimlik kutsal en yakın mesleklerden biridir. Hekimlik teknisyenlik ve sanat boyutları arasında sanata daha yakın noktada durur. Geleneksel dönemlerde hekim

sayısı azdı, tıp bilgi alanı dardı. Hem cerrahi tedaviler hem de ilaç tedavisi sınırlıydı. Hekim yarı bilge rolünde, kutsal adama yakın şekilde algılanırdı. Modern dönemde hekim sayısı arttı, tıbbi bilgi alanı genişledi, hastalık olarak tanımlanan durum sayısı arttı, sağlık hizmet talebi büyüdü. Bu değişim süreci beraberinde hekimliğin algılanmasını değiştirdi. Hekimler artık diğer hizmet sektörlerinde çalışanlar düzeyine indi. Diğer hizmet sektörleri gibi hizmeti sunan kişiler ve hizmet sunum şekli ile ilgili prosedürler geliştirildi. Artık hekimler de geniş topluluklara kitlesel hizmet veren ve sürekli denetlenmeleri gereken teknisyenler haline geldi. Hekimin saygınlığı azaldı. Hekim kendisinden hizmet satın alınan sıradan bir hizmet sunucu oldu.

Modern hak arama davranışı şikâyet üzerine kuruludur. Kişiler ve kuruluşlar arasındaki çatışmalar hukuk üzerinden mahkeme kanalı ile çözülür. Bu eğilim sağlık alanına da yansımış, özellikle Amerika'da hekimleri hukuki davalarla



Hem hasta hakları hem de sağlık çalışanlarının hakları ve güvenliğini dengeli bir şekilde sağlamak mümkündür. Bu iki hedef birbirinin zıddı olan durumlar olmayıp birbirini güçlendirir. Hatta birinin gerçekleşmesi diğerinin varlığını gerektirir.

karşı karşıya getirmiştir. Tıp alanında uzmanlaşan avukatlar hekimlerden alınan tazminatlar üzerinden iyi para kazanır hale gelmişlerdir. Ülkemizde ise yakın zamana kadar hekimler aleyhine açılan tazminat davaları yaygın değildi. Son zamanlarda bu eğilim değişmeye başladı. Hekimler Avrupa ve Amerika'daki gibi dava edilmeye başladılar. Hekimlerin dava edilme sürecinin giderek artacağı beklenmektedir.

Sağlık alanında hak aramanın tek yolu hukuk sistemine başvurma şeklinde değildir. Daha kötü olan diğer yöntem ise hesabı kendisinin görmesi yani direk şiddet uygulamadır. Sağlık çalışanlarına şiddet uygulanması neredeyse evrenseldir. Birçok çalışma sağlık çalışanlarının şiddete uğraması ile ilgili yüzde 70'lere varan rakamlar bildirmektedir. Ülkemizde de özellikle acil servislerde başta olmak üzere şiddete uğramanın yaygın olduğu bilinmektedir.

Sağlık alanında çatışma ve şiddeti artıran temel faktör yürüyen sağlık sistemi ile hizmet veren ve alan kişilerin tutumlarıdır. Sağlık alanında şiddeti azaltan temel faktör ise kaliteli ve kolay ulaşılan bir sağlık sisteminin olduğu açıktır. Hastanın hizmete ulaşamaması, uzun bekleme kuyrukları, dar alanda çok sayıda insanın olması, hastaya ayrılan sürenin kısa olması, hastane içindeki dolaşma ve bürokrasinin fazla olması vb. faktörler çatışmayı artırır. Sağlıkta dönüşüm programı çatışma sebebi olabilecek bu unsurları düzeltici özelliklere sahiptir. Örneğin sağlık hizmeti veren kurum sayısı artmış, randevulu sistem ile kuyruklar azalmış, hastanelerde yapılan yeni fiziksel düzenlemelerle hizmet alanları genişletilmiş, hastane içinde bürokrasi ve dolaşma azalmıştır. Tüm bunlar sosyal psikolojinin bulgularına göre şiddeti azaltan faktörlerdir.

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yaşanan sü-

reç yukarıdaki ifadeleri doğrular niteliktedir. Hastanede şiddet birçok boyutu ile azalmıştır. Avrupa Birliği'ne bağlı olarak çalışan MDRI (Mental Disability Right International) adlı kuruluşun 2005 ile 2006 raporları ardışık incelendiğinde bu konudaki değişim vurgusu olumlu gelişmeler karşın sağlık çalışanlarına yönelik önemli şiddet olayları yaşanmıştır. Bu durum ek önlemlerin alınmasını gerekli kılmıştır. Alınan önlemler şu şekildedir:

1) Hastanelerin ekonomik olarak daha iyi bir noktaya gelmiş olması, özel güvenlik hizmeti satın alınarak güvenliğin sağlanmasını mümkün hale getirmiştir. Örneğin daha önceki dönemde güvenlik eğitimi almamış 15 personelle güvenlik sağlanmaya çalışılır iken bugün bu sayı 100'dür.

2) Hastanelerin acil ve poliklinik noktalarına konulan güvenli kapılar hizmet almaya gelen kişilerin üzerlerinde delici ve kesici aletler taşıdığını göstermiştir. Ayrıca acile kesici ve delici aletlerle girilmemesi konusunda uyarıcı yazılar asılmıştır. İngiltere'de acil birimlere sağlık çalışanlarına şiddete karşı toleransın olmayacağına dair yazılar asılmıştır.

3) Güvenlik meselesi idari toplantıların sürekli olarak ilk maddesi yapılmıştır.

4) Ayrıca sağlık çalışanları için güvenlik kitabı yazılmış ve bu kitap basım aşamasındadır. Kitapta hastanenin güvenlik siyaseti tanımlanmış, tehdit durumunda güvenliğin sağlanması için prosedürler yazılmıştır.

5) Sağlık çalışanlarını şiddetten korumaya, şiddete uğramış ise psikolojik ve hukuksal destekte bulunan bir kurul kurulmuştur. Kurulun çalışma şekli bir kılavuz metinle tanımlanmıştır.

6) Sağlık çalışanlarının saldırıya uğradığında haber verebilecekleri alarm cihazı üzerinde çalışılmaktadır

7) Saldırıya uğrayan sağlık personelinin karşısındakine zarar vermeden kendilerini savunmaları için eğitim almaları konusunda İngiltere'den bu tür eğitimleri veren bir ekiple temas kurulmuş ve süreç işlemektedir.

Aşağıda yazdığımız güvenlik kitabının çerçevesini oluşturan özet metin bulunmaktadır:

A- Güvenlik sisteminin kurulması

- Hastane büyüklüğü ve ünite sayısına göre güvenlik görevlisi
- Yazılı güvenlik planı ve politikası metni
- Güvenlikle ilgili teknolojilerin kullanılması (güvenli kapı, telsiz sistemi, panik

butonları, kamera sistemi)

B- Servislerde şiddet ortamını engelleyici tedbirler

- Ekip çalışması ile iyi bir terapötik ortamın oluşturulması
- Yataklı servislerin 20 yataktan fazla olmaması
- Rehabilitasyon çalışmaları
- Bahçe kullanımı
- Sağlık çalışanlarının odalarının serviste olması
- Yeterli sayıda sağlık çalışanı
- Eksitasyona müdahale için 5 kişiden oluşan timin kurulması
- Serviste erkek ve bayan hemşirenin birlikte görev yapması
- Sağlık eğitimi almamış kişilerin otelcilik hizmetleri dışında çalıştırılmaması

C- Polikliniklerde şiddet ortamını engelleyici tedbirler

- Randevu
- Güvenli kapı uygulaması ve güvenlik timi
- Doktor odası uygulaması ile günlük 20 hasta

D- Eğitim

- Güvenlik görevlilerinin eğitimi
- Sağlık çalışanlarının kendini koruma eğitimi
- Şiddet davranışını kestirme ve önleme eğitimi

Yukarıda tanımlananlar, sorunu yaşayan bir hastanenin çözüm bulma çabalarıdır. Sağlık Bakanlığı'nın bu noktada yapması gereken bu çabanın tüm sağlık kuruluşlarında yaşanan haline öncülük etmesidir. Bunun için;

1- Bakanlıkta sağlık çalışanlarının güvenliği ve haklarını korumak ve geliştirmek işini yönetecek bir birim kurulmalı,

2- Bu birimin hasta hakları birimine benzer şekilde sağlık kurumlarına rehberlik edecek kılavuz metinler geliştirilmeli,

3- Hastanelerin avukatlık bürolarından hizmet alabilmesinin önü açılmalı,

4- Sağlık Bakanı'nın ve diğer bürokratların sağlık çalışanlarının güvenliği ve hakları konusunda basın açıklamaları yapmalıdır. Konuşmalarda hem hasta haklarına hem de sağlık çalışanlarının hak ve güvenliğine dengeli bir şekilde vurgu yapmalıdır.

Sonuç olarak; hem hasta hakları hem de sağlık çalışanlarının hakları ve güvenliğini dengeli bir şekilde sağlamak mümkündür. Bu iki hedef birbirinin zıddı olan durumlar olmayıp birbirini güçlendirir. Hatta birinin gerçekleşmesi diğerinin varlığını gerektirir.

Hepatit-B ve HIV taşıyıcısı sağlık çalışanlarının çalışma özgürlüğü nasıl olmalı?

Duygu Çölgeçen



1983 yılında Kırklareli’nde doğdu. İlk ve ortaöğrenimini İstanbul’da tamamladı. Lisans eğitimini 2005 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde tamamlayıp lisansüstü eğitimini 2006 -2008 yılları arasında aynı fakültenin Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü’nde yaptı. Lisans ve lisansüstü eğitimleri sırasında çeşitli araştırma ve çalışmalarda görev aldı. 2004 yılında hemşirelik görevine başladı. 2006 yılından beri özel bir sigorta şirketinde sağlık tazminat departmanında çalışmaktadır.

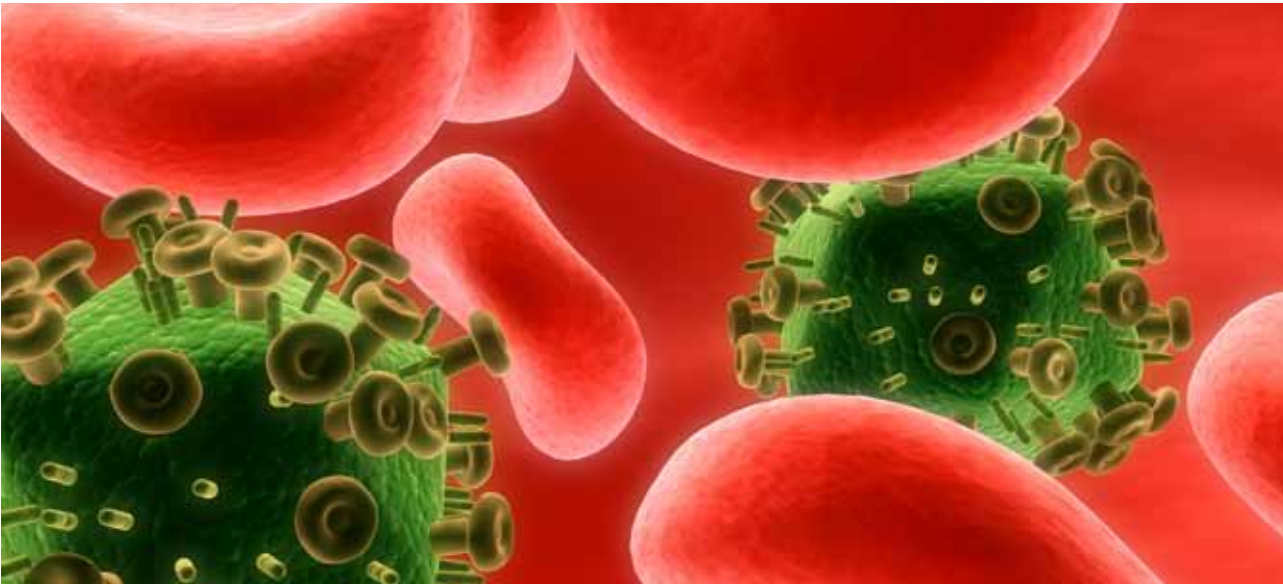
Hepatit-B, Hepatit-C ve HIV virüsleri dünyada yaygın olarak görülmektedir. Görülme sıklığı nüfus yoğunluğunun fazla olduğu ve kötü hijyen koşulları olan bölgelerde daha fazladır. İnfeksiyonun en önemli kaynağı taşıyıcılar ve hastalığın akut evresindeki bireylerdir. İnfekte bireyin serumuyla temas enfeksiyonun geçişinin en önemli yoludur. Virüs aynı zamanda tükürük, meni ve diğer vücut salgıları yoluyla da bulaşır. Taşıyıcı ya da hasta bireyin kanı ile yakın teması olan sağlık çalışanları Hepatit-B için yüksek risk grubundadır.

Sağlık kuruluşlarının birçoğunda hepatit, HIV bulaşımını en aza indirmek için özellikle tek kullanımlık iğne ucu ve enjektörler kullanılmaktadır. Tek kullanımlık olmayan gereçler, bulaşmayı önlemek için mutlaka steril edilerek kullanılmalıdır. Sağlık çalışanlarının tümü Hastalık Kontrol Merkezi’nin (CDC) önerdiği üniversal önlemlere uymalıdır.

Çalışma yaşamı ile insan sağlığının arasındaki ilişkiler, yüzyıllardan beri bilinmektedir. Sağlık alanında çalışanlar, çalışma ortamında hastalardan ve fiziksel çevreden bulaşabilecek birçok enfeksiyon açısından risk altındadırlar.

Dünyada ve ülkemizde halen önemli bir enfeksiyon hastalığı olan hepatit-B virüsü ile enfekte kişilerin sayısı artmaktadır. Tüm dünyada nüfusun yaklaşık yüzde 5’inde HBV taşıyıcılığı söz konusu olduğu varsayılmakta ve tüm dünyadaki HBV taşıyıcılarının sayısının 350 milyon civarında olduğu kabul edilmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre 1996 ve 1997 yıllarında HBV enfeksiyonu morbidite hızları 3,9 ve 6,9, taşıyıcılık oranı yüzde 5-8 ve 4-14 olarak bildirilmiştir. Türkiye’de seroprevalansının (HbsAg ve anti-Hbs pozitifliği) yüzde







Ülkemizde HBV infeksiyon zincirinin önemli bir halkasını sağlık personeli oluşturmaktadır. Bu oranlar ülkemizde sağlık personeli açısından tehlikenin büyüklüğünü ortaya koymaktadır. Yapılan birçok araştırma ve gözlemlerde, hemşirelik öğrencilerinin ve hemşirelerin hastaya bakım verirken infekte kişiler ve taşıyıcılardan HBV aldıkları saptanmıştır.

25-60 arasında olduğu bildirilmektedir.

Ülkemizde HBV infeksiyon zincirinin önemli bir halkasını sağlık personeli oluşturmaktadır. Bu oranlar ülkemizde sağlık personeli açısından tehlikenin büyüklüğünü ortaya koymaktadır. Yapılan birçok araştırma ve gözlemlerde, hemşirelik öğrencilerinin ve hemşirelerin hastaya bakım verirken infekte kişiler ve taşıyıcılardan HBV aldıkları saptanmıştır. Sağlık personelinde HBV infeksiyonu sıklığı, diğer mesleklerle göre 3-6 kat daha fazladır.

WHO hastalığın endemik olarak bulunduğu ülkemiz gibi bölgelerde çalışan sağlık personellerinde, hastanede çalışan her yıl başına HBV infeksiyonuna yakalanma riski yüzde 0,6-1,4 olarak

belirtilmiştir. Taşıyıcılık sıklığının yüzde 5 olduğu ABD'de her yıl görülen 300 bin yeni HBV infeksiyonunun 12 bini sağlık personelinde ortaya çıkmaktadır.

ABD'de CDC'nin kayıtlarına göre her yıl 5 bin 100 sağlık çalışanı HBV ile infekte olmakta, bunların 250'si hastanede yatarak tedavi edilmekte, 250 civarında sağlık personeli HBV infeksiyonu ve buna bağlı komplikasyonlar nedeniyle yaşamlarını yitirmektedir.

HBV'ye yönelik ilk serolojik test ADB'de 1970'de başlamıştır. 300 sağlık çalışanı üstünde ki bir araştırmada çalışanlar 20 gruba ayrılmış, 12 grupta eldiven takılmadığı için infekte oldukları kabul edilmiştir.

Sağlık çalışanları ve özellikle hemşireler, mesleki sağlık sorunlarının en fazla görüldüğü sektörlerden birini oluşturmaktadırlar. Sağlık çalışanları ve hemşireler, her koşulda çeşitli riskler altında çalışmaktadırlar. Az sayıda çalışan ile çok iş yapılmaya çalışılması ise bu sorunları katlamaktadır. Sağlık çalışanları ve hemşireler, infeksiyonlar, radyasyon kullanımı, anestezi ve onkolojik ilaç uygulamaları yanında psikolojik riskler altında çalışan kişilerdir. Yoğun çalışan bir hemşirenin eline HIV ya da hepatit ile infekte bir iğnenin batma olasılığı daha yüksektir.

Sağlık çalışanları arasında iğne batması ve kesici aletlerle yaralanma en yaygın sorunlardan biridir. Bu sorun en sık hemşireler grubunda görülür. Sağlık çalışanlarının büyük bir risk altında çalıştığı kabul görülmüştür. Öyle ki kan yoluyla bulaşan infeksiyonlar her geçen gün arttığı için ABD'de hemşireler daha çok masa başı, danışmanlık yapacakları işleri tercih etmekte ve tüm dünyada olduğu gibi ABD'de de hem-

şire sıkıntısı mevcut sorunlardandır, Bu sorunu da yurtdışından hemşire almakla kapatmaya gitmek istemektedirler.

HBV veya HIV ile infekte olmuş sağlık çalışanı için ne yapılmalı, nasıl davranılmalı, işinden alınmalı mı yoksa işine devam mı etmeli? Çok kompleks, çelişkili aynı zamanda hassa bir konu olduğu ortadadır. Bu soruların cevabını verebilmek için sağlam kaynaklara yani mevzuatlara gereksinim vardır. Ne yazık ki ülkemizde bu sorulara cevap bulabileceğimiz bir metin mevcut değildir.

Sağlık bakım sistemindeki pek çok aksaklıkların yanında taşıyıcı sağlık çalışanları için mevzuat oluşturulması gereksiz, küçük bir ayrıntı olarak görülmemelidir. Sayısal verilere baktığımızda ciddi bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmakta ve toplumu tehdit etmektedir. Bu konuyla ilgili CDC tarafından yasalara dayandırılarak oluşturulan metinde özetle şöyle geçmektedir: Hepatit-A bulaşı olan çalışan için 7 gün işten uzak tutma, yiyecekleriyle ve atıklarıyla temastan kaçınma. Hepatit-B bulaşı olan çalışan için eğer akut ise; hastalığın seyri boyunca ve HbeAg negatif gelene kadar çalışamaz. Kronik taşıyıcılar için; universal önlemlere her zaman dikkat etmek zorundadır ve çalışmasına kısıtlama getirilmez. HIV'li çalışanlar için kendileri risk altında olduğu ve komplikasyonlarla karşı karşıya kaldığı için hem kendileri hem de bakım verdiği hastalar için kişisel performansları ve fiziksel durumları göz önünde tutularak yöneticilerle beraber verilen kararlar riskin minimize edildiği alanlarda çalıştırılmalarında sakınca yoktur.

HBV veya HIV ile infekte sağlık çalışanlarının alması gereken önlemler şöyle sıralanabilir:

* İnfekte sağlık bakım çalışanları üniversal önlemlere kesinlikle uymalıdır.

* Eksudatif lezyonu olanlar hasta ve hastada kullanılacak aletlerle direkt temas etmemelidirler.

* İnvaziv işlemleri uygulayan her sağlık personeli kendi HIV ve HBV serolojisini, eğer HbsAg pozitif ise HbEag taşıyıp taşımadığını bilmelidirler.

* HIV ve/veya HBV (HbeAg taşıyanlar dahil) ile enfekte personelin bu koşullara uymak koşuluyla çalışmasının engellenmesine gerek yoktur.

Tüm sağlık bakım çalışanları rutin kontrollere tabii tutulmalıdır. Ancak çoğu sağlık kuruluşunda böyle bir uygulama mevcut değildir. Göstergelerde akredite olmuş ya da olma çalışması içindeki kuruluşlar bu rutin kontroller yapmakta, koruyucu önlemler, aşılama yapılmaktadır.

Özel hastanelerin prosedürlerini incelediğimizde HbsAg ve HbeAg pozitif sağlık çalışanlarının invaziv girişimlerin yoğun olduğu alanlara çalıştırılmaz ibaresi göze çarpmaktadır. Ülkemizde bu yazıyı destekleyen bir mevzuat olmamakla birlikte akredite olma çalışmalarıyla birlikte hastalıkları önleme, hasta güvenliği ön plana çıkmıştır. Bunun yanı sıra ticari kaygılar, isimlerinin kötü anılmasını önlemek için bu ibareyi değişik şekillerde yorumlayıp çalışanlarını mağdur eden kuruluşlarda mevcuttur.

Tedavi hakkı hastaya ait olduğu gibi çalışma hakkı da personele aittir. Sağlık çalışanları ya da sağlık kuruluşları hastayı taşıyıcı olduğu için tedavi etmeyi kabul etmemek gibi bir davranış sergileyemezler. Her ne olursa olsun tedavi olmak hastanın en temel hakkıdır. Taşıyıcı bir hastayla pek çok sağlık çalışanı temas halindedir. Hem kendilerini hem diğer hastaları hem de bakım verdiği hastayı korumak adına tüm sağlık çalışanları üniversal önlemlere uymaktadırlar.

Taşıyıcı bir hastaya bakım vermek reddedilemez olduğuna göre taşıyıcı sağlık çalışanını da işinde almak kabul görülemez. Çok başarılı bir jinekolog ya da diş hekimi HBV temasında sonra işinden alınmalı mı? Üniversal önlemlere uyduğu sürece, HbeAg negatif geldiğinde ve kişisel performansı göz önünde tutulduğunda çalışmasında bir engel yoktur. Taşıyıcı sağlık çalışanları hiçbir şekilde mağdur edilmemelidir. Hastalığın akut döneminde işten uzak tutulmaları hem kedileri hem de bakım vereceği hastalar için önlem teşkil edecektir.

HBV veya HCV taşıyıcı bir sağlık çalış-

şanının invaziv girişimlerin yoğun olduğu alanlarda çalıştırılıp çalıştırılmayacağını kesin çizgilerle belirlemek oldukça güçtür. Bu karar, kişinin fiziksel durumu, performansı ve kişilerin kararları ile birlikte değerlendirme sürecine alınmalıdır. Ne yazık ki bu süreç ülkemizde böyle yapılmamaktadır. Devlete bağlı sağlık kuruluşlarında böyle bir denetim mevcut değildir. Bunun en çarpıcı örneği HBV'yü almış ve aktif olarak hastalığı geçiren bir hemşirenin bir üniversite hastanesinin çocuk enfeksiyon hastalıkları servisinde aktif olarak çalıştırılmasıdır. Özel hastanelere baktığımızda gerekli yasalar ve dayatmalar olmadığı ve sağlık bakım çalışanlarının konudan uzak olmalarının verdiği rahatlıkla, yöneticiler çalışanları istediği yerden alıp, istediği alanda çalıştırma hatta işlerine son vermeye kadar gidebileceklerinin özgürlüğünü yansıtmaktadırlar.

Yıllarca kurumu ve mesleği adına yapmış olduğu hizmetlerin ardından sağlık bakım çalışanları böyle bir durum yüzünden etiketlenmemeli ve mağdur edilmemelidir. Bu, insan haklarına aykırı bir tutum olmaktan başka bir şey değildir. Çalışma yaşamları boyunca çeşitli önlemler almış olan sağlık çalışanları kendilerini ve bakım verdiği kişileri korumak adına iki kat daha dikkatli olmalıydılar. Kaldı ki bilinçli bir çalışan ve yönetici riskin farkındadır ve yapılması gerekenleri uygulayacaktır. Bu uygulamaları yaparken dayanağı sağlam olmalıdır. Kesinlik getirilmiş yasal düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır. Yasal düzenlemelerin yokluğunu fırsat bilenler bundan faydalanmak isteyebilirler. Ne taşıyıcı sağlık çalışanlarının mağdur olacağı, ne de bakım gören hastaların yüksek risk altında olacağı bir durumun bulunması için kesinlikle bir yasal düzenlemeye gidilmelidir. Kesin hatlarıyla belirlenmiş, çelişkilerden arınmış bir düzenlemeye ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynaklar

Hepatit-B İnfeksiyonu ve Koruyucu Önlemler. Prof Dr. Ayfer KARADAKOVAN
Kaynak: *Aile ve Toplum Dergisi, Sayı:5, Cilt:2, Yıl:5, Nisan-Haziran 2002,*
Basbakanlık Aile ve Sosyal Arastirmalar Gn. M., Erisim Adr.:http://www.aile.gov.tr/raporlar/Aile%20ve%20toplum5.pdf

MMRW Recommendations and Reports. July 12, 1991 / 40(RR08);1-9. Recommendations for Preventing Transmission of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis B Virus to Patients During Exposure-Prone Invasive Procedures.

Morbidity and Mortality Weekly Report December .26, 1997 / Vol. 46 / No. RR-18
Recommendations and Reports. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)



HBV veya HCV taşıyıcı bir sağlık çalışanının invaziv girişimlerin yoğun olduğu alanlarda çalıştırılıp çalıştırılmayacağını kesin çizgilerle belirlemek oldukça güçtür. Bu karar, kişinin fiziksel durumu, performansı ve kişilerin kararları ile birlikte değerlendirme sürecine alınmalıdır. Ne yazık ki bu süreç ülkemizde böyle yapılmamaktadır.

Atlanta, Georgia Immunization of Health-Care Workers. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC).

Sağlık Çalışanlarının Sağlık Sorunları. Dr. Önder Ergönül (Ankara Numune Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kl.) (SES Ankara Şubesi Üyesi).

Küresel ekonomik krizin sağlığı tehdidi

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılı Bolu doğumlu. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimini tamamlayarak, 1992 yılında üroloji uzmanı oldu. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. Başhekim Yardımcılığı, Ana Bilim Dalı Başkanlığı, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı ve Dekan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevini yürüttü. Ayrıca 1998 yılında başladığı doktora çalışmalarını tamamlayarak 2003 yılında Klinik Mikrobiyoloji dalında bilim doktoru unvanı aldı. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevine atandı. 2006'da Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi oldu.

Ekonomik çöküş henüz küresel denebilecek boyutta değil. Ancak orta ve düşük gelir grubundaki ülkelerde toplumu sarsıcı etkisinin kaçınılmaz olacağından korkulmaktadır. Ekonomik krizin şekli, büyüklüğü ve süresine ilişkin tatmin edici veriler henüz yeterince mevcut olmasa da, konunun uzmanlarına göre 1930'lardan bu yana dünya en büyük ekonomik krizle karşı karşıyadır. IMF'ye göre, küresel ekonomik büyüme hız kaybetmeye devam edecek ve 2008'de yüzde 3,3 olan büyüme hızı, 2009'da yüzde 0,5'e gerileyecektir.

Söz konusu olan, bir finansal kriz değil, bundan öte çeşitli sektörleri içine alan ekonomik kriz halini almaktadır. ABD ve İngiltere gibi finans sektörüne dayalı ekonomilerden sonra Almanya ve Japonya gibi reel sektöre dayalı

ekonomiler de çöküş trendine girmiş durumdadır.

Küresel ekonomik kriz, finans çevreleri ve reel sektörde tartışılarsun, bu krizin başta işsizlik olmak üzere sosyal etkileri ülkemizde de hissedilmeye başlamıştır. Sosyal refahın kilit noktasını oluşturan sağlığın bu gidişattan etkilenmemesi düşünülemez. Avrupa Topluları İstatistik Ofisi'nin (Eurostat) verilerine göre 2008 Ekim ayında Avrupa'da faal nüfusun yüzde 7,1 ine tekabül eden 17,2 milyon kişi işsizdi. 2009 yılında işsizlik oranının artacağı ve Arnavutluk, Hırvatistan, Gürcistan İrlanda, Letonya, İspanya ve Türkiye gibi ülkelerde yüzde 12'leri bulacağı tahmin edilmektedir. Aslında biz, daha yılın ilk aylarında resmi verilere göre bu oranı aşmış (yüzde 13,1) görüyoruz.

Türkiye'nin de içinde olduğu birçok Avrupa ülkesinin 2009 yılı bütçesi geçen

yıla göre yüksek tutulmuştu. Bu ülkelerin bazıları krizle beraber gelirlerin azaldığını görünce daha şimdiden bütçe revizyonuna gitmektedir. Letonya, Litvanya, Macaristan ve Romanya bütçe açıklarını kapatabilmek için diğer sektörlerle birlikte sağlık bütçesini de kısıcaklarını ilan etmişlerdir. Estonya bu arada bütçe daraltmasını hayata geçirmiş, diğer sektörlerle birlikte sağlığın payını da düşürmüştür. Plânlanan sağlık yatırımlarını AB yapısal destek fonları aracılığıyla yürütmektedir. İzlanda'da bankacılık sistemi çökmüş durumdadır.

Bir yandan ekonomik çöküş, diğer yandan krize karşı geliştirilmeye çalışılan teşvik mekanizmaları ve kriz önleme paketlerinin maliyeti, kamu finansmanında ciddi açıklara yol açmakta ve kamu borçlanmalarını artırmaktadır. Bu yüzden 2009, ekonomik dengelerin ciddi şekilde bozulduğu bir yıl olacaktır. Krizin gerçek boyutu da 2010 bütçeleri yapılırken anlaşılacaktır.





Aslında ekonomik krizin olumsuz etkilerine karşı koymak, bir anlamda sağlığa daha fazla yatırım yapmakla mümkündür. Kriz, sağlık harcamalarının kısılması için bir gerekçe ve uygun zaman değildir. Bunun önemi anlaşılmaz, bu çelişkili gibi görünen durum fark edilmez ve hatta sağlık tasarruf alanlarından biri gibi görülürse, toplum sağlığı ve toplum sağlığının ayrılmaz parçası olan toplum refahı için ciddi bir risk oluşturacaktır.

Geçtiğimiz yıl Avrupa ülkelerinde ekonomi gündemlerinde, kriz önemli bir yer tutmasına rağmen sağlık sektörü insan kaynağı bakımından bu ülkelerde büyüyen sektörlerin başında gelmiştir. Ancak bu büyümenin sağlık personeli gelirlerine olumlu yansıdığı söylenemez. Gerçi Finlandiya ve Yunanistan gibi ülkelerde bu süreçte sağlık personelinin gelirlerinde artışlar olmuştur. Yine Romanya sağlık personelinin gelirlerinde kriz öncesinde alınmış yaklaşık yüzde 7'lik artış kararını bu süreçte uygulamaya koymuştur. Ancak Bulgaristan ve Macaristan'da kamu hastanelerinde çalışan sağlık personelinin maaşlarının dondurulduğu biliniyor. Macaristan, ayrıca belli dilimin üzerindeki gelirden alınan vergi oranının da artırmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü Yönetim Kurulu'nun Ocak ayı toplantısında ilk günlük programın yansı bu konuya ayrılmıştı. Yine DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nin katkılarıyla Nisan başında Norveç, Oslo'da ekonomik krizin sağlık üzerine etkilerini konu alan bir konferans düzenlendi. Bu konferanslarda ekonomik krizin etkilerinin halk sağlığını olumsuz etkilemesi ihtimali üzerinde durulmakta ve bunun için ülke yönetimleri tedbir almaya teşvik edilmektedir. Ülkelerin ekonomik çöküşü yaşamadan önce davranmak ve önceden uygun düzenlemeleri yapmak zorunda olduğuna vurgu yapılmaktadır.

Küresel ekonomideki bu kötüye gidiş, aynı zamanda büyük demografik değişiklikler yanında küresel çevre ve enerji sorunları ile karşımıza çıkmaktadır. Eko-

nomi yavaşladıkça işsizlik hızla artmakta, milyonlarca insanın yaşama şartları kötüleşmekte, toplum sağlığı tehdit edilmektedir. Diğer yandan, toplumları koruma altına alan sosyal sigorta sistemleri ve sağlığın diğer gelir kaynakları da bu süreçten olumsuz olarak etkilenmektedir. Sağlık sektörünün sadece bir sosyal sektör olarak görülmemesi gerekir; mobilize ettiği finansal kaynaklar, teşvik ettiği üretim ve istihdam gücü dikkate alındığında önemli bir ekonomi sektörüdür.

Sağlık sistemleri genel vergilerle finanse edilen ülkelerde milli gelir ve ekonomik göstergelerdeki düşüş, kamu sağlık harcamalarında da ciddi düşüşe yol açmaktadır. Diğer taraftan sistemleri daha çok prime dayalı sigorta fonları ile finanse edilen ülkelerde, artan işsizlik sağlığa ayrılabilen kaynakların düşmesinin başlıca sebebi olmaktadır. Bunun yanında paranın değer kaybetmesi ve enflasyon, daha çok fiyatları uluslararası pazarda belirlenen ilaç ve tıbbi malzemelerin fiyatlarının artışına yol açmaktadır. Bu ürünleri ithal etmek zorunda olan ülkelerin yükü daha fazla artmaktadır.

Avrupa'nın doğusunda ilaçlar ve sağlık hizmetlerinin fiyatlarındaki artış sorun olarak hissedilmeye başlanmıştır. Ukrayna'da bu yılın ilk 2 ayında sağlık hizmetleri fiyatları neredeyse geçen yılın aynı dönemine göre yüzde 30 oranında artmıştır.

Fiyat artışıyla birlikte kamu kaynaklarının kısılması, hizmetten yararlananların ödeyeceği fark, katkı payı gibi ek ödemeler ve diğer informal yollarla cepten harcamaların artışına yol açmakta, bu tür politikalar neticede teminat paketlerinin daralmasıyla sonuçlanmakta ve yeniden kuyruklar, bekleme listeleri, erişim güçlükleri gibi sorunlarla halkı yüz yüze getirmektedir.

Yukarıdaki etkenlere ilave olarak krizin etkisiyle hane halkının gelirinin bir şekilde düşmesi bireylerin sağlık için cepten harcama yapmasını zorlaştırmakta ve kendi güçleriyle sağlık hizmeti almalarının önüne engeller koymaktadır. Bu durum ABD sağlık sisteminde kendini çok bariz olarak göstermesine rağmen Avrupa'da yaygın olan sistemlerde henüz alarm zili çalacak düzeyde ortaya çıkmamıştır. Yine de tamamlayıcı sağlık sigortaları hacmindeki düşüş dikkat çekicidir.

Eğer maliyet artışları absorbe edilemezse, krizin etkisi sağlık hizmetlerinin yararlanma potansiyelinin azalması ve hizmetin nicelik ve niteliğinin düşmesi şeklinde görülecektir. Gittikçe ağırlığı artmakta olan kronik hastalıklar dikkate alındığında, anti diyabetikler, kardiyovasküler ilaçlar, astım ilaçları, anti romatizmalar gibi ilaçlara ihtiyaç gittikçe artmaktadır. İnsanlar bir şekilde, borç bularak da olsa, akut hastalıkların tedavi giderlerini karşılayabilirler. Ancak uzun

sürelili kronik hastalıktan muzdarip ve ömür boyu ilaç kullanma durumunda kalanların bunun bedelini sosyal güvenlik olmadan karşılaması mümkün değildir. Bu yüzden bu tür tedaviler, yeterli sosyal güvenlik şemsiyesi olmayan toplumlarda halkı "fakirleştirici" hizmetler olarak görülmektedir. Bu arada evsizler, mevsimlik işçiler, işini kaybedenler, göçmenler, sığınmacılar, uyuşturucu müptelaları gibi zaten risk altındaki kesimlerin durumuna dikkat çekilmektedir.

Sağlık harcamalarının kısılması, tedavi maliyetlerinin artması ve hane halkı gelirdinde düşmeye bir de sağlık güvence kapsamında küçülme eklenince, yukarıda da belirttiğim gibi, sağlık hizmetlerin hacminin ve kalitesinin etkilenmesi kaçınılmazdır. Belki de en belirgin etki, özel sağlık hizmetlerine olan talebin azalması şeklinde olacaktır; zira şartlar talebin kamu yönüne kaymasını doğuracaktır. Eğer kamu sağlık hizmetleri bunu karşılayacak desteği bulamazsa, artan talebi karşılayacak donanımına ulaşamazsa, bütünüyle sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşüşü akıbeti ile karşı karşıya kalırız. Bu problem, kamu sağlık hizmetleri, finans baskısı altında olan bütün ülkelerde görülecektir. Bu arada kamu sağlık hizmetlerinin bir parçası olan özel sağlık kuruluşları daha fazla sıkıntıya itilirken bu sistemin dışında varlığını sürdüren özel sağlık yatırımcılarını da küçülmeye zorlayacak ciddi bir tehdit ortaya çıkmaktadır.

Geçmişteki ekonomik kriz tecrübeleri, krizlerden en fazla etkilenenin, kırılan yapıya sahip korunmasız fakir ülkeler olduğunu göstermiştir. Bu kırılma, ülkeler ve toplumlar için olduğu kadar bireyler için de bir vakıadır. Bu yüzden fakirler, çocuklar ve yaşlılar krizin faturasını ödemeye en fazla adaydır.

Belki ümit var olmamızı sağlayacak olan husus, bilhassa Avrupa'da yönetimlerin sosyal güvenliğe gittikçe daha fazla önem veriyor olmasıdır. Ancak bunu dünyanın çoğunluğunu oluşturan Asya ve Afrika toplumları için söyleyebilmek mümkün değil. Ekonomik çözüm paketleri ve politik tartışmaların, belki de bundan böyle krizin etik boyutuna odaklanmasını beklemek yanlış olmayacaktır. DSÖ'nün Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu raporlarında yer alan sağlıktaki adaletsizliklerin giderilmesi ve dengesizliklerin azaltılması yönündeki çağrılarına şu aşamada politik ajandamızda daha fazla yer vermemiz gerekiyor.

Bu alandaki sorumluluğumuz yerelden genele gittikçe ve vizyonumuzu kendi dar ortamımızdan dünyaya çevirebilmeyi başardıkça, sorgulamamız gereken çok hususun var olduğunu görürüz. Dünyada çok kötü durumda yaşamak zorunda kalan insanların durumlarını kabul edilebilir hale getirmek için harcanması gere-

ken miktarın 100 milyar dolar civarında olduğu tahminleri yapılmaktadır. Hâlbuki gelişmiş ülkelerde krize karşı açıklanan ekonomik tedbir paketlerinde daha şimdiden bu miktarın üzerinde bir kaynağın harekete geçirildiğini görüyoruz. Bu da krizle mücadeledeki etik konumumuzu sorgulamamızı gerektiriyor.

Kriz küreselleştikçe bütün dünyayı etki altına alacaktır. Her zaman olduğu gibi krizin olumsuz etkisinin en fazla olacağı yerler fakir toplumlar, fakir ülkeler olacaktır. Hâlbuki daha çok gelişmiş, yani nispeten zengin ülkelerde krize karşı tedbirler geliştirilmekte, kaynaklar seferber edilmektedir. Yani iyi (!) yönetilmiş bir kriz süreci sonunda zenginlerin durumlarını korumaları karşılığında fakir toplumların daha da kötüleşeceğini beklemek kâhinlik olmayacaktır. Bu arada zenginliği ve krize ayırdığı finansal desteğinin kaynağı zaten fakir ülkelerin petrol ve maden gibi yeraltı varlıklarına dayanan örneklerden söz bile etmek istemiyorum. Sadece konunun ekonomik olduğu kadar etik yönünün de olduğuna vurgu yapmak yeter sanırım.

Önümüzdeki yıllarda sağlık sistemlerine yönelecek kaynaklar çok daha belirgin olarak azalabilir. Eğer kriz dolayısıyla sağlık bütçesi üzerindeki bu baskılar devam ederse, süreci az zararlı atlatabilecek şekilde yönetebilmek için sağlık sektöründe rol alan bütün paydaşların ve bu alanda politika üretici durumundaki otoritelerin birlikte ortak politikalar geliştirmesi gerekir.

Hükümetler çeşitli ekonomik sektörlere finansal destek sağlayacak ekonomik tedbirler almakta; tüketimi ve istihdamı teşvik etmeye, işsizliği önleyici tedbirler almaya çalışmaktadır. Aslında bir anlamda vergi mükellefleri ve toplum, bu teşvikler yoluyla üzerine düşen sorumluluğu daha şimdiden yüklenmiş durumdadır. Özellikle krizi daha yakından hissedilen zengin ülkelerde ekonomik tedbir paketleri daha şimdiden hayata geçirilmeye başlanmıştır. Daha küçük ekonomilerde ise hükümetler finansman kolaylıkları sağlayarak, vergi indirimleri yaparak krizi yumuşak geçişle göğüslemeye çalışmaktadır. Bu tedbirlerde göz ardı edilmemesi gereken husus, sosyal adaleti bütün kararların merkezine oturtmak ve ekonomik krizin sosyal krize yol açmasını önlemektir.

Batı Avrupa ülkelerinde sağlık sistemlerinin çeşitliliğine bağlı olarak, bir kısmı birbiri ile zıt gibi görünen farklı tedbirler başvurulduğu görülmektedir. Sosyal sağlık sigortasına doğrudan bütçe katkısının artırılması, bölgesel finans mekanizmaları üzerinde ve hizmet sunucularına yeni kaynak dağılımı formülasyonlarının geliştirilmesi gibi yöntemler uygulanıyor. İsveç ve İtalya

gibi desantralize sistemlerde kriz dikkate alınarak, merkezden bazı bölgelere ve bölgelerin kendi arasında fon transferleri yapılmaktadır. Bu arada bazı ülkeler tedbir olarak sosyal güvenlik kapasitesini genişletirken bazıları daraltmaya çalışmaktadır.

Aslında ekonomik krizin olumsuz etkilerine karşı koymak, bir anlamda sağlığa daha fazla yatırım yapmakla mümkündür. Toplumun sağlık düzeyini ve bunun arka planındaki sosyal şartları sürdürmek ve hatta daha da iyileştirmek, sağlık sektörü ve sosyal güvenliğe daha fazla kaynak kaydırmayı gerektirmektedir. Kısacası kriz, sağlık harcamalarının kısılması için bir gerekçe ve uygun zaman değildir. Sağlıkta uygun kullanılan kaynak bir "harcama" değil, "yatırım" olarak kabul edilmelidir. Bunun önemi anlaşılmaz, bu çelişkili gibi görünen durum fark edilmez ve hatta sağlık tasarruf alanlarından biri gibi görülürse, toplum sağlığı ve toplum sağlığının ayrılmaz parçası olan toplum refahı için ciddi bir risk oluşturacaktır.

Eğer diğer sektörlerle beraber sağlık sektörüne ayrılan kaynakta da kısıntı yapmak kaçınılmaz olursa, temel sağlık hizmetleri ve toplum sağlığı alanında kaynak azalmasına fırsat verilmemeli, maliyet etkili olmayan yüksek maliyetli hizmetlerde tasarrufa gidilmelidir. Gerekirse bu tür yatırımlar geciktirilmelidir. Akılcı ilaç kullanımının teşviki ile birlikte jenerik ilaç tüketimini teşvik edici politikalar geliştirilmelidir.

Kısacası önümüzde zor bir zaman dilimi bizi beklemektedir. Sağlık hizmet sunucularının, bir başka deyişle hastanelerin ve özellikle doktorların, sağlık hizmeti üretirken maliyetleri düşürücü tedbirleri şimdiden alması, hizmet yöntemlerini bunu dikkate alarak şekillendirmesi, sürecin yönetimine yardımcı olacaktır. Sağlık sisteminde ayrılan kaynakların değişiminin yanında yaşama şartlarının, hayat tarzının, tüketim alışkanlıklarının ve hatta sosyal norm ve değerlerin değişmesi de sağlık çıktılarına ve sağlık harcamalarına doğrudan etkili olmaktadır. Bu itibarla, sağlığın korunması sorumluluğunun bütün topluma yayılmasını sağlayacak mekanizmaları geliştirmek zorundayız.

Sağlık hizmetlerinin kolay erişilebilir olmasının, yoksulluğu ve sosyal adaletsizlikleri ortadan kaldıran önemli bir etken olduğu, sağlığa yatırımın sosyal stabiliteye ve ekonomiye bir katkı olduğu, DSÖ'nün düzenlediği Sağlık ve Refah için Sağlık Sistemleri başlıklı 'Talinn Bildirgesi'nin ana temasını oluşturmaktadır. Bunun sağlık sektöründe söz sahibi olan çoğu yetkililerimizin üzerinde uzlaştığı bir husus olduğuna kuşku yok. Ancak ülkelerin finans kaynaklarını yönlendiren otoriteler ile sağlık harcamala-

rında kısıntı yapılmasını öneren IMF gibi kuruluşların bu gerçeği gördüğü konusunda aynı derecede iyimser olamıyoruz. Hatta farkında olmaları da çoğu zaman yeterli olmuyor. Zira onların misyonları gereği, kısa vadedeki öncelikli hedefinde, daralan bütçe içine sığabilmek yer alıyor ve bu kaçınılmaz bir şekilde kısır döngüye giriyoruz.

Yukarıda bir kısmına değindiğimiz çok yönlü baskılar, sağlık sisteminde kaynak daralması ve satın alma gücünün azalması ve daha da önemlisi riskin halkın üzerine yıkılması ihtimali, sağlık politika yapıcılarını zor duruma sokmaktadır. Sağlığa etkili bütün sektörleri harekete geçirerek işin gereğinin yapılabilmesi, ekonomik krizi toplum sağlığı açısından bir fırsata da dönüştürebilir.

Tayland bunun güzel bir örneğini göstermiştir. 1997-1998'de ekonomik krizle birlikte doktorların kamu hizmetlerinden özel sektöre geçişi durmuş ve hatta geçiş geriye yönelmiştir. Bu da, birçok reformun hayata geçirilmesine fırsat vermiştir. Aynı şekilde, devlasyondan kaynaklanan hızlı fiyat artışları, jenerik ilaçları teşvik eden politikaların geliştirilmesine neden oldu. Daha fazla verimlilik ihtiyacının kaçınılmaz olması, görev tanımlarını değiştiren, farklı programların birbirini tamamlar hale getirilmesi gibi yeni çalışma tarzlarını ortaya çıkarmış ve iletişim teknolojileri daha akılcı kullanılmaya başlanmıştır.

Görüldüğü gibi başka zaman politik olarak kabul edilebilir ya da daha doğru bir deyişle, tolere edilebilir olmayan reformların hayata geçirilmesi için krizlerin her zaman birer fırsat olduğunu unutmamalıyız. Bu yüzden bütün olumsuz ihtimallere karşın, içinde bulunduğumuz durumun olumlu bir fırsat potansiyeli taşıdığı da hatırlatmak istiyorum.

Kaynaklar

Health in times of global economic crisis: Implications for the WHO European Region, Discussion Paper, Oslo, Norway, 1-2 April 2009.

Health in times of global economic crisis: Implications for the WHO European Region, Overview of the situation in the WHO European Region, Background Paper. Oslo, Norway, 1-2 April 2009.

"Health in times of global economic crisis: Implications for the WHO European Region Oslo, Norway, 1-2 April 2009" konferans notları.

High-level consultation on the financial and economic crisis and global health, Information note, WHO 16 January 2009.

The financial crisis and global health, Report of high-level consultation. WHO Geneva, Switzerland 19 January, 2009.

Sağlık turizminin neresindeyiz?

Dr. Dursun Aydın



Sağlık Turizmini Geliştirme Derneği Başkanı Dursun Aydın, 1996 yılında Konya, Beyşehir'de doğdu. 1993 yılında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirerek tıp doktoru unvanını aldı. 1993 – 1995 tarihleri arasında Erzurum SSK Hastanesi'nde diyaliz sorumlu hekimi olarak çalıştı. 1995 – 2009 tarihleri arasında sağlık alanında özel kurum ve kuruluşlarda üst düzey yönetici olarak görev yaptı. 2002 yılında Doğu Anadolu Kalkınma Projesi hazırlık çalışmalarına katıldı. 2008'de 1'nci, 2009'da 2'nci Uluslararası Sağlık Turizmi Kongrelerini düzenledi. "Evde Bakım Hizmetleri" ve "Sağlıklı Yaşam ve Yerel Yönetim" kitaplarının yazarı Dursun Aydın, halen Sağlık Bakanlığı Etimesgut Halk Sağlığı Laboratuvarı'nda görev yapmaktadır.

Turizm, dünyada 1970'li yıllardan sonra en önemli sektör ve kavramlardan biri olmuştur. Ülkemizde 1980'lerden sonra turizm konusuna dikkatler çekilmiştir. Türkiye'de son 5 yılda turizm sektöründe büyük bir yükselme yaşanmaktadır. Bununla birlikte turizm çeşitleri, sorunları, geleceği ve bu alandaki fırsatlar her geçen gün genişleyerek tartışılmaktadır.

Turizmi 'bir ülkeden diğer ülkeye birçok

sebeple gelen insan hareketi' olarak düşünürsek bu insanların sağlıklı yaşaması ve sağlık konusu turizmle içi içe olacaktır.

Sağlık, insanlığın en vazgeçilmez hakkı ve ihtiyacıdır. Her ülke sağlık için bir politika belirleyip vatandaşının sağlık ihtiyacını karşılar. Ülkemiz kamu sağlık hizmetlerine ilaveten son 10 yılda, özellikle de 2-3 yılda özel sağlık sektörüyle ciddi işbirliğine girilmiş ve sağlık hizmeti hızla özele kaymaya başlamıştır. Özel sağlık sektöründe ciddi atılımlar olup Avrupa standartlarıyla yarışa-

bilecek düzeyde özellikle büyük illerde özel hastaneler artmaya başlamıştır.

Sağlık turizmi

a) Medikal turizm:

1- Bir ülkeden diğer ülkeye herhangi bir sebeple (Bekleme süresinin uzunluğu, tedavinin ekonomikliği veya daha kaliteli sağlık hizmeti vb) özellikle tedavi için gidilmesidir.

2- Tıbbi olarak gerekliliği raporla belir-







Avrupa, yaşlanan nüfusu ve küçülen iş gücüyle emekli aylığı, yaşlıların bakımı, sağlık sistemleri gibi konularda pek yakında çok büyük ekonomik güçlüklerle yüzleşmek zorunda kalacak. 21'inci yüzyıla girerken Avrupa nüfusunun yüzde 17'si 65 yaşının üzerindedir. 2025 yılında bu oranın yüzde 20'yi aşacağı tahmin edilmektedir.

lenmiş kaplıca tedavileri için bir ülkeden diğer ülkeye gidilmesi de bu tanım altında yer almaktadır.

b) Kaplıca turizmi:

Termal tesislerden yararlanmak amacıyla yapılan seyahatlerdir.

1. Tıbbi olarak gerekliliği raporla belirlenmiş kaplıca tedavileri için bir ülkeden diğer ülkeye gidilmesi. (Termal Turizm diye de adlandırılır.)

2. Dinlenmek, rahatlamak ve kendini daha iyi hissetmek amacıyla konforlu ortamlarda geniş otelcilik hizmetleriyle birlikte kaplıcalardan faydalanmak (Spa-Wellness Turizmi olarak da adlandırılabilir.)

Çoğu zaman 1 ve 2 sınırları birbirinden tamamen ayrılmayabilir. Hatta bu hizmetler kombine sunulabilir.

Yurt dışından kaplıcalarda kendini daha iyi hissetmesi (wellness) ve/veya rahatlaması (restness) için gelinmesi, sağlık turizminden daha ziyade kaplıca turizmi kapsamına girer.

Sağlık turizmi denince ülkemizde yanlış bir yorumlamayla kaplıca turizmi anla-

şılıyor. Hâlbuki kaplıca turizmi sadece sağlık turizminin bir alt grubu olabilir.

c) Yaşlı ve engelli turizmi

Avrupa, yaşlanan nüfusu ve küçülen iş gücüyle emekli aylığı, yaşlıların bakımı, sağlık sistemleri gibi konularda pek yakında çok büyük ekonomik güçlüklerle yüzleşmek zorunda kalacak. 21'inci yüzyıla girerken Avrupa nüfusunun yüzde 17'si 65 yaşının üzerindedir. 2025 yılında bu oranın yüzde 20'yi aşacağı tahmin edilmektedir.

Yunanistan ve İtalya'da bakım evleri çok azdır ve yaşlı nüfusun hızlı artışı aile fertleri için büyük bir sorun yaratmaktadır. Bunun çözümü olarak maddi durumu iyi olan aileler yurt dışından insanlar getirtmekte veya yabancı gurbetçilerden destek almaktadır. Yaşlıların ve kronik hastaların uzun süreli bakımı için İngiltere, ABD, Danimarka, Hollanda, Almanya gibi ülkeler, genel bütçelerinin yaklaşık yüzde 1'ini ayırmaktadır.

ABD ve İsveç'te yaşlıların bakımında koruyucu hekimlik ön plana çıkmıştır. Yaşlılar iyice düşkünleşmeden ve yataklardan, 60-70 yaşlarında bakıma ve bilgilendirmeye daha çok önem veriyorlar. Almanya'da 1990'lı yıllarda Robert Bosch Vakfı'nın "bakımın elit insanlara ihtiyacı var" sözüyle başlayan bakım yerine önlem prensiplerinde yaşlıların bilgilendirilmesi sağlıklı bir ortamı, gezi, temiz ve güneşli hava, (yaşlıların seyahati, meşguliyet terapisi bol hareket vb.) ön plana çıkarmaya başlamıştır.

Bugün dünyada 600 milyondan fazla insan fiziki ya da zihinsel bir engel ile yaşıyor. Gelişmekte olan toplumlarda engellilerin durumunun gelişmiş toplumlara göre daha zor olduğunu bilmekteyiz. Hareket zorluğu yaşayan hamile kadınlar ve 65 yaş üzeri nüfus göz önüne alındığında bu rakam 130 milyon kişiye ulaşıyor. Dünyanın bu en büyük azınlığı, turizm endüstrisi için de "özel bir pazar" anlamına gelmektedir.

Engelliler için yıllardır ihmal edilmiş etkili yasal düzenlemelerin birçok ülkede (özellikle de gelişmiş ülkelerde) hayata geçirilmesi ve bu yasal düzenlemelerin yavaş yavaş etkisini göstermeye başlamasıyla birlikte eskisine oranla çok daha mobil hale gelmiş, çeşitli ekonomik ve sosyal olanaklara kavuşmuş engelliler, daha fazla seyahat etmeye başlamışlardır.

Kısaca görüldüğü gibi Avrupa'da yaşlılık büyük bir sorun ve bütçeye yük olarak görülmektedir. Ülkemizin iklimi, coğrafyası, misafirperverliği, bölgesel yakınlığı ve turizm potansiyeli ile Avru-

palı yaşlılara özellikle 65-75 yaşları arasındaki (sağlıklı olan) yaşlılara belli projeler çerçevesinde daha güzel ve daha ekonomik bakım hizmeti ve yaşlı tatil köyleri sunulabilir. Böyle bir proje Avrupa'nın yaşlılarına daha ekonomik ve müreffeh bir hizmet, ülkemiz içinde büyük bir sağlık turizmi geliri olacaktır. Batı ülkeleri engelli ve yaşlı turizminde çok ciddi bir pazardır.

Pazar konusunun iyi anlaşılabilmesi için 4 bölgeye ayırmakta fayda var.

1. Avrupa
2. Orta Doğu
3. Afrika ülkeleri
4. Orta Asya ve komşu ülkeler

1- Avrupa açısından sağlık turizmi:

Avrupa ülkelerinde sağlık hizmeti sunumu çok kaliteli ve pahalıdır. Toplumun beklentileri üst düzeydedir. Toplum yaşlanmakta, sağlık hizmetine olan ihtiyaçları tabii olarak artmaktadır.

Tablo böyle olunca sağlık harcamaları her geçen gün altından kalkılamaz bir hale gelmektedir. Özellikle özel sigortacılığın ve özel sağlık hizmet sunucularının arttığı ülkelerde durum daha vahimleşmektedir.

Hükümetler bütçeden sağlığa ayrılan payı artırmak zorunda kalırken özel sigortaların kârlılık oranı düşmekte, sağlık hizmeti sunucularında yatırdıkları paralarla orantılı gelir elde edemedikleri için yeni yatırım yapmakta veya daha kârlı (gıda, silah sanayi, iletişim vb) alanlara yatırım yapmaktadırlar.

Hal böyle olunca Avrupa'da gelecekte sağlık finansındaki sıkıntıyı aşmak için birçok yol incelenmekte; bunlardan en önemlilerinden biri de sağlık hizmetini daha ucuz satın almak veya sigortalılardan katılım payını artırmak, hatta bazı sağlık hizmetlerini kapsam dışı bırakmak olarak görülmektedir.

Sonuç olarak Avrupa da geleneksel nokta, hem pahalıya sağlık hizmeti almak zorunda kalan sigorta için, hem de kapsam dışı kalan hizmetlerde sigortalı için; daha ucuz, ama kaliteden taviz vermeyen, bekleme süresi kısa olan sağlık hizmeti sunucularına ihtiyaç vardır. Neticede Avrupa yurt dışından ucuz sağlık hizmeti almaya aday haline gelmiştir.

Burada göz ardı edilmemesi gereken konu, Avrupalının kaliteden taviz vermeyecek, hem kültür olarak hem de hukuki olarak hizmeti nereden alacağı kararı hastanın bizzat kendisine aittir. Avrupalı genel olarak yine Avrupa'dan sağlık hizmeti alacak, hasta hakkını

arayacak, hasta için maliyet önemli olmayacaktır. Bu açıdan Avrupalıya Türkiye'nin sağlık hizmeti sunumu kısa sürede kolay olmayacaktır.

1. Kalitemiz iyice arttığında,
2. Türkiye'nin sağlık sektörü çok iyi tanıtıldığında,
3. Sağlık hizmetine ilaveten paket halinde turizmin imkânlarını sunulduğunda,
4. Türkiye hükümeti ve özel sektör Avrupa sigortalarıyla çok sıkı ilişkiler kurduğunda,

Türkiye'ye sağlık hizmeti almak için Avrupalılar gelmeye başlayacaktır. Bütün bunlardan sonra bile bunları memnun etmek kolay olmayacak. Malpraktislerde ödenecek tazminatlar problem olacaktır. Fakat Avrupa'da yaşayan 5 milyona yakın Türk, 20 milyonu aşkın Müslüman (Pakistan, İran, Irak, Fas, Tunus, Afrika) göçmen öncelikli hedef kitle seçilirse durum çok farklı olacaktır.

Avrupa özellikle II. Dünya Savaşı'ndan sonra sömürü ülkelerinden ve gelişmiş ülkelerden ciddi sayıda insan kaynağı temin etmiş ve ucuz iş gücü bulmuştur. (Tabi sömürü dönemindeki elde edilen insan gücü kaynakları özellikle İngiltere için durumu daha farklı boyutta kılmaktadır.)

Yıllarca Avrupa da çalışan göçmenler Avrupa'ya yerleşmişler, özellikle Türkler iş sahibi olmuşlar, evlenmişler ve Avrupa toplumuyla kaynaşmışlardır. Artık bu kitle Avrupa'nın ayrılmaz bir parçası olmuştur. Genel olarak sağlık hizmeti alma bakımından Avrupalı ile göçmenler aynı haklara sahiptir. Fakat sağlık hizmeti alırken özellikle son yıllarda hiç de Avrupalı ile eşit muamele görmemektedirler.

2) Orta Doğu

11 Eylül terörist saldırısından sonra Orta Doğu'daki Müslümanların ABD ve Avrupa'ya gidişleri ve ilişkileri her alanda azaldığı ve zorlaştığı gibi sağlık hizmeti alımı da olumsuz yönde etkilenmiştir. Artık Orta Doğu'daki Müslümanlar ABD ve Avrupa'ya eskisi gibi rahat gidememektedirler.

Bilindiği üzere Orta Doğu'daki zengin halk genelde Türkiye'nin kendini tanıtmadığı ve geçmişte sağlık alanında çok ileri olmadığı için sağlık hizmetlerini hep Avrupa ve ABD'den alıyordu. Bugün sağlık hizmetini alabileceği en modern, yakın ve kaliteli hizmet sunan ülke Türkiye'dir. Bu fırsat iyi kullanılmalı Orta Doğu'ya bu konu iyi anlatılmalı bu bölgede sigorta sisteminden daha ziyade vatandaşın biz-

zat kendisi ikna edilmeli ve cazip paketler sunulmalıdır. Çünkü tedavi parasını genellikle kendisi ödeyecektir.

Ortadoğu'nun ve Orta Asya'nın birçok hizmeti teknolojisini ve malzemesini Batıdan alması izah edilebilir. Ancak Türkiye mesafe olarak yakın, Müslüman, iklimi ve tabiat güzelliği ile sağlık hizmetinde Batı'dan geri kalmazken (özellikle 2-3 büyük ildeki bazı özel hastaneler) bizim sağlık turizmi pazarından pay alamayışımızın hiçbir bahanesi olamaz. Pazarlama ve tanıtımdaki eksikliğimiz ve beceriksizliğimiz nedeniyle bu büyük pazarı keşfedememiş durumdayız.

Son yıllarda Basra Körfezi ülkeleri ve Suudi Arabistan olmak üzere Batılı yatırımcılar buralarda çok büyük sağlık kuruluşları açmışlardır. Hatta Dubai'de çok iddialı bir sağlık kenti kuruluşu planlanmaktadır.

Konuya diğer bir açıdan bakarsak, petrol fiyatlarının artışıyla Ortadoğu ülkeleri zenginliğine zenginlik katmış ve her alanda olduğu gibi sağlık turizminde de ciddi bir potansiyel olmuştur. Ortadoğu'nun kültürü ve dini inancı Türkiye ile aynı ve ulaşım bakımından da yakın olduğu için, ülkemizdeki modern özel hastaneler, büyük ve kaliteli termal tesisler tüm Arap dünyasının hizmetine hazırdır. En büyük eksiklik, bu değerlerimizin tanıtılıp pazarlanamayışdır.

Türkiye'de son yıllardaki siyasi istikrar ve Arap dünyasına olan yakınlaşma diğer ticari alanlarda olduğu gibi sağlık turizmi alanında da (özellikle termal ve estetik cerrahi) büyük gelişmeler olmuştur.

3) Afrika ülkeleri

Bu ülkelerde birçok hizmette olduğu gibi sağlık hizmeti de çok geridedir. Üst zengin sınıf bu hizmeti Batıdan veya Hindistan'dan almaktadır. Çünkü Batı ile olan ilişkileri sömürü döneminden beri çok sıkıdır. Ancak son yıllarda Batı'nın sağlık alanında karşılaşmaya başladığı sıkıntılardan dolayı bu kısmı ihmal etmeye başlamıştır. Türkiye bu pazara ilk defa sıcak bakmaya başlamıştır. Zamanla bu pazara da kaliteli ve ekonomik bir sağlık hizmeti sunulabilir.

Türkiye, özellikle son 1- 2 yıldan beri Afrika ile ticari işbirliğinde ciddi menfaatler sağlamıştır. Ticaret hacmi 20 milyar dolara yaklaşmış 400'e yakın işadamı Afrika'nın çeşitli ülkelerinde çalışmaktadır. Ayrıca yıllardır devam eden eğitim iş birliği sayesinde 2 bini aşkın doktor Türkiye de eğitim almıştır. Afrika'da ki bu son gelişmeler sayesinde sağlık turizmi konusunda da ciddi bir pazar

Petrol fiyatlarının artışıyla Ortadoğu ülkeleri zenginliğine zenginlik katmış ve her alanda olduğu gibi sağlık turizminde de ciddi bir potansiyel olmuştur. Ortadoğu'nun kültürü ve dini inancı Türkiye ile aynı ve ulaşım bakımından da yakın olduğu için ülkemizdeki modern özel hastaneler, büyük ve kaliteli termal tesisler tüm Arap dünyasının hizmetine hazırdır. En büyük eksiklik, bu değerlerimizin tanıtılıp pazarlanamayışdır.

oluşmuştur. Bu fırsat iyi değerlendirilmelidir.

4) Türk Cumhuriyetleri, Kafkaslar ve komşu ülkeler

Bu ülkelerle dil ve kültür birliğimiz var. Sağlık sistemleri çok ileri düzeyde değil. Ciddi termal tesisleri yok. Ülkemizin hastanelerini, termallerini çok iyi bir şekilde buralarda sunabiliriz. Ayrıca buralarda sağlık kuruluşları açabiliriz. Son yıllarda ticari ve sosyal ilişkilerimiz çok güçlenmiştir.

İran, Irak ve Suriye gibi komşu ülkeler ile ulaşım ve iletişim problemimiz yok. Özellikle Irak ve Suriye'de sağlık hizmeti, İran'da ise termal turizm alanında çalışmalar yapılabilir. Kısacası ülkemiz bölgesinde her alanda olduğu gibi sağlık turizminde de lider konumda olabilir.

Sonuç olarak ülkemiz sağlık turizmi, kronik hastalıklar ve planlı tedavi hizmetlerini ucuz olduğu için Avrupa'ya (özellikle göçmenlere) ve 11 Eylül sonrası tablodan dolayı Ortadoğu ve Orta Asya'ya pazarlanabilir. Kaplıca turizmi için durum farklı. Çünkü kaplıcalarımız kesinlikle kaliteli ve ekonomiktir. Kaplıcalar tüm Avrupalıya çok rahat bir şekilde tanıtımı iyi yapılırsa pazarlanabilir. (Tabi ki burada tedavi amaçlı kaplıca turizmi yine biraz zor, dinlenme amaçlı kaplıca turizmi daha kolay pazarlanabilir)

Evde bakım hizmetlerine bakış

Dr. Etem Alnigeniş



1987 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1990-1992 yılları arasında aynı yerde Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda doktora çalışması yaptı. 1994 yılında Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi'ni, 2002 yılında ise yine Anadolu Üniversitesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü'nü tamamladı. İş yaşamına 1988 yılında Süleymaniye Doğumevi'nde Pratisyen Hekim olarak başladı. 1993-1994 yılları arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalında ihtisas yapmaktayken ABD'ye gitti. 1994-1996 yılları arasında Indiana Üniversitesi Anesteziyoloji bölümünde çalıştı. 1996-2000 yıllarında New York'da anesteziyoloji ve reanimasyon alanındaki uzmanlık eğitimini tamamladı. 2000 yılında Eczacıbaşı Topluluğu'na Eczacıbaşı-Baxter Hastane Ürünleri bünyesinde Uzman Ürün Yöneticisi olarak katıldı. Halen Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü görevini sürdürmektedir.

Evde bakım hizmetleri, genel olarak bireyin sağlığını korumak, bireyi iyileştirmek ve yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin organize bir şekilde profesyonel bir anlayışla, bireyin kendi evinde ya da yaşadığı ortamda sunulmasıdır (1).

Evde bakım hizmetlerinde amaçlardan en önde geleni, gereken sağlık hizmetini en iyi standartta sunarken aynı zamanda

hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir.

Her hastanın kendisine özel gereksinimleri doğrultusunda sunulan evde bakım hizmeti, evde doktor muayenesinden kısa veya uzun süreli hemşirelik hizmetlerine, terapi hizmetlerinden laboratuvar hizmetlerine kadar uzanan geniş bir yelpazede, yüksek teknoloji desteği ve deneyimli tıbbi personel tarafından verilmektedir.

Ülkemizde kurumsal olarak evde bakım kavramı Eczacıbaşı Sağlık Hizmet-

leri tarafından tanıtılmış ve kuruluşundan bu yana çok sayıda hastaya bu hizmet sunulmuştur. Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri bu alanda öncü çalışmalarını aktif olarak sürdürmektedir.

Hastalandığında evinde tedavi olmak isteyen veya hastane sonrası tedavisine evde devam edilmesine karar verilen genç, yaşlı, bebek, yeni doğum yapmış anne, bedensel engelli, herkes bu hizmetten yararlanabilmektedir. Bununla birlikte evde bakım hizmetinin en çok talep edildiği alanları şu şekilde sıralayabiliriz:





18. yüzyılda fakir hastaların evlerine düzenlenen ziyaretlerle başlayan hizmetler, 1909'da ilk kez sigortalar tarafından ödenmeye başlamıştır. Günümüzde ABD'de 22 binin üzerinde evde bakım şirketi bulunmaktadır. Evde bakım sektörünün büyüklüğü 170 milyar dolar civarında olup tüm sağlık harcamaları içindeki payı yüzde 7,8'dir.



Gelişmiş ülkelerde hastanelerden taburcu olan hastaların yaklaşık yüzde 15'i evde bakıma yönlendirilmektedir. Ülkemizde evde bakım için 700 bin hasta potansiyeli ortaya çıkmaktadır. Ancak bir yıl boyunca bu hizmeti alabilen hasta sayısı 7 bin adedi geçmemektedir. Evde bakım hizmetlerinin yaygınlaşması, ancak devletin bu hizmetleri geri ödemesi ile mümkün olabilecektir.

- Onkoloji
- Nöroloji
- Nefroloji
- Kardiyoloji
- Metabolizma/Diyabet
- Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
- Ortopedi
- Geriatri
- Üroloji
- Kalp Damar Cerrahisi
- Genel Cerrahi
- Beyin Cerrahisi
- Göğüs Cerrahisi
- Yeni Doğan – Pediatri
- Psikiyatri

Neden evde bakım?

- Yaşlı nüfus artışı ve buna bağlı olarak kronik ve dejeneratif hastalıklar artmaktadır.

- Kanser olgusu sayısı ülkemizde 90 - 100 bin olup her yıl kanser nedeniyle ölüm sayısı 40 - 50 bin olarak tahmin edilmektedir (2).
- Ülkemizde bedensel engelli sayısı 8 milyondur. Her yıl 150 bin kişi ya sakat doğmakta ya da kazalar / hastalıklar nedeniyle sakat kalmaktadır (3).
- Evde bakım, hastanede verilen hasta bakımını bütünleyici bir sağlık hizmeti olarak sağlanmaktadır.
- Bireylere özgürlük ve kendisine ait ortamı kullanma şansı vermektedir.
- Ailenin ve yakın sosyal çevrenin varlığı, hasta için çok önemlidir.
- Ev ortamı hastanın aile içi yaşama katılması, daha fazla faaliyette bulunmasını ve çevresiyle olan iletişiminin düzenlenmesini kolaylaştıracağından uzun süreli bakımı gereken hastaya daha etkili psikolojik destek sağlamaktadır.
- Evde bakım sırasında hastanın yiyeceği besinler, hastanın kendi istekleri de gözetilerek hazırlanmaktadır.
- Evde bakımda hastane enfeksiyonu riski hastaneye göre daha azdır.
- Bireyin bakım sorumluluğu aile bireylerinin üstünden alınarak iş ve sosyal yaşantılarını kısıtlamaları ve tükenmişlik yaşamaları engellenmektedir.

Kabul kriterleri

Hastaların evde bakım hizmetine kabulü için gereklilikler, 10 Mart 2005 tarihinde yayımlanan yönetmelikle çok açık bir şekilde belirtilmektedir (4). Buna göre;

- a) Sağlık kuruluşunda, hastanın veya hastanın tıbbi durumu onay vermeye elverişli değilse kanuni temsilcilerinin bilgilendirilmiş onay formu ile rızası alındıktan sonra işlem yapılmaktadır.
- b) Evde bakım hizmeti için kabul edilen hastalar, mevzuat tarafından belirlenen hakları korunacak şekilde, hasta hakları ve yükümlülükleri ve hizmet içeriği konusunda bilgilendirilmektedir. Hastanın kendisi veya kendisi karar verme

yetisine sahip değilse kanuni temsilcisi, sunulacak hizmetin varsa riskleri konusunda her türlü bilgiyi almaya ve değerlendirme yaptıktan sonra hizmeti kabul etmeme hakkına sahiptir.

c) Evde bakım hizmeti almak isteyen hasta, kendi hekimi tarafından takip altında olmalıdır. Kendisini takip eden bir hekimi olmayan hastalar, sağlık kuruluşunun evde bakım hizmeti sunan hekimleri tarafından ve gerekirse konsültan hekimler tarafından değerlendirilmekte ve bir hekim atanmaktadır.

d) Evde bakım hizmeti için, hasta ve/veya hasta ailesi tarafından istek yapılabilir. Bu durumda evde bakıma uygunluğu ve tedavi sorumluluğu açısından hastanın durumu tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekim veya evde bakım hekimi tarafından değerlendirilmektedir. Planlamada yapılacak değişiklikler ya da ileri düzey yeni hizmet seçenekleri için hekim onayı alınmaktadır.

e) Hasta evindeki fiziksel ortam ve ekipman, güvenli ve etkin bakım vermeye uygun olmalıdır.

f) Hastanın ırkı, rengi, inancı, cinsiyeti, doğum yeri, etnik kökeni, yaşı, zihinsel ya da bedensel engeli ve iletişim rahatsızlığı, kabul açısından hiçbir şekilde olumsuz etken olarak değerlendirilemez.

g) Hasta bakımı açısından sağlık kuruluşu tarafından önerilen tedavi planının kabul edilmemesi durumunda, bu tedavi planının uygulanmamasının yol açabileceği riskler anlatılarak hizmetin kabul edilmediğine ilişkin yazılı beyan istenir.

Tüm bunların yanında artık sağlık hizmetlerinde yatak sayılarının azaltılması, hastanede kalma süresinin kısaltılması bir performans ölçütü olarak kabul edilmektedir. Bunu başarabilmenin

yolu ise uygun şartlar oluştuğunda hastaları evde bakım hizmetlerine yönlendirmektedir.

Hastaların ve hasta yakınlarının evde bakım hizmet sunucularından beklentilerini ise şöyle sıralayabiliriz:

- Kaliteli bir sağlık hizmeti
- Eğitimli ve tecrübeli tıbbi personel
- Değişmeyen kadro ile hizmet sunulması
- Teknoloji destekli tıbbi kayıt ve bilgi sistemleri
- Primer hekime odaklı çalışma
- Hastanın ve yakınlarının 24 saat ulaşabileceği nöbetçi hekim kadrosu
- Düzenli kontrol ve takip
- Kişiyi özel hizmet anlayışı ve yaklaşımı
- Kapsamlı sağlık hizmeti
- Dünya standartlarında hizmet sunulabilmesi için tüm yeniliklerin takip edilmesi
- Bakım hastalarına 7 gün 24 saat değişmeyen kalite ile hizmet sunulması

Dünyadaki uygulamalar

ABD bu alanda en gelişmiş ülkelerden biridir. Evde bakım hizmetlerinin geçmişi 18. yüzyıla kadar uzanmaktadır. 18. yüzyılda fakir hastaların evlerine düzenlenen ziyaretlerle başlayan hizmetler, 1909'da ilk kez sigortalar tarafından ödenmeye başlamıştır. 1970'li yıllarda özel sağlık sigortaları evde bakımın daha az masraflı olduğunu ve hastane bakım maliyetlerini kendileri açısından düşürdüğü için aktif olarak kullanmaya başlamıştır. 1980'lerde Ulusal Evde Bakım Derneği kurulmuş ve bu alanda akreditasyon zorunlu hale getirilmiştir. Günümüzde ABD'de 22 binin üzerinde evde bakım şirketi bulunmaktadır. Evde bakım sektörünün büyüklüğü 170 milyar dolar civarında olup taburcu olan hastaların yüzde 15-20'si de evde bakım hizmetlerine yönlendirilmektedir. Bu hizmetlerin tüm sağlık harcamaları içindeki payı ise yüzde 7,8'dir (5).

Avrupa Birliği ülkelerine ve diğer ülkelere bakıldığında da evde bakım son derece rağbet gören bir sağlık hizmeti alanıdır.

Örneğin İrlanda'da devlet, evde bakım hizmetlerinin tamamını ödemektedir. İzlanda, İsveç, Macaristan'da beledi-

yeler geri ödeme yapmakta ve tıbbi hizmetlerin hepsini vermektedir. Hollanda'da bu hizmetler, hem hemşirelik hizmetlerini hem de annelik bakımına kadar geniş bir yelpazeyi bünyesinde bulundurmaktadır. Kanada, İngiltere, İtalya ve Fransa'da da evde bakım hizmetleri geri ödeme kapsamındadır. Norveç ve Danimarka'da sadece evlere yapılan sağlık amaçlı ziyaretlerin bedeli ödenmekte ve refakat hizmetleri de ödeme kapsamında değerlendirilmektedir. Dünyadaki genel durumu incelendiğinde evde bakım sektörünün ne denli rağbet edilen bir hizmet alanı olduğu görülmektedir.

Dünya nüfusu yaşlanıyor...

Her geçen yıl nüfusu yaşlanan dünyada 2050 yılında 60 yaş üzerindeki nüfus ortalamasının yüzde 21 olacağı öngörülmektedir (6). Yaşlanan nüfusla birlikte sağlık problemlerinin artması da beklenmektedir. Yaşlanan ve sağlık problemleri artan nüfusun yaşam kalitesini en yüksek düzeyde tutarak hayatlarına devam etmelerini sağlamanın yolu ise evde bakım ile sağlanabilir.

Ülkemiz henüz genç ve dinamik bir nüfus yapısına sahip olmasına karşın yapılan öngörüler gelecekte hızlı bir şekilde yaşlanacağını ortaya koymaktadır. 65 yaş üstündeki nüfus oranının

2025 yılında yüzde 16 olacağı öngörülmektedir (7). Yaşlı bir nüfusta kanser ve yaşlılık arttıkça bu tarz hizmetlere daha çok ihtiyaç duyulacaktır.

Türkiye'de evde bakım ve uygulamalar

Evde bakım, Türkiye için yeni bir sektördür. Türkiye'de evde bakım hizmetleri, 10/3/2005 tarihli ve 2575 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" ile yasal düzenleme altına alınmış, bu alanda faaliyet gösteren tüm kuruluşların Sağlık Bakanlığı Uygunluk Belgesi almaları zorunlu kılınmıştır (8). Evde bakım hizmetleri kapsamında yönetmeliğin yayınlanmasından sonra söz konusu uygunluk belgesini alan kuruluş sayısı halen 20'yi geçmemektedir. Öte yandan belirlenen standartların dışında hizmet veren pek çok hizmet organizasyon ku-

ruşu bulunmaktadır. Bu konuda yetkinliği olmayan, profesyonellikten uzak hizmet sunucuların sayısı riskli bir şekilde giderek artmaktadır. Yalnız Türk vatandaşları değil, yabancı uyruklu kişiler de bu hizmeti çok düşük bedellerle verebildiklerini iddia etmektedirler. Yasal düzenlemeye karşın, "ben de hasta bakıyorum" diyerek ilan veren kuruluşların seri ilanlar sayfalarında iki-üç sütun işgal edecek sayıya ulaştıkları görülmektedir.

Gelişmiş ülkelerde, evde bakımın hastanede verilen sağlık hizmetlerini bütünleyici niteliği göz önünde bulundularak hastanelerden taburcu olan hastaların yaklaşık yüzde 15'i evde bakıma yönlendirilmektedir. Ülkemizde yıllık hastanelere yatan hasta sayısı 7 milyon dolayında olup söz konusu hastaların sadece yüzde 10'u evde bakıma yönlendirilmesi durumunda 700 bin hasta potansiyeli ortaya çıkmaktadır. Ancak bir yıl boyunca bu hizmeti özel sağlık sigortası kanalıyla veya kendi cebinden ödeyerek alabilen hasta sayısı 7 bin adedi geçmemektedir. Toplumda çok büyük bir kesim devletin sosyal güvenlik şemsiyesi altında yer almaktadır, ancak evde bakım hizmetleri devlet tarafından ödenmediğinden kişiler bu hizmetlerden yararlanamamaktadır. Evde bakım hizmetlerinin ülkemizde geniş kitlelere yayılabilmesi ve herkes tarafından kolaylıkla kullanılabilir bir hizmet haline alması, ancak devletin gündemine girmesi ve devletin bu hizmetleri geri ödemesi ile mümkün olabilecektir.

Kaynaklar

- 1- World Health Organization; (1999) "Home-Based and Long-Term Care, Home Care Issues and Evidence", s.1
- 2- Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri (1995- 1999). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı Bakanlık Yayın No: 618, Ankara: s. 2002.
- 3- T.C.Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Türkiye Özürlüler Araştırması İleri Analiz Raporu (Ocak 2006)
- 4- T.C.Resmi Gazete, Sayı 2575, 10/03/2005
- 5- Centers for Medicare and Medicaid Services
- 6- United Nations "Population Aging 2002"
- 7- Savas, B.Serdar et al. (2002) Health Care Systems in Transition: Turkey, Editör.Thomson, S.Mossialos, E.European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen
- 8- T.C.Resmi Gazete, Sayı 2575, 10/03/2005



İyisiyle kötüsüyle genetiği değiştirilmiş organizmalar

Doç. Dr. Gürkan Öztürk



1968 yılında Karabük'te doğdu. İlk ve ortaöğrenimini burada tamamladı. 1993 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Üniversite yıllarında çeşitli dergilerde popüler bilim yazarlığı yaptı. 1995-1999 yılları arasında King's Collage'de fizyoloji doktorası yaptı. Halen Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Fizyoloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır. Akademik uzmanlık ve ilgi alanı sinirbilim ve sinir rejenerasyonu olup aynı zamanda Sleep and Hypnosis ve Eastern Journal of Medicine dergilerinin yardımcı editörlüğünü yapmaktadır. Dr. Öztürk evli ve üç çocuk babasıdır.

Genetiği değiştirilmiş organizmalar (GDO) artık günlük hayatımızın bir parçası haline geldi. Konunun doğrudan insan sağlığını ilgilendiren yönü ve sansasyona açık doğası gereği kamuoyunu oldukça meşgul ettiğini görmekteyiz. Ancak her popüler konuda olduğu gibi GDO kavramı üzerinde de oldukça kalın bir bilgi kirliliği tabakası bulunduğu düşünmekteyiz. Daha doğru bir bilgilendirme için konu ile ilgili bilimsel literatürden derlediğimiz hıla-

sayı değerlendirmenize sunuyoruz.

GDO'ların faydaları

İlaç niteliğinde biyolojik moleküllerin kolay ve bol üretimi

Halen yavaş ve pahalı süreçler içeren rekombinant DNA teknolojisi ile bakterilere ürettirilen pek çok biyolojik molekül bol miktarda elde edilebilir. Bunun için üzerinde çalışılan en önemli yöntem bu maddelerin hayvanların sütünde salgılanmasını sağlamaktır. Bu bağlamda geçtiğimiz ay Amerikan

Gıda ve İlaç Dairesi, GTC Biotherapeutics firmasının klonladığı transgenik keçinin sütünde salgılanan Antitrombin-III'ün çeşitli hastalık ve tromboembolik olaylarda kullanılmasına onay verdi. Bu, resmi onay alan ilk transgenik ilaç oldu.

Yenebilir ilaç ve aşıların üretimi

İlaç ve aşılar; süt, yumurta ve meyvelerin yapısına katılarak hedef kitlelere ulaştırılmaları kolaylaştırılabilir. Enjekte edilen aşıların üretimi, saklanması ve taşınması pahalıdır ve uzman personel



Kanser hücresini bulup tahrip edebilen transgenik bir virüsle; pankreas, akciğer, over, karaciğer ve kolon kanseri tedavi denemeleri deney hayvanlarında olumlu sonuçlar vermiştir. Genetiği değiştirilmiş bir bakteriye, kadınları HIV enfeksiyonuna karşı koruyabilecek bir protein salgılatılmıştır.





gerektirir. Oysaki bunlar gıda olarak dağıtılabilsen pek çok az gelişmiş ülkede çok hızlı bir aşılama faaliyeti gerçekleştirilebilir. Hepatit B ve Norwalk virüsüne karşı aşılama sağlayan örnek bitkiler çoktan üretilmiştir. Yendiğinde koleraya karşı bağışıklık sağlayan patates elde edilmiştir. 2004 yılında Avrupa Birliği 6. Çerçeve Programı kapsamında kuduz, tüberküloz ve HIV'e karşı aşılama sağlayabilecek transgenik bitkilerin üretilmesi için 12 Milyon Euro kaynak sağlamıştır.

Gıdalara ek özellikler ve besleyici değer katmak

Bu tür gıdalar hastalıklara karşı koruyucu özellikler kazanabilecekleri gibi gıda alerji ve intoleransı olan kişiler için çözüm olabilirler. Bunlara örnek olarak prostat kanseri ve kalp hastalıklarını önleme ve tedavide etkili olan likopen maddesini artmış miktarda üreten domates ya da antihipertansif etkileri olduğu gösterilmiş alfa-glisin içeren mutant soya fasulyesi verilebilir. A vitamini eksikliği geri kalmış ülkelerde oldukça yaygın olup yılda 500 bin çocuğun kör olmasına, 2-3 milyon çocuğun ise ölümüne neden olmaktadır. A vitamini öncüllerinden beta karoteni içeren transgenik bir pirincin bu büyük kaybı azaltması beklenmektedir.

Mevcut tarımsal ürünlerin kalite ve güvenilirliğini arttırmak

Özellikle geleneksel olarak tüketilen ancak ciddi sağlık riskleri oluşturan bazı tarım ürünleri ıslah edilebilir. Örneğin Kuzey Hindistan'da yaygın olarak yetiştirilen bir çeşit mercimek lathirizm adı verilen ciddi bir hastalığa neden olmaktadır. Bu ve benzeri bitkilerin genetik modifikasyonu mikotoksin, alkaloid ve glukosinolat gibi istenmeyen maddelerin seviyelerini düşürebilir.

Zor şartlara dayanıklı yüksek verimli ürün elde etmek

Bunun için herbisitlere toleranslı, haşere, virüs ve mantarlara karşı dirençli tarım ürünleri elde edilmiştir. Genetik modifikasyonlar çok farklı toprak ve iklim şartlarına sahip bölgelerde tarım yapılmasını sağlayabilir. Örneğin daha kurak iklime ya da tuzlu toprağa uyum sağlayabilen türler üretilmiştir.

GDO'ların tıbbi araştırmalarda kullanımı

Kanser hücrelerini bulup tahrip edebilen transgenik bir virüsle; pankreas, akciğer, over, karaciğer ve kolon kanseri tedavi denemeleri deney hayvanlarında olumlu sonuçlar vermiştir. Genetiği değiştirilmiş bir bakteriye, kadınları HIV enfeksiyonuna karşı koruyabilecek bir protein salgılatılmıştır.

Kimyasal atıkların temizlenmesinde GDO'lar

Bakteri ve mantar gibi mikroorganizmalara kazandırılacak yeni yeteneklerle lağım, pestisit, ağır metal ve hatta nükleer atıklar daha zararsız bileşenlere ayrılabilir. Plastığı metabolize edebilen bakterilerin üretilmesi çevre kirliliği ile mücadelede önemli bir adım olacaktır. Bir kavak türüne eklenen bakteri kökenli civa-redüktaz enzim geni, ağacın iyonize civa ile kontamine olmuş toprakta yetişmesine, dahası bunu hızla daha az toksit olan elementer civa'ya dönüştürmesine imkân vermiştir.

GDO'ların sağlık riskleri

Beklenmeyen gen etkileşimleri

Bir organizmada genetik değişiklikler tasarlanırken belirli faydalar öngörülür. Ancak bu değişiklikler, hesapta olmayan birtakım toksik bileşenlerin üretilmesine neden olabilir. Bununla ilgili somut bir veri, genetiği değiştirilmiş

soya fasulyesiyle beslenen sıçanlarda gözlenen sebebi belirsiz kilo kaybıdır. Bu kilo kaybının toksik bir etkidenden mi ortaya çıktığı, yoksa fasulyenin metabolik işlemlere daha farklı cevap vermeye başlamasına mı bağlı olduğu bilinmemektedir.

Kanser riski

Genetiği değiştirilmiş tarım ürünlerinde daha fazla pestisit artığı tespit edilmektedir. Pestisitler, non-Hodgkin lenfoma gibi bazı kanser vakalarındaki artışlarla ilişkilendirilmektedir. Genetik müdahaleden geçmiş bir bakteriye üretilen gıda katkı maddesi DL-triptofan'ın deney hayvanlarında miyozit ve pankreas patolojilerine neden olduğu gösterilmiştir.

Alerjik reaksiyon

Genetik müdahale sonucunda ortaya çıkan yeni proteinler alerjik reaksiyonlara neden olabileceği gibi bunların normal proteinlerle etkileşmesi de yeni alerjenlerin ortaya çıkmasına yol açabilir. Gıda olarak tüketilen genetiği değiştirilmiş tarım ürünlerinin alerjik potansiyelini önceden test etmenin pratik bir yolunun olmaması büyük tüketici kitleleri için önemli bir risk faktörünü ortaya çıkarmaktadır.

Yatay gen transferi

İnsanoğlu sürekli olarak hayvan ve bitki kökenli yabancı genetik materyalle karşılaşmaktadır. Günlük gıdalarla birlikte yaklaşık 0,1-1 gr kadar yabancı DNA'yı vücudumuza alırız; bunlar tamamen sindirilir ve normal olarak bizim için bir tehdit oluşturmazlar. Ancak Ebola, AIDS, Lyme ve deli dana hastalığı gibi zamanlar sadece hayvanlarda görülen pek çok hastalığın genetik mutasyonlar sonrası insanları etkilemeye başlaması, GDO'lar hakkında da haklı endişeleri doğurmaktadır. Genetik müdahalelerin önemli bir grubu viral vektörler kullanılarak yapılmaktadır. Bu viral DNA'nın bir



şekilde mutasyona uğrayıp yeni ve etkisi kestirilemeyen virüs suşlarının ortaya çıkması ihtimal dâhilindedir.

Antibiyotik direnci

Genetik materyalin bakterilere transferi ve ardından son ürünün elde edilmesi aşamalarında, üretim yapan bakteriler bunlara antibiyotik direnci kazandırılarak diğerlerinden ayrılırlar. Böyle bir işlem sonunda ortaya çıkan üründe böylesi dirençli bakterilerin kalmış olması ve bunların gıda ya da başka yollarla insanlara bulaşması insanların doğal bakteriyel florasını değiştirebileceği gibi tabiatta bulunan bakteri popülasyonunu da etkileyebilir. Ayrıca bu bakterilerin kendileri değil, sadece antibiyotik direnci taşıyan DNA'larının bile son üründe bozunmadan kalması bu genlerin sindirim sistemindeki bakterilerce alınması ve kullanılması riskini doğurmaktadır. Henüz böyle bir olay bilimsel ortamlarda rapor edilmemiş olsa da, Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü uzmanlar paneli bu ihtimalin hiçbir şekilde ekarte edilemeyeceğini ve risk değerlendirme kriterleri arasına alınması gerektiğini bildirmişlerdir.

GDO'ların oluşturduğu çevresel ve sosyal riskler

Genetik manipülasyonların hayvanlar için ne tür tehditler taşıdığını önceden kestirmek mümkün gözükmemektedir. Öte yandan genetik müdahale ürünleri içeren hayvan yemlerinin toksik yan ürünler içermesi her zaman için mümkündür.

Her canlının genetik materyali, o canlının yaşamsal fonksiyonlarını devam ettirebilmesi için hassas bir dengenin sağlanmasından sorumludur. Bu denge çoğu zaman birden fazla gen ürününün birbirlerini etkilemesi ile gerçekleşir. Bir organizmaya yabancı bir gen sokulduğunda bu hassas dengenin bozulması söz konusu olur. Örneğin soya fasulyesine eklenecek CP4-EPSPS geni, lignin proteininin sentez ve metabolizmasını değiştirmiş ve bunun sonucunda bitki yüksek sıcaklığa karşı direncini yitirmiştir. Artan gen yükünün organizmaların çevreye uyumunu güç-

leştirdiği bilinmektedir ve bu gözlem bunun çarpıcı bir örneğidir.

GDO'ların doğaya yayılması biyoçeşitliliği tehdit edebilir. Özellikle çevreye uyumda avantaj kazandırılmış organizmalardan yabancı bireylere gen aktarımı, zaman içinde popülasyonu genetik fakirliğe mahkum edebilir.

Pek çok organizma, zorlaşan çevresel şartlara karşı genetik adaptasyonlarla cevap verir. Örneğin bakterilerin antibiyotik direnci bu şekilde ortaya çıkar. Herbisitlere dayanıklı hale getirilmiş tarım ürünlerinin yaygın olarak üretimi yabancı otlara karşı ilaç kullanımını da arttırmaktadır. Bunun getirdiği ciddi bir tehlike, yabancı otların da bu herbisitlere karşı zaman içinde direnç geliştirmesidir. Bu durumda normal ürünlerle yapılan tarımda yabancı ot mücadelesi imkânsız hale gelecektir; bu ise en çok gelir düzeyi düşük üreticileri etkileyecektir. Benzer bir tehdit, pestisitlere dayanıklı ürünlerin yaygınlaşmasıyla da ortaya çıkabilir.

GDO'ların üretimi, özellikle tarım alanında işgücü ihtiyacını azaltacaktır. Bu, görünüşe göre maliyet açısından olumlu olsa da beraberinde getireceği işsizlik riski küçümsenemez.

Daha fazla okuma için:

Bertoni G, Marsan AP. Safety Risks for Animals Fed Genetically Modified (GM) Plants. *Vet Res Commun* 2005;29(Suppl2):13-8.

Chang TLY, Chang CH, Simpson DA, Xu Q, Martin PK, Lagenaur LA, et al. Inhibition of HIV infectivity by a natural human isolate of *Lactobacillus jensenii* engineered to Express functional two-domain CD4. *Proc Natl Acad Sci USA* 2003; 100:11672-7.

Conway G. Genetically modified crops: Risks and Promise. *Conserv Ecol* 2000;4:2.

Huang J, Hu R, Rozelle S, Pray CE. Insect-Resistant GM rice in farmers' fields: assessing productivity and health effects in China. *Science* 2005;308:688-90.

Marmioli N. Transgenic Organisms: Enthusiasm and Expectations as Compared with the Reality of Scientific Research. *Vet Res Commun* 2005;29(Suppl. 2):1-5.

Herbisitlere dayanıklı hale getirilmiş tarım ürünlerinin yaygın olarak üretimi yabancı otlara karşı ilaç kullanımını da arttırmaktadır. Bunun getirdiği ciddi bir tehlike, yabancı otların da bu herbisitlere karşı zaman içinde direnç geliştirmesidir. Bu durumda normal ürünlerle yapılan tarımda yabancı ot mücadelesi imkânsız hale gelecektir; bu ise en çok gelir düzeyi düşük üreticileri etkileyecektir.

Matoba N, Doyama N, Yamada Y, Maruyama N, Utsumi S, Yoshikawa M. Design and production of genetically modified soybean protein with anti-hypertensive activity by incorporating potent analogue of okininin (2-7). *FEBS Letters* 2001; 497:50-4.

Mehta RA, Cassol T, Li N, Ali N, Handa AK, Mattoo AK. Engineered polyamine accumulation in tomato enhances phytonutrient content, juice quality, and vine life. *Nat Biotech* 2002; 20:613-8.

Nuffield Council on Bioethics. The use of genetically modified crops in developing countries. http://www.nuffieldbioethics.org/go/ourwork/gmcrops/publication_313.html

Rowland IR. Genetically modified foods, science, consumers and the media. *Proc Nutr Soc* 2002;61:25-9.

Rugh CL, Senecoff JF, Meagher RB, Meikle SA. Development of transgenic yellow poplar for mercury phytoremediation. *Nat Biotech* 1998;16:925-8.

Van den Eede G, Aarts H, Buhk HJ, Corthier G, Flint HJ, Hammes W. The relevance of gene transfer to the safety of food and feed derived from genetically modified (GM) plants. *Food Chem Toxicol* 2004;42:1127-56.

Kafa karıştıran hastalıklar (1): Guatr, nodül ve kanser

Prof. Dr. Yüksel Altuntaş



1985'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1991 yılında iç hastalıkları ihtisası, 1995'te Endokrinoloji ve Metabolizma yan dal ihtisasını tamamladı. 1996 yılında doçent oldu. 1997-1999 yıllarında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Endokrinoloji ve Metabolizma Uzmanı olarak çalıştıktan sonra 1999'da Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Klinik Şefliği'ne atandı. 2003-2005 arasında aynı hastanede başhekimlik görevini yürüttü. 2005'te Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği'ne şef olarak atandı. Aralık 2008'de profesör oldu. Metabolik Sendrom Derneği kurucusu ve ikinci başkanıdır.

Vücudun önemli endokrin organlarından tiroid bezi 25 gram ağırlığında ve kelebeğe benzer şekilde olup boynun önünde gırtlığın hemen altındadır. Tiroid bezinin büyümesi guatr olarak adlandırılır. Metabolizma açısından gerçekten çok önemli olan tiroid hormonlarının yapım yeri olan tiroidin hastalıkları toplum tarafından ve hekimler tarafın-

dan oldukça önemsenir. Fakat bu önemsenme bazen hem hekim hem de hasta açısından aşırıya kaçarak gereksiz incelemelere ve inceledikçe de her iki taraf içinde kafa karışıklığına yol açan problemlere neden olur.

Tiroid nodülü ve kanser

Türk toplumunda guatr oldukça yaygın bir problemdir. Toplumdaki yaygınlığı elle muayenede (palpasyon) yüzde

2-6, ultrasonografik olarak yüzde 19-35, otopside ise yüzde 8-65 oranındadır. Yaş ve iyot eksikliği artıkça nodül sıklığı da artar. Kadınlarda daha sıktır. Nedenleri iyod eksikliği, genetik nedenler, sigara, bazı ilaçlar ve bazı besinler olarak sayılabilir. İyotun yetersiz olduğu topraklarda yetişen veya iyodun az olduğu sularla sulanan tarım alanlarında yetişen besinlerin alımı ile vücuda yetersiz iyod alınmış olur. İyot alımının azlığına bağlı olarak da tiroid





bezi büyüyerek guatr oluşur. Tiroid bezi ya yaygın (difüz) olarak büyür ya da nodül dediğimiz bir tomurcuklanma tarzında büyür veya yaygın ve nodül her ikisi olacak tarzda büyür.

Tiroid kanseri nodül olarak ortaya çıktığından dolayı hekim ve hasta açısından endişe kaynağı olur. Fakat nodüllerin dopler ultrasonografisi ile ayrıntılı incelemesi ve de gerektiğinde ultrasonografik veya klinik olarak şüphe uyandıran nodüllerden iğne ile biopsi yapılması tiroid kanseri tanısı için yardımcı olur. Bu nedenle her nodüle kanser gözü ile bakarak ameliyat önermek de gereksiz bir işlem olmaktadır. Fakat her nodül küçük büyük ayırımı yapmadan klinik ve radyolojik ve de biokimyasal olarak ayrıntılı incelemeye tabi tutulmalıdır. Tiroid nodüllerinde kanser riski yüzde 4.5-6 arasındadır.

Kanser riski taşıyan durumlar:

1. Çocukluk çağı

2. 30 yaş altı veya 60 yaş üstü olmak

3. Çocukluk çağında boyuna ışın tedavisi almak

4. Birinci derece yakınlarda tiroid kanseri hikayesi

5. Erkek cinsiyet

6. 4 cm üzerine nodüller

Tiroid nodülü nasıl önlenir?

İyod eksikliği olan bölgelerde tuzların iyodlanması guatr ve de nodül oluşumunu önleyebilir. Sigara da nodül oluşumundan sorumlu tutulmaktadır. Ayrıca nodül oluşumunun obezite ile ilişkisi saptanmış olup zayıflama nodülün küçülmesini sağlamaktadır. Bu gün için ilaç tedavisi nodülün gerilemesine üzerine çok etkili değildir. Yan etkileri nedeni ile pek önerilmemektedir.

Neler karışıyor?

1. Her nodülden kanser oluşmaz

2. Kanser nodül olarak ortaya çıkabilir

Nodüle uygulanan ince iğne biopsisi patolojik

incelemede tam bir sonuç

veremiyor veya kanseri

dışlayamıyor ve de nodül

4cm üzeri ise tiroid bezinin

çıkartılması önerilir.Bu gibi

durumlarda operasyon

istenmez ise maligniteyi

dışlamak için PET yapılabilir.

3. Her nodül ameliyat gerektirmez

4. Her nodül biopsi gerektirmez

5. Tiroid iltihaplarındaki(tiroidit) nodüller gerçek nodül olmayabilir(yalancı nodül=pseudonodül)

6. Tek nodüller birden fazla nodüllere göre kanser açısından daha risklidir.

7. Sintigrafik olarak ortaya konan Hiperaktif (sıcak nodül) nodüllerde kanser riski hipoaktif (soğuk nodül) nodüllere göre daha azdır.

Tanı

Ultrasonografik veya klinik olarak şüphe uyandıran nodüllerden büyük veya küçüklüğüne bakmaksızın ultrason aracılığı ile iğne ile biopsi yapmak altın standart bir yöntemdir. Nodüller için iyi bir tanı metodu olan ince iğne aspirasyon biopsisi büyük nodüllerde yanlış sonuç verebilmektedir. Nodüle uygulanan ince iğne biopsisi patolojik incelemede tam bir sonuç veremiyor veya kanseri dışlayamıyor ve de nodül 4cm üzeri ise tiroid bezinin çıkartılması önerilir.Bu gibi durumlarda operasyon istenmez ise maligniteyi dışlamak için PET yapılabilir.

Tedavi

Nodüllerin ilaç ile küçültülmesi önerilmemektedir. Her nodülün ameliyat edilmesi gerekmemektedir. Hormon salgılayan (sıcak) nodüller eğer kanseri de düşündürmüyor ise cerrahi veya radyoaktif iyot tedavisi olabirler. Biopsi sonucu şüpheli veya kanser olarak geldiğinde tiroid bezinin tamamının çıkarılması gerekir. Ameliyat ile çıkarılmayacak kadar küçük geride kalan tiroid kalıntıları radyoaktif iyot tedavisi yok edilerek takip altına alınır.

Türkiye'de zayıflama sektörü

Dyt. Esra Baş



1983 yılında İstanbul'da doğdu. Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nden 2005 yılında mezun oldu. Florence Nightingale Hastanesi'nde 2 yıl klinik diyetisyen olarak görev aldı. Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Burçak Gıda bünyesinde kurum diyetisyeni olarak çalıştı. Şu an Özel Medipol Hastanesi bünyesinde klinik diyetisyen olarak çalışmaktadır.

Günümüzde yaşam standartlarının değişmesi ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte insanların enerji harcamasının kısıtlanması (asansör,

otomobil, bilgisayar, televizyonun yaygınlaşması vb) ve yine yaşam koşullarının sırasında insanların kendilerine ayıracakları vaktin daralmasıyla birlikte hızlı yemek yeme, egzersiz yapamama, sağlıklı besin arayışı / hazırlanmasının engellenmesi, insanların şişmanlamasına sebep olan faktörlerdir.

Şişmanlık yani obezite, bedeninin yağ kütlelerinin yağsız kütleyle oranının artması sonucu boya göre ağırlığın arzu edilenin üstüne çıkmasıdır. Obezite tanısında çeşitli yöntemler kullanılır fakat

en pratik yöntem beden kitle indeksidir. Bu değer, vücut ağırlığının boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle elde edilir ve 30 kg/m² veya üstü bir sonuç elde edilirse kişi obez olarak kabul edilir.

2000 yılında yapılmış olan TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri) çalışmasının sonucunda Türkiye'deki erişkin erkeklerin yüzde 21.1'i, erişkin kadınların yüzde 43'ü obez olarak belirlenmiştir. Bu oran 1990 yılında yapılan aynı çalışmanın sonuçları ile karşılaştırıldığında obez kadınlarda yüzde 36, erkeklerde ise yüzde 75 oranında bir artış olduğu tespit edilmiştir.

Obezitenin beraberinde getirdiği diğer sağlık problemleri (şeker hastalığı, hi-

pertansiyon, kalp hastalıkları, kanser vb) ve özellikle basının da tetiklemesi ile halk arasında oluşan estetik kaygıların artışı, neredeyse tekstil ve gıda sektörüyle boy ölçüşen zayıflama sektörünün doğmasına neden olmuştur.

Zayıflama-güzellik ve estetik merkezleri, zayıflama hapları-tozları, diyet gıdalar gibi fazla kilolarınızdan ve vücudunuzdaki yağlardan kurtulup formda bir görüntü elde edebilmek için kullanılabilecek birçok yöntem bulunmaktadır. Peki, acaba hangi yöntem kimin için uygun, tüm bu yöntemlerin artı ve eksileri neler, tercih edilen yolun sonunda kişiyi neler bekliyor?

Eğer kişi sağlıklı ve kalıcı bir şekilde zayıflamak istiyorsa kararlı ve sabırlı olması gerekir. İzlenecek yol ise şu şekil-





dedir: İlk olarak, yapılan muayene ve genel kontroller sonucunda eğer bir sağlık problemi varsa doktor tarafından hastalığın tanısı konulmalı ve tedavisi yapılmalıdır. Bu aşamanın sonrasında yapılacak olan tıbbi beslenme tedavisi ise tamamıyla diyetisyene aittir.

Diyetisyen; kişinin antropometrik ölçümlerini (boy, vücut ağırlığı, yağ ve kas oranı vb.), kan bulgularını, yaşını, cinsiyetini, fiziksel aktiviteni, beslenme alışkanlıklarını, yaşam tarzını göz önünde bulundurularak kişiye özel beslenme programını hazırlayan sağlık personeli. Sağlıklı bir zayıflama diyetinde; hazırlanan diyetin enerjisinin protein, karbonhidrat ve yağ dengesinin olması gereken şekilde planlanması çok önemlidir. Ayrıca diyetle vitamin ve mineral dengesi de sağlanmalıdır. Bu şekilde bir diyet uygulandığında kaybedilen kiloların çoğunu yağ kütlesi oluşturur. Her ne kadar kişiler hızlı kilo vermek isteseler de gözden kaçırılmaması gereken nokta, uzun sürede alınan kiloların yavaş yavaş ve uzun sürede verilmesi gerektiğidir. Haftada 0,5- 1 kg arası kilo kaybı, olması gereken sağlıklı ve kalıcı kilo kaybıdır. Zayıflama programlarında diyetisyenin en büyük rolü, bireye bilinçli beslenmeyi anlatmak ve bunun yaşam biçimi haline gelmesini sağlamaktır. Kişinin kilo probleminin altında sağlıklı yeme alışkanlıkları yatıyorsa bunun bir psikolog tarafından yönetilmesi gerekebilir, temelde yatan sorun mutlaka çözülmelidir.

Bunun yanı sıra zayıflama diyeti uygulayan bireyin mutlaka fiziksel aktivitesini arttırması gerekir. Fizyoterapistler eşliğinde kişiye özel bir egzersiz programı oluşturulmalıdır. Egzersiz olmadan, verilen kiloyu korumak mümkün değildir.

Yapılan araştırmalar, kilo vermenin sayısız faydasını ortaya koymaktadır. Kilo vermeye başladığınız andan itibaren insülin direnci düşmekte, dokular insülini kullanmaya başlamakta, kan şekere-

ri, dolayısı ile açlık kontrol altına almakta, kolesterol ve yüksek tansiyon düşmektedir. Kalp damar hastalığı riski azalırken bağışıklık sistemi güçlenmektedir. Kişinin özgüveninin artışı, sağlıklı olmanın getirdiği mutluluk, kilo kaybının getirdiği psikolojik artılardır. Ancak tüm bu yararlar kontrollü ve dengeli bir şekilde kilo verildiği ve verilen kilo korunduğu müddetçe ortaya çıkmaktadır.

Sağlıklı ve kalıcı kilo kaybı için multidisipliner bir yaklaşım, sabır ve motivasyon gerekir. Hastanın yeterli ve dengeli bir diyetle, fiziksel aktivitesini arttırarak zayıflatırken bunu yaşam boyu uygulamasının gerekliliğinin kavratılması yani davranış değişikliğinin sağlanması çok önemlidir.

Cerrahi tedavi yöntemleri

Tüm bu çalışmalar ve denemeler sonuç vermiyorsa (!), hastanın beden kitle indeksi 40 kg/m² veya daha fazlaysa, artık morbid obezite hali kişinin sağlığını giderek daha fazla tehdit etmeye başlamışsa, hastaya uzman doktor kararıyla mide balonu, kelepçesi veya gastrik bypass uygulamaları yapılabilir.

Mide balonu

Mide içerisine endoskopik olarak yerleştirilen, hacmi 400-700 cc arasındaki mide balonu ile mide volümünde restriksiyon sağlanmakta ve böylece mide hacmi küçüldüğünden fazla gıda alımı engellenmektedir. Bu uygulama süre açısından sınırlıdır; balonun midede kalış süresi maksimum 6 aydır. Bu süre içerisinde hastalar fazla kilolarının yüzde 30- 90'nını kaybederler. Yalnız bu kaybın sağlanabilmesi için hastaların uygun enerji ve diyetle beslenmesinin yanı sıra egzersizlerini aksatmadan yaparak davranış değişikliği gayreti içerisinde olması gerekir.

Yurtdışından ithal edilen ve tamamen bitkisel olmasının arkasına saklanılarak pazarlanan zayıflama haplarının denetimi Tarım Bakanlığı'nca yapılmakta, satın almak için reçeteye gerek duyulmamakta ve halk tarafından peynir-ekmek gibi bilinçsizce tüketilmektedir. Böylece ithalatçı firmalar kazanç sağlarken diğer tarafta halkın sağlığı tehlikeye girmektedir. Hatta kullanım dozunun ayarlanamaması nedeniyle ölümler görülebilmektedir.

Mide Kelepçesi

Mide kelepçesi uygulamasının esası, yemek borusunun (özofagusun) hemen altındaki midenin üst bölümüne yaklaşık 15-20 cc hacim oluşturacak şekilde silikondan bir bandın (kelepçe) takılmasıdır. Daha basit bir anlatımla midenin kum saati şekline getirilmesidir. Kelepçe uygulaması sonrası yaşanabilecek en önemli problemler; kelepçeye karşı vücudun verdiği reaksiyon (çok nadir), kelepçenin mideye takılan yerden kayması veya pozisyonun da değişiklik olması, kelepçenin mide içerisine doğru ilerlemesi (çok nadir), rezervuarda enfeksiyon görülmesi şeklinde sıralanabilir. Bu gibi durumlarda bazen ikincil bir ameliyat gerekebileceği gibi kelepçe de çıkartılabilir. Yalnız mide kelepçesi uygulaması "sweet eater" yani yüksek kalorili hacmi küçük gıdalarla (şeker, çikolata, tatlı vb) beslenen hastalar için uygun değildir.

Gastrik Bypass

Diğer bir cerrahi operasyon ise gastrik bypass. Bu yöntemle mide hacmi küçültülmektedir. Yenilen gıdaların emiliminin bundan etkilenmesi ve besinlerin kısa sürede vücuttan atılması sağlanmaktadır. Uygulama esnasında mide, üstte 30 - 40 cc'lik bir hacim kalacak şekilde özel bir aletle ikiye ayrılıyor. Küçük mide üstte, büyük kısmı altta kalıyor. İnce bağırsakla küçük mide ara-



sında bir bağlantı kuruluyor. Böylece boğazdan inen besin küçük mideye geliyor ve orada emilip dışarı atılıyor. Yani büyük mide tamamen işlevini kaybediyor. Uygulama sonrası vücutta emilim bozukluğu nedeniyle B12, folik asit ve demir eksikliği oluşabiliyor. Ameliyatın geri dönüşümü olmadığı için mesela midede bir kanama olsa ve tahlil için parça alınması gerekirse açık ameliyat yapılması gerekir. Bu nedenle doktorların bir kısmı gastrik bypass operasyonuna sıcak bakmazlar. Ama hasta 160-170 kg kadar bir ağırlıktaysa ve yandaş hastalıkları varsa bu uygulamayı yapmak zorunda kalırlar.

Liposuction

Estetik kaygıları gidermek amacıyla yapılan liposuction genel bir zayıflama değil, vücudun belli bir bölgesini şekillendirme, estetik bir hale sokma işlemidir. Liposuction işleminde deri yüzeyinin hemen altından inatçı yağ birikimleri cerrahi olarak ince kanüller yardımıyla basınç altında (vakumla) alınır. "Liposuction" normalde, hastalar iyi seçildiği, operasyon ekipmanları yeterli ve doktorunuz estetik-plastik cerrah ise güvenli bir işlemdir. Yine de liposuction cerrahi bir prosedürdür ve kanama, enfeksiyon, sıvı birikimi (drene edilmesi gerekir), deri yaralanması ve sinir hasarı gibi komplikasyonlara yol açabilir. Diğer ameliyatlarda geçerli olan riskler burada da geçerlidir. Bunlara ilaveten çok fazla miktarda yağ alınırsa, deri düzensizlikleri veya dalgalanma gibi estetik komplikasyonlar çok nadiren de yağ embolisi görülebilir. Güneşe maruz kaldığında kalıcı olabilen pigmentasyon değişiklikleri (kahverengi noktalar) gibi sorunlar olabilir. Asimetri (eşit olmayan kontur veya biçim) bazen ikinci bir prosedür gerektirebilir.

Bilinmesi gereken ya da yanlış bilinen bir nokta ise liposuctionda alınan yağların tekrar geriye gelmeyeceğidir. Bu aslında doğru bir cümlenin yanlış anlaşılmasıdır. Doğrudur; çünkü morbit obez hastalar dışında vücutta yağ hü-

resi sayısı sabittir ve çoğalmazlar. Bu nedenle ortamdaki alınan yağ hücrelerinin yerine yenisi oluşmaz. Ancak bu yanlış bir tanımlamadır; çünkü yağ hücreleri çoğalmasa da hacim olarak artma potansiyeline sahiptir. Yani yağ hücrelerinin çapı değişerek büyüyebilir. Liposuction, hastaların tekrar aynı bölgeden kilo almasını engellemez. Bu nedenle hastaların yapabileceği en önemli hata liposuction yaptırmanın tek başına yeterli olduğunu ve tedavinin bittiğini düşünmesidir. Uygulamanın sonucunun hasta beklentisini karşılayabilmesi ve alınan sonucun sürekliliği için, liposuction sonrası hastaların doğru ve sağlıklı bir diyet uygulaması, egzersiz yapması gerekir.

İlaç tedavisi

Şişmanlık bir sağlık sorunu olduğuna göre Beden Kitle İndeksi 30 kg/m² üzerinde olan vakalarda gerekli kriterler belirlendikten sonra uygun ilaç tedavisinin başlanabileceği bildirilmektedir. Yani ilaç tedavisi için kişinin estetik kaygılarının olması yeterli değildir. İlaç tedavisi olasılıkla ikinci seçenek olarak düşünülmeli ve başka girişimler başarılı olmadığı takdirde tıbbi nedenlerle daha çok kilo kaybı gerekli olduğunda kullanılmalıdır. Ayrıca ilaç tedavisine ne zaman başlanacağını belirlemenin kadar ne zaman sonlanacağını da tedavi süreci içerisinde değerlendirilmesi gerekir. İştahı baskılayan tedavilerin; karın çevresindeki yağların yok edilmesi, kanda oluşacak anormal lipid değişikliklerinin önlenmesi ve tansiyon yükseltmeyi önleyici gibi ek yararları bulunmaktadır. Tüm ilaçların olduğu gibi, şişmanlıkta kullanılacak ilaçların da yan etkilerinin olduğu kişiye bildirilmelidir. İlaç tedavisi tek başına değil, her zaman uygun yeme alışkanlığı ve fiziksel aktivitenin ön planda yer aldığı bir programın parçası olarak uygulanmalıdır. Doğru ve esas olan ilaç kullanımını bu şekilde olmasına rağmen ilaçların reçetesiz olarak satılabilme açısından faydalanan kişiler bunları kolayca eczanelerden temin edebilmekte

ve doktor kontrolü olmaksızın kullanabilmektedir.

Uzman kontrolü dışında metabolizmayı hızlandıracağı ya da iştahı baskılayarak kilo vermeye yardımcı olacağı, bağırsaklardan besin emilimini engelleyeceği ve hatta neredeyse vücuttaki yağları bile eriteceği iddiasıyla pazarlanan zayıflatıcı (!) ürünlerin bir kısmı bitkisel ama çoğunluğu sentetik kimyasallardır. Hiçbirinin uzun süreli kullanımına ilişkin bilimsel ve güvenli bir veri veya bir çalışma yoktur.

Zayıflama haplarının "öteki yüzü": Zehirli guatr, uykusuzluk, titreme, çarpıntı, kalp krizi, inme!

Yurtdışından ithal edilen ve tamamen bitkisel olmasının arkasına saklanılarak pazarlanan zayıflama haplarının ise denetimi Tarım Bakanlığı'nca yapılmakta, satın almak için reçeteye gerek duyulmamakta ve halk tarafından peynir-ekmek gibi bilinçsizce tüketilmektedir. Böylece ithalatçı firmalar kazanç sağlarken diğer tarafta halkın sağlığı tehlikeye girmektedir. Hatta kullanım dozunun ayarlanamaması nedeniyle ölümler görülebilmektedir. Üstelik bu şekilde zayıflamanın kalıcı olmadığı ve hapın bırakılması durumunda tekrar kilo alınacağı, kişinin ömür boyu bu hapi-tozu kullanamayacağı ise oldukça aşikârdır.

Sbutramin içeren ilaçların tiroid tuzu ve iyot içeriğinin fazla bulunması nedeniyle; tiroid hormon üretimini arttıracığı gibi bu durum ölümcül de olabilmektedir. Tiroid bezinin gereğinden fazla hormon ürettiği duruma "zehirli guatr" (hipertiroidizm) denir ve bu durumda ilk karşılaşılan sonuç ani kilo kaybıdır. Çoğu zayıflatma ilacı bu şekilde zayıflatmakta ve bilinçsiz kullanımlarıyla "zehirli guatr"a neden olmaktadır. Fazla tiroid hormonunun neden olduğu diğer durumlar; metabolizmayı ve kalbin ritmini hızlandırması, terlemeyi artırması, yüksek tansiyon, adet düzensizliği ve bazı hastalarda beyin kanaması oluşturabilmesidir.

Kilo kaybı sağlayan ürünlerin en popülerleri **“ephedra”**, aynı isimli bitkiden elde edilebilir veya laboratuvar koşullarında da sentetik olarak üretilebilir. Piyasada yaygın olarak satılan zayıflama haplarının (!) neredeyse hepsinde bir miktar ephedrine aktif maddesi yer alır. Ephedrine, iştahı bir miktar baskılayarak ayrıca stres hormonu-adrenaline benzer etkilerle metabolizmayı yanlış, zararlı, tehlikeli yollardan etkileyerek kişiyi bir miktar zayıflatabilir. Ama aynı zamanda kan basıncının yükselmesine, kalp ritminin bozulmasına, uykusuzluğa, sinirliliğe, ellerde titremeye ve çarpıntıya yol açar. Her yıl ephedrinin kontrolsüz kullanımı ile meydana gelen çok sayıda kalp krizi, inme ve ölüm vakası geri bildirim raporlarında yer almaktadır. Amerikan Besin ve İlaç İdaresi (FDA) son zamanlarda yayınladığı raporlarla bu çok tehlikeli maddenin kullanımına ilişkin sınırlamalar getirmiştir.

Orlistat içeren zayıflama ilaçları ise bağırsaktan yapılan yağ emilimini engellediği için yağ ile emilen vitaminlerin vücutta eksikliğine neden olur.

Bitkisel kökenli **laksatif** ve **diüretikler** (haplar, çaylar, tozlar vb) sadece su kaybetmeyi sağlar. Yağları eritmez, vücut suyunu azaltır. Potasyum düzeyini düşürerek kalp ritim bozukluklarına ve kas problemlerine neden olabilir. Eğer bu tür laksatifler çok kullanılırsa, bir süre sonra bağırsaklarda bu bileşiklere karşı bir cevapsızlık oluşması da beklenir. Laksatiflerin ve diüretiklerin hiçbir zaman kilo verme desteği olarak kullanılmamaları gerekir.

Fazla kilolardan kurtarıcı “merdiven altı” zayıflama merkezleri

Sektör bu denli büyüyünce kazanç sağlamaya çalışan girişimci sayısı da giderek artıyor, diyet ürün pazarı giderek büyüyor. Bir çeşit “kurtarıcı” gibi görülen diyet ürünlerinin doğru miktarlarda kullanılmasının, içerdikleri lif miktarı, azaltılmış yağ ve şeker oranlarıyla ağırlık kaybına katkıda bulunabilecekleri ancak fazla miktarda tüketimlerinin yarardan çok zarara neden olacağı bir gerçektir. Yani reklâmlarda görüldüğü gibi gün boyu sadece diyet bisküvi vb tüketerek zayıflanmıyor. Bu ürünler yalnızca normal bir bisküvi, çikolata, vb yerine tüketildiğinden daha az enerji alınmasını sağlıyor. Türk Gıda Kodeksi Yönetmeliği’ne göre, bu tür ürünlerin “diyet” olabilmesi için enerji değerinin en az yüzde 25 azaltılması gerektiği ve ürünün üzerinde düşük kalorili yazabilmesi için de o ürünün 100 gramında 40 kaloriden az kalori bulunması şartı tüketicilerin dikkat etmesi gereken bir noktadır.

Açılan zayıflama merkezlerinin ise bir-

çoğu olması gerektiği gibi multidisipliner olarak hastalarını etik bir şekilde tedavi etmektedir ancak bunların yanı sıra sektördeki denetimlerin yetersizliğinden faydalanarak uzmanlıktan uzak kadrolarıyla ruhsatsız çalışan “merdiven altı” merkezlerin sayısı ise giderek artmaktadır. Bu merkezlerde diyet yapan kişiler, okuduğu kitaplar, yazılar vb ışığında bilinçsizce diyet yazıyor, kendilerini beslenme uzmanı veya diyetisyen olarak tanıtıyorlar. Ketojenik (düşük enerjili) listeleriyle kişileri tüm gün aç bırakıp soda ve salatalık vb ile çok hızlı kilo kaybettiren bilimden uzak insanlar böylece metabolik ve psikolojik açıdan toplum sağlığını riske atıyorlar.

Paranın cazibesine dayanamayan hekimler...

Yukarıda da bahsedildiği gibi zayıflamak için ilk olarak sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve davranış değişikliği tedavisi denenmelidir. Eğer bu konuda başarı sağlanamadıysa uzman kişiler denetiminde diğer yöntemler (mide kelepçesi, mide balonu, gastrik baypas, liposuction, ilaç tedavisi) kullanılabilir. Tüm bunlarla verilen kilonun kalıcı olabilmesi için de uygulama sırasında ve sonrasında mutlaka kişinin beslenme, egzersiz programı düzenlenmeli, davranış değişikliği sağlanmalıdır. Fakat paranın cazibesine dayanamayan, bilimsellikten uzak çalışan bazı hekimlerce tüm bunlar göz ardı edilerek hasta tam olarak bilgilendirilmeden doğrudan ameliyata alınabiliyor. Olan yine onlara kanaan veya kolay yolu seçen kilolu bireylere oluyor. Çünkü yoyo gibi sürekli inip çıkan vücut ağırlıkları sonucunda metabolizmaları alt üst oluyor ve sağlıkları bozuluyor.

Hızlı kilo kaybettiren diyetler sonucunda kişiler kaybettikleri kiloları fazlasıyla geri alıyor. Böylece kişinin kilo kaybı sonucunda yerine gelen kendine güveni bir balon gibi sönmüyor ve tekrar kendini mutsuz hissediyor, bazen depresyon durumu veya farklı psikolojik rahatsızlıklar bile görülebiliyor. Sürekli bu şekilde, tekrar tekrar hızlıca zayıflayıp tekrar kilo alan ve çok düşük enerjili diyet uygulayan kişilerde hipoglisemi, metabolizmada yavaşlama, kalp ritim bozuklukları vb. gibi metabolik sağlık problemleri görülebiliyor.

Bazen farklı alanlarda ihtisas yapmış olup akademik unvana sahip olan şahıslar da kazanacakları paraları düşünüp aynı şekilde insanların sağlıklarıyla oynayabiliyor, reklâmlarını ise medya üzerinden çeşitli gündüz kuşağı vb programlarda yapıyorlar. Hiçbir kan bulgusu, sağlık problemi vb gözletilmeden kişilere verdikleri bilinçsiz listelerin yanı sıra önerdikleri zayıflama ilaçları insanların sağlığını daha da

“Merdiven altı” zayıflama merkezlerinde diyet yapan kişiler, okuduğu kitaplar, yazılar vb ışığında bilinçsizce diyet yazıyor, kendilerini beslenme uzmanı veya diyetisyen olarak tanıtıyorlar. Ketojenik (düşük enerjili) listeleriyle kişileri tüm gün aç bırakıp soda ve salatalık vb ile çok hızlı kilo kaybettiren bilimden uzak insanlar böylece metabolik ve psikolojik açıdan toplum sağlığını riske atıyorlar.

fazla tehlikeye atıyor. Hatta ölümlerine bile sebebiyet verebiliyor. Tüm bunlara rağmen kendi yöntemlerini hala savunabiliyorlar. Bu Türkiye için ayrı bir üzücü durum.

TV yapımcıları, sağlık programlarında konuk edecekleri kişilerin gerçek uzmanlık alanını iyi araştırmalıdır. Beslenme konusunda uzman kişi, beslenme bilimini bilmektedir ve diyetisyen veya beslenme uzmanı olarak adlandırılır. Diyetisyen, besin ve beslenmenin sağlık üzerindeki işlevi konusunda bir otordir. Diyetisyen; beslenme önerileri ve beslenme bilgileri konusunda güvenli kaynaklar, özel besinler ve beslenme konusunda uzman görüşleri olan kişidir. Bireylerin, diyetisyen unvanını kazanmak için kabul edilmiş üniversite programını en az 4 yıllık eğitimle tamamlamış olması gerekmektedir.

Sonuç olarak, multidisipliner bir yaklaşımla hazırlanan, karbonhidrat, yağ ve protein oranları ayarlanmış, sebze, meyve, posalı besinlerin bolca tüketildiği, sıvı alımının bol olduğu, az ve sık öğünlere yer verilen ve egzersizle desteklenen; en önemlisi davranış değişikliği şeklinde benimsenen bir diyet tedavisi olmadan, yukarıdaki yöntemlerden herhangi biri veya birilerinin uygulanmasıyla sağlıklı ve kalıcı kilo kaybının imkânsız olduğu bilinmelidir. Aksi takdirde elde kalan ruhsal, maddi ve manevi kayıplardan fazlası olmayacaktır...

Lider hekim olabilmek

Doç. Dr. Faik Çelik



1977 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1982'de Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde uzman oldu. 1990'da Genel Cerrahi Doçenti, 1992'de Göztepe Eğitim Hastanesi'nde Klinik Şefi oldu. Ekim 2007'de emekli olan Çelik, Ekim 2008'e kadar Hisar Intercontinental Hospital'de Tıbbi Direktör olarak çalıştı. Çeşitli ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanmış 90'dan fazla bilimsel çalışması olan Çelik, "Asistan Rehberi", "Tıbbi Makale ve Tez Yazım Kuralları", "Çağdaş Türk Tıp Şiirleri/Seçki", "İlaç Kokulu Kitap" ve "Yüksek Ateşli Kitap" isimli kitapların yazarıdır. Sağlık Sesi Gazetesi'nin Medikal Editörlüğünü yapan Çelik, "Tıp Hukuku" ve "Tıp-Sanat" haberleşme gruplarının kurucusu ve yöneticisidir. Tıp Hukuku Derneği Kurucular Kurulu Başkanı olan Çelik, 2000-2006 yılları arasında TTB Yüksek Onur Kurulu Üyeliği yapmıştır. Çelik, geçtiğimiz Ocak ayından beri İstanbul Üniversitesi Rektör Danışmanı olarak görev yapmaktadır.

Lider denilince genellikle büyük kurumları, kuruluşları, örgütleri hatta ülkeleri yöneten kişiler akla gelir. Oysa liderlik, sadece yukarıda adı geçen yerlerde yöneticilik yapanlara ait bir kavram değildir. Lider, belli bir amacın gerçekleşmesi için insanları etkileyebilen ve onları harekete geçiren kişidir. Hekimler de sorumlu oldukları

hasta ve yakınlarına, birlikte çalıştıkları ekiplere, sağlık ocağına, kliniğe ya da hastaneye yönetici olabilecekleri gibi, konuşmasıyla, duruşuyla ve bıraktığı izlenimle, etkileyebilme gücüyle lider de olabilirler.

Burada yönetici hekim ile lider hekim kavramlarını ayırmak gerektiğini hatırlatalım. **"Bir işi doğru yapan yöneticidir, doğru işi yapan ise liderdir"** deymi ge-

nel kabul görmüş bir tanımdır. Her yönetici aynı zamanda mutlaka bir liderdir demek yanlıştır.

Hekim yöneticiler kamuda genelde atanarak, özel sektörde ise seçilerek veya transfer edilerek yöneticilik görevine başlarlar. Ancak hangi sektörde olursa olsun yönetimi altındaki insanların gönüllerinde ve beyinlerinde onaylanmadıkları sürece lider olamazlar;







Lider hekim, kapsayıcı ve bütünleyicidir. Önyargılarla kimseyi dışlamaz, farklı düşüneni yok saymaz, korkutup sindirerek yöneticilik yapmaz. Her türlü eleştiriye açıktır. Gerektiğinde danışır, görüş alır, konsülte eder, ikna olduysa karar da değiştirir. Aldığı her karar belli bir amaca yöneliktir. Kurumda “kurumsal değerler” yaratmaya çalışır. Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman, Prof.Dr. Sadi Irmak gibi.

yönetici olarak kalırlar. Hatta iyi bir yönetici de olurlar. Ancak liderliğin ön şartları olan yönlendirmek, takım çalışmasını sağlamak, yaratıcı olmak ve çalışanlara örnek olmak gibi özel vasıfları taşımadıkça, liderlik için gerekli olan değişen durumlara, değişime, olağanüstü koşullara karşı çözüm üretmezler; ezberleri bozulduğunda adeta çaresiz kalırlar. Liderlik söylem değil, eylem sanatıdır.

Genel olarak liderlik, yetenekleri ve gücü etkili ve stratejik olarak kullanma ve organizasyonu hedeflerine ulaştırma kabiliyeti, engellerin üstesinden gelme, başarısızlık halinde tekrar deneme konusunda ekibi ikna etme yeteneği, yeni bir bakış açısı yaratma, bu bağlamda çalıştığı kurumu harekete geçirme, paylaşılan ortak bir hedefe doğru çalışanları gönüllülükle ve heyecanla yönlendirme azmine sahip olma olarak tanımlanmaktadır. Liderlik, en az çatışma ile insanları başarıya ulaştırma özelliğidir. İnsanları etkileyebilme yeteneğine ve çalışanları amaçları doğrultusunda hareket ettirmeye yönlendirebilecek ve bunun için onların üzerinde etkisini kullanabilme kabiliyetine sahip olan bir lider, çalışanlarını etkileyebildiği ölçüde güçlü sayılır.

Günümüzde küreselleşme sürecinde, teknolojilerdeki hızlı gelişim, farklı yönetim anlayışlarına dönük arayışlar yeni ve yaratıcı fikirleri ortaya çıkarmakta, bu durum ise hızlı bir değişim süreci yaşatmaktadır. Bu hızlı değişim hiç beklenmedik ve önceden tahmin

edilemeyen ve öngörülemeyen fırsat ve tehditleri de beraberinde getirmektedir. İşte lider bu hızlı süreci öngörüp değerlendirebilen kişidir, değişimcidir, dönüşümcüdür. Lider geleceğin şartlarını karşılayacak öngörüye sahip olmalıdır, bunun için strateji geliştirmelidir. Lider, başarılı bir ekip yaratmakla kalmaz, ekip üyelerini birbirlerine daha yüksek motivasyon düzeylerine çıkaracak şekilde bağlar. Bunun için o lider dürüst, doğru, insana saygılı, eşitlikçi, adaletli, tutarlı, güvenilir ve paylaşımcı olmalıdır.

Artık şu kesin olarak anlaşılmıştır ki; **değişim**, çağımızda her alanda vazgeçilmezdir ve bu değişimin üstesinden gelebilmek ve kurumların geleceğini güvence altına alabilmek için, bu değişimi özümsemiş ve gerekli gören liderler gereklidir. Günümüzde liderlik modelleri arasında kültürel liderlik, vizyoner liderlik, etkileşimsel liderlik, kriz liderliği, karizmatik liderlik, kuantum liderliği, dönüştürücü liderlik en popüler olanlardır. Sanırım hekimler için en önemli liderlik modeli kriz liderliği ile dönüştürücü liderliktir. Peki bu nasıl olabilir?

Lider hekim, konusu insan olan mesleğini **“önce zarar verme”** ilkesiyle uygulamak için birlikte çalıştıkları ekip üyelerini etkileyebilen ve onları amaca ulaşabilmek için etkinleştiren hekimdir. Lider hekim, kapsayıcı ve bütüncüdür. Yalnız bir azınlığı ya da çoğunluğu değil, tüm kurum kucaklar. Önyargılarla kimseyi dışlamaz, farklı düşüneni yok saymaz, korkutup sindirerek yöneticilik yapmaz. Her türlü eleştiriye açıktır. Gerekliğinde danışır, görüş alır, konsülte eder, ikna olduysa karar da değiştirir. Aldığı her karar belli bir amaçla yöneliktir. Kurumda **“kurumsal değerler”** yaratmaya çalışır. Aidiyet duygusunu her zaman canlı tutar. Tüm çalışanlarına güvenir. Yetki devretmekten çekinmez. Tutum ve davranışları ile tutarlıdır. Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman, Prof.Dr. Sadi Irmak gibi.

Lider hekim, koşulların değişeceğini çok önceden sezinler ve çok önceden önlemler alınmasını sağlar. Karar almakta ve bunların uygulanmasında gecikmez. Liderliğin en önemli göstergesi **“öğrenme”** ve **“başkalarının öğrenmeleri için uygun ortam hazırlamak”**tır. **“Kök Hücre”** olarak tanımlanan hekimler lider hekimdir. Bilindiği gibi kök hücreler vücudumuzda bütün dokuları ve organları oluşturan ana hücrelerdir, sınırsız bölünebilme ve kendini yenileme, organ ve dokulara dönüşebilme yeteneğine sahiptir. Bu nitelikteki lider hekim planlama, harekete geçirme, kumanda etme ve sonucu değerlendirmeyi bir arada yapabilen hekimdir. Bu hekimler siyasetle de uğraşır, arkeolo-

jiyle de, sanatla da ilgilenir, sosyolojiyle de. Örneğin Prof. Dr. Nusret Fişek ve Prof.Dr. Rudolph Virchow.

Lider hekim başarı ve başarısızlıklarının mesleğindeki en büyük yol gösterici olduğunu bilendir ancak lider hekim aynı zamanda başkalarının başarı ve başarısızlıklarından da öğrenen ve çevresindekilere bunları öğreten kişidir. Tıpta sadece mantık yürütmek yanlışır. Hastaları belli şablonlara oturtmak mümkün değildir. Aslında hekimliğin en zor yönlerinden biri de “insan en doğruyu hatalarından öğrenir” kuralının geçerliliğindedir. Çünkü hekim hataları yaşayan insan üzerinde yapılan hatalardır. Ve bazen bu hatanın telafisi yoktur. Cerrahinin en önemli isimlerinden gastrik cerrahinin öncüsü T. Billroth, altmışlı yaşlarda şöhreti yakaladığında yaşadığı başarıyı, kendisinin ve çağdaşı hekim arkadaşlarının hatalarından çıkardığı derslere borçludur.

Lider hekim, değişimi gerekli ve mümkün kılan, değişimden şikâyet etmeyen hekimdir. **“İnsanlar arasında kendi kendine öğrenemedikleri her şeye karşı bir doğal bir muhalefet vardır”** der Barnes Wallis. Lider hekim bu muhalefeti kıran hekimdir. Sadece yenilikten ve değişimden yana olan hekim lider hekim sayılmaz. Değişime ve yeniliğe direnci kıran hekim lider hekimdir. Asepsi ve antisepsinin öncüsü Macar kadındağum uzmanı İgnaz Semmelweiss, ruh sağlığını, hatta mesleğini kaybetme pahasına bu direnci kırmak için uğraşan bir lider hekimdir.

Japon atasözündeki **“kaplan inine girmeden yavrularını alamazsın”** felsefesine inanan, risk alabilen hekim, lider hekimdir. Ancak bu risk hesaplı risk olmalıdır, gözü karalık olmamalıdır. Eğer 40 yıl önce Güney Afrika’da C. Bernard gibi bir lider hekim risk alıp ilk kalp naklini yapmasaydı, bugün binlerce insan kalp nakli yapılmadığı için yaşayamayacaktı. Hekim nerede hızlanacağını ve nerede durmasını bildiği ölçüde başarılı olur. Karar veren ve sorunu çözen hekim lider hekimdir, asla sorunun bir parçası olmaz.

5K1Ni uygulayan hekim lider hekim değildir (Kararsız, Kaygılı, Konuşmayan, Karışmayan, Korkan-Ne olacak şimdi diyen). **“Bir girişimde bulunacaksanız, kararsızlık kapılarını kapatın”** der filozof Nietzsche. Lider hekim de bir girişimde bulunacaksa kararsızlık kelimesini unutmalıdır.

Lider hekim **“İnsanın kalbinden gelen, elinden gelenden her zaman büyüktür”** düşüncesine inanandır. “Doktorun kişiliği hastanın iyileşmesinde bütün ilaçlardan daha etkilidir” diyen “Paracelsus’u (1493-1541) haklı çıkaran

hekim lider hekimdir. İletişim kurma becerisi üst düzeydedir. Başkalarını doğru değerlendirir; adeta okur ve kendisini başkalarına doğru ifade eder. Batı’da Albucasis adıyla bilinen Cordobalı İslam hekimi Ebul Kasım Al-Zahravi “Cerrahlar, tanrı sizin para için mi, gerektiği için mi ameliyat yaptığınızı bilir” diyerek “El-tasnif” kitabının başına bu deyişi koyan bir lider hekimdir.

Lider hekim “iş odaklı” değil “ilişki odaklıdır”. Yani sadece hedef ve sonuçlara bakan, rakamları önceleyen, zaman sınırı koyan, kiminle uğraştığına değil neye ulaştığına bakan hekim değil, çalışanlarla sürekli ilişki kuran, zamanla yarışmayan, insani ilişkileri önceleyen, dost canlısı insanlardır.

Lider hekim, yüzündeki ifadeyle istediğini karşıdakine zorla değil severek yaptırarak tatlı sert otoriteye sahip olan insandır. Otorite konumsal (statü, unvan), kişilik (içsel otorite, karizma) ve bilgi ile sağlanır. Lider hekimde son ikisi önem kazanır. Lider hekim beklentiden çok umudu canlı tutar. Beklenti olumlu bir sonuç için yüksek oranda gerçekleşme içerir, umutta ise bu oran düşüktür. Ancak güven, olasılık veya istek önemlidir. Hocam Prof. Dr. Tarık Minkari bu anlamda bir lider hekimdir.

Lider hekim önyargılar değil öngörülerle liderliği yürütür. Öngördüğünü de planlar ve yürütür, çevresindekileri motive ederek esin kaynağı olur, sürecin içine katılarak çevresindekileri peşinden sürükler. Lider hekim sadece yöneten değil, örnek alınan, ilham veren kişidir; iyiliği, algılamayı ve denetimi harmanlayan hekimdir. İyi bir gözlemci, mantıksal olduğu kadar duygusal olabilen, empati yapabilen ve rakiplerine saygı duyan hekimdir. Lider hekim, yönlendirilen değil, yönlendirendir ancak farklı düşüneni yok saymaz, her türlü eleştiriye açıktır.

Usta – çırak yöntemini hekimlikte en önemli öğrenme yöntemi olarak kabul eden hekim lider hekimdir. Geçmişte de usta – çırak yöntemiyle lider olabilen hekim örneği vardı, günümüzde de var. Ancak artık özel bir alanda, çok uzun eğitim ve deneyim sonunda lider olunabiliyor, ama yine usta-çırak ilişkisi ile. Her iki durumda da usta – çıraklık yoluyla **öğrenmek** birinci derecede rol oynuyor. İbn’i Sina da böyle yetişmişti, Prof.Dr. Gazi Yaşargil de.

Sağlık iletişiminde internet

Doç. Dr. Ayla Okay



1991 yılında Marmara Üniversitesi Basın Yayın Yüksekokulu, Gazetecilik ve Halkla İlişkiler Bölümü'nden mezun oldu. Yüksek lisansını 1994, doktorasını 1998'de aynı üniversitenin Sosyal Bilimler Enstitüsü "Halkla İlişkiler ve Tanıtım" bölümlerinde yaptı. 1992-2000 yılları arasında Marmara Üniversitesi İletişim Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak çalıştı. 2000-2003 yıllarında Akdeniz ve İstanbul üniversitelerinde öğretim üyeliği yaptı. 2003'te "Uygulamalı İletişim" alanından doçent oldu. Halen İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü'nde öğretim üyesi olarak görev yapan Okay'ın kurum kimliği, halkla ilişkiler ve sağlık iletişimi konularında kitapları bulunmaktadır.

İletişim, en basit haliyle bir gönderici tarafından bir mesajın kodlanarak, bir kanal/kanallar üzerinden bir alıcıya iletilmesi ve alıcının da bu mesajı çözümlyerek, dikkate almasıdır. Burada uygulanan bu iletişim süreciyle amaç karşı tarafla etkileşime geçmek, bir bilgi aktarmak veya etkilemeye çalışmaktır.

İletişimi birey doğrudan kendisi de gerçekleştirebilirken (örneğin kişiler arası iletişim), çeşitli araçlar vasıtasıyla

da mesajlar belli gruplara iletilebilmektedir. İletişimin etkin ve başarılı olması için öncelikli olarak engellerin iyi tanınması (örneğin mesajı engelleyen gürültü ortamları) ve bunların bertaraf edilmesi gerekir. Ayrıca iletilecek olan mesajın alıcı tarafından anlaşılır düzeyde olması da önemlidir. Mesajı etkili bir medya aracılığıyla iletmek her zaman için yeterli olmamaktadır. Mesajın anlaşılmasını sağlamak da bir iletişimcinin önemli görevlerinden biridir. Etkili bir iletişimin gerçekleştirilebilmesi için ha-

tırlanması gereken temel kural bu durumda, alıcıya uygun ortam, mesajın anlaşılmasını sağlamak ve en önemlisi de geri bildirim imkânının sağlanmasıdır. İletilen mesaja bir yanıt almak, iletişimin temel amaçlarından biridir. Bu bakımdan gerçek bir iletişim, geri bildirim olmadan gerçekleşemez. Bu yanıt, kişiler arası iletişimde bir göz teması veya tartışma; kitle iletişimde ise medyaya yönelik alıcının görüşünü o medyaya iletmesi şeklinde gerçekleşebilmektedir.





Google'da "health" kavramı yazıldığında, 17 Mart 2009 tarihi itibarıyla 1 milyar 130 milyon sayfa bulunmakta ve her gün buna yenileri eklenmektedir. Aynı tarihte Türkçe olarak "sağlık" yazıldığında 95 milyon 700 bin sayfa ile karşılaşılmaktadır.

İletişimin gruplandırılması

İletişim, farklı şekillerde gerçekleştirilmektedir. Kişi kimi zaman kendi kendine konuşarak birtakım sorunları çözmeye çalışır. Bu durumda bir iç iletişim gerçekleştirilir. Bazen bir gazeteden bilgi alınırken, bazen de bir toplantıda görüşler paylaşılır. Bu bakımdan iletişimi farklı şekillerde gruplandırmak mümkündür (1). Bu tür bir gruplandırma ve iletişimin gerçekleştirildiği seviyeler Dimbley tarafından yapılmıştır (2).

Buradaki iletişim gruplandırmalarından "kendi kendine iletişim" kişinin adeta içsel konuşmasıdır ve herkesin yaptığı bir faaliyettir. Diğer iletişim uygulamaları da gerçekleştirilen bireyler, gruplar veya iletişim araçları açısından yapılmıştır. Bu iletişim gruplandırmalarından son üçü, yani "kişiler arası iletişim", "gruplar arası iletişim" ve "kitle iletişimi" sağlık iletişimi alanında yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu iletişim gruplandırmaları kimi zaman hasta-hekim arasında gerçekleşen sözlü iletişim olabilirken kimi zaman da çeşitli hasta yakınlarının oluşturduğu gruplar arasındaki iletişim olabilmektedir.

İletişim anlayışı sağlık alanına uygulandığında ise yine aynı temel amaçlarla karşı karşıya olunduğu görülmektedir. Karşıdaki kişi veya gruplar belli bir sağlık konusu, sorunuyla ilgili olarak bilgilendirilmeye ve etkilenmeye çalışılır. Sağlık iletişimi, Amerika Birleşik Devletleri'nde iletişim bilimlerinde 1970'li yıllardan itibaren gelişmeye ve yaygınlaşma başlamış çok yönlü bir iletişim alanı olarak gelişmiştir. Avrupa'da henüz birkaç yıldan beri tartışılırken (3), ülkemizde ise oldukça yenidir. Sağlık iletişimi, "Sağlıkla ilgili bakım sürecine dahil olan ve/veya vatandaş olarak sağlık, hastalık alanında resmi ya da kamusal sağlık politikasıyla ilgili olan; profesyonel hizmet sağlayıcıları veya hastalar/müşteriler olan insanlar arasında bilgi, görüş ve duyguların iletilmesini ve değiş tokuşunu içermektedir (4).

Sağlık iletişimi

Sağlık iletişiminin gerçekleştiği farklı düzeyler söz konusudur, bu düzeyler yine farklı araştırmacılar tarafından de-

Şekil 1: Thomas (5) ve Krep's'e (6) göre sağlık iletişimi düzeyleri



ğişik bir şekilde gruplandırılmıştır. (Bkz. Şekil 1)

Çeşitli seviyelerde gerçekleştiği görülen sağlık iletişimi, çok çeşitli araçlar sayesinde artık birçok insanı etkileyebilmektedir. Bu araçları, iletişim düzeylerine göre çeşitlendirmek mümkündür. Kimi zaman kişilerin yüz yüze bir sağlık sorunu hakkında bilgilendirilmesi yeteriyken kimi zaman da toplumsal düzeyde kişilere enformasyonları aktırılması gerekmektedir. Bu durumlarda iletişim uzmanları saptanan sorunun niteliğine, yaygınlığına uygun olarak araçları seçmekle yükümlüdürler. Bu araçlar çok geniş bir yelpaze içerisinde yer alabilmektedir. Gerçekleştirilecek olan iletişimin düzeyine göre broşürler, televizyon spotları veya sinema filmleri artık günümüz sağlık iletişimi uygulamalarının vazgeçilmez araçlarıdır (örnek olarak bkz. Tablo 1).

Sağlık iletişimi alanında kullanılabilen araçların çeşitliliğine son yıllarda internet de dahil olmuştur. İnternet artık hem kişilerarası sağlık iletişiminde insanlara çeşitli bilgiler iletebilmekte, hem de sağlık kurumlarının kendilerini duyurmaları bakımında bu kurumlara büyük olanaklar sunmaktadır.

İnternetin sağlık iletişimi alanında kullanılması

Yukarıda iletişim kavramını ele alırken iletişimin en önemli noktasının geri bildi-

rim olduğunu, yani iletişime katılan tüm tarafların birbirlerine yanıt verebildiğini belirtmiştik. Gerçek bir iletişimin ancak bu şekilde oluşabileceğini söylemiştik. Birçok kitle iletişim aracında böyle bir geri bildirim anında mümkün olmamaktadır. Ancak internet gerçek iletişime geçmek isteyen kişi ve kurumlar için bu olanağı sağlamaktadır.

Türkiye’de internet

Türkiye’de internet teknolojisi ilk kez 1987 yılında Ege Üniversitesi’nin öncülüğünde kurulan, Türkiye Üniversite ve Araştırma Kurumları Ağı ile gelmiştir. Türkiye, ilk kez 12 Nisan 1993 tarihinde ODTÜ’den Ankara-Washington arasında kiralık hat kurularak yurtdışıyla sağlanan bağlantı sayesinde interneti kullanmaya başlamıştır (7).

Türkiye İstatistik Kurumu’nun ilk kez 2005 yılında gerçekleştirdiği “girişimlerde bilişim teknolojileri kullanımı” araştırmasına göre girişimlerin büyüklüğü ile internet erişimi arasında paralellik olduğu ortaya konmuştur. Buna göre 2005 yılı Ocak ayında girişimlerin yüzde 87,76’sı bilgisayar kullanmaktaydı. Yüzde 80,43’ünün ise internet erişimi mevcuttu (8). Girişimlerde bilgisayar kullanım ve internet erişimine sahiplik oranları 2007 yılı Ocak ayında yüzde 88.7 ve yüzde 85.4 iken, bu oranlar 2008 yılı Ocak ayında sırasıyla yüzde 90.6 ve 89.2’ye yükselmiştir (9).

İnternet, sağlık alanında birçok yararlar sunmaktadır. Birey belli bir hastalık hakkındaki bilgiyi artık doğrudan doğruya online olarak uzmanından alma ve çeşitli hekimleri bu ortamda daha yakından tanıma imkânına sahip olmaktadır. İnternet sayesinde belli bir kitlenin elinde olan birtakım bilgililer artık tüm kullanıcılar için eşit olarak bulunabilir hale gelmiştir.

Kuruluşların interneti kullanım oranı artık oldukça artmışken haneler için aynı şeyi söylemek mümkün değildir. TÜİK’in 2008 yılı Nisan ayı içerisinde gerçekleştirdiği Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması sonuçlarına göre hanelerin sadece yüzde 24,5’i internete erişim imkânına sahiptir (10)(bkz. Grafik 1). Bu veriler ışığında evlerden internet bağlantılarının Türkiye’de halen çok da yeterli seviye-

Tablo 1: AIDS için örnek olabilecek iletişim biçimleri, araçları, süreçleri

Konu: “AIDS’den Korunma ve AIDS hastalığına yakalananların bulaştırma yöntemleri”

	Kişiler arası iletişim	Grup İletişimi	Kitle İletişimi
Gönderici	Hekim	Hekim	AIDS İle Savaş Derneği
Mesaj	AIDS dikkat edilmesi gereken bir hastalıktır		
Kodlama	Sözcükler	Sözcükler/basılı malzeme	Görsel-işitsel hale getirme
Kanal	Konuşma	Konuşma/broşür	Sinema filmi
			
Alıcı	Evlilik dışı, aktif cinsel yaşamı olanlar	Üniversite öğrencileri	Tüm halk
Kod Çözümleme	Dinleme	Dinleme / Okuma	İzleme-dinleme
Yanıt	“Korunmaya daha fazla önem vermeliyim”	“AIDS tokalaşmayla bulaşmaz”	“AIDS çok kötü bir hastalık, uyuşturucu kullanmamalıyım, korumasız ilişkiye girmemeliyim”
Geri bildirim	Prezervatif satın alma	AIDS olan kişilerden korkmadan, aktif iletişime geçebilme	AIDS hastalarına yardımcı olmak için derneğe başvurma
Gürültü	“Hekimle konuşurken, dışarıda bir arabanın alarminin ötmeye başlaması”	“Grup içerisinde tartışırken, birisinin cep telefonunun çalmaya başlaması”	“DVD’de filmi izlerken, komşuların oturmaya gelmesi”



de olmadığı, ancak kurumsal düzeyde üst seviyede olduğu görülmektedir.

İnternetin sağlık iletişimi alanına sundukları

Karşılıklı etkileşime açık bir araç olan internet, sağlık iletişimi alanı için beraberinde birçok fırsatlar getirmektedir. Bunlar hekimlerin hastalara sundukları online bilgiden çeşitli sivil toplum kuruluşlarının belli sağlık sorunlarını bu ortamda tartışmasına, hastaların belli bir siteden ameliyat görüntülerini izleyebilme ya da hekimlerin internet üzerinden bir konferansa katılmalarına kadar genişleyebilmektedir. İletişim kavramı çok geniş bir alanı içerdiği için, tüm bu yukarıda saydığımız olanakları ve hatta daha da fazlasını internetle birlikte gerçekleştirmek mümkündür.

Hastaların kitle iletişim araçlarından elde ettikleri sağlık bilgilerinden etkilendikleri bilinen bir husustur. Kitle iletişim araçlarının yaygınlaşması neticesinde, hastalar bu araçlarda gördükleri sağlık bilgilerini kendilerine uygulamaya çalışmışlardır. İnternetin ortaya çıkması ve sağlıkla ilgili sunabildiği bilgiler yaygınlaştıkça, ilgili kişiler sadece kitle iletişim araçlarının kendilerine sundukları bilgilerle tatmin olmamaya ve hastalıklarla, sağlık sorunlarıyla ilgili internette daha detaylı araştırmalar yapmaya başlamışlardır. Artık her hasta hekimin kendisine koyduğu teşhisi detaylı olarak bu mecrada araştırma olanağına sahip olmuştur.

Dünyanın en yaygın kullanılan arama motorlarından biri olan Google'da sağlık konusunda ilgili olarak çocuk sağlığın-

dan sağlık tarihine, bu alandaki konferanslardan emzirmeye kadar çok çeşitli 46 kategori bulunmakta ve bunların da toplam 81 bin 768 alt başlığı mevcuttur. Yine Google arama motoruna "health" kavramı yazıldığında, 17 Mart 2009 tarihi itibarıyla 1 milyar 130 milyon sayfa bulunmakta ve her gün buna yenileri eklenmektedir. Aynı tarihte Türkçe olarak "sağlık" yazıldığında 95 milyon 700 bin sayfa ile karşılaşılmaktadır.

Bu tanınmış arama motoru artık hastalara, sağlık sorunları, ilaçları ve tedavi yöntemleriyle ilgili olarak tüm verileri kendilerine ait bir sitede kaydetme olanağını dahi sunmaktadır. Bu şekilde hastaların sağlık sorunlarıyla ilgili daha detaylı bilgiye ulaşmasını ve hangi kurumdan, hekimden hangi sağlık önerilerini ve ilaçlarını aldığını kaydederek başka bir hekime gittiğinde bunları kolayca aktarabilme olanağını sağlamaktadır.

Sağlık iletişimi ve internet ilişkisine bakıldığında, sağlık hizmeti sağlayan profesyonellerin 1980'den sonra tıbbi veya sağlıkla ilgili konuları Medline, Gratefil Med ve benzer elektronik veri tabanları üzerinden araştırma imkânına sahip olmaları, bu alandaki ilk temas olarak ortaya çıkmaktadır. Bu bakımdan Frotsch'a göre akademik tıbbi merkezlerin, web'de yer alan ilk sağlık kurumları olması şaşırtıcı değildir. Çünkü bunların temel amaçları eğitim ve araştırmaydı (12). Web'in sağlık alanındaki yaygın olarak kullanılmasının başlangıcını akademik alan oluşturmuştur. Werner'e göre sağlık ürünleri üreten kuruluşlar, sağlık hizmeti sağlayan kurumlar ve ilaç firmaları, akademik alanın dışında interneti yaygın olarak,

Avantajlarının yanı sıra, internetin denetimsiz bir ortam olmasından dolayı dileyen herkes bu tür bilgileri web ortamına aktarabilmekte ve kişileri kolayca yanlış yönlere sevk edebilmektedir. Bu duruma getirilebilecek olan temel çözüm, sağlık alanındaki sitelere "güvenilir" olduğunu gösterebilecekleri bir sertifika vermek olabilir. Bu tür bir sertifika olan "Hon Code", "Health On The Net" vakfı tarafından dünyanın birçok ülkesindeki güvenilir sağlık bilgileri sunan sitelerine verilmektedir.

daha çok ticari amaçlı olarak kullanan ilk kuruluşlardır (13).

İnternetin en önemli özelliği, çok geniş bir kitleye ulaşması bakımından etkili bir kitle iletişim aracı olmasıdır. Aynı zamanda da diğer kitle iletişim araçla-

rının gerçekleştirmediği "interaktivite" olanağına sahip olmasıdır. İnteraktivite kavramı Liu ve Shrum tarafından "iki veya daha fazla iletişim tarafının, iletişim aracını ve mesajlar bakımından birbirini etkileme derecesi ayrıca bu etkilemenin ne kadar uyumlu olduğunun derecesi" şeklinde tanımlanmıştır (14). Bu araştırmacılar interaktivitenin üç boyutundan bahsetmektedirler. Bu boyutlar aktif kontrol, iki yönlü iletişim ve bu iletişimin senkronize olmasıdır. Sağlık, web ve interaktivite kavramları bir araya getirildiğinde ise ön plana çıkan üç boyut söz konusudur. Bu boyutlar şunlardır (15):

- Gerçek zamanlı görüşme: İnteraktif iletişimin iki yönlü ve tepki içermesi gerektiğini önermektedir.
- Bağlantı durumu: Bireylerin kendi online izlemeleri üzerinde yüksek bir kontrole sahip olduğunu ve ihtiyaç duydukları enformasyonları yönetebileceği bilgisine dayanır.
- Gecikmenin olmaması: Bu boyut, kullanıcıların online işlemler için ihtiyaç duydukları hızı içermektedir.

Bu üç boyutun, Liu ve Shrum tarafından ortaya konan boyutlardan farklı yönü başlangıçta gecikmenin olmaması ile senkronize olması olarak gözükse dahi, içerik olarak her iki boyutun da birbirinden farklı olmadığı ifade edilebilir. Bu üç boyut bir araya geldiğinde, kişi sağlık ile ilgili konularda interneti ideal bir biçimde kullanabilmektedir. Kişi sağlık konusunda internet üzerin-

den bir hekim arayıp hekimler arasından tercih yapabilir ve teknik olarak mümkünse, online olarak o hekimle görüşebilir. Bu uygulama sağlık iletişiminde internetin kullanılmasının sadece bir yönünü oluşturmaktadır. İnternetin sağlık iletişimi alanında kullanılmasının olanakları oldukça fazladır.

Hastaların her geçen gün daha da bilinçlenmesi, beraberinde daha fazla bilgi arama ihtiyacını da getirmektedir. Bu bilgi ihtiyacını anında karşılamayabilen en önemli araçlardan biri artık internettir. 1998 yılında USA Today'de yayınlanan bir araştırmaya göre tüketicilerin internette aradıkları temel sağlık bilgileri ve oranları Tablo 2'deki şekildedir (16).

Bu tür bilgilerin arandığı siteler ise farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. Web sitelerinden bazıları özellikle bir hastalık hakkında bilgi vermeye yönelik olarak tasarlanmışken bazıları sağlıklı yaşam hakkında önerilerde bulunmaktadır. İletişim açısından siteleri genel olarak bir gruptandırmaya tabii tutulduğunda aşağıdaki sınıflandırmaları yapmak mümkündür

Bireysel düzeyde internetin sağlık iletişimi alanında kullanılması

Bunlara örnek olarak hekimlerin oluşturduğu web siteleri; hasta yakınlarının oluşturduğu web siteleri veya sağlıkla ilgili bloglar gösterilebilir.

Pek çok hekim artık internet üzerinden kendisini hastalarına veya potansiyel hastalarına tanıtmaya çalışmakta, aynı

zamanda kendi web sitesi üzerinden uzmanlık alanıyla ilgili verileri de iletmeye çalışmaktadır. Ülkemizde de artık pek çok hekim bu tür bir uygulamadan yararlanmaktadır. Bunun yanı sıra birçok hekim de çatısı altında toplayıp üyelerine sağlık hizmeti sunmaya çalışan çeşitli oluşumlar da söz konusudur. Bu tür sitelerin kimi gerçekten de hedef kitleleriyle etkileşim imkânını sunarken (örneğin hekimlerin belli bir zaman diliminde online olarak hastaların sorularını yanıtlaması; gelen e-mailleri en kısa zamanda yanıtlaması), bazıları da sadece tanıtım amaçlı olarak hazırlanmıştır. İnternet üzerinden verilen reklamlardan yararlanmak isteyen bazı kişi ve kurumlar da bu sistemi sadece bu amaçla kurmaktadır.

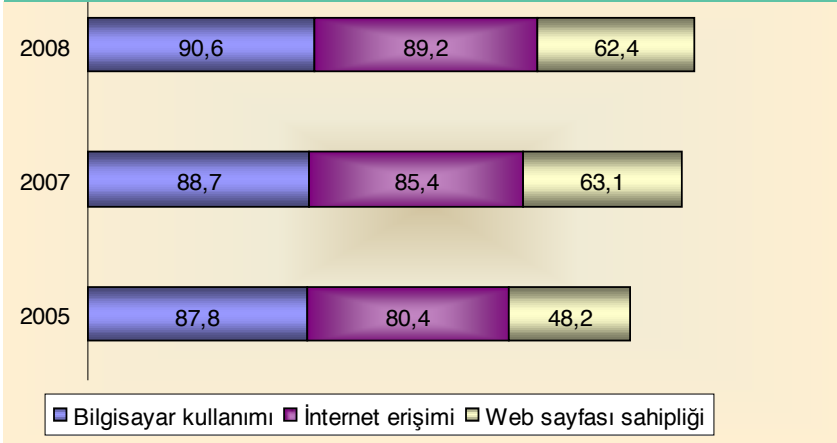
Bu tür siteler oluşturmak, bazı kişilerin zihninde "Acaba internet, hekimin yerini mi alıyor?" sorusunu beraberinde getirirse dahi, böyle bir şeyin olması şimdilik söz konusu değil. Lee'ye göre hastaların internet ortamında yaptıkları ön araştırmaların ardından hekime gitmeleri görüşmelerinin daha verimli geçmesine neden olmaktadır (17). Bu durumun Türkiye için geçerliliği ise henüz saptanmamıştır. Temelde hekim-hasta ilişkisinin ataerkil bir yapıya dayandığı Türkiye'de hekimler ellerindeki bilgi gücünü henüz çok fazla hastaya aktarmaya açık gözükmemektedirler. Bunun yanı sıra hazırlanan web sitelerinde sunulan bilgilerin güvenilirliği de sorgulanması gereken bir başka husus olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bireysel anlamda internetin sağlık iletişimi alanında kullanılmasına yönelik bir diğer uygulama olarak hazırlanan blogları örnek vermemiz mümkündür. Sağlık alanında faaliyet gösteren hekimler veya bir sağlık sorunu yaşamış olan hastalar, bu tür bloglar aracılığıyla bilgilerini diğer ilgili kişilerle paylaşma çabası içerisine girmektedirler.

Kurumsal düzeyde internetin sağlık iletişimi alanında kullanılması

Kurumsal düzeyde internetin sağlık iletişimi alanında kullanılmasına; sağlık hizmeti sunan kurumların web siteleri; sağlık alanında faaliyet gösteren sağlık kurumları dışındaki kurumların web siteleri (Sivil Toplum Kuruluşları, ilaç firmaları vs.) veya sağlıkla ilgili bilimsel veri tabanları örnek olarak gösterilebilir. Bu tür siteleri de yine kendi içerisinde ticari amaç güden ve gütmeyen olarak ayırmak mümkündür. Özel hastaneler, tıpkı hekimlerde olduğu gibi hizmetleri ve faaliyet alanları hakkında hastalara ve potansiyel ilgililere bilgi vermek amacıyla web sitelerini oluşturabilmektedir. Bunun yanı sıra ticari bir amaç gütmeyen çeşitli dernekler veya sivil toplum kuruluşları da internetten sağlık iletişimi

Grafik: 2005, 2007 ve 2008 yıllarında Türkiye'de bilgisayar kullanımı, internet erişimi ve web sayfası sahipliği.



Tablo 2: Tüketicilerin internette aradıkları temel sağlık bilgileri

Bir hastalığı araştıranlar	62,1
Fitness ve beslenmeyle ilgili bilgi arayanlar	20,0
İlaç ve etkileşimleriyle ilgili bilgi arayanlar	11,6
Bir hekim veya hastane arayanlar	3,7
Online tıbbi destek arayan gruplar	2,3

amaçlı olarak yararlanabilmektedirler.

İnternet artık devletin sağlık iletişimi için de vazgeçilmez bir araçtır ve bu şekilde de olmalıdır. Sağlık bakanlıkları, web sitelerini hastaların güvenilir bilgileri rahatlıkla edinebileceği birer kaynak haline getirmelidir. Bu tür başarılı bir siteye örnek olarak Amerika'da sağlık bakanlığının çeşitli sağlık konularıyla ilgili bilgilerin edinilebileceği www.healthfinder.gov isimli siteyi vermek mümkündür.

Bu tür güvenilir siteler, hastaların yanlış ve güvenilmez bilgiler edinmesini engellemek amacıyla ülkemizde de yaygın hale getirilmelidir.

Yukarıda belirttiğimiz şekillerde kullanılan internetin kimi zaman bizi farklı şekillerde de "yakalamaya" çalıştığını ifade etmemiz mümkün. Örneğin belli bir hastalık hakkında arama motorlarında bilgi aradıktan sonra, bulunulan siteye girildiğinde o hastalık hakkında bilginin yanı sıra, belli bir tedavi yönteminin veya hekimin de önerilebileceğini görmekteyiz. Bu ise birçok hususta internetin ticari amaçlı olarak kullanıldığını tüketiciye, hastaya tekrar tekrar göstermektedir.

Bu tür uygulamaların yanı sıra, internet üzerinden yapılan online görüşmeler veya "Second Life" gibi çeşitli online oyunlara sağlık kurumlarının, hekimlerin dahil olması da sağlık iletişimi açısından değerlendirilebilecek diğer hususlardır.

Sonuç

İletişim kavramının kendisi çok geniş bir alanı kapsadığı için, sağlık iletişimi alanı da pek çok uygulamayı içermektedir. Bu uygulamalar bireysel düzeyde hekim-hasta iletişimi olarak görülebilen kampanya aşamasında bütün bir toplumu harekete geçirmek de sağlık iletişimi çerçevesinde düşünülebilecek uygulamalardır.

Sağlık iletişiminde kullanılacak olan araçlar da çok çeşitlidir. Kimi zaman, hazırlanan bir broşür kişileri bilgilendirmek için yeterli olurken kimi zaman da hedef kitlenin eğitim düzeyine göre yüz yüze iletişime geçmek daha yararlı olabilmektedir. Yani sağlık iletişimi konusunun alanı ne kadar genişse, bu amaç için kullanılacak olan araç ve yöntemler de o kadar fazladır.

İnternet, sağlık iletişimi alanında gün geçtikçe yaygınlaşan bir araçtır. Pek çok gelişmiş ülkede bu mecra hastalar tarafından bilgi almak ve karşılıklı etkileşime geçmek için kullanılmaktadır. İletişim kavramının kendisi de bu tür bir etkileşimi esas olarak görmektedir. Evlerde internet kullanımının henüz yete-

rince gelişmediği ancak kurumsal düzeyde kullanımının yüksek olduğu ülkemizde pek çok kişi ve kuruluş interneti hedef kitleleriyle iletişime geçme amacından ziyade, "etkileme" amacıyla kullanmaktadır.

İnternet sağlık hizmeti sunan kişi ve kurumlar için iyi bir "tanıtım" ortamı oluştururken çeşitli sivil toplum kuruluşları ve dernekler içinse hastaların sorunlarını dile getirebildikleri platformlar haline gelmektedir.

İnternet sıklıkla modernleşen toplumda "yalnızlaşan bireylerin" ilişkilerini artırmak için kullanılan bir araç olarak gösterilse dahi, sağlık alanında birçok yararlar sunmaktadır. Birey belli bir hastalık hakkındaki bilgiyi artık doğrudan doğruya online olarak uzmanından alma ve çeşitli hekimleri bu ortamda daha yakından tanıma imkânına sahip olmaktadır. Hekimin yayınlarını ve çalışma alanını internet ortamında araştırıp kendisine uygunluğunu sorgulayabilmektedir. Aynı uygulamayı sağlık kurumları açısından da gerçekleştirebilmek olanağına sahiptir. İnternet sayesinde belli bir kitlenin elinde olan birtakım bilgiler artık tüm kullanıcılar için eşit olarak bulunulabilir hale gelmiştir.

Bu tür avantajlarının yanı sıra, internetin denetimsiz bir ortam olmasından dolayı dileyen herkes bu tür bilgileri web ortamına aktarabilmekte ve kişileri kolayca yanlış yönlere sevk edebilmektedir. Bu duruma getirilebilecek olan temel çözüm belki ülkemizdeki sağlık alanındaki sitelere bir denetim mekanizması getirmeye çalışmak ve bu denetim mekanizmasının neticesinde bu sitelere "güvenilir" olduğunu gösterebilecekleri bir sertifika vermek olabilir. Bu tür bir sertifika olan "Hon Code", "Health On The Net" vakfı tarafından dünyanın birçok ülkesindeki güvenilir sağlık bilgileri sunan sitelerine verilmektedir.

İnternetin sağlık iletişimi alanına getirebileceği pek çok potansiyel mevcuttur. Bu potansiyel, Türkiye gibi genç nüfusun çoğunlukta bulunduğu bir ülke için daha da büyüktür. Ancak burada da "sağlık okur-yazarlığı" konusunun da desteklenmesi, unutulmaması gereken bir husustur. Sağlıkla ilgili duyulan, okunulan her bilgiyi kendine uygulamak ve sağlıkla ilgili iletilen mesajları gerekli bir biçimde süzebilme bilgisine sahip olmak gerçekten de önemlidir. Bu açıdan da bu tür verileri değerlendirebilecek olan eğitimlerin geniş kitlelere iletilmesi gerekmektedir. Bu tür eğitimlerin, bilinçlendirme programlarının neticesinde klasik medya veya internetten sağlıkla ilgili bilgi alan kişiler, bu bilgileri belli bir değerlendirme yaptık-

tan sonra içselleştirebileceklerdir.

Kaynaklar

1) Ayla Okay *Sağlık İletişimi Temel Kavramlar ve Prensipler*, İstanbul: MediaCat Kitapları, 2009, s. 57

2) Richard Dimbley, Graeme Burton. *More Than Words : An Introduction to Communication*, Florence, KY: Routledge, 1998, ss.7-8.

3) Joan K. Bleicher, Claudia Lampert *„Gesundheit und Krankheit als Themen der Medien- und Kommunikationswissenschaft“*, *Medien & Kommunikationswissenschaft*, 51.Jg., 2003, s.348.

4) Oskar Weinig, Albert Leissner, Wolfgang Wegener, Reinhold K. Ballmann, R., *Gesundheitskommunikation im Öffentlichen Gesundheitswesen Bewältigung von Risiken und Krisen*, Norderstedt: Books on Demand GmbH, 2004, s.91.

5) Richard K. Thomas, *Health Communication*, New York: Springer Science+Business Media Inc., 2006, s.3.

6) Gary L.Kreps, "Trends and Directions in Health Communication Research", *Medien & Kommunikationswissenschaft*, 51, 3-4, 2003, s.355.

7) <http://www.aksam.com.tr/arsiv/aksam/2005/04/14/ekonomi/ekonomi7.html>

8) <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=275>

9) http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=60&ust_id=2

10) <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=2055>

11) <http://www.google.com/intl/tr/health/tour/index.html>

12) Edward Fotsch, "Finding opportunities in the chaotic online world", *Healthcare Financial Management*, July, (50) 7, 1996, s.24.

13) Sally J. McMillan, "Health Communication and the Internet: Relations Between Interactive Characteristics of the Medium and Site Creators, Content, and Purpose", *Health Communication*, (4) 11, 1999. s.376.

14) Yuping Liu, L.J. Shrum, "What is Interactivity and Is It Always Such a Good Thing? Implications of Denifinition, Person, and Situation for the Influence of Intercativity on Advertising Effectiveness", *Journal of Advertising*, Volume XXXI, Number 4, Winter, 2002 s.54.

15) W. Macias, Sally J. McMillan, *The Return of the House Call: The Role of Internet Based Interactivity in Bringin Health Information Home to Older Adults*, *Health Communication*, 23, 2008, s.36.

16) National Research Conucil Staff, *Networking Health: Prescriptions for the Internet*, Washington, DC., USA: National Academies Press, 2000, s.61

17) C.J.Lee, " Does the Internet Displace Health Professionals?", *Journal of Health Communication*, 13, 2008, s.451.

Medya, 'sağlığına' dikkat etme yolunda

Ömer Çakkal



1982 yılında Çorum'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini bu kentte tamamladı. 2004'te Marmara Üniversitesi İletişim Fakültesi'ni bitirdi. Eğitimi sırasında yerel bir radyoda radyo programları, yerel bir gazetede muhabirlik yaptı. 2002 yılında Yeni Şafak'ta çalışmaya başladı. Meslekteki ilk yıllarında sinema, sonraki yıllarda gündem ve politika alanlarına yoğunlaştı. Yeni Şafak'ta film eleştirisi yayımlandı; Sonsuzkare Sinema Dergisi'nin editörlüğünü yürüttü. Ömer Kavur, Zeki Demirkubuz, Metin Erksan, Yavuz Turgul, Lütfü Ö. Akad gibi isimlerle geniş kapsamlı röportajlar yaptı. Eğitimbilim, Dergâh, Kırklar gibi dergilerde öykü, haber, dosya ve söyleşileri yayımlandı. Bağımsız haber portalı iyibilgi.com'da editörlük ve yazı işleri müdürlüğü görevlerini yürüttü. Mayıs 2008'den beri SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi'nin ve www.sdplatform.com adlı haber portalının yayın koordinatörlüğünü yapmaktadır.

Sağlık, ülkemizde tıpkı silahlı kuvvetler gibi adeta tabulaştırılmış, dışarıdan tartışmalara mesafeli bir alan. Yıllar yılı gazetelerde "Doktor, zavallı adamın ölümüne neden oldu" haberleri seviyesinde ancak manşetlerde kendine yer bulabilen sağlık sektörü, biraz tıbbın bilimselliğine zarar vermeme, biraz da meslek temsilcilerinin konuyu 'kendi bahçesi' dışında tartışmama refleksi nedeniyle adeta kapılarını medyaya

kapattı. Hazırladığı haberi için konunun uzmanı bir hekimden görüş almak isteyen az sayıda mesleğine saygılı muhabir ise, biraz doktorların içine kapınlığı, belki biraz da ulaştığı doktorun önceden yaşadığı/yaşandığına tanık olduğu acı tecrübeler nedeniyle çoğu zaman yaptığı telefon görüşmelerinden eli boş döndü. Savaş ve bilişimin ardından dünyanın en büyük endüstrisi olan tıp teknolojisi ve ilaç endüstrisinin medyada ciddiyetle ele alınmaması düşündürücü. Hatta bu noktaya komplocu bir gözle bakanlar,

olayı bizzat endüstride 'parayı elinde tutanlar'ın bu noktaya getirip sıkıştırdıklarını iddia ediyorlar.

Son yıllarda sağlık medyası mesafe katmış olsa da durum şu ki ulusal basında sağlık alanında kendini yetiştirmiş, literatüre hâkim, bir gelişme meydana geldiğinde kimden görüş alabileceğini bilen muhabir, editör sayısı iki elin parmaklarının sayısını geçmeyecek ölçüde. Sabah Gazetesi ve NTV, bünyelerinde sağlık servisleri kuran, bir editör ve muhabirler kadrosu oluş-



Bilhassa internet portallarındaki sağlık haberciliği; birey sağlığına yönelik 'müjdeli' haberlerin, 'şok buluşlar'ın ötesine geçebilmiş değil. Bu sitelerin; insanların sağlık adına bilinçlenmesine katkıda bulunduğu ölçüde müthiş bir bilgi kirliliğine neden olduğu da bir gerçek. Ülkedeki ve dünyadaki sağlık politikalarını okuyup yorumlama çabası ise, 'uzak ufuklardaki görünmez ada'.



turan, künyelerinde sağlık editörlerinin adına yer verecek kadar konuyu ciddiye alan, ulusal medyamız için model alınması gereken iki önemli örnek. Yirminin üzerindeki ulusal gazetede ve bir o kadar sayıdaki karasal sistemle her eve ulaşan televizyon kanalında ise bir sağlık sayfası ve sağlık programları olmasına karşın çoğu kez seviye, "Baş ağrısına soğan, IQ yükseltmeye balık" ayarında. Gazetelerin sağlık ya da aile-sağlık sayfaları her gün ajanslardan ya da yüzlerce internet portalından akan haberlerden kısa kısa seçmeceler ve en üstte kadınları ya da çocuk sağlığını ilgilendiren bir manşet haberle adeta geçiştiriliyor. TV'lerin haber bültenlerinde de durum farklı değil. Bilhassa ana haber bültenlerinin sonuna, editör diliyle söyleyecek olursak 'renkli haber' niyetine yerleştirilen sağlık haberlerinde konu hemen hep aynı. Şok zayıflama reçeteleri; kalbe, gribe iyi gelen bitkiler, otlar 'sağlık haberi' (!) olarak kendisine yer buluyor.

Sizi 'kuş gribi günleri'nde görelim!

Yurdun bir köşesinde kene ya da kuş gribi nedeniyle alarm verildiğinde ya da bebek ölümleri gerçekleştiğinde adeta maske düşüyor, medyamızın acziyeti gün gibi ortaya çıkıyor. Olayın başını sonunu hiç dikkate almama, ilk günden bir suçlu bulup yaftalama, yurdum medyasının en kolay sığınağı. Ülkedeki ve dünyadaki sağlık politikalarını gündeme getirmek, tartışmak, tartıştırmak ise 'uzak ufuklardaki ada'. Böylesi bir ideal, bırakalım sağlık sayfalarının editörlerin-

de, ne yazık ki genel yayın yönetmenlerinin 'mühim konular'la dolu zihinlerinin bir köşesinde kendisi için yer bulmuşa benzemiyor.

İnternet siteleri bilgi kirliliğine neden oluyor

Sağlık alanında yayınlanan 10 civarındaki dergi ve bunun birkaç katı sayıyı bulan internet portalının her birinin içeriği farklılık arz ediyor. Ancak şunu ifade etmek gerekiyor ki, bilhassa internet portallarındaki sağlık haberciliği; birey sağlığına yönelik 'müjdeli' haberlerin, 'şok buluşlar'ın ötesine geçebilmiş değil. Kalp rahatsızlıkları, obezite, gribal enfeksiyonlar, bu portallaraki değişmeyen konular. Ajanslardan ve öteki internet portallarından akan haberlerin, hiç sorgulanmadan, kopyala-yapıştır yöntemi ile alıntılı olduğu bu sitelerin, insanların sağlık adına bilinçlenmesine katkıda bulunduğu ölçüde müthiş bir bilgi kirliliğine neden olduğu da bir gerçek. Ajanslardan ya da haber kaynaklarından bir bilgi geçtiğinde konuyu uzman bir isme sormak ya da birkaç dakika zaman ayırıp arama motorlarından kısa bir arama yaparak konunun öncesini ve sonrasını takip edip haberi yeniden kurgulamak, ülkemiz sağlık haberciliği için oldukça lüks kaçacak bir hedef. Hele ki bunun da ötesine geçip ülkedeki ve dünyadaki sağlık politikalarını okuyup yorumlama, bu konuda medyanın gücünü kullanıp kamuoyu yaratarak karar alma mekanizmalarına etki etme ideali, daha önce zikredildiği üzere 'uzak ufuklardaki görünmez ada'.

'Reyting garantili sağlık haberi': Ajda Pekkan'ın ayağını fare ısırdı'

Cumhuriyet Gazetesi'nde 'Medyada yanıltıcı sağlık haberleri' başlıklı bir yazı kaleme alan Prof. Dr. Coşkun Özdemir'in ifadesi ile "Kansere çare bulundu!", '15 dakikada ozonla bel fitiği tedavisi!', 'Kuşburnu romatizmaya çok iyi geliyor'; 'Keten tohumu tümörlerin oluşumunu, B 15 vitamini demansı önüyor' gibi popüler haberler çok yanıltıcı sonuçlar doğurabiliyor. Bir de Özdemir'in ifadesiyle 'Petek Dinçöz iki ay hamile kalamayacak', 'Ajda Pekkan'ın ayağını fare ısırdı' gibi tüm yurttan heyecan uyandıran ve TV'lerde ekranları dakikalarca işgal eden 'sağlık haberleri' (!) var ki, bu konulara hiç girmemek daha iyi. (1)

Medyanın klasikleşmiş 'kurtarma operasyonları' (!)

Sağlık haberciliğimizin belki de en ciddi sorunu, 'an'ı kurtarmaya çalışmasında yatıyor. TV'lerde acılı fon müzikleri eşliğinde hazırlanan 'kalbi delik çocuk', 'kanserli biçare anne' haberlerini ülkemizde herkes ıslak mendiller eşliğinde izler. Bu tür haberler çoğu zaman mutlu sonla biter. Devlet büyüklerimiz özel uçaklar tahsis ettikleri hastaya 'şefkat eli'ni uzatır; hayırsever kurum ve kişiler sorununu çözdükleri kişinin ömür boyu bakımını da üstlenir vs. Herkes mutludur. Gökten üç elma düşer: Biri sorunu yaşayan, biri sorunu çözene, diğeri de bu başı hüzünlü, sonu mutlu biten hikâyeyi duyugulu



Medya sektöründe sağlığa ayrılan pastanın gün geçtikçe büyüdüğü aşikar. Sadece ve sadece 'insanlığın iyiliği' adına geleceğimizi belirleyen sağlık politikalarını tartışmaya açan, kamuoyu yaratan ve yasa koyucuları yönlendirebilen; ciddi, saygın ve aynı oranda güçlü bir sağlık medyasının, sağlık sektörüne de ivme kazandıracağına hiç şüphe yok.

duygulu anlatan medyanın başına. Ama ya diğer hastalar? Ya diğer milyonlarca insan? 'Medyamız onların yaralarına merhem olacak, uzun vadeli olumlu sonuçlar doğuracak ne gibi haberlere imza atmıştır, bu konuda sorumluluğunun ne kadarını yerine getirmektedir' sorusu öylece ortada kalır, her acılı hikâyenin sonunda.

Prof. Kaynak: Bir sütunda 'ak' denilene ötekinde 'kara' deniyor

Medyamızın sağlık algısı, onu 'ticarileştirme' boyutunda rahatsız edici bir kıvama ulaşabiliyor. 'Sağlıklı olma'nın aslında özünde 'iyi olma' hali olduğunu görmezden gelen/yok sayan bir bakış ile 'sağlık' adına hep bir şeyleri yememiz, bir şeyleri yemememiz, düzenli egzersiz ve seks yaparak sağlıklı kala-

bileceğimiz vaaz ediliyor. Sanki insan vücudu bir ruhu taşıyor ve sanki bir robotmuşçasına 'iyilik hali'ne hiç değinilmiyor. SD 8'nci sayıda röportajı yayımlanan Prof. Dr. Mahir Kaynak'ın şu cümleleri dikkate değer: "Gazete kupürlerine bakacak olursanız baştan aşağı yasaklarla ve bazı ürünlere yönelik birtakım teşviklerle kurulu bir hayat yaşamanız gerekiyor. İşin garip tarafı bir sütunda 'ak' denilene ötekinde 'kara' dendiğine şahit oluyoruz. Bu kelimelere kulak kabartacak olsak hayatımız zindan olacak!" (2)

Albayrak: Yerli doktorlarımız 'prospektüs' gibi konuşuyor

Tıbbı, bir bilim olarak yeterince 'parlak' ve 'anlaşılır' cümleler kuramamakla, yerli doktorlarımızı ise 'prospektüs' gibi konuşmakla itham eden Yeni Şafak yazarı Özlem Albayrak'ın eleştirilerinden ise medya kadar tıp sektörü de nasibini alıyor. Albayrak'ın sözleri için burada bir parantez açmakta fayda var: "(...) Eski zaman büyüçülüğünün modern versiyonu gibi; çünkü medyanın sağlık yayınları. İnsan vücudu, doğal bir takım bitkilerin, bir miktar meyvenin, çiğ sebzenin karışacağı bir büyü kazanı. Bu karışıma bir tutam egzersiz ile gazete uzmanlarının verdiği rakamlara uygun cinsellik de eklenince mucize tamamdır. Sağlığın yeme-içme-spor yapma gibi pozitif gerçekliklerin dışına kayan, ayağını sıcak, başını serin, kalbi ferah tutmakla ilgili bir tarafı da olduğunı bilmiyoruz, bu sağlık endüstrisinin tüketicileri olarak. Reçetelere kutsal metin, gazetelerden bağırıp duran uzman seslerine mesih muamelesi yapmamız da bu yüzden..." (3)

Dr. İnce: Tabipler Birliği medyayı denetlesin!

Mersin'de yayımlanan 'Pratik Haber' adlı internet sitesinde konuyu yazan

Dr. Nedim İnce'nin önerisi, 'yanıtlı sağlık haberleri'nin önünü almaya dair tartışılacak türden: "Türk Tabipler Birliği'nin bir yetki ile donatılması ve sağlık yayınlarını izleme birimi kurması etkin bir yöntem gibi durmaktadır. İzlenen sağlık yayınlarında eksik, yanlış ve abartılı olanların aynı yolla düzeltilmesi sağlanıp oluşturabileceği toplumsal zarar en aza indirilebilir. Sağlık Bakanlığı veya RTÜK bünyesinde yetkin uzmanlardan kurulacak izleme birimi de aynı görevi üstlenebilir." (4)

Yargılamak ve mahkûm etmek kolay...

Dr. İnce'nin önerisi iyi-güzel ama işin sonu 'denetleme'ye gidiyor ki, bir hekimin gazeteciyi ya da onun ürünü olan haberi denetlemesi, 'iş'in hukukuna da etiğine de pek uygun düşmediği gibi ters tepebilir de. Çözüm galiba yeni bir yol bulununcaya kadar Tabipler Birliği gibi meslek örgütlerinin kendi içinde bu tür birimler kurarak medya meslek örgütleri bazında şikâyetlerde ve yönlendirmede bulunmalarından geçiyor.

Konuyu 'Bianet.org'da kaleme alan Mustafa Sütlaş'ın deyiimiyle "Yargılamak, mahkum etmek kolay, ama yanlışın nerede başladığını anlayıp nedenlerini ortaya koymak ve ona yönelik bir bilgilendirme ve eğitim faaliyeti ile bu durumu yaratan koşulları değiştirmek" en doğru yol. (4)

Ürküten araştırma sonucu: Hastaların yüzde 73'ü, kullanılan medikal terimler yüzünden doktorunu anlamıyor!

Sağlık okur-yazarlığı, sağlık haberciliği ile paralel düşünülmesi gereken bir konu. Sağlık okur-yazarlığının düşük olması, medyada sağlık haberciliğinin kalite çitasının düşük seviyelerde seyretmesinde önemli bir etken. Türk İç Hastalıkları Derneği Başkanı Prof. Dr. Erdal Akalın'ın sözlerine kulak verelim:

Artık hastaların hayat şekillerinde değişiklikler yapması, tedavileri ve bakımları için karar verme mekanizmasının içinde yer alması ve her ne kadar kompleks olursa olsun, tedavileri ile ilgili yönlendirmeleri eksiksiz yerine getirmeleri beklenmektedir. ABD’de yapılan bir araştırmada hastaların yüzde 26’sı bir sonraki randevu tarihini, yüzde 42’si ise ‘İlacınızı aç karna alınız’ talimatını anlayamamıştır. Hastaların yüzde 73’ü kullanılan medikal terimler yüzünden sağlık çalışanlarını anlamadıklarını söylerken hekimlerin 75’i sınırlı ve yetersiz sağlık okur-yazarlığının tıbbi hatalara sebep olabileceğini kabul etmiştir. Sınırlı ve yetersiz sağlık okuryazarlığı, ABD’ye yıllık 50-73 milyar dolar ekonomik yük getiriyor.” (5)

Sağlık haberciliği, medyadaki pastasını gün geçtikçe büyütüyor

Ulusal basında üvey evlat muamelesi gören, gazetelerde reklam geldiğinde sayfadan çıkartılacak ilk haberler olan sağlık haberlerinin dışında sağlık alanında tematik yayıncılık yapan dergiler ve internet portallarını ayrıca markaja almak gerekiyor. Bilhassa son yıllarda ardi ardına kurulan haber portallarından az da olsa sağlık sektörü de nasibini alınca giderek bir sağlık haberciliği sektörünün oluştuğuna şahit oluyoruz. Sektör olmak önemli, çünkü sağlık habercilerinin yetişmesi de, medyanın kendi öz denetimi de buradan geçiyor. Bazı eğitim ve sağlık muhabirlerinin kurdukları Eğitim ve Sağlık Muhabirleri Derneği ESAM’ın adını burada zikretmekte fayda var.

Mütevazı bir gayretle ‘sağlığı okuma’ çabası: SD

SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, ‘ülkede ve dünyadaki sağlık politikalarını tartışmak’ adına sürdürdüğü yolculuğunda saygın bir yer edindi. Mevsimlik çıkan SD, üç yıla ulaşan yayın hayatında elinizde tuttuğunuz sayısı ile 10. sayıya ulaştı. SD’yi e-dergi olarak yayımlamasının yanında bağımsız ve özel haberlere de yer veren www.sdplatform.com ise mütevazı yolculuğunda bugüne dek ses getiren haberlere imza attı. SD Platform’un İlaç ve Eczacılık Genel Müdürü Mahmut Tokaç ile ilaç protokolünün imzası sürecinde yaptığı “Tokaç’tan TEB Başkanı Çolak’a yanıt: Size kargalar bile güler” başlıklı röportaj sektörde ses getirdi; Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin Aydın ile sevk zinciri üzerine yapılan röportaj ise TBMM’de soru önermesine konu oldu.

Sağlık medyasına yakın markaj

Elbette ülkemizde sağlık medyası SD ile başlamadı. Yayın hayatı 20 yıla uza-

nan ve artık bir gelenek oluşturmuş dergilerin yanında sektörde hayli tanınan ve çok tıklanan internet portalları da mevcut. Ülkemizde sağlık medyası denildiğinde akla gelen dergi ve internet portallarından erişebildiklerimizin adlarını burada anmakta yarar var.

Sektörde 18 yıllık deneyimi olan Sağlık Dergisi, internet portalında yayımladığı bilgiler ışığında medikal firmalara, sektör temsilcilerine ve hastanelere hizmet veriyor.

Medical Tribune Gazetesi, Almanya merkezli Süddeutscher Verlag Medya Grubu’na bağlı olarak, 1966’dan günümüze uluslararası alanda tıp yayıncılığı yapıyor. Medical Tribune Türkiye, 1 Ocak 2007’den beri 15 günlük periyotlarla hekimlere ulaşıyor. Gazetenin resmi internet portalı olan www.medicaltribune.com.tr adresinde ise güncel sağlık haberlerine yer veriliyor.

Haftalık tıbbi haber gazetesi Medimagazin, 1999 yılında yayın hayatına başladı. Gazete ile aynı format ve politika üzerinde yayın yapan www.medimagazin.com ise her gün güncellenen yapısı ile sektöre dair pek çok özel habere yer veriyor.

Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği adına çıkan SAYED Dergisi, Nisan 2008’de yayın hayatına başladı. Dergi, aylık olarak yayımlanıp ücretsiz dağıtılıyor.

Sağlığın Sesi Gazetesi aylık yayımlanıyor. Gazetede sektöre dair haberlere yer veriliyor. www.sagliginsesi.com ise güncel haberlere yer veriyor.

Aktüel ve sosyal tıp dergisi Nabız, Prof. Dr. Recep Öztürk ve Prof. Dr. Hamit Okur’un editörlüğünde hazırlanıyor. Sağlık alanında öncelikli konuların uzmanlar tarafından dosya olarak ele alındığı dergide gezgin, vizörden, edebiyat, sinema, müzik ve karikatür sayfaları da dikkat çekiyor.

İki ayda bir yayımlanan Hastane Dergisi yayın hayatında 10 yılı geride bıraktı.

Yayın hayatına 2007 yılı başlarında başlayan Sağlık Mevzuat ve GSS Mevzuat siteleri 2008 Şubatında Sağlık Aktüel adıyla son aylardaki moda tabirle internet evliliği gerçekleştirdi. www.saglikaktuel.com adlı sitede öncelikli olarak sağlık mevzuatına dair hemen her gelişme okurlara duyuruluyor.

Bilimsel Tıp Yayınevi bünyesinde Flora, İç Hastalıkları, Hastane İnfeksiyonları, Hastane Yönetimi ve Antibiyotik Gündemi gibi adlarla pek çok dergi yayımlanıyor. Nobel, İstanbul, Güneş, Asya, Çizgi tıp kitapçıkları bünyesinde

yayımlanan dergiler mevcut.

Yukarıda saydığımız gazete, dergi ve internet portalları dışında gazete ve TV’lerin internet versiyonlarında, yani sıra internet haberciliği yapan portalların sağlık linklerinde insan sağlığı üzerine bolca habere rastlamak mümkün. Artık kamu ya da özel sektörde hemen her hastanenin internet sitesi mevcut. Buralarda hem hastanenin poliklinik ve doktor bilgileri yer alırken hem de yer yer hastalıklara ve tedavilerine dair bilgilere de yer veriliyor. Sayıları yüzlerle ifade edilebilecek bu siteleri burada tek tek anmak mümkün olmasa da sadece sağlığa yönelik haberlere yer veren tematik sitelerden bazılarını burada anmakta fayda var: www.dentalgazete.com, www.saglikmemurlari.com, www.hekimhaber.com, www.hekimce.com, www.hekimonline.com, www.hekim.org, www.hekimturk.com, www.doktorsitesi.com, www.doktor-turk.net, www.onlinesaglik.com, www.doktoruz.biz, www.doktordergisi.com, www.doktorumonline.net, www.saglikvakfi.org.tr, www.hastane.com.tr, www.rea-lage.com.tr, www.saglikbilgileri.com, www.saglicaklakal.com.

‘İnsanlığın iyiliği’ adına güçlü, ciddi ve saygın bir sağlık medyası

Bir tezi ifade etmeye çalışmaktan çok genel fotoğrafı tespit etmek amacıyla kaleme alınan bu yazının sonunda sonuç olarak şunu ifade etmem gerekiyor: TV’lerinden gazetelerine, dergilerden internet portallarına kadar her gün milyonlarca insana ulaşan medya sektöründe sağlığa ayrılan pastanın gün geçtikçe büyüdüğü aşikar. Nicelik olarak gelişme içinde olan bu pastayı, nitelik olarak besleyip olgunlaştırmak ise hem medyanın, hem de sağlık sektörünün elinde. Sadece ve sadece ‘insanlığın iyiliği’ adına geleceğimizi belirleyen sağlık politikalarını tartışmaya açan, kamuoyu yaratan ve yasa koyucuları yönlendirebilen; ciddi, saygın ve aynı oranda güçlü bir sağlık medyasının, sağlık sektörüne de ivme kazandıracağına hiç şüphe yok.

Kaynaklar

- 1- http://www.haberinyeri.net/Saglik/Medyadayaniltici-saglik-haberleri_43241.html
- 2- SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 8’inci sayı, Ömer Çakkal röportajı, Eylül 2008
- 3- Özlem Albayrak, Yeni Şafak Gazetesi köşe yazısı, 27 Haziran 2006
- 4- Bianet.org, Bağımsız İletişim Ağı, Mustafa Sütlaş yazısı, 3 Kasım 2006
- 5- Akalın’ın 18 Nisan 2007 günü Pfizer Medya Bilgi Paylaşım Günleri kapsamında Conrad Oteli’nde düzenlenen toplantıda yaptığı konuşma.

Bilgi birikimini genç kuşaklara aktarmanın en doğru yolu...

Ersal Bingöl



1957 yılında İstanbul'da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini İstanbul'da tamamladı. 1976 yılında tıp kitapçılığına başladı. 1979 yılında İstanbul İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi'nden mezun oldu. 1979 yılında Rıfki Büroğlu ve diğer arkadaşlarıyla beraber Çapa'da Nobel Tıp Kitabevi Ltd. Şirketi'ni kurdu. Ortakları ile birlikte birçok yabancı firmanın Türkiye temsilciliğini yaptı. Önce Cerrahpaşa ve Kadıköy'de, daha sonra Ankara, İzmir, Bursa, Adana, Samsun, Elazığ ve Antalya'da şubeler açtı. 2001 yılında kendi matbaasını kurdu. Evli ve iki çocuk babası olan Ersal Bingöl, halen Nobel Tıp Kitabevi'nde Genel Müdürlük görevini sürdürmektedir.

Tıp tarihi araştırmacılarına göre, ülkemizde tıp yayıncılığı 19. yüzyıla kadar uzanmaktadır. Ülkemizde basım ve yayın işlerinin yıllarca geciktirildiğini düşünürsek bundan en çok etkilenen alanın tıp yayıncılığı olduğunu görürüz. Tıbbi konuların geniş ve derin bilgi gerektirmesi nedeniyle, yazarlar ancak monografi tarzında çeşitli tıbbi kitaplar yazdılar.

Geçmişte tıp yayıncılığını araştırdığımızda öncelikle karşımıza tıp fakültelerinin kendi bünyelerine hazırladıkları dergi-

ler çıkmaktadır. Yine o dönemde yayınlanan tıp kitapları genelde üniversite yayını ya da yazarının kendi imkânları ile basılıyordu. Bu kitaplarda ayrı bir tıp yayınevi veya dağıtıcısı olmadığı için Türkiye geneline dağıtılamıyordu.

O dönemlerle ilgili (1950 -1960 yılları arasında) hocalarımızdan aldığımız bilgilere ve bazı yayınlardan öğrendiğimize göre hatırlayabildiğimiz bazı kitaplar şunlardır:

Dr. Erich Frank: Üç ciltlik İç Hastalıkları
Dr. Sedat Tavat: Fیزیopatoloji
Dr. Kazım İsmail Gürkan: Cerrahi

Dr. Osman Barlas: Propedötik
Dr. Kurt Steinitz: Klinik Laboratuvar Usulleri
Dr. Zeki Zeren: Anatomi

Yine anlatılana göre 1960'lı yıllarda ve 1970'li yılların başlarında henüz telif eserlerin çokça yayınlanmadığı dönemlerde sayıları İstanbul'da iki ya da üç, Ankara'da ise iki olan tıp kitapçıları, sadece yurt dışından orijinal kitaplar getirerek satarlardı. 1975'ten sonraki yıllarda kitapçevlerinin yayıncılık anlayışının değişmesiyle birlikte yavaş yavaş yayınlanan kitap sayısı da artırmaya başlamıştır.

Benim de tıp kitapçılığına başladığım





1976 yıllarında merkezi Ankara'da bulunan Güven Kitabevi (sonradan tıp yayıncılığını bıraktılar) çeviri konusunda öncülük yaparak tıp dallarının bilinen klasiklerini Türkçeye kazandırmıştır. Bu durum bizlere ve aynı işi yaptığımız arkadaşlara güç vererek sadece tıp kitapçılığı ve yayıncılığı konusuna yönelmemizi sağlamıştır. Yeri gelmişken kurucumuz Sayın Rifki Büroğlu'nu bu vesile ile rahmetle anarım.

O yıllarda artık telif eserler de üretilmeye başlanmıştı. Yazarlarımızın bu konuda deneyimli olmamaları, birçok aksaklığı ortaya çıkarıyordu. Hazırlanacak kitaba girecek resimler veya çizimler sorun teşkil ediyordu. O zamanın koşulları ile dizgi, baskı teknikleri kâğıt kaliteleri çok gelişmiş değildi. En çok sorunu indeks ve kaynak bölümlerinde yaşıyorduk. Türk tıbbına yüzlerce yayın kazandırmış bir tıp kitabevinin sorumlusu olarak şunu söylemeliyim ki; bilgisayarı günümüzdeki kadar sık kullanılmadığı dönemlerde inci gibi el yazısı, renkli kalemlerle hazırlanmış tablolar ya da bizim nerede boşluk nerede paragraf yapacağımızı dahi bildiren yazarlar olduğu gibi; yazısı okunmayan, kendi dallarına göre kısaltmalarla yazı getiren, sonra da yazısını beğenmeyip tekrar tekrar değiştiren yazarların da vardı.

1980'li yıllardan sonra birçok tıp fakültesi öğretim üyesi temel ve klinik bilim dallarında kendi kitaplarını yazmaya başladı. Hemen hemen her tıp fakültesi iç hastalıkları, cerrahi, kadın-doğum ve diğer birçok dalda kendi yazdıkları kitapları öğrencilerine sunar hale geldiler.

1950-1960 yıllarında hepsi 10 kadar

olan tıp kitabından günümüzde binlerce kitaba ulaşılmıştır. Hatta bu noktada Avrupa düzeyine ulaşmış durumdayız. Öğrencilerimiz kitap bulamama sıkıntısı içinde değiller; temel tıp bilimleri için yazılmış kitaplardan ve kaliteli yabancı kitapların çevirilerinden yararlanıyorlar. Pratisyen hekimlerimiz aradıkları her konuda kitap bulabiliyorlar. Uzmanlık dalları için mükemmel ve eksiksiz telif veya çeviri kitaplar mevcut. Okuma oranının çok düşük olduğu ülkemizde İstanbul ve Ankara'daki kitapçıları yurt dışında bulunan kitapçılarla hemen aynı boyuttadır ve isteklere kısa zamanda cevap verebilmektedir.

Yayınladığımız kitapların yurt dışında okunmasını sağlamak için yabancı yayınevleriyle işbirliği arayışlarımız devam etmektedir. Tabii ki bu konuda en önemli konu, bilgi birikimi olan hekimlerimizin kitap yazma konusunda daha aktif olmaları, hatta diğer yazarlarla paylaşımlara girmeleridir. Ayrıca bizler de, kendi dallarında deneyimli yazarlarımızdan danışman olarak faydalanarak daha gerekli ve seçici yayınların çıkmasını sağlamalıyız.

Eskiden çok fazla söz edilmeyen telif hakları konusu da günümüzde yayıncılığın en önemli maddesi olmuştur. Artık ülkemizde fikir ve sanat eserleri hakkında çıkarılan yasalara ciddi ve deneyimli yayınevleri tarafından kesinlikle uyulmaktadır. Bu nedenle yazarlar hazırladıkları eserlerin maddi ve manevi karşılıklarını almaktadırlar.

Tabii ki yayınevlerinin ve tıp kitaplarının değerini, tıp dünyamızın bireyleri olan, doktorlarımız, öğretim üyelerimiz, öğrencilerimiz, hemşirelerimizin bildiklerini düşünüyoruz.

“(...) Yazarlarımızın bu konuda deneyimli olmamaları, birçok aksaklığı ortaya çıkarıyordu. Hazırlanacak kitaba girecek resimler veya çizimler sorun teşkil ediyordu. O zamanın koşulları ile dizgi, baskı teknikleri kâğıt kaliteleri çok gelişmiş değildi. En çok sorunu indeks ve kaynak bölümlerinde yaşıyorduk.”

Kaynaklar

Alatlı Canan, Çolaklar Huriye, Efeoğlu Ahmet, Namal Arın. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi 1908-2008

Demir Ramazan. Üniversitenin Bugünü ve Yarını Ankara: Palme Yayıncılık, 2008.

Huth, J. Edward. Tıpta Bilimsel Yayın Hazırlama Teknikleri Çeviri. Hasan Doğruyol İstanbul; Nobel Tıp Kitabevleri, 2009.

Ulutin, Orhan Nuri. Ord. Prof. Dr. Erich Frank'ın Dünya Tıbbındaki Yeri ve Türk Tıbbına Katkıları İstanbul : Nobel Tıp Kitabevleri, 2007.

Üstdal Muzaffer, Vuillaume Robert, Gülbahar Kural, Soyugur Behram. Sağlık Biyolojik Bilimlerde Araştırma Nasıl Yapılır Nasıl Yazılır Ankara: Palme Yayıncılık, 2006.

Düşüncenin evrimi

Doç. Dr. Akif Tan



1961 yılında Ankara'da doğdu. 1978'de Kuleli Askeri Lisesi'ni, 1985'de GATA'yı bitirdi ve tabip teğmen olarak TSK'da göreve başladı. 1990'da GATA Genel Cerrahi AB Dalı'nda uzmanlık eğitimi aldı. 1994'de genel cerrahi uzmanı olarak Şirnak Askeri Hastanesi'nin Baştabipliğine atandı. 1996'da GATA Genel Cerrahi AB Dalı'nda yardımcı doçent olarak göreve başladı. 2000'de İstanbul Gümüşsuyu Askeri Hastanesi'ne atandı. 2002'de doçent oldu ve 2004'de kıdemli albay olarak emekliye ayrıldı. Halen Özel İstanbul Medipol Hastanesi'nde görev yapan Tan, evli ve iki çocuk babasıdır.

Koca Sokrates bile, kendisine Herakleitos'un yapıtını okuyan Euripides'e şöyle demiş: "Anladıklarım çok güzel, öyle sanıyorum ki anlamadıklarım da."

Orhan Hançerlipoğlu "Düşünce Tarihi" adlı geniş eserinde diğer yazarlar gibi "İnsanın aynı zamanda insanlaşma sürecidir" dediği düşünce tarihini 4 bin yıl önceden başlatır. Genellikle felsefe ta-

rihi, düşünce tarihi gibi algılanır; oysa daha öncesi yok mudur? İşte biz de evrimleşme ve yazılı tarih öncesinden başlayarak az rastlanır bir şeyi insanın milyonlarca, yüz binlerce yıldaki düşüncesinden ve evrimleşmesinden bahsedeceğiz.

1931 yılında, Bagel'in güvertesinde güney denizlerine yol alırken denizi seyreden Darwin, dönüşünde yaklaşık yüzyılı bulan tartışmalara, kavgalara

yol açacak doğada evrimin var olduğunu söyleyeceğini henüz bilmiyordu. Henüz fosilbilim gelişmemişti. Daha Mis. Lakey Afrika' da, Olduvai Boğazı'nda, milyonlarca yıl önceye ait insan kemiklerini bulmamış; bir milyon yıl önceye ait insan yapımı el baltaları ortaya çıkartılmamıştı; henüz yontulmuş taş parçaları açıklığa kavuşmamıştı. İnsanların ilk yerleşim yeri Ürdün ve Ölüdeniz yakınlarındaki Jeriho ortaya çıkartılmamış; kurulan ilk kent Uruk





kazılmamıştı. Ninova' da Asurbanipal'in kütüphanesi, yani kil tabletler kazılarda bulunmamış, insanların yaptığı ilk büyük mabet Ur kenti Ziggurati ortaya çıkartılmamış, ilk büyük devlet olan Sümerler tanınmamış, ilk imparatorluk olan Akadların tarih içindeki yerleri belirlenmemişti.

Bunların hepsi ve daha fazlası, son 150 yıla sığıldığı gibi bekliden de son birkaç on yılda insanın kendisi hakkındaki bilgileri daha da derinleşti ve derinleşmeye devam ediyor. Şimdi objektif delillerle bilinen, milyonlarca yıl önceden başlayan insanın fiziksel evrimi, yüz binlerce yılda gelişen fiziksel kabiliyetleri, sosyalleşmesi ile insanın Jared Diamond'un değimi ile büyük sıçramayı yaparak bereketli hilal denilen bölgede yani Güney Türkiye ve Mezopotamya'daki medeniyetleri kurmasından bu yana 10 bin yıl geçti.

İnsanın, fiziksel görünümü ile milyon yıl önce iki ayakları üzerinde durmaya başlaması, el ve ayak bilek kemiklerindeki değişimler, leğen kemiği ve yüzün değişmesi ile yutağın gelişip seslerin çıkartılmasından insanın oluşmasına kadar, kafatası hacminin büyümesi ve beyin kıvrımlarının oluşması hatta konuşma merkezine bağlı kafatasında meydana gelen değişikliklerin artık paleoantropoloji ilimi kapsamında disiplinli incelemeleri sonucu; eski tarihli iskeletlerin yeni tarihli olanlara göre

anlattığım sırayla değiştiğini biliyoruz. Ancak sadece el baltası yapabilen ve bu ilk aleti yaklaşık bir milyon yıl taşıyan fiziksel insanın, 500 bin yıl önce simetri kavramıyla taşları yontması, ateşte yiyeceğini pişirmesi, 60 bin yıl önce ölümlerini gömmeye başlaması, 30 bin yıl önce mağaralarda ve kayalarda resimler çizip küçük heykelcikler yontmaya başlaması ve en önemlisi de Gordon Child'in Sanayi Devrimi'nden bile daha önemli bulduğu, avcı ve toplayıcı olmaktan çıkıp, yerleşip tarım yapan ve hayvanları evcilleştirerek artı değer oluşturan ve kentler kurmaya başlayan insan haline gelmesi; yani 10 bin yıl önceki bu büyük sıçraması da aslında hep bir gelişme ve evrimleşmenin sonucu olmuştur.

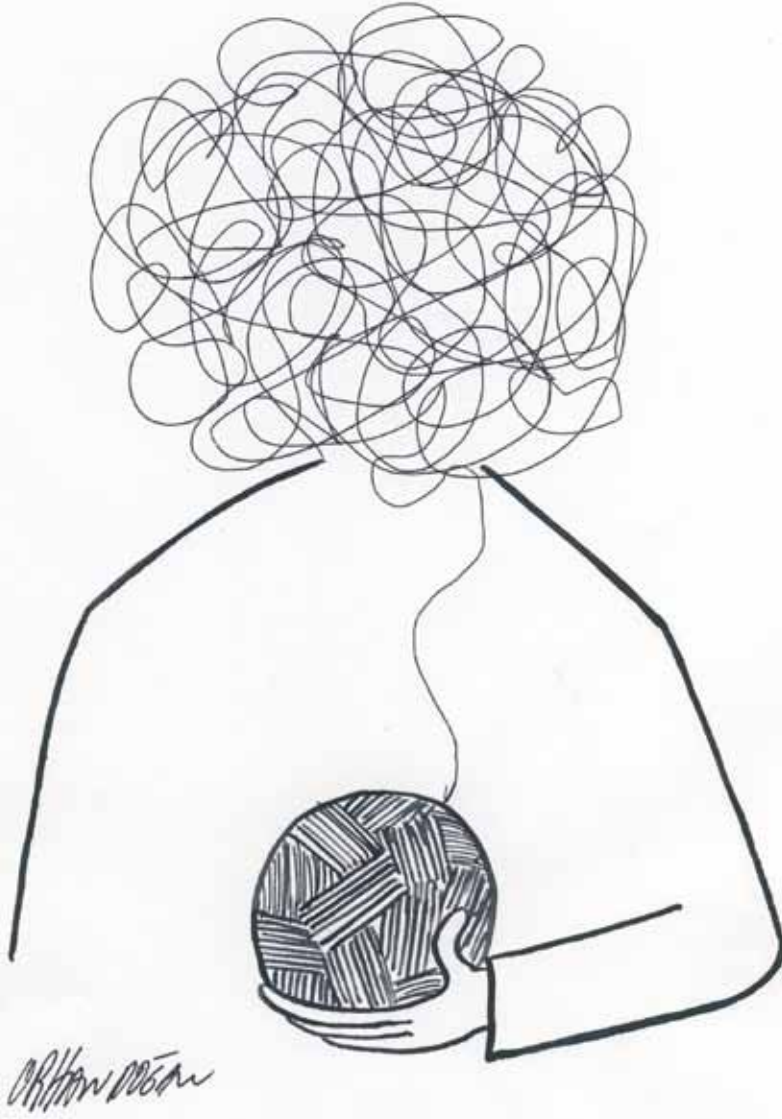
Şimdi bunları söylemek ve söylediklerimizin hepsi için olmasa da büyük kısmı için kanıtlar gösterebilmek mümkün. Özellikle 18 ve 19'uncu yüzyılın tümü, felsefede evrim kavramının zirveye çıktığı dönemlerdir. Her ne kadar "evrim kavramı" ile "evrim teorisi" birbirlerinden farklı kavramlar olsa da insan düşüncesinde evrim kavramının gelişmesi ile yıllar içerisinde biyolojik evrim kavramının yerleşmesine zemin hazırlayıcı olmuştur. Evrim kavramı; bir önceki aşamadaki basit, daha kötü, daha aşağı durumun, bir sonraki kompleks, daha iyi, daha üst duruma gelişini belirten bir anlam taşır. Schelling doğa merkezli, Hegel ise idealist ve insanlık tarihi merkezli

Schelling doğa merkezli, Hegel ise idealist ve insanlık tarihi merkezli bir evrimden bahsederken daha sonraki yıllarda Darwin, bütün canlı türlerinin birbirinden oluşması merkezli bir teoriden bahsetmiştir. 18'inci yüzyılda kendine kavramsal bir yer bulan evrim, artık 1839'da Beagle Gemisi ile yaptığı seyahatten dönen genç Darwin'in "Türlerin Kökeni" adlı kitabı ile son yüzyılın ciddi tartışması haline gelen insanın ve canlıların evrimi halini almıştır.

bir evrimden bahsederken daha sonraki yıllarda Darwin, bütün canlı türlerinin birbirinden oluşması merkezli bir teoriden bahsetmiştir. 18'inci yüzyılda kendine kavramsal bir yer bulan evrim, artık 1839'da Beagle Gemisi ile yaptığı seyahatten dönen genç Darwin'in çeşitli yazışma ve araştırmalardan sonra yayınladığı "Türlerin Kökeni" adlı kitabı ile son yüzyılın ciddi tartışması haline gelen insanın ve canlıların evrimi halini almıştır. O tarihlerde henüz hiçbir insan iskeleti bulunmamıştı.

İlk defa 1925'te Raymond Dart, Güney Afrika'da insan fosillerini bulduğunda, antropologlar bunun insanın ataları olduğunu kabul edecek durumda değillerdi. Ancak 20 yıl sonra 1950'lerde Dart ve Boom'un daha fazla fosil bulunması ve Luis ile Mary Leakey gibi antropologların çalışmaları ile artık insanın soy ağacında "hominidler" yer bulmaya başlamıştı. Leakey, 1930'da başlayan Tanzanya'da ve Turkana Gölü'nün doğusundaki çalışmalarında 20 yıl sonra gerçek bulgulara ulaşabilmiş, çeşitli fosillerin yanında yaklaşık 3.7 milyon yıl önceye ait Laetoli Fosil Yatağı'nda insan ayak izlerini açığa çıkarmıştır. Bugün "Lucy" adı ile meşhur 3.4 milyon yıl önceye ait insan iskeleti Donald Johanson tarafından 1973 yılında Etiyopya Hadar bölgesinde bulunmuştur.

Günümüze moleküler antropolojinin de gelişimi ile yeniden popülerlik kazanan



insanın evrimi artık 1 milyon yıl önceye ait tüm buluntuların Afrika kıtasına ait olması nedeni ile insanın orijini olarak bu kıtaya işaret edilmesine neden olmuştur. Bu, tarihlendirme çalışmaları ve genetik çalışmaları ile de 100 bin yıl önce Afrika'dan çıkan ve dünyaya yayılan bir "homosapiens" anlayışını da geçerli hale getirmiştir.

İnsanın fiziksel evrimi böyle devam ederken sosyal yönden nasıl bir gelişme içinde olduğu önce efsaneler ve mitlerle açıklanıyordu. Ama 19'uncu yüzyılda üst üste gelen arkeolojik buluntular insanın tarihinde saklı olan çok şeyi açığa çıkarmaya yetti. Yazının insanlık tarihinde yerini alması, en az tekerleğin, çömlekçi çarkının keşfi ve ateşin kullanılması kadar önemliydi. Nasıl insanın kökeni için Afrika ve Rift Vadisi önemliyse, medeniyetin başlangıcında da Mezopotamya o kadar önemliydi. Bunu ancak şimdi saygıyla

hatırladığımız birkaç meraklı araştırmacının hikâyelerinde bulabiliriz. Henry Layard, Musul'da oturan bir İngiliz olarak, macera ve para kazanma arzusuyla 1840'larda başladığı Antik Ninova kenti kazılarında gerçekten büyük başarılar kazanmış, Senahrib Sarayı'nı ve Asurbanipal'in yüz binlerce tabletten oluşan kütüphanesini ortaya çıkartmıştı. Daha sonra Ninova'nın güneyinde Asur Kralı Tiglatpaleser'e ait sekizgen prizma üzerinde uzun bir çivi yazılı metin bulundu. Bu metnin çözülmesi için uğraşan Rawlinson, sonunda Persepolis'teki "Behistun" yazıtlarındaki farktan yola çıkarak bu yazının Asurca, Persçe olmadığını Sümerce olduğunu, Hicks, Talbot ve Oppert ile birlikte ilk defa açıkladı. Farklı bir yazının farklı ve önemli bir kültür olduğu ise, George Smith'in tufan tabletlerini bu tabletler içinde Sümerce destanlar arasında bulup da okuması ile ve Noah Kramer'in medeniyette ilklerle insanlığı

15 bin yıl önce avcılıkta ok ve yay kullanılmaya başlanması, bu kadar uzun yıllardan sonra insanın önemli bir zihinsel atak yaptığını göstermekte. Ok ve yay, aslında aynı amaca yönelik fakat tamamen farklı iki aracın kullanılması demektir. Bu haliyle insanın araç yapımı ve düşüncesi de daha değişmiştir.

Sümerlerin nasıl tanıştığını "Tarih Sümer'de Başlar" kitabında yazması ile oldu.

1850'lere kadar insanlar hiç bilmedikleri kendi tarihleri ile tanışmaya başlamış ve insan ve medeniyeti, 1950'lerde artık yazılı tarih öncesi ve yazılı tarih sonrası ile daha anlaşılır olmuştu. Peki, insandan bahsederken en önemli özelliği olan onu diğer canlılardan biraz daha farklı bir yere koymamızı sağlayan düşünce bu süreçlerde nasıl bir seyir izlemiştir. Belki onlarca yıl önce bunu tartışmak ve konuşmak daha zordu ama şimdi atropoloji ve sosyoloji ile birlikte bir şeyler söylenebilir.

İnsan beyninin fizikse evriminde bulunan kafatası kemikleri bize; 5 milyon yıl önce 500 cc hacmündeki Australopithecus kafatasının ancak 1.5 milyon yıl önce homo erectus ile 935 cc'lik bir hacme ulaştığını ancak 100 bin yıl önce homosapiens ile 1350 cc'lik bir hacme ulaştığını anlatıyor. Beynin hacmindeki artış zihinsel gelişme ile tam bir doğru orantı göstermese de geçen zaman içinde kafatası büyümüş, beynin büyüklüğü ve kıvrımları değişmiş, konuşma merkezi ve korteks gelişimi daha belirginleşmiştir. Bu fiziksel gelişmeler olurken, 1.5 milyon yıl önce başlayan alet yapımı insanın zihinsel gelişiminin de ışık tutabilir. Önceleri ele geçirdiği şeyleri biçimlendirmeden sadece kullanan insan artık ona amaca uygun şekil vermeye ve hatta alet yapmak için alet kullanmaya da başladı. Yani gerektiğinde rast gele alet yapar. Bu ilk aletler oldukça basittir ve oldovien kültür dönemi olarak isimlendirilir. Önceleri basitçe amaca dönük sivriltilme işlemi yapılır. Homo habilis olarak isimlendirilen insanlar ilk maddesel araçlarını yaparken zihinlerinde de ilk simgesel aracını biçimlendirmiştir. Çünkü doğadaki hazır bir nesnenin im-

gesi ile yaptığı aracın imgesi, nicel olarak aynı olsa da aralarında niteliksel bir fark vardır. İnsanın kültürel evriminin sivri uçlu bir nesnenin yontulması ve onun imgesinin zihinde oluşturulması ile başladığı kurgulanabilir. Gordon Childe tam bu noktada ilk maddesel aracını yontarken zihninde onunla ilgili ilk imgesel aracını yaratan canlının artık herhangi bir canlı olmadığını, kuramda maddesel ve simgesel olarak araçlar yapan ve kullanan, bu araçları değiştirip geliştiren bir canlı olduğunu ve artık bu haliyle ona insan demenin daha doğru olacağını söyler. 1 milyon yıl öncesinde artık insan mağarada sığınır ve el baltasını geliştirir. Yarıcı ve yonga aletler yapmaya başlar ve simetri kavramını geliştirip, belli geleceklerde aletler yapmaya başlar.

Bu dönemde yapılan aletlere Acheul kültürü denmekte olup oldukça yaygın biçimde arkeolojik kazılarda bulunmuştur. George Washington Üniversitesi'nden arkeolog Alison Brooks'a göre çoktandır yerleşmiş acheul teknolojilerinden, orta paleolitik teknolojisi olan Levaluvan Endüstrisi'ne geçiş, zihinsel kabiliyet açısından bir geçişti. Bu teknolojik geçiş aynı zamanda homoerectustan, arkaik sapiens diye bilinen bir türe geçiştir. Brooks şöyle söylüyor; yontulmuş taştan faydalanabilmek için yapmayı tasarladığınız nesnenin sonuçta alacağı biçimi de zihninizde detaylı canlandırmak zorundasınızdır. Yaklaşık 500 bin yıl önce insan artık doğada oluşan yangınlardansa ateşi kontrol altına almayı başarır ve eti pişirerek yemeye başlar. Bu nedenle alet yapımında ve kullanımında da gelişme vardır. Bu standartlaştırılmış alet yapımı zaman içinde düzgün bir artışla değil, uzun yıllar onlu, yüzlü rakamlarla anılırken günümüzdeki 20 milyon standartlaştırılmış araç takımına gelinceye kadar 10 bin yıl önce aniden artmaya başlar.

Avcı ve toplayıcılık sürecinde av hayvanını takip ederken barınak yapmaya, konaklamaya ve kendisini takip eden yardımcı hayvanları evcilleştirmeye başlar. Yaklaşık 50 bin yıl önce kompozit alet yapımı ile birlikte mağaralarda resimler yapmaya başlar. Artık zihinsel gelişiminde estetik, renkler ve oranti oluşmuştur. Resim çizen ellerin ve parmakların hareketi eski kabalığın yerine zihinsel gelişimdeki detayları göstermektedir. Bugün hala daha bu çeşitli mağara resimlerinin ve yüz binlerce yıl sonra nasıl birden bir yani son 15-20 bin yılda ortaya çıktığını izah edememektedir. Oysa bu mağara resimleri imgesel ve simgesel anlamda insan için çok şey ifade etmekte olup paleolitik insanı birden bire günümüz insanına bağlamaktadır. Bu tür tartışmalara ilaveten mağara resimleri için kullanı-

lan boya ve teknolojide henüz bu hayranlık uyandıracak seviyesini anlamamıza pek imkan vermemektedir. Yine bu dönemde küçük heykelticikler yontulmaya başlanmıştır.

Larinksteki (yutak) değişim ile insanların ses tellerinin anatomisini ne yazık ki kemikler gibi kalıcı organlar olamaması nedeni ile fosiller üzerinde gözlemlemesek de kafatası iç yüzeyindeki konuşma merkezine bağlı çukurluktan insanların orta paleolitik dönemde sesler çıkararak anlaşlıklarını söylemek mümkün. Randall White'a göre, 100 bin yıldan önceki dönemlerde yaşamış insanların, bu gün bizim dil olarak adlandırdığımız gibi bir şeyin hiç olmadığıdır. White, bu noktada anatomik açıdan bu günkü insanın evrimleşmesiyle, toplumsal ve kültürel anlamda olmasa da, nörobiyolojik anlamda dil yeteneği ile donanmış insanın ilk kez belirlendiğini öne sürüyor. White, sonunda orta paleolitikte, gelişmiş sinir sistemi olan homosapiensle birlikte 35 bin yıl önce dil konusunda uzmanlaştıklarını ifade etmektedir. Yani 65 bin yıl önce başlayan dil kullanarak iletişim kurma 35 bin yıl önce uzmanlaşmayla bitmiştir. Deacon ise dilsel gelişiminin, insanın evrimsel geçmişi boyunca, beyin hacminin artışına bağlı olduğu görüşünü savunmuştur. Deacon, dilin insan beyninin evriminin yalnızca bir sonucu değil, o evrimleşmeyi doğuran ana etken olduğunu söylemektedir.

15 bin yıl önce avcılıkta ok ve yay kullanılmaya başlanması, bu kadar uzun yıllardan sonra insanın önemli bir zihinsel atak yaptığını göstermektedir. Ok ve yay, aslında aynı amaca yönelik fakat tamamen farklı iki aracın kullanılması demektir. Bu haliyle insanın araç yapımı ve düşüncesi de daha değişmiştir. Asıl bu tarihlerdeki çömlekçi çarkı ile çömlek yapmaya başlamaları ve yerleşik kültür oluşturmaya başlamaları ile birçok araştırmacıya göre insan artık tam anlamı ile insan olmaya başlamış bir anlamda medeniyet kurmaya başlamıştır. Bu döneme neolitik devrim denmesi oldukça kabul gören bir tanımlamadır. Düşünsel olarak da insan artık subjektif düşünebilmektedir. Artık su kanalları yapmak için geometriye, su baskınlarını ölçmek ve önlemek için matematik ve astronomiye geçmiş, büyük değirmenler kurmak için çarklar yapmaya başlamış, bu nedenle pi sayısını bulmuş, sayı saymaya başlamış büyük rakamlar için yazıya ihtiyaç duymuştur. Yazının icadı, soyut düşüncenin hatta bir anlamda bilimin gelişmesinde ve yayılmasında son derece etkili olmuştur.

İlk piktogramlarla sadece simgesel ifadelerin kullanılmasına rağmen, Sümerlerde tapınakların hayvanlarını saymak

için geliştirilen kuneiform ifadelerin daha sonra çivi yazısına ve bu tür yazı ile resim yazısından farklı olarak kavramların yazıya döküldüğünü tabletlerin tarihsel dökümünde bulmak mümkün. İlk astronom olarak Sümerler kendi kozmolojilerini ve kozmogonilerini oluşturmuş, bunu yazıya dökmüşlerdir. Tabletlerin incelenmesi ile eğitim, din, teknoloji kullanımı hakkında Sümerlere ait geniş bir bilgi oluşmuştur. İnsanlık tarihinin bu ilk siyasal devleti, bakır ve tunç çağı monarşilerinin de başlaması demektir. Şehir devletleri sonunda Akadların hâkimiyeti ve Kral Sargon ile ilk imparatorlukların siyaset sahnesine çıkmasına yol açmıştır. Bu uygarlık dönemi olarak tanımlanan zamanda artık düşünceler sosyal ve siyasal alanı etkilerken aynı zamanda düşüncede etkilenmeye başlamış böylece, insanın sade ve ihtiyaçlarına yönelik düşünce hayatı artık, doğal olandan koşullanmış olana doğrudan kaymaya başlamıştır diyebiliriz.

İnsanın düşüncesinin evrimini, arada bir sıçramalar göstererek yükselen bir grafik çizen beynin büyüklüğüyle, uzun yıllar boyunca en alt seviyede düz çizgi çizen sonra hafif yükselme gösteren ve 20 binli yıllarda sanatla birlikte hızla yükselen ve 10 binli yıllarda aniden yükselen alet yapım grafiğiyle ve uzun zaman en alt seviyede gidip ortapaleolitik dönemle birlikte ortalama bir hızla yükselen dilin gelişim grafiği ile anlatmaya çalışırsak; insanın düşünce evrimi uzun zaman alt seviyede hafif yükselmelerle, merdiven yappan ama son 20 bin yılda yükselip 10 bin yıl önce hızla yükselen bir grafik gibidir diyebiliriz.

İlk medeniyetlerden sonra ise düşüncenin evriminden değil hızla serpilip gelişmesinden bahsetmek daha doğru olur. Genellikle düşünce tarihinden bahsedilirken felsefenin tarihinden bahsedilir ve 3 bin yıllık bir geçmiş ile ele alınır. Biz ise çok nadir bir yaklaşım ile düşüncenin aslında insanın fiziksel varoluşu ile birlikte ama kendisini son yıllarda iyice belli edecek hale geldiğini, insanın fiziksel evrimi ile düşüncenin evrimi arasındaki paralellikleri, bu konunun üzerindeki tartışmalarla incelemeye çalıştık. Son söz olarak felsefeyi de işin içine katarsak, Descartes'in ünlü "Düşünüyorum, o halde varım" cümlesi, Jean Paul Satre'nin buna cevabı olan, "Eğer düşündüğünüzün farkındaysanız, o farkındalık düşünme sürecinin bir parçası olamaz" cümlesi ile günümüzdeki anlatımını bulur.

Kök Hücre Çalışmaları, Klonlama ve Yeni Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik

Prof. Dr. Hakan Hakeri



1966 doğumlu Hakeri 1987 yılında İstanbul Hukuk Fakültesi'nden mezun oldu. 1996'da Almanya'nın Köln Üniversitesi'nde doktorasını tamamladı. 1996-2005 arasında Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde görev yaptı. 2005'te Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi'ne atandı. 2007'de profesör oldu. DAAD, Alexander von Humboldt Foundation, TÜBA ve TÜBİTAK bursiyeridir. Değişik tarihlerde Almanya, Avusturya ve ABD'de konuk öğretim üyesi olarak araştırmalar yaptı. Tıp Hukuku Derneği kurucu başkanı olan Hakeri, evli ve iki çocuk babasıdır. Yayınlanmış 12 kitabı ve 46 makalesi vardır. Kitapların 2'si Almanya'da, makalelerin 6'sı Almanya'da, birer makale de İspanya ve İtalya'da yayınlanmıştır. Yurtdışında yayınlanan makaleler, Almanca, İngilizce, İspanyolca ve İtalyanca dillerinde yayınlanmıştır. Birçok ulusal ve uluslararası sempozyum ve kongrenin dışında bu yıl altıncısı Almanya'da düzenlenecek olan Türk-Alman Tıp Hukuku ve bu sene üçüncüsü düzenlenen Türk-Alman Ceza Hukuku Sempozyumlarının organizasyonunu yapmaktadır.

Son yıllarda bütün dünyada büyük yankı uyandıran kök hücre çalışmaları, klasik yöntemlerle tedavi olamamış birçok hasta için umut kapısı olma olasılığı içermektedir. Bu yönüyle kamuoyunun büyük ilgisini çekmekte, birçok hastalık için mucizevi bir formül olarak görülmektedir. Henüz birçok alanda kesin yararı ispatlanmamış olan bu çalışmalar ülkemizde de başlamış ve son

olarak Sağlık Bakanlığı'nın iki genelgesine konu olmuştur.

A- Genel olarak:

Erkekten alınan hücre çekirdeğinin gö-nüllü bir kadından alınan yumurtaya yerleştirilmek suretiyle embriyonik kök hücre laboratuvarında elde edilmektedir. Yani laboratuvar ortamında embriyo klonlanmakta, kopyalanmaktadır.

Tıbbın gelişmesiyle birlikte, yetişkin

kök hücre veya embriyonik kök hücreler ile bazı hastalıkların tedavisinde büyük ilerlemeler kaydedileceği beklenmektedir. Yetişkinlerden alınan kök hücreler ile ihtiyaç duyulan hücrelerin elde edilmesinde gerek etik ve gerekse hukuksal bakımdan bir sorun bulunmamaktadır, zira kişi tedavisi için vücudundan hücre elde edilmesine rıza göstermektedir.

Benzer şekilde embriyonik kök hücrelerin kişinin kendi tedavisi için oluşturu-





rulması da mümkün olup bu durumda sperm ile yumurta birleştirilerek döllenme gerçekleştirilmekte ve döllenmeden sonraki belli bir aşamada oluşan kök hücreye müdahale edilerek istenilen organ vs. elde edilmektedir. Embriyon kabarcıklarının (blastosit) döllenmesinden (embriyonun blastosit bölünmesinden) yaklaşık 4 gün sonra alınan ve artık bizzat tam bir insan organizmasına dönüşmeyecek olan ama bir bakıma "her fonksiyona sahip kabiliyette", yani insan vücudunun 210 hücre tipi olarak gelişebilecek kök hücreler söz konusu olmaktadır. Burada hastanın gözetildiği, merkezinde hastanın bulunduğu bir süreç söz konusudur. Bu süreç, üretim amaçlı klonlamadan bu yönüyle çok farklıdır (1).

Embriyonik kök hücre çalışmalarında, aslında insan olarak yaşama kabiliyetine sahip olan embriyona bu olanak tanınmayarak bir nevi yedek parça deposu olarak kullanılmaktadır. Başka ifadeyle, anne karnında insan olarak büyüyecek olan embriyolar, kök hücre elde edilmesi için öldürülmektedir. Bu durumda, yetişkin kök hücrelerden farklı olarak etik ve hukuksal problemler ortaya çıkmaktadır.

Burada ele alınması gereken ilk sorun, tahrip edilen embriyonun yaşam temel hakkına sahip olup olmadığı, Anayasa ile korunan manada "yaşam"ın söz konusu olup olmadığıdır. Embriyo baki-

mında da yaşamın varlığını kabul edenler, embriyonun potansiyel olarak bir insan olduğunu; kendini insan olmak yönünde geliştirdiğini ileri sürmektedirler. Buna karşılık spiral veya diğer bazı doğum kontrol yöntemlerine müsaade etmek suretiyle kadının aktif hareketiyle döllenmiş yumurta hücrelerinin yok edilmesine göz yumulduğu; kaldı ki zaten her ay doğal yollarla da yumurta hücresiyle sperm birleşmesiyle oluşan embriyonların yaklaşık yüzde 70'inin ana rahmine yerleşmediği veya tam gelişimini tamamlamadığı, aksine rahimden aylık kanama ile atıldığı ileri sürülmektedir (2).

Burada tartışılması gereken asıl problem, embriyonların kök hücre kazanımı için kullanılmasının insan onuruna bir saldırı ve dolayısıyla insan onurunun bir ihlali sayılıp sayılmayacağıdır. Embriyolar bu yöntemde sadece bilim ve tedavi amacıyla suni olarak oluşturulduklarından bu husus insan onurunu ilgilendirir mi? Alman Dürig, Kant'ın "*İnsan sadece basit bir araç olarak kullanılmaz, aksine her an bizzat bir amaç olarak değerlendirilmelidir*" görüşünü esas alarak insanın "bir obje, bir basit araç" olarak aşağılanmasında onurun ihlalinin söz konusu olduğunu kabul etmektedir. Burada sorun embriyonun araçlaştırılmasında yatmaktadır (2). Embriyonik kök hücre çalışmalarında embriyonlar bizzat ve ilkin onlardan kök hücre kazanılması amacıyla oluşturul-

Burada tartışılması gereken asıl problem, embriyonların kök hücre kazanımı için kullanılmasının insan onuruna bir saldırı ve dolayısıyla insan onurunun bir ihlali sayılıp sayılmayacağıdır. Embriyolar bu yöntemde sadece bilim ve tedavi amacıyla suni olarak oluşturulduklarından bu husus insan onurunu ilgilendirir mi?

maktadır. Hekimlerin bu süreçte kök hücreleri yetiştirmelerinin arkasında yatan neden, bunların genetik şifrelerinin hasta ile aynı olmasıdır. Hastanın kök hücresinden yetiştirilen yedek doku, hasta ile aynı şifrelere sahiptir ve bunların hastaya nakli halinde vücudun bunları reddetmemesi beklenmektedir.

Klonlanmış bir embriyonun araştırma ve tedavi amaçlı olarak öldürülmesi amacıyla oluşturulması, açık bir şekilde araçlaştırma yasağını ihlal etmektedir. Aslında burada ele alınması gereken soru, onu yedek parça deposu olarak kullanmak üzere bir insan şubesi üretilip üretilmediğidir (1).

B. Kök hücrenin niteliği

Kök hücre çalışmalarının ülkemizdeki hukuksal boyutuna geçmeden önce, ilk olarak kök hücrenin niteliğini belirlemenin yararlı olacağını düşünüyorum. Bu bakımdan kök hücrenin organ veya ilaç olup olmadığı üzerinde durmak gerekmektedir. Daha sonra konunun iki ana çerçevede ele alınmasında yarar görüyorum: Öncelikle kök hücre çalışmaları, yetişkin kök hücreler üzerinde mi yürütülmektedir? Bu ana çerçeve içinde kök hücre çalışmalarının genel olarak hukuksal yönden nitelendirilmesi ve ikinci olarak da yeni bir tedavi yöntemi olarak göz önünde bulundurulduğunda hukuksal sonuçları tartışılmalıdır. Bütün bunlar ele alındıktan sonra, Sağlık Bakanlığı'nın konuya ilişkin genelgeleri de değerlendirilecektir (3).

1. Kök hücre organ mıdır?

2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun'un 2. maddesinde bu kanun bakımından organın tanımı yapılmıştır: *"Bu kanunda sözü edilen organ ve doku deyiminden, insan organizmasını oluşturan her türlü organ ve doku ile bunların parçaları anlaşılır"*. Kök hücrenin de bu manada bir organ/doku olduğunda şüphe yoktur. Bu durumda kök hücre çalışmaları 2238 sayılı kanun hükümlerine mi tabi olacaktır? Hemen belirtmek gerekir ki, bir kimsenin kendi kök hücrelerinin kendisine aktarılması bakımından 2238 sayılı kanun hükümleri uygulanamaz. Bu kanun anlamında organ ve doku nakli, yabancı bir organ veya dokunun naklidir. Bu itibarla, kişinin kendi kök hücrelerinin kendisine aktarılması bu kanun hükümlerine tabi değildir. Buna karşılık bir başka kimseden veya –mümkün olduğu takdirde- bir ölüden aktarılan kök hücreler bu kanun hükümlerine tabidir. Bu yönüyle kök hücre nakli yasal bir prosedüre tabi tutulmuş olmaktadır.

Medeni Kanun'un 23. maddesine göre, "yazılı rıza üzerine insan kökenli biyolojik maddelerin alınması, aşılması ve nakli mümkündür".

Klinik Araştırmalar Yönetmeliği 4/j maddesinde endüstriyel olmayan tıbbi ürün tanımlanmaktadır. Buna göre: *"Endüstriyel olmayan ileri tıbbi ürün: Bir hastanede ve uzman hekimin sorumluluğunda uygulanabilen, reçeteye veya hastaya özel sipariş ile hazırlanan, üretiminde endüstriyel bir bileşen bulunmayan, sadece o ülke içerisinde kullanılacak olan, özel kalite standartlarına göre hazırlanmış canlı hücreli ürünlerle, otolog dokular"*dir. Buradan da anlaşılacağı üzere, kök hücre otolog dokulardır ve bu nedenle de 2238 sayılı kanun kapsamında değildir. Buna karşılık başka bir kimseden elde edilen kök hücrenin nakli durumunda ise 2238 sayılı kanun hükümleri uygulanacaktır.

2. Kök hücre ilaç mıdır?

Kök hücrenin ilaçların tabi olduğu mevzuata tabi olup olmadığını belirlemek bakımından, kök hücrenin ilaç kapsamında mütalaa edilip edilmeyeceği ortaya konmalıdır. Bu konudaki mevzuatımıza baktığımızda 1928 tarihli 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu'nun 1. maddesine göre, tıpta kullanılacak her türlü basit veya bileşik şifa amaçlı maddeler ilaçtır. Beşeri ve Tıbbi Ürünlerin Sınıflandırılmasına Dair Yönetmelik ve Beşeri Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmeliğin 4/b maddesine göre, "hastalığı tedavi etmek ve/veya önle-

mek, bir teşhis yapmak veya bir fizyolojik fonksiyonu düzeltmek, düzenlemek veya değiştirmek amacıyla, insana uygulanan doğal ve/veya sentetik kaynaklı etkin madde veya maddeler kombinasyonu" beşeri tıbbi üründür. Keza Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği'nin 2/f maddesine göre, "İnsan kaynaklı tam kan, plazma veya kan fraksiyonları, bu Yönetmeliğin kapsamı dışındadır". Aynı yönetmeliğin 4/e maddesine göre de kaynağı insan (insan kanı ve insan kanında elde edilen ürünler) olan maddeler beşeri tıbbi ürün değildir. En son Klinik Araştırmalar Yönetmeliği'nin 4/n maddesinde "ilaç"ın tanımı yapılmıştır: *"ilaç/beşeri ilaç: Hastalığı önlemek, teşhis etmek ve/veya tedavi etmek, fizyolojik bir fonksiyonu düzeltmek, düzenlemek veya değiştirmek amacıyla insana uygulanan doğal veya sentetik kaynaklı aktif madde veya maddeler kombinasyonunu"* ifade eder.

Bütün bu hükümler değerlendirildiğinde açıkça görülmektedir ki, kök hücre ilaç değildir, bir ilaç vazifesi, fonksiyonu görse bile, mevzuatımıza göre ilaçların tabi olduğu kurallara tabi değildir. Bu nedenle, ayrıca bir hukuksal değerlendirmeye tabi tutulması gerekmektedir.

3. Kök hücre kan veya kan ürünü müdür?

Tıbbi olarak kök hücre kan veya kan ürünü sayılabilir. Ancak 5624 sayılı ve 11.4.2007 tarihli Kan ve Kan Ürünleri Kanunu 1/3.maddesinde açıkça, kan kök hücreleri uygulamalarının bu kanun kapsamı dışında olduğunu açıklamaktadır. Böylece kan kök hücreleri dahi kan veya kan ürünü olarak değerlendirilemeyecektir.

C. Kök hücre çalışmaları ve hukuksal durum

1. Yetişkin kök hücre çalışmaları

Öncelikle kök hücre çalışmalarının yetişkin veya embriyonik kök hücreler üzerinde yapılmasını değerlendirmek gerekirse, yetişkin kök hücreler üzerindeki çalışmaların önemli hukuksal problemler doğurmadığı görülmektedir (1). Gerçekten de, bu tür kök hücrelerin elde edilmesi, müdahalenin bir hekim tarafından yapılması, hastanın aydınlatılması, rızası ve son olarak da endikasyon şartlarının gerçekleşmesiyle hukuka uygun olmaktadır. Bu şartlardan birinin eksikliği ise, diğer tıbbi müdahalelerde olduğu gibi bu müdahalenin de hukuka aykırı olmasını sonuçlayacaktır (4). Görüldüğü üzere, yetişkin kök hücre çalışmaları büyük bir problem oluşturmamaktadır. Ancak hemen belirtmek gerekir ki, aşağıda değinilecek olan yeni tedavi yöntemi

olmaktan kaynaklanan ek koşulların bu çalışmalar açısından da geçerli olacağına şüphe bulunmamaktadır.

2. Embriyonik kök hücre çalışmaları

Asıl tartışma konusu olan husus ise embriyonik kök hücre çalışmalarıdır. Öncelikle belirtmek gerekir ki embriyonik kök hücrelerle yapılacak bir tedavinin yetişkin kök hücrelere nazaran daha başarılı olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle kök hücre çalışmaları esas itibarıyla embriyonik kök hücreler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu noktada ortaya çıkan sorun ise, ileride insan olabilecek embriyonun sırf bir yedek organ deposu olarak kullanılmak üzere elde edilip sonra da telef edilmesinin hukuksal açıdan nasıl değerlendirileceğidir. İnsanın araçlaştırılması yasağının insanın nüvesini teşkil eden embriyon açısından da geçerli olması gerekir (2). Böylece embriyonik kök hücre çalışmalarının etik olmadığı ortaya çıkmakta ise de, hukuk düzenimiz açısından bu çalışmaların gerek ceza hukuku, gerekse tazminat hukuku bakımından bir sorun oluşturmadığı rahatlıkla söylenebilir:

Bu bakımdan ilk değerlendirme yaşam hakkı karşısında yapılmalıdır. Gerçekten embriyonik kök hücre çalışmaları henüz insan olmayan varlıklara yönelik olduğundan Anayasa'daki ve ceza kanunundaki yaşam korumasından yararlanmamaktadır. Bu nitelikteki embriyonlar ancak ceninler için sağlanan korumadan yararlanabilirler ve hukukumuz bakımından sadece çocuk düşürme suçunun konusunu oluşturabilirler. Ancak bunun için de embriyonun ana rahmine yerleştirilmiş olması gerekir. Ana rahmi dışındaki embriyonun korunmasına yönelik hukukumuzda herhangi bir düzenleme bulunmamaktadır. Esasen kanunumuz 10'uncu haftaya kadar gebeliklerin sona erdirilmesine olanak tanıdığından (NPK 5), embriyonun ilk aşamasına yönelik bir koruma da söz konusu değildir. Kaldı ki örneğin 9 aylık bir ceninin bile anne yaşamını tehlikeye sokması durumunda yaşamına son verilmesine olanak tanınırken hastalıkların tedavisi için bundan çok daha önceki aşamada embriyondan faydalanmasına da aynı mülahazalarla olanak tanımak gerekir. Embriyonik yaşamın yok edilmesi, embriyonik kök hücre çalışmalarının amacıyla orantısızlık içinde değildir.

Burada tartışılması gereken bir husus da Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği'nin embriyonik kök hücre çalışmalarına engel oluşturup oluşturmadığıdır. Yönetmeliğin 17. maddesinde, *"Kendilerine ÜYTE uygulanacak adaylardan alınan yumurta ve sperm ile elde edilen embriyoların*

bir başka maksatla veya başka adaylarda, aday olmayanlardan alınanların da adaylarda kullanılması ve uygulanması ve bu yönetmelikte belirtilenlerin dışında her ne maksatla olursa olsun bulundurulması, kullanılması, nakledilmesi, satılması yasaktır” denilmektedir. Kanımca bu düzenleme embriyonik kök hücre çalışmalarına engel değildir. Bu hüküm ile engellenmek istenen, adaylardan tüp bebek amacıyla alınan yumurta ve sperm ile elde edilen embriyonların başka bir amaçla kullanılmasıdır. Yoksa kişinin zaten kök hücre çalışmaları amacıyla embriyon elde edilmesine rıza göstermesi ve bu amaçla embriyon elde edilmesi yasaklanmamaktadır. Nitekim madde açıkça **“kendilerine ÜYTE uygulanacak”** ifadesiyle bu amaçla alınan embriyonların başka amaçla kullanılmasını yasaklamakta, ama başka amaçla embriyon üretimini yasaklamamaktadır. Ancak maddenin devamında **“Adaylardan fazla embriyo alınması durumunda eşlerden her ikisinin rızası alınarak embriyolar dondurulmak suretiyle saklanabilir. Üç yılı geçmemek şartıyla, merkez tarafından tespit edilecek süre içinde her iki eşin rızası alınarak aynı adayda kullanılabilir. Bu süre sonunda veya eşlerden birinin ölümü veya eşlerin birlikte talebi veya boşanmanın hükmen sabit olması halinde, bu süreden önce saklanan embriyolar derhal imha edilir”** denilmektedir. Böylece ÜYTE amacıyla elde edilen embriyonların saklanması durumunda bu embriyonların başka amaçla bilahare kullanılması yasaklanmış olmaktadır. Bu itibarla, bu embriyonların sonradan kök hücre elde edilmesi amacıyla kullanılması olanaksızdır. Fakat hemen belirtelim ki, buradaki yaptırım idaridir. Yani bu kurallara uyulmaması herhangi bir cezai sorumluluk gerektirmemekte, sadece ilgili kurumun faaliyetlerinin durdurulması yaptırım uygulanmaktadır. Ayrıca belirtmek gerekir ki, bir kimsenin hayatının kurtarılması olasılığı varsa ve bu amaçla yasak olan ÜYTE amaçlı embriyonların kullanılması durumunda hekimin üçüncü kişi lehine zorunluluk halinden yararlanacağı ve böylece bu eylem suç oluştursa bile failin cezalandırılmayacağı da açıktır.

Bu kapsamda değerlendirilmesi gereken bir başka düzenleme ise, Avrupa Konseyi Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi'nin 18'inci maddesidir. Maddenin ilk fıkrasına göre, **“Hukukun embriyon üzerinde tüpte araştırmaya izin vermesi halinde, embriyon için uygun koruma sağlanacaktır”**.

Bu hükümde dile getirilen “uygun koruma” deyiminin nasıl anlaşılması gerektiği tartışmalıdır. Hükümün taraf devlet-



leri minimum korumayı sağlayıcı hükümler sevk etmeye yönlendirdiği, uygun korumanın da embriyoya ve insan onuruna saygılı, keyfi olmayan bilimsel araştırmaların kast edildiği belirtilmektedir (5).

Maddenin ikinci fıkrasına göre ise, **“Sadece araştırma amacıyla insan embriyonunun üretilmesi yasaktır”**. Ancak embriyonik kök hücre çalışmalarının bu madde kapsamında olup olmadığı çok açık değildir ve bu madde kapsamında olmadığı da ileri sürülmektedir (2).

Sonuç olarak embriyonik kök hücre çalışmaları hukukumuz açısından sorun oluşturmamaktadır. Yasaklanmamış olan her şey serbesttir. Sadece Sağlık Bakanlığı'nın bu konuya ilişkin düzenleyici nitelikli genelgesinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Ancak bu genelge de idari niteliklidir ve bir suç yaratması veya ceza öngörmesi düşünülemez. Bu genelgeye aykırılık sadece idari yaptırımlara neden olabilir, örneğin bu konudaki izinlerin geri alınması gibi. Genelge üzerinde aşağıda daha ayrıntılı duracağım.

3. İnsan üzerinde deney ve deneme suçu bakımından değerlendirme

Bu durumda embriyonik kök hücre çalışmalarının prensip olarak hukuka aykırı olmadığı anlaşıldıktan sonra, insan üzerinde deney veya deneme suç tipinin oluşup oluşmadığı araştırılmak gerekir.

Bu suçun oluşması daha çok yetişkin kök hücre elde edilmesi açısından söz konusu olabilir. Buna karşılık embriyonik kök hücre kazanımında kişinin üzerinde bir deneyin veya denemenin yapılması söz konusu değildir.

Bu noktada ele alınması gereken bir diğer konu ise, bu çalışmaların henüz standart uygulama olmadığı göz önünde bulundurularak hangi koşullar altın-

Embriyonik kök hücre çalışmaları hukukumuz açısından sorun oluşturmamaktadır. Yasaklanmamış olan her şey serbesttir. Sadece Sağlık Bakanlığı'nın bu konuya ilişkin düzenleyici nitelikli genelgesinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Ancak bu genelge de idari niteliklidir ve bir suç yaratması veya ceza öngörmesi düşünülemez.

da tedavi alanında kullanılabileceğidir. Bilindiği üzere tıp hukuku alanında hekim, standart uygulama yapmak durumundadır. Henüz doğruluğu onaylanmamış yöntemler ilke olarak uygulanamaz. Bununla beraber, standart yöntemlerin çözüm oluşturmadığı hallerde henüz sonuçları tam olarak bilinmeyen yöntemlerin de uygulanabileceğinde kuşku bulunmamaktadır. Ancak bunun için hastanın çok geniş ölçüde aydınlatılması ve bu yöntemin yeni olduğu, yan etki ve sonuçlarının kesin olarak bilinmediği konusunun özellikle ön plana çıkarılarak hastanın bu yeni yöntemle yönelik rızasının alınması gerekmektedir. Hasta bu konuda rıza gösterdikten sonra, bu yöntemlerin hasta üzerinde uygulanmasında problem yoktur. Bu konu yeni Türk Ceza Kanunu'nun 90. maddesinin 4. fıkrasında düzenlenmiş bulunan “tedavi



amaçlı deneme” çerçevesinde değerlendirilmelidir. Maddede hasta olan insan üzerinde rızasıyla tedavi amaçlı denemede bulunulmasının suç oluşturmayacağı açıklanmaktadır. Ancak bunun için, bilinen tıbbi müdahale yöntemlerinin uygulanmasının sonuç vermeyeceğinin anlaşılması ve hastanın rızasının bulunması gerekmektedir. Açıklanan rızanın, denemenin mahiyet ve sonuçları hakkında yeterli bilgilendirmeye dayalı olarak yazılı olması ve tedavinin uzman hekim tarafından bir hastane ortamında yapılması da, müdahalenin hukuka uygunluğu bakımından aranan diğer koşulları oluşturmaktadır. Dolayısıyla maddedeki koşullara uygun bir kök hücre tedavisi suç oluşturmayacaktır. Bununla beraber, tedavi sırasında hekime yüklenebilecek kusurlu bir uygulamanın varlığı durumunda, hekimin taksirden dolayı ceza sorumluluğu söz konusu olabileceği gibi, tazminat sorumluluğunun da bulunacağı açıktır. Bu nedenle, geniş olarak bilgilendirilmiş olan hastanın yazılı rızasının hekimin eyleminin bütün sonuçlarından sorumsuz olmasını sağlayacağını söylemek yanlış olacaktır. Kök hücre tedavisinin kurallara uygun yapılması gerekmektedir.

Danıştay’ın önüne gelen bir olayda, bir hekim hakkında ruhsatsız kanser aşısı kullanması nedeniyle deney/deneme suçlarını işlediği iddiasıyla başlatılan soruşturmada, yüksek mahkeme eylemin görevi kötüye kullanma oluşturduğuna hükmederek soruşturma izni verilmesine karar vermiştir. Danıştay’ın kararında açıkça belirtilmemesine karşılık, araştırma amaçlı denemenin suç olmadığı ancak prosedüre uyulmaması nedeniyle görevi kötüye kullanma suçunun gerçekleştiği anlaşılmaktadır (6). Belirtmek gerekir ki görevi kötüye kullanma suçu torba suç niteliğindedir. Bunun anlamı, mevzuatta özel olarak düzenlenmiş olan bir suç tipine uymayan eylemler ancak TCK 257 gereğince cezalandırılabilir. Hukukumuzda deney ve deneme suçları düzenlendiğine göre, ya soruşturma izni deney ve deneme suçundan verilmeli ya da bu suçun unsurları oluşmamışsa soruşturma izni verilmemeliydi.

4. Disiplin sorumluluğu

Kök hücre uygulaması konusunda herhangi bir eğitimi bulunmayan ortopedi uzmanının, yeterli donanımına sahip olmayan hizmet hastanesi niteliğindeki

devlet hastanesinde ve daha sonra özel bir hastanede kök hücre uygulaması yaparak deneysel aşamadaki bir tedaviyi hastalarına uyguladığı ve tedaviyi uygularken yerel ve ulusal etik kuruldan izin almadığı olayda, yerel tıp odası tarafından başlatılan soruşturma sonucunda, kök hücre uygulaması ile henüz deneysel aşamada olan tedavi yöntemini gerekli koşulları oluşturmadan hastalara uygulayarak suç işlediği gerekçesiyle TTB Yüksek Onur Kurulu tarafından hekimin, TTB Disiplin Yönetmeliği’nin 5/l ve 5/t maddeleri gereğince 15 gün süre ile geçici olarak meslektan men cezası ile cezalandırılmasına karar verilmiştir (TTB Yüksek Onur Kurulu Kararı, Karar Tarihi, 17-18.11.2006).

D. Sağlık Bakanlığı Genelgesi

Konuya ilişkin bütün bu daha çok teorik nitelikli açıklamaların dışında Sağlık Bakanlığı’nın hazırladığı Mayıs 2006 tarihli kılavuz önemli bir kaynak olarak gözükmektedir (Klinik Amaçlı Embriyonik Olmayan Kök Hücre Çalışmaları Kılavuzu).

Öncelikle belirtmek gerekir ki, bu kılavuz embriyonik olmayan kök hücre çalışmalarını düzenlemektedir. Embriyonik kök hücre çalışmaları bu genelge kapsamında değildir. Ancak bu durumun da anlaşılabilir olduğuna işaret etmek gerekir. Zira bakanlık 19.09.2005 tarihli “embriyonik kök hücre araştırmaları” konulu genelgesinde öncelikle *“Somatik kök hücre nakli ile tedavi konusundaki araştırmalar dünya genelinde kabul görmekte iken, embriyodan elde edilen kök hücrelerin kullanılması özellikle hukuki ve etik açılardan birçok tartışmaya neden olmaktadır”* tespitini yapmıştı. Bakanlık, embriyonik kök hücre araştırmaları konusunda, çağdaş bilim ve kamu vicdanı gereklerine göre yapılması gereken hukuksal düzenlemelerin sonuçlandırılması amacıyla çalışmaların sürdürüldüğünü; yapılan çalışmalarda söz konusu araştırmaların AB mevzuat uyumu kapsamında, hukuki, kültürel ve etik yönleriyle ele alındığını belirtmekteydi ve sonuç olarak bakanlık bu genelgesinde, *“Bakanlığımızca bu konudaki çalışmalar sonuçlandırılıncaya kadar, embriyonik kök hücre araştırmalarının yapılmasına”* hususuna dikkat çekmişti.

Pekâlâ, bu durumun hukuksal sonuçları nelerdir? Kanımca bu durum iki türlü yorumlanabilir. İlk önceki 2005 tarihli genelge yürürlüktedir ve embriyonik kök hücre çalışmalarını yasaklamış bulunmaktadır. Mayıs 2006 tarihli genelge ile sadece embriyonik olmayan kök hücre çalışmaları konusunda düzenlemeler yapılmış ve bu çalışmalar bazı koşullara tabi kılınmıştır. İkinci yorum türü ise, ba-

kanlığın hukuki, kültürel ve etik çalışmalar sonuçlanıncaya kadar kök hücre çalışmalarını yasakladığı, bu çalışmalar sonuçlanarak Mayıs 2006 tarihinde sadece embriyonik olmayan kök hücre çalışmalarını düzenlemek suretiyle, embriyonik kök hücre çalışmalarına yönelik herhangi bir sınırlama getirmediğinin söylenebileceğidir. Ancak hukuk mantığı içinde ilk yorumun daha baskın olduğunu söylemek gerekir. Bu nedenle bu hususun mutlaka açıklığa kavuşturulmasında yarar vardır.

Bir diğer husus, kılavuzda, kök hücre çalışmalarının mevcut medikal veya cerrahi tedavi yöntemleriyle tedavisi başarısız olmuş hastalarda klinik amaçlı olarak uygulanabileceği belirtilmektedir. Burada da bu düzenlemeden çıkan sonuçlar konusunda yorum yapmak gerekmektedir. İlk, kök hücre çalışmalarının temel araştırma amaçlı (Grundlagenforschung) yapılamayacağı sonucu. Türk Ceza Kanunu'nun 90. maddesindeki tanımlarla bağlantılı olarak söylenirse, kök hücre deneylerinin yasaklandığı, sadece kök hücre deneylerinin serbest kılındığı yorumu yapılabilir. Ya da, düzenlemenin sadece klinik çalışmalara ilişkin koşullar getirdiği, buna karşılık temel araştırma amaçlı çalışmaların bu koşullara tabi kılınmaksızın serbest bırakıldığı düşünülebilir. İkinci yorumun daha akla yatkın olduğu düşünülebilirse de, kılavuzda çalışmaların yapılabilmesinin TCK 90'daki insan üzerinde deney bakımından aranan bazı koşullara tabi kılınmasının kesin bir yorumu çok güçleştirdiğine işaret etmek gerekir.

Bu kılavuzda getirilen ana hükümler ise şöylece özetlenebilir:

- Çalışma her türlü hastanede yapılamayacaktır. Çalışmaların yapılabileceği hastaneler önceden buna yetkin olduklarını gösteren bir başvuru yapacaklar ve bu başvurular Sağlık Bakanlığı Kök Hücre Nakilleri Bilimsel Danışma Kurulu tarafından kabul edildiği takdirde bu çalışmalar yapılabilecektir. Bu hastaneler sadece teknik donanım ve personel bakımından değil, ayrıca, daha önce yapmış oldukları hayvan deneyleri, ürettikleri bilimsel çalışmalar, yaptıkları yayınlar ve merkezde çalışan bilim adamlarının birikimi bakımından da değerlendirilecektir.

- Kurumun izin almasından sonra, aynı kurum bünyesinde kök hücre çalışmalarına yönelik olarak kurulacak yerel etik kurul onayı da alınacak ve yapılacak çalışma kök hücre nakilleri bilimsel danışma kuruluna sunulacaktır. Kurulun olumlu görüş bildirmesi üzerine bakanlık da izin verdiği takdirde çalışma yapılabilir.

- Çalışmanın hastada yol açabileceği etkilerin önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınması ve sigorta yapılması da gerekmektedir.

- Kılavuzda "bilgilendirilmiş gönüllü olur formu" taslağından bahsedilmekle beraber, bunun anlamı anlaşılmalıdır. Anlaşıldığı kadarıyla, bilgilendirilmiş olurun çalışma öncesinde alınması zorunlu değildir. Bununla beraber, çalışmanın yapılabilmesi için olurun alınması şarttır.

- Çalışmaların başlatılabilmesi için ayrıca, TCK 90'da düzenlenmiş bulunan insan üzerinde deney için aranan bazı koşulların burada da arandığı görülmektedir. Klinik çalışmanın TCK 90 manasında deneme niteliğinde olması, yani hasta insanlar üzerinde yapılacak olması dolayısıyla, TCK 90'da sağlıklı kişiler üzerinde yapılacak deneylere ilişkin bu şartların aranmasının anlamsız olacağına işaret etmek gerekir. Bir yandan klinik araştırma kavramını kullanıp, öte yandan deneyler için aranan kriterler getirmek bir biriyle tezat oluşturmaktadır.

Kılavuzda belirtilen şartlar şunlardır:

- Benzer çalışmanın öncelikle insan dışı deney ortamında veya yeterli sayıda hayvan üzerinde yapılmış olması,

- İnsan dışı deney ortamında veya hayvanlar üzerinde yapılan deneyler sonucunda ulaşılan bilimsel verilerin, varılmak istenen hedefe ulaşmak açısından bunların insan üzerinde de yapılmasını gerekli kılması,

- Çalışmanın, insan sağlığı üzerinde öngörülebilir zararlı ve kalıcı bir etki bırakmaması.

- Çalışmanın sonunda bir rapor düzenlenerek bakanlığa bildirilmesi gerektiği gibi, 6 ayda bir de gelişme raporlarının bildirilmesi de zorunludur. Bu raporda, kök hücre kaynağı, miktarı, uygulama yolu da diğer verilerin yanı sıra ayrıntılı olarak belirtilmelidir.

- Hastada ciddi yan etkilerin veya ölüm durumunun ortaya çıkması halinde, yedi gün içinde sebeplerine yönelik bilgilerle, komplikasyonların ayrıntılı dökümü bakanlığa bildirilir.

- Klinik kök hücre çalışması tamamlandıktan sonra sonuçları bilimsel bir ortamda veya hakemli bilimsel bir dergide yayınlanmadıkça söz konusu çalışma ile ilgili verilerin kamuoyunu yönlendirecek/yayımlanacak biçimde açıklanması yasaktır.

- Hasta hakları ve insan onuruna saygı gereği, hastalarla ilgili bilgilerde mah-

remiyet hakkının gözetilmesi ve tıp etiğine uyulması esastır.

E. Klinik Araştırmalar Yönetmeliği

23 Aralık 2008 tarihli Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kök hücre çalışmalarına ilişkin açık bir düzenleme yapmamıştır. Bununla beraber, yönetmeliğin etik kurulların görev ve yetkilerini düzenleyen 11/1-b maddesinde:

"b) Etik Kurul klinik araştırmalar hakkındaki bilimsel ve etik görüşünü başvuru tarihinden itibaren kırk beş gün içerisinde;

1) İlaç klinik araştırmaları hakkındaki görüşünü İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğüne,

2) Kök hücre nakli, doku nakli, genetik araştırmalar ve yeni bir tıbbi cihazın denenmesi ile ilgili araştırmalara ait görüşünü Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bildirir" denilmektedir.

Keza "araştırma başvurusu ve izin" başlıklı 17.maddenin 3.fıkrasında:

"Bu yönetmelik kapsamında araştırma yapmak isteyenler her bir araştırma için Etik Kurulun olumlu görüşünü aldıktan sonra, ilaç klinik araştırmaları için İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğüne; kök hücre nakli, doku nakli, genetik araştırmalar ve yeni bir tıbbi cihazın denenmesi araştırmaları için Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne başvurur" hükmü yer almaktadır.

Yine, "bakanlığa başvuru ve süresi" başlıklı 18/1 maddede de,

"Destekleyici, araştırma başlatılmadan önce klinik araştırmaların her türü için hem Etik Kurula hem de Bakanlığa eş zamanlı başvuruda bulunabilir. Buna göre ilaç klinik araştırmaları için İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne, kök hücre nakli, doku nakli, genetik araştırmalar ve yeni bir tıbbi cihazın denenmesi araştırmaları için Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne başvurur" şeklinde bir düzenleme yapılmıştır.

Son olarak, "klinik araştırmaların başlatılması" konusunu düzenleyen 19/1. maddede,

"Etik Kurul onay verse bile ilaç klinik araştırmaları için İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün, kök hücre nakli, doku nakli, genetik araştırmalar ve yeni bir tıbbi cihazın denenmesi araştırmaları için Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün izni olmadan araştırma başlatılamaz" denilmektedir.

Böylece kök hücre çalışmalarını ayrın-

İnsan yaşamının araştırılması, bu yöntemin ticari amaçlarla uygulanması gibi kaygılar da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu amaçla, öncelikle “Embriyonun Korunması ve Kök Hücre Çalışmaları Hakkında Kanun” hazırlanmalı ve kanaatimce embriyonik kök hücre çalışmaları yasaklanmamalı, örneğin İngiltere’de olduğu gibi “Embriyoloji Denetim Dairesi” kurularak bu tür çalışmalar için bu daire/kuruldan izin alınmalıdır.

tılı düzenleyen bir yönetmelikten ziyade, kök hücre çalışmalarını da diğer klinik araştırmaların şartlarına tabi tutan ve başvuru esaslarını belirleyen bir yönetmelik söz konusudur.

Kanımcı bu yönetmelikte düzenlenen konular bakımından, daha önce çıkarı-

lan genelge hükümsüz kalmış ve genelge ile kabul edilmeyen embriyonik kök hücre çalışmalarına da olanak tanınmıştır. Hatta sadece hasta üzerinde nakil değil, nakledilecek kök hücrenin üretilmesi gerekeceğinden kök hücre üretilmesi de serbest bırakılmıştır. Ancak yönetmeliğin açık bir hükümlerle değil de, çıkarsama suretiyle böyle bir serbestiyi tanıması eleştirilmelidir. Bu konuya ilişkin yönetmelikte açık düzenleme yapılmalıdır.

Yönetmelikte öngörülmüş olan şartlar Türk Ceza Kanunu ile uyumlu olup şöylece belirlenmiştir:

√ Öncelikle araştırmaya katılacak olan gönüllülerin korunmasına ve aydınlatılarak rızalarının alınmasına ilişkin ayrıntılı hükümler sevk edilmiştir (bkz. 5-9. maddeler).

√ İkinci olarak, kök hücre araştırmaları için etik kuruldan izin alma şartı konulmuştur (md. 11).

√ Araştırmanın yapılacağı yer belirli standartlara sahip olmalıdır (md. 15).

√ Araştırma için bakanlıktan izin alınmalıdır (md. 17, 18, 19).

Bununla beraber, Türk Ceza Kanunu “bilinen tıbbi müdahale yöntemlerinin uygulanmasının sonuç vermemesi” şartını aradığı halde, yönetmelik (md. 4/1-v) bu tedavi yöntemlerinin yüksek riskli olduğu durumlarda bilimsel araştırma sonuçlarının henüz kesin bir nitelik taşımadığı durumlarda dahi kök hücre çalışmalarına izin vermiştir. Bö-

lece yönetmeliğin kanun hükmünü açıklığa kavuşturduğu ve kanuna uygun bir hüküm getirdiği söylenebilir.

Ayrıca önemle altını çizmek gerekir ki, yönetmeliğin 2/2 maddesine göre, “*Etikliliği ve güvenilirliği en az bir adet prospektif randomize kontrollü çalışmada gösterilmiş ve SCI veya SCIE kapsamındaki bir dergide yayınlanmak suretiyle kabul edilmiş tedaviler (md. 4/o) bu yönetmelik kapsamında değildir*”. Böylece kök hücre naklinin bu çerçevede olduğu hallerde doğrudan hasta üzerinde uygulanması mümkün olacak, tedavi yönetmelikteki koşullara tabi olmayacaktır. Bu durumda, tıbbi müdahalenin genel şartları burada geçerli olacaktır (4).

F. Klonlama ve hukuksal durum

Bugün dünyada genel olarak, tedavi amaçlı klonlamanın yasaklanmadığı, buna karşılık üretim amaçlı klonlamanın yasaklandığı ve cezalandırıldığı söylenebilir¹. Böylece genelde tıbbi ve teknolojik gelişmelerin gerisinde olan hukuk, ilk defa daha henüz başarısız bir eylemi yasaklama yoluna gitmiştir (5).

Hukukumuzda ise klonlamaya ilişkin açık bir düzenleme bulunmamaktadır. Tek açık düzenleme Biyo-tıp Sözleşmesinin hükümleridir. Ülkemiz tarafından da imzalanan “Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesine Ek İnsan Kopyalanmasının Yasaklanmasına İlişkin Protokol”ün 1. maddesine göre, “*Bir insana genetik*

¹ 2001 yılında Almanya ve Fransa Birleşmiş Milletler’e insan üretimine yönelik klonlamanın yasaklanmasına yönelik uluslararası bir sözleşme önerisinde bulundu. Başlangıçta ülke temsilcisi hukukçuların konuya ilişkin bilgisizliği nedeniyle tıkanan çalışmalar, 2003 yılından sonra siyasi nedenlerle tıkanmıştır. Sonuçta önderliğini Costa Rica’nın yaptığı 68 ülke, her türlü klonlamanın yasaklanmasına yönelik bir çalışma yürütmüş ve bu ülkeleri ABD, Vatikan ve Avrupa’daki Katolik ülkeler (İtalya, İspanya, Portekiz) ile bazı Latin Amerika ülkeleri desteklemiştir. Bu grup, tedavi amaçlı klonlamanın da yasaklanmasını istemiştir. Diğer grup ise sadece üretim amaçlı klonlamanın yasaklanmasını istemiş ve bu grupta Britanya, Belçika, kuzey ülkeleri ve Çin, Japonya, Güney Kore, Hindistan ve Singapur yer almıştır. Sonuçta 8 Mart 2005 tarihinde Birleşmiş Milletler İnsan Klonlaması Bildirgesi (United Nations-Declaration on Human Cloning) kabul edilmiş ve üye devletlerin insan onuruna aykırı ve insan hayatının korunması esasını ihlal eden her türlü insan klonlanmasının yasaklanması istenmiştir (7). Sonuçta sadece terapi amaçlı klonlamanın yasaklanması amacıyla çıkılan yolda, her türlü klonlamanın yasaklanması yönünde bir karar çıkmıştır. Karar bağlayıcı olmayıp, tavsiye niteliğindedir.

² Ek protokolün başlangıç kısmına şunlar dile getirilmiştir:

- *Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesine Ek İnsan Kopyalanmasının Yasaklanmasına İlişkin İşbu Protokol’e imza koyan Avrupa Konseyi’ne üye devletler ve Avrupa Topluluğu;*
 - *Memelilerin, özellikle embriyon bölünmesi ve nükleer transfer yoluyla kopyalanması alanındaki bilimsel gelişmeleri kaydederek;*
 - *Bazı kopyalama tekniklerinin, başlı başına, bilimsel nitelikli bilgiye ve bunun tıptaki uygulanaşına sağlayacağı ilerlemenin bilinciyile;*
 - *İnsan kopyalanmasının teknik bakımdan mümkün olabileceğini göz önünde bulundurarak;*
 - *Embriyon bölünmesinin doğal yoldan gerçekleşebildiği ve bazen genetik olarak özdeş ikizlerin doğumuyla sonuçlanabildiğini dikkate alarak;*
 - *Buna karşılık, insanın, bilinçli olarak genetik özdeşinin yaratılması suretiyle, bir araç haline getirilmesinin, insanlık onuruna aykırı olduğunu ve dolayısıyla biyoloji ve tıbbın kötüye kullanımını teşkil ettiğini göz önünde bulundurarak;*
 - *Böyle bir biyo-tıbbi uygulamanın ilgili bireyler için yaratacağı tıbbi, psikolojik ve sosyal nitelikteki ciddi zorlukları da göz önünde bulundurarak;*
 - *İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin amacını ve özellikle bütün insanların onurunu ve benliğini korumayı amaçlayan 1.maddesinde kayıtlı prensibi göz önünde bulundurarak ;*
- aşağıdaki hususları kabul etmişlerdir:

olarak özdeş, canlı veya cansız başka bir insan yaratmayı amaçlayan herhangi bir müdahale yasaktır. Bu maddenin amacına hizmet etmesi için, bir başka insana "genetik olarak özdeş" ifadesi, bir insanın başka bir insanla aynı nükleer genetik seti paylaşması anlamına gelmektedir".

Bu hüküm dışında, Sağlık Bakanlığı genelgesi ile embriyonik kök hücre çalışmalarının yasaklanmış olması nedeniyle klonlamanın da yasaklanmış olduğu söylenebilir. Fakat yukarıda da belirttiğim gibi bu yasak idari nitelikli bir yasaktır, ceza hukuku açısından hiçbir yaptırım söz konusu değildir. Yeni Klinik Araştırmalar Yönetmeliği ise embriyonik kök hücre çalışmalarına izin vermiştir. Ancak bu izin hasta üzerindeki çalışmalara verilen izindir. Bu nedenle, üretim amaçlı klonlamanın hâlâ yasak olduğu söylenebilir. Bununla beraber, üretilen klondan alınan dokuların insan üzerinde kullanılması durumunda, bu çalışma Klinik Araştırmalar Yönetmeliği'nde belirtilen koşullar çerçevesinde gerçekleştirildiği takdirde hukuka uygun olacaktır. Kaldı ki, hukuka aykırı olduğu kabul edilse bile getirilen herhangi bir ceza hukuku yaptırımı bulunmamaktadır.

Karşılaştırmalı hukuka baktığımızda görünen tablo şöyledir:

Batılı ülkelerin, biyoetik konulara Yahudilik ve Hristiyanlık bakış açısının etkisiyle yaklaştığı, buna karşılık Asya ülkelerinin yaklaşımının farklı olduğu ifade edilmektedir. Çin, Kore ve Japonya'nın benzer bir yaklaşım sergilediği ve bu yaklaşımın sonucu olarak insan klonlaması yasaklanırken insan embriyonunun klonlanmasına müsaade edilmektedir (8).

2001'de yürürlüğe giren Japon Klonlama Kanunu insan veya melez klonlamaya yönelik teknikleri yasaklamakta ve düzenlemektedir. Yasak eylemler şöyle belirlenmiştir:

- 1) Klon embriyonları
- 2) İnsan-hayvan melez embriyonları,
- 3) İnsan çekirdek transferi embriyonlarını veya
- 4) İnsan yaratık embriyonlarını

insan veya hayvan rahmine nakletmek (md.13). Bir hukuka uygunluk sebebi olmaksızın böyle bir eylemin gerçekleştirilmesi 10 yıla kadar çalışma yükümlülüğü altında hapis cezası veya 10 Milyon Yen'e kadar para cezası veya her ikisine birlikte çarptırılır (md. 16). Bu cezalar Japon Ceza Hukuku'nda yaralama için öngörülmuş cezadan daha ağır, hırsızlığın cezasından ise biraz azdır (9) (10). Böylece Japon Kanunu klonlamayı değil, "nak-

li" cezalandırmaktadır. İlgili makamlardan izin alınmış olmak kaydıyla, üretici klonlama dahi suç değildir. Suç oluşturan eylemler dar olsa da cezalar yüksektir. Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında, yasa dışı klonlama için öngörülen en yüksek cezalar çeşitli ülkelerde şöyledir: Japonya ve Britanya on yıl; Fransa bir yıldan yedi yıla; Almanya bir yıldan beş yıla; İsveç bir yıla kadar; Avusturya ise sadece para cezası veya ikame ceza (9).

1990 tarihli Alman Embriyoyu Koruma Kanunu bir insan embriyosunun, bir başka embriyon, cenin, insan veya ölün kimse ile aynı genetik özelliklere sahip bir insan embriyonunun oluşturulmasını suni olarak sağlayan kimse beş yıla kadar hapis veya para cezası ile cezalandırılır. Bu şekilde elde edilmiş bulunan embriyoyu bir kadına nakleden de aynı şekilde cezalandırılır (md.6).

2004 tarihli Kore Biyoetik ve Hayat Korunmasının Garanti Altına Alınması Hakkında Kanun'a göre, bir kadının hamile kalması amacı dışında bir embriyonun üretilmesi cezalandırılmaktadır (md.13/1). Aynı kanun, nadir rastlanan veya ağır bir hastalığın tedavisine yönelik araştırma amaçlı somatik hücre çekirdeği nakline müsaade etmektedir. Bununla beraber, klonlama yasaklanmıştır (11).

G. Değerlendirme

Görüldüğü gibi, kök hücre çalışmaları çok sıkı şartlara tabi kılınmıştır. Bence de bu çalışmaların yasaklanmasından kontrolü müsaadesi daha uygundur. Ancak bütün bunlara rağmen, konunun yasal bir düzenlemeye kavuşturulmasında acil gereksinim bulunmaktadır. En önemlisi, getirilen bir yaptırım bulunmamaktadır. Çok sıkı kurallar getirilmiş olmakla beraber, bu kuralların kişisel bazda bir yaptırımı öngörülmemiştir. Bu yönden de şu an itibarıyla biyotıp sözleşmesindeki genel, dilsel nitelikli hükümlere benzer bir mevzuata sahip bulunuyoruz.

Ayrıca bir hukukçu olarak konunun henüz tam bir belirliliğe kavuşmadığını söylemem gerekir. Bu nedenle, kök hücre çalışmalarının bir an önce yasal bazda, ayrıntılı ve birbiri içinde tutarlı, açık, belirli hükümlere tabi tutulması gerekmektedir. Bu çerçevede kopyalama konusunun da aynı kapsamda bir düzenlemeye gereksinimi olduğunda kuşku bulunmamaktadır.

İnsan yaşamının araçlaştırılması, bu yöntemin ticari amaçlarla uygulanması gibi kaygılar da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu amaçla, öncelikle "Embriyonun Korunması ve Kök Hücre Çal-

ışmaları Hakkında Kanun" (Japonya'da 2000 yılında kabul edilen "İnsanlarda Klonlama Tekniğinin ve Diğer Benzer Tekniklerin Düzenlenmesi Hakkında Kanun" 6 Ocak 2001'de yürürlüğe girmiştir, 11) hazırlanmalı ve kanaatimce embriyonik kök hücre çalışmaları yasaklanmamalı, örneğin İngiltere'de olduğu gibi "Embriyoloji Denetim Dairesi" kurularak bu tür çalışmalar için bu daire/kuruldan izin alınmalıdır. Bu dairesinin vereceği izin bakımından ise, bahsedilen kanun genel prensipleri belirlemelidir (1).

Kaynaklar

1) Hakeri, Hakan, *Kasten Öldürme Suçları*, Ankara 2006.

2) Rosenau, Henning, "Yeniden Canlı Üretimi, Tedavi Edici Klonlama Tartışmaları ve Alman Kök Hücre Kanunu", (çev. Hakan HAKERİ), *Tıp ve Ceza Hukuku*, Ankara 2004, S. 43-80.

3) Hakeri, Hakan, "Kök Hücre Çalışmaları ve Hukuki Boyutu", *Türkiye Klinikleri, Cerrahi Tıp Bilimleri, Kalp Damar Cerrahisi, Kök Hücre Özel Sayısı*, C.2,S.43, 2006, S. 78-82.

4) Hakeri, Hakan, *Tıp Hukuku*, Ankara 2007.

5) Katoğlu, Tuğrul, "Türk Hukuku'nun Bir Parçası Olarak Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi", *AÜHFĐ*, C.55, s.1, 2006, S. 157-193.

6) Ünver, Yener, "Hekimin Cezai Sorumluluğu", *Roche Sağlık Hukuku Günleri*, 1, İstanbul 2007, S. 118-158.

7) Lillie, Hans, "Entwickelt sich eine globale Bioethik? Zum Scheitern der UN-Klonkonvention", *Globalisierung der Biopolitik, des Biorechts und der Bioethik? Schreiber/Lillie/Rosenau/Tadaki/Pak (Hrsg.)*, Frankfurt a.M. 2007, S. 91-97 (Lillie, UN-Klonkonvention).

8) Kwon, Ivo, "An Asian Model of Bioethics for Stem Cell Research", *Globalisierung der Biopolitik, des Biorechts und der Bioethik? Schreiber/Lillie/Rosenau/Tadaki/Pak (Hrsg.)*, Frankfurt a.M. 2007, S. 83-90.

9) Ishizuka, Shinichi, "Die Stammzellgewinnung aus Embryonen: Das Klonverbot des menschlichen Lebens in Japan", *Globalisierung der Biopolitik, des Biorechts und der Bioethik? Schreiber/Lillie/Rosenau/Tadaki/Pak (Hrsg.)*, Frankfurt a.M. 2007, S. 72-81.

10) Onagi, Akihiro, "Von der Keimbahntherapie zum Menschenpark? Die Begründbarkeit des Verbots reproduktiven Klonens", *Globalisierung der Biopolitik, des Biorechts und der Bioethik? Schreiber/Lillie/Rosenau/Tadaki/Pak (Hrsg.)*, Frankfurt a.M. 2007, S. 119-129.

11) Oh, Chonghan, "Vergleich zwischen der deutschen und der koreanischen Rechtslage zum therapeutischen Klonen durch Zellkerntransfer", *Globalisierung der Biopolitik, des Biorechts und der Bioethik? Schreiber/Lillie/Rosenau/Tadaki/Pak (Hrsg.)*, Frankfurt a.M. 2007, S. 109-114

150 yıl öncesinden bir öğrenci hareketi ve bir Türkçe tıp sözlüğü öyküsü

Dr. Lütfü Hanoğlu



1962'de Manisa'da doğdu. 1985'te Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmetini 1985-88 yılları arasında pratisyen hekim olarak Mardin'in Silopi ilçesi'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 Özel Nisa Hastanesi'nde çalışmaktadır.

Osmanlı Devleti'nde XVII. yüzyılda başlayan siyasi gerilemelere paralel olarak bilimsel alanda da durgunluk ve gerileme ortaya çıkmış, bu durum XVIII. yüzyılda da sürmüştü, buna karşın Avrupa'da bilim hızla gelişmeler yenilikler gösterirken Osmanlı bunu takip edememiştir. Eski dünya değişmiş, bilimi de sürükleyen ileri düzey, liderlik

sona ermiştir. Bir zamanlar başarı, refah ve egemenliği getiren geleneksel usullerinin artık işe yaramadığı ya da daha iyilerinin başka yollarla ortaya çıktığına tanık olunmuştur. Hayatta kalmak için bu usul ve düşüncelerin alınmasına razı olunmuş ise de onların nasıl alınıp bünyeye uydurulacağı, bir türlü çözülemeyen ve her çözüm çabası ile yinelenen büyük bir problem halini almıştır. Bu düzeltme çabaları belki de bu gün de süren her şeyin başlangıcıdır. Tıp için de

sonuçta öyle bir nokta gelmiştir ki, geleneksel tabip ve usullerin yanında yeni tarzda hekimlik denilen ve Avrupa'dan gelen bir tarz ortaya çıkmıştır. Halk bu hekimlere ve bu bilgiye rağbet eder olmuş, ordunun sıhhatte ve diri tutulmasını, savaş gücünü korumasını eski usuller ve hekimler sağlayamaz olmuştur.

Bu noktada önemli bir köşe taşı, Süleymaniye Tıp Medresesi çıkışlı Şanizade Ataullah Efendi'nin (1769 – 1826) ilk





Namık Kemal, 1866 tarihli Tasvir-i Efkâr Gazetesi'nde yayımlanan "Türkçe Tababete Dair Makale'i Mahususa" başlıklı yazısında yeterince bilinmeyen bir dilde yapılacak öğrenimin eksik kalacağını söyler, bizde de tıp eğitiminin Türkçe olması gerektiğini savunur. Buna karşılık Frenk hekimlerin Gazette Medicale d'Orient'da yayımlanan yazılarında Tıp eğitiminin "yavan, ilkel bir dil olan Türkçe" ile anlatılamayacak düzeyde yüksek bir bilim olduğunu savunmaları bu gün için de manidar görünmektedir.

kez hiçbir geleneksel kaynağa atıfta bulunmadan tamamen Batı kaynaklarına dayalı yeni bir tıp kitabı yazmış olmasındır. Şanizade Ataullah'ın yazdığı 5 kısımdan oluşan "Hamse-i Şanizade" fizyoloji, patoloji, cerrahi ve farmakoloji bölümlerini içeriyordu.

Hayatta kalmak için mecburen Batıdan gereken bilgi ve teknik alınmalı, bu alanda hızla gelişen yenilikler takip edilmeli, yerli bünyeye uydurulmalı, geleneksel eğitim tarzları ve bilgileri tüm bunlara uygun hale getirilmeliydi. Bunun en uygun ve hızlı bir biçimde nasıl yapılacağına ilişkin sorun ve tartışmaları bugün hâlâ yaşamaya devam ediyoruz. Bugün bile yaşadığımız fikir ayrılıklarının ve farklı/karşıt çözüm önerilerinin kaynaklarını da örneklerini de o dönemde bulmak mümkün görülüyor.

II. Mahmut (1808-1839) Yeniçeri Ocağı'nı kaldırmasının hemen ardından mühendishane ile birlikte orduya hekim yetiştirmek amacıyla 1827' de bir Tıphane ile 1832' de Cerrahhane kurdu. Sivil kesimin doktor ihtiyacını ise, Kanuni Sultan Süleyman döneminde (1541) kurulmuş olan Süleymaniye Külliyesi'ndeki Tıp Medresesi karşılan-

maktaydı. Osmanlı Devleti'nin yenileşme ve Avrupa ile aradaki farkı bir an önce kapatmak için gösterdiği şiddetli istek ve acelenin zorlamasıyla ve eğitici kadrosunun az sayıdaki Müslüman hoca dışında kalan büyük bölümünün yurt dışından getirilen hocalar, İstanbul'da yaşayan Fransızca bilen Frenk doktorlar ve Osmanlı tebaasından Levanten doktorlardan oluşmasından dolayı, bu okulda eğitim Fransızca yapılmaya başlamıştır.

Sultan II. Mahmut'un 17 Şubat 1839'da, Galatasaray'a taşınan Mekteb-i Tibiye-i Adliye-i Şâhâne'nin açılışında öğretim üyeleri ve öğrencilere yaptığı konuşmada sadeleştirilmiş olarak aktaracağımız söyledikleri, içinde bulunulan şartları, ihtiyaçları ve hedefleneni göz önüne sermektedir.

"Benim sizlere Frenkçe tedristen mak-sadım, Fransız dili öğretimi yaptırmak değildir. Fenni tıbbi, refte refte lisanımıza almak, ondan sonra da Osmanlı ülkesinin dört bir yanına Türkçe olarak yaymaktır... 'Şimdi bizim dilimizde, kitaplarımızda sağlık bilimleri yok mu ki onu yabancı bir dilde okuyalım' sorusunun zihninizde canlandığını biliyorum. Bu konuda size katılmakla birlikte; şimdilik, karşılaşılan sorunlar ve güçlükleri belirtmek, soruya karşılık olarak da; bu durumun yakın bir gelecekte düzeltilmesini bekleyip dilediğimi söylemek istiyorum. Bizde de sağlık bilimleri ile ilgili pek çok kitap vardır. Avrupalılar başlangıçta hekimliği bu kitapları kendi dillerine çevirtip öğrenerek aldılar. Ancak Arapça yazılmış olan bu kitapların bir süreden beri gözden geçirilerek tıp eğitimi ve öğretimi konularında kullanılmamasında özen gösterilmediğinden, ayrıca bilimsel terimleri bilen kişiler de giderek azaldığından, bu kitaplar bir yana itilmiş durumda bulunmaktadır. Bunların incelenip sağlık bilimini tümüyle asıl dilimiz olan Türkçeye aktarmak şimdi sınırlara katlanmanın yanı sıra uzun bir süreyi de gerektirmektedir. Avrupalılar ise, bu bilimi Arapça kitaplardan kendi dillerine aktardıktan sonra yüzyılı aşkın bir süredir bu alanda gelişmeler göstererek, öğrenim yöntemleriyle kurallarını kolaylaştırmışlar; sonradan birtakım yeni buluşlarını kendi kitaplarına eklemişlerdir. Şimdi Arapça tıp kitapları, onlarınkine göre bir ölçüde eksik gibi görünmektedir. Bu eksikliklerin öbürlerinden yararlanılarak giderilmesini göze alsak bile, Türkçeye birdenbire aktarma yapılamayacak, en az 10 yıl dolayında Arapça öğrenimi, sonra da en azından 5-6 yıl tıp öğrenimi yapmaya gerek duyulacaktır. Bizim ise bir yandan ordu ile ülkenin gereksinme duyduğu yetenekli hekimleri yetiştirip gerekli hizmetlerde kullanırken bir yandan da sağlık bilimini tümüyle dilimize alıp gerekli yapıtları Türkçe olarak orta-

ya koymaya çalışıp çaba göstermemiz gerekmektedir."

Okul, ilk mezunlarını 1843 de vermiştir. Ama bu heves ve çabaların beklenen sonucu vermediği gibi ciddi bir tartışma ortamına yol açtığını görüyoruz. Öncelikle, bir türlü istenilen ölçüde ordunun hizmetine verilebilecek hekim mezun edilememiştir. 1839'da ilan edilen Tanzimat ile azınlıkların da Tıbhane-i Amire'ye girme hakkı kazanmasıyla, yabancı dil bilgileri sayesinde hoca ve öğrencilerin çoğunluğunu yerli gayrimüslimler oluşturmaya başlamıştır.

Tıp eğitiminin Türkçe olarak yapılacağına savunan ve Fransızca bilen Hıristiyan hoca ve öğrenciler, okulun içindeki ve devletteki yönetime hâkim durumdadır. Ama Mekteb-i Tibbiye Nezareti'ne tayin edilen Cemaleddin Efendi, istenilen sayıda ve güvenilebilecek Türk hekimini yetişmemesinde, öğretimin Fransızca yapılmasının büyük etkisi olduğunu düşünmektedir. Cemaleddin Efendi, 1856 tarihinde mevcut öğrencilerin en kabiliyetli ve çalışkanlarından bir grubu eğiterek tercüme yoluyla Türkçe tıp kitapları hazırlayabilecek bir kadroyu oluşturmak üzere "mümtaz sınıf" adını verdiği bir sınıf açar. Ancak okulun nezaretine Hayrullah Efendi'nin tayin edilmesinden sonra bu sınıf lağvedilir. Yine de bu konuda çalışmalar devam eder. Kırmızı Aziz, Vahit, Hüseyin Remzi, Servet, Nedim, İbrahim Lütfi, Bekir Sıtkı beyler ve diğerleri Türkçe tıp dili üzerine araştırmalarını sürdürürler. Böylece, Osman Saib Efendi'nin 'Ahkâmü'l-Emrâz' adlı eseri ve 'Kolera Risalesi'ni, Şânîzâde'nin bazı kitaplarını, Dr. Bernard'ın Türkçe yayınlanan 'Bursa Kaplıcaları'ni ve Hayrullah Efendi'nin kitaplarını incelediler. Sonuçta Türkçenin, Fransızca tahsil etmekte oldukları tıp bilimini ifade edilebileceğine kati olarak kanaat getirirler. Anlaşılan Türkçe tıp eğitimi isteyen öğrenci ve hocaların bu hazırlıklarından sonra Tıp eğitiminin hangi dilde yapılacağı meselesi, okulun Türk ve yabancı hocaları arasında 1860'lı yıllardan itibaren ciddi biçimde ve açıktan tartışılmaya başlamıştır.

İlk atak Fransızca cephesinden gelir. 1860'ların sonlarına doğru, aralarında bir tek Türk hekimin bile bulunmadığı 39 hekim, 'Societe imperiale de Medecine' (Cemiyet-i Tıbbiye-i Şahane) adıyla bir dernek kurarlar. Gazette Medical d'Orient adlı Fransızca bir dergi yayımlayan dernekteki konuşmalar da Fransızca yapılıyordu. Buna karşı, yarıda adı geçen öğrenciler, tıp öğretiminin Türkçe olması, tıp kitaplarının Türkçeye çevrilmesi, halka yararlı tıp bilgilerinin Türkçe yazılması gerektiğini, ayrıca bilgi ve düşüncelerin Türkçe tartışılacağı bir tıp gazetesine ihti-

yaç olduğunu savunarak, dâhiliye kliniği muallim muavini Binbaşı Dr. Ahmed Ali Efendi'yi ikna ederler. Öğrenciler ve Dr. Ahmed Ali Efendi birlikte bir tüzük hazırlarlar. Nihayet 1862'de "gizli" olarak dernek kurulur. Bu yeni cemiyet, hiçbir Türk hekimin üye yapılmadığı "Cemiyet-i Tıbbiye-Şahâne'ye karşı oluşturulmuştur. 1865 yılında Hekimbaşı Salih Efendi ikinci defa mektep nazırı olunca, gizli cemiyet şeklinde çalışılmasını uygun görmez ve 1866 da gizli dernek, "Cemiyet-i Tıbbiye-Osmaniye" adıyla resmi hale gelir.

Artık tıbbın Türkçe okutulması konusundaki mücadele açık ve daha şiddetli bir hale gelmiş, aydınlar da tartışmaya katılmışlardır. Örneğin Namık Kemal, 1866 tarihli Tasvir-i Efkâr Gazetesi'nde yayımlanan "Türkçe Tababete Dair Makale'i Mahususa" başlıklı yazısında yeterince bilinmeyen bir dilde yapılacak öğrenimin eksik kalacağını söyler. Başlangıçta Avrupa'da öğretimin Latince olduğunu, daha sonra her ulusun kendi anadilinde tıp öğretimi yaptırmaya başladığını belirterek bizde de tıp eğitiminin Türkçe olması gerektiğini savunur. Buna karşılık Frenk hekimler, Türkçe eğitim aleyhindeki görüşlerini özellikle Gazette Medicale d'Orient'da yayımlamışlardır. Bu savunmaların özellikle Tıp eğitiminin "yavan, ilkel bir dil olan Türkçe" ile anlatılamayacak düzeyde yüksek bir bilim olduğuna dayandırılması bu gün için de manidar görülmektedir.

Sultan Mahmut'un konuşmasında söylediği gibi devletin ihtiyaçları acildir. Hem ordu, hem de sivil hizmetler için çok sayıda hekime ihtiyaç vardır. Bu mücadele Türkçe tıp eğitimi verecek sivil bir tıp mektebinin, Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye'nin 1867 yılında açılması ile sonuçlanır.

Askerî Tıbbiye'nin eğitim dili ise değiştirilmemiş, Fransızca olarak devam etmiştir. Ancak 1870 yılına gelindiğinde, Mekteb-i Tıbbiye-i Şahâne'nin hâlâ memleketin hekim ihtiyacını karşılayamadığı, eğitimin istenilen seviyede olmadığı anlaşılmaktadır. Bu kurum, kuruluşundan itibaren geçen yaklaşık 40 senelik süreçte yüksek giderlere rağmen bekleneni verememiştir. Kaynaklarda, yılda ortalama sadece yedi doktorun mezun olduğu belirtiliyor. Tüm bunların sonucunda eğitim dilinin değiştirilmesi dâhil yeni tedbirlerin alınmasına ihtiyaç duyulan Mekteb-i Tıbbiye-i Şahâne'de 1870 yılından itibaren eğitim dili Türkçe olarak değiştirilmiştir.

Ama tartışma muarızlar arasında sürmektedir. Rıza Tahsin'in 'Mir'at-ı Mekteb-i Tıbbiye'sinden öğrendiğimize göre; Türkçe eğitimi savunanları "halyalperestler" olarak gören ve Türkçe

eğitim kararını "Türkiye'de askeri hekimliğin geleceği bakımından feci bir karar olarak tarif eden Frenk hekimlerin sert muhalefeti sürmektedir. Buna karşın Tıbbiye'nin muallimlerinin Fransızca eğitim yanlısı ecnebi hocalara karşı ortak kaleme aldıkları "layiha-i reddiye" Terakki Gazetesi'nde yayınlamışlardır.

Fransızca taraftarlarına en önemli yanıt, Cemiyet-i Tıbbiye-Osmaniye'nin eseri olarak 1873'de basılan ve tıp ve ilgili bilim dallarına ait terimleri toplu şekilde ihtiva eden Lügat-ı Tıbbiye'dir. Lügatin hazırlanması üç yıl sürmüştür. Lügatin hazırlanmasında Avrupa'da rağbette olan Fransızca Nysten adlı tıp lügati esas alınmıştır. Mustafa Münif Paşa bunu şöyle anlatıyor: "*İlmi tıbbiye dair tedrisata icap eden Fransız erbabı dâir teriminin müellefatı ber güzidesini tercüme ve mütercim ve müelliflerin meydana koyacakları eserlerin Babil kulesine misal olmamak için istilahatı tıbbiyeyi cami bir lügat kitabının telifine Cemiyeti Tıbbiyeyi Osmaniye azalığını ihraz eden rüesa ve üdebayı etibbaya büyük mükâfatlar tahsisile sarfı mesai-leri temin edilmiştir.*"

'Nysten'in tercümesi için, yani orada yer alan tıp terimlerinin Türkçeleştirilmesi için ilk hareket noktası klasik İslâm tıp literatüründen yararlanmak olmuştur. Bu maksatla İbn Sînâ'nın Kânûn'u, Zehravî'nin Tasrifî, Râzî'nin Hâvî'si gibi Arapça temel tıp kitapları incelenmiştir. Bunun yanı sıra Avrupa dillerinden Osmanlıcaya tercüme edilmiş ve yeni tıbbi konu eden Türkçe kitaplar araştırılmış ve bu konuda en başta Şânîzâde Atâullah'm kitapları ile Mısır'da Mehmed Ali Paşa döneminde basılan bazı eserlerden faydalanılmıştır. Bundan sonra bir de lügat taraması yapılmış, 'Bianchi', 'Hançeri', 'Kazimirski' gibi sözlükler araştırılmış ancak bunlardan fazla faydalanılmamıştır. Meninski'nin Lâtince'den Arapça, Farsça ve Türkçeye olan lügatinden büyük ölçüde faydalanılmıştır. 'Vankulu', 'Ahteri', 'Burhân-ı Kâti' ve 'Lehçe-i Osmânî'den ve en çok da Asım Efendi'nin 'Kamus Tercümesi'nden faydalanılmıştır.

Osmanlı tabipleri klasik İslâm tıp literatüründe daha önce kullanılan bazı terimlerin kullanılışlarını daha belirgin hâle getirmişlerdir. Böylece daha önce bilinen konularda yeni terimler türetmeyi öngörerek mana karışmalarını önlemişlerdir.

Klasik tıp literatüründe karşılığı olmayan terimleri transkripsiyon yaparak aynen kabullenme yoluna gitmeden bu terimlerin manalarının karşılıklarını bulmaya çalışmışlardır. Bazı hallerde bir kelimenin Arapçasını ve Osmanlı harfleri ile aynen yazılışını koymuşlardır.

Böylece her iki kelimenin bir arada kullanılabileceğini belirtmişlerdir.

Doğal olarak sözlüğün hazırlanmasında karşılaşılan en büyük zorluk Nysten'in lügatında olup da geleneksel kaynaklarda bulunmayan yeni terimlere karşılık belirlemek olmuştur. Cemiyet üyeleri bu zor durum karşısında bir takım terimler icat etme gereği duymuşlardır. Bazı terimleri ise aynen kullanma yoluna gittikleri görülüyor. Bu, en çok anatomi terimlerinde olmuştur. Geleneksel tıpta bilinmeyen prostat ve pankreas gibi organların isimlerini, Osmanlı harfleriyle yazarak Türkçeleştirmişlerdir. Benzer şekilde bir zorluk, kimyaya ait olan, yeni keşiflerin ortaya çıkardığı terimlerde olmuştur. Sonuç olarak sayıca gerek Osmanlı dönemi, gerekse Arapça yazılmış klasik tıp literatüründe bulunmayan birçok terim türetmişlerdir.

Çeyrek yüzyıl boyunca Osmanlı hekimlerinin tek sözlüğü olarak kullanılan "Lügat-ı Tıbbiye" zaman içerisinde doğal olarak eskimiştir. Sözlüğün 1900 yılında yine Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye'nin eseri olarak "Lügat-ı Tıbbiye" adı altında yanlışlıklarını düzeltmek, eksikliklerini tamamlamak amacıyla Nysten sözlüğünün genişletilmiş son baskısı esas alınarak bu ilk Fransızca-Türkçe tıp sözlüğünün genişletilmiş ikinci baskısının yapıldığını görüyoruz. Kanımızca, 150 yıl öncesinden tıp eğitiminin dili ve bunun bilimsel zeminin oluşturulması için meslektaşlarımızın verdikleri mücadele üzerine sunduğumuz bu küçük kesit bu gün bizim için de ibretler içermektedir.

Kaynaklar

Ali Haydar Bayat. *Osmanlı Devletinde Tıp Eğitimi*. Ed. C. Yılmaz N. Yılmaz. *Osmanlılarda Sağlık*. Cilt I. Biofarma İlaç Sanayi İstanbul 2006 s.237-244

Binbaşı Elhac Rıza Tahsin. *Mir'at-ı Mekteb-i Tıbbiye*. (Eklemlerle hazırlayan Aykut Kazancıgil) Özel Yayınlar İstanbul 1991

Ekmeleddin İhsanoğlu. *Büyük Cihad'dan Frenk Fodulluğuna*. İletişim Yay./İstanbul 1996 s. 35

Ekmeleddin İhsanoğlu. *Tıp Dilinin Türkçeleştirilmesi Meselesi*. Ed. C. Yılmaz N. Yılmaz. *Osmanlılarda Sağlık*. Cilt I. Biofarma İlaç Sanayi İstanbul 2006 s.65-75

Mustafa Münif Paşa. *Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiyenin tarihçesi*. *Sihhat Almanaki* (Haz. Mahzar Osman) İstanbul 1933 s. 67-71

Nidai Sulhi Atmaca. *Türk Tıp Dilinin Tarihsel Gelişimi*. *Türk Tıp Dizini, Sağlık Bilimlerinde Sürekli Yayıncılık* – 2004

Okan Bölükbaşı. *Türkçe Tıp Eğitimi; Eski Ama Gerçekleşmiş Bir Hayalin, Elbirliği ile Yok Edilişi*. *Sted* 2004;13(11):415-417

Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık alanındaki faaliyetler

Prof. Dr. Fahri Ovalı



İstanbul'da doğdu. 1979 yılında Darüşşafaka Lisesi'ni, 1985 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1991 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimini tamamladı. 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalıştı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003-2005 yılları arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı ve Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı görevlerinde bulundu. 2005 yılından itibaren Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Klinik Şefliği görevini yürütmektedir. Editörlüğünü yaptığı 6 kitabı yurtiçi ve yurtdışında yayınlanmış 150'den fazla makalesi bulunmaktadır.

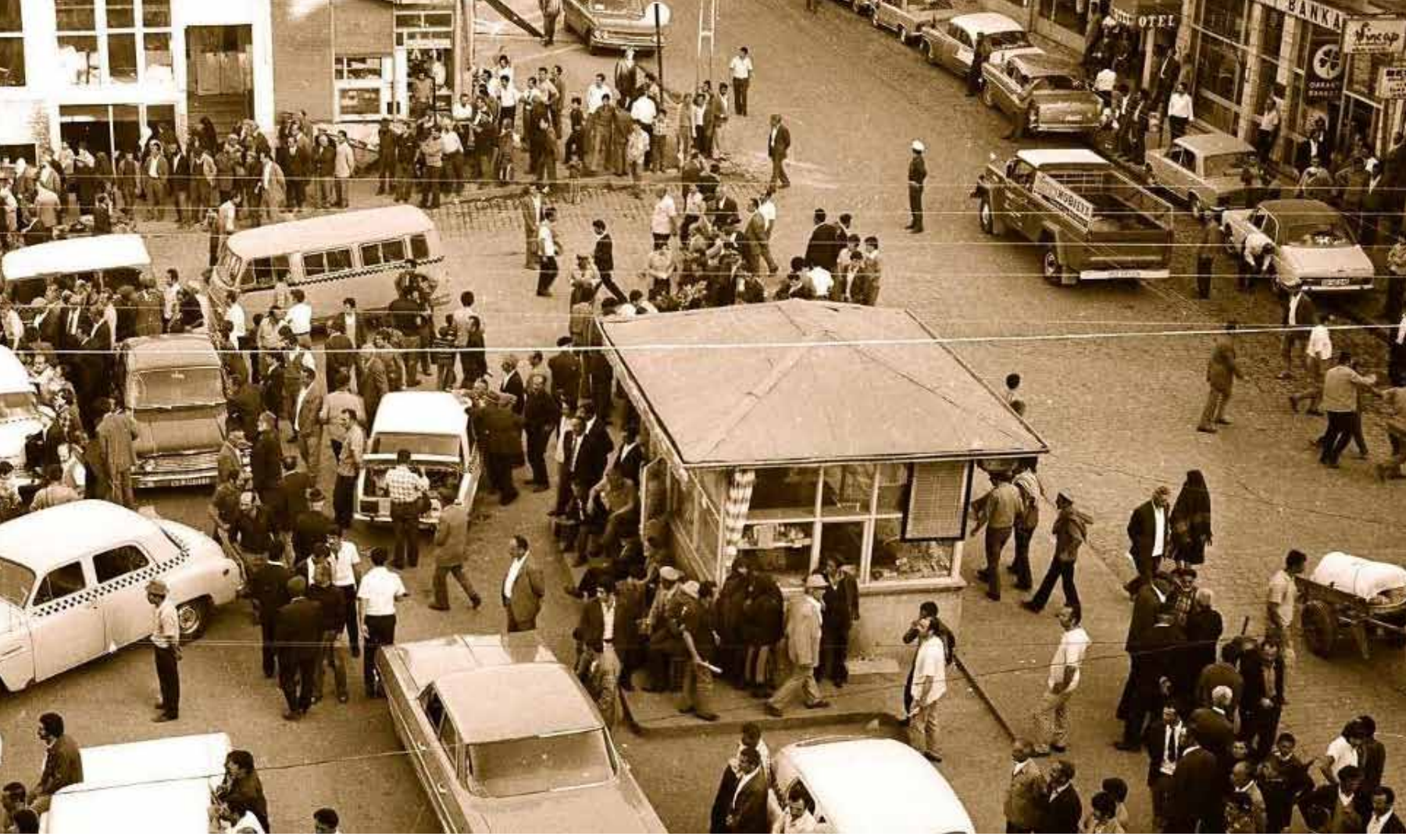
Yirminci yüzyılın başlarında Osmanlı İmparatorluğu'nda sağlık ile ilgilenen devlet kurumu, Dahiliye Nazırlığı'na (İçişleri Bakanlığı) bağlı bulunan Sıhhiye Umum Müdürlüğü idi. Bu dönemdeki başlıca sağlık sorunları; sıtma, tüberküloz, sifiliz, cüzzam, kolera ve veba gibi bulaşıcı enfeksiyon hastalıklarıydı. Gerek yıllarca uzayıp giden savaşlar, gerekse bu dönemde sosyoekonomik durumun giderek kötüleşmesi,

enfeksiyon hastalıklarına zemin hazırlıyordu. Bu enfeksiyon hastalıklarının Avrupa ülkelerine taşınmasını önlemek için, Avrupalı devletler tarafından 1839 yılında İstanbul limanında bir karantina idaresi kurulmuştu. Bu idare, 1914 yılında Hudut Sıhhiye Müdüriyeti adını almış, 1918 yılında İstanbul işgal edilince adı Beynelmütefikin Sıhhiye Kontrol İdaresi olarak değiştirilmiş, 1924 yılında ise "Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü" adını almış ve değişen fonksiyonları ile günümüze kadar faaliyetlerini aynı binada (İstanbul, Galata'da) sürdürmüştür. Karanti-

na önlemleri, hastalıkların Avrupa ülkelerine bulaşmasını belki önlemişti ancak devlet içindeki mücadele, kısıtlı ekonomik olanaklar nedeniyle sınırlı kalmıştı.

Ankara'da Türkiye Büyük Millet Meclisi açıldıktan sonra, 1920 yılında "Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâleti" kuruldu ve bir süre sonra ismi Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti olarak tekrar düzenlendi. İlk Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekili, Dr. Adnan Adıvar'dı. Daha sonra sırasıyla Dr. Refik Saydam, Dr. Rıza Nur, Dr. Refik Saydam, Dr. Mazhar Germen ve tekrar





Dr. Refik Saydam bu görevi yürüttüler. Bu vekâlet, Kurtuluş Savaşı boyunca Adana, Gaziantep, İzmir, Balıkesir, Bursa, Kütahya ve Eskişehir gibi illerden ayrılmak zorunda kalan yaklaşık 100 bin kişiyi daha güvenli bölgelere gönderme görevini üstlendi ve bu kişilere yeni yerlerinde yemeklik ve tohumluk vermek, vergi muafiyeti sağlamak gibi faaliyetlerde bulundu. Ayrıca, anne ve babalarını kaybeden çocuklar için de “yetim yurtları” açılarak bu çocukların bakımını sağlama ve çeşitli meslekler öğretmek gibi faaliyetlere girişti. Bu dönemde Atatürk, devletin sağlık politikasını şu şekilde belirtti: “Milletimizin sıhhatini korumak ve takviye etmek, ölümü azaltmak, nüfusu çoğaltmak, bulaşıcı ve salgın hastalıkların tahribine karşı koymak ve bu suretle millet fertlerinin dinç ve çalışmaya kabiliyetli, sıhhatli vücutlar halinde yetişmesini temin etmek”(1).

Bu dönemdeki sağlık politikasının esasını tedavi hizmetleri oluşturmaktadır. Bu amaca yönelik olarak öncelikle yasal düzenlemeler yapılmış, serbest hekim ve diş hekimlerinin çalışmaları düzenlenmiş, “Etibba odaları” (tabip odaları) kurulmuştur. Bu dönemde çıkarılan kanunlar arasında, 1928’de çıkarılan 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarzı İcrasına Dair Kanun ile 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu önemli bir yer tutmaktadır. Bu kanunların birçok maddesi zaman içinde değişmiş olmakla beraber günümüzde halen yürürlüktedir. Bu yasal düzenlemelere paralel

olarak, en önemli sorun olan enfeksiyon hastalıklarının incelenmesi ve mücadele yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla 1928 yılında 1267 sayılı kanun ile “Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi” kurulmuş, 1931 yılında serum üretim kısmı faaliyete geçmiştir. 1935 yılında da 2767 sayılı Sıtma ve Frengi İlaçları Hakkında Kanun yayınlanmıştır.

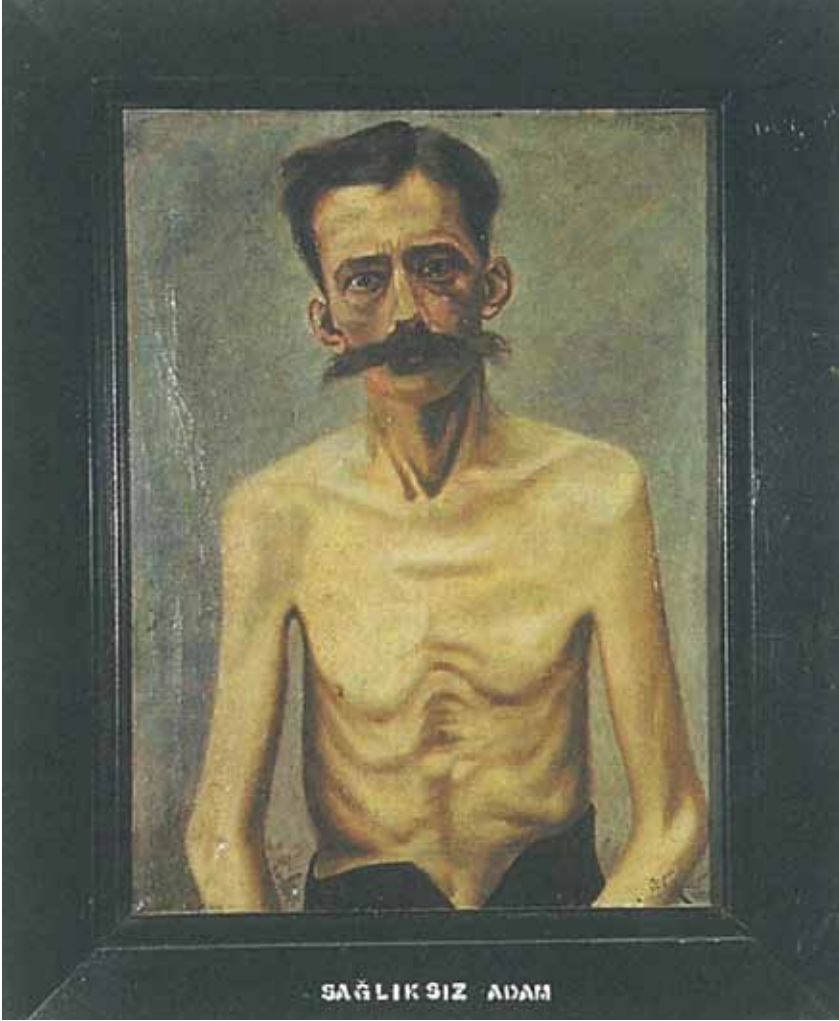
Tıbbiye Mektebi’nde okuyan yoksul çocuklar için 1924 yılında İstanbul’da 200 yataklı bir Tıp Talebe Yurdu açılmış, yurt kadrosu 1929 yılında 300’e çıkarılmıştır. Tıbbiye Mektebi, 1933 yılındaki Üniversite Reformu sırasında Tıp Fakültesi’ne dönüştürülmüştür.

Tedavi edici hekimlik, özellikle enfeksiyon hastalıklarına karşı geliştirilmiştir. O dönemde, ülke nüfusunun yaklaşık yarısını enfekte eden sıtma, “Türk ırkının sağlığını tehdit eden birinci neden” olarak görüldüğü için sıtma ile savaşa büyük önem verilmiştir. Bu dönemde askerliğe elverişli olmayacak derecede ağır sıtmalı olanların yüzde 20, hatta yüzde 40’a kadar çıktığı bölgeler bulunduğu kaydedilmiştir. Öyle ki, 1921 yılında sıtma tedavisi için kullanılan kinin miktarı yaklaşık 250 kilogram iken, bu rakamın 1931 yılında 28 bin 500 kilograma çıkarılması, Sıhhiye Vekâleti’nin en önemli performans kriterlerinden biri olarak gösterilmiştir (Fotoğraf 1). 1925 yılında başlayan sıtma mücadelesinde muayene edilen hasta sayısı 50 bin civarında iken, 1931 yılına gelindiğinde bu rakam da 2 milyon civarına yükselmişti. Ayrıca, çeşitli illerde 11

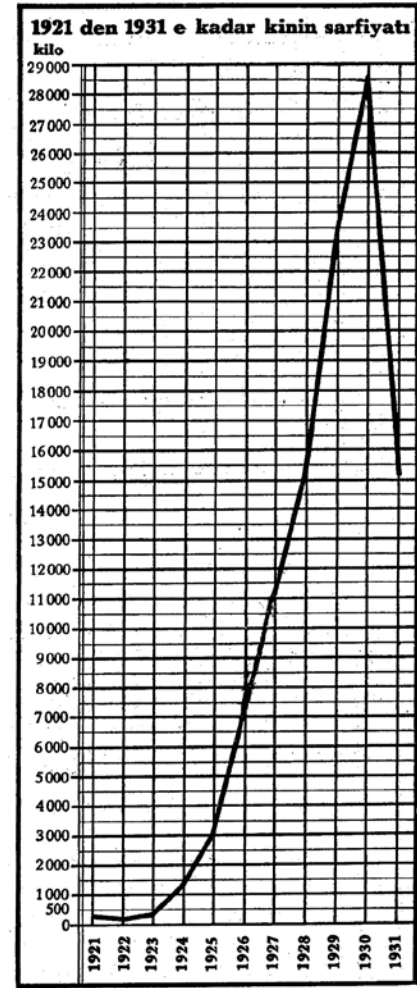
O dönemde, ülke nüfusunun yaklaşık yarısını enfekte eden sıtma, “Türk ırkının sağlığını tehdit eden birinci neden” olarak görüldüğü için sıtma ile savaşa büyük bir önem verilmiştir. Öyle ki, 1921 yılında sıtma tedavisi için kullanılan kinin miktarı yaklaşık 250 kilogram iken, bu rakamın 1931 yılında 28 bin 500 kilograma çıkarılması, Sıhhiye Vekâleti’nin en önemli performans kriterlerinden biri olarak gösterilmiştir.

sıtma dispanseri ve Adana’da sıtma hakkında incelemeler yapmak ve bu konuda bilgili hekimler yetiştirmek üzere de bir Sıtma Enstitüsü kurulmuştur.

Sıtma kadar önem verilen bir diğer hastalık, o dönemde, körlüğün ve görme kaybının en önemli nedeni olan trahomdur.



Fotoğraf 2a: Dr. Hikmet Hamdi tarafından yapılan yağlıboya tablo



Fotoğraf 1: 1921'den 1927'ye kadar Türkiye'ye ithal edilen kinin miktar ve sarfiyatı



Fotoğraf 3: Ankara Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti

Trahomla mücadele fikri 1924 yılında oluşmuş ve yapılan ilk inceleme sonuçları, 1927'de Ankara'da toplanan 2. Milli Tıp Kongresi'nde sunulmuştur. 1925 yılında "körler memleketi" denilen Adıyaman'da açılan 20 yataklı bir hastane ve buna bağlı dispanserleri, özellikle bu hastalığın yaygın olduğu Adana, Gaziantep, Malatya, Urfa, Maraş, Besni, Kilis ve Siverek gibi yerlerde açılan dispanserler izlemiştir. 1930 yılında Adana'da 40 yataklı trahom hastanesi açılmıştır. Ayrıca gezici trahom mücadele araçları ile de diğer illere ve kırsal bölgeye hizmet götürülmeye çalışılmıştır. Hastane ve dispanserlerde gereğine göre 1-2 uzman doktor, bir hemşire, bir sekreter, 2-3 sağlık memuru ve yeterli miktarda hastabakıcı ve hademe görev almıştır. Tüm bu faaliyetleri or-

ganize etmek üzere, 1930 yılında Gaziantep'te Trahom Mücadele Reisliği kurulmuştur. Bulaşmayı önlemek için trahomlu öğrencilerin ayrı okullarda toplanması düşünülmüş, okula başlayacak öğrencilerin muayeneleri sağlanarak trahomlu olanların bu okullara yönlendirilmesi sağlanmıştır. 1933-1934 yıllarında Adana'da 7, Gaziantep'te 6, Kilis'te 4, Besni'de 1, Adıyaman'da 1, Malatya'da 1, Maraş'ta 1, Urfa'da 3, Siverek'te 1 olmak üzere toplam 25 trahomlu okulu bulunmaktaydı. Bu okullara her gün bir sağlık memuru gönderilmiş ve hasta öğrencilerin tedavileri takip edilmiştir.

Tüberkülozla mücadele için 1924 yılında Heybeliada'da 30 yataklı bir sanatoryum açılmış, daha sonra yatak sayısı 125'e çıkarılmıştır. Bu hastane, yakın zamanlara kadar Heybeliada Göğüs Hastalıkları Hastanesi olarak hizmet vermiştir. Ayrıca Ankara, İstanbul ve Bursa'da birer Verem Savaş Dispanseri açılmış ve halka bedava ilaç dağıtılmasına başlanmıştır. Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi'nde 1931 yılında ağız yoluyla BCG aşısı üretimi gerçekleştirilmiştir. Yine aynı müessesede 1934 yılında, ülke ihtiyacının tamamını karşılayacak kadar çiçek aşısı üretimi gerçekleştirilmiştir.

Rize ve civarında önemli bir sorun haline gelen ankilostomiasis hastalığı ile mücadele de bu dönemde yapılan tedavi faaliyetlerinden biridir. Bu hastalığa yönelik olarak 1930-1933 yılları arasında bölgeye gönderilen hekimler aracılığı ile yaklaşık 45 bin kişinin bakım ve tedavisi sağlanmıştır.

Bu dönemde yapılan ilginç uygulamalardan biri, Sağlık Müzeleri kurulmasıdır. İstanbul'da 1917 yılında Dr. Adnan Bey (Adıvar) tarafından kurulan Sıhiye Müzesi aracılığı ile halka, hastalıkların vücutta ne gibi rahatsızlıklara neden olduğu ve bunlardan korunmak için neler yapılması gerektiği, değişik şekillerde anlatılmaya çalışılmıştır. Bu müzede yer alan yağlı boya tablolar, hem hekim hem de ressam olan ve Hoca Ali Rıza'nın talebesi olan Dr. Hikmet Hamdi tarafından yapılmıştır. (Fotoğraf 2) Bu müzenin daha sonra 13 ile daha yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. Sağlık Müzesi'nde halkı aydınlatmak için yaptırılan yağlı boya resimlerin bir kısmı halen İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nde sergilenmektedir. Yine halkı sağlık konusunda bilinçlendirmek amacıyla 13 tane "sıhhi ve içtimai" film alınmış ve bu filmlerin halka, orduya, okul öğrencileri

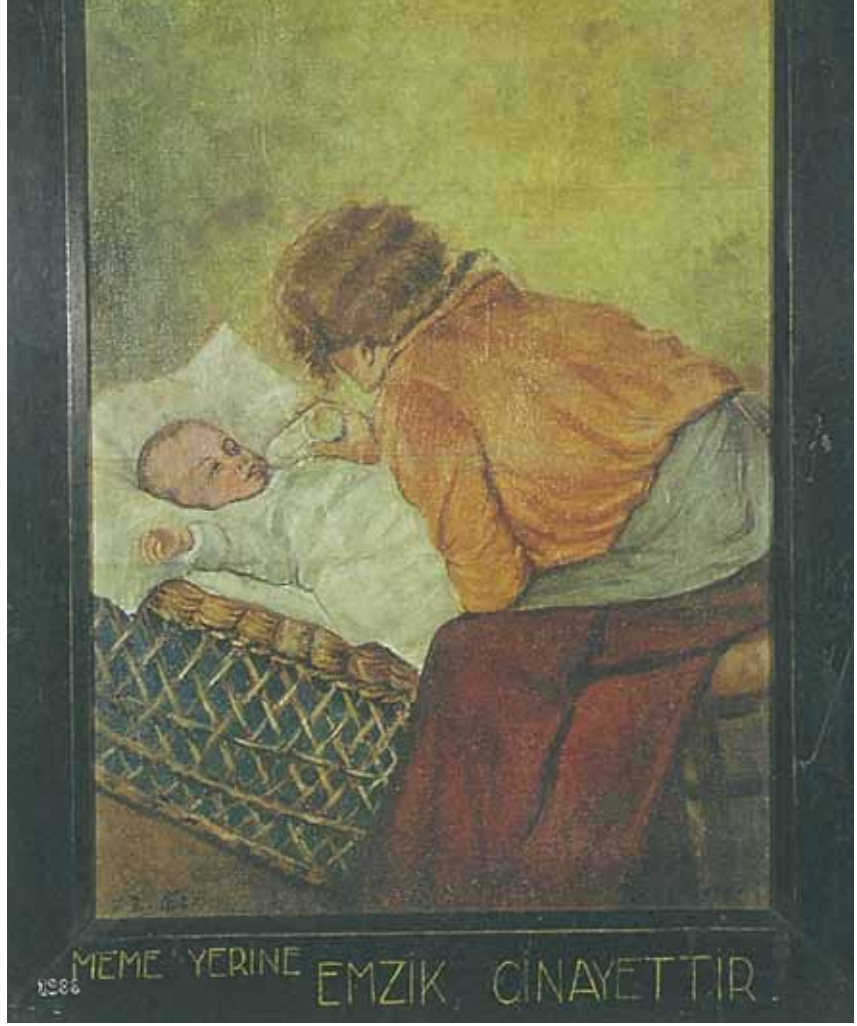
1922 yılında toplam 100 olan hastane sayısı, 1932'de 175'e çıkmıştır. Bu hastanelerdeki yatak sayısı da 1922 yılında 7 bin civarında iken 1932'de 10 bini aşmıştır. 1935'ten sonra ülkemize gelen Alman tıp profesörlerinden bir kısmı, numune hastanelerinde görev alarak bu hastanelerin gelişmesinde önemli bir rol üstlenmişlerdir.

ve öğretmenlerine bedava seyrettirilmesi sağlanmıştır.

Hastane yapımları, bu döneme ait diğer önemli faaliyetlerden biridir. 1922 yılında toplam 100 olan hastane sayısı, 1932'de 175'e çıkmıştır. Bu hastanelerdeki yatak sayısı da 1922 yılında 7 bin civarında iken 1932'de 10 bini aşmıştır. Özellikle Ankara, Sivas, Diyarbakır ve Erzurum'da açılan numune hastaneleri, tüm branşlarda hizmet veren ve "örnek olan" hastaneler olarak planlanmıştır (Fotoğraf: 3) Bu hastaneleri desteklemek amacıyla 150 ilçe de her biri beşer yataklı dispanserler açılmıştır. Ayrıca, özel idare ve belediyeler tarafından da 189 adet dispanser açılmıştır. Buralardaki yatak sayıları da 1922 yılında 185 iken, 1932'ye gelindiğinde bin 300'ü aşmıştır. 1935'ten sonra ülkemize gelen Alman tıp profesörlerinden bir kısmı, numune hastanelerinde görev alarak bu hastanelerin gelişmesinde önemli bir rol üstlenmişlerdir.

Osmanlı döneminde yalnızca İstanbul'da bulunan ve "Daülkelp Tedavihanesi" adı verilen kuduz tedavi merkezine ilaveten Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da birer kuduz tedavi merkezi açılarak kuduz tedavisinin yaygınlaştırılmasına çalışılmıştır. 1933 yılında Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi'nde kuduz aşısı üretiminin başlaması, kuduz mücadelesini kolaylaştırmıştır.

Bu dönemde Sıhhiye Vekâleti'nin çalışmalarına yardım eden iki kuruluş bulunmaktadır. Bunlar Türkiye Hilal-i Ahmer Cemiyeti (Kızılay) ve Türkiye Himaye-i Etfal Cemiyeti (Çocuk Esirgeme Kurumu)'dur. Hilal-i Ahmer Cemiyeti, Osmanlı devleti zamanında kurulmuş ve Meşrutiyet devrinden itibaren başlayarak yoğun savaşların olduğu bir dönemde çok önemli faali-



Fotoğraf 2b: Dr. Hikmet Hamdi tarafından yapılan yağlıboya tablo

yetlerde bulunmuştur. O dönemde Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti olan ismi, Lozan Anlaşması'ndan sonra Türkiye Hilal-i Ahmer Cemiyeti olarak değiştirilmiştir. Lozan Anlaşması'ndan sonra da kuraklık, açlık, deprem, sel gibi doğal afetlere maruz kalan halka yardım faaliyetlerinde bulunmuştur. Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin 1919 yılından 1931 yılına kadar yaptığı harcamalar 8 milyon lira civarındadır.

Türkiye Himaye-i Etfal Cemiyeti ise 1921 yılında, Balkan Savaşı, Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı sırasında yetim kalan çocuklara sahip çıkılması ve bakılması amacıyla kurulmuştur. 1932'ye gelindiğinde 490 şubeye kadar ulaşmış ve gelir getirecek birçok bina ve akara sahip olmuştu. Cemiyet, anasız ve babasız çocuklar için "Ana Kucağı" adı verilen kurumlar, gündüzleri işe giden işçi anne çocukları için "Bakım evleri", çocuklara temiz süt sağlamak için süthaneler ve süt damlaları ile çocuk bahçeleri, çocuklar ve anneleri için hamamlar ve banyolar açmıştır. (Fotoğraf 4) Ayrıca çocukların tıbbi bakımları için muayenehaneler açılmış ve buralarda uzman hekimler ve diş hekimleri çalıştırılmıştır. Cemiyetten her yıl ortalama 100 bin çocuğun yararlandığı belirtilmektedir. Çocukların "ahlaklı bir



Fotoğraf 4: "Ana Kucağı" adlı kurumda kimsesiz çocukların bakımı

şekilde yetiştirilmeleri " için, çocuklara yönelik çeşitli yayınlar da çıkartılmıştır. 23 Nisan'ın Çocuk Bayramı olarak ilan edilmesi de, çocuklara çevrilen dikkatlerin artmasına neden olmuştur

Cumhuriyetin ilk yıllarında yapılan bu sağlık faaliyetlerini bilmek, nerelerden nerelere geldiğimizi göstermesi açısından son derecede önemlidir.

Kaynaklar

Türkiye Büyük Millet Meclisi zabıtları, 1 Mart 1922

Tarih, IV. Cilt, Maarif Vekâleti yayınları, Ankara, 1934

Altıntaş A. Tombak dergisi, 1998; 18: 36-44

Hot İ. Ülkemizde trahom ile mücadele. Turk Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi, 2003; 11: 22-29

Hasta güvenliğini sağlamada hastanın rolü

Selma Altındış



İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamladıktan sonra Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nden mezun oldu. Bir süre Konya'da serbest diş hekimliği yaptı. Eylül 2003'de Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji yüksek lisansı ile Anadolu Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği ön lisans programlarını bitirdi. Bir yandan diş hekimliği görevini AKÜ Uygulama Araştırma Hastanesinde sürdürürken İşletme Anabilim Dalı Yönetim Organizasyon Yüksek Lisansı'nı tamamladı. Ardından işletme doktora programına başladı ve geçtiğimiz aylarda TÜBİTAK bursu ile 9.5 ay süreyle İngiltere York Üniversitesi Health Management School'da bulundu. Evli ve bir çocuk annesi olan Selma Altındış, halen AKÜ Tıp Fakültesi Diş Hekimliği Polikliniği'nde görevini sürdürmektedir.

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği programlarında sıklıkla hasta perspektifi göz ardı edilmektedir. Hâlbuki sağlık hizmetlerinde hastaların aktif rolü kabul edilmeli ve desteklenmelidir. Çünkü hastalar, doğru tanıya ulaşma, tedaviye karar verme, güvenli ve tecrübeli bir hizmet sağlayıcı seçme, tedavinin doğru bir şekilde verilmesi, takip edilmesi, olumsuz olayların tanınması ve gerekli eylemlerin alınmasında anahtar role sahiptir.

Institute of Medicine'nin (IOM) hazırladığı "Hata insana özgüdür" raporunda, hastaların tıbbi bakım süreçlerine aktif

katılımcı ve sağlık hizmetlerini sunan takımın üyesi olarak görülmesi gerektiğini önerir. Hastaların ve ailelerin imkân dâhilinde güvenliklerine katkıda bulunabilecekleri çeşitli yöntemler vardır. Fakat bu girişimler, şimdiye kadar çok az araştırılmış olan önemli etik ve uygulama konularını canlandırabilir. Entwistle ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, hasta güvenliği için aktif olarak çalışmış oldukları bilinen organizasyonların web siteleri araştırılmış ve bu konuda geliştirilmiş ve ulusal düzeye yayılmış olan uyarılar ya da öneriler gözden geçirilmiştir. Araştırılan bu organizasyonlar sırasıyla;

• Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ),

- Department of Health and Human Services(HHS) in partnership with the American Hospital Association and American Medical Association,
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Joint Commission),
- National Patient Safety Foundation (NPSF).

Bu organizasyonlar, hastaların kendi güvenliklerinin sağlanmasında katılımcı olmalarını sağlayacak önerilerde bulunmaktadır. Bu öneriler kitapçıklar ve broşürler şeklinde yayınlanmışlardır. Ayrıca bu organizasyonlar, bu önerilerin lokal ve ulusal düzeyde uygulanmalarını da desteklemiştir. Amerikan Hastane ve tıp birliği ortaklığında sağlık ve insan hizmetleri topluluğu (De-



Çoğu hasta, tedavi ve problemi kabul eden, tartışan, hastaların şikâyetleri ve beklentileri ile ilgilenen sempatik hekimlere muayene olmayı tercih eder. Bu muayene modelinin, doğru tanıya ulaşmak için gerekli tam bir enformasyona erişim konusunu desteklemesi kuvvetle muhtemeldir. Hastanın rolü azaltılırsa, muhtemel hata artar.



partment of Health and Human Services in partnership with the American Hospital Association and the American Medical Association) tarafından hazırlanan broşürlerden biri, “*Daha güvenli sağlık hizmetlerine beş adım*” başlığı şeklinde hazırlanmış broşürdür.

Bu broşürde hastalar için hazırlanmış beş adım şöyledir:

Eğer şüphe ya da kaygınız varsa soru sorun. Sorularınızın cevaplarını anladığınızdan emin olun. Rahat konuştuğunuz bir doktoru seçin. Soru sormakta ya da cevapları anlamada güçlük çekiyorsanız size yardım edebilecek bir yakınınızı ya da arkadaşınızı alın.

Almış olduğunuz tüm ilaçların bir listesini tutun ve yanınızda getirin. Reçetelendirilmemiş ilaçlar da dâhil aldığınız tüm ilaçların bir listesini eczacıya ve doktora verin. Herhangi bir ilaç alerjiniz varsa bunu söyleyin. İlaç alırken kaçınılması gerekenleri ve yan etkileri sorun. İlaç aldığınız zaman özellikle uyarılar olma üzere prospektüsü okuyun. İlacınızı nasıl kullanacağınızdan ve doktorunuzun size verdikleri ilaçlar olduğundan emin olun. İlaçlarınız beklediğinizden farklı görünüyorsa eczacınıza sorun.

Test ya da girişimsel uygulamaların sonuçlarını alın. Test ya da prosedürlerin sonuçlarını ne zaman ve nasıl alacağınızı sorun. Sonuçların tedaviniz ya da sağlığınız için anlamını sorun.

Sağlığınız için en iyi hastanenin hangisi olduğunu doktorunuza sorun. Birden fazla hastane seçeneğiniz varsa, sizin şartlarınız için en iyi tedavi ve sonuç

alacağınız hastanenin hangisi olduğunu doktorunuza sorun. Hastaneden ayrıldığınızda tedavinin takibi açısından yapmanız gerekenleri anladığınızdan emin olun.

Cerrahi bir operasyon gerekiyorsa size yapılacakları iyi anlayın. Doktorunuz ve cerrahınızın tam olarak operasyonda yapılacakları birlikte kararlaştırdığınızdan emin olun. Doktorunuza, hastanede iken tedavinizi kimin üstleneceğini sorun. Cerrahınıza ise şunları sorun:

- Tam olarak nasıl bir operasyon yapılacak?
- Operasyon ne kadar sürecek?
- Operasyon sonrası ne olacak?
- İyileşme süresince kendimi nasıl hissedeceğim?
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından hazırlanan kitapçıkta ise ilaçlar, hastanede yatış, cerrahi ve alınabilecek diğer önlemler gibi dört alt başlık altında toplanmış 20 maddeli hastaları ilgilendiren öneriler yer almıştır. Bunlardan birkaçı:
 - Hizmetleri sunan kişi ya da kurumların, hastalar tarafından dikkatli bir şekilde seçimi,
 - Hastaların tıbbi bakımları ile ilgili bilgileri sağlık profesyonellerine verme,
 - Güvenli sağlık hizmeti vermeleri için sağlık çalışanlarını destekleme,
 - Hastalara planlanmış olarak verilen tedavinin ve bakım planlarının baştan sona verildiğini kontrol etme,
 - Tüm sağlık bakımları, tedaviler, reçetelendirme, sağlık durumları konusunda hastaların bilgilendirilmiş olması, gibi konular ile ilgili maddelerdir.

Hastalar, hem olumsuz sonuçların bir sonucu olarak hem de kazayı idare etme biçimi aracılığıyla dikkate değer

bir psikolojik travmayı tecrübe edebilirler. Eğer bir medikal yaralanma görülürse, hasta ve/veya hastanın ailesini dinlemek, hasarı bildirmek, bunu da dürüst ve açık bir açıklama ve özürle yapmak ve hastanın gelecek tedavisi hakkındaki endişelerini ve duygusal travmasını sorgulamak ve gereken finansal ve uygulama yardımlarını hızlı bir şekilde sağlamak önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin güvenliği ya da medikal hataların riski konusunda hastaların fikirlerini sorgulayan çok az çalışma vardır. Fakat 1997’de Louris Harris tarafından Birleşik Devletler’de yapılan, genel popülasyon içinde sağlık hizmetlerinde güvenlik konularının farkında olma düzeyini belirleyen bir çalışmada; telefonla yapılan anketi cevaplayanların yüzde 42’si, tıbbi hataların önlenmesi için şimdiki sağlık hizmetlerinde yeterince önlem alınmadığını belirtirken, cevaplayanların yüzde 42’side yakın arkadaşlarının, kendisinin ya da akrabalarından birinin bir medikal hata tecrübe ettiklerini ifade etmişlerdir.

Hastalar, güvenlik konularındaki başarısızlıkların ve hataların kurbanı olarak görülürler. Fakat uygun ve efektif sağlık hizmetlerinin sağlanmasında, hastaların kendi güvenliklerini temin etme ve hataların önlenmesinde, aktif bir rol oynaması mümkündür. Hatta hastalar ciddi bir şekilde hasta olduğu zaman bile, ya direk olarak kendilerinin ya da ailelerinin katılımlarıyla dilek ve görüşlerinin dikkate alınması, hasta güvenliğine katkı açısından oldukça önemlidir.



Hastaneden taburcu olan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların yüzde 31'i yapılan cerrahi işlemin sonuçları için kendisine anlaşılabilir bir açıklama yapılmadığını ifade etmiş, yüzde 60'ı hastaneden taburcu edildikten sonra dikkat etmesi gereken tehlikeli durumlar hakkında yeterli bilgi almadığını söylemiştir.

Hasta güvenliğini desteklemede hastanın rolü

Genel olarak hastalar;

1. Doğru tanıya ulaşmaya yardımcı,
2. Doğru tedavi ya da yönetim stratejilerinin kararı verilmesinde,
3. Tecrübeli ve güvenli sağlık hizmeti veren kişilerin titiz bir şekilde seçiminde,
4. Tedavilerin uygun bir şekilde verilmesinin takibinin sağlanmasında,
5. Yan etkilerin ve olumsuz olayların hızlı bir şekilde belirlenmesi ve uygun eylemin gerçekleştirilmesi işlemlerinde katılımının sağlanması ile hasta güvenliğini destekleyebilir.

Tam ve doğru tanı

Klinisyenlerin performansı konusundaki şikâyetlerinin büyük çoğunluğu, zayıf iletişimdir. Yanlış tanımlar, hastaların şikâyetleri ya da semptomları için söylediklerini dinlemedeki başarısızlığın sonucudur. İngiltere'de 1999'da yapılan bir çalışmada, aile hekimlerinin büyük çoğunluğu, muayene ve anamnez için bir hastaya 10 dakikadan daha az zaman ayırmaktadır. Dolayısıyla bazı hastaların önemli olduğuna inandıkları bilgileri açıklamada yeterli zamana sahip olmadıklarını düşünmeleri hiç şaşırtıcı değildir. İngiltere'de ulusal çapta aile hekimi hastalarının katıldığı başka bir çalışmada hastaların yüzde 60'ı hekimlerinin kendilerini daima dinlediklerini belirtmekte, yüzde 51 hekimlerin daima kendilerinin görüşünü aldıklarını, yüzde 46'sı ise hekimlerinin doğru tanı koyduklarını ifade etmektedirler.

Çoğu hasta, tedavi ve problemi kabul eden, tartışan, hastaların şikâyetleri ve beklentileri ile ilgilenen sempatik he-

kimlere muayene olmayı tercih eder. Bu muayene modelinin, doğru tanıya ulaşmak için gerekli tam bir enformasyona erişim konusunu desteklemesi kuvvetle muhtemeldir. Fakat bu, normal şartlarda verilen zamandan daha uzun bir zamanı gerektirebilir. Eğer hastalar, bu açıklamaları verme ve kendilerine açıklama yapılmasını isteme konusunda teşvik edilirse, test sonuçlarının alınmasını takiben uygun tedavi yönetiminin sağlanmasındaki yetersizlik azaltılabilir. Fakat ne yazık ki şimdilerde hastaların çoğu anlaşılır açıklamalar almazlar. Doğru tanı, klinik gösterge ve semptomların dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ile birlikte hastadan bütün medikal hikâyesinin alınmasına bağlıdır. Hastanın rolü azaltılırsa, muhtemel hata artar.

Doğru tedavi

Eğer hekimler, hastaların değerlerini ve tercihlerini göz ardı edilirse, hastalar gereksinimlerine cevap vermeyen yanlış tedaviler alabilirler. Bazen doktorlar, doğru olmayan tedavi kararlarını alma ile sonuçlanabilecek, hastaların tercihlerini anlamada başarısızlığa uğrar ve klinik iletişiminin kalitesi, sonuçlar üzerinde bir etkiye sahiptir. Tedavi seçenekleri ve prognozu konusunda (yan etkiler, zararlar ve faydaları kapsayan bilgiler ile) bilgilendirilmiş hastaların, daha iyi sağlık çıktısına yön veren tedaviye tabii olmaları kuvvetle muhtemeldir. Efektif olmayan ve riskli prosedürlerin olmaması da söz konusu olabilir. Örneğin prostat kanseri için Prostat Spesifik Antijen (PSA) taramasının avantaj ve dezavantajları konusunda tam bilgi verilen hastalar, bilgi edinemeyen hastalara göre basit bir tarama testi ile daha invaziv testlere gerek kalmadan prostat kanseri taramasından

geçer ve kanser erken tanısı elde edilir.

Wagner ve arkadaşları tarafından 1995'te yapılan bir çalışmada, iyi huylu prostat büyümesi için yapılacak girişimlerin yarar ve riskleri açısından bilimsel kanıtları gözden geçirme fırsatı elde eden hastalar, bunun için yapılacak gerekli operasyonlara (prostektomi) daha az maruz kalırlar. Bu durum, tedavi seçenekleri ve muhtemel sonuçları konusunda hastalara bilgi verilmiş olması ve onlar için en doğru seçeneği tercih kararına katılımlarını teşvik eden görüşü destekler.

Hizmet sağlayıcıların seçimi

Bristol'de 2001'de yapılan bir çalışmada, Bristol Royal Infirmary'de kalp ameliyatı sırasında ölen ya da zarar gören bebeklerin aileleri, çocuklarının opere edilmesi planlanan üniteye, anormal bir mortalite oranının olduğu söylenmesi durumunda, başka bir yeri seçebileceklerini ifade etmektedirler. Bu tür bilgiler profesyonel kurumlara iletilir. Fakat kamunun erişimine imkân verilmez. İngiliz hükümeti, bu olayların kamu ile paylaşılmasında yeterli açıklığın olmadığını kabul etmiş ve bu yetersizliğin sonlandırılması konusunda söz vermiştir. Ayrıca hastanelerdeki bakım kalitesi hakkındaki bilginin yayınlanması ve hastaların erişimine imkân tanınması hedeflerini de açıklamıştır.

Yine Birleşik Devletler'in bazı bölgelerinde bazı zamanlarda bu tür bilgilere ulaşılabilmektedir. Hiç kuşkusuz ki bu bilgilerle ulaşım, hastaların kurumları, bölümleri ve hekimleri seçiminde etkili olacaktır. Ayrıca hastalar bu tür bilgileri kullanarak, riskleri azaltmada rol oynayabilecektir. Sonuçların kalitesi ve uygulanan prosedürlerin sayısı arasın-

daki ilişkinin delilleri, Birleşik Devletler'in sağlık hizmetleri kalite ve araştırmalar kuruluşu Federal Government's Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), hastalara, belirli hastanelerde tedavinin yapılmasını kabul etmeden önce, kendilerine uygulanan prosedürlerin nasıl uygulandığını kontrol etmeleri önerisini getirmiştir.

Efektif tedavi ve hastalık yönetimi

Kalite standartları ile ilgili ne beklediğini bilen hastalar, klinik işlerin performansının uygunluğunu kontrol edebilir. USA'da hizmet veren Foundation For Accountability (FACCT), "hastalar hastalığının gidişatı hakkında olması gerekenleri bilmeli" diye kanıta dayalı bakım konusunda hasta bilgisini teşvik eder.

Eğer hastalar, klinik rehberlere (bu rehberlerin hastalar için hazırlanmış versiyonlarına) erişebilelerdi, tıbbi bakımlarında önerilen standartlara uyumlu olmaları sağlanabilirdi.

Reçetelendirme hataları da oldukça yaygındır. Bunlar, zorunlu bilgi iletimindeki başarısızlık nedeniyle beklenmedik ya da olumsuz reaksiyonlara ya da kontrendikasyona neden olan, hasta için uygunsuz dozların ve ilaçların verilmesi, tıbbi kayıtların kayıtlarında ya da yazdırılmasındaki hataları kapsar. Bu hataların çoğu, eğer hastalar ile iletişim geliştirilebilseydi ve onların tıbbi tedavilerindeki fark ettikleri açıklanmamış değişimleri paylaşımıyla azaltılabilirdi. Kullandıkları ya da kullanacakları ilaçların amacı, muhtemel etkileri ve yan etkileri hakkında tam bilgi sahibi olan hastalar, ilaçları tavsiye edildikleri şekilde almaya özen göstererek daha iyi sağlık çıktıklarına ulaşabilirler.

Olumsuz olayların takibi

Hastalar, gerekli önlemin gecikmeden zamanında alınması için postoperatif komplikasyonları raporlamaya teşvik edilmelidir. Ne yazık ki, hastaların hastaneden taburcu edildikten sonra dikkat etmesi gerekenler konusundaki bilgi eksikliği, çok yaygın şikâyet konusudur. Hastaneden taburcu olan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, yapılan anketi cevaplayanların yüzde 31'i, onlara yapılan cerrahi işlemin sonuçları için anlaşılabilir bir açıklama yapılmadığını ifade etmişler, yüzde 60'ı da hastaneden taburcu edildikten sonra dikkat etmesi gereken tehlikeli durumlar hakkında yeterli bilgi almadıklarını, yüzde 61'de normal aktivitelere başlama zamanının kendilerine bildirilmediğini söylemişlerdir.

Kalite geliştirme stratejilerinin önemli bir parçası, hasta perspektifi olabilir.



Hasta perspektifinden kalite; uyumlu, empati ve iyi iletişim, tam ve net bilgi temini, doğru tedavi, semptomların hafifletilmesi, sağlık durumunun iyileştirilmesi ve tüm bunların ötesinde tıbbi yan etkilerinden uzak ve güvenli bakım erişimi kapsar. Uygun ve efektif sağlık hizmetlerinin sağlanmasında, hastaların kendi güvenliklerini temin etme ve hataların önlenmesinde, aktif bir rol oynaması, önemli ölçüde hasta güvenliğini destekler mahiyettedir. Bununla birlikte hastalar, güvenlik konularındaki başarısızlıkların ve hataların kurbanı olarak görülürler. Halbuki, hastaların tedavilerinin pasif bir alıcı olarak sunulması yerine, kendi bakımlarının kararlaştırılmasında aktif bir rol oynayan ortak ya da partner gibi görüş bildirmesi hasta güvenliğine önemli katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

Burkitt-Wright E, Holcombe C, Salmon P. Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study. *BMJ* 2004;328:864.

Coulter A. Quality of hospital care: measuring patients' experiences. *Proc R Coll Phys Edinb* 2001;31(suppl 9):34-6.

Dean B, Barber N, Schachter M. What is a prescribing error? *Qual Health Care* 2000;9:232-7.

Department of Health. NHS performance indicators: a consultation. London: Department of Health, 2001.

Entwistle VA, Watt IS. Patient involvement in treatment decision making: the case for a broader conceptual framework. *Patient Educ Couns* 2006;63:268-78.

Entwistle VA, Mello MM, Brennan TA. Advising patients about patient safety: current initiatives risk shifting responsibility. *Jt Com J Qual Patient Saf* 2005;31:483-94.

Entwistle VA, Quick O. Trust in the context of patient safety problems. *J Health Organ Manag* 2006;20:397-416.

<http://www.facct.org>

Louis Harris and Associates. Public opinion of patient safety issues. *National Patient Safety Foundation*, 1997.

Lowe CJ, Raynor DK, Purvis J, et al. Effects of a medicine review and education programme for older people in general practice. *Br J Pharmacol* 2000;50:172-5.

Lyons M. Should patients have a role in patient safety? A safety engineering view. *Qual Saf HealthCare* 2007;16:140-42.

Marshall M, Davies H. Public release of information on quality of care: how are health services and the public expected to respond? *J Health Serv Res Policy* 2001;6:158-62.

National Patient Safety Agency in England. Available at [http://www.npsa.nhs.uk/display?](http://www.npsa.nhs.uk/display?contentId=3541)

contentId = 3541 (accessed 18 February 2007).

NHS Executive. National surveys of NHS patients: General practice 1998. London: Department of Health, 1999.

Schneider EC, Lieberman T. Publicly disclosed information about the quality of health care: response of the US public. *Qual Health Care* 2001;10:96-103.

Secretary of State for Health. Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995. London: Department of Health, 2001 (Cm 5207(III)).

US Department of Veterans Affairs National Center for Patient Safety. Available at <http://www.va.gov/ncps/safetytopics/correctsurg/corrurgpt.pdf> (accessed 20 February 2007).

Wagner EH, Barrett P, Barry MJ, et al. The effect of a shared decision making program on rates of surgery for benign prostatic hyperplasia: pilot results. *Med Care* 1995;33:765-70.

Vincent C, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Qual Saf Health Care* 2000;11:76-80.

Volk RJ, Cass AR, Spann SJ. A randomized controlled trial of shared decision making for prostate cancer screening. *Arch Fam Med* 1999;8:333-40.

Hekimbaşı Abdülaziz Efendi (1736-1783)

Dr. Murat Sâlim Tokaç



Günümüzün önde gelen ney ve tanbur icracılarından biri olarak kabul edilen Dr. Murat S. Tokaç, 1969 yılında Kırıkkale'de doğdu. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1992'de mezun oldu ve aynı fakültede Mikrobiyoloji doktorası yaptı. Kendisi de neyzen olan babası Dr. Turgut Tokaç tarafından 5 yaşında ud ve ney eğitimine başlatıldı. 1991 yılında kurulan Kültür Bakanlığı Samsun Devlet Klâsik Türk Müziği Korosu'na ney ve tanbur sanatçısı olarak atandı, 2004 yılında aynı koronun şefliğine getirildi. 2007 yılında İstanbul'da kurulmuş olan Devlet Türk Müziği Araştırma ve Uygulama Topluluğu'na Sanat Yönetmeni olarak atandı. Yurt içinde ve yurt dışında topluluğu ile ve solo olarak çok sayıda konserler verdi. İcracı olarak katıldığı pek çok albümün yanısıra "Gençlik Hülyâları" ve "Dem" isimli iki solo albümü bulunmaktadır. Evli ve iki çocuk babasıdır.

Hekimbaşı Abdülaziz Efendi 1736'da İstanbul'da doğdu. Mahlası "Aziz" olduğu için Aziz Efendi olarak da bilinir. Büyükbabası Lâle Devri'nde beylikçi olan Halil Fehmi Efendi, babası ise meşhur vak'a-nüvis (tarihçi) Mehmed Suphi Efendi'dir (Ö: 1769). Mükemmel

bir tıp, edebiyat ve müzik tahsili gördü. Arapça, Farsça, Latince ve Fransızca öğrendi. 1757 yılında müderris oldu. Genç yaşında büyük bir istidat olarak tanındı. Üzü kısa zamanda saraya ulaştığından 29 yaşında III. Mustafa'ya hekimbaşı oldu. 1765'den 1776'ya kadar on bir yıl bu görevde kaldı. I. Abdülhamid devrinde azledildi. 1782'de Üsküdar kadılığına tayin edildi. Doğru

bildiğinden şaşmayan, kimseden sözü-nü esirgemeyen dürüst bir kimse olduğundan bazılarının çıkarına dokundu. Saraya etki yapılarak İstanköy adasına sürgün ettirildi. 1783 yılında 47 yaşında iken bu adada vefat ederek adanın mezarlığına defnedildi. Osmanlı Müellifleri adlı eserde "**zebenderâzlık**"tan sürgüne gönderildiği belirtiliyor. Devrinin en müktedir hekimi idi.



İyi bir mûsikîşinas olan hekimbaşı Abdülaziz Efendi'nin mûsikî sanatını kimden öğrendiğini bilmiyoruz. Mecmû'atü'l-Letâif fî Sandûkati'l Ma'ârif (Mecmû'a) adıyla mûsikî eserlerinden güfte seçmelerini ihtivâ eden kitabı yazmak sûretiyle mûsikî târihimize büyük hizmetlerde bulunmuştur. Kitap İstanbul Üniversitesi Kütüphânesi'ndedir.



Abdülaziz Efendi ilk defa batı dillerinden bir anatomi kitabını Türkçeye çeviren değerli hekimlerimizdendir. XVI-II. yüzyılın ünlü hekimlerinden Hollanda'lı Haerman Boerhaeve'in (1668-1738) bir tıbbî eserini "*Kita'at-ı Nakave fi Tercemet-i Kelimati'l-Vârid Boerhaeve*" (Boerhaeve'den seçilmiş tercüme) adıyla Türkçeye kazandırmıştır. Bu eserle ilk defa olarak Avrupa'da kullanılan Latince Tıp terimleri Türkçeye aktarılmıştır.

Süleymaniye Kütüphânesi'nde Es'ad Efendi yazmaları arasında bulunan nüsha, mütercimim elyazısını ihtiva eder ve 1771'de tamamlanmıştır. Bu eseriyle Abdülaziz Efendi, çok değerli Batı Tıp bilgilerini Türk Tıp literatürüne kazandırmıştır. Bundan başka Ali-Şâh Harzemî'nin El-Eşcâr ve'l-Esmâr'ını (yemişlerin ağaçları), Farsça'dan tercüme edip III. Mustafa'ya sunmuştur. Fransızca'dan bir *İtalyan Târîhi* tercüme etmiş, ahlâktan bir eser yazmış, yine astrolojiden Muhammed Şerîfu'l-Bekrî'nin Burhânu'l-Kifâye'sini (yeterlilik delilleri) Farsça'dan çevirmiştir. Arapça, Farsça, Türkçe şiirler yazmıştır. Dîvân'ının tek nüshası İstanbul Üniversitesi Kütüphanesi'ndedir (İçindekiler: 10 kasîde, 50 gazel, 31 tarih, 3 kit'a, 1 tercî, 1 tahmis, 1 mesnevî).

*Yek câm-ı vâjgûn çerh-i desise-kâr
Mest ü harâb-ı gaflet eder ehl-i rif'atı
Ettin idbâr gerçi hekimâne intisâb
Lâkin bir özge derde düşürdün tabâbeti*

Tarih düşürmekte mahareti olduğu görülmektedir. Sultan III. Osman'ın tahtı çıkışı ile ilgili beyti:

Aziz, gâyet-i âdâb ile dedim târih

Mübârek eyleye Mevlâ culûs-i Osman'ı
(Hicrî: 1168, Milâdî: 1754)

İyi bir mûsikîşinas olan hekimbaşı Abdülaziz Efendi'nin mûsikî sanatını kimden öğrendiğini bilmiyoruz. *Mecmû'atü'l-Letâif fî Sandûkati'l Ma'ârif (Mecmû'a)* adıyla mûsikî eserlerinden güfte seçmelerini ihtivâ eden kitabı yazmak sûretiyle mûsikî târihimize büyük hizmetlerde bulunmuştur. Kitap İstanbul Üniversitesi Kütüphânesi'ndedir. Bu eser özellikle Mehter Mûsikîsi için çok değerli bir kaynaktır. Yaşadığı zamana kadar Mehter Mûsikîsinde kullanılan usûller hakkında bilgi vermiştir.

Bestekâr olarak az bestelediği anlaşılıyor. Bestelerinde Tab'i Mustafa Efendi'nin tesirinde kalmıştır. Son derece işlenmiş, parlak üslûbu vardır. Zamanımıza çok az eserinin notası kalmıştır:

1) Bayâti Beste - Hafif usûlünde
*Ey gamze söyle zahm-ı dilimden,
zebânım ol* – Güfte: Nedîm

2) Bayâti Ağır Semâî – Senginsemâî usûlünde
Ârâm edemem yâre nigâh eylemedikçe
– Güfte: Hekimbaşı Abdülaziz Efendi

3) Bayâti Yürük Semâî – Yürüksemâî usûlünde
Söyle güzel, ruh-i musavver misin
– Güfte: Hekimbaşı Abdülaziz Efendi

4) Şehnâz-Büselik Ağır Semâî
– Aksaksemâî usûlünde

Be-şest tîg-ı tegafül-i men cefâ-cûrâ

5) Şehnâz-Büselik Yürük Semâî
– Yürüksemâî usûlünde

Bir dilberi sevdim ki güzeller güzeli

6) Hüzam Beste – Çenber usûlünde
*Âşika tân eylemek olmaz, müptelâdır
neylesin* – Güfte: Nefî

Kısa sayılabilecek bir ömre hekimlik de dahil olmak üzere san'atın pek çok dalında kalıcı eserler sığdırabilmiş Hekimbaşı Abdülaziz Efendi, Ziyâ Paşa'nın şu beytini akla getiriyor:

*Âyinesi iştir kişinin lâfa bakılmaz
Şahsın görünür rütbe-i aklı eserinde...*

