

SD

EYLÜL
EKİM
KASIM
2013
12 TL
(KDV DAHİL)

SONBAHAR

28

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



PROF. DR. CEVDET ERDÖL SAĞLIKTA 10 YIL: YAŞADIKLARIM VE GÖRDÜKLERİM | DOÇ. DR. KEMAL MEMİŞOĞLU 663 KHK VE YENİ DOĞMUŞ BEBEK KOŞAR MI?
DOÇ. DR. BÜLENT KILIÇ SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ EVRESEL KAPSAYICILIK VE EŞİTLİK İDDİALARI ÜZERİNE BİR ELEŞTİRİ | DR. SEBAHATTİN IŞIK SAĞLIKTA PLANLAMA,
LİSANSLAMA VE PİYASALAŞMA PARADOKSU | DR. ŞUAYİP BİRİNCİ SAĞLIKTA YENİ BİR DÖNEM: KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ | ŞEMSEDDİN DÖĞÜCÜ YENİ DÖNEMDE HASTANE
YÖNETİCİLİĞİ | DR. HÜLYA BEYZADEOĞLU - İKRAM CENGİZ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ RİSKLERİ VE SAĞLIK TAKİPLERİ | PROF. DR. NECDET ÜNÜVAR-DR. ASLIHAN ARDIÇ ÇOBANER
TBMM SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ARTAN ŞİDDETİ ARAŞTIRMA KOMİSYONU'NUN ÇALIŞMALARI | BAYRAM DEMİR SANAL GERÇEKLIK VE GERÇEK DARBELER YA DA FACEBOOK
DEMOKRASİDEN NE ANLAR? | ÖZCAN BULDUK EMNİYET GÖZÜYLE BAĞIMLILIK | PROF. DR. M. İHSAN KARAMAN BAĞIMLILIK | PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ BAĞIMLILIKTA TEMEL
KAVRAMLAR VE NÖROBİYOLOJİ | YRD. DOÇ. DR. MURAT D. ÇEKİN HEKİM GREVLERİNİN HASTANE ÖLÜMLERİNE ETKİSİ | PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ TÜRKİYE'DEKİ MÜLTECİLER,
SALGIN HASTALIKLAR VE KORUNMA | DR. İLYAS BOZKURT ACIL SAĞLIK HİZMETLERİNDE KRİZ YÖNETİMİ: GEZİ PARKI DENEYİMİ | PROF. DR. MEDAİM YANIK GEZİ OLAYLARININ
PSİKOSOSYAL TAHLİLİ | PROF. DR. S. OĞUZ KAYAALP: ÜN İÇİN DE. UN İÇİN DE AKADEMİK HAYATA GİRİLMEMELİ | DR. HÜSEYİN DEMİREL-KADER MURGUL-İBRAHİM KAYGILI SAĞLIKTA
KALİTE DEĞERLENDİRMELERİ | YRD. DOÇ. DR. MAHMUT TOKAÇ GELENEKSEL TIBBA AKADEMİK YAKLAŞIM: GETTAM | PROF. DR. H. KADIRCAN KESKİNBORA TIBBİYEDEN HİYERARŞİK
YAPI | PROF. DR. FAİK ÇELİK TIP EĞİTİMİNDE EKSİKLİĞİN ADI: TIPTA İNSAN BİLİMLERİ | PROF. DR. TANGÜL MÜDOK NÖRONAL PAZARLAMA: NÖROMARKETİNG
YRD. DOÇ. DR. SİBEL DOĞAN İNANCIN HEMŞİRELİĞE YANSIMASI: SİRİTÜEL BAKIM | PROF. DR. SAİT EĞRİLMEZ-PROF. DR. GÖKHAN ERPEK-PROF. DR. KÜRŞAT YILDIZ TÜRKÜLERİ
STETOSKOPLA DİNLEYEN TIP EĞİTİMİ | DR. HİKMET ULUĞ 'BİZDE HEKİMLER MEBUSLUĞA MERAKLIDIR' | DR. ORHAN DOĞAN KARİKATÜR

SD

EYLÜL-EKİM-KASIM 2013
SONBAHAR, SAYI 28
ISSN: 1307-2358

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

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlan

YAYIN KURULU
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Doç. Dr. Lütfü Hanoğlu
İlker Köse
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Dr. Bülent Özaltay
Doç. Dr. Hanefi Özbek
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Doç. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Recep Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Prof. Dr. Muzaffer Şeker
Prof. Dr. Akif Tan
Doç. Dr. Mustafa Taşdemir
Yrd. Doç. Dr. Mahmut Tokaç
* Soy isimlere göre alfabetik sırayla

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Murat Çakır

YAPIM
Medicom

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy - İstanbul
Tel: 0216 681 53 66

BASKI
Ege Basım Ltd. Şti.
Esatpaşa Mah. Ziyapaşa Cad. No: 4
Ege Plaza Ataşehir / İstanbul
Tel: 0216 472 84 01

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın

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

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Beyaz önlüklüler

Sağlık hizmeti, odağında insan olan temel hizmet alanlarından biridir. Nefrete karşı sevginin, umutsuzluğa karşı umudun, ölüme karşı yaşam sevincinin, hayata tutunmanın, acının dahası insani tüm duyguların hissedildiği bir meslektir sağlıkçı olmak. Din, dil, ırk, vs. gözetmeksizin insanların yaşam güvencesi olmaya çalışan hekimler, Hammurabi'den günümüze dek eli kesilip gözü oyulmuş, bilime inandığı için Engizisyon Mahkemelerinde yargılanıp yakılmış, kralı tedavi edemediği gerekçesiyle giyotine başı konularak cezalandırılmıştır.

Günümüzde böyle riskler olmasa da, hepatit ve AIDS gibi bulaşıcı hastalıklara maruz kalma ve şiddete uğrama gibi form değiştirmiş risklerle karşı karşıyalar. Bunun önemli bir sorun olduğunu fark eden Türkiye Büyük Millet Meclisi, sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla bir Meclis Araştırma Komisyonu kurmuş ve bu Komisyonun raporu doğrultusunda tedbir geliştirecek yasal çalışmalar başlatılmıştır.

Son olarak Gezi olayları adıyla sosyolojik tarihimizde yer bulan karmaşa kendisini sağlık alanında da göstermiştir. Olayların hemen bir kilometre uzağında, kuruluşunda adı "İlk Yardım" olan hastane başta olmak üzere birçok sağlık kuruluşu bulunmasına ve olay mahallinin yanı başında onlarca ambulans görev beklemesine rağmen bodrumlara, otoparklara, camilere sahra hastanelerinin kurulması garabeti yaşanmıştır. Yansıyan haberlerde beyaz önlüklülerin eylemci mi olduğu, yoksa eylemcilerin beyaz önlük mü giydiği dahi anlaşılabilir hal almıştır. Neticede ortaya çıkan sonuç, acil

sağlık hizmetine ihtiyaç duyanların bu hizmeti layıkıyla aldığı değil, aksine normlara uygun kaliteli, kabul edilebilir acil sağlık hizmetine erişiminin engellendiğini göstermektedir. Bu arada beyaz önlüklü eylemciler ve eylemci beyaz önlüklülerin yanında görev başında olup sağlık hizmeti sunma çabası içinde olan kamu görevlisi birçok hekim ve sağlık çalışanları da şiddete maruz kalmıştır. Sağlık çalışanlarının darp edilmesi, ambulansların tahrip edilerek kullanılmaz hale getirilmesi kabul edilebilir ve "gezi ruhu" ile asla açıklanabilir bir durum değildir.

Sağlıkçı olarak öncelikli hedefimiz, içinde bulunduğumuz topluma ve insanlığa yeterli bir sağlık hizmeti vermektir. Dünya görüşlerimizin ve siyasi duruşumuzun farklı olması çok doğaldır ve demokrasi açısından da bunlar birer zenginliktir. Ancak bu olaylar siyasi bir boyutta değerlendirilirken hekimlik mesleği dünyada olduğu gibi bizde de günlük siyasi tartışmaların dışında bırakılmalıdır. Hekimler siyasi olaylarda taraf olabilir ancak hekimlik taraf değildir ve olmamalıdır! Hekimler ve sağlık çalışanları meslek etiğinin dışına çıkanları kendi bünyelerinde arındırmalı ve mesleki dayanışma içinde olmalıdır. Maalesef bunu başardığımız çok söylenemez.

İrlandalı yazar George Bernard Shaw'a sorarlar:

- Tedaviniz nasıl gidiyor Üstad?
- Doktorum olacak o şarlatan herifi bıraktım. Beş para

etmez birini. Dini imanı para. Üstelik yazdığı reçete de saçma sapan!

- Ama üstat tanınmış ve saygın bir hekim hakkında böyle konuşulur mu?

- Bunlar benim sözlerim değil ki. Yeni hekimimin onun hakkında söyledikleri...

Hekimler ciddi mesleki sorunlarıyla baş başa hizmet vermeye çalışırken yukarıdaki diyaloglar gibi onlarcasını duyuyor ve yaşıyoruz. Buna görevin ağır yükü ve riski de eklendiğinde her şeye tepki duyan bir meslek grubu olmaya doğru ilerliyoruz. Galiba birileri de bizim bu tepkilerimizin yönetilebilir olduğunun farkında.

Bu sayımız bir yandan son 10 yılın sağlık serüvenine kapıyı aralarken, son dönemdeki sosyal olaylara sağlık penceresinden mercek tutmaktadır. Diğer taraftan bu serüvene muhalif bakışı da sizlere sunmaktadır. Piyasalaşma, şiddet, bağımlılık her zaman güncelliğini koruyan konular olarak varlığını sürdürüyor.

Sağlık sistemimiz hep halkın sağlıkta farkındalığını artırmaya odaklandı; bunu başardı da. Hatta bu farkındalığın, iyi yönetilemeyen bir enerjiye dönüştüğünü söyleyebiliriz.

Sağlık çalışanlarının da farkındalık açısından ihtiyacı olduğunu hatırlamak ve bu sorumluluğu üstlenmek umuduyla...



İçindekiler

6

SAĞLIKTA 10 YIL: YAŞADIKLARIM VE GÖRDÜKLERİM
PROF. DR. CEVDET ERDÖL

8

663 KHK VE YENİ DOĞMUŞ BEBEK KOŞAR MI?
DOÇ. DR. KEMAL MEMİŞOĞLU

10

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ EVRENSEL
KAPSAYICILIK VE EŞİTLİK İDDİALARI ÜZERİNE
BİR ELEŞTİRİ
DOÇ. DR. BÜLENT KILIÇ



16

SAĞLIKTA PLANLAMA, LİSANSLAMA
VE PİYASALAŞMA PARADOKSU
DR. SEBAHATTİN IŞIK

18

SAĞLIKTA YENİ BİR DÖNEM:
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
DR. ŞUAYİP BİRİNCİ



24

YENİ DÖNEMDE HASTANE YÖNETİCİLİĞİ
ŞEMSEDDİN DÖĞÜCÜ

28

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ RİSKLERİ
VE SAĞLIK TAKİPLERİ
DR. HÜLYA BEYZADEOĞLU - İKRAM CENGİZ

34

TBMM SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK
ARTAN ŞİDDETİ ARAŞTIRMA KOMİSYONU'NUN
ÇALIŞMALARI
PROF. DR. NECDET ÜNÜVAR
DR. ASLIHAN ARDIÇ ÇOBANER

40

SANAL GERÇEKLİK VE GERÇEK DARBELER YA DA
FACEBOOK DEMOKRASİDEN NE ANLAR?
BAYRAM DEMİR



44

EMNİYET GÖZÜYLE BAĞIMLILIK
ÖZCAN BULDUK

48

BAĞIMLILIK
PROF. DR. M. İHSAN KARAMAN

56

BAĞIMLILIKTA TEMEL KAVRAMLAR
VE NÖROBİYOLOJİ
PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ

60

HEKİM GREVLERİNİN HASTANE ÖLÜMLERİNE ETKİSİ
YRD. DOÇ. DR. MURAT D. ÇEKİN

64

TÜRKİYE'DEKİ MÜLTECİLER, SALGIN
HASTALIKLAR VE KORUNMA
PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ

68

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE KRİZ YÖNETİMİ:
GEZİ PARKI DENEYİMİ
DR. İLYAS BOZKURT

70

GEZİ OLAYLARININ PSİKOSOSYAL TAHLİLİ
PROF. DR. MEDAİM YANIK

74

PROF. DR. S. OĞUZ KAYAALP: ÜN İÇİN DE, UN İÇİN
DE AKADEMİK HAYATA GİRİLMEMELİ



78

SAĞLIKTA KALİTE DEĞERLENDİRMELERİ
DR. HÜSEYİN DEMİREL-KADER MURGUL
İBRAHİM KAYGILI

82

GELENEKSEL TIBBA AKADEMİK YAKLAŞIM: GETTAM
YRD. DOÇ. DR. MAHMUT TOKAÇ



86

TIBBİYEDE HİYERARŞİK YAPI
PROF. DR. H. KADIRCAN KESKİNBORA

90

TIP EĞİTİMİNDE EKSİKLİĞİN ADI:
TIPTA İNSAN BİLİMLERİ
PROF. DR. FAİK ÇELİK

92

NÖRONAL PAZARLAMA: NÖROMARKETİNG
PROF. DR. TANGÜL MÜDOK

96

İNANCIN HEMŞİRELİĞE YANSIMASI:
SİRİTÜEL BAKIM
YRD. DOÇ. DR. SİBEL DOĞAN

98

TÜRKÜLERİ STETOSKOPLA DİNLEYEN TIP EĞİTİMİ
PROF. DR. SAİT EĞRİLMEZ-PROF. DR. GÖKHAN ERPEK
PROF. DR. KÜRŞAT YILDIZ



102

"BİZDE HEKİMLER MEBUSLUĞA MERAKLIDIR"
DR. HİKMET ULUĞ

104

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

Sağlıkta 10 yıl: Yaşadıklarım ve gördüklerim

Prof. Dr. Cevdet Erdöl



1958'de Trabzon, Sürmene'de doğdu. İstanbul Üniversitesi Edirne Tıp Fakültesi'nden askeri doktor olarak mezun oldu. Ankara GATA'da iç hastalıkları ve kardiyoloji ihtisası yaptı. ABD'de Washington DC'de eğitim gördü. Ağrı ve Ankara Mevki Askeri Hastanelerinde çalıştı. GATA'da yardımcı doçent olarak görev yaptı. Bursa Yüksek İhtisas Hastanesi'ne atandı. KTÜ Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyeliği ve Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı yaptı. 2002'de profesör oldu. 22 ve 23. Dönemde Trabzon Milletvekili seçildi. 22 ve 23. Dönemde TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanlığı görevinde bulundu. 24. Dönemde aynı Komisyonun Başkanlığına yeniden seçildi. 23. Dönemde TBMM Çocuk Hakları İzleme Komitesinin kurulmasına öncülük etti ve başkanlığını üstlendi. Dr. Erdöl evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Ağustos 2001'de Adalet ve Kalkınma Partisi kurulduğunda, pek çok kişi gibi ben de büyük bir heyecan duymakta ve ülkemiz için yeni bir dönemin başladığını hissetmekteydim. Ama o zamanlarda ben bu kadar değişimin başarılabilirliğini, hele sağlık alanında adeta baş döndüren ve hayalleri zorlayan reformların kısa zamanda gerçeğe dönüşebileceğini tahmin etmemiştim doğrusu. Öyle ya, doktorların hasta muayene ettikleri odalarında muayene esnasında bile sigara içilen bir ülkeden kahvehanelerde bile sigara içilmeyen bir ülkeye gelinebileceğini kim bilebilirdi ki! Sosyal Sigortalar Kurumu'na ait olanlar başta olmak üzere hastanelerdeki kuyrukların biteceği, herkesin istediği hastanede nüfus cüzdanıyla veya sadece TC kimlik numarasını söyleyerek muayene olabileceği ve istediği eczaneden ilaç alabileceği hatta hastaneye gidemeyen vatandaşlarımızın evine kadar doktor ve diş hekiminin gidip onları evlerinde muayene edeceği bir ülke... Bunun gibi pek çok reform gerçekten de "hayaldi gerçek oldu".

Bu büyük reformların yaşandığı dönemde belki de en büyük değişim sağlık ve çalışma alanları ile sosyal yaşamda gerçekleşti. Halkımızın memnuniyet oranının en çok arttığı sağlık sektöründe, devletimizi sadece Anayasada yazılı halde değil uygulamada da sosyal devlete dönüştüren sosyal alandaki değişimler yapılırken ben de bu reform görüşmelerinin yapıldığı Komisyonunda görev yaptım. Yaklaşık 10 yıl çalıştığım Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu'nun 8 yıl gibi oldukça uzun süre Başkanlığını

yaptım. Komisyon Başkanı sıfatıyla, bu dönüşüme hem şahit oldum hem de elimden geldiğince katkı sunmaya çalıştım. İşte burada Komisyonunda görev alan diğer arkadaşlarımla beraber benim de katkı sunduğum bazı kanunları sizlere hatırlatmaya çalışacağım:

Sağlıkta, iktidarımızdan önce büyük bir karmaşa vardı. En başta sağlık ocağı sistemi eksik işliyordu. Bu nedenle çıkardığımız **aile hekimliği sistemi** çağdaş sağlık hizmetlerinin sunumunda 1. basamak sağlık hizmetlerini etkin hale getiren, koruyucu sağlık hizmetlerini öne çıkaran, maliyeti azaltan, insanların hekime erişimini teşvik eden ve kolaylaştıran bir sistemdi. Böylece her ailenin bir hekimi oldu. Sistem halen mükemmel bir şekilde işlemektedir.

Sağlık alanındaki reformlardan belki de en büyüğünü, 2005 yılında çıkardığımız 5283 sayılı Kanunla gerçekleştirdik. Komisyonumuza gelen "**Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun**", gerek komisyonumuzda gerekse kamuoyunda aylarca tartışıldı. Kanun, adından anlaşılacağı üzere farklı kurumların sağlık tesislerini tek elden yönetmeyi, vatandaşlarımızın sağlık hizmeti alımında farklı uygulamaları sona erdirmeyi, farklı kurumlardaki sağlık personelinin farklı özlük haklarını tek çeşide dönüştürmeyi, sağlık tesislerini verimli kullanmayı vs. amaçlıyordu. Zira bu ülkenin eşit haklara sahip vatandaşları, bu kanundan önce aynı hastanelere gidemiyor hatta aynı eczaneden ilaç bile alamıyordu. Pek çok kurumun; demiryollarının, PTT'nin dahi hastaneleri bulunmakta idi. SSK hastanelerindeki

kuyruklar, hastane eczanelerindeki çileler ve çok çeşitli hasta mağduriyetleri TV'lerde ve birçok mecrada parodilerin ve skeçlerin vazgeçilmez konusu olmuştu. Bütün bunları düzeltmek için getirilen yasaya muhalefetin cevabı hazır. Onlar "hastaneleri satacağımızı, özelleştireceğimizi, herkesin yüklü paralarla muayene olabileceğini" iddia etmekteydiler. Yıllarca "parasız sağlık, eşit sağlık" diye slogan atanlar bizim bu kanunla getirdiğimiz parasız ve eşit sağlık imkânına gösterdikleri tepkiyle amaçlarının bağcıyı dövmek olduğunu bir kez daha göstermiş oldular! Muhalefet bu önemli yasayı iptal ettirmek amacıyla Anayasa Mahkemesine taşıdıysa da Yüksek Mahkeme bu talebi reddetti. Hamdolsun ki, bu hayırlı iş başarıyla tamamlandı.

Hastaneler tek çatı altına toplandıktan sonra, bir başka parçalanmış yapı olan **sosyal güvenlik ve emeklilik sistemini** de birleştirmek gerekiyordu. Bunun için 2005 yılında hazırlanan tasarı ancak 2006 yılının Haziran ayında kanunlaştı. Sosyal Güvenlik Kurumu kurularak tüm sigorta kurumları tek çatı altında toplandı. Bunun yanı sıra Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçildi. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile 18 yaşın altındaki herkesin sağlık güvencesi olmuş oldu. Böylece çocuklara yönelik çok çağdaş bir uygulama başlamış oldu.

Fakat bu reformlara rağmen çözülemeyen bir sorun vardı. Pek çok yere doktor gitmiyor, başkentimizin çevre ilçelerinde dahi ciddi hekim ihtiyacı doğuyordu. Bu sorunu, çıkardığımız "**mecburi hizmet kanunu**" olarak bilinen ve teklifini

benim verdiğim kanunla çözdük. Artık her hekim, bölgelerin sosyoekonomik durumlarına göre belirlenen sürelerde o bölgelerde çalışmaya başladı ve hekimlerin bölgelere göre dağılımı daha adaletli bir hal aldı.

Katkı sağlamaya çalıştığım başka bir önemli kanun ise “**engelliler kanunu**” olarak bilinen kanundur. Pek çok değişimi içinde barındıran bu kanunla yapılan en önemli değişiklik, engelli bireylere bir miktar maddi destek sağlanması idi. Zira bu kanundan önce çocuğu engelli diye bazı aileler onları nüfusa bile kaydettiler, adeta onlardan utanıyordu. Durum böyle olunca engellilerle ilgili doğru düzgün bir istatistik bile yapılamıyordu. Onlara verilmeye başlanan maaştan sonra aileler adeta çocuklarını gün yüzüne çıkardılar.

Teklifini verdiğim ve bilahare yasalaşması için önemli gayret sarf ettiğim bir diğer konu kamuoyunda “**SAN-TEZ Kanunu**” olarak bilinen düzenlemedir. Sanayicilerimizin Ar-Ge’ye dayalı ihtiyaçların karşılanması ve toplumsal düzeyde Ar-Ge talebi oluşturmak için ihtiyaçlara bağlı araştırma programları oluşturulması ve sanayicinin Ar-Ge ve teknolojiye dayalı ihtiyaçlarını üniversitelerle işbirliği içerisinde çözüme ulaştırılması da önemli bir gerekliliktir. İşte bu nedenlerle 2007’de kanunlaşan ve üniversite ile sanayici birlikteliğini sağlayan kanun sayesinde halen binden fazla üst düzey araştırma yürütülmektedir. Bu kanun, uluslararası metinlerde başarılı ve önemli uygulamalardan biri olarak gösterilmiştir.

2008 yılında kurulmasına katkı sunduğum ve uzun süre başkanlığını yürüttüğüm **TBMM Çocuk Hakları İzleme Komitesi**nin yapısı ve faaliyetleri, dünyada tek olması bakımından UNICEF tarafından dünya parlamentolarına örnek gösterilmiş olması da beni son derece gururlandırmaktadır. Bu komisyon çocuklarla ilgili önemli çalışmalar yapmış, çocuk haklarına dair metnin Anayasamıza eklenmesine katkı verilmiştir.

2007’den önce özellikle yapıştırıcı kırtasiye malzemelerini çocuklar rahatça satın alabilmekte ve onlarda maalesef farklı bağımlılıklara yol açabilmekte idi. Ömrünü zararlı maddelerle mücadelede vakfetmiş biri olarak Çocukların Uçucu Maddelerin Zararlarından Korunmasına Dair Kanun teklifini 2007 yılında verdim ve bu teklif 2009 yılında yasalaştı. Bu kanun teklifi ile çocuklarımızın ve gençlerimizin ruh ve beden sağlıklarını korumak amacıyla bağımlılık yapıcı maddelerden uzak tutulmasını ve bu maddelere çocukların erişiminin güçleştirilmesini amaçlamaktaydım. Böylece kırtasiye malzemesi, boya incelticisi gibi maddeler ile yapıştırıcı olarak kullanılan ve uçucu

madde ihtiva eden ürünlerin çocuklara satılması yasaklandı. Bu kanundan sonra kamuoyunda tinerici olarak bilinen kişilerin ve onların karıştığı suçların sayısı belirgin bir şekilde azalmıştır. Bu tespit, yapılan yasayla amaçlanan sonuca ulaşıldığını göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, trafikte can güvenliği konusunda ülkemizi pilot ülke seçmiş ve Afyon ilinde toplantılar yapmıştır. Buradaki toplantılarda karayollarında uyuşturucu kullanan sürücülere yönelik olarak evrensel anlamda kabul görmüş kolay, pratik ve ucuz testlerin standart hale getirilerek gerekli denetimlerin yapılabilmesi için Dünya Sağlık Örgütü (WHO) nezdinde ciddi girişimlerde bulunduk. Bu değişikliği kamuoyunda **alkol düzenlemesi** olarak bilinen ve 2013 yılında yasalaştırılan düzenleme ile başardık.

Türk Kardiyoloji Derneği’nin katkılarıyla ülkemiz kalp sağlığı bakımından son derece önemli olan “**Ulusal Kalp Sağlığı Politikası**” çalışmasını tamamladık. Ayrıca genç sporcu ölümlerini engellemek için, Türk Kardiyoloji Derneği ile birlikte bir standart anket ve test formu hazırlayıp ilgili bakanlıklara ilettik. Bu çalışmanın faydasını toplum olarak önümüzdeki yıllarda göreceğimiz açıktır.

Ve gelelim **tütünle mücadele**ye: Uluslararası tütün tekelleri ile büyük mücadelemize. 2000’den önce doğan herkes hatırlar; öğretmen ders arasında bahçede ve öğretmenler odasında sigara içer, tüm çocuklar onu görür, sonra gelir derse sigaranın zararlarından bahsedirdi. İnsanların sağlıkları için gittikleri hastaneler, şehirlerarası otobüsler duman altı idi. Maalesef ülkemiz sigaraya bağlı nedenlerle ölümlerde, dünyada üst sıralarda. Özellikle akciğer kanseri ve buna bağlı ölüm oranları çok fazla. Fakat hükümetimizin kararlı tutumuyla 2003 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün hazırladığı “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini” Meclisten geçiren ilk ülkelerden olduk. Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunla da, ülkemiz artık dumansız hava sahasına dönmüştü. Sigara yasaklarının başlamasından sonra sigara tüketimi yüzde 20 civarında azaldı. Acil servislere müracaat eden kalp krizi ve akciğer hastalıklarında belirgin azalma gördük. “Köylerde, ıssız bölgelerde insanları nasıl kontrol edeceksiniz?” denirdi. Mutlulukla ifade etmem gerekir ki, sigara yasağının uygulanmasında köydeki kahveler bile hemen gereğini yaptı ve yasağa uydu. Burada en çok desteği, sevinerek söylüyorum ki halkımız verdi. Eğer onlar bu desteği vermeselerdi bu başarıya asla ulaşamazdık. Onlara bir kez daha teşekkür ediyorum. Ancak Başbakanımızın sahiplenmesi ve desteği olmasaydı

başarı sağlamamız mümkün olmazdı. Bu nedenle kendisine halkımız adına özel olarak teşekkürlerimi sunuyorum.

2013 yılında yasalaşan ve “**alkol düzenlemesi**” olarak bilinen yasa, sigaradan farklı olarak bazı kesimlerce farklı ve maksatlı tartışmalara konu oldu. Bazıları olayı dini, siyasi ve ideolojik boyuta çekerek maksada aykırı davrandılar. Açık olarak ifade etmek gerekirse, tütünle ilgili yasadaki toplumun neredeyse tamamının desteğini almışken alkolle ilgili düzenlemede bu başarı maalesef yakalanamadı. Bu belki konuyu tam anlatamayıp, belki de onların anlamak istememeleri ve önyargılarından kaynaklanmaktaydı. Zira uygulamalar; dünyada kabul görmüş ve gelişmiş Batı ülkelerinde uygulanan kuralların ülkemize adaptasyonundan başka bir şey değildi. Gelecek nesillerimizin sağlıklı olması da tek amacımızdı. Bundan yaklaşık üç sene önce milli futbol takımımız sahaya alkol reklamıyla çıkıyordu. Bu; çocuklar ve gençleri seven kişilerin utanacağı bir davranıştı, kabul edilemezdi. Gençliğin idolü milli sporcular ve alkol reklamı! İlgili kurumlara müracaat ederek bu uygulamanın kaldırılması sağlandı.

Üzülerek ifade etmek gerekirse kaçak rakıdan insanlar maalesef ölmekte bu ülkede! Çocuk bir markete ekmek, süt, çikolata almak için giriyor ancak hemen yanında içki! Her sokakta onlarca alkol reklam tabelası... Bunların doğru olmadığını düşünendenim. Modern dünyada her bakkalda, her markette ve günün her saati içki satılmıyor. Bazı ülkelerde içki satılan, tütün ürünü satılan yerler sadece bu ürünleri satabilmekte. Bazı ülkelerde kamuya açık alanda içki tüketilmesi yasak. Avrupa ülkelerinin çoğunda alkol reklamı yasak. ABD’de 21 yaşın altındakilere içki satılması ve kamuya açık yerlerde içki tüketimi yasak. Pek çok Batılı ülkede birbirlerine göre değişiklikler olmakla beraber akşam saatlerinden sabah saatlerine kadar içki satılmaz ve ayrıca tüm mecralarda reklamı da yasak. Fakat ülkemizde, içki tüketimi ve satışı konusunda tam bir başıbozuk ortam var idi. Hiçbir kural yoktu. Biz sadece bunu çağdaş normlarda belli kurallara bağladık, ne kimsenin özel hayatına müdahale ettik ne de özgürlüğüne!

Unutamayacağım bir konu da, yaptığım ulusal ve uluslararası faaliyetlerden dolayı 2005 yılında dönemin TBMM Başkanı Bülent Arınç tarafından Nobel Barış Ödülüne aday gösterilmem olmuştur. Yukarıda katkı verdiklerimden bazılarını özetlemeye çalıştığım reformları bir kez daha kamuoyuna anlatma fırsatı verdiği için SD Dergisi’ne teşekkür ediyorum, tüm halkımıza zararlı alışkanlıklardan uzak sağlıklı günler diliyorum.

663 KHK ve yeni doğmuş bebek koşar mı?

Doç. Dr. Kemal Memişoğlu



1966 yılında Trabzon'da doğdu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni 1990 yılında bitirdi. Okmeydanı Eğitim Hastanesi'nden 1995 yılında Genel Cerrahi Uzmanlığını aldı. 1996-1998 yılları arasında SSK Konya Ereğli Hastanesi, PTT Hastanesi ve Bursa Askeri Hastanesinde Genel Cerrahi Uzmanı olarak görev yaptı. 1999-2000 yıllarında Miami Üniversitesi Karaciğer ve Gastrointestinal Transplantasyon ünitesinde bulundu. 2002 yılı sonunda PTT Hastanesine Başhekim olarak atandı. 2008 yılında Genel Cerrahi Doçenti oldu. 2007 yılında Beykent Üniversitesinde başladığı Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans eğitimini 2009 yılında bitirdi. 10 yıl İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesinin Başhekimisi olarak görev yaptı. Kasım 2012'de İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Tıbbi Hizmetler Başkanı olarak atandı, hâlihazırda bu görevi yürütmektedir. Dr. Memişoğlu, evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Son 10 yılda Türkiye'deki sağlık hizmetleri ve parametrelerindeki gelişme, toplumdaki memnuniyet oranlarını çok artırdığı gibi dünya sağlık sektöründe de örnek bir gelişim süreci olarak dikkat çekmiştir. Bu gelişim; yapısal dönüşümden çok, merkezi yapının olabildiğince etkin hale gelmesi ve performans dayalı ödeme sisteminin yerleşmesi neticesinde ortaya çıkmıştır. Bu süreçte yöneticilerin farkındalığının artması ile Sağlık Bakanlığı yapısındaki yönetsel değişim gerçekleşmiştir. Hastane kalite sistemleri ve yönetici performansları ile gelişim desteklenmeye çalışılmıştır. Ancak merkezi yapılanmanın hantallığı, denetleme, politika oluşturma yetkisi ile hizmetin aynı elde toplanmasının yarattığı etkileşim ve sorunlar, yeni yapısal değişik zorunluluğunu ortaya koymuştur. Sağlık Bakanlığı, politika belirleyen ve denetleyen, bunun yanı sıra hizmeti verenlerle de ilgili olan bir kuruluş yapısı oluşturmayı amaçlamıştır.

2003 yılında 59. AK Parti hükümeti tarafından "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile başlayan değişim süreci sonucunda; 2 Kasım 2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK)" ile Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısı önemli bir yönetsel yapılanma sürecine girmiştir. 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı "Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK" ile yönetilen Bakanlık, yeni yapılanma ile özellikle yataklı tedavi hizmetlerinde hizmet sunan bir konumdan, strateji ve hedefleri belirleyen, düzenleme ve koordinasyon yapan bir konuma geçmeyi öngörmüştür. Yapısal, yönetsel ve eğitsel anlamda birçok değişime uğrayarak;

Bakanlık Hizmet Birimleri, Şura ve Kurullar, Bakanlık Taşra Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar olarak yapılandırılmıştır.

Bakanlık Hizmet Birimleri;

1. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
2. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
3. Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü,
4. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü,
5. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü,
6. Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü,
7. Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü,
8. Hukuk Müşavirliği, Denetim Hizmetleri Başkanlığı,
9. Strateji Geliştirme Başkanlığı,
10. Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
11. Özel Kalem Müdürlüğü'nden oluşturulmuştur.

Bakanlığa bağlı "Taşra Teşkilatı" ise İl Sağlık Müdürlüğü ve İlçe Sağlık Müdürlükleri olarak yapılandırılmıştır. Sağlık Politikaları Kurulu, Sağlık Meslekleri Kurulu yeni oluşturulurken, bunların dışında daha önceden de var olan Tıpta Uzmanlık Kurulu ve Yüksek Sağlık Şurası varlığını korumuştur. Yeni bir uygulama olarak "Uzlaşma Prosedürü" oluşturulmuştur. Böylece sağlık mesleklerinin uygulanmasından dolayı zarara uğradığını iddia edenlerin dava açma süresi içerisinde; maddi ve manevi tazminat talebinde bulunan kişi, zarar verdiği iddia olunan ilgili meslek mensubu ve "mesleki mali sorumluluk sigortası" yapan sigorta şirketinin temsilcisi, Bakanlık tarafından davet edilerek uzlaşma sağlanmasının yolu açılmıştır.

Bakanlığa bağlı kuruluşlar

1. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, temel sağlık hizmetlerini yürütmek, halk sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık için risk oluşturan faktörlerle mücadele etmek ve bunlarla ilgili gerekli düzenlemeleri yapmak üzere kurulmuştur.

2. Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu: İlaçlar, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, ulusal ve uluslararası kontrole tabi maddeler, tıbbî cihazlar, vücut dışı tıbbî tanı cihazları, geleneksel bitkisel tıbbî ürünler, kozmetik ürünler, homeopatik tıbbî ürünler ve özel amaçlı diyet gıdalar hakkında düzenleme yapmak üzere kurulmuştur.

3. Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü: Uluslararası öneme haiz halk sağlığı risklerinin ülkemize girmesini önlemek amacıyla, uluslararası giriş noktaları ve gümrük alanlarında gerekli her türlü sağlık tedbirini almak veya aldırarak, halk sağlığını etkileyecek etkenlere karşı alınacak kontrol önlemlerinin standardını belirlemek, belgelendirmek, denetlemek için kurulmuştur.

4. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu: İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamak amacı ile Bakanlığın ilgili kurumu olarak kurulmuştur.

Yapılanma bu şekilde değiştirilirken yönetsel olarak hiyerarşik düzenden matris düzene yani yatay yetki paylaşımına geçil-

miştir. İl Sağlık Müdürü; Vali müşaviri, acil hizmetleri sorumlusu, il düzeyinde sağlık sisteminin Bakanlık adına denetleyicisi ve koordinatörü olarak tanımlanmıştır. Bunun yanında hizmet yürütücüleri olarak temel sağlıkta Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı İl müdürlüğü ve Türkiye Kamu Hastaneleri'ne bağlı "hastane birlikleri ve genel sekreterlikleri" oluşturulmuştur. Genel sekreterlik bünyesinde; sekreterin sorumluluğunda olan ve kendisine bağlı birlik politikalarını ve işlemlerini yürüten Tıbbi Hizmetler, İdari Hizmetler ve Mali Hizmetler Başkanlıkları oluşturulmuştur. Hastane bazında ise; yeni yetki alanı olarak "hastane yöneticisi" ve onun altında üçlü yapı kurularak hekimlerden sorumlu Başhekim, sağlık bakımı, hemşire ve diğer sağlık hizmetlerinden sorumlu Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, mali idare hizmetlerinden sorumlu İdari ve Mali Müdür görevlendirilmiştir. Bazı hastaneler için 4. müdürlüğün oluşturulabileceği öngörülmüş ancak söz konusu KHK'de hangi göreve yönelik olduğu tanımlanmamıştır. Klinik düzeyde ise; özellikle eğitim araştırma hastanelerinde hem idari hem de eğitim yetkileri olan klinik şeflikleri kaldırılarak, onun yerine eğitimden sorumlu "eğitim görevlileri" ve klinik yönetiminden sorumlu "idari sorumlu" görevleri tanımlanmıştır. Başasistan ve eğitim görevlisi atamaları kanunla düzenlenmiştir. Eğitim için eğitim kurulu oluşturulması öngörülmüş ancak detaylı bir tarif yapılmamıştır. Yönetmelikte en büyük değişiklik ise; kamu hastanelerine bağlı birlik ve bünyesindeki hastanelerdeki tüm yöneticilerin en fazla üç yıl süreyle sözleşmeli pozisyonunda istihdam edilmesi ve bu yöneticilerin verimlilik karneleri ile değerlendirilerek hastane ve birliğin performansına göre ücret alması, düşük performanslarda ise sözleşmelerinin feshedileceği hükümleri olmuştur.

Kanunun sonrasında ilk yapılanma; Bakanlık merkezi teşkilatlanmasıyla başlamış, daha sonra ilgili kuruluşlar olan Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun yapılanması ile devam etmiş, en son Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve teşkilatlarının 2 Kasım 2012 tarihi itibarıyla kuruluş işlemleri ile tamamlanmıştır. Ancak bu süreç içinde ve sonrasında, birçok tartışma ve belirsizlikler de ortaya çıkmıştır.

663'ün ana yapısında öngördüğü Bakanlık ve taşra teşkilatları ile ilgili kuruluşların ayrılışı aşamasında; aynı yapı içindeki personellerin bölüştürülmesi ve ilgili kuruluşların müsteşar yardımcılarına bağlanması, bu ilgili kuruluşların sanki Bakanlığın yeni genel müdürlükleriymiş gibi algılanmasına neden olmuştur. Bununla birlikte taşra teşkilatlarında görev tanımları, ilişkiler ve yetkiler ikincil mevzuatla tanımlanmadığı için çatışmalar ve yetki karmaşaları oluşmuştur. Zaten hiyerarşik yapıya alışmış personelin yatay yetkilerle

matriks yapıya geçişindeki zorluk bu tanımlamaların yapılamamasıyla daha da çatışmalı ve zor hale gelmiştir. Sorunlar sadece ilgili kuruluşların yapılanmasında değil, Bakanlık merkez teşkilatında oluşturulan genel müdürlükler arasında da yaşanmıştır. Son olarak birliklerin oluşumu ile çatışmalar ve sorunlar daha da karmaşık hale gelmiştir.

Kanunun öngörülerinin tersine;

- Sekreterlerin yetki ve protokol sıralamalarındaki belirsizlikleri,
- Merkezin her türlü tasarrufu (işçi alımından cihaz yatırımına ve bütçe oluşumuna kadar) elinde bulundurması,
- Personel atamaları ve birlik içindeki görevlendirmelerindeki yetki sorunu,
- Performans sisteminin birlik yapısına göre oluşturulmaması,
- Yönetici ücretlerinin düşüklüğü sorunları daha da büyütülmüştür.

Böylesi büyük yapısal ve yönetsel değişimlerde sorunların ve çatışmaların çıkması doğaldır. Yeniden yapılanmaya belli süreç ve zaman verilmelidir. Yeni doğmuş bir bebeğin hemen koşmasını beklememek gerekir. Eleştirilerimizi ve uygulamalarımızı yaparken sistemin büyük bir değişim geçirdiğini bunun belli bir zaman gerektirdiğini unutmamalıyız. Sağlık Bakanı değişiminin ve yaşanan değişim sürecinin hizmetleri aksatmasına meydan vermeden planlama ve uygulama stratejisinin ayrıntılı yapılması gerekir. Değişim süreçlerinde belli bir deneme süreci yaşamadan ana politikalarda yapılacak geri dönüşlerin daha büyük sorunlar yaratabileceği bilinmelidir. Bakanlık, il ve hastaneler bazında oluşturulan üçlü yapıların ve yatay yetkilendirmelerin tam olarak yerleşebilmesi için yöneticilerimizin mantıklarının da değişimi gereklidir. Yöneticilerimizin şimdiki kadar üst alt ilişkisiyle kullandıkları yetkilerini, daha paylaşımcı ve iletişime dayalı yatay ve eşit olarak paylaşmaya alışmaları gereklidir. Bakanlık veya kuruluşlar iş odaklı bir yetkilendirme yönetimi geliştirmelidir. Çünkü sistemdeki başhekimlerin çok büyük bir kısmı yöneticiliği çok iyi bilmekte bunun yanı sıra hastane yöneticilerimizin de çok büyük bir kısmı başhekimliği de bilmektedir. Böylece bazen hastane yöneticisi, başhekimin işini yapmakta bazen de başhekim, hastane yöneticisinin işini yapmaktadır. Bu durum yetki kargaşasına neden olmaktadır. Daha önce il sağlık müdürlüğü bünyesinde çalışan birçok yönetici ve personel, bugün için genel sekreterlik veya halk sağlığı hizmetlerinde görev almakta, hala eski sistemdeki alışkanlıklarını devam ettirmektedir. Sonuçta eski akıl yürütme yöntemlerini yeni sisteme adapte etmeye çalışmaları neticesini doğurmaktadır. Verimlilik karnelerinin geçiş sürecinde dikkate alınabileceği duygusu ise, maalesef karnelere daha fazla odaklanılmasına neden olarak bu

durum yeni yapılanmanın yerleşmesinin önüne geçmiştir. Şu an için karne değerlendirme verilerinin sağlıklı olmaması ve parametrelerinin hatalar içermesi sistemi daha da çıkılmaz hale getirmektedir.

Yeni sistemin her ne şekilde olursa olsun başarılı olacağına kişisel inancım sürmektedir. Geçiş sürecinin ne kadar zaman alacağı;

- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
- Performans sistemi
- Kaliteye dayalı ödeme sistemi
- Personel denetleme ve disiplin işlemleri
- Yetki ve iş tanımları gibi ikincil mevzuatların birlik ve kanun mantığına uygun yeniden çıkarılmasına bağlıdır.

Daha önceki yazılarımda da belirttiğim gibi hizmetin sunumunda merkezin etkinliği azaltılmalıdır. Özellikle personel atamalarının ve kadrolarının merkezden tahsisi, mali yapının merkezce onaylanıyor olması ve sağlığın özellikle sarflarının kamu ihale kanununa dâhil olması, kendi kendine yönetimin gerçekleştirilmesinde zorluklara neden olmaktadır.

Verimlilik karneleri, hizmet sunumu hacmiyle beraber hekim ve sağlık çalışanlarının memnuniyetlerine göre planlanmalı, hasta güvenliğinin ön planda tutulacağı, doğru ve zor tedavinin ödüllendirileceği, eşitlik ilkesinin benimsendiği, kişiselden çok grupsal bir ödeme planı içeren bir performans sistemi şeklinde revize edilmelidir.

Son olarak, maddi öncelikler tedavi önceliklerinin önüne geçirilmemelidir ve hem hastalarımız hem yöneticilerimiz hem de sağlık çalışanlarımız yaşamın ve sağlığın en önemli maliyet olduğunu öncelik edinmelidir. Türkiye, sağlık alanında son 10 yılda çok büyük başarılar elde etmiştir ancak bu yeterli değildir. Geçmiş 10 yıldaki emeklerimiz hastaların sağlığına erişimini kolaylaştırmıştır. Bundan sonraki 10 yılın çok isabetli hedefler konularak planlanması doğru ve iyi tedaviye de daha kolay erişimimizi sağlayacaktır.

Kaynaklar

663 Sayılı KHK Hakkında Rapor (Kasım 2011): HASUDER (Halk Sağlığı Uzmanları Demeği) Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu Raportör: Doç. Dr. Bülent Kılıç (Dokuz Eylül ÜTF) C:\Users\ Pc\Desktop\Sd663sonu\ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Htm (Erişim tarihi: 17.06.2013)

Memişoğlu K. Hekimin Çalışma Ortamını Düzeltmek Her Girişim Zamanla Memnuniyeti Arttırır, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, sayı: 14. Sayfa 20-21, (2010)

Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Resmi Gazete 18251-14 Aralık1983

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Resmi Gazete 28103-02 Kasım2011

Sağlıkta Dönüşüm Programının evrensel kapsayıcılık ve eşitlik iddiaları üzerine bir eleştiri

Doç. Dr. Bülent Kılıç



1964 yılında doğdu. 1988 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1988-1991 yılları arasında sağlık ocağı hekimi yaptı. 1992-1996 yılları arasında tıpta uzmanlık eğitimini Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında tamamladı. Halk sağlığı uzmanı olduktan sonra işyeri ve okul hekimi olarak çalıştı. 1998 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi oldu. Halen halk sağlığı yüksek lisans ve doktora öğrencilerine Sağlık Yönetimi, Sağlık Örgütlenmesi, Sağlık Sistemleri, Sağlık Politikası, Sağlık Sosyolojisi ve Toplum Yönelimli Sağlık Hizmetleri Yönetimi derslerini vermektedir.

Haziran 2013 tarihinde İngiltere'nin saygın dergilerinden The Lancet'de Türkiye'de uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) üzerine oldukça ayrıntılı ve iyi hazırlanmış bir makale yayımlandı.⁽¹⁾ Yazarları arasında eski Sağlık Bakanı Sayın Recep Akdağ'ın da bulunduğu makalede SDP aracılığıyla son 10 yıl içinde Türkiye'de en başta kapsayıcılık ve eşitlik olmak üzere çok sayıda olumlu gelişmenin gerçekleştiği iddia edilmekte. Makalede yer alan argümanların en önemlileri kısaca şöyle sıralanabilir: Türkiye'de 2003-2013 yılları arasında uygulanmakta olan SDP uygulamalarıyla;

- 1) Evrensel sağlık kapsayıcılığı artmıştır
- 2) Sağlık alanındaki eşitsizlikler azalmıştır
- 3) Sağlığa ayrılan finansman artmıştır
- 4) Sağlık düzeyi göstergeleri daha iyi duruma gelmiştir
- 5) Sağlık örgütlenmesi olumlu anlamda reorganize edilmiştir
- 6) Sağlık alt yapısı ve insan gücü daha iyi hale gelmiştir
- 7) Sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylaşmış ve hasta memnuniyeti artmıştır.

Makale pek çok olumlu şeyi dile getirmesine karşın Sağlık Bakanlığı'nın (SB) ve hükümet politikalarının dezavantajlı yönlerini ve istenmeyen sonuçlarını çok az ele almaktadır. Bu makalede, SDP politikalarının eksik kalan bu yönü tartışılacaktır.

1) Evrensel sağlık kapsayıcılığı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), evrensel kapsayıcılığı üç boyutta ele almıştır:^(2,3)

- a) Sağlık hizmetleri için sigortalı nüfusun çoğunluğu,
- b) Sunulan sağlık hizmetlerinin çeşitliliği,
- c) Sağlık harcamalarının ne kadarının kamu tarafından karşılandığı.

Evrensel kapsayıcılık aslında nüfusun tamamının sigortalı olması, tüm sağlık hizmetlerinin karşılanması ve hizmetlerin tamamının kamu tarafından karşılanması anlamına gelmektedir. Bu bağlamda bakıldığında Türkiye'de sağlık alanında henüz evrensel bir kapsayıcılığın sağlandığının söylenebilmesi veya en azından bunun son 10 yılda uygulanan SDP ile sağlandığının iddia edilmesi çok mümkün gözükmemektedir. Bunun temel nedeni, öncelikle uygulanmakta

olan Genel Sağlık Sigortasının (GSS) içeriğidir. Makalede iddia edildiği gibi GSS bir eşitlik getirmemekte, kendi eliyle eşitsizlik yaratmaktadır.

GSS ile toplanan primler bireylerin gelirlerine orantılı değildir ve yazarların iddia ettiği gibi Türkiye'de yoksulu korumakta çok başarılı bir uygulama olamamıştır. Aylık geliri asgari ücretin üçte biri yani 300 TL civarında olan vatandaşlar her ay prim ödemek zorundadır.⁽⁴⁾ Bu durumda aylık geliri 300 TL ile asgari ücret arasında olan yoksul kesime çok ciddi bir haksızlık yapılmış olmaktadır. Daha da önemlisi GSS primlerin çoğunu yoksul ve orta kesimden toplarken zenginlere özel uygulamalar getirmiştir ve yoksulu değil zengini korumaktadır. Bunun ilk kanıtı, milletvekillerinin GSS kapsamı dışında bırakılmasıdır. 2012 yılı TBMM sağlık bütçesi verilerine göre milletvekili ve yakınlarının sağlık harcamalarının %90'ını yurt dışında gerçekleştirmiştir. Milletvekilleri ayrıcalıklı bir hizmetten yararlanmak için bilerek GSS kapsamı dışında tutulmuştur. GSS'nin zenginleri korumasının ikinci çarpıcı kanıtı ise prime esas kazancın üst sınırı olarak asgari ücretin 6,5 katının belirlenmesi ve aylık geliri 6500 TL'nin üzerinde olan zenginlerin korunmasıdır. Böylece aylık



geliri milyon veya milyar TL düzeyinde olanlardan alınacak yüksek primler engellenmiştir. Oysa hakkaniyetli bir sistemde gelir arttıkça primin de gelire orantılı olarak artması gerekmektedir. Bu durumda GSS, aylık geliri asgari ücretle asgari ücretin üçte biri arasında olan yaklaşık %10'luk bir kesimi korumazken, geliri çok yüksek olan %1'lik bir kesimi özenle korumaktadır.

Bir diğer sorun, SGK bütçesi yetmediği için verilen hizmetin içeriğinin azaltılmasıdır. GSS'nin hangi sağlık hizmetlerini karşılayacağı her yıl değişik zamanlarda çıkarılan çok sayıda Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) aracılığıyla belirlenmekte ve özellikle bazı ilaç bedelleri giderek GSS teminatı dışında kalmaktadır (Vitaminler, bazı dermatolojik ürünler, tatlandırıcılar vb). Ayrıca kronik hastalık raporu olmayanlar için yazılan reçetelerde 15 TL'ye kadar varan katkı payları alınmaktadır. Gözlük reçeteleri ve 18 yaş üzeri nüfus için diş tedavilerinde ise %50'ye varan katkı payları alınmaktadır. Bu da evrensel kapsayıcılığın finans ve hizmet çeşitliliği ilkeleriyle doğrudan çelişmektedir. Bu nedenle yurtdışı uygulamalarında sigortanın belirlediği temel teminat paketi dışında ek hizmet almak isteyenler "Tamamlayıcı Sigorta" ile özel sağlık sigortası şirketlerinden bu hizmetleri almaya yönlendirilmektedirler. Nitekim Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği de SGK'ya "tamamlayıcı sigorta" için öneri sunacaklarını açıklamıştır.⁽⁵⁾

Evresel kapsayıcılık alanında hükümetin en başarılı olduğu alan ise sağlık güvencesi olan nüfusun artışıdır. Son on yıl içinde Türkiye'de sigorta kapsamındaki nüfus %70'lerden %96'ya çıkmıştır. Özellikle yeşil kartlı gruba yönelik harcamalardaki artış ve ayaktan bakılarda da ilaç bedelinin alınmaması uygulaması çok olumlu olmuştur. Ancak Türkiye'de halen yaklaşık 2-3 milyon kişinin sağlık güvencesinin olmadığı ve çok daha fazlasının sigorta primlerinin düzenli yatırılmadığı ve bu kesimin sağlık ve emeklilik alanında ciddi bir sosyal güvenlik sorunu olduğu dikkate alınmalıdır.⁽⁶⁾

Toplam sağlık harcamaları içindeki kamu payı ise yazarların öngörüsünün aksine son on yılda %10 değil, OECD Türkiye verilerine göre sadece %3 artmıştır (2002 yılında %70 iken, 2009 yılında %73'e çıkmıştır).⁽⁷⁾ Bu konuda çelişkili rakamlar olmakla birlikte uluslararası istatistiklerde rakamlar %70 ile %75 arasında değişmektedir ve anlamlı bir artıştan bahsedilmemektedir.

Sonuç olarak evrensel kapsayıcılık sadece sigortalı nüfus artışında bir ilerleme sağlarken hizmet çeşitliliği, sağlık harcamalarında kamu payının artışı gibi alanlarda sınırlı kalmış; SDP öncesine göre Türkiye'de büyük bir değişiklik yaşanmamıştır. Bu nedenle evrensel kapsayıcılığın Türkiye'de tam olarak sağlandığını ya da bunun SDP ile sağlandığını söylemek için henüz çok erkendir.

Türkiye'de sağlık alanında henüz evrensel bir kapsayıcılığın sağlandığının söylenebilmesi veya en azından bunun son 10 yılda uygulanan SDP ile sağlandığının iddia edilmesi çok mümkün gözükmemektedir. Bunun temel nedeni, öncelikle uygulanmakta olan Genel Sağlık Sigortasının (GSS) içeriğidir. Makalede iddia edildiği gibi GSS bir eşitlik getirmemekte, kendi eliyle eşitsizlik yaratmaktadır. GSS, aylık geliri asgari ücretle asgari ücretin üçte biri arasında olan yaklaşık %10'luk bir kesimi korumazken, geliri çok yüksek olan %1'lik bir kesimi özenle korumaktadır.



Türkiye’de son 10 yılda bebek ölümü ve anne ölümü hızları gerçekten azalmıştır ancak bu azalmanın SDP sayesinde mi olduğu yoksa SDP öncesindeki 80 yıllık sistematik çabaların etkisi, genel trend ve son 10 yılla uyumlu olarak gelişen ulaşım, iletişim ve tıbbi teknoloji gelişimi ile mi olduğu çok açık değildir. Nitekim TNSA verileri, bu düşüşün genel trend ile uyumlu olduğunu göstermektedir. Eğer yazarlar aksini iddia ediyorsa ek regresyon analizleri yapmaları gerekmektedir.

2) Sağlık alanında eşitsizlikler

Sürekli olarak azaltıldığına yönelik vurgu yapılmasına karşın makalenin en eksik kalan yönlerinden birisi eşitsizlikler alanı olmuştur. Makalede sağlık alanındaki eşitsizlikler daha çok bölgesel sosyoekonomik gelişmişlik indeksi ve bölgesel sağlık düzeyi göstergeleri açısından ele alınmıştır. Oysa Türkiye’de eşitsizlikler sınıfsal alanda ve cinsiyet temelli olarak yoğundur ve giderek artmaktadır. Kaynak gösterilen çalışmalar (çoğunlukla Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-TNSA verileri) coğrafyayı doğrudan bir eşitsizlik nedeni olarak ele almaktadır. Oysa farklı coğrafyada yaşayan zenginler diğer bölgelerdeki zenginler gibi daha az hastalanır ve daha geç ölür. Örneğin Doğu Anadolu Bölgesi’nde yaşayan zengin bir işveren, İzmir’de yaşayan yoksul bir işçiden veya Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde yaşayan bir aşiret reisi İstanbul’da yaşayan bir seyyar satıcıdan daha sağlıklı yaşar.⁽⁶⁾ Ayrıca makalede Güneydoğu Anadolu Bölgesi’ndeki feodal yaşam, terör, İstanbul’un ve Batı illerinin göç ve işsizlik sorunu yeterince tartışılmamış, tam tersine eşitsizliklerin azaldığı iddia edilmiştir. Bu nedenle eşitsizliği doğuran temel etmenin bölgesel özellikler değil, sınıfsal konum olduğu dikkate alınarak veri analizi yapılmalıdır. Makale bu alanda yetersiz kalmıştır.

Eşitsizliklerle ilgili ikinci ciddi sorun, toplumsal cinsiyete bağlı eşitsizliklerdir. Bu konu Türkiye’nin en önemli sorunu olmasına karşın makalede çok az değinilmiştir. Kadına yönelik şiddetin çok yaygın olması, kadının istihdama katılma oranlarının giderek azalması ve bu sorunlara yönelik olarak SDP dönemi de dahil yıllardır çözüm getirilememesi yeterince tartışılmamıştır. Hükümetin son 10 yıldır bu alanda ciddi bir adım atmaması ve bunun makalede hiç eleştirilmemesi dikkat çekmektedir.

3) Sağlık harcamalarındaki artış

SDP döneminde sağlık harcamalarının arttığı, herkesin kabul ettiği bir gerçektir. Sorun, bu artışın ne kadarının gerekli olduğu ve harcanan paranın nereye gittiği sorunudur. Toplam sağlık harcamaları 2003 yılında 24 milyar TL iken 2009 yılında 66 milyar TL’ye çıkarak 2,7 kat artmıştır. Harcamaların artışındaki temel nedenler; daha çok özel sağlık sektörünün giderek gelişmesi, ilaç-teknoloji-tedavi harcamalarındaki aşırı artışlar ve performansla dayalı ödemelerdir.^(9,10) Poliklinik sayısı kişi başına 3’ten 2011 yılında 7,7’ye çıkarak 2,5 kat, toplam hastane müracaatları 2,4 kat, yatan hasta sayısı 1,9 kat ve yapılan ameliyat sayısı ise 2010 yılı rakamlarıyla 4,2 kat artmıştır.⁽¹¹⁾ Bu artışların ne kadarının toplumun gerçek sağlık gereksinimiyle

ilintilidir? Bu konunun yeterince tartışılmadığı görülmektedir. Daha da önemli konu, cepten sağlık harcamaları konusudur. Bu harcamalar 2003-2009 yılları arasında 3 milyar TL'den 11 milyar TL'ye çıkarak 3,7 kat artmış⁽⁹⁾ ve makalede iddia edilen aksine azalmamış, toplam sağlık harcamaları içindeki payı %16'dan %26'ya kadar yükselmiştir.⁽¹²⁾ Bu dönemde SGK'nın özel hastanelere ödediği tutar ise 0,5 milyar TL'den 4,7 milyar TL'ye çıkarak yaklaşık 10 kat artmıştır. Türkiye'de 2009 yılı sağlık harcamalarında toplam harcanan paranın %55'inin özel sektöre (ilaç firmaları ve özel hastaneler) gittiği dikkati çekmektedir.^(6, 9) Bu durum Türkiye sağlık sektörünün hızla özelleştiğini göstermektedir.

Sağlık harcamalarıyla ilgili SDP döneminin olumlu yanları ise Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçe içindeki payının %2,4'ten 2012 yılında %4,1'e çıkarak 1,7 kat artmış olması ve özellikle SB bütçesi içindeki koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan tutarın 2,3 milyar TL'den 2012 yılında 6,6 milyar TL'ye çıkarak yaklaşık 3 kat artmasıdır.⁽¹³⁾ İkinci olumluluk, katastrofik sağlık harcamalarındaki azalmadır. 2003 yılında %0,75 olan katastrofik sağlık harcaması oranı 2009'da yarı yarıya azalarak %0,48'e düşmüştür ancak katastrofik sağlık harcamaları halen kırsal alanda kentsel alana göre 2,5 kat daha fazladır ve bu alanda da eşitsizlikler vardır.⁽¹⁴⁾

4) Sağlık düzeyi göstergelerinde iyileşme

Türkiye'de son 10 yılda bebek ölümü ve anne ölümü hızları gerçekten azalmıştır ancak bu azalmanın SDP sayesinde mi olduğu yoksa SDP öncesindeki 80 yıllık sistematik çabaların etkisi, genel trend ve son 10 yılla uyumlu olarak gelişen ulaşım, iletişim ve tıbbi teknoloji gelişimi ile mi olduğu çok açık değildir. Nitekim TNSA verileri, bu düşüşün genel trend ile uyumlu olduğunu göstermektedir. Eğer yazarlar aksini iddia ediyorsa ek regresyon analizleri yapmaları gerekmektedir.

Öte yandan Sayın Başbakanın "en az üç çocuk" söylemini⁽¹⁵⁾ tüm bilimsel eleştirilere karşın⁽¹⁶⁾ son 10 yılda giderek yaygınlaştırması, Sağlık Bakanlığı'nın bu görüşe uygun olarak istemli düşüklere zorlaştıran adımlar atması, aile planlaması çalışmalarının giderek zayıflatılması ve sezaryenle doğumların aynı nedenlerle engellenmeye çalışılması, kadın ve çocuk sağlığı açısından büyük riskler getirmektedir. "Anne Sütü Bankası" uygulaması da dini gerekçelerle kaldırılmış ve bebek ölümlerinin azaltılmasıyla övülen bir dönemin açıklanması zor bir çelişki olmuştur.

Makalede olumlu bir gelişme olarak

en az bir antenatal izlem yapılan gebe oranları verilmiştir ki buradaki yüksek oranlar aslında yanıltıcı olabilir. Bu konuda TNSA'dan elde edilen en az bir izlem oranları yerine ortalama izlem ve izlem niteliğini ölçen yeni araştırmalara gereksinim vardır. Ayrıca SDP döneminde aile hekimlerince en az yapılması gereken gebe izlemi sayısı da 12'den 4'e indirilmiştir. Benzer şekilde bebek izlemleri en az 9 izlemden 6'ya, 5-6 yaş altı çocuk izlemleri en az 8'den 4'e düşürülmüştür. İzlem yönergelerinin değişmesi nedeniyle SDP döneminde bebek, gebe ve çocuk izlemlerinin azalması gerekir. Nitekim bazı araştırmalarda makaledeki iddiaların aksine kadın ve gebe izlemlerinin azaldığı gözlenmektedir.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

SDP döneminin toplumsal düzeyde koruyucu hizmetlerle ilgili en başarılı çalışması ise sigara ile mücadele çalışmalarıdır. Ancak makalede yer alan obezite ile mücadele gibi diğer girişimler henüz başarılı olmaktan uzak girişimlerdir.

5) Sağlık örgütlenmesi reorganizasyonu

Sağlık Bakanlığı'nın 2012 yılından başlayarak merkez ve taşra örgütleri yeniden organize edilmiştir. Yeni kurulan Genel Müdürlükler (GM) ve bağlı kuruluşların görevleri açısından pek çok benzerlikler içermesi nedeniyle örgütlenmede bir kargaşa oluşmuştur. Bazı GM'lüklerin görev alanları birbirleri ile ve bağlı kuruluşlarla benzer çalışma alanlarını içermektedir. Makalede reorganizasyon öncesi ve sonrasında yaşanan bu koordinasyon sorunları ve halen yaşanan yetki karmaşası yeterince ele alınmamıştır.

Ancak Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve İl Halk Sağlığı Müdürlüklerinin kurulması ise oldukça olumlu bir gelişmedir. Temel sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri alanında en önemli kurum olacağı öngörülen Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun, halk sağlığını sadece ismen değil özü itibarıyla da benimsemiş bir yaklaşıma sahip olması umut edilmektedir. Fakat SB'nin bugüne kadar yaptığı uygulamalara ve atamalara bakıldığında, SB içinde çalışmakta olan halk sağlığı uzmanlarının sayısal yetersizliği ve istihdam sorunları gibi ciddi olumsuzluklar dikkati çekmektedir. Ayrıca İl Sağlık Müdürlükleri ile İl Halk Sağlığı Müdürlüklerinin görev ayrımları da halen çok net değildir.⁽²⁰⁾

Makalede SDP ile getirilen en ciddi örgütlenme değişimi olan aile hekimliği uygulamalarının dezavantajları da yeterince tartışılmamıştır. Her iki dönemde de çalışmış sağlık personeline göre aile hekimliği uygulaması ekip çalışması, topluma yönelik hizmet sunumu, bulaşıcı

Genel olarak bakıldığında memnuniyet araştırmalarıyla ilgili çeşitli eleştiriler getirilmekle birlikte hasta memnuniyetinin Türkiye'de arttığı bir gerçektir. Ancak sağlık personelinin iş yükünün artması, acil servisler başta olmak üzere sağlık personeline yönelik şiddeti de artırmıştır. Sağlık personeline tükenmişlik ve depresyon artmakta, iş doyumunu giderek azalmaktadır. Katkı paylarının ve cepten yapılan harcamaların giderek artması, son yıllarda hasta memnuniyetini tersine giden bir sürece döndürmüştür.

hastalık fiyasyon çalışmaları, ev gezileri, çevre sağlığı çalışmaları ve aile planlaması çalışmaları açısından yetersizdir. Kırsal alanda yaşayan halka göre ise kırsal alandaki aile hekimliği uygulamaları (laboratuvar, gezi, ulaşım vb.) eskiye göre daha da kötüye gitmiştir.⁽¹⁷⁾ Çağdaş sağlık hizmetleri ile geleneksel hizmetleri birbirinden ayıran en önemli özelliklerden biri, çağdaş sağlık hizmetlerinin ekip anlayışı içinde sunulmasıdır. Oysa aile hekimliğinde geleneksel hizmet anlayışında olduğu gibi hizmet daha çok hekim üzerinden yürütülmektedir. Aile hekimliğinin şu anki uygulaması; tüm bu dezavantajlara karşın aile hekimlerinin ücretlerini artırması, döner sermayeyi birinci basamaktan kaldırması ve tam gün çalışma getirmesi açısından bazı kazanımlar da taşımaktadır.

SDP uygulamalarıyla kişiye yönelik koruyucu hizmetlerle topluma yönelik koruyucu hizmetler ayrılmış ve toplumsal düzeydeki uygulamalar için Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) kurulmuştur. Ancak doğaldır ki bireysel ve toplumsal düzeydeki hizmetler iç içedir. Dolayısıyla TSM'lerle aile hekimlerinin yakın işbirliği ve koordinasyon içinde çalışması gerekir. TSM'ler birinci basamağın denetlendiği, yönlendirildiği ek olarak toplumsal düzeyde (aşı, eğitim,



SB çalışanlarının politikalarını anlatmak ve sonuçlarını sunmak amacıyla makaleler yazmaları çok olumlu bir çabadır ve kesinlikle desteklenmesi gerekir. Yazarların 2 yıl kadar önce BMJ'de yayımlanan benzer bir makaleden daha doyurucu bir makale kaleme aldıklarını ve daha dikkatli bir dil kullandıklarını rahatlıkla söyleyebiliriz. Ancak yazarların büyük çoğunluğunun SB çalışanı olması nedeniyle bilimsel kuşkuculuk yerine iktidarın son 10 yıllık uygulamalarını savunma kaygıları ön plana çıkmış gibi gözükmektedir.

denetim, işçi sağlığı, çevre sağlığı vb.) planlamaların yapıldığı yerlerdir. Ancak bu konuda ciddi uygulama sorunları vardır. Bu durum il ve ilçelerde toplumsal düzeyde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ve planlamasını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu yeni durum makalede hiç ele alınmamıştır.

Ayrıca yeni organizasyonla SB'nin hizmet sorumluluğunun bazı alanlarda azaldığı, özellikle yataklı tedavi hizmetlerinden Kamu Hastane Birlikleri aracılığıyla kademeli olarak geri çekilmeyi planladığı (desantralize ettiği) görülmektedir. İlk aşamada 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerinin Kamu Hastane Birliklerine devredilmesi, sonraki aşamalarda ise 1. basamak sağlık hizmetlerinin de Bakanlıkla sözleşme yapmış aile hekimlerine devredileceği anlaşılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi anlamını taşıyan ve sonuçları açısından pek çok olumsuzluk içerebilecek bu köklü değişimin makalede yeterince irdelenmediği görülmektedir.

6) Sağlık alt yapısı ve insan gücü

Sağlık alt yapısının giderek iyileştiği, online bilgi işlem sistemlerinin (halen

yaşanan tüm teknik sorunlara karşın) yaygınlaştığı, bilgisayar, internet ve telefon olanaklarının ilerlediği bir gerçektir. Ancak tüm dünyada yaşanan bilgi ve iletişim teknolojilerinin ilerlemesi ve Türkiye'ye olan yansımaları sadece SDP uygulamalarının olumlu sonuçlarına bağlanamaz.

Sağlık personelinin giderek arttığı bir gerçek olmakla birlikte Türkiye'de halen sağlık insan gücünde üç önemli sorun vardır. Birincisi aşırı kontenjan artışına bağlı olarak başta tıp eğitimi olmak üzere mezuniyet öncesi eğitimin niteliğinin düşmesi sorunudur.^(21, 22) Sağlık insan gücü açısından en önemli nokta insan gücünün niteliğidir. Hızla açılan tıp fakülteleri ile yeterli teknik ve fizik donanım olmadan, yeterli akademik kadrolar oluşturulmadan başlatılan tıp eğitimleri, sorunları çözmek yerine artırır. Hızlı ve alelacele üretim tıp eğitiminde kabul edilemez.⁽²³⁾

Sağlık insan gücü alanındaki ikinci temel sorun, meslek gruplarındaki dengesiz dağılımdır. Sağlık insan gücü hekim dağılımı açısından değerlendirildiğinde, pratisyen hekimlerin uzman hekimlerden daha fazla olması gerekir. Oysa sistemde en zor yetiştirilen uzman hekim sayısı

pratisyen hekimlere göre aşırı artırılmış, en kolay yetiştirilebilen ve en çok olması gereken ebe insan gücü ise çok daha alt düzeyde kalmıştır. Türkiye'de öncelikle bu çarpıklığın düzeltilmesi gerekmektedir. Finlandiya, İrlanda ve Norveç'te bir hekime düşen hemşire sayısının 7 dolayında olduğu, birçok Avrupa ülkesinde bu oranının 4 civarında değiştiği görülmektedir. Türkiye'de bir hekime düşen ebe-hemşire sayısı ise 2002 yılında 1,3 iken 2009 yılında 1,4 ve 2011 yılında ise 1,2 olmuştur. Öncelikle eğitimi daha kolay ve daha hızlı olan hemşire-ebe sayısının artırılması ve hekim başına düşen hemşire sayısının 3 civarına yükseltilmesi gerekmektedir.⁽²⁴⁾ Bu verilerle Türkiye ebe ve hemşire sayısı açısından AB ülkeleri arasında sonuncudur.

Sağlık insan gücü alanındaki üçüncü temel sorun, hizmet öncesi ve hizmet içi eğitimlerin yetersiz olmasıdır. Bu sorun, yıllardır çözülemeyen sorunlardan biridir. Tıp fakültelerine bağlı eğitim ve araştırma bölgelerinin (EAB) kapatılması, bu sorunun en önemli nedenidir (25). 1964-2004 yılları arasındaki 40 yıllık süre içinde Türkiye'de toplam 18 EAB açılmıştır. SDP döneminde ise ülkemizde 3 EAB kalmış, bunlar da giderek işlev-

sizleşmiştir. Özellikle son 10 yılda Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği politikalarda bu alanda üniversitelerle yakın ve samimi bir işbirliği görülememiştir. Ayrıca bu iktidar öncesindeki dönemler de (1980 sonrası ANAP ve 1990 sonrası koalisyon hükümetleri) EAB'ler konusunda olumsuz rol oynamıştır. Oysa mezuniyet öncesi ve sonrası dönemlerde pratisyen hekimler başta olmak üzere sağlık hizmetleri için insan gücü yetiştiren hemen tüm okulların meslek eğitimine ve halk sağlığı uzmanlarının yetiştirilmesine önemli katkılarda bulunmuş olan EAB'lerin acilen aktif hale getirilmeleri ve sayılarının artırılması gerekmektedir.

7) Hasta memnuniyeti

Genel olarak bakıldığında memnuniyet araştırmalarıyla ilgili çeşitli eleştiriler getirilmekle birlikte hasta memnuniyetinin Türkiye'de arttığı bir gerçektir. Bunun nedeni hastaların istediği sağlık kurumuna başvurabilmesi, SSK'lı hastaların tüm kurumlara başvurabilmeleri, yeşil kartla ilgili getirilen düzenlemeler, birinci basamakta aynı hekim tarafından izlenme, bekleme sürelerinin azalması, sevk zorunluluğunun olmaması ve istediği hekimi seçebilme gibi nedenlerdir. Bu nedenle hem aile hekimlerinin kullanılmaları hem de toplam sağlık başvuruları SDP döneminde artmıştır. Sevk zincirinin çalıştırılmaması da hasta memnuniyetini artırmıştır ancak bu uygulama çok daha önemli başka sorunlar getirmiştir. Aynı hastalık için birden çok kuruma başvurmanın getirdiği mali yük ve sağlık personelinin iş yükünün artması, dolayısıyla hastalara ayırdıkları zamanın azalması; özellikle acil servisler başta olmak üzere sağlık personeline yönelik şiddeti de artırmıştır. Bu konu acilen çözüm beklemektedir. Sağlık personelinde tükenmişlik ve depresyon artmakta, iş doyumu giderek azalmaktadır.^(26, 27) Katkı paylarının ve cepten yapılan harcamaların giderek artması, son yıllarda hasta memnuniyetini tersine giden bir sürece döndürmüştür.

Sonuç

Sağlık politikası; bir sağlık sistemindeki temel bileşenleri (sağlık yönetimi, sağlık örgütlenmesi, sağlık finansmanı ve sağlık insan gücü) etkileyen çeşitli seçenekler içinden uygulanabilecek en uygun yöntemin bilerek seçilmesi veya seçilmemesidir.⁽²⁸⁾ SB yetkilileri SDP döneminde bu kararı bilerek ve isteyerek sosyalleştirme uygulamalarının geliştirilmesi yerine sağlık hizmetlerinde özelleştirme yönünde vermiştir.^(29, 30) Makale, bu stratejik yaklaşımı biraz tanımlamış ancak çok fazla tartışmamıştır. SB çalışanlarının politikalarını anlatmak ve sonuçlarını sunmak amacıyla makaleler yazmaları çok olumlu bir çabadır ve kesinlikle

desteklenmesi gerekir. Yazarların 2 yıl kadar önce BMJ'de yayımlanan benzer bir makaleden⁽²⁹⁾ daha doyurucu bir makale kaleme aldıklarını ve daha dikkatli bir dil kullandıklarını rahatlıkla söyleyebiliriz. Ancak yazarların büyük çoğunluğunun SB çalışanı olması nedeniyle bilimsel kuşkuculuk yerine iktidarın son 10 yıllık uygulamalarını savunma kaygıları ön plana çıkmış gibi gözükmektedir.

Kaynaklar

1) Atun R, Aydın S, Chakraborty S et al. *Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity*. *The Lancet*, v.382, issue:9886, pp:65-99, published online June 27, 2013.

2) WHO. "The World Health Report 2008, Now More Than Ever" ISBN:978-92-4-156373-4, Geneva, Switzerland, 2008.

3) Kılıç B. "Alma-Ata'dan 30 yıl Sonra Gelinek Nokta: Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı Değişti" VI. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Kitabı, Sayfa: 2-7, İzmir, 2009. http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/6_temel-saglikhizmetleribulusmasi2009.pdf (Erişim tarihi: 30.08.2013).

4) SGK (2012) http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari (Erişim tarihi: 30.08.2013).

5) Akça OB (2012) *Sigortaya Sağlık Desteği*. *Cumhuriyet Gazetesi Ekonomi sayfası*, 24 Ocak 2012.

6) Sönmez M (2011) *Paran Kadar Sağlık*. *Yordam Kitap*, İstanbul, s:40, 42, 44, 46, 60.

7) OECD, IBRD (2008) *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye*. ISBN:978-975-590-282-1, OECD publishing.

8) Şimşek H, Kılıç B. "Sağlıkta Eşitsizliklerle İlgili Temel Kavramlar"; *Turkish Journal of Public Health*, 2012;10(2):116-127, (2012)

9) Kılıç B. (2012) *Türkiye'de Sağlık Finansmanı*. HASUDER Türkiye Sağlık Raporu, s:14-22, Ankara, 2012. ISBN:978-975-97836-2-4 http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/Turkiye_Saglik_Raporu_2012.pdf (Erişim tarihi: 30.08.2013).

10) *Performansa Dayalı Ödeme Uygulaması Raporu*: <http://hasuder.org.tr/anasayfa/index.php/gruplar/politika/390-performansdegerlendirme> (Erişim tarihi: 30.08.2013).

11) Sağlık Bakanlığı (2011) *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010*. SB Yayın No: 832, Ankara

12) Yardım M, Çilingiroğlu N, Yardım N. (2013). *Financial protection in health in Turkey: the effects of the Health Transformation Programme*. *Health Policy and Planning* doi:10.1093/heapol/czt002.

13) Akdağ R (2011) *Sağlık Bakanlığı 2012 Yılı Bütçe Sunumu*, s:93-97

14) Yardım M, Çilingiroğlu N, Yardım N. (2009). *Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey*. *Health Policy*, 2010 Jan;94(1):26-33. doi: 10.1016/j.healthpol.2009.08.006. Epub 2009 Sep 6.

15) *Islamization Watch*. 28 April, 2008. <http://islamizationwatch.blogspot.com/2008/04/pmerdogans-call-for-minimum-three.html> (Erişim tarihi: 30.08.2013).

16) HASUDER (2013) *Nüfus Politikaları, Aile Planlaması ve Düşükler*: <http://hasuder.org.tr/anasayfa/jupgrade/index.php/gruplar/uremesagligi/646-nufuspolitikasiuremesagligiap> (Erişim tarihi: 30.08.2013).

17) Çevik C. *Manisa İline Ait Sağlık Düzeyi Göstergeleri: Yıllara Göre Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması (2003-2012)*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, 29.07.2013, İzmir.

18) Durduran Y, Bodur S, Çakıl E. ve Ark. *Konya İl Merkezinde Sağlıkta Dönüşüm Öncesi ve Sonrası Gebe ve Bebek İzlemleri*. *Dicle Tıp Dergisi*. 2012; 39: 227-233

19) Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Aksu Tanık F. (2011) *İzmir'de İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Gebelerin Aile Hekimi Tarafından İzlenme Sıklıkları ve Bunu Etkileyen Etmenler*. *Türkiye Halk Sağlığı dergisi*, 2011;9(1):1-14.

20) HASUDER (2011) 663 Sayılı KHK Hakkında Rapor. <http://hasuder.org.tr/anasayfa/jupgrade/index.php/guncel/48-guncel/470-hasuder-q663-sayl-khkq-raporu> (Erişim tarihi: 30.08.2013).

21) TTB (2008) *Türkiye'de Tıp Fakülteleri Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Nitel Değerlendirme Raporu 2008*. Ankara. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/mote_nitel.pdf (Erişim Tarihi: 30 Ağustos 2013)

22) Kılıç B, Sayek İ. (Editörler); *TTB Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu-2000 Türk Tabipleri Birliği Yayını*, Ankara, 2000.

23) Kılıç B. *Türkiye İçin Sağlık İnsan Gücü Planlaması ve İstihdam Politikaları*; *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6):501-514 (2007).

24) Kılıç B (2013) *Sağlık İnsan Gücü. Küçük Grup Çalışması Eğitici Notu, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Mayıs 2013, İzmir*.

25) Kılıç B, Aksakoğlu G. "Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgeleri (1964-2005)" *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3):7-14 (2006).

26) Gökçen C, Zengin S, Oktay MM, Alpak G, Al B, Yıldırım C. [Burnout, job satisfaction and depression in the healthcare personnel who work in the emergency department]. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2013; 14(2): 122-128. Turkish. doi:10.5455/apd.36379

27) Karadağ M, Akman N, Demir C. (2013) *Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetmelik ve Örgütsel Sorunlar*. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013;16:1. <http://e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/HYD/article/view/7860/7428> (Erişim tarihi: 30.08.2013).

28) Kılıç B. (2009) *Sağlık Politikalarının Oluşturulmasında Kullanılan Yöntemler*. *Medchamps Projesi Tanıtım Toplantısı Kitabı: Kalp damar Hastalıklarını Önleyici Sağlık Politikalarının Geliştirilmesinde Modelleme*, s: 5-13, 11.11.2009, İzmir.

29) Baris E et al. "Healthcare in Turkey: From Laggard to Leader" *BMJ*, March 12, 2011(342):579-582.

30) Kılıç B (2011) *Healthcare in Turkey: From Socialization to Privatization*. *Rapid Response: BMJ*, 4 April 2011. <http://www.bmj.com/content/342/bmj.c7456?tab=responses> (Erişim tarihi: 30.08.2013).

Sağlıkta planlama, lisanslama ve piyasalaşma paradoksu

Dr. Sebahattin Işık

Bilindiği gibi, 15 Şubat 2008 tarih ve 26788 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin 9. Maddesi ile Özel Hastaneler Yönetmeliğinin Ek 4. Maddesi ile ülkemizde özel sağlık kuruluşları ile Sağlık Bakanlığı arasındaki ilişki farklı bir boyut kazanmış oldu. Sağlık kurum ve kuruluşları ile bunlara ait sağlık insan gücü, tıbbi hizmet birimleri ve nitelikleri ile teknoloji yoğunluklu tıbbi cihaz dağılımı alanlarında kamu ve özel sektörü kapsayacak şekilde Bakanlıkça planlama yapılmaya başlandı.

Anayasamızın 56. Maddesindeki “devletin sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesi”ni düzenleyen amir hükmü ve 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3. Maddesi zaten bu görevi Bakanlığa veriyordu. Sağlıkta hizmet dağılımı ve kaynak dağılımının dengeli sağlanmasını amaçlayan planlamaların yapılmasına itiraz edecek argümanımız bulunmamaktadır. Ne var ki bu planlamanın kapsamı ve uygulamalara olan etkisi ve yürütülüş tarzı tartışma konusudur. Bilhassa pazar ekonomisinin hâkim olduğu ülkelerde planlamanın farklı sektörleri kapsayarak yatırımları kısıtlar hale gelmesi veya bir başka deyişle yatırımı belirleyen dinamiklerde rekabet unsurunun önüne geçmesi hem yatırımcıları hem de planlayıcıları zorlamaktadır. Bu zor durumda sürecin iyi yönetilememesi ve özellikle çeşitli güç odaklarının önlenemez baskısı sistemi hedefinden saptırabilmekte ve planlamayı plansızlaşmanın bir aracı haline bile getirebilmektedir.

Kamu sağlık sektöründe teorik olarak yıllarca var olan planlama, siyasal mülahazalarla zaman zaman bozulmakta idi. Özellikle neredeyse her ilde tıp fakültesi açılmış olması, üniversite hastanelerini de planlanamaz hale getirmiş oldu. Önceden sistem içindeki rolü ihmal edilebilir düzeyde olan özel sağlık yatırımlarının sosyal güvenlik sisteminin içinde yer almasıyla birlikte hızla artınca planlamanın asıl muhatabı haline geldi. Bakanlık önce mevcut faaliyet alanlarında veya yeni alanlarda sermaye yatırımını kontrol etmeye çalıştı. Ardından insan gücü daha doğrusu sadece doktor kadrosu planlamasına çalıştı. Nihayet ileri teknoloji gerektiren pahalı cihaz yatırımları ve hizmet sunum alanlarını planlama uğraşı içine girdi.

Bu planlama süreci iyi yönetilemeyip ana amaçtan sapılınca hastane ve tıp merkezleri ruhsatları ile doktor kadroları alınıp satılır meta haline geldi. Bakanlık alacağı tedbirlerle bu süreci planlamanın ana hedefleri doğrultusuna çevirme konusunda maalesef yeterince etkili olamadı. Bu hususun ne derece farkında olduğu konusunda da kuşku duyuyorum. Sağlık hizmet sunumunu piyasa dinamiklerine terk etmeden herkesin ulaşımına açmaya yönelik olan planlama, oluşturduğu darboğazlardan kurtulma yöntemi geliştiren rekabet dinamikleri sayesinde piyasanın bir aktörü haline almaya başladı. Piyasada güçlenen aktörler, rekabet gücünü ve lobi gücünü kullanarak sistemi yönlendirme gücü elde ediyor. Eğer Bakanlık sağlık politikalarında bir eksen kaymasına karar vermedi ise ve 2003 yılında ilan edilen Sağlıkta Dönüşüm Programının hedeflerine bağlı kalacaksa bu konuda acil önlem

alınması gerektiğine inanıyorum. Yoksa Bakanlığın değil, piyasa dinamiklerinin yönettiği bir sağlık sektörüne doğru gitme riski yaşıyoruz.

663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname’nin “Ruhsatlandırma ve lisans bedeli” başlıklı 57. Maddesinin 2. Fıkrasında, “Planlamalar çerçevesinde, gerçek veya tüzel kişilere sağlık alanında belirli bir hizmeti verebilme veya hastane ve benzeri sağlık kuruluşları açabilme yetkisi veren lisansları açık arttırma ile belirlenecek bedel karşılığında verilir” hükmü yer almaktadır. Akabinde 30 Kasım 2012 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Lisans Yönetmeliği ile birlikte Bakanlık kendi planlama ve politikaları doğrultusunda belirlediği özellikli hizmet alanlarında faaliyet gösterecek özel ve tüzel kişilere bu yetkiyi bir lisans kapsamında satma hakkı elde etmiş oldu. Yönetmeliğe göre sağlık hizmeti sunma hakkının Bakanlık planlamaları içinde kalmak kaydıyla açık arttırma ile satın alınabilen ve başkasına da satılabilen bir hak haline almış oldu. Tam bir paradoks bu. Böylece planlamadan ve merkezi otoritenin kontrolünden hareketle ulaşılan nokta, rekabet gücünün etkin olduğu piyasa dinamikleri ile kontrol edilen bir yöne doğru gitmeye başlamış oldu. Bugün için yeni hastane yatırımı ve belli alanlarda hizmet sunma ile sınırlı tutulan bu uygulama korkarım aynı hedefsizlikle giderse uzman doktor kadrolarına da uygulanmaya başlanmak zorunda kalınacaktır. Piyasada bu kadroların alım satımını önleyecek tedbirler geliştirmesini beklediğimiz Bakanlık, farkında olmadan kendisi de oluşan borsada yer almaktadır.



Bakanlıktaki bugünkü anlayışın böyle bir yaklaşıma fırsat vermek istemediğini biliyorum. Bu konuda Bakanlığın hedeflerinden gittikçe uzaklaşan kaygan zemini görüp kısa zaman içinde tedbirler geliştireceğini umuyorum. Eminim ki Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin planlı ve dengeli verilmesini hedefleyerek uygulamaya koyduğu planlama sürecini yönetmek istemektedir. Planlama dâhilinde sınırlı sayıda belirlenen hizmet sunma hakkını olabildiğince adil bir şekilde talep edenlere vermek için yöntem aramaktadır. Açık artırma ihalesi ile bu hakkı devrederek bir anlamda taliplileri azaltmak ve onlar arasında da sınırlı sayıda hak sahibini seçmek istemektedir. Ancak böylesine palyatif bir yolun Bakanlığın bugüne dek ortaya koyduğu stratejik hedeflerine hizmet etmeyeceği kanısındayım. Açık artırma ihalesi ile Sağlıkta Piyasalaşma tartışmalarına çok kolay malzeme temin etmiş oluyoruz. Eğer bu kabul görürse ileride doktor kadroları, başka özellikli alanlar ve hatta hastane açma lisansları bu kapsamda işlem görebilir. Bakanlık böyle bir düşüncede olmasa dahi bu tür bir algı ve kamuoyu inancının oluşmasını önlemek zor olacaktır.

Böylece Sağlıkta Dönüşüm Programı

ile ortaya konan hedeflerden gittikçe uzaklaşıldığı görülmektedir. Bu durum sosyal politikalarla öne çıkmış ve bu hususta önemli başarılarla imza atmış olan Sağlık Bakanlığı'nın imajını yıpratmak yönünde politik olarak kullanılabilme riski taşımaktadır. Bakanlığın sağlık hizmet sunan ve bu hizmeti regüle eden kişiliği ile böyle bir tartışmanın içine çekilmeye fırsat vermemesi, bu paradokstan kurtulması gerekir.

Kaynaklar

15.02.2008 tarih ve 26788 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik

15.02.2008 tarih ve 26788 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliği

30.11.2012 tarihli Resmi Gazetede Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Lisans Yönetmeliği

3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname

Aydın S: Sağlık hizmetlerinde planlama ve sektörde "15 Şubat depremi". SD, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. Sayı 7, Haziran 2008. <http://www.sdplatform.com/Dergi/101/Saglik-hizmetlerinde-planlama-ve-sektorde-15-Subat-depremi.aspx> (Erişim tarihi: 10.09.2013)

T.C. Anayasası

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ortaya konan hedeflerden gittikçe uzaklaşıldığı görülmektedir. Bu durum sosyal politikalarla öne çıkmış ve bu hususta önemli başarılarla imza atmış olan Sağlık Bakanlığı'nın imajını yıpratmak yönünde politik olarak kullanılabilme riski taşımaktadır. Bakanlığın sağlık hizmet sunan ve bu hizmeti regüle eden kişiliği ile böyle bir tartışmanın içine çekilmeye fırsat vermemesi, bu paradokstan kurtulması gerekir.

Sağlıkta yeni bir dönem: Kamu Hastaneleri Birliği

Dr. Şuayip Birinci



1973 yılında Rize’de doğdu. İlk ve orta öğrenimini Rize ve Trabzon’da tamamladı. 1998 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden mezun oldu. 2004-2009 arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde acil servis hekimi ve Başhekim Yardımcılığı görevinde bulundu. 2009-2012 arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’nde Müdür Yardımcısı olarak Sağlık Bilgi Sistemleri Şubesi ve Tıbbi Cihaz ve Biyomedikal Şubelerinin yöneticiliğini yürüttü. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi yüksek lisansını tamamladı. Liderlik ve Küresel Girişimcilik Yüksek Lisans Programı ile Sağlık Yönetimi Doktorasını sürdürmektedir. 2012 yılında atandığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Genel Sekreterliği görevini halen sürdürmektedir.

Reform arayışlarının her zaman temel anahtarı olan değişim ve dönüşüm olgusu; küreselleşen dünyanın, ekonomik, sosyal, siyasal ve kültürel yapısının günden

güne benzeşme işaretleri göstermesinin de verdiği güçle yenilenme dinamiğinin tetikleyici unsuru olarak kendini göstermiş ve hep üzerinde tartışılan, gündemde kalan konular haline gelmiştir. Bir yandan küreselleşmenin etkisi, diğer yandan da ülkemizin içinde bulunduğu Avrupa Birliği müzakere süreci, birçok alanda olduğu gibi kamu hizmetlerinin organizasyonu ve işleyişinde köklü değişim ve dönüşümü beraberinde getirmiştir. Her iki sürecin de kamu yönetim anlayışı üzerindeki en temel dinamiği “subsidiarite” (yerindenlik) prensibi olmuştur. Buna göre kamu hizmetlerinin etkin, verimli ve daha kaliteli bir şekilde gerçekleşmesi, merkezi kurumlar yerine, lokal kurum ve işbirliklere bırakılmıştır. Özellikle 1970’lerle birlikte ortaya çıkan bu anlayış, Amerika Birleşik Devletleri’nde ve Kıta Avrupası’nda benimsenerek etkin bir kamu hizmeti gerçekleştirilmenin anahtarı haline gelmiştir. Ülkemizde de bu anlayışın benimsenerek uygulanmaya başlanması 2000’li yıllarla birlikte ülke gündemine oturmuştur. Bu yeni kamu yönetimi anlayışı, geleneksel anlayıştan farklı olarak kamu yöneticilerinin karar alma süreçlerinde daha aktif ve etkin olmalarına, performans ölçümünü yapmalarına, süreçten öte sonuç odaklı uygulamalar yapmalarına ve buna pa-

raley olarak daha rekabetçi kurumlar oluşturulmasına olanak sağlayan bakış açılarına vurgu yapmaktadır.⁽¹⁾

Küresel dünyada sağlık yönetimi

Giriş bölümünde kısaca değindiğimiz gibi kamu yönetimindeki değişim ve reform ihtiyacı ekseninde gelişen dünya, kamu sektörünün temel hizmet alanı olan sağlık sektöründe, merkezîyetçi yaklaşımdan uzaklaşarak daha yerel ve daha etkin hizmet anlayışı uygulamaya başlamıştır. Küreselleşen dünyada kamu sektörünün merkezi anlayıştan uzaklaşarak yetkisini yerel yapılara devretmesinin birçok nedeni olmakla beraber bazıları şunlardır:⁽²⁾

- Siyasi ve ekonomik dönüşüm
- Etnik çatışmaların yarattığı siyasi krizler
- Bölgesel çatışmaların yarattığı siyasi krizler
- Yönetime ortak etme
- Gelişmiş ülke veya toplumlarla entegre olma politikaları
- Finansal sürdürülebilirlik
- Bütçe açıklarını alt birimlere aktarma
- Hizmet kalitesini yükseltme hedefi
- Merkezîyetçiliğin ortaya çıkardığı olumsuzluklar

Yukarıda sıralanan nedenler, küresel ölçekte devletlerin daha iyi bir yönetim ve kaliteli hizmet servislerinin gerçek-

leştirilmesi için sağlık sektörü de dahil olmak üzere kamu hizmetlerini ağırlıklı olarak yerel düzeyde ele almalarına, devrim sayılabilecek bu yerinden yönetim anlayışı için dönüşüm programları oluşturmalarına gerekçe oluşturmuştur. Özellikle bahsettiğimiz nedenler şemsiyesi altında, 1980’li yılların başında Anglosakson ve Avrupa ülkelerinde, 1990’lı yılların başından itibaren ise Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde değişim süreçlerini uygulandığı dikkat çekmeye başlamıştır.

1994 yılında Dünya Bankası tarafından yayımlanan ve spesifik olarak sağlık sektörü için ön görülen modellemede, değişim için temel kriterlerden bazıları şu şekilde zikredilmiştir:⁽³⁾

- Bireyler sivil toplum kuruluşları ve özel sektör sağlık hizmetlerinden sorumlu olmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinde kamu desteği, sağlığın desteklenmesi ve hastalıklardan koruma ile sınırlandırılmalıdır.
- Merkezi hükümetin rolü, politika belirleme ve teknik rehberlikle sınırlandırılarak hizmetlerin sunumu yerel yönetime ve özel sektöre bırakılmalıdır.
- Özel sektör ve sivil toplum kuruluşları sağlık hizmetlerinin sunumunda temel sağlayıcı olmaları konusunda desteklenmelidir.

Küresel alanda, özellikle gelişmiş ülkeler tarafından geliştirilerek uygulanmaya





Kamu Hastane Birliği yönetimlerinin yetkiyi eline alma gerekçelerinin benzer nedenlerle hastane idareleri tarafından arzulandığı dikkatlerden kaçırılmamalı, standart hizmetleri yerel düzeyde kendi anlayışlarını yansıtarak yürütmelerine fırsat verilmelidir. Teorik hedeflerin pratiğe geçirilmesinde kamuya yerleşmiş ve eskiye oranla zayıflamakla beraber etkisi yok olmamış bürokrasi engelini aşmaya yönelik çabanın ilk basamağı bu olmalıdır. Kamunun yetkiyi elde tutma alışkanlığının, oluşturulan her yeni yapıya bulaşma kabiliyetinin çok yüksek olduğu hiçbir zaman unutulmamalıdır.

başlanan yerinden yönetim ilkesi ve tüm ilgili aktörlerin karar alma süreçlerine angaje olarak doğrudan toplumun ihtiyaçlarının uygulanacak politikalara yansıtılmasının gerekliliği sağlık sektöründe değişim programlarının başlamasına olanak sağlamıştır. Ülkemizde, 1980'li yılların sonlarına doğru hem dünya ile entegre olma çabası hem de ağır işleyen sağlık sektörünün daha etkili bir yapıya kavuşması için girişimler yapılsa da, politik istikrarsızlık, değişim karşıtları ve hukuk mevzuatı bu girişimler için engel teşkil etmiştir. 2000'li yılların başında ülkemizin küresel dünyaya hızlı bir şekilde entegre olma arzusu, oluşan siyasal istikrar ve kararlılık sağlık alanında reform için gerekli mevzuat değişikliklerinin yapılmasına olanak sağlayarak "Sağlıkta Dönüşüm Programının" başlamasına ışık yakmıştır.

Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Kamu Hastaneler Birliği

Sağlık, kamu hizmetleri arasında toplumun sürekli olarak etkileşim halinde

kaldığı en önemli sektörlerden biridir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve bu programın en önemli final hamlelerinden biri olan Kamu Hastaneler Birliği, hizmet kalitesinin maksimum seviyeye çıkarılması ve kamu kaynaklarının çok daha etkin bir şekilde kullanılmasını amaçlamaktadır.

Anayasamızın 60. Maddesinde, "*Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar*" diye belirtilmektedir. Ayrıca Anayasanın 56. Maddesinde, "*Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir*" hükmü getirilmiştir. Ayrıca yine aynı maddede, "Genel Sağlık Sigortası kurulabileceğine" dair bir hüküm de yer almıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 Yılı

Raporu ve Türkiye'deki sağlık sistemindeki mevcut sıkıntılar (sağlık hizmetleri sunumundaki maliyet artışları, hasta memnuniyet seviyesindeki düşüşler ve beklentideki artışlar, kamu ödeme kapasitesinin sınırlı yapıda olması vb. nedenler) 2002-2003 yılları arasında merkezi otoritenin "Acil Eylem Planı" çerçevesinde "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın hazırlık çalışmalarını başlatmasını sağlamıştır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun biçimde örgütlenmesi, finanse edilmesi, vatandaşa sunulması ve bu doğrultuda ilerlemesi, ayrıca ülkemizin küresel dünyaya daha etkin bir şekilde entegre olması için 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" başlatılmıştır.⁽⁴⁾

Programın en temel amacı, "etkililik" olgusudur. Bu olgu ekseninde programın misyonu, halkımızın sağlık düzeyinin yükseltilmesi, kaynakların uygun şekilde kullanılarak maliyetin minimize edilmesi ve aynı kaynakta daha fazla hizmet sağlayarak vatandaşların sağlık hizmetleri havuzundan daha fazla faydalanması olarak benimsenmiştir. Hakkaniyet ilke-

siyle bütün vatandaşlarımızın ihtiyaçları ölçüsünde sağlık hizmetlerine ulaşmaları ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmaları sağlanmaya çalışılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda, geçmiş değerlendirilerek yeni bir gelecek inşa etme düşüncesi temelinde sağlık sistemindeki değişimler bütünsel olarak ele alınmıştır. Bu bütünsel değişimler ekseninde radikal ve kapsamlı bir bakış açısı ortaya çıkmıştır. Programın yürütülmesinde temel ilkeler vardır. Bunlar;⁽⁵⁾

İnsan merkezilik: Bu ilke, sistemin planlanmasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlığın aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle birey "aile sağlığı" kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.

Sürdürülebilirlik: Geliştirilecek olan sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.

Sürekli kalite gelişimi: Vatandaşlarımıza sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek hep daha iyiyi aramayı, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasını ifade etmektedir.

Katılımcılık: Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınmasını, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır. Ayrıca bu ilke, sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin sistemin kapsamı içine alınarak uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasını amaçlamaktadır.

Uzlaşmacılık: Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır. Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.

Gönüllülük: Hizmette arz veya talep eden, birey veya kurum ayırımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir. Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları şarttır.

Güçler ayrılığı: Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını

yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu şekilde çıkar çatışması olmayacak, daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.

Desantralizasyon: Kurumlar, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalıdır. Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir.

Hizmette rekabet: Sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir. Böylece sürekli kalite gelişimi ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, ana yapısını tanımlayan temel ilkelerin yanında tamamlayıcı bileşenler üzerine yapılandırılmış bir programdır. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı 2003 yılında yürürlüğe koyarak zincirleme olarak birçok yeniliği kamunun hizmetine sunmuştur. Yenilikçi uygulamalar olarak ortaya çıkan bu bileşenler şunlardır:⁽⁶⁾

1. Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici rolü
2. Tüm vatandaşları tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası Sistemi (2006)
3. Yaygın, erişimi kolay, güler yüzlü sağlık hizmeti
- 3.1. Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve Aile Hekimliği Uygulaması (2005 yılında pilot illerde başlatılmış olup 2010 yılından sonra tüm illerde uygulamaya konulmuştur.)
- 3.2. Etkili, kademeli sevk zinciri
- 3.3. İdari/mali özerk sağlık işletmeleri
4. Sağlık personelinin motivasyonunu iyileştirme ve bilgi/beceri artırma çalışmaları. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
5. Nitelikli, etkili sağlık hizmetleri için kalite/akreditasyon (Hasta hakları ve hekim seçme hakkı 2004 yılında pilot hastanelerde başlatılmış olup şu anda tüm illerde uygulanmaktadır.)
6. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
7. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim için Sağlık Bilgi Sistemi (2009 yılında Türkiye Ulusal Sağlık Enformasyon Sistemi(USES-T) geliştirilerek elektronik kayıt sistemlerine geçilmiştir. Haziran 2010 tarihinde kamu hastanelerinin %99'u, özel hastanelerin ve üniversite hastanelerinin ise %71'i, hasta elektronik sağlık kayıtlarının günlük beslemeleri ile USES-T' ye bağlanmıştır.)

Karmaşık ve parçalı yapıya sahip sağlık finansmanı ile sosyal güvenlik kurumlarının (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) geri ödeme mekanizmasının farklılığı, performans ve kalite yaklaşımı ile vatandaşın inisiyatiflerin (hekim seçme hakkı, hasta hakları) yoksunluğu, bunun yanı sıra sağlık personeli ücretine sabit yaklaşım (sabit ödeme uygulaması) ve sağlık personeli yetersizliği ile mevcut personelin dengesiz dağılımı gibi temel nedenlere dayanarak SDP uygulamaları kapsamında yukarıda belirttiğimiz çalışmalar ve yeni düzenlemeler yapılmıştır.

Yukarıda sıralanan bu bileşenleri bir bütün olarak ele alıp değerlendirdiğimizde; sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni bir modele geçilmiş ve bu model uygulanmaya başlanmıştır. Sektör açısından toplumun tüm kesimlerini ilgilendiren Aile Hekimliği Uygulaması, bu yeni modelin en dikkat çekici bileşenidir.

Performansa dayalı ek ödeme ile sağlık çalışanlarının verimli ve güler yüzlü hizmet sunumu, buna bağlı olarak hasta memnuniyetinin maksimum düzeye çıkarılması, kamu hastanelerinin özerk işletmeler haline getirilmesi, birinci basamak ile diğer hizmetlerde etkin bir sevk zinciri kurulması ve son olarak etkili ve doğru bilgi erişimi için "Sağlık Bilgi Sistemi"nin oluşturulması; söz konusu programın diğer göz alıcı bileşenlerini oluşturmaktadır. Bütünleşik bir yapıda ele alınan bu programa paralel olarak kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanmasıyla vatandaşlarımızın sağlık kuruluşlarına ve sağlık hizmetlerine erişiminde kolaylık sağlanması amaçlanmıştır, ayrıca Genel Sağlık Sigortası'nın hayata geçirilmesi ile sağlık hizmetinden yararlanmak isteyen tüm vatandaşlar tek bir çatı altında birleştirilmiştir.

Kamu hizmetlerinde yaşanan gecikmeler, hizmetlerin yerel ihtiyaçlara uygun olmaması, merkezi idarenin günlük ve rutin işlerinin hizmet yükünü arttırması, dolayısıyla temel fonksiyonlarını yerine getirememesi, merkezden yönetimin idareye katılmaya imkân vermemesi gibi nedenlerle merkezi yönetim anlayışından vazgeçilerek yerinden yönetim hedefine yönelik projeler üretilmiştir.

Buna bağlı olarak, sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli bir şekilde sunulabilmesi için hizmet sunumu ile finansmanının ayrılması ve böylece yönetim kapasitelerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında 81 ilde oluşturulan Kamu Hastaneleri Birliklerinin teşkili ile kaynakların verimli kullanılması, sağlık giderlerinin azaltılması ve vatandaşın daha kaliteli hizmet verilmesi temel hedef olarak öne çıkmaktadır. Aslında kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na



Yeni tesis edilen Halk Sağlığı Müdürlüğü ile birlikte oluşan üçlü yapının bürokrasi oluşturmasına fırsat verilmemeli, her kuruluşun kendi alanında yetkisini kullanarak birlikte çalışması gereken alanlarda maksimum işbirliği ilkesini bürokrasinin insafına terk etmemesi ortak hedef olmalıdır. Yapıda Sağlık Müdürlüklerinin eski etkinliğini koruma ya da yeniden tesis etme yönündeki uygulamalardan uzak durulmalı, fakat hizmet bütünlüğünün tesisinde sağlık müdürlüğünün abi, hakem ve denetleyici rolü mevzuatla güçlendirilerek mutlaka korunmalıdır.

devredilmesi ile bu dönüşümün ilk adımı tamamlanmıştır. Kamu hastanelerinin kendi ayakları üzerinde durabilmesi, işletmelerin zarar etmeden yönetilebilmesi için, daha özerk yapıların kurulması, yönetim, işletme alanlarındaki bilgi ve becerilerin de bu yapıyı desteklemesi düşüncesiyle “Kamu Hastane Birlikleri” kurulması ön görülmüş ve bu kapsamda yasal düzenleme yapılmıştır.

Sağlık Bakanlığı, değişim sürecini şu şekilde açıklamaktadır: “*Vatandaşlarımızın kaliteli sağlık hizmetlerine hakkaniyet içinde erişmelerini ve hizmet standartlarını yükseltmeyi amaçlayan Sağlıkta Dönüşüm Programını, 2003 yılından bu tarafa istikrarlı bir biçimde uygulamaktayız. Kendimize mahsus, bir Türkiye modeli olarak yürütülmekte olan bu programın en önemli unsurlarından biri de Sağlık Bakanlığı'nın planlama, yönetim ve denetleme kapasitesini güçlendirerek söz konusu program ile sağlanan başarılarının süreklilik kazanılmasıydı.*”

Bu çerçevede 02.11.2012 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile “Bakanlık teşkilatı ve bağlı kuruluşların yeniden yapılandırılması” sürecini başlattıklarını açıklayan Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetleri sunumunda sağlanan iyileşme ve gelişmeye paralel olarak Bakanlık ve bağlı kuruluşların yeniden yapılandırılması gereği doğduğunu belirtmektedir. Bakanlık, bu gereklilikten hareketle, politika belirleme, düzenleme, denetleme ve hizmet sunumunun merkezde toplandığı dikey yapılanmadan; politika belirleme ve sistem yönetiminin esas alındığı kurumsal uzmanlaşmaya dayanan, taşra teşkilatındaki idarecilerin karar verme imkânlarını arttırmayı amaçlayan yatay yapıya geçtiğini duyurmuştur. Temelde iş yapma biçimlerinin yeniden tanımlandığı bu değişim sürecinde,

kamu ve özel sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesi için icracı birimlerle, politika yapan ve düzenleyen birimler ayrıştırılmıştır. Bu kapsamda yeni birim ve kurullar ile bağlı kuruluşların kurulmasının yanı sıra taşra teşkilatları da yeniden yapılandırılmıştır. Ayrıca taşınır, taşınmaz ve personel devri işlemleri ile mevzuat güncellemeleri tamamlanarak ikincil mevzuat da oluşturulmuştur. Hizmetlerin daha etkili ve verimli sunumu için bürokrasi ve yönetim kademeleri azaltılarak, profesyonel yönetim anlayışıyla kadrolarda düzenlemeler yapılmıştır. Hastaneleri ve benzeri sağlık kurum ve kuruluşlarını, maliyet ve etkinlik açısından daha etkin yönetebilmek için Kamu Hastane Birlikleri kurulmuştur.⁽⁷⁾

İstanbul, Ankara ve İzmir’de birden fazla birlik kurulmuş olup şu anda 81 ilde toplam 87 Kamu Hastaneleri Birliği kurulmuştur. Daha önce de açıkladığımız gibi Kamu Hastaneleri Birliğince idari yapıda yaşanan değişikliklerle yöneticilerin görev tanımları ve iş alanları yeniden yapılandırılmıştır. Birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşmakta olup genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organıdır.

Genel sekreterlik bünyesinde tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmet başkanlıkları oluşturulmuştur. Birliğe bağlı hastaneler ise hastane yöneticileri tarafından yönetilecek olup hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idari-mali işler, sağlık bakım hizmetleri ve otelcilik müdürlükleri kurulmuştur. Ancak birliklerin ve hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak belirlenen hallerde birlik ve hastanelerdeki yönetim görevleri tek kişiye verilebilmektedir.

Yeni sistemle gelen en önemli değişikliklerden biri, hastaneler ve hastanelerin bağlı olduğu birliklerin yöneticileri ile birlik çatısı altında çalışan uzman ve büro

personelinin sözleşmeli çalışan statüsü haline dönüşmesidir. Görev tanımlaması yapılmasıyla, daha önce hastanelerin yönetiminden sorumlu olan başhekimler bundan sonra artık hekimlik hizmetlerinin ve tıbbi hizmetlerin sorumlusu olacaktır.

Ayrıca önemli parametrelere göre puanlamanın esas alındığı karne sistemi ile (Önemli parametre ile kasıt örnek: çalışanlar ile hasta memnuniyeti, hizmet kalitesi tıbbi hizmetin kalitesi gibi) tüm sözleşmeli yöneticilerin başarıları takip edilecek ve belirtilen olmazsa olmaz parametrelerde başarı gösteremeyen yönetici başarısız sayılacak, sağlıkta ciddi sorunlara sebebiyet verecek yöneticilere ikinci bir şans verilmesinin önüne geçilmesidir.⁽⁸⁾

Daha önceki bölümlerde de bahsettiğimiz gibi gerek "Sağlıkta Dönüşüm Programı" gerekse programın en önemli parçası olan "Kamu Hastaneleri Birliği" çalışmaları, insan odaklı bir uygulama olup vatandaş memnuniyetinin artırılması temel unsur olarak benimsenmiştir. Kamu Hastane Birliklerinin kurulması, dünyada yaşanan gelişmelere paralel olarak sağlık hizmetlerinin yerleşmesi konusunda "insan odaklı bir sistem", "erişilebilir ve hizmette kalite" gibi koşulların yerine getirilmesine ve ülkemizde uluslararası sağlık standartlarının en etkin şekilde kullanılmasına katkı sağlamıştır.

Değerlendirme

Sayıştay Başkanlığı'nın 2005 yılında doğrudan Sağlık Bakanlığı ve bağlı hastanelerine yönelik yayımladığı rapor, ele almakta olduğumuz Kamu Hastaneler Birliğinin kuruluşu ve yapısı hakkında bizlere etkili bir referans kaynağı teşkil etmektedir. Raporun ikinci sayfasında ortaya konan görüş ve öneriler, Kamu Hastaneler Birliğinin neden merkezi otoritenin kapsayıcı etkisinden sıyrılarak modern ve işlevsel hale gelmesi gerektiğine dair güçlü bir tespit yapmaktadır. Raporda şöyle denmektedir: "*Hastaneler, yönetim faaliyetlerini yürütürken stratejik planlama yaparak orta ve uzun vadeli amaçlarını, hedef ve önceliklerini, bunlara ulaşmak için nasıl bir yol izleneceğini ve performans ölçütlerini belirlemeli, kaynakların dağılımını planlanmalıdır. Bu çerçevede somut hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını ölçen performans raporları hazırlanarak izleme ve değerlendirme yapılmalıdır. Takip eden yılın planlarında bu raporlardan yararlanılarak hedeflere ulaşmayı engelleyici faktörler belirlenmeli, bunların etkilerini ortadan kaldıracak veya en aza indirecek önlemler alınmalıdır*".⁽⁹⁾

Daha az bürokrasi daha fazla hizmet

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında

devletin sağlık hizmetlerinde oynadığı geleneksel rolü terk etmesi ve sadece sağlığın üretimi ve finansmanı üzerine odaklanarak kural koyucu, denetleyici olması, yerinden yönetim hedefiyle kurgulanmış bu yapı şu an itibarıyla tüm birimleriyle amacına hizmet edebilmesi için bürokrasi azaltılmalı ve merkezi yönetimin periferide atadığı yöneticilere güvenmesi, gerekli yetki devrini, denetleyen ve kontrol eden unsurlarını artırarak olabildiğince devretmesi henüz sağlanabilmiş değildir. Mevcut haliyle dahi önceki durumla karşılaştırılmaz düzeyde hizmet sunumu ve finansal avantajlar elde edilmesine rağmen beklenen sıçramanın gerçekleşmesi, ancak yetki devriyle mümkün olabilir. Kamu Hastane Birliği yönetimlerinin yetkiyi eline alma gerekçelerinin benzer nedenlerle hastane idareleri tarafından arzulandığı dikkatlerden kaçırılmamalı, standart hizmetleri yerel düzeyde kendi anlayışlarını yansıtarak yürütmelerine fırsat verilmelidir. Teorik hedeflerin pratiğe geçirilmesinde kamuya yerleşmiş ve eskiye oranla zayıflamakla beraber etkisi yok olmamış bürokrasi engelini aşmaya yönelik çabanın ilk basamağı bu olmalıdır. Kamunun yetkiyi elde tutma alışkanlığının, oluşturulan her yeni yapıya bulaşma kabiliyetinin çok yüksek olduğu hiçbir zaman unutulmamalıdır.

İhtiyacımız olan şey: Ayrışma değil birlikte çalışma kültürü

Yeni tesis edilen Halk Sağlığı Müdürlüğü ile birlikte oluşan üçlü yapının bürokrasi oluşturmasına fırsat verilmemeli, her kuruluşun kendi alanında yetkisini kullanarak birlikte çalışması gereken alanlarda maksimum işbirliği ilkesini bürokrasinin insafına terk etmemesi ve yapının çatışmalı alanlardan uzak tutulması ortak hedef olmalıdır. Yapıda kanun öncesinde var olan Sağlık Müdürlüklerinin eski etkinliğini koruma ya da yeniden tesis etme yönündeki uygulamalardan uzak durulmalı, fakat ilin tümünün planlanmasında ve hizmet bütünlüğünün tesisinde sağlık müdürlüğünün abi, hakem ve denetleyici rolü mevzuatla güçlendirilerek mutlaka korunmalıdır.

Kamusal alanda finansal özerklik hizmet kalitesinin yükselmesinin anahtarıdır

Kamu Hastane Birliklerini zincir hastane gruplarına benzetebiliriz. Hastanelerin işletme maliyetlerinin azaltılması, personelin verimliliğinin artırılması, ihtiyaç olması durumunda yerel sağlık politikalarını mikro çevrede genel çerçeveden sapmadan etkinliğini artıracak şekilde farklılaştırılarak uygulama esnekliğine sahip olunması gibi kamu adına ciddi fırsatların ortaya çıkarılması

ve en önemlisi finansal sürdürülebilirliğin elde edilebildiği nihai hedefe taşınması bu güne kadar olduğu gibi kanunda öngörüldüğü üzere bundan sonra da hizmet verilen uç birimlerin sisteme ortak edilmesiyle sağlanabilir.

Mevcut yapının başarısını ölçen parametrelerden merkezi kararların etkisi ile değişebilenler çıkarılmalı ve merkezi kararlarla değişenlerde mutlaka etkisi oranında verimlilik çarpanında yerini almalıdır. Merkezi iradenin uygulamalarının olumlu ya da olumsuz etkileri verimlilik değerlendirmesinin dışında tutulmalıdır.

Yerel düşünüp bütüncül hareket edilmeli

Kamu hizmetlerinde beklenen hızı ulaşılamamasının önünde birçok engel bulunmaktadır. Hizmetlerin yerel talep ve gerçek ihtiyaçlara uygunluğunun sağlanmasının zorluğu, günlük bürokratik işlemlerin yöneticilerde sebep olduğu iş ve motivasyon eksiklikleri, yükselen beklentinin karşılanması bir yana sağlık hizmetlerinin temel fonksiyonlarından geri kalınması riski, tüm bu süreçlerin yakından izlenebilmesindeki yavaşlama, desantralize yapı bile olsa merkezi modellerin en önemli hastalığı olan yönetim anlayışının ortak akıl yerine akla ortak etme gibi bir yapıya dönüşmesi ihtimalleri akıldan çıkarılmamalı ve Sağlıkta Dönüşüm kapsamında kurgulanmış olan Kamu Hastane Birliklerine en kısa zamanda arzulanan işlevselliğinin kazandırılması hepimizin temel hedefi olmalıdır.

Kaynaklar

1) Ateş H., Kırılmaz H., *Bir Yönetişim Modeli Örneği: Kamu Hastane Birliği. Bir Yönetişim Modeli Örneği: Kamu Hastane Birliği*, Aydın A.H., Taş İ.E., Kılıç M., Gül Z., Ed., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Yayınları, Kahramanmaraş, 218 220, 2010.

2) a.g.e.

3) World Bank (1994), *Staff Appraisal Report: District Health Services Pilot and Demonstration Project*, Washington, DC.

4) Kılıç, Taşkın, *Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sağlık Sistemini son 10 Yılı*. <http://www.saglikpersoneli.net/saglikta-donusum-programi-ve-saglik-sisteminin-son-10-yili-makalesi-16.html> (21.08.2013).

5) *Sağlıkta Dönüşüm Programı*. T.C Sağlık Bakanlığı.

6) a.g.e

7) 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Getirdiği Yenilikler. <http://ermenek.wordpress.com/tag/sigorta/> (Erişim tarihi: 20.08.2013).

8) *Hastanelerde Yeni Dönem*. Hürriyet Gazetesi.

<http://www.hurriyet.com.tr/saglik/21835277.asp> (Erişim tarihi: 22/08/2013).

9) *Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi ve Tıbbi Cihaz Yönetimi*, T.C Sayıştay Başkanlığı, Performans Denetim Raporu, 2005.

Yeni dönemde hastane yöneticiliği

Şemseddin Döğücü



1976 yılında Şanlıurfa'da doğdu. İstanbul Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü ile Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi'nden mezun oldu. Beykent Üniversitesi'nde Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisansı yaptı. 2009 yılında Granada (İspanya) ve Porto Üniversitelerinde (Portekiz) hastanelerle ilgili olarak Leonardo Da Vinci Eğitim Programına katıldı. Kocaeli İl Sağlık Müdür Yardımcılığı ve İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kurucu müdürlük görevlerinde bulundu. Sonrasında Mardin Kamu Hastaneler Birliği'nin ilk genel sekreteri olarak görev yaptı. Halen, İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi'nin kurucu yöneticisi olarak görev yapmaktadır.

Sağlık; mikro düzeyde insanın temel ihtiyaçları arasında yer alırken, makro düzeyde ise, toplumların sağlık göstergeleri, ülkelerin gelişmişlik düzeylerini yansıtmaktadır.

Bireyin sağlıklı bir şekilde yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan sağlık hizmetlerine erişimi ve ihtiyaçlarının karşılanması, tüm toplumların sıcak gündem maddeleri arasında yer almaktadır. Küreselleşme ile birlikte yaşanan bilimsel, teknolojik, ekonomik, sosyal ve siyasal gelişmeler, sağlık hizmetlerinin gelişimine etki etmektedir. Sağlık hizmetlerinde yaşanan bu değişim ile birlikte, toplumun beklentilerinde yaşanan artış ve bu artış sonucu oluşan taleplerdeki kit kaynaklarla karşılanmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin en önemli sunum merkezlerinden olan hastanelerin sunum şekillerinde ve yönetim yapılarında da bir takım değişiklikleri beraberinde getirmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastaneleri, "müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon üzere gruplandırılabilen sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar" şeklinde tanımlamıştır. Hastaneler, modern yapıya bürünmeden önce, literatürde hekimlerin hastaları muayene ettikleri odalardan oluşan ve uzman olmayan hayırseverler tarafından ayakta tutulan, hasta bakım hizmetlerinin verildiği bir yapı olarak yer almaktadır. Yirminci yüzyıldan başlayarak günümüze gelindiğinde hastaneler birer hizmet organizasyonu olarak, karmaşık yapıda, açık-dinamik sistem özelliğine sahip, 24 saat kesintisiz hizmet sunumunun gerçekleştirildiği, personelinin önemli bir kısmının bayanlardan oluşması nede-

niyle personel değişim hızının yüksek olduğu, yoğun teknolojinin kullanıldığı, yatırımların yüksek maliyetleri içermesi ve sahip olduğu bütçeleri ile büyük bir işletme hüviyetine bürünmektedir.

Bu özelliklere sahip olan hastanelerin yönetim süreçleri daha fazla önem kazanmış ve yöneticilerinin de önemli sorumluluk yüklenmeleri gündeme gelmiştir. Osmanlı İmparatorluğu zamanında hastanelerde hekimlikle ilgili fenni işler ser tabibe, hastanenin yönetimi ve işletilmesi işleri de tımarhane ağası denilen ve hekim olmayan kişilerden yetiştirilen hastane yöneticilerine yaptırılıyordu. 1840'lı yıllardan sonra hastane yöneticilerine müdür-i hastane deniyordu ve bu kişiler de hekim değillerdi. Hastanenin tüm idari, mali ve işletmecilik hizmetleri müdür-i hastane tarafından yürütülüyordu. Başhekimler ise yalnızca hasta tedavisi ile ilgili mesleki faaliyetlerin yönetimi ile ilgileniyorlardı. Hastane yöneticisi olan müdür-i hastane 1200 akçe ve 8 kişilik erzak alırken, baştabip 1125 akçe ve 8 kişilik erzak almaktaydı.

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki organizasyon yapısında hastane yönetimi, mütevelli heyeti ya da yönetim kurulu olarak adlandırılan yönetim ekibine (Governing Body) bırakılmıştır. Hastanenin mal varlığının yönetiminden, hastaların verilen tedavi hizmetine kadar her türlü konuda sorumlu olan yönetim ekibinin hastane içindeki işlevi, sanayi kuruluşlarındaki yönetim kurullarının işlevlerine benzerdir. Başka deyişle yönetim ekibi, hastane yönetimi için danışmanlık yapmakta, önemli kararları ve politikaları gözden

geçirerek onaylamaktadır. Hastane içindeki yürütmeden ise; hastane müdürü (Chief Executive Officer) sorumludur. Yönetim ekibi, hastanede günlük işlerin yürütülmesi yetkilerini hastane müdürüne devretmiştir. Hastane müdürünün altında ise, fonksiyon esasına göre oluşturulmuş bölümlerin idarecileri bulunmaktadır. Bu idareciler, tıp hizmetlerinden sorumlu başhekim, yardımcı tıp hizmetlerinden sorumlu bir patolog veya bir hastane müdür yardımcısı, hemşirelik hizmetlerinden sorumlu başhemşire, mali/destek hizmetlerden sorumlu kontrolör veya bir hastane müdür yardımcısıdır.

İngiltere'de hastaneler; hastane müdürü, başhekim ve başhemşireden oluşan bir yönetim ekibi tarafından idare edilmektedir. Hastane yönetim ekibinde olan hastane müdürü, başhekim ve başhemşire birer fonksiyonel yöneticidir. Hastanedeki faaliyetler üç grupta toplanmıştır. Bu faaliyetlerin yürütülmesinden, fonksiyonel yönetici olan hastane müdürü, başhekim ve başhemşire sorumludur. İngiltere'de hastane organizasyonlarında üst ve orta kademe yönetim organları birleştirilmiştir. Yani üst düzey yöneticiler aynı zamanda fonksiyonel yöneticilerdir.

İngiltere'de hastane iç organizasyonu ile alt bölge sağlık teşkilatı iç içe girmiştir. Hastane organizasyonlarındaki bazı görevliler hem alt bölge sağlık teşkilatındaki fonksiyonel yöneticilere karşı sorumlu, hem de hastane içindeki yönetim ekibine bağlı olarak hizmet vermektedirler. Bakanlık örgütünden hastane yönetim ekibine kadar uzanan örgüt kademelerinde yer alan her idari pozisyonun karşılığı bir alt ya da üst kademe yer almaktadır. Bu idari pozisyonlar arasındaki

yönetsel ilişki, bir ast-üst ilişkisi olmaktan çok izleyicilik ilişkisi türündendir. Bu ilişki türünde üst kademe organları alt kademe organlarına emir vermez, onların uygulamalarını gözlemleyerek onlara danışmanlık yapar. Hastane yönetim ekibinde yer alan hastane müdürü, başhekim ve başhemşire kendi alanlarındaki yürütmeden sorumludur. Yönetim ekibi üyeleri arasında ast-üst ilişkisi yoktur.

Almanya'da hastane organizasyonlarında en üst idari organ hastane direktörlüğüdür. Hastane direktörlüğü; hastane müdürü, başhekim ve başhemşireden oluşmaktadır. Başhekim tıbbi hizmetlerden, hastane müdürü mali destek hizmetlerinden ve başhemşire hemşirelik hizmetlerinden sorumludur. Bu fonksiyonel alanlarda yürütmeden sorumlu olan idareciler hem üst kademe yöneticisi, hem de fonksiyonel yöneticidir. Bu anlamda Almanya hastane organizasyonları, İngiltere'deki hastane organizasyonlarına benzemektedir. Çünkü Almanya'da da üst yönetim organları ile orta kademe yönetim organları birleştirilmiştir. Yani üst yönetim ekibinde yer alan yöneticiler aynı zamanda birer fonksiyonel yöneticidir.

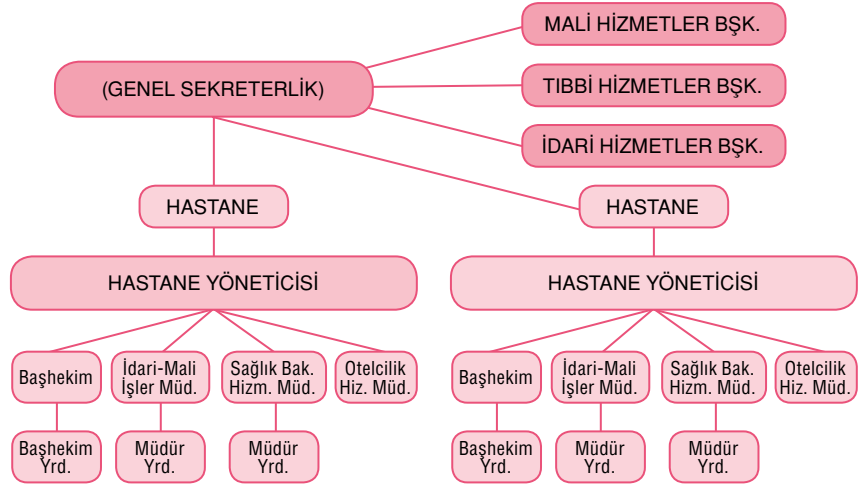
Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin organizasyon yapısı yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği esas alınarak düzenlenmiştir. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname yayımlanmaya kadar hastanelerin en üst yöneticisi başhekimdir. Başhekim hem yardımcısı durumunda olan hastane müdürü ve başhemşire ile birlikte hastanenin genel hizmetlerini yürütmekte, hem de kendisine doğrudan bağlı diğer birim ve alanların yönetim ve denetim görevini yürütmekteydi.

"Sağlıkta Dönüşüm Programı" öncesinde hastaların hastaneye erişimi oldukça güç olup birçok kamu kurumu sahip olduğu hastaneler aracılığıyla kendi mensuplarına hizmet verdiğinden, vatandaş ikametgâhına yakın hastaneden dahi hizmet alamamaktaydı. Birçok hizmet için ileri tarihli randevu verilmekte, hastalar bazen bir görüntüleme hizmeti için aylarca hatta yıllarca beklemek zorunda kalmaktaydı. Hasta memnuniyeti sorgulanmamakta, hastane-hasta ilişkisi televizyonlarda parodilere konu olmaktadır. Toplum yaşananlara tepki göstermekte ve sağlık hizmetlerinde de değişimi talep etmekteydi.

Sağlıkta dönüşüm ve hastanelerde yönetimlerin rolü

Tüm bu yaşananların sonrasında, 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık politikalarında köklü değişimleri içeren bir reform niteliği taşımaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Tablo 1: Kamu Hastane Birliği teşkilat şeması



ile sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıyla; sağlık kuruluşlarında yönetsel ve mali özerkliği sağlamak, tasarrufu teşvik etmek, verimlilik ve kaliteyi artırmak için kamu hastane birliklerini kurmak hedeflenmiştir. Kamu hastane birliklerinin kurulmasıyla, yeni kamu yönetim uygulamaları devreye girmiştir.

02.11.2011 tarihli Resmi Gazete'nin 28103 sayılı mükerrer sayısında yayımlanan 663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" (KHK) ile 1983 yılında yayımlanan 181 sayılı "Bakanlık merkez ve taşra teşkilat yapısını düzenleyen" 181 sayılı KHK yürürlükten kaldırılmıştır. Yayımlanan KHK sonrasında Sağlık Bakanlığı'na bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur. Bakanlık hastaneleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı olup ileride kurulacak Kamu Hastaneleri Birliklerinin bir alt kolu olarak hizmet sunacaklardır. Birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşmaktadır. Genel sekreterlik; birliğin en üst karar, yetki ve yürütme organıdır. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbî hizmetler, idarî hizmetler ve malî hizmetler başkanlıkları yer alır. Birliğe bağlı hastaneler, hastane yöneticisi tarafından yönetilecektir. Hastane yönetimi; hastane yöneticisine bağlı olarak, başhekimlik, idarî ve malî işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlüklerinden oluşmaktadır.

Birliğin en tepe yöneticisi olan genel sekreter, birliği belirlenen hedef, politika ve stratejilere, ilgili düzenlemelere ve performans programına göre yönetmekle görevlidir. Bunun için tıbbi, idari ve mali tüm süreçlerden sorumludur. Hastane yöneticisi ise, hastane ölçeğinde genel sekreterin görev, yetki ve sorumluluklarına sahip olup hastanede tüm hizmetlerin verimli ve mevzuata uygun şekilde yürütülmesinden genel sekretere karşı sorumludur.

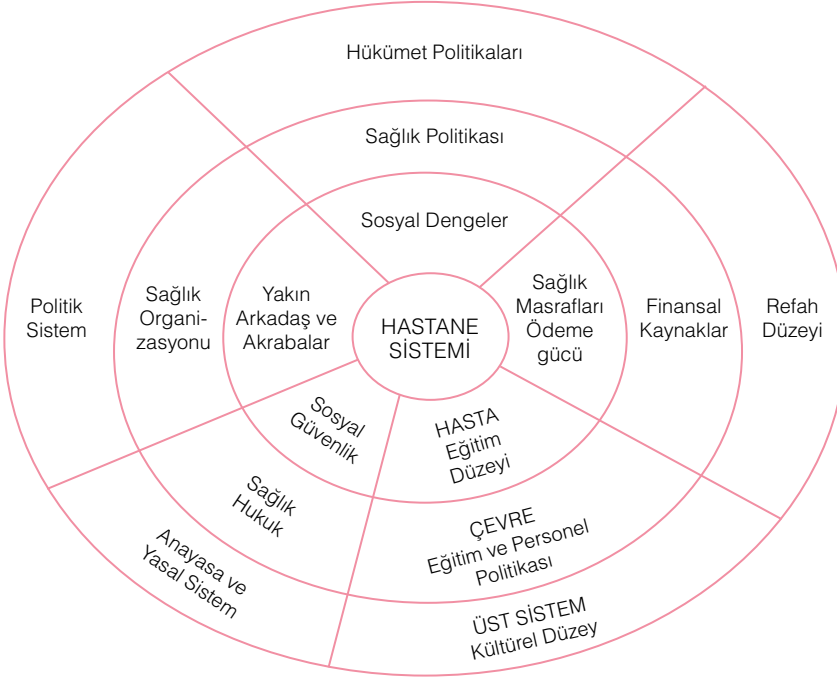
Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname öncesinde hastanenin tepe yöneticisi başhekim, hekimlik hizmetinin yanı sıra hastane yöneticiliğini yürütmekte iken, KHK ile birlikte ülkemizde de hastane yönetimleri profesyonel bir yönetim olarak ele alınmaya başlandı. Yönetim kademesindeki her pozisyonda görevli olan yöneticiler, süreli sözleşme imzalararak göreve başlamaktadır. Yöneticilerin mali kazanımları, sadece yönetici için belirlenen ücretler olup, yönetici gelirleri dışında gelir getirici işlem yapmaları da yasaklanmış bulunmaktadır.

Modern hastane yönetimleri açısından bakıldığında zaman; hastaneler, sadece tıbbi hizmetleri sunan fiziki mekânlar değil, refah düzeyi, tüketim alışkanlıkları, bireylerin eğitim durumu, aile yapısı, kültürel düzey, sağlık sisteminin yapısı, sosyal güvenlik, siyasal sistem, sağlık politikaları gibi birçok bireysel, çevresel ve üst sisteme ait faktörlerin etkisine açık bir sistemdir.

Yönetimlerin profesyonelleştiği günümüz hastaneleri arasında yaşanan rekabet, hastanelerin tercih edilmelerinde de birçok faktörün dikkate alınmasını sağlamıştır. ABD'de Ulusal Araştırma Kuruluşu (The National Research Corporation: NRC), 1984-1986 yılları arasında üç yıl boyunca her yıl bin kişi olmak üzere toplam üç bin kişi üzerinde yaptığı araştırmada, hastane seçiminde etkili olan 14 kriteri önem derecesine göre şu şekilde belirlenmiştir:

- Tıbbi personelin kalitesi
- Acil servis hizmetlerinin kalitesi
- Hemşirelik bakım kalitesi
- Her türlü hizmetin bulunabilirliği
- Doktor tavsiyesi
- Modern ekipman
- Çalışanların kibarlığı
- Çevre ve fiziki koşulların iyi olması

Şekil 1: Modern yönetimlere göre hastane sistemi



- Hastaneyi daha önce kullanma
- Hizmetlerin fiyatı
- Aile tavsiyesi
- Eve yakınlık
- Özel oda imkânı
- Arkadaş önerisi.

Görüldüğü üzere tıbbi hizmetler, hastanelerin tercih edilmesinde önemli yer tutmaktadır. Ancak tek başına günümüz modern yönetim sisteminde hastane tercihleri için belirleyici olmaktan çıkmaktadır. Hastanelerin; **yönetimsel hizmetleri**, malî hizmetleri, teknik hizmetleri, otelcilik hizmetleri, **eğitim** hizmetleri, araştırma ve geliştirme hizmetleri, sosyal hizmetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de hastaların tercihlerinde önemli rol oynamaktadır.

Sayılan hizmetlerin başarılı bir şekilde yürütülmesi, yönetim kadrolarının yapacakları çalışmalar sayesinde olabilecektir. Hastane yönetimi, genel yönetimden ayrı değildir. Planlama, programlama, bütçeleme, örgütlenme, kadrolama, yürütme, kontrol vs. bilgileri içine alır. Bununla birlikte, hastane yönetimini hem bir yönetim alanı olarak, hem de sağlık ve tıbbi bakım sektörü içinde bir fonksiyon olarak benzersiz kılan bazı koşullar mevcuttur. Bu koşullardan biri sağlık sektöründe insana verilen hizmetlerin aşırı derecede bireyselleştirme gerektirmesidir. Kişisel sağlık hizmetleri, kitle halinde üretilip satılmadığı için her bireye göre özel olarak tasarlanmak zorundadır. Bir başka ifadeyle, yarı kamusal mal olarak da tanımlanan bu zorunluluk, hizmetin yönetimini de karmaşıklaştırılmaktadır. Ayrıca, yönetimin karar verme ve planlama fonksiyonu, hastanelerde "dört ayrı dünyaya" dağılmıştır.

Birinci dünyada çok sayıda uzmanlık alanından doktorlar hastaları tedavi etmekte, ikinci dünyada hemşireler iş akışlarını hasta bakımı etrafında sürdürmektedirler. Üçüncü dünyada bütçe ve destek hizmetlerini yöneten idari hiyerarşi bulunmaktadır. Dördüncü dünya ise yönetişimdir. Bu dünya, hastanenin hastaneyi yöneten ya da kontrol eden yapıyla olan ilişkisini ifade etmektedir. Dolayısı ile hastane yönetimleri; hekimler, hemşireler, diğer sağlık profesyonelleri ve toplumun diğer katmanları ile ekip çalışması içinde çalışmak ve sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu onlarla paylaşmak zorundadır. Bu durum, yöneticinin işlerini daha da karmaşıklaştırmaktadır.

Hastaneleri benzersiz kılan diğer özellikler ise görev yapan farklı profesyonel, yarı profesyonel ve yardımcı personel arasında yüksek düzeyde koordinasyon gerektirmesi, uzmanlaşmanın yüksek olması, işlerin birbirine bağlı olması ve sunulan hizmete yönelik çıktılarının tanımı ile ölçümünün zor olmasıdır.

Performans tanımlamalarının güçlüğüne rağmen yapılan tüm çalışmalar, hasta memnuniyetinin sağlanmasına yönelik olarak gerçekleştirilmektedir. Hastanelerde, geçmiş yıllarda yapılan birçok hizmet, günümüzde dış kaynak kullanımı (outsourcing) ile sağlanmaktadır. Bu durum, başta otelcilik hizmetleri olmak üzere, bilgi işlem hizmetleri gibi stratejik hizmetlerin yanı sıra görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinde de yapılabilmektedir. Outsourcing, yapılan hizmetlerin, hastane amaçlarına uygun temini ve kontrolü yönetimlerin başarısını artırabilmektedir.

Yönetimlerin yakın ilgisini çeken önemli

konulardan biri, Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan ve hastanelerden uyulması istenen hizmet kalite standartlarıdır. Bu standartlar, yatay ve dikey olmak üzere kurumun tüm birimlerini kapsamaktadır. Dikey boyutlarda, Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmeti Yönetimi, İndikatör Yönetimi yer alırken yatay boyutta ise Hasta ve Çalışan Güvenliği bulunmaktadır. Hastanelerin bu standartları karşılama oranları ve aldıkları puanlar hastane yönetimleri için bir başarı göstergesi olarak görülmektedir. Bu durum aynı zamanda, kamu hastanelerinin yönetimleri arasında tatlı bir rekabeti de oluşturmaktadır.

Hizmet Kalite Standartları ile ilişkili olarak, kamu hastanelerinde yer alan komiteler aracılığı ile birçok kararlar alınmakta ve yönetimler tarafından hayata geçirilmektedir. Komiteler arasında yer alan enfeksiyon kontrol komitesi, hasta ve çalışan güvenliği komitesi gibi komiteler de, hastanede görevli, çeşitli unvanlardan çalışan bireyler tarafından oluşmaktadır. Yönetimler, komitelerin uyumlu çalışması için gerekli tedbirleri almakla yükümlüdürler.

663 sayılı KHK ile hastaneler; tıbbi ve malî kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde, kurumca belirlenecek usul ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulurlar. Bu değerlendirme, kamu veya özel değerlendirme kuruluşlarına da yaptırılabilir. Değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler, yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılır. Birliğin grubu, hastanelerinin ağırlıklı ortalamasına göre belirlenir. Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre birliğin grubunun düşürülmesi veya bir üst gruba çıkarılmaması halinde kurumca, genel sekreterin görevine; bu durumun hastane ölçeğinde gerçekleşmesi durumunda ise, genel sekreterce, hastane yöneticisinin görevine son verilir son verilir.

Yönetim üzerine güncel tartışmalar

Ülkemizde özellikle 663 sayılı KHK sonrasında genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerine yapılacak atamalar çok tartışıldı. Bu tartışmaların geldiği nihai noktada, "Hastaneleri unvan bazında kim yönetmeli?" sorusu rafa kaldırılmalı, "Hedeflere, kim daha başarılı ve yüksek oranda yaklaştıracaksa, kurumları da onlar yönetmeli" mantalitesi zihinlere yerleştirilmelidir.

Gelişen dünya düzeninde hizmet sektörünün gereklerini bilen, kurumsallaşma ve sistem yönetimi kurabilen, hedeflerle çalışan ve stratejik yönetim prensiplerini kurgulayabilen icracılara ihtiyacımız var.

Çünkü bu kişiler, aynı zamanda bir sistem ve örgüt yapısı kurmak durumundadırlar.

Hastanelerdeki eski yönetim anlayışları ile günümüzün ihtiyaçlarını karşılamak mümkün görünmemektedir. Dünün alışkanlıklarını terk etmek kolay olmamakla birlikte, yapılacak yenilikler karşısında değişime olan direnç de kendisini gösterecektir. Hastanın ulaşmadığı hastanelerden, evde bakım hizmetleri ile hastaya ulaşılan bir hizmet anlayışı, hastanelerin yönetim yapılarında da değişimleri zorunlu kılmaktadır. Ülkemizde 2003 yılından itibaren uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programının başarısı, tüm çalışanlarla birlikte yönetimlerin üstün gayretleri sayesinde gerçekleşmiştir.

Bu başarı da bize gösteriyor ki, yönetim yapısına hekim yönetici / hekim dışı yöneticinin üstlendiği yönetimler olarak bakmaktan ziyade profesyonelce bakma zorunluluğu vardır. Bugün tüm mesaisini hastanesi için harcayan hekim, mali haklarında tatmin düzeyini talep etmektedir. Ancak tek başına mali haklar yeterli olmayıp, iş tatmini için gerekli olan bilimsel koşullar, fiziki mekânlar, akademik kariyer planlaması gibi konularda da yönetimler tarafından desteklenmeyi beklemektedir. Bugün için bu beklentiler tek başına hekimlerle de sınırlı değildir. Artık ülkemizde yaşanan hızlı gelişme ile hemşire, diyetisyen, fizyoterapist gibi hastanede görev yapan tüm meslek grupları da bu beklentileri taşımaktadırlar.

Sonuç olarak, hastane yönetimlerinin başlı başına bir meslek olgusu içerisinde ele alınarak, hastaneler gibi 7/24 canlı bir yapının yönetiminde, hasta - çalışan memnuniyetini birbirinden ayırmadan, işgal edilen makamın vermiş olduğu formal yetkiden ziyade, çalışanlar üzerinde yetki kullanmaksızın etkili olacak, ekip çalışmasına olan inancı ön planda tutacak, farklı bilgi kaynaklarını kullanmaya ve örgüt sınırları dışında gerçekleşen gelişmeleri değerlendirerek pozisyon almayı zorunlu kılan, ortak gelecek bir vizyon oluşturan lider yöneticilere ihtiyaç duyulacaktır. Bu özelliklere sahip olan yöneticileriyle hastaneler; yarınlar daha emin adımlarla ilerleyebilecek ve istenen kalitede hizmetlerini sağlayabilecektir.

Kaynaklar

Altay A, "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi" <http://dergi.sayistay.gov.tr/icerik/der64m2.pdf> (Erişim tarihi: 16.08.2013)

Anadolu Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Ders Kitabı

Ateş M, Sağlık Sistemleri, Beta Basın Yayım Dağıtım, 2011

<http://saglikyonetimi.files.wordpress.com/2012/02/saglik-yoneticiligi-ve-sorunlari.pdf> (Erişim tarihi: 16.08.2013)

Mardin Genel Sekreterliği tecrübesi

Genel sekreterliğimiz süresince yaşadığımız tecrübelerde göstermektedir ki; sahada görev yapan başta hekimler olmak üzere tüm çalışanlar, kendisi ile iletişime geçecek, empati yapabilecek ve çözümü beraber arayacak yöneticilere ihtiyaç duymaktadırlar. Çalışanlar, yöneticilerin unvanına takılı kalmadan el ele vererek daha iyi koşullarda çalışmayı arzulamaktadır.

Mardin Genel Sekreterliği olarak; hasta memnuniyetinin, çalışan memnuniyeti ile elde edileceğine olan inancımızla, 2 Kasım 2011 tarihinde çalışmalarımıza başladık. Bunun için öncelikle, hastanelerin mevcut durumlarının tespitini yapıp, kısa ve orta vadeli planlar oluşturarak çalışmalarımıza hız verdik. Bu çalışmaların başında, hastanelerde, altyapı kaynaklı sorunların çözümüne yönelik alternatifler geliştirdik. İhale süreçlerinin uzun olmasını dikkate alarak, hayırsever desteği ile çözümleri oluşturmaya çalıştık. Başta, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanemiz olmak üzere hayırsever Mardinliler aracılığı ile tüm hastanelerimizde yeniliklerin gerçekleşmesine aracılık ettik.

"Kadim geçmişten sağlıklı geleceğe!" sloganıyla hastanelerimize sahip çıkalm düşüncesini oluşturmaya çalıştık. Hastanelere sağladığımız, fiziki mekân yenilikleri, tıbbi cihazlar ve ünitelerle (fizik tedavi, yoğun bakım, yeni doğan vb. üniteler gibi) tedavi olanağında yapılan iyileştirmeler, başta hekimlerimiz olmak üzere çalışanlar tarafından olumlu tepki ile karşılanmış, toplumsal dinamiklerin de beğenilerini kazanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi için hastanelerin mali bir disipline sahip olması, hastane yönetimlerin önemle üzerinde durmaları gereken konulardan biridir. Başlangıçta tespit ettiğimiz, hastanelerimizin yüksek borçlanma miktarları ve 500 güne yakın bekleyen firma hak edişleri, depolardaki yüksek stok miktarları acil çözüm bekleyen sorunlardı. Bu sorunlar, yönetim müdahalelerini zorunlu kılmaktaydı. Yaptığımız çalışmalar sonucunda görevimizin altıncı ayında borç miktarları önemli oranda azaltıldı. Firma borç geri ödeme sürelerinin ortalaması 45 güne indirilerek, hak edişlerin zamanında ödenmesi firmalar nezdinde hastane yönetimlerine olan güveni sağladığı gibi; malzeme temininde uygun fiyatla alımların önünü açarak hastanelerimizin gereksiz maliyetlere katlanması zorunluluğunu da ortadan kaldırmış oldu. Hastanelerin, depo stok miktarlarında da Bakanlığımız tarafından öngörülen stok seviyeleri ulaşılarak gereksiz stok maliyeti önüldü. Aynı zamanda kullanılmayan demirbaş ve sarf malzemeler aktif hale getirilerek kaynakların etkin kullanımı sağlandı.

Yönetimlerin, mali alanlarda yaptıkları faaliyetler, çalışanları da yakından ilgilendirmektedir. Zamanında ve tam olarak ödenemeyen döner sermaye, çalışanın motivasyonunu olumsuz etkilemektedir. Mali hizmetler alanında yaptığımız çalışmalar sayesinde, özellikle hekim ve sağlık personelinin döner sermaye hak edişlerinin, tavandan ödemelerinin sağlanması, çalışanların motivasyonuna olumlu katkılar sağlamıştır.

Yönetim olarak, hastanelerimizdeki alt yapı ve mali iyileştirmelerin yanı sıra öz kaynaklarımızla düzenlediğimiz bilimsel toplantılar, ulusal çapta ses getirmiştir. İlimizde ilk defa, 6 aylık süreç içerisinde Cerrahpaşa ve Hacettepe Tıp Fakültesi gibi ülkemizin önde gelen tıp fakülteleri ile birlikte ortak eğitimler planlayarak hekim ve sağlık personelimizin mesleki tatminine yönelik olumlu katkılar sağlanmıştır.

İldeki uzman hekimlerle, hasta tedavilerinin ilimizde gerçekleşmesi için branş düzeyinde toplantılar gerçekleştirildi. Bu toplantılar sonucunda eylem planı oluşturularak, il dışı hasta sevklerinin önemli ölçüde azaltılması sağlanmıştır.

Mecburi hizmeti sona erdikten sonra hastanelerden ayrılmayı düşünen hekimler; yapılan iyileştirmeler neticesinde ayrılma kararlarından vazgeçtiklerini ifade etmişlerdir.

Genel Sekreterlikte yaptığımız çalışmaları paylaşmadaki amacımız, yönetim araçlarının doğru uygulanması sonucu kısa sürede olumlu dönüşüm elde edileceğini göstermektir.

<http://www.derszamani.net/hastanelerin-tarihsel-gelisimi.html> (Erişim tarihi: 16.08.2013)

<http://www.medimagazin.com.tr/authors/ibrahim-ersoy/tr-hastane-birliklerine-kimler-genel-sekreter-olmalı-72-1-3223.html> (Erişim tarihi: 16.08.2013)

http://www.saglikplatformu.com/saglik_egitimi/showquestion.asp?faq=3&fldAuto=235 (Erişim tarihi: 15.08.2013)

Kavuncubaşı Ş, "Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi" Siyasal Kitabevi, Ankara, 2008

Ocak E, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Fakültesi Dergisi, <http://saglikyoneticisi.blogspot.com/2012/02/hastane-organizasyonlari-ve-hastane.html>, (Erişim tarihi: 15.08.2013)

Resmi gazete, www.resmigazete.gov.tr, (Erişim tarihi: 02.11.2011)

Seçim H, Hastane Yönetimi ve Organizasyonu-Türkiye'de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, İşletme Fakültesi Yayın No:252, İstanbul, 1991, s. 5

Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M, "Sağlık İşletmeleri Yönetimi" Nobel Kitabevi, 2009

Sağlık çalışanlarının riskleri ve sağlık takipleri

Dr. Hülya Beyzadeoğlu



Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1988 yılında mezun oldu. Halk Sağlığı ihtisasını Trakya Üniversitesi'nde tamamladı. 2005-2012 yılları arasında Hıfzıssıhha Enstitüsü İstanbul Bölge Müdürlüğü Mikrobiyoloji Laboratuvarının yönetiminde görev aldı. Halen İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Toplum Sağlığı Hizmetleri Şubesinde Evde Sağlık Hizmetleri İletişim ve Koordinasyon Merkezi'nin sorumlu doktoru olarak görev yapmaktadır.

İkram Cengiz



Atatürk Üniversitesi Fen Fakültesi Kimya Bölümünden 1988 yılında mezun oldu. Erzurum Sağlık Müdürlüğü, Erzurum Bölge Hıfzıssıhha Enstitüsü Müdürlüğü ve İstanbul Bölge Hıfzıssıhha Enstitüsü Müdürlüğü'nde çeşitli idari görevleri üstlendi. Bunun yanında kuruma bağlı çeşitli müdürlüklerde iç tetkikçi olarak denetimlere katıldı. 2011 yılında Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile İstanbul Sağlık Müdürlüğü'ne araştırmacı olarak atandı. 2012 yılından beri İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde Çalışan Sağlığı Şube Müdürü olarak görev yapan Cengiz, evlidi ve iki çocuk babasıdır.

Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak, günümüzde her çalışanın sahip olması gereken bir insanlık hakkıdır. Günümüzde birçok sağlık çalışanı, mesleklerini icra ederken çok çeşitli sağlık-güvenlik riskleri ve tehlikeleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Bundan dolayı hastalan-

makta, yaralanmakta, sakat kalmakta veya ölmektedirler. Sağlık sektörü çalışanlarının sağlık ve güvenlik riskleri diğer bütün sektörlerden daha fazladır. Bu riskler, yönetim tarafından gerekli koşulların sağlanması ve çalışanın da bu hususta üzerine düşen tedbirleri uygulaması halinde en aza indirilebilir. Gerek sağlık çalışanlarının gerekse

yönetimin, sağlık ve güvenliğe öncelik veren rollerini benimsemeleri, güvenlik kültürünün yerleşmesini sağlayacak inanca sahip olmaları, bu konuda gerekli tutumu sergilemeleri gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarının sağlığı konusu ilk kez ABD'de 1958'de gündeme gelmiştir.



NIOSH (İş Güvenliği ve Sağlığı Ulusal Enstitüsü (USA)) 1974-1976 yıllarında hastanelerde iş sağlığı konusunun yürütülmesi için etkin kriterler tanımlamıştır. 2007 Dünya Sağlık Asamblesi'nde sağlık çalışanlarına özgü koruyucu programların oluşturulması gündeme gelmiş; sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi ve sağlık çalışanlarının korunması öncelikli konular arasında yer almıştır. Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 2010 yılında yaptığı ortak toplantısında sağlık çalışanlarının korunması konusuna öncelik verilmiş, ortak bir politika kılavuzu hazırlanmış, HIV ve tüberküloz için koruma, tedavi ve bakım hizmetleri kılavuzu oluşturulmuştur.

Ülkemizde 1930 yılında yayımlanan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda çalışanların sağlığının korunması, bunun için oluşturulacak programlar, işverene düşen sorumluluklar vb. konulara yer verilmiştir. Ancak bu yasal yapılanmada sağlık çalışanları için ayrı bir tanımlamaya gidilmemiştir. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ülkemizde ilk defa bütün çalışan ve işyerlerini kapsam içine almaktadır.

Uluslararası Çalışma Örgütü sağlık alanında çalışanları; doktorlar; diş hekimi, eczacı, biyolog, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist gibi yüksek eğitilmiş kişilerden oluşan diğer profesyonel meslekler; hemşire, ebe ve sağlık memurları; radyoloji teknisyeni, ameliyathane ve anestezi teknisyeni, diş teknisyeni, odyoloji teknisyeni, EEG, EKG teknisyeni gibi teknik elemanlar; sekreter, temizlik görevlileri, şoför gibi eğitim ve formasyonu bakımından sağlık personeli olmayan, ancak sağlık kuruluşlarında çalışan kişiler olmak üzere 5 grupta toplamaktadır.

2011 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığına göre ülkemizde toplam hekim sayısı 126.029, diş hekimi sayısı 21.099, eczacı 26.089, hemşire 124.982, ebe 51.905, diğer sağlık personeli 110.862 ve diğer personel ve hizmet alımı personeli 209.126 olmak üzere toplam 670.092 sağlık çalışanı görev yapmaktadır.

Sağlık çalışanlarının karşılaştığı sağlık riskleri

Sağlık çalışanlarının sıklıkla maruz kaldığı 5 tehlike; biyolojik riskler (iğne batması veya kesilerle oluşan enfeksiyonlar), kimyasal riskler (dezenfektanlar, antibiyotik ve kanser ilaçları), fiziksel riskler (termal konfor, iyonizan radyasyon), ergonomik riskler (sabit pozisyonda çalışma, hasta kaldırma), psikososyal riskler (şiddete maruz kalmak, nöbet ve gece çalışma) olarak sınıflandırılabilir.

Sağlık çalışanlarının en sık karşılaştığı



risklerden biri kesici ve delici yaralanmalardır. Sağlık çalışanları, bu yaralanmaları takiben önemli mortalite ve morbititeye neden olabilen hepatit B, hepatit C ve insan immün yetmezlik virüsüne (HIV) bağlı enfeksiyon hastalıklarına yakalanma açısından risk altındadır. Göğüs hastalıkları, verem savaş dispanseri ve tüberküloz testi yapılan kuruluşlarda çalışan sağlık personelleri, tüberküloz (TBC) etkenlerine de maruz kalabilmektedir. Sağlık personelinin maruz kalabileceği diğer enfeksiyon riskleri; su çiçeği, influenza, kızamık, kızamıkçık, tüberküloz, ve rotavirus şeklinde sıralanabilir.

Radyoterapi, nükleer tıp ve radyoloji çalışanları başta olmak üzere sağlık çalışanları, iyonizan ve noniyonizan radyasyon risklerine maruz kalmaktadır. En büyük risk altında bulunan sağlık personeli; radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp ana bilim dallarında çalışanlardır. Ayrıca diş klinikleri, kardiyoloji çalışanları ve ameliyathanelerde çalışanlar da radyasyon riski ile karşı karşıyadır.

Sağlık kurumlarında çok sayıda kimyasal ajan kullanılmaktadır. Bunlar anestezi maddeler, sitotoksik maddeler ve sterilizasyonda kullanılan maddeler şeklinde sınıflandırılabilir. Nitröz oksit,

Günümüzde birçok sağlık çalışanı, mesleklerini icra ederken çok çeşitli sağlık-güvenlik riskleri ve tehlikeleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Bundan dolayı hastalanmakta, yaralanmakta, sakat kalmakta veya ölmektedirler. Sağlık sektörü çalışanlarının sağlık ve güvenlik riskleri diğer bütün sektörlerden daha fazladır. Bu riskler, yönetim tarafından gerekli koşulların sağlanması ve çalışanın da bu hususta üzerine düşen tedbirleri uygulaması halinde en aza indirilebilir.

halotan, izofloran gibi anestezi gazlarına kronik olarak maruz kalmak çeşitli sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Eczacı ve hemşireler sitotoksik ilaçların hazırlanması, taşınması, uygulanması ve depolanması sırasında bu ilaçlara maruz kalma riskiyle karşı karşıyadır. Etilen oksit, gluteraldehit, formaldehit gibi sterilizasyonda kullanılan pek çok kimyasal bu ünitelerde çalışanların sağlığını tehdit etmektedir. Ayrıca sağlık çalışanları çok sık eldiven kullanımları nedeniyle, lateks alerjisi açısından yüksek risk altında bulunurlar.

Hastaneler sessiz-sakin mekân imajına karşılık aslında çok gürültülü olmamakla birlikte, özellikle yemekhane, laboratuvarlar, teknik servis, hasta kayıt birimi ve hemşire odalarında gürültünün iş üretimini olumsuz etkileyecek düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Gürültü istenmeyen her türlü ses olarak tanımlanmaktadır. İşgücünün ruhsal ve fiziksel sağlığını bozan gürültü işgücü verimini olumsuz yönde etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, hastanelerdeki gürültünün gündüz 40 Db(A), gece 35 Db(A) civarında olması önerilmektedir. Hastanelerin büro bölümlerinde ses düzeylerinin 68- 75 dB, teknik serviste 75-85 dB olduğu ve kısa süreli olarak 100 dB'e çıktığı, jeneratör çevresinde ise 110 dB'e ulaştığı bildirilmektedir. Gerek hastalar gerekse çalışanlar için hastanenin en sessiz yerlerinden olması beklenen yoğun bakım ünitesi (YBÜ)'nde yapılan iki ayrı çalışmada, altı yataklı bir YBÜ'nde ses düzeyi 60,3-67,4 dB, pediatrik YBÜ'nde gündüz 61 dB, gece 57 dB bulunmuştur.

Sağlık çalışanları işleri doğası gereği insanlarla sürekli bir etkileşim halindedir. Etkileşimde buldukları insanlar veya yakınlarının psikolojisi ve davranışlarının her zaman olumlu olmadığı gözlenmekte, bunun sonucu olarak da sağlık çalışanları diğer alanlarda çalışanlara oranla şiddete maruziyet açısından yüksek risk altındadırlar. İşyerlerinde görülen toplam şiddetin yaklaşık %25'i sağlık sektöründe görülmektedir. Şiddet, fiziksel saldırı, sözel saldırı ya da psikolojik şiddet (mobbing) şeklinde olabilir. Yönetimlerin işyeri sağlığı ve güvenliği programının bir parçası olarak, şiddeti önleme programını da dahil etmesi önerilmektedir.

Sağlık çalışanları, uzun süreli çalışma, aşırı iş yükü, zaman baskısı, zor ya da karmaşık görevler, yetersiz dinlenme araları, tekdüzelik ve fiziksel olarak kötü iş koşulları (yer, sıcaklık ve ışıklandırma gibi) gibi stresle ilgili risk faktörlerini içermektedir. Bununla birlikte; tıbbi uygulamalar sırasında, hizmet yoğunluğuna göre değişmek üzere uzun süre ayakta kalma, nöbetlerde uykusuzluk,

Tablo 1: Çalışan Sağlık Takip Çizelgesi

Risk Grupları	Riskler	Takip İşlemleri	Periyod
Tüm Sağlık Çalışanları	İnfeksiyon	Sağlık Taramaları	Yılda Bir
		Aşılamalar (Hepatit B, Tetanos, Grip)	Aşı Takvimi
	Travma	Kesici Delici Alet Yaralanmaları	Olay Olduğunda
	Latex Alerjisi	Anamnez, Anket	-
	Ergonomi	Sağlık Taramaları	Yılda Bir
Radyoloji	X-Ray	Dozimetre Takipleri	2 Ayda Bir
		Hemogram	6 Ayda Bir
		Manuel Periferik Yayma (Gereğinde)	-
Nükleer Tıp	Radyoaktivite	Dozimetre Takipleri	2 Ayda Bir
		Hemogram	6 Ayda Bir
		T3, T4, TSH	Yılda Bir
Kardiyoloji	Radyoaktivite	Dozimetre Takipleri	2 Ayda Bir
		Hemogram	6 Ayda Bir
Endoskopi	Radyoaktivite	Dozimetre Takipleri	2 Ayda Bir
		Hemogram	6 Ayda Bir
Kateter Lab.	Radyoaktivite	Dozimetre Takipleri	2 Ayda Bir
		Hemogram	6 Ayda Bir
Uyku Lab.	Radyoaktivite	Dozimetre Takipleri	2 Ayda Bir
		Hemogram	6 Ayda Bir
Onkoloji	Sitotoksik Ajanlar	Hemogram	Yılda Bir
		Elektrolitler (Ca, K, Mg, Cl, Na)	Yılda Bir
		Üre	Yılda Bir
		Kreatinin	Yılda Bir
		SGOT, SGPT	Yılda Bir
Laboratuvar	İnfeksiyon	Sağlık Taramaları	Yılda Bir
		Aşılamalar (Hepatit B, Tetanos, Grip)	Aşı Takvimi
	Travma	Kesici Delici Alet Yaralanmaları	Olay Olduğunda
Sterilizasyon	Etilen Oksit (EtO)	Et O Dozimetre	
		SGOT, SGPT	Yılda Bir
	Gürültü	Hemogram	Yılda Bir
Santral ve Kulaklık İle Çalışanlar	Gürültü	Odio Takipleri	Yılda Bir
		Odio Takipleri	Yılda Bir

beslenme düzensizlikleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar.

Sağlık hizmetlerinin insanı konu alması, çok dikkat ve sürekli çalışmayı gerektirmesi nedeniyle sağlık çalışanlarının iş doyumu da önemlidir. İş doyumu; çalışanların iş ve iş yaşamındaki beklentilerine ulaştıkları zaman duydukları olumlu duygusal bir durumdur. Çalışma ortamındaki doyumsuzluk, çalışanların fiziksel ve zihinsel durumları yanında fizyolojik ve ruhsal durumunu da etkileyerek, bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığı bozacaktır. Bunun sonucunda bireyde işten uzaklaşma, işi terk etme, sık sık

iş değiştirme gibi iş doyumsuzluğu ve tükenmişliği yaşayacaktır.

Sağlık çalışanlarının yaptırması gerekli rutin taramalar

Sağlık çalışanlarının mesleklerini icra ederken karşılaşılabilecekleri ve alınması gereken tedbirler yanında bu tedbirlerin kontrolünü sağlayacak mekanizmalarda önemlidir. İşin ve riskin niteliğine göre aralıklı kontrol muayenelerinin sıklığı değişmekle birlikte, sağlık çalışanlarının çoğu tehlikeli ve çok tehlikeli işlerde çalıştığından en az yılda bir kez periyodik muayeneden geçmelidirler. Tüm tedbir-

Tablo 2: Sağlık çalışanları için mutlaka uygulanması önerilen aşılar

Aşı	Endikasyonları	Doz ve Takvim	Kontrendikasyonları
Hepatit B	Kan ve vucut sıvılarına mesleki olarak maruz kalan tüm çalışanlar	1.0 mL IM (Deltoid) 0, 1, 6. Aylar	Maya Hipersensitivitesi
İnfluenza	Tüm çalışanlar	0.5 ml IM , her yıl	Yumurtaya karşı anafilaktik reaksiyon öyküsü
Kızamık	Hekim tarafından teşhis edilmiş kızamık öyküsü ve bağışık olduğuna dair laboratuvar kanıtı olmayanlar.	Manovalan aşı veya trivalan kızamık-kızamıkçık, kabakulak aşısı 0,5 ml SC	Gebelik, yumurta veya neomisine anafilaktik reaksiyon öyküsü, ciddi ateşli hastalık, immünsüpresyon, son zamanlarda IV immünglobulin uygulaması.
Kabakulak	Hekim tarafından teşhis edilmiş kabakulak öyküsü ve bağışık olduğuna dair laboratuvar kanıtı olmayanlar veya doğumdan hemen sonra ya da bir yıl sonra aşı yapılmayanlar	Manovalan aşı veya trivalan kızamık-kızamıkçık, kabakulak aşısı 0,5 ml SC	Gebelik, yumurta veya neomisine anafilaktik reaksiyon öyküsü, ciddi ateşli hastalık, immünsüpresyon, son zamanlarda IV immünglobulin uygulaması.
Kızamıkçık	Doğumdan bir yıl sonra canlı aşı yapıldığına dair veri olmayanlar veya bağışıklık için laboratuvar kanıtı olmayanlar.	Manovalan aşı veya trivalan kızamık-kızamıkçık, kabakulak aşısı 0,5 ml SC	Gebelik, yumurta veya neomisine anafilaktik reaksiyon öyküsü, ciddi ateşli hastalık, immünsüpresyon, son zamanlarda IV immünglobulin uygulaması.
Suçiçeği	Hasta temas olasılığı olan çalışanların suçiçeği öyküsü olmayan ve varisella titresi negatif olanlar	0,5 mLLLL 0 ve 4-8. Haftalar	Aşıya, jelatine veya neomisine karşı hipersensitivite, immünyetmezlik, aktif tüberküloz, ateşli hastalık, gebelik.

IM: Intramusküler,SC: Subkütan,IV: Intravenöz

lerin alınması ve kontrolünü sağlayacak 'Sağlık ve Güvenlik Komitesi' kurulmalı ve işletilmelidir. Bu çerçevede ilgili birim çalışanlarının Tablo 1'de belirtilen risklere yönelik takip işlemlerinin yapılması sağlanmalı ve değerlendirilmelidir.

Sağlık çalışanları gerek hastalardan gerekse diğer personelden bulaşabilen ve çeşitli hastalıklara yol açabilen birçok enfeksiyona maruz kalmaktadır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 23.08.2013 tarihinde çalışanların hastane ortamında bulaşıcı hastalıklardan korunmasını sağlamak, bulaşıcı hastalıklara maruziyet durumunda alınması gereken önlemleri tanımlamak ve çalışanlardan hastalara infeksiyon bulaşını önlemek için uyulması gereken kuralları belirlemek amacı ile hastalarla, hastaların vücut sıvı/salgılarıyla veya kontamine olmuş tıbbi cihazlar/aletler/ yüzeylerle/havayla temas etme ihtimali yüksek olan tüm personel için "Sağlık Personelinin Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Tarama Protokolü" yayınlamıştır. Buna göre tüm sağlık çalışanlarına aşı öncesi serolojik test yapılmaksızın üç doz Hepatit B aşısı uygulanmalıdır (0-1-6 aylarda). Hepatit B aşısının 1 ve 2.dozu arasında

en az bir ay, 2. ve 3.dozu arasında en az 2 ay olmalı, 3.doz birinci dozdan en az 4 ay sonra uygulanmalıdır. Üçüncü doz hepatit B aşısından 4-8 hafta sonra antiHBs yanıtı değerlendirilmelidir. Anti HBs en az 10 mIU/mL ise kişi bağışıklıdır ve tekrar serolojik test ya da aşı yapılmasına gerek yoktur. AntiHBs negatif ise (10 mIU/mL) altında ise kişi hepatit B aşısına karşı yanıtıdır. Üç doz seri ile tekrar aşılanmalıdır ve üçüncü dozdan 4-8 hafta sonra tekrar antiHBs yanıtı değerlendirilmelidir. Altı doz aşılardan sonra halen antiHBs negatif olan kişiler hepatit B aşısına yanıtı kabul edilmeli ve hepatit B enfeksiyonu açısından değerlendirilmelidir. Yanıtı duyarlı kişilerde temas sonrası profilakside HBIg uygulanmalıdır.

İşyerlerinde kızamık, kabakulak hastalıklarına rastlanılmakta ve bağışık olmayanlar arasında yayılma görülmektedir. Çalışanların büyük bir bölümü çocukluk döneminde aşılanmış veya bu hastalıkları geçirmiş olduklarından bağışık durumdadır. Ancak erişkinlerin bu hastalıkları ağır geçiriyor olması dikkate alınarak bu üç hastalıktan birine karşı risk oluşması durumunda kızamık-kıza-

Sağlık çalışanlarının sıklıkla maruz kaldığı 5 tehlike; biyolojik riskler (iğne batması veya kesilerle oluşan enfeksiyonlar), kimyasal riskler (dezenfektanlar, antibiyotik ve kanser ilaçları), fiziksel riskler (termal konfor, iyonizan radyasyon), ergonomik riskler (sabit pozisyonda çalışma, hasta kaldırma), psikososyal riskler (şiddete maruz kalmak, nöbet ve gece çalışma) olarak sınıflandırılabilir.

mıkçık-kabakulak aşısı (KKK) yapılması, CDC (US Center for Disease Control and Prevent) tarafından önerilmektedir. Sağlık Personelinin Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Tarama Protokolü'ne göre tüm sağlık personeline KKK aşısı uygulanmalıdır. Hastalığı geçirdiklerine dair kayıtları olanlara veya laboratuvar tetkikleri ile bağışık oldukları gösterilenlere aşı uygulanmasına gerek yoktur. 1980 ve sonrası doğumlular için en az bir ay ara ile iki doz KKK aşısı yaptırdıklarına dair kayıt bulunması durumunda aşı uygulanmasına gerek yoktur. Bu durumların dışında kalan tüm sağlık personeline en az bir ay ara ile iki doz KKK aşısı önerilir. Trombositopenisi olan ya da yakın zamanda kan ürünü veya immünglobulin preparatı verilmiş olanlara önlem alınarak KKK aşısı yapılabilir. Sağlık Personelinin Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Tarama Protokolü'ne göre Hepatit A aşılması sadece fekal materyale maruz kalan sağlık personeli, çocuk ve enfeksiyon hastalıkları servislerinde çalışan sağlık personeli için gereklidir. Aşılama öncesinde antikor düzeyleri değerlendirilerek altı ay ara ile iki doz uygulanmalıdır.

Suçiçeği bulaşma riski olan ve hastalığı



Sağlık çalışanları, uzun süreli çalışma, aşırı iş yükü, zaman baskısı, zor ya da karmaşık görevler, yetersiz dinlenme araları, tekdüzellik ve fiziksel olarak kötü iş koşulları (yer, sıcaklık ve ışıklandırma gibi) gibi stresle ilgili risk faktörlerini içermektedir. Bununla birlikte; tıbbi uygulamalar sırasında, hizmet yoğunluğuna göre değişmek üzere uzun süre ayakta kalma, nöbetlerde uykusuzluk, beslenme düzensizlikleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar.

geçirmediği bilinen erişkinler suçiçeği aşısı ile aşılanabilir. Suçiçeği geçirdiğine ilişkin öyküsü bulunmayan kişilerin aşılama öncesinde antikor düzeylerinin değerlendirilmesi gereklidir. Suçiçeği aşısı 2 doz halinde en az 1 ay ara ile tıbbi kontrendikasyonu olmayan erişkinlere yapılmaktadır. Pnömonokok aşısı tıbbi gerekliliği olan çalışanlara (kronik akciğer hastalığı, böbrek yetmezliği olanlara, dalağı alınmış veya organ nakli yapılmış olanlara ve 65 yaş üzerinde olanlara) bir veya 2 doz halinde yapılması önerilmektedir. Tetanos difteri aşısı Sağlık Personelinin Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Tarama Protokolü'ne göre tüm sağlık çalışanlarına mutlaka yapılmalıdır. Daha önce aşılanma durumu bilinmeyen tüm sağlık çalışanlarının üç doz Td aşısı ile aşılanmalıdır. (Birinci doz ile ikinci doz arasında en az bir ay, ikinci doz ile üçüncü doz arasında en az altı ay olmalıdır). 1980 yılından sonra doğanların aşı kayıtlarının bulunması durumunda uygun aralıklarla yapılmış üç doz tetanos içeren aşı almış olanlar, iki doz tetanos aşısı almış kabul edilerek aşılanmalarına kaldığı dozdan devam edilir. Primer serisi tamamlanan tüm sağlık personeline on yılda bir Td aşısı yapılmalıdır. Aynı protokole göre tüm sağlık personeli her yıl bir doz mevsimsel influenza aşısı ile aşılanmalıdır. CDC tarafından insan vücudu sıvılarıyla uğraşan laboratuvar teknisyenleri ve araştırma görevlileri için polio ve difteri aşılamaları gerekebileceği bildirilmektedir. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)" sağlık

çalışanları için temel olarak uygulanması öngörülen aşılar olarak hepatit B, influenza, kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeğini önermiştir.

Sağlık Personelinin Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Tarama Protokolü'ne göre hastane personelinin rutin kültür (burun, boğaz, gaita, vb.) alınmasına ve tüberküloz dışında diğer bulaşıcı hastalıklar için periyodik taramaya gerek yoktur. Sağlık Personelinin Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Tarama Protokolü'ne göre işe yeni başlayacak ve resmi olarak kayıt altına alınmış pozitif TDT sonucu veya latent tüberküloz enfeksiyonu veya tüberküloz hastalığı için tedavi alma öyküsü bulunmayan her personele TDT (tüberkülin deri testi, ppd) uygulanmalıdır. Ülkemizde TDT reaksiyonunu değerlendirme kriterlerine göre BCG aşısı olanlarda 15 mm ve üzeri, BCG aşısı olmayanlarda 10 mm ve üzeri pozitif kabul edilir.

Eğitim ve formasyonu bakımından sağlık personeli olmayan ancak sağlık kuruluşlarında çalışanlar; 30/5/2007 tarihli ve 26537 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Bulaşıcı Hastalıklar Sürveysans ve Kontrol Esasları Yönetmeliğine göre, hijyen ilkelerine uyulmadığı durumlarda halk sağlığı açısından problem oluşturabilecek hastalığı bulunanlar iyileşme hâlini/bulaştırıcılığın olmadığını raporla belgeleyene kadar bu yönetmelik kapsamındaki iş yerlerinde çalışamaz ve çalıştırılmazlar. Radyasyona maruz kalan çalışanlar; kişisel dozimetre

takipleri (2 ayda bir), yıllık dozimetre takipleri yapılmalı, radyasyon güvenliği ile ilgili mevzuat çerçevesinde Radyasyon Çalışanı Sağlık Raporu düzenlenerek takibi ve değerlendirmesi yapılmalıdır. Antineoplastik (sitotoksik) ilaçlarla çalışma ile ilgili sağlık etkilerinin tanı ve kontrolü için işe yerleştirilmeden önce ve çalışırken periyodik olarak yılda ya da iki yılda bir akut maruziyet durumlarında ve işten çıkışlarda tıbbi değerlendirme yapılmalı ve bunların kaydı tutulmalıdır. Antineoplastik (Sitotoksik) ilaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi'nde antineoplastik (sitotoksik) ilaçlarla çalışma ile ilgili sağlık etkilerinin tanı ve kontrolü için işe yerleştirilmeden önce, çalışırken, periyodik olarak yılda ya da iki yılda bir akut maruziyet durumlarında ve işten çıkışlarda tıbbi değerlendirme yapılmasını ve bunların kayıtlarının tutulmasını, tıbbi izlemin ise öykü, fizik muayene, tam kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri, kreatinin, kan üre nitrojen (BUN) ve idrar analizlerini içermesini önermektedir.

Ameliyathane çalışanları için başlıca risk faktörleri; atık anestetik gazlar, kanla bulaşan patojenler, lateks alerjisi, sıkıştırılmış gazlar, durağan postür, lazer dumanı, tehlikeli kimyasallar ve kayma ve düşmeler olarak belirlenmiştir. Ameliyathane çalışanlarında lenfosit sayısında azalma, antioksidan savunma mekanizmasında gerileme görülebilmektedir.

Üretilen EtO'in (etilenoksit) küçük bir kısmının sağlık hizmetleri işkolunda kullanılmasına karşın, maruziyet riskinin en yüksek olduğu grupların başında sağlık çalışanları, özellikle de sterilizasyon ünitesi çalışanları gelmektedir. İzin verilen maruziyet sınırı 8 saatlik zaman ağırlıklı ortalama için 1 ppm, kısa süreli eşik değer için 5 ppm'dir ve bu değerler OSHA (Occupational Safety and Health Administration) ve ACGIH (American Conference of Governmental Industrial Hygienists) kriterleri için de geçerlidir. Ülkemizde yasal mevzuatta EtO için belirlenmiş müsaade edilen azami miktar 50 ppm olarak belirtilmektedir. Bir yılda minimum 30 gün 0,5 ppm seviyede etilen oksit gazına maruz kalmış kişilerin tıbbi muayeneleri yapılmalıdır. Bu gibi yerlerde çalışanların beş yıl arayla kardiyo vasküler fonksiyonları, 3 yıl arayla ise pulmoner fonksiyonları tetkik edilmelidir. EtO maruziyetine yönelik "tıbbi sürveys" kapsamında solunum sistemini, hematolojik yapıyı, nörolojik sistemi ve üreme sistemini içeren periyodik izlemeler yapılması önemlidir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda çalışanların farkındalığını artırmak, iletişim becerilerini geliştirmek için yılda bir eğitim yapılması ve ortaya çıkabilecek riskleri de öngörerek yönetimin alacağı güvenlik tedbirleri şiddete maruziyeti azaltacaktır.

Sonuç ve öneriler

Sağlık çalışanları işleri dolayısıyla mesleki bazı risklere maruz kalmaktadır. Bu risklerin önlenmesi ve kontrol altına alınmasında yönetimin sorumluluğu olduğu kadar çalışanlarında sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı risklerin kontrol altına alınması, sağlık çalışanlarına yapılacak sağlık takipleri ile sağlanabilir. Böylelikle sağlık çalışanlarının risklere maruziyeti ve risklerin oluşturacağı olumsuz durumların önlenmesi mümkün olabilir. Her ne kadar sağlık çalışanlarının sağlık takiplerine dönük standart bir uygulama yoksa da; yukarıda belirtilen risklere karşı gerekli aşılama ve testlerin tüm sağlık çalışanlarına periyodik olarak uygulanması için gerekli yasal düzenlemeler yapılmalıdır. İş sağlığı ve güvenliği kapsamında uygun işe yerleştirme; işyeri ortam faktörlerinin saptanması, risklerin kontrolü, periyodik kontrol muayenesi, işyeri sağlık- güvenlik hizmeti ve sağlık eğitimini de içeren faaliyetler sağlık çalışanlarının sağlığını korumak için önemlidir.

Kaynaklar

- Alçelik A, Deniz F, Yeşildal N, Mayda AS, Şerifi BA. AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. TSK Korumucu Hekimlik Bülteni. 2005, 4(2): 55-65.
- Altıok M., Kuyurlar F., Karacoru S., Ersoz G., Erdoğan S., "Sağlık Çalışanlarının Delici Kesici Aletlerle Yaralanma Deneyimleri ve Yaralanmaya Yönelik Alınan Önlemler". Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3):70-79, 2009.
- Aslanhan B, Müezzinoğlu A. Sağlık Kuruluşlarında Uyumlu Gerekli İşyeri Kuralları, Denetleme, Yaptırım. Toplum ve Hekim. 2006; 21(3):179-188.
- Aygen, B., "Kesici, Delici Yaralanmalar ve Enfeksiyöz Vücut Sıvıları ile Bulaşanlarda Önlemler". Akem Dergisi, 17(No:3), 157-163, 2003.
- Beşer, A., "Sağlık Çalışanlarının Sağlık Riskleri ve Yönetimi". Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 5 (1), 39-44,2012.
- Bulaşıcı Hastalıklar Sürveysi ve Kontrol Esasları Yönetmeliği, Resmi Gazete Sayı: 26537, 30.5.2007 (2 Nisan 2011 tarihli ve 27893 Sayılı Resmî Gazetede değişiklik dahil)
- CDC: Perspectives in disease prevention and health promotion update: universal precautions for prevention of transmission of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and other blood borne pathogens in health-care settings, MMWR Morb Mortal Wkly Rep 37 (RR-24) :377 (1988).
- CDC: Updated U. S. Public Health Service Guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis, MMWR Morb Mortal Wkly Rep 50 IRR- 1 I):1 (2001).
- Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi DEUHYO ED 2012, 5 (1), 39-44 Ayşe BEŞER "Sağlık Çalışanlarının Sağlık Riskleri ve Yönetimi"
- Etilen Oksit Maruziyetinin Sağlığa Etkileri <http://www.ssyv.org.tr/sdetay.asp?did=82> (Erişim tarihi: 20.08.2013)
- Fişek, G., "Sağlık Personeli Sağlığı". <http://www.sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=116>.

HASUDER Türkiye Sağlık Raporu, 28 April 2012.

Hijyen Yönetmeliği, Resmi Gazete Sayı: 28698, 05.07.2013

<http://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/pdfs/2002-101.pdf>

http://hasuder.org.tr/anasayfa/jupgrade/images/stories/is_sagligi/KocVAH-CSB-9.pdf (Erişim Tarihi: 30.07.2013)

Karadağ G, Sertbaş G, Güner İÇ, Taşdemir HS, Özdemir N. Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri ile Bunları Etkileyen Bazı Değişkenlerin İncelenmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi. 2002, 5(6): 8-15.

Özkan, Ö., "Emiroğlu, O.N., Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri". C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10 (3), 2006.

Özkar, Ş., Aktaş, Z., Özkan, S., Ecevit H., "Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Başvuru Kitabı", syf.64, Ankara, 2003. Erişim: http://www.ehsm.gov.tr/Sub/verem_savas_dispanseri/files/dokumanlar/Turkiye-de_tuberkulozun_kontrolu_icin_basvuru_kitabi.pdf

Pınar R, Ankan S. Hemşirelerin İş Doyumu: Etkileyen Faktörler, İş Doyumu İle Benlik Saygısı ve Asertivite İlişkisi. VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. İzmir. 1998, p. 159-170.

"Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri". Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, 2008.

Sağlık Çalışanlarında Aşılama Dr. Başak DOKU-ZOĞUZ http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu_folder/2007-03/html/2007-11-3-187-192.htm

Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları İle Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri Ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı: : 28344, 05.07.2012

Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Sağlık Bakanlığı, Türkiye, sayfa 122, 2011

Saygun, M., "Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları". TSK Korumucu Hekimlik Bülteni, s.373-382, Temmuz-Ağustos 11 (4), 2012.

T.C Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü Çalışma Yaşamında Sağlık Gözetimi Rehberi

T.C Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Antineoplastik (Sitotoksik) İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi Ankara-2004

U.S. Department Of Health And Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) "Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Facilities, TABLE 2. Elements of a tuberculosis (TB) infection-control program", 1994. Erişim: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00035909.htm>

Uzun, Ö., "Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetini Önlemek İçin Öneriler". Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongresi Özet Kitabı, s.188, Ankara, 2001.

World Health Organization. Join WHO/ILO policy guidelines on improving health worker access to prevention, treatment and care services for HIV and TB, 28 April 2010.

<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/infectcontrol98.pdf> Guideline for infection control in health care personnel, 1998 (Erişim tarihi: 20.08.2013)

T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmet Standartları Daire Başkanlığı "Sağlık Personelinin Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Tarama Protokolü" Ankara, 23.08.2013

TBMM Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddeti Araştırma Komisyonu'nun Çalışmaları

Prof. Dr. Necdet Ünüvar



1960'da Adana, Ceyhan'da doğdu. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde iç hastalıkları, endokrinoloji ve metabolizma ihtisaslarını tamamladı. Doçent ve profesör oldu. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda öğretim üyeliğinin yanı sıra Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı Başkanlığı görevini yürüttü. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği üyeliğinde bulundu. Sağlık politikalarında hızlı değişimlerin olduğu dönemde Sağlık Bakanlığı Müsteşarı olarak görev yaptı. Halen AK Parti Adana Milletvekili olan Ünüvar, TBMM Sağlık Aile Çalışma ve Sosyal İşler Komisyon Başkanlığı ve Sağlıkta Şiddet Araştırma Komisyon Başkanlığı görevlerini de yürütmektedir. Dr. Ünüvar evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Dr. Aslıhan Ardic Çobaner



2000 yılında Ankara Üniversitesi İletişim Fakültesi'ni bitirdi. Aynı üniversitede yüksek lisansını ve 2013 yılında sağlık iletişimi doktora programını tamamladı. TBMM sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılması amacıyla kurulan meclis araştırması komisyonunda Sağlık Bakanlığı uzmanı olarak görev aldı. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Toplum Sağlığı ve Şiddet: Medya Üzerine Bir Analiz" kitabının yazarıdır. Halen Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nde sağlık iletişimi kampanyaları, sağlık okuryazarlığı ve şiddet konusunda çalışmakta olan Dr. Çobaner evlidir ve iki çocuk annesidir.

Sağlık hizmetinin sunumunda hastalar, hasta yakınları ve sağlık çalışanları arasında geleneksel olarak karşılıklı saygıya dayanan bir ilişki vardır. Ancak son zamanlarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının arttığı tespit edilmesine üzerine, Türkiye Büyük Millet Meclisinde grubu bulunan dört siyasi parti grubunun ortak iradelerini yansıtan 10 Meclis Araştırması önergesi birleştirilerek görüşülmüş ve TBMM "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu" kurulmuştur.⁽¹⁾ Komisyonun kurulması ve çalışmaları ve bu seçime ilişkin karar 19.06.2012 tarihli ve 1018 sayılı Türkiye Büyük Millet Meclisi Kararı 23.06.2012 tarihli ve 28332 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmıştır.

Araştırma konusu kapsamında tüm paydaşların görüşlerini almış ve bu doğrultuda 24 toplantı yaparak, 70 kişi ve grubu dinleyen Komisyon; Sağlık Bakanlığı, meslek örgütleri, sendikalar, STK'lar ve konuyla ilgili akademisyenlerden bilgi almıştır. Komisyonun çalışma süresince 4 çalışma ziyareti düzenlenmiş ve çeşitli hastaneler, Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi, Beyaz Kod Birimi gibi merkezler ziyaret edilerek uygulamaya ilişkin gözlemler yapılmış, ayrıca sağlık çalışanlarının bilgilerine başvurulmuştur. Komisyonun ilk resmî ziyareti ise, Gaziantep'e, merhum Dr. Ersin Arslan'ın ailesine taziye amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Komisyonun çalışmaları devam ederken tespit ettiği hususların bir kısmını dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ ile paylaşmayı uygun görmüş ve bu doğrultuda hazırlanan bir mektubu Bakana göndermiştir. Mektupta Komisyonun

çalışma süresinin ve rapor yazımının bitmesi beklenmeden tespit edilen hususlara yer verilmiş ve konuyla ilgili gereken önlemlerin alınması istenmiştir.

Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri ve boyutu

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin engellenebilmesi için, temel nedenlerin iyi tespit edilip ona yönelik çözüm önerilerini içeren politikaların geliştirilmesi gerekmektedir. Tüm çalışmalarda ve literatürde sağlıkta yaşanan şiddetin toplumda yaşanan şiddet ve sorun çözüme anlayışının bir parçası ve sosyal bir sorun olarak kabul edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Birçok çalışmadan derlenen sonuçlara göre sağlıkta şiddetin nedenleri şu şekilde tespit edilmiştir:⁽²⁾



- Mental ve davranış bozukluğu
- Eğitim düzeyi düşüklüğü ve kurallara uymama,
- Çok sayıda muayene ve test yapılması,
- Stresli hasta yakınları ve kalabalık gürültülü ortamlar,
- Hasta ve hasta yakınlarının aşırı istekte bulunması,
- Uzun bekleme süreleri,
- Sağlık çalışanı yetersizliği,
- Yanlış anlamalar, iletişim problemleri ve kişisel sorunlar.

Ülkemizde şiddet konusunda yapılan araştırmalar genellikle şiddetin daha sıklıkla yaşandığı yataklı tedavi kurumlarında yapılmış olup, devlet hastaneleri acil servis hizmetleri ve poliklinikler sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin daha fazla görüldüğü yerlerdir. Bu birimler, hasta ve yakınlarının ivedi hizmet almak istedikleri ve çatışmaların sıklıkla yaşanabileceği yerlerdir. Şiddetin sıklıkla görüldüğü bir diğer hizmet birimi ise 112 Acil Sağlık Hizmetleri birimleridir. Burada da benzer biçimde acil hasta kaygısı nedeniyle, sağlık çalışanları şiddet içeren davranışları ile karşılaşabilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında ise sıklıkla poliklinik hizmetlerinde şiddet ile karşılaşmaktadır. Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti araştıran çalışmaların önemli bir bulgusu da şiddetin çoklukla sağlık çalışanını tedavi gibi hizmetleri verirken meydana gelmesidir. Bu sırada uygulanan şiddet hizmetin de aksamasına neden olmaktadır.⁽³⁾

Türkiye’de yapılan çalışmaların birçoğunda, karşılaşılan şiddetten sonra sağlık çalışanlarının büyük bir bölümünün hizmet sunmaya devam ettiği ve olayı rapor etmediği görülmektedir. Fiziksel saldırı sonrası bildirim oranı, sözel saldırıya göre daha yüksektir. Şiddete uğrayanların fiziksel saldırılardan daha fazla zarar gördüğü ve bu yüzden bildirimde buldukları, diğer şiddet türlerini ise mesleğin doğasında var olan bir durum olarak kabul ettikleri ve bildirimde bulunmadıkları ya da bildirimde bulduklarında sonuç alamamaktan veya suçlanmaktan korktuklarını söylemişlerdir.⁽²⁾

Sağlık Bakanlığı himayesinde ve Kırıkale Üniversitesi koordinasyonunda 2012 yılında başlanan ve halen devam eden “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti” araştıran, yaklaşık 15 bin sağlık çalışanını kapsayan ILO standartlarında bir bilimsel araştırma başlatılmıştır. Araştırmanın 26 Aralık 2012 tarihi itibarıyla son bir yıl ve 2 bin 152 kişiyi kapsayan sonuçlarına göre fiziksel şiddet %5,9 ve sözel şiddet %38,1 olarak analiz edilmiştir. Araştırma halen devam etmektedir.

TBMM Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddeti Araştırma Komisyonuna göre Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri

Komisyonun tüm çalışmaları ve incelemeleri çerçevesinde Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri dört ana başlık altında ele alınmıştır.⁽⁴⁾

Sistemden kaynaklanan sorunların nedeninin sağlık çalışanı olarak görülmesi, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti artıran temel etmenlerden biridir. Hasta ve yakınları her zaman en öncelikli hastanın kendi hastası olamayacağını, sağlık çalışanının hayati tehlike durumuna göre hastaları önceliklendirdiğini, hastalar arası kişisel ayırım yapmadığını bilmeli ve sağlık çalışanından beklentisini buna göre şekillendirmelidir. Tüm tıbbi imkânlar kullanılsa dahi bütün hastaların kurtarılamayacağı, komplikasyonlar olabileceği anlatılmalıdır.

1. Tarafların (hizmeti sunan ve hizmeti alan) özellikleri, etkileşimleri ve iletişim
2. Örgütsel/kurumsal faktörler
3. Çevresel faktörler
4. Toplumsal faktörler

1. Tarafların (hizmeti sunan ve hizmeti alan) özellikleri, etkileşimleri ve iletişim

Sağlık çalışanları, yaptıkları işin doğası gereği zorlu iletişim alanlarında bulunmakta, acılı haber verme, kendi profesyonel alanlarıyla ilgili bilgiyi halk diline çevirerek zamanında ve doğru olarak aktarabilme gibi sorunlarla gün içerisinde defalarca karşı karşıya gelmektedir. Çalışanlar uzun ve yorucu çalışma süreleri, sağlık alanında çok yoğun olan psikososyal risk etmenleri ve iletişim teknikleri konusundaki eğitim eksiklikleri nedeni ile iletişim kurmada zorluk yaşayabilmektedir. Sağlık çalışanlarının eğitimleri sırasında çoğunlukla iletişim becerileri, çatışma yönetimi ve öfke yönetimine yönelik eğitim almamış olmaları ya da beceri kazandırılmamış olması; çalışma hayatlarında iletişim problemlerine neden olmakta, bu durum da şiddet nedenlerinden olabilmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının yeterli ve zamanında bilgilendirilmemesi, zaten kaygı içerisinde olan hasta ve yakınlarında stresi daha da artırmakta ve şiddete neden olmaktadır. Acılı haber verme durumuyla sık sık karşılaşan sağlık personelinin bunu anlatırken kullanacağı dilin ve tarzın önemi yadsınamaz.

Sağlık çalışanlarının ülke genelinde dengesiz dağılımı ve nicelik olarak yetersizliği ağır çalışma koşullarına ve bu da sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromuna neden olabilmektedir.

Çağımızda zamanın kıymetinin artması, hasta ve hasta yakınlarının hemen hizmet alma, hızla tedavi olma, kısa sürede işin bitmesi gibi yüksek beklenti içine girmelerine neden olmaktadır. Bu beklentinin karşılanmaması durumunda ise başvurular şiddete eğilim gösterebilmektedir.

Ülkemizde yakın iş çevresinden, akrabalarından ve komşulardan önerilen tedavilerin kullanımı yaygın görülmekte, toplumun beşte biri kendi kendine ilaç kullanmaktadır.⁽³⁾ Başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanları birey için o anki durumuna uygun tetkik ve tedaviler önermekte, bireyler ise daha çok çevresinden kendisine önerilen ilaçların yazılmasını, tetkiklerin yapılmasını talep etmekte bu da şiddeti doğurabilmektedir. Sistemden kaynaklanan sorunların nedeninin sağlık çalışanı olarak görülmesi, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti artıran temel etmenlerden biridir. Özellikle de geri

ödeme kurumu ile ilgili sıkıntılar buna neden olmaktadır.

Sağlık okuryazarlığının eksikliği, sağlık hizmetinden yararlanma koşullarının bilinmemesi, acil hasta kavramındaki yanlış bilgilendirme de hasta ve hasta yakınlarının beklentilerini değiştirerek şiddet nedeni olarak karşımıza çıkabilmektedir.

2. Örgütsel/kurumsal faktörler

Sağlık hizmetinin sunulduğu alanlar, hizmetin özelliği ve çeşitliliği nedeniyle oldukça karmaşık yapılardır. Kaygı düzeyi yüksek kişiler (hasta, hasta yakınları, hasta olduğunu düşünenler) bu alanlarda hizmet almaktadırlar. Değiştirilemeyecek bu özelliğine ek olarak; bekleme alanlarının yetersizliği, havasız ve uygun ışıklandırmanın olmadığı ortamlar, yönlendirmelerin eksikliği gibi fiziki alt yapı eksiklikleri, hizmet alanların ve verenlerin stres düzeyini yükselttikleri ve şiddete yol açabilmektedir.

Sağlıkla ilgili rutin ya da değişiklik yapılan uygulamaların halka tam olarak anlatılmamış olması ile eksik ve hatalı bilgiler, hasta ve hasta yakınlarında gerçekleştirilmesi mümkün olmayan beklentilere neden olmakta, bu beklentilerin karşılanamaması da şiddete başvurularına neden olabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu alanlarda yöneticilerin, hastalara yönelik süreçleri yeterince incelememeleri ve sıkıntılı süreçler düzenlemedeki yetersizlikler de hizmet alanların stres düzeyini yükselttikleri, şiddet eğilimlerini artırmaktadır.

Geri ödeme kurumunca yapılan düzenlemeler sonucu çeşitli alanlarda hastalardan tahsil edilen katılım payları da tartışmalara yol açmakta ve zaman zaman da hasta veya hasta yakınlarında da şiddete başvurma eğilimini artırmaktadır.

Sağlık çalışanlarının sayısal yetersizliği ve dengesiz dağılımı da hastaların bekleme sürelerinin uzamasına, sağlık personelinin hastaya ayırdığı zamanın kısalmasına ve aşırı yorgunluğa bağlı olarak şiddet nedenleri arasında görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın SABİM uygulamasının hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanları tarafından sağlık personelini şikâyet hattı olarak algılanması da hem hizmet sunan hem de hizmet alan tarafından şiddete eğilimi artırmaktadır.

Türkiye'de şiddet olaylarının yeterli cezayı almadığı konusunda yargıya olan güven eksikliği söz konusudur. Bunun yanında yargının şiddet olayları karşısında çok uzun sürede karar vermesi şiddet başvurusunun ve sonuçlanma işleminin

pek çok idari uygulama ve başvuru zorluğu içermesi yargıya ilişkin nedenler arasında sayılabilir.

3. Çevresel faktörler

Ülkemizde sağlık hizmeti hastane, poliklinik gibi kapalı ve yerleşik mekânlarda verilebildiği gibi hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, aile hekimliği kapsamında gezici olarak da verilmektedir. Yerleşik hizmet veren birimlerin faaliyet gösterdikleri çevreye ait suç düzeyi, yoksulluk düzeyi, uyuşturucu kullanım seviyesi, barınma olanakları, çete olaylarının yoğunluğu gibi olumsuz faktörler hasta ve yakınlarının şiddete eğilimlerini artırmakta ve çevresel faktörlere bağlı şiddetin görülmesine neden olmaktadır. Gezici verilen hizmetler için de aynı sorun söz konusudur.

4. Toplumsal faktörler

Toplumun ve bireyin genel şiddet eğilimindeki artış, toplumda saldırganlığın artması, gündelik yaşamda artan şiddet (kadına yönelik, trafikte, sporda, sağlık alanında...) ve hoşgörüsüzlük, şiddetin kanıksanması, toplumda şiddete hoşgörü ile yaklaşım anlayışı ve şiddetin sorun çözme mekanizması olarak görülmesi, bekleneceği üzere sağlık alanına da yansımıştır. Toplumda iletişim ve kendini ifade eksikliği, sorunları açıklıkla konuşma, dinleme ve empati alışkanlığının pek olmaması da şiddetin temel nedenlerinden biridir.

"Acil hasta" kavramı ülkemizde çok net olarak bilinmemektedir. Bu nedenle gerekli olmayan durumlarda da bireyler acil sağlık hizmetlerinden yararlanmak istemektedirler. Bu durum da özellikle acil servisler ve 112 acil sağlık hizmetlerinde bireyleri bir an önce hizmet alma talebi ile sözel ve fiziksel saldırılara yöneltmektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusu konuşulurken sıklıkla gündeme gelen konulardan biri de hekimliğin otonomisinin sorgulanmaya başlanmasıdır. Bilgiye ulaşma imkânlarının artması ve toplumun her konuda giderek artan bilgi talepleri de bu durumu arttırmıştır.

Medyada sağlık haberleri; yanlış, eksik, tiraj ve reyting kaygısı ile verilmektedir. Medyada sağlık çalışanlarına ilişkin olumsuz haberler yer alabilmektedir. Dizilerde sağlık çalışanlarının imajını zedeleyecek sahnelere yer verilmektedir. Medyada şiddet sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti teşvik eden haberlerin ve şiddeti içeren yapımların varlığı önemli bir şiddet unsurudur. Medyada sağlık çalışanlarına yönelik gerçekliği araştırılmamış olumsuz haberlerin yer alması; toplumda hekim, hemşire, 112 çalışanı gibi personele karşı olumsuz ön



yargıların oluşmasına neden olmaktadır. Örneğin sürekli "ambulans geç kaldı!" haberi ile görsel ve yazılı medyada karşı karşıya kalan birey, bir süre sonra "tüm ambulanslar geç kalmaktadır" gibi bir ön yargıya sahip olmaktadır.

Çözüm önerileri

Komisyona yapılan sunumlar sonucunda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili çözüm önerileri bir bütün halinde değerlendirildiğinde, bunların ağırlıklı olarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemeyi amaçlayan öneriler olduğu saptanmıştır. Nicel olarak bakıldığında şiddet olayı yaşandıktan sonraki süreç için daha az önerinin yer aldığı görülmektedir. Komisyonun tüm çalışmaları ve incelemeleri çerçevesinde Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin çözüm önerileri dört başlık altında ele alınmıştır.⁽⁴⁾

1. Tarafların (hizmeti sunan ve hizmeti alan) özellikleri, etkileşimleri ve iletişim
2. Örgütsel/kurumsal faktörler
3. Çevresel ve Toplumsal faktörler
4. Cezalara ve adli süreçlere ilişkin süreçler

1. Tarafların (hizmeti sunan ve alan) özellikleri, etkileşimleri ve iletişim

Sağlık çalışanları uzun ve yorucu eğitim süreçleri boyunca bireylerin sağlıklarını

korumak, hastalıkları teşhis etmek ve hastaları tedavi etmek için çok farklı konularda eğitim almaktadır. Ancak sağlık hizmeti sunumunun temel unsuru insandır. Çoğunlukla sağlık kurumuna bir sorun yaşayarak gelen hasta ve hasta yakınlarını anlayabilmek, sorunlarına çözüm bulabilmek için nitelikli bir sağlık çalışanı olmanın yanında iyi bir sağlık iletişimi bilgisine de ihtiyaç vardır.

Sağlıkla ilişkili eğitim veren kurumlarda (tıp fakültesi, hemşirelik fakültesi, eczacılık fakültesi, diş hekimliği fakültesi, paramedik okulları, sağlık meslek liseleri vb.) teorik ve uygulamalı sağlık iletişimi derslerinin okutulması sağlık çalışanlarının birbirleri, hasta ve hasta yakınları ile iletişimlerini artıracak, kendilerini daha kolay ifade etmelerini sağlayacaktır. Sağlık iletişimi eğitiminin özellikle zor durumlar, kriz ve stres yönetimi gibi ana başlıkları içermesi alınan eğitimin daha etkin olmasını sağlayacaktır. Mezuniyet sonrasında da hizmet içi iletişim eğitimleri devam etmelidir. Sağlık çalışanlarının yanında hastane güvenlik personeline de göreve başlamadan sağlık iletişim eğitimi almış olma şartı aranmalı, göreve devam ederken hizmet içi eğitimlerle desteklenmelidir.

Hasta ve yakınları her zaman en öncelikli hastanın kendi hastası olamayacağını, sağlık çalışanının hayati tehlike durumuna göre hastaları önceliklendirdiğini, hastalar arası kişisel ayırım yapmadığını bilmeli ve sağlık çalışanından beklentisini buna göre şekillendirmelidir. Tüm tıbbi

Kaygı düzeyi yüksek kişiler (hasta, hasta yakınları, hasta olduğunu düşünenler) bu alanlarda hizmet almaktadırlar. Değiştirilemeyecek bu özelliğine ek olarak; bekleme alanlarının yetersizliği, havasız ve uygun ışıklandırmanın olmadığı ortamlar, yönlendirmelerin eksikliği gibi fiziki alt yapı eksiklikleri, hizmet alanların ve verenlerin stres düzeyini yükselterek ve şiddete yol açabilmektedir.

imkânlar kullanılsa dahi bütün hastaların kurtarılamayacağı, bazı hastalarda (tüm dünyada olduğu gibi) sekeller kalabileceği, komplikasyonlar olabileceği, bunların sağlık çalışanı tarafından arzu edilmeyen ancak yine de karşılaşılabilen durumlar olduğu hasta ve hasta yakınlarına anlatılmalıdır. Özellikle 112 acil yardım ambulansı beklenirken geçen sürenin hasta ve hasta yakınları tarafından olduğundan daha uzun algılandığının, gerçek ulaşım süresi ile algılanan sürenin farklı olduğunun anlatılması için; hazırlanacak kamu spotlarında bekleyen için zamanın çok uzun geçtiğinin, beklemenin zorluğu konularına değinilmelidir. Hasta yakınlarının ambulansa alınmama nedenlerinin kendi hastalarının güvenliği olduğu da mutlaka vurgulanmalıdır.

Sağlık çalışanlarının kendi çalışma alanları ile ilgili güncel mevzuatı takip edebilmeleri için sistemler kurulmalı ve mevzuat değişikliklerine hâkim olmaları sağlanmalıdır. (Merkezi mevzuat takip sistemi gibi).

2. Örgütsel/kurumsal faktörlere yönelik öneriler

Türkiye’de sağlık çalışanlarının sayısında ve dağılımında bulunan eksikliklerin giderilmesi için mevcut politikaların geliştirilmesine gereksinim vardır. Sağlık çalışanlarının nicelik olarak yetersizliği giderilerek sağlık çalışanı üzerindeki aşırı iş yükü makul seviyeye getirilmelidir. Bu düzeltme çalışması hasta ve hasta yakınlarına ayrılacak olan süreyi arttırarak pek çok çatışmanın önüne geçilmesini sağlayacaktır. Sağlık çalışanlarının çalışma sürelerinin (özellikle acil servis, 112, asistanlık eğitimi, hemşirelik hizmetleri gibi alanlarda) 24 saati bulması, hatta 36 saate kadar uzaması tükenmişlik, yorgunluk, verimsizlik ile sonuçlanmakta ve bu olumsuz koşullar da hasta ve yakınları ile iletişimde kesinti ve yanlış anlaşılmalara neden olabilmektedir. Sağlık çalışanlarının çalışma sürelerinin düzenlenerek, uzamış çalışma saatlerinden kaynaklanan olumsuzluklar giderilmelidir.

Sağlık hizmeti verilen tüm kuruluşlarda şiddete yönelik risk değerlendirmesi yapılmalı, sağlık çalışanlarının şiddete uğramasını engelleyecek güvenlik önlemleri ivedilikle alınmalıdır. Hasta ile gereğinde teması kesebilecek güvenli alanların oluşturulması, hastane içi Beyaz Kod uygulaması, çalışma ortamında yaralanmaya neden olabilecek malzemelerin (tel zimba, delgeç vb.) bulundurulmaması gibi faaliyetler iyi uygulama örnekleri arasında sayılabilir.

Hizmetin yoğun olarak verildiği ve hasta yakınlarının da fazla olduğu birimlerde uygun bekleme alanları sağlanmalı,

hasta yakınlarının müdahale alanlarına girmesini engelleyecek düzenlemeler yapılmalı, sağlık çalışanları aracılığıyla ve elektronik bilgilendirme yöntemleri ile bekleyen hasta yakınlarına hastalar hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.

Hizmet sunumuna ilişkin olarak sonuç bekleme, kan verme vb. süreçler yöneticiler tarafından periyodik olarak gözden geçirilerek, verimli esasına uygun olarak düzenlenmeli, birbirini takip eden operasyonel alanlar (ortopedi polikliniği - alçı odası, kardiyoloji polikliniği - EKG çekim odası gibi) birbirine yakın olarak konuşlandırılmalıdır. Böylece uzun bekleme süreleri ve sağlık kurumu içindeki gereksiz hasta hareketleri azaltılmış olacaktır. Halen sürdürülmekte olan bürokratik işlemlerin kısaltılması çalışmaları, belli aralıklarla gözden geçirilerek sürdürülmelidir.

SABİM konusunda bilgi ve farkındalık artırıcı çalışmalar yapılmalı, SABİM şikâyetleri uzman kişiler tarafından değerlendirilmeden geçirildikten sonra işleme konulmalıdır. SABİM’e yapılan başvurular daha titiz bir şekilde irdelenerek çalışanların psikolojik durumlarını bozacak davranışlardan kaçınılmalı, somut bir olaya dayanmayan, şikâyet sahibinin adı ve adresi belli olmayan, personelin kusurunun bulunmadığı açıkça görülen şikâyetler değerlendirmeye alınmamalıdır.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında “hasta hakları birimlerinin” ve “çalışan sağlığı ve güvenliği kurulları”nın birlikte yer alacağı Sağlık İletişim Merkezleri (SİM) kurulmalıdır. SİM’ler hem hasta ve yakınlarına hem de sağlık çalışanlarına ortaklaşa hizmet vermelidir. Sağlık kurumlarında yaşanabilecek iletişim kazaları, bilgi eksikliği, yanlış anlama ve anlaşılmalardan kaynaklanan problemleri çözmek üzere ombudsmanlık görevi üstlenecek bağımsız denetçilerin veya eğitimli uzman arabulucuların SİM’lerde istihdam edilmesi önerilebilir. Sağlık Ombudsmanı olması ve sorunlara müdahale etmesinin sağlanması, sorunların şiddete dönüşmeden çözülmesini sağlayabilir, böylece hem çalışan hakları ve güvenliği birimi hem de hasta hakları birimleri tek çatı altında toplanabilir. Sorunların bir merkezde toplanması, çözümünü hızlandırır, iş yükünü azaltabilir.

Hastanelerde bulunan Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Kurullarının daha etkin hizmet sunması ve çalışanlarının sağlık durumları ile memnuniyetlerinin izlenmesi yolu ile çalışma koşullarından kaynaklanan olumsuzluklar giderilmelidir.

112 çalışanları için komuta kontrol merkezleri ve istasyonların bağımsız konumları düşünülerek acil çıkış kapısı,

şifreli kapı girişi gibi fiziki düzenlemeler ile caydırıcı ve önleyici güvenlik önlemlerin alınması, ambulans görev yapan ekipler için ambulans içi ve dışı izlem sistemleri ile bireyler için panik durum ekipmanları sağlanması şiddetten korunmada etkili yöntemler olacaktır.

Sağlık kurumlarında şiddete uğrayan bireyler için Bakanlık merkez teşkilatı ile il müdürlüklerinde kurulan Beyaz Kod Birimi ve hukuki yardımın tüm sağlık çalışanlarını kapsayacak biçimde genişletilmesi ve aynı olay karşısında aynı yöntemin uygulanacağı uygulama ve dil birliği sağlanmalıdır.

Topluma önder olan, rol model olan kişilerin; siyasiler, sanatçılar, toplum tarafından kabul edilen uzmanların sağlık çalışanlarına yönelik olumsuz söylemlerde bulunmaması, hem mesleki saygınlığın korunması hem de bireylerin sağlık hizmetlerinden mümkün olmayan beklentilere girmelerini engelleyerek şiddeti azaltacaktır. Bahsi geçen kişilerin bunun yerine sağlıkta dönüşümü daha iyi anlatmaları çok daha etkileyici bir yöntem olacaktır. Bunun yanında Sağlık Bakanlığı da Sağlıkta Dönüşüm Sürecini topluma daha iyi anlatacak yöntemler benimsemelidir.

3. Çevresel ve toplumsal faktörlere yönelik çözüm önerileri

Topluma yönelik çözüm önerileri içinde şiddetin sorun çözme biçimi olarak görülmesinin engellenmesi, en başlarda yer almaktadır. Toplumun şiddet ile sorun çözme biçiminin engellenebilmesi için eğitim düzeyinin artırılması, kamu spotları ile bilgi ve farkındalık artışının sağlanması gerekmektedir.

Bu çerçevede Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı gibi kurumlar ile işbirliği yapılarak toplumda sorun çözme yöntemleri konusunda değişim sağlanmaya çalışılmalıdır. Yapılacak uygulamalar içinde aileden başlayarak, okullara, camilere uzanan bir şiddet engelleme, sağlık iletişim eğitimi modeli geliştirilmesi uygun olacaktır. Bunun yanında önemli ve müdahale edilmesi gereken alanlardan birisi de bireysel silahlanmadaki artışın önlenmesidir. Sağlık çalışanına yönelik şiddet uygulayanların aldığı cezaların toplum ile paylaşılmasının da farkındalığı ve caydırıcılığı artırıcı etkisi olacağı düşünülmüştür.

Medyanın uyarılarak para cezası veya sağlık çalışanlarını doğru tanıtan kamu spotlarını yayınlama zorunluluğunun getirilmesi gerekmektedir. Medyanın sağlık konusunda, sağlık profesyonellerinden onay almadan haber yapmasının önüne



geçilmelidir. Araştırmadan yapılan her yalan, yanlış haber için Sağlık Bakanlığı ve ilgili kurumlar gerekli davaları açarak takipçisi olmalıdır.

Görsel ve yazılı medya, RTÜK başta olmak üzere ilgili kurumlarca sağlık alanında yapılan haberlerin doğruluğu, tarafsızlığı konusunda denetimden geçmelidir. Olanaklı ise Medya Sağlık Etik Kurulu kurularak medyada çıkan haberler ve diğer ilgili programlar ve dokümanlar değerlendirilmelidir. Haberlerin yanında özellikle televizyon dizilerinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti teşvik edici, şiddet uygulayarak sorunların çözüldüğünü ifade eden ifadelerden kaçınılmalıdır. Medyada olanaklı olduğu ölçüde sağlık çalışanlarının görevlerini hangi koşullarda ve duygular içerisinde yaptıkları, 7 gün 24 saat toplum için kesintisiz hizmet sundukları anlatılarak toplumsal farkındalık ve bilinç oluşturulmalıdır. Yazılı ve görsel medyada sağlık çalışanlarına şiddeti engellemeye yönelik "şiddete sıfır tolerans" vb. kamu spotlarına sıklıkla yer verilmeli, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulayıcıların aldıkları cezalar duyurulmalıdır. Şiddet uygulayanların yalnızca kendilerine verilen hizmeti değil, hizmet almak için bekleyen diğer hastalara verilen hizmeti de aksattıkları vurgulanmalıdır. Bunun yanında ülke genelinde önderlik yapan kişilerin (siyasiler, sanatçılar, kanaat önderleri, işadamları, sporcular vb.) sağlık çalışanları ile birlikte görünürlüğü artırılmaya çalışılarak sağlık çalışanları hakkındaki söylemlerine dikkat etmeleri sağlanarak toplumda olumlu duyguların artırılması sağlanmalıdır.

Bunun yanında toplumda ve medyada farkındalık artırıcı etkinlikler, topluma şiddet ile sorunların çözülemeyeceğinin anlatılması, şiddet uygulandığında yaptırım yüksek cezalarla karşılaşılabileceği belirtilmelidir. Sağlık kurumlarında caydırıcılığı ortaya koyan güvenlik önlemlerinin

alınması, fizik mekânların uygun biçimde düzenlenmesi, hizmet alanların ve sağlık çalışanlarının kendilerini güvenli hissedebilecekleri çalışma ortamları hazırlanması gereklidir.

4. Cezalara ve adli süreçlere yönelik çözüm önerileri

Komisyondan dinlediği meslek örgütleri, sendikalar, akademisyenler ve sivil toplum kuruluşlarının tamamına yakını da mevcut cezai düzenlemelerin yetersizliğinden bahsetmiş ve cezaların artırılarak caydırıcılığın artırılmasını önermişlerdir. Bu öneriler arasında özel bir sağlıkta şiddet kanunu çıkarılması ya da memur suçları savcılığı gibi sağlık çalışanlarına şiddet savcılığı kurulması gibi detaylara yer verildiği de olmuştur.

Cezaların artırılmasının yanı sıra sanıkların tutuksuz yargılanmasının da caydırıcılığı azalttığı ifade edilmiştir. Komisyonda ayrıca, şiddet faillerinin çarptırıldıkları cezaların Sağlık Bakanlığı tarafından görsel, yazılı ve sosyal medya üzerinden kamuoyuna duyurulmasının hem sağlık çalışanlarının yalnız olmadıklarını hem de şiddetin karşılıksız kalmadığını göstermesi açısından etkili olacağı ifade edilmiş, bu duyguların da sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti azaltacağı ifade edilmiştir.

Yapılan sunumlarda hâlihazırda kamuya ait sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan sağlık çalışanlarının kamu görevlisi tanımı kapsamında yer almalarından dolayı özel sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanlarına kıyasla bir nebze de olsa koruma altında oldukları ifade edilmiş, özel sektördeki sağlık çalışanlarına şiddet uygulayanların suçun nitelikli halinden cezalandırılmadıkları belirtilmiştir. TCK'da yapılacak değişikliklerde bu hususun da göz önünde bulundurulması gerekmektedir.⁽⁵⁾

Sonuç

TBMM Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sorununun sadece bir güvenlik sorunu olmadığını bilincine, sağlığın bir hak olduğunu ancak bu hakla ulaşmak için şiddete başvurmanın kesinlikle mazur görülmemeyeceğini çalışmalarının her aşamasında vurgulamıştır. Bu duygu ve düşüncelerle; uzun bir çalışma dönemi boyunca konunun ilgilileri ve uzmanlarınca hazırlanan raporun, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesine yönelik olarak belirlenecek politikalar açısından konunun tarafları ve ilgili kurumlar açısından bir yol haritası niteliğinde olacağını belirtilmiştir.

Kaynaklar

1) Komisyonun ismi kamuoyunda "TBMM Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Araştırma Komisyonu" olarak anılmaktadır.

2) Keser Özcan N., Bilgin H., (2011) Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematik derleme, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 31(6):1442-56.

3) Mustafa Necmi İlhan vd., (2009), Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri ve İntern Doktorlarda Şiddete Maruziyet ve Şiddetle İlişkili Etmenler, Toplum Hekimliği Bülteni, 28(3):15-23

4) TBMM (2013) Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, Sıra sayısı: 454.

5) TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonunda kabul edilmiş, TBMM gündemine girmiş ve yeni yasama yılında kanunlaşması beklenmekte olan bir kanun tasarılarında hem "kasten yaralama tutuklama nedenleri arasına alınmakta" hem de "özel çalışanların da kamu görevlisi sayılması hususu" yer almaktadır. Tasarı ve komisyon metnine <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss480.pdf> adresinden erişilebilir.

Sanal gerçeklik ve gerçek darbeler ya da Facebook demokrasiden ne anlar?

Bayram Demir



1975 yılında doğdu. 1993'de Sağlık Bakanlığı'nda göreve başladı. Farklı tarihlerde il sağlık müdür yardımcılığı ve SB Merkez Teşkilatı Daire Başkan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde sağlık sosyolojisi doktora çalışması yürüten Demir'in sağlık sosyolojisi ve sağlık kuruluşlarında kalite uygulamaları konularında hakemli ve diğer periyodik dergilerde yayımlanmış makaleleri ve sosyal bilimler alanındaki çeşitli kitaplarda bölüm yazarlığı bulunmaktadır. Halen SB Batman Devlet Hastanesi Müdürü olan Demir, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Mark Zuckerberg'in Facebook sosyal paylaşım sitesinin çok şey için kullanıldığına şahit olduk ve olmaya devam ediyoruz. Kuşkusuz bugüne kadar bunun en beklenmedik olanı 1 Temmuz 2013 tarihinde Mısır ordusu tarafından seçimle işbaşına gelmiş Mısır Hükümetine "muhtıra" verilmesi olmuştur. Bu durum, başlangıç itibarıyla Mısır toplumunun çok büyük bir kesiminde psikososyal sonuçları olan bir şiddet türü olarak vuku buldu ve sonra gerçek bir şiddet halini aldı. Ülkeyi sonu ne olacağı kestirilemeyen bir kaosun içine sürüklemiş oldu. Oysa daha iki yıl önce yine aynı Facebook üzerinden ve yine Mısır için demokrasi talepleri yükseliyordu. Mısır silesiyle bir kez daha sosyal medya, internet ve paylaşım sitelerinin işlevleri üzerine düşünmeye başladık.

Sahi nasıl bir sosyal medya, nasıl bir internet arzuluyoruz? Eğitim sistemine, sağlık sistemine, demokrasiye, aileye, birey-toplum ve birey-birey etkileşimine etkileri nasıl olmalı? Toplumda, birey-birey etkileşiminde şiddete yol açmakta mıdır? Bu soruların birçok cevabı olabilir ama yanıtlayanın sorumluluk çerçevesinden bir bakış açısıyla ihtiyaca daha doğru odaklanılabilir. Bu yazı kapsamında sosyal medyanın ulusal-uluslararası toplumdaki şiddet olaylarına etkileri, bireylerin yaşam alışkanlıklarına ve genel olarak sağlığa yansımaları analiz edilmeye çalışılacaktır. Yazı kapsamında

bir sosyal problem olarak internetin ve sosyal medyanın hayatımızdaki yeri incelendiğinden belirli alanlardaki (sağlık ve şiddet) olumsuz yönlerine odaklanılacaktır. Ayrıca sağlıkta yaşanan şiddet olayları ve nedenlerine değinilecektir.

Şiddet

Şiddet, hayatın her alanında (okulda, iş yerinde, sporda, ailede, vb.) varlık göstermektedir. Dolayısıyla sanal veya reel insan etkileşiminin olduğu her yerde şiddet karşımıza çıkmaktadır. Bilim dalları, (biyoloji, psikoloji ve sosyoloji vb.) şiddetin kaynağını farklı noktalardan tartışmaktadırlar. Biyoloji fizyolojik süreçlerden kaynaklandığı, psikoloji kişinin bilişsel süreçlerinden kaynaklandığı, sosyoloji sosyal-kültürel yapı ve kişiler arası etkileşimler üzerinden kaynaklandığı üzerinden değerlendirilmektedir. Bu çerçevede, tutumlarımızı belirleyen referans çerçeveleri aynı zamanda şiddet davranışının kaynakları olarak da ele alınabilir. Şiddetin kaynağının ekonomik eşitsizlik olduğunu belirten düşünürler de bulunmaktadır (Kızmaz, 2006). Şiddetin türleri ise, fiziksel, psikolojik, ekonomik, cinsel ve sözel olarak beşe ayrılmaktadır. Bunların dışında kategorik olarak hepsini kapsayan bir şiddet türü de "sanal şiddet" olarak değerlendirilmektedir.

Bu itibarla öncelikle şiddetin ve de ayrıca sanal şiddetin kısa bir tanımına yer verecek olursak şiddet; güç, zorlama ve baskı uygulanması suretiyle kişilerde fiziksel veya ruhsal zarara yol açan sözel veya

fiziksel davranış ve tutumlar bütünüdür. Sanal şiddet ise; fiziksel olarak tecrübe edilmeyen ancak birey üzerinde olumsuz psikososyal etkileriyle sonuçlanabilecek bir şiddet türüdür. Sanal şiddet kendini televizyon, video oyunları ve internet gibi her mecrada gösterebilir. Esasen sanal şiddeti diğer fiziksel veya sözel şiddet türleri gibi doğrudan gözleme imkânı her zaman bulunmamaktadır. Sonuçları üzerinden değerlendirmek mümkün olabilmektedir. Ancak sanal mecradaki yayınların doğrudan şiddete sebep olduklarını söylemek mümkün olmamakla birlikte şiddete meyilli davranışlara katkısı olabileceğini söylemek mümkündür (Thompson ve Hickey, 2012). Bununla birlikte, internet veya televizyon ya da genel olarak sanal mecradaki yayınların belirli durumlar için şiddeti meşrulaştırıcı bir işleve sahip olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Diğer birçok şey gibi şiddetin de bulaşıcı olabileceği yolunda görüşler dile getirilmektedir. Aksi halde sosyal medya üzerinden örgütlenebilen ve şiddete tevdi edilebilen grup davranışlarını açıklamak her zaman için kolay olmayacaktır. Taraftar gruplarının bir diğer taraftar gruba karşı sosyal medya üzerinden ortak hedefler dairesinde bireysel saldırılarının bir açıklaması da şiddet olgusunun bulaşıcı karakterinden kaynaklanıyordur. Ayrıca sanal dünyada şiddet öznesi olarak kullanılacak çok sayıda enstrüman oluşmuş durumda. İnternet kendi içinde şiddeti evrimleştirdi. Daha önceleri kendi halinde edilgen



olarak okunmayı bekleyen ve saldırı tohumları içeren yayınlar, bloglar, yazılar; yerini agresif tutumlu ve yayılcı bir özellik gösteren twitlere, Facebook sayfalarına bıraktı. Bunlar okunmayı beklemeyen kendisini zorla okutturan, sözel şiddetin bir türünü uygulayan web uygulamaları haline gelmiş, adeta şiddetin öznesi olmuşlardır adeta.

Kişiler veya kurumlar sosyal medyada ve kullanıcılar nezdinde başlatılan kampanyalarla linç edilmektedirler. Bu durum sosyal medyayı şiddetin taşıyıcı ve enstrümanı haline getirmektedir. Masa başında, laptoplarda veya akıllı telefonlarla sosyal medyada varlık gösteren bütün kişilerin bireysel olarak şiddete karşı bir duruş içinde olduklarını beyan edebileceklerine dair hiçbir kuşku bulunmamaktadır. Ancak yayımladıkları videolar, düşünceler, yanlış veya eksik bilgiler ile "sanal şiddet" sarmalı içinde olduklarını ayırt etmekte zorlanacaklardır. Zira bir dönem için sanal medya üzerinden Mısır'a demokrasi getirme haleti ruhiyesi içinde olanlar mevcut idi. Yukarıda yer verilen örnekler şiddetin sanalda da olsa bulaşıcılığını temsil etmektedir.

Bunun yanında, sanal medyada hesap verilebilirlik seviyesi çok düşüktür. İnternette bir bilgiyi yaymak için 1 dakika içinde açılan bir mail, Twitter veya Facebook hesabı yeterli olmaktadır. Yayılan bilginin doğruluk teyidi son derece zordur. Fakat gazete, dergi

veya televizyon gibi geleneksel bilgi kaynaklarının hesap verilebilirlik seviyesi sanal medya hesaplarına göre oldukça yüksektir.

Sağlıkta şiddet

İlköğretim öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada; bazı olaylarda şiddete başvurma bir çözüm yolu olarak değerlendirildiği ve bu cevabın büyük bir oranda spor programı ve şiddet içerikli yerli yabancı dizi izleyenlerde en yüksek olduğu sonucu elde edilmiş. Yani sıra yayınlardaki iyi-kötü dikotomisinde iyilerin şiddet uygulama meşruiyeti izleyicinin şiddeti meşrulaştırıcı kanaatlerine etkisi olabilmektedir (Işiker, 2011). Şiddet olaylarının haber sitelerinde, televizyonlarda bu denli sıklıkla yayımlanması onu hayatın olağan bir parçası haline getirmekte ve şiddete tepki gösterilmesi noktasında ise insanları duyarsızlaştırabilmektedir. Öyleyse uzun yıllar boyunca sağlık skandalları başlıklı ve gerilim müziği fonlu televizyon yayınlarının oluşturduğu kültürel alt yapı, sağlık çalışanlarına yönelik şiddete tepkinin sadece sağlık çalışanlarıyla sınırlı kalmasına bir etkisi olduğundan söz edilebilir mi? Bunun yanıtını burada vermek oldukça zor görünmektedir. Elimizde bunu destekleyecek araştırma bulguları yok. Ancak bir ihtimal olarak önümüzde duruyor.

Son 5 yıldır ve özellikle son 2 yılda ülkemizde öne çıkan ve sağlık kamuoyunu önemli ölçüde etkileyen bir husus,

Sanal dünyada şiddet öznesi olarak kullanılabilir çok sayıda enstrüman oluşmuş durumda. İnternet kendi içinde şiddeti evrimleştirdi. Daha önceleri kendi halinde edilgen olarak okunmayı bekleyen ve saldırı tohumları içeren yayınlar, bloglar, yazılar; yerini agresif tutumlu ve yayılcı bir özellik gösteren twitlere, Facebook sayfalarına bıraktı. Bunlar okunmayı beklemeyen kendisini zorla okutturan, sözel şiddetin bir türünü uygulayan web uygulamaları haline gelmiş, adeta şiddetin öznesi olmuşlardır adeta.



İnternet üzerinden oluşturulan hastalık destek grupları veya sağıktaki “harici uzmanlar” marifetiyle hastaların internet aracılığıyla birbirleriyle etkileşimi sağlanmaktadır. Olay, sağıkçılar ve sağık sisteminden edinilen hizmeti eleştiren, tedaviye yönelik alternatiflerin tartışıldığı bir noktaya kaymaktadır. İnternet sosyal medyası kişilerin sağığını hekimlerden daha çok yönlendirir hale gelmektedir. Adeta reçetede ki ilaçları yazdırma sorunu olmazsa hekime gitme ihtiyacı bile duyulmayacak!

sağık çalışanlarına yönelik şiddet olgusu olmuştur. Sağık kurumlarında sağık çalışanlarına yönelik şiddet haberleri neredeyse her gün basında yer bulmaktadır. Bu konuyu ülkemizde öne çıkaran iki önemli yönü bulunmaktadır. Birincisi hasta ve yakınlarının uzun yıllar boyunca sağık sektörüne ilişkin oluşmuş kültürel algısı. İkincisi sağık kurumlarının artan hasta yüküyle baş etme stratejileri ve süreç yönetimi.

Eğitim kurumları, tapu kadastro, nüfus müdürlükleri, postane veya diğ er kurumlarda da şiddet olayı yaşandı ğına kuşku bulunmamaktadır. Ancak sağık kurumlarında yaşanan şiddet olgusunun ayırıcı yönü, hizmet alan ve

hizmet veren ilişkisinde sadece kâğıt-kalem boyutundan ibaret olmayışıdır. Sağık kurumlarında verilen hizmet, insan bedeni üzerinde ve de hastanın yararı gözetilerek doğrudan tasarrufta bulunulmasıdır. Nasıl oluyor da tarafların niyetlerinden bağımsız sonuçlar ortaya çıkmaktadır? Buradaki sorunun farklı boyutlarına aşağıda kısaca yer verilecektir. Sağık kurumlarında şiddetin bütün taraflarına ait çeşitli faktörler sıralanabilir:

1. Hasta ve yakınlarına ait olanlar:

- Hastaneden hizmet alma süreci öncesinde gadre uğramışlık hissiyle başvuru
- Gerginlik, sakatlanma veya ölüm korkusu gibi olumsuz duygular
- Alkol veya uyuşturucu madde kullanımı
- Yüksek beklenti düzeyi
- Moral çöküntü yanı sıra hasta yükünün üstlenilmesi vb.

2. Sağık çalışanlarına ait olanlar:

- Aşırı iş yükünün getirdiği stres
- Hasta ve yakınlarıyla iletişim noktasındaki eğitim yetersizliği
- Hasta ve yakınına yönelik empati eksikliği
- Hasta ve yakınına bilgilendirme noktasındaki yetersizlik
- Hasta ve yakınına yeterli dinlememe vb.

3. Sağık kurumlarına ait olanlar:

- Sağık personel (hekim ve hemşire) azlığı
- Yardımcı personel (hasta taşıma personeli) azlığı
- Hasta ve yakınları için konforlu bekleme alanlarının azlığı
- Güvenlik personelinin azlığı
- Hasta ve yakınlarının şikâyetlerinin çözümünün hastanelerde bürokratize edilmesi vb.

4. Kitle iletişim araçlarına (televizyon, internet vb.) ait olanlar:

- Sağık çalışanlarını hedef gösteren yayınlar
- Sonucu yüz güldürücü olmayan bir sağık hizmetinde sağık çalışanlarını haksız gösteren yayınlar
- Sağık kurumlarında yaşanan her olayı skandal gibi sunmak vb.

Toplum genelinde ve özelde sağık kurumlarında şiddetin önlenmesi için topyekûn bir çalışma ortaya konmalıdır. Eğitim kurumlarında verilen vatandaşlık derslerinde sağık hizmetlerinden yararlanma hakkı ve bu hakkın nasıl talep edileceği müfredata konmalıdır. Televizyonlarda ve radyolarda konu ile ilgili “kamu spotları”na yer verilmelidir. İnternet mecrasında ise sağık kurumları

profesyonel ekipler yardımıyla etkili bir tanıtım çalışması yürütmelidir.

Yakın dönemde yapılan bir çalışmada (Demir ve diğ erleri, 2013) araştırmaya katılan sağık personeline göre, hastanelerde yaşanan sözel ve fiziksel şiddet davranışına maruz kalmanın en önemli sebeplerinin başında “hasta transferini yapacak taşıma personelinin eksikliği” gelmektedir. Bu nedenle hastanelerde hasta taşıma personelinin artırılması ve böylece hastanın kendi yakını üzerindeki yükünün azaltılması mümkün olacak ve hasta yakınının gerilimi de azalabilecektir. Hasta yakınlarına hastalarının akut tedavisi süresince rahat bir şekilde bekleyebilecekleri konforlu bekleme alanları oluşturulmalıdır. Hasta kantinlerine bu konuda asgari standartlar getirilebilir. Acil servislerde hasta yakını bilgilendirme panoları oluşturulmalı işlevsel olmalıdır. Hasta ve yakınlarının şikâyetleri eğer çözülebilecekse bürokratize edilmeden yerinde çözümü için hastane yönetimince ilgililere gerekli yetki ve inisiyatif tanınmalıdır.

Bakanlık ve diğ er yetkili kurumlarca mevzuat düzenlemeleri açısından oldukça önemli adımlar atıldı ve atılmaya devam ediyor. Ancak basında sıklıkla şiddet ve sonuçlarına dair haberler okumaya devam etmekteyiz. Kaldı ki kanunlarımızda her türlü şiddete yönelik cezaların artırılması bile şiddeti önlemeye yetmemektedir. Daha genel olarak bakıldığında kanunların davranışların sonuçları üzerinden işlev gördüğü dikkate alınırsa şiddetin analizi daha kolay olur. Dolayısıyla sağık kurumlarında şiddete yönelik cezai ve diğ er hukuki yaptırımlar önemli olmakla birlikte, şiddeti önlemeye yönelik olarak **destek hizmetlerine ağırlık verilmesi** önemli bir seçenek olarak karşımızda durmaktadır. Böylece sağık hizmetlerinde sağık çalışanına yönelik şiddet tam olarak “eradike” edilemezse bile oldukça seyrek hale gelecektir.

Doktor Gogül!

İnternet kullanıcılarının sayısı dünyada ve ülkemizde giderek artmaktadır. Avrupa Birliğinde bu oran %65 seviyelerinde, ABD’de %70-75’ler ve ülkemizde de 2012 yılı itibarıyla %50’ler seviyesinde olup halen artmaktadır. Kullanıcı sayısının artmasının yanı sıra kullanım oranı da giderek artmaktadır. Dünya 2010 yılı itibarıyla toplam zamanının %22’sini on-line olarak geçirirken ortalama bir kullanıcı günde yaklaşık 6 saatini sosyal medyada geçiriyor. Yine 2010 yılı itibarıyla hastaların %61’i hastalığı ve sağığını hakkında internet araştırması yapıyor (Timimi, 2012). Bu veriler günden güne artmaktadır zira 2 yıl öncesine kadar akıllı telefonlar bugünkünden daha az kullanılıyordu. İnternet paketleri akıllı telefonu

olan neredeyse herkesin erişebileceği ücretler seviyesine indiğinden mobil internet kullanımı istatistikleri eklendiğinde tablonun boyutları netleşebilecektir.

Meşhur sosyal paylaşım sitesi Facebook'un dünya genelinde kullanıcı sayısı 1 milyarı aşmış durumda, Twitter kullanıcı sayısı da 555 milyon. Ülkemizde 2013 yılı itibarıyla Twitter kullanıcı sayısı 7,2 milyon, Facebook kullanıcı sayısı ise 32 milyon dolaylarında ve artacağını tahmin etmek yanlış olmaz. 10 yıl öncesinde ülkenin genelini ilgilendiren herhangi bir dedikodunun veya söylentinin oluşması epey bir zaman gerektirirken günümüzde sadece birkaç saat içerisinde değil ülke tüm dünyanın gündemine taşımak mümkün. Burada gerçek bilgiyi dezenformasyondan ayırmak kolay olmamaktadır. Bazen güvenilir kişi veya kurumlar bile zayıf (güncel konularla ilgili haber formatında ve gerçek dışı içeriğe sahip bir site) türü haberlerin doğruluğuna inanabilmektedirler.

Evde veya dışarda, otobüste, trende her nerde olursa kendi sağlığımız veya herhangi bir hastalık hakkında bilgi edinmek istediğimizde elimizi arama motorunun çubuğuna götürüyoruz. Dolayısıyla internete ev doktoru veya mobil doktor dememize bir engel yok gibi. Bir tarafta sağlıkla ilgili faydalı ve de insan sağlığını geliştiren uygulamaların varlığı söz konusu iken diğer yanda insan sağlığına olumsuz etkileri olan bir teknomedyanın söz edebiliriz. Çok boyutlu dijital bir toplum olarak varlığını geliştirmeye devam eden (Thompson ve Hickey, 2012) internet dünyasının; bilgi edinme, bilgiyi yayma, eğitim, sosyalleşme, gelir getirici ve destekleyici işlevleri de bulunmaktadır.

Sağlık ve hastalık durumlarına ait bilginin herkesin erişimine açık kullanımı ve sonuçları herkes için aynı olmamaktadır. Çünkü her kişinin bilgiyi yorumlaması ve ona göre tutum geliştirmesi farklı olacaktır. Bilgiye erişim kısıtlanması gibi bir durum olamayacağına göre internet okuryazarlığı konusunda yaşam boyu eğitim anlayışının gündeme getirilmesi söz konusu edilmelidir. ABD'de sağlık konusunda yanıtıcı bilgilere bir yanıt olarak "Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı" güvenilir internet bilgisi sunan bir web sitesi oluşturmuştur (Weitz, 2007). Halen yayında olan bu site "*sağlıkta güvenilir bilginin kaynağı*" sloganını kullanmaktadır. Ülkemizde bu türden web sitelerinin gündeme getirilmesi ve yayın hayatına başlaması, ülkemiz internet kullanıcıları için önemli bir fonksiyon üstlenecektir.

Sanal medyada sağlıkla ilgili öne çıkan bir diğer önemli konu, sanal ortamda organize olmuş hastalık destek gruplarıdır. İnternet üzerinden oluşturulan

hastalık destek grupları veya sağlıktaki "harici uzmanlar" (lay expert) marifetiyle hastaların internet aracılığıyla birbiriyle etkileşimi sağlanmaktadır. Olay, sağlıkçılar ve sağlık sisteminden edinilen hizmeti eleştiren, tedaviye yönelik alternatiflerin tartışıldığı bir noktaya kaymaktadır (Gabe ve Calnan, 2009). Bu açıdan bakıldığında, internet sosyal medyası kişilerin sağlığını hekimlerden daha çok yönlendirir hale gelmektedir. Adeta reçetede ilaçları yazdırma sorunu olmazsa hekime gitme ihtiyacı bile duyulmayacak! Öyle ki hekimlerin son 10 yılda karşılaştığı "en problemleri hasta grubu"nun, kendisiyle teşhisi müzakere eden hasta grubu olduğunu söyleyebiliriz. Twitter veya diğer sosyal medya hesabı üzerinden rahatsızlık belirtilerini paylaşan ve takipçileri veyahut da arkadaşlarından geri bildirim alan kişiler elbette hastalıklarını için uzmanlarıyla müzakere edecek denli bilgili adedemektedir. Ancak yüzeysel ve bağlamından kopuk bilginin sonuçları hakkında malumat sahibi değildir. Dolayısıyla devam eden iki trend nedeniyle (bilginin geometrik artışı ve bilgiye erişimin artması) ve de hasta ve hekim arasındaki etkileşimi çoğunlukla ön kabule yönelik şartlandırma oluşturması nedeniyle olumsuz sayılabilecek bir süreç tesis edilmiş olmaktadır. Hasta ve hekim arasındaki fonksiyonel ilişki çatışmacı bir seyirle devam edecektir. Hekimin hastaya ayırdığı zaman konusunda bir sıkıntı olmaması halinde çatışmacı seyrin fonksiyonel olabileceğinden söz edebileceğimiz bile günümüz şartlarında bunun olumlu sonuçlarından kolaylıkla söz edemeyiz.

Sağlıklı beslenme, doğru tedavi ve hastalık teşhisleri gibi birçok konuda inanılmaz ölçekte bilgileri barındıran internet medyasını kontrol etmek mümkün değildir. İnternet medyasıyla birlikte yaşama ancak doğru kaynaklara erişim imkânını barındırmasıyla mümkün olacaktır. Bu sebeple sorumlu kurumlar doğru bilgiyi içeren web sitelerini hayata geçirmelidir. Doğru bilginin yayılması, hasta ve hekim etkileşimini dahi olumsuz etkileyen bir teknomedyanın etkinliğini azaltacaktır.

Sonuç ve öneriler

İnternet ve dolayısıyla sosyal medyanın olumlu, olumsuz çok sayıda etkisi olmaktadır. Bu etkileri yok etmek mümkün değildir. Zira küresel sorunlar yerel çözüm getirerek sorun yok edilemez. Sorunla etkilerini azaltarak birlikte yaşanabilir. Bugün için dünyada her türlü siber suç yaygınlaşmaktadır (Ritzer ve Ryan 2011). Siber suçlar; içinde çocuk pornografisi, banka ve kredi kartı suçları, gizli bilgilerin yayınlanması, mahrem bilgilerin paylaşılması, şiddetin teşvik, nefret ve

ırkçı söylemleri de içermektedir. Dünya nüfusunun beşte biri interneti kullanmaktadır ve her an bu suçların potansiyel olarak nesnesi olabilecek 7 milyar insan bulunmaktadır. Bu çerçevede bilinçli tüketici nosyonunu topluma kazandırma yaklaşımı öne çıkarılmalıdır.

Şiddet ve özel olarak sanal şiddet toplumun her alanında ortaya çıkmaktadır. Toplumların şiddet kültürü, bunu devam ettiren bir kaynak olmasına rağmen internet medyası ve sanal meca şiddeti kiteselleştirmektedir. Bu da kuşkusuz son 15 yılın bir olgusudur. Ülkemizdeki yakın dönem sosyal olaylarında etkisi olduğu da bilinmektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti mazur ve makul gören internet ve diğer kitle iletişim araçları ile doğru bilgilendirme ve tutum oluşturma projeleriyle karşılık verilmeye çalışılmalıdır. Sağlıktaki şiddeti engellemek için imkânlar dâhilinde önlemler alınmalı, hasta ve yakınları için konforlu bekleme alanları artırılmalı, hasta ve yakınlarını bilgilendirme artırılmalı, hastanın akut tedavisi sürecinde hastanın yükünün hasta yakını üzerinden alınması sağlanmalı ve bunun için yeterli sayıda destek hizmeti personeli istihdamına gidilmelidir.

Sanal medyanın sağlık alanında olumsuz ve yanlış bilgilendirme özelliği ile mücadele kapsamında aşağıdaki öneriler dile getirilebilir:

- Sağlık Bakanlığı veya onun belirleyeceği güvenilirliği yüksek, toplumca bilinen bir üniversite tarafından güvenli sağlık bilgilerinin edinebileceği bir web sitesi açılmalıdır. Web sitesinde hastalıklara göre hastalar için destek grupları oluşturulmalıdır.
- Sağlık Bakanlığı tarafından internet üzerinden edinilen sağlık bilgilerinin mahiyeti ve değeri konusunun işlendiği kamu spotları hazırlanmalıdır.
- Siber suçlarla mücadele kapsamında çocuk kullanıcılar için okullarda internet okuryazarlığı konusunda eğitim hazırlanmalıdır. Müfredatta bu konulara mutlaka yer verilmelidir.
- Evinde internet kullanımı imkânı bulamayan çocukların internet kafelerden yararlandıkları süre içinde internetin olumsuz etkilerinden korunması için önlemler alınmalıdır. Bu çerçevede bütün okullarda yeterli sayıda bilgisayarın bulunduğu laboratuvarlar açılmalıdır. Bu bilgisayar laboratuvarları hafta sonu da dahil okul öğrencilerine hizmet vermek üzere online kütüphane konseptiyle açık tutulmalıdır.

Emniyet gözüyle bağımlılık

Özcan Bulduk



1973 yılında Çorum'da doğdu. 1995 yılında Polis Akademisi'nden komiser yardımcısı rütbesi ile mezun oldu. Çeşitli illerde ve birimlerde görev yaptı. 2012 yılından beri İstanbul Emniyet Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü görevini sürdürmektedir. Halen Yeni Yüzyıl Üniversitesi Uluslararası İlişkiler Bölümünde yüksek lisans eğitimine devam eden Bulduk, evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Sosyal bir gençlik problemi olan madde bağımlılığı sorununun çözümü konusunda, bireyden başlayarak topluma kadar hayatın bütün ünitelerinin ve toplum için hizmet ve değer üreten, yaşamı etkileyen, bütün kurum ve kuruluşların alabileceği sorumluluklar vardır. Modern dünyada her kesim tarafından kabul gören bu görüşün pratiğe geçmesi süreci ise, söz konusu paydaşların kendi bilgi, görüş ve düşüncelerini demokratik bir platformda samimiyetle paylaşmaları sürdürülebilir olacaktır. Bu kapsamda okuyacağınız bu makalede, bağımlılık yapıcı maddelerin kullanım ve ticareti probleminin uluslararası veriler ışığında küresel yönü ve ulusal veriler ışığında daha küçük çerçevedeki resmi çekilmeye çalışılmış; sonrasında ise konunun bir başka boyutu olan uyuşturucu ve terör konusunda istatistikî bilgiler paylaşılmıştır. Bağımlılık sorununun boyutları hakkında fikir verici bu bilgilerin ardından risk faktörleri ve bunlarla ilgili çözüm arayışlarından bahsedilmiş, İstanbul Emniyet Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü'nün önleme tabanlı talep azaltım çalışmalarına bakışı özetlenmiş ve konuyla ilgili yürütülen projelerden bazı örneklerle ve içeriklerine dair özet bilgilere yer verilmiştir. Bağımlılık gibi girift ve karmaşık bir sosyal sorunu anlatmak için böyle mütevazı bir makalenin yeterli olamayacağı açıktır; ancak hazırlanan bu çalışmayla meselenin genel manzarasına dair bir kanaat oluşması beklenmektedir.

Küresel bir sorun: Bağımlılık yapıcı maddeler

Uyuşturucu/uyarıcı madde suçları her geçen yıl artan küresel bir problemdir. Ülkeler bu problemi çözmek için kendi içlerinde spesifik çözümler üretme çabasında olsalar da bunun tek başına yeterli bir çalışma olmadığı bilinmelidir. Bağımlılık yapıcı yasadışı maddelerin kullanımı ve kaçakçılığı ile etkin mücadelenin uluslararası düzeyde işbirliğini zorunlu kıldığını, hemen hemen bütün dünya ülkeleri kabul etmiş durumdadır. Bu nedenle değerlendirmelerin küresel düzeyde yapılması daha doğru olacaktır.

Dünya genelinde toplam uyuşturucu pazarı hacminin 320 milyar doları bulunduğu değerlendirilmektedir. Bu rakam, küresel gayri safi hâsılanın %0,9'una tekabül etmektedir. Sadece küresel eroin ve kokain pazarının hacmine baktığımızda dahi çıkan rakam dudak uçuklatacak derecededir. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Dairesi (UNODC) tahminlerine göre küresel kokain pazarı hacmi 85 milyar dolar, küresel afyon ve türevi uyuşturucu pazarı hacmi ise 68 milyar dolardır.

Verilerle ülkemizdeki uyuşturucu/uyarıcı madde kaçakçılığı

Ülkemiz jeopolitik konumu nedeniyle uyuşturucu/uyarıcı madde kaçakçılığında çok önemli bir yere sahiptir. Ülkemizde yakalanan uyuşturucu miktarı,

bütün AB ülkelerinin toplamından daha fazladır. 2009 yılında; 27 AB ülkesinde yakalanan eroin miktarı 12,4 ton iken ülkemizde yakalanan miktar 16,4 tondur. Avrupa'da tüketilen afyon ve türevi maddelerin %95'inin kaynağı Afganistan'dır. Ülkemiz bu geçişin sağlandığı önemli rotalardan biri olan Balkan rotası üzerindedir. Ülkemiz ayrıca Avrupa kaynaklı sentetik uyuşturucu/uyarıcı maddelerden ve bunların üretiminde kullanılan ara kimyasal maddelerin trafiğinden olumsuz etkilenmekle birlikte, Güney Amerika menşeli kokain maddesi ile İran üzerinden metamfetamin maddesinin kaçakçılığına da maruz kalmaktadır. Bunların yanında her ülkede olduğu gibi kendi içinde esrar üretimi ve kullanımı da artmaktadır.

Türkiye'de 2012 yılında 2011 yılına kıyasla; kokain olay sayısında bir düşüş görülürken, eroin, esrar, ecstasy ve captagon olaylarında artış yaşanmıştır. Ülkemiz genelinde 2011 yılında yaklaşık 7.294 kg **eroin** yakalanırken, bu rakam 2012 yılında % 82,36 artarak 13.300 kg'a ulaşmıştır. 2011 yılında 76.392 kg **esrar** yakalanırken, 2012 yılında %99 artarak 152.086 kg'a ulaşmıştır. 2011 yılında yaklaşık 592 kg **kokain** ele geçirilirken, 2012 yılında % 19,5'lik bir azalma ile 476 kg'a düşmüştür. Batı Avrupa (özellikle İspanya), Güney Amerika menşeli bir uyuşturucu olan kokainin Avrupa'ya giriş noktası olma özelliğini uzun yıllar devam ettirmiştir. Ancak son yıllarda Doğu Avrupa ve Karadeniz'in kuzeyinde gerçekleştirilen

yakalamalar farklı bir trendi ortaya koymuştur. Özellikle Romanya, Ukrayna ve Türkiye’de gerçekleştirilen büyük miktarlardaki yakalamalar, bu trendin çizgileri hakkında fikir vermektedir. Türkiye, Hollanda ve Belçika menşeli ecstasy kaçakçılığında hedef ülke olarak etkilenmeye devam etmektedir. 2012 yılında Türkiye’de toplam 4.389.309 tablet ecstasy ele geçirilmiştir. Yakalanan miktarda 2011 yılına göre % 221,7 oranında ciddi bir artış görülmüştür. Türkiye captagon kaçakçılığında hem transit hem de pazar olarak etkilenmektedir. 2011 yılında Türkiye’de 1.094.770 adet captagon tablet ele geçirilirken, 2012 yılında bu rakam %83,24’lük bir düşüşle 183.537 olmuştur. **Metamfetamin**, son yıllarda küresel popüleritesi artan bir uyuşturucu olarak ön plana çıkmaktadır. Türkiye’de ilk defa 2009 yılında 103 kg olarak gerçekleşen metamfetamin yakalaması, 2010 yılında 125, 2011 yılında 350, 2012 yılında ise 502 kg’a yükselmiştir. 2012 yılında bir önceki yıla göre yakalamalarda % 43,4’lük bir artış yaşanmıştır. Sokak dilinde **bonzai** olarak bilinen ve bitkisel görünüm kazandırmak amacıyla çeşitli bitki kırıntılarına emdirilen JWH-18 grubu sentetik kannabinoidler, esrar gibi yeşil renkli bitki kırıntılarından oluşmaktadır. İlk olarak 2010 yılında yakalanan bonzai, Türkiye’ye çoğunlukla Avrupa, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti ve Çin’den getirilmektedir. 2011 yılında Türkiye’de 42.945 kg bonzai ele geçirilmiştir. Bonzainin, hava yolu kargosunun yanı sıra Bulgaristan’dan karayolu ile de Türkiye’ye giriş yaptığı anlaşılmıştır.

Kaçakçılıkla mücadelede İstanbul Narkotik Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü’nün rolü

Her yıl BM tarafından yayımlanan Dünya Uyuşturucu Raporunda, dünya genelinde afyon ve türevleri maddelerde en fazla yakalama yapan İran’dan sonra 2. ülke Türkiye’dir. 2012 yılında yayınlanan Kaçakçılık ve Organize Suçlar Daire Başkanlığı’nın (KOM) yayımlanmış olduğu raporda Türkiye’de yapılan yakalamalarda, İstanbul tek başına ülke geneli eroin yakalamalarının %47’sini gerçekleştirmektedir. Yine aynı raporda ecstasy yakalamalarının % 61’inin, captagon yakalamalarının %27’sinin, metamfetamin yakalamalarının %90’ının, kokain yakalamalarının ise %75’inin İstanbul Narkotik Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü tarafından yakalandığı belirtilmiştir. 2009 yılından 2013 Temmuz ayına kadar il genelinde yürütülen operasyonel faaliyetlerle 278.697 kullanıcı ve satıcıya adli işlem yapılmıştır.

Olay ve yakalanan şüpheli sayılarındaki artışta etken faktörlerin; kolluk birimlerinin operasyon kapasitelerinin



güçlendirilmesi, ulusal politika ve stratejilere paralel olarak, Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik birimlerinin ülke içi uyuşturucu/uyarıcı madde şebekelerine yönelik operasyonlara verdiği önem ve ilgili yasalarda örgütlü suç soruşturmaları hakkında yapılan değişikliklerin etkili olduğu değerlendirilmektedir.

Ülkemizde denetimli serbestlik ve ceza infaz kurumu verileri

Madde kullanmak ve bulundurmamak, yasalara göre bir suçtur. Ancak ülkemiz yasaları, bu bir gençlik sorunu olduğundan ve insanların hata yapabileceklerinden hareketle gençlere yasa kapsamında bir kez yanma hakkı verir. Kullanıcı pişmansa ve madde kullanımını bırakmak istiyorsa, yasa kapsamında bir yıllık süreçte kullanıcıya tedavi ve danışmanlık hizmeti verilir. Bu kişilere denetimli serbestlik kararı verilir. 2013 yılı Temmuz ayı itibariyle toplam 232.034 kişiden 121.488 kişiye (%52’si) Uyuşturucu/ Uyarıcı Madde Kullanımı ve Bulundurma (TCK 191) suçundan Denetimli Serbestlik Kararı verildiği belirtilmiştir. Bu anlamda denetimli serbestlik kanunundan faydalanan kişilerin her geçen yıl arttığı gözlenmektedir.

Son yıllarda ülkemizdeki uyuşturucu/uyarıcı madde suçlarındaki artış diğer suç oranlarından daha fazladır.1 Ocak 2012 tarihi itibariyle tüm ceza infaz kurumunda bulunan 128 bin 604 hükümlü ve tutuklunun 23 bin 738’inin (%18,5’i) uyuşturucu/uyarıcı suçlarından yattığı belirtilmiştir. Uyuşturucu suçlarından cezaevinde bulunan şahıslardan büyük çoğunluğunu (%95) uyuşturucu/uyarıcı madde imal ve ticareti suçunu işleyenler oluşturmaktadır.

Türkiye’de 2011 yılında 105’i doğrudan 260’ı dolaylı olmak üzere toplam 365 madde bağlantılı ölüm olayı meydana gelmiştir. Türkiye’de 15-64 yaş grubu nüfusta herhangi bir yasadışı bağımlılık yapıcı maddenin en az bir kere deneme oranı %2,7’dir. İstanbul Narkotik Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü tarafından 2010 yılında İstanbul genelinde 28 ilçede 154 lisede 31.272 öğrenci ile bir araştırma yapılmıştır. Gençler arasında yaşam boyu en az bir kez de olsa bağımlılık yapan maddeleri kullanma/deneme oranlarının; sigara için % 56,6; alkol için % 32,5; esrar için %3,3 ve hap (ecstasy vb) için % 1,6 olarak saptanmıştır.



Ülkemizde madde kullanıcılarının maddeye başlama nedeni olarak, ilk iki sırada merak (%40,3) ve arkadaş etkisi (%23,89) gelirken, bunu %15,23 ile kişisel sorunlar ve %14,31'lik bir oranla aile sorunları takip etmektedir. Kullanıcıların %41,16'sı kullandıkları maddeyi arkadaşından temin ettiğini belirtmiştir. Türkiye'de en fazla kullanılan madde esrardır. Başlama sırasına göre, ilk sırada sigara gelirken, bunu esrar takip etmektedir. Sigara kullanımının, illegal madde kullanımına geçişte ilk adım olduğu değerlendirilmektedir.

Ülkemizde narko-terör sorunu

Güvenlik güçlerimiz tarafından 1984 yılından 2012 yılı Temmuz ayına kadar narko-terörizm kapsamında yürütülen 367 operasyonda 874 şahıs yakalanmıştır. Bu operasyonların 60'ında PKK-KCK hücre evleri ve sığınaklarında yüksek miktarlarda uyuşturucu yakalanmıştır. Başta yasa dışı uyuşturucu ticareti olmak üzere, organize suçların işlenmesi suretiyle elde edilen büyük tutarlardaki suç gelirlerinin önemli bir bölümü, organize suç faaliyetinin devamını sağlamak amacıyla kullanılabilen, ayrıca bu gelirlerle terör faaliyetleri de finanse edilebilmektedir. 2011 yılında MASAK (Mali Suçları Araştırma Kurulu Başkanlığı) tarafından suç gelirlerinin aklanması suçlarının tespitine yönelik olarak yapılan analiz, değerlendirme ve inceleme çalışmalar sonucunda, uyuşturucu madde kaçakçılığı dolayısıyla aklama suçunu işledikleri anlaşılan kişiler hakkında da savcılıklara suç duyurusunda bulunulmuştur.

Dünyada ve ülkemizdeki kullanım oranları

Dünya genelinde eroin, kokain ve diğer uyuşturuculardan yıllık 200 bin kişi hayatını kaybetmektedir. UNODC 2012 verilerine göre dünya genelinde 230 milyon insanın (dünya nüfusunun yaklaşık %5'i) 2010 yılında en az bir kez uyuşturucu/uyarıcı madde kullandığı tahmin edilmektedir. Diğer bir deyişle 15-64

yaş arasındaki her 20 kişiden 1'i madde kullanmıştır. Dünya genelinde yaklaşık 16 milyon kokain, 17 milyon afyon ve türevi kullanıcısı bulunmaktadır. Afyon ve türevleri içerisinde 12-13 milyon kişi ise eroin kullanmaktadır. Dünya genelinde Okyanusya, Kuzey Amerika ve Afrika en çok esrar tüketilen bölgelerdir. Kuzey ve Güney Amerika, Batı Avrupa ve son yıllarda Okyanusya kokain tüketiminin en yoğun gerçekleştiği bölgelerdir. Eroin tüketimi ise Orta ve Yakındoğu, Orta Asya, Avrupa, Kuzey Amerika'da yoğunlaşmaktadır. Amfetamin türevi sentetikler pazarı ise Okyanusya, Doğu ve Güneydoğu Asya, Kuzey Amerika ve Avrupa'da yaygındır.

Türkiye'deki veriler değerlendirildiğinde, ülkemiz diğer ülkelere göre madde kullanım değerleri yönünde düşük görünmesine rağmen, genç nüfusun yoğunluğu nedeniyle ciddi anlamda risk altındadır. Türkiye'de 2011 yılında 105'i doğrudan 260'ı dolaylı olmak üzere toplam 365 madde bağlantılı ölüm olayı meydana gelmiştir. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (TUBİM) tarafından 2011 yılında, Türkiye'de genel nüfusta madde kullanım yaygınlığı araştırması yapılmıştır. Bu araştırmaya göre, Türkiye'de 15-64 yaş grubu nüfusta herhangi bir yasadışı bağımlılık yapıcı maddenin en az bir kere deneme oranı %2,7'dir. Bu oran erkeklerde %3,1; kadınlarda ise %2,2'dir. Madde kullanım yaygınlığının genç yetişkinlerde (15-34 yaş grubu), genel nüfusa (15-64 yaş grubu) göre daha

yüksek olduğu görülmektedir. Genç yetişkinlerde herhangi bir maddenin yaşam boyu kullanım oranı %3 iken, genel nüfusta bu oranın %2,7 olduğu görülmüştür. İstanbul Narkotik Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü tarafından 2010 yılında İstanbul genelinde 28 ilçede 154 lisede 31.272 öğrenci ile bir araştırma yapılmıştır. Gençler arasında yaşam boyu en az bir kez de olsa bağımlılık yapan maddeleri kullanma/deneme oranlarının; sigara için % 56,6; alkol için % 32,5; esrar için %3,3 ve hap (ecstasy vb) için % 1,6 olarak saptanmıştır.

Arz ve taleple mücadele bağlamında yapılacaklar

Ülkemizde madde bağımlılığı ile mücadele konusunda arz ve talebin birbirinden ayrılmayacağı, her iki mücadelede de eşzamanlı hareket edilerek etkili bir sonuç elde edileceğine inanmaktayız. Yani operasyonel anlamda ne kadar başarılı olsak da bataklığı kurutmak anlamında gençlerin bilinçlenmesi ayrı bir öneme sahiptir. Dünya genelinde de madde bağımlılığı sorununa yönelik yürütülen çalışmalar arasında önleyici nitelikteki çalışmalar, giderek daha da önem kazanmaktadır. Çünkü madde bağımlılığından sonraki süreçte (tedavi ve rehabilitasyon) harcanan emek ve maliyet, önleme boyutunda harcanandan çok daha fazladır. Mesela Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırma, önlemede harcanan 1 doların tedavi ve rehabilitasyonda harcanacak 18 dolara tekabül ettiğini göstermektedir. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi'nin (EMCDDA) tanımladığı evrensel önleme boyutu, uluslararası ve ulusal ölçekte toplumun bilinç düzeyini artırmayı ve bireysel, ailesel ve toplumsal bakımdan sorumluluk geliştirmeyi hedeflemektedir. Ülkemizde de gençlerin ve ailelerin madde bağımlılığına ilişkin bilgi düzeylerini arttırmak, özellikle risk altında bulunan grupların, sosyal projelere katılmalarını sağlayarak toplumun bir parçası olduğu hissini vermek; madde kullanımı ile ilgili profili ortaya koyabilecek bilimsel çalışmalar yapmak, madde bağımlılığı sorununun çözümü ile ilgili kurum ve kuruluşların sorunun çözümünün bir parçası olmasına imkân sağlamak, uyuşturucu/uyarıcı madde bağımlılığında talebi azaltma yönündeki çalışmalarımızın temelini oluşturmaktadır.

Riskler ve çözüm arayışları

"Bağımlılık Yapıcı Madde Suçlarında Kullanıcı Profili Anketi-U Formu" verilerine göre; madde kullanıcılarının maddeye başlama nedeni olarak, ilk iki sırada merak (%40,3) ve arkadaş etkisi (%23,89) gelirken, bunu %15,23 ile kişisel sorunlar ve %14,31'lik bir oranla aile sorunları

takip etmektedir. Kullanıcıların %41,16'sı kullandıkları maddeyi arkadaşından temin ettiğini belirtmiştir. Ankete katılan şahısların maddeyi en çok terk edilmiş yerlerde (%44,57), ardından da kendi evlerinde (%31,13) kullandıkları saptanmıştır. Türkiye'de en fazla kullanılan madde esrardır. Başlama sırasına göre, ilk sırada sigara gelirken, bunu esrar takip etmektedir. Sigara kullanımının, illegal madde kullanımına geçişte ilk adım olduğu değerlendirilmektedir. İstanbul Narkotik Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü olarak, bağımlılık yapıcı uyuşturucu/uyarıcı maddelere karşı talebi azaltmaya yönelik önleme çalışmalarımızı, oluşturulan kullanıcı profillerinin de ışığında, risk gurubu olarak ortaya çıkan 14-25 yaş arası gençleri, gençlerle sosyal iletişim içerisinde olan aileleri, gençler ile kamusal iletişim içinde olan öğretmenleri madde bağımlılığı konusunda doğru bilgiyle donatmayı ve farkındalıklarını artırarak bilinçli bireyler olmalarını amaçlamaktayız.

Projelerimiz

İstanbul Narkotik Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü olarak, İstanbul il sınırları içerisinde işbirliği esasıyla yürüttüğümüz 19 projede İstanbul Kalkınma Ajansı, İstanbul Ticaret Odası ve 20'ye yakın yerel yönetimin katkılarıyla "Hedef Sensin-Madde Kullanımına Hayır" projesini geliştirdik. Bu kapsamda çok çeşitli projeler uygulayarak gençleri, aileleri ve eğitimcileri bilinçlendirerek farkındalıklarının artmasına yönelik faaliyetlerimizi devam ettiriyoruz. Önlemeye yönelik verdiğimiz eğitimlerde; doğru ilaç kullanımı, zararlı maddeler ve etkileri, insanların madde kullanımına yönelik sebepleri, akran ve grup baskısı, medyayı doğru okuyabilme, doğru sosyal çevre edinme, kısa ve uzun süreli hedefleri ayırt edebilme ve belirleme, seçenekler ve seçimlerin hayatımızdaki yeri, iletişim, hayır diyebilme davranışı geliştirme, duygularını ifade edebilme, stres ve problemle baş edebilme vb. konuları uzman personelimiz ile yaratıcı drama desteğiyle işlemekteyiz. Projelerimizin bileşenlerinden olan sosyal destek çalışmaları (Akran Çalışması ve Sosyal Aktiviteler Projeleri) Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezinin (EMCDDA) Madde Talep Azaltımı Faaliyetleri Bilgi Sistemi Programına (EMCDDA/EDDRA) Türkiye'den önleme alanındaki en iyi projeler olarak kabul edilmiştir.

Sonuç

Anlaşıldığı üzere bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı ve kaçakçılığı problemi bütün dünya ülkelerinin en önemli problemlerindedir. Böylesi büyük bir ekonomik rantın döndüğü ve karmaşık sosyal süreçlerin şekillendiği bir problemin üstesinden gelmek için



kapsamlı ve ayrıntılı bir yaklaşımın yanı sıra gerek ulusal gerekse uluslararası çapta samimi bir işbirliği ve etkin bir koordinasyona ihtiyaç vardır. Bu bağlamda, İstanbul Narkotik Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü olarak hem ülkemize hem de dünyaya örnek olan operasyonel çalışmalarımızdaki kararlı çalışmalara ek olarak, önleme alanında da farklı kamu kurum ve kuruluşlarıyla işbirliği içerisinde yürüttüğümüz proje tabanlı faaliyetlerimizi artırarak devam ettirmekteyiz. Bu alanda yapılacak her katkı ülkemizde madde kullanımını önlemede önemli bir yere sahiptir.

Kaynaklar

Bronfenbrenner, U. (1976). *The experimental ecology of education. Paper presented at the American Educational Research Association, San Francisco, CA*

Evcin, U. (2011). "Lise Gençlerinin Vakit Geçirdiği Ortamların Madde Kullanımı Davranışı Üzerine Etkileri: Bayrampaşa Örneği." *Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı, İstanbul.*

Miller, T. R., & Hendrie, D. (2009). *Substance abuse prevention dollars and cents: A cost-benefit analysis. US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.*

Ögel, K., Çorapçioğlu, A. ve Sır, A. (2004). *İstanbul'da Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı, Klinik Psikiyatri Dergisi.*

Stokols, D. (1996). *Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. American journal of health promotion, 10(4), 282-298.*

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (2012). *TUBİM 2011 Raporu. http://www.tubim.gov.tr/Dosyalar/Raporlar/emcdda_2011_tr.pdf (Erişim Tarihi: 03.08. 2013)*

Unlu, A. (2009). *The Impact Of Social Capital On Youth Substance Use, Doctoral Program, University of Central Florida, Orlando, Florida*

Ünlü, A. ve Evcin, U. (2011) *Sosyoekonomik ve Çevresel Faktörlerin Sokak Satıcıları Üzerindeki Etkileri: İstanbul'dan Kesitsel Bir Çalışma. Polis Bilimleri Dergisi 13(3), 81 – 108.*

Ünlü, A. ve Evcin, U. (2013). "Sosyoekonomik Model Bakış Açısıyla Dünyada ve Türkiye'de Madde Kullanım Problemi ve Önlemler." *Uyuşturucu Gerçeği. Güneşdoğum Demeği / Atılım Üniversitesi; Ankara: 18-24.*

Bağımlılık

Prof. Dr. M. İhsan Karaman



1962 yılında İstanbul'da doğdu. 1986'da İÜ İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1991 yılında üroloji uzmanı oldu. 1994'de bir yıl kadar Houston-ABD'de Baylor College of Medicine'de misafir ürolog olarak çalıştı. 1996'da doçent, 2008'de ise üroloji profesörü unvanını aldı. 2011 yılında da çocuk ürolojisi yandal uzmanlığı diploması alan Karaman, halen İstanbul Üniversitesinde Tıp Tarihi ve Etik doktora programına da devam etmektedir. Prostat kanseri konusunda hazırladığı bir bilimsel kitap, katkıda bulunduğu 30'dan fazla kitap bölümü yazarlığı, 250'den fazla ulusal ve uluslararası alanda yayımlanmış bilimsel çalışması ve almış olduğu 500'ün üzerinde uluslararası atıf mevcuttur. Karaman'ın "Cinsel Sağlıktan Mutlu Aileye" isimli popüler eğitim kitabı da 2012 yılında yayınlandı. Dünya İslami Tıp Birlikleri Federasyonu (FİMA) Başkan Yardımcısı, Yeryüzü Doktorları Türkiye Yönetim Kurulu Başkanı ve Türkiye Yeşilay Cemiyeti Genel Başkanı olan Karaman, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayımlanan bir istatistik bilgisini ilk kez okuduğumda gözlerime inanmamış ve başında bulunduğum Yeşilay'ın ne kadar ağır bir sorumlulukla karşı karşıya olduğunu bir kez daha derinden idrak etmiştim. Kurumun 2010 yılında yayımladığı istatistik sonucuna göre ülkemizde 10-14 yaş grubundaki çocukların %6,9'u bir alkol ürününü denemiş bulunmaktaydı. Üstelik 2008 ve 2010 yılları arasında bu oran artış göstermişti. Dahası var: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) tarafından 2011 yılında bağımlılıkla ilgili olarak yapılan ülkemizdeki en kapsamlı araştırma sonuçlarına göre, nüfusumuzun % 51,8'i bir tütün ürününü, % 28,3'ü bir alkol ürününü, % 2,7'si ise yasadışı bağımlılık yapıcı bir maddeyi denemişti. Bunların kaçının, denediği zararlı maddeyi düzenli kullanır hale geldiği veya bağımlı olduğu da ayrı bir muamma. Ve nihayet aynı araştırmada çıkan ve hepimizi derinden yaralayacak bir başka gerçek de yasadışı bağımlılık yapıcı bir maddeyi ilk kullanma yaşı ortalamasının 13,8 olmasıydı. Üstelik bütün bu istatistik sonuçları, Anayasasının 58. maddesinde "Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve

cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır" yazan bir ülkede ortaya çıkıyordu. Gerçekler acıdır ve gerçekler acıtır. Bu da öyleydi işte...

Türkiye'de ve dünyada tütün, alkol ve uyuşturucu madde alım oranları hızla artmakta, maddeye başlama yaşları gittikçe düşmektedir. Diğer bağımlılıklar gibi teknoloji ve kumar bağımlılığı da kişiye, aileye ve topluma psikolojik, sosyolojik ve ekonomik zararlar getirmektedir.

Bağımlılıkla ilgili bilimsel veriler bize şunları söylemektedir: Bağımlılık kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal hayatını olumsuz etkiler. Toplumun felaketi sayılabilecek bağımlılıkları engellemek ise, ancak iyi bir koruyucu halk sağlığı yaklaşımıyla mümkün olur. Bağımlılık ciddi bir hastalıktır. Bağımlılığa ilişkin beyinde birçok nörokimyasal, nörofizyolojik değişimler saptanmıştır. Bağımlılık tedavisi, belirli şemaları ve ilkeleri içeren kapsamlı bir protokol ile sağlanabilir. Bağımlı kişiler bağımlılığın bir hastalık olduğunu kabul eder ve hastalıklarda uyulması gereken kuralları olduğunu bilirlerse tedaviye uyumları artmaktadır.

Psikiyatrik bir sendrom olan bağımlılığın tanısı için aşağıda sayılan ölçütlerin yalnızca üçünün bir arada görülmesi yeterlidir:

- Kullanılan maddeye tolerans gelişmesi
- Madde kesildiğinde ya da azaltıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması
- Madde kullanımını denetlemek ya da bırakmak için yapılan ama boşa çıkan çabalar
- Maddeyi sağlamak, kullanmak ya da bırakmak için büyük zaman harcama
- Madde kullanımı nedeni ile sosyal, mesleki ve kişisel etkinliklerin olumsuz etkilenmesi
- Maddenin daha uzun ve yüksek miktarlarda alınması
- Fiziksel ya da ruhsal sorunların ortaya çıkmasına ya da artmasına rağmen madde kullanımını sürdürmek.

Fiziksel bağımlılık, kullanılan maddeye karşı bir adaptasyon gelişmesine bağlı olarak maddenin varlığına karşı duyulan fizyolojik bir istektir. Ruhsal bağımlılık ise kişinin duygusal ya da kişilik yapısı gereği, gereksinimlerini tatmin etme/giderme amacı ile o maddeye düşkünlüğüdür.

Yeşilay olarak, bağımlılığa bakış açımızı şöyle özetleyebilirim: Bağımlılık köleliktir. Bağımlılıktan kurtulmak yeniden özgürlüğe kavuşmak, kendi iradesiyle hayatın tadına vararak doya doya yaşamaktır. Bağımlılık bir tür hastalıktır ve önleme/ tedavi/iyileştirme çalışmaları yapmak hem toplumun hem devletin görevidir.



Özellikle ergen ve gençleri bağımlılığa götüren faktörler üzerinde derinlemesine durulmadan ve çözüm üretilmeden bağımlılık mücadelesi yürütülemez. Elbette her birey, her aile, her sosyal grup veya alt kültür grubu için bağımlılığa yol açan nedenler farklılık gösterebilir. Fakat bir de ortak ve genel nedenler vardır. Bu nedenlerin arasında şunları sayabiliriz:

- Arkadaşlara özenme
- Gençlik hevesleri, maceraperestlik ve kendini ispat duygusu
- Bağımlılık konusunda yeterli eğitim ve bilinç verilmemesi
- İşsizlik, fakirlik, çaresizlik
- Aile ve çevre ile iletişimsizlik, yalnızlaşma
- Bağımlılıktan uzaklaştıran sportif, sanatsal ve kültürel etkinliklerin yer aldığı sosyalleşme ortamlarından mahrumiyet
- Aile içi sorunlar ve aile içi şiddet.

İşte bağımlılık mücadelesi bu ve benzeri sebeplerin ortadan kaldırılması, böylece ergen ve gençleri zararlı alışkanlık ve bağımlılıklara götüren kanalların tıkanması ile başarılabilir. Burada da, devlet kadar aile, eğitim kurumları, medya ve sivil topluma görev düşmektedir. Gençlerin bağımlılık tuzağına düşmemesi için, hem sağlıklı ortamlarda kimlik ve kişiliklerini bulabilecekleri sosyalleşme imkanları yaratılması, hem de alternatif meşgale ve beceri alanlarına kanalize edilmeleri önem taşımaktadır. Şimdi, bu genel bilgilere ışığında, bağımlılık türlerine ve ülkemiz gerçeklerine teker teker bakalım:

Sigara ve tütün ürünleri:

Dünyada her yıl 6 milyona yakın insanın ölümünden sorumlu olan sigara, önlenemez ölüm ve hastalıkların en önde gelen sebebidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), acil önlemler alınmadığı takdirde sigaradan kaynaklanan ölümlerin artarak devam edeceğini ve 2030 yılı itibarı ile sigara kaynaklı yıllık ölümlerin 8 milyonu geçeceğini öngörmektedir. Küresel olarak tütün kullanımı artmaya devam ederken yüksek gelirli ülkelerde azalmaktadır. DSÖ verilerine göre sigara kullanıcılarının % 80'ini düşük ve orta gelirli ülke vatandaşları oluşturmaktadır. Bu acı gerçek gelişmiş ülkelerde pazar payını kaybeden sigara şirketlerinin, Afrika'daki dar gelirli ülkeler dahil az gelişmiş ülkeleri hedef alan pazarlama stratejilerinin bir sonucudur.

Sigara, dünyada en yaygın kullanılan bağımlılık yapıcı maddelerin başında gelmektedir. Sigara sadece kullanan kişiyi değil, toplumun tamamını etkileyen, çok önemli bir psikososyal sorundur. Dünyada 1,1 milyar sigara tiryakisi vardır ve bu sayı yetişkin nüfusun 1/3'ünü

oluşturmaktadır. Her yıl 35 milyon insan sigarayı bırakmaya teşebbüs etmektedir. Ancak çoğu bırakma çabası birkaç gün sonra yeniden sigara kullanmaya başlamaktadır. Çünkü bağımlılık yapma potansiyeli çok güçlüdür ve bırakmak çok zordur. Yağ dokusunda biriktiğinden sigara bırakıldıktan sonra da vücuttan atılması çok uzun sürer. Sigara, puro, nargile vb. tütün ürünlerinde bulunan ve 4000'den fazla kimyasal madde içeren nikotin, beyinde zarara sebep olan bir zehirdir. Koklanarak burundan çekilen ya da çiğnenen dumanlı tütünler de nikotin kadar yüksek düzeyde zehir içerir. Nikotin bağımlılığı esrar, eroin, kokain, alkol bağımlılığından 8 kat daha etkili olup, sigara içenlerin alkol ve uyuşturucuya geçme ihtimali de yüksektir.

Türkiye'de sigara içen 17 milyon kişi günde 70 milyon TL, yılda 25,5 milyar TL harcamaktadır. Sigaranın yol açtığı hastalıkların Türkiye'ye verdiği yıllık ekonomik zarar ise 2,72 milyar dolar olarak hesaplanmıştır. Sigaradan farkında olmadan pasif içicilerin de büyük oranda zarar gördükleri bilinmektedir. Ortamda bulunan sigara dumanının solunması ile 4 binden fazla kimyasal bileşik içeren zehirli karışım vücuda alınır. Üflenen duman en az 69 kanserojen madde içermektedir. Kocası sigara içen kadınlarda akciğer kanserinden ölüm 2-3 kat artar. 8 saat sigara dumanına maruz kalmak, günde 5 sigaraya bedeldir. Bu durum özellikle buldukları ortamda sigara içilen çocuklar için büyük bir felaketin habercisidir.

Sigara şirketlerinin her iki kullanıcıdan birini öldüren ürünlerini, agresif reklam ve promosyon kampanyalarıyla ve etik olmayan farklı yöntemlerle pazarladığı bilinen bir gerçektir. Sigara şirketleri, sayısız insana ekonomik kayıp yaşatan, ulusal sağlık sistemlerini çok olumsuz etkileyen, hastalık ve ölümlere neden olan, bağımlılık yapma potansiyeli çok yüksek bir maddeyi satarak kâr elde ederler. Her yıl milyonlarca müşterisi sigaraya bağlı nedenlerden dolayı hayatını kaybeden tütün şirketleri, ayakta kalabilmek için yeni müşteriler ve yeni pazarlar bulmak zorundadır. Bu nedenle sigara şirketleri, kadınları, çocukları, fakir ülkelerin fakir insanlarını hedef alan, etik olmayan reklam ve pazarlama taktiklerine başvurmaktadır. Tütün endüstrisinin her sene milyarlarca doları tütün reklam, pazarlama ve sponsorlukları için harcadığı bilinmektedir. Bunun amacı sigarayı herhangi bir ticari ürün gibi göstermek, sosyal kabul edilebilirliğini artırmak, tütün kontrolü çabalarını etkisizleştirmek ve tütün ürünlerini "çekici, havalı, asi, özgür olmak" gibi imgelerle özdeşleştirmektir. Sigara reklamlarına kapsamlı yasaklar uygulanan ülkelerde ise, sigara şirketlerinin indirekt reklam ve pazarlama

taktiklerine başvurduğu bilinmektedir.

Direkt ve indirekt sigara reklam, pazarlama ve sponsorluklarının kapsamlı bir şekilde yasaklanması tütün tüketimini ciddi oranlarda düşürmekte ve tütün endüstrisinin özellikle çocuk ve gençlere ulaşmasını engellemektedir. Türkiye, DSÖ tarafından ortaya konan ve 176 ülkenin taraf olduğu ilk uluslararası sağlık anlaşması olan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ni 2004 yılında imzaladıktan sonra tütün mücadelesinde çok önemli gelişmeler kaydetmiş ve kapsamlı yasa ve uygulamaları ile dünya ülkelerine model olabilecek bir konuma gelmiştir. Ülkemizde Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin 13. maddesinin ön gördüğü şekilde, tütün reklam, promosyon ve sponsorluk faaliyetleri yasaklanmıştır. Kapsamlı yasa ve uygulamalarıyla ülkemiz DSÖ tarafından hazırlanan MPOWER stratejilerinin tamamını yerine getiren ilk ve tek ülke olma unvanını hak etmiştir. İlki 2008, ikincisi 2012 yılında gerçekleştirilen Küresel Yetişkin Tütün Anketine göre, ülkemizde sigara içme oranlarının %31'den %27,1'e kadar düştüğünü görmekteyiz.

Tütün kontrolü alanında kısa zamanda yakaladığımız başarı, ülkemiz için gurur verici olmakla beraber son zamanlarda yasaya uyumun azaldığını gözlemlemekteyiz. Kapalı alanlarda yaşanan ihlaller, denetimlerin tekrar sıklaştırılması ile önlenmelidir. Hızla yayılan nargile salgını ve tütünsüz/bitkisel nargile kandırması önemle mücadele etmemiz gereken bir başka halk sağlığı problemidir. Bu alanda da önleyici çalışmalar ve denetimler artırılmalıdır.

Tütün kontrolü alanında önemli araçlardan biri de, sigara paketlerindeki resimli uyarılardır. Yakın zamanda yapılan mevzuat değişikliği ile resimli uyarıların büyütülmesi olumlu bir gelişmedir. Paketlerdeki resimli uyarıların etkinliğinin devamlı olabilmesi için rotasyon şarttır. Yeni resimli uyarıların hedef kitlelerde test edilerek kanıtı dayalı yöntemlerle oluşturulması ve 6 ayda bir değişiminin sağlanması gerekmektedir. Tütün firmaları, sigara reklam ve promosyon faaliyetlerine getirilen kısıtlamalar sonucunda pazarlama aracı olarak sadece paket dizaynına bağlı kalmışlardır. Dolayısıyla Avustralya örneğinde olduğu gibi etkili resimli uyarıların yer aldığı, düz paket uygulamasına geçilmesi çok yerinde olacaktır.

Asıl olan, tüm kamu kurum ve kuruluşlarının, sivil toplumun, eğitim camiasının, bireylerin bu yasaya sınırsız destek vermeleridir. Örneğin Milli Eğitim Bakanlığı seri şekilde eğitim düzenleyerek farkındalık oluşturmaktadır. Maliye Teşkilatı para tahsilatı ve icra işlemlerini öncelikleri



arasına almalıdır. Üniversiteler denetimci eğitimlerinde veya sivil toplum kuruluşlarının toplu eğitim taleplerinde, Halk Sağlığı Müdürlüğü ile koordineli bir şekilde amacına uygun eğitimler düzenleyerek karşılık vermelidir. Bundan sonraki süreçte öncelikle kamuoyunun desteği mutlaka sağlanmalıdır. Şikayet bölümleri aktif hale getirilmeli, yine vatandaşımız uygunsuzluklara karşı hiç olmazsa uyarıda bulunmalıdır. Nezih ortamlarda bu tür ihlaller varsa, mesela işyeri sahibince kapalı alanda sigara içilmesine izin veriliyorsa, hizmet kalitesinden kaynaklanan müşteri hakkını kullanarak verilen hizmetin bedeline müdahale edebilirler, bu zarardan dolayı indirim talep isteme haklarını kullanabilirler.

Alkol

Alkollü içkilere kişinin tutkunluk derecesinde bağılı olması durumuna alkolizm/alkol bağımlılığı denir. Alkolizm sorunu olan kişi ise alkolik olarak tanımlanır. Alkolik, alkolün kendisine zararlı olduğunu bildiği halde içmekten kendini alamayan kişidir. Alkol bağımlılığı belirtileri şöyle sıralanabilir:

- Entoksikasyon (zehirlenme) veya istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarda alkol kullanma ihtiyacı
- Sürekli olarak aynı miktarda alkol kullanımı ile belirgin olarak azalmış etki sağlaması
- Alkole özgü yoksunluk sendromu
- Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak veya kaçınmak için alkol alımı
- Alkol kullanımını bırakmak veya kontrol altına almak için devamlı bir isteğin ya da boşa çıkan çabaların olması.

Alkol kullanımı ve bağımlılığı başta kanser, kalp-damar hastalıkları, karaciğer sirozu gibi hastalıklar olmak üzere; trafik kazaları, aile içi şiddet, çocuk istismarı, üretim ve iş gücü kaybı gibi birçok nedenden dolayı ulusal ve uluslararası düzeyde ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Dünyadaki tüm ölümlerin %4 ünden sorumlu olan alkol, her yıl 15-30 yaş arasındaki 320 bin genç insanın ölümüne sebep olmaktadır. Dünyada alkol tüketiminin en yoğun olduğu bölge Avrupa'dır. Avrupa Alkol Politikaları Birliği, 15-16 yaşındaki Avrupalı öğrencilerin %43 ünün ağır içici olduğunu bildirmiştir. Bu yılın Mart ayında, Avrupa Halk Sağlığı Dergisinde yayımlanan bilimsel bir makalede, 2009

İçki satışı ve tüketiminden kazanç sağlayan global alkol endüstrisi, "içki" ile ilgili kamuoyundaki algıyı çok iyi kullanmaktadırlar. Gençlerimiz nezdinde "çağdaş ve özgür olmak" üzerinden yürütülen propagandalar müzik endüstrisiyle de birleştirilerek onlara yaşam alanlarına müdahale olarak lanse edilmektedir. Toplumun alkol ve zararlarından korumak adına girilen her çaba, bu endüstrinin usta manevraları ile neticesiz bırakılmaktadır.

Bizler, alkol lobisinin yoğun uğraşlarının da desteğiyle, düşük miktarda alkol alımının kalp sağlığına faydalı olduğu safsatasıyla yıllarca kandırıldık. Yeni çıkan araştırma sonuçları ise Amerika'da alkol kullanımının kurtardığı bir hayata karşılık on kişinin ölümüne sebep olduğunu açık bir şekilde ortaya koymuştur. Maske düşmüş, alkol kullanımının insan ve toplum sağlığına zararlı etkileri, her geçen gün artan kanıtlarla ve güçlü bilimsel desteklerle dünya kamuoyunun dikkatine sunulmuştur.

yılında Fransa'da 49 bin kişinin alkole bağlı sebeplerle öldüğü rapor edilmiştir. Bu rakam, 65 yaş altı ölümlerin %40'ına tekabül etmektedir ki felaketin büyüklüğü hakkında inanması güç bir fikir vermektedir. Bu makale, az miktarda günlük alkol kullanımının dahi zararlı etkilerine dikkat çekerek birçok erken ölümün önlenmesi için alkol tüketiminin daha da azaltılmasını önermektedir. Yine Amerikan Ulusal Kanseri Enstitüsü uzmanları bu yılın Şubat ayında Amerikan Halk Sağlığı Dergisinde yayımlanan bir bilimsel araştırmanın sonuçları bütün dünyanın gözünü açacak niteliktedir. Bu makaleye göre, düşük miktarda alkol kullanmak bile kanser gelişimi için bir risk faktörüdür ve en düşük risk grubu hiç alkol kullanmayanlardır. Bizler, alkol lobisinin yoğun uğraşlarının da desteğiyle, düşük miktarda alkol alımının kalp sağlığına faydalı olduğu safsatasıyla yıllarca kandırıldık. Yeni çıkan araştırma sonuçları ise Amerika'da alkol kullanımının kurtardığı bir hayata karşılık on kişinin ölümüne sebep olduğunu açık bir şekilde ortaya koymuştur. Maske düşmüş, alkol kullanımının insan ve toplum sağlığına zararlı etkileri, her geçen gün artan kanıtlarla ve güçlü bilimsel desteklerle dünya kamuoyunun dikkatine sunulmuştur.

Alkol tüketiminin mağdurları arasında dikkatten kaçan çok önemli bir grup da, başkalarının içtiği alkolden zarar gören milyonlarca masum insandır. Avrupa çapında, hamileyken alkol alan kadınlardan doğan yıllık 60 bin düşük doğum ağırlıklı bebek; ihmal ve istismara uğrayan çocukların %16'sı; alkolün kötü sonuçlarından etkilenen ailelerin 5 ila 9 milyon çocuğu, hep başkalarının içtiği alkolün kurbanıdır. Ya içki kullanmadığı halde içkili araç kullanan sürücülerin neden olduğu trafik kazalarında ölen 10 bin insan ve alkol nedenli kavgalara istemeden karışan ve zarar gören masum kişiler! Nihayet, AB ülkelerinde alkole bağlı ekonomik kayıplar olarak hesaplanan şiddet ve suç kaynaklı 33 milyar Euro, sağlık bakımına harcanan 17 milyar Euro ve işe gidemezlik ve üretim kaybına bağlı 19 milyar Euro, alkol kullanmayanların da üstlendiği ekonomik maliyetlerdir.

DSÖ'nün alkol hakkında küresel durum raporuna göre alkol tüketiminin neden olduğu hastalıklar; kanser, kardiyovasküler hastalıklar (kalp ve damarlarla ilgili), karaciğer sirozu, fetal alkol sendromu (anne karnında bebeğin alkole maruz kalmasına bağlı oluşan sendrom), ruhsal problemler, depresyon ve alkol kaynaklı diğer sorunlar (kasıtlı veya kasıtsız yaralanmalar, trafik kazaları vb.) şeklinde sıralanabilir. İnsan vücudundaki bütün organ ve sistemlere zarar veren bir toksin olan ve DSÖ ile Avrupa Birliği'nin, zararlı etkilerini azaltabilmek için stratejiler geliştirdiği alkol, küresel endüstri tarafından çok farklı pazarlama metotları ve mecraları kullanılarak yaygınlaştırılmaktadır. Alkollü içkiler, özellikle genç insanların kimliklerini ve dünyadaki yerlerini ifade etmek için kullandıkları markalı tüketim malları arasında önemli yer tutmaktadır. Çoğunluğu küresel oyuncular olan alkollü içki üretici ve pazarlamacılarının özellikle gençleri hedef aldığına dair dikkate değer miktarda kanıt bulunmaktadır. Ergenlik döneminde beyinlerinde gerçekleşen değişimler nedeniyle gençler, alkol reklam ve promosyonlarına karşı daha duyarlı ve savunmasızdır. Öncelikle gençlerimizi, genelde tüm insanlığı bu büyük halk sağlığı probleminden korumak istiyorsak, sivil toplumun daha güçlü bilinçlendirme ve farkındalık faaliyetleri yapması, kamu otoritelerinin de etkili ve kararlı mevzuat tedbirleri alması kaçınılmazdır.

Türkiye'de alkol ve yol açtığı problemler, halk sağlığı zemininde tartışılması gerekirken siyasi zemine taşınmaktadır. Öncelikle yapılması gereken, alkol suistimalinin yol açtığı sağlık problemleri ve sosyal problemlerin "halk sağlığı meselesi" olarak algılanmasının sağlanmasıdır. Bugün alkol tüketimini azaltmak ve gençlerimizi alkolden uzak

tutmak kastıyla girişilen her teşebbüs, bir şekilde bu algıyla karşı karşıya gelmektedir. İçki satışı ve tüketiminden kazanç sağlayan global alkol endüstrisi, "içki" ile ilgili kamuoyundaki bu algıyı çok iyi kullanmaktadırlar. Özellikle gençlerimiz nezdinde "çağdaş ve özgür olmak" üzerinden yürütülen bu propagandalar müzik endüstrisiyle de birleştirilerek onlara yaşam alanlarına müdahale olarak lanse edilmektedir. Bu bağlamda, mesela yılbaşı kutlamaları, içkinin su gibi aktığı, resmi kurumların sabaha karşı sokaktan kendini kaybetmiş sarhoşları topladığı, alkol duvarını aşan ve kontrolünü kaybeden bir güruhun büyük şehirlerin büyük meydanlarında ırz ve namusa tasallut ettiği bir mecraya dönüştürülmekte ve "yılbaşı" masumiyetinin arkasına sığınarak, bu rezaletler meşru gösterilmektedir. Toplum alkol ve zararlarından korumak adına gerek devlet gerekse sivil toplum tarafından girişilen her çaba, bu endüstrinin usta manevraları ile neticesiz bırakılmaktadır. İçki tüketimine karşı olmak, çağdaş bir hayat biçimine karşı olmakla eş anlamlı hale getirilmekte ve böyle bir hayat şeklini benimsemiş insanlarımızın alkol bağımlılığı mücadelesi konusundaki desteklerinden tüm toplum mahrum kalmaktadır. İşte bu gerçeklerden hareket eden Türkiye Yeşilay Cemiyeti de, bilimsel temelli, uygulanabilir ve sivil toplum desteği olan alkol politikaları geliştirmek ve savunuculuk yapmak amacıyla sağlık, eğitim, gençlik alanında faaliyet gösteren 30'dan fazla sivil toplum örgütü ve bazı kamu kuruluşlarını içeren bir platform oluşturmuştur. Türkiye Alkol Politikaları Platformu (TAPP) adı verilen bu inisiyatif, alkolün zararlarına karşı Avrupa çapında yıllardır verilen mücadeleyi Türkiye'de koordine ederek verimli bir biçimde hayata geçirmek amacıyla çalışmalar yapacak, kanıta dayalı ve bilimsel temelli alkol politikaları ve önleyici programlar geliştirecektir.

Avrupa Alkol Politikaları Birliğinin resmi üyeliğine kabul edilen ve uzun zamandan beri dünyada ve Türkiye'de ciddi bir halk sağlığı sorunu olan alkol tüketimi ile ilgili, çağın gereksinimlerine uygun stratejiler üzerinde çalışan Yeşilay, Nisan 2013'de İstanbul'da düzenlediği ve 60'ı aşkın ülkeden 1200 kişinin katıldığı "Küresel Alkol Politikaları Sempozyumu" ile önemli bir çalışmaya imza atmıştır. DSÖ temsilcileri, değişik ülkelerin sağlık bakanları, alkol politikaları alanında uzman kişiler, bilim insanları ve birçok ülkeden sivil toplum kuruluşlarının katılımıyla gerçekleşen bu sempozyumda, alkol kullanımının toplumsal ve bireysel zararları konusunda farkındalığın artırılması ve alkol kontrolü politikaları konusunda iyi ülke örneklerinin paylaşılması hedeflenmiş ve DSÖ ile ortak yayımlanan kapanış bildirgesiyle tüm dünya kamuoyuna gerekli mesajlar verilmiştir. Bu sempozy-

yumdan kısa bir süre sonra, kanıta dayalı alkol kontrol politikalarını içeren, alkolün zararlı etkilerini azaltmaya ve özellikle gençlerin alkolden korunmasına yönelik kanun parlamentoda kabul edilmiş ve yürürlüğe girmiştir. Halk sağlığı alanında ülkemizde bir devrim niteliği taşıyan bu yasanın içerisinde, perakende satış saat düzenlemesi, reklam ve teşhir yasağı, karayolları ile eğitim ve spor tesislerinde içki satış yasağı, içki ambalajlarına uyarı etiketi mecburiyeti, alkollü araba kullananlara hapis cezası gibi dünyadaki alkol politikalarına paralel önlemler yer almaktadır.

Uyuşturucu ve yasadışı maddeler

Toplumları içten içe kemiren ve çoğu zaman geri dönüşü olmayan felaketlere yol açan diğer bir bağımlılık alanı da yasadışı uyuşturucu madde bağımlılığıdır. Uyuşturucu madde kullanım oranlarının özellikle genç nüfusta arttığına dair ciddi kanıtlar bulunmaktadır. Gençlerde bütün kullanımı ile başlayan sürecin sırasıyla alkole ve diğer uyuşturucu maddelere evrildiğini görüyoruz. O nedenle sadece uyuşturucu madde değil tüm bağımlılıklarla ilgili kapsamlı politikalar geliştirmeye ihtiyaç duyulmaktadır. TU-BİM istatistiklerine göre, ülkemizde alkol ve bütün dışındaki yasadışı maddelerin bir kere de olsa denenmiş olma oranı genel nüfusta %2,7'dir. Bu, uluslararası anlamda birçok ülkeden iyi durumda olduğumuzu göstermektedir. Bununla beraber özellikle genç nüfusta alkol, bütün ve uyuşturucu madde kullanım oranlarının son yıllarda arttığına dair çok sayıda araştırma mevcuttur. Yasadışı uyuşturucu maddeleri ilk defa kullanma yaşı 13,8'e düşmüştür. Bu nedenle, uyuşturucu bağımlılığıyla mücadelede, önleme odaklı aile, çocuk, okul temelli yaklaşımın önemli olduğunu düşünüyoruz. Medya, sosyal medya ve diğer internet mecralarının gençler üzerindeki etkisi dikkate alındığında bu kanalların gençlerde farkındalık oluşturulması için aktif olarak kullanılması ve özellikle medyanın bu mücadelenin bir parçası olması gerektiğine inanıyoruz. Son yıllarda ulusal anlamda etkili politikalar geliştirerek madde bağımlılık oranlarını azaltan ülkeler gözlemlenmektedir. Bu ülkelerde "madde bağımlılığı ile mücadele", gençlik ve eğitim politikalarının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. O nedenle gençlik merkezlerinin ve sportif alanların güçlendirilerek ülkemizin genç nüfusu için madde bağımlılığına giden yolların tıkanması gerekmektedir.

Genellikle emniyet kuvvetleri ve kamu idaresine terk edilmiş bu alanda önleme, bilinçlendirme, eğitim, rehabilitasyon gibi sivil toplumun görev alabileceği bir çok çalışma var. İşte Yeşilay da bakanlıklar ve emniyet makamlarıyla işbirliği ve

koordinasyon halinde madde ve uyuşturucu bağımlılığına dair çalışmalarını ara vermeden sürdürmektedir.

Madde kullanımı, bağımlılık yapan maddelerin vücuda alınmasıdır. Madde kullanıcıları, kontrol edebileceği inancı ile madde kullanmaya başlar, madde kullanılmaya başladıktan ne kadar süre sonra bağımlılık gelişeceği bilinemez, bir kez kullanım dahi risklidir, bağımlılık geliştikten sonra bu süreç ömür boyu sürer, düzeler ancak hiçbir zaman tam olarak iyileşmez. Bağımlılık sürecinin ilerleyen aşamalarında ilk kullanımdan sonra tekrar madde alma ihtiyacı doğar. Sonrasında aynı etkinin sağlanması için kullanım sıklığı ve/veya miktarı artabilir. Bu kısır döngünün yerleşmesiyle birey bağımlılık sürecine girmiş olur.

Güvenli bir madde ve güvenli bir kullanım şekli yoktur. Kullanan herkes için bağımlı olma riski eşittir. İnsan vücuduna giren her maddeyi hücre tanır ve hafızasına alır. Hücresel öğrenme süreci denen bu durum herkes için geçerlidir. Bağımlılığı engellemek ancak hiç başlamak suretiyle kişinin kendi elindedir. Kişinin eğitimi, toplumsal konumu, gelir düzeyi vb. etkenler bireyin bağımlılık sürecini etkilemez. Bağımlılık yapıcı madde, kişinin yaşam düzenini değiştirir.

Madde bağımlılığı konusundaki risk faktörleri şöyle sıralanabilir:

- Ruhsal sorunları ya da bağımlılığı olan ebeveynin bulunduğu kaotik aileler
 - Doğru olmayan yetiştirme yolları
 - Ebeveyn-çocuk arasında bağlanma ve ilgi eksikliği
 - Sınıfta aşırı utangaçlık ya da şiddet içeren davranışlar
 - Okul başarısında düşüş
 - Sosyal becerilerin zayıf olması
 - Sapkın davranışlar sergileyen kişilerle yakınlık kurmak
 - Okul ya da aile ortamlarında uyuşturucu kullanan kişiler
- Buna mukabil, önleyici faktörlerin başlıcaları da şunlardır:
- Güçlü ve pozitif aile bağları
 - Ebeveynlerin çocuklarının yaşamlarına ilgili olmaları
 - Ebeveynlerin çocuklarının arkadaşlarından ve neler yaptıklarından haberdar olması
 - Aile içi kuralların açık olması ve herkesin bunlara uyması
 - Okulda başarılı olma
 - Okul, kulüpler gibi kurumlarla kurulmuş güçlü bir bağ
 - Uyuşturucu kullanımı ile ilgili yaşa uygun doğru bilgilendirme.

Türkiye'de uyuşturucu ile mücadele çalışmaları kapsamında başta TUBİM, Milli Eğitim, Sağlık ve Adalet Bakanlıkları, SHÇEK, Diyanet İşleri Başkanlığı ve büyükşehir belediyeleri olmak üzere pek çok kurum ve kuruluş tarafından bilgilendirici ve farkındalık artırıcı faaliyetler yürütülmektedir. Bunlar arasında eğitim faaliyetleri, seminerler, tiyatro, afiş ve broşür çalışmaları, sportif faaliyetler, eğitim-öğretim sisteminde destekleme, mesleki beceri kazandırma, psikososyal destekleme ve benzerleri sayılabilir.

Madde bağımlılığı tedavisi ise Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel sektöre bağlı, 13 ilde bulunan 22 tedavi merkezinde toplam 525 yatak kapasitesi ile yürütülmektedir. Denetimli serbestlik uygulamaları sayesinde, bir devlet politikası olan "madde bağımlılığı bir hastalıktır, madde kullanıcıları da tedaviye muhtaç bireylerdir" yaklaşımı hayata geçirilmiş, böylece hastaların cezaevinde değil tedavi merkezlerinde olmaları sağlanmıştır.

Türkiye'nin uyuşturucu arzıyla mücadelesi de kararlılıkla devam etmektedir. İlk kez 2006-2012 yıllarını kapsayan "Ulusal Strateji ve Politika Belgesi" 20 Kasım 2006 tarihinde Başbakanlık makamınca imzalanarak somutlaştırılmıştır. Strateji ve Politika Belgesi kapsamında bugüne kadar iki "Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı" hazırlanmıştır. 9 Kasım 2010 tarihinde imzalanarak yürürlüğe giren 2. Eylem Planı hem uyuşturucu kaçakçılığı hem de uyuşturucu madde bağımlılığı ile etkin bir şekilde mücadele etmek amacıyla ortaya konulan hedefleri ve önlemleri içermektedir. Uyuşturucu arzına karşı mücadele üç ana hedef doğrultusunda yürütülmektedir: Birincisi toplumumuzun uyuşturucudan direk olarak etkilenmesini önlemek için yurtiçinde faaliyet gösteren sokak satıcılarıyla mücadele etmektir. İkincisi uluslararası alanda faaliyet gösteren uyuşturucu şebekelerinin tüm unsurlarıyla defifre edilerek faaliyetlerine son vermektir. Üçüncüsü ise terör örgütlerinin uyuşturucu kaçakçılığı ve ticaretinden finansman sağlamanın önüne geçmektir.

Ülkemizde uyuşturucu kaçakçılık ve kullanımını önlemeye yönelik ciddi yasal düzenlemeler, emniyet tedbirleri ve çalışmaları olmakla beraber, uyuşturucu bağımlılığına giden yolda kişisel, sosyal, ekonomik, çevresel risk faktörlerine yönelik daha kapsamlı önleyici uygulamalar ve yasal düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır. Madde bağımlılığını azaltmak amacıyla şunlar yapılabilir:

- Daha ilköğretim dönemindeyken madde bağımlılığıyla ilgili eğitimler verilerek çocuk ve gençlerin bilinçlenmelerinin sağlanması

- En önemli sorun olan işsizliğin giderilmesi
- Erken yaşlarda kitap okumayı sevdirerek iletişim kurmayı güçlendirmek
- Uyuşturucu maddelerin piyasaya sürümünün engellenme çalışmalarının artırılması
- Diğer bir önemli neden olan yalnızlıktan kurtulmak için, gençlerin birbirleriyle iletişim kurabileceği ortak amaçlarda birleşmelerini sağlamak (Spor, tiyatro, sinema, kulüpler, dernekler vb.)
- Aile içi şiddet gören ya da ailevi sorunlar içerisinde büyüyen çocuklar için psikolojik destek çalışmaları ve aileyi iyileştirme çalışmaları yapmak.

Bağımlılığı engellemenin en kolay yolu, gençleri yüksek ideallere ve fikirlere bağlamak, başkaları için yaşamayı öğretmektir. Bu kültürü bütün toplum sathına yaymak en önemli vazifemiz ve tek kurtuluş yolumuzdur. Bunun önüne geçmek için ailelerin çocuklarını başarı ve maddi kaygıların ön planda olduğu bir eğitime yönlendirmek yerine, hayata ve zorluklarına karşı dirençli olacak şekilde yetiştirilmelerini teşvik etmeleri gerekmektedir. Bütün hayat kurgusu başarı ve başarının getirdikleri üzerine bina edilen gençler ya baştan bu beklentilere tepki vererek ailenin ve çevrenin yönlendirmesinden çıkmakta ya da bu başarı koşusunun bir yerinde geri kaldıklarında teselli olarak geçici zevkler ve unutkanlıklar veren bu maddelere yönelmektedirler.

Öte yandan medyatik figürlerin günlerce televizyon ekranlarında yer alan uyuşturucu operasyonları neticesinde hiçbir şey olmamış gibi tekrar ekranlarda boy göstermeleri, kamuoyu ve gençler üzerindeki algıyı etkileyen en önemli unsurlardan biridir. Medyanın bağımlılık endüstrisinin her türüyle olan yakın ilişkileri mücadelenin en zayıf halkasını oluşturmaktadır. Medyatik figürlerin uyuşturucu ile münasebeti ve sonrasındaki pazarlanma şekli gençlerin zihninde meşruiyet aracına dönüşmektedir.

Madde bağımlılığına maruz kalan iki ayri toplum kesiminden biri, ünlülerle temsil edilen varlıklı, zengin üst gelir grubu, diğeri ise varoşlarda yaşayan ve "en alttakiler" diye tabir edilen, son derece düşük gelir grubundaki gençlerdir. Alt gelir grubuna sahip olup uyuşturucu kullanan bu genç kitle, itilmiş kakılmış olmanın, çaresizliğin ve fakirliğin kendilerini şiddete, vurup kırmaya ve teröre itmemesi için kendilerini uyuşturarak bu hayata tahammül ettiklerini söylemektedirler. Bu sosyolojik grup için, bir kalkındırma projesinin başlamasının faydalı olacağı ve ailelerinin ekonomik durumları iyileştiğinde bu gençlerin çocuk yaşta aileye para kazandırmak

için atölyelerde heba olup gitmek yerine okumalarının sağlanabileceği aşikardır.

Teknoloji

Bilimsel ve teknolojik gelişmelerin gittikçe hızlandığı ve teknolojinin aynı hızla günlük yaşamımıza girdiği düşünüldüğünde televizyon, akıllı cep telefonları, bilgisayarlar ve internet teknolojilerinin yaşamımızdaki vazgeçilmez yeri ve önemi açıkça görülebilmektedir. Ancak günümüz gelişmiş teknolojilerinden olan bilgisayar ve internet kullanımının yaşamımızda istenilen bilgiye anında ulaşabilme, bilgi paylaşımını sağlayabilme gibi olanaklar sunmasının yanı sıra, çok sık ve kontrolsüz kullanımından kaynaklanan birçok problemi de beraberinde getirdiği giderek dikkat çekmektedir.

Bağımlılık denince akla öncelikle sigara, alkol, madde vb. gelmekle birlikte; gelişen teknoloji ile bilgisayarların hayatımızda kapladığı yerin artması ve internet kullanımının yaygınlığı ile "teknoloji bağımlılığı" denen yeni bir bağımlılık kavramının daha ortaya çıktığı düşünülmektedir. Giderek fiziksel, sosyal, psikolojik ve akademik sorunlar oluşturabilen bu bağımlılık başlığı altında ekran, bilgisayar oyunları, chat, sosyal medya, akıllı telefon, internet teknolojileri gibi tüm sanal bağımlılık türleri sayılabilir.

Teknoloji bağımlılığının belirtileri arasında şunlar yer almaktadır:

- Yalnızca birkaç dakika diyerek saatler harcıyorsanız
- Çevrenizdekilere ekran karşısında geçirdiğiniz zaman hakkında yalan söylüyorsanız
- Uzun süre bilgisayar kullanmaktan dolayı fiziksel sorunlardan (mesela gözlerde yanma, boyun kaslarında ağrı ve sertleşme, beden duruşunda bozukluk, elde uyuşukluk, halsizlik) şikayetçiyseniz
- Anonim bir kişiliğe bürünmek size heyecan veriyor, insanlarla internet üzerinden konuşmayı yüz yüze konuşmaktan daha kolay buluyorsanız
- İnternete girmek için yemek öğünlerinizden, derslerinizden ya da randevularınızdan ödün veriyorsanız
- Bilgisayarınızın başında çok fazla zaman geçirdiğiniz için suçluluk duyuyorken bir yandan da büyük bir zevk alıyorsanız ve bu iki duygu arasında gidip geliyorsanız
- Bilgisayarınızdan uzak kaldığınız zaman kendinizi gergin ve boşluştaymış gibi hissediyorsanız
- Evinize gelince ilk işiniz yakınlarınızla ilişki kurmak, zorunlu ev işlerini yapmak yerine bilgisayarı açmak oluyorsa
- Gece geç saatlere kadar bilgisayar

başında kalıyor, çevreden bu konuda eleştiriler alıyorsanız...

Teknoloji bağımlılığının sosyal ve kültürel yönü, daima fiziksel zararlarının önünde gelmektedir ve bu yönüyle bağımlılık yapıcı maddeler ve kötü alışkanlıklardan ayrılmaktadır. Mesela, artık giderek artan sıklıkta olmak üzere, elindeki telefona dalmış bir şeyler yapan ya da yolda kendi kendine konuştuğunu zannettiğimiz ve çeyrek asır önce gören bir kimsenin "deli" hükmünü vereceği garip tiplerle karşılaşılıyor. Ya da yanı başımızda arkadaşımız, yeğenimiz, çocuğumuz sürekli elinde bir cihaz, başka duygularla, başka tepkilerle bizden ve çevresinden ayrı bir dünyada yaşıyor. Gençler eskiden dille, sözle, göz göze yapılan muhabbeti şimdi artık internet üzerinden yapıyorlar, neredeyse sürekli "online" oluyorlar.

İnternet kullanımının beraberinde getirdiği paylaşım kültürü üzerine çok fazla tartışma imkanı bulamadan, mobil cihazlarla ayrı bir evreye giren sosyal paylaşımı konuşmak zorunda kaldık. Türkiye'de internetin yaygınlaşmasıyla birlikte özellikle gençlerimizin kısmen de olsa denetim altında tutulan internet kafelerden veya evde aile gözetimindeki internet kullanımından tamamen bağımsız şekilde bu mobil networka dahil olmaları, gözlerimizi kontrol mekanizmalarından daha çok bunun kullanımı ile ilgili problemlere çevirmeyi gerektirmektedir. Genç nüfusumuzun bu kadar teknolojiye açık hale getirilmesiyle birlikte telefon ve akıllı telefon kullanımının en yaygın olduğu ülkelerden biri haline gelmiş durumdayız. Bunun yanında teknolojinin doğru ve faydalı kullanımı ile ilgili istatistiklerde dünya sıralamasının gerisinde görünüyoruz. Bazı arama motorlarında en çok tercih ettiğimiz kelimeler, ilginç ve kullanım biçimimizi ele vermektedir. Buna bir de teknoloji devlerinin ve uluslararası şirketlerin yeni teknolojilerini pazarlama ve teşvik etme stratejileri eklenince nüfusumuzun büyük kısmı bu ağın içine girmektedir. Ucuz internet paketleri, bedava SMS gibi uygulamalar ve sürekli yenilenen teknoloji bu bağımlılığı daha da körüklemektedir.

Dünya istatistiklerine baktığımız zaman, sosyal paylaşım ağlarını takip etme ve kullanma çabasında ülkemiz bir hayli önde gitmektedir. Facebook, Twitter, Whats App ve beraberinde zamanla yaygınlaşacak birçok sosyal ağ, potansiyel müşterisi olan nüfusumuz karşısında ellerini ovuşturuyor. "Paylaşmak" fiili ile ifade edilen davranışımızla "ne yapmış oluyoruz da bu iştah bu kadar kabarıyor" sorusuna cevaben, sadece milyonlarca kullanıcının paylaşım ve oyun oynama esnasında ne kadar reklama maruz kaldığını hatırlatmakla yetiniyoruz.

Pekala; alkol, sigara ve uyuşturucu gibi tamamen kötü olduğunu iddia edemeyeceğimiz bu “ sanal bağımlılığın” ne tür mahzurları olabilir? Sakınca olarak ortaya koyabileceğimiz ilk şey; hem erişkin, hem çocuk bireylerin istismara açık hale gelmesidir. Yukarıda ifade ettiğimiz dünyaya ilgi duyan herkes için kişi, toplum ve nihayetinde insanlık istismara açık hale gelecektir. İnsan hayatı ve insanın beğenileri değişkendir. Halbuki içinde yaşadığımız bu sosyal medya dünyasında daha önceki tercihlerinizden ve paylaşımlarınızdan geri dönmek istediğinizde bunu yapma imkanınız kalmamaktadır. Yaptığınız bir paylaşım belirli bir yerde depolanmakta ve siz bunu paylaşımından kaldırsanız dahi veri olarak saklanmaktadır. Bu bilgilerin büyük şirketlere, reklamcılara, istihbarat örgütlerine verilmesi, satılması gibi önlenmesi mümkün olmayan bir alan açık kalmaktadır. Bazı Avrupa ülkelerinde işleyen hukukî süreçler olsa da, teknolojinin üreticisi olarak bu ağların bu bilgileri saklamaları ve istismar etmeleri her zaman mümkündür. Ayrıca bu paylaşımı yapan çocuklarımız olunca, masum bir şekilde yapılan paylaşımlar onların her türlü istismarına açık kapı bırakmaktadır.

Öte yandan bilindiği gibi mahremiyet, ailenin ve toplumun temelidir. Bizim toplumsal kodlarımızın ve kültürel frekanslarımızın esasını teşkil eden kavramlardan biri olan mahremiyet, sosyal medya paylaşımlarıyla tamamen ortadan kalkmakta ve herkese açık hale gelmektedir. Arkadaşlarla sınırlı kabul edilen bu paylaşımların kendi içinde uğrattığı ahlaki erozyon, tamiri imkansız yaralar açmaktadır. Mahremiyetin ihlali, özellikle gençlerde belli değerlerin yerleşmesine imkan bırakmamaktadır. Klavyenin gerisinde farklı kimliklere sahip olma imkanı, kişilik bölünmeleri yanında diğer insanlara verilen değer ve diğer hayatlar karşısındaki sorumluluğu ortadan kaldırmaktadır. Bunun birçok travmatik sonuca yol açtığı ortadadır. Aile içi iletişimin aldığı ölümcül darbe yanında, sosyal ağların onulmaz yaralar açtığı bir alan da eşler arası ilişkiler ve sadakat kavramıdır. Bu tespitin acı örneklerine neredeyse her gün psikolog/psikiyatrist ofislerinde, ya da daha kötüsü üçüncü sayfa haberlerinde rastlıyoruz.

Aynı masa etrafında oturan kişilerin kendi dünyalarında yaşamaları, aynı evi paylaşan insanların birbirleriyle iletişimin olmaması sadece paylaşımın alakalı değil, insani ve ahlaki birçok aktarımın kesintiye uğramasıyla bağlantılıdır. İnsani iletişimin ortadan kalkmasıyla duygu aktarımı da yok oluyor ve çocuklarımız yanımızda başka bir dünyada yaşıyor, farklı şeylere gülüyorlar ve tepki veriyorlar. Bu fotoğraf giderek

kalıcı oluyor ve bağımlı hale geldiğimiz network tarafından bağımlılığımızın sürmesi için her şey yapılıyor. İnsanı ve çevreyi ortadan kaldıran ve bizi fanusun içinde yaşamaya mecbur bırakan bir teknolojik bağımlılık doludizgin ilerliyor. Neyi beğendiği, neden nefret ettiği, neyi alıp almayacağı hatta ne zaman ve nasıl tepki vereceği önceden bilinen bir istatistiğe dönüşüyoruz. Her anı ve her alanı reklama ve propagandaya açık bir insanın akıl ve ruh sağlığının yerinde olması mümkün mü? Büyük şirketler tarafından kontrol edilen internet dünyası ve iletişim medyası vasıtasıyla gittikçe daha bağımlı hale getirilerek, tüketime dayalı hayat tarzını tek geçer yol olarak gören bir kitle haline geliyoruz. Beğenen ve tüketen bir bireyin reflekslerine indirgenmiş bir insana dönüşmek... Acı olan budur.

Sürekli akan bir gündem ve bu gündem içinde her olaya tepki veren bir özne, giderek hissizleşmektedir. Saniyelerle ifade edilebilecek aralıklarla yapılan paylaşımların birbirinden tamamen bağımsız gündemleri, insani olan duyguların idrak ve ifadesine imkan tanımamaktadır. Bir saniye önce bir vahşet veya savaş haberini gören kullanıcı, daha o habere ruhen ayrılmadan pekala komik bir video paylaşımıyla veya bir espriyile karşılaşmaktadır. Peki, bu aradaki duygu aktarımı, insani paylaşım ne olacaktır? Ayrıca dünyanın herhangi bir yerinde olup biten şeylere sosyal medya üzerinden veya paylaşımlarıyla tepki veren bir özne gerçeklik duygusunu ne zaman yakalayacaktır? Bu, giderek acının ve şiddetin kanıksanmasına yol açmayacak mıdır?

Peki, bir yandan sürekli ihtiyaç duyduğumuz ve faydaları için de kullanmak durumunda olduğumuz bu teknoloji dünyasının bizi ve özellikle gençlerimizi “bağımlı” hale getirmemesi için ne yapmak gerekir? Bu konuda söylenecek, önerilecek pek çok şey var belki. Ama ilk olarak özellikle gençlerimize “sonsuz özgürlük” olmadığı ile ilgili bir gerçekliği benimsetmemiz gerekiyor. Bunun için de eşyanın, tekniğin, teknolojinin ne olduğu ile ilgili ciddi bir rehberlik şart gözüküyor. Özellikle eğitim sistemimiz içerisinde teknolojinin doğru ve yararlı kullanımı yanında, mahzurları üzerine de bir bilgilendirme yapmak zorundayız. Ayrıca teknolojinin getirdiği davranış kalıplarını da eğiten bir ahlak anlayışı geliştirmek dünyamız ve geleceğimiz için gereklidir. Tüketim çılgınlığıyla beslenen bu bağımlılık endüstrisinin üstesinden gelebilecek bir ahlaki benimsetecek çabalara girişmeliyiz. Her türden bağımlılığın temelinde, bir nebze de olsa hedonizmin yattığını bilerek, teknolojik gelişmelere fayda-zarar dengesini gözeterek yaklaşmalıyız.

Her tür bağımlılığa karşı mücadeleyi misyon ve vizyonunun temeline oturtan Yeşilay da, internetin doğru kullanımı ve teknoloji bağımlılığı alanlarında işbirliği için Bilgi Teknolojileri Kurumu ile bir protokol imzaladı. Bu çerçevede çok geniş saha araştırmaları yaparak bu araştırmaların sonuçlarına göre teknoloji bağımlılığını önlemeye yönelik birçok faaliyet ortaya koyacağız.

Sonuç

Her türüyle bireyi ve toplumu tehdit eden en önemli sosyal yaralardan biri olan bağımlılık mücadelesine yönelik Türkiye Yeşilay Cemiyeti'nin yenilenen vizyonu ve çalışma stratejisi konusunda şunu söyleyerek bitirmek isterim: Ülkemizde ve dünyada, kötülüğün ve bağımlılığın engellenmesinin en önemli koşullarından biri de, bağımlılıkla ve bağımlılığı teşvik eden güç ve odaklarla bilimsel metotlar kullanarak mücadele etmektir. Bizler, bağımlılık endüstrisinin gerek illegal gerek legal olarak her gün değişen ve gelişen farklı yollarla insanımıza ve gençlerimize ulaştığını ve daha da yoğun biçimde ulaşmayı hedeflediğini biliyoruz. Bunların bildik sloganlar ve metotlarla önlenmesinin giderek zorlaştığını görüyoruz. Bu sebeple gerek problemlerin ortaya çıkış ve yayılma yollarının, gerek bunlarla mücadele biçiminin ciddi bilimsel çalışmalara tabi tutulması; bu bilimsel verilerin takip edilip kamuoyu ve yetkililerle paylaşılması; ulusal ve uluslararası bilimsel toplantılarla bağımlılık mücadelesinin yol ve yordamlarının irdelenmesi ve uygulama imkanlarının araştırılması Yeşilay'ımızın en önemli faaliyetleri arasında olacaktır. Bütün bu çabaların asıl hedef kitlesi olan gençlerimizin, kendilerini bu tür kötülüklerden ve bağımlılıktan korudukları gibi, aktif olarak bağımlılıkla mücadelede en ön safta yer alacaklarına inanıyorum. Değişen dünyada, klasikleşmiş bağımlılık türleri yanında giderek daha etkin ve zararlı olma eğilimi gösteren yeni ve güncel bağımlılık alanlarının da tehdidi altında olan gençlerimizin bu vicdan hareketine geniş ölçüde katılımını sağlayarak kendi geleceklerine sahip çıkan sağlıklı bir neslin yetişmesine katkıda bulunmak en büyük hedefimizdir.

Bağımlılıkta temel kavramlar ve nörobiyoloji

Prof. Dr. Mustafa Bilici



1965 yılında doğdu. İlk ve ortaokulu Adana'da tamamladı. 1990 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1995 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde psikiyatri uzmanı oldu. 2000 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde psikiyatri doçenti oldu. İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde çalıştı. 2005'te Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine Eğitim Hastanesi'ne dönüşüm amacıyla kurucu başhekim olarak atandı. Geçtiğimiz Haziran ayına kadar bu görevi sürdüren Dr. Bilici, Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na geçerek akademik hayata döndü. Biyolojik psikiyatri alanında çalışan Dr. Bilici evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Psikiyatri bilimi yakın bir zamana kadar bağımlılığı kimyasal maddelerle sınırlı bir hastalık olarak görüyordu. Son yıllarda artık internet, seks ve kumar gibi "kimyasal olmayan" bağımlılık türlerinin tanımlanmaya başlaması, kritik eşiğin aşılmasına sebep oldu. Bundan sonra vatan, millet, aile gibi soyut mefhumlarla ilgili aşırıya kaçan davranışların da bağımlılık kapsamında değerlendirilmeye başlanması kimseyi şaşırtmasın. Şaka bir yana, bağımlılık psikiyatrinin ilginç konularından biri olmaya devam edecek gibi görünüyor. Çünkü bağımlılık yelpazesi bir nesneye bağımlılıktan bir uyuşturucu maddeye kadar çok çeşitlilik gösterir. Bu yazıda daha ziyade madde bağımlılığı ile ilgili temel kavramlar ve bağımlılığın nörobiyolojik temelleri anlatılmaya çalışılacaktır.

Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar DSM-IV-TR'ye göre iki gruba ayrılarak sınıflandırılmaktadır: Madde kullanım bozuklukları ve madde kullanımının yol açtığı bozukluklar. Bu sınıflamada özgül madde gruplarının tanımlanmış bir bağımlılık, kötüye kullanım, entoksikasyon ya da yoksunluk sendromları belirlenmiştir. Ayrıca ayırıcı tanıyı kolaylaştırmak için madde kullanımının yol açtığı bozukluklar için tanı ölçütleri ayrıntılı olarak verilmiştir.

Madde bağımlılığı ile ilgili temel kavramlar

1- Bağımlılık

12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da

sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:

(1) Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması:

(a) Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda madde kullanma gereksinmesi.

(b) Sürekli olarak aynı miktarda madde kullanılması ile belirgin olarak azaltılmış etki sağlanması.

(2) Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

(a) Söz konusu maddeye özgü yoksunluk sendromu (özgül maddelerden yoksunluk için tanı ölçütü setlerinden A ve B tanı ölçütlerine bakınız).

(b) Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için aynı madde (ya da yakın benzeri) alınır.

(3) Madde, çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınır.

(4) Madde kullanımını bırakmak ya da denetini altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.

(5) Maddeyi sağlamak (örn. çok sayıda doktora gitme ya da uzun süreli araba kullanma), maddeyi kullanmak (örn. birbiri ardı sıra sigara içme) ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama.

(6) Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.

(7) Maddenin neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorununun olduğu bilinmesine karşın madde

kullanımı sürdürülür (örn. kokainin yol açtığı depresyonunun olduğunu bilmesine karşın kokain kullanıyor olma ya da alkol tüketimi ile kötüleştiğini bildiği ülseri olmasına karşın içmeyi sürdürme).

2- Maddenin kötüye kullanımı

A. 12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden biri (ya da birden fazlası) ile kendini gösterdiği üzere, klinik açıdan belirgin bozulma ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:

(1) İş yerinde, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama ile sonuçlanan yineleyici bir biçimde madde kullanımı (örn. madde kullanımı ile ilişkili olarak sık sık işe gitmemeler ya da işte başarı gösterememe; madde kullanımı ile ilişkili olarak okula gitmemeler, okulu asmalar ya da okuldan kovulmalar; çocukların ya da diğer ev halkının ihmal edilmesi).

(2) Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici bir biçimde madde kullanımı (örn. madde kullanımının yarattığı bozukluklar sırasında araba kullanma ya da bir makineyi işletme).

(3) Madde ile ilişkili, yineleyici bir biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar (örn. madde ile ilişkili davranım bozukluğuna bağlı tutuklanmalar).

(4) Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlara karşın sürekli madde kullanımı (örn. entoksikasyonun sonuçları hakkında eşle olan tartışmalar, fiziksel kavgalar).

B. Bu semptomlar, bu grup madde için bağımlılık ölçütlerini hiçbir zaman karşılamamıştır.

3- Gidiş belirleyicileri

Madde bağımlılığı için altı gidiş belirleyicisi vardır. Ancak en az 1 ay süreyle bağımlılık ya da kötüye kullanımı ölçütlerinden hiçbiri olmazsa dört remisyon belirleyicisi uygulanabilir. Yineleyebilen sorunların olabileceği tanı ölçütleri için, remisyon belirleyicisi, ancak tanı ölçütlerinden herhangi biri hiçbir zaman olmadıkça uygulanabilir (örn. bir kez bile sarhoşken araba kullanma kişinin remisyonunda olduğunun düşünülmesi için gerekli koşulları ortadan kaldırmaya yeter). Bu dört tip remisyon tanımı bağımlılığın sonlanmasından beri geçmiş olan zaman dilimine göre ve bağımlılık ya da kötüye kullanım için tanı ölçütleri setlerinde kapsanan bir ya da birden fazla maddenin sürekli olarak var olup olmadığına göre yapılır.

Bağımlılığı izleyen ilk 12 ay rölaps riskinin özellikle yüksek olduğu bir zaman olduğu için bu dönem “erken remisyon” olarak adlandırılmıştır. On iki aylık erken remisyon dönemi bağımlılık için relaps olmaksızın geçtikten sonra kişi “kalıcı remisyon”a girer. Hem erken remisyon, hem de kalıcı remisyon için, remisyon dönemi sırasında bağımlılık ya da kötüye kullanım için tanı ölçütlerinden hiçbiri karşılanmıyorsa ayrıca “tam” (Remisyon) tanımı da kullanılır. Remisyon dönemi sırasında aralıklı ya da sürekli olarak bağımlılık ya da kötüye kullanım için tanı ölçütlerinden en az biri karşılanıyorsa “kısmi” (remisyon) tanımı kullanılır. Kalıcı tam remisyonun iyileşmeden (o sırada bir madde kullanım bozukluğunun olmaması) ayırt edilmesi, söz konusu bozukluğun son döneminden beri geçen zaman süresinin, bu bozukluğun toplam süresinin ve kişiyi sürekli gözlem altında tutma gereğinin olup olmadığının göz önünde bulundurulmasını gerektirir. Bir remisyon ya da iyileşme döneminden sonra kişi yeniden bağımlı bir duruma gelirse erken remisyon belirleyicisinin uygulanması, bağımlılık ya da kötüye kullanım için tanı ölçütlerinin karşılanmadığı en az 1 ayın yeniden geçmesini gerektirir.

Gidişle ilgili iki belirleyici daha vardır: “Agonist tedavide” ve “denetim altında bir çevrede”. Kişinin, agonist tedavinin bırakılmasından ya da denetim altında bir çevreden kurtulmasından sonra erken remisyon olarak nitelendirilmesi için bağımlılık ya da kötüye kullanım için tanı ölçütlerinden hiçbirinin karşılanmadığı 1 aylık bir dönem geçmiş olmalıdır.

Aşağıdaki remisyon belirleyicileri, ancak bağımlılık ya da kötüye kullanım için tanı ölçütlerinin hiçbirinin en az 1 ay süreyle karşılanmamasından sonra uygulanabilir. Kişi agonist tedavide ya da denetim altında bir çevrede ise bu belirleyicilerin uygulanamayacağını göz önünde bulundurmak gerekir.



4- Erken tam remisyon: En az 1 ay süreyle, ancak 12 aydan daha kısa süreli olarak bağımlılık ya da kötüye kullanım için tanı ölçütlerinin hiçbiri karşılanmamışsa bu belirleyici kullanılır.

5- Erken kısmi remisyon: En az 1 ay süreyle, ancak 12 aydan daha kısa süreli olarak bağımlılık ya da kötüye kullanım için tanı ölçütlerinden biri ya da birden fazlası karşılanmışsa bu belirleyici kullanılır (Ancak bağımlılık için bütün tanı ölçütleri karşılanmamıştır).

6- Kalıcı tam remisyon: 12 aylık bir dönemde ya da daha uzun bir süre içinde bağımlılık ya da kötüye kullanım için tanı ölçütlerinden hiçbiri karşılanmamışsa bu belirleyici kullanılır.

7- Kalıcı kısmi remisyon: 12 aylık bir dönemde ya da daha uzun bir süre içinde bağımlılık için tanı ölçütleri tam karşılanmamışsa, bununla birlikte bağımlılık ya da kötüye kullanım için tanı ölçütlerinden biri ya da birden fazlası karşılanmışsa bu belirleyici kullanılır.

8- Agonist tedavide: Kişi, metadon gibi reçete edilmiş olan agonist bir ilaç alıyorsa ve en azından önceki ay o grup ilaç için bağımlılık ya da kötüye kullanım için hiçbir tanı ölçütü karşılanmamışsa (agoniste tolerans gelişmesi ya da agonistin yok-

sunluğu dışında) bu belirleyici kullanılır. Bağımlılık için parsiyel bir agonist ya da bir agonist/antagonist kullanılarak tedavi edilenlerde de bu kategori kullanılır.

9- Denetim altında bir çevrede: Kişi, alkol ve kontrol altında tutulan maddelere ulaşmanın kısıtlandığı bir çevrede ise ve en azından önceki ay bağımlılık ya da kötüye kullanım için tanı ölçütlerinin hiçbiri karşılanmamışsa bu belirleyici kullanılır. Böyle çevrelere örnekler arasında yakın gözlem altında tutulan ve içeri madde sokulamayan tutukevleri, terapötik ortamlar ya da kapalı hastane birimleri vardır.

10- Madde entoksikasyonu:

A. Yakın bir geçmişte bir madde alımına (ya da bir maddeyle karşılaşmaya) bağlı olarak geriye dönüşlü bir maddeye özgül sendromun gelişmesi.

B. Madde kullanımı sırasında ya da hemen sonra gelişen, maddenin merkezi sinir sistemi üzerindeki etkisine bağlı olarak ortaya çıkan, klinik açıdan belirgin bir biçimde uygunsuz davranışsal ya da psikolojik değişiklikler (örn. kavgacılık eğilimi, duygudurum değişkenliği, bilişsel bozukluk, yargılama bozukluğu, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte bozulma).

C. Bu semptomlar genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

11- Madde yoksunluğu:

A. Çok fazla ve uzun süreli madde kullanımının sonlandırılmasına (ya da azaltılmasına) bağlı olarak maddeye özgül bir sendromun gelişmesi.

B. Bu maddeye özgü sendrom klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu semptomlar, genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

12- Arındırma (detoksifikasyon) tedavisi:

Bir hekim kontrolünde yatarak veya ayakta sistemik bir biçimde maddeden arındırma tedavisidir. Kesilen maddenin akut fizyolojik etkilerini tedavi etmek amacıyla oluşturulduğu için tedavinin başlangıcı olarak kabul edilir.

13- Agonist sürdürüm tedavisi: Opiyat bağımlılarında genellikle ayakta sürdürülen bu programda methadon, LAAM ve buprenorfin gibi ilaçlar kişinin opiyat yoksunluğunu önleyecek dozda ve sürede ağızdan uygulanmaktadır.

14- Antagonist tedavi: Hastanın tıbbi arındırması (detoksifikasyonu) yatarak yapıldıktan sonra başlanılan bu tedavi genellikle ayakta uygulanmaktadır. Uzun etkili sentetik opiyat antagonisti olan naltrekson alınmadan önce hasta detoksifiye edilmeli ve bir kaç gün maddeden arınmış olmalıdır.

15- Kısa dönem ikamet (residential) tedavi: 12 adım yaklaşımı temelli yoğun ama kısa bir tedavi modelidir. Bu model 3-6 hafta süren hastane temelli yatan hasta tedavi fazını takiben uzamış ayakta terapi ve kendi kendine yardım gruplarına katılmayı içermektedir.

16- Uzun dönem ikamet (residential) tedavi: Genellikle hastane dışında 24 saat bakım uygulanan bir yöntemdir. 6-12 ay süren tedavi toplulukları (TT) bireyi tekrar sosyalleşmesine odaklanmaktadır. Diğer hastalar, tedavi ekibi ve sosyal içerik tedavinin aktif bileşenleridir. Bağımlılık bireyin sosyal ve psikolojik bir eksikliği kapsamında ele alınır ve tedavi kişide bireysel değerlilik ve sorumluluk oluşturmayı ve sosyal olarak üretken bir tedavi sürdürmesine odaklanmaktadır.

17- Duyarlılaşma (sensitization): Bağımlılık yapıcı maddelerin tekrarlayan alımlarının mezolimbik dopamin sistemi aracılığı ile duyarlılaşmaya neden olmasıdır.

18- Ters uyum (adaptasyon): Maddelerin tekrarlayıcı kullanımları sonucu ödül döngüsünde maddenin etkisini nötralize eden ve tersi etki oluşturan kontradaptasyonlar ortaya çıkarmasıdır.

Bağımlılıkta nörobiyolojik görüşler

Madde bağımlılığında rol oynayan beyin bölgeleri:

DeneySEL çalışmalar madde bağımlılığına neden olan nöronal halkanın ventral tegmental alandan, nükleus akkumbens üzerinden prefrontal kortekse uzanan dopaminerjik yollarla oluştuğunu göstermiştir. Benzer çalışmalar kokain gibi uyarıcıların (stimülanların) dopaminerjik aktiviteyi prefrontal kortekste, opioidlerin ise nükleus akkumbensin ventral tegmental bölgesinde arttırdıklarını ortaya koymuşlardır. Uyarıcılar (kokain, amfetamin), nikotin dopaminerjik aktiviteyi prefrontal kortekste artırır. Opioidler, uyarıcılar, alkol, nikotin dopaminerjik aktiviteyi nükleus akkumbensinde artırır. Opioidler, alkol, dopaminerjik aktiviteyi ventral tegmental bölgede artırır. Bağımlılığın açıklanmasında geçerli olan hipotezlerden dopamin hipotezinin kanıtlanması, dopaminden zengin alanlara bu maddelerin doğrudan verilmesiyle ya da bu maddeleri kendiliğinden alan hayvanlarda aynı davranışların ortaya çıkması ile olmuştur. Bu maddelerin yoksunluğunda ise bu bölgelerdeki dopaminerjik aktivitede azalma izlenmiştir. Diğer beyin bölgelerinden globus pallidus ve amigdal nükleus nükleus akkumbensden lif alır. Ek olarak noradrenerjik hücre gövdelerinin bulunduğu lokus seruleus ve serotonerjik hücre gövdelerinin bulunduğu rafe çekirdeği de dopaminerjik sistem ile olan bağlantılarından ötürü önemli rol oynar. Dopaminerjik, serotonerjik ve noradrenerjik sistemlerin madde kötü kullanımında farklı işlevleri vardır. Net olmamakla birlikte PET ve SPECT ile yapılan çalışmalar bu bölgelerin bağımlılıkta önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Madde bağımlılığında rol oynayan nörokimyasal maddeler:

Araştırmacılar çeşitli maddelerin oluşturduğu bağımlılık sendromlarında görülen benzer davranışsal kriterlere ve hayvanlarda yapılan bağımlılık deneylerindeki kanıtlara dayanarak, bağımlılık sendromunun ortak hücresel ve moleküler mekanizmaları olduğunu düşünmüşlerdir. Sonuçta psikomotor stimulan ilaçların bağımlılık yapıcı etkilerini "psikostimülan bağımlılık teorisi" ile açıklanmaya çalışılmıştır. Bu teoride, bütün bağımlılık yapıcı ilaçların psikomotor stimulan etkiye sahip olduğu, farklı ilaçların stimulan etkilerinde paylaşılmış bir biyolojik mekanizmanın bulunduğu ve bu stimulan etki mekanizmalarının pozitif pekiştiride görülen biyolojik mekanizmayla benzer olduğunu ileri sürmüşlerdir. Madde bağımlılığında rolü olan santral nörokimyasal maddeler şunlardır: Dopamin ve dopaminerjik sistem, glutamat ve glutamaterjik sistem,

endojen opioidler ve opiyaterjik sistem, serotonin ve serotonerjik sistem, GABA ve GABAerjik sistem, noradrenalin ve noradrenerjik sistem, nitrik oksit ve santral nitreerjik sistem ve kanabinoid sistemdir.

I. Dopamin ve dopaminerjik sistem: Dopamin, SSS'de yaygın olarak bulunan bir katekolamindir. Kokain, alkol, opioidler ve amfetamin gibi maddelerin pozitif pekiştirici etki meydana getirmesinde nükleus akkumbens ve mezolimbik sistemde dopaminerjik uyarı artırmaları rol oynar. Nükleus akkumbensin tahrib edilmesi veya D1 ve D2 reseptör antagonistlerinin verilmesi kokain, amfetamin ve alkolün pozitif pekiştirici etkilerini ortadan kaldırır. Mezokortikolimbik dopaminerjik yolak ve onun innerve ettiği nükleus akkumbens gibi limbik yapıların alkol, amfetamin, opioidler, hipnotikler, sedatifler ve nikotin gibi bağımlılık yapıcı maddelerin keyif verici etkisini artıran ortak nöronal devre olduğuna inanılmaktadır. Ventral tegmental alan (VTA) ve substantia nigrada bulunan dopaminerjik hücrelerdeki aktivasyon artmış lokomotor aktiviteye neden olur. Kokain, dopamin taşıyıcısına bağlanır ve sinir ucuna dopamin alımını etkili bir biçimde bloke ederek sinaptik aralıkta dopaminerjik etkinliği artırır. Kokain bağımlılığında, D1 ve D2 dopamin reseptörlerinin mezolimbik dopaminerjik sistemdeki aktivasyonunun relapsı tetiklediği gösterilmiştir. Nöroanatomi yönünden bakıldığında nükleus akkumbensdeki dopamin nöronlarının pozitif pekiştirici aracılığıyla, amigdalanın ise ilaç bağımlılığında ve ödüllendirme de önemli bir rol oynadığını söylenebilir.

II. Glutamat ve glutamaterjik sistem: Glutamat eksitator bir nöromediatördür. Glutamaterjik sistemin en önemli reseptörleri NMDA (N-metil-D-Aspartat) reseptörleridir. Serebral korteks, hippokampus ve bazı limbik yapılarda eksitasyon ve inhibisyon, inhibitör GABAerjik ve eksitator glutamaterjik sistemler arasındaki dengeye bağlıdır. Glutamaterjik antagonistler GABAerjik agonistler gibi terapötik etkinlik gösterirler. Morfin ve benzeri opioidler glutamaterjik sisteme ait NMDA reseptörlerini indirek olarak aktive ederler. Dopaminerjik sinir gövdelerine ve sinir uçlarına giden glutamaterjik nöronlar hipokampus, amgdala ve korteksten yola çıkar. Glutamaterjik agonistlerin dopaminerjik sinir gövdelerine veya sinir uçlarına uygulanmasının dopamin salınımında artışa yol açtığı gösterilmiş, stimulan uygulamasından sonra görülen striatumdaki nöronların eksitasyonundaki artış inen kortikostriatal glutamaterjik yolaktaki aktivasyona bağlanmıştır. Glutamat antagonistlerin akut olarak uygulanan psikomotor stimulanların davranışsal etkilerini değiştirdikleri ve stimulan nitelikli ilaçların ekstrasellüler eksitator aminoasid düzeylerinde artışa yol açabildikleri bildirilmiştir.

III. Endojen opioidler ve opiyaterjik sistem: SSS'deki opiyaterjik reseptörler aracılığı ile etki oluşturan peptitlere endojen opioid peptitler veya endorfinler adı verilir. Beyindeki opiyaterjik nöronların uyarılması pozitif pekiştiriyi artırır. Morfin ve diğer opioid bağımlılığında opioid maddelerle uyarılmış olan endojen opioid sistemin yetersizliği söz konusudur. Opiyatların bağımlılık yapıcı etkileri hem VTA hem de nükleus akkumbens üzerindeki etkileri ile doğrudan ilişkilidir. Lokus seruleus opiatların akut etkilerine oldukça duyarlıdır. Opiyatlar lokus seruleus aktivasyonunun baskılanmasına yol açar. Aynı şekilde, opiyat yoksunluk sendromu esnasında lokus seruleus aktivasyonunda yüksek bir artış gözlenmiştir. Bir -2 presinaptik reseptör agonisti olan klonidin lokus seruleus aktivasyonunu baskılar ve opioid yoksunluk sendromu belirtilerini tedavi etmek için kullanılır. Opiyatların pozitif pekiştirici etkileri dopaminerjik nöronlarının aktivasyonu ile gerçekleşir. Stimulanlarda olduğu gibi, parenteral opiyat uygulaması da nükleus akkumbensde ekstrasellüler dopamin artışına yol açar. VTA ve nükleus akkumbensdeki μ -reseptörlerinin aktivasyonu opiyatların dopaminerjik nöronlarını uyarır. Opioid peptitler ile birlikte serotonin, dopamin ve GABA'nın alkol bağımlılığında rol aldığı gösteren birçok kanıt bulunmaktadır. Alkolün self stimülasyonu morfin uygulanması ile artar. Narkotik antagonistler alkol tüketim davranışı üzerinde inhibe edici etkiye sahiptir. Yapılan deneysel çalışmalarda, narkotik antagonist bir ilaç olan naltrekson, alkol bağımlılığı olanlarda denenmiş ve bu ilacın alkol relapsını önleyici etkisi olduğu bulunmuştur.

IV. Serotonin ve serotonerjik sistem: Serotonin beyinde nörotransmitter ve nöromodülatör görevi yapan bir monoamindir. Beyinde raphe sistemi içinde yer alır. Serotonerjik sistemin normal davranış kalıbının sürdürülmesinde önemli rolü vardır. 5-HT_{2A} ve 5-HT_{2C} reseptörleri, dopaminerjik etkinliğin modülasyonunda rol oynarlar. Serotonerjik sistem, mezo-kortiko-limbik dopaminerjik sistem ve nigro-striatal dopaminerjik sistem ile önemli etkileşimler gösterir. BOS'daki düşük 5-HIAA alkolizm için yüksek riskleri bulunan impulsif bir grup kişide de gösterilmiştir. Özellikle striatumda gerek kronik alkol alımı esnasında gerekse alkol yoksunluğunun ilk 6 saatlik erken döneminde serotonin düzeylerinde anlamlı ölçüde azalmalar gözlenmiştir. Striatum özellikle alkolün dopaminerjik sistemle etkileşmesi bakımından önemli bir anatomik bölgedir.

V. GABA ve GABAerjik sistem: GABA beyin ana inhibitör nöromodiyatördür. GABA etkinliğini artıran ilaçlar sedatif, anksiyolitik ve antikonvülsan olarak kullanılırlar. GABA-B antagonistleri yoksunluk sendromuna bağlı konvülsiyonları azaltır.

Çünkü GABA-B reseptörleri GABAerjik otoreseptörler olduklarından GABA'nın sinir ucundan salınımını inhibe ederler. Çoğunluğu ara nöron olan GABAerjik nöronlar diğer sistemlerdeki nöronları kontrol etmek suretiyle inhibisyon yaparlar. Örneğin, nigro-striatal yolda dopaminerjik nöronlarla sinaps yaparak dopaminerjik sistemi inhibe ederler. Yapılan in vitro çalışmalarda, alkolün, iyon kanalları boyunca klor akışını artırdığı görülmüştür.

VI. Noradrenalin ve noradrenerjik sistem: Noradrenalin içeren nöronların büyük bir çoğunluğu SSS'de lokus seruleusda lokalize olmuştur. Noradrenalinin alkol ve morfin başta olmak üzere birçok maddeye bağlı yoksunluk sendromu sırasında ortaya çıkan semptomatik hiperaktiviteden sorumludur. Bağımlılık yapıcı maddelerin belli bir süre kullanımı sonucu lokus seruleus gibi önemli noradrenerjik yapılarda adaptasyon oluşur. Bağımlılık yapan maddenin ani olarak kesilmesi ile hiperaktivite ve ajitasyon gibi kesilme semptomlarının ortaya çıkmasında bu adaptasyonun rolünün olması kuvvetle muhtemeldir. Santral presinaptik -2 adrenerjik reseptörler presinaptik nöronlardaki noradrenerjik salınımı inhibe eden otoreseptörlerdir. Bu reseptörlerde gelişen bir duyarılılaşmanın alkol yoksunluk sendromunun ajitasyon, hiperaktivite ve hipereksitabilite gibi semptomlarından sorumlu olabileceğini düşündüren birçok bulgu vardır.

VII. Nitrik oksit ve santral nitrenerjik sistem: Son zamanlarda santral nitrenerjik sistemin morfin ve alkol bağımlılığında rolü olabileceğine ilişkin bazı veriler elde edilmiştir. Nitrik oksit (NO) sentezini katalizleyen NO sentaz (NOS) enzimini inhibe eden ilaçları deney hayvanlarında oluşturulan morfin ve alkol yoksunluk sendromunda ortaya çıkan semptomların şiddetini azaltmışlardır. Amfetamin gibi psikostimulanlarla indüklenen lokomotor hiperaktiviteyi bloke etmişlerdir. Etanol ile opioidlere fiziksel bağımlılık gelişiminde NO'nun glutamaterjik sistem ile etkileşmesinin söz konusu olduğu ve bu etkileşmeye ikinci ulak cGMP'nin katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Özellikle alkol ve opioid bağımlılığı üzerine gerçekleştirilen bazı çalışmanın sonuçları santral eksitatör aminoasiderjik sistemin stimülasyonunun yoksunluk sendromunun belirtilerinin ortaya çıkmasında önemli bir rolü olduğunu göstermektedir. Glutamat ve NO, bağımlılığın oluşumundan çok yoksunluk sendromu belirtileri ile ilişkili gibi görünmektedir. Yoksunluk sendromu esnasında karşılaşılan istenmeyen belirtilerin çoğu bu sistemlerin aktivasyonu ile ilişkilidir. Gerek glutamat antagonistleri gerekse NOS inhibitörleri deney hayvanlarında alkol ve morfin yoksunluk sendromu esnasında gözlenen, yoksunluk sendromu belirtilerini tedavi edici etkilere sahiptir.

VIII. Kanabinoid sistem: Beyinde kanabinoidlerle ilgili en önemli reseptör CB1'dir. Bu reseptörler beyinde yaygın olarak yer almaktadır. Ventral tegmental alanda (VTA) ve nükleus akkumbensde önemli miktarlarda CB1 reseptörü bulunmaktadır. Ayrıca bu bölgede CB1 reseptörlerinin dopaminerjik hücrelerin terminal ya da hücre gövdelerinde bulunmadığı da bilinmektedir. Δ 9-THC ya da diğer kanabinoid agonistleri, nükleus akkumbensde dopamin salınımını artırmaktadır. Ancak bu etki, nükleus akkumbensin yalnızca kabuk alanları ile sınırlı görünmektedir. Aynı zamanda VTA'da bulunan dopaminerjik nöronlarda GABA-A reseptör aktivasyonu ile ortaya çıkarılan inhibitör postsinaptik akımların, kanabinoid reseptör agonistleriyle azaltıldığı gösterilmiştir. Bu verileri ve CB1 reseptörlerinin bu bölgede dağılımını göz önünde bulunduran araştırmacılar, bu etkinin, endokanabinoidlerle GABA arasındaki etkileşimin bir ürünü olduğu sonucuna varmışlardır. Tıpkı opiyatlar gibi, VTA'dan giden GABA-erjik hücre terminalerinde bulunan CB1 reseptörlerinin aktivasyonu, GABA salınımını azaltıp, nükleus akkumbensde dopaminerjik nöral aktiviteyi ve dolayısıyla dopamin salınımını artırmaktadır. Kanabinoidlerin mezolimbik dopamin sisteminde opioidlere benzer bir etkiye yol açması, aynı zamanda bu iki türden maddenin ödüllendiriciliklerini ölçen çalışmalarda gözlenen sinerjik ilişkiyi de açıklamaktadır. Bulgular, kanabinoid reseptörü blokörlerinin, opiyat bağımlılığı tedavisinde yeni yaklaşımlara olanak sağlayabileceğini göstermektedir.

Sonuç

Madde bağımlılığı ve ilişkili ruhsal hastalıkların modern dünyada giderek artan bir sorun haline geldiği söylenebilir. Bu durum bir taraftan uyuturucu madde üreten yasadışı odakların iştahını kabartırken diğer taraftan bilim adamlarının tedavi arayışlarını kamçulamaktadır. Bilimsel gelişmelerin gayrimeşru girişimler kadar hızlı ilerlemediği göz önüne alındığında önleyici faaliyetlerin öneminin ön plana çıktığını söyleyebiliriz.

Kaynaklar

Dr. Esra Sağlam, Dr. Tayfun İ. Uzbay, Dr. Mansur Beyazyürek. Madde Bağımlılığının Psikofarmakolojik Özellikleri. Bağımlılık Dergisi 2003; 4: 81-87

George F. Koob, Michel Le Moal. Neurobiology Of Addiction Elsevier, London, 2006.

Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. Editörler: Prof. Dr. Zehra Arıkan, Doç. Dr. Nesrin Dilbaz. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010.

Tevfik Alıcı1, İ. Tayfun Uzbay. Kanabinoidler: Ödüllendirici ve Bağımlılık Yapıcı Etkilerinin Nörobijolojisi ve Nöropsikofarmakolojisi Üzerine Bir Gözden Geçirme. Bağımlılık Dergisi 2006; 7: 140-149

Hekim grevlerinin hastane ölümlerine etkisi

Yrd. Doç. Dr. Murat D. Çekin



1962 yılında İstanbul'da doğdu. Ankara Fen Lisesi ve İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Aile Hekimliği uzmanı olan Çekin, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğretim üyesi, Zeytinburnu Tıbbi Bitkiler Bahçesi proje yürütücüsü ve Sağlık Çevre Kültürü dergisi editörüdür.

Birçok ülke gibi Türkiye'nin de gündeminde olan sağlık çalışanları grevi, bugüne kadar daha çok etik, politik ve ekonomik açıdan tartışılmıştır. Bunun sebebi, sağlık hizmetinin hayati önemde kabul edilmesi, politik bir temel üzerinde şekillenmesi ve ekonomik sistemin önemli bir ayağını oluşturmasıdır. Sağlık çalışanları daha çok, maddi ve mesleki sebeplerle iş bırakma veya yavaşlatma eylemi yapmaktadır. Bu eylemleri bazen bütün sağlık çalışanları, bazen hekimler veya hemşireler gibi bir meslek grubu gerçekleştirmektedir. Eylemlerin süresi, gündelik hayata yansımaları, meslek içinde ve dışındaki insanlardan aldığı tepki ve yasama-yürütme erkinin kararlarına etkisi değişkendir. "Sağlıkçı" grevlerinin toplum sağlığı üzerindeki etkisini tespit etmek kolay değildir. Kategorik bilgi verdiği için, mortalite istatistiklerinin daha kullanışlı olduğu düşünülebilir. Bazı hekim grevleri ile hastane ölümleri arasındaki ilişkiyi analiz eden az sayıda çalışma dışında, daha çok gazete haber ve röportajlarına dayanan bilgiler vardır. Son 50 yılda gerçekleşen grevlerden aşağıya aldıklarımızın tamamını ve ayrıntılı sayısal verilerini kapsayan bir çalışmaya ulaşamadık.

Hekim grevleri

Kanada, 1962

Saskatchewan Eyalet Hükümetinin yürürlüğe koymak istediği genel sağlık sigortasının "sosyalizasyon" anlamına geldiğini ve "memur hekimler" yarata-

cağını ileri süren hekimler, 1962 yılının Temmuz ayı başında greve gittiler. Eyalet hekimlerinin %90'ı iş bıraktı. Az sayıda hastane nöbetçi kaldı. Yalnız acil vakalara bakıldı. Hükümet, açığı azaltmak için diğer eyaletlerden, İngiltere ve ABD'den hekim gelmesini sağladı. 23 Temmuz'da anlaşma sağlandı. Grev süresinde ölüm oranı düştü. Düşme, elektif ameliyat yokluğuna bağlandı.^(1, 2)

İsrail, 1973

Hekimler 1973 yılının Haziran ayı ortasında greve gittiler. Yalnızca acil vakalara bakıldı. Hastaneye başvuran hasta sayısı günlük ortalama 65 binden 7 bine düştü. Bir ay sonra, Temmuz ayının ortasında işbaşı yapıldı. Kudüs'te cenaze işlerini yürüten kuruluşun verdiği bilgiye göre, grev süresinde ölüm oranı yaklaşık yarıya düştü.^(3, 4)

İngiltere, 1975

İngiliz Hekimler Birliği NHS hastanelerinde part-time özel hekimliği engelleyecek tam-gün tasarısına ve mesai saatlerinin uzunluğuna karşı yılın başında grev başlattı. Yalnız acil vakalara bakıldı. 16 hafta sonra Nisan ayında işbaşı yapıldı. Kasım ayında tekrar grev oldu. Grev süresinde ölüm oranı düştü.⁽⁵⁻⁷⁾

Kolombiya, 1976

Başkent Bogota'da hekimler greve gittiler. Eylül, Ekim, Kasım aylarında 52 gün süren grev boyunca yalnız acil hastalara bakıldı. Milli Cenaze İşleri

Müdürleri Birliğinin grev sonrasında yaptığı açıklamaya göre, grev süresinde ölüm oranı %35 düştü.⁽⁸⁾

ABD, 1976

Malpraktis sigorta primlerinin arttırılması üzerine, Los Angeles County'deki hastanelerde çalışan hekimlerin %25-50'si yılbaşında iş bıraktı. Yalnız acil vakalara bakıldı. Grev, Şubat başına kadar 5 hafta sürdü. Grev haftaları ve grev bitimini takip eden 7 hafta önceki 5 yılın aynı dönemiyle kıyaslandı. Grev sırasında ambulanslara ve acil servislere başvuruda belirgin artış olmadı. Bir önceki yıla göre bölgedeki hastane girişlerinde %28, ameliyatlarda %42-60 azalma görüldü. Hasta transferi diğer zamanlara göre %41 arttı. Grevle düşmeye başlayan ölüm hızı 100 binde 21 düzeyinden 100 binde 13'e kadar indi, grev sonrası haftadan başlayarak tekrar yükseldi, ertelenen ameliyatlardan gerçekleşmesiyle 100 binde 26'ya kadar çıktı ve sonraki haftalarda 100 binde 19'a geriledi. Önceki 5 yılda bu kadar inmemiş ve bu kadar çıkmamıştı. Grev dönemindeki 31-132 ölümün %70 kadarı hastaların özel hastanelerden erken taburcu edilerek kamu hastanelerine transfer edilmesine bağlandı. Cerrahi ölüm oranı %0,5-1,4 arasında kabul edilerek 55-153 daha az ölüm 11 bin civarında elektif ameliyatın yapılmamasına, grevden sonraki 2 haftada bir yıl önceki aynı döneme göre 90 fazla ölüm ise ameliyata bağlandı. Grev süresinde bebek ölüm oranında belirgin değişme olmaması da ölümlerde görülen %18 civarındaki azalmayı elektif ameliyat yokluğuna bağlamanın haklılığına kanıt kabul edildi.⁽⁹⁻¹⁵⁾



İsveç, 1980

Hekimler genel greve katılmak üzere iş bıraktı Baharda iki hafta hastanelerde yalnız acil vakalara bakıldı. Grev yılının her haftasındaki ölüm oranları, bir önceki yılın karşılık gelen haftalarıyla kıyaslandı. Grevin ikinci haftası ve takip eden hafta ölüm oranının hem o yılın, hem önceki yılın haftalarına göre belirgin biçimde düşük olduğu görüldü.⁽¹⁶⁾

İsrail, 1983

İsrail Tıp Birliği hükümetle maaş ve mesai süresi konusunda anlaşamayınca greve gitme kararı aldı. Grev 2 Mart'ta başladı. İsrail'deki 11 bin hekimin 8 bin 500'ü katıldı. Din adamları, dindar hekimlere grev izni vermedi. Hastaneler dışında kurulan yardım istasyonlarında 14 dolar karşılığında acil vakalara bakıldı. Cumartesi (Şabat) günleri ücret alınmadı. Ameliyathaneler %30 kapasiteyle çalıştı. Acil başvuruları %20-30 arttı. Sezaryen doğum oranı belirgin biçimde yükseldi. Grevin son iki haftasında bazı hekimler açlık grevi yaptı. Grev 17 hafta sonra 26 Haziran'da sona erdi. Grev öncesi 2 hafta, grev haftaları ve grev bitimini takip eden 10 hafta (16 Şubat - 3 Eylül arası) verilen ölüm/defin belgeleri bir yıl önceki aynı dönemle kıyaslandı. Grev süresinde 6 ölüm az, grev sonrası 10 haftada 7 ölüm

fazla olduğu görüldü. Grev sonrasında oluşturulan bir örnekleme, hasta ve yakınlarının %18'i grevden önemli zarar gördüklerini belirtti. Grev süresinde ölümlerin azalması elektif ameliyat yapılmamasına ve hekim fazlasına bağlandı.⁽¹⁷⁻²²⁾

Finlandiya, 1984

Kamu hastanelerinde çalışan hekimler 5 Nisan'da greve gitti. Bir ay sonra ülkedeki hekimlerin %60-80'i grevdeyken Varkaus şehrinde hizmet veren ana sağlık merkezi de greve katıldı. Acil vakalar için icapçı hekimler hazır oldu. Grev 7 hafta sürdü, 19 Mayıs'ta sona erdi. Varkaus Sağlık Merkezinin grevde geçirdiği 11 gün, önceki ve sonraki 11 günle kıyaslandı. Grev sırasında merkeze başvurular %70, acil başvurular %55 azaldı. Özel sektör bu açığın küçük bir kısmını kapadı. Grev sonrası başvurular grev öncesine göre %40 fazla oldu. Bu artış karşılanmamış bir ihtiyacın telafisi olarak kabul edildi. Ancak grevin sağlık açısından zararına dair bir bulguyla ve bu konuda bir şikâyetle karşılaşılmadı.⁽²³⁾

İspanya, 1999

Eğitim hastanelerinde aile hekimliği dışındaki bütün dallardan asistan hekimlerin katıldığı grev 5 Mayıs - 22 Haziran

İsveç'te 1980 yılında hekimler genel greve katılmak üzere iş bıraktı Baharda iki hafta hastanelerde yalnız acil vakalara bakıldı. Grev yılının her haftasındaki ölüm oranları, bir önceki yılın karşılık gelen haftalarıyla kıyaslandı. Grevin ikinci haftası ve takip eden hafta ölüm oranının hem o yılın, hem önceki yılın haftalarına göre belirgin biçimde düşük olduğu görüldü.



Hekim grevleri dolayısıyla oluşan stres, hayat kalitesinde azalma, zaman kaybı ve maddi kayıplar, grevin etkisinin sadece ölümle ölçülemeyeceğini gösteren tecrübelerdir. Diğer yandan söz konusu ettiğimiz grevlerin en uzununu 4 ay sürmüştür. Grevlerin daha uzun sürmesi ve daha büyük bölgeleri kapsamaları halinde toplum sağlığı üzerinde ne gibi sonuçların ortaya çıkacağını bilemiyoruz. Hekim grevlerinin sağlık üzerindeki etkisini iyi analiz etmek, tıbbın etkin ve güvenli dozunu belirlememize yardımcı olacaktır.

arasında peş peşe gelmeyen 9 gün yapıldı. Acil vakalara uzman hekimler baktı. Barcelona'daki bin yataklı, günde ortalama 300 acil vakası gelen Bellvitge Hastanesi acil kayıtları esas alınarak grev yapılan 9 gün ile bu süre zarfında grev yapılmayan 12 gün, haftanın aynı günleri karşılık gelmek üzere kıyaslandı. Grev yapılan günlerde hekim başına düşen hasta sayısının belirgin biçimde arttığı, hekim molalarının istenen laboratuvar tahlili ile filmlerin ve hastanede kalış süresinin belirgin biçimde azaldığı görüldü. Grev dışında toplam 7 ölüm olurken grev süresinde toplam 2 ölüm görülmesi elektif ameliyat yapılmamasına, aile hekimliği asistanlarının hasta triajına ve uzman hekimlerin tecrübesine bağlandı.⁽²⁴⁾

İsrail, 2000

İsrail Tıp Birliği, hükümetin önerdiği dört yıllık ücret sözleşmesine ve mesai süresine tepki olarak ve kamu hastanelerinde özel muayene yapabilme talebiyle grev kararı aldı. Hastanelerindeki poliklinik randevuları ve elektif ameliyatlara iptal edildi. 9 Mart'ta başlayan grev süresince yalnız acil, diyaliz, onkoloji, doğum, yenidoğan servisleri açık kaldı. Grev sırasında hastalar daha çok aile hekimlerine gitti. 3 ay süren grev Haziran'da sona erdi. Grev süresince verilen ölüm/defin belgeleri önceki 3 yılın aynı dönemiyle kıyaslandı. Kudüs'teki ölümlerin %55'ine bakan cenaze kuruluşunun verdiği ölüm sayıları, Mayıs ayı için 2000'de 93, 1999'da 153, 1998'de 133, 1997'de 139; Nisan ayı için 2000'de 130, önceki yıllar-

da en az 150 idi. Tek hastanesi olduğu için grev yasağı bulunan Netanya ile Hadera ve Kfar Sava'ya bakan cenaze kuruluşunun verdiği ölüm sayıları Mayıs ayı için 2000 ve 1999'da 87; Nisan ayı için 2000'de 97, 1999'da 122; Mart ayı için 2000'de 99, 1999'da 119 idi. Tel Aviv'in tek cenaze kuruluşu da, cenaze törenlerinde aynı dikkate değer azalmanın gözlemlendiğini belirtti. Hayfa, azalmanın görülmediği tek şehirdi. Ölüm oranındaki toplam düşme %40'a yakındı. Bir kuruluş yetkilisi, ölümlerdeki azalmanın 1983 grevi ile benzerlik taşıdığını belirtti.⁽²⁵⁻²⁶⁾

Hırvatistan, 2003

Hırvat Hekimler Sendikasının çağrısı ile 15 Ocak'ta başlayan greve ülke çapında hekimlerin çoğunluğu katıldı. Yalnızca acil vakalara bakıldı. Acil servisler hafta sonu ve bayramlardaki düzeyde hizmet verdi. Grev 4 hafta sonra, 14 Şubat'ta sona erdi. Grev yapılan dönem ile bir önceki ay ve bir sonraki ay (15 Aralık - 17 Mart arası), grevden önceki iki yıl ve sonraki bir yılın ölüm oranları kıyaslandı. Grev süresinde ölüm oranının önceki ve sonraki aylar ve yıllar gibi binde 1,0-1,1 olduğu, grevden etkilenmediği görüldü.⁽²⁷⁾

Güney Afrika, 2010

Limpopo Eyaletinde hekimlerin 18 Ağustos'ta başlattığı grevde yalnız başkent Polokwane'deki hastane açık kalarak acil vakaları kabul etti. Grev 20 gün sonra, 6 Eylül'de sona erdi. Grev süresindeki ameliyatlara ve ölümlere o yılın Mayıs ayının 20 günüyle kıyaslandı. Hastane girişlerinde %73, ameliyatlarda %72, ölüm oranında %18 düşme gözlemlendi.⁽²⁸⁾

İngiltere, 2012

İngiliz Hekimler Birliği maaşlar konusunda hükümetle düştüğü anlaşmazlık üzerine 21 Haziran'da 24 saatlik grev düzenledi. Ameliyatlara %10'u ve poliklinik randevuları ertelendi. İngiltere'deki NHS hastanelerinde ve GP olarak çalışan hekimlerin %8'i greve katıldı. Acil servisler çalışmaya devam etti. Grev yapılan gün, hafta sonları hariç, 11- 29 Haziran arasındaki üç haftanın günleriyle, özel olarak da bir önceki ve bir sonraki haftanın aynı günüyle kıyaslandı. Grevin etkisi ülke çapında coğrafi farklılıklar gösterse de, grev günü hastanelere giriş yapanlarda ölüm oranı bütün girişlerin %1,3'ünü oluşturdu ve diğer zamanlara göre belirgin fark görülmedi.⁽²⁹⁾

Tartışma

- Hekim grevlerine dair istatistikler genel bir eğilimin ipuçlarını vermektedir. Hekimlerin işlerini bırakması yüzünden

çalıştıkları hastanelerdeki ölüm oranı artmamakta, çoğunlukla azalmakta; grev sonrasında ise bazen ortalamanın üstüne çıkacak kadar artmaktadır. Bu sonuç farklı biçimlerde yorumlanabilir. Ölüm oranlarını kıyaslamak için daha çok, grev yapılan zaman diliminden önceki ve sonraki günler ve haftalar esas alınmakta ve bu sürenin önceki ve sonraki yıllarda denk geldiği dönemler karşılaştırılmaktadır. Bu açıdan, istatistiklerinde “dönem biası” olma ihtimali düşüktür. Kıyaslamalarda kontrol dönemleri gibi kontrol bölgelerinin yer almasına lüzum görülmemiştir. Öte yandan grev bölgesinden başka bölgelere belirgin bir hasta göçü olduğuna dair veri yoktur.

- Hastaların hastanede yatma fırsatı bulamadan evlerinde öldükleri, dolayısıyla ölümlerin hastaneden eve taşınmış olma ihtimali akla gelebilir. Ancak bu durumda meselenin hukuki yönünün daha çok gündeme gelmesi beklenirdi. Grev yüzünden bazı teşhisler zamanında konamamış, bazı tedaviler zamanında yapılamamış olsa bile grevlerin can kaybına yol açtığı gerekçesiyle açılan dava sayısı -kamuoyuna yansdığı kadarıyla- azdır.

- Grevlerin hepsinde acil servislerin çalışması ve ertelenemeyecek müdahalelerin gerçekleşmesi, ölümlerin en azından artmamasını açıklayabilecek bir faktördür. Saskatchewan grevinde “hekim ithali” de ölümlerin azalmasında kısmen etkili olmuş görünüyor.

- Grev sırasında hastanede bazı rutin işlerin iptal edilmesi suretiyle hastalara daha fazla zaman ayrılması ve özen gösterilmesi ölüm oranının artmamasında bir başka etken olarak kabul edilebilir.

- İspanya'daki grevde iş bırakan asistan hekimlerin yerini daha tecrübeli uzman kadronun doldurması, grev yüzünden hastane standartlarının düşmeyebileceğinin bir örneğidir. Hastanede müdahalelerin ne kadarının uzman kontrolünde gerçekleşmesi gerektiğine dair tartışma için de bu örnek ölçü olabilir.

- Grev döneminde hastanelerdeki ölüm oranlarının düşmesini en iyi açıklayan faktör, “elektif cerrahinin iptali veya ertelenmesi” gibi görünmektedir. İster girişimin doğasında var olan öngörülebilir veya öngörülemeyen komplikasyonlardan, ister malpraktisten kaynaklınsın ameliyata bağlı ölümler küçümsenemeyecek orandadır. Bazı ameliyatlarda özellikle yaşlı ve bağımsızlığı düşük kişilerin ölme ihtimali daha fazladır.

- Hekimlerin, herhangi bir sağlık durumunda cerrahi müdahalenin gerekip gerekmediğine, faydasının mı zararının mı daha çok olduğuna ve ertelenip er-

telenemeyeceğine dair kararları, ülkeler arasında ve ülke içinde ciddi farklar gösterebilmektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde ameliyata bağlı ölümlerin ameliyat sayısıyla orantılı arttığı söylenebilir. Bu durumda grev dönüşü ertelenmiş ameliyatların da yapılmasıyla ulaşılan ölüm oranının, ameliyatların iptaline veya ertelenmesine bağlanabilecek ölüm oranından fazla olması sürpriz değildir.

- Önemli oranda hekimin iş bırakmasıyla ölüm oranlarının yükselmemesi ve düşmesi, “sağlık hizmetlerine erişimi arttırmak için hekim sayısını artırma” politikasının uygunsuzluğuna işaret ediyor olabilir. Hekim fazlalığı meselesi, acil başvuruların belirgin biçimde arttığı 1983 İsrail grevinde gündeme gelmiştir. Sağlık hizmetlerine erişim, sağlığa her zaman olumlu katkıda bulunmayabileceği gibi olumsuz etki de yapabilmektedir. Talep arza paralel artmakta, insanlar sağlık kurumuna başvurmalarına sebep olan şikâyetlerinin önemli bir bölümünü, hizmete erişim engeli olduğunda başvurmaya geçecek ciddiyette görmemektedir.

Ölüm elbette sağlık durumundaki değişimin tek ölçüsü değildir. Hekim grevleri dolayısıyla oluşan stres, hayat kalitesinde azalma, zaman kaybı ve maddi kayıplar, grevin etkisinin sadece ölümlerle ölçülemeyeceğini gösteren tecrübelerdir. Diğer yandan söz konusu ettiğimiz grevlerin en uzununu 4 ay sürmüştür. Grevlerin daha uzun sürmesi ve daha büyük bölgeleri kapsaması halinde toplum sağlığı üzerinde ne gibi sonuçların ortaya çıkacağını bilemiyoruz. Hekim grevlerinin sağlık üzerindeki etkisini iyi analiz etmek, tıbbın etkin ve güvenli dozunu belirlememize yardımcı olacaktır.

Kaynaklar

1) Marchildon GP, Schrijvers K. Physician resistance and the forging of public healthcare: a comparative analysis of the doctors' strikes in Canada and Belgium in the 1960s. *Medical History* 2011 Apr;55(2):203-22.

2) Bernard E. The politics of Canada's health care system. <http://www.law.harvard.edu/programs/lwp/healthc.pdf>

3) Doctors strike-death takes a holiday. *Jewish Telegraphic Agency* 1973 Jun 21.

4) Mendelsohn R. *Confessions of a medical heretic*. McGraw-Hill; 1990. s 186.

5) Bowdler N. 1975: What happened when doctors last went on strike? *BBC News Health* 2012 May 30.

6) Singer R. Doctors are once again striking for more than themselves. *The Guardian* 2012 Jun 4.

7) Wright O. Doctor, doctor: why is my GP going on strike? Because a £53,000-a-year pension deal isn't enough... *The Independent* 2012 May 31.

8) National Catholic Reporter'dan Mendelsohn R. a.g.e. s 186.

9) James JJ. Impacts of the medical malpractice

slowdown in Los Angeles County: January 1976. *American Journal of Public Health* 1979;69(5):437-43.

10) Joffe J. Two comments received on LA study of physician malpractice slowdown. *American Journal of Public Health* 1979;69(8):825-6.

11) Roemer MI. Two comments received on LA study of physician malpractice slowdown. *American Journal of Public Health* 1979;69(8):825-6.

12) James JJ. Author's response. *American Journal of Public Health* 1979;69(8):825-6.

13) Roemer MI, Schwartz JL. Doctor slowdown: effects on the population of Los Angeles County. *Social Science and Medicine* 1979;13C(4):213-8.

14) Roemer MI. More data on post-surgical deaths related to the 1976 Los Angeles doctor slowdown. *Social Science and Medicine* 1981;15C(3):161-3.

15) Cunningham SA, Mitchell K, Narayan KMV, Yusuf S. Doctors' strikes and mortality: a review. *Social Science and Medicine* 2008;67:1784-8.

16) Allebeck P. The general labour conflict in Sweden 1980: effects on the mortality in Stockholm County. *Public Health* 1985;99(1):10-7.

17) Slater PE, Ever-Hadani P. Mortality in Jerusalem during the 1983 doctor's strike. *Lancet* 1983;2(8362): 1306.

18) Slater PE. Doctors' strike in Israel. *New England Journal of Medicine* 1984;310(10):660-1.

19) Steiner R. Death rates and the 1983 doctors' strike in Israel. *Lancet* 1984;1(8368):107.

20) Warner E. Israel's troubled health care system. *Canadian Medical Association Journal* 1984;130(4):454-63.

21) Bukovsky I, Herman A, Sherman D, Schreyer P, Arieli S, Caspi E. Perinatal outcome following physicians' strike of 1983. *Israel Journal of Medical Sciences* 1985 Oct;21(10):804-7.

22) Barnoon S, Carmel S, Zakman T. Perceived health damages during a physicians' strike in Israel. *Health Services Research* 1987;22:141-55.

23) Aro S, Hosia P. Effects of a doctors' strike on primary care utilization in Varkaus, Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1987 Nov;5(4):245-51.

24) Salazar A, Corbella X, Onaga H, Ramon R, Pallares R, Escarabill J. Impact of a resident strike on emergency department quality indicators at an urban teaching hospital. *Academic Emergency Medicine* 2001;8(8):804-8.

25) Weil LG, Bin Nun G, McKee M. Recent physician strike in Israel: a health system under stress? *Israel Journal of Health Policy Research* 2013 Aug 15;2(1):33-43.

26) The Jerusalem Post'dan Siegel-Itzkovich J. Doctors' strike in Israel may be good for health. *British Medical Journal* 2000 Jun 10;320:1561.

27) Erceg M, Kujundzic-Tijak M, Babic-Erceg A, Coric T, Lang S. Physicians' strike and general mortality: Croatia's experience of 2003. *Collegium Antropologicum* 2007;31(3):891-5.

28) Bhuiyan MM, Machowski A. Impact of 20-day strike in Polokwane Hospital (18 August - 6 September 2010). *South African Medical Journal* 2012 Aug 22;102(9):755-6.

29) Ruiz M, Bottle A, Aylin P. A retrospective study of the impact of the doctors' strike in England on 21 June 2012. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2013 Sep;106(9):362-9.

Türkiye'deki mülteciler, salgın hastalıklar ve korunma

Prof. Dr. Mustafa Altındış



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

Uluslararası hukukta *mülteci* kavramı, vatandaşı olduğu ülke dışında olan ve "ırkı, dini, tabiiyeti, belirli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşüncesi nedeniyle zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu" için vatandaşı olduğu ülkeye dönemeyen veya dönmek istemeyen kişileri ifade etmektedir. Sığınmacı ise, mülteci olarak uluslararası koruma arayan ancak statüleri henüz resmi olarak tanınmamış kişilere denir. Bu terim genellikle, mülteci statüsü almaya yönelik başvurularının hükümet ya da Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) tarafından karara bağlanmasını bekleyen kişiler için kullanılmaktadır.

Sığınmacı ve mülteciler, güç yaşam koşulları, barınma, beslenme ile ilgili sorunlar, sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere ulaşımında güçlükler, şiddet vb. pek çok nedenle sağlık açısından en savunmasız gruplar arasındadır. Sığınmacı ve mültecilere yönelik sağlık hizmetleri ülkeden ülkeye değişmekle birlikte gelişmiş ülkeler de dahil olmak üzere istenen düzeyde değildir. Mülteciler dünya çapında danışmanlık, temel sağlık hizmetleri ve koruyucu hizmetler, tanı, tedavi olanakları ve ilaca erişim konusunda ciddi sorunlar yaşamaktadır. Dünyada ve Türkiye'de önemli bir sorun

olan ve dünyada artan eşitsizlikler, çatışmalar ve iklim değişiklikleri ile birlikte giderek daha büyük bir sorun olacağı tahmin edilen sığınmacı ve mülteciler sorunu, tüm yasal düzenlemelere rağmen sürmektedir.

"Üçüncü dünya ülkeleri"nde yaşanan siyasi ve etnik çatışmalar, çevre felaketleri ve küreselleşmeyle gelen gelir eşitsizliği göç olgusunu karşımıza çıkarmaktadır. Türkiye 1980 sonrası dönemde uluslararası göç akımlarına maruz kalmıştır. Bu göçmenler; Batı ülkelerine geçmek amacıyla Türkiye'yi geçiş yeri olarak kullanmak isteyenler, sığınmacılar, yerleşmek için gelenler, çalışmak için gelenler ve insan ticareti mağdurlarından oluşmaktadır. Türkiye'de mülteciler bekleme dönemlerini geçirmek için önceden belirlenmiş uydu kentlere yerleştirilmektedir. Günümüzde ülkemizde yaşayan ve sadece Suriye'den gelmiş göçmen sayısı 500 binden fazladır (Ağustos 2013 sonu itibari ile resmi kayıtlı 460 bin; Bunların 300 bine yakını çadır/konteyner kentler yani kamplarda, 200 bini ise şehirlerde kendi imkân ya da yerel yönetim yardımları yaşamlarını sürdürmektedir). Suriyeli mültecilerin yarısından fazlası çocuk olup en yoğun yaşadıkları bölgeler; Hatay, Gaziantep, Kilis, Şanlıurfa, Kahramanmaraş, Osmaniye, Adıyaman ve Adana'daki çadır kentlerdir. Hastanelerde tedavi görenler

ve refakatçiler bu rakamlara eklenmelidir. Ayrıca ülkemizde İran, Irak, Bangladeş, Somali mültecileri de yaşamaktadır.

Mültecilerde sağlık ve bağışıklama

Uluslararası raporlara göre sığınmacı ve mültecilerin sağlık sorunları arasında en çok öne çıkanlar; beslenme bozuklukları, çocuklarda büyüme ve gelişme gerilikleri, anemi, ishal, kızamık, sıtma, solunum yolu enfeksiyonları vb. bulaşıcı hastalıklar, fiziksel şiddet ve buna bağlı yaralanmalar, cinsel istismar, HIV/AIDS dâhil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, istenmeyen gebelikler, riskli gebelikler, düşükler, doğum komplikasyonları, kronik hastalıklar ve komplikasyonları, depresyon, kaygı bozuklukları, uyku bozuklukları, post-travmatik stres bozukluğu başta olmak üzere ruhsal sorunlar ve diş sağlığı ile ilgili sorunlardır. Sağlık düzeyinin ve hizmetlerin iyileştirilmesi için temel öneriler ise; malnutrisyon, anemi, kronik hastalıkların, toplum sağlığı açısından önemli bulaşıcı hastalıkların taranması ve ücretsiz tedaviye ulaşımın sağlanması, bağışıklama ve üreme sağlığı hizmetleri, temel sağlık eğitimi (akran eğitimi vb.) ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü için gerekli önlemlerin alınmasıdır. Barınma, güvenlik, temiz



su, sanitasyon, beslenme, eğitim gibi sağlığın belirleyicileri iyileştirilmeli, sağlık göstergelerinin kaydı tutulmalıdır.

Mülteci çocuklarda sağlık

Mültecilerin ve göçmenlerin özellikle çocuklarındaki enfeksiyon hastalıklarının önlenmesi zordur ve sorunludur. Çünkü bu çocukların temas etmiş olduğu hastalıklar ve aşılama uygulamaları anayurtlarına özgüdür. 1996'da Göç ve Vatandaşlaştırma Yasasına yeni bir alt bölüm eklenmiştir ve buna göre kalıcı oturma için göçmen vizesi başvurusunda bulunanlardan göç etmeden önce CDC'nin Aşılama Uygulamaları Danışma Komitesinin önerdiği tüm aşıları olduklarına ilişkin belge istenmektedir. Mülteci kamplarında birkaç ay ya da daha fazla kalan mülteci çocuklarına genellikle tıbbi hizmetler ulaşır ve belli aşılar da yapılır. Yazılı aşı belgesi kayıtlarına göre güncel aşılanma yapılmamış olan mülteci çocukları, yaşlarına uygun endikasyondaki aşıları eş zamanlı biçimde olmak zorundadırlar. Tüberküloz mülteciler ve göçmenler için önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Geçen on yıl içinde Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yeni tüberküloz olgularının çoğunluğu mülteciler ve göçmenlerden oluşturmaktadır. Hepatit B içinde endemik olduğu bölgelerden, özellikle doğu Asya, Afrika ve Ortadoğu'dan gelen mültecilerde sorgulanmalı, tüm çocuklara ve her yaşta hastalığa duyarlı hane halkına Hepatit B aşısı yapılmalıdır.

Mülteci kampları ve salgın enfeksiyonlar

Epidemiler(=salgınlar), bir olağandışı durumların, afetlerin sonucunda ortaya çıkabildiği gibi bir olağandışı durum olarak da ortaya çıkabilir. Kalabalık yaşam

sürdürülen geçici yerleşim koşullarında bulaşıcı hastalık riskinin artmıştır ve ciddi salgınlara yol açabileceği gösterilmiştir. Hastalığın önceden var olan düzeyi, bağışıklık durumu, beslenme durumu, çevresel değişiklikler, nüfus yoğunluğundaki değişiklikler ve nüfus hareketleri, su ve kanalizasyon sistemlerinin bozulması, temel sağlık hizmetlerinin kesintiye uğraması potansiyel bir epidemiyi ortaya çıkarmaktadır.

Sık görülen hastalıkların kuluçka süresi genellikle dört haftadan kısa olduğundan geçici yerleşim yerlerinde dört haftadan daha uzun kalanlarda yerleşim yerinin koşullarına, yerel halkın sağlık sorunlarına bağlı olarak pek çok bulaşıcı hastalık görülebilir. Gıda ve su kaynaklı olanlar (tifo ve kolera), vektörle yayılanlar (veba ve sıtma), temasla yayılanlar (Hepatit A, şigelloz), solunum yoluyla yayılanlar (kızamık ve nezle) olmak üzere pek çok bulaşıcı hastalık mültecileri tehdit etmektedir. Bu koşullarda en sık görülen ve sıklıkla ölüme yol açan hastalıklar; diyareli hastalıklar (kolera ve basilli dizanteri dahil), kızamık, akut alt solunum yolu enfeksiyonları ve sıtmadır.

Shigella dizanteri tip 1 en virulan, infektivitesi yüksek, antibiyotik direncinin en yaygın olduğu ajandır. Kişiden kişiye temas veya su ve besinlerle kolaylıkla geçebildiğinden pek çok gelişmekte olan toplumda endemiktir ve kalabalık yaşam, yetersiz çevre sağlığı koşullarında salgınlar oluşturabilmektedir. Antibiyotik tedavisi ile hastalığın şiddeti azalır, mikroorganizmanın dışkı ile atılış süresi kısalmaktadır. Ancak seçilecek antibiyotiğe direnç göz önüne alınarak seçim lokal özelliklere yapılmalıdır. Kitle profilaksisinin veya aile üyelerinin profilaksisinin kontrol önlemleri içinde yeri yoktur.

Uluslararası raporlara göre sığınmacı ve mültecilerin sağlık sorunları arasında en çok öne çıkanlar; beslenme bozuklukları, çocuklarda büyüme ve gelişme gerilikleri, anemi, ishal, kızamık, sıtma, solunum yolu enfeksiyonları vb. bulaşıcı hastalıklar, fiziksel şiddet ve buna bağlı yaralanmalar, cinsel istismar, HIV/AIDS dâhil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, istenmeyen gebelikler, riskli gebelikler, düşükler, doğum komplikasyonları, kronik hastalıklar ve komplikasyonları, depresyon, kaygı bozuklukları, uyku bozuklukları, post-travmatik stres bozukluğu başta olmak üzere ruhsal sorunlar ve diş sağlığı ile ilgili sorunlardır.



Kolera, çok hızlı yayılıp bir kaç saat içinde, ağır dehidrasyona yol açabilir. Bu nedenle hazırlıklı olmak çok önemlidir. Dışkı/kusma ile kontamine su ve besinler temel bulaşma yoludur. Oral veya IV sıvı ve uygun antibiyotik tedavide kullanılır. Kontrolde kitle kemoprofilaksisi önerilmez. Ancak kaynaklar yeterli ve bulaş hızı da yüksek ise olguların ailelerine tek doz doxycyline verilebilir.

Kızamık; geçici yerleşim yerlerinde en önemli ölüm sebeplerinden biridir. Olguların izolasyonu hastalığın yayılmasında etkili bir korunma sağlamaz, spesifik tedavi yoktur. Komplikasyonların önlenmesi ve tedavisi, beslenme desteğinin sağlanması temel yaklaşımdır. Tek etkili korunma yöntemi ise aşılama. Salgının önlenmesinde risk altındaki grubun % 95'inin aşılması gerekir.

Kızamık, bulaştırıcılığı en yüksek olan enfeksiyonlardan biridir ve dünyadaki önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır. Bir hasta 16-18 kişiyi enfekte edebilir. Atak hızı duyarlı temaslı popülasyon için %75'tir. Erişkin dönemde komplikasyon hızı ve mortalitesi yüksek olan ciddi bir hastalıktır. Kızamık aşılması öncesi döneme ilişkin bilgiler herkesin, her yaşta hastalığa duyarlı olduğudur (Güvenli ve etkin bir aşısının olmasına karşın hala dünyada en önemli çocuk ölüm nedenlerinden birisi durumundadır.) Kızamık fatalitesinin sanayileşmiş ülkelerde binde 0,5-1 olgu düzeyinde olduğu ancak gelişmekte olan ülkelere ortalama %7,4 gibi yüksek düzeylerde olabildiği, mülteci kampları gibi koşullar altında %32 gibi daha da yüksek düzeylere ulaşabildiği bildirilmiştir.

Türkiye'de de son yıllarda kızamık olgularında ciddi bir artış saptanmaktadır. Ülkemize hastalığın Avrupa'dan ve Suriye'den geldiği düşünülmektedir. 2011'de yılda 11 olan yeni vaka sayısı son 13 ayda bini geçmiştir. Salgını

önlemek için yurt genelinde 9. ayda yapılan kızamık, kızamıkçık, kabakulak (KKK) aşısının 12. ayda ilave bir doz daha yapılması planlanmıştır. Ayrıca ilkokul birinci sınıfta yapılan ilave tekrar aşısı da 4. yaşa çekilmiştir.

Ülkemizin için 1981-1991 arası doğanlar da kızamık için risk taşımakta. Çünkü o dönemde 9. ayda aşı yapılmış ve tekrarlanmamıştır. Bu nedenle, anılan yaş grubu risk altında olabilir, bunlara da ilave aşı planlanmaktadır. Hastalıktan korunmada el temizliği, yaşanan ortamların havalandırılması ön plana çıkmaktadır.

Akut alt solunum yolu enfeksiyonlarının büyük çoğunluğu bakteriyeldir ve kızamığın sık görülen bir komplikasyondur. Aynı zamanda kalabalık ve sağlıklı yaşam koşullarının bir sonucudur. Sıtma; endemik bölgede önemli salgınlar oluşturur. Kontrol programını sivrisinek üreme yerlerinin azalması, insektisid uygulanarak erişkin vektör kontrolü, kişisel korunma önlemlerinin alınması, kemoterapi ile hasta tedavisi oluşturmaktadır.

Bulaşıcı hastalıklardan korunma

Kalabalık yaşam; menenjit, tüberküloz, helmint, yetersiz vücut hijyeni skabies enfeksiyonlarına, Vit. A yetersizliği bebeklerde körlüğe, demir ve folat eksikliği, sıtma ve parazit enfeksiyonları anemiye yol açmaktadır. Bulaşıcı hastalıklardan korunmada çevre sağlığı önlemlerinin alınması, düzenli bilgi toplama sisteminin oluşturulması ve birincil sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi temeldir. Çevre sağlığı çalışmaları içinde öncelikle temiz su sağlanması, uygun atık kontrolü ve barınak sağlanması ele alınmalıdır. Bağışıklama çalışmaları kitlesel aşılama yerine çocuk ve gebelerin rutin aşılarını içermelidir. Özellikle çocuklara kızamık aşısı mutlaka yapılmalıdır. Kitlesel ilaç uygulamaları korunmada etkili değildir.

Olağan dışı durum sonrası epidemilerin ve açlığın ortaya çıkması yoksullukla yakından ilintilidir.

Göç edilecek ülkeye göre değişmekle birlikte; hepatit B, kızamık, polio, tetanoz ve difteriye ek olarak hepatit A, kolera, sarıhumma, meningokok hastalığı, tifo, kuduz ve Japon ensefaliti gibi ek aşıların yaptırılması konusu önerilebilir ya da zorunlu olarak uygulanır. Tropikal ya da subtropikal bölgelere göçte aşıları kolay bulunmayan sıtma, dengue ateşi ve diğer başka hastalıklar ile de temas etme riski vardır. Risk altındaki toplumlar için sıtma profilaksisi, böceklerle ilişkin önlemler ve besin ve sıvılar ile ilgili temizliğe dikkat edilmesi önemli koruyucu davranışlardır. Bazı ülkeler içinse canlı bir virüs aşısı olan sarıhumma aşısının yaptırılması zorunludur. Bu ülkeler Güney Amerika'nın Amazon bölgesinde ve Afrika'da ekvatorun 15° kuzey ve 10° güneyindeki bölgede yer alırlar. Halen piyasada bulunan tam hücreli inaktif kolera aşısının etkinliği kısıtlıdır ve rahatsız edici yan etkileri vardır, bu nedenlerden dolayı hiçbir ülke tarafından uygulaması zorunlu tutulmamaktadır. Kontamine besin ya da su kullanma durumunda tifo aşısı da önerilebilir. Sivil kullanımda üç tür tifo aşısı vardır: Canlı attenüe S typhi (TY21a suşu) içeren oral aşı, parenteral Vi kapsüller polisakkarid (ViCPS) aşısı ve daha eski tam hücreli inaktif aşı. Meningokok polisakkarid aşısı, sahra altı Afrika, Hindistan, Nepal gibi salgınların sıklıkla ortaya çıktığı ülkelere göç durumunda aşıya başvurulmalıdır. Hac seyahati öncesi de bu aşı uygulanmaktadır. Kuduz, mülteci kamplarında dikkatle takip edilmesi gereken salgın hastalıklarındandır. Muhtemel temas öncesi 3 dozluk seri enjeksiyon şeklinde verilir. Kuduz olma potansiyeli bulunan bir hayvan tarafından ısırılma olayında, tüm mülteciler yarı sabun ve su ile iyice yıkamaları ve daha sonra kuduz aşısı ile hemen temas sonrası tedavi ve rapel dozları olmaları konusunda bilgilendirilmelidir. Akşam alacakaranlık vaktinden sabah şafak vaktine kadar Culex sivrisineğinin sokması ile yayılan Japon ensefalit virusu (JE) Güneydoğu Asya'da, Çin'de, Doğu Avrupa'da ve Hindistan alt-kıtasında potansiyel bir risktir. Sivrisinek sokmalarından korunma sıtma, dengue ateşi ve diğer arbovirus hastalıklarına yakalanma riskini azaltacaktır. Diğer koruyucu önlemler ise; uzun kollu pamuklu gömlekler ve uzun pantolonlar giyilmesi; açıkta kalan deriye DEET-içeren böcek kovucular uygulanması ve pencerelere sineklik ve yataklara cibinlik koyulması.

Kaynağa yönelik önlemlerin alınması; olguların erken tanı ve tedavisi, izolasyonu, hayvan kaynakların kontrolü, duyarlı kişilere yönelik bağışıklama (kızamık), iyi

beslenme, ilaçla koruma (sıtma), güvenli kan ve kan ürünlerinin sağlanması gereklidir. Bulaşma yolları, besin hijyeni, sağlıklı içme suyu sağlanması, kişisel hijyen konusunda sağlık eğitimi, vektör kontrolü, dezenfeksiyon ve sterilizasyon ile önlenebilir.

Mültecileri tehdit eden sağlık sorunlarına bakıldığında ölümlerin çoğunluğunun beş yaş altı nüfusta olduğu, çok veri bulunmamakla birlikte kadınlarda mortalite ve morbiditenin yüksek olduğu görülmektedir. Bulaşıcı hastalıkların fatalitesi beş yaş altında ve yaşlılarda daha yüksektir. Risk grupları(5 yaş altı) mutlaka öncelenmelidir. Mortalite ve morbiditeye neden olan beş neden (ishal, alt solunum yolu enfeksiyonları, malnütrisyon, kızamık, sıtma) için koruma ve kontrol programları yapılmalıdır. Maternal ve neonatal mortaliteyi azaltmak için kadın sağlığını ve üreme sağlığını odağına almalıdır. Sığınmacı ve mültecilere yönelik sağlık hizmetleri ülkeden ülkeye değişmekle birlikte genel olarak tüm dünyada istenen düzeyde değildir. Mülteciler dünya çapında danışmanlık, temel sağlık hizmetleri ve koruyucu hizmetler, tanı, tedavi olanakları ve ilaca erişim konusunda ciddi sorunlar yaşamaktadır. Sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşanan temel sorunlar; sağlık çalışanlarının sığınmacı ve mültecilerin özel gereksinimleri konusunda farkındalığının ve deneyiminin az olması, dil ve iletişim sorunları, kültürel farklılıklar, yabancı sağlık sistemine uyum sağlayamamak, varsa sağlık hizmeti hakkı konusunda bilgilendirilmemiş olmak, istismar, tecavüz vb. durumları açıklamak konusunda çekingenlik, hizmetlerin ücretli olması, sağlık kuruluşuna ulaşmak için yol parasını karşılayamamak, kimliğini ispatlayamamak, idari/yasal engellerdir.

T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) mülteci kampları ile ilgili düzenlemeleri yapmaktadır. 2010 kayıtlarına göre ise en çok Irak, İran, Afganistan ve Somali'den olmak üzere 50 farklı ülkeden Türkiye'ye 17 bin kayıtlı mülteci ya da sığınmacı girmiştir. Nisan 2011 den itibaren ise Suriyeli mülteciler ülkemize giriş yapmaya başlamışlar ve günümüzdeki resmi mülteci sayısı toplam 460 binin üstündedir.

Mültecilerde riskli gruplar ve sağlık sorunları

Ölümlerin çoğunluğu beş yaş altı nüfusta olmaktadır ve yetim olanlarda daha fazladır. Beş yaş altı çocuklarda, yaşlılarda ve kadınlarda mortalite ve morbiditenin yüksek olduğu belirtilmektedir. Bazı hastalıkların atak ve fatalite hızı gebeler, yaşlılar, hastalar ve sakatlarda daha yüksektir.

- Yaralanmalar, acil sağlık hizmeti gerektirmekte, acil servislerin ve ameliyathanelerin iş yükünü arttırmakta, malzeme stoklarını hızla tüketmektedir.
- Erken göç döneminde en çok bildirilen hastalıklar enfeksiyon hastalıklarıdır. Kalabalık yaşam ortamı ve yetersiz barınaklar bu hastalıklarla ilgili olumsuz sonuçları daha da arttırmaktadır.
- Psikolojik problemler, özellikle travma sonrası stres bozukluğu ise kesin olarak dökümanite edilememektedir.
- Kronik hastalığı olanlar yeterli tedavi olanağını çoğu zaman bulamamaktadır.
- Tecavüzlere bağlı akıl sağlığı sorunları, istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklarda önemli mortalite ve morbidite nedenleridir.
- Akut malnütrisyon beş yaş altı mülteci çocuklarda %10 ile %80 arasında değişebilmektedir. Zayıflık (boya göre ağırlık) toplumda %5'i aştığında ölüm hızları yükselmektedir. Akut malnütrisyon prevalansının saptanması toplumunda genel beslenme düzeyi hakkında önemli bilgi vermektedir. A vitamini, niasin, C vitamini ve demir eksikliği gibi beslenme sorunlarına da sıklıkla karşılaşılmaktadır.

Kamp yönetimi ilkeleri

- Koruma görevlileri, sağlık, gıda, beslenme, su, sanitasyon, alt yapı, barınak hazırlama konusunda uzman kişiler çalışmalı ve bunların arasında kamp yönetimi tarafından koordinasyon sağlanmalıdır.
- Kamp yönetimleri yerel liderlere bırakılmamalı, mafyalaşmaya izin verilmemelidir.
- Farklı kamplarda yiyecek sunumu ve yardımı ile ilgili nitelik farkları olmamalıdır.
- Sigara yardımları engellenmelidir.

Yönetime toplum katılımının sağlanması, alt yapının sürdürülmesi, bilgi toplama ve ilgili taraflarla paylaşım, hizmetlerin sürdürülmesi, hizmetlerin standartlarının izlenmesi, hizmet sunumunda çakışmalarının önlenmesi, toplumun şikâyetlerini ve sorunlarını bildirme mekanizmasının oluşturulması olarak belirlenmiştir.

Mülteci kamplarında acil durum göstergeleri; beş yaş altı ölüm hızını >2 ölüm/10 000/gün, kaba ölüm hızı >2.0 ölüm/10.000/gün, malnütrisyonun >%10, gıda <2100 kalori/kşi/gün, su miktarı <10 litre/kşi/gün, su kalitesi > %25 toplumda ishal varlığı, kişi başına düşen alan <30 m², barınak alanı < 3.5m² olmasıdır.

Temel sağlık programları

Tedavi edici sağlık hizmetleri, bağışıklama, çocuklarda büyüme ve gelişmenin izlenmesi, bulaşıcı hastalıkların önlenme-

si ve kontrolü, üreme sağlığı hizmetleri, güvenli annelik, anne sütünün teşvik edilmesini kapsamalıdır.

Acil dönemde içme ve pişirme için kişi başı 5 litre, daha sonraki evrelerde 15-20 litre su ihtiyacı karşılanmalı, su dezenfeksiyonunda klor ve bileşikleri kullanılmalıdır. Tuvaletler en fazla 20 kişiye bir tuvalet olacak şekilde yapılmalı ve arası mesafe en fazla 30 metre olmalıdır. Tercihan tuvaletler kanalizasyona bağlı olmalı ya da biriktirme çukurlarında toplanmalıdır. Katı atıkların bertarafı için çöpler günlük uzaklaştırılmalı ve ideali de gömülmelidir. Vektörlerin ve başıboş hayvanların kontrolü doğrudan alınan çevre önlemleri ile ilişkilidir.

20 Haziran Dünya Mülteciler Günü

Dünyadaki savaş ve çatışmalar yüzünden mülteci konumuna düşen insanların sorunlarının gündeme getirilmesi için 20 Haziran, 2001 yılından günümüze her yıl Dünya Mülteciler Günü olarak çeşitli etkinlikler ile anılmaktadır. Mülteciler Günü kapsamında düzenlenen çeşitli aktiviteler ile mültecilerin ve sığınmacıların toplumdaki görünürlüğü artırılması sağlanmalı, gönüllü teşekküllerin de farklı yardım ve katkılar için çabaları sağlanmalıdır.

Mültecilerin ve sığınmacıların insan hakları çerçevesinde muamele görmeleri ve kalıcı yerleşmeleri sağlanana kadar özellikle beslenme, barınma ve sağlık hizmetleri gibi temel hizmetlerden faydalanmaları için hükümetler, sivil toplum kuruluşları ve üniversitelerin hem küresel hem de ülkeler düzeyinde daha yoğun çabasına gereksinim bulunmaktadır.

Kaynaklar

http://www.academia.edu/2466668/Turkiyede_Multecilere_Yonelik_Soylemeler_ve_Soylemelerin_Politikalara_Etkisi (Erişim tarihi: 25.08.2013)

<http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/immunizations-guidelines.html> (Erişim tarihi: 25.08.2013)

<http://www.haber7.com/guncel/haber/1009594-iste-turkiyedeki-suriyeli-multeci-sayisi> (Erişim tarihi: 25.08.2013)

<http://www.hyd.org.tr/multecieltitabi/> (Erişim tarihi: 25.08.2013)

http://www.ikgv.org/duzensiz_goc.html (Erişim tarihi: 25.08.2013)

<http://www.multecihaklari.org/> (Erişim tarihi: 25.08.2013)

<http://www.yeniturkiye.org/ufuk-ulutas-suriyeli-multeciler-yerli-halk-ile-ic-ice-gecti/yeni-turkiye/1509> (Erişim tarihi: 25.08.2013)

<http://www.wnc.cdc.gov/travel/> (Erişim tarihi: 25.08.2013)

Acil sağlık hizmetlerinde kriz yönetimi: Gezi Parkı deneyimi

Dr. İlyas Bozkurt



1968 yılında Aksaray'da doğdu. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni (1994) bitirdi. 2003 yılına kadar Elazığ'da çeşitli görevlerde bulundu. 2003 yılından itibaren İstanbul'da sağlık ocağı hekimliği, acil hekimliği, Paşabahçe Devlet Hastanesi Başhekim Yardımcılığı ve İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nde Şube Müdürlüğü görevlerinde bulundu. Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans programını tamamladı. Halen İstanbul Sağlık Müdürlüğü Kamu Yataklı Sağlık Hizmetlerinden ve Acil Afetlerde Sağlık Hizmetlerinden Sorumlu Sağlık Müdür Yardımcılığı görevini sürdüren Dr. Bozkurt, evlidir ve 3 kız çocuğu babasıdır.

Sözlükte “hızlıca, çabucak, tez” anlamına gelen acil kelimesi, konu sağlık hizmeti olduğunda bambaşka hatta hayati bir anlam kazanıyor. Her yaş grubunda, her türlü fiziksel ve davranışsal bozuklukta, beklenmeyen bir sağlık problemi veya yaralanma durumunda kısacası olağandışı her tür sağlık probleminde ilk başvurulacak yerler 112 Acil Ambulans ve acil servislerdir. Bu nedenle insanımızın her tür sağlık problemi, acil servise başvurduğu saniyeden itibaren hayati değerde algılanır ve bu hayati durumun vahameti sürdüğü müddetçe de takip edilir. Bu bakımdan sağlık çalışanları arasında acil kelimesi, müdahale edilmediği takdirde kaybedilecek bir can, yıkılacak bir yuva, sönecek bir ocak anlamı taşır. Bu bilinç, tıbbın en güç ve gerilimi en yüksek alanı olan acillerde hizmet veren ekiplerin 7/24 bir maratoncu gibi hızlı ve pratik hareket etmelerini sağlar.

13 milyonluk bir nüfusu içinde barındıran İstanbul'da, Acil Sağlık Hizmetleri bakımından sağlık hizmeti vermek hayli meşakkatli ve tempolu bir çalışmayı gerektiriyor. İnsan gücü ve çalışma koşulları bakımından sıkıntı yaşanılmasına rağmen elimizdeki mevcut olanaklarla 2012 yılı sonunda 429 bin 814 vakaya ulaşıldı. 2013 yılı Mart ayı itibarıyla da 113 bin 450 vakaya acil sağlık hizmeti verildi. Acil sağlık hizmeti bakımından 259

ambulansımız İstanbul halkına hizmet vermektedir. Bu anlamda ayrıca 5 adet motorize ekibimiz, 6 kuvvöz ambulans, 2 adet dört sedyeli ambulans, 1 adet yoğun bakım ambulansı, 1 adet obez ambulans, 1 helikopter ambulans ve 2 adet deniz ambulansımız mevcut sistem içerisinde hâlihazırda çalışmaktadır. İstanbul'un belirli bölgelerinde kurulan toplam 165 acil yardım istasyonu bulunmaktadır. Belirttiğim mevcut donanım dışında; insan gücü bakımından ise 200 doktor, 1539 ATT, 314 paramedik, 94 yardımcı sağlık personeli ve 427 sürücü bünyemizde çalışmaktadır.

Metropol şehirde yaşamın zorlukları 112 acil sistemine de yansımaktadır. İstanbul'un trafik sorunu 112 acil ambulans ekiplerinin acil vakaya istenen sürede ulaşmalarında önemli bir engel oluşturmaktadır. İhtiyaç duyulduğu anda dakikaların saatler gibi bir durumda yaşanan ulaşım ve alt yapı sorunları 112 çalışanlarının çalışma koşullarını daha da zorlaştırmakta. Çalışanları en çok zorlayan bir diğer sıkıntıyı da asılsız çağrılar oluşturmaktadır. Komuta kontrol merkezine günde ortalama 40 bin çağrı yapılmakta ve bunların % 80'ini asılsız ihbarlar oluşturmaktadır. Ucunda bir canın kurtulmasını sağlayacak olan 112 telefon hattının bir takım duyarsız vatandaşlar tarafından bu şekilde meşgul edilmesini kabul etmek mümkün değildir. Her insanın bir gün 112 Acil ambulansa

ihtiyacı olabilme ihtimalini düşünerek hareket etmesi ve gerekli hassasiyeti göstermesi gerekir. Aslında bu bir nevi vatandaşlık görevidir. “Acil” vakalarda hasta bakımı ve tedavisi kadar, hasta ve hasta yakınlarının panik ve endişesi de çözülmesi gereken problemlerden biridir. Bu bakımdan durmaksızın yoğun bir tempo içinde çalışan sağlık ekipleri, hastalığı tedavi etmenin yanında planlı bir kriz yönetimini de üstlenmektedirler. Hatta öyle ki bu kriz yönetimi bazen sağlık hizmetinin bile önüne geçebilecek sorunlara sebep olabilmektedir.

Gezi Parkı'nda acil sağlık hizmetleri

Acil sağlık hizmeti, içinde kriz durumunu da barındıran bir sistemdir. Afet durumları, kitlesel eylemler ve toplu yaralanma gibi toplumsal vakalarda hizmetin yanı sıra süreci de iyi yönetmek gerekir. Nitekim sağlık çalışanları yakın tarihte Gezi Parkı ve çevresinde meydana gelen olumsuzluklarda sağlık hizmeti vermenin yanı sıra iyi bir kriz yönetimini de gerçekleştirmiştir.

Taksim Gezi Parkı ve çevresinde 31.5.2013 tarihinde başlayıp 17.06.2013 tarihine kadar devam eden eylemler neticesinde Sağlık Müdürlüğümüze bağlı 112 ambulanslarıyla toplam 1108 adet vakaya müdahale edildi. Eylemler süresince birçok sağlık çalışanı biber

Taksim Gezi Parkı ve çevresinde devam eden eylemler süresince 21 ambulansımız tahrip edilip kullanılamaz hale gelirken birçok sağlık çalışanımız da bazı gruplar tarafından darp edildi. Kendi canlarının güvenliğini sağlayamadan eylemlerde yaralananlara müdahale eden ekiplerimiz, 112 ambulanslarıyla 1108 adet vakaya müdahale etti. 99 vakaya yerinde müdahalede bulunuldu, 537 vaka ambulanslarla çevre hastanelere sevk edildi. Sağlık ekibinin ulaşmasına rağmen nakil olmayı reddeden 64 vaka ve 66 görev iptali yaşandı.



gazından etkilendi ya da bazı gruplar tarafından darp edildi. Kendi canlarının güvenliğini sağlayamadan eylemlerde yaralananlara müdahale edildi. Toplumlarda bu tip kitlesel hareketlerde insanların daha duyarlı ve sağduyulu olması gerekir. Amaçları yalnızca sağlık hizmeti vermek olan sağlık çalışanları, daha fazla korunmalı ve kollanmalıdır. Ancak eylemler sırasında çalışanların yaşamış oldukları sıkıntılar ve olumsuz davranışlar sonucunda 182 adet vakaya ulaşamadı. Ambulanslara yapılan saldırılar sebebiyle 81 adet vakanın nakli başka araçlarla yapılmak durumunda kaldı.

Yaşanan olaylar neticesinde, göstericiler tarafından 21 ambulansımız tahrip edilerek kullanılamaz hale geldi. İl Ambulans Servisi Başhekimliği tarafından yapılan hasar tespit çalışmalarında ambulanslardaki toplam hasar tutarı 43

bin TL olarak tespit edildi. Ayrıca gelişen olaylar neticesinde gerek hasar gören ambulans, gerekse olay yerinde şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarımız için hukuki işlem başlatıldı.

Eylemler süresince Taksim ve Gezi Parkı çevresinde muhtelif yerlerde tam donanımlı toplam 8 ambulansımız konuşlandırıldı. Bu sayı, eylemlerin yoğunluğuna ve durumun aciliyetine göre zaman zaman 20'ye kadar çıkarıldı. Toplam 118 adet ambulansın görev yaptığı eylemlerde toplam 537 adet vaka ambulanslar ile çevre hastanelere sevk edildi. Vakalardan 21'i deniz ambulansına devredilerek hastanelere sevk edildi. 112 sağlık çalışanları 99 vakaya yerinde müdahalede bulundu. Bunların yanı sıra sağlık ekibinin ulaşmasına rağmen nakil olmayı reddeden 64 vaka ve 66 görev iptali yaşandı.

Toplumun en çok birlik ve beraberlik içerisinde kenetlenmeye ihtiyaç duyduğu anlardan birinin sınavını verdik. Halkımızın amaçları sadece kamu hizmeti vermek olan çalışanlara karşı daha bir duyarlı ve sağduyulu davranması gerekir. Elbette bu durum sadece sağlık için değil güvenlik, ulaşım gibi alanlarda çalışanları da kapsmalıdır. Eylemler süresince ambulansların tahrip edilmesi, sağlık çalışanlarımızın darp ve tehdit edilmesi kabul edilebilir bir durum değildir. Zor ve sıkıntılı bir süreci geride bıraktık. Ancak mühim olan, bu olayların bize ne kazandırdığı ve neyi ders çıkardığımızdır. Toplum olarak paniğe ve infiale kapılmadan böylesi kriz durumlarından birbirimize zarar vermeden çıkabilmeliyiz. Birbirimize daha duyarlı davranarak sistemi sorunsuz olarak işletebileceğimizi düşünüyorum.

Gezi olaylarının psikososyal tahlili

Prof. Dr. Medaim Yanık



Tıp eğitimini İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde, psikiyatri uzmanlığını Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde tamamladı. 2000-2005 yılları arasında Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yaptı. 2005'te ruh sağlığı ve hastalıkları alanında doçent unvanını aldı. 2005-2009 arasında Bakırköy Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki klinik şefi ve başhekim olarak çalıştı. 2009'dan beri İstanbul Şehir Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Bu yazıda, Gezi Parkı etrafında yaşananları bütüncül bir perspektifte anlamaya çalışacağım. Bütüncül bir anlama için, önce sorular soracağım. En sonunda ise cevaplarımı birbirine bağlayarak toplam bir "anlama senaryosu" oluşturmaya çalışacağım.

Önce sorularımı sorayım:

1. Gezi Parkı olayları kendiliğinden gelişen doğal bir tepki mi, planlı mı?
2. Plan varsa, planın sahipleri içeriden mi, dışarıdan mı?
3. Sürecin esas yönetici beyinleri kimler?
4. Protestolara katılanlar kimler?
5. Eylem modelinin kökenleri nereden geliyor?
6. Eylem süreçlerine uluslararası güçlerin tavırları nasıl anlaşılmalı?
7. Hükümetin tavrı ve geliştirdikleri karşı tepkileri nasıl değerlendirmek gerekir?
8. Eylem sürecine, toplumun büyük kesimini oluşturan dindar halk kitleleri ve bunların elitleri nasıl tepki gösterdi?
9. Eylemler amacına ulaştı mı? Süreç bitti mi, devamı var mı?

Şimdi bu sorulara, kendi cevaplarımı vereyim:

1. Gezi Parkı olayları kendiliğinden gelişen doğal bir tepki mi, planlı mı?

Gezi Parkı olayları, bir anda ve kendiliğinden gelişen olaylar değildir. Başlangıcı

itibariyle planlanmıştır. Yani sürecin yönetici aktörleri, sahipleri vardır. Sürecin başlangıcı, ağaçların kesimi ve çevrecilerin çadır kurması değildir. Bu sebeple de olayları, ağaç kesilmesi protestosu yapan, çevreci masum gençlere aşırı şiddet uygulanması şeklinde anlama biçimi yanlıştır. Gezi Parkı'nda ağaç kesilmesi, "meydan işgali" yapmak ve kitleselleşmek isteyen kişilere, istedikleri fırsatı vermiştir. Yani çadır yıkma dönemi, sürecin başlangıcı değil, ateşlenme ve kitleselleşme dönemidir.

2. Plan varsa, planın sahipleri içeriden mi, dışarıdan mı?

Eylemlerin yürütücü beyinleri Türkiye içinde ama Otpor vb. uluslararası devrim planları yapan kuruluşlarla ilişki halindedir. (Otpor, 1998-2003 yılları arasında Sırbistan'da Slobodan Miloseviç rejimine karşı başlamış pasif direniş eylemi gerçekleştiren bir gençlik hareketidir.) Bu hal, bu kişileri dışarının ajanı yapmaz, ama sürecin tamamen "yerli" olmadığını da gösterir. Yapmaya çalıştıkları iş, hem kendi idealleri, hem de Batı'nın idealleri ile uyumludur.

Bu hal, dünyada sol ve Marksist hareketlerin yayıldığı, her ülkede bu hareketlerden etkilenip içeride sol bir devrim yapan kişilerin haline benziyor. 2010'lu yılların isyan modeli; şiddet içermeyen yöntemlerin kullanıldığı, büyük kitlelerle meydanların işgalini hedefleyen, yöntemleri Gene Sharp ve diğer akademisyenlerin tanımladığı içerikten alan bir modeldir. Bu model, önce Doğu Avrupa'da "kadife devrimler"

de, sonrasında "Arap Baharı" sürecinde uygulandı. "Wall-Street İşgali" de bu eylem biçiminin örneklerinden biridir. Son olarak da Türkiye ve Brezilya'da uygulandı. Türkiye'deki siyasal partiler dışında hareket eden ve kendilerini sol ve liberal olarak tanımlayan elitler, bu yeni yöntemi eğitimini alarak Türkiye'ye uyguladılar. Yani bu yöntem dışarıda satılıyordu, bizimkiler gönüllü olarak ithal ettiler.

3. Sürecin esas yönetici beyinleri kimler?

Sürecin esas sahibi, liberal sol akademisyenler, entelektüeller ve aktivistlerdir. Yani ulusalcılar ve radikal sol örgütler, eylemin sonradan eklenen bileşenleri. Bu anlaşılabilir bir durum. Çünkü yeni yöntem ile liberal sol akademisyen ve entelektüellerin profili uyumlu. Süreci başlatan liberal sol olmasına rağmen, radikal sol örgütler ve ulusalcılar da eylemlere eklemelendi. Bu iki kesim hem kitleselleşmeyi ve polise direnci sağlarken, aynı zamanda eylemin sonunu hazırladılar. Çünkü bu yeni yöntemde şiddet kullanılmaması ve tüm toplumsal kesimleri içerecek stratejiler uygulanması gerektiriyordu. Radikal sol sürece girince, bildiğini yaptı ve şiddet pratikleri uyguladı. Ulusalcılar ise söylem ve pratikleri ile dindarların korkularını harekete geçirdiler ve karşı cephenin oluşmasına katkı sağladılar. Yani ulusalcılar, "içerme stratejisini" engellediler. Sonuç olarak, eylemlerin başlatıcısı liberal sol akademisyenler ve entelektüeller/aktivistler olmasına rağmen, süreci istedikleri gibi kontrol edemediler. Hatta çoğu zaman kontrolü



kaybettiler. Bu dönemlerde, radikal sol örgütler ve ulusalcılar, eylem sürecine damgalarını vurdular.

4. Protestolara katılanlar kimlerdir?

Eylem sürecinin çekirdek kadrosu liberal solun harekete geçirdiği, bir parti veya illegal örgüte bağlı olmayan kişilerden oluşuyor. Bunlar, üniversitelerde akademik çevreler, basın veya sanat dünyasındaki liberal sol entelektüeller, çevreci ve meslek örgütlerin mensupları. Radikal sol örgütler ve Ulusalcılar eylemlere sonradan eklendi. CHP'nin parti olarak eylem sürecini desteklemesi de, partililerin bir kısmının meydana toplanmasına sebep oldu. Radikal sol örgütler, Ulusalcılar ve CHP içinde bulunan ve birincil kimliğini Alevi olarak tanımlayanlar da sürecin önemli bir parçası oldular. Aslında küçük bir grup olan, fakat söylem gücü olan antikapitalist Müslümanlar da sürecin bir parçası oldu.

Eylem romantizmi oluştuğunda ise, normalde bu türden kitle gösterilerinde bulunma alışkanlığı olmayan bireyler de sürece dahil oldu. Polis gazından sonra ise, gaz yemenin psikolojik etkisi ve önemli bir olayın parçası olmak, kendi başına bireyleri Taksim'e çeken bir unsura dönüştü. Çok sayıda, farklı nitelikteki bireyler de eyleme katılmış oldu. Sonuç olarak, Taksim Meydanı'nı işgal eden topluluk, bir koalisyonun ibaret.

5. Eylem modelinin kökenleri nereden geliyor?

Gezi Parkı eylemlerinin modelinin orijinal teorisi, diktatörlükleri yıkmaya yönelik geliştirilmişti. En önemli teorisyenlerinden biri olan siyaset bilimi profesörü Gene Sharp, modelin temel özelliğini, şiddete dayanmayan sivil mücadele olarak tanımlıyor. Bu model, önce Doğu Avrupa'da "Kadife Devrimler" sürecinde kullanıldı. Bu dönemde oluşturulan pratik bilgi Otpor üzerinden dünyanın başka bölgelerine pazarlanmaya başlandı. Otpor, kendi yaptığı işi "revolution business" yani devrim ticareti olarak tanımlıyor. Yani, iktidarları devirmek isteyenlere, bu işi nasıl yapacaklarının eğitimini veriyorlar. Bu kuruluş Arap Baharı sürecinde, bölgeden kişilere eğitim ve stratejik destek verdiği biliniyor. Gezi Parkı olaylarını organize eden, çekirdek ekip bu kuruluşla işbirliği içinde.

Bu yeni modelin en gelişmiş versiyonunun üç unsuru var: Birincisi, silahın kullanılmaması ve açık şiddet görünümü verilmemesi. İkincisi, sosyal medyanın aktif, gerekirse de manipulatif kullanımı. Üçüncüsü ise "meydan işgali siyaseti".

Sosyalist ve Marksist devrim girişimleri silah üzerine dayanıyordu. Bu yöntemde silah kullanmak, yöntemin özüne ters. Aslında polise saldırı, araç yakma, cam çerçeve indirme de eylemin özünde yok. Hatta eylemin teorisi, eylemlilik sürecinin eğlenceye çevrilmesini istiyor. Örneğin

Gezi Parkı eylemcileri nihai kertede başarısız oldu. Bu başarısızlığın önemli nedenlerinden biri, Gezi Parkı'nın kitleleşmesini sağlayan CHP, radikal Alevi ve Ulusalcı grupların, karşıtlarını da harekete geçirmesi oldu. Dindar kitleler ve elitlerinin örneğin 28 Şubat Sürecinden kalan hafızaları henüz tazeydi ve bu hafıza hızla politik bir bilinçe dönerek Gezi Parkı taraftarlarının karşısına geçti.



işgal edilen meydanda konserlerin verilmesini, yoga yapılmasını, dans edilmesini, eylem yerinin çekici bir karnavala dönüştürülmesini istiyor. Yapılacak veya yapılmayacakların listesi Gene Sharp'ın kitabında var. Gezi eylemleri sürecinde, bu eylem menüsünün birçok örneğini gördük. Fakat Gezi Parkı sürecinde, bu eylem tarzına alışık olmayan öfkeli sol örgütler ve Ulusalıcılar bu kuralları çiğnedi ve bir şekilde eylemin başarısızlığına sebep oldular. Eylemin esas beyni, liberal sol akademisyen ve entelektüeller bu aşamada sürecin kontrollerini kaybettiler.

Kitlesele gösterilerin hem organizasyonunun hem de psikolojisinin sosyal medya üzerinden oluşturulması, Arap Baharı ile birlikte artık yeni bir gerçeklik. Bu konu çok tartışıldı. Ufak bir noktaya değineceğim. Eylem sürecinde sosyal medyada birçok yalan haber oluşturulup dolaşıma sokuldu. Aslında bu yalan haberleri oluşturanlara yalancı demek yetersiz bir tanımlama. Çünkü bizzat yöntemin kendisi, kitleleri galeyana geçirecek, kurgu mesajların oluşturulmasını hoş görüyor. Yani özel hayatında yalan söylemeyen kişiler, bu süreçte sistematik

yalan haber oluşturmadan rahatsızlık duymadılar.

Bu yeni eylem tarzının üçüncü ayağı ise, "meydan işgali siyaseti". Şehrin en önemli meydanı on binlerce, mümkünse yüz binlerce kişi tarafından kalıcı olarak işgal ediliyor. Gezi Parkı eylemcileri de bu sebeple Taksim'i kalıcı işgal etmek istediler. Bunu da yaklaşık 10-15 gün başardılar. Fakat daha uzun kalmayı beceremediler.

6. Eylem süreçlerine uluslararası güçlerin tavırları nasıl anlaşılmalı?

Hem Avrupa Birliği hem de Amerika'nın Gezi Parkı olayları sırasında sırf insani veya demokratik standartlar üzerinden davranış geliştirmediği açık. Böyle olsaydı aynı tavrı Mısır'daki darbe girişimine karşı da yaparlardı. Özellikle Almanya ve İngiltere Gezi Parkı olayları sırasında hükümeti stratejik olarak sıkıştırmayı amaçlayan hamleler yaptılar. ABD, İngiltere ve Almanya'nın Gezi Parkı'na yönelik açıklamalarını insanlık

idealleri veya demokratik standartlar adına yaptıklarını düşünmek safliktir. Türkiye'nin dış politikasında iddia sahibi bir ülke haline gelmesi ve kendi oyununu kurmaya çalışmasının, bu ülkeleri uzun zamandan beri rahatsız ettiği bilinmekte. Gezi Parkı süreci onlara hükümeti ve özellikle Erdoğan'ı zayıflatma için hamle fırsatı verdi. Onlar da bu imkânı pervasızca kullandı.

CNN ve Reuters gibi uluslararası basın Gezi Parkı'na yönelik bu denli ilgisini, haberciliğe ilgi ile izah etmek yetersiz kalır. Farklı ülkelerde bu yeni yöntemle hükümet değiştiren gruplar, bu yayın organları ile de ilişki içinde. Bir nevi, bir sonraki olay yerini bu kuruluşlara bildiriyorlar ve bu basın kuruluşları da önceden hazırlıklarını yaparak üzerine düşen vazifeleri yapıyorlar.

7. Hükümetin tavrı ve geliştirdikleri karşı tepkileri nasıl değerlendirmek gerekir?

Hükümet ve polis teşkilatı konvansiyonel muhalefet biçimine oldukça alışık ve deneyimli. Konvansiyonelden kastım, siyasal partilerin ve radikal sol örgütlerin muhalefet tarzı. Gezi olaylarını önceki olaylardan ayıran iki önemli fark var: Birincisi kullandığı yeni yöntem. İkincisi de, olayları yönetenlerin yeni aktörler olması. Sivil protesto, sosyal medyanın kullanımı ve meydan işgali siyasetinden oluşan bu yeni yöntem Türkiye için yeni. Hem hükümetin siyasal liderleri hem de polis şefleri bu yöntemle alışık değiller. Eylemleri yöneten liberal sol, akademisyen, entelektüel ve aktivistler de aktör olarak yeniler. Bu yeni aktörler daha birikimli, dış dünyaya daha fazla etkileşim içinde, daha fazla strateji üretebilme kapasitesine sahipler. Protestocuların elinde, bu yeni yöntemin son 50-60 yılda oluşan akademik desteği, son 10 yılda oluşmuş eylem pratiklerinin tecrübesi var. Üstelik bu tecrübeler, Gezi Parkı eylemcilerinin beyin takımına öğretildi. Hükümetin ise bu yeni eylem tarzını nasıl ele alacağına yönelik teorik ve pratik tecrübesi yoktu. Bu sebeple de hükümetin süreci yönetebilmesi zor oldu.

8. Eylem sürecine, toplumun büyük kesimini oluşturan dindar halk kitleleri ve bunların elitleri nasıl tepki gösterdi?

Gezi Parkı eylemcileri nihai kertede başarısız oldu. Bu başarısızlığın üç temel nedeni var: Birincisi, bu yeni yöntem şiddet uygulamamayı gerekiyordu, fakat çok sayıda aşırı şiddet görüntüsü çıktı. İkincisi, meydanı daha uzun süre, netice alana kadar yüzbinlerce kişi tarafından işgal etmeleri gerekiyordu, bunu 10-15 günden fazla başaramadılar. Üçüncüsü ve en önemlisi, geniş

halk kitlelerini, toplumun çoğunluğunu arkalarına almaları gerekiyordu, bunu da başaramadılar. Sadece CHP'nin oy kitlesinin bir kaç puan üzerindeki kişileri harekete geçirebildiler. En azından diğer kesimleri karşılarına almamaları gerekiyordu, bunu da başaramadılar. Bu başarısızlığın önemli nedenlerinden biri, Gezi Parkı'nın kitleselleşmesini sağlayan CHP, radikal Alevi ve Ulusalçı grupların, karşıtlarını da harekete geçirmesi oldu. Dindar kitleler ve elitlerinin örneğin 28 Şubat Sürecinden kalan hafızaları henüz tazeydi ve bu hafıza hızla politik bir bilince dönerek Gezi Parkı taraftarlarının karşısına geçti. Bu konuda benim temel tezim şu: Türkiye'de dindarlar radikal sol, CHP ve Ulusalçılardan korkuyor. Bunların iktidarı ele geçirdiklerinde, canlarının, ticaretlerinin, çocuklarının eğitiminin emniyette olmayacağını düşünüyor.

9. Eylemler amacına ulaştı mı? Süreç bitti mi, devamı var mı?

Gezi Parkı süreci ve yarattığı dinamikler devam edecek. Gezi Parkı sürecinin iki önemli unsuru vardı: Birincisi yeni yöntem ve yeni aktörlerle bir planlama vardı. İkincisi, bu sürecin gerçekleşebilmesi için gerçekçi bir ortam ve dinamikler de vardı. Yani sadece sürecin planlanması ve aktörleri üzerine yoğunlaşmak, eksik anlamaya yol açar. Olayların bu boyutlara kadar gelebilmesinin dinamiklerini de anlamalıyız.

Bu yaklaşımı bir model üzerinden anlatmaya çalışayım. Planlayıcı aktörler olmasına rağmen, toplumsal olayın vuku bulup bulmaması, ortamın şartlarına da bağlıdır. Eğer bir toplum stabil ve köklü uyumsuzluk yoksa, planlayıcılar istese de toplumsal bir süreç yaratamazlar. Eğer bir toplumda kırılma ve uyumsuzluk orta düzeyde ise, toplumsal olaylar ancak planlayıcıların etkisiyle ortaya çıkar. Eğer bir toplumda kırılma ve uyumsuzluk şiddetli ise, toplumsal olaylar kendiliğinden de ortaya çıkabilir. Türkiye toplumunda orta düzeyde bir kırılma ve uyumsuzluk vardır. Kırılma; dindarlık-laikçilik, Türk-Kürt, Alevi-Sunni alanlarındadır. Bu gerilimler üzerinden iktidar mücadelesi vardır. Bu alanlara yönelik aktörlerin planlı müdahalesi toplumsal grupları harekete geçirip çatışma çıkarabilme potansiyeline sahiptir. Gezi olaylarının ağaç kesme ve şehircilik üzerine eleştirilerle ilgisi olsa bile, arkasında bu ideolojik ve siyasal güç mücadelesi vardır. Bu güç mücadelesi halen devam etmektedir. Bu iktidar mücadelesi, yeni bir yöntem ve aktörler üzerinden, yeni bir formda yaşanmıştır. Bu yeni form, bir taraf için etkili bir mücadele yöntemi olarak algılanmaktadır. Bu sebeple, bu yeni modelinde yeni olaylar dizisi beklenmelidir.

Buraya kadar, sorduğum soruları cevaplamaya çalıştım. Bu noktadan sonra, süreci birbiriyle ilişkili bir senaryo mantığıyla izah etmeye çalışacağım.

Gezi olaylarına yönelik bütüncül bir senaryo

Bir grup rahatsız bir araya gelirler. Hükümetten, Erdoğan'dan rahatsızlar. Türkiye istedikleri yere gitmiyordur. CHP'den beklentileri yok. Seçim ve parti denemeleri başarısızdır. Arap Baharını gördüler. Otpor ile bağlantı kurulur. (İlk adım Otpor'dan mı gelmiştir? Otpor'a rahatsızlar mı gitmiştir bilemem). Otpor ve Gene Sharp kitabı üzerinden şiddetsiz iktidar devirme eğitimi alınmıştır.

Türkiye'deki ulusal sermayenin büyük aktörlerine de bu olay anlatılmıştır. Onlara bu sürecin Erdoğan'ı devirmenin altın fırsatı olduğunu, bu yöntemin şimdiye kadar olanlardan farklı olduğunu anlatılmıştır. Onlar da bir yatırımcı sezgisiyle, bunun gerçekten de farklı olabileceğini ve sonuç alabileceklerine ikna olmuşlardır. Büyük sermaye sahipleri, gazete ve şirketleri ile olayın bu aşamada aktif aktörlerinden bir taraf olmuşlardır.

Türkiye'de süreci başlatacak kritik olay aranır. Emek Sineması bu işlevi görmez. Çevreciler işgal etmeleri/çadır kurmaları için Gezi Parkı'na davet edilir ve Gezi Parkı denemesi yapılır ve tutar. Polisin yanlış yapması beklenir. Polis sert müdahale ile beklenen altın fırsatı sunar. Hükümet de bu yeni yöntem ve aktörlere alışık değildir. Söylem hataları yaparlar.

Otpor'cular Uluslararası basına haber vermişler ve Türkiye'de Arap Baharı benzeri şeyler olacağını söylemişlerdir. Artık uluslararası basın sürecin hem takipçisi hem de aktördür. Avrupa Birliği ülkeleri, özellikle Almanya ve İngiltere süreci okur ve ulusal çıkarları adına söylemlerle süreci desteklerler. Artık AB de sürecin aktörüdür.

Beyin grup, olayları ilk iki gününe kadar kontrol edebilmiştir. İkinci günden sonra illegal örgütler ve CHP ulusalçıları ve Radikal Alevi grupları meydana gelerek, süreci kendi renklerine döndürmüşlerdir. İlk grup hem onlara minnettardır hem de öfkeli. Minnettardır çünkü onlar sayesinde polise karşı koyabilmiş ve kitleselleşmişlerdir. Öfkeli, çünkü Gene Sharp eylem biçiminin dışına çıkmıştır. Sonuçta eylem süreci onların kontrolü dışına çıkmıştır. Eylem uzun süre yönetimsiz kalmış, işler çok dinamikli ve çok aktörlü bir hale gelmiştir.

Eylemciler meydana mizah değeri olan söylem ve görüntüler oluşturmayı başarır. Çünkü mizah ve eğlence, bu yeni eylem tarzının ana stratejilerinden biridir. Gezi

Parkı mekânı, yöntem gereği karnaval yerine çevrilmeye çalışılır.

Erdoğan, hükümetteki birçok aktörün tersine aktif karşı mücadele stratejisi kurar. Sert açıklamalarına devam eder. Mitingler yapar. Kazlıçeşme'ye beklenenin çok ötesinde insan gelir. Geniş kitlelerin Erdoğan'ın yanında olduğu görülmüştür. Erdoğan bu aşamada kontrollü gerilim uygular. Sert söylemlere devam ederken, aynı zamanda görüşme stratejisi de uygular. Hasar görmüş, ama ayakta kalmıştır. Hatta kendisine Türk milliyetçiliğinden yeni destek grupları bulmuştur.

Gezi Parkı eylemcileri meydanı 10-15 günden fazla işgal etmeyi başaramaz. Maksimalist talepler ve engelleyemedikleri şiddet görüntüleriyle sürecin kontrolünü kaybederler. Polis çatışmalı bir süreç sonunda meydanı kontrol eder.

Gezi Parkı üzerinden siyaset ve gündelik hayat iyice kutuplaşır. Türkiye'deki tüm toplumsal dinamikler canlanır. Gezi Parkı'nda olup bitenleri doğru analiz etmek en önemli soru haline gelir. Olayın hem aktörlerini ve kurgusunu anlamak, hem de hangi toplumsal dinamikler üzerinde geliştiğini anlamak önem kazanır. Tüm toplumsal kesimler, kendi bakış açıları ile bu iki sorunun cevabını farklı vermeye başlarlar. Sonuçta, analiz düzeyinde de bölünme ve mücadele oluşur.

Gezi Parkı eylemcileri şimdilerde küçük parklarda ve çeşitli vesilelerle eylemlilik sürecini diri tutmaya çalışıp yeni bir fırsat arayışı içindeler. Yeni denemeler yapmanın yolunu arıyorlar. Yöntemi buldular, devam etmek istiyorlar. Hükümet ise bu süreci Erdoğan ve AK Parti'ye yönelik organize komplo olduğu analizini yapar. Sürecin aktörleriyle hesaplaşma hamleleri yapmaya başlar. Halen bu hesaplaşma hamleleri devam ediyor.

Bu arada, Mısır olayları patlak verir. Gezi Parkı çevresi ile Mısır'ın "ikinci Tahrir" göstericileri arasında benzerlik olduğu imajı oluşmaya başlar. Tahrir'in sol liberal, entelektüel ve aktivistlerinin Mısır'da darbe sürecinin temellerini oluşturduğu yaygın kanaat haline gelir. Mısır'ın sol liberal akademisyen, entelektüel ve aktivistleri, askerlere "iktidarı al, bize ver" der hale gelmişlerdir. Askerler davete icabet eder. "İkinci Tahrir Süreci", askeri darbeye dönüşmüş, yeni askeri diktatör acımasızca katliam yapmaya başlamıştır. Hâlbuki Otpor yöntemi orijinalinde diktatörleri devirmek için planlanmıştı. Fakat Mısır'da demokrasinin yok olmasına ve acımasız bir katliama yol açtı. Bakalım "Gezi Sürecinin İkinci Dönemi" nelere yol açacak? Senaryo devam ediyor. Filmin devamı Ekim'de çekilecek.

Prof. Dr. S. Oğuz Kayaalp: Ün için de, un için de akademik hayata girilmemeli

Ömer Çakkal

SD Dergisi olarak ülkemizde alanlarının zirvesine yükselmiş isimlerle röportaj yapmayı, gerek mesleki gerekse yaşanmışlık manasındaki büyük birikimlerini okurlarımıza ulaştırmayı önemsiyoruz. Ancak koskoca bir ömrün yorgunluğunu üzerinde taşıyan isimlerle bazen son röportajlarını yapmış olmak, bizlerde tarihi güç hislere neden oluyor. 1 ay önce Ankara'da evinde röportaj yaptığımız Prof. Dr. S. Oğuz Kayaalp'in vefat haberini, dergiyi baskıya hazırladığımız günlerde aldık. Ülkemizde farmakolojinin anayasası niteliğinde kitaplara imza atan ve 1949'da adım attığı akademide 40 yıla yakın aktif görev yapan Kayaalp, aynı zamanda yaklaşık 65 yıldır Türk tıp eğitiminin de yakın tanığı olmuştur. Oğuz Hoca ile bulutlu bir Ankara gününde evinde buluşmuş ve eşi Türkan Hanım'ın harikulade çayı eşliğinde Türk tıp eğitiminin dününü ve bugününü, farmakoloji eğitimindeki gelişmeleri, doktora eğitimindeki sorunları, eğitim sistemimizdeki kara delikleri, ilaç araştırmaları ve popüler bir konu olan yerli ilaç üretimini konuşmuşuk. Kendisine Allah'tan rahmet, acılı ailesine başsağlığı diliyoruz.

Tıbbiyeye adım atığınız 1949'dan bugüne Türkiye'de tıp eğitiminin, akademinin 65 yıllık tanığısınız. 50-60 yılda neler yaşandı, ne gibi değerlendirmeleriniz olur?

Bu sorunuza kendi pencereden yanıt vermek isterim. Ben farmakoloji uzmanlığına başladığımda beklentilerim

büyüktü. Çalışkan, meraklı, tıbbi seven tıp okumaya başlamış ve tıbbın da daha çok araştırma yönünde hevesli olan bir gençtim. Asistanlığımın ilk yıllarında farmakolojiyi beğenmedim ve düşük kırıklığına uğradım. Aslında hocalarım ülkesini seven, yenilikçi, iyi niyetli hocalardı ancak zamanın koşulları gereği iyi bir eğitim koşulu bulamadım. Onun için Amerika'ya gidip hem eğitimimi sürdürüp hem de çalışmayı düşündüm. Zaten o zamanlar Amerika'ya gitmek adeta modaydı. Amerika'da iş bulmak kolaydı. Amerika'da büyük bir vakıf, Rockefeller Vakfı'nın burs desteği ile 2 yıllık master eğitimi yapmak Michigan Üniversitesine gittim. Orada gördüm ki Türkiye'de Ankara'da gördüğüm gibi farmakoloji dar bir alan değilmiş. Araştırmacılar için gayet geniş bir alanmış. Sadece alt dallarından birine bile yoğunlaşsam hayat boyu iş yüküne talip olabileceğimi anladım. Türkiye'de iş bulamıyorum, eğitim imkânı bulamıyorum. Orada ise yaşam boyu beni tatmin edecek bir şeydi. Yani o yıllarda farmakoloji özelinden baktığımızda tıp eğitimimizde durum bu şekilde idi. Amerika'daki eğitime çok şey borçluyum.

Bugüne baktığınızda neler söylersiniz?

Tabi bugün tıp eğitimi alanında yurtdışı ile ülkemiz arasındaki kalite farkı azaldı. Ben şahsen öğrencilerime hem çağa uygun bir eğitim vermeye çalıştım hem de öğrencilerimin yurtdışına gidip eğitim görmeleri için elimden gelen gayreti gösterdim. Türkiye'deki tıp eğitiminde kapsamlı bir gelişmeyi, değişimi Hacettepe modeli oluşturdu. Hacettepe'nin kurucusu Prof.

Dr. İhsan Doğramacı Türk tıp eğitimi modernleştirmek, çağdaşlaştırmak bakımından önemli katkılarda bulunmuştur. Kendisini minnet ve rahmetle anıyorum.

Hacettepe, Türk tıp eğitiminde önemli bir ekol. Hacettepe, tıp eğitimimizde ne gibi yeniliklere sebep oldu?

İhsan Doğramacı geniş görüşlü, vizyon sahibi bir pediatristti. Fakat tıbbın geneli hakkında da görüşleri, deneyimleri olan biriydi. Aldığı asistanları oldukça titiz bir şekilde seçti. Onların ülke içinde ve dışında en iyi eğitimin verilmesi için sistematik çalışmalar yapıldı. Başlangıçta Hacettepe adeta yabancı bir cisim gibi görüldü. Bilhassa da Türkiye'de en eski, en yerleşik üniversite olan İstanbul Üniversite'nde tıp fakültesi mensupları Hacettepe'yi küçümsedi, ona karşı bir tutum takındı. "Bu eğitim modeli Türkiye'ye uygun değil" dediler. Tabi Hacettepe kendisini ispatladı ve Anadolu'da pek çok tıp fakültesinin kurulmasına fiilen katkıda bulundu. Oradaki öğretim üyelerinin yetişmesinde büyük katkıları oldu. Ve böylece ülkemiz ile dünyanın modern ülkeleri arasındaki fark törpülenmiş oldu. Ben Ankara Üniversite'nde eğitim gördüm ama Hacettepe'de de eğitim verdim.

Peki farmakoloji özelinde neler söylersiniz?

Ben farmakoloji asistanlığına 1957'de başladım. Farmakoloji o günden bu güne büyük gelişmeler gösterdi. Bizim zamanımızdan sayı, kalite ve çağdaşlık bakımından hayli kısıtlıydı, bazı sorunlar

vardı. Ankara Üniversitesi'nde aynı zamanda Hıfzıssıhhanın laboratuvar şefi olan bir Alman farmakolog hocamız vardı. Araştırmaları, kitapları olan bir hocaydı. Hitler zulmünden kaçan ve Atatürk'ün kucak açtığı kimselerdendi. İstanbul Üniversitesi'nde Prof. Dr. Akil Muhtar'ın kurduduğu bir farmakoloji kürsüsü vardı. Avrupa ve Amerika'daki farmakolojinin gelişimi birbirinden etkilenmiştir. Amerikalılar farmakolojiyi Avrupalılardan öğrenseler de onlardan daha çok geliştirmişlerdi.

Tıp eğitimin sorunları düşünüldüğünde ne gibi tavsiyeleriniz olur?

Eğitimde rol model önemlidir. Bunu gözden kaçırmamak gerekir. İkincisi eğitimi yönetenler yani bugün YÖK gibi kurumlar planlarını iyi ve realist bir şekilde yaparlarsa, siyasete bulaşmadan hareket ederlerse, Atatürk'ün yaptığı gibi ülkesini içten severek ülkesine sahip çıkarsa mutlaka olumlu yönde gelişmeler olur. Burada şunu söylememe izin veriniz: Ben Atatürk'ü üstün yetenekli ve geniş vizyon sahibi bir şahsiyet olarak onu kendime rol modeli görmeye çalıştım. Onun prensiplerini benimsemesi, Türkiye için yaptıklarının iyi incelenmesi gerekir. Hani herkes kendi yerinde Atatürk olsaydı ne yapardı diyerek düşünürse, buna göre plan ve program yapıp çalışırsa tıbbın gelişmesi ivme kazanacaktır. Fakat bugün ülkemizde durum tam böyle değil. Ben yani Atatürkçü Düşünce Derneği'nin üyesi değilim. Bu derneğe karşı herhangi bir şekilde art fikirleyim yok ama böyle etiket Atatürkçülüğü yapılmasına karşıyım.

O zaman bu açtığınız pencereden ilerleyerek ben size bir şey sorayım. Atatürk ülkemizde Sağlık Bakanı olsaydı veya işte YÖK Başkanı olsaydı veya işte bir üniversitemizin tıp fakültesinin dekanı olsaydı Türk tıp eğitiminin ileriye gitmesi için ne yapardı?

Tabi bunu somut olarak cevaplamak zor. En iyisini yapmaya çalışırdı. O şekilde söyleyeyim.

"Adet yerini bulsun diye doktora eğitimi verilmemeli"

Ülkemizde doktora eğitiminin mevcut durumu ve sorunları hakkında görüşleriniz nelerdir?

Doktora eğitimi, akademideki en önemli aşamadır. Geleceğin öğretim üyesinin kalitesini, başarısını, verimliliğini, eğitim kurumlarımızın potansiyelini belirleyen bir unsurdur. Üzerinde titizlikle ve kiskançlıkla durulmalıdır. Fakat maalesef ülkemizde doktora eğitimi çok sulandırılmış durumdadır. Bugün bir ODTÜ'de, Boğaziçi'nde veya İTÜ'deki doktora eğitiminin kalitesi ve verimliliği ile sayısı yüzü geçen üniversitedeki doktora eğitimi aralarında



büyük farklar var. O bakımdan doktora eğitimi henüz hazır olmayan üniversiteler vermemelidir. Her üniversite doktora eğitimi vermemelidir. YÖK bu planlamayı yapmalıdır ama bunun üzerinde durmuyorlar. Anadolu'daki üniversitelerde doktora eğitimi görenler eğitimlerinin bir kısmını bu köklü üniversitelerde sürdürmelidir. Bir nevi rotasyon yapılmalıdır. Bugün pek çok üniversitemizde lisans eğitimi için öğretim üyesi bulmak mümkün değilken çok daha üst düzey eğitimin sunulması gereken doktora eğitimi için bu nasıl olacak? Adet yerini bulsun diye doktora eğitimi verilmemelidir. İkinci bir husus olarak doktora eğitiminin başarısını ölçen sınavların Türkiye çapında yapılması gerekir. Böylece eğitimdeki farkı da, seviyeyi de anlayabilelim. Hatta öğrenci seçimine yönelik sınavlar da Türkiye çapında yapılmalıdır ve bu alanda köklü üniversitelerin hocalarının yönetimine ağırlık verilmelidir. Doktora eğitiminin her aşamasında ülke genelinde standartlar olmalıdır. Bu sistem, olan ve olası sorunları da asgariye indirir. Köklü üniversitelerde görev yapan öğretim üyeleri, yeni kurulan üniversitelerde de ders vermelidir. Ben Hacettepe'de ders verirken Anadolu'daki pek çok okulda da derslere girdim. Öğretim üyeleri ülkemizde eğitim-öğretim yaşamına ne gibi katkıda bulunabilirler, kendilerini yetiştiren ülkelerinin sorunlarına

"Üniversite hocalığını seçmek için bir defa önemli ölçüde motivasyonunuzun olması lazım. Sırf bana üniversite hocası desinler diye, doçent olayım, profesör olayım diye bu hayata girmek istemek çok saçma ve sonuçları itibarıyla hayal kırıklığına neden olacak bir şey. Bu yönü, işin aldatıcı tarafıdır. Araştırma yapmak için önüne geçilemez bir merakınız ve azminiz yok ise hiç bu kapıya yönelmeyin. Girdikleri yerde geride kalırlar, adeta dışlıların arasına girmiş kum gibi ezilirler ve sistemi de kirlenmiş ve sıkıntıya sokmuş olurlar."



“Öğrencilerle hocalar arasında duvarlar olmamalıdır. En doğrusu sorgulayıcı öğrenci davranışıdır. Ha hoca bunu otoritesine karşı bir çıkış olarak görebilir ama bu da o hocanın küçüklüğünü gösterir. Böyle hocalar iyi bir eleman da yetiştiremez. Bilakis senin canını da sıkırsa, senin otoriteni ve karizmanı çizer gibi de olsa gene de öğrencinin bu davranışını tasvip etmek gerekir, hiç olmazsa bastırmamak gerekir. Dekanların ve rektörün kapısı öğrenciye açık olmalıdır. İşte Batıdaki ile bizdeki üniversite yaşamındaki kalite farkında en önemli sebep budur.”

ne gibi çözümler üretebilirler, bu konuda kafa yormalıdır. Örneğin ben bugün 35 yaşına basan farmakoloji kitabımı hazırlarken ders gören öğrenciler ve ders alan öğrenciler için ne gibi bir kaynak hazırlanabilir diye düşünerek hazırladım. Ders notlarının kitap haline getirilmesi, orijinal bir kaynak hazırlanması yıllarımı aldı. Kitabımı halen de güncelliyorum, revize ediyorum, eksiklerinin tamamlamaya çalışıyorum. Şimdi yanıma aldığım editörlerle, genç arkadaşlarımla kitabı güncelliyorum.

1955'te akademik yaşama adım attınız. 45 yıl akademide bulundunuz. Yaklaşık 10-15 yıldır da akademik hayatı dışarıdan gözlemliyorsunuz. Şunu sormak istiyorum: Ülkemizde akademik hayatın artıları ve eksikleri neler? Akademik yaşamı tercih edenler için, gençler için, üniversite öğrencileri için ne gibi önerilerde bulunursunuz?

Üniversite hocalığını seçmek için bir defa önemli ölçüde motivasyonunuzun olması lazım. Sırf bana üniversite hocası desinler diye, doçent olayım, profesör olayım diye bu hayata girmek istemek çok saçma ve sonuçları itibarıyla hayal kırıklığına neden olacak bir şey. Bir defa buna önem vermesinler. Bu yönü, işin aldattıcı tarafıdır. Hayat boyu öğrenmek için, araştırmak için, öğrendiklerini kendisinden sonra gelenlere öğretmek için hoca olunur. Böyle bir idealleri olmalı. Araştırma yapmak için önüne geçilemez bir merakınız ve azminiz yok ise hiç bu kapıya yönelmeyin. Ün için, bir de tabiri caizse un için akademik hayata girmek istemesinler. Bu düşünceyle gelirlerse zaten başarılı da olamazlar. Doktora eşliğini atlamak, doçentlik tezini vermek çok kolay şeyler değil. Girdikleri yerde geride kalırlar, adeta dışlilerin arasına girmiş kum gibi ezilirler ve sistemi de kirlenmiş ve sıkıntıya sokmuş olurlar. Bir diğer konu da kişilik yapısıdır. Belirli meslekler için belirli kişilik yapısı gerekir. Akademik hayata başvuranlar mümkün olsa da bir kişilik testine tabi tutulsalar.

“Bilim merakla gelişir, Türkiye’de merak etmek adeta yasaklanıyor”

Nasıl bir kişiliğe sahip olmalılar?

Bir defa meraklı olmamalar. Merak olmadan araştırma yapılmaz. Her şeye karşı bir merak, öğrenme isteği varsa başarılı olursunuz. Şimdi çarşı pazarda az sayıda meraklı turşucu, meraklı köfteci gibi tabelalar görürsünüz. Toplumumuzda meraklı insanların sayısı o kadar azdır ki, meraklı olanlar böyle öne çıkarlar. Tabii olumlu manada değil! Meraklı olmak kötü bir şeymiş, normal olmayan, olmaması gereken bir şeymiş gibi görülür. Türkiye’de eğitim sistemi meraklıları bastırır. Meraklı çocuklar yaramaz çocuklar olarak gö-

rülüp bastırılır. Soru sormak kabahat olarak görülür. Ülkemizde maaalesef bir otoriteye itaat kültürü aile düzeyinde, okul düzeyinde temel teşkil eder. Otorite ve bastırma kültürü ta aileden başlar. Şimdi böylesi bir altyapıdan, böylesi bir temelden gelen bir insan kaynağı içinde merakını koruyabilen, soru sorabilen genç öğretim üyelerinin sayısı oldukça az. Siz, size sunulana razı olmamalısınız. Onunla yetinmemelisiniz. Yerleşmiş sisteme tabi olmayacaksınız, fikirlerinizi ortaya koyma cesaretiniz olacak. Öteki türlü iyi bir hoca olamazsınız. Bir de şu var: Soru sormak ile sorgulamak, saygısızlıkla aynı şeymiş gibi addediliyor. Terbiye başka şeydir, kendi fikrini edep ve usulüyle, korkmadan dile getirmek başkadır. Türkiye’de sanki birinin olması diğerinde de neden olacakmış gibi görülüyor ve adeta tedbir olarak meraklı olmak, sorgulamak adeta yasaklanıyor. Ben mesela derslerimde hocalarıma soru sorardım ve hocalık yaparken de öğrencilerimi soru sormaya teşvik ederdim, hatta tahrik ederdim. Çünkü bilimsel eğitimin önemli bir kısmı, hocanın anlattıklarını öğrencinin öğrenmesi, özümsemesi ya da sınavlarda başarılı olması değildir. Ya nedir? Hocanın anlattıklarını sorgulaması ve acaba doğru mu değil mi diye düşünmesi, yeni bir yorum yapmaya çalışması, yerleşmiş hipotezin dışında başka bir tez geliştirmeye çalışmasıdır. Ben soru sorardım, bazen de itiraz ederdim. Beni küçümseyen, terbiyesiz, arsız kimse olarak gören, ters cevaplar veren hocalarım oldu.

Neden? Siz bir saygısızlık yaptığınız için mi?

Hayır hayır. Ben hiçbir zaman hocalarıma saygısızlık yapmadım. Hocanın söylediği husus doğru ama şöyle de olabilir. Ben bunu söylemek istiyordum ama adam kendi söylediğinin dışında bir argüman kabul etmiyor. Kendi otoritesine meydan okuma olarak kabul ediyor. Hatırlıyorum psikiyatri stajında başasistana bir şey sordum, “Siz bu hastaya böyle dediniz. Fakat şöyle de olamaz mı?” Adam bana, “Sen yan düşünüyorsun, yandan düşünüyorsun” dedi. Yanlış hatırlıyorsam yandan düşünmek şizofreninin bir belirtisidir. Adam yani bana hakaret olarak söyledi. Baya bir reaksiyon gösterdi. Parantez içinde söyleyeyim, sonradan bu kişi Allah rahmet eylesin intihar ederek yaşamına son verdi. Demek ki onda bir psikolojik bozukluk vardı, bende yoktu. Hani Hz. Muhammed’e ya da Hz. Ali’ye atfedilen bir söz vardır ya, “Bana bir harf öğretmenin 40 yıl kölesi olurum” diye; ben hep bu anlayış içinde oldum. Ama bu anlayış soru sormayı, sorgulamayı engellemez. Yabancı hocalarda böyle bir şey yoktu. Onlar bilakis soru sormaya, sorgulamaya teşvik ederlerdi. Bir somut örnek vereyim: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde okurken Nathan Scheinfinkel adında İsviçreli bir fizyoloji hocamız vardı. Bu hoca bir

kitap yazıyor. Burada bir araştırmasına dair sonucu ders kitabı materyali olarak sunuyor. Kalbin fizyolojisi ile ilgili bir husus. Ben bunu okudum ve sorguladım. Baktım, hocanın verdiği verilerle imkân yok bu sonuca ulaşılmaz. Ve 2 ders arasında hocaya durumu anlattım. Adam baktı, "Evet siz haklısınız, Ben bunu düzelteceğim" dedi. Aradan sonra ders başladı ve hoca 2. derse başlarken kitabında hata yaptığını ve düzelteceğini söylerken bana da teşekkür etti ve yanındaki Mehmet isimli Türk doçent yardımcısına beni laboratuvarında demonstratör yapmasını söyledi. Tabii yardımcısı bu tavsiyeyi yerine getirmede ve yanına sınıfın güzel kızlarından bir iki tanesini demonstratör yapmayı tercih etti. (Gülüyor) Diyeceğim o ki bizde bunlar yanlış giden şeylerdir. Öğrencilerle hocalar arasında duvarlar olmamalıdır. En doğrusu sorgulayıcı öğrenci davranışıdır. Ha hoca bunu otoritesine karşı bir çıkış olarak görebilir ama bu da o hocanın küçüklüğünü gösterir. Böyle hocalar iyi bir eleman da yetiştiremez. Bilakis senin canını da sıkarsa, senin otoriteni ve karizmanı çizer gibi de olsa gene de öğrencinin bu davranışını tasvip etmek gerekir, hiç olmazsa bastırmamak gerekir. Dekanların ve rektörün kapısı öğrenciye açık olmalıdır. Fiili anlamda da açık olmalı, onlar da ulaşılabilir olmalıdır. İşte Batıdaki ile bizdeki üniversite yaşamındaki kalite farkında en önemli sebep budur.

"Bir paradoks gibi görülüyor ama Sağlık Bakanlığı bu konularda YÖK'ten daha ilerici"

İzniliniz olursa biraz da farmakoloji camiası hakkında görüşlerinizi almak istiyoruz. Türk Farmakoloji Derneği farmakologları ne kadar kapsamakta? Gene camianın otoriteyle yani Sağlık Bakanlığı ve YÖK ile ilişkileri nasıl?

Camiamızda iyi bir dayanışma, iyi bir meslektaş ilişkisi var. Dünyada bu alanda gelişmeler takip ediliyor ve zaman zaman raporlarla zaman zaman da toplantı ve sempozyumlar ile meslektaşlarla paylaşımlar yapılıyor. Genç farmakologlar kişisel gelişimleri noktasında destekleniyor ve sempozyumlara katılımları için gerektiğinde masrafları dernek tarafından karşılanıyor. Bu bakımdan bir sorunumuz yoktur. Otoriteyle ilişkilerine gelince bir defa YÖK'ün yanına yaklaşamazsınız. YÖK öyle bir kuruluş ki bilimin ilerlemesi, mesleğin gelişmesi ile fazla bir ilgisi yok. Sadece klasik disiplin, cezalandırma ile ilgileniyor. Bir paradoks gibi görülüyor ama Sağlık Bakanlığı bu konularda YÖK'ten daha ilerici. Özelden farmakoloji ve genelde bilimin gelişmesi bakımından YÖK'ten daha ilerici ve bilinçli diyebiliriz. Avrupa Birliği ile uyum için yeni yeni düzenlemeler yaptı, yönetmelikler yayımladı. Bunların bir kısmının aslında YÖK tarafından yapılması lazımdı. Onlar yapmadı, Sağlık Bakanlığı

yaptı. Sağlık Bakanlığında bunu yapan genel müdür sıradan bir eczacıydı ama mesleğini seven, Türkiye'nin gelişmesini için neler yapılması lazım geldiğine dair sorumluluğunu kalpten hissederek bir kimseydi. Örneğin Sağlık Bakanlığı biyoeşdeğerlik, biyoyararlanım ve jenerik ürünlerin orijinal ürünlerle biyoeşdeğerliğinin kanıtlanması hususunda girişimde bulundu. Klasik farmakoloji eğitiminin, uygulamasının yeterli olmadığı ve klinik farmakoloji eğitiminin geliştirilmesinin lazım geldiği, Bakanlığın Avrupa Birliği uyum yasa ve yönetmelikleriyle ortaya çıktı. Bu eksikliğin giderilmesi için YÖK bir adım atmadı. Klinik farmakoloji ile ilgili modern uygulamaların birçoğunu Sağlık Bakanlığı getirdi. Ne şekilde getirdi? Üniversitelerin öğretim üyelerini danışman olarak kullanmak ve onlara görev vermek suretiyle bunu yaptı. YÖK ise bu potansiyeli görmedi. YÖK ve TÜBİTAK üniversitelerdeki bu potansiyeli görmedi. YÖK bu bakımdan statiktir, dinamik değildir, gericidir. Yani gericiydi, şimdi inşallah değişmiştir.

"Hekimler farmakoloji kitaplarını okumak yerine ilaç mümessillerinin verdiği bilgilerle ilaç reçete ediyor"

Türkiye'de "klinik ilaç araştırmaları" ve farmakologların buradaki durumunu nasıl değerlendirirsiniz?

İlaç geliştirirken yapılan çalışmalar, eninde sonunda insanların üzerinde ilaçların denenmesini gerektirir. Klinik ilaç araştırmaları ülkemizde mutlaka yapılmalıdır. Ancak bu konuda henüz yeterince potansiyelimiz yok. Eksiklerimiz var. Klinik araştırmaların tıp fakültelerinde yerleşmesi için birçok önkoşul var, bunların sağlanması lazım. Bu konunun düzenlenmesi önemlidir. Önüne gelen kendisini klinik farmakolog zannedebilir, kapısına klinik farmakolog yazabilir. Klinik ilaç çalışmaları multidisiplinerdir, bir ekip çalışmasıdır, büyük oranda insan kaynağı gerektirir. Ülkemizde başlangıçta bu tür çalışmalar kötülendi. İlaç firmaları, hekimlerin ilaçların içeriklerini çok fazla bilmesini istemezler. Bu doktrini kısmen de Sağlık Bakanlığı'na da kabul ettirmişlerdir. Böylece hekimler farmakoloji kitaplarını okumak yerine ilaç mümessillerinin kendilerine verdiği bilgilerle yetinerek ilaç reçete ettiler. Bu durum, böyle devam ediyor.

Ülkemizde ulusal ilaç üretimi konusuna nasıl yaklaşmalıyız?

İlaç üretimi, ilaç tüketimi ile ilgili bir konudur. İlaç ürettiğinizde maliyetinizi çıkartıp karlılığınızı sağlayabilecek bir pazar var ise üretimi yaparsınız. Türkiye'nin kapasitesi sınırlı, hasta popülasyonu yetersiz. Yabancı pazara da sahip değiliz. Hal böyleyken "Yerli ilaç üretilsin" demek, hani

Prof. Dr. S. Oğuz Kayaalp, 1931 yılında Kastamonu'nun İnebolu ilçesinde doğdu. 1955 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirerek tıp doktoru oldu. 1960 yılında aynı üniversitede uzmanlık eğitimini tamamlayarak farmakoloji uzmanı oldu. 1970 yılında profesörlük unvanını aldı. Yurtdışında aldığı eğitimlerin ardından Ankara ve Hacettepe Üniversitelerinde çok uzun yıllar hocalık yaptı, Anadolu'da kurulan pek çok tıp fakültesinde farmakoloji derslerini verdi. Farmakoloji alanında "Klinik Farmakolojinin Esasları ve Temel Düzenlemeler" ile "Akılcı Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji" kitaplarını hazırladı. Aralarında TÜBİTAK'ında bulunduğu pek çok kurumun araştırma ödülüne ve Sağlık Bakanlığı Üstün Hizmet Ödülüne layık görülen Prof. Kayaalp, Türkiye Bilimler Akademisi'nin de şeref üyesiydi.

"Türkiye'nin de kendi ürettiği bir otomobil olsun" demek çok anlamsız ve çağdışıdır. Bu konuda başka bir husus olarak da şunu ifade etmek isterim: Ülkemizde 70'lerin anarşi ortamında bazı solcu gruplar, "Kendi ilacını kendin yap?" diye sloganlar attılar. "Tamam, kendi ilacımızı yapalım. Ama yerli ilaç üretilmemiz için bize denek lazım" dediğiniz zaman bu sefer de "İnsanımızı kobay yapıyorlar" diye itiraz ettiler. Bu yaman çelişkiyi de yaşadık.

Hocam son olarak halkımızın tüketim alışkanlıklarını hakkında neler söylersiniz?

Türkiye'de ilaç tüketim konusu pek sıhhatli sayılmaz. Hastalar kolay telkin edilebilir durumda. Halkımız düşünceden çok duyguya önem veriyor. Halkımızın bu konuda aydınlatılması gerekir. TV'lerdeki kamu spotlarıyla, okullardaki eğitim müfredatında bu konulara yer verilerek halkımız bu konuda bilinçlendirilmelidir. İlaç tüketiminin hekim tarafından yönetilmesi gerekir. Eczanelerden ilaçların geri ödemeye tabi olanlar hariç reçetesi olarak alınabilmesi gerçeği tüketim konusunda sorun yaratmaktadır. Ayrıca piyasaya ilaç sunumunda da az da olsa eksiklik ve sorunlar vardır. Örneğin bazı ilaçların paranteral şekilleri sunulmamıştır. Sadece oral şekilleri vardır. Sabit kombinasyon şeklindeki ilaç ürünlerinin komponentlerini tek başına içeren ürünler piyasada yoktur. Bu durumda hekimin kombinasyon şeklindeki ilaç ürünlerini bilinçli bir şekilde reçetelenmesi mümkün olmaz. Ayrıca gene sabit kombinasyon şeklindeki ilaçların bütün doz opsiyonları piyasada bulunmamaktadır. Örneğin hidroklorotiazid içeren kombinasyonda 12,5 mg'lik opsiyon pazarlanmamış olduğu halde 25 mg'lik opsiyon pazarlanmamıştır.

Sağlıkta kalite değerlendirmeleri

Dr. Hüseyin Demirel



1968 yılında Kars'ta doğdu. İlk ve ortaöğrenimini Bursa'da tamamladı. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirerek tıp doktoru unvanını aldı. 2004 yılında Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi'nde, Kamu Yönetimi alanında yüksek lisans eğitimi aldı. Çeşitli kitap ve dergilerde editörlük, yayın kurulu üyeliği ve yazarlık yaptı. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı Stratejik Yönetim ve Planlama Daire Başkanlığı görevini yaptı. Sağlık Bakanlığı'nın ilk stratejik planının koordinasyonunu yürüttü. 2009 yılında Dünya Bankası bünyesinde "Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi" Danışmanı olarak çalıştı. Son 3 yıldır Sağlıkta Kalite Değerlendirmelerinde Ekip Sorumlusu olarak 100 civarında değerlendirmeye katılan Dr. Demirel evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Kader Murgul



1979 yılında Muş'ta doğdu. İlk ve Ortaöğretimini Yalova'da tamamladı. 2001 yılında Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu ve çeşitli Özel Hastane deneyimlerinden sonra 2009 yılında Kamu Hastanelerinde çalışmaya başladı. 2013 yılında Sağlık Yönetimi alanında Yüksek Lisans yaptı. Halen Bursa Kamu Hastaneleri Birliği Tıbbi Hizmetler Başkanlığı'nda Uzman olarak çalışmaktadır. Murgul evlidir ve 1 çocuk annesidir.

İbrahim Kaygılı



1987 yılında Mersin'de doğdu. İlk ve orta öğrenimini Mersin'de tamamladı, Uludağ Üniversitesi Sağlık Memurluğu bölümünden mezun oldu. 2012 yılında Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Sağlık yönetimi alanında yüksek lisans eğitimi aldı. 2011 yılında Bursa Çekirge Devlet Hastanesinde Kalite Yönetim Birimi ve çeşitli birimlerde görev aldı. Halen Bursa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Tıbbi Hizmetler Başkanlığı'nda görev yapmaktadır.

Sağlık kurumlarında kalite değerlendirmelerine geçmeden önce kısaca "sağlıkta kalite" ve "sağlıkta kalite standartları"nın ülkemizdeki gelişim sürecini incelemenin, sistemin daha rahat anlaşılmasına katkısı olacaktır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi aşamalarında, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) önemli bir yer tutmaktadır. Geçtiğimiz son 10 yıla damgasını vuran bu program, sağlığın tüm bileşenlerinde önemli iyileştirmeler sağlamıştır. Sağlıkta kalite kavramı da SDP ile kurumlarımıza sirayet etmiş, kamu hastaneleriyle başlayan süreç nihayetinde tüm kurumlarımızı kapsar hale gelmiştir.

Sağlıkta Kalite Standartlarına (SKS) yönelik çalışmaların temeli ve yol göstericisi SDP'nin 8 ilkesinden "nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon" ilkesi olmuştur. Bakanlıkta

kurumsal yapının kurulması ile kalitenin artırılması ve uygulama alanlarına tatbiki yönünde yoğun çalışmalar başlatılmıştır. Bu çalışmalarda temel ve çekirdek yapıyı kalite standartları oluşturmuştur.

Sağlıkta kalite standartlarının gelişim süreci

Sağlıkta kalite standartlarının gelişim sürecini 5 döneme ayırabiliriz.

Birinci dönem: 2003 yılında başlayan bu dönemde belirlenen yol haritasının temel ilke ve değerleri belirlenmiş ve teorik altyapı oluşturulmuştur.

İkinci dönem: Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında ilk defa 100 kriterden oluşan bir soru seti yayınlanmıştır.

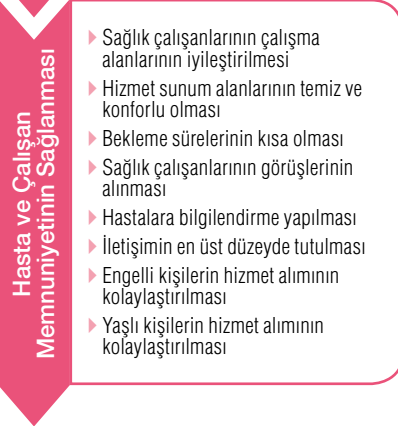
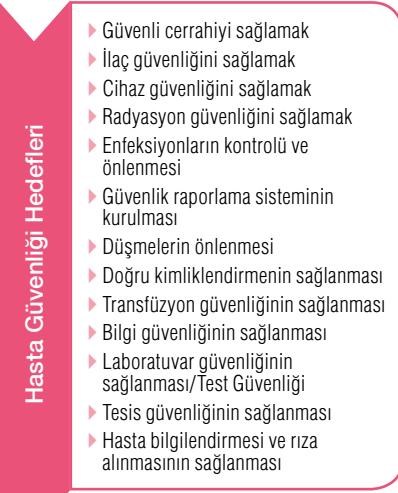
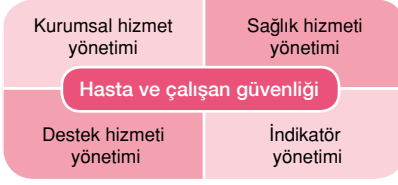
Üçüncü dönem: Soru seti hem muhteva, hem de sayısal olarak geliştirilerek 150 standarttan oluşan bir set haline almıştır.

Dördüncü dönem: 2009 yılında 358 standartlık bir set yayınlanarak Sağlıkta Kalite Standartlarının ana iskeleti oluşturulmuştur.

Beşinci dönem: Standart sayısı 621'e çıkarılmış olup kamu, özel ve üniversite ayırımı yapılmaksızın tüm hastanelere yönelik olarak "Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane" seti oluşturulmuştur. Böylelikle bugüne kadar farklı kulvarlarda hareket etmiş olan hastanelerimiz herhangi bir ayırım yapılmaksızın aynı standartlarla değerlendirilerek bir ilk gerçekleştirilmiştir. Ayrıca bu çalışmalar sonucunda ağız-dış sağlığı merkezlerine ve il ambulans servislerine yönelik setler oluşturulmuştur.

Sağlıkta kalite standartlarının yapısı ve hedefleri

SKS yapısal olarak 4 dikey 1 yatay olmak üzere 5 boyuttan oluşmaktadır: Kurumsal



hizmet yönetimi, sağlık hizmet yönetimi, destek hizmet yönetimi, indikatör yönetimi dikey boyutta yer alırken, hasta ve çalışan güvenliği ise yatay boyutta yer almaktadır. Şekilde de görüldüğü üzere hasta ve çalışan güvenliği boyutu diğer 4 boyutun tam kalbinde yer almaktadır. Sağlıkta kalite standartları, sunulan

Tablo 1: SKS değerlendirme yolculuğu

	Öz Değerlendirme	İl Sağlık Müdürlüğü Değerlendirilmesi	Çapraz Değerlendirme	Merkezi Değerlendirme	Merkezi Değerlendirme
Yıllar	2007	2008-2009	2008-2009	2010	2011
Değerlendiren	Hastaneler kendilerini	İl Sağlık Müdürlükleri	Daire Başkanlığı	Daire Başkanlığı	Daire Başkanlığı
Değerlendirme Gün Sayısı	2-3	2-3	2-3	1-2	1
Değerlendirilen Bölümler	Tüm bölümler	Tüm bölümler	Tüm bölümler	Randomize seçilen bölümler	Randomize seçilen bölümler
Değerlendirme Sayısı	Yılda 4	Yılda 3	Yılda 2	Yılda 2	Yılda 2

hizmetin ve bu hizmet sonucunda elde edilen çıktılarının kalitesinin geliştirilmesini ve sürekli iyileştirilmesini esas almaktadır.

Bu çerçevede SKS üç ana hedefe odaklanmaktadır.

- Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması
- Hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanması
- Etkinlik ve etkililiğin sağlanması

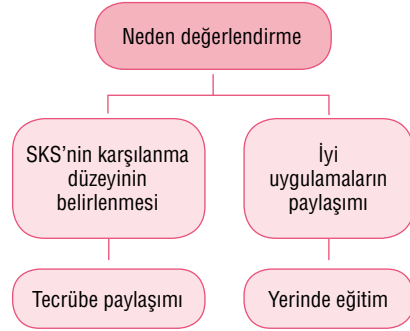
Etkinlik ve etkililiğin sağlanması

Burada amaç doğru hizmetin, doğru zamanda ve en az maliyetle gerçekleştirilmesidir. Diğer bir deyişle etkinlik doğru işin yapılması, etkililik işin doğru yapılmasıdır. Etkinlik ve etkililik aynı zamanda maliyetlerin gözetilmesi ya da azaltılmasına katkı sağlaması dolayısıyla verimliliğe de etki eden önemli kavramlardır.

Sağlıkta kalite değerlendirmeleri

Sağlıkta kalite değerlendirmeleri, sağlık kurumlarının sağlıkta kalite standartlarını karşılama düzeylerinin belirlendiği, süreç içerisindeki gelişimlerine ilişkin geri bildirim sağlandığı, konusunda uzman değerlendiriciler tarafından gerçekleştirilen yerinde gözlem ve inceleme faaliyetine verilen isimdir. Değerlendirme kavramı, Sağlık Bakanlığı kalite çalışmalarına özgü olarak kullanılan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu kavram, bahsi geçen faaliyetin kurumdaki eksiklikleri tespit edip cezalandırmayı öngören bir denetim mantığı içinde değil, eksiklikleri tespit edip iyileştirme sağlamak yoluyla sürecin gelişimini hedefleyen bir bakış açısı ile gerçekleştirildiğini ifade etmektedir.

Yerinde yapılan kalite değerlendirmeleri, mevcut durumun tespiti yanında kurumlarımız ve sağlık çalışanlarımız için çok önemli bir eğitim aracıdır. Aynı zamanda tecrübe ve iyi uygulamaların paylaşıldığı değerlendirilmeler de, sağlıkta kalite standartlarının ülkemizin her yerinde aynı



bakış açısıyla uygulanmasına ve tüm kurumların kalite seviyesinin artırılmasına büyük katkı sağlamaktadır. Sağlık hizmeti sunumu, hasta ve çalışan güvenliği kültürünün oluşturulması, geliştirilmesi, hasta ve çalışan memnuniyetinin artırılması, kalitenin geliştirilmesi, etkinlik ve verimliliğin sağlanması için oluşturulan ulusal kriterlerle sağlık kurumlarının gözden geçirilmesidir.

Değerlendirmelerde şu sorulara cevap aranmaktadır:

- Hastalar ve çalışanlar memnun ve güvende mi?
- Sağlık hizmeti standarda uygun mu?
- Kalite kurumsal kültür haline gelmiş mi?
- Hizmet etkin ve verimli mi?

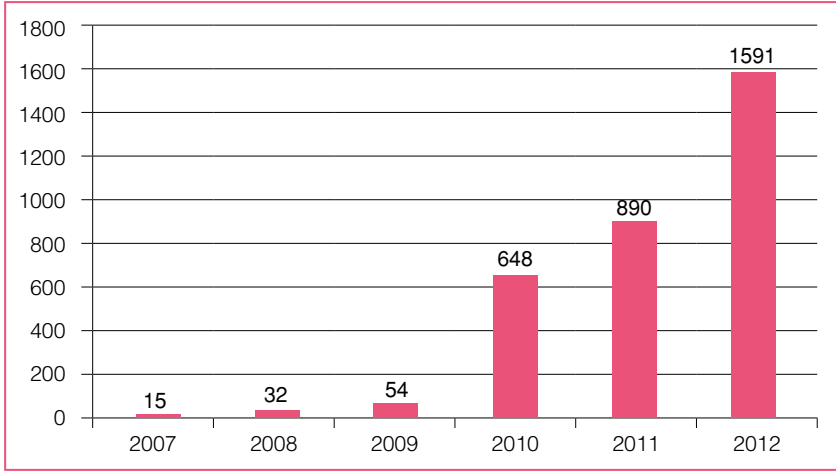
Sağlıkta kalite standartları değerlendiricisi; alanında eğitim almış, genellikle çalıştığı kurumda sürecin içinde olan, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından belirlenmiş özelliklere sahip, belirli sayı ve nitelikte değerlendirmede bulunmuş, çalışmaları Başkanlık, gidilen kurum ve ekip üyeleri tarafından değerlendirilen, konusunda uzman kişidir.

Değerlendirici, tarafsız ve bağımsızdır. Bulduğu konumu ne olursa olsun "değerlendirici" kimliği ile kurumda bulunduğunu bilir. Kurum bilgilerinin gizliliğine saygılıdır, iletişime açık, karşılıklı bilgi alışverişi yapabilen kişidir. Önyargısız, fayda sağlayıcı olarak değerlendirme yapar, her zaman yapıcı bir tavır içindedir

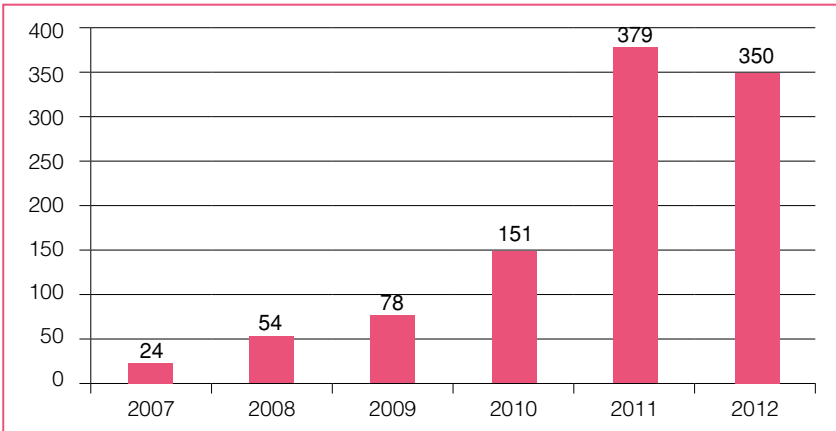
Tablo 2: Sağlıkta kalite değerlendirmeleri özet tablo (17 Ekim 2012-25 Ocak 2013/2. Dönem)

Parametrenin Adı	Sayısı	Değerlendirilen			
		Kurum Türü	Kurum Sayısı	Bölüm Sayısı	Standart Sayısı
Değerlendirme Yapılan İl	81	Genel Hastaneler	741	7	214
Değerlendirme İş Günü	57	Psikiyatri Hastaneleri	9	5	158
Değerlendirmeye Katılan Değerlendirici	296	Fizik Tedavi Hastaneleri	9	6	166
Değerlendirmeye Katılan Ekip Sorumlusu	54	Göz Dal Hastaneleri	29	6	155
Değerlendirilen Kamu Hastanesi	325	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ve Hastaneleri	37	6	106
Değerlendirilen Özel Hastane	463				
Değerlendirilen ADSM/ADSH	37				
Toplam Değerlendirilen Kurum	825				

Tablo 3: Değerlendirilen kurumların yıllara göre dağılımı



Tablo 4: Değerlendirici sayısının yıllara göre dağılımı



ve etrafında bulunan kişilerin de farklı davranış sergilemelerine engel olması gereken kişidir.

Değerlendirmelerin etkinliğini sağlamak için, standart kapsamında, objektif delillere dayalı, kurum için katma değer yaratacak şekilde, adil, açık ve anlaşılır bir şekilde yapılması son derece önemlidir.

SKS değerlendirme yolculuğu

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığınca sistemin daha da geliştirilmesi, iller arası iyi uygulamaların ve deneyimlerin paylaşılması amacıyla 2007 yılında farklı illerden değerlendirici ekipler oluşturulmuş ve İl Performans ve Kalite Koordinatörlükleri tarafından yapılan değerlendirmelere ilaveten bu ekipler başka bir ilin merkez hastane-

lerinde değerlendirmeler yapmıştır. Bu uygulama ile kalite çalışmalarına yeni bir boyut kazandırılmıştır. Söz konusu değerlendirmeler 2007 yılında "çapraz değerlendirme" adı altında 7 ilde uygulanmış ve 2010 yılına kadar Türkiye'nin farklı illerinde yapılmaya devam etmiştir.

SKS merkezi değerlendirme, ilk olarak 2010 yılında gerçekleştirilmiştir.

Bu yolculuğun gelişimi Tablo 1'de gösterilmiştir.

Sağlıkta kalite değerlendirmelerinin sonucusu, 17 Ekim 2012-25 Ocak 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu tarihler arasında 81 ilde 350 değerlendirici ile toplam 825 kurum değerlendirilmiştir. Değerlendirmelerin özet tablosu Tablo 2'de gösterilmiştir.

2012 yılında toplam 1591 değerlendirme yapılmak sureti ile her geçen gün değerlendirme sayısı ve niteliği artmıştır. Değerlendirilen kurum ve değerlendiricilerin yıllara göre dağılımı Tablo 3 ve Tablo 4'te gösterilmiştir.

Sonuç ve değerlendirme

Sağlıkta kalite değerlendirmeleri sağlık kurumlarında yönetimden çalışanlara kadar her sağlık çalışanı için yerinde eğitim sürecine dönüşmüştür. Bu bağlamda, son dönem gerçekleştirilen değerlendirme sürecinde kurum yöneticileri, kalite yönetim direktörleri ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla yaklaşık 15.000 sağlık çalışanı, oluşan eğitim ağı sayesinde bilgi ve tecrübelerini paylaşma ve artırma fırsatına sahip olmuşlardır. Bu, çok önemli bir kazanımdır.

Bunun yanında SKS;

- Kurumların verdiği hizmete göre fiziki yapısını standardize etmektedir.
- Sağlık hizmetinin içine doğrudan nüfuz etmekte, kurullar ve komiteler kurmakta. Bu kurul ve komitelere, verilen hizmeti nasıl takip edeceğini dikte etmektedir.
- Çalışanın, hasta ve hasta yakınının güvenliğini doğrudan etkileyecek etkenlere tesir etmektedir.
- Sağlık idarecisi ve çalışanına işini belli standartlara göre yapmış olmanın rahatlığını ve iç huzurunu yaşatmaktadır.
- İdareciye hukuki neticeler doğurabilecek sorumluluklar yüklemekte, değişim baskısı oluşturmaktadır.
- Değerlendiricinin gittiği kuruma katkı sağlaması, bilgi ve tecrübelerini paylaşması yanında kendini de geliştirmesine katkıda bulunmaktadır.
- Kurumsal hafızayı şekillendirmektedir.
- Ülke genelinde sunulan sağlık hizmeti kalitesinin artırılmasını sağlamaktadır.

Kaynaklar

Güvenli Cerrahi, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2011, Ankara,

Hastane Hizmet Kalite Standartları, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, 2011

HKS Okulu Ders Notları, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2. Baskı, 2011, Ankara,

Robert, J. Robert; Hsiao, William, Berman, Peter;

Reich, R. Michael. Sağlık Reformunun Doğru Yapılması, RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2010

Sağlık Sistemi Yaklaşımı ile Kalite ve Güvenlik Stratejileri Geliştirme Kılavuzu, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2008, Ankara,

Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2012, Ankara,

SKS İşığında Sağlıkta Kalite 1. Cilt, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Kasım 2012, Ankara.

SKS İşığında Sağlıkta Kalite 2. Cilt, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Kasım 2012, Ankara.

SKS İşığında Sağlıkta Kalite 3. Cilt, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Kasım 2012, Ankara.

SKS ve İlaç Güvenliği, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara, 2012

Tulunay, F.Cankat; Maltan, Simten; Değer, Çetin; Aras, Emre, Sağlık Bakımı Maliyeti, Kalitesi ve Çıktıları, 2008, Ankara

Değerlendirme hatıraları

1. Üst düzey politikacı ve kanaat önderleri

Muhtemelen apartmandan dönüştürülmüş görünümlü hastaneye ilk girdiğimizde, bizi birkaç kuruma danışmanlık yaptığını sonradan öğrendiğimiz kalite sorumlusu şahıs karşıladı. Açılış toplantısı için yöneticiler ve birim kalite sorumlularını davet ettik. Katılımcıları beklerken hastanenin büyük hissedarı olduğunu ifade eden "muhtemelen sağlık kökenli olmayan" şahısla vakti değerlendirme adına konuşmaya başladık. Tanışma faslını geçince bulunduğumuz hastanenin, toplum tarafından sevilen ve kabul gören bir kanaat önderine ait olduğunu, iktidar partisinin üst düzey yetkililerinin çok sık hastaneye geldiklerini ve çok iyi dostlukları olduğunu ifade edince daha başlarken "mesajı almış" olduk. Açılış toplantısı sonrasında bölüm bazında değerlendirmelere geçilince anlaşıldı ki şahıs, değerlendirici ekibi sevgi ya da korku ile etkilemeye çalışmış. Ama nefile. Değerlendirme bitince çok sayıda değerlendirme yapmış ekip üyeleri şundan emindi: Kalite açısından şu ana kadar değerlendirdikleri en uygunsuz hastane, bu hastaneydi...

2. Çok uzun yıllar öncesinde kalmış dostların araması

Yine bir değerlendirme için Anadolu'nun şirin illerinden birindeyiz. Açılış toplantısı sonrası hemen bölüm bazında değerlendirmeye başlıyoruz. Hastanede kalite yönetim sistemine yönelik ciddi uygunsuzluklar mevcut, değerlendirmenin bir amacı da "eğitim" olduğundan dilimizin döndüğünce uygun olan konuları aktarıyoruz.

Biraz vakit geçince telefonumuz çalıyor, değerlendirme esnasında mümkün olduğunca telefon görüşmesi yapmamaya özen gösterdiğimizden açmıyoruz. Kayıtlı olmayan ve ısrarla arayan numarayı "hayırdır" diyerek açıyoruz... Kısa bir şaşkınlıktan sonra "Hoş geldiniz ilimize" diyen uzaklardan tanıdık bir ses...

Kısa bir şaşkınlıktan sonra anlıyoruz ki açılış toplantısında kısa tanışmalar sonrası "Google" epeyce çalıştırılmış.

Yaklaşık 15 yıl önceki okul arkadaşlarımız bulunmuş. "Hastane sahibi Mahir Abi'nin çok iyi bir insan olduğu ve birçok olumlu hasletleri anlatıldıktan sonra..." fazla sıkıştırılmaması" ricası olduğunu anlamak fazla uzun sürmüyor... Kendi kendimize, değerlendirmelerin bir faydası da eski arkadaşları buluşturması olsa gerek (!) diyoruz...

3. Özel sektör, KPSS ve doküman yönetimi

Ülkemizin güzel köşelerinden birindeyiz yine. Orta hallice bir özel hastanenin kapısından giriyoruz. Açılış toplantısı sonrası hastane yöneticileri ortadan kayboluyor. Yeni mezun görünümlü iki sağlık personeliyle baş başa kalıyoruz. Kalite konusunda deneyimlerinin olmadığı her hallerinden belli, biraz da telaşlı arkadaşlarımızla "yönetim hizmetleri" bölümünü değerlendirmeye başlıyoruz. Malum olduğu üzere birçok doküman inceliyoruz bu bölümde. Bizler doküman istedikçe, odadaki 3 masadan biri olan bu arkadaşlarımızın olduğu masada yoğun bir hareketlilik başlıyor, 3-5 dakika sonra doküman bize sunuluyor. Ancak yönetim sistemine uygun olmayan "ham dokümanlar" bizlere sunuluyor. İşin aslı, arkadaşlardan 5 dakika müsaade edip açık olan bilgisayara bakmamızın ardından anlaşılıyor. Aslında hastanenin bir kalite yönetim sistemi tam olarak kurulamamış. Ancak bu iki arkadaşımız "pratik" bir çözüm bulmuşlar: Kalite yönetim sistemi dokümanlarını elektronik ortamda paylaşan 4-5 hastane tespit etmişler. Bu hastanelerin web sayfalarını ekranda açmışlar. Değerlendirici ekip doküman istedikçe hemen oradan masaüstüne indirip üzerine kendi antetli kağıtlarını ekleyip bize sunmuşlar...

Pratik zekâya hayran olmamak elde değil. Bir önceki kalite yönetim direktörü KPSS'den yüksek puan alıp, "devlete" geçince 6 ay önce başladıkları hastanede kalite yönetim direktörlüğü işi yeni mezun bu arkadaşlarımıza kalmış. Onlar da kısa sürede sisteme hâkim olamayacaklarını anlayınca kendilerine cazip gelen bu formülü bulmuşlar.

Dokümanları incelerken masaüstünde açık olan bir doküman daha vardı: KPSS Tercih Formu! Bir sonraki değer-

lendirmede belki bu arkadaşımız da o kurumda olmayacaktı. Özel sektör hastanelerinde bilhassa yardımcı sağlık personeli sıkıntısının hizmet sunumunu etkilediği kadar kalite yönetim sistemini de etkilediği aşikâr.

4. Kilitli çeyiz sandığı-kişisel koruyucu ekipman çantası

Ülkemizin batı bölgesinde deniz kenarında bir ilimizdeyiz. Kamu hastanesi yeni yapılmış, idarecileri ve ekibi çok hareketli, kıpır kıpır. Değerlendirmeye yüksek motivasyonla hazırlandıkları her hallerinden belli. Açılış toplantısı ve doküman bazında inceleme bittikten sonra polikliniklere geçiyoruz. Çalışanlara, kişisel koruyucu ekipmanlarını göstermelerini talep ediyoruz. İdarecilerden biri, bulunduğu yeri eliyle hemen bize gösteriyor. Baktığımız yerde bir sandık bulunmakta "eskiden annelerimizin çeyiz sandığının biraz daha ufağı" ve de kapağı kilitli. İdare, ilgili bölümdeki standardı okuyunca hemen -çok ta özenerek- (tasarımı gerçekten muhteşem) bu sandığı yaptırmış. Özel olarak yaptırdıklarından olsa gerek gelen ekiplere gösterdikleri için de çok keyif aldıkları belliydi. Kendilerine "ulaşılabilirlik" konusunu çözmeleri gerektiğini (sandığın her zaman açık olması gerektiğini) izah ederek değerlendirmeye devam ettik...

5. Heybe-acil müdahale seti/mavi kod organizasyon şeması

Orta Anadolu'da bir ilimizdeyiz. Tarihi ve kültürel yapısını muhafaza etmiş bir şehir. İlin tamamı, kalite felsefesine gönülden inanmış idareci ve çalışanlardan oluşmakta. Hastanede açılış toplantısını bitirip değerlendirmeye yönetim hizmetleri ile başlıyoruz. Acil müdahale setini sorguluyoruz. Bu arada ortamda göz göze gelmeler başlıyor. Bir anlık duraksamadan sonra çalışanlardan bir tanesi "heybe" diyor. Duraksama sırası bize geçiyor. Durumu fark eden idareci arkadaşımız, hemen açıklamada bulunuyor: "Bizim burada bilhassa yardımcı personele "acil müdahale seti" dediğimizde sıkıntı yaşayabiliyoruz. O yüzden dokümanlarımızda dahi acil müdahale seti ile "heybe" ifadelerini beraberce kullanmaktayız." İnsanımızın çözüm odaklılığı etkileyici.

Geleneksel tıbbı akademik yaklaşım: GETTAM

Yrd. Doç. Dr. Mahmut Tokaç



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

İstanbul Medipol Üniversitesi bünyesinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Araştırma ve Uygulama Merkezi (GETTAM) kuruldu. Nedir bu “geleneksel ve tamamlayıcı tıp” ve neden böyle bir merkezin kurulmasına ihtiyaç hissedildi? Dünyada ve ülkemizde durum nedir? Şimdi bu soruların cevaplarına şöyle bir göz atalım.

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre

“geleneksel tıp”, fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı -izahı yapılabilen veya yapılamayan- bilgi, beceri ve uygulamaların bütünüdür. Bu yöntemler, bir ülkenin kendi geleneklerinin parçası olmayan ve hâkim sağlık sistemine entegre olmamış sağlık uygulamaları yelpazesini

kapsadığı zaman “tamamlayıcı tıp” veya “alternatif tıp” olarak adlandırılır. Bazı ülkeler için “tamamlayıcı tıp”, Batı tıbbının dışında ama onunla birlikte kullanılan uygulamaları ifade ederken; “alternatif tıp”, Batı tıbbı yerine ikame edilen yöntemler anlamına gelebilmektedir. Bir de “restoratif tıp” terimi vardır ki AARM'ın (Association for the Advancement of Restorative Medicine) tanımlamasına göre “fizyolojik mekanizmalara en az



GETTAM'da geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının bilimsel yöntemlerle araştırmalarının yapılması, tıp doktorlarına lisans süresinde kanıta dayalı bilgiler eşliğinde öğretilmesi ve mezuniyet sonrası dönemde uygulamalı bir şekilde eğitilerek yetkilendirilmesi amaçlanmıştır. Bu suretle geleneksel ve tamamlayıcı yöntemlerin eğitilmiş ve yetkilendirilmiş insanlarca uygulanması temin edilmiş olacaktır. Batı tıbbi ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp, birlikte uyum içinde halkımızın sağlığına katkıda bulunabilecektir.



müdahale ile yapı ve fonksiyon kayıplarını düzeltmeyi esas alan bazı tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini geçerli Batı tıbbi yöntemleri ile birlikte kapsayan bir terim olarak entegratif tıbbin bir alt grubu"nu ifade ediyor. Biz hepsini kapsayan bir ifade olarak "**geleneksel ve tamamlayıcı tıp**" terimini tercih ediyoruz.

Günümüz dünyasında geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları gittikçe artmaktadır. Bu artışın gerekçelerinden biri olan doğal ürünlerin iyi ve güvenli olduğu inancıdır. İnsanların önemli bir kesiminin hayatında yer bulan bu tür tıbbi uygulamaların göz ardı edilmesinin toplum sağlığını korumaktan çok riske etmeye yol açacağı aşikârdır. Özellikle standardizasyondan yoksun, mevzuat alt yapısı olmayan, denetimsiz ve istismara açık bir alanın göz ardı edilmesi daha çok başıboş kalması anlamına gelecektir.

DSÖ'nün bakışı

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp konusu yıllardan beri DSÖ Genel Kurullarının gündemine gelmektedir. *Geleneksel Tıp Alanında Araştırma ve Eğitiminin Geliştirilmesi* (1977), *Tıbbi Bitkiler* (1978), *Geleneksel Tıp* (1987), *Geleneksel Tıp*

ve Tıbbi Bitkiler (1988), *Geleneksel Tıp ve Modern Sağlık Hizmetleri* (1989, 1991) başlıkları altında kararlar kabul edilmiştir. Bu sürede akupunktur ve bitkisel tedavileri konu alan birçok rapor yayımlanmıştır. "*Geleneksel Tıp Araştırma ve Değerlendirme Metodolojileri Rehberi* (2000)" ve "*Geleneksel Tıp /Alternatif ve Tamamlayıcı Tıbbin Dünyadaki Yasal Durumu* (2001)" ile "*DSÖ Geleneksel Tıp Stratejisi 2002-2005*" adlı dokümanlar yayımlanmıştır. Küresel sağlık politikalarının geliştirilmesi ve uygulanmasında aktif rol oynayan DSÖ'nün geleneksel tıp konusunda lakayt kalmamaya çalıştığı görülmektedir.

DSÖ Başkanı Dr. Chan, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının yaygınlaşmasındaki önemli bir etken olan doğal ürünlerin esasları itibarıyla iyi ve güvenli olduğuna olan inancın istismar edilmesi ve ticari olarak kolayca pazarlanabilmesi gerçeğinden hareketle şu yargıya varıyor: "*Köklü, kültürel olarak kabul gören ve yararlı bir geleneksel tıp, şefkatli bir tedavi ve şifa sanatı olarak iyi eğitim almış, tecrübeli ve lisanslı kişiler eliyle uygulanırsa daha zor istismar edilecektir*".

Pekin'de düzenlenen Geleneksel Tıp

Kongresinin ardından geleneksel tıbbin güvenli ve etkili kullanımını teşvik eden "*Pekin Deklarasyonu*" yayımlandı. Deklarasyon, geleneksel tıbbin ulusal sağlık sistemlerine entegre edilmesi yönünde DSÖ üye ülkelerini adım atmaya davet etmiştir. Geleneksel tıp hakkında ulusal politika oluşturulması, geleneksel ve bitkisel ilaçlarla ilgili ulusal mevzuat geliştirilmesi, geleneksel tıbbin temel sağlık hizmetleri kapsamında ele alınması ve geleneksel tıp uygulamaları için ulusal düzenlemelerle bu alanlarda araştırmaların yapılması için, üye ülkeler iş birliği yapmaya çağırılmaktadır. Ayrıca konvansiyonel tıp ile geleneksel tıp mensupları arasında iletişimin güçlendirilmesi; sağlık çalışanlarına, tıp öğrencilerine ve ilgili araştırmacılara yönelik uygun eğitim programlarının yapılması gerektiğine vurgu yapmaktadır. Pekin Deklarasyonundan 6 ay sonra, 2009 yılı DSÖ Genel Kurulunda (62. World Health Assembly) bu deklarasyonu esas alan bir tüzük kabul edildi.

Tarihsel kökenini aldığı toplumda yer edinmiş olan *geleneksel tedaviler*, bir anlamda uzun yılların tecrübesine dayalı *gelenek*in güvencesi altındadır. Tamamlayıcı tıp uygulamaları, uygulama alanı bulunduğu toplumun gelenekleri, alışkan-

Merkezde öncelikle Sağlık Bakanlığınca kabul edilmiş olan akupunktur, hipnoz, fitoterapi, hidroterapi, gıda rejiminin düzenlenmesi yoluyla sağlıklı yaşam gibi geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları tıp fakültesi öğrencilerine öğretilecek, mezuniyet sonrası dönemde ise uygulamalı eğitimler verilerek eğitimlerini başarıyla tamamlayanlar Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içinde sertifikalandırılacaktır. Ayrıca endemik tıbbi bitkiler açısından oldukça zengin olan ülkemizdeki potansiyel harekete geçirilerek bu bitkilerden tıbbi ilaç veya yarı mamul ürünler üretilbildiği takdirde diğer ülkelere ihraç etme imkânları da sağlanacaktır.



lıkları ve bilgi birikimine yabancılığı oranında güvenli alandan uzaklaşmaktadır. DSÖ'nün geleneksel tıp/tamamlayıcı tıp ayırımı yapmaksızın, halk sağlığı adına toplumların birikimleri ve kabullerinden yararlanmaya çalıştığı, bu birikimlerin olumlu yönlerinin açığa çıkarılması için çaba harcadığı görülmektedir. Standartize edilmiş bilimsel metotlar kullanarak bu alanlarda araştırmalar yapılmasını teşvik etmekte, uygulamaların eğitimli ve lisanslı kişiler tarafından yapılmasını sağlamaya çalışmakta ve en önemlisi üye ülkelerin bu tıp anlayışlarını göz ardı etmeksizin, istismar edilmesine fırsat vermeyecek şekilde ulusal mevzuatlarını geliştirmelerine yardımcı olmaya çalışmaktadır.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının yaygın olduğu ülkelerde bu amaçlarla mevzuat geliştirilmiştir ve uygulayıcılara lisanslama yapılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri, alternatif ve

tamamlayıcı tıp için National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) adlı bir kurum oluşturmuş ve 2010 yılında Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH) 520 milyon Doları bu alandaki araştırmalara ayırmıştır.

Avusturya ve Almanya'da ise geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının tamama yakını lisanslı doktorlar eliyle yürütülmektedir. Avustralya, Hindistan, Malezya ve Uzakdoğu ülkelerinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp metotlarının kullanımının entegrasyonu, desteklenmesi ve düzenlenmesi için yeni politikalar geliştirilmeye çalışılmaktadır.

Ülkemizdeki durum

Ülkemizde geleneksel ve tamamlayıcı yöntemler ile ilgili tam anlamıyla bir düzenleme henüz gerçekleştirilmiş değildir. Halen ülkemizde sadece akupunkturla ilgili olarak 17.09.2002 tarihli ve 24879

sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları ile Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik" mevcuttur.

Ayrıca 21.08.2010 tarihli ve 27679 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği çerçevesinde ülkemizde fitoterapi tedavisi uygulayacak hekimlerin eğitiminin ve yeterliliğinin sağlanması amacıyla "Hekimlere Yönelik Fitoterapi Sertifika Eğitim Programı Standartları" 04.01.2011 tarihli ve 55 sayılı Bakanlık Onayı ile yürürlüğe girmiştir.

Son olarak 02.11.2012 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısını ve görevlerini düzenleyen 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede "Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili düzenleme yapmak" Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün görevleri içinde yer alırken ve "Geleneksel bitkisel tıbbi ürünler ve homeopatik tıbbi ürünler" Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun görev alanları arasında sayılmıştır.

Söz konusu 663 sayılı KHK'ye istinaden Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün bünyesinde *Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı* ihdas edilmiş olup, söz konusu Daire Başkanlığı tarafından *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmelik Taslağı* çalışmaları devam etmektedir.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları

NCCAM, sayıları düzineleri bulan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını üç başlık altında toplamıştır:

1. Doğal ürünler (tıbbi bitkiler, probiyotikler vb.),
2. Zihin ve beden tıbbi (meditasyon, akupunktur vb.),
3. Fiziksel manipülasyona dayalı uygulamaları (masaj, osteopati vb.).

Bu uygulamaların bazıları şunlardır (alfabetik sıralanmıştır):

- Akupunktur
- Aleksander tekniği
- Antropofizik tıp
- Aromaterapi
- Ayurveda
- Bach ilaçları
- Bio-feedback
- Bitkisel Tıp
- Biyoenerji
- Biyo-kimya
- Do-in (bastır oraya)
- Hidroterapi

- Hipnoz
- Hirudoterapi
- Homeopati
- Kayropratik
- Kupa Tedavisi
- Makrobiyotik
- Masaj
- Müzik tedavisi
- Natüropati
- Negatif iyon tedavisi
- Orgon tedavisi
- Osteopati
- Örüntü tedavisi
- Piramit tedavisi
- Psionik
- Radyestezi
- Radyonik
- Refleksoloji
- Renk tedavisi
- Rolf metodu
- Sesle tedavi
- Shiatsu
- Şifacılık
- Yoga

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Araştırma ve Uygulama Merkezi

Günümüz dünyasında hızla artan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının ve kullanılan doğal ürünlerin iyi ve güvenli olduğu inancı kolaylıkla istismar edilebildiğini belirtmiştik. İstismar, bu yöntemlerin iyi eğitim almış ve lisanslı kişiler eliyle uygulanması halinde önlenebilecektir. Ne yazık ki tıp fakültelerimizde ne lisans döneminde ne de mezuniyet sonrasında bu tarzda bir eğitim verilmemektedir. Böylece bu uygulamalar tıp dışı insanların ya da tıp mensubu olmakla birlikte bu konuda yeterli eğitimi almamış insanlar tarafından uygulanmaya çalışılmaktadır.

Öncelikli olarak geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının bilimsel yöntemlerle araştırmalarının yapılması ve tıp doktorlarına lisans süresinde ve mezuniyet sonrası dönemde kanıtla dayalı bilgiler eşliğinde uygulamalı bir şekilde öğretilmesi sağlanmalıdır. Ayrıca bu eğitimler sonucu yetkilendirilmiş kişilerin denetimli olarak bu uygulamaları yapmalarının temin edilmesi, bunların dışında kalanların bu uygulamaları yapmalarının engellenmesi gerekir. Nitekim Sağlık Bakanlığı yıllardır akupunktur uygulayıcılarını sertifikalandırmakta ve denetlemektedir.

Medipol Üniversitesi bünyesinde tesis edilen Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Araştırma ve Uygulama Merkezi işte bu gerekçelerle kurulmuştur. Bu merkezde geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının bilimsel yöntemlerle araştırmalarının yapılması, tıp doktorlarına lisans süresinde kanıtla dayalı bilgiler eşliğinde öğretilmesi ve mezuniyet sonrası dönemde uygulamalı

bir şekilde eğitilerek yetkilendirilmesi amaçlanmıştır. Bu suretle geleneksel ve tamamlayıcı yöntemlerin eğitilmiş ve yetkilendirilmiş insanlarca uygulanması temin edilmiş olacaktır. Batı tıbbi ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp, birlikte uyum içinde halkımızın sağlığına katkıda bulunabilecektir.

Merkezde öncelikle Sağlık Bakanlığınca kabul edilmiş olan akupunktur, hipnoz, fitoterapi, hidroterapi, gıda rejiminin düzenlenmesi yoluyla sağlıklı yaşam gibi geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları tıp fakültesi öğrencilerine öğretilecek, mezuniyet sonrası dönemde ise uygulamalı eğitimler verilerek eğitimlerini başarıyla tamamlayanlar Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içinde sertifikalandırılacaktır.

Merkez bünyesinde konuyla ilgili bir literatür derleme çalışması yapılarak ülkemizde henüz kabul görmemekle birlikte dünyada kabul gören homeopati, osteopati, kupa tedavisi, hirudoterapi, aromaterapi, biyoenerji vs. gibi geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları araştırılarak bunların uygulanabilirliği tespit edilecek ve Sağlık Bakanlığı tarafından tanınmasını müteakip eğitim ve sertifikasyonlarının yapılması sağlanacaktır.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili yurt içi ve yurt dışı kişi, kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapılarak bu konularda uzman kişilerin gerek merkeze gelmeleri vasıtasıyla gerekse elemanlarımızın bu kurum ve kuruluşlara giderek eğitim almaları yoluyla bilgi temini sağlanacaktır.

Ayrıca tıbbi bitkisel ürünler konusunda tümüyle dışa bağımlı olmamız dolayısıyla hem kontrolde zorlanılmakta hem de ülkemize yüklü bir miktarda ithalat yükü getirmektedir. Endemik tıbbi bitkiler açısından oldukça zengin olan ülkemizdeki potansiyel harekete geçirilerek bu bitkilerden tıbbi ilaç veya yarı mamul ürünler üretilebildiği takdirde diğer ülkelere ihraç etme imkânları da sağlanacaktır. Merkezimizde ülkemizdeki endemik bitkilerin üretimi konusunda da araştırma ve geliştirme çalışmaları yapılarak bu bitkilerin endüstriyel üretimlerine katkıda bulunulmaya çalışılacaktır.

Kaynaklar

- Aydın, S.; *DSÖ ve Gelenekten Küresele Tıbbın Alternatif Serüveni*, SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, İlkbahar 2012, Sayı: 22, s: 8-11.
- Beijing Declaration http://www.who.int/medicines/areas/traditional/congress/beijing_declaration/en/index.html (Erişim tarihi: 05.01.2012).
- Chan, M.; *WHO Congress on Traditional Medicine, 7-9 November 2008, Beijing, China* <http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081107/en/index.html> (Erişim tarihi: 05.01.2012).

Chatfield, K. and Relton, C.; "Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? - A full critique of the article by Shang et al" (September 2005) <http://www.homeopathy.org/downloads/ECCH-Critique.pdf> (Erişim tarihi: 05.01.2012).

Deepak, A. and Anshu, S.; *Indigenous Herbal Medicines: Tribal Formulations and Traditional Herbal Practices*. Jaipur: Aavishkar Publishers Distributor. p. 440, 2008.

Faydaoğlu, E. ve Sürücüoğlu, MS.; *Geçmişten Günümüze Tıbbi ve Aromatik Bitkilerin Kullanılması ve Ekonomik Önemi*, Kastamonu Üni., Orman Fakültesi Dergisi, 2011, 11 (1): 52-67.

General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine, World Health Organization, 2000 Geneva.

Gorski, D.; *Science Based Medicine, Credulity about acupuncture infiltrates*. the New England Journal of Medicine, <http://www.sciencebasedmedicine.org/index.php/acupuncture-infiltrates-the-new-england-journal-of-medicine/> (Erişim tarihi: 05.01.2012).

Gürkan, M.; *Hindistan'da Yaşatılan Bir Gelenek: Yunani Tıp, SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İlkbahar 2012, Sayı: 22, s: 74-77.

Kopelman, Lorretta M. "The role of science in assessing conventional, complementary, and alternative medicines". In Callahan D. *The Role of Complementary and Alternative Medicine: Accommodating Pluralism*. Washington, DC: Georgetown University Press. pp. 36-53. 2004.

Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review, World Health Organization, Geneva, 2001.

Marty (1999). "The Complete German Commission E Monographs: Therapeutic Guide to Herbal Medicines". *J Amer Med Assoc* 281 (19): 1852-3. doi:10.1001/jama.281.19.1852.

Nakajima, Ş.; *Batıda Alternatif Tıbbi Kayıt Altına Alma Süreci*, SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, İlkbahar 2012, Sayı: 22, s: 46-47.

NIH 'Estimates of Funding for Various Research, Condition, and Disease Categories (RCDC)' <http://report.nih.gov/rcdc/categories/default.aspx>.

Öztürk, G.; *Alternatif Terminoloji*, SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, İlkbahar 2012, Sayı: 22, s: 6-7.

Öztürk, M. ve ark.; *Isparta İli'nde Halkın Geleneksel Tedavi Tercihi*, T K J Medical Ethics, 2005, 13, 179-186.

Shang A. et al.; *Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homeopathy and allopathy*. *Lancet* 2005;366 (9487):726-733

Stanway, A.; *Alternatif Tıp El Kitabı*, (Çev.: A. Aker, A. Kut, A. Okçu), İnsan Yayınları, İstanbul, 1990.

The Society of Homeopaths press release "Universal Condemnation for The Lancet's Stance on Homeopathy" 19 September 2005.

Traditional medicine, Fact sheet N°134 December 2008 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/index.html> (Erişim tarihi: 05.01.2012).

White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy. March 2002. Archived from the original on 2011-08-25.

WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005, World Health Organization Geneva.

Tıbbiyede hiyerarşik yapı

Prof. Dr. H. Kadircan Keskinbora



1959 yılında Mardin'de doğdu. İlk ve orta öğrenimini aynı şehirde, yüksek öğrenimini Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı. Göz Hastalıkları alanında 1987'de uzman, 1999'da doçent, 2007'de profesör oldu. Göz hastalıkları dışında deontoloji, tıp tarihi ve etiği dalında ikinci doktorasını 2006 yılında tamamladı. Tıp Fakültesi Kurucu Dekanı olduğu Namık Kemal Üniversitesi'nden 2012 yılında ayrılıp Bahçeşehir Üniversitesi'ne geçti. Halen aynı yerde Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında görev yapmaktadır. Göz hastalıkları alanında Oftalmolojide Sorularla Eğitim, Oftalmolojide Sınava Doğru, Oftalmoloji ile Kesişen Bilim Dalları adlı üç bilimsel kitabı; tıp tarihi alanında Göz Nurunun Anahtarı ve Sevinç Hazineleri, Esat Işık, İbn Sina'nın Küçük Tıp Kanunu (Kitab el-Kanûn el-Sagîr fi't-Tıbb) adlı üç kitabı ve edebiyat alanında "Düşünen Beyinlerin İnsanlığa Mirası: Özdeyişler" kitabının yanı sıra "Yaban Gülü", "Mardin Düşünceleri", "Ben Suyum" ve "İddia" adlı dört şiir kitabı yayımlandı. Türk Müziğinde solistlik icra eden Keskinbora'nın TRT repertuarına kabul edilmiş besteleri de vardır.

Eğitim, beşikten mezara kadar hayatın her alanını ve anını kapsar. Genel olarak eğitim insani bir faaliyet olup insanın bütün yönleriyle geliş(tiril)mesi olarak değerlendirilebilir. Toplumsal hayatta insanlar evde, işyerinde, sokakta, sosyal öğrenme sürecinde birbirinden öğrenir. Bu süreçte herkes diğerlerinden öğrendiği gibi aynı zamanda diğerleri için bir öğrenme kaynağı ve rol modelidir. Öteden beri geleneksel bir yaklaşımla eğitim, bir toplumda insanların ortak değerler çevresinde bütünleştirilmesiyle erdemli bir toplum oluşturma süreci olarak tanımlanır. İşte bu öğrenme ve öğretme sürecinin amaçlı, sistemli, planlı, programlı ve düzenli bir biçimde gerçekleştirilmek istenmesi, eğitimin kurumsallaşmasını, eğitim ve okul sistemlerinin oluşmasını sağlamıştır.

Hiyerarşi

Okul, bir sistem olarak ele alındığında; il, ilçe ve merkez örgütleri üst sistemler; okul içindeki yönetim birimi, bölümler ve sınıflar ise okulun alt sistemleri olarak ele alınır. Sistem; birbiriyle ilişkili öğelerin, belirli amaçlara dönük olarak birlikte çalışmasına dayalı, aynı zamanda kendisi

de daha büyük sistem ya da sistemlerin parçası olarak işlevde bulunan bir bütün olarak tanımlanır. Sistemler, doğal sistemler ve insan yapısı sistemler; açık sistemler ve kapalı sistemler; mekanik sistemler ve biyolojik sistemler gibi değişik biçimlerde sınıflandırılır. Sosyal sistem yaklaşımı, insanlardan meydana gelen büyük-küçük, resmi-gayri resmi, her türlü toplulukları ve örgütleri analiz etmede kullanılan bir yaklaşımdır. Sosyal sistemler, insanlardan oluşan sistemler olarak dikkate alınır. Büyük ya da küçük her türlü insan grupları, toplumlar, okullar, sosyal bir sistem olarak ele alınıp çözümlenebilmektedir. Güçlü bir örgüt ve yönetim yapısı oluşturmada temel gereklilikler; etkili bir bilgi sistemi, kural(lar), düzenleme ve işlemler arasındaki uyum, iyi yetişmiş bir kadronun istihdamı ve motivasyonu şeklinde sıralanabilir.

Hiyerarşinin oluşması ve tıbbi hiyerarşisinin yerleş(tiril)mesi

Devlet sisteminde yeni reformların yapılabilmesi, parçalanmış yetki ve hakların koordinasyonu ile otoritenin merkezileşmesi sayesinde olmaktadır. Otoritenin merkezileşmesi, örgütlerin yetki ve sorumluluğuna dayanan dikey hiyerarşik yapısı içerisinde, her bir üst

otorite kademesinin astları üzerinde artan ölçüde bir kontrol olanağıyla donatılması anlamına gelmektedir.

Osmanlı döneminde sultanî külliye bütünlüğünde bulunan darüşşifa (hastane) ve tıp medresesi yapılarının, bulunduğu külliyein plan bütünlüğünde önemli bir bölümü işgal etmiş olması kadar, teorik öğretimin tıp medresesi ile uygulamalı eğitimin ve hastaya hizmet sunumunun birlikte gerçekleştirildiği darüşşifa yapılarının ayrı ayrı ancak organik bir bütünlük içinde yer alıyor olması, bize tıp eğitim-öğretim-hastaya hizmet sunumunun organik bağını da göstermektedir. Tıp öğretim-eğitiminin usta-çırak yöntemli olması, bu yapısal birlikteliği bir ölçüde zorunlu da kılmıştır.

Osmanlı Türk Devleti'nin 18. yüzyılda değişmeye başlayan Batı ile ilişkileri, Osmanlı'nın maliyesinin bozulması nedenlerinden en önemlisi olan Batıdaki toprak kayıplarına bağlı olarak vakıf gelirlerinin azalması veya tamamen kaybedilmiş olması, külliye bütünlüğü içinde yer alan tıp medrese ve darüşşifalarının da malî durumunu bozmuş ve darüşşifa yapıları Anadolu ve İstanbul'da bakımsız ve işlemez duruma gelmiştir. Daha çok 19. yüzyıldan başlayan "bimarhane" (akıl hastanesi, timarhane) adıyla bu

yapıların tanımlanmasının asıl nedeni de bu durumları olmalıdır. Deprem ve yangınların verdiği zararlar da eklenince yapıların ve sağlık hayatının ne kadar düşündürücü bir durum aldığı daha kolay algılanabilmektedir.

Osmanlı Devleti'nin "Batılılaşma" adı altında başlattığı kurumlaşma hareketi, esasen 1703'lerden başlayan Batı tarzının uygulanmasının gelenekçi yapılaşmadan ayrılarak devlet eliyle oluşturulan kurumlar vasıtasıyla gerçekleştirilmesi 19. yüzyılın ilk yıllarından başlayabilirdi. Ancak bu kurumlaşmalar bir bütün halinde olmayıp ihtiyaca bağlı olarak, zaman içinde ve birer birer gerçekleştirilebildiğinden kurum yapılaşmaları bir bütün olarak oluşturulamamıştır.

19. yüzyılda iki büyük Türk hekimi de 18. yüzyılda hızlanan modern tıp akımının ülkemizde yerleşmesini sağlamışlardır. Hekim Şânizade Mehmet Ataulah Efendi ile Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendi çiçek aşısı, frengi tedavisi, fizyoloji ve tabiat tarihi çevirileriyle Batılılaşma akımına hizmet ederken, Sultan III. Selim ve Sultan II. Mahmud'u da modern tıbbiye kurmaya hazırlamışlardır.

19. yüzyılda yaşanan değişimlere bağlı olarak gerçekleştirilen okullaşma ve kurumlaşma kadar, 1839 tarihli Tanzimat Fermanı sonucu değişen mülkiyet kanunu, hukuk sistemi gibi bağlayıcı değişikliklerin yaşama geçirilmesi, Osmanlı Devleti'nin bütünlüğünü ve sosyal hayatının devamlılığını amaçlayan değişimler sürecinde, inşa edilen sağlık yapıları çeşitliliği (sultanî hastaneler, gureba hastaneleri, belediye hastaneleri, askerî hastaneler), koğuş mekânları gibi hastane bünyesinde ve bazısında bir hamam yapılmasına yer verilmesi de esasen Osmanlı dönemi darüşşifalarından Süleymaniye Darüşşifası, Üsküdar Atık Valide Darüşşifası ile Sultanahmet Darüşşifasında çok önceleri yer alan hijyen ve tedavi işlevli yapı birimleri olmuştur. Cami ise artık külliye merkezinde işlevsel bir yapı birimi olarak hastane bünyesi dışında ancak hastane ile organik bir bütünlük içinde ve önemi vurgulanarak inşa edilmiştir.

II. Mahmud'un tesis ettiği yeni tarz eğitim kurumlarının ilk örnekleri, gerek uygun olması, gerekse de ihtiyaç nedeniyle, askerî alanda kendisini gösterdi. Tıphane-i Âmire ve Cerrahhane-i Mamûre (1827), Mekteb-i Fünûn-ı Harbiye (1834) bu doğrultuda açılmış askerî okullardır. Yalnızca askerî alanda eğitim öğretim yapan okulların açılmasıyla reformlarla gerçekleştirilmek istenen kalkınmanın sağlanması mümkün değildir. Bu gerçeğin farkında olan Sultan II. Mahmud, sivil alandaki eğitim modernizasyonu ile ancak ömrünün son zamanlarında ilgile-



nebilmiştir. Bu doğrultuda, yeni tarz sivil öğretim kurumlarının ilk örneklerini de açmıştır. Elbette ki öğretimin sürekliliği ve başarısı için, teşkil edilecek yeni öğretim kurumlarının çeşitli derecelerden oluşması gerekmektedir. Bu da yeni öğretim kurumları için hiyerarşi oluşturulması gerekliliği anlamına gelmektedir.

Anlaşılabileceği üzere gerçekleştirilmek istenen bu düzenlemeler ile kurulmuş olan ve tesis edilmesi planlanan sivil okullar üç dereceye ayrılmıştı. Bu derecelendirmenin ilk basamağını yani ilköğretim kısmını sıbyan mektepleri, ikinci basamağını (ortaöğretim) rüşdiye mektepleri, üçüncü basamağını (âli/yüksek okul) ise Darülfünun oluşturuyordu. Gerçekleştirilmek istenen yapı, aynı zamanda Osmanlı sivil okulları için bir hiyerarşi oluşturma girişimidir.

Osmanlı eğitim sisteminde gerçek anlamda ilk hiyerarşi girişimi 1869 yılında ilan edilen Maârif-i Umumiye Nizamnamesi ile olmuştur. Nizamname hakkında Meclis-i Hass-ı Vükela'dan yazılan mazbatada, nizamnamenin esas hükümlerinden birisinin de okulların derecelerine göre sınıflandırılması olduğu belirtiliyordu.

Maarif alanındaki diğer konularda olduğu gibi Maarif-i Umumiye Nizamnamesi ile planlanmış olan öğretim kurumları arasın-

İster usta-çırak ilişkisi, ister kanıta dayalı tıp, ister diğer uygulamalarıyla öğrenileceği/öğretileceği asıl birim olan hastanenin, dekanlığın kontrolünden çıkarılması uygun değildir. Tıbbiye hiyerarşisi mantıksız uygulamalara itelenmektedir. Fakültesinin bütün birimlerinin eğitiminden ve verimliliğinden sorumlu olan dekan, en önemli birim olan hastanesinin düzgün ve verimli yönetilmesine müdahil bile olamamaktadır. Bu durum, akla, mantığa, geleneğe, gereğine ve hiyerarşiye uygun değildir.

Günümüzde eğitimle demokrat vatandaşlar yetiştirme yerine, bilgi ekonomisine uyum sağlayacak işgücü yetiştirme konusu önem kazanmıştır. Böylece eğitim kurumları, piyasa kavramları ile tanımlanmaya başlanmış, eğitimin piyasalaşması konusu gündeme gelmiştir. Oysa sağlık hizmeti, önemli farklılıklar arz eder, temel hedefi insan sağlığının üst düzeye taşınmasıdır, piyasa kavramları öncelikli hedef değildir ve olamaz. Ayrıca tıbbi etik ilkeler tıbbiye mensup ve mezunlarının uyması gereken kurallardır. Bu kurallar, bazen piyasa kavramlarıyla uyumsuzdur.

daki hiyerarşi de, yapısal değişikliklerle birlikte, ancak Sultan II. Abdülhamid döneminde hayata geçirilebilmiştir.

Sultan II. Mahmud ile başlayan yeni tarzda sivil öğretim müesseselerinin kurulması ve bu müesseseler arasındaki hiyerarşi oluşumu, Tanzimat döneminde şekillenmiş, reformlara gösterilen direncin zamanla kırılması ve yeni düzenlemelerin kavranması için zamana ihtiyaç olduğundan nihayet, Sultan II. Abdülhamid döneminde tam anlamıyla uygulamaya konulmuştur. Maarif alanında oluşturulan bu yapı, II. Meşrutiyet döneminde yapılan değişikliklerle birlikte, Cumhuriyet sonrası eğitim sisteminin de temellerini oluşturmuştur.

1867 yılında, sivil tabip yetiştirmek ve tıp derslerini Türkçe vermek üzere Askeri Tıbbiye'nin içinde açılan özel sınıf, Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye-i Şahane'nin temelini oluşturmuştur. Bu sınıfın öğretim süresi başlangıçta beş yıl olarak tasarlanmışsa da sonradan,

Askeri Tıbbiye'de olduğu gibi, altı yıla çıkarılmıştır. Rağbetin artıp öğrenci sayısının çoğalmasıyla birlikte, okula bir hazırlık sınıfı ilave edilmiş ve okulun öğretim süresi yedi yıla çıkarılmıştır. Öğrenci sayısının artmasıyla birlikte iki okulun bir arada devamı güçleşmiş olduğundan, okul 1872 yılında Askeri Tıbbiye'den ayrılarak müstakil hale getirilmiştir.

II. Meşrutiyet'ten sonra Darülfünun-ı Şâhâne, Tıp ve Hukuk fakültelerini de bünyesine katmıştır. 1913-1914 ders yılı itibarıyla Darülfünun çeşitli okul birimleriyle birlikte on yedi yükseköğretim kurumu içermektedir.

Ülkemizdeki mevcut tıbbiye hiyerarşisi

2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunumuza göre; tıp fakültesi yöneticisi olan dekan, üniversite içinden veya dışından rektörün onereceği üç profesör arasından Yükseköğretim Kurulu'nca (YÖK) üç yıl süre ile seçilir ve atanır. Dekan, fakültenin ve bağlı birimlerinin öğretim kapasitesinin rasyonel bir şekilde kullanılmasında ve geliştirilmesinde gerektiği zaman güvenlik önlemlerinin alınmasında, öğrencilerin gerekli sosyal hizmetlerinin sağlanmasında, eğitim-öğretim bilimsel araştırma ve yayım faaliyetlerinin düzenli bir şekilde yürütülmesinde, bütün faaliyetlerin gözetim ve denetiminin yapılmasında, takip ve kontrol edilmesinde ve sonuçlarının alınmasında rektöre karşı birinci derecede sorumludur.

Peki, Türkiye'de tıp fakültesi hastanelerinin yönetimi nasıl? Bugünkü üniversitelerimizde hastane, doğrudan rektörlerin yönetimine, "araştırma ve uygulama merkezi" formülüyle bağlanmaktadır. Yukarıda Selçuklu-Osmanlı tıp öğretiminde tıp eğitimi-öğretimi-hastaya hizmet sunumunun organik bağı izah edildi; tıp fakültesi-hastane zorunlu birlikteliği ve geleneksel olarak hastanenin önemi ve yeri vurgulandı. Tıp fakültesinin olmaması olmaz birimi hastanesidir. Yani, üniversitenin değil tıp fakültesinin hastanesi olur. Bugünkü uygulamada tıp fakültesindeki (tıbbiyedeki) her sorumluluk dekana yüklü iken, hastane üzerinde yetkisiz kılınmaktadır. Tıp fakültesindeki eğitim dekanın yükümlülüğüdür. Eğitimin hakikaten uygulama alanına geçirildiği/geçirilerek gerçekleştirileceği, ister usta-çırak ilişkisi, ister kanıta dayalı tıp, ister diğer uygulamalarıyla öğrenileceği/öğretileceği asıl birim olan hastanenin, dekanlığın kontrolünden çıkarılması uygun değildir. Bir taraftan hizmet sunarken, diğer taraftan eğitim vermesi ve araştırma yapması gereken tıp fakültesi hastaneleri için sorunlar iyice çözülmeyecek düğüm haline gelmektedir. Tıbbiye hiyerarşisi mantıksız uygulamalara itelen-

mektedir. Fakültesinin bütün birimlerinin eğitiminden ve verimliliğinden sorumlu olan dekan, en önemli birim olan hastanesinin düzgün ve verimli yönetilmesine müdahil bile olamamaktadır. Bu durum, akla, mantığa, geleneğe, gereğine ve hiyerarşiye uygun değildir.

Tıp eğitiminde hedefler; kısaca belirtilecek olursa, sağlık hizmeti sunumunda kullanılacak bilimsel verilerin öğretilmesine ve becerilerin kazandırılmasına yönelik ciddi ve yüksek kaliteli eğitim ve öğretimin sağlanmasıdır. Hasta-hekim ilişkisindeki kültürel öğeler, demografik farklılıklar, kaynakların eş dağılım göstermemesi gibi etkenler, bölgeler arasında tıp eğitiminin teorik ve pratik uygulama değişkenliği eğitimde de farklılıklar doğurmaktadır. Bu nedenle, dünyanın farklı bölgelerinde oluşturulmuş tıp eğitimi süreçlerinde gözlenen değişkenlerin, tıp eğitiminin kalitesini etkilemeyecek şekilde yeniden yapılandırılması günümüz küresel düzenleyicileri olan Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu'nun (World Federation of Medical Education- WFME) en önemli uğraşlarından biri olmuştur.

Eğitimin uygulama yeri hastanedir. Hastane; tıp, diş hekimliği, eczacılık, hemşirelik, ebellek gibi eskiden beri bilinen mesleklerin, gereksinim nedeniyle çeşitlilik ve sayısı da (40'ı aşılıyor) giderek artan diğer sağlık mesleklerinin hemen hepsinin pratik eğitimlerini yaptıkları ve yapacakları yerdir. Sağlık hizmetinin sunumu ve gerçekleştirilmesinin merkezinde hekim bulunmaktadır. Tıp hizmetinin sunumundaki bağı veya ilişkili meslek sayısı kırkları aşmakta da olsa; hedef, hastanın sağlığı ve tedavisi olduğundan, bu konudaki birincil derecedeki sorumlu ve yetkili de hekimdir. Yasa açısından da sağlığa müdahale yetki ve sorumluluğu hekimdedir. Bu nedenle her türlü sağlık hizmeti sunumunun idaresinin de hekim merkezli olmasından daha doğal ne olabilir?

Paydaşların katılımı penceresinden bakarsak; insan hakları açısından yaklaşıldığında, "her bireyin eğitim hizmetini sağlayan kurumlar üzerinde bir etkileme ve kurumsal süreçlere katılma hakkına sahip olması gerekir" diye düşünülebilir. Eğitim yönetimi yönünden, merkeziyetçi olmayan yönetim, eğitimle ilgili karar süreçlerine makro ve mikro düzeylerde katılımı gerekli kılar. Karar süreçlerine katılım, demokrasinin gelişmesi açısından önemlidir. Ancak eğitimde merkeziyetçi olmayan yönetimin yararları yanında çeşitli risklerinden de söz edilir. Bu durumun okullar arası rekabetin gelişmesi, okullar arasında bir tabakalaşmanın oluşması, sahip olunan kaynaklar yönünden farklılıkların meydana gelmesi gibi yollarla, marjinal ve

dezavantajlı grupların oluşmasına olanak sağlayacağı da ileri sürülmektedir.

Öğrenci açısından hiyerarşi

Modern tıp eğitimi, ülkemizde olduğu gibi Batı dünyasında da, 19. yüzyılda başlayan bir dizi reformdan sonra bugüne ulaştı. Bunların dikkati en fazla çekenlerinden biri, John Hopkins Üniversitesi Tıp Okulunda gerçekleşti: Eğiticiler, öğrencileri klinik koşullarında eğitmek üzere resmi bir sistem başlattılar. Bu yeni eylem dağılımı hiyerarşiyi yerleştirdi. Tepede, günde bir veya iki kez koşulları "hasta viziti" ile dolaşan kıdemli hekim bulunuyordu. Hemen altında eğitimleri boyunca, yaşamlarını esas olarak hastanede geçiren, ağır iş yükü altındaki asistanlar vardı. Onların da altında, zamanının çoğunu hastalarla geçiren ve bu tepenin kesin olarak en altında yer alan tıp öğrencileri bulunuyordu. Asistanlar, kıdemli hekimin bazı hatalarına veya kimi zaman gerçeği değiştirdiğine tanık olup kaygılanmaktalar. Bu davranışlardan, hastaların hayatını tehlikeye atabileceği durumların genç hekimler tarafından konuşulabilme veya irdelenmesi eğitim hastanelerinde hiyerarşi tarafından engellenmektedir. Bereket versin ki; tıp eğitimcileri, asistanların, kendilerini rahatsız eden davranışlara tanık olduklarında yaşadıkları ikilemin giderek daha fazla farkına varıyorlar. Şimdi, öğrenciler ve asistanlardan, rotasyonlarını bitirdiklerinde, kıdemlileri hakkında -ister olumlu ister olumsuz olsun-, rutin geribildirimde bulunmaları beklenmektedir.

Öğrenci gözüyle tıbbiye hiyerarşisi

"Medschoolhell" (tıp fakültesi cehennem) sitesinden bir alıntıyı, -yorumunu okuyucuya bırakarak- sunuyorum: "Tıp eğitimi tarihini *inceleyince*, tıp fakültesinde, adını *'totem sığıcı'* diye koymayı uygun bulduğum bir hiyerarşinin her zaman var olduğunu düşünüyorum. Bu tıbbiye hiyerarşisi, beni cidden çok kızdıran bir şey. Ortalama bir bürodaki ya da işyerindeki rütbe sisteminin bir şekli. Fark şu: İşinizde olmanız için size ödeme yapılıyor ve sizin bundan şikayetçi olmanız için neden yok. Ben ise bu kahrolası yerde olmak için para ödüyorum. *Hiyerarşi nasıl çalışıyor?* Tıp öğrencisi hemşire veya intörn'e rapor verir/danışır, intörn asistana, asistan da konsültana. Bu hiyerarşiyi bir şekilde bozdunuz mu, örneğin, asistanı bulamayıp *sorununuzu doğrudan konsültana danışırsanız*, ertesi gün bununla ilgili bir sürü şey duyacaksınız. Üzücü olan, melekler gibi olan asistanlarla sıkı tıp öğrencileri, *bu totem sığıcının en iyi olduğunu düşünürler. Onların olağanüstü beklentisi, rotasyonda alacakları büyük, parlak 'A'dır. Akademik pozisyonları işgal*

edenlerin çoğu 'öğretmeyi sevdiği' için orada değiller, onların kişiliği serbest hekimlik için hiçbir şekilde uygun değil. Aslında, çalışmakta olduğu eğitim hastanesinden nefret etmek için 20 önemli sebep sayan birini tanıyorum. Diyeceksiniz ki, madem öyle, niye bırakıp gitmiyor? Cevabı basit. İrtibatta olduğu herkes için değersiz biri, serbest hekimlik yapmaya kalktığı anda en kısa zamanda, tekme yer, kapı dışarı edilir."

Akılcı hiyerarşi

Bilgi sistemleri (information systems), toplum ve organizasyonlar için, bilginin elde edilmesi, işlenmesi, saklanması, dağıtılması ve kullanılmasını kapsayan, stratejik, yönetsel ve işletimsel aktivitelerle ilgili akademik ve profesyonel bir disiplin haline almıştır. Yönetim ise işletme, satış-pazarlama (veya satın alma), kaynak planlama, proje yönetimi, optimizasyon, finans yönetimi, kalite yönetimi, süreç yönetimi, sistem yönetimi, risk yönetimi vb. pek çok disiplini içeren bir süreç haline almıştır.

Akılcı hiyerarşi; data, information, knowledge ve wisdom kelimelerinin baş harfleriyle DIKW kısa adıyla ifade edilen bir piramittir. En altta veri (data), olay veya durum hakkında farklı nesnel verileri ifade eder. Onun üzerinde bilgilen(dir)me (information), alıcının algılamasını değiştiren bir mesaj olarak tanımlanır. Onun üzerinde bilgi (knowledge), deneyim, değerler ve mesaja uygulanan içerik olarak değerlendirilir. En üstte akıl (wisdom), bilginin eylemde ortaklaşa kullanımını belirler. Standardizasyon için Avrupa Komitesi'nin resmi "Bilgi Yönetiminde İyi Uygulamalar Klavuzu"nda "*Bilgi, uzman bilgisi, hüneri ve deneyimine eklenerek, karar vermeye yardım eden değerli bir şey haline gelen veri ve bilgilen(dir)menin bileşimidir.*" diye tanımlanır.

Sonuç

Küreselleşme olgusuyla büyük köye dönen dünyada okullardan, vatandaş yetiştirmekten çok küresel ekonominin ihtiyaç duyduğu insan gücünü yetiştirme beklenmektedir. Eğitimle demokrat vatandaşlar yetiştirme yerine, bilgi ekonomisine uyum sağlayacak işgücü yetiştirme konusu önem kazanmıştır. Böylece eğitim kurumları, piyasa kavramları ile tanımlanmaya başlanmış, eğitimin piyasalaşması konusu gündeme gelmiştir. Oysa sağlık hizmeti, önemli farklılıklar arz eder, temel hedefi insan sağlığının üst düzeye taşınmasıdır, piyasa kavramları öncelikli hedef değildir ve olamaz. Ayrıca tıbbi etik ilkeler tıbbiye mensup ve mezunlarının uyması gereken kurallardır. Bu kurallar, bazen piyasa kavramlarıyla uyumsuz.

Giderek karmaşıklaşan sağlık sistemini yönetmek, eğitilmiş ve nitelikli insanlar gerektirmektedir. İhtiyaçları gören, öncelikleri doğru belirleyebilen, değişim ve gelişimi doğru yönetebilen, insanını ve toplumunu tanıyan, kısaca "sağlık", "sistem" ve "yönetme" konusunda uzman, ehliyetli ve muhakkak evrensel etik kurallara uyan yöneticilere gereksinim artmaktadır.

Dekanlık yapmış biri olarak da, tıp fakültesi dekanlığının sadece teorik eğitimden sorumlu pozisyona sokulmasını akılcı bulmadığımı belirtmek isterim. Hastane yönetiminde özellikle mali verimlilik ve akılcı yönetim konusunda da eğitim vermek ve istek yaratmak gerekir. Tıbbiye hiyerarşisi ve yönetimi için karmaşık (komplike, sofistik) kurumların yönetiminde uygulanan bütüncül bir yönetim yapısı gündemde tutulmalıdır. Tıp fakültesinin gerek hastanesinin gerek diğer birimlerinin insan ve mali kaynaklarının çeşitliliğine imkân tanımak, yüksek nitelikli hizmetlerin karşılığını alabilmelerine fırsat vermek, araştırma-geliştirme bütçeleri ayırmak ve arttırmak, uluslararası rekabete açık kurumlar haline gelmelerine destek vermenin yollarını araştırmak gereklidir. Bu konuda yeterince geç kaldığımızın farkına varılması ve daha fazla geç kalmayacağımız ümidiyle.

Kaynaklar

Cemaloğlu N. Osmanlı Devleti'nde Yapılan Tanzimat Reformlarının Eğitim Sistemine Etkileri, Uygulamaları ve Sonuçları (1839-1876). *Manas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2005;14.153-165.

Coşkun C. XVI.-XIX. Yüzyıllar Arasında Osmanlı Devleti'nde İktisadî Hayatın Bilim ve Felsefe Üzerindeki Etkileri. *History Studies Volume* 2011;3(3): 69-83.

Demirel F. Osmanlı Eğitim Sisteminin Modernleşmesi Sürecinde Hiyerarşi. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2012; 25(2): 507-530.

Güreşsever-Cantay G. XIX. Yüzyılda Kurumlaşma ve Hastahaneler. *FSM İlimi Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi* 2013;1(1):108-126.

http://www.nytimes.com/2007.04.17/health/17essa.html?_r=0 (Erişim tarihi: 21.07.2013)

<http://www.medschoolhell.com/2005.12.18/medical-school-hierarchy/> (Erişim tarihi: 21.07.2013)

Rowley J. The wisdom hierarchy: representations of the DIKW hierarchy. *Journal of Information Science* 2007;33(2):163-180.

Weinberger D. The Problem with the Data-Information-Knowledge-Wisdom Hierarchy. http://blogs.hbr.org/cs/2010/02/data_is_to_info_as_info_is_not.html (Erişim tarihi: 03.08.2013)

Tıp eğitiminde eksikliğin adı: Tıpta insan bilimleri

Prof. Dr. Faik Çelik



1977'de İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1982'de Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde uzman oldu. 1990'da Genel Cerrahi Doçentliği, 2009'da Sağlık Yönetimi Profesörü unvanlarını aldı. 1992-2007 tarihleri arasında 15 yıl SSK Göztepe Eğitim Hastanesi'nde Cerrahi Klinik Şefliği, 2008'de özel bir hastanede bir yıl tıbbi direktörlük yaptı. "Asistan Rehberi", "Tıbbi Makale ve Tez Yazım Kuralları", "Çağdaş Türk Tıp Şiirleri/Seçki", "İlaç Kokulu Kitap", "Yüksek Ateşli Kitap" ve "Dolgun Nabızlı Kitap" isimli deneme kitapları ile araştırma-deneme türünde "Hekimliğin Seyir Defteri" isimli kitabın yazarıdır. "Tıp Hukuku" ve "Tıp-Sanat" haberleşme gruplarının kurucusu ve yöneticisidir. 2000-2006 yılları arasında TTB Yüksek Onur Kurulu Üyeliği'nde bulundu. Ocak 2009- Aralık 2012 arasında İ.Ü. Rektör Başdanışmanı olarak görev yaptı. Halen İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğretim üyesidir.

İnsanlar yaşamlarını sürdürmek için karşılıklı faaliyetlerde bulunurlar. Bu hareketlilikte insanla birebir iletişim kurması gereken ve mesleğini bu ilişki üzerinden sürdüren ve insanın toplumsal yapısını göz ardı etmeden onu birey olarak ele alan üç meslekten birisi hekimliktir. Öğretmenlik ve hâkimlik diğer ikisidir. Hekimlik sadece bir bilim ya da meslek değildir, "sanat" olarak da tanımlanır çoğu kez, hem de 2500 yıldan beri. Hekimlik insan bedenine müdahale etme hakkına sahip tek meslektir. Bu müdahale fiziksel olarak bedene olduğu kadar, kaçınılmaz olarak sosyal, psikolojik, tarihsel ve özellikle de felsefi yönlerden kişinin bakış açısına da bir müdahaledir.

Kuşkusuz bu kadim mesleğin veya sanatın eğitiminin zorluğu, öğrenme sürecinin uzunluğu, deneyim kazanma ve bu deneyimleri aktarma becerilerine sahip olmak için sarf edilen emek ve çabalar konusunda çokça yazılmış ve söylenmiştir. Bununla birlikte teknolojiye yaşanan gelişmelerin tetiklediği göz kamaştırıcı yenilikler ve buluşlar, son yarım asırda tıp içinde de karşılığını bulmuş, başta hekimler olmak üzere sağlık uygulayıcıları adeta büyülenmiştir. Ancak "tıbbın insan odaklı bir bilim, hekimliğin de insanlığa adanmış bir sanat olduğu" gerçeği karşısında bu büyü bozulmaktadır. Can acıtıcı bu gerçeğe yüz yüze kalan hekimler derinden sarsılmakta ve olumsuz duygular yaşamaktadırlar. Hastalar ise bu gelişmelerden huzursuzluk duymakta, kendilerinin gittikçe bir makine ya da ticari nesne konumuna getirilmesinden dolayı tedirgin olmaktadır. Haklı olarak daha "insancıl bir tıp" ve "iyi hekimlik" anlayışı içeren yaklaşımları hekimlerden beklemekteler. Sonuçta hastalar da, hekimler de "bütünüyle tıplaşma" veya "mekanik-

leşme" kavramlarından şikâyetçidirler. İşte bu şikâyetlerin çözümüne yönelik en önemli adımlardan birisi "tıpta insan bilimleri" konusunda düşünmek ve gerekli olanı adımları en kısa sürede atmaktır.

Tıpta insan bilimleri (medical humanities) tıp ve tıp eğitiminde disiplinler arası bir bilim dalı olarak yer alır. Bu disiplinler edebiyat, tarih, felsefe, biyoetik, folklor, sosyoloji, antropoloji, davranış bilimleri, arkeoloji, sanat, sanat tarihi, dinler tarihi, hukuk, psikoloji, mitoloji, iletişim ve benzeri insan odaklı birçok alanı içerir. Bu alanlar doğal olarak beraberinde eğitim, kültür, siyaset, medya, sağlık politikaları, pedagojik formasyon, sosyalleşme gibi çok geniş spektrumda temel bilgi kazanımlarını kapsar. Tüm bu disiplinlerin ortak noktası, hepsinin dünyaya insan odaklı bakması, bedenle sınırlı insan deneyimlerini farklı kültürel, dilbilimsel, ruhsal ve dinsel davranışlar, folklorik gelenekler ile değerlendirmesi, insanın yalın gerçeklerini algılamaya çalışmasıdır. Bu tanım, kapsam olarak ürkütücü gelse de tıp ve tıp eğitiminin temel taşı olan insana ait değerleri içermektedir. Tıpta insan bilimleri ile insanın sağlık, hastalık, sağlık hizmeti ve hasta-hekim ilişkisi ile ilgili davranışlarının anlamı irdelenir ve deneyimler paylaşılır. İnsan bilimleri insan deneyimlerini kaydeden ve yorumlayan sistematik çalışmalardır.

Tıpta insan bilimleri tıpla birlikte hep vardı ancak tıp eğitiminde yer alması geçtiğimiz yüzyılın ikinci yarısında, 1960'larda mümkün olmuştur. Tıp fakültelerinde bir bölüm olarak açılması ilk olarak 1967'de Pennsylvania Üniversitesi'nde, College of Medicine'da gerçekleşmiştir, bölümün adı "Department of Humanities"dir. Çok kısa sürede Amerikan tıp eğitiminde

yaygınlaşmış ve yirmi yıl içinde tıp fakültelerinin büyük bir kısmında eğitim müfredatında yer almıştır. Özellikle fakültelerin "biyoetik" bölümleri bu geniş bilim alanını kucaklamıştır. Bunun sonucunda 1998'de American Society for Bioethics and Humanities (ASBH) kurulmuştur. Bu kuruluşun önemi tıpta insan bilimlerinin ilk kez bir dernek çatısı altında toplanmış olmasıdır. İngiltere'de gelişmeler Amerika'daki hızlı oluşumların ardından başlamış ve 1998'da University College Medical School'da "The Center for Medical Humanities" açılmıştır. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde Avrupa'da da hareketlilik artmış bugün çoğu Avrupa ülkesinde tıp eğitimi müfredatında tıpta insan bilimleri yer almıştır. Bu gelişmelerin yanı sıra başta ABD olmak üzere İngiltere, Galler, İskoçya ve Avustralya'da mezuniyet sonrası yüksek lisans ve doktora düzeyinde eğitim programları da başlatılmıştır. 2000'li yıllardan başlayarak bu alana özel iki dergi (*Medical Humanities*, *Journal of Medical Humanities*) yayımlanmaya başlamış ve *Lancet* gibi prestijli birçok dergide "*Literature and Medicine*", "*Arts and Humanities*" vb bölümler açılmıştır.

Türkiye'de tıpta insan bilimleri eğitiminin ilk kez Hacettepe Tıp Fakültesi eğitim programında yer almış olduğunu görüyoruz. Bu fakültede 2004'de Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı tarafından geliştirilen "iyi hekimlik uygulamaları" programı kapsamında tıp ve sanat, tıp ve tarih, tıp ve insan olmak üzere üç modül ile ders olarak okutulmaktadır. Ne yazık ki kıymeti tam olarak anlaşılammış olmalı ki, diğer üniversitelerinin tıp fakültelerindeki tıp eğitiminde yaygınlaşmamıştır. Gazi ve Marmara Tıp Fakültelerinde benzer uygulamalar yapılmaktadır. Ancak çoğu tıp fakültesi bu konuda üç maymunu

oyunmaktadır. Bazı üniversitelerde az sayıda duyarlı öğretim üyesinin kişisel gayretleri ile küçük ve bağımsız uygulamalar yapılmakta, bu iyi niyetli uygulamalarla açığın giderilmesine çalışılmaktadır.

Tıp fakültelerinin sosyal/toplumsal sorumluluğu olduğu gerçeğinin müfredatlarına yeterince yansıtılmamış olması, müfredatın belirlenmesi ve yürütülmesinde toplumun ve hastanın ihtiyaçlarının yeterince göz önüne alınmaması sonucunda hekimliğin insani boyutunun kavranması da eksik kalmaktadır. Tıp eğitiminde geleceğin hekimlerine yoğun bilgi yüklemesi konusunda gösterilen gayret, hekim adayının insancıl özelliklerini geliştirme konusunda ne yazık ki gösterilmemektedir. Bu durum giderek mekanikleşen, hastasını bir birey, bir insan olarak görmeyen, onu dinlemeyen bir profesyonel hekim modeli ortaya çıkarmaktadır. Hâlbuki Tıp Eğitimi Dünya Federasyonuna göre tıp eğitimi, tüm insanların sağlıklı yaşamalarını sağlamak için hekim yetiştirmek, sağlık alanının metalaşmasıyla ortaya çıkan sorunlara karşı koymak için insancıl hekimler yetiştirmek sorumluluğu taşır.

Boelen, geleceğin doktorlarını şu şekilde tanımlamaktadır:

- Hastayı, hem birey hem de toplumun bir üyesi olarak bütüncül bir şekilde gören sağlık hizmet sunucusu,
- Sunduğu hizmeti geliştirirken uygulanan teknolojinin hem etik hem de mali yönünü değerlendirme ve seçmede karar verici,
- Bireylere ve topluma kendi sağlıklarını koruma ve geliştirmelerinde güç veren bir iletişimci,
- Birlikte çalıştığı insanların güvenini kazanarak bireyin ve toplumun sağlık gereksinimlerini uzlaştıran ve toplum yararına girişim yapan toplum lideri,
- Sağlık verilerinin uygun kullanımını geliştirerek hastaların ve toplumun ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık uygulamaları organizasyonlarıyla ve bireylerle uyumlu çalışabilen bir yönetici.

Tıpta insan bilimleri konusunda yaptığı bir sunumda *Aktura* şöyle demektedir: “*Pek çok hekim yaşamı zenginleştirmenin yegane yolu olan sanattan, sanatın zevk alma araçlarından habersiz olarak yaşamaktadır. Ayrıca hekimler ağır öğrenme yüküyle, mesleki olmayan okumaların zevkine varamamaktadırlar. Tedavinin bittiği noktada insani yardım iletişimi anlayış başlamaktadır. Hastanın da rolü değişmektedir, değişmeyen ise hastanın cesarete, umuda, güvene ve bir hekimin şefkatine olan gereksinimidir. Tıp eğitimi müfredatı maalesef bu becerileri içermez. Bu yüzden tıp eğitimi ve uygulamaları bilim kadar hümanizmayı ve insani iletişimi de içermek zorundadır.*”

Cuff ve *Vanselow* tıp öğrencilerinin dav-

ranışsal ve sosyal bilimler alanlarında da eğitilmelerinin onları, hastalarının riskli davranışlarını anlamak ve uygun tartışmalarla bu davranışlarında değişikliğe yöneltmek konusunda çok daha donanımlı hale getireceğinin açık olduğunu düşünmektedir. Yazarlara göre bu alanlarda alınacak eğitim birçok kronik hastalığın önlenmesi ve bu hastalıklara sahip kişilerin daha etkin tedavileri için de kaçınılmazdır. Davranış ve sosyal bilimler eğitimleri sırasında da vurgulanacak olan iletişim becerileri, tedavi sürecinde hastalarla daha iyi ilişkiler kurulmasını ve hastaların tedaviye uyumlarını da artıracaktır. Bu eğitimler sadece hasta ve hekim arasında değil hekimlerin hekimlerle kuracağı ilişkilerinin de geliştirilmesinde etkili olacaktır.

Bolton, tıpta insan biliminin, hekimlerin deneyimlerini ve algılamalarını daha net, belirgin ve eleştirel açıklayabilmelerini sağlamakta olduğunu iddia etmektedir, “*Çünkü hastalarıyla olduğu kadar, meslektaşlarıyla ya da kendileriyle daha iyi iletişim kurabilir, anlayabilirler. İnsan deneyimlerini anlayabilmek ve onu yansıtabilmek analiz ve sentez gerektiren bir süreçtir. Tıpta insan bilimleri bunu yapabilen hekimlerin yetişmesini sağlamaktadır*” demektedir.

Yukarıdaki değerlendirmelerin gerçekleşmesinin klasik tıp bilgileri ve uygulamalarını içeren tıp eğitimi ile mümkün olmayacağı açıktır. Tıpta insan bilimleri, kapsadığı başta felsefe ve sanat (edebiyat, resim, heykel, müzik, tiyatro vb.) olmak üzere diğer disiplinler ile yukarıda belirlenen hedeflere ulaşmak için en önemli mecralardan birisidir. “*Felsefe ne işe yarar?*” denildiğini duyar gibiyim. Dünyaya gelen bir insan ilk çıktığı bir hekimin elleri arasında atar, nüfus kütüğüne bir hekimin imzasıyla kaydolur, son yolculuğuna da yine bir hekimin verdiği “*defin ruhsatı*” ile gider. Felsefe bu yolculuğu sorgular, irdeler. Sorgulayan ve düşünen insanla var olan felsefe, insanlığa bilimin ve uygarlığın kapılarını açmıştır. Felsefe, insanın kendisini, ilişkilerini, çevresini, var oluşunu, dünyayı, doğayı, yaradılışı, estetiği, sanatı, ahlakı, toplumsal tüm değerleri ve gerçekleri, bilinmeyi sorgulamasıdır. İnsanların, hastalarının, hasta yakınlarının duygu ve düşüncelerini anlamak, hissetmek, empati yapmak için resim ve heykelden, edebiyat ve şiirden daha iyi bir araç olabilir mi? Hekimlikte olması gereken estetik kaygı ve mükemmelle ulaşma sanatının ana unsurları değil mi? Sanat aracılığıyla gözlemlenme, analiz etme ve empati yeteneklerimiz güçlenir.

Dr. Zahide Olgun Henzel’in cümleleri tıpta insan biliminin müfredatta yer almasının ne kadar önemli olduğunu gösteren benzer düşüncelerden sadece birisidir: “*Hastalarımla kurduğum ilişkide iyi insan, iyi hekim olma adına kendime ait, kendi el yordamıyla geliştirdiğim bir davranış ve yaklaşım biçimim oluşmuştu. Zira tıp fakültesindeki eğitimim süresince hasta-*

larımla kuracağım ilişkiyle ilgili belli bir metodoloji ve kural doğrudan ders olarak öğretilmemişti. Dolayısıyla geliştirdiğim yaklaşım ve davranış biçimi tamamen spontane olarak ortaya çıkmıştı ve kendi kişisel özelliklerimden kaynaklanıyordu. Fransa’da hekim olarak çalıştığım sekiz yıl boyunca, hekimlerin kişisel özelliklerine göre değişen, yaklaşım ve davranış biçimleri olamayacağını, hekimlerin hastalarıyla kurdukları ilişkide uymaları gereken belli standartlar olduğunu fark ettim.”

İnsan biliminin tıp eğitimine eklenmesiyle bilim ve insan deneyimleri arasındaki boşluk kapanacaktır, tıp eğitiminde bilim ve teknolojinin tamamlayamadığı insancıl yön doldurulmuş olacaktır. Ancak tıpta insan bilimleri temel ve klinik bilimlerden uzak tutulmamalı, aksine tıp eğitimi ve uygulamalarının diğer bileşenleriyle harmanlanmalıdır. Tıpta insan bilimleri, hekimlerin düşüncelerini, duygularını, eğilimlerini, uygulamalarını ve deneyimlerini yansıtmalarını, kendi pratiklerindeki güçlü ve zayıf yanları görmelerine olanak veren bir sitem geliştirmelerini, algılamalarını daha net ve eleştirel açıklayabilmelerini sağlamaktadır. Bu yazıdaki düşünceler doğrultusunda varılan sonucu; tıp fakültelerinin müfredatlarına tıpta insan bilimlerini ivedilikle dâhil etmeleri, bölüm veya anabilim dalları kurarak geleceğin hekimlerini geleceğe hazırlamaları gerektiği şeklinde özetleyebiliriz.

Kaynaklar

Aktura, B: Tıpta İnsan Bilimleri <http://www.istanbul.edu.tr/itf/halksağligi/Tiptainsanbilimleri.ppt> (Erişim tarihi: 02.08.2013)

Boelen, C: Frontline doctors of tomorrow. 1999, World Health,(47), 4-5.

Bolton, G: Medicine and literature: writing and reading. 2005, J Eval Clin Pract, 11(2), 171-179.

Çelik F: Hekimliğin Seyir Defteri, 2013, Deomed Yayınları, İstanbul

Cuff, PA, Vanselow, NA: Improving Medical Education. 2004, National Academy Press, Washington DC

Elçin, M: Tıbbi Farklı Açılardan Görebilmek. Tıpta İnsan Bilimleri, Hacettepe Tıp Dergisi 2008; 39:55-59

Elçin, M: Tıpta İnsan Bilimleri Programlarının Geliştirilmesine İlişkin Görüşler, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.

Evans Hm, Macnaughton, J : Should medical humanities be a multidisciplinary or an interdisciplinary study? 2004, Medical Humanities, 30(1),1-4.

Gordon Jj, Evans M: Learning Medicine from the humanities. Edinburgh: ASME, 2007; 10

Henzel, Zo: Hastayı Algılama ve Hasta Kavramı Oluşturma Bağlamında Türk ve Fransız Hekimlerin Karşılaştırılması, Doktora Tezi, Adana, 2009

Macnaughton, J: Arts and humanities: a new section in Medical Education. 2002, Med Educ, 36 (2), 106-107.

NOT: Kaynaklar arasında yer alan şahsıma ait “Hekimliğin Seyir Defteri” adlı kitap, yazının kaleme alındığı tarihte matbaada basım aşamasındadır. Dergi yayınlandığı tarihte basımı tamamlanmış ve okuyucuya ulaşmış olacağından, kaynaklarda kullanmakta sakınca görmedim.

Nöronal pazarlama: Nöromarketing

Prof. Dr. Tangül Müdok



1959 yılında İstanbul'da doğdu. Orta öğrenimini İstanbul Kız Lisesi'nde bitirdi (1977). İstanbul Üniversitesi Fen Fakültesi'nden mezun oldu (1982). Aynı fakültede hücre bilimleri (sitoloji) dalında yaptığı doktora sırasında Fransa'da bulundu. 1990 yılında bitirdiği doktorasının ardından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1994-2002 tarihleri arasında görev yaptı. Bu esnada İngiltere Cambridge Üniversitesinde çalıştı. Aynı fakültede 2002-2011 tarihleri arasında profesör olarak görev yaptı. ABD'de Oregon Health Science Üniversitesinde çalışmalarda bulundu. Halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji-Embriyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi olarak görev yapmakta olan Müdok, 1 çocuk annesidir.

Nöromarketing, "tıbbi bilimler" ile "pazarlama bilimi"nin bir araya gelerek tıbbın ticarete hizmet ettiği ve onu yönlendiriyor olduğu, günümüze kadar da hiç aklı gelmez bir pazarlama bilimidir. Nöron (sinir hücresi) ve marketing (pazarlama) terimlerinin bir arada kullanıldığı bir noktadayız. "Nöronal pazarlama" sinir bilimleri (neuroscience)'nin bir dalı olarak nöronlardaki etkileşimleri inceleyip insanların farkında olmadıkları, dile getirilmemiş, algı, ihtiyaç, dürtü ve arzularını açığa çıkarmayı amaçlar. Kısaca satın alma eğilimlerimizi, beynimizin nasıl çalıştığını ve nasıl karar verdiğimizi bilimsel tekniklerle ölçen ve açıklamaya çalışan bir kavramdır.

Günümüz araştırmalarında fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) cihazlarından yararlanılmaktadır. Yapılan araştırmaların bir örneğinde: deneklere iki dakikalık film klipleri gösterilmiş, değişiklikler kayda alınmış ve sonuç olarak hangi klibin beyindeki hafıza alanlarını nasıl harekete geçirdiği saptanmaya çalışılmış. Elde edilen bulgular film stüdyolarına sunulmuş. Biliyoruz ki her yeni film ile birlikte sıfırdan bir tanıtım hazırlanır (fragman). Fragman, 30 saniyeden 2 dakikaya uzanan bu kısacık sürede, izleyicilerde filme gitme isteği uyandırmalıdır. Fragmanın ne kadar başarılı olduğunu anlamak için, farklı fragmanları izleyenlere klasik pazarlama yöntemiyle çeşitli sorular soruluyordu. Fragmanı izledikten hemen sonra izleyicilere, "Hangi fragmanı daha çok beğendiniz?" sorusu sorulurdu. Aradan bir iki hafta geçtikten sonra ise "Bu fragmanı hatırladınız mı?" veya "Fragmanda havuzda geçen sahne aklınızda kaldı mı?" gibi takip soruları yöneltilirdi. Günümüzde

ise bazı film stüdyoları etkinliği ölçmek için MRI teknolojisinden yararlanmaya başlamıştır. Böylece fragmanın izleyiciler üzerindeki etkisini daha net ölçümlenebilmektedir.

Beyin MR görüntülerinin insanların davranışları ve duygularıyla ne ölçüde örtüşebileceği verilerine ulaşmak için, çok güçlü fMRI'larla, beyindeki oksijence zengin hemoglobin moleküllerinin izi sürülüyor. 100 bin lokasyondan kan akımı ölçülebilir ve tarayıcıdan alınan çıktı okunabiliyor. Kısaca kanın beyin içindeki hareketinden, hangi sinir hücrelerinin aktif hale geldiği de öğrenilebiliyor. Örneğin bu yöntemle beyinde, anne sütü ile vanilya kokusunun beynin aynı alanında aktivasyona yol açtığı saptanmış. Bir diğer örnekte ise sigaralardaki sağlık uyarılarının işe yaramadığı, aksine isteği tetiklediği bulunmuş.

İnsanların beyinlerinde olup bitenleri öğrenmek; hekimleri, psikologları, felsefecileri, ekonomistleri ve pazarlamacıları yakından ilgilendiriyor. Stres altındayken, güzel yüzlere bakarken, güven veya ihanet içindeyken, bir içeceğin lezzetini tadarken vs. beyin aktivitesini değerlendirmek, onun işlevselliğini öğrenmek kadar ondan yararlanmayı da beraberinde getiriyor. Çalışmalar; bağımlılık, mental hastalıkların anlaşılması, aşk, ödül, ceza, mutluluk, karar verme vb. alta yatan fiziksel süreçlerin açıklanmasına yarayabilmektedir. Araştırmalar, ameliyat bulguları; beyinde duygular ve duyularla doğrudan ilişkili alanları açığa çıkartmaktadır. Bu ve benzeri parametreleri içeren çalışmalar nasıl oluyor da günümüzde pazarlamayı, alışverişi yönlendiriyor? Her hangi bir "yapay" algının bilincin derinliklerine

yerleştirilmesi, söz konusu kişide belli bir yargıyı kolayca oluşturabilir. O halde, "seçen", "karar veren" kimdir? İnsan beyni mi?. Biliyoruz ki savunmasız kabul edilen kişisel alanlarının yaygın adı "bilinçaltı"dır. Bilinçaltı, adeta bir "kara kutu"dur.

Günümüzde insanoğlu artık daha çok uyarının işgali altındadır. Bilinçaltı çoğu kez rüyalarda açığa çıkar sanılmasına rağmen; giderek daha çok birey, kafatasının içinde sanal bir "satın al" düğmesine tıklanıyor gibi davranıyor. Çünkü nöromarketing'in amacı bilinçdışı verilere ulaşip bireye hiç soru sormadan pazar araştırması yapmak ve bireyleri alışveriş konusunda hedefe yönlendirmektir. Zaten yine araştırma sonuçlarından biliyoruz ki sorulan sorulara verilen cevaplar, her zaman gerçeği yansıtmayabiliyor ve yanıltıcı olabiliyor. Bu alanda gerçekleştirilen tüm araştırmaların sonuçları şunu gösteriyor ki satın alma kararlarımızı duygularımızla veriyoruz ve aslında bilinçli olarak neyi istediğimizin farkında bile değiliz. Satın alma kararlarında bilinçdışı faktörlerin etkisinin % 80'in üzerinde olduğu bilinen bir gerçek. Rüyasında kendisini belirli bir marka telefon ile konuşma yapan biri, uyandığında büyük olasılıkla bunun anlamını düşünür. Market raflarında, sıradan reklâmlarda aynı isimli ürünü görünce o ürünle bir ilgisi olmasa bile durup düşünür, büyük olasılıkla da o ürünü alır. Bu örnek bile bilinç dışının ne kadar etkin olabileceğinin doğal bir örneğidir.

Duygular

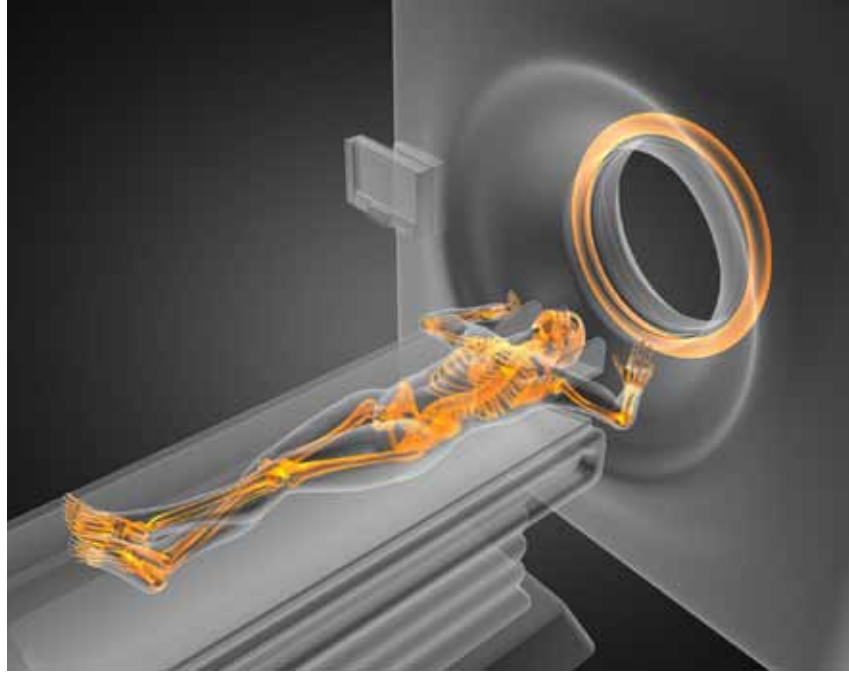
- Duygular birincildir: Akıl yürütmeye aldığımızı sandığımız kararlar, çoğu kez duygusal olarak sadece söz konusu seçe-

nekten hoşlandığımızdan ötürü aldığımız kararlardır. Kendimize bile itiraf etmekte zorlandığımız bir durumdur. Neredeyse yaptığımız bütün seçimlerin ardındaki asıl nedendir ve bu mekanizma fMRI ile kanıtlanmıştır. Yani fMRI teknolojileri kişilerin bir uyarana karşılaştıklarında, beyinlerinde oluşan ilk hareketlenmenin duygusal bir hareketlenme olduğunu kanıtlamıştır. "Neden bu, şu seçim?" diye sorulduğunda seçimlerimiz duygusal ağırlıklı olur ama kendimize ve başkalarına söz konusu seçimimizle ilgili yaptığımız açıklamalar mantıksaldır.

- Duygular evrenseldir: Savaşta, adam öldürmeye programlanmış Amerikalı bir askerin, Iraklı bir çocuğu savaş meydanından, kucağında kaçırmamasının basına yansıyan fotoğrafları iyi bir örnektir.
- Duygular kaçınılmazdır: Sevinç, üzüntü, öfke, korku, hayret, iğrenme duygularımızı mimiklerimiz ele verir. Casuslar ya da poker ustalarının genellikle siyah gözlük takması da ondan değil midir?
- Duygular geri döndürülemezdir: İlk intiba, ilk izlenim her zaman iz bırakır.
- Duygular benliğe dokunur: Nesne, marka, kişiler bizi iyi ya da kötü hissettirir.
- Duygular kolayca dile dökülemez: Yazar değilseniz kolay değildir. Ama 5 duyu sizi ele verir.
- Duygular kalıcıdır: Bir filmin konusunu unutabilirsiniz ama filmin size yaşattığı duyguları unutmazsınız.

Nöromarketing pazarlamacılar tüketiciyi beyininden vurma fırsatı veren, yeni bir piyasa yaklaşımı aslında. Nöromarketing, insanoğlunun tercihlerini neyin belirlediğini anlamakta ve aynı anlamı tekrar inşa edebilmektedir. Paketin rengi yüzünden mi? Kutuyu sallayınca çıkan sestense mi? Hangi özellik tercih nedeni olabilir? Bu durum açıkça beyinle mülakat yapmaktır! Bir ürüne karşı beyin tepkileri ölçülürken farklı beyin bölgelerinde beliren aktivitenin değişimini ölçmek; yalnızca tüketicilerin neden o ürünü seçtiklerini değil, aynı zamanda hangi beyin bölümünün bu seçimde etkin olduğunu da medikal anlamda ortaya koyuyor. Yani tıp, sinir sisteminin sırlarını birer birer ortaya çıkarıyor. Beynin uyarılara, iletilere ve reklamlara verdiği tepkilerin fiziki yapısını anlamak günümüzde mümkün oluyor ve ilerleyen, hızla sayısallaşan tıp teknolojisi sayesinde de sonuçları anlamlandırmak giderek kolaylaşıyor. Tüm ilerlemelere rağmen, insan beyin fonksiyonunun ancak küçük bir bölümü anlaşılabilmiş durumda. Felçli, kaza geçirmiş ve kanserli hastaları tedavi edebilmek için yapılan geniş çaplı araştırmalar beynin sırlarını çözebilmeye yönelik ipuçları sağlasa da beyin, gizemini korumayı sürdürüyor.

Beynin fiziki yapısını anlamak ve bu yapıdan elde edilen bir takım veriler, ile-



tişimcileri nöromarketing alanında büyük yatırımlar yapmak üzere heyecanlandırıyor. Pazarlama yatırımlarının geri dönüşünü ölçebilmek verimliliği artırabilmek açısından çok önemli tabii. "Tüketici panelleri" ve "focus grup" çalışmalarından memnun kalmayan pazarlama endüstrisinin son hedefi; araştırma merkezleri kurarak ya da kurulu olanları destekleyerek çok sayıda bilim adamından destek alıp beyin karar verme sistemi üzerinde tıbbi laboratuvar çalışmaları yürütmek.

Gönüllü deneklerle yapılan sinir sistemi ölçüm deneylerinde, katılımcılara bazı ürün resimleri gösterilerek bu resimler karşısında beyinde oluşan tepkiler uzman nörolog ya da temel bilimciler tarafından analiz ediliyor. Ayrıca çeşitli kliniklerde yapılan beyin taramaları ve bilimsel çalışmalardan elde edilen MR bulguları da birleştirilerek yeni ipuçları elde edilmeye çalışılıyor. fMRI sayesinde insan beyinin bir şeyi düşünürken veya hissederken hangi bölgelerinin faaliyete geçtiği, renkli görüntülerle saptanabilir durumdadır. Dolayısı ile beynin faaliyetleri izlenebilir, test edilebilir ve kıyaslanabilir durumdadır. Yani milyonlarca yılın kapalı kutusu canlı yayında gözetlenebilir oldu. Astronomi için teleskop neyse, fMRI teknolojisi de beyin araştırmaları için aynı şeydir.

1980'lerde Coca Cola pazarlamacıları tarafından yeni formül Coca Cola için 200 bin tat testi yapılmış ve yaklaşık 4 milyon \$ harcanmış. Sonuç olarak yeni formül %8 Pepsi'den daha fazla, %20 bir önceki tat Coca Cola'dan fazla tercih edilmiş. Yeni ürün zaten çok iyi satış yapmış ama değer kaybı 4 milyon \$ olmuş. Disney, Pepsi, Mc Donald, American Express gibi dünya çapındaki dev şirketlere pazarlama danışmanlığı yapmış bir kişi olan Martin Lindstorm, insanların anketlerden sıkıla-

bilir olduğunu, kendini olduğundan farklı gösterebileceğini söylemiş ve 2004'te, 200 araştırmacı ve 10 profesör, 2 binin üzerinde konu ve parametre kullanarak ilk nöromarketing deneyini yapmıştır. ABD, İngiltere, Almanya, Japonya ve Çin gibi pek çok ülkede rekabete açık pek çok üretici şirket ile çalışmıştır. Lindstorm, satın almaya dair bildiğimiz yanlışları, Buy•ology adlı kitabında ortaya koymuştur.

Nöromarketing'de en kapsamlı deney, bir kola markasının yürüttüğü ve 2004 yılı sonunda kamuoyuna duyurduğu çalışma olmuştur. Piyasada rakibinin ardında ikinci olmaktan nedense bir türlü kurtulamayan bu büyük şirket, algının ve tat duygusunun rolünü tanımlamaya yönelik nöromarketing deneylerini desteklemiştir. Deneylerin sonucunda rakip markanın gerçekten de beyinlere kazınmışçasına, insanların seçimlerinde belirleyici rol oynadığı ortaya çıkmıştır. İki firma arasındaki yoğun rekabetin temelinde, tüketicilerin birini diğerine marka imajı yüzünden tercih ettikleri gerçeği yatıyordu. Yapılan araştırmalar, deneklerin her iki markayı bardaklarda tattıklarında, ürünleri ayırt etmekte güçlük yaşadıklarını ve hatta pazardan düşük pay alan markanın tadını tercih ettiklerini ortaya koymuş. Baylor College of Medicine'de MR ölçümleriyle yapılan bu teste göre, içtiklerinin ne olduğunu bilmedikleri böyle bir durumda deneklerin beyinlerindeki "ödül merkezi" (ventral putamen), diğer gruba oranla 5 kat daha güçlü bir tepki veriyordu. Diğer deyişle gerideki markanın tadı daha fazla beğeniliyordu. Oysa aynı denekler, içtikleri markanın adı belirtildiğinde diğerini tercih ediyor ve bu tercihe beyinlerinin verdiği sinyaller tümüyle başka bir bölgeden gönderiliyordu.

Marka tercih verilen tepki beyin

ön tarafında, düşünme ve yargılamayı yöneten bölge olarak bilinen "pre-frontal korteks"tedir. Prefrontal korteks'ten gelen sinyaller; deneklerin seçimlerini, anıları, izlenimleri, daha bildik bir söyleyişle "marka imajı" çerçevesinde yaptıklarını gösteriyor. Bu sonuca göre, güçlü bir marka imajının beyin üzerindeki belirleyici rolü, dilde bulunan tat duyusunun gönderdiği mesajlara göre çok daha güçlüdür. Gerçekten de insanların bir şeyi çok sevdiğini söylediğinde de, beyinlerindeki aynı bölgede (prefrontal korteks) aktivite görülür. O halde bu alanı uyabilen ürünlerin pazar şansı çok yüksek diyebiliriz. Prefrontal korteksi hasar görmüş deneklerin de katıldığı nöromarketing marka deneylerinde, beyin bu alanının gerçekten de marka algısı yaptığını ortaya konulmuştur (2007, Michel Koenigs ve Daniel Tranel; Oxford Journals, Medicine Social Cognitive & Affective Neurosci, Volume 3, Issue 1, Pp. 1-6).

Yapılan çalışmalar, haz alınan şey arka arkaya tekrarlandığında eskisi kadar heyecan vermeyeceğini göstermiştir. Primatlar üzerinde yapılan deneyler, onların en sevdiği gıdalardan biri olan elma suyu verildiğinde harekete geçen dopaminin, elma suyu seansları tekrarlandığında bir süre sonra etkisini kaybettiğini göstermiştir. Bu, tıpkı yeni alınan bir cep telefonundan veya otomobilden alınan hazın zaman içinde düşmesine benzer. Diğer yandan maymunlara elma suyu vermeden önce bir ses veya başka bir işaret verildiği takdirde bir süre sonra elma suyu yerine beyinleri o işarete tepki vermeye, onunla heyecan duymaya başlıyor. Bu durum araştırmacılar tarafından, hazın işaretinin veya duygusal tetikleyicinin hazın kendisinden daha önemli olması diye tanımlanıyor. İşte bu nedenle markalar, ürünlerin kendisinden daha fazla önem taşıyor. Doğal olarak bir marka ne kadar çok fiziksel işaretleyici taşıyorsa, tüketicinin gözünde o kadar büyük bir haz nesnesi haline gelebiliyor. Şekiller, renkler, sesler, hatta kokular ve dokular, bir markanın bileşenleri olarak tüketiciye o ürünün veya hizmetin verdiği hazın çok daha fazlasını sunuyor. Günümüzde farklı araştırma sonuçları, reklamcılıkta en etkili unsur olarak görülen "logo"nun aslında en az etkili unsur olduğunu göstermiş.

BMW, reklamlarında "performansı" ön plana çıkarmış ve sloganlarını da bu yönde oluşturmuş ve marka idi. "The ultimate driving machine" vurgusuyla tüketiciye seslenmişti. Son yıllarda markanın üzerinde durduğu nokta teknik özelliklere de vurgu yapan slogandan tamamen "keyif odaklı" sloganlara bir geçiş başlamıştır. Reklamlarında duyduklarımız BMW'nin otomobil üreten bir firma olmasının yanı sıra keyif de ürettiğini ve tüketiciye bunu da vermek istediğini çok güzel anlatır: "We're a car company but we don't just

make cars. We, we make joy... That's the story we want to tell the world now." Çünkü araç modellerinin erkekler üzerindeki etkisi incelendiğinde ve spor modele bakıldığında beynin "ödüllendirme" bölgesinde hareketlilik tespit edilmiştir. Böylece spor otomobil satışı için "ödüllendirme" konulu reklam çalışmalarının etkili olacağı anlaşıldı. Daimler Chrysler 22 spor araba, 22 sedan, 22 küçük model ile yaşları 30-31 olan deneklerle yaptığı nöromarketing araştırmasında spor arabaların ödül duygularını tanımlayan beyin bölgelerinin (ventral putamen) aktive olduğu sonucuna ulaşmış. Ventral putamen, beyinde sosyal üstünlük ve seksüel hazı da tanımlar. Deneklerin Mini Cooper görüntüsü ile karşılaştıklarında beyinlerinde aktive olan bölge ile bebek yüzü görüntüsüyle karşılaştıklarında aktive olan bölgenin aynı olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun çocuklarla olan alakası, Mini Cooper'in teknik özelliklerinin dışında "sevimli bir yüz" olarak insanların zihninde yer ettiğini ve bu şekilde çekiciliğinin arttığını söyleyebiliriz. Yani Mini Cooper, bir otomobil ötesinde, "bebeksi bir yüz" olarak algılanmaktadır. İnsanların çocuksu imgeleri ve bebek yüzlerini "özel bir şey"miş gibi algılamaları, birçok bilimsel araştırmayla kanıtlanmıştır. Mini Cooper gibi pek çok araba tamponunun dizaynında sevimli görünüm oluşturma, tampon üretiminin hedefi olmuştur.

İnsanların karar verme davranışları, aynı durumda olduğu başka kişilerin olaya karşı duruşlarından ve yanıtlarından oldukça etkilenir. Dünyaca ünlü keman sanatçısı Joshua Bell'i izlemek için insanlar konserlerine akın ederler. Ancak bir sabah beysbol şapkalı bir kemancı, Washington metro istasyonunda Bach'tan parçalar çalar. İnsanlar hiçbir şey yokmuş gibi yanından gelip geçerler. Önünden 1097 kişi geçer, 7 kişi duraklar, onlar da birer ikişer dakika dinleyip gider. 45 dakikalık konserin sonunda, bahşiş için yere açtığı mendilde 32 dolar birikmiş. Taksiiye binmiş, Washington'ın en ünlü konser salonuna gitmiş ve sahneye çıkmış. Biletlerin en ucuzu 100 dolar ve tıklım tıklım dolu bir sahne... Çünkü Grammy ödüllü Joshua Bell'in kemancı da 300 senelik, 3,5 milyon dolar değerinde, Stradivarius. Yani her şeyi ile bir "marka". "İmaj" böyle bir şeydir. Ne olduğu değil, nasıl sunulduğu, nasıl görüldüğüdür. Bu olay, davranışlarımızın kaynağının önemli bir sosyal kanıtı aslında. Sabah metrodan geçen insanlar orada keman çalan birine karşı ilgilerini ya da ilgisizliklerini diğer insanların hal ve tavırlarına göre şekillendiriyor. Sonuçta da pahalı biletlerle görkemli konser salonlarında değil de metro girişinde çalan Joshua Bell, sessiz bir oy birliğiyle kimsenin dikkatini çekmiyor.

Google'in da yapmaya çalıştığı şey tam olarak bu aslında; "diğerlerinin

davranışlarını da işin içine katarak bir sonuca varmak". Ürün seçimi, birçok faktörü barındıran bir süreçtir. Ürünler arası farklar, fiyatlandırma, uygunluk gibi sayısız faktör satın alma ve seçme davranışımızı etkiler. Markalandırma da bu faktörlerden biri hatta en önemlilerindedir. Yapılan çalışmalar sonucu Google'ın site ranking'leriyle zihnimizin hatıraları çekip çıkarması arasında oldukça benzer yanlar olduğu bulunmuş. Marka seçimimizin farkında olmadığımız, bilinçsiz bir süreçte gerçekleştiğini ve bu süreçte de zihnimizin tıpkı Google gibi hareket ettiği öne sürülüyor. Google'ın ortaya çıktığı ilk yıllarda elde ettiği başarının büyük kısmı yenilikçi "page rank" sistemi sayesinde. Pagerank, Google'ın web sitelerini ve sayfalarını derecelendirme sistemidir. Sitelerin içeriklerine, ziyaretçi sayılarına ve tasarım kalitesine göre Google tarafından 10 üzerinden verilen puandır.

Duyularımıza hitabeden, onları canlandıran pek çok etmen sayabiliriz. Sevgiliyi hatırlatan güzel koku ya da annemizin evini hatırlatan naftalin kokusu vb. "Thalamus"; beynimizde analitik düşünme merkezi, serebral korteks ile görme ve duyma gibi fonksiyonlarla ilişkili mezensefalon'un ortasında yer alır. Thalamus'un görevlerinden biri, duysal bilgiyi işleme ve bunu korteksin ilgili kısmına göndermek. Mesela görsel bilgi retinadan gelir, thalamus'a gider, korteksin görsellik ile ilgili olan kısmında işlenir. Bütün duyuların yolu bu şekilde thalamus'tan geçerken, sadece koku farklı bir yol izler. Koku ve koklamayla ilgili olan sistemimizin thalamus'la böyle bir ilişkisi yoktur. Kokladığımız şey doğrudan amygdala'ya gider. Yani duygularımızın merkezine. Amygdala beynin hafıza merkezinin hemen yanında yer aldığı için de kokular bizde derin izler bırakır. Markalar kokunun farkında mı? Elbette! Sony ve Samsung gibi elektronik devleri de kokunu önemini göz ardı etmeyen markalardan. Abercrombie&Fitch de mağazalarında kendine has bir koku yaratmaya çalışan markalardan biri. Biz bir mağazaya girdiğimizde burnumuza gelen kokunun rastgele bir şey olduğunu düşünsek de aslında kokuların altında belli bir konumlandırma stratejisi yatıyor. Hatta kokunun yayılacağı alana ve kokunun türüne göre markalar aylık 10 bin dolara varan masraftan kaçınmıyorlar.

Günümüzde Facebook'un duygusal bağlılık ölçümlerinin (EEG ile) diğer sitelere oranla yüksek bulunması, internet sitelerinin nöronal-marketing kullanarak öne çıkmalarında önemli bir parametredir. Ancak Facebook "Mynd" adlı bir EEG başlığı kullanıyor. Mynd, kullanıcılara takılarak katılımcıların baktıkları görüntü esnasında ya da izledikleri bir reklam sırasındaki beyin aktivitelerini ortaya çıkarıyor. Toplanan data 3 kritik parçaya ayrılıyor; dikkat, duygusal bağlılık ve

hafıza. Yani görüntüyü akılda tutma. Bu başlık nöropazarlama çalışmalarının önündeki limitleri de ortadan kaldırıyor. Mobil olması açısından süpermarkette alışveriş yaparken ya da evde televizyon izlerken bile çalışma yapılmasına imkân sağlıyor. Benzer şekilde "iPhone" tutkusu, fMRI'da beynin insular korteks'inden alınan sinyallere bağlı olarak oluşan aşk, tutku, bağlılık etkisinin aslında bir "sinestezi etkisi=duyu ikilemi" olduğu söylenmektedir. Yani "rekleri duymak" veya "sesleri görmek" gibi. Çeşitli ensefalogram (beyin elektrosu) sonuçlarına göre; beynin sol tarafından gelen tepkiler yaklaşma mesajları içerirken, sağdan gelenler uzaklaşma komutları veriyor. Bu sonuçlara göre, bir reklâmın hatırlanma oranı ne kadar yüksekse, ürünün satın alınma oranı da o kadar yüksek sayılıyor.

Papillometre ile gözbebeği tepkileri, galvanik deri ölçer ile deri algısı ölçümleri, göz hareketleri ölçer (eye tracking) ile bakış açıları, anlık topografi cihazı ile sinyal anatomisi, manyetik titreşimle aktivasyon ölçümleri, günümüz fonksiyonel MR yöntemine kadar pazarlamada kullanılan nöronal ölçüm metodlarıdır. Böyle bir nöromarketing yöntemi, bakın günümüzde CV'lerimizi (curriculum vitae) yani özgeçmişlerimizi nasıl yönlendiriyor? "Doğru CV nasıl olmalı?", "En çok değinilmesi gereken noktalar neler?", "CV hazırlarken neler detaylandırılmalı?". Eye tracking yöntemi sayesinde artık "Doğru CV'nin ne demek olduğunu her iki taraf da öğrenecek. Göz izleme metodu olarak bilinen eye tracking; profesyonellerin CV'leri incelerken en çok nerelere odaklandığını, CV'lerin hangi bölümünde ne kadar zaman geçirdiklerini, hangi bölümlerin görmezden gelindiğini bu yöntemle ortaya çıkarmış. Eye tracking sonuçlarına bakıldığında, online CV'lere bakan kişilerin sitedeki görseller ve reklamlar yüzünden dikkatlerinin dağıldığı ve bunun da CV değerlendirme sürecine yansıdığı görülmüş! Bu gibi konsantrasyon düşmanı uyarılar, işe alımcıların rasyonel düşünme ve karar alma becerilerini de etkiliyor. Bu kişiler, bin bir emekle hazırlanan CV'leri gözden geçirmek için sadece 6 saniye harcıyor! Yani etraflıca incelenmeye değer değmeyeceğinize 6 saniyede karar veriliyor! İşe alımcıların dikkatinin % 60'lık kısmı CV'lerdeki isim, eğitim, şu an çalışılan şirket ve bu işe başlama tarihi, bir önceki iş deneyimi ve bu işin başlangıç-bitiş tarihleri üzerinde toplanıyor. CV'niz kişisel kanaatten çok işe alımcıları etkileyen faktörlere ağırlık verilerek oluşturulduğunda "doğru CV" olur. Artık elimizde bilimsel reçete de olduğuna göre doğru CV'yi hazırlamamız için hiçbir neden yok! Hemen güzel bir fotoğraf seçip sol köşeye yerleştirin. Eğitim, çalıştığınız iş ve bir önceki deneyiminizi net bir şekilde anlatın. Bu tarifle özgeçmişinizi hazırladığınızda artık ilgilenmediğiniz şeyleri hobinizmiş gibi göstermeye, başlangıç seviyesinde

olduğunuz dilleri sıralamaya ya da yıllar önceki stajlardan bahsetmeye gerek kalmadığını göreceksiniz!

California Üniversitesi'nden bir grup araştırmacı, Cumhuriyetçiler ile Demokratların 11 Eylül saldırılarına ilişkin kampanya ilanında, farklı tepkiler ortaya koyduğunu fMRI ile ölçümlendi. Söz konusu ilanla beynin korku etkinliği gösteren bölümünde, Demokratlarda Cumhuriyetçilerde olduğundan çok daha yüksek etkiye yol açmış. Demokratlarda korkuyu tetikleyen ilanlar, Cumhuriyetçilerde beynin şiddete duyarlı alanlarını tetiklemekteydi. Duyusal pazarlama (nöromarketing) siyasi kampanyalarda da artık oyunun bir parçasına dönüşmüş durumda. ABD Başkanı Obama'nın halkın duygularına hitabeden ve her bölgede Cumhuriyetçi veya Demokrat çoğunluğa göre değişiklik gösteren sloganları, Romney'i yenmiştir. Obama seçmenlerde beyinleri direkt duygusal ifadesinden vurmuş ve kazanmıştır.

Martin Lindstorm, yakın zamanda pazarlamanın geleceğini yeniden yazarak marka ve din arasında yakın bir bağlantı olduğunu söylüyor. "Yaptığımız araştırmalarda Harley Davidson, Apple gibi güçlü markalar ile dini inançların beynin aynı bölgesini etkilediğini gördük" diyor Lindstorm, giderek daha fazla markanın dini unsurları taklit edeceğini söylüyor. Ona göre, dini unsurları doğru kullanan markalar başarılı olacaktır. Ayrıca Lindstorm'a göre gelecekte batıl inançlara oynayan markalar daha çok satacak. Lindstorm şöyle diyor: "Bugün pek çok marka dini unsurları taklit ediyor. Örneğin, Apple'ı ele alalım. Bu markanın fanatik hayranları var. Bundan iki ay önce Sidney'de yeni bir Apple mağazası açıldı. Çok iyi hatırlıyorum. Çünkü ordaydım ve 4 bin kişi uzun bir kuyrukta bekliyordu. Sıradakilerle sohbet ediyordum. Birine neden orada olduğunu sordum, 'Çünkü Apple'ı seviyorum' dedi. Bu adam Kaliforniyalıydı ve sadece Apple mağazasının açılışı için Sidney'e 16 saatlik uçak yolculuğu yapmıştı. Bunu neden yaptığını sorduğumda, tüm yeni mağaza açılışlarını takip ettiğini, geçenlerde de bu yüzden Tokyo'ya gittiğini söyledi ve açılışlardan tek aldığı bir Apple tişörtüydü."

Nöromarketing ile insanlar istismar edilebilir mi, kararları yönlendirilebilir mi? Özellikle siyasi kampanyaların geleceğinde de bu tür çalışmalardan ipuçlarının bekleneceği olasılığı da bilim adamlarını kaygılandırıyor. Reklâmlarda gerçekleştirilecek en ufak bir etkinlik artışının hastalık, ölüm ve ıstırapları büyük çapta artıracığı iddia ediliyor. Şişmanlık, alkolizm ve şiddete yola açan ürünlerin reklâmlarının daha etkili olmasından korkuluyor. Bazı reklâmların insanların zaaflarından istifadeye çalıştıkları gerçeği karşısında bu silahın kötüye kullanılabilmesinden ve problemi daha da ciddileştirebileceğinden korkuluyor.

Pek çok anket çalışması, sigara içiminin azaldığını gösterir. Ancak bu durumun tamamen suçluluk duygusunun sonucu olduğu görülür. Son zamanlarda sigaralar üzerindeki uyarı yazıları gösterilerek yapılmış fMR tarama sonuçları bir hayli şaşırtıcı olmuştur. fMRI sonuçları uyarıların sigara içme isteğini azaltması bir yana aksine bu isteği tetiklediğini ortaya çıkarmış! Yani bireyin mantığı işlememiştir! Beyindeki "arzu noktası" olarak da bilinen "nukleus akkumbens" kararmış ciğerler, yaralı bereli ağızlar, sedyede yatan ölümler gördükçe uyarılmış. Bu bölgenin uyarılması demek, "dopamin salgılamak, tatmin olmak için hep daha fazlasına ihtiyaç duymak" olduğuna göre, uyarıların sigara tüketimine ciddi azalttığı sonucunu çıkarmak abes olur.

Pazarlamacılar için "durum" kişilik haklarının çiğnenmesi ve insanlıktan çıkartılması gibi görülüyor. Onlara göre nöromarketing insanın var olduğundan beri var olan davranışlarını tetikliyor. "Impuls Buying" olarak bilinen bu tür davranış biçiminde insan hiçbir şey düşünmeden bir malı alabilir. Düşünme, tartma, karşılaştırma süreçleri yer almayabilir. Sadece "alım" vardır. Günümüzde pek çok sosyal psikolog, pazarlamacılar ile birlikte bu alanda çalışmaktadır. Beynin sırlarını çözmek için yola çıkanlar hedef olarak tüketicinin derininde arzuladıkları, duygularını ve korkularını seçmişlerdir. Reklamcılar da reklamlarını bu doğrultuda hazırlayarak başarı oranlarını artırmak isterler. Prefrontal korteks bölgesinin sırrını çözebilen, sinyalleri oluşturan unsurları tanımlayan markalar yaşarlar. Her beyin bölgesinin markası ortaya çıktıktan sonra da seçim yapabilme erkinin sorgulanması anlamsızlaşır.

Yazımı etik değerlere ilişkin bazı sorularla sonlandırmak istiyorum:

- Pazarlamacılar bizim bilinçaltımıza inmeli midirler?
- Teknoloji erişkin tüketicilerle sınırlı mı?
- Standartları ve düzenlemeyi kim belirliyor?
- Şirketler ifşaya mı zorlanıyorlar?
- Şirketler yanlış verilerden ve korkunç harcamalardan nasıl korunacaklar?

Kaynaklar

Al Ries - Jack Trout - Positioning

Capital Online / 01 Aralık 2008 Pazartesi

<http://www.istekobi.com.tr/kobi-bilgi-merkezi/makaleler/noromarketing-m179.aspx> (Erişim tarihi: 11.09.2013)

<http://www.truvainegi.com/> (Erişim tarihi: 11.09.2013)

Martin Lindstrom - Buyology; Paco Underhill Çeviren: Ümit Şensoy, 2013, ISBN:9944186940

Patrick Renvoise, Christophe Morin; Mediacat

İnancın hemşireliğe yansımaları: Spiritüel bakım

Yrd. Doç. Dr. Sibel Doğan



1981 yılında Malatya'da dünyaya geldi. Lisans eğitimini hemşirelik alanında, yüksek lisansını psikiyatri hemşireliği alanında, doktorasını ise psiko-onkoloji alanında tamamladı. 2004-2012 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğretim görevlisi olarak çalıştı. Aynı zamanda EÜ. Onkoloji Hastanesi'nde kanser hastalarına, ailelerine ve sağlık personeline yönelik psikososyal destek programlarını yürüttü. Çalışma alanları ruh sağlığı, kişiler arası iletişim, kişisel gelişim, psiko-onkoloji ve palyatif bakımdır. Dr. Doğan halen İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde görev yapmaktadır.

İnsanların birbirleriyle olan sosyal ilişkilerini düzenleyen unsurlar arasında dinin önemi büyüktür. Din, birey ve toplum hayatına anlam kazandıran, kişinin insanca yaşamasına yardımcı olan, topluluk halinde yaşayan bireylerin birbirlerini anlayabilmelerini kolaylaştıran ve kulun tanrıyla ilişkisini düzenleyen bir araçtır.^(1, 2)

Barış, huzur ve güven içerisinde yaşamak, insanlar için fitri bir ihtiyaçtır. Dolayısıyla toplum halinde yaşayan insanların görevlerinden biri, sosyal barışı sağlamak ve sağlanan barışı kararlılıkla devam ettirmektir. Bireylere barışsever bir kişiliğin kazandırılmasında dinin önemli görevleri vardır. İnsanları doğru bir şekilde yönlendiren din, kanunların ulaşamadığı yerlerde dahi onları iyi, doğru ve faydalı yönde bilinçlendiren ve vicdanlara hükmedebilen bir unsurdur. Din, insanın iç dünyasına, düşünce biçimine nüfuz ederek kalbi kötü duygulardan arındırmakta ve ona başkalarına karşı anlayış ve hoşgörüyü yaklaşılabilen bir kişilik kazandırmaktadır.^(1, 3)

Spiritüel, dinin ilk komponenti sayılabilir, ancak dini uygulamalarla sınırlandırılmayacak kadar geniş bir kavramdır. Spiritüel, bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabasıdır, aynı zamanda yaşam boyu kazanılan bilgilerin bir sonucudur. Yaşamın amacını oluşturan, bireye anlamlı gelen unsurları içerir. Spiritüel, ne olduğumuzdan çok ne yaptığımız ile tanımlanır, Latince anlamı ile yaşamı hissetmektir. Spiritüel inanç ve değerler organize bir din ile bağlantılı olabilir ya da olmayabilir. Ayrıca güçlü dini inançları olmayan insanların da spiritüel boyutları vardır. Spiritüel değerler ve inançlar bir varlık ya da güce inancın çok ötesinde bir olgudur ve sağlık, hastalık, ölüm, günah, ölüm sonrası yaşam ve başkalarına karşı sorumluluk konularındaki inançları

içerir. Her bireyin spiritüel gereksinimleri vardır. Spiritüel gereksinimler; "manevi yoksunluğu azaltacak veya bireyin manevi gücünü destekleyecek gereksinimlerdir", "Bireyin üstün güçle/tanrıyla (kişi nasıl tanımlıyorsa) dinamik ilişkisini sürdürmesi için gerekli faktör veya faktörlerdir".⁽³⁾

İnsanlarla birebir etkileşime dayanan hemşirelik mesleğinde bir bireyin varoluşunun tüm boyutlarının korunması, sürdürülmesi veya elde etmesinde ona yardımcı olmak hemşirelik bakımının temelidir. Bireylere sağlık bakımının holistik bir yaklaşımla verilmeye başlanmasıyla, spiritüel boyutun fiziksel, emosyonel ve psikososyal boyutlar gibi değerlendirilmesi önem kazanmıştır. 19. yüzyılın sonları ile 20. yüzyılın başlarında kurulan -ya da en azından kurumsal olarak güçlendirilen- akademik disiplinler, şu ya da bu şekilde, modern toplumların dini bir boyutunun olduğu görüşünü kabul etmek zorunda kalmıştır.⁽⁴⁾ Hemşire teorisyenlerin de 1960'lı yılların sonlarından beri, bireyin fiziksel, emosyonel ve psikososyal boyutu kadar spiritüel boyutuna da giderek büyüyen bir ilgi gösterdikleri görülmektedir. Bu teorisyenler yazılarında spiritüel ve spiritüel bakıma dini ve mezhepsel inanç ve uygulamalardan daha geniş bir kavram olarak yer vermişlerdir. Joyce Travelbee 1971 yılında, "Bir hemşire yalnızca fiziksel ağrıyı azaltmak için veya fiziksel açıdan değil, bireye holistik (bütün) bir bakım verir" şeklinde bakımın tüm boyutlarının önemini ifade etmiştir.⁽⁵⁾ Holistik bakım terimi 1980 yılında Rogers, Parse, Newman gibi hemşire teorisyenlerle hemşirelik literatürüne girmiştir. Florence Nightingale döneminden beri, spiritüel bakım hemşirelik uygulamalarının bir parçası olmuştur. Florence Nightingale sadece geleneksel Hristiyanlık değerlerini değil otonomi, profesyonellik gibi bazı modern hemşirelik değerlerini de ortaya koymuş, holistik bir bakış açısına sahip bir düşünürdü. Onun bu düşüncesini aşağıdaki ifadeleri açıkça betimlemektedir; "Sağlık için, spiritüel

gereksinimler vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir, hepimizin gözlemediği fiziksel durum zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir". Bir birey ruhsal ve duygusal olarak yaralandıysa ve zarar gördüyse fiziksel hastalıklar da ortaya çıkabilir"⁽³⁾ Bireyin manevi boyutuna ilişkin bakım verilmesi hemşirenin fonksiyonunun önemli bir parçasıdır. Amerikan Holistik Hemşireler Birliği iyi sağlığı, vücut, beyin ve ruh arasındaki uyum düzeyi olarak tanımlamaktadır. Bu nedenle, bireyin varlığının tüm boyutlarının bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesinde bireye yardımcı olmak için hemşirelerin, tüm bu alanların bakımını sağlayacak şekilde hazırlıklı olması gerekmektedir.⁽⁶⁾

Hemşirelik bugün spiritüel bakıma nasıl bakmaktadır? Hemşirelik literatüründe uzun bir süre spiritüel bakıma ilişkin bilgiler, inanç sistemleri ve dini uygulamalara yönlendirilmiştir. İnsanın spiritüel boyutu düşünüldüğünde, spiritüel boyuta yönelik bakım için, sadece din görevlisinin hastaneye çağırılmasıyla sınırlı dini fonksiyon ve uygulamaların yetersiz olacağı açıktır. Yapılan çalışmalarda spiritüel boyutun sağlık, iyilik ve yaşam kalitesi üzerine açık etkisi olduğu ortaya konulmuştur.^(7, 9) Her ne kadar spiritüel ile din birbirlerinin yerine yanlış olarak kullanılsa da yapılan bir çalışmada sürekli din kurumlarına devam eden kişilerde stresle baş etmede, hastalığın iyileşmesinde, depresyonun giderilmesinde, madde bağımlılığının önlenmesi ve bırakılmasında, kalp hastalıklarında ve yüksek tansiyonu önlemede, ağrı gidermede, engelleri düzeltmede ve mortalitede %25 azalma olduğu kanıtlanmıştır.⁽¹⁰⁾ Bu konuda diğer bir gerçek de, bireyin manevi bakımını sağlayan hemşirenin fonksiyonudur. Literatürde, hemşirenin başkalarının manevi gereksinimlerinin farkında olması için öncelikle kendi maneviyatını keşfetmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Yaşamın gelişimsel süreci içinde hemşirenin sahip olduğu, varlık ötesi bir güce olan inancı, yaşamın anlamına ilişkin

değerleri, yaşamdaki umudu ve diğer manevi kaynaklarına ilişkin farkındalığı, bireylerin manevi gereksinimlerine daha duyarlı olmasında etkili olmaktadır.⁽⁵⁾

Günümüzde fiziksel ve psikososyal boyutun üstünde ve var olmanın daha ötesinde bir boyut olan spiritüel boyuta yönelik hemşirelik bakımının önemi hemşireler tarafından kabul edilmektedir. İnsanın spiritüel yönü, fiziksel, duygusal, sosyal yönü kadar önemlidir ve bu boyutlarla ilişkilidir. Böyle olmasına karşın sağlık elemanlarının çoğunluğu, bireyin bu yönünü göz ardı etme eğilimi gösterirler ya da bu boyut hemşireler, psikologlar ve din adamlarının sorumluluğu olarak görülür. Oysa yasamı tehdit edici hastalığı olan bireylerin varoluş mücadelesi, onların kendilerini iyi hissetmelerinin temelini oluşturur. Bu nedenle tüm sağlık elemanlarının hastaya bütüncül bir yaklaşımla bakım vererek, fiziksel rahatlık ve sosyal destek sağlayarak, hastanın bu dünyaya gelmiş yegâne varlık olmanın anlamını keşfetmesine ve ölümü yaşamın kaçınılmaz bir parçası olarak kabul etmesine yardım ederek, huzurlu ve iyi bir ölüm sağlamaları gerekir.^(3, 11)

Her hemşire spiritüel bakım verebilir mi? Hemşireler bakımları altında olan hastaların cinsiyetleri ve yaşları ne olursa olsun bakım planlarında mutlaka hastalarının North American Nursing Diagnosis Associations (NANDA)'nın hemşirelik tanıları arasında bulunan "Spiritüel distres= Manevi sıkıntı" tanısını değerlendirmeye almalıdırlar. Son yıllarda hekimlerin de hastalarını tam olarak anlayabilmeleri için anamnez alırken iyi bir anahtar olabilecek spiritüel öykülerini de almaları önerilmektedir.^(3, 11)

Spiritüel distres, yaşama anlam veren, ümit ve güç sağlayan inanç ve değer sisteminde bir rahatsızlık yaşayan ya da bu risk taşıyan bir grup ya da bireydeki durumdur. Spiritüel distres, güç ve ümit veren, yaşamın anlamını sağlayan değerler sisteminde bozulmayı belirtir. Spiritüel distres yaşayan hastalara yaklaşımdaki amaç, inanç ve değerlerle sağlık bakımı arasındaki çatışmayı azaltmak ya da ortadan kaldırmaktır. Spiritüel distresin azaltılmasında yardımcı olacak diğer bir yaklaşım, hastaya geçmişte benzer deneyimler yaşadığında gerçekleştirdiği rahatlama yöntemlerini sorarak, bunları tekrar uygulamaya koymasını hatırlatmaktır. Ayrıca, hastaya hastane ortamında dini aktivitelerini gerçekleştirebileceği ortam sağlanabilir. Hasta için önemli dini semboller varsa, tanı çalışmaları ya da cerrahi müdahale gibi aşırı anksiyete yaratıcı uygulamalar esnasında, bu sembollerin hasta üzerinde kalmasına izin verilebilir.^(3, 5, 11)

Spiritüel distreste tanımlayıcı özellikler

Major (mevcut bulunmalıdır)

- İnanç sisteminde bir rahatsızlık yaşaması

Minör (mevcut bulunabilir)

- Yaşamın, ölümün ve acı çekmenin anlamını sorgular
- İnanç sisteminin güvenilirliğini sorgular
- Cesaretsizlik/vazgeçme ve ümitsizlik gösterir
- Alışlageldiği dinsel rutinleri uygulamayı tercih eder.
- İnançları hakkında ambivalan duyguları vardır.
- Yaşamak için bir nedeni olamadığını ifade eder.
- Spiritüel bir boşluk duygusu hisseder.
- Kendisi ve başka insanlardan emosyonel olarak ayrılma/kopma gösterir.
- Yaşamın, acı çekmenin, ölümün anlamı hakkında endişeler-öfke, içerteleme, korku ifade eder.
- İnanç sistemindeki bir rahatsızlıktan dolayı spiritüel yardım/destek ister.^(3, 11)

Hemşireler bireylerle birlikte buldukları her ortamda spiritüel gereksinimlerle karşılaşabilirler. Dolayısıyla hemşireler, bireyin spiritüel boyutunu yansıtan ifadelerin farkında olmalıdır. Örneğin; birey/hasta "Tanrı beni cezalandırıyor olmalı", veya "beni sorguluyor olmalı?" gibi cümlelerle manevi boyutuna ilişkin bilgiler verirken, hemşire de "öldükten sonra herhangi bir şey olduğunu düşünüyor musunuz?" gibi cümlelerle bireyin bakış açısını ortaya koyabilir.⁽¹²⁾

Günümüzde birçok hemşirelik uygulaması incelendiğinde bireylere belli derecede spiritüel destek sağlandığı fark edilecektir. Örneğin; bireyin ümit, yaşamın anlamı, amacı, sevgi ve ait olma gibi gereksinimleri spiritüel gereksinimlerdir ve bu durumda hemşirenin bireyin kaygılarını dinlemesi, empati yapması ve bu gereksinimlere yanıt vermesi tedavi edici bir uygulamadır. Yaygın olarak manevi gereksinimlerin yalnızca hastanede yatan hastalar için geçerli olduğu kabul edilir. Oysa pek çok yaşamsal krizler, örneğin; kronik hastalıklar, ileri yaşlarda ölüm korkusu ve çaresizlik duygularının yaşanması, güvenlik, yaşamın anlamı, sevgi, ait olma, kabul görme gibi spiritüel gereksinimleri ön plana çıkarır. Spiritüel gereksinimler tüm insanlar için temeldir. İnsanlar bu gereksinimleri insan ilişkileri yoluyla veya tanrıyla ilişki kurarak karşılayabilir. Hemşirelerin tüm insanları bu bakış açısıyla değerlendirmesi bireyin sağlığını bütüncül olarak geliştirecek hemşirelik girişimlerini planlamada önemlidir. Hemşirenin temel sorumluluğu, bireyin manevi kaynaklarını, bir başka deyişle spiritüel baş etme stratejilerini değerlendirebilecek bir bakış açısına sahip olmasıdır.⁽⁷⁾

Sağlık sistemi içinde ekibin 24 saat hizmet veren üyesi olarak hemşirenin spiritüel gereksinimler konusundaki bilgi, beceri ve yaklaşımlarının profesyonel düzeyde istendik olması zorunludur. Bakım verdiği hastayı bu bağlamda değerlendirebilmesi

ve bu alana özgü gereksinimleri doğru saptayabilmesi, hemşirenin uygun müdahaleleri planlayabilmesi açısından önemlidir. Bu da ancak hemşirenin öncelikle kendi değer, inanç, uygulama ve yaşam felsefesinin farkında olması, hasta ve ailesinin içinde buldukları durumu onların açısından değerlendirebilmesi yani, empatik olması ile gerçekleşebilir. Hasta ve ailesini yalnızca anlamak yetmez, aynı zamanda ne yapılabileceğini ya da nelerin yapılamayacağını bilmek de verilen bakıma ışık tutar.^(3, 11, 13) Yaşamı tehdit edici hastalığı olan bireylerin spiritüel bakımı çok önemlidir. Spiritüel yönü gelişmiş ve dine bağımlılığı fazla olan hastalar, fiziksel, duygusal ve sosyal yönden daha sağlıklıdır. Bu hastaların ümit düzeyleri yüksek, depresyon ve izolasyon eğilimleri düşüktür, stresle daha iyi baş ederler ve yaşam kaliteleri yüksektir. Spiritüel bakımın öneminin bilinmemesi, bu bakımı sunma becerilerinin eksikliği, din ile spiritüelitenin karıştırılması, sağlık elemanlarından hastaya spiritüel bakım sunmalarının beklenmemesi ya da bilim dışı bir yaklaşım olarak görülmesi bu konunun göz ardı edilmesine yol açabilir.

Kaynaklar

- 1) Ok Ü (1998) *Din Bilimleri Araştırmalarında "Bakış Açıları" Üzerine. Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, Cilt 2; 1*
- 2) Yılmaz H (2003) *Toplumsal Barışa Katkısı Açısından Yaygın Din Eğitimi Kurumları. Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, Cilt: VII / 1: 417-429*
- 3) Ergül Ş, Bayık A (2004) *Hemşirelik ve Manevi Bakım. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(1): 37-45*
- 4) Çapcıoğlu İ (2003) *Din ve Küresel Alan. AÜFD Sayı 2: 257-272*
- 5) Harrington A (1995). *What is Spiritual Care in Nursing? Australian Nursing Journal, Vol:2, Issue:10, s.15-21*
- 6) Stranahan S (2001) *Spiritual Perception, Attitudes About Spiritual Care Practices Among Nurse Practitioners, Western Journal of Nursing Research, 23(1):90-104.*
- 7) Baldacchino D, Draper P (2001) *Spiritual coping strategies: A review of the nursing research literature, Journal Of Advanced Nursing, 34 (6), 833-841.*
- 8) Coyle J (2002) *Spirituality And Health: Towards A Framework For Exploring The Relationship Between Spirituality And Health, Journal of Advanced Nursing, 37 (6):589-597.*
- 9) Tongprateep T (2000) *The essential elements of spirituality among rural Thai elders, Journal of Advanced Nursing, 31(1):197-203*
- 10) Basbakkal Z. *Spiritüel ve Hemsirelik, 3. Uluslararası-10. Ulusal Hemsirelik Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, 07-10 Eylül 2005, İzmir.*
- 11) Çetinkaya B, Altundag S, Azak A (2007) *Spiritüel Bakım ve Hemşirelik. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi; 8(1) : 47 - 50*
- 12) McSherry W, Draper P, Kendrick D (2002) *The Construct Validity of a Rating Scale Designed to Assess Spirituality and Spiritual Care, International Journal of Nursing Studies 39:723-734.*
- 13) Ross L A (1994) *Spiritual Aspects of Nursing, Journal of Advanced Nursing, 19:439-447*

Türküleri stetoskopla dinleyen tıp eğitimi

Prof. Dr. Sait Eğrilmez



1969 yılında Sivas'ın Divriği ilçesinin Özbağı köyünde doğdu. İlk, orta ve liseyi İzmir'de okudu. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1992 yılında mezun oldu. Aynı fakültede tamamladığı göz hastalıkları uzmanlığının ardından 2005'te doçent, 2012 yılında profesör oldu. Ege Üniversitesi'nde 7 yıldır ders olarak anlattığı "türkülerdeki hekimlik" temalı sunumunu 21 farklı tıp fakültesinde de sundu. Türküleri tıp eğitiminde ders aracı olarak kullanan ilk kişidir. Türkülerdeki Hekimlik kitabı Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında yayımlandı. Organ bağışını artırmak için kornea nakli ameliyatını yaptığı sanatçı hastası Cem Cansız ile kurduğu "Kornea İkili" adlı grubuyla 2009 yılından bu yana düzenli olarak halk müziği konserleri vermektedir. Dr. Eğrilmez evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Prof. Dr. Gökhan Erpek



1960'da Ankara'da doğdu. 1977'de İstanbul Kabataş Erkek Lisesini, 1983'de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdi. Kulak burun boğaz hastalıkları uzmanlığının ardından 1993'de doçent, 1999'da profesör oldu. 1991 ve 1999 yıllarında ABD'de kulak burun boğaz üzerine gözlemlerde bulundu. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde dekan yardımcılığı, başhekimlik görevlerinde bulundu. Tıp Eğitimi Geliştirme Derneği Başkanlığı, Türk KBB Derneği Yönetim Kurulu Üyeliği yaptı. Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu'nda (UTEAK) da görev alan Dr. Erpek, evlidir ve bir çocuk babasıdır.

Prof. Dr. Kürşat Yıldız



1958'de Sivas'ta doğdu. İlkokulu İzmit'te, ortaokulu İstanbul'da, liseyi Ankara'da okudu. 1984'te Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Ankara Numune Hastanesi Patoloji Bölümünde tamamladığı uzmanlık eğitiminin ardından 1995'de doçent, 2005'de profesör oldu. Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu'nda (UTEAK) da görev almaktadır. Türk Tabipleri Birliği, Türk Patoloji Derneği ve Üroonkoloji Derneği yanı sıra Tüm Öğretim Elemanları Derneği'nin çeşitli kurullarında görev aldı. İlgili alanları üropatoloji, akciğer patolojisi, nefropatoloji, dermatopatoloji, sitopatoloji, nöropatolojilerdir. 2002 yılından beri Kocaeli Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi olarak görev yapan Dr. Yıldız evlidir ve iki çocuk babasıdır.

*"Dayadık stetoskopu bağlamanın göğsüne,
Dinledik türküleri, vurup sazın teline...
Bir de onlara baktık, ne hekimden beklenen?
Başka yerde yazmıyor türkülerle eklenen..."*
(Dr. Sait Eğrilmez, 2006, İzmir)

Dünya ölçeğinde "iyi hekim olmak", standardizasyonu mümkün olmayan, coğrafyalarla ve tarihi geçmişle, gelenek-göreneklerle, yaşam ve yaşam ötesine ait inançlarla özelleşen, öncelikleri bu faktörler eşliğinde değişen bir kavramdır. Biz Türk hekimlerine, şimdiye dek hep Batı tıbbi ve literatürüne bakılarak anlatılan "iyi hekimlik kavramı"nı, bizzat hekimlik ettiğimiz kimselerin sözlerinden aktarmayı, "bizim insanımız", yani halkımız içinde gerekli gördük.

Mesleki ve sosyal statülerden kaynak-

lanan sorumluluklar türlü kaynaklarda, resmi söylemle dile getirilirdursun, "halk içinde" hekimin kim ya da ne olduğunu bildiren kültürel-folklorik ifadelerin çokluğu da dikkat çekicidir. Hekimlik görevinin yetki alanlarını, hekimlerin yapmaları ve yapmamaları gereken şeyleri yüzlerce yıldır türkülerine konu etmiştir halkımız.

Türküleri hekim kulağıyla dinleyen, hekimlere verilmiş mesajları ayıklayan ve tıp fakültesi öğrencilerine sunan tıp eğitimi, ilk olarak Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2006 yılında başladı. Bugüne dek, 21 farklı tıp fakültesinde, 6 farklı tabip odasında ve onlarca

hastanede, yıllık tekrarlarıyla toplamda 10 bin hekim ve hekim adayına ulaştı bu yaklaşım. Mekân tıp fakültesi amfisi olsa da, ders araçları türkülerdi, bağlama ve diğer halk müziği sazlarıydı. Türküler de, hepimizin bildiği türkülerdi aslında. Ama eserlerin sözleri alışılmadık bir anlama sahipti, melodisi ayrı bir etkiye... Anlatan ve seslendiren bir hekim olunca, namerler daha anlamlı, tınılar daha yürek titretici geliyordu kulağa.

Bu derste, hekimin yüz ifadesi, sıra bekleme, sosyoekonomik sınıf farklılıkları ve sağlık hizmeti sunumu, hekim-hasta arasındaki para konusu işleniyordu.



Ebeveynlerinin sözüne hekimce kulak verip onların gözüyle bakınca çocuk hastaların farklı göründükleri anlaşılıyordu. Konu sağlık olunca mahremiyet ihmal edilemeyecek kadar çoktu. Sırlar, hasta ölene kadar değil, hekim ölene kadar saklanmalıydı. Empati, halden anlamak değildi sadece... Empati "hemhal" olmaktı, dertlinin derdiyle ağlamak, acısıyla inlemek, korkusuyla irkilmektir. İnsanlar, tek kişilik dünyalar idi, dünyayı dolduran kalabalıklar değil... Hayatta kalabilmek ya da hayatını kaybetmek, paranın yazı ve tura yüzleriydi, % 0 ila % 100'ün arası yoktu, konu karşınızda duran bir can olunca.

Erken gelen ölümü, zamanına öteleyebilecek tek kişiydi hekim. Kapıdan girmesi umuttu, en umutsuz hasta için bile. Kaderdi ölüm, hekim elinden gelen her şeyi yaptıysa. Sağlık kurulları, hekimler topluluğuydu, bir hasta için toplanan. Ve bilirlerdi kaçınılmaz sonun gelip gelmediğini de, kalan vakti de... Bu bakışı hekim olmadan önce bilen ve hekim olmaya böyle karar veren bir öğretim üyesi anlatıyordu müzikal dersi. Hepsini gerçektir türkülerdeki hekimliğin. Kan bulmuş, can bulmuştu türkülere konu olan hasta sözleri... Sözü akıllara kazıyan melodisi her işitildiğinde, yürekleri yeniden sızlatacak, nasır tutmasına izin vermeyecekti.

"İnsan, sadece anladığı şeyleri duyar" demiş Goethe... Binlerce kez dinlediğimiz, ama mesajını duyamadığımız türküler için bu söz çok anlamlıdır.

Şimdi *türkülerde hekimlik* dersimizin alt başlıklarını kısaca aktarmak isterim.

Hekimin yüz ifadesinin önemi

Yaşama tutunacak umudu, bir kısmı Latince, bir kısmı İngilizce sözcüklerden oluşan tıbbi açıklamalarda değil, hekimin yüz ifadesinde arayan hastanın acısı, üzüntüsü "*hastane önünde incir ağacı*" türküsündedir. "*Doktor bulamadı bana ilacı / Baştabip geliyor zehirden acı*" diye devam eden sözler, iyileştirecek ilacın bulunamamasını da, baştabibin zehirden acı yüz ifadesini de birer dizeyle dile getirmiştir. "*İlaç kadar önemlidir, hekimin yüz ifadesi*" diye haykırılmaktadır türkü.

Muayene sırası bulabilme konusu

Büyük ozanımız Abdürrahim Karakoç'un *Vatandaş türküsü-1* ismini verdiği türküsünün bazı dörtlüklerine göz atacak olursak:

*Tama vatandaşlık, gardaştık tama...
Bunca pahılm'olur adam adama?
Geldik ta sabahtan kaldık akşama,
Yarime mümkün mü sıra tohtur beğ?*

Hiç kimsenin mutlu, yüksek bir moral ile gelmediği hastane kapısı, zamanın su gibi geçtiği eğlenceli bir mekân değildir. Sabah erkenden gelip akşama dek beklemeye razı olmuş hastalar, en azından o gün evlerine geri dönebilmeyi isterler.

"Yedi baş horanta yıkık hanede / Tüm kazancım bini bulmaz senede / Yüz pangunut helal olsun gene de / Ben nereyim, beş yüz nere tohtur beğ?" Sağlık şüphesiz paha biçilmez bir değerdir. Ancak insanoğlu, tedavisine de kuşkusuz olanakları ölçüsünde özen gösterecek, bu doğrultuda bütçesiyle orantılı harcamalar yapabilecektir. Bu "katı ekonomik gerçeği" bilen kimse, yarattığı türküyle, yıllık kazancının yüzde onunu doktoruna helal ederken, yüzde ellisini talep eden doktordan da "insaf" dilemektedir.

KORNEA İKİLİSİ
-Türk Halk Müziği Dinletisi-

Vokal, Bağlama Cem Cansız
Kornea Nakli Yapılan Hasta
TRT Ses Yarışması Türkiye Birincisi

Sait Eğrilmez Vokal, Bağlama
Kornea Nakli Yapılan Hekim
EÜTF Göz Hastalıkları Anzı Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Yer: MÖTBE
Saat: 20:00
Tarih: 04 Kasım 2009
Düzenleyen: Ege Üniversitesi Organ Nakli Birimi

“Doktor bulamadı bana ilacı / Baştabip geliyor zehirden acı” diye devam eden sözler, iyileştirecek ilacın bulunamamasını da, baştabibin zehirden acı yüz ifadesini de birer dizeyle dile getirmiştir. “İlaç kadar önemlidir, hekimin yüz ifadesi” diye haykırmaktadır türkü.

Para konusu

*Yedi baş horanta yıkık hanede...
Tüm kazancım bini bulmaz senede
Yüz pangunut helal olsun gene de
Ben nereyim, beş yüz nere tohtur beğ?*

Sağlık şüphesiz paha biçilmez bir değerdir. Ancak insanoğlu, tedavisine de kuşkusuz olanakları ölçüsünde özen gösterecek, bu doğrultuda bütçesiyle orantılı harcamalar yapabilecektir. Bu “katı ekonomik gerçeği” bilen kimse, yarattığı türküyle, yıllık kazancının yüzde onunu doktoruna helal ederken, yüzde ellisini talep eden doktordan da “insaf” dilemektedir.

Sosyoekonomik sınıf farklılıkları

*Memur gelir karşılırsın köşeden!
Zengin gelir kırılırsın neşeden
Öte kaçma bizim garip Eşe'den,
Bakıp boynundaki kire tohtur beğ*

Günümüzde -yazık ki- sağlık sektörü de önemli oranda ticarileştirdiğinden, hastanın sağlık güvencesi ve ekonomik seviyesi, hizmet alabileceği yerin de belirleyicisi durumuna gelmiştir. Karnesi her sağlık kurumunda geçerli olan hastalar, karnesi yalnızca devlet hastanelerinde geçerli olan hastalar, parası çok olup karneye ihtiyacı olmayan hastalar ve karnesi de yeterince parası da bulunmayan hastalar vardır. Gerçek şudur ki sağlık temel bir haktır ancak hasta grupları tümüyle eşit bir hizmet alamamaktadır. Bu eşitsizlik, hastanın yüz yüze geldiği hekimlere yansıtılmışsa da, işleyiş sorununun sağlık sistemine ait olduğu bilinmelidir.

Mahremiyet konusu

“Doktora namahrem olmaz” sözü halka aittir. Hekimin, hastasına ait sırrı saklaması, yasal açıdan da bir yükümlülüktür. Öncelikle hastasından bilgi alan hekimin, bulunduğu ortama dikkat etmesi gerekir. “Kalabalık ortamda mahrem bilgileri içeren anamnez (hasta öyküsü) alınmaz” demenin en kestirme yolu bir Kırşehir türküsünde şöyle yer alır:

*“Diyeceğim çok amma
Pek kalabalık yerdesin”*

Buradaki mahrem bilgi sevda üzerinedir ama ifade ettiği genel kural, sevdanın ötesinde de geçerlidir. Hastanın yakınları dahi, her bilgiyi paylaşabileceği kimseler olmayabilir. Hekimler, soru sorarken buldukları ortamı ve ortamdakileri dikkate almak zorundadırlar!

Sır saklama yükümlülüğü

Aşık Veysel’in sırdaşı olan sazına vasiyeti sayılan türkü şöyle başlar:

*“Ben gidersem sazım sen kal dünyada
Gizli sırlarımı aşikâr etme
Lal olsun dillerin söyleme yâda ”*

Kişiler kimi sırlarının yalnızca yaşarlarken değil, ölümlerinden sonra dahi açığa çıkmasından kaygı duyarlar ve bu bilinçle saklanmasını isterler. Beyaz önlüğü giyip hastaların sırdaşı olmaya hak kazanınca, insanların ne kadar çok mahrem bilgiyi biz hekimlerle paylaşacağını görecektir hekim adayları.

Empati (Eşduyum) konusu

Empati *hemhal* olmaktır. Karşısındakini yalnızca anlamak değil, karşısındaki gibi hissetmektir. İyi hekimliğin bir tek altın anahtarı vardır, o da budur. Hastasının yerine kendisini koyabilen hekim, bilgi ve beceride eksik olmayı, günün birinde o eksik yüzünden hastasının acısını dindirememek, hayatını kaybetmesine

seyirci kalmak olasılığı sayacak ve bu sorumluluk ile donanımlı hale getirecektir kendisini. Âşık Mahsuni Şerif'e göre, doktorun hası, hastasının ağrısını kendi ağrısı gibi hissedip inleyebilen kişidir. Doktor İsmail Değerli için yazdığı övgü türküsünde bu hükmünü şu sözlerle ifade eder:

*Çiğdem kokar Karac'ören yaylası
Hasta gibi inler doktorun hası
Dilerim Mevla'dan bakan olası*

Şüphesiz bu övgü dolu türkü, tedavinin de başarılı olduğu bir hastalık sonrasında oluşmuştur. Ancak tedavinin her zaman mutlu sonla bitmesi mümkün değildir. Doğru tedavinin yapılmadığı, hastanın durumunun kötüleştiği durumda da empati, acıyı sindirilebilir kılan tek ilaçtır. Aşağıdaki Kerkük türküsü böyle bir olayı anlatır:

*Tabibim naşı tabip
Yaram oynası tabip
Baktı yaram sağalmaz
Döktü gözyaşı tabip*

Burada bilgi-beceri eksiği olan bir hekim tarafından yarası tedavi edilemeyen, durumu kötüleşen bir hastanın, bu yetersizliği nedeniyle doktora sitemi vardır. Hekim de başarısızlığı için hayıflanır, kendini suçlarken, hastasının acısı nedeniyle gözyaşı dökmektedir. Hastası için gözyaşı döken hekim, hastasını sahiplenmiştir. Hasta ise, hekime yönelik tüm sitemine karşın hekimden, "tabip" diyerek değil, "tabibim" yani "benim doktorum" diye bahsetmekte, acıyı yürekte paylaşan hekimine sahip çıkmaktadır. Tıp alanında empatinin, başarısız tedavi sonrası olayın mahkemelere taşınma oranını belirgin oranda azalttığı da gösterilmiştir.

Hekim, hastalığını ilk kez kendisinden işiten kişi kadar duyarlı olamaz, hastalarla aynı duygu durumuna taşınamazsa babasını akciğer kanserinden kaybeden Volkan Konak'ın türküsündeki gibi, hasta yakınlarınca suçlanması da doğal bir hal alır:

*İnandık doktorlara öyle böyle dediler
Aynalık defterini elimize verdiler
Doktorlar da ne bilir ciğerin acısını,
Cerrahpaşa'ya koydum canımın yarısını.
Yaş akar gözüm sizler, ne kalır gerisine,
Herkesin bir derdi var, durur içerisinde*

Çaresizlerin umudu olmak

Hekimler yaşamda son umuttur, tutunulan son daldır çoğu zaman. Urfalı Mukim Tahir'in eşi tarafından ölüm döşeğinde yazılmış türkü, böylesi bir çaresizliğin dışı vurumudur:

*Kapuyu çalan kimdir
Aç bakım gelen kimdir
Yaram derine düştü
Belki gelen hekimdir*

Ömür, sınırlı bir süredir. Bu süre güzel de geçse kötü de, mutlu da geçse mutsuz da hep tükenmektedir. Ömür kronometresi, doğduğumuz andan itibaren geri saymaya başlar ve insanın dünyada konuk olarak geçirdiği süre tükenmeye devam eder. Âşık Veysel'in dediği gibi:

*Dünyaya geldiğim anda
Yürüdüm aynı zamanda
İki kapılı bir handa
Gidiyorum gündüz gece*

Tükeneni yerine koyamadığımız yaşam sürecinde "Vakit, nakittir". Ömrün nakdi tükenince, tek mal varlığımız dilimizdeki "ah" ile "vah"lardır. Hekimlerin en iyisine, Lokman Hekim'e dahi gösterilse, bu derdin def edilmesi mümkün değildir. M. Vural'da alınan bir Urfa türküsü bunu öyle güzel anlatır ki:

*Tükendi nakd-i ömrüm
Dilde sermaye olan bir "ah" kaldı
Sanırım derdimi lokmana gösterdim
Dedi "Eyvah, eyvah!"
Bu derdin def'ine bir çare
Hakiki bir ilah kaldı.*

Sağlık kurullarının kudreti

Bir tek hekimin görüşüne dahi son derece itibar eden halkımız için hekimlerin bir araya gelerek oluşturdukları kurullarda verilen kararlar neredeyse mutlak gerçek kabul edilir.

*Doktor beyler cem oldular başıma
Kefen gömleğimi ölçün döşüme
Kan karıştı gözlerimin yaşına
Söyle doktor söyle ölecek miyim?
Ölmeden sılayı görecek miyim?*

Hastalar, ölüp ölmeyeceklerini, öleceklerse ne kadar vakitleri kaldığını hekimlerin bildiğine inanırlar. Bu türkünün "Söyle doktor söyle ölecek miyim? / Ölmeden sılayı görecek miyim?" sözlerinden oluşan bağlantı bölümünü, çokça türkü ve halk şiirinde de görmekteyiz.

Kadirşinaslık konusu

Hekimlerin yapmaya çalıştıkları, yaşam boyunca ağrısız sızısız, kaliteli bir zaman geçirmek, önlenebilir ve ötelenebilir ölümleri de ertelemektir. Âşık Veysel, akciğer kanseri nedeniyle tedavi gördüğü hastanelerde, kanseri ortadan kaldıramasalar da daha rahat etmesini

sağlayan, ömrünü bir süre de olsa uzatan hekimlerine minnettarlığını, şu kadirşinas dizelerle bildirir:

*İstanbul'da Ankara'da Sivas'ta
Yüksek İhtisas'ta iy'olur hasta
Ömrüne bereket hekimler usta
Ölüm erteledi bilmem ne kadar*

Kader anlayışı ve hekimlik

Yapabileceğimiz her şeyi yapmışsak, hastamızın ölüm denen kabullenilmesi imkânsız sonu dahi, "kader" sayacağı noktadayız demektir. Çünkü bizim insanımız için doktorun da yapacağı hiçbir şey kalmamışsa, ölüm kaderdir.

*Kader böyle ise İzzet ne yapsın
Böyle gelmiş böyle gider ne yapsın
Hasta can veriyor doktor ne yapsın
Ciğer parça parça yaralı çıktı*

Sonuç

Farklı tıp fakültelerinin öğrencilerinden geri bildirimler alınarak yıllar içinde bu sonuçlar değerlendirildiğinde; hekimin yüz ifadesinin önemi, sanatçı ruh yapısının hekimlik mesleğine katkıları, türkülerdeki sözlerin gerçek ve ortak yaşanmışlıklar olduğuna dair farkındalık, müziği ve şiiri müfredat materyali haline getirdik. Bir hekimde bu farkındalık bir kez oluştuğunda, ağrı-sızdan ölüm ve kader anlayışına dek uzanan geniş yelpazede hastasını daha iyi anlayacak, beklentilerin ve korkuların seslendirildiği türkülerini her duyduğunda farkındalığı canlı tutacaktır. Ders salonda bitecek, öğrenim ve eğitim ise türkülerini her duyduğumuzda "rapel" aşısı etkisiyle canlanarak devam edecektir.

Biz, tıp fakültesi eğitiminde "iyi hekim olmak" kavramını anlatmak üzere, ders aracı olarak kullandığımız sağlık türkülerini bir derste bir araya getirdik. Bir hekimde bu farkındalık bir kez oluştuğunda, ağrı-sızdan ölüm ve kader anlayışına dek uzanan geniş yelpazede hastasını daha iyi anlayacak, beklentilerin ve korkuların seslendirildiği türkülerini her duyduğunda farkındalığı canlı tutacaktır. Ders salonda bitecek, öğrenim ve eğitim ise türkülerini her duyduğumuzda "rapel" aşısı etkisiyle canlanarak devam edecektir.

Kaynaklar

Bugün ayın ışığı: Anonim Türkü, Yöre: Kırşehir, Kaynak Kişi: Neşet Ertaş

Cerrahpaşa Türküsü: Söz: Nuran Bahçekapılı (Volkan Konak'ın Ablası)

Söyle Doktor: Söz-Müzik: Anonim

Söz: Mukim Tahir'in Eşi, Müzik: Mukim Tahir, Yöre: Urfa

Tükendi nakd-i ömrüm: Anonim, Yöre: Urfa, Kaynak Kişi: Yılmaz Tatlıses

Uzun ince bir yoldayım: Söz-Müzik: Âşık Veysel Şatıroğlu

Vatandaş Türküsü -1 ("Tohtur beğ" diye de bilinir): Söz: Abdurrahim Karakoç

“Bizde hekimler mebusluğa meraklıdır”

Dr. Hikmet Uluğ



1981 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi ve aynı fakültede nöroşirürji ihtisasını tamamladı. Epilepsi cerrahisi, nöronkoloji ve endoskopik spinal cerrahi alanlarında çalışmalar yaptı. Halen NOBİOM Grubu Direktörü olarak Medicana Bahçelievler Nörolojik Bilimler Ünitesi ve Kadıköy Şifa Ataşehir Hastanesi Omurga Merkezi'nde çalışmaktadır.

Otuz yıla yaklaşan hekimlik ve cerrahlik yaşantım, tüm meslektaşlarım gibi acı tatlı anılarla dolu geçti. Hekimlik gereği tüm meslektaşlarım gibi toplumun her katmanıyla, yüzlerce değişik hasta ve hasta yakınıyla ilişki içinde oldum. Hasta ve yakınlarına tarafsız ve önyargısız davranmak, mesleğimizin olmazsa olmaz koşulu. Ancak her insan ilişkisinde olduğu gibi hekim-hasta-hasta yakını ilişkilerinde de iletişim kazaları kaçınılmaz.

Öte yandan hekimlik, yaşamımızın her anını kaplayan, hasta ve hastalıklarla uğraşmanın dışında medikal ve para medikal sürekli gelişme içinde olmayı zorunlu kılan, özveri temelli bir meslek. Otuz yılın ardından hekimliğin diğer mesleklerden farkı sorulsa sanırım “yaşamımın her anını kapsamaması” diye cevap verirdim.

Hekimlik ve uygulamalarının doğuşundan günümüzdeki durumuna evrilmesine dek yaşananlar üzerine zaman zaman sohbet ettiğim değerli araştırmacı ve yazar dostum Tanıl Bora yaklaşık üç yıl önce bir yılbaşı armağanı gönderdi. Değerli yazarlarımızdan Memduh Şevket Esendal üzerine yaptığı bir edebi araştırma sırasında Esendal'ın hekimlik üzerine değişik zamanlarda söylediklerini, küçük bir defter/kitap haline getirerek bana göndermiş. Okuduğumda çok etkilendiğimi itiraf etmeliyim. Hekimlik üzerine kimi zaman kelimelere dökmeden hissettiğim, kimi zaman tartıştığım meseleler son derece duru, sade ve akıcı biçimde ifade edilmişti. Adeta hekim olmayan birisinin

hekimlik üzerine yazdığı bir manifesto gibiydi. Hatta ilk okuduğumda tıbbiyeyi bitirirken ettiğimiz Hipokrat yemininden sonra çiçeği burnunda meslektaşlarımıza bir de bu metni okutsak diye düşündüğümü hatırlıyorum.

Çok etkilenerok okudum. Tüm meslektaşlarımla paylaşmak istedim. Elçiye zeval olmaz diyerek hayatlarını hastalarına adayan tüm meslektaşlarıma saygılarımı sunuyorum.

Hekim olacak oğluna, hekim olmayan bir yazardan öğütler...

“Bizim memlekette hekimlerin birçoğu okuryazar takımından değildirlir. Bunlardan olmamalı.”

9 Mayıs 1934

“Şunu da bil ki, adam doktor olunca çok bir şey bilmiş olmaz. Hekimlik birçok bilgilerin satırbaşlarını bilmek demektir. Alt tarafları keşif olunmamış ki? Kansere tutulmamak için ne yapmalı? Hiç belli değil. Tutulunca ilacı nedir? Bilinmiyor. Mikroplar ve beden mukavemeti? Bir karanlık iş? Yalnız adamlar doktoru, biliyor sanırlar ve doktor bundan istifade ederek onları avutur! Gene ölecek olur ancak doktor da avutacağını avutur.

Hekimliğin adam gövdesi ve onun sağlığı hakkında insanlığın neler bilmediğini öğrenmek olduğuna inan! Ancak adamın nabzını tutmak, ona bir güler yüzle bakmak, onu dinlemek bu zavallı adamlara bir büyük yardımdır.”

9 Mart 1935

“Doktor cemaatten uzak kalmaz. Dostlarını evine yemeğe, çaya çağırır, onlara biraz gramofon çalar, onlar oynasın diye evinde tavla da bulundurur ancak kendisi oynamaz. Herkesle güler yüzlü ve latifecidir ama kimse ile teklifsiz olmaz. Ata biner, ava gider, kotra kullanır, hiç olmazsa yoksul hastaları dolaşır ve okumağı da elden bırakmaz ise muhiti etrafında o yaratır.

Bir hekim yalnız kendi mesleğine dair bir şeyler okursa, beş para etmez, dünya ile alışverişini kesmiş demektir. Hekim edebiyattan çakmalı, hele felsefeyi, sosyolojiyi ve tarihi hiç ihmal etmemelidir. Cemiyetin, bilgide yüksek bir adamı olmalıdır.”

30 Haziran 1935

“Hekim olup para kazanmak düşüncesini bırakmalı. Hekimlik bir fedakârlıktır, bir hizmet âlemidir. Her gün tehlikeler içinde yüzen bir meslektir. Kendi isteyerek, kendi okuyup hakikati araştırarak hekim olmalı. Hekim, içinde şüphe yaşayan, kendi bilgisini inkâr edebilip yenisini arayan adam olmalı.

Hekimlikte “öküz usulü” geçmez. Öküz usulü, kafası ile dayanıp zorlamaktan ibarettir. Bir şeyde ısrar edip zorlamakla hekimlik olmaz.”

4 Ekim 1936

“Eskiden hekimlik göğüste çalışmıyordu, şimdi bir yandan ciğer işliyor, yürek işliyor, bir yandan da çalışıyorlar ve kafaya girmeye uğraşıyorlar. Bizde hekimlere bak! Rahatlaşıp, kaymak bağlamışlar! Hekimler bizde mebus olmağa meraklıdır.”

3 Mayıs 1937

"Hekim olmanın birinci şartı, üstü başı temiz ve çok nazik ve sevimli olmaktır. Kaba saba, pis, eşek hekim olmaz. Hekim, yüreği acıyan, yüzü gülen, kendisi samimi olan adamdır. Bunu herkes kendine yakıştırıp yapmalı. Açıgözlü, paragözlü hekim beş para etmez. Para kendiliğinden gelir. Az geldiği olursa, çok geldiği de olur.

Herkes az çok hekimidir, herkesin kendine göre ilaçları vardır. Herkes hekimlerle hastalıkları üzerine uzun uzun konuşmak ister. Her hasta az ya da çok yalancıdır. Adamoğlunun bu zavallılıklarını bilerek bunları hoş görmeyen hekim olamaz. Hekim bunları bilecek ve hoş görecektir ve kimsenin bilgisizliğini yüzüne vurmaz.

Bundan sonra hekimliğin şartı, baktığına eyi bakmaktır. Burada bizim eyi hekimlerimiz var. Afgan Meclis Başkanı şeker hastalığına tutuldu, eyi bir adamdır. İstedim ki bizim hekimlerden birkaçı bir yere gelsin, bir eti muayene etsinler. Bir türlü bu muayeneyi yaptıramadım. 'Hastalık şekerdir, bir sanatoryumda bakılmalı, bu Afganlılar perhiz tutmaz' dediler, durdular.

Abdülhahat Han kalktı, Alamanya'ya gitti. Bir sanatoryumda sağlık almak için Profesör Zawebbruch'un yanına gider. Hekim bakar, safra kesesinde bir ur olduğunu görür, yatırır, ameliyat yapar. Hastada şeker kalmaz, dönüp Afgan'a gelecek.(...)

Gördün mü? Bunlar hepsi doktor ama bizimkiler hastaya bakmazlar. Niçin? Şunun için ki kayıtsızdırlar ve kendilerine inanmazlar. Bir teşhis korsa o da yanlış çıkarsa deye çekinirler. Bilgisizliği kurnazlıkla atlamağa çalışırlar. Bu bir bakımdan bir tembelliktir. Bir işin üzerine düşüp çalışmadıkça, bu insanlar arasında kimse büyük olmamıştır."

14 Ekim 1937

"Bana sorarsan hekim, kitapları demektir. Arada kitapları karıştırmadıkça, yeni kitaplar alıp, işine gelen yerlerine bakmadıkça bir hekim, gene hekim olur ama köşe başı hekimi olur. Bunun için eyi ve çok derin yazılmış kitapları elde etmeğe çalışmalı. Bu bir. İkincisi, hekimin bir ihtisası olmalı, ancak bunun da bir sınırı vardır.

Bana sorarsan, diyelim ki ben hekim oldum, bakteriyolojide ihtisas yaptım. Eğer bu ihtisasla birlikte iki şeyi yapmazsam, çatlarım. Bunun birincisi çocuk doğurtamazsam, ikincisi de ufak tefek cerrahi ameliyat yapamazsam! Bir kere ben hekim olsam, iki şeye çok çalışırım: Biri teşrih, ikincisi fizyoloji.

Sen mektebi bitirdin, bir yerde asistan,



başasistan oldun, güzel. Ancak iş bu ya, Çat kazasına hükümet doktoru oldun, herifi getirdiler, kolu kırılmış, sallanıyor, ne olacak? 'Ben anlamam' mı diyeceksin? Yahut ebe apışmış, doktor istiyor. Bence hekimliğin can kurtarıcı yerleri bunlardır.

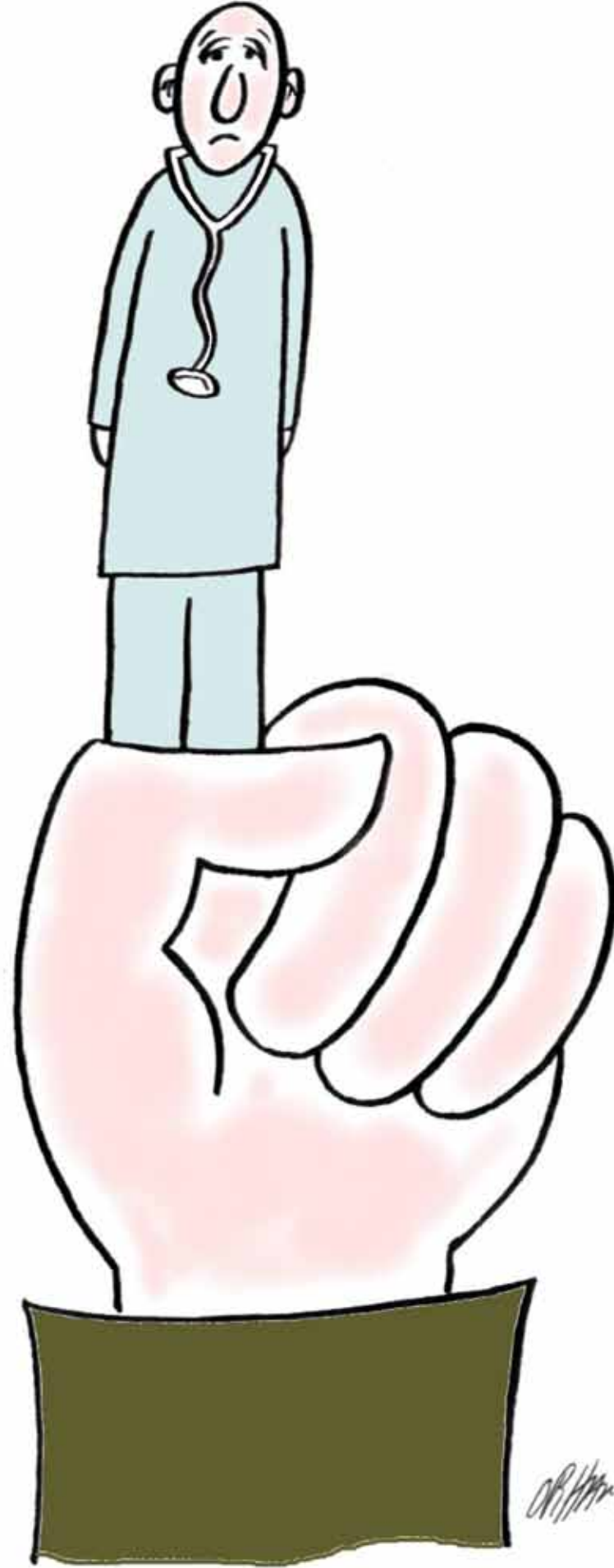
Ben hekim olsam, operatör de olsam, dâhili hastalıklara da çalışırdım. Duramazdım. Hekim olunca en kötüsü idare işlerine girmek yahut kalemde çalışmaktır. Bu olmayınca, bir gün gelir ki insan bir işin başında, bir kliniğin şefliğinde yerleşir, ancak o gün ihtisas işine genişlik verir. Ben ihtisası böyle anlıyorum. Her şeyin hekimi olan bir yerde sen ihtisasın dışı şeyleri üzerine almazsın. Ancak bu demek değildir ki bu gibi şeyleri gözden kaçırsın. İnsan yetişebildiği kadar hekimliğin her yerini okumalı, bilmeli!"

2 Mayıs 1938

"Bu hekimlikte sana iki sözüm, şu iki şeyi tutmaktır: 'Biliyorum' deye hastayı muayene etmemelik etme. Kızıp hastaya kötü muamele etme. Senden eyilik umarak gelmiş adamı incitmek olmaz, isterse yalancı ve yapmacık olsun."

20 Haziran 1942

"Doktor cemaatten uzak kalmaz. Dostlarını evine yemeğe, çaya çağırır, onlara biraz gramofon çalar, onlar oynasın deye evinde tavra da bulundurur ancak kendisi oynamaz. Herkesle güler yüzlü ve latifecidir ama kimse ile teklifsiz olmaz. Bir hekim yalnız kendi mesleğine dair bir şeyler okursa, beş para etmez, dünya ile alışverişini kesmiş demektir. Hekim edebiyattan çakmalı, hele felsefeyi, sosyolojiyi ve tarihi hiç ihmal etmemelidir. Cemiyetin, bilgide yüksek bir adamı olmalıdır."



Karikatür: Dr. Orhan Doğan